

# Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

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

4 | 2014

April 2014

75. Jahrgang



- Zu Gast in einer anderen Welt
- 7. Ärztetag am Dom in Frankfurt am Main
- Kritik am hessischen Onkologiekonzept
- Zertifizierte Fortbildung: Das schwache Herz
- Freude an Teamarbeit – Gespräch mit Dr. med. Susanne Johna
- Großes Interesse am Kongress „Operation Karriere“
- „Esprit Montmartre“ in der Frankfurter Schirn

---

Zu sehen in „Esprit Montmartre“:

Louis Anquetin  
Femme à la voilette, 1891  
Öl auf Leinwand

© Privatsammlung, courtesy of D. Nisinson

**Hessisches Ärzteblatt**

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

**Impressum****Herausgeber:**

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

**Schriftleitung (verantwortlich):**

Dr. med. Peter Zürner,  
Mitglied des Präsidiums der LÄK Hessen

**Redaktion:**

Katja Möhrle M. A., Leitende Redakteurin  
Dipl. Soz. Maren Grikscheit, stv. ltd. Redakteurin  
Dr. med. Roland Kaiser  
Sabine Goldschmidt M. A.  
Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth

**Redaktionsbeirat:**

siehe online unter www.laekh.de  
(Hessisches Ärzteblatt)

**Arzt- und Kassenarztrecht:**

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

**Anschrift der Redaktion:**

Isolde Asbeck  
Landesärztekammer Hessen  
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M.  
Tel.: 069 97672-196, Fax: 069 97672-224  
E-Mail: schriftleitung-haeb1@laekh.de

**Redaktionsschluss:**

fünf Wochen vor Erscheinen

**Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:**

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

**Verlagsleitung:**

Dr. Rainer Stumpe

**Anzeigendisposition:**

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

**Druck:**

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

**Layout-Design:**

Kathrin Artmann, Schwäbisch-Hall  
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen  
Zzt. ist Anzeigenpreisliste 2014 vom  
1.1.2014 gültig.

**Bezugspreis / Abonnementspreise:**

Der Bezugspreis im Inland beträgt 128,00 €  
inkl. Versandkosten (12 Ausgaben), im Ausland  
128,00 € zzgl. Versand, Einzelheft 13,25 € 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



|   |            |
|---|------------|
| <b>Editorial</b>  | <b>180</b> |
| <b>Ärztliche Berufswelten</b>   |            |
| Zu Gast in einer anderen Welt – Aus dem Arbeits„alltag“<br>zweier Frankfurter Kardiologen   | <b>181</b> |
| <b>Aktuelles</b>  |            |
| Ärztliches Handeln im interkulturellen Kontext – 7. Ärztetag am Dom   | <b>184</b> |
| Kritik am hessischen Onkologiekonzept – Niedergelassene sind nicht<br>eingebunden / Große Kliniken könnten Patientenströme lenken | <b>185</b> |
| Großes Interesse am Kongress „Operation Karriere“   | <b>204</b> |
| <b>Fortbildung</b>  |            |
| Repetitorium Allgemeinmedizin   | <b>188</b> |
| Zertifizierte Fortbildung: Das schwache Herz –<br>Diagnose und Therapie der chronischen Herzinsuffizienz heute                    | <b>189</b> |
| Medizinisches Kreuzwörterrätsel   | <b>202</b> |
| Sicherer Verordnen  | <b>215</b> |
| <b>Landesärztekammer Hessen</b>   |            |
| Freude an Teamarbeit – Gespräch mit Dr. med. Susanne Johna,<br>Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen                    | <b>187</b> |
| Dienstjubiläum: 25 Jahre bei der Landesärztekammer Hessen   | <b>214</b> |
| <b>Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Bad Nauheim</b>  | <b>205</b> |
| <b>Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim</b>  | <b>211</b> |
| <b>Ansichten und Einsichten</b>   |            |
| „Medikalisierung“ des menschlichen Lebens   | <b>213</b> |
| <b>Parlando</b>   |            |
| Ein riesiges Atelier – Die Ausstellung „Esprit Montmartre“<br>in der Schirn Kunsthalle Frankfurt                                  | <b>203</b> |
| <b>Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen</b>  | <b>216</b> |
| <b>Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen</b>   | <b>226</b> |
| <b>Informatives</b>   | <b>231</b> |

*In dieser Ausgabe finden Sie in einigen PLZ-Gebieten eine Beilage des Zentrums für Angewandte Hypnose, für deren Inhalt der Werbungtreibende verantwortlich ist.*

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.

## Sind Ärzte bessere Menschen?



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

Liebe Kolleginnen und Kollegen, sind Ärztinnen und Ärzte bessere Menschen? Oder sind sie – wie manche Medien uns glauben zu machen versuchen – gar schlechtere Menschen als der normale Durchschnittsbürger? Die Antwort

auf beide Fragen lautet natürlich nein, ganz abgesehen von der philosophischen Frage, was denn nun einen guten oder einen schlechten Menschen kennzeichnet. Je nach eigenem Hintergrund wird die Antwort verschieden ausfallen.

Und wie sieht es mit den schwarzen Schafen aus? Gibt es in der ärztlichen Herde davon mehr als in anderen Herden? Auch hier lautet die Antwort nein! Allerdings versuchen interessierte Kreise mit schöner Regelmäßigkeit, die besondere Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf derartige Fälle zu lenken. Jüngstes Beispiel ist der mutmaßliche Fall einer Cottbuser Augenärztin, der vorgeworfen wird, einen schnellen Termin in ihrer Praxis gegen Zahlung von 50 Euro vergeben zu haben, um andernfalls eine Wartezeit von etwa 18 Monaten zu vermeiden. Ein solches Vorgehen ist nicht akzeptabel. Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg hat folgerichtig die notwendigen Schritte eingeleitet, d.h. die betreffende Kollegin wurde aufgefordert, innerhalb von zwei Wochen eine Stellungnahme abzugeben. Davon

abhängig wird die KV Brandenburg entscheiden, ob und ggf. welche Disziplinarmaßnahmen ergriffen werden. Nach Auskunft des Sprechers der KV Brandenburg reicht die Bandbreite von einer Verwarnung bis hin zu einer Strafzahlung von 20.000 Euro. Je nach Ausgang dieser Prüfung muss die Kollegin auch mit einer berufsrechtlichen Ermittlung seitens der zuständigen Ärztekammer rechnen.

Wie nicht anders zu erwarten, wurde diese Nachricht zum Anlass genommen, die Diskussion um die im Koalitionsvertrag eingebrachte Forderung nach einer Terminvergabe bei Fachärzten innerhalb von vier Wochen zu beleben.

Kein Wort jedoch verloren die berichtenden Medien darüber, dass die Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte, in diesem Fall die zuständige Kassenärztliche Vereinigung, ihrer Aufgabe der Überwachung der vertragsärztlichen Pflichten umgehend nachkommt.

Kein Wort verloren und verlieren die Medien darüber, dass die Terminvergabe in der Regel gut funktioniert, insbesondere wenn dies über ein koordinierendes Telefonat von Praxis zu Praxis erfolgt.

Nur wenige Worte verlieren die Medien darüber, dass Ärztinnen und Ärzte weiterhin an der Spitze der Berufsgruppen stehen, denen die Menschen Vertrauen und Achtung entgegenbringen. Und dies aus gutem Grund. Ärztinnen und Ärzte dienen als Mitglieder ihrer Kammern nicht nur dem eigenen Vorteil, sondern auch dem Wohle der Allgemeinheit. Ihre Vertrauenswürdig-

keit basiert auf ethischer Selbstbindung, aber eben auch auf der Sanktionierung der Berufsangehörigen, die gegen die Regeln verstoßen.

In einem Internetblog (<http://ichbinarzt.de/arzt-sein-ein-lebensgefuehl-nicht-nur-ein-job/>) (3. März 2014, 14:50h) habe ich eine sehr treffende Formulierung gefunden: „Deshalb sollten wir stets reflektieren und niemals vergessen, dass wir alle in erster Instanz Menschen sind – und uns der Beruf nicht zu besseren oder schlechteren macht. Dennoch ist eines nicht von der Hand zu weisen: Arzt zu sein ist nicht einfach nur ein Job, sondern eine Lang- und Vollzeitbeschäftigung mit vielen Nebenwirkungen.“

Apropos Nebenwirkungen: Die jüngsten Auseinandersetzungen an der Spitze der Kassenärztlichen Bundesvereinigung waren den Zielen der Ärzteschaft wohl kaum dienlich. Dem neuen Vorsitzenden Dr. med. Andreas Gassen wünsche ich viel Erfolg und ein glückliches Händchen bei der Bewältigung der anstehenden Aufgaben. Innerärztliche Auseinandersetzungen sollten da bleiben, wo sie hingehören, nämlich innerhalb der Ärzteschaft – und nicht in die allgemeine Öffentlichkeit getragen werden.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach  
Präsident

## Zu Gast in einer anderen Welt

### Aus dem Arbeits„alltag“ zweier Frankfurter Kardiologen

Der Tag beginnt anders als geplant. Aber das ist eigentlich schon wieder normal. Zumindest, wenn zum Aufgabenspektrum auch die Notfallversorgung von Herz-Kreislaufpatienten gehört. Ein Myokardinfarkt kommt dazwischen. Das augenscheinlich Besondere ist jedoch, dass auf den Fluren scheinbar mehr los ist als an manch anderen Tagen: Acht chinesische Kardiologinnen und Kardiologen haben den weiten Weg von Shanghai nach Frankfurt auf sich genommen. Der Grund: Sie wollen von den deutschen Kollegen – Dr. med. Boris Schmidt und PD Dr. med. KR Julian Chun – im Cardioangiologischen Centrum Bethanien (CCB) im Agaplesion Markus Krankenhaus die Behandlungsmethode des Vorhofohrverschluss-Systems kennen lernen.

#### Den Schlaganfall vermeiden

Kaum angekommen, heißt es rein in die blauen OP-Klamotten. Der erste Patient wartet bereits. Im Herzkatheterlabor ist von dem Patienten allerdings kaum etwas zu sehen. Nur der Kopf und eine kleine Stelle in Höhe der Leiste sind sichtbar, dort, wo der Katheter zum Herzen vorgebracht wird und unter Röntgensicht die Vorhofscheidewand passiert. Die Smart-

phones werden gezückt, eifrig werden Bilder und Videos gemacht. Und wieder läuft es anders als geplant. Der 75-jährige Patient sei ein „schwieriger Fall“, erklären Schmidt und Chun. Frühere Operationen haben stark vernarbtes Gewebe an der entscheidenden Stelle zurückgelassen. Doch der entspannten Atmosphäre im Raum ist nicht zu entnehmen, dass die Situation sogar relativ brenzlig war, wie Chun und Schmidt im Nachhinein berichten.

Den Schlaganfall bei Patienten mit Vorhofflimmern vermeiden, lautet das erklärte Ziel. Ein Viertel aller Schlaganfälle sei durch Vorhofflimmern bedingt, so Chun und Schmidt. In Hessen seien dies knapp 20.000 Fälle pro Jahr. „Es ist ein revolutionäres Konzept“, beschreibt Schmidt die noch relativ neue Behandlungsmethode. Seit knapp 60 Jahren habe es auf dem Markt nichts Neues gegeben. Der interventionelle Verschluss des linken Vorhofohres sei eine Alternative zur medikamentösen Behandlung mit einem Gerinnungshemmer (z.B. Phenprocoumon), der die Freisetzung von Thromben verhindere, die wiederum zu Embolien führen können. Die Geräte-Alternative werde dann eingesetzt, wenn Unverträglichkeiten gegen orale Antikoagulationen

oder ein unvertretbares hohes Blutungsrisiko bestünden. Bei erfolgreicher Therapie mit dem Vorhofohrverschluss-System müssten die Patienten keine blutverdünnenden Medikamente mehr einnehmen, fügt Chun hinzu.

#### Deutsch-chinesischer Erfahrungsaustausch

Doch warum sind die chinesischen Ärztinnen und Ärzte ausgerechnet nach Deutschland und insbesondere nach Frankfurt gekommen? Der Hintergrund: Es gibt drei Medizingerätehersteller, die Implantate zum Verschluss des linken Vorhofohres anbieten. Das Implantat eines dieser Hersteller steht kurz vor der Zulassung auf dem chinesischen Markt (Stand: Februar 2014). In Europa wurde die Therapie eingeführt. Deutschland habe die größte Erfahrung, erklären die deutschen Ärzte, die von Beginn an – d.h. seit knapp fünf Jahren – dabei sind. Ein Grund, warum Deutschland ausgewählt wurde. „Wir haben hier eine Einsatz-Plattform und waren auch maßgeblich an der Entwicklung beteiligt“, erklärt Chun den Aufenthalt der chinesischen Kolleginnen und Kollegen im CCB in Frankfurt. Diese haben einen Zwölf-Stunden-Flug auf sich



Die chinesische Delegation blickt im Herzkatheterlabor des CCB Dr. med. Boris Schmidt (z.v.r.) und PD Dr. med. KR Julian Chun (3.v.r.) über die Schulter  
Foto: M. Grikscheit

genommen, um an den Ort der Expertise zu gelangen und etwas zu lernen. Mit ein Grund dürfte aber auch der Umstand sein, dass zwei der chinesischen Gäste Chun und Schmidt persönlich aus ihrer Zeit in Hamburg kennen, wo sie bereits gemeinsam an wissenschaftlichen Projekten gearbeitet haben.

Nach dem ersten und vor der zweiten Patientin bleibt Zeit für einen kurzen Austausch. Dr. Zhou Daxin berichtet, dass die Zahl der Patienten in China mit Vorhofflimmern ähnlich hoch sei wie in Deutschland.

Mit den in seinem Heimatland bislang angewendeten Methoden sei er jedoch unzufrieden. Geplant sei ab März die Geräte-Alternative in China einzusetzen. Auch Dr. Huang He ist von der neuen Technik begeistert und sieht darin eine gute Chance für die auch in Asien immer älter werdende Bevölkerung. Damit die Methode in ganz China verbreitet werde, seien Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen regionalen Zentren ausgewählt worden. Mit einer Art Schneeball-System sollen diese dann in ihrer Heimat und den umliegenden Regio-

nen die Technik den Ärztinnen und Ärzten näher bringen.

### Aus dem ganz normalen Klinikalltag?

Die zweite Patientin ist soweit. Nach dem nur knapp 15-minütigen Eingriff heißt es dann schon wieder Abschied nehmen. Noch schnell ein Erinnerungsfoto mit allen machen und dann geht es für die chinesische Delegation weiter zur nächsten Station: Ein weiteres Krankenhaus in Lichtenfels wird besucht. Auch dort ist nicht viel Zeit. Aber das ist auch gut so: Denn rechtzeitig zum chinesischen Neujahrsfest wollen alle wieder zurück sein.

Zweimal im Monat werden im Schnitt Ärztinnen und Ärzten von außerhalb – auch aus dem Ausland – im CCB begrüßt. Das sei nichts Außergewöhnliches, versichert Chun. Die Aussage bestätigt sich schnell, wenn man etwas genauer hinsieht. Ganz selbstverständlich ist der Umgang der Pflegekräfte mit den Gästen, von der englischen Sprache ganz zu schweigen. Also doch „nur“ ein Bericht aus dem ganz normalen Klinikalltag eines Frankfurter Kardiologenteams.

Maren Grikscheit



# Ärztliches Handeln im interkulturellen Kontext

## 7. Ärztetag am Dom

Der Umgang mit Patientinnen und Patienten aus anderen Kulturkreisen ist heute selbstverständlicher Bestandteil des ärztlichen Berufsalltags. Durch die ethnischen und religiösen Unterschiede treten immer wieder Fragen und Konflikte bei der medizinischen Behandlung auf. „Ärztliches Handeln im interkulturellen Kontext – Orientierung für eine kultursensible Medizin“ war deshalb das Thema des 7. Ärztetages im Haus am Dom in Frankfurt, zu dem kürzlich der Arbeitskreis „Ethik in der Medizin im Rhein-Main-Gebiet“ eingeladen hatte. Mitveranstalter war die dort ansässige „Katholische Akademie Rhabanus Maurus“.

### Orientierungshilfen schaffen

In Deutschland haben 19,5 Prozent der Bevölkerung einen Migrationshintergrund, in den Fachgebieten Gynäkologie und Pädiatrie sind es sogar 30 bis 50 Prozent der Patienten. Nach Ansicht des Vorsitzenden des Arbeitskreises, Prof. Dr. med. Ulrich Finke, ist es daher notwendig, Orientierungshilfen für das Handeln im Sinne einer kultursensiblen Medizin zu finden. Die „Gener Deklaration des Weltärztebundes“ aus dem Jahr 1948 gibt bereits eine ethische Vorgabe: „Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung.“ Auch das Sozialgesetzbuch V berück-

sichtigt in § 2, Absatz 3 dieses Thema: „Den religiösen Bedürfnissen der Versicherten ist Rechnung zu tragen.“

### Medizin, Kultur und Religion

Im ersten Hauptreferat zeigte Dr. med. Yasar Bilgin, Vorsitzender der Türkisch-Deutschen Gesundheitsstiftung e. V., wie häufig noch ein mangelhaftes Wissen in Bezug auf andere Religionsgemeinschaften besteht, so zum Beispiel bei der Frage nach der Bedeutung von Speisevorschriften bei der Implantation einer Bioklappe vom Schwein. Das Thema Gesundheit sei eine gute Plattform für die Förderung einer gesellschaftlichen Integration von Migranten. Über gelungene Begleitungen von Patienten anderer Religionen am Lebensende berichteten die beiden Palliativmediziner und Internisten Dr. med. Bernd Weber und Margarete Ruppert aus dem Frankfurter Nordwest-Krankenhaus. Eine sterbende Patientin aus Kamerun wurde von einem lebhaften Kreis aus Familienmitgliedern begleitet – es wurde gesungen und auch gelacht. Für die Angehörigen einer Buddhistin aus Vietnam dagegen war es wichtig, ihr möglichst viele positive Gedanken und Gefühle zu vermitteln, damit sie diese in ihre nächste Inkarnation übertragen könne.

Nach der Erfahrung der beiden Palliativmediziner ist es wichtig, über Rituale zu verfügen, die im Umgang mit Sterbenden Sicherheit und eine Handlungsorientierung geben können. So konnte eine katholische

Patientin Nähe durch das gemeinsame Rosenkranzgebet erfahren. Sie erhielt das Sakrament der Krankensalbung, nachdem zuvor ihre beiden jüngsten Enkelkinder an ihrem Sterbebett getauft worden waren. Aber auch Verständigungsschwierigkeiten und die nicht beabsichtigte Verletzung religiöser Gefühle kamen zur Sprache. So rätselte das Behandlungsteam, warum die Entlassung einer Patientin der Roma von der Familie immer weiter hinausgezögert wurde. Schließlich hieß es zur Erklärung: In der Tradition der Roma wird der Wohnwagen, in dem jemand stirbt, anschließend verbrannt. Daher hätte das Sterben der Frau in der gemeinsamen Wohnung den Ehemann anschließend vor große Probleme gestellt.

Prof. Dr. med. Ilhan Ilkilic (Istanbul University), Mitglied des Deutschen Ethikrats, vertritt die These, dass eine gelungene Arzt-Patienten-Beziehung in einem interkulturellen und wertpluralen Kontext eine angemessene Kommunikation voraussetzt. Bilingualität alleine sei nicht ausreichend, der Dolmetscher bedarf zusätzlich des Verständnisses beider Kulturen. Nur auf dieser Basis können ethisch reflektierte ärztliche Entscheidungen getroffen werden, so Ilkilic. In der säkularen Gesellschaft werde häufig mit dem Rückgriff auf die „Natur“ argumentiert. Für Muslime sei dies jedoch der Wille Allahs. Ilkilic fordert daher den Einsatz professioneller Dolmetscher. Familienangehörige, die übersetzen, könnten

zum Beispiel durch ein Autoritätsverhältnis befangen sein. So würden Kinder ihren Eltern eventuell die Diagnose einer bösartigen Erkrankung gar nicht mitteilen, obwohl die Entscheidung über eine Chemotherapie ansteht. Daraus könnten sich nicht zuletzt auch juristische Konsequenzen für den behandelnden Arzt entwickeln. Siehe dazu auch die Internetseite [www.kulturgesundheit.de](http://www.kulturgesundheit.de) vom Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.

### „Macht der Tradition“

Das Thema „Ärztliches Handeln in der Praxis“ wurde auf dem Podium diskutiert, mit Prof. Dr. med. Stephan Sahm (Moderation), Dr. med. Akhtar Alipour Rafi (Allgemeinmedizinerin), Dr. med. Einander Tahir (Gynäkologin), Dr. med. Jabbar Said Falyh (Pädiater) und Dr. med. Michael Simonsohn (Internist/Diabetologe). Zur Sprache kam das „orientalische“ Konzept von Krankheit – die Ursache von Erkrankungen werden als von außen kommend verstanden. Darum sei auch heute noch Magie, zum Beispiel in Form von Amuletten („Abwehr des bösen Blicks“) für viele Patienten

wichtig. Neben der Sichtweise der naturwissenschaftlichen Medizin müsse für eine ganzheitliche Behandlung in diesen Fällen auch das Bedürfnis der Patienten nach magischer Abwehr ernst genommen werden.

Die Gynäkologin Tahir ist besonders auf die Behandlung von Patientinnen spezialisiert, die in Folge einer rituellen Beschneidung unter einer Genitalverstümmelung leiden. Ihr Bericht führte zu einer lebhaften Diskussion über die Gründe, warum diese Praktiken heute existieren, obwohl diese auch in Afrika gesetzlich verboten sind und dort hohe muslimische Geistliche öffentlich darlegen, dass die Beschneidung von Frauen nicht Teil des Islam sei. Als eine Erklärung für die Beibehaltung dieses Rituals stehe die „Macht der Tradition“. Jede Frau sowie auch deren Familie, die sich gegen diese Tradition entscheiden, stellen sich mit dieser Entscheidung außerhalb ihrer Gemeinschaft und sind fortan isoliert. Aber gibt es bei allem kultursensiblen Verständnis nicht auch Grenzen, deren Übertretung aus humanistischer Sicht nicht toleriert werden können? Exis-

tieren womöglich miteinander unversöhnliche kulturelle Grundhaltungen?

### Fazit

Sprachbarrieren, andersartige Medizinkonzepte sowie weitere kulturelle Besonderheiten stellen Ärztinnen und Ärzte im Praxisalltag oft vor schwierige Herausforderungen – vor allem in Anbetracht der begrenzten zeitlichen Ressourcen. Hier ist es notwendig, auch strukturell neue Weichen zu stellen. Ferner sollte der Erwerb einer „interkulturellen Kompetenz“ obligatorischer Bestandteil der verschiedenen Ausbildungsgänge im Gesundheitswesen werden.

Es ist geplant, die Hauptreferate sowie die Podiumsdiskussion des Ärztetages am Dom



Foto: Katrin Schilling

in das kostenfreie Internetportal „German Medical Science“ ([www.egms.de](http://www.egms.de)) einzustellen.

Dr. med. Barbara Hanusseck, Frankfurt  
E-Mail: [B.Hanussek@mdk-hessen.de](mailto:B.Hanussek@mdk-hessen.de)

## Kritik am hessischen Onkologiekonzept

### Niedergelassene sind nicht eingebunden / Große Kliniken könnten Patientenströme lenken

Die Umsetzung des hessischen Onkologiekonzepts kann beginnen. Mit dieser Botschaft ging das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HSM) jüngst bei einer Pressekonferenz an der Universitätsklinik Frankfurt an die Öffentlichkeit. Es sei ein steiniger Weg gewesen, Widerstände, Ängste und Bedenken hätten ausgeräumt, das Konkurrenzdenken der Klini-

ken überwunden werden müssen. Dies sei gelungen. Die Krankenkassen würden die Mehrkosten anerkennen. Was noch fehle, sei das Einbeziehen der ambulanten Versorgung, räumte Jochen Metzner, Leiter des Referats Krankenhausversorgung beim HSM in Wiesbaden, ein. Dies werde in einem zweiten Schritt geschehen, denn der Arbeit der niedergelassenen Onkologen

käme eine immer größere Bedeutung zu. Doch die bezweifeln, dass ihre Mitwirkung wirklich erwünscht ist.

Die Neufassung des hessischen Onkologiekonzepts wurde im Jahr 2010 verabschiedet. Nach zähem Ringen jetzt also der offizielle Startschuss für das Modell, das die Behandlungsqualität verbessern soll. Die

Idee: Jeder Tumorpatient in Hessen soll wohnortnah auf gleich hohem Niveau versorgt sein. Damit dies gelingt, tauschen sich die Ärzte aus, stellen sich gegenseitig ihr Know-how zur Verfügung, um das Beste für den Erkrankten herauszuholen.

Das Ministerium hat das Land in sechs Versorgungsregionen aufgeteilt: Kassel, Fulda/Bad Hersfeld, Gießen/Marburg, Wiesbaden/Limburg, Darmstadt sowie Frankfurt/Offenbach. In jedem Gebiet gibt es in der Regel ein großes „koordinierendes“ Haus, das sich mit „kooperierenden“ Kliniken zu Netzwerken zusammenschließt. Es gibt einheitliche Leitlinien und feste Regeln für die Zusammenarbeit. Jeder Fall soll mindestens einmal in einer interdisziplinären Tumorkonferenz besprochen werden, bei der die Experten sich in der Diskussion auf eine bestimmte Therapie einigen. Sollte der Patient eine Zweitmeinung wünschen, so werde er unterstützt, betonte Prof. Dr. med. Elke Jäger vom Frankfurter Krankenhaus Nordwest.

Das hat die Zusammenarbeit schon geübt – mit der Universitätsklinik Frankfurt und unter dem Dach des Universitären Centrums für Tumorerkrankungen (UCT). Das hat die koordinierende Aufgabe für die Versorgungsregion Frankfurt/Offenbach übernommen. Im Vergleich zu anderen Gebieten ist die Zahl der kooperierenden Häuser hier extrem hoch: 18 Kliniken sind dem UCT zugeordnet – denn das Rhein-Main-Gebiet ist gut mit Krankenhäusern versorgt.

Im UCT arbeiten viele Spezialisten. Gleichwohl sei nicht beabsichtigt, dass alle schweren Tumorfälle des Versorgungsgebiets künftig in Frankfurt behandelt werden. Sicher werde es zu Überweisungen kommen, sagte Jäger. Doch auch an andere Orte, wo ebenfalls Experten für gewisse Tumorerkrankungen säßen. Und die Anschlussbehandlung werde stets in der Heimatklinik und damit wohnortnah erfolgen, wie es das Konzept vorsieht. Kein Kollege müsse befürchten, dass ihm die Patienten abgeworben werden. Das Arbeitsklima sei von „Kollegialität und Fairness“ geprägt.

Prof. Dr. med. Hubert Serve von der Universitätsklinik Frankfurt stellte heraus, dass der Verbund auch die Möglichkeit eröffne, an klinischen Studien teilzunehmen. Denn nun könne die erforderliche Zahl an Patienten erreicht werden, um neue Medikamente zu testen, von denen Betroffene profitierten.

Metzner betonte, dass die Teilnahme an dem Konzept freiwillig ist. Doch das Ministerium besitzt Druckmittel: Es kann Kliniken, die sich verweigern, den Versorgungsauftrag entziehen.

Nicht alle sind von dem hessischen Onkologiekonzept so überzeugt wie die Akteure der Pressekonferenz: In den kleineren Häusern bestehe die Befürchtung, dass die großen „koordinierenden“ Kliniken die Patientenströme nach ihrem Interesse lenken, berichtet Dr. med. Susanne Johna,

Landesverbandsvorsitzende des Marburger Bundes und Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen. Auch stelle sich die Frage, ob der gesteigerte Dokumentationsaufwand honoriert wird.

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Hessen bezweifelt gar, dass die Qualität der Behandlung Krebskranker jetzt steigt: „Die Niedergelassenen spielen de facto nur noch eine untergeordnete Rolle“, kritisiert der Sprecher der KV Hessen, Karl Roth. In seiner jetzigen Fassung berge das Onkologiekonzept die Gefahr, die Versorgung zu verschlechtern. „In unserer Wahrnehmung werden die Niedergelassenen von den Kliniken als Konkurrenten wahrgenommen und deshalb zu wenig berücksichtigt.“ Erschwerend käme hinzu, dass die Kostenträger kaum Interesse zeigten, niedergelassene Onkologen einzubinden. Dies würden die aktuellen Diskussionen in den Regionalen Gesundheitskonferenzen belegen, wie zum Beispiel in Kassel.

Mit dem hessischen Onkologiekonzept schlägt das Ministerium einen Weg ein, der sich Metzner zufolge auch für andere Krankheiten eignet. Ein solcher Versorgungsverbund wäre auch für Diabetes oder andere chronischen Krankheiten denkbar – oder auch für die Geriatrie.

*Jutta Rippegather*



# Freude an Teamarbeit

Gespräch mit Dr. med. Susanne Johna, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen



Foto: privat

Dr. med. Susanne Johna ist eine konzentrierte Gesprächspartnerin. Freundlich schenkt sie ihrem Gegenüber Aufmerksamkeit, formuliert überlegt und

schweift nicht vom Thema ab. Schon früh, mit 16 Jahren, wusste die gebürtige Duisburgerin, dass sie Medizin studieren wollte. Der Vater einer Schulfreundin war Gynäkologe und hatte beide Mädchen öfter in die Klinik mitgenommen. „Ich war fasziniert von der Möglichkeit, Menschen helfen und einen sehr befriedigenden Beruf ausüben zu können“, erzählt Susanne Johna, die als eine von drei Vertretern des Marburger Bundes dem Präsidium der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) angehört. „Auch die Teamarbeit im Krankenhaus reizte mich von Anfang an.“ Das ist bis heute so geblieben. „Mir hat die Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und mit der Pflege immer Freude gemacht.“ Seit 2005 leitet die internistische Oberärztin und Hygienebeauftragte die Abteilung Innere Medizin im Neurologischen Reha-Zentrum in Wiesbaden.

Nur einmal, bei ihrem Umzug von Osnabrück nach Wiesbaden im Jahr 2001, hatte sie darüber nachgedacht, sich niederzulassen. „Aber nur kurz. Ich hatte in den letzten beiden Jahren in Osnabrück in der Notaufnahme gearbeitet, war also ständig mit akut kranken Menschen konfrontiert.“ In der Praxis habe sie dagegen die Erfahrung gemacht, dass die Kunst des Niedergelassenen darin bestehe, aus vielen Gesunden in der Praxis die wenigen wirklich kranken Menschen herauszufinden, die akute Hilfe benötigen. Johna lächelt: „Damit war klar, dass ich weiter als Krankenhausärztin tätig sein würde.“

Durch Engagement Dinge verbessern: Dieses Ziel hat sich die mit einem Kardiologen verheiratete Ärztin früh gesteckt. Mit 17 Jahren machte sie Abitur und absolvierte die Facharztweiterbildung in Vollenstellung an den Städtischen Kliniken Osnabrück. „Auch dort war es zu jener Zeit noch unüblich, Teilzeit zu arbeiten.“ Als Assistentensprecherin setzte sich Susanne Johna für verbesserte Rahmenbedingungen in der Weiterbildungsphase und die Aufstellung fester Rotationspläne ein. Vor dem Ende der Weiterbildungszeit wurde sie zum ersten Mal schwanger. Als ihr Sohn 1997 zur Welt kam, nahm sie sechs Monate Erziehungsurlaub. Zwei Jahre später setzte die Fachärztin für Innere Medizin nach der Geburt der Tochter acht Monate aus, bevor sie wieder in den Beruf zurückkehrte. „Mein Gehalt ging damals komplett für die Kinderfrau zu Hause drauf.“

Heute liegt der 48-Jährigen – sowohl in ihrer Funktion als Landesverbandsvorsitzende des Marburger Bundes Hessen als auch als Abteilungsleiterin in ihrer Klinik und als Präsidiumsmitglied der LÄKH – die Qualität der Weiterbildung am Herzen. Und der Wunsch, jungen Kolleginnen und Kol-

legen ihre Sicht des Arztseins zu vermitteln. Auch wenn sich das Verhältnis zum Arztberuf inzwischen sehr verändert habe und die work-life-balance an Bedeutung gewonnen habe. „Wichtig ist vor allem das persönliche Beispiel, um zu zeigen, dass sich nur durch Engagement – beispielsweise gegen das immer stärker ‚Hineinregieren‘ der Verwaltung in die Medizin – etwas ändern kann.“ Auch sie selbst sei einst durch das Vorbild der früheren Ärztekammerpräsidentin und MB-Vorsitzenden Dr. med. Ursula Stüwe zur Berufspolitik gekommen, sagt Johna. Und noch etwas ist ihr angesichts des wachsenden Anteils von Frauen an der Ärzteschaft wichtig: Ärztinnen müssen ihre Rolle sehr bewusst wahrnehmen, denn sie werden das Arztbild der Zukunft bestimmen.

Ökonomische Zusammenhänge ließen sich heute in der Medizin nicht mehr ignorieren, erklärt die engagierte Ärztin, die ein Intensivstudium Gesundheitsökonomie an der European Business School abgeschlossen hat und dieses Wissen auch als Betriebsratsmitglied einbringt. Die Frage sei allerdings, in welchem Maße sie die Medizin beeinflussen dürften. „Das Vertrauens-

**Was sind ihre wichtigsten Ziele als Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer?**

**Dr. med. Susanne Johna:** Die Anliegen der angestellten Ärztinnen und Ärzte in die Landesärztekammer einbringen und Einfluss auf die neue Weiterbildungsordnung nehmen. Außerdem möchte ich, dass in der Landesärztekammer wieder mehr inhaltliche als organisatorische Themen im Vordergrund stehen.

**Wie wollen Sie diese Ziele erreichen?**

**Dr. med. Susanne Johna:** Indem ich mit meinem Engagement dazu beitrage, dass die LÄKH ihrer Kontrollfunktion in der Weiterbildung besser nachkommt. Dies bedeutet nicht, Weiterbildungsermächtigte an den Pranger zu stellen, sondern sie darin zu unterstützen, dass sie die notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt bekommen.

verhältnis zwischen Arzt und Patient kann nur dann bestehen bleiben, wenn der Patient sich darauf verlassen kann, dass ausschließlich sein Wohl eine Rolle für die

ärztliche Entscheidung spielt – und nichts anderes.“ Dafür macht sich Susanne Johna stark. Für ihr Hobby Tennis, das sie mit ihrer Familie teilt, bleibt angesichts der

privaten, beruflichen und berufspolitischen Verpflichtungen nicht mehr viel Zeit. In der ärztlichen Selbstverwaltung engagiert sich die Ärztin, um die Präsenz von Frauen zu stärken und die Diskrepanz zwischen angestellten und niedergelassenen Ärzten in der Delegiertenversammlung zu verbessern. „Vor allem aber auch, weil ich fest davon überzeugt bin, dass die ärztliche Selbstverwaltung das richtige System ist. Es kann allerdings nur funktionieren, wenn Ärztinnen und Ärzte sich aktiv einbringen.“

*Katja Möhrle*

## Fortbildung

## Repetitorium Allgemeinmedizin

Es ist ambitioniert, typisch allgemeinmedizinische Themen an zwei Tagen darzustellen. Am 14. und 15. Juni 2014 werden im Repetitorium Allgemeinmedizin spezifische Vorgehensweisen und Handlungswege des Fachs besprochen: so genannte Befindlichkeitsstörungen, Fieberzustände, Infekte der Atemwege und Lungenerkrankungen, gastro-intestinale Leitsymptome, ausgesuchte neurologische Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Akutfälle in Urologie und Gynäkologie, Beschwerden des Muskel-Skelett-Gelenk-Systems und Osteoporose.

Das Repetitorium ist selbstverständlich Pharma unabhängig. Kolleginnen und Kollegen nutzten in den vergangenen Jahren die Veranstaltung zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung. Aber auch viele gestandene Allgemeinärztinnen und -ärzte kamen, um

ihr Wissen aufzufrischen und neueste Tendenzen in der Allgemeinmedizin zu erfahren. Die Palliativmedizin wird ebenfalls thematisiert, ebenso wie die Schmerztherapie. Hausärztliche Leitlinien der Leitliniengruppe Hessen und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) sowie nationale Versorgungsleitlinien werden – so vorhanden – in die Vorträge eingebunden. So wird beispielsweise die hausärztliche Leitlinie kardio-vasculäre Prävention und die vom Verband der Ersatzkassen (VdEK) mit dem Zukunftspreis 2013 prämierte Leitlinie zur Multimedikation vorgestellt. Abgerundet wird die Veranstaltung durch Arbeit in Kleingruppen über die genannten Themen.

Die Referenten sind überzeugte Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, die als Moderatoren in der Kurs-Weiterbildung Allge-

meinmedizin tätig sind oder an den hausärztlichen Leitlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) und den DEGAM-Leitlinien mitarbeiten oder Prüfer der Facharztprüfung Allgemeinmedizin sind.

So wird eine in der Praxis verwertbare Mischung aus allgemeinmedizinischer Vorgehensweise, evidence based medicine, hausärztlichen und DEGAM-Leitlinien und praktischer Erfahrung vorgetragen.

Auskunft und Anmeldung bei der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄK Hessen, Renate Heßler, Tel.: 06032 782-203, E-Mail: renae.hessler@laekh.de

**Korrespondenzadresse:**

*Dr. med. Gert Vetter*  
Schneckenhofstr. 29, 60596 Frankfurt  
Tel.: 069 613832, Fax: 069 625127  
E-Mail: G.Vetter@em.uni-frankfurt.de

Zertifizierte Fortbildung – VNR 2760602014051060002

# Das schwache Herz – Diagnose und Therapie der chronischen Herzinsuffizienz heute

Birgit Aßmus, Andreas M. Zeiher

## 1. Definition und Diagnose<sup>1</sup>

### Definition

Herzinsuffizienz (heart failure; HF) ist klinisch definiert als eine Störung der kardialen Struktur oder Funktion, die zu den typischen Symptomen Dyspnoe, periphere Ödeme und Müdigkeit führt. Klinische Zeichen für HF sind z.B. feuchte Rasselgeräusche über der Lunge, eine Verlagerung des Herzspitzenstoßes sowie ein erhöhter Jugularvenenpuls. Die symptomatische Einschränkung der HF-Patienten wird anhand der NYHA Klassifikation in vier Klassen unterteilt (Tabelle 1). Entscheidend für die spezifische Therapie der HF ist die Kenntnis der zugrundeliegenden Ursache, z.B. valvuläre oder ischämische Kardiomyopathie. Grundsätzlich wird die linksventrikuläre Dysfunktion unterteilt in HF

Tabelle 1: NYHA Klassifikation

| Stadium | Beschreibung  |
|---------|---|
| I       | Herzschwäche <b>ohne</b> körperliche Einschränkungen. Alltägliche körperliche Belastung verursacht keine Erschöpfung, Rhythmusstörungen oder Luftnot  |
| II      | Herzschwäche <b>mit leichter Einschränkung</b> der körperlichen Leistungsfähigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe und bei geringer Anstrengung. Stärkere körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen oder Luftnot, z. B. Bergangehen oder Treppensteigen. |
| III     | Herzschwäche <b>mit höhergradiger Einschränkung</b> der Leistungsfähigkeit bei gewohnter Tätigkeit. Keine Beschwerden in Ruhe. Geringe körperliche Belastung verursacht Erschöpfung, Rhythmusstörungen oder Luftnot, z. B. Gehen in der Ebene.                            |
| IV      | Herzschwäche <b>mit Beschwerden bei allen körperlichen Aktivitäten und in Ruhe.</b> Teilweise Bettlägerigkeit   |

mit reduzierter EF (HF-REF oder systolische HF) und in HF mit erhaltener EF (HF-PEF oder diastolische HF; Tabelle 2)<sup>1</sup>.

### Diagnostik

Der Algorithmus zur Diagnostik bei Verdacht auf HF ist in Abbildung 1 dargestellt. Essentielle Untersuchungen zur Diagnose

von HF sind die Echokardiographie, das EKG und Laboruntersuchungen, zusätzlich zur sorgfältigen klinischen Untersuchung des Patienten. Bei der Echokardiographie werden unmittelbar Informationen über Herzvolumina und LVEF, systolische und diastolische Ventrikelfunktion, Wanddicken und Klappenmorphologie und -funktion

### Abkürzungen

|   |  |                     |  |
|---|--|---------------------|--|
| ACE                                     | Angiotensin-Converting-Enzym   | H-ISDN              | Hydralazin-Isosorbid-Dinitrat                                  |
| ARB                                     | Angiotensin-Rezeptorblocker  | HTX                 | Herztransplantation  |
| AÖF                                     | Aortenklappenöffnungsfläche  | ICD                 | Implantierbarer Kardioverter/Defibrillator                     |
| AV                                      | Atrioventrikulär   | Kardio-MRT          | Kardiale Magnetresonanztomographie                             |
| BNP                                     | B-Typ natriuretisches Peptid   | LSB                 | Linksschenkelblock   |
| BiVAD                                   | Biventrikuläres Unterstützungssystem   | LV                  | Linker Ventrikel   |
| CCB                                     | Calciumkanalblocker  | LVAD                | LV-Unterstützungssystem  |
| CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc: | Cardiac failure (Herzinsuffizienz), Hypertonie, Alter ≥ 75 (doppelt), Diabetes, Schlaganfall (doppelt), Vascular disease (Gefäßerkrankungen), Alter 65-74, Sex (Geschlecht) weiblich | LVEDP               | LV enddiastolischer Druck                                      |
| COPD                                    | Chronisch obstruktive Lungenerkrankung   | LVEF                | linksventrikuläre Ejektionsfraktion                            |
| CRT                                     | Kardiale Resynchronisationstherapie  | MRA                 | Aldosteron-Antagonist (Mineralokortikoid-Rezeptorantagonist)   |
| CRT-D                                   | Kardiale Resynchronisationstherapie mit Defibrillator  | NOAC                | Neue orale Antikoagulanzen                                     |
| CRT-P                                   | Kardiale Resynchronisationstherapie mit Schrittmacher  | NSAID               | Nicht-steroidales Antirheumatikum                              |
| DDD                                     | Zweikammer-Schrittmacherstimulation im dual-dual-dual-Modus  | NT-proBNP           | N-terminales pro B-Typ natriuretisches Peptid                  |
| DGK                                     | Deutsche Gesellschaft für Kardiologie  | NYHA                | New York Heart Association                                     |
| (e)GFR                                  | (geschätzte) glomeruläre Filtrationsrate   | PAVK                | Periphere arterielle Verschlusskrankheit                       |
| EKG                                     | Elektrokardiogramm   | PUFA                | Mehrfach ungesättigte Fettsäuren                               |
| ESC                                     | Europäische Gesellschaft für Kardiologie   | PVR                 | Pulmonalvaskulärer Widerstand                                  |
| HF                                      | Herzinsuffizienz   | RCT                 | Randomisierte kontrollierte Studie                             |
| HF-PEF                                  | Herzinsuffizienz mit erhaltener (preserved) Ejektionsfraktion  | RSB                 | Rechtsschenkelblock  |
| HF-REF                                  | Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion   | TIA                 | Transitorische ischämische Attacke                             |
|   |  | VO <sub>2</sub> max | maximale Sauerstoff-Aufnahme                                   |
|   |  | VVI                 | Ventrikuläre Einkammer-Schrittmacherstimulation mit Inhibition |
|   |  | ZVD                 | Zentralvenöser Druck   |

Tabelle 2: Diagnose der Herzinsuffizienz

| Systolische Herzinsuffizienz | Diastolische Herzinsuffizienz   |
|------------------------------|---|
| Typische Symptome ▲          | Typische Symptome ▲   |
| Typische Zeichen ■           | Typische Zeichen ■  |
| Reduzierte LVEF              | Normale oder leicht reduzierte LVEF und Fehlen einer linksventrikulären Dilatation                                  |
|                              | Relevante strukturelle Herzerkrankung (Hypertrophie, linksatriale Vergrößerung) und / oder diastolische Dysfunktion |

**Legende:**  
 ▲ *Dyspnoe, Orthopnoe, nächtliche Dyspnoe, Belastungsintoleranz, Müdigkeit, geschwollene Knöchel*  
 ■ *erhöhter Jugularvenenpuls, hepatojugulärer Reflux, S3-Galopp, seitlich verlagertes Herzspitzenstoß, Herzgeräusch*

verfügbar. Zudem ist die echokardiographische Untersuchung schnell verfügbar, sicher für den Patienten sowie kosteneffektiv. Mit dem 12-Kanal-EKG erhält man den Herzrhythmus und die elektrische Erregungsausbreitung im Herzen, so dass Rhythmusstörungen wie Vorhofflimmern und Überleitungsstörungen wie z.B. AV Blockierungen oder LSB sofort ersichtlich sind. Zudem könnten sich Hinweis auf einen abgelaufenen Infarkt (Q-Zacken), Zeichen der LV-Hypertrophie oder Rechtsherzbelastung finden. Weniger als 2% der Patienten mit HF weisen ein normales EKG auf<sup>2</sup>. Die biochemischen und hämatologischen

Laboruntersuchungen sind entscheidend für die Beurteilung der Nierenfunktion und somit die Möglichkeit der medikamentösen Hemmung des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems, und den Ausschluss einer Anämie, welche ähnliche Symptome wie HF hervorrufen kann. Mit diesen genannten Untersuchungen kann in der überwiegenden Mehrheit der Fälle eine initiale Arbeitshypothese erstellt und die Therapie eingeleitet werden. Da die Zeichen und Symptome der HF relativ unspezifisch sind, werden viele Patienten mit dem Verdacht auf HF zur Echokardiographie geschickt, welche dann

möglicherweise keine relevanten kardialen Auffälligkeiten ergibt. Als sinnvolle Screening-Untersuchung kann bei Verdacht auf Herzinsuffizienz auch eine Messung der natriuretischen Peptide im Blut durchgeführt werden. Natriuretische Peptide werden mit Erhöhung der kardialen Wandspannung vermehrt sezerniert, so z.B. bei Vorhofflimmern, Lungenembolie und Aortenstenose. Daher kann bei unbehandelten Patienten mit normalen Werten der natriuretischen Peptide HF nahezu ausgeschlossen werden. Bei diesen Patienten führt die Suche nach einer nicht-kardialen Ursache der Symptome häufiger zu einem Ergebnis. Zahlreiche Studien haben Schwellenwerte zum Ausschluss von HF für die am häufigsten verwendeten natriuretischen Peptide, BNP und NT-proBNP, untersucht. Die so identifizierten Schwellenwerte unterscheiden sich für Patienten mit akuter oder chronischer HF (Abbildung 1). Eine Röntgenuntersuchung der Lunge kann in Erwägung gezogen werden, um Lungenerkrankungen auszuschließen oder um eine pulmonale Stauung zu verifizieren, insbesondere bei der akuten HF. Weitere Untersuchungen, die bei bestimmten Patientengruppen indiziert sein können, sind die kardiale MRT zur Analyse von Struktur, Funktion und Vitalität; die Koronarangiographie zum Ausschluss bzw. Behandlung einer koronaren Herzerkrankung; Belastungstests zur Ischämiediagnostik, Evaluation der Prognose und vor HTX sowie eine kombinierte Rechts-Linksherzkatheteruntersuchung zur Bestimmung des pulmonalen Drucks vor HTX oder Assist-Device-Implantation.

## 2. Pharmakologische Therapie der diastolischen Herzinsuffizienz<sup>1</sup>

Bezüglich der medikamentösen Therapie bei HF mit erhaltener EF (HF-PEF) ist gegenwärtig leider für keinen Wirkstoff eine Re-

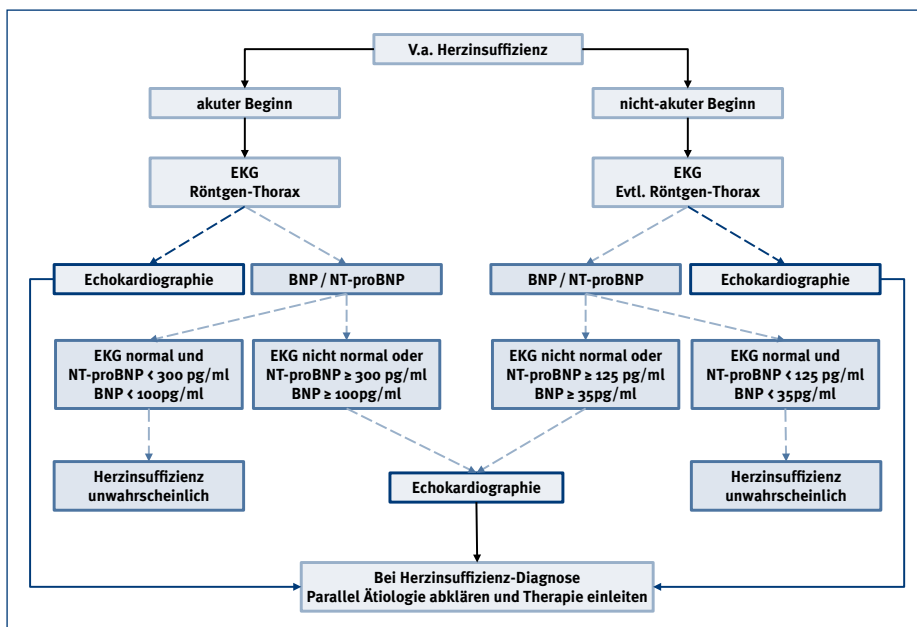


Abbildung 1: Algorithmus zur Abklärung bei Verdacht auf Herzinsuffizienz

duktion von Morbidität und Mortalität gezeigt, so dass die Empfehlungen letztlich auf pathophysiologischen Konzepten beruhen. Diuretika werden eingesetzt zur symptomatischen Therapie bei Dyspnoe und Ödemen, arterielle Hypertonie und Myokardischämie müssen als mögliche Ursachen adäquat behandelt werden. Wichtig ist auch eine ausreichende Frequenzkontrolle bei Patienten mit Vorhofflimmern. Zahlreiche Studien haben in den vergangenen Jahren die Effekte von ACE-Hemmern, ARBs und MRAs untersucht. Die Schlüsselstudien zur Behandlung von Patienten mit HF-PEF waren die CHARM-Preserved Studie, die in 3023 Patienten keine Reduktion des kombinierten Endpunkts kardiovaskulärer Tod und Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz durch Candesartan zeigen konnte, die PEP-CHF-Studie, die bei 850 älteren Patienten keinen Einfluss des ACE-Hemmers Perindopril auf den kombinierten Endpunkt Tod und Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz erbrachte, sowie die I-Preserve Studie. Hier wurde bei 4128 Patienten kein Benefit durch Irbesartan beim Endpunkt Tod und kardiovaskuläre Hospitalisierung erreicht. Erst kürzlich wurde die mit viel Spannung erwartete TOPCAT Studie bei der Jahrestagung der American Heart Association vorgestellt. 3445 Patienten erhielten randomisiert entweder Spironolacton oder Placebo, jedoch war der primäre Endpunkt aus Tod, Hospitalisierung wegen HF und überlebter Herzstillstand nicht signifikant unterschiedlich zwischen den Gruppen. In Subgruppenanalysen dieser Studien konnte zwar teilweise eine Reduktion der Hospitalisierung wegen HF gezeigt werden, was bei diesem Patientenkollektiv wesentlich zur beeinträchtigten Lebensqualität beiträgt. Da jedoch keine Studie ihren primären Endpunkt erreichte, sollte der Einsatz von ACE-Hemmern, ARBs und MRAs bei Patienten mit HF-PEF sorgfältig abgewogen werden.

### 3. Pharmakologische Therapie der systolischen Herzinsuffizienz<sup>1</sup>

Ziele der pharmakologischen Therapie bei HF mit reduzierter EF (HF-REF; LVEF  $\leq$  40%) ist die Befreiung bzw. Minderung von Symptomen, Reduzierung der Krankenhausaufenthalte und ein verlängertes Überleben. Auch wenn in den bisherigen Studien der Fokus auf eine Reduktion der Mortalität lag, so wird gegenwärtig anerkannt, dass

weniger Krankenhausaufenthalte wegen dekompensierter HF sowohl für die Patienten als auch für die Gesundheitssysteme von erheblicher Bedeutung sind. Eine verminderte Mortalität und Rate an Hospitalisierungen reflektieren beide das Potential effektiver Behandlungsstrategien, das Fortschreiten der HF zu verlangsamen oder ganz aufzuheben. Der Behandlungspfad für Patienten mit HF-REF ist in Abbildung 2 aufgezeigt. Bedeutsam während der vor-

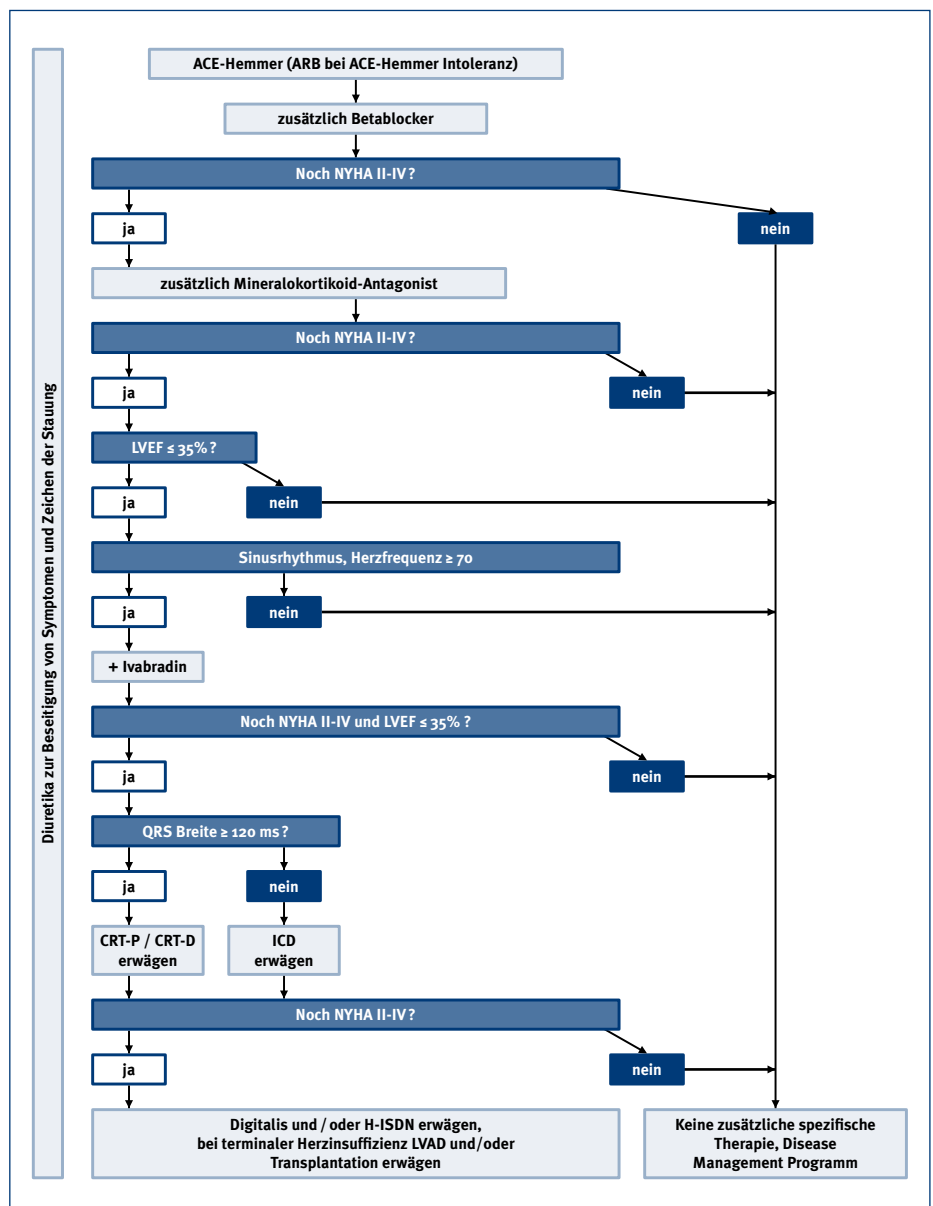


Abbildung 2: Behandlungswege bei systolischer Herzinsuffizienz (NYHA II-IV)



sichtigen Therapieeinleitung und späteren Überwachung sind regelmäßige Kontrollen des Blutdrucks und der Herzfrequenz, sowie des Serum-Kaliums und der Nierenfunktion.

Alle Patienten mit symptomatischer HF ab Stadium NYHA II benötigen eine Therapie mit einem ACE-Hemmer, nur bei ACE-Hemmer Intoleranz sollte ein ARB verwendet werden. Parallel sollte ein Betablocker verabreicht werden. Patienten mit persistierenden Symptomen (NYHA  $\geq$  II) unter der Therapie mit ACE-Hemmer / ARB und Betablocker wird zusätzlich ein MRA empfohlen. Jede der genannten Substanzklassen konnte zeigen, dass sie das Risiko für eine HF-Hospitalisierung und vorzeitigen Tod signifikant reduzieren kann.

Die Hauptstudien für die ACE-Hemmer Therapie bei HF waren CONSENSUS und SOLVD, welche gemeinsam ca. 2800 Patienten mit Enalapril versus Placebo behandelt hatten, unter Begleittherapie mit Diuretika und Digitalis. Sie ergaben eine signifikante relative Reduktion der Mortalität um 27% in CONSENSUS und 16% in SOLVD. Vergleichbare Ergebnisse konnten in weiteren randomisierten großen Studien auch für andere ACE Hemmer und zur Vermeidung der HF nach Myokardinfarkt erzielt werden (ATLAS, SOLVD-Prevention, SAVE, AIRE, TRACE), welche zudem auch eine Reduktion der HF-assozierten Symptome, Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Lebensqualität belegen.

Für die Verwendung von Betablockern bei HF gibt es drei Schlüsselstudien: CIBIS II mit Bisoprolol, COPERNICUS mit Carvedilol und MERIT-HF mit Metoprolol. Gemeinsam wurden in diesen Studien annähernd 9000 Patienten mit HF-REF behandelt, welche zu über 90% bereits eine Begleittherapie mit einem ACE-Hemmer oder ARB hatten. In jeder dieser Studie kam es zu einer relativen Risikoreduktion von 34% bezüglich Mortalität und 28 – 36% bezüg-

lich Hospitalisierung. Diese Daten konnten mit Nebivolol in der SENIORS Studie bei 2128 älteren,  $>70$ -jährigen Patienten mit HF bestätigt werden.

Spirolonolacton und Eplerenon blockieren den Aldosteronrezeptor und werden gemeinhin als Mineralokortikoidrezeptorblocker (MRAs) bezeichnet. Die erste Studie, welche den Nutzen einer Aldosteronblockade durch MRAs aufzeigte, war die RALES-Studie, wo 1663 Patienten mit NYHA III und EF  $\leq$  35% mit Spirolonolacton oder Placebo behandelt wurden. In RALES erhielten nur 11% der Patienten einen Betablocker, hingegen hatten 95% der Patienten eine ACE Hemmer. Innerhalb von zwei Jahren nach Therapieeinleitung konnte eine relative Reduktion der Mortalität um 30% und der Hospitalisierungen um 35% erreicht werden. Vergleichbar hierzu sind auch die Daten von EMPHASIS-HF, wo Eplerenon mit Placebo verglichen wurde. Anzumerken ist, dass die überwiegende Mehrheit der Patienten sowohl einen ACE-Hemmer als auch einen Betablocker hatte, und dass sich die Patienten im klinischen Stadium NYHA II befanden. Unterstützt werden diese beiden Studien mit ihren Resultaten durch die EPHEMUS-Studie, wo mehr als 6000 Patienten wenige Tage nach akutem Myokardinfarkt und LVEF  $\leq$  40% eine Therapie mit Eplerenon oder Placebo erhielten. Dies hatte eine relative Reduktion der Mortalität von 15% zur Folge. Somit sind die Prognose-verbessernden Effekte der MRAs gut belegt. Zu beachten sind allerdings die Nebenwirkungen Hyperkaliämie und Verschlechterung der Nierenfunktion. Insbesondere bei Patienten mit entsprechend eingeschränkter Nierenfunktion muss besonders vorsichtig bzw. mit adäquater Überwachung behandelt werden, möglicherweise können MRAs auch gar nicht zum Einsatz gebracht werden.

Weitere Medikamente, deren Nutzen bezüglich einer Reduktion der Mortalität bei

Patienten mit HF-REF nicht bewiesen ist, sind ARBs, Ivabradin, Hydralazin und Nitrate sowie Digitalisglykoside.

ARBs sind eine Alternative zu ACE-Hemmern, wenn diese wegen Nebenwirkungen (z.B. Reizhusten) nicht toleriert werden. Die wesentlichen Studien zu dieser Substanzklasse sind ValHeFT und CHARM-Added, welche gemeinsam etwa 7600 Patienten mit HF-REF entweder mit Placebo oder Valsartan / Candesartan zusätzlich zu einer bereits etablierten ACE-Hemmer Therapie behandelt haben. Allerdings hatten nur 35 – 55% der Patienten eine Betablocker Therapie und fast kein Patient MRA. Jede der beiden Studien ergab eine signifikante relative Reduktion der HF-assozierten Hospitalisierung (17 – 24%). Parallel dazu wurde Symptome und Lebensqualität der behandelten Patienten verbessert. In CHARM-Alternative erhielten Patienten mit ACE-Hemmer Intoleranz Candesartan, was ebenfalls zu einer Reduktion der Hospitalisierungsrate führte. Schließlich zeigte sich auch bei über 14000 Patienten nach akutem Myokardinfarkt und reduzierter LVEF, dass ACE-Hemmer und ARBs gleichwertig sind, hingegen erbrachte die Kombination aus beiden keinen additiven Nutzen. Aktuell sind ARBs somit nicht als Erstlinientherapie bei HF-REF empfohlen, sondern ausschließlich dann, wenn ACE-Hemmer unverträglich sind. Diese Empfehlung kommt auch zustande, weil sich in EMPHASIS-HF durch Eplerenon eine stärkere Reduktion der Mortalität und Morbidität gezeigt hat als in den „ARB-added“ Studien, und weil sowohl in EMPHASIS HF als auch in RALES durch MRAs die Mortalität reduziert werden konnte, was in keiner ARB-Studie gelang. Die Ergänzung eines ARB zur bestehenden ACE- und MRA-Therapie sollte nicht erfolgen, da hierdurch das Risiko für eine Hyperkaliämie und Nierenfunktionsverschlechterung stark ansteigt. Eine neue Substanz in den Empfehlungen

zur Pharmakotherapie der HF ist Ivabradin. Ivabradin hemmt den  $I_f$ -Kanal im Sinusknoten und bewirkt über eine Verlangsamung der diastolischen Depolarisation eine Frequenzabsenkung. Andere pharmakologische Wirkungen dieser Substanz sind derzeit nicht bekannt. In der bahnbrechenden SHIFT Studie, welche mehr als 6500 Patienten mit HF-REF im Stadium NYHA II-IV, Ruhe-Herzfrequenz  $\geq 70$ /min und LVEF  $\leq 35\%$  einschloss, zeigte sich durch Gabe von Ivabradin zusätzlich zu ACE-Hemmer/ARB (93%), Betablocker (90%) und MRA (60%) im Vergleich zu Placebo eine signifikante Reduktion des primären Endpunktes aus kardiovaskulärem Tod oder HF-Hospitalisierung (relative Risikoreduktion 18%). Die Reduktion der Hospitalisierungsrate war dabei abhängig vom Ausmaß der erzielten Frequenzreduktion. Symptomatische Bradykardien traten bei 5 % der Ivabradin-behandelten Patienten auf (1% Placebo-Gruppe). Weitere Daten zur Sicherheit dieses Wirkstoffes kommen zudem aus der BEAUTIFUL Studie, in der mehr als 10.000 Patienten mit KHK und LVEF  $< 40\%$  Ivabradin erhielten. Den primären kombinierten Endpunkt aus kardiovaskulärem Tod, Myokardinfarkt und HF-Hospitalisierung verfehlte die Studie zwar, es zeigte sich jedoch isolierte Reduktion der Hospitalisierung bei guter Verträglichkeit. Daher ist in der aktuellen Empfehlungen die Gabe von Ivabradin bei persistierender symptomatischer HF zusätzlich zur Therapie mit ACE-Hemmer, Betablocker und MRA bei Ruhe-Herzfrequenz  $> 75$ /min empfohlen, alternativ auch bei Betablocker-Unverträglichkeit.

Digitalisglycoside sind nicht generell empfohlen, können jedoch bei Patienten mit symptomatischer Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern zur Reduktion der Ventrikel-frequenz verwendet werden. Andere Wirkstoffe sollten jedoch bevorzugt werden, da sich in der AFFIRM Studie eine Über-

sterblichkeit bei den mit Digitalis zur Frequenzkontrolle behandelten Patienten zeigte. Bei Patienten im Sinusrhythmus mit symptomatischer HF können Digitalisglycoside auf Basis der DIG Studie in ansonsten „austherapierten“ Patienten nach sorgfältiger Nutzen-Risikobewertung eingesetzt werden. Es ist jedoch kritisch anzumerken, dass die DIG Studie vor Einführung der Betablocker- und MRA-Therapie zur Behandlung der HF durchgeführt wurde, insofern sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu betrachten. In einer kürzlich publizierten Kohortenstudie zeigt sich außerdem, parallel zu den Ergebnissen von AFFIRM, eine erhöhte Mortalität bei den HF-Patienten, die mit Digitalis behandelt worden sind. Schließlich sind noch H-ISDN und n-3-PUFA Präparate zu erwähnen. Beide Substanzen können bei HF Patienten mit reduzierter LVEF und LV Dilatation additiv zur Therapie mit ACE-Hemmer (oder ARB), Betablocker und MRA in Erwägung gezogen werden, um die Hospitalisierungsrate zu senken, sind jedoch nicht generell empfohlen.

#### 4. Herzrhythmusstörungen bei Herzinsuffizienz<sup>1</sup>

##### Vorhofflimmern

Vorhofflimmern ist die häufigste Herzrhythmusstörung bei HF. Vorhofflimmern führt zu einem erhöhten Embolierisiko (insbesondere Schlaganfall) und kann zur

Verstärkung von HF-Symptomen beitragen. Hingegen ist gegenwärtig nicht klar, ob Vorhofflimmern per se ein unabhängiger Prädiktor für eine erhöhte Mortalität ist, da es selbst auch systolische HF auslösen kann („Tachymyopathie“). Vorhofflimmern alleine sollte entsprechend den aktuellen Behandlungsempfehlungen therapiert werden<sup>3</sup>. Vor allem bei erstmalig aufgetretenem Vorhofflimmern bei Patienten mit HF sollten die folgenden Punkte berücksichtigt werden: Identifikation einer behandelbaren Ursache (z.B. Schilddrüsenüberfunktion), Identifikation auslösender Faktoren (z.B. Pneumonie) und Entscheidung über die Thromboembolieprophylaxe. Grundsätzlich müssen sich behandelnder Arzt und Patient zwischen zwei unterschiedliche Therapieoptionen entscheiden: entweder die Frequenzkontrolle unter Akzeptanz des Vorhofflimmerns oder die Rhythmuskontrolle mit dem Ziel, möglichst den Sinusrhythmus wieder herzustellen. Zu beachten ist, dass es keine Hinweise darauf gibt, dass die Rhythmuskontrolle die Morbidität und Mortalität bei Patienten mit HF im Vergleich zur Frequenzkontrolle verbessert. Daher sollte die Rhythmuskontrolle den Patienten vorbehalten sein, die eine reversible Ursache für das Vorhofflimmern haben oder die trotz guter Frequenzkontrolle Vorhofflimmern hämodynamisch und/oder symptomatisch nicht tolerieren.

Die Empfehlungen zur Frequenzkontrolle unterscheiden sich bei Patienten mit HF-REF und HF-PEF. Bei Patienten mit HF-PEF sollte nach Meinung der DGK primär eine Therapie mit Betablockern erfolgen, während die ESC primär eine Therapie mit einem Frequenz-senkenden CCB befürwortet. Sollte die jeweilige Monotherapie zur Frequenzkontrolle nicht ausreichend sein, so sollte ein Digitalispräparat ergänzt werden. Wenn auch das nicht ausreicht, so kann nach den ESC Empfehlungen Digitalis ersetzt werden durch entweder CCB oder Betablocker. Dies impliziert, dass eine Kombinationstherapie mit Frequenz-senkenden CCB und Betablockern zulässig ist. Die DGK sieht hierin allerdings eine Kontraindikation. Sollten diese medikamentösen Maßnahmen nicht ausreichen, so kann auch eine AV-Knotenablation in Erwägung gezogen werden. Anders sieht der Vorschlag zur Frequenzkontrolle bei Patienten mit HF-REF aus. Begonnen wird die Therapie mit einem Betablocker, bei unzureichender Frequenzkontrolle wird zusätzlich ein Digitalispräparat empfohlen. Sollte hierunter keine ausreichende Frequenzkontrolle erzielt werden, so ist Digitalis durch Amiodaron zu ersetzen. Als letzte Maßnahme ist auch hier die AV-Knotenablation zu erwägen.

Für die Rhythmuskontrolle von Vorhofflimmern bei Patienten mit Herzinsuffizienz stehen die elektrische Kardioversion oder medikamentöse Kardioversion mit Amiodaron zur Verfügung. Zudem kann Amiodaron auch vor und nach elektrischer Kardioversion in Erwägung gezogen werden, um den Sinusrhythmus zu erhalten. Dronedaron und Klasse I-Antiarrhythmika sind wegen erhöhtem Risiko von Hospitalisierungen (Dronedaron) und erhöhter Mortalität (beide) nicht zur medikamentösen Kardioversion empfohlen. Das kürzlich zugelassene Vernakalant zur medikamentösen Kardioversion ist bei Patienten mit NYHA III-IV

HF sowie Hypotonie unter 100 mm Hg systolisch kontraindiziert. Insofern sollte man bei HF-Patienten auch im Stadium NYHA II besondere Vorsicht walten lassen, wenn eine Verabreichung von Vernakalant geplant ist. Spezielle klinische Daten legen zudem eine geringere Effektivität von Vernakalant bei HF Patienten nahe.

Zur Beurteilung des Thromboembolierisikos sollte der CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc-Score verwendet werden, der die Risikofaktoren HF, Hypertonie, Alter in zwei Stufen, Diabetes, Schlaganfall/TIA/Thromboembolie, Gefäßerkrankung und Geschlecht berücksichtigt. Bei HF Patienten mit paroxysmalem oder persistierendem / permanentem Vorhofflimmern wird eine dauerhafte Antikoagulation empfohlen, wenn der CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc-Score  $\geq 1$  ist und Kontraindikationen fehlen, unabhängig davon, ob eine Frequenz- oder Rhythmuskontrolle angestrebt wird (Antikoagulation auch nach erfolgreicher Kardioversion). Als orale Substanzen stehen entweder die Vitamin-K Antagonisten oder die sogenannten neuen oralen Antikoagulantien (NOACs) als direkte Thrombin- oder Faktor-Xa Inhibitoren zur Verfügung. Da eine relevante Niereninsuffizienz (GFR  $< 30$  ml/min) teilweise eine Kontraindikation für einige NOACs darstellt, andererseits aber gerade Patienten mit HF häufig auch unter einer begleitenden Niereninsuffizienz leiden, ist bei der Anwendung dieser Substanzen besondere Vorsicht geboten.

### Ventrikuläre Arrhythmien

(siehe auch Abschnitt 5 zur Device-Therapie)

Ventrikuläre Arrhythmien sind bei Patienten mit HF häufig, insbesondere wenn der LV dilatiert und die LVEF reduziert ist. Grundsätzlich sollte bei Patienten mit ventrikulären Arrhythmien nach potentiell aggravierenden / auslösenden Faktoren gesucht (z.B. Myokardischämie, Elektrolytentgleisung) und diese korrigiert werden. Zudem sollte die Therapie mit ACE-Hemmern

(ARBs alternativ), Betablockern und MRAs optimiert werden. Bei Patienten mit anhaltenden ventrikulären Arrhythmien (ventrikuläre Tachykardie oder Kammerflimmern) sollte ein ICD implantiert werden, wenn die Konstitution und Lebenserwartung gut sind. Wenn bei bereits implantiertem ICD vermehrt ventrikuläre Arrhythmien auftreten (z.B. Schockabgaben), so wird eine Therapie mit Amiodaron empfohlen. Dronedaron sollte bei HF Patienten nicht eingesetzt werden. Bei Ineffektivität von Amiodaron und nach optimaler ICD-Programmierung wird eine Ablation des arrhythmogenen Fokus empfohlen. Eine alleinige Therapie mit Amiodaron zur Reduktion von ventrikulären Arrhythmien sollte nur bei Patienten, bei denen ein ICD nicht indiziert ist, in Erwägung gezogen werden.

### Bradykardie und AV-Block

Vor Implantation eines konventionellen Herzschrittmachers muss bei Patienten mit HF-REF die Indikation zur CRT überprüft werden. Sowohl bei HF-REF als auch bei HF-PEF ist DDD-Pacing dem VVI-Modus vorzuziehen, um eine ausreichende chronotrope Kompetenz und AV-Synchronisation zur gewährleisten. Hierdurch wird eine verbesserte Belastbarkeit der HF-Patienten gewährleistet.

## 5. Device-Therapie bei systolischer Herzinsuffizienz<sup>1</sup>

### ICD-Therapie

ICDs reduzierten die Mortalität nach überlebtem plötzlichem Herztod und bei Patienten mit anhaltenden ventrikulären Arrhythmien. Daher ist ein ICD unabhängig von der LVEF bei diesen Patienten empfohlen, wenn sie in einem guten Allgemeinzustand sind und die Lebenserwartung  $> 1$  Jahr ist (Sekundärprävention). In der Primärprävention wird ein ICD empfohlen bei Patienten mit symptomatischer

Herzinsuffizienz (NYHA II-III), LVEF  $\leq$  35% und optimaler Pharmakotherapie über mindestens drei Monate zur Senkung des Risikos für den plötzlichen Herztod. Auch hier sollte ein guter funktioneller Status (nicht NYHA IV) und eine Lebenserwartung von  $>$  1 Jahr vorliegen. Ein vorangegangener Herzinfarkt sollte mindestens 40 Tage zurückliegen, um eine spontane Erholung der LVEF auszuschließen. Die Hauptstudien zur diesem Thema sind die SCD-HeFT Studie, MADIT-II und DEFINITE. In SCD-HeFT wurden über 2500 Patienten mit ischämischer oder nicht-ischämischer Kardiomyopathie, NYHA II-III und LVEF  $\leq$  35% eingeschlossen, die randomisiert entweder Placebo, Amiodaron oder einen ICD erhielten. Die ICD-Therapie bewirkte eine signifikante relative Reduktion der Mortalität um 23% nach knapp vier Jahren, während Amiodaron keinen Effekt hatte. Vergleichbare Ergebnisse erbrachte auch die MADIT-II Studie, die Patienten mit ischämischer Kardiomyopathie, NYHA II-III und EF  $\leq$  30% randomisierte auf konventionelle Behandlung oder konventionelle Behandlung plus ICD. Hier ergab sich eine relative Reduktion der Mortalität um 31%. Hingegen zeigte die ICD Therapie unmittelbar nach einem akuten Myokardinfarkt ( $<$  40 Tage) keinen Benefit. Schließlich untersuchte die DEFINITE Studie den Nutzen der ICD Therapie bei 458 Patienten mit nicht-ischämischer Kardiomyopathie. Hier findet sich nur ein nicht-signifikanter Überlebensvorteil der mit einem ICD behandelten Patienten. Daher ist die Evidenz für die sekundärprophylaktische ICD-Therapie bei Patienten mit nicht-ischämischer Kardiomyopathie etwas geringer als die für Patienten mit ischämischer Kardiomyopathie.

### Kardiale Resynchronisationstherapie (CRT)

Jeweils zwei große RCTs konnten zeigen, dass die CRT sowohl bei Patienten mit HF

im Stadium NYHA III und bei Patienten im Stadium NYHA II das Risiko für Hospitalisation und vorzeitigem Tod reduziert. Die großen Studien für NYHA III-IV Patienten waren COMPANION und CARE-HF, welche zusammen mehr als 2300 Patienten im Sinusrhythmus, mit LVEF  $\leq$  35% und QRS  $\geq$  120 ms randomisierten auf optimale medikamentöse Therapie mit oder ohne CRT. In COMPANION war die CRT Gruppe unterteilt in CRT-P und CRT-D. Die relative Reduktion der Mortalität betrug 24% in der CRT-P Gruppe und 36% jeweils in der CRT-D Gruppe und in CARE-HF. Zudem war das Risiko für eine Hospitalisierung um 52% reduziert, und die Lebensqualität der behandelten Patienten war signifikant verbessert. Somit besteht schon seit den Empfehlungen von 2008 kein Zweifel an der CRT Indikation für HF Patienten im Stadium NYHA III. Neu ist in den aktuellen Empfehlungen die Therapie zur CRT für NYHA II Patienten. Sie basieren auf den Daten der MADIT-CRT und der RAFT Studie, welche beide 3618 Patienten, überwiegend NYHA II, rekrutierten. Zusätzlich waren eine QRS Dauer von mindestens 130 ms in MADIT-CRT und mindestens 120 ms in RAFT gefordert, parallel zu einer LVEF  $\leq$  30%. Randomisiert wurde auf ICD versus CRT-D. Es zeigte

sich in RAFT eine relative Reduktion der Mortalität um 25%, parallel zu einer signifikanten 34% Reduktion des kombinierten primären Endpunktes aus Tod und HF-Hospitalisierung in MADIT-CRT. Beide Studien zeigen in Subgruppenanalysen, dass der Effekt der CRT besonders ausgeprägt war bei Patienten mit einem QRS  $\geq$  150 ms, oder LSB-Morphologie, hingegen war bei RSB oder unspezifischer intraventrikulärer Leitungsverzögerung der Nutzen der CRT deutlich reduziert.

Wichtig ist es zu wissen, dass ausschließlich Leitungsverzögerungen im EKG maßgeblich für die CRT Indikation sind. So hat die kürzlich publizierte Echo-CRT Studie gezeigt, dass es bei symptomatischen HF Patienten mit schmalem QRS Komplex, jedoch nachweisbarer echokardiographischer Dyssynchronie, durch die CRT Implantation sogar zu einer signifikanten Übersterblichkeit kommt<sup>4</sup>.

Keine klare Evidenz für die CRT besteht außerdem für Patienten mit HF im Stadium II-IV, die dauerhaft im Vorhofflimmern sind oder eine konventionelle Schrittmacherindikation aufweisen. Für HF-Patienten mit Vorhofflimmern sollte daher CRT-D oder CRT-P erwogen werden im klinischen Stadium NYHA III-IV, QRS  $\geq$  120 ms und LVEF

Tabelle 3: Was ist neu in den ESC-Guidelines von 2012 im Vergleich zu 2008

| Klasse / Evidenz | Maßnahme  |
|------------------|---|
| I A              | Erweiterte Indikation für Aldosteron-Antagonisten (ab NYHA II)  |
| IIa B            | Neue Indikation für den I <sub>1</sub> -Kanalhemmer des Sinusknotens, Ivabradin (ab NYHA II)  |
| I A              | Erweiterte Indikation für die kardiale Resynchronisationstherapie (ab NYHA II; bei LSB ≥ 130ms)   |
| I B              | Koronare Revaskularisation mittels Bypass-OP bei Mehrgefäß-erkrankung und gutem funktionellen Status (STICH Studie)   |
| I B<br>IIa B     | LVAD oder Bi-VAD als „Bridge to transplantation“<br>LVAD oder Bi-VAD als „Destination therapy“  |
| –                | Interventioneller Aortenklappenersatz bei hochgradiger symptomatischer Aortenstenose bzw. perkutane „Edge-to-Edge“ Reparatur der Mitralklappe bei ansonsten inoperablen Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz, zur Symptomlinderung |

≤ 35%, wenn der Patient nach AV-Knotenablation einen Schrittmacher benötigt. Außerdem kann die CRT in Erwägung gezogen werden für NYHA III-IV Patienten mit LVEF ≤ 35%, die eigentlich für einen konventionellen antibradykarden Schrittmacher qualifizieren, um damit das Risiko einer Verschlechterung der HF zu reduzieren. Somit ist nach den aktuellen Empfehlungen die CRT eindeutig indiziert für Patienten im Sinusrhythmus mit reduzierter LVEF (≤ 30%) und deutlich verbreitertem QRS Komplex (≥ 120-130 ms), vor allem bei LSB-Morphologie, die sich im klinischen Stadium NYHA II-IV befinden.

## 6. Chirurgische und interventionelle Therapieverfahren<sup>1</sup>

### Koronare Revaskularisation

Die chirurgische und interventionelle Koronarrevaskularisation ist zur symptomatischen Therapie der Angina pectoris sowohl bei HF-REF als auch bei HF-PEF indiziert. Die Bypass-Operation zur Verbesserung der Prognose ist für die Patienten empfohlen, die an einer schweren koronaren Mehrgefäßkrankung, insbesondere 3-Gefäßkrankung mit oder ohne Hauptstammstenose, leiden. Für die weiteren detaillierten Indikationen zur Revaskularisation sei auf die entsprechenden Emp-

fehlungen verwiesen<sup>5</sup>. Dieser Abschnitt fokussiert auf neue Entwicklungen bei HF Patienten, die aus der STICH-Studie resultieren. In dieser Studie wurde der Einfluss der Bypass-Operation bei grundsätzlich operablen HF-Patienten mit EF ≤ 35% verglichen mit der alleinigen medikamentösen Therapie. Die eingeschlossenen Patienten waren relativ jung (mittleres Alter 60 Jahre) und mehrheitlich im NYHA Stadium II. Nur wenige Patienten wiesen eine Hauptstammstenose auf, meist handelte es sich um 2-(31%) und 3-Gefäßkrankungen (60%). Zwar zeigte sich der primäre Endpunkt Mortalität nicht signifikant beeinflusst durch die Bypass-Operation, jedoch fand sich eine signifikante Reduktion des kardiovaskulären Tods und der Hospitalisierungen. Auf dieser Studie basiert die Empfehlung, dass auch HF-Patienten in gutem Allgemeinzustand mit 2- oder 3-Gefäßkrankung primär einer Bypass-Operation zugeführt werden sollten. Die interventionelle Revaskularisation ist als Alternative für die HF-Patienten vorgesehen, die aufgrund ihrer Multimorbidität für eine Operation nicht geeignet sind. Letztlich sollte die Empfehlung für die Art der Revaskularisation von einem „Heart Team“, bestehend aus Herzchirurg und interventionellem Kardiologen, getroffen werden. Eine die Bypass-OP begleitende oder al-

leinige ventrikuläre Rekonstruktion mit Exzision von Narbengewebe aus dem LV wird nicht generell empfohlen, wobei sich alternative Behandlungsverfahren zur Verkleinerung des LV derzeit in klinischer Erprobung befinden.

### Klappenvitien bei Herzinsuffizienz

Valvuläre Klappenerkrankungen können zum einen die Ursache einer HF darstellen, zum anderen aggravieren sie auch eine begleitenden HF. Von besonderer Bedeutung ist bei Patienten mit LV Dysfunktion die „low flow, low gradient“ Aortenstenose (EF < 40%, AÖF < 1 cm<sup>2</sup>, mean Gradient < 40 mm Hg), weil einige dieser Patienten tatsächlich eine hochgradige Aortenstenose aufweisen, während andere eine „Pseudoaortenstenose“ durch ein zu geringes Schlagvolumen aufweisen. In diesen Fällen kann durch die Niedrig-Dosis-Stressechokardiographie weiter differenziert werden. Zudem erhält man Informationen über die kontraktile Reserve des Ventrikels, deren Vorhandensein mit einer besseren Prognose der Patienten assoziiert ist. Zwar gibt es kein grundsätzliches unteres Limit der LVEF für einen offenen chirurgischen Klappenersatz, jedoch steht mit dem interventionellen transfemorale oder transapikalen Klappenersatz (TAVI) seit einiger Zeit ein alternatives Behandlungsverfahren zur Verfügung für die Patienten, die ein sehr hohes OP-Risiko aufweisen<sup>6</sup>. Daher sollten alle HF-Patienten, die eine hochgradige Aortenklappenstenose aufweisen, ebenfalls im „Heart Team“ besprochen werden, um das individuell beste Verfahren für den Patienten zu identifizieren.

Die hochgradige Aorteninsuffizienz sollte nach derzeitigem Kenntnisstand ausschließlich mittels operativer Rekonstruktion oder Klappenersatz behandelt werden, wenn die LVEF ≤ 50% ist, LVEDD > 70mm bzw. LVESD > 50mm, und der Patient sich in



einem guten funktionellen Status befindet. Dabei ist es wichtig zu differenzieren, ob es sich nur um eine moderate Aorteninsuffizienz aufgrund einer LV Dilatation handelt, oder ob die systolische Dysfunktion primär durch die Aorteninsuffizienz verursacht wurde.

Die Mitralinsuffizienz ist bei Patienten mit HF komplex zu evaluieren. Es ist kritisch, zwischen primärer und sekundärer Mitralinsuffizienz zu unterscheiden. Bei der primären, organischen Mitralinsuffizienz z.B. bei Segelabriss, ist bekannt, dass ein LV endsystolischer Durchmesser  $> 40$  mm mit einer höheren Mortalität assoziiert ist. Die sekundäre Mitralinsuffizienz entsteht durch Dilatation des LV und daraus resultierendem vermehrten Zug an den Chordae, was wiederum eine zunehmend schlechtere Segelkoadaptation zur Folge hat. Insbesondere die ischämische sekundäre Mitralinsuffizienz sollte schon im moderaten Stadium behandelt werden, wobei bei operablen Patienten sowohl die Rekonstruktion als auch der Klappenersatz in Erwägung gezogen werden müssen. Erst kürzlich ergab eine Publikation zur ischämischen Mitralinsuffizienz, dass das langfristige Ergebnis nach operativem Klappenersatz haltbarer ist als die Rekonstruktion – jedoch hatte das in dieser Studie keinen Einfluss auf die Mortalität. Für inoperable Patienten steht mit dem MitraClip-System, welches eine End-zu-End-Anastomose der Klappensegel herstellt, auch ein perkutanes Verfahren zur Reduktion des Schweregrads der Mitralinsuffizienz zur Verfügung. Auch wenn weltweit schon mehr als 10.000 Patienten mit dem MitraClip-System behandelt wurden, stehen derzeit noch keine validierten Daten zu Einschlusskriterien oder Prognose zur Verfügung, so dass auch hier das Heart Team gefordert ist, um im Konsens die Entscheidung für das therapeutische Vorgehen zu treffen<sup>7,8</sup>.

### Ventrikuläre Unterstützungssysteme und Herztransplantation

Die Herztransplantation ist die einzige kurative Behandlung für terminale HF. Allerdings besteht ein eklatanter Mangel an Spenderorganen bei gleichzeitig stetig anwachsender Warteliste. Im Jahr 2012 standen so 319 Herzspenden in Deutschland 972 Patienten auf der Warteliste gegenüber, parallel dazu ist die ohnehin geringe Anzahl an Organspendern in Deutschland in diesem Jahr auf einen historischen Tiefstand gesunken (von 871 im Jahr 2012 auf 748 im Jahr 2013; Eurotransplant). Dies ist sicher auch mit verursacht durch die Manipulationen einiger Ärzte bei Leberpatienten auf der Warteliste. Betrachtet man zusätzlich die Indikationen und Kontraindikationen zur Herztransplantation (Tabelle 4), so ist ersichtlich, dass eine relevante Anzahl von Patienten aufgrund ihrer Komorbiditäten und ihres Alters nicht mehr für eine Transplantation qualifizieren. Daher gewinnt die temporäre oder dauerhafte mechanische Kreislaufunterstützung an Bedeutung<sup>9</sup>. Bei der mechanischen Kreislaufunterstützung unterscheidet man nach dem Ziel der Behandlung „bridge to transplantation“, „destination therapy“ und

„bridge to recovery“, sowie „bridge to decision“ im Fall des perakuten Herzversagens. Gegenwärtig werden mehr als 50% der Herztransplantationen bei Patienten durchgeführt, die bereits eine mechanische Kreislaufunterstützung erhalten, weil sie einen anhaltenden Bedarf an intravenöser inotroper Therapie hatten, welche die klassische Indikation zur LVAD-Versorgung darstellt. Auch die Anzahl an Patienten, die eine mechanische Kreislaufunterstützung als „destination therapy“ erhalten, wächst in den letzten Jahren stetig an, da auch die Unterstützungssysteme kontinuierlich kleiner und zuverlässiger werden. Bezüglich der Art der Kreislaufunterstützung unterscheidet man links- und rechtsventrikuläre sowie biventrikuläre Unterstützungssysteme (LVAD, RVAD und BiVAD). Mehr als 90 % der implantierten Systeme sind LVADs.

Vor mehr als zehn Jahren begann die Ära der LVADs mit pulsatilem Fluss und den bahnbrechenden REMATCH Studie (HeartMate I) bei Patienten mit terminalem Herzversagen<sup>10</sup>. Im Vergleich zur konservativen medikamentösen Therapie mit Inotropika konnte das Überleben innerhalb von zwölf Monaten um 24 % gesteigert werden, nach

Tabelle 4: Indikationen und Kontraindikationen zur Herztransplantation

| Indikation  | Kontraindikation  |
|---|---|
| Terminale Herzinsuffizienz NYHA III-IV mit schlechter Prognose, ausgeschöpfter Therapie und ohne alternative Option | Hoher fixierter pulmonaler Gefäßwiderstand (PVR $> 4 - 5$ Wood-IE), transpulmonaler Gradient $> 15$ mm Hg |
| Motivierte, gut informierte und emotional stabile Patienten mit guter Compliance                                    | Schwere periphere und zerebrovaskuläre Erkrankung   |
| LVEF $\leq 25\%$ , Cardiac Index $< 2$ l/min/m <sup>2</sup>   | Aktive Infektion (inkl. HIV)  |
| LVEDP $> 20$ mm Hg, ZVD $> 15$ mm Hg  | Alter $> 65 - 70$ Jahre (biologisches Alter)  |
| VO <sub>2</sub> max $< 10 - 14$ ml/kg/min   | Gegenwärtiger Alkohol-, Drogen-, Nikotinabusus  |
|   | Tumorerkrankung $< 5$ Jahre   |
|   | Nicht abgeheilte Ulkuserkrankung  |
|   | Thromboembolie  |
|   | Signifikante Nieren- und Leberinsuffizienz  |
|   | Systemerkrankung mit Multiorganbeteiligung  |
|   | Andere Komorbiditäten mit schlechter Prognose   |
|   | Emotionale Instabilität, unbehandelte psychiatrische Erkrankung   |

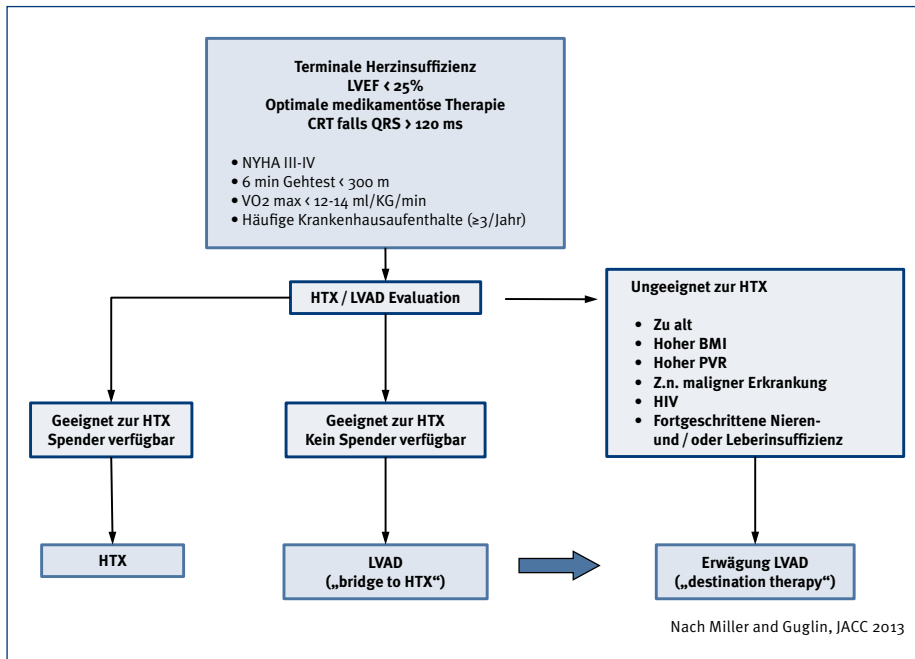


Abbildung 3: Algorithmus zur Evaluation Herztransplantation/mechanische Kreislaufunterstützung (LVAD)

etwas mehr als zwei Jahren waren jedoch in beiden Gruppen fast alle Patienten verstorben. Durch die Entwicklung von LVADs mit kontinuierlichem Blutfluss konnte, auch durch eine bessere technische Haltbarkeit der Devices, das Überleben der Patienten signifikant verbessert werden bis auf 68% im ersten Jahr (HeartMate II)<sup>11</sup>. Die neueste Entwicklung sind intraperikardial zu implantierende Zentrifugalpumpen, die bei vergleichbaren Leistungsdaten nicht nur deutlich kleiner sind, sondern auch in ersten Studien einen weiteren Überlebensvorteil (90% im ersten Jahr) für die Patienten aufweisen (HeartWare)<sup>12</sup>.

Wesentliche Komplikationen der LVAD-Therapie sind Thromboembolien (Schlaganfall 12%/Jahr) und Blutungen (30%/Jahr), da eine Dauertherapie mit ASS und Phenprocoumon erforderlich ist, sowie Infektionen am Kabel der Stromversorgung (16%/Jahr). Zukünftige Entwicklungen zielen daher auf die Entwicklung von kabellosen Devices hin, die durch eine andere Oberfläche auch weniger Antikoagulation benötigen.

Erste tierexperimentelle Untersuchungen gibt es auch schon mit dauerhaft intravasculär zu implantierenden Pumpen, welche nur einen Teil der Herzleistung übernehmen. Daher werden in absehbarer Zukunft angesichts der technischen Fortschritte bei den LVADs auch weniger kranke Patienten von dieser neuen Therapieform profitieren können. So wird gerade in der REVIVE-IT Studie die Implantation eines LVADs (Heart Mate II) randomisiert verglichen mit optimaler medikamentöser Therapie bei stabilen NYHA III Patienten, die nicht die Kriterien für eine HTX-Listung oder LVAD-Implantation nach aktuellen Empfehlungen erfüllen. Endpunkte sind neben dem Überleben und des funktionellen Status auch die thromboembolischen Komplikationen und Blutungen (NCT 01369407).

## 7. Management der Begleiterkrankungen<sup>1</sup>

Die häufig vorhandene Komorbidität der HF Patienten stellt den behandelnden Arzt vor besondere Herausforderungen. Zum

einen beeinträchtigen vorliegende Begleiterkrankungen die empfohlene HF Therapie (z.B. MRAs bei Niereninsuffizienz), zum anderen können die Medikamente zur Behandlung der Komorbidität die bestehende HF weiter verschlechtern (z.B. NSAIDs bei Arthritis). Zudem sind auch Arzneimittelinteraktionen zu beachten (z.B. Beta-blocker bei HF und Beta-Agonisten bei Asthma und COPD), welche die Patientencompliance nach Studium des Beipackzettels zusätzlich limitieren. Schließlich sind die meisten Komorbiditäten mit einem schlechteren funktionellen Status verbunden und sind somit auch Prädiktoren für eine reduzierte Prognose der HF (z.B. Diabetes oder pAVK). Daher sind Komorbiditäten wie z.B. die Anämie ein eigenes Ziel auch bei der Behandlung der HF. Aufgrund des Umfangs der zu beachtenden Begleiterkrankungen verweisen wir an dieser Stelle auf die Empfehlungen der DGK und ESC.

Desweiteren soll hier kurz auf den unverzichtbaren ganzheitlichen Therapieansatz bei der HF Behandlung eingegangen werden. Nicht-operative und nicht-pharmakologische Interventionen beinhalten regelmäßiges aerobes Ausdauertraining zur Verbesserung von funktioneller Kapazität und Symptomatik sowie die Aufnahme des Patienten in ein strukturiertes Patientenmanagementprogramm, um das Risiko für eine Hospitalisierung wegen kardialer Dekompensation zu reduzieren. Wesentlich für den Erfolg der HF Behandlung ist auch die Schulung des Patienten. Kenntnisse über HF Ursachen, Symptome und Prognosefaktoren sind wichtig, ebenso die Symptombenachung und Selbstbehandlung z.B. mit Anpassung der Diuretika-Dosis. Außerdem sollte der Patient seine Medikamente inklusive Dosierung und Ziel der Medikation so gut wie möglich kennen, weil die Einnahmezuvverlässigkeit so verbessert werden kann. Schließlich kann durch Trinkmengen- und Kochsalzrestrik-

tion die Symptomatik und die Anzahl an kardialen Dekompensationen reduziert werden.

## 8. Ausblick

Neue Therapien sind angesichts der steigenden Anzahl von schwer herzinsuffizienten Patienten und der daraus resultierenden hohen Zahl an Krankenhausaufnahmen dringend erforderlich. Ein Aspekt ist hier die bereits erwähnte prospektive Evaluation einer früheren LVAD-Implantation als „Destination therapy“ sowie die Miniaturisierung der Devices.

Ein anderer Therapieansatz ist die kardiale Kontraktilitätsmodulation (CCM), welche insbesondere für Patienten ohne CRT-Indikation geeignet ist<sup>13</sup>. Bei der CCM wird nach einem zeitlich definierten Schema ein hochenergetischer Puls während der Refraktärperiode des Ventrikels abgegeben. Dies modifiziert den intrazellulären Ca<sup>2+</sup>-Haushalt dahingehend, dass Phospholamban in den Kardiomyozyten vermehrt phosphoryliert wird, was zu einer Steigerung der Kontraktilität führt und so die klinische Symptomatik der HF verbessert. Aktuell problematisch ist bei der CCM, dass die Batterie täglich aufgeladen werden muss, und dass drei zusätzliche Sonden in das Herz eingebracht werden.

Schließlich ist schon lange bekannt, dass mit jeder Hospitalisation das weitere Überleben bei HF deutlich abnimmt. Somit erscheint es als ein lohnenswerter Therapieansatz, sich anbahnende kardiale Dekompensationen frühzeitig zu behandeln. Eine Möglichkeit dazu ist das Gewichtstagebuch, das der Patient selbst führt. Eine weitere Möglichkeit ist die nicht-invasive Messung des pulmonalarteriellen Drucks. Beispielsweise wurde in der COMPASS-HF Studie bei 274 Patienten nach erster kardialer Dekompensation über einen implantierbaren Hämodynamik-Monitor, vergleichbar einem 1-Kammer-Schrittmacher, regel-

mäßig der PA Druck gemessen<sup>14</sup>. Zwar konnte der primäre Endpunkt, eine signifikante Reduktion der kardiovaskulären Ereignisse, nicht erreicht werden, es zeigte sich jedoch, dass die Patienten, welche mit Dekompensation hospitalisiert werden mussten, bereits 10 bis 14 Tage vor der Krankenhausaufnahme ansteigende Werte des PA-Druckes aufwiesen<sup>15</sup>. Diese und andere vergleichbare Daten bildeten die Basis für die CHAMPION Studie, in der 550 NYHA III HF-Patienten randomisiert entweder die medikamentöse Standardtherapie erhielten oder einen drahtlosen PA-Drucksensor in einen Pulmonalarterienseitast implantiert bekamen<sup>16</sup>. Nach sechs Monaten zeigte sich bei Patienten, deren Behandlung über die Daten des PA-Sensors gesteuert wurde, eine signifikante Reduktion der kumulativen Hospitalisierungen sowie des kombinierten Endpunkts aus Tod und Hospitalisierung, bei hervorragender Sicherheit des Devices. Somit zeigt diese Studie, dass durch Monitoring des pulmonalarteriellen Drucks Hospitalisierungen reduziert werden können.

Ein seit fast 15 Jahren zunehmend im Fokus stehendes Feld zur Verbesserung der HF stellen die regenerativen Therapieansätze dar. Die Zell-basierten Therapien haben das Potential, tatsächlich die Ursache der fortschreitenden HF zu behandeln, und nicht nur den daraus resultierenden Schaden zu kontrollieren. Die klinische Applikation von mononukleären Zellen und bestimmten Subpopulationen aus dem Knochenmark, mesenchymalen Stammzellen oder die kardialen Stammzellen („Cardiospheres“ und c-kit+ Stammzellen) wird bereits in Phase I und II-Studien angewendet, zum Teil mit vielversprechenden Ergebnissen. Bis dato konnte jedoch noch kein Zelltyp seine Effektivität in allen Belangen (Neubildung von funktionellem Herzmuskelgewebe mit Regeneration von Kardiomyozyten und Gefäßen) beweisen.

Viele Details, wie der exakte Wirkmechanismus, Langzeit-Integration in das Myokard, optimale Zellpopulation, Dosis, Applikationsart und Häufigkeit der Applikation, sind auch unverändert Gegenstand der aktuellen Forschung<sup>17</sup>. Daher sollten Patienten, wenn alle anderen Therapien ausgereizt sind, ausschließlich im Rahmen von kontrollierten klinischen Studien behandelt werden, um die nötige Sicherheit und Überwachung der Therapie zu gewährleisten.

## 9. Schlussfolgerung

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass bei chronischer Herzinsuffizienz die optimale medikamentöse Therapie die essentielle Basis für alle weiteren Therapien darstellt, inklusive der kardialen Resynchronisationstherapie. Zeitnahe Innovationen zur Therapie der chronischen Herzinsuffizienz sind am ehesten zu erwarten bei der Entwicklung von neuen Devices und beim biologischen Gewebeersatz.

**Anmerkung:** Aufgrund räumlicher Beschränkungen wird für die Therapie der akuten Herzinsuffizienz auf die entsprechenden Abschnitte der ESC-Empfehlungen verwiesen.

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

### Korrespondenzadresse:

*PD Dr. med. Birgit Aßmus und  
Prof. Dr. med. Andreas M. Zeiher  
Med. Klinik III, Kardiologie  
Universitätsklinikum Goethe Universität  
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt  
E-Mail: [birgit.assmus@kgu.de](mailto:birgit.assmus@kgu.de)*

**Interessenkonflikt:** Andreas Zeiher, Anteilseigner von t2cure, nennt außerdem Berater-tätigkeit für Baxter und Sanofi-Aventis. Birgit Aßmus nennt keine in Zusammenhang mit diesem Artikel.

## Literatur zum Beitrag

## Zertifizierte Fortbildung – VNR ggyt8w1g

# Das schwache Herz – Diagnose und Therapie der chronischen Herzinsuffizienz heute

(Hessisches Ärzteblatt 4/2014, Seite 189)

1. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Aurichio A, Bohm M, Dickstein K, Falk V, Filippatos G, Fonseca C, Gomez-Sanchez MA, Jaarsma T, Kober L, Lip GY, Maggioni AP, Parkhomenko A, Pieske BM, Popescu BA, Ronnevik PK, Rutten FH, Schwitter J, Seferovic P, Stepinska J, Trindade PT, Voors AA, Zannad F, Zeiher A. Esc guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 of the european society of cardiology. Developed in collaboration with the heart failure association (hfa) of the esc. *Eur Heart J.* 2012;33:1787-1847
2. Khunti K, Squire I, Abrams KR, Sutton AJ. Accuracy of a 12-lead electrocardiogram in screening patients with suspected heart failure for open access echocardiography: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Heart Fail.* 2004; 6:571-576
3. Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, Hindricks G, Kirchhof P. 2012 focused update of the esc guidelines for the management of atrial fibrillation: An update of the 2010 esc guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the european heart rhythm association. *Eur Heart J.* 2012;33:2719-2747
4. Ruschitzka F, Abraham WT, Singh JP, Bax JJ, Borer JS, Brugada J, Dickstein K, Ford I, Gorgsan J, 3rd, Gras D, Krum H, Sogaard P, Holzmeister J. Cardiac-resynchronization therapy in heart failure with a narrow qrs complex. *N Engl J Med.* 2013;369:1395-1405
5. Wijns W, Kolh P, Danchin N, Di Mario C, Falk V, Folliguet T, Garg S, Huber K, James S, Knuuti J, Lopez-Sendon J, Marco J, Menicanti L, Ostojic M, Piepoli MF, Pirlat C, Pomar JL, Reifart N, Ribichini FL, Schalij MJ, Sergeant P, Serruys PW, Silber S, Sousa Uva M, Taggart D. Guidelines on myocardial revascularization. *Eur Heart J.* 2010;31:2501-2555
6. Smith CR, Leon MB, Mack MJ, Miller DC, Moses JW, Svensson LG, Tuzcu EM, Webb JG, Fontana GP, Makkar RR, Williams M, Dewey T, Kapadia S, Babaliaros V, Thourani VH, Corso P, Pichard AD, Bavaria JE, Herrmann HC, Akin JJ, Anderson WN, Wang D, Pocock SJ. Transcatheter versus surgical aortic-valve replacement in high-risk patients. *N Engl J Med.* 2011; 364:2187-2198
7. Estevez-Loureiro R, Franzen O. Percutaneous edge-to-edge mitral valve repair. Current clinical evidence with the mitraclip system. *Herz.* 2013;38:448-452
8. Taramasso M, Buzzatti N, La Canna G, Colombo A, Alfieri O, Maisano F. Interventional vs. Surgical mitral valve therapy. Which technique for which patient? *Herz.* 2013;38:460-466
9. Feldman D, Pamboukian SV, Teuteberg JJ, Birks E, Lietz K, Moore SA, Morgan JA, Arabia F, Bauman ME, Buchholz HW, Deng M, Dickstein ML, El-Banayasy A, Elliot T, Goldstein DJ, Grady KL, Jones K, Hryniewicz K, John R, Kaan A, Kusne S, Loebe M, Massicotte MP, Moazami N, Mohacsi P, Mooney M, Nelson T, Pagani F, Perry W, Potapov EV, Eduardo Rame J, Russell SD, Sorensen EN, Sun B, Strueber M, Mangi AA, Petty MG, Rogers J. The 2013 international society for heart and lung transplantation guidelines for mechanical circulatory support: Executive summary. *The Journal of heart and lung transplantation : the official publication of the International Society for Heart Transplantation.* 2013;32:157-187
10. Rose EA, Gelijns AC, Moskowitz AJ, Heitjan DF, Stevenson LW, Dembitsky W, Long JW, Ascheim DD, Tierney AR, Levitan RG, Watson JT, Meier P, Ronan NS, Shapiro PA, Lazar RM, Miller LW, Gupta L, Frazier OH, Desvigne-Nickens P, Ouz MC, Poirier VL. Long-term use of a left ventricular assist device for end-stage heart failure. *N Engl J Med.* 2001;345:1435-1443
11. Slaughter MS, Rogers JG, Milano CA, Russell SD, Conte JV, Feldman D, Sun B, Tatooles AJ, Delgado RM, 3rd, Long JW, Wozniak TC, Ghuman W, Farrar DJ, Frazier OH. Advanced heart failure treated with continuous-flow left ventricular assist device. *N Engl J Med.* 2009;361:2241-2251
12. Aaronson KD, Slaughter MS, Miller LW, McGee EC, Cotts WG, Acker MA, Jessup ML, Gregoric ID, Loyalka P, Frazier OH, Jeevanandam V, Anderson AS, Kormos RL, Teuteberg JJ, Levy WC, Naftel DC, Bittman RM, Pagani FD, Hathaway DR, Boyce SW. Use of an intrapericardial, continuous-flow, centrifugal pump in patients awaiting heart transplantation. *Circulation.* 2012; 125:3191-3200
13. Kahwash R, Burkhoff D, Abraham WT. Cardiac contractility modulation in patients with advanced heart failure. Expert review of cardiovascular therapy. 2013;11:635-645
14. Bourge RC, Abraham WT, Adamson PB, Aaron MF, Aranda JM, Jr., Magalski A, Zile MR, Smith AL, Smart FW, O'Shaughnessy MA, Jessup ML, Sparks B, Naftel DL, Stevenson LW. Randomized controlled trial of an implantable continuous hemodynamic monitor in patients with advanced heart failure: The compass-hf study. *J Am Coll Cardiol.* 2008;51:1073-1079
15. Zile MR, Bennett TD, St John Sutton M, Cho YK, Adamson PB, Aaron MF, Aranda JM, Jr., Abraham WT, Smart FW, Stevenson LW, Kueffer FJ, Bourge RC. Transition from chronic compensated to acute decompensated heart failure: Pathophysiological insights obtained from continuous monitoring of intracardiac pressures. *Circulation.* 2008;118:1433-1441
16. Abraham WT, Adamson PB, Bourge RC, Aaron MF, Costanzo MR, Stevenson LW, Strickland W, Neelaguru S, Raval N, Krueger S, Weiner S, Shavelle D, Jeffries B, Yadav JS. Wireless pulmonary artery haemodynamic monitoring in chronic heart failure: A randomised controlled trial. *Lancet.* 2011;377:658-666
17. Sanganalmath SK, Bolli R. Cell therapy for heart failure: A comprehensive overview of experimental and clinical studies, current challenges, and future directions. *Circ Res.* 2013; 113:810-834



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

- ?** 1. Welche Aussage(n) trifft / treffen zur Diagnostik der Herzinsuffizienz zu:
- Anhand spezifischer Zeichen und Symptome kann die Diagnose Herzinsuffizienz sicher gestellt werden.
  - Eine Röntgen-Thorax-Aufnahme der Lunge ist für die Diagnostik der Herzinsuffizienz essentiell.
  - Die Bestimmung des NT-proBNP- oder BNP-Wertes kann die Durchführung einer Echokardiographie bei der Abklärung des Verdachtes auf Herzinsuffizienz ersetzen.
  - Bei Verdacht auf Herzinsuffizienz sollten EKG und Herzultraschall durchgeführt werden.
  - Bei NT-proBNP < 125 pg/ml / BNP < 35pg/ml und unauffälligem EKG ist das Vorliegen einer Herzinsuffizienz unwahrscheinlich
- (b) und (d) sind richtig.
  - (a) und (c) sind richtig
  - (d) und (e) sind richtig.
  - (b), (d) und (e) sind richtig.
  - (a), (c) und (e) sind richtig.
- ?** 2. Die Empfehlungen zur medikamentösen Therapie der Herzinsuffizienz haben sich verändert. Welche Aussage zur medikamentösen Therapie der Herzinsuffizienz trifft zu?
- Die medikamentöse Therapie bei systolischer Herzinsuffizienz NYHA II sollte mit einer Kombination aus ACE-Hemmer und Angiotensinrezeptorblocker durchgeführt werden, wenn Betablocker nicht vertragen werden.
  - Die medikamentöse Therapie bei systolischer Herzinsuffizienz NYHA II sollte mit einer Kombination aus ACE-Hemmer und Angiotensinrezeptorblocker zusätzlich zu Betablockern durchgeführt werden, wenn Mineralokortikoid-Antagonisten nicht vertragen werden.
  - Die Therapie mit Mineralokortikoid-Antagonisten ist ab NYHA Stadium III indiziert.
  - ACE-Hemmer oder Angiotensinrezeptorblocker können alternativ als Erstlinientherapie der systolischen Herzinsuffizienz eingesetzt werden.
5. Für die Therapie der diastolischen Herzinsuffizienz belegen zahlreiche Studien Mortalitätseffekte durch Gabe von Betablockern und ACE-Hemmern.
- ?** 3. Die Senkung der Herzfrequenz hat sich als prognostisch relevantes Therapieziel bei der systolischen Herzinsuffizienz etabliert. Welche Aussagen zum Einsatz von Ivabradin treffen zu?
- Ivabradin bewirkt über eine Verlangsamung der diastolischen Depolarisation im linken Ventrikel eine Absenkung der Herzfrequenz.
  - Ivabradin wirkt besonders gut bei Patienten mit tachykard übergeleitetem Vorhofflimmern.
  - Im Stadium NYHA II mit einer Herzfrequenz > 75/min ist Ivabradin indiziert, wenn die Dosis des Betablockers bei systolischer Herzinsuffizienz ausgeleitet ist.
  - Eine Kombinationstherapie aus Ivabradin und Betablocker sollte wegen des Risikos von Bradykardien vermieden werden.
  - Wichtigste Nebenwirkung von Ivabradin ist ein AV-Block.
- ?** 4. Eine 65jährige Frau, BMI von 32, mit bekanntem Diabetes mellitus und arterieller Hypertonie mit leichtgradiger Nierenfunktionseinschränkung, kommt zum Arzt wegen Belastungsdyspnoe NYHA III. In der vergangenen Woche wurde sie als Notfall katetert, und es sei ihr mitgeteilt worden, dass die Herzkranzgefäße und Herzklappen gesund wären. Welche Aussagen treffen zu dieser Patientin zu?
- Eine Therapie mit einem ACE-Hemmer erscheint aufgrund der oben gemachten Angaben sinnvoll.
  - Keine spezielle medikamentöse Therapie konnte bisher zeigen, dass sie die Mortalität und Hospitalisierung bei diastolischer Herzinsuffizienz signifikant verbessert.
  - Basis der Therapie der diastolischen Herzinsuffizienz sind Diuretika zur Symptomlinderung, sowie eine optimale Therapie der Begleiterkrankungen, insbesondere eine gute Blutdruckkontrolle.
  - Angiotensinrezeptorblocker sind ACE-Hemmern bei der Therapie der diastolischen Herzinsuffizienz überlegen.
- Nur (a) ist richtig.
  - (b) und (c) sind richtig.
  - Nur (d) ist richtig.
  - (a), (b) und (c) sind richtig.
  - Alle Aussagen sind richtig.
- ?** 5. Welche Aussage zur Therapie mit Mineralokortikoid-Antagonisten trifft nicht zu?
- Eplerenon und Spironolakton sind beide empfohlen zur Therapie der systolischen Herzinsuffizienz ab Stadium NYHA II.
  - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktion und des Kaliumspiegel sind unter der Therapie mit Mineralokortikoid-Antagonisten durchzuführen.
  - Wenn der Patient unter ACE-Hemmer und Betablocker asymptomatisch wird (NYHA I), so braucht keine Therapie mit einem Mineralokortikoid-Antagonisten erfolgen.
  - Eine Kombinationstherapie aus ACE-Hemmer, Angiotensinrezeptorblocker und Mineralokortikoid-Antagonist sollte nicht durchgeführt werden.
  - Mineralokortikoid-Antagonisten zeigen keinen Vorteil in Bezug auf die Hospitalisationsrate bei systolischer Herzinsuffizienz.
- ?** 6. Die kardiale Resynchronisation (CRT) ist ein wesentlicher Bestandteil der Therapie bei systolischer Herzinsuffizienz. Welche Aussagen zur kardialen Resynchronisation treffen zu?
- Die CRT ist besonders wirksam bei Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz NYHA III mit Linksschenkelblock > 150 ms.
  - Die CRT ist indiziert bei Patienten mit echokardiographischen Zeichen der linksventrikulären Dyssynchronie trotz schmalem QRS Komplex.



3. Bei bestehender Indikation für einen ICD sollte gleich ein 3-Kammer-ICD ausgewählt werden, um parallel eine CRT durchzuführen, auch wenn ein schmaler QRS Komplex vorliegt.
4. Auch bei Vorhofflimmern besteht eine eindeutige Empfehlung zur Durchführung der CRT.
5. Bei Patienten im Stadium NYHA II und QRS > 130 ms besteht keine Indikation zur CRT.

**?** 7. Herzrhythmusstörungen sind ein häufiges Problem bei Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz. Welche der folgenden Aussagen trifft / treffen zu?

- (a) Bei Vorhofflimmern und begleitender Herzinsuffizienz sollte eine Rhythmuskontrolle angestrebt werden, um die Mortalität zu verringern.
- (b) Bei Patienten mit vermehrten ICD Schockabgaben bei systolischer Herzinsuffizienz NYHA III kann Amiodaron oder Dronedaron zur Reduktion der Schockhäufigkeit eingesetzt werden.
- (c) Digitalispräparate können zur Reduktion der Kammerfrequenz bei Patienten mit tachykard übergeleitetem Vorhofflimmern zusätzlich zu Betablockern eingesetzt werden.
- (d) Das Thromboembolierisiko bei Vorhofflimmern kann mit Hilfe des CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc-Score abgeschätzt werden, in den auch das Vorliegen von Herzinsuffizienz mit eingeht.
- (e) Eine dauerhafte orale Antikoagulation kann bei Vorhofflimmern und Herzinsuffizienz auch mit den sogenannten neuen oralen Antikoagulantien durchgeführt werden, wenn die Nierenfunktion überwacht wird.

1. Alle Aussagen sind richtig.
2. Alle Aussagen sind falsch.
3. (a), (c) und (d) sind richtig.
4. (b) und (e) sind richtig.
5. (c); (d) und (e) sind richtig.

**?** 8. Bei einem 75jährigen Mann mit bekannter ischämischer Kardiomyopathie und hochgradig reduzierter LV-Funktion (EF 30%) zeigt sich in der echokar-

diographischen Kontrolluntersuchung der Verdacht auf eine hochgradige Aortenklappenstenose (AÖF 1,0 cm<sup>2</sup>, p mean 38 mm Hg). Auf Nachfragen berichtet der Patient, seit ca. 3 Monaten vermehrt unter Luftnot und Schwindelattacken zu leiden. Zudem zeigt die Koronarangiographie eine Progression der KHK mit hochgradiger proximaler RIVA-Stenose. Welche Aussage(n) trifft / treffen zur weiteren Diagnostik und Therapie nicht zu?

- (a) Mit der Stressechokardiographie kann das Vorhandensein von kontraktiver Reserve beurteilt werden, welches mit einer besseren Prognose des Patienten assoziiert ist.
- (b) Ein Klappenersatz kommt für diesen Patienten nicht in Frage.
- (c) Der Patient sollte so schnell wie möglich eine TAVI erhalten, nach interventioneller Revaskularisation, ohne weitere Diagnostik.
- (d) Im „Heart Team“ sollte gemeinsam von Kardiologen und Herzchirurgen das individuell am besten geeignete Verfahren für diesen Patienten ausgewählt werden.
- (e) Die Begleiterkrankungen (Zustand nach Nierentransplantation, schwere pAVK und COPD) spielen für die Auswahl des Verfahrens eine wesentliche Rolle.

1. (b) ist falsch.
2. (b) und (c) sind falsch.
3. (a), (c) und (d) sind falsch.
4. (b) und (e) sind falsch.
5. (c); (d) und (e) sind falsch.

**?** 9. Welche Aussage zur Therapie und prognostischen Wertigkeit der Begleiterkrankungen bei systolischer Herzinsuffizienz trifft zu?

1. Die Therapie der Begleiterkrankungen kann ohne Rücksicht auf das Vorliegen der Herzinsuffizienz durchgeführt werden.
2. Nichtsteroidale Antiphlogistika haben trotz vermehrter Salz- und Wasserretention sowie Verschlechterung der Niereninsuffizienz keinen Einfluss auf eine vorbestehende Herzinsuffizienz.

3. Betablocker sollten mit entsprechender Vorsicht auch bei Patienten mit COPD zur Prognoseverbesserung der Herzinsuffizienz eingesetzt werden.
4. Das Vorliegen von Diabetes mellitus oder pAVK hat keinen Einfluß auf die Prognose von Patienten mit Herzinsuffizienz.
5. Bei leichtgradiger Reduktion der Nierenfunktion (Kreatinin 1,6 mg/dl, eGFR 50 ml/min nach MDRD) ist eine Therapie mit Mineralokortikoidantagonisten bei Herzinsuffizienz nicht mehr möglich.

**?** 10. Welche Aussagen zur terminalen Herzinsuffizienz treffen zu?

- (a) Die Zahl der transplantierten Herzen ist trotz ansteigender Anzahl von Patienten auf der Warteliste rückläufig.
- (b) Als temporäre oder auch dauerhafte Alternative zur Transplantation stehen zunehmend kleinere mechanische Kreislaufunterstützungssysteme (LVADs) zur Verfügung.
- (c) Mechanische Kreislaufunterstützung mit pulsatilem Fluß hat sich in Studien als technisch überlegen gegenüber Kreislaufunterstützung mit kontinuierlichem Fluß gezeigt.
- (d) Die Hauptkomplikationen der LVAD-Therapie sind Thromboembolien, Blutungen und Infektionen an der Kabelaustrittsstelle.
- (e) Die ausschließliche Indikation zur Versorgung mit einem LVAD ist eine dauerhaft erforderliche intravenöse inotrope Therapie.

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

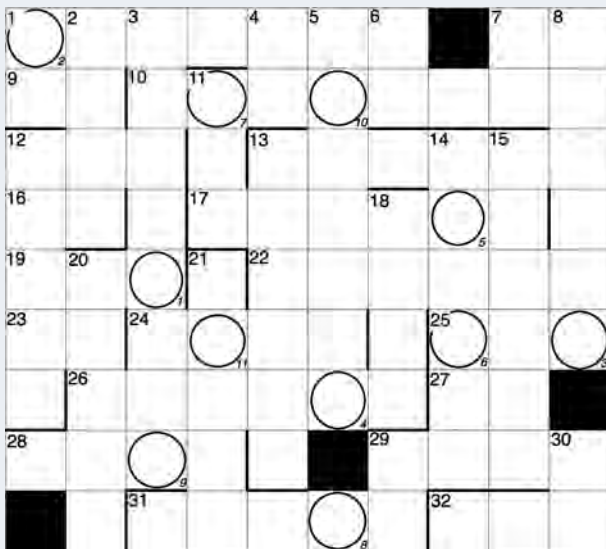
#### Teilnahmemöglichkeit

vom 1. April bis 31. Mai 2014

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

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

## Medizinisches Kreuzworträtsel



Lösungswort:

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|

### Waagrecht

1 Pathologische Wasseransammlung im Peritonealraum • 7 Verschleisserscheinung im Schultergelenk: ...arthrose • 9 Vasodilatativ wirkendes Molekül (chem. Elementsymbol) • 10 Glandula pinealis • 12 Herz • 13 Bandscheibe= ... intervertebralis • 16 Klinische Abkürzung für Blutdruck • 17 Muttermal mit einem umgebenden hellen Hof,... – Nävus (Eponym) • 19 Austrittspunkt der fünf Hautnerven des Plexus cervicalis = ...'scher Punkt (Eponym) • 22 Achsenorgan des Embryos = ... dorsalis • 23 Abk. für diameter obliquus • 24 Netz • 25 Form der kutanen Leishmaniose = ...beule • 26 Teil des Hodens: ... seminiferi • 27 Abk. für Erythema nodosum • 28 Teil der Prostata: ...'scher Lappen (Eponym) • 29 Geburtshilflicher Handgriff zum Herauspressen der gelösten Plazenta (Eponym) • 31 Teil der Hauptschlagader = ... aortae • 32 Erreger der Ecthyma contagiosum, ... Virus

### Senkrecht

1 Angeborenes Fehlen des Gehirns: ...encephalie • 2 Pilzinfektion der Schleimhaut • 3 Lat.: Gehirn • 4 Abk. für Tetanusimpfstoff • 5 Hautschicht • 6 Funktionelle chemische Gruppe, die antioxidativ wirkt (Chem. Elementsymbol) • 7 Lat.: Knochen • 8 zur Mitte des Zahnbogens gelegen • 11 Lat.: Fuß • 12 Prophylaktische Behandlung von Neugeborenen gegen Gonoblenorrhoe (Eponym) • 13 Gallengang = ... choledochus • 14 Teil des Auges • 15 Zentrale Atemregulationsstörung mit Apnoephasen in der Aufwachphase: ...-Fluch-Syndrom (Eponym) • 18 Form der Dakryorhinostomie, Operation nach ... (Eponym) • 20 Angeborene Bilirubin-stoffwechselstörung (Eponym) • 21 Oberbauchorgan • 29 Abk. für Blasensprung • 30 Abk. für Rheumafaktor

## Fortbildung und Familienurlaub verbinden

### 46. Internationaler Seminarkongress in Grado/Italien • 24. bis 29. August 2014



#### Veranstalter:

Collegium Medicinæ Italo-Germanicum  
in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer

#### Programm:

**Eröffnungsvortrag** am Sonntag, 24. August 2014 um 16 Uhr:  
Die Kunst Arzt zu sein (Prof. Dr. med. Friedemann Nauck, Göttingen)

**Schwerpunktthemen der Seminare** vom 25. bis 29. August 2014:  
Arbeits- und Umweltmedizin (Prof. Dr. med. Axel Buchter, Homburg/Saar)  
Impfseminar (Dr. med. Sigrid Ley-Köllstadt, Marburg)  
Notfallmedizin – Theorie (Prof. Dr. med. Peter Sefrin, Würzburg)  
Pädiatrie (PD Dr. med. Dr. med. habil. Lothar Schrod, Frankfurt/M)  
Palliativmedizin (Prof. Dr. med. Friedemann Nauck, Göttingen)  
Interdisziplinäre Gespräche, Themen täglich wechselnd

#### Kurse (mit Zusatzgebühr):

Balint-Gruppe (Dr. med. Hanna Ziegert, München)  
Notfallmedizin – Praxis (Prof. Dr. med. Peter Sefrin,  
Rainer Schmitt, Würzburg)

Die Zertifizierung der Veranstaltung für das Fortbildungszertifikat wird bei der Bayerischen Landesärztekammer beantragt. Die Österreichische Ärztekammer erkennt diese Veranstaltung als Fortbildungsmaßnahme an. Änderungen für alle Seminare und Kurse bleiben vorbehalten.

#### Auskunft:

Bundesärztekammer, Margret Del Bove  
Tel.: 030 400456-415, Fax: 030 400456-429, E-Mail: cme@baek.de  
Infos im Internet unter:  
<http://www.bundesaeztekammer.de/page.asp?his=1.102.156.11932>

#### Lebendig, malerisch und familienfreundlich

Die Insel Grado liegt, mit dem Festland durch einen Damm verbunden, an der oberen Adria. Das auf römische Zeiten zurückgehende Grado bietet Hotels und Pensionen in allen Preisklassen, Ferienwohnungen, aber auch Campingplätze mit eigenen Stränden. Die kleine venezianische, romantische Altstadt mit ihren verwinkelten Gässchen, die schöne, frühchristliche Basilika „Santa Eufemia“ und der pittoreske Hafen sind gern besuchte Plätze.

Zur Erholung laden neue Thermalanlagen ein. Der sehr gepflegte und bewachte vier Kilometer lange Sandstrand fällt sanft ab. Die zunächst geringe Wassertiefe garantiert Sicherheit für die „Kleinen“. Für die „Großen“ bieten sich ebenfalls hervorragende Bademöglichkeiten. Tretboote bereiten nicht nur Kindern eine fröhliche und abwechslungsreiche Zeit.

Grado ist ein idealer Ausgangspunkt für Ausflüge: Triest und auch Venedig sind jeweils nur etwa eine Autostunde entfernt.



# Ein riesiges Atelier

## Die Ausstellung „Esprit Montmartre“ in der Schirn Kunsthalle Frankfurt

Dörfliches Idyll, schillernder Musentempel und verrufener Sündenpfuhl. Das Montmartre-Viertel im Paris der Jahrhundertwende war von allem etwas. Als Vincent van Gogh den Montmartre 1886 als grünen Hügel mit Windmühlen und ein Jahr später als provençalisch anmutende Gartenlandschaft („Montmartre: derrière le Moulin de la Galette“) malte, ähnelte der „Butte“, das „Hügelchen“, tatsächlich einem Dorf. Kein beschaulicher Weiler allerdings, sondern Lebensraum für Arme, für Wäscherinnen und Arbeiter ebenso wie für Straßenhändler, Diebe, Prostituierte – und Künstler. In seinem oberen Bereich bot er sich als ein Gewirr steiler Gassen mit einfachsten Häusern und un bebauten Freiflächen dar. Im unteren Montmartre mit Boulevard de Clichy und Place Pigalle wuchsen Variétés, Cabarets und Bordelle aus dem Boden. Wie ein Fremdkörper inmitten des mondänen Paris wirkt der Stadtteil auf Fotos und Bildern im Entrée der Ausstellung „Esprit Montmartre. Die Bohème in Paris um 1900“ in der Frankfurter Schirn Kunsthalle.

„Das Viertel ähnelt einem riesigen Atelier“, schrieb ein Kritiker in den 1890er-Jahren über den am nördlichen Stadtrand gelegenen Hügel. Mehr als 200 Werke von 26 Künstlern versammelt die von Ingrid Pfeifer kuratierte Schau, die den Mythos Montmartre als Gegenpol zum Paris der Belle Époque porträtiert. Im Rahmen der effektiv auf die Farben Rot und Grau reduzierten und thematisch nach Sektionen gegliederten Ausstellungsarchitektur entfaltet sich eine umfassende, den gesellschaftlichen, sozialen und historischen Kontext einschließende Betrachtung jener Epoche. Mit Werken von Picasso, Degas, Toulouse-Lautrec, Modigliani und van Gogh über Steinlen, Anquetin und Casas bis hin zu Suzanne Valadon und van Dongen lässt die Ausstellung Besucher in eine vergan-



Henri de Toulouse-Lautrec, *La Clownesse assise, Mademoiselle Ch-U-Ka-O*, 1896, Lithografie  
© Collection J.P. Gimbergues

gene Welt der Tänzerinnen, Huren, Variétéartisten und Alkoholiker eintauchen. Randgruppen, mit denen sich die Künstler am Montmartre explizit solidarisch erklärten. In bislang unbekanntem Realismus hielten sie die Außenseiter mit dem Zeichenstift, mit Pinsel und Farbe fest und sahen sich zugleich selbst am Rand der Gesellschaft: Die Bohème war geboren. Selbst gewählte Armut und Freiheit, ausschweifende Vergnügungen und eine sich von der Bourgeoisie abgrenzende leger Bekleidung waren bezeichnend für die Künstler als Bohémiens. Santiagos Bild „Eric Satie, bohème“ mutet wie eine Spielart von Spitzwegs armen Poeten an. Mit dem feinen Unterschied, dass der katalanische Maler einen fröstelnden Komponisten malte, der vor dem Kamin seiner kargen Behausung auf dem Pariser Montmartre kauert. Einige Jahre später, zu Beginn des 20. Jahrhunderts, sollte Satie die Neue Musik mit seinen Kompositionen beeinflussen. Im Sommer ein Glutofen und im Winter so kalt, dass über Nacht die Teereste in den Tassen gefroren: Die Bretterhütte, die dem jungen Picasso als Atelier diente, war

Teil einer bohémehaften Selbststilisierung. In kalten Blautönen malte Picasso Bettler und Huren; die Ausstellung zeigt u.a. das Bild „Femme à la chemise“, „Mädchen im Hemd“, in dem erotische Ausstrahlung und menschliches Elend miteinander zu verschmelzen scheinen. Als „Maler der menschlichen Misere“ bezeichnete sich Picasso damals. Bei aller Solidarität saßen die meist aus reichen Familien stammenden Künstler nicht wirklich im selben Boot wie die von ihnen Porträtierten. Sie beobachteten diese; gelegentlich kauften sie ihre Dienste auch: So fand an der Place Pigalle montags ein Markt für Malermodelle statt, auf dem sich junge Frauen zwischen 16 und 21 Jahren anboten. Die Grenzen zwischen Modellstehen, Liebelei und professionellen Liebesdiensten dürften fließend gewesen sein. Zu den wenigen Frauen, die den Sprung vom Malermodell zur eigenständigen Künstlerin schafften, zählte Suzanne Valadon. Bordelle, Stundenhotels und sogenannte Maisons d'abattage (Schlachthäuser), in denen Freier im 6-Minuten-Takt abgefertigt wurden, gab es auf dem Montmartre zuhauf. Es waren die Künstler, die die hässlichen Seiten der Prostitution in ihren Bildern festhielten. In einer Serie Monotypien stellte Degas Prostituierte dar, die sich weder um Schönheit noch Erotik kümmerten. Henri de Toulouse-Lautrec malte Dirnen nicht als erotische Lustobjekte, sondern in ihrem Alltag: auf Kunden wartend, Karten spielend oder beim Arztbesuch. Ein Anziehungspunkt der Bohémiens war das Cabaret Chat Noir. „Ich habe mich dieser Tage im Chat Noir prächtig amüsiert“, schrieb Toulouse-Lautrec 1886 an seine Mutter. Kehrseite des Vergnügens waren die Alkoholexzesse. Viele Künstler und Literaten sprachen der „grünen Fee“, dem Absinth, im Übermaß zu. Seine zerstörerische Wirkung lässt sich an den stumpfsinnigen oder entgleisten Gesichtszügen von

## Parlando

Trinkerinnen und Trinkern in den Bildern Toulouse-Lautrecs und Degas' ablesen. Toulouse-Lautrec spielte eine führende Rolle in der Entwicklung von Plakaten mit Hilfe der Farblithografie. Für den spottlustigen Chansonnier Aristide Bruant, der regelmä-

ßig im Chat Noir auftrat, entwarf er in den 1890er-Jahren vier Plakate, auf denen Bruant durch sein Markenzeichen, einen roten Schal, hervorsticht. Sie gehören zu den Blickfängen der faszinierenden Ausstellung in der Schirn, die den Mythos

Montmartre in seinem ganzen Facettenreichtum zeigt.

Schirn Kunsthalle Frankfurt bis zum 1. Juni  
Informationen unter: [www.schirn.de](http://www.schirn.de)

Katja Möhrle

## Aktuelles

# Großes Interesse am Kongress „Operation Karriere“

## Erste Ergebnisse der Teilnehmerbefragung der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Der regionale Nachwuchskongress „Operation Karriere“ hat jungen Ärztinnen und Ärzten erneut eine gute Plattform geboten, sich über potentielle Arbeitgeber, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie die gezielte Planung der eigenen Karriere zu informieren. Mit rund 350 Teilnehmern im Campus Westend der Goethe-Universität in Frankfurt/Main waren die Veranstalter, der Deutsche Ärzte-Verlag und die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) als Kooperationspartner, sehr zufrieden. Viele Krankenhäuser und andere Einrichtungen im Gesundheitsbereich nutzten das Forum, um gezielt um Arbeitskräfte zu werben. Am Stand der LÄKH war das Interesse an Infos zu Fort- und Weiterbildung für Ärzte den ganzen Tag über groß. Neben formalen Fragen wollten viele junge Kolleginnen und Kollegen vor oder nach Studienabschluss gezielt Ratschläge zur Karriereplanung. Die Berufswünsche sind vielfältig. Ein großes Thema waren deshalb Inhalte und Perspektiven der einzelnen Facharzt-Richtungen. Darüber informieren auch die Internetseiten der LÄKH.

Die Referenten gaben ebenso Auskünfte zu Bewerbungsverhalten und Karriereplanung. Oft entwickelten sich die Gespräche in Rich-

tung individueller Berufsberatung. „Viele junge Kollegen waren froh, mit einem erfahrenen Arzt persönlich zu sprechen“, sagt Dr. med. Karl-Heinz Blum, stellv. Leiter der LÄKH-Abteilung für Ärztliche Weiterbildung. Unter den Interessenten befanden sich viele ausländische Ärzte, die in Deutschland Fuß fassen wollen oder bereits hier arbeiten. Sie informierten sich über die Anerkennung von in der EU erworbenen Facharzt-Titeln beziehungsweise über die Anerkennung von Weiterbildungszeiten im Ausland. Deutschstämmige Ärzte erkundigten sich, was bei einer geplanten Weiterbildung im Ausland zu beachten ist, damit diese auch in Deutschland als Weiterbildungszeit anerkannt wird.

„In der Podiumsdiskussion zeigte sich ein Wandel im Grundverständnis der ärztlichen Berufsauffassung“, stellt Dr. med. Viktor Karnosky fest, Leiter der LÄKH-Abteilung für Ärztliche Weiterbildung: „Arbeit, Beruf, Familie und Freizeit müssen in angemessener Weise in allen Aspekten Berücksichtigung finden.“

### Weiterbildung: Was wünschen sich junge Ärzte?

Den bereits im Beruf stehenden Kolleginnen und Kollegen konnten die Mitarbeiter

der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung (Bad Nauheim) wertvolle Angebote machen. Die Akademie der LÄKH hat den Kongress außerdem genutzt, um junge Ärzte nach ihren Interessen im Fort- und Weiterbildungssektor zu fragen. Unter 54 Teilnehmern an der Umfrage hat circa die Hälfte das Studium noch nicht abgeschlossen, die andere Hälfte ist derzeit überwiegend in Weiterbildung in einer Klinik tätig. Fast alle gaben an, in naher Zukunft Weiterbildungen absolvieren zu wollen. Erwartungsgemäß waren vor allem Kurse gefragt, die zum Erwerb einer Funktion berechtigen oder aktuelle medizinische Themen aufgreifen. Die favorisierten Informationswege über Fort- und Weiterbildungsangebote sind bekannt: die Internetrecherche und die Empfehlungen von Kollegen. „Das bestärkt uns in unseren Zielen, die Qualität der Veranstaltungen und die Atmosphäre am Veranstaltungsort auf hohem Niveau zu halten sowie Titel und Inhalte deutlicher auf der Homepage der Akademie darzustellen“, sagt Dr. rer. nat. Aline Zetsche, Leiterin „Strategische Programmentwicklung“ der Akademie.

Isolde Asbeck



## Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

Freitag nachmittags und Samstag ganztags möglich!

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

### I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise auf Seite 210!

#### 11. Kasseler Gesundheitstage

In Kooperation mit dem Regionalmanagement Nordhessen GmbH.

**Fr., 04. Apr. – Sa., 05. Apr. 2014**

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

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

**Auskunft und Anmeldung:** Regionalmanagement Nordhessen, Frau Nora Pfaff, Tel.: 0561 97062-211, E-Mail: [pfaff@regionnordhessen.de](mailto:pfaff@regionnordhessen.de), [www.kasseler-gesundheitstage.de](http://www.kasseler-gesundheitstage.de)

#### Wenn der Patient Ihnen Fehler vorwirft – Kommunikation und Verhalten in Schadenfällen

**Sa., 05. Apr. 2014, 09:00 Uhr – 16:30 Uhr** **10 P**

**Leitung:** Dr. med. W. Merkle, Wiesbaden

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

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Flören-Benachib, Akademie, Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238, E-Mail: [andrea.floeren-benachib@laekh.de](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)

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

**Samstag, 05. Apr. 2014, 10:00 – 15:00 Uhr** **6 P**

**Tagungsort:** Kassel, Kongress Palais Kassel – Stadthalle

**Mittwoch, 09. Apr. 2014, 14:00 – 19:00 Uhr** **6 P**

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

**Leitung:** Prof. Dr. med. T. Weber, Wiesbaden

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

**max. Teilnehmerzahl:** 25

**Auskunft und Anmeldung:** Frau B. Sebastian, BZÄK Wiesbaden, Tel.: 0611 977-4825, Fax: -4841, E-Mail: [barbara.sebastian@laekh.de](mailto:barbara.sebastian@laekh.de)

**Weitere Termine 2014:** 07. Mai, 21. Mai, 11. Jun., 24. Sep., 15. Okt., 12. Nov., 10. Dez.

#### EKG-Kurs mit praktischen Übungen

**Fr., 23. Mai – Sa., 24. Mai 2014** **22 P**

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

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

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Flören-Benachib, Akademie, Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238, E-Mail: [andrea.floeren-benachib@laekh.de](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)

#### 10. Wiesbadener Ultraschallkurs

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

**Fr., 25. Apr. – Sa. 26. Apr. 2014**

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

**Teilnahmegebühr:** € 297,50 (Akademiemitgl. u. Assistenten € 238)

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau Hannelore Noll, Tel.: 0611 43-2376, Fax: 0611 43-2732, E-Mail: [hannelore.noll@hsk-wiesbaden.de](mailto:hannelore.noll@hsk-wiesbaden.de)

#### Kompaktkurs Zweite Leichenschau (gemäß des Friedhofs- und Bestattungsgesetzes)

Der Kurs gliedert sich wie folgt: Theorie (6,5 Stunden, kann auch einzeln gebucht werden); Praktische Schulung (50 Stunden im Krematorium mit Untersuchung von mindestens 100 Leichen); Abschlussprüfung (1,5 Stunden)

**Beginn: Sa., 24. Mai 2014** **9 P (insg. 62 P)**

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

**Teilnahmegebühr:** insg. € 655 (davon Theorie € 200, prakt. Schulung € 400, Prüfung € 55), (Akademiemitgl. insg. € 635)

**Teilnehmerzahl:** max. 15

**Auskunft und Anmeldung:** Frau I. Krahe, Akademie, Tel.: 06032 782-208, Fax: 069 97672-67208

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

#### 7. Sommerakademie

**Montag, 02. Jun. – Freitag, 06. Jun. 2013**

Programmübersicht:

**MO** Thema steht noch nicht fest

**DI Medizinische Rehabilitation** **21 P**

**MI Intensivkurs Hygiene in Arztpraxen** **10 P**  
(auch für med. Fachpersonal)

**DO EKG-Refresher-Kurs** **10 P**

**FR Hautkrebs-Screening** **11 P**

**Gesamtleitung:** Prof. Dr. med. K.-R. Genth, Bad Nauheim

**Teilnahmegebühr:** auf Anfrage, Fortbildungen einzeln buchbar

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Flören-Benachib, Akademie, Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238, E-Mail: [andrea.floeren-benachib@laekh.de](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)







### Repetitorium Allgemeinmedizin

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

**Sa., 14. Jun. – So., 15. Jun. 2014** **16 P**

Für diesen Kurs besteht die Möglichkeit zur kostenlosen Nutzung eines ergänzenden CME-online Beitrages der Springer Medizin e.Akademie.

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

**Teilnahmegebühr:** € 260 (Akademiemitgl. € 234)

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

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

Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

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

### Kopf- und Gesichtsschmerz

In Kooperation mit der Deutschen Migräne- u. Kopfschmerzgesellschaft.

**Fr., 27. Jun. 2014, 16:00 – 20:00 Uhr**

**Leitung:** Dr. med. J. M. Klotz

**Teilnahmegebühr:** kostenfrei

**Tagungsort:** Kassel, Rotes Kreuz Krankenhaus

Klinik für Schmerzmedizin, Hansteinstrasse 29,

**Auskunft und Anmeldung:** Klinik für Schmerzmedizin

Tel.: 0561 3086-4601, Fax: 0561 3086-4601

E-Mail: [schmerzlinik@rkh-kassel.de](mailto:schmerzlinik@rkh-kassel.de)

### Repetitorium Innere Medizin 2014

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

**Mo., 17. Nov. – Sa., 22. Nov. 2014** **insg. 51 P**

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

**Teilnahmegebühr 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,

Tel.: 06032 782-227, Fax: 069 97672-227,

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

### 31. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

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

Für diesen Kurs besteht die Möglichkeit zur kostenlosen Nutzung eines ergänzenden CME-online Beitrages der Springer Medizin e.Akademie.

**Mo., 22. – Fr., 26. Sep. 2014** **55 P**

**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.

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

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

Seminarraum Zi. 330, Haus 11, 3. Stock

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

Tel.: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202

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

### Impfkurs – Fachgebiet Öffentliches Gesundheitswesen

**Sa., 11. Okt. 2014, 09:00 – 17:30 Uhr** **11 P**

**Leitung:** Dr. med. P. Neumann, Frankfurt a. M.

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

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

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

Tel.: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,

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

### Moderatorentaining

**Fr., 07. Nov. – Sa., 08. Nov. 2014** **20 P**

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

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

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

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

Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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

## II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise auf Seite 210!

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

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

**Modul II Fr., 04. Apr. – Sa., 05. Apr. 2014** **12 P**

**Modul III Fr., 09. Mai – Sa., 10. Mai 2014** **16 P**

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

**Teilnahmegebühr:** Modul I/II je € 180 (Akademiemitgl. € 162)

Modul III € 240 (Akademiemitgl. € 216)

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

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

Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

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

### Hämotherapie

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

**Fr., 27. Jun. – Sa., 28. Jun. 2014 +**

**Fr., 04. Jul. – So., 06. Jul. 2014**

**Teilnahmegebühr:** gesamter Kurs € 750 (Akademiemitgl. € 675), Einzelbuchung/Tag € 150 (Akademiemitgl. € 135)

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

**Fr., 04. Jul. – Sa., 05. Jul. 2014**

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

**Leitung:** Dr. med. M. Weippert-Kretschmer

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

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

Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,

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



**Medizinische Rehabilitation**

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

**Mi., 09. Apr. 2014, 13:30 – 20:30 Uhr** **21 P**

**Leitung:** Dr. med. W. Deetjen, Gießen

**Teilnahmegebühr:** € 200 (Akademiemitgl. € 180)

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

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

Tel.: 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.)**

**Fr., 04. Jul. – So., 06. Jul. 2014** **G7 – G9**

**Fr., 12. Sep. – So., 14. Sep. 2014** **G10 – G12**

**Fr., 14. Nov. – So., 16. Nov. 2014** **G13 – G15**

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

**Sa., 27. Sep. – So., 28. Sep. 2014** **GP**

**Sa., 06. Dez. – So., 07. Dez. 2014** **GP**

**Leitung:** Dr. med. W. Marić-Oehler, Bad Homburg

**Teilnahmegebühr:** auf Anfrage

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

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

Tel.: 06032 782-287, Fax: 069 97672-67287,

E-Mail: [claudia.cordes@laekh.de](mailto:claudia.cordes@laekh.de)

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

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

**Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin**

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

**Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005**

**Kurs A** **Fr. 23. Mai – Sa., 24. Mai 2014** **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. W. Hönnmann, Frankfurt a. M.

Für Kurs A besteht die Möglichkeit zur kostenlosen Nutzung eines ergänzenden CME-online Beitrages der Springer Medizin e.Akademie.

**Kurs B** **Fr., 19. Sep. – Sa., 20. Sep. 2014** **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. W. Hönnmann, Frankfurt a. M.

**Teilnahmegebühr:** 20 Std. € 300 (Akademiemitgl. € 270)

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

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

Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

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

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

„Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Bedingungen (G35)“ ist in den Kurs B2 integriert.

**C1** **Sa., 05. Apr. – Sa., 12. Apr. 2014** **60 P**

**A2** **Sa., 13. Sep. – Sa., 20. Sep. 2014** **60 P**

**B2** **Sa., 01. Nov. – Sa., 08. Nov. 2014** **60 P**

**C2** **Sa., 29. Nov. – Sa., 06.12. 2014** **60 P**

**Leitung:** Prof. Dr. med. D. Groneberg, Prof. Dr. med. H.-J. Voitowitz

**Teilnahmegebühr pro Kursteil:** € 550 (Akademiemitgl. € 495)

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

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

**Fr., 07. Nov. – Sa., 08. Nov. 2014,** **insg. 16 P**

**Sa., 02. Nov. 2013, 09:00 – 16:15 Uhr**

**Leitung:** Dr. med. U. Klinsing, Dr. med. R. Snethlage, Bad Nauheim

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

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

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

Tel.: 06032 782-208, Fax: 069 97672-208,

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

**Aktuelle Diabetologie**

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

**Mi., 25. Jun. 2014, 15:30 – 20:00 Uhr** **6 P**

**Teil 3:** Die nichtmedikamentöse Diabetestherapie

**Teil 4:** Insulintherapie für die Praxis

**Leitung:** Dr. med. Hans-Juergen Arndt, Nidda

Dr. oec. troph. Jutta Liersch, Gießen

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

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

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

Tel.: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

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

**Termine 2014:** Teil 5/6 24. Sep., Teil 1/2 26. Nov.

**Palliativmedizin**

**Aufbaukurs Modul II:** **Mi., 16. Jul. – So., 20. Jul. 2014** **40 P**

**Leitung:** Dr. med. W. Spuck, Kassel

**Fallseminar Modul III:** **Mo., 24. Nov. – Fr., 28. Nov. 2014** **40 P**

**Leitung:** Dr. med. B. O. Maier, Wiesbaden

**Basiskurs:** **Di., 02. Dez. – Sa., 06. Dez. 2014** **40 P**

**Leitung:** Dr. med. U. Mäthrich, Bad Hersfeld

Dr. med. K. Mattekatt, Hanau

**Teilnahmegebühr:** Basiskurs € 600 (Akademiemitgl. € 540)

Aufbaukurs Modul I/II je € 630 (Akademiemitgl. € 567)

Fallseminar Modul III € 740 (Akademiemitgl. € 666)

**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,

Tel.: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,

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



### Notfallmedizinische Fortbildung

#### Seminar Leitender Notarzt 40 P

Sa., 05. Apr. – Di., 08. Apr. 2014

Leitung: D. Kann, N. Schmitz, Kassel

Teilnahmegebühr: € 740 (Akademiemitgl. € 666)

Tagungsort: Kassel

#### Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD

Fr., 26. Sep. – So., 28. Sep. 2014

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

Teilnahmegebühr: € 400 (Akademiemitgl. € 360)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Tel.: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,

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

Fr., 09. Mai – So., 11. Mai 2014 insg. 30 P

Sa., 24. Mai – So., 25. Mai 2014

Leitung: Dr. med. J. Heitmann, Gießen

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

Prof. Dr. med. R. Schulz, Gießen

Teilnahmegebühr: € 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 A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

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

### Krankenhaushygiene

Der Kurs richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die vor dem Hintergrund der hohen gesundheitlichen Bedeutung nosokomialer Infektionen, theoretische und praktische Kenntnisse zu deren Prävention erwerben wollen.

Es soll zuerst Modul I absolviert werden, das dem Hygienebeauftragten-Kurs entspricht. Die verbleibenden Module können in beliebiger Reihenfolge besucht werden.

Modul II: Mo., 19. Mai – Do., 22. Mai 2014 in Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann

Für Modul II besteht die Möglichkeit zur kostenlosen Nutzung eines ergänzenden CME-online Beitrages der Springer Medizin e.Akademie.

Modul III: Di., 08. Apr. – Fr., 11. Apr. 2014 in Frankfurt a. M.

Leitung: Prof. Dr. med. Kempf, PD Dr. med. habil. C. Brandt

Modul IV: Mo., 08. Sep. – Do., 11. Sep. 2014 in Gießen

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann

Modul V: Mo., 15. Sep. – Do., 18. Sep. 2014 in Bad Nauheim

Leitung: PD Dr. med. C. Brandt, PD Dr. med. habil. Jahn-Mühl

Modul VI: Mo., 29. Sep. – Do., 02. Okt. 2014 in Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann

Gesamtleitung: Dr. med. K.-H. Blum, Frankfurt

Teilnahmegebühr: Modul II – VI: je € 520 (Akademiemitgl. € 468)

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,

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

GK I Mi., 02. Apr. – Fr., 11. Apr. 2014 80 P

GK II Mi., 16. Jul. – Fr., 25. Jul. 2014 80 P

AK I Mi., 08. Okt. – Fr., 17. Okt. 2014 80 P

Leitung: Ltd. Med. Dir. Dr. med. R. Diehl, Frankfurt a. M.

Teilnahmegebühr: pro Teil € 650 (Akademiemitgl. € 585)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Tel.: 06032 782-287, Fax: 069 97672-67287,

E-Mail: [claudia.cordes@laekh.de](mailto:claudia.cordes@laekh.de)

### Geriatrische Grundversorgung

Block I: Fr., 16. Mai – So., 18. Mai 2014 (ausgebucht) insg. 60 P

Leitung: PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt

Block II: Fr., 27. Jun. – So., 29. Jun. 2014

Leitung: Dr. med. P. Groß, Darmstadt

Für Block I und Block II besteht die Möglichkeit zur kostenlosen Nutzung eines ergänzenden CME-online Beitrages der Springer Medizin e.Akademie.

Block III: Fr., 26. Sep. – Sa., 27. Sep. 2014

Leitung: Prof. Dr. med. W. Vogel, Hofgeismar

(kann nur nach Teilnahme von Block I + II absolviert werden!)

Block I: Fr., 07. Nov. – So., 09. Nov. 2014

Leitung: PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt

Teilnahmegebühr: Block I: € 360 (Akademiemitgl. € 324),

Block II: € 330 (Akademiemitgl. € 297)

Block III: € 210 (Akademiemitgl. € 189)

Max. Teilnehmerzahl: 30

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

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

Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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

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

Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer 32 P

Fr., 10. Okt. – Sa., 11. Okt. 2014

Fr., 14. Nov. – Sa., 15. Nov. 2014

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,

Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

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



### Ärztliches Qualitätsmanagement

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

**Block II a:** Mi., 14. Mai – Sa., 17. Mai 2014  
**Block II b:** Mi., 09. Jul. – Sa., 12. Jul. 2014  
**Block III a:** Mi., 08. Okt. – Sa., 11. Okt. 2014  
**Telelernphase:** So., 12. Okt. – Mi., 19. Nov. 2014  
**Block III b:** Do., 20. Nov. – Sa., 22. Nov. 2014  
**Leitung:** N. Walter / Dr. med. H. Herholz, Frankfurt a. M.  
**Teilnahmegebühr:** Block II a + b: je € 750 (Akademiemitgl. € 675)  
 Block III a + b: je € 750 (Akademiemitgl. € 675)  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau H. Cichon, Akademie,  
 Tel.: 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 Theorie, d. h. insgesamt 80 Stunden. **Die Balintgruppenarbeit (Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung) ist in jeden Block inkludiert und somit bereits in den Teilnahmegebühren enthalten.**

**20. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung**

**Fr., 16. Mai – So., 18. Mai 2014 (ausgebucht) 20 P**  
**Fr., 11. Jul. – So., 13. Jul. 2014 (ausgebucht) 20 P**  
**Fr., 19. Sep. – So., 21. Sep. 2014 20 P**  
**Fr., 21. Nov. – So., 23. Nov. 2014 20 P**

**Leitung:** P. E. Frevert, Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.  
**Teilnahmegebühr:** pro Block (20 h) € 330 (Akademiemitgl. € 297)  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Flören-Benachib, Akademie,  
 Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,  
 E-Mail: [andrea.floeren-benachib@laekh.de](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)

### Curriculum Organspende (ings. 40 Std.)

**Do., 22. Mai – Fr., 23. Mai 2014 insg. 40 P**  
**Tagungsort:** Rauschholzhausen, Schloß Rauschholzhausen

**Kriseninterventionsseminar (8 Std.):**  
**Mi., 18. Jun. oder Mi., 16. Jul. 2014**

**Leitung:** Prof. Dr. med. W. O. Bechstein, Frankfurt a. M.  
 Dr. med. U. Samuel, Mainz

**Teilnahmegebühr:** € 360 (Akademiemitgl. € 324)  
 excl. Getränke am Abend im Schloß Rauschholzhausen  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Flören-Benachib, Akademie,  
 Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,  
 E-Mail: [andrea.floeren-benachib@laekh.de](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)

### Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV

#### Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde

**Sa., 05. Apr. 2014 8 P**  
**Tagungsort:** Kassel, Kongress Palais Kassel – Stadthalle

**Sa., 27. Sep. 2014 8 P**  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

**Leitung:** Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.  
**Teilnahmegebühr:** € 130 (Akademiemitgl. € 117)

#### Spezialkurs Röntgendiagnostik

**Sa., 20. Sep. – So., 21. Sep. 2014 20 P**  
 Auswahltermine für den praktischen Halbtage:  
**Di., 23. Sep. oder Mi., 24. Sep. 2014, jew. 4 P**  
**jeweils 14:00 – 18:00 Uhr**

**Leitung:** Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.  
**Teilnahmegebühr:** € 300 (Akademiemitgl. € 270)  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum LÄK Hessen (Theorie), Frankfurt a. M., Krankenhaus Nordwest (Praktikum)

#### Spezialkurs Computertomographie

Termine in Planung

#### Spezialkurs Interventionsradiologie

Termine in Planung

**Auskunft und Anmeldung:** Frau H. Cichon, Akademie,  
 Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,  
 E-Mail: [heike.cichon@laekh.de](mailto:heike.cichon@laekh.de)

### Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ als Blended-Learning-Veranstaltung

**Einführungsseminar: Fr., 26. Sep. 2014 insg. 20 P**  
**Telelernphase: Sa., 27. Sep. – Fr., 07. Nov. 2014**  
**Präsenzphase: Sa., 08. Nov. 2013**  
 – mit abschließender Lernerfolgskontrolle  
**Teilnahmegebühr:** € 200 (Akademiemitgl. € 180)  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

### 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.

**Sa., 06. Dez. 2014, 09:00 Uhr – 16:15 Uhr 8 P**  
**Teilnahmegebühr:** € 170 (Akademiemitgl. € 153)  
**Leitung:** D. Paul, Frankfurt a. M.  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen  
**max. Teilnehmerzahl:** 20

**Auskunft und Anmeldung:** Frau I. Krahe, Akademie,  
 Tel.: 06032 782-208, Fax: 069 97672-208,  
 E-Mail: [ingrid.krahe@laekh.de](mailto:ingrid.krahe@laekh.de)



### Spezielle Schmerztherapie

Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer

**Block D** Fr., 09. Mai – Sa., 10. Mai 2014 in Bad Nauheim **20 P**  
**Leitung:** Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt a. M.

**Block C** Fr., 12. Sep. – Sa., 13. Sep. 2014 in Bad Nauheim **20 P**  
**Leitung:** C. Drefahl, Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.

**Block B** Fr., 07. Nov. – Sa., 08. Nov. 2014 in Kassel **20 P**  
**Leitung:** PD Dr. med. M. Gehling,  
 Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

**Teilnahmegebühr pro Block:** € 240 (Akademiestandort € 216)

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Zinkl, Akademie,  
 Tel.: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,  
 E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

### Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung

mit anschließender Wissenskontrolle in 2 Teilen  
 (Zielgruppe: Internisten, Anästhesiologen, Labormediziner)

**Fr., 12. Sep. 2014, 08:00 – 12:00 Uhr +**

**Sa., 13. Sep. 2014, 13:00 – 16:30 Uhr**

**Teilnahmegebühren:** € 70 (Akademiestandort € 60,  
 Ärzte, die nicht in Hessen tätig sind € 80)

**Tagungsort:** Frankfurt, Universität, Campus Westend, Casino

**Auskunft und Anmeldung:** Frau H. Cichon, Akademie,  
 Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,  
 E-Mail: [heike.cichon@laekh.de](mailto:heike.cichon@laekh.de)

### Verkehrsmedizinische Qualifikation

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

**Fr., 27. Jun. – Sa., 28. Jun. 2014 **16 P****

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

**Teilnahmegebühr:** € 250 (Akademiestandort € 225)

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau R. Heßler, Akademie,  
 Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,  
 E-Mail: [renate.hessler@laekh.de](mailto:renate.hessler@laekh.de)

### Ultraschallkurse

#### Abdomen

**Leitung:** Dr. med. J. Bönhof, Dr. med. W. Schley

#### Abschlusskurs

**29 P**

**Sa., 01. Nov. 2014 (Theorie)**

+ 2 Termine Praktikum (jeweils 5 Std.)

#### Tagungsort:

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

**Praktikum:** Kliniken im Rhein-Main-Gebiet

#### Gefäße

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

**Aufbaukurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße) **25 P****

Für diesen Kurs besteht die Möglichkeit zur kostenlosen Nutzung eines ergänzenden CME-online Beitrages der Springer Medizin e.Akademie.

**Do., 12. Jun. – Fr., 13. Jun. 2014 (Theorie)**

**Sa., 14. Jun. 2014 (Praktikum)**

**Abschlusskurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße) **20 P****

**Fr., 28. Nov. – Sa., 29. Nov. 2014 (Theorie + Praktikum)**

#### Tagungsort:

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

**Praktikum:** Frankfurt am Main, Krankenhaus Nordwest

#### Teilnahmegebühr je Kurs:

Grundkurs € 440 (Akademiestandort € 396)

Aufbaukurs Abdomen € 440 (Akademiestandort € 396)

Aufbaukurs Gefäße € 380 (Akademiestandort € 342)

Abschlusskurs € 320 (Akademiestandort € 288)

**Auskunft und Anmeldung:** Frau J. Schwab,

Tel.: 06032 782-211, Fax: 069 97672-67211,

E-Mail: [juliane.schwab@laekh.de](mailto:juliane.schwab@laekh.de)

### ALLGEMEINE HINWEISE

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

**Anmeldung:** Eine verbindliche Anmeldung ist im Internet unter <https://portal.laekh.de> schnell und kostenfrei möglich. Gerne können Sie sich auch schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen anmelden: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Tel.: 06032 782-0, Fax: 06032 782-220. 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 AGBs und etwaige Teilnahmevoraussetzungen!

**Kinderbetreuung** für Kinder von drei bis acht Jahren Freitag nachmittags und Samstag ganztags möglich! Telefonische Informationen: Frau C. Ittner, Akademie, Tel.: 06032 782-223.

**Teilnahmegebühr:** Gilt inkl. Seminarunterlagen und Pausenverpflegung (sofern nicht anders angegeben).

**Akademie-Mitgliedschaft:** Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Teilnahmegebühren für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Der Jahresbeitrag der Akademie-Mitgliedschaft beträgt € 100. Während der Zeit der Weiterbildung sowie in Elternzeit oder ohne ärztliche Tätigkeit € 50. Für Studenten der Medizin ist die Mitgliedschaft kostenfrei. Der Jahresbeitrag gilt unabhängig vom Eintrittstag für das laufende Kalenderjahr.

Weitere Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Tel.: 06032 782-204, E-Mail: [cornelia.thriene@laekh.de](mailto:cornelia.thriene@laekh.de)







## Schwerpunkt Medizin

### **Aktualisierungskurs nach § 18a Abs. 2 und 3 RöV (MED 1)**

Ziel der Veranstaltung ist die Aktualisierung der Fachkunde und erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz gem. § 18a RöV. Zielgruppe sind Medizinische Fachangestellte, Arzthelfer/innen und Personen mit einer abgeschlossenen sonstigen medizinischen Ausbildung, MTAs, MTRAs und MTLAs.

**Termin:** Fr., 12.09.2014, 08:30 – 17:00 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 95

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

### **Schmerz (MED 8)**

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

**Termin:** Mi., 16.07.2014

**Teilnahmegebühr:** € 70

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

### **Impfungen (MED 10)**

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

Die Veranstaltung wird unter ärztlicher Leitung durchgeführt.

**Termin:** Sa., 24.05.2014, 09:30 - 16:45 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 95

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

### **Arzneimittelversorgung (MED 11)**

**Inhalte:** Unterstützung der Patienten bei der Anwendung und Einnahmeverhalten von Arzneimitteln, Grundlagen der Arzneimitteltherapie im Alter, Unterstützung des Arztes bei speziellen Pharmakotherapien im Alter, Erfassung der Eigenmedikation des Patienten.

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

**Teilnahmegebühr:** € 95

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

### **„Autsch mein Rücken!“ (MED 12)**

**Inhalte:** In der Veranstaltung werden Transfer- und Umlagerungstechniken trainiert. Sie schonen damit Ihren Rücken und zugleich lernen Sie, wie Sie dem Patienten Hilfestellung für einen möglichst beschwerdefreien Bewegungsablauf geben können.

**Termin:** Interessentenliste, 13:30 – 17:45 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 70

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

### **Einsatzbereiche und Handhabung: TENS-Geräte (MED 13)**

**Inhalte:** Was ist TENS?, Indikationen zur Schmerzbehandlung, Zusätzliche Indikationsgebiete, Kontraindikation und Nebenwirkungen, Verordnung und Abrechnung

**Termin:** Interessentenliste, 14:00 – 18:15 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 70

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

### **Das kleine Labor (MED 14)**

**Inhalte:** Die halbtägige Veranstaltung ist ein Refresher-Kurs zur Aktualisierung der Kenntnisse „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung im Labor!“. Ein weiterer Schwerpunkt der Veranstaltung ist das praktische Üben von Qualitätssicherungsmaßnahmen und die Dokumentation.

**Termin:** Interessentenliste, 13:30 – 17:45 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 70

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

## Schwerpunkt Medizin

### **Notfallmanagement bei Säuglingen, Kleinkindern und Jugendlichen (MED 15)**

**Inhalte:** Der „Kindernotfall“ in der Praxis ist immer wieder eine Herausforderung für das gesamte Praxisteam. Durch kurz gehaltene theoretische Blöcke steht das praktische Handeln im Vordergrund. Grundlagen dieses Seminars, das unter ärztlicher Leitung durchgeführt wird, sind die aktuellen Richtlinien und Empfehlungen des ERC.

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

**Teilnahmegebühr:** € 95

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

## Schwerpunkt Patientenbetreuung / Praxisorganisation

### **Teamwork in Stresssituationen (PAT 4)**

Im Praxisalltag kommt es regelmäßig zur vermehrten Arbeitsbelastung und damit zu Stresssituationen. Die Fortbildung bietet den Teilnehmern viel Raum, kreativ Lösungsansätze zur Förderung der Teamarbeit zu erarbeiten. Hierbei findet die Wissensvermittlung von Techniken zur Problemerkennung und -analyse statt sowie Kommunikationsstrategien zur Situationsentspannung.

**Termin:** Mi., 14.05.2014, 09:30 – 16:45 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 95

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

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

**Inhalte:** Die Fortbildung richtet sich insbesondere an Berufsanfänger und Wiedereinsteiger/innen, für die das Tätigkeitsgebiet der ärztlichen Abrechnung neu ist. Durch praktische Übungen und anhand von Fallbeispielen werden die vermittelten Kenntnisse vertiefend geübt.

**Termin:** Sa., 05.07.2014, 10:00 – 16:30 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 95

**Information:** Elvira Günther, Tel.: 06032 782-132, Fax -180

### **Umgang mit HIV/AIDS-Patienten im Praxisalltag (PAT 15)**

**Inhalte:** Oftmals wird der Umgang mit Menschen mit HIV und AIDS im Praxisalltag als Herausforderung erlebt und eigene Ängste, zum Beispiel vor einer möglichen Infektionsgefahr erschweren eine vorurteilsfreie Begegnung mit den Patienten. Über die Vermittlung des aktuellen Wissensstandes hinaus soll daher der Umgang mit Menschen mit HIV/AIDS im Praxisalltag reflektiert werden. Ein anschließendes Kommunikationstraining bietet die Möglichkeit Situationen praxisnah zu üben. Neben dem Referenten ist ein von HIV Betroffener während des Workshops anwesend und berichtet von seinen Erfahrungen.

**Termin:** Interessentenliste, 10:00 – 15:00 Uhr (5 Stunden)

**Teilnahmegebühr:** € 70

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

## Betriebsmedizinische Assistenz

### **Herz-Kreislauf und Ergometrie in der Arbeitsmedizin (BET 3)**

**Inhalte:** In der Fortbildung werden neben theoretischen Kenntnissen bez. berufsgenossenschaftlicher Grundsätze und Regelungen, in praktischen Übungen Fertigkeiten entsprechend des „Leitfadens für Ergometrie“ vermittelt.

**Termin:** Fr., 12.09.2014, 13:30 – 17:45 Uhr und

Sa., 13.09.2014, 08:30 – 12:45 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 150

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





### Erwerb der Sachkenntnis gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV für Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte (SAC 2)

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

**Termin:** ab Fr., 18.07.2014 (insgesamt 30 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 410 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

### Elektronische Praxiskommunikation und Telematik

Der Qualifizierungslehrgang hat das Ziel, den sach- und funktionsbezogenen Umgang mit aktuellen Kommunikationsmedien zu erlernen. Durch konkrete praxisbezogene Fallbeispiele und Anschauungsmaterialien lernen die Fortbildungsteilnehmer telemedizinische Anwendungen kennen, die bei der Betreuung und Begleitung von Patienten unterstützend eingesetzt werden können.

**Inhalte:** Der Lehrgang mit insgesamt 80 Stunden besteht aus zwei Kursteilen:

#### Teil 1 (Kurs-Nr. EPA 1)

- Datenschutz und Datensicherheit (20 Std.)
- Informations- und Kommunikationstechnologie (20 Std.)

#### Teil 2 (Kurs-Nr. EPA 2)

- Telemedizinische Grundlagen (20 Std.)
  - strukturierte Behandlungsprogramme
  - technische und rechtliche Rahmenbedingungen
- Telemedizinische Anwendungen (20 Std.)
  - u. a. Telekardiologie, Telediabetes, Teleradiologie

#### Termine und Gebühren

EPA 1: 09.05.2014 – 10.05.2014 und 12.06.2014 – 14.06.2014

Teilnahmegebühr: € 480

EPA 2: 11.07.2014 – 12.07.2014 und 17.07.2014 – 19.07.2014

Teilnahmegebühr: € 480

Lernerfolgskontrolle: € 60

Weitere Informationen zum Lehrgangsverlauf und den Zugangsvoraussetzungen finden Sie auf unserer Homepage.

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

### Klinikassistentz (120 Stunden)

Die Fortbildung „Klinikassistentz“ umfasst 100 Unterrichtsstunden sowie ein zostündiges Praktikum. Die zur Klinikassistentz Fortgebildeten sollen in Aufgaben unterstützen und entlasten, die an nichtärztliches Personal zu delegieren sind und nicht dem pflegerischen Aufgabenbereich zugeordnet werden.

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

**Termin:** Interessentenliste

**Teilnahmegebühr:** € 1.180 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

**Information:** Monika Kinscher, Tel.: 06032 782-187, 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 Praxismanagements als 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 25. September 2014

**Gebühr Pflichtteil:** € 1.480

**Prüfungsgebühren:** € 200

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

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

### ALLGEMEINE HINWEISE

**Anmeldung:** Bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen an. Eine Bestätigung der Anmeldung erfolgt schriftlich. Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Tel.: 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, Tel.: 06032 782-140, Fax: 782-350, E-Mail: [gaestehaus@fbz-hessen.de](mailto:gaestehaus@fbz-hessen.de)



# „Medikalisierung“ des menschlichen Lebens

Heinrich Gerdes

Mit kritischem Interesse und betroffener Aufmerksamkeit habe ich eine 24-seitige Anzeigensonderveröffentlichung zum Thema „Gesundheit 2014“ einer großen nordhessischen Regionalzeitung vom 31. Januar 2014 gelesen. Darin werden die in dieser Region möglichen „Gesundheitsleistungen“ wie auf einem orientalischen Basar feilgeboten, obwohl so etwas nach dem ärztlichen Standesrecht eigentlich verboten ist, nach dem sogar die Größe der Praxisschilder vorgeschrieben war.

Diese Anzeigenbeilage ist Anlass für mich, einige kritische Gedanken zur „Medikalisierung“ des menschlichen Lebens zu äußern. Bekanntlich sind politische Meinungsäußerungen, dazu gehören auch gesundheitspolitische Aussagen und ihre Verwirklichung, auch ohne Sachverstand möglich – ich möchte mich aber in meinen folgenden Ausführungen um orientierte Sachlichkeit bemühen.

Bereits 1975 hat der amerikanische Theologe und strenge Kritiker unseres westlichen Gesundheitssystems Ivan Illich in seinem Buch „Die Nemesis der Medizin“ geschrieben: „Die Anwendung medizinischer Maßnahmen in therapeutischer Absicht an (sehr) alten Menschen ist der vergebliche Kampf gegen das Unvermeidliche – den Tod. Überdies ist die Gesundheit in Kenntnis des für jeden Menschen unausweichlichen Todes nicht das höchste und erst recht nicht das einzig zu schützende Gut. Die Begrenztheit aller Heilkunst zeigt sich spätestens in der Konfrontation mit der Unheilbarkeit und letztlich mit der des Todes. Spätestens hier endet die Glorifizierung von Gesundheit im diesseitigen Leben. Unter Berücksichtigung der Nähe zum Tod bedeutet Medizin oft eine sinnlose Vergeudung begrenzter volkswirtschaftlicher Ressourcen, die an anderer Stelle

mit größerem Nutzen (auch für die Gesundheit) eingesetzt werden könnten.“ (Untertitel des Buches von Illich: „Die Medizin ist zu einer Hauptgefahr für die Gesundheit geworden“).

Wenn weiterhin allen Bürgern alle medizinisch vielleicht sogar sinnvollen Leistungen nicht aus sozialer Verantwortung, sondern vorwiegend aus ökonomischem Interesse der Anbieter von Gesundheitsleistungen (siehe Anzeigensonderveröffentlichung der erwähnten Regionalzeitung vom 31. Januar 2014) auf dem Medizinmarkt feilgeboten werden, wird in Zukunft ein inakzeptabler Anteil der insgesamt zur Verfügung stehenden Mittel auf die Gesundheitsversorgung entfallen. Schon heute arbeitet der Mensch der westlichen Industriegesellschaft mehr als anderthalb Monate pro Jahr, um seinen Arzt zu bezahlen. Die Bereitschaft, noch mehr Kosten zu tragen, scheint ungebrochen. Auf dem Gebiet der Medizin ist das Teuerste gerade gut genug. Bisher gab es allenfalls Kritik an der Klassenmedizin.

Die gegenwärtige Politik, die Kosten einzufrieren (Beitragsstabilität), ohne über Leistungsbegrenzung zu entscheiden, ist ein Täuschungsmanöver. Das Gemeinwesen muss sich grundsätzlich überlegen, wie viel es für „Gesundheit“ auszugeben bereit ist. Denn dieses angeblich so hohe Gut steht in Konkurrenz mit anderen bestimmt ebenso wichtigen gesellschaftspolitisch bereitzustellenden Gütern, zum Beispiel kulturelles Leben, Anhebung des Bildungsniveaus, Reduzierung der Umweltbelastungen, Garantie der inneren und äußeren Sicherheit und vieles andere. Alles Gebiete, auf denen wahrscheinlich sehr viel mehr und effektiver für den Gesundheitszustand der Bevölkerung getan werden kann, als wenn die entsprechenden

Mittel in sehr kostenintensive medizinische Leistungen investiert werden, die aber keinen entsprechend hohen gesundheitlichen Nutzen bewirken. Unser derzeitiges System ist offensichtlich durch eine Irrationalität gekennzeichnet. Es stellt Leistungen zur Verfügung, die der Einzelne zu finanzieren nicht bereit wäre, denn sicherlich werden die Menschen in Zukunft nicht ihr gesamtes frei verfügbares Einkommen in eine allumfassende gesundheitliche Versicherung und Versorgung investieren, sondern auf bestimmte Leistungen (zum Beispiel allumfassende pflegerische Versorgung in hohem Lebensalter mit künstlicher Ernährung und lediglich leidensverlängernden Maßnahmen) verzichten, um sich auch andere Bedürfnisse und Wünsche in einer früheren Phase ihres Lebens erfüllen zu können.

Das derzeitige Verhalten wird oft mit der unantastbaren Würde des Menschen auf Leben begründet, die egalitär allen zu garantieren sei. Nach meiner Meinung entspräche es mehr einem anthropologischen Ethos, wenn man die ungeheuren Summen, die für ineffektive Behandlungsoptionen aufgewendet werden, für effektivere Maßnahmen zur würdevollen Gestaltung des menschlichen Lebens verwenden oder auf so genannte technische Fortschritte verzichten würde, die niemand braucht und dem Prinzip der Verantwortung (Hans Jonas) für andere nachfolgende Generationen zum Durchbruch verhilft.

Der Medizin-Ethiker Professor Dr. med. Giovanni Maio an der Universität Freiburg hat in seinem vor kurzem erschienenen Buch „Mittelpunkt Mensch – Ethik in der Medizin“ den aktuellen Wandel in der Medizin von der sozialen zur marktwirtschaftlichen Identität beschrieben. Der Wandel führe u.a. von der Bedingungslosigkeit der Hilfe zur Rentabilität der Leistung, von

der ganzheitlichen Betrachtung des Patienten zur Zerlegung und Fraktionierung, vom Vertrauensverhältnis zum Vertragsverhältnis, von der Freiheit ärztlicher Entscheidungen zum Therapieren nach Gebrauchsanweisungen und von der fürsorglichen Praxis zur marktförmigen Dienstleistung.

Maio folgert daraus, dass eine ethisch begründet Medizin ihre ureigene Aufgabe, nämlich Anwalt des Patienten zu sein, nicht der Ökonomie überlassen darf. Denn wenn die Medizin dem Geschäftsmodell ganz nachgibt, wird sie am Ende keine Medizin mehr sein.

Und nun zum Schluss noch einmal Ivan Illich: „Medizin – der Besuch beim Arzt,

die Tablette – ist zum Verbrauchsgut geworden, der Patient zum süchtigen Verbraucher. Die monströse Apparatur der Medizin täuscht vor, dass der Mensch seiner totalen Reparierbarkeit immer näher kommt. Gesundheit, Krankheit und Tod sind keine natürlichen Erfahrungen des Menschen mehr, sondern Definitionsergebnisse eines ausschließlich der Ärztezunft vorbehaltenen Rituals. Die Pervertierung des Heilverfahrens wird am deutlichsten beim technisierten Tod. Wann ein Mensch tot ist, das ist der Zeitpunkt, zu dem er nicht mehr auf die technisch-therapeutischen Maßnahmen der künstlichen Lebensverlängerung anspricht, er also als Verbraucher medizinischer Leistungen unnütz



Foto: Lengemann

geworden ist. Für den ‚Gesundheitsökonom‘ ist der Tod der Zeitpunkt der absoluten Konsumverweigerung.“

*Professor Dr. med. Heinrich Gerdes  
ehem. Chefarzt der Medizinischen Klinik  
des Roten Kreuz Krankenhauses Kassel  
An den Rehwiesen 34 A, 34128 Kassel  
Tel.: 0561 61002*

*E-Mail: prof.hgerdes.kassel@t-online.de*

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

## Landesärztekammer Hessen

# Dienstjubiläum: 25 Jahre bei der Landesärztekammer Hessen



Foto: S. Happel

Monika Kinscher begann ihre Tätigkeit in der Carl-Oelemann-Schule am 1. April 1989. Das Datum war sicherlich Zufall, aber kennzeichnet auch ein Stück-

weit den Menschen Monika Kinscher. Mit viel Humor zur rechten Zeit und einer überaus engagierten, pflichtbewussten Arbeitshaltung ist sie seit 25 Jahren im Fortbildungsbereich tätig.

Zum Beginn war es ausschließlich die Sachbearbeitung von Fortbildungskursen, die ihr Tätigkeitsgebiet ausfüllte. Durch die

Zunahme von Fortbildungsveranstaltungen wurde das Aufgabengebiet umfangreicher und Planungsaufgaben kamen hinzu. Ihr Organisationsgeschick in Verbindung mit der ruhigen und umsichtigen Wesensart waren nur einige Kriterien, die den Anlass gaben, Monika Kinscher den Verantwortungsbereich der Gruppenleitung für die Kurs- und Teilnehmerverwaltung zu übertragen.

Sie führt seit einigen Jahren nicht nur eine Gruppe von Mitarbeiterinnen zielorientiert und mit Teamgeist, sondern ist auch für die Teilnehmer/innen der Fortbildung, insbesondere der Aufstiegsfortbildung Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung, eine wichtige Ansprechpartnerin

auf dem langen Weg bis zur Prüfung. Sie organisiert das Aufgabengebiet von Prüfungsausschüssen und wirkt zusätzlich bei den vielfältigen Aufgaben zur Weiterentwicklung der Schule mit.

Das Präsidium, die Geschäftsführung der Landesärztekammer Hessen und die Vorsitzenden der Gremien der Carl-Oelemann-Schule gratulieren Monika Kinscher zu ihrem Dienstjubiläum.

Wir wünschen ihr weiterhin eine erfolgreiche Zeit in der Landesärztekammer Hessen.

*Silvia Happel  
Schulleiterin Carl-Oelemann-Schule*



# Sicherer Verordnen

## Kombinierte orale Kontrazeptiva (KOK) – Thromboembolierisiko

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hat eine Übersicht über das Risiko venöser Thromboembolien oraler kombinierter Kontrazeptiva in Anhängigkeit unterschiedlicher Gestagene publiziert. Schwerpunkt der Mitteilung der AkdÄ war das Auftreten von zerebralen venösen Thrombosen unter KOK, im Vergleich zu Lungenembolien und tiefen Beinvenenthrombosen weniger häufig auftretend, jedoch mit einer Mortalität von bis zu 15 Prozent verbunden. Vor einer Verordnung von KOK muss das individuelle Risikoprofil der Frauen für Thromboembolien eruiert werden (Rauchen, Übergewicht, höheres Lebensalter, Migräneanfälle, Familienanamnese venöser Thromboembolien). In einem Kommentar zu einer dänischen epidemiologischen Studie, in der das Risiko

| Einnahme von KOK mit                                    | Jährliche Rate venöser Thromboembolien pro 10.000 Frauen |
|---|--|
| Levonorgestrel, Norgestimat, Norethisteron              | 5 bis 7  |
| Etonogestrel, Norelgestromin                            | 6 bis 12   |
| Gestoden, Desogestrel, Drospirenon                      | 9 bis 12   |
| Cyproteronazetat (Off-label !!)                         | 7,5 bis 14   |
| Chlormadinon, Dienogest, Nomegestrol                    | Daten bisher unzureichend                                |
| Allgemeines Risiko für nicht schwangere Frauen ohne KOK | 2  |

| Progesteron    | 30 – 40 µg Ethinylestradiol |                | 20 µg Ethinylestradiol |                |
|----------------|-----------------------------|----------------|------------------------|----------------|
|                | Schlaganfall                | Myokardinfarkt | Schlaganfall           | Myokardinfarkt |
| Levonorgestrel | RR 1,65                     | RR 2,02        |                        |                |
| Norgestimat    | RR 1,52                     | RR 1,33        |                        |                |
| Desogestrel    | RR 2,20                     | RR 2,09        | RR 1,53                | RR 1,55        |
| Gestoden       | RR 1,80                     | RR 1,94        | RR 1,70                | RR 1,20        |

arterieller Thromboembolien unter der Einnahme von KOK untersucht wurde, wird festgestellt, dass aufgrund zu geringer statistischer Power nur klar zu sein scheint, dass KOK allgemein das Risiko arterieller Thromboembolien erhöhen, vermutlich ab-

hängig vom Estrogenanteil. Neue Erkenntnisse oder Handlungsanweisungen lassen sich nach Auffassung des Kommentators aus der Studie nicht ableiten.

Quellen: *Dt. Ärztebl.* 2013; 110(50): C 2074–5; *Internist* 2013; 54 (12): 1520–22

## Brausetabletten – Herz-Kreislauf-Risiko

Brause- und Lösungstabletten können bei täglicher Einnahme die empfohlene Tagesdosis von 2,4 Gramm Na (entsprechend 5 Gramm Kochsalz) überschreiten – mit möglichen Risikoerhöhungen (hier: plus 16 Prozent) für Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall und andere Herz-Kreislaufkrankungen. Die epidemiologische Studie kann keine Kausalität beweisen (zum Beispiel siebenfach erhöhtes Risiko, einen Bluthochdruck zu entwickeln), eine Korrelation ist jedoch wahrscheinlich. Es scheint einfach zu sein, in vielen Fällen auf Brausetabletten zu verzichten. Nachdem der Na-Gehalt in Lebensmitteln ausführlich deklariert werden muss, sollte dies auch für Arzneimittel gelten.

Quellen: *Dtsch. Apo.Ztg* 2013; 153 (50): 5318; [www.aerzteblatt.de/nachrichten/56721](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/56721)

## Dabigatran – vermehrte Thromboembolien

Nach einem Kommentar zu einer neuen englischen Studie mit Dabigatran (Pradaxa®) nach Herzklappenersatz scheint dieser neue Arzneistoff derzeit keine Alternative zu

einem alten Vitamin-K-Antagonisten (Warfarin) zu sein. Er verursachte mehr thromboembolische Ereignisse (11 Prozent vs 0) und Blutungen (27 Prozent vs 12 Prozent) als Warfarin.

Quelle: *Dtsch.Med.Wschr.* 2014; 139: 9

## „Neuroenhancement“

Der Begriff „Neuroenhancement“ bezeichnet den Gebrauch aller Arten psychoaktiver Substanzen durch Gesunde, mit dem Ziel einer Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit, unter anderem bezüglich Vigilanz, Aufmerksamkeit, Gedächtnis oder Stimmung.

Die Datenlage aus klinischen Studien ist für die meisten Substanzen unzureichend, so dass ein Placeboeffekt eine große Rolle spielen dürfte.

**Antidepressiva** wie SSRI zeigen nach längerer Einnahme nur einen positiven Effekt auf die Stimmung.

**Nootropika** wie Piracetam oder Pyritinol: kein Effekt

**Antidementiva** wie Memantin oder Acetylcholinesterasehemmer: zu wenig Daten für eine Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit

**Ginkgo biloba-Extrakte:** kein Effekt  
**Psychostimulantien wie Methylphenidat, Modafinil, Koffein, Energydrinks:** ähnliche Effekte wie Koffein (zum Teil verstärkt), aber auch unerwünschte Effekte wie Nervosität, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit und Kopfschmerzen bis hin zu Psychosen, Wahnvorstellungen, Halluzinationen und depressive Verstimmungen, grundsätzlich besteht auch ein Abhängigkeitsrisiko. Verbesserungen der Vigilanz und Aufmerksamkeit, der Reaktionszeit und einzelner Gedächtnisleistungen sind mit erheblichen unerwünschten Wirkungen verbunden.  
**Illegale Substanzen** wie Cannabis, Amphetamine, Kokain, Ecstasy: nicht abzuschätzendes Sucht- und Abhängigkeitspotential  
 Quelle: *Dtsch. Apo.Ztg.* 2013; 153; 4630–6

Dr. med. Günter Hopf

Nachdruck aus:  
*Rheinisches Ärzteblatt* 1/2014

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



## Landesärztekammer Hessen

### Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

### Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

### Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

### Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Klaus-Peter Herberg, Kassel, am 22. Mai.

### Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

### Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Gertrud Parschalk, Dreieich, am 14. Mai 2014.  
Dr. med. Annemarie Müller-Andreesen, Kelkheim, am 25. Mai.

### Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

### Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

### Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Hermann Pilz, Elz, am 14. Mai.  
Professor Dr. med. Dr. med. dent. Dieter Loew, Wiesbaden, am 25. Mai.  
Professor Dr. med. Peter Linhart, Wiesbaden, am 26. Mai.

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

## Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Roland Dieke, Eltville  
\* 11.7.1948 † 19.1.2014

Dr. med. Elisabeth Dittmer, Fulda  
\* 9.10.1914 † 8.2.2014

Dr./Univ.Zagreb Miroslav Domacinovic, Kriftel  
\* 4.3.1932 † 25.12.2013

Dr. med. Heinrich Hahn, Frankfurt  
\* 2.2.1918 † 13.2.2014

Dr. med. Helga Henze, Bad Homburg  
\* 16.10.1923 † 5.2.2014

Dr. med. Angelika Henzel, Walluf  
\* 31.12.1950 † 30.9.2013

Dr. med. Bernd Hofmann, Linden  
\* 13.12.1930 † 18.1.2014

Dr. med. Ingeborg Krum-Fehrmann, Waldems  
\* 6.2.1924 † 7.9.2013

Dr. med. Ewald Adolf Kurzweg, Bad Zwesten  
\* 20.9.1925 † 1.1.2014

Dr. med. Josef Kutting, Frankfurt  
\* 19.11.1920 † 20.12.2013

Dr. med. Hartmut Lenz, Höchst  
\* 23.11.1916 † 24.8.2013

Eva Maneck, Wiesbaden  
\* 15.10.1919 † 16.2.2014

Dr. med. univ. Richard Pischel, Offenbach  
\* 30.8.1921 † 13.2.2014

Dr. med. Rita Rauch, Zwingenberg  
\* 31.7.1953 † 12.1.2014

Professor Dr. med. Ernst Hans Gerd Rebentisch, Kronberg  
\* 31.1.1920 † 3.12.2013

Erika Reimann, Alsfeld  
\* 2.2.1915 † 6.1.2014

Dr. med. Marie-Luise Rohde, Heusenstamm  
\* 8.6.1925 † 18.12.2013

Dr. med. Liselotte Rothauge, Bad Wildungen  
\* 14.5.1924 † 2.1.2014

Dr. med. Helmut Schilffarth, Darmstadt  
\* 19.12.1928 † 10.1.2014

Dr. med. Bärbel Schneider, Darmstadt  
\* 18.10.1943 † 19.12.2013

Elisabeth Trembacowski, Bornheim  
\* 2.5.1951 † 18.9.2013

## Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis-Nr. 060031568 ausgestellt am 06.11.2013 für Bernd Cichon, Gelnhausen

Arztausweis-Nr. 060017362 ausgestellt am 24.06.2010 für Muhammad Ali Hayek, Kassel

Arztausweis-Nr. 060019253 ausgestellt am 21.12.2010 für Dr. med. Susanne Hosenfeld, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 060018676 ausgestellt am 18.10.2010 für Dr. med. Roya Janani-Sostmann, Kassel

Arztausweis-Nr. 060029503 ausgestellt am 10.04.2013 für Tanja Josic, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060027107 ausgestellt am 07.09.2012 für Dr. med. Andrea Jacobi, Gießen

Arztausweis-Nr. 060013173 ausgestellt am 06.07.2009 für Dr. med. Ulrike Koock, Nidderau

Arztausweis-Nr. 060024363 ausgestellt am 25.01.2012 für Dr. med. Klaus-Peter Kreißelmeier, Gießen

Arztausweis-Nr. 060023620 ausgestellt am 04.01.2012 für Dr. med. Martin Leinung, Bad Nauheim

Arztausweis-Nr. 060022594 ausgestellt am 24.10.2011 für Priv.-Doz. Dr. med. Martin Nilles, Gießen

Arztausweis-Nr. 060013868 ausgestellt am 27.08.2009 für Dr. med. Mariana Parahuleva, Gießen

Arztausweis-Nr. 060029605 ausgestellt am 15.04.2013 für Dr. med. Anthony Ruhl, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060019356 ausgestellt am 23.12.2010 für Verena Springmann, Gießen

Arztausweis-Nr. 060032385 ausgestellt am 28.01.2014 für Veronika Völker, Frankfurt

## Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

Wir gratulieren den Arzthelferinnen zum **25-jährigen Berufsjubiläum**

Iris Allgeier, tätig bei Dr. med. H. Stratmann, Dr. med. R. Becker, S. Bedau, Dr. med. H. Klewer, Dr. med. D. Schmitz, Dr. med. G. Walker und Dr. med. G. Post, Wetzlar

und zum **40-jährigen Berufsjubiläum**

Christina Kletzke, tätig bei Dr. med. K. Brandl, vormals in verschiedenen Praxen tätig, Rauschenberg

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

Wir gratulieren der Helferin zum **25-jährigen Berufsjubiläum**

Edith-Irene Klose, tätig bei Dr. med. H. Gruhl, Pohlheim-Garbenteich

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

## Jahresabschluss der Landesärztekammer Hessen zum 31. Dezember 2012

**BILANZ ZUM 31. DEZEMBER 2012**  
**LANDESÄRZTEKAMMER HESSEN, KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS, FRANKFURT AM MAIN**

| A K T I V A  |               |                 | P A S S I V A  |               |                 |
|--|---------------|-----------------|--|---------------|-----------------|
|  | EUR           | Vorjahr<br>TEUR |  | EUR           | Vorjahr<br>TEUR |
| <b>A. ANLAGEVERMÖGEN</b>   |               |                 | <b>A. EIGENKAPITAL</b>                                     |               |                 |
| <b>I. Immaterielle Vermögensgegenstände</b>                                    |               |                 | <b>I. Rücklagen</b>  |               |                 |
| 1. Software  | 347.456,30    | 235             | 1. Betriebsmittelrücklage                                  | 18.923.033,48 | 20.464          |
| 2. Anzahlungen auf Software  | 0,00          | 75              | 2. Investitionsrücklage                                    | 3.500.000,00  | 3.500           |
|  | 347.456,30    | 310             |  | 22.423.033,48 | 23.964          |
| <b>II. Sachanlagen</b>   |               |                 | <b>B. SONDERPOSTEN FÜR ERHALTENE INVESTITIONSZUSCHÜSSE</b> | 3.384.285,21  | 3.539           |
| 1. Grundstücke und Bauten  | 13.682.736,60 | 14.082          | <b>C. RÜCKSTELLUNGEN</b>                                   |               |                 |
| 2. Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung                          | 1.049.574,67  | 1.078           | 1. Rückstellung für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen | 17.188.880,00 | 14.848          |
| 3. Anzahlungen auf Sachanlagen   | 0,00          | 6               | 2. Steuerrückstellungen                                    | 0,00          | 264             |
|  | 14.732.311,27 | 15.166          | 3. Sonstige Rückstellungen                                 | 2.849.439,19  | 2.668           |
| <b>III. Finanzanlagen</b>  |               |                 |  | 20.038.319,19 | 17.780          |
| 1. Beteiligungen   | 4.579,74      | 5               | <b>D. VERBINDLICHKEITEN</b>                                |               |                 |
| 2. Wertpapiere des Anlagevermögens   | 15.247.358,00 | 15.529          | 1. Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten            | 0,00          | 2.658           |
|  | 15.251.937,74 | 15.534          | 2. Verbindlichkeiten aus Kammerbeiträgen                   | 113.141,13    | 71              |
|  | 30.331.705,31 | 31.010          | 3. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen        | 488.428,70    | 422             |
| <b>B. UMLAUFVERMÖGEN</b>   |               |                 | 4. Sonstige Verbindlichkeiten                              | 274.429,39    | 266             |
| <b>I. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände</b>                        |               |                 | davon Verbindlichkeiten aus Steuern:                       |               |                 |
| 1. Forderungen   |               |                 | EUR 121.107,48 (Vj. TEUR 108)                              | 875.999,22    | 3.417           |
| a) Forderungen aus Kammerbeiträgen   | 777.405,62    | 555             | <b>E. RECHNUNGSABGRENZUNGSPOSTEN</b>                       | 13.370,00     | 12              |
| b) Sonstige Forderungen  | 448.295,90    | 387             |  |               |                 |
| 2. Forderungen gegen Unternehmen, mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht | 33.100,00     | 48              |  |               |                 |
| 3. Sonstige Vermögensgegenstände   | 410.442,41    | 254             |  |               |                 |
|  | 1.669.243,93  | 1.244           |  |               |                 |
| <b>II. Kassenbestand, Guthaben bei Kreditinstituten</b>                        | 14.550.862,41 | 16.348          |  |               |                 |
| davon täglich fällig:  | 16.220.106,34 | 17.592          |  |               |                 |
| EUR 1.550.862,41 (Vj. TEUR 1.848)  |               |                 |  |               |                 |
| davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr:                                |               |                 |  |               |                 |
| EUR 13.000.000,00 (Vj. TEUR 14.500)  |               |                 |  |               |                 |
| <b>C. RECHNUNGSABGRENZUNGSPOSTEN</b>   | 183.195,45    | 110             |  |               |                 |
|  | 46.735.007,10 | 48.712          |  | 46.735.007,10 | 48.712          |
| Treuhandvermögen   | 682.350,08    | 709             | Treuhandverbindlichkeiten                                  | 682.350,08    | 709             |

## Anhang 2012

## I. Allgemeines

Der Jahresabschluss zum 31. Dezember 2012 ist nach den Vorschriften des HGB für mittelgroße Kapitalgesellschaften aufgestellt. Die davon abweichende Gliederung der Gewinn- und Verlustrechnung orientiert sich am Haushaltsplan der Körperschaft.

## II. Bilanzierungs- und Bewertungsgrundsätze

Die Bilanzierung erfolgt grundsätzlich unter Anwendung der durch das Bilanzrechtsmodernisierungsgesetzes (BilMoG) geänderten Rechnungslegungsvorschriften des HGB.

Die immateriellen Vermögensgegenstände und Sachanlagen sind zu Anschaffungs- bzw. Herstellungskosten (einschließlich nicht abzugsfähiger Vorsteuer) abzüglich Abschreibungen bewertet. Die planmäßigen Abschrei-

bungen werden entsprechend der voraussichtlichen Nutzungsdauer nach der linearen Methode vorgenommen. Die Abschreibung auf Zugänge zum beweglichen Sachanlagevermögen erfolgt pro rata temporis (monatsgenau). Die Abschreibungszeiträume betragen zwischen 3 und 5 Jahren bei EDV-Programmen, zwischen 12,5 und 50 Jahre bei Gebäuden und Außenanlagen und 3 bis 15 Jahre bei anderen Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung. Nicht inventarisierte geringwertige Anlagegegenstände mit Anschaffungskosten bis zu einer Höhe von T€ 1 werden sofort abgeschrieben und ihr Abgang zum Ende des Geschäftsjahres wird unterstellt. Bis zum 1. Juli 2012 wurden geringwertige Wirtschaftsgüter mit Anschaffungskosten bis zu EUR 410,00 im Jahr der Anschaffung abgeschrieben.

Die zur Finanzierung von Sachanlagen in den Vorjahren erhaltenen öffentlichen Zuschüsse wurden in einen passiven Sonderposten eingestellt. Dieser wurde zum 31. Dezember 2011 um den gleichen Betrag einer für das Risiko einer drohenden Rückzahlung gebildeten Rückstellung reduziert. Der verminderte Sonderposten wird entsprechend der Abschreibungsdauer der bezuschussten Sachanlagen ertragswirksam aufgelöst.

Die Beteiligungen wurden zu Anschaffungskosten angesetzt.

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

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

Die unter den aktiven und passiven Rechnungsabgrenzungsposten ausgewiesenen Beträge wurden in Höhe der vorausbezahlten Aufwendungen bzw. vereinnahmten Erträge unter Berücksichtigung der künftigen Laufzeiten der zugrunde liegenden Verträge ermittelt. Die Rückstellungen wurden grundsätzlich nach den Regelungen des HGB nach vernünftiger kaufmännischer Beurteilung gebildet und mit dem notwendigen Erfüllungsbetrag angesetzt.

Zur Bildung der Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen wurden die Berechnungen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen mit dem steuerlichen Teilwert unter Verwendung der Richttafeln 2005G von Prof. Dr. Klaus Heubeck vorgenommen. Es wurde ein Zinssatz in Höhe von 4 % zur Abzinsung verwendet, der vom Rechnungszins gemäß der RückAbzinsVO (5,04 % zum 31. Dezember 2012) abweicht. Die Bewertungsänderung führte zu einer Aufwandserhöhung um T€ 2.787. Dieser Betrag wird über einen Zeitraum von zwei Jahren verteilt. Im Jahr 2012 ergibt sich somit ein Aufwand

aus der Bewertungsänderung in Höhe T€ 1.393. Außerdem wurde eine Rentendynamik von 1,00 % p.a. für alle Anwärter und Rentner ab dem 1. Januar 2003 sowie von 2 % p.a. für alle Rentner nach altem Versorgungsregelwerk berücksichtigt. Für die Anwartschaftsdynamik wurden ebenfalls 2 % p.a. angesetzt.

Die Bewertung der Jubiläumsrückstellung basiert auf dem Pauschalwertverfahren gemäß BMF-Schreiben vom 29. Oktober 1993. Die gebildeten Jubiläumsrückstellungen sind mit ihrem Barwert und einer angenommenen jährlichen Kostensteigerung von 2 % angesetzt. Auch bei dieser Rückstellung wurde ein Zinssatz in Höhe von 4 % zur Abzinsung verwendet, der vom Rechnungszins gemäß der RückAbzinsVO (5,04 % zum 31. Dezember 2012) abweicht. Die Bewertungsänderung führte zu einer Aufwandserhöhung um T€ 106. Dieser Betrag wird über einen Zeitraum von zwei Jahren verteilt. Im Jahr 2012 ergibt sich somit ein Aufwand aus der Bewertungsänderung in Höhe T€ 53.

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

**GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG FÜR DIE ZEIT VOM 1. JANUAR 2012 BIS 31. DEZEMBER 2012  
MIT GEGENÜBERSTELLUNG ZUM HAUSHALTSVORANSchLAG 2012  
LANDESÄRZTEKAMMER HESSEN, KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS, FRANKFURT AM MAIN**

## AUFWENDUNGEN

|  | Haushalts-<br>voranschlag<br>2012<br>EUR | Ist<br>2012<br>EUR   | -Titelunter-<br>schreitung<br>+Titelüber-<br>schreitung<br>EUR |
|--|--|----------------------|--|
| <b>I. Personalaufwendungen</b>                                       |  |                      |  |
| 1. Löhne und Gehälter  | 8.188.100,00                             | 7.573.676,47         | -614.423,53  |
| 2. Aushilfen   | 80.000,00                                | 106.128,69           | + 26.128,69  |
| 3. Gesetzlicher sozialer Aufwand                                     | 1.570.600,00                             | 1.439.704,66         | -130.895,34  |
| 4. Aufwand Altersversorgung inkl. Rückstellung                       | 995.300,00                               | 1.452.610,72         | +457.310,72  |
| 5. Berufsgenossenschaft  | 80.300,00                                | 88.068,51            | +7.768,51  |
| 6. Leihpersonal  | 20.000,00                                | 7.584,65             | -12.415,35   |
| 7. Sonstiger Personalaufwand inkl. Rückstellung                      | 140.900,00                               | 466.006,34           | + 325.106,34   |
|  | <b>11.075.200,00</b>                     | <b>11.133.780,04</b> | <b>+58.580,04</b>  |
| <b>II. Aufwandsentschädigungen etc. im Rahmen der Kamertätigkeit</b> |  |                      |  |
| 1. Aufwandsentschädigung Gremien                                     | 783.200,00                               | 840.641,48           | + 57.441,48  |
| 2. Freie Mitarbeit, Honorare, Vergütungen                            | 1.922.000,00                             | 1.836.368,67         | -85.631,33   |
|  | <b>2.705.200,00</b>                      | <b>2.677.010,15</b>  | <b>-28.189,85</b>  |
| <b>III. Abschreibungen</b>   | <b>1.038.600,00</b>                      | <b>976.583,51</b>    | <b>-62.016,49</b>  |
| <b>IV. Sonstige Aufwendungen</b>                                     |  |                      |  |
| 1. Raumkosten  | 1.501.600,00                             | 1.462.519,22         | -39.080,78   |
| 2. Werbe-, Bewirtungs- und Reisekosten                               | 1.109.800,00                             | 994.254,61           | -115.545,39  |
| 3. EDV- und Kommunikationskosten                                     | 897.800,00                               | 779.134,33           | -118.665,67  |
| 4. Büro- und Verwaltungskosten                                       | 373.800,00                               | 264.740,15           | -109.059,85  |
| 5. Beiträge, Zuschüsse, Zuwendungen                                  | 1.130.000,00                             | 1.177.192,18         | +47.192,18   |
| 6. Übrige betriebliche Kosten  | 1.131.300,00                             | 1.226.794,41         | + 95.494,41  |
|  | <b>6.144.300,00</b>                      | <b>5.904.634,90</b>  | <b>-239.665,10</b>   |
| <b>V. Neutraler Aufwand</b>  | <b>0,00</b>                              | <b>53.770,44</b>     | <b>+ 53.770,44</b>   |
| <b>VI. Zinsen und ähnliche Aufwendungen</b>                          | <b>150.000,00</b>                        | <b>1.834.596,06</b>  | <b>+1.684.596,06</b>   |
| <b>VII. Steuern vom Einkommen und Ertrag</b>                         | <b>0,00</b>                              | <b>74,69</b>         | <b>+74,69</b>  |
| <b>Summe der Aufwendungen</b>  | <b>21.113.300,00</b>                     | <b>22.580.449,79</b> | <b>+1.467.149,79</b>   |
| Zuweisung Betriebsmittelrücklage                                     | 0,00                                     | 0,00                 | 0,00   |
|  | <b>21.113.300,00</b>                     | <b>22.580.449,79</b> | <b>+1.467.149,79</b>   |

## ERTRÄGE

|   | Haushalts-<br>voranschlag<br>2012<br>EUR | Ist<br>2012<br>EUR   | -Titelunter-<br>schreitung<br>+Titelüber-<br>schreitung<br>EUR |
|---|--|----------------------|--|
| <b>I. Kammerbeiträge</b>                        | <b>11.905.200,00</b>                     | <b>12.313.159,53</b> | <b>+407.959,53</b>   |
| <b>II. Übrige Erträge</b>                       |  |                      |  |
| 1. Fort- und Weiterbildung                      | 2.210.000,00                             | 2.295.456,38         | +85.456,38   |
| 2. Überbetriebliche Ausbildung                  | 1.191.600,00                             | 1.215.325,00         | +23.725,00   |
| 3. Gutachterliche Tätigkeiten                   | 1.130.000,00                             | 1.209.331,40         | +79.331,40   |
| 4. Anerkennungen Fortbildungsveranstaltungen    | 411.500,00                               | 435.354,00           | + 23.854,00  |
| 5. Sonstige Gebühren und Geldbußen              | 113.500,00                               | 126.319,67           | + 12.819,67  |
| 6. Drittveranstaltungen, Bewirtungen, Gästehaus | 238.600,00                               | 227.903,16           | -10.696,84   |
| 7. Kostenerstattungen                           | 1.269.200,00                             | 1.254.494,87         | -14.705,13   |
| 8. Mitgliedsbeiträge Akademie                   | 530.000,00                               | 546.925,00           | + 16.925,00  |
| 9. Mieteinnahmen                                | 242.000,00                               | 241.800,00           | -200,00  |
| 10. Sonstige Erträge                            | 84.500,00                                | 152.320,36           | +67.820,36   |
|   | <b>7.420.900,00</b>                      | <b>7.705.229,84</b>  | <b>+284.329,84</b>   |
| <b>III. Neutraler Ertrag</b>                    | <b>100.000,00</b>                        | <b>764.691,88</b>    | <b>+664.691,88</b>   |
| <b>IV. Zinsen und ähnliche Erträge</b>          | <b>345.000,00</b>                        | <b>255.976,87</b>    | <b>-89.023,13</b>  |
| <b>Summe der Erträge</b>                        | <b>19.771.100,00</b>                     | <b>21.039.058,12</b> | <b>+1.267.958,12</b>   |
| Jahresfehlbetrag/-überschuss (nachrichtlich)    | -1.342.200,00                            | -1.541.391,67        | -199.191,67  |
| Entnahme aus der Betriebsmittelrücklage         | 1.342.200,00                             | 1.541.391,67         | +199.191,67  |
|   | <b>21.113.300,00</b>                     | <b>22.580.449,79</b> | <b>+1.467.149,79</b>   |

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

Die Verbindlichkeiten sind zu ihrem jeweiligen Erfüllungsbetrag angesetzt.

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

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

Es besteht eine Beteiligung in Höhe von 11,1 % an der Versicherungsvermittlungsgesellschaft für ärztliche Gruppenversicherungsverträge mit beschränkter Haftung, Hannover. Der Jahresabschluss der Gesellschaft zum 31. Dezember 2012 lag zum Zeitpunkt der Aufstellung unserer Jahresrechnung noch nicht vor.

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

Auf die Wertpapiere des Anlagevermögens wurden aufgrund gesunkener Stichtagskurse gemäß § 253 Abs. 3 Satz 3 HGB Abschreibungen von T€ 284 vorgenommen.

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

Die sonstigen Vermögensgegenstände enthalten Forderungen aus dem tauschähnlichen Umsatz sowie Anzeigenumsatzbeteiligung gegenüber der Leipziger Verlagsanstalt in Höhe von T€ 222.

Die sonstigen Rückstellungen in Höhe von T€ 2.849 betreffen im Wesentlichen mit T€ 1.460 Rückstellungen für Prozess- und Gerichtskosten, mit T€ 713 Jubiläumsrückstellungen, mit T€ 269 Rückstellungen für Archivierung, mit T€ 211 Rückstellungen für Überstunden und nicht genommenen Urlaub und mit T€ 104 sonstige Personalarückstellungen.

Das im Vorjahr unter den Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten mit T€ 2.658 ausgewiesene Darlehen wurde zum 30. September 2012 gekündigt und der Restsaldo in Höhe von T€ 2.634 getilgt.

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

Die sonstigen Verbindlichkeiten betreffen u.a. mit T€ 121 Verbindlichkeiten aus Lohn- und Kirchensteuer sowie mit T€ 100 den Rückerstattungsanspruch des Landes Hessen für nicht verbrauchte Mittel der Vertrauensstelle nach dem Krebsregistergesetz.

Die Gesamtbeträge der sonstigen finanziellen Verpflichtungen, die nicht in der Bilanz erscheinen und auch nicht nach § 251 HGB anzugeben sind, betragen für das Jahr 2012 T€ 927 und betreffen im Wesentlichen die zukünftigen Miet- und Leasingverpflichtungen mit maximaler Laufzeit bis 2019. Darin enthalten ist eine finanzielle Verpflichtung aus einem Mietvertrag für die Zeit vom 1. Juli 2004 bis zum 30. Juni 2019 von T€ 583 p.a., die sich zum 1. Juli 2014 um 5 % p.a. erhöht.

Die Kammerbeiträge (Erlöse) betreffen mit T€ 563 Vorjahre (Vorjahr: T€ 499).

### ENTWICKLUNG DES ANLAGEVERMÖGENS DER LANDESÄRZTEKAMMER HESSEN

| Posten des Anlagevermögens                            | Anschaffungs-/Herstellungskosten |                               | (U) |
|---|----------------------------------|-------------------------------|-----|
|   | 1.1.2012<br>EUR                  | Zugänge<br>Umbuchungen<br>EUR |     |
| <b>I. Immaterielle Vermögensgegenstände</b>           |                                  |                               |     |
|   |                                  | 131.018,80                    |     |
| 1. Software   | 1.340.594,28                     | 75.470,83                     | (U) |
| 2. Anzahlungen auf Software                           | 75.470,83                        | 0,00                          |     |
|   |                                  | 131.018,80                    |     |
|   | 1.416.065,11                     | 75.470,83                     | (U) |
| <b>II. Sachanlagen</b>                                |                                  |                               |     |
| 1. Grundstücke und Bauten                             | 19.890.576,13                    | 169.351,71                    |     |
| 2. Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung | 4.686.553,76                     | 282.429,29                    | (U) |
| 3. Anzahlungen auf Sachanlagen                        | 5.666,43                         | 0,00                          |     |
|   |                                  | 451.781,00                    |     |
|   | 24.582.796,32                    | 5.666,43                      | (U) |
| <b>III. Finanzanlagen</b>                             |                                  |                               |     |
| 1. Beteiligungen                                      | 4.579,74                         | 0,00                          |     |
| 2. Wertpapiere des Anlagevermögens                    | 16.067.073,43                    | 0,00                          |     |
|   | 16.071.653,17                    | 0,00                          |     |
|   |                                  | 582.799,80                    |     |
|   | 42.070.514,60                    | 81.137,26                     | (U) |

### IV. Sonstige Angaben

Im Jahr 2012 betragen die Kosten für die Prüfung des Jahresabschlusses inkl. Auslagen und Umsatzsteuer TEUR 40.

Während des Geschäftsjahres 2012 waren einschließlich der Mitglieder der Geschäftsführung durchschnittlich 208 Arbeitnehmer (davon 65 Teilzeitkräfte) bei der Körperschaft beschäftigt.

Dem Präsidium (Vorstand) der Körperschaft gehörten 2012 folgende Ärztinnen und Ärzte an:

*Legislaturperiode September 2008 – 2013*

- Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach – Präsident – niedergelassener Arzt
- Martin Leimbeck – Vizepräsident – niedergelassener Arzt
- Michael Andor – Beisitzer – niedergelassener Arzt
- Monika Buchalik – Beisitzerin – niedergelassene Ärztin
- Dr. med. Alessandra Carella – Beisitzerin – niedergelassene Ärztin
- Dr. med. Jürgen Glatzel – Beisitzer – niedergelassener Arzt
- Dr. med. Günter Haas – Beisitzer – niedergelassener Arzt
- Dr. med. Edgar Pinkowski – Beisitzer – niedergelassener Arzt (ab Dezember 2012)
- Frank-Rüdiger Zimmeck – Beisitzer – niedergelassener Arzt (bis November 2012)
- Dr. med. Peter Zürner – Beisitzer – angestellter Arzt



| Anschaffungs-/Herstellungskosten |     |                   | Kumulierte Abschreibungen |                |                     |                | Buchwerte         |                   |                   |
|----------------------------------|-----|-------------------|---------------------------|----------------|---------------------|----------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Abgänge<br>Umbuchungen<br>EUR    | (U) | 31.12.2012<br>EUR | 1.1.2012<br>EUR           | Zugänge<br>EUR | Zuschreibung<br>EUR | Abgänge<br>EUR | 31.12.2012<br>EUR | 31.12.2012<br>EUR | 31.12.2011<br>EUR |
| 0,00                             |     | 1.547.083,91      | 1.105.915,33              | 93.712,28      | 0,00                | 0,00           | 1.199.627,61      | 347.456,30        | 234.678,95        |
| 75.470,83                        | (U) | 0,00              | 0,00                      | 0,00           | 0,00                | 0,00           | 0,00              | 0,00              | 75.470,83         |
| 75.470,83                        | (U) | 1.547.083,91      | 1.105.915,33              | 93.712,28      | 0,00                | 0,00           | 1.199.627,61      | 347.456,30        | 310.149,78        |
| 0,00                             |     | 20.059.927,84     | 5.808.298,98              | 568.892,26     | 0,00                | 0,00           | 6.377.191,24      | 13.682.736,60     | 14.082.277,15     |
| 130.901,66                       |     | 4.843.747,82      | 3.607.921,19              | 313.978,97     | 0,00                | 127.727,01     | 3.794.173,15      | 1.049.574,67      | 1.078.632,57      |
| 5.666,43                         | (U) | 0,00              | 0,00                      | 0,00           | 0,00                | 0,00           | 0,00              | 0,00              | 5.666,43          |
| 130.901,66                       |     |                   |                           |                |                     |                |                   |                   |                   |
| 5.666,43                         | (U) | 24.903.675,66     | 9.416.220,17              | 882.871,23     | 0,00                | 127.727,01     | 10.171.364,39     | 14.732.311,27     | 15.166.576,15     |
| 0,00                             |     | 4.579,74          | 0,00                      | 0,00           | 0,00                | 0,00           | 0,00              | 4.579,74          | 4.579,74          |
| 0,00                             |     | 16.067.073,43     | 538.003,44                | 284.232,00     | 2.520,01            | 0,00           | 819.715,43        | 15.247.358,00     | 15.529.069,99     |
| 0,00                             |     | 16.071.653,17     | 538.003,44                | 284.232,00     | 2.520,01            | 0,00           | 819.715,43        | 15.251.937,74     | 15.533.649,73     |
| 130.901,66                       |     |                   |                           |                |                     |                |                   |                   |                   |
| 81.137,26                        | (U) | 42.522.412,74     | 11.060.138,94             | 1.260.815,51   | 2.520,01            | 127.727,01     | 12.190.707,43     | 30.331.705,31     | 31.010.375,66     |

Für ihre Tätigkeit im Rechnungsjahr 2012 erhielten der Präsident und der Vizepräsident Aufwandsentschädigungen in Höhe von insgesamt T€ 136. Die Mitglieder des Präsidiums erhielten insgesamt eine Aufwandsentschädigung in Höhe von T€ 115.

An die ehemalige Präsidentin und einen ehemaligen Präsidenten wurden im Jahr 2012 Übergangsgelder in Höhe von T€ 33 gezahlt. Der Betrag, der für diese Personen gebildeten Rückstellungen für laufende Übergangsgelder, beläuft sich zum 31. Dezember 2012 auf T€ 83. Der Jahresabschluss wurde unter dem Aspekt der Gewinnverwendung, in Anlehnung an den Vorschlag des Präsidiums, aufgestellt. Der Jahresfehlbetrag wurde vollständig der Betriebsmittelrücklage entnommen.

Frankfurt am Main, 15. April 2013

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach  
 Martin Leimbeck  
 Michael Andor  
 Monika Buchalik  
 Dr. med. Alessandra Carella  
 Dr. med. Jürgen Glatzel  
 Dr. med. Günter Haas  
 Dr. med. Edgar Pinkowski  
 Dr. med. Peter Zürner

## Lagebericht 2012

### I. Allgemeine Informationen

Die Landesärztekammer Hessen ist nach § 1 des Gesetzes über die Berufsvertretungen, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufsgeschäftbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Heilberufsgesetz) in der Fassung vom 14. Mai 2012 eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

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

- die Delegiertenversammlung sowie
- das Präsidium.

Der Sitz der Verwaltung befindet sich in Frankfurt am Main, Im Vogelsgang 3. In Bad Nauheim befindet sich das Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen. Die Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung und die Carl-Oelemann-Schule (für Medizinische Fachangestellte) führen dort ihre Aus- und Fortbildungsveranstaltungen durch. Im „Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule“ werden die Teilnehmer der Überbetrieblichen Ausbildung beherbergt.

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

Als besondere Einrichtung der Landesärztekammer Hessen mit eigener Satzung hat das Versorgungswerk die Aufgabe, für die Kammerangehörigen und ihre Hinterbliebenen Versorgungsleistungen zu gewähren, soweit sie Mitglieder des Versorgungswerkes sind. Gemeinsames Organ der Landesärztekammer und des Versorgungswerkes ist die Delegiertenversammlung. Die Rechnungslegung des Versorgungswerkes erfolgt gesondert.

Das Heilberufsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 07. Februar 2003, zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. Mai 2012, sieht in § 5a die sog. Teilrechtsfähigkeit des Versorgungswerkes vor. Auf dieser Grundlage kann das Versorgungswerk im Rechtsverkehr unter eigenem Namen handeln, klagen und verklagt werden. Es verwaltet ein eigenes Vermögen, das nicht für die Verbindlichkeiten der Kammer haftet. Umgekehrt haftet auch die Kammer nicht mit ihrem Vermögen für Verbindlichkeiten des Versorgungswerkes.

### II. Vermögens-, Finanz- und Ertragslage

#### Entwicklung im Geschäftsjahr und wirtschaftliche Lage

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

|  | Stand<br>1.1.2012 | Entwicklung<br>2012 | Stand<br>31.12.2012 |
|--|-------------------|---------------------|---------------------|
| Mitgliederbestand<br>(Quelle: Beitragsbuchhaltung) |                   |                     |                     |
| Pflichtmitglieder                                  | 24.680            | 580                 | 25.260              |
| Freiwillige Mitglieder                             | 2.540             | -61                 | 2.479               |
| Beitragsfreie Mitglieder                           | 4.542             | 232                 | 4.774               |
| <b>Gesamt</b>                                      | <b>31.762</b>     | <b>751</b>          | <b>32.513</b>       |

Das Beitragsaufkommen 2012 lag unter anderem aufgrund der zweiten 15 prozentigen Beitragssenkung in Folge mit T€ 11.615 um T€ 1.655 unter dem

Vergleichswert des Vorjahres (T€ 13.404). Aufgrund von nachträglichen Einstufungen durch rückständige Kammermitglieder konnte daneben im Geschäftsjahr ein Ertrag aus Kammerbeiträgen der Vorjahre in Höhe von T€ 563 (Vorjahr T€ 499) erzielt werden.

Der von der Delegiertenversammlung in der Sitzung am 26. November 2011 auf Empfehlung des Finanzausschusses genehmigte Haushaltsvoranschlag 2012 umfasst – neben der Stellenübersicht – einen Investitionshaushalt von T€ 796 und einen Verwaltungshaushalt mit Erträgen (einschließlich Neutrale und Finanzerträge) von T€ 19.771 und Aufwendungen (einschließlich Neutrale und Finanzaufwendungen) von T€ 21.113. Dadurch ergibt sich ein geplanter Verlust in Höhe von T€ -1.342. Der tatsächliche Verlust in Höhe von T€ -1.541 wird durch eine Entnahme aus der Betriebsmittelrücklage in gleicher Höhe ausgeglichen.

Die Planabweichung in Höhe von T€ -199 resultiert im Wesentlichen aus einer Bewertungsdifferenz aufgrund der Anwendung eines niedrigeren Zinssatzes zur Abzinsung der Rückstellungen für Altersversorgung und ähnliche Verpflichtungen. Der Mehraufwand in Höhe von T€ 1.393 wird im Zinsergebnis ausgewiesen und führt dort zu einer wesentlichen negativen Abweichung zum Haushaltsplan. Ohne die der allgemeinen Finanzmarktsituation Rechnung tragenden außerordentlichen Anpassung beliefen sich das Jahresergebnis auf T€ -148.

Die Haushaltspositionen des Verwaltungshaushaltes verhielten sich zu den Haushaltsansätzen wie folgt:

- Haushaltsposition A.I. „Kammerbeitrag“:  
positive Planabweichung (T€ 408)
- Haushaltsposition A.II. „Übrige Erträge“:  
positive Planabweichung (T€ 284)
- Haushaltsposition B.I. „Personalaufwand“:  
negative Planabweichung (T€ -59) aufgrund von Rückstellungserhöhungen
- Haushaltsposition B.II. „Aufwandsentschädigung, Freie, Honorare“:  
positive Planabweichung (T€ 28)
- Haushaltsposition B.III. „Abschreibungen auf Sachanlagen“:  
positive Planabweichung (T€ 62)
- Haushaltsposition B.IV. „Sonstige Aufwendungen“:  
positive Planabweichung (T€ 240)
- Haushaltsposition F. „Neutrales Ergebnis“:  
positive Planabweichung (T€ 611)
- Haushaltsposition G. „Finanzergebnis“:  
negative Planabweichung (T€ -1.774) aus Bewertungsdifferenz aufgrund der Anwendung eines niedrigeren Zinssatzes

Der Investitionshaushalt wurde im Berichtsjahr um insgesamt T€ 213 unterschritten. Die tatsächlichen Investitionen betragen T€ 583.

Die Haushaltspositionen des Investitionshaushaltes verhielten sich zu den Haushaltsansätzen wie folgt:

- Haushaltsposition I. „Immaterielle Wirtschaftsgüter“:  
negative Planabweichung (T€ -6)
- Haushaltsposition II. „Bauten, Grundstücke“:  
positive Planabweichung (T€ 156)
- Haushaltsposition III. „Betriebs- und Geschäftsausstattung“:  
positive Planabweichung (T€ 63)

Die Bilanzsumme sank gegenüber dem Vorjahr um T€ -1.977.

Folgende wesentliche Veränderungen von Bilanzpositionen werden festgestellt.

**Aktivseite:**

- Reduzierung der Sachanlagen durch Abschreibungen auf Sachanlagen
- Reduzierung der Wertpapiere des Anlagevermögens durch Abschreibungen auf Wertpapiere
- Abnahme der flüssigen Mittel durch Tilgung Verbindlichkeit gegenüber Kreditinstituten

**Passivseite:**

- Geplanter Rückgang der Allgemeinen Rücklage durch Jahresfehlbetrag
- Reduzierung des Sonderpostens für erhaltene Investitionszuschüsse durch Abschreibungen
- Erhöhung der Rückstellungen trotz Auflösung von Steuerrückstellungen durch Anpassung der Rückstellung für Altersversorgung und ähnliche Verpflichtungen
- Reduzierung der Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten durch die Rückzahlung eines Darlehens

Durch den Jahresfehlbetrag des Berichtsjahres von T€ -1.541 verringern sich die Rücklagen auf T€ 22.423. Davon beträgt die Betriebsmittelrücklage T€ 18.923. Die Haushalts- und Kassenordnung sieht vor, dass der regelmäßige Bedarf an Betriebsmitteln für sechs Monate gedeckt sein soll (Haushaltsansatz 2013: T€ 22.996, d. h. für sechs Monate = T€ 11.498).

Das mittel- bis langfristig gebundene Anlagevermögen von T€ 30.332 ist durch langfristig verfügbare Mittel von T€ 39.612 (Rücklagen und langfristige Rückstellungen) gedeckt. Der Anlagendeckungsgrad beträgt 131 %.

**Neuaufbau des Internats der Carl-Oelemann-Schule**

Der im März 2008 in Betrieb genommene Neubau wurde aus öffentlichen Fördermitteln finanziert. Davon entfielen laut Bescheid 2,8 Mio. € auf den Bund und 2,2 Mio. € auf das Land Hessen. Der errechnete Eigenanteil der geplanten Projektkosten beliefen sich auf 3,5 Mio. €. Das Förderverfahren des Gästehauses (Internat) der Carl-Oelemann-Schule ist noch nicht abgeschlossen, da die Prüfung des Verwendungsnachweises noch aussteht. Mitte 2010 hat der Bundesrechnungshof mit der Prüfung dieses Förderverfahrens durch das Bundesinstitut für Berufliche Bildung (BiBB) als Fördermittelgeber des Bundes begonnen. Es ist davon auszugehen, dass sich das BiBB bei abschließender Prüfung des Verwendungsnachweises an dem Prüfbericht des Bundesrechnungshofs orientieren wird. Eine Rückforderung von Fördermitteln durch beide Fördermittelgeber ist deshalb nicht auszuschließen. Das Risiko ist in Form einer Rückstellung in Höhe von T€ 1.100 passiviert.

**Treuhandvermögen, Treuhandverbindlichkeiten**

In der Delegiertenversammlung am 22. November 2003 wurde die Ablösung der bisherigen Satzung der Fürsorgeeinrichtung durch die Satzung des Hilfsfonds der Landesärztekammer Hessen beschlossen. Die aktuelle Satzung ist zum 01.01.2004 in Kraft getreten. Der Hilfsfonds ist ein vom Präsidium der Landesärztekammer Hessen verwaltetes Sondervermögen. Das Sondervermögen der Fürsorgeeinrichtung wurde unter Berücksichtigung der erforderlichen Mittel in das Sondervermögen des Hilfsfonds überführt.

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

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

**Personalbericht**

Die Entwicklung des Personalbestandes verlief insgesamt im Rahmen des im Personalhaushalt für 2012 vorgesehenen Umfangs. Durch die Schaffung einiger neuer Stellen hat sich der Gesamtpersonalbestand leicht erhöht. Von den Mitarbeiter/innen der Landesärztekammer Hessen unterlagen in 2012 weniger als 10 % der Belegschaft den Tarifbedingungen für die Beschäftigten im Öffentlichen Dienst des Landes Hessen, dem ab dem 1. Januar 2010 geltenden Tarifvertrag TV-H. Für den Großteil der Belegschaft fanden die Arbeitsvertragsbedingungen des hauseigenen Regelwerkes der Landesärztekammer Hessen Anwendung.

**III. Liquiditäts-, Kredit- und Einnahme-Risiken****Liquiditätsrisiko**

Aufgrund schwieriger berufspolitischer Entscheidungsfindungen ist eine langfristige Liquiditätsplanung nur bedingt möglich. Daher findet nur eine kurz- bis mittelfristige Liquiditätsplanung statt, die aber als ausreichend angesehen wird. Die Kammer konnte im letzten Jahr ihren Verpflichtungen jederzeit nachkommen.

**Kreditrisiko**

Ein bei der Apotheker- und Ärztebank im Rahmen der Finanzierung des Neubaus Seminargebäude in Bad Nauheim aufgenommenes Darlehen wurde aufgrund der Liquiditäts- und Zinssituation nach Ablauf der Zinsbindung zum 30. September 2012 gekündigt und der Restsaldo in Höhe von T€ 2.634 getilgt.

**Einnahmerisiko**

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

**IV. Chancen und Risiken der zukünftigen Entwicklung****Aufgaben der Landesärztekammer Hessen****Vertrauensstelle nach dem Hessischen Krebsregistergesetz vom 17.12.2001**

Das mit Wirkung vom 22. Dezember 2001 in Kraft getretene Hessische Krebsregistergesetz war bislang jeweils auf 5 Jahre befristet. Mit Gesetz vom 13. Dezember 2012 wurde das Krebsregistergesetz bis zum 31. Dezember 2019 „verlängert“. Das Land hat somit die angekündigte Absicht, den Befristungszeitraum auf 8 Jahre anzuheben, umgesetzt. In § 2 des Gesetzes ist geregelt, dass die Vertrauensstelle bei der Landesärztekammer Hessen eingerichtet wird. §13 regelt die Kostenfrage. Ein Vertrag zur Durchführung des Krebsregistergesetzes (Vertrauensstellenvertrag) zwischen dem Land Hessen – vertreten durch das Hessische Sozialministerium in Wiesbaden – und der Landesärztekammer Hessen regelt bisher nähere Einzelheiten.

Danach trägt das Land Hessen die erforderlichen, genehmigten und tatsächlich nachgewiesenen Kosten der Vertrauensstelle für die Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebes. Die bisher eingestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen in Vertragsverhältnissen mit der Landesärztekammer Hes-

sen, die mit Bezug auf die Laufzeit des Gesetzes befristet sind und haben Anspruch auf die nach der Dienstvereinbarung über Soziale Leistungen bei der Landesärztekammer Hessen vorgesehenen Leistungen und auch auf betriebliche Altersversorgung. Die „Verlängerung“ des Gesetzes hat grundsätzlich zu einer Verlängerung dieser Verhältnisse für weitere 5 Jahre geführt. Ob im Falle einer eventuellen späteren Änderung der gesetzlichen Grundlage und Wegfall der derzeitigen Kostenerstattung durch das Land unbeschadet des Eintretens des Befristungsgrundes Mitarbeiter aufgrund langjähriger Tätigkeit in der Vertrauensstelle trotzdem einen Anspruch auf Weiterbeschäftigung durch LÄKH hätten, ist unklar.

Die Jahresrechnung für die Vertrauensstelle für die Zeit vom 01. Januar 2012 bis 31. Dezember 2012 wurde am 25. April 2013 dem Hessischen Sozialministerium überstellt. Aus dieser Abrechnung geht hervor, dass T€ 1.117 zur Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebes verwandt wurden. Unter Berücksichtigung der zu Beginn des Jahres zugesagten und im Laufe des Jahres in Raten gezahlten Abschlagszahlungen ergab sich ein Rückerstattungsbetrag von T€ 100, der mit der nächsten Abschlagszahlung des Jahres Hessen verrechnet werden soll.

#### **Ethik-Kommission:**

##### **Novellierung Medizinproduktegesetz und Arzneimittelgesetz**

Aufgrund der Novellierung des Medizinproduktegesetzes (MPG), die die Richtlinie 2007/47/EG umsetzt und am 21.03.2010 in Kraft getreten ist, und der Novellierung des Arzneimittelgesetzes (AMG) in der Fassung vom 17. Juli 2009 wurde das Hessische Heilberufsgesetz mit Wirkung zum 7. April 2010 geändert. Hierdurch wurde die Ethik-Kommission der Landesärztekammer Hessen im Bereich des AMG auch für die Rücknahme und den Widerruf ihrer zustimmenden Bewertung für klinische Prüfungen zuständig (§ 42 a Abs. 4 a AMG).

Am 26. Oktober 2012 ist das Zweite Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften in Kraft getreten, wodurch sich unmittelbare Änderungen für die zustimmungspflichtigen Verfahren nach den §§ 40 ff. AMG bei der Ethik-Kommission ergeben haben. Dies hat den Umfang der Anzahl der einzelnen Bewertungsanträge verringert. Der Beurteilungsrahmen der Anträge ist jedoch qualitativ ausgeweitet worden.

Ferner kommt der Ethik-Kommission für den Bereich der Medizinprodukte eine veränderte Funktion zu. Vergleichbar der 12. Novellierung des AMG wurde der Status der Ethik-Kommission in den §§ 20 ff. MPG dahingehend geändert, dass diese vor Beginn der klinischen Prüfung in strengen Fristen ein Votum abgeben muss. Ohne positives Votum darf ab dem 21. März 2010 keine klinische Prüfung von Medizinprodukten begonnen werden. Die Anpassung des Heilberufsgesetzes war erforderlich, damit die Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer entsprechende Voten abgeben und zurücknehmen/widerrufen kann.

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

Das Heilberufsgesetz sieht dementsprechend eine Aufgabenübertragung sowie eine Haftungsfreistellung durch das Land auch für diese Aufgaben der Ethik-Kommission vor. Die Haftungsfreistellung setzt auch für den Bereich des Medizinproduktegesetzes voraus, dass die Landesärztekammer eine

Haftpflichtversicherung zur Erfüllung von Schadensersatzverpflichtungen wegen Amtspflichtverletzungen durch die Tätigkeit ihrer Ethik-Kommission abschließt (§ 6a Abs. 4 Satz 2 HeilbG). Entsprechende Anpassungen der Haftpflichtversicherung und des Haftungsfreistellungsvertrages mit dem Land mit jeweiliger Wirkung zum 21. März 2010 sind erfolgt.

Die Entwicklung und der Bestand der medizinischen Ethik-Kommissionen in Deutschland ist im Hinblick auf den Entwurf einer EU-Verordnung über Klinische Prüfungen mit Humanarzneimittel und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/20/EG derzeit unklar. Die möglicherweise grundlegenden Veränderungen für die Einrichtung der Ethik-Kommissionen werden frühestens im Jahr 2016 zu erwarten sein.

#### **Führung von Punktekonten im Rahmen der ärztlichen Fortbildung (§ 95 d SGB V)**

Im Rahmen der Fortbildungsnachweispflicht von Vertragsärzten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung meldet die LÄKH bei entsprechendem schriftlichem Einverständnis der betroffenen Ärzte, die Zahl der von ihnen erworbenen Fortbildungspunkte über regelmäßigen Datenaustausch an die KVH. Da Ärzten, die die erforderlichen Punkte nicht oder nicht fristgerecht nachweisen können, eine Honorarkürzung durch KVH und im Extremfall Verlust der Zulassung drohen, ist hier mit Rechtsstreiten von Ärzten gegenüber der KVH zu rechnen, in die auch die LÄKH involviert und bei Verfahrensfehlern eventuell schadenersatzpflichtig werden könnte. Hierfür wurde eine Rückstellung gebildet.

Seit 31. Dezember 2010 müssen auch Fachärzte im Krankenhaus Fortbildungspunkte nachweisen. Die LÄKH liefert aber keine entsprechenden Informationen direkt an Krankenhäuser, sondern bietet den betroffenen Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, selbst aktuelle Stände ihrer persönlichen Punktekonten abzurufen, auszudrucken und so gegenüber dem für sie zuständigen ärztlichen Direktor Nachweis über ihre Fortbildung zu führen. Das Verfahrensrisiko ist gering.

#### **Risikomanagement**

Ein standardisiertes Risikofrüherkennungssystem für die Landesärztekammer Hessen wurde 2010 implementiert und wird seitdem laufend angepasst. Die Ergebnisse liegen in Form von strukturierten Dokumenten vor.

Das implementierte Risikofrüherkennungssystem berücksichtigt die wesentlichen Geschäftsbereiche der Kammer. In detaillierten Dokumenten sind unter eindeutiger Zuweisung von Verantwortlichkeiten alle Kammerbereiche und -ebenen im Rahmen der Erstellung des jährlichen Haushaltsvoranschlags einbezogen. Die getroffenen Maßnahmen reichen zur Früherkennung bestandsgefährdender Risiken aus und sind geeignet, ihren Zweck zu erfüllen. Damit sind für das Berichtsjahr 2012 weder aus finanziellen Gesichtspunkten noch aus anderen Geschäftsprozessen heraus bestandsgefährdende Risiken für die LÄKH erkennbar.

#### **Qualitätsmanagement**

In der Carl-Oelemann-Schule wurde ein Qualitätsmanagementsystem nach DIN ISO 9001 eingeführt und erfolgreich zertifiziert.

#### **V. Ereignisse nach dem Bilanzstichtag**

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen beschloss am 24. März 2012 eine neue Aufwandsentschädigungsordnung für ehrenamtlich Tätige. Diese trat am 1. Januar 2013 in Kraft.

Am 16. März 2013 beschloss die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen eine Neufassung der Haushalts- und Kassenordnung sowie der Geschäftsordnung des Finanzausschusses. Diese werden am 01.07.2013 in Kraft treten.

#### Voraussichtliche Entwicklung

Bereits mit dem Jahresabschluss 2011 wurde eine Allgemeine Rücklage in Höhe von T€ 20.464 bilanziert, die deutlich von der Soll-Rücklage laut Haushalts- und Kassenordnung abweicht. Die kommenden Haushaltsjahre sollen mit einem Defizit abgeschlossen werden, um durch Verlust ausgleichende Entnahmen die Allgemeine Rücklage abzuschmelzen. Das geplante Haushaltsdefizit für das Jahr 2013 beträgt T€ -2.340. Erfahrungsgemäß wird man am Ende des Wirtschaftsjahres ein besseres operatives Ergebnis verbuchen können. Allerdings wird das Zinsergebnis und somit das Gesamtergebnis auch im Haushaltsjahr 2013 außerplanmäßig durch die Bewertungsdifferenz aufgrund der Anwendung eines niedrigeren Zinssatzes zur Abzinsung der Rückstellungen für Altersversorgung und ähnliche Verpflichtungen in Höhe von T€ 1.393 belastet werden.

Die Strategie geplanter Haushaltsdefizite soll bis zum Erreichen der Sollrücklage fortgesetzt werden. Die Vorausschau im Rahmen des Haushaltsplanes 2013 weist für das Jahr 2014 einen geplanten Verlust in Höhe von T€ -2.566 aus.

Frankfurt am Main, 15. April 2013

Landesärztekammer Hessen  
– Das Präsidium –

Der Finanzausschuss hat in seiner Sitzung am 19. Juni 2013 die Bilanz, die Gewinn- und Verlustrechnung sowie die Prüfberichte der Bausbach Schübel Brösztel & Partner GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft ausführlich beraten und der Delegiertenversammlung die Feststellung des Jahresergebnisses 2012 sowie die Entlastung des Präsidiums empfohlen.

Die Delegiertenversammlung hat am 30. November 2013 dem mit dem uneingeschränkten Prüfvermerk der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft versehenen Jahresabschluss 2012 zugestimmt. Dem Präsidium wurde ohne Gegenstimme Entlastung erteilt.

#### Haushaltsvoranschlag 2014

Der von der Delegiertenversammlung am 30. November 2013 beschlossene Haushaltsvoranschlag 2014 (mit Anlagen) liegt gemäß § 2 Abs. 4 der Haushalts- und Kassenordnung in der Fassung vom 01.07.2013 in der Zeit vom **1. bis 11. April 2014** im Verwaltungsgebäude der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt, Im Vogelsang 3, Zimmer des Kaufmännischen Geschäftsführers, während der allgemeinen Dienstzeiten (Montag bis Freitag von 9:00 bis 12:00 Uhr, Montag und Donnerstag von 14:00 bis 17:00 Uhr, Dienstag und Mittwoch von 14:00 bis 15:30 Uhr) für alle Kammermitglieder zur Einsichtnahme aus.

Frankfurt/Main, 12. Februar 2014  
gez. Dr. von Knoblauch zu Hatzbach  
– Präsident –

## Erratum

### Delegierte zum 117. Deutschen Ärztetag vom 27.05. – 30.05.2014 in Düsseldorf

#### hier: Liste 3 „Marburger Bund“

Die Delegiertenversammlung hat am 30. November 2013 beschlossen, folgende Ärztinnen und Ärzte der **Liste 3 „Marburger Bund“** zum 117. Deutschen Ärztetag 2014 in Düsseldorf und zu ggf. vor dem 117. Deutschen Ärztetag stattfindenden außerordentlichen Deutschen Ärztetagen zu entsenden:

|         | Delegierte                                | Stellvertretung  |
|---------|---|--|
| Liste 3 | <b>Marburger Bund</b>                     |  |
|         | 1. Dr. med. Lars Bodammer, Frankfurt      | 6. Dr. med. Susanne Johna, Kiedrich                                |
|         | 2. PD Dr. med. Andreas Scholz, Gießen     | 7. Dr. med. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg, Stadtallendorf |
|         | 3. BMedSci Frank Seibert-Alves, Frankfurt | 8. Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph, Kassel                   |
|         | 4. Dr. med. Silke Engelbrecht, Frankfurt  | 9. Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak, Frankenberg               |
|         | 5. <b>Anne Kandler, Kassel</b>            | 10. Dr. med. Helge-Lothar Förster, Frankfurt                       |

## 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



## 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:

### Hausärztliche Versorgungsebene

#### Planungsbereich Mittelbereich Darmstadt

|                  |  |
|------------------|--|
| Alsbach-Hähnlein | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung) |
| Darmstadt        | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)       |
| Darmstadt        | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –                                      |
| Griesheim        | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –                                      |

#### Planungsbereich Mittelbereich Lampertheim / Viernheim / Bensheim / Heppenheim / Bürstadt / Lorsch

|                |  |
|----------------|--|
| Gorxheimertal  | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)                               |
| Heppenheim     | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil) |
| Hirschhorn     | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – mit Anstellung (Faktor 1,0)  |
| Neckarsteinach | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –  |

### Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

#### Planungsbereich Darmstadt-Stadt

|           |   |
|-----------|---|
| Darmstadt | Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)  |
| Darmstadt | Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag) |

#### Planungsbereich Landkreis Bergstraße

|                |  |
|----------------|--|
| Neckarsteinach | Frauenärztin/Frauenarzt  |
| Bensheim       | Orthopädin/Orthopäde   |
| Bensheim       | Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag) |
| Viernheim      | Chirurgin/Chirurg (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)   |

#### Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

|             |  |
|-------------|--|
| Rüsselsheim | Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag) |
|-------------|--|

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Darmstadt, Pallaswiesenstraße 174, 64293 Darmstadt** zu senden.

### Hausärztliche Versorgungsebene

#### Planungsbereich Mittelbereich Frankfurt am Main

|                |  |
|----------------|--|
| Bergen-Enkheim | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil) |
|----------------|--|

#### Planungsbereich Mittelbereich Gelnhausen

|         |   |
|---------|---|
| Gründau | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – |
|---------|---|

#### Planungsbereich Mittelbereich Hattersheim/Hofheim/Kelkheim

|          |   |
|----------|---|
| Kelkheim | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – |
|----------|---|

#### Planungsbereich Mittelbereich Hanau

|       |   |
|-------|---|
| Hanau | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – |
|-------|---|

#### Planungsbereich Mittelbereich Offenbach

|                    |  |
|--------------------|--|
| Offenbach Süd-West | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil) |
|--------------------|--|

### Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

#### Planungsbereich Frankfurt am Main

|               |  |
|---------------|--|
| Sachsenhausen | Hautärztin/Hautarzt  |
| Höchst        | Augenärztin/Augenarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)   |
| Eschersheim   | Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag) |
| Eschersheim   | Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)   |
| Eschersheim   | Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)   |
| Bockenheim    | Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)   |
| Bornheim      | Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)   |
| Bornheim      | Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)   |
| Bornheim      | Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)   |
| Bornheim      | Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)   |
| Nordend       | Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)   |

## Kassenärztliche Vereinigung Hessen

|               |  |
|---------------|--|
| Gallusviertel | Psychotherapeutisch tätige Ärztin/<br>Psychotherapeutisch tätiger Arzt<br>(Hälftiger Versorgungsauftrag)   |
| Ostend        | Ärztin/Arzt für<br>Psychosomatische Medizin<br>und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt<br>für Psychotherapeutische Medizin<br>(Hälftiger Versorgungsauftrag) |

### Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

|       |  |
|-------|--|
| Hanau | Psychologische Psychotherapeutin/<br>Psychologischer Psychotherapeut |
|-------|--|

### Planungsbereich Offenbach am Main

|            |  |
|------------|--|
| Innenstadt | Psychologische Psychotherapeutin/<br>Psychologischer Psychotherapeut<br>(Hälftiger Versorgungsauftrag) |
|------------|--|

### Planungsbereich Landkreis Offenbach

|          |   |
|----------|---|
| Dreieich | Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin<br>und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt<br>für Psychotherapeutische Medizin |
|----------|---|

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.

## Hausärztliche Versorgungsebene

### Planungsbereich Mittelbereich Gießen

|          |   |
|----------|---|
| Gießen   | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder<br>Internistin/Internist – hausärztlich –<br>(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)  |
| Pohlheim | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder<br>Internistin/Internist – hausärztlich –<br>(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung,<br>Berufsausübungsgemeinschaftsanteil) |
| Pohlheim | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder<br>Internistin/Internist – hausärztlich –<br>(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung,<br>Berufsausübungsgemeinschaftsanteil) |

### Planungsbereich Mittelbereich Marburg

|         |   |
|---------|---|
| Cölbe   | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder<br>Internistin/Internist – hausärztlich –<br>(Hälftiger Versorgungsauftrag,<br>Berufsausübungsgemeinschaftsanteil) |
| Marburg | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder<br>Internistin/Internist – hausärztlich –<br>(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)                                  |

### Planungsbereich Mittelbereich Wetzlar

|         |   |
|---------|---|
| Solms   | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder<br>Internistin/Internist – hausärztlich –<br>(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)  |
| Wetzlar | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder<br>Internistin/Internist – hausärztlich –<br>(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung,<br>Berufsausübungsgemeinschaftsanteil) |

## Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

### Planungsbereich Landkreis Gießen

|        |   |
|--------|---|
| Gießen | Kinder- und Jugendlichen<br>Psychotherapeutin/Kinder- und<br>Jugendlichen Psychotherapeut<br>(Hälftiger Versorgungsauftrag) |
|--------|---|

### Planungsbereich Landkreis Lahn-Dill-Kreis

|         |  |
|---------|--|
| Herborn | Ärztin/Arzt für<br>Psychotherapeutische Medizin<br>(Hälftiger Versorgungsauftrag)  |
| Wetzlar | Augenärztin/Augenarzt<br>(Hälftiger Versorgungsauftrag)  |
| Wetzlar | Psychologische Psychotherapeutin und<br>Kinder- und Jugendlichen<br>Psychotherapeutin/Psychologischer<br>Psychotherapeut und Kinder- und<br>Jugendlichen Psychotherapeut<br>(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung) |
| Wetzlar | Psychologische Psychotherapeutin/<br>Psychologischer Psychotherapeut<br>(Hälftiger Versorgungsauftrag)   |

### Planungsbereich Landkreis Schwalm-Eder-Kreis

|                |   |
|----------------|---|
| Fritzlar       | Psychologische Psychotherapeutin/<br>Psychologischer Psychotherapeut<br>(Hälftiger Versorgungsauftrag)                            |
| Homberg (Efze) | Kinder- und Jugendlichen<br>Psychotherapeutin/Kinder- und<br>Jugendlichen Psychotherapeut<br>(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung) |

### Planungsbereich Landkreis Wetteraukreis

|            |  |
|------------|--|
| Bad Vilbel | Psychologische Psychotherapeutin/<br>Psychologischer Psychotherapeut<br>(Hälftiger Versorgungsauftrag) |
|------------|--|

## Spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene

### Planungsbereich Raumordnungsregion Rhein-Main

|             |   |
|-------------|---|
| Bad Nauheim | Internistin/Internist<br>(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.

## Hausärztliche Versorgungsebene

### Planungsbereich Mittelbereich Fulda

|           |   |
|-----------|---|
| Hosenfeld | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder<br>Internistin/Internist – hausärztlich –<br>(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung,<br>Berufsausübungsgemeinschaftsanteil) |
| Neuhof    | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder<br>Internistin/Internist – hausärztlich –<br>(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)  |

## Kassenärztliche Vereinigung Hessen

### Planungsbereich Mittelbereich Witzenhausen

|              |  |
|--------------|--|
| Witzenhausen | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung) |
|--------------|--|

## Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

### Planungsbereich Landkreis Fulda

|              |  |
|--------------|--|
| Poppenhausen | Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag) |
|--------------|--|

### Planungsbereich Kassel-Stadt

|        |  |
|--------|--|
| Kassel | Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)                   |
| Kassel | Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (hälftiger Versorgungsauftrag) |

### Planungsbereich Landkreis Hersfeld-Rotenburg

|              |  |
|--------------|--|
| Bad Hersfeld | Ärztin/Arzt für Kinder- und Jugendmedizin (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung) |
|--------------|--|

### Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

|               |  |
|---------------|--|
| Bad Wildungen | Ärztin/Arzt für Kinder- und Jugendmedizin (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung) |
|---------------|--|

## Spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene

### Planungsbereich Raumordnungsregion Nordhessen

|          |   |
|----------|---|
| Eschwege | Ärztin/Arzt für Diagnostische Radiologie (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 Kassel, Karthäuserstraße 7-9, 34117 Kassel** zu senden.

## Hausärztliche Versorgung

### Planungsbereich Mittelbereich Wiesbaden

|           |  |
|-----------|--|
| Wiesbaden | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil) |
| Wiesbaden | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung) |

### Planungsbereich Mittelbereich Limburg

|         |  |
|---------|--|
| Hadamar | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung) |
|---------|--|

## Allgemeine fachärztliche Versorgung

### Planungsbereich Wiesbaden

|           |  |
|-----------|--|
| Wiesbaden | Orthopädin/Orthopäde (Hälftiger Versorgungsauftrag, KV-übergreifender Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)                                    |
| Wiesbaden | Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin oder Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Hälftiger Versorgungsauftrag) |
| Wiesbaden | Hautärztin/Hautarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)   |

### Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

|                |  |
|----------------|--|
| Bad Schwalbach | Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag) |
|----------------|--|

### Planungsbereich Limburg-Weilburg

|             |   |
|-------------|---|
| Bad Camberg | Orthopädin/Orthopäde (KV-übergreifender Berufsausübungsgemeinschaftsanteil) |
| Limburg     | HNO-Ärztin/HNO-Arzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)                    |

## Spezialisierte fachärztliche Versorgung

### Planungsbereich Raumordnungsregion Rhein-Main

|           |  |
|-----------|--|
| Wiesbaden | Anästhesistin/Anästhesist (Hälftiger Versorgungsauftrag, MVZ-Anteil) |
|-----------|--|

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., Tel.: 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.

Unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Hessische Sozialministerium gemäß § 90 Abs. 6, Satz 2 SGB V

## Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen auf der Grundlage des Bedarfsplans 2013

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen hat am 13. Februar 2014 unter zu Grunde Legung des Arztstandes 01.01.2014 folgende Beschlüsse gefasst:

I. Es wird festgestellt, dass im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in den in den Tabellen 1 bis 4 jeweils dargestellten Versorgungsebenen in den mit ÜV gekennzeichneten Planungsbereichen und Fachgruppen

eine Überversorgung (ÜV) gemäß § 101 SGB V in Verbindung mit § 103 Abs. 1 SGB V vorliegt.

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 diese Planungsbereiche und Fachgruppen Zulassungsbeschränkungen angeordnet.

Tabelle 1: Hausärztliche Versorgungsebene

| Planungsbereich               | Hausärzte | Planungsbereich                     | Hausärzte | Planungsbereich   | Hausärzte |
|-------------------------------|-----------|-------------------------------------|-----------|---|-----------|
| Hofgeismar                    | 0,5       | Haiger / Dillenburg                 | 7         | Idstein   | 8,5       |
| Bad Arolsen                   | ÜV        | Gladenbach                          | ÜV        | Taunusstein   | 1         |
| Wolfhagen                     | 0,5       | Marburg                             | ÜV        | Bad Schwalbach  | 0,5       |
| Kassel                        | ÜV        | Kirchhain                           | 1,5       | Wiesbaden   | ÜV        |
| Witzenhausen                  | ÜV        | Stadtallendorf                      | 1,5       | Eltville  | ÜV        |
| Korbach                       | 3,5       | Alsfeld                             | 0,5       | Rüdesheim / Geisenheim  | ÜV        |
| Allendorf (Eder) / Battenberg | 3,5       | Lauterbach                          | ÜV        | Hochheim / Flörsheim  | ÜV        |
| Frankenberg (Eder)            | 1         | Herborn                             | 1         | Hattersheim / Hofheim / Kelkheim                                    | ÜV        |
| Bad Wildungen                 | ÜV        | Wetzlar                             | ÜV        | Bad Homburg / Oberursel / Friedrichsdorf                            | ÜV        |
| Fritzlar                      | ÜV        | Giessen                             | ÜV        | Königstein / Kronberg / Schwalbach / Bad Soden / Eschborn           | ÜV        |
| Melsungen                     | 2         | Grünberg / Laubach                  | ÜV        | Frankfurt   | ÜV        |
| Hessisch Lichtenau            | ÜV        | Lich / Hungen                       | 1         | Hanau   | 8,5       |
| Eschwege                      | ÜV        | Weilburg                            | ÜV        | Offenbach   | ÜV        |
| Borken (Hessen)               | 2,5       | Limburg                             | 1         | Seligenstadt  | ÜV        |
| Homberg (Efze)                | 1         | Butzbach                            | 3         | Heusenstamm / Rödermark / Rodgau / Dietzenbach / Obertshausen       | 16        |
| Schwalmstadt                  | ÜV        | Usingen                             | ÜV        | Neu-Isenburg / Dreieich / Langen                                    | 4         |
| Bebra / Rotenburg a.d.Fulda   | ÜV        | Nidda                               | ÜV        | Rüsselsheim   | 17,5      |
| Sontra                        | 0,5       | Friedberg / Bad Nauheim             | ÜV        | Darmstadt   | 13,5      |
| Bad Hersfeld                  | ÜV        | Büdingen                            | 2         | Dieburg / Groß-Umstadt  | 9         |
| Heringen (Werra)              | ÜV        | Schlüchtern                         | 2,5       | Michelstadt / Erbach  | 3         |
| Hünfeld                       | ÜV        | Bad Orb                             | ÜV        | Lampertheim / Viernheim / Bensheim / Heppenheim / Bürstadt / Lorsch | 14        |
| Fulda                         | ÜV        | Gelnhausen                          | ÜV        |   |           |
| Biedenkopf                    | 7,5       | Wächtersbach / Bad Soden-Salmünster | 1,5       |   |           |

ÜV Überversorgung

Versorgungsgrad 100 bis 110 %

Versorgungsgrad unter 100 %

Versorgungsgrad unter 75 %

## Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Tabelle 2: Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

| Planungsbereich               | Augenärzte | Chirurgen | Frauenärzte | Hautärzte | HNO-Ärzte | Kinderärzte | Nervenärzte | Orthopäden | Urologen | Psychotherapeuten |
|-------------------------------|------------|-----------|-------------|-----------|-----------|-------------|-------------|------------|----------|-------------------|
| Darmstadt, Stadt              | ÜV         | ÜV        | ÜV          | ÜV        | ÜV        | ÜV          | ÜV          | ÜV         | ÜV       | ÜV                |
| Frankfurt am Main, Stadt      | ÜV         | ÜV        | ÜV          | ÜV        | ÜV        | ÜV          | ÜV          | ÜV         | ÜV       | ÜV                |
| Offenbach am Main, Stadt      | ÜV         | ÜV        | ÜV          | ÜV        | ÜV        | ÜV          | ÜV          | ÜV         | ÜV       | ÜV                |
| Wiesbaden, Stadt              | ÜV         | ÜV        | ÜV          | ÜV        | ÜV        | ÜV          | ÜV          | ÜV         | ÜV       | ÜV                |
| Kreis Bergstraße              | ÜV         | ÜV        | ÜV          | ÜV        | ÜV        | ÜV          | ÜV          | ÜV         | ÜV       | ÜV                |
| Landkreis Darmstadt-Dieburg   | ÜV         | ÜV        | ÜV          | ÜV        | ÜV        | ÜV          | ÜV          | ÜV         | ÜV       | ÜV                |
| Kreis Groß-Gerau              | ÜV         | ÜV        | ÜV          | 1         | ÜV        | ÜV          | 2           | ÜV         | ÜV       | ÜV                |
| Hochtaunuskreis               | ÜV         | ÜV        | ÜV          | ÜV        | ÜV        | ÜV          | ÜV          | ÜV         | ÜV       | ÜV                |
| Main-Kinzig-Kreis             | 1          | ÜV        | ÜV          | 1         | ÜV        | ÜV          | ÜV          | ÜV         | ÜV       | ÜV                |
| Main-Taunus-Kreis             | ÜV         | ÜV        | ÜV          | ÜV        | ÜV        | ÜV          | ÜV          | ÜV         | ÜV       | ÜV                |
| Odenwaldkreis                 | 3          | ÜV        | 0,5         | ÜV        | ÜV        | ÜV          | ÜV          | ÜV         | 0,5      | ÜV                |
| Landkreis Offenbach           | 1          | ÜV        | ÜV          | ÜV        | ÜV        | ÜV          | ÜV          | ÜV         | ÜV       | ÜV                |
| Rheingau-Taunus-Kreis         | 1,5        | ÜV        | ÜV          | ÜV        | ÜV        | ÜV          | ÜV          | ÜV         | ÜV       | ÜV                |
| Wetteraukreis                 | ÜV         | ÜV        | ÜV          | ÜV        | ÜV        | ÜV          | ÜV          | ÜV         | ÜV       | ÜV                |
| Landkreis Gießen              | ÜV         | ÜV        | ÜV          | ÜV        | ÜV        | ÜV          | ÜV          | ÜV         | ÜV       | 0,5*              |
| Lahn-Dill-Kreis               | ÜV         | ÜV        | ÜV          | ÜV        | 2         | ÜV          | ÜV          | ÜV         | ÜV       | ÜV                |
| Kreis Limburg-Weilburg        | ÜV         | ÜV        | ÜV          | 0,5       | ÜV        | ÜV          | ÜV          | ÜV         | ÜV       | ÜV                |
| Landkreis Marburg-Biedenkopf  | ÜV         | ÜV        | ÜV          | ÜV        | ÜV        | ÜV          | ÜV          | ÜV         | ÜV       | ÜV                |
| Vogelsbergkreis               | 0,5        | ÜV        | ÜV          | 0,5       | ÜV        | ÜV          | 1           | ÜV         | ÜV       | 0,5**             |
| Kassel, Stadt                 | ÜV         | ÜV        | ÜV          | ÜV        | ÜV        | ÜV          | ÜV          | ÜV         | ÜV       | ÜV                |
| Stadt und Landkreis Fulda     | ÜV         | ÜV        | ÜV          | ÜV        | ÜV        | ÜV          | ÜV          | ÜV         | ÜV       | 0,5**             |
| Landkreis Hersfeld-Rotenburg  | ÜV         | ÜV        | ÜV          | 1,5       | ÜV        | ÜV          | ÜV          | ÜV         | ÜV       | 0,5               |
| Landkreis Kassel              | ÜV         | ÜV        | ÜV          | ÜV        | ÜV        | ÜV          | 0,5         | ÜV         | ÜV       | ÜV                |
| Schwalm-Eder-Kreis            | 1,5        | ÜV        | 3           | 0,5       | 2,5       | 1           | ÜV          | ÜV         | ÜV       | ÜV                |
| Landkreis Waldeck-Frankenberg | ÜV         | ÜV        | 1           | ÜV        | ÜV        | ÜV          | ÜV          | ÜV         | ÜV       | 1,5*<br>1**       |
| Landkreis Werra-Meißner       | 0,5        | 0,5       | 0,5         | ÜV        | ÜV        | ÜV          | 0,5         | ÜV         | 1        | ÜV                |

ÜV Überversorgung  
 \* geöffnet für KJP  
 \*\* geöffnet für ÄPT

Versorgungsgrad 100 bis 110 %  
 Versorgungsgrad unter 100 %  
 Versorgungsgrad unter 50 %

Tabelle 3: Spezialisierte fachärztliche Versorgung

| Planungsbereich | Anästhesisten | Fachinternisten | Kinder- und Jugendpsychiater | Radiologen |
|-----------------|---------------|-----------------|------------------------------|------------|
| Mittelhessen    | ÜV            | ÜV              | ÜV                           | ÜV         |
| Nordhessen      | ÜV            | ÜV              | ÜV                           | ÜV         |
| Osthessen       | ÜV            | ÜV              | 4                            | ÜV         |
| Rhein-Main      | ÜV            | ÜV              | 8                            | ÜV         |
| Starkenburger   | ÜV            | ÜV              | 7                            | ÜV         |

ÜV Überversorgung  
 Versorgungsgrad unter 100 %  
 Versorgungsgrad unter 50 %

Tabelle 4: Gesonderte fachärztliche Versorgung

| Planungsbereich | Humangenetiker | Laborärzte | Neurochirurgen | Nuklearmediziner | Pathologen | Physikalische- und Rehabilitationsmediziner | Strahlentherapeuten | Transfusionsmediziner |
|-----------------|----------------|------------|----------------|------------------|------------|---|---------------------|-----------------------|
| Hessen          | ÜV             | ÜV         | ÜV             | ÜV               | ÜV         | 1   | ÜV                  | ÜV                    |

ÜV Überversorgung  
 Versorgungsgrad 100 bis 110 %



III. Bei den Planungsbereichen und Fachgruppen, in denen gemäß § 103 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 26 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie Zulassungen erfolgen dürfen, ist die Anzahl der freien Sitze in den Tabellen 1 bis 4 ausgewiesen.

Zulassungsanträge und die hierfür erforderlichen Unterlagen gem. § 18 Ärzte-ZV sind innerhalb von 6 Wochen nach Erscheinen der Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Zulassungsausschuss für Ärzte/Psychotherapie, Georg-Voigt-Straße 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 folgender Kriterien:

- berufliche Eignung,
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
- Approbationsalter,
- Dauer der Eintragung in die Warteliste gem. § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V
- bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,
- Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (z.B. Fachgebietsschwerpunkt, Barrierefreiheit).

Hinweis:

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

#### Forschung wird zu Medizin: Was der praktizierende Internist wissen muss

### 120. Internistenkongress

der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)

Termin: 26. bis 29. April 2014 in Wiesbaden (Rhein-Main-Hallen)

Besucher des 120. Internistenkongresses erwartet in Wiesbaden ein hoch aktuelles und breit gefächertes wissenschaftliches Programm, so die Veranstalter. Ab sofort ist es online auf [www.dgim2014.de](http://www.dgim2014.de) verfügbar. Interessierte können sich auf dieser Homepage einen detaillierten Überblick über sämtliche Veranstaltungen verschaffen. Dort kann auch die gedruckte Version des Programmheftes angefordert werden.

#### Weitere Information und Anmeldung:

Manon Waas  
m:con – mannheim:congress GmbH  
Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim  
Tel.: 0621 4106-102, Fax: 0621 4106-80102  
E-Mail: [manon.waas@mcon-mannheim.de](mailto:manon.waas@mcon-mannheim.de)

Die Anmeldung ist ebenfalls online über die Homepage [www.dgim2014.de](http://www.dgim2014.de) möglich.

#### Ausschreibung

### „Gerd Killian-Projektförderung“ 2014 auf dem Gebiet der angeborenen Herzfehler

Bewerbungsschluss: 25. April 2014

Die Deutsche Herzstiftung vergibt gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie im Jahr 2014 zum fünften Mal die „Gerd Killian-Projektförderung“, dotiert mit 60.000 Euro.

Bewerben können sich Ärztinnen und Ärzte bis zum Alter von 40 Jahren, die in Deutschland ein patientennahes Forschungsprojekt auf dem Gebiet der angeborenen Herzfehler durchführen. Die Projektdauer sollte zwei Jahre nicht überschreiten.

Anträge für die Vergabe der „Gerd Killian-Projektförderung“ 2014 sind mit tabellarischem Lebenslauf und der Einverständniserklärung der Klinik- bzw. Institutsleitung sowie der Co-Autoren, mit deren Angabe zu ihren Arbeitsanteilen, als PDF-Datei auf einem Datenträger bis spätestens 25. April 2014 (Poststempel) zu senden an:

Deutsche Herzstiftung e.V., Vogtstraße 50, 60322 Frankfurt am Main,  
E-Mail: [popp@herzstiftung.de](mailto:popp@herzstiftung.de)

Informationen zur Bewerbung im Internet unter:  
[www.herzstiftung.de/Gerd-Killian.php](http://www.herzstiftung.de/Gerd-Killian.php)

## Informatives

### Fachtagung der Initiative „Medizinische Akutversorgung nach Vergewaltigung ohne polizeiliche Anzeige“

Am 2. April 2014, 10 – 17 Uhr im Haus am Dom, Frankfurt am Main

Seit Anfang 2013 bieten sieben Krankenhäuser eine „Medizinische Akutversorgung nach Vergewaltigung“ an. Das Gesamtprojekt beinhaltet auch die thematische Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten. Die Tagung stellt das Modell vor und bietet Gelegenheit zu Diskussion, Austausch und Vernetzung.

Weitere Information zu Programm und Anmeldung auf [www.frauennotruf-frankfurt.de/Tagung-Akutversorgung-Vergewal.186.o.html](http://www.frauennotruf-frankfurt.de/Tagung-Akutversorgung-Vergewal.186.o.html)

Die detaillierten Abläufe, Materialien und notwendigen Untersuchungen werden auf einer **ärztlichen Fortbildung am 21. Mai 2014 (10–17 Uhr)** dargestellt. Zu dieser Fortbildung können sich auch alle Interessierten anmelden, die diese Untersuchungen im Detail verstehen wollen, um ein ähnliches Untersuchungsangebot selbst zu gestalten und durchführen zu können.

