

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 2 | 2023
Mitteilungen für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen | 84. Jahrgang



Schmerztherapie bei Tumorpatienten in der Palliativsituation

Beinschwellungen
Praktisches Vorgehen
in der hausärztlichen Praxis
bei Schwellungen in den
unteren Extremitäten

Kampf gegen Bakteriämie
Die Arbeitsgruppe Antibiotic-
Stewardship definiert einen
gemeinsamen Standard gegen
Staphylokokkus aureus



Wohin geht die Reise?

Wohin wird die Reise im Gesundheitswesen gehen? Kommt mit der von Bundesgesundheitsminister Lauterbach angekündigten Krankenhausreform wirklich eine Revolution oder wird das „Struck'sche Gesetz“ (nach dem SPD-Politiker Peter Struck: „Kein Gesetz kommt aus dem Parlament so heraus, wie es eingebracht worden ist.“) daraus ein laues Lüftchen werden lassen, ohne die bekannten Probleme zu lösen? Immerhin gibt es zahlreiche Stimmen, darunter die von Klinikärzten und Krankenhausvertretern, welche zumindest einen Teil der Vorschläge dem Grunde nach begrüßen, auch wenn viele Fragen noch mehr als offen sind. Über fehlende Investitionsmittel und steigende Inflationsraten will ich gar nicht erst sprechen.

Am 5. Januar kündigte Lauterbach an, dass es ein gemeinsames Gesetzgebungsverfahren werden solle, an dem die Bundesregierung, die Fraktionen des Bundestags sowie die Bundesländer mitarbeiten sollten. Bis zur Sommerpause 2023 soll ein Entwurf vorliegen, denn allen ist klar, dass Reformen dringend erfolgen müssen. In diesem Prozess sollte dann nicht nur mit den Krankenhäusern und deren Verbänden diskutiert werden, sondern auch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sollten explizit einbezogen werden. Natürlich betrifft eine Krankenhausreform Krankenhäuser unmittelbar, doch mittelbar sind auch die ambulanten Praxen betroffen. Wenn der seit Jahrzehnten tönende Ruf nach Überwindung der Sektorengrenzen ernst gemeint ist, müssen nun die Weichen dafür so gestellt werden, dass die Reform nicht nur in der Theorie, sondern dann auch in der Praxis funktioniert. Und wer kann dazu mehr beitragen als Praktiker der ambulanten ärztlichen Patientenversorgung, die die Fallstricke der Realität bestens kennen. Es reicht nicht, ein Level II-Krankenhaus vorzuschlagen, das integrierte ambulante/stationäre Versorgung anbietet.

Überwindung der Sektorengrenzen darf nicht bedeuten, dass die ambulanten Versorgungsmöglichkeiten der Krankenhäuser erweitert werden. Vielmehr sollte die Integration der ambulanten Versorger in die stationäre Patientenversorgung gefördert werden. Das Belegarztwesen ist dafür ein gutes und bewährtes Beispiel. Auch nach der Entlassung müssen Patienten, unabhängig von der Versorgungsstufe eines Krankenhauses, weiter versorgt werden.

Das sieht auch das Universitätsklinikum Gießen/Marburg (UKGM) so und wandte sich vor den Weihnachtstagen an die Marburger Ärztenossenschaft PriMa. Patienten sollten – wo immer medizinisch möglich – frühzeitiger entlassen werden. Um die Weiterbehandlung sinnvoll zu ermöglichen, werde die Klinik bei der Entlassung einen Kurzbericht mit allen relevanten Informationen für die Niedergelassenen mitgeben sowie Rezepte für die Erstverordnung von Medikamenten.

Nun muss ich anmerken, dass mir das Originalschreiben nicht vorliegt, und kann daher nur hoffen, dass es sich hier nicht um Realsatire handelt. Oder bin ich etwa der irrigen Annahme, dass ein Kurzbericht mit allen relevanten Informationen für den weiterbehandelnden Arzt nicht auch jetzt schon eine Selbstver-

ständigkeit ist bzw. sein sollte? Bleibt nur zu hoffen, dass es hier nicht doch um kostensparende, frühzeitige oder gar vorzeitige Entlassungen geht.

Leider mussten wir in jüngerer Zeit immer wieder Berichte über das UKGM lesen, hatte doch der Betreiber, die private Rhön Klinikum AG den bisherigen Vertrag mit dem Land Hessen gekündigt und damit erhebliche Unsicherheiten und Ängste bei den Beschäftigten wie auch den Patientinnen und Patienten ausgelöst. Nun bleibt zu hoffen, dass die Verhandlungen zwischen dem Land Hessen, der Rhön Klinikum AG und dem UKGM wie erhofft bis Ende Januar zu einem erfolgreichen Vertragsabschluss führen werden. Presseberichten zufolge war ein wichtiger Durchbruch erzielt worden, in dem das Land unter anderem erhebliche Investitionsmittel zugesagt hatte. Ohne hier ein Urteil über die Höhe der zugesagten Mittel abgeben zu wollen, muss doch festgestellt werden, dass noch immer vieles im Dunklen liegt. Das Land hat immer wieder auf darauf verwiesen, dass die Rhön Klinikum AG zu Zeiten der Privatisierung 2006 eine Verzichtserklärung auf Landesmittel abgegeben habe. Diese Erklärung will der Konzern aber gar nicht abgegeben haben.

Da der damals geschlossene Vertrag nicht öffentlich einsehbar ist, steht hier leider Aussage gegen Aussage. Vertrauen der Öffentlichkeit wird so nicht erzielt. Transparenz sieht anders aus.

Bis heute wurde keine andere Universitätsklinik privatisiert und das aus gutem Grund. Eine Universitätsklinik sollte primär dem öffentlichen Wohl dienen und nicht das Renditestreben privater Anteilseigner bedienen müssen. Werden Klinikgewinne in neue Behandlungsmethoden oder medizinische Geräte investiert, verbleibt das Geld im System und dient seiner eigentlichen Bestimmung, nämlich der Daseinsvorsorge. Doch mit welcher Berechtigung werden diese Gewinne privatisiert, während die Kosten sozialisiert werden?



Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident



Foto: © fotoknips – stock.adobe.com

Schmerztherapie in der Palliativsituation

In dem zertifizierten Fortbildungsartikel gibt der Autor einen praktischen Einblick in die aktuelle Therapie der vielfältigen Schmerzen bei Tumorpatienten in der (fortgeschrittenen) Palliativsituation. Für den Erfolg ist auch die Aufklärung des Patienten entscheidend.

79



Foto: © MZalevsky – stock.adobe.com

Kampf gegen Bakteriämie

Die Arbeitsgruppe Antibiotic-Stewardship (ABS-AG) wurde gegründet, um sektorübergreifend Aktivitäten gegen multiresistente Erreger zu bündeln. Für den Umgang mit der Staphylokokkus aureus Bakteriämie (SABak) hat die AG einen gemeinsamen Standard definiert.

90

Editorial: Wohin geht die Reise?	75
Aus dem Präsidium: Wird die Revolution kommen?	78
Carl-Oelemann-Schule	
Klimawandel und Gesundheit	97
Neuer Qualifizierungslehrgang „Assistenz Wundmanagement“	106
Fort- und Weiterbildung	
CME: Schmerztherapie bei Tumorpatienten in der (fortgeschrittenen) Palliativsituation	79
WBO 2020: Allgemeine Inhalte bei der Weiterbildung nicht vergessen!	87
Röteln und Masern: Eliminiert oder nur vergessen?	88
Der Staphylokokkus aureus Bakteriämie (SABak) den Kampf angesagt!	90
Das geschwollene Bein und die Abklärung von beidseitigen Beinschwellungen	92
Kongressankündigung: Erforschung von Störungen der Blutgerinnung	96

Bekanntmachungen

■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	98
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	104
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen mit Jahresabschluss 2021	108
■ Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen: Öffentliche Ausschreibung	124
Nachruf: Gedenken an Prof. Dr. med. Albrecht Encke	107
Impressum	128



Foto: © Yabobchuk Olena – stock.adobe.com

Nicht vergessen: Allgemeine Inhalte der WBO
Fächerübergreifende Anforderungen bei der Weiterbildung sind auch durch gesetzliche und gesellschaftliche Verpflichtungen gegeben. Die Leichenschau sowie die Impfung der Bevölkerung sind zwei Beispiele für das, was jede Ärztin und jeder Arzt können muss.

87



Foto: Rechte beim Autor

Das geschwollene Bein

Schwellungen der unteren Extremität, ob ein oder beidseitig, sind ein häufiger Konsultationsanlass in der hausärztlichen Sprechstunde. Auf Grund der komplexen Zusammenhänge stellt die Abklärung solcher Befunde die Ärztin und den Arzt vor eine breite Differenzialdiagnose.

92

Wählen heißt mitgestalten!

Gehen Sie wählen und gestalten Sie die beruflichen Rahmenbedingungen von Ärztinnen und Ärzten mit. Als berufliche Vertretung aller Ärztinnen und Ärzte in Hessen ist die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) Ausdruck einer starken ärztlichen Selbstverwaltung. Sie vertritt die Interessen der Ärzteschaft und beteiligt sich an zentralen Fragen der Gesundheitspolitik.

Das im Hessischen Heilberufsgesetz geregelte Aufgabenspektrum der Kammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts ist vielseitig: Einerseits überträgt der Staat ihr die Pflicht, für Ordnung im Beruf zu sorgen und die Qualität ärztlicher Berufsausübung zu sichern. Andererseits hat die LÄKH die Aufgabe, Politik und Staatsverwaltung in Fragen der Gesundheitspolitik fachlich zu beraten und – vor allem – die

Belange der Ärzteschaft gegenüber Staat und Gesellschaft wahrzunehmen.

Auch die Organisation der beruflichen Fortbildung und Weiterbildung, das Ausbildungswesen Medizinische Fachangestellte, die Qualitätssicherung und die Beratung ihrer Mitglieder, beispielsweise in Rechtsfragen, zählen zu ihren Aufgaben.

(red)



Sprache im Hessischen Ärzteblatt

Wo immer möglich, verwenden wir in Texten des Hessischen Ärzteblattes beide Geschlechter. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird manchmal nur die weibliche oder nur die männliche Form gewählt, auch wenn sich die Formulierungen auf Angehörige diverser Geschlechter beziehen. Außerdem

benutzen wir, sofern vorhanden, Geschlechter übergreifende Begriffe; verzichten aber auf Gender-Stern, Gender-Gap oder Binnen-I. Unseren Autorinnen und Autoren sind wir für die freiwillige Beachtung dieser Hinweise dankbar, greifen aber nicht redigierend ein.

(red)

Wird die Revolution kommen?

Als Revolution hat Bundesgesundheitsminister Lauterbach die seit dem 6.12.2022 vorliegenden Empfehlungen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung angekündigt. Ob der Entwurf dieser Ankündigung gerecht wird, ist Gegenstand von Diskussionen. Aus meiner Sicht wäre ein kompletter Ausstieg aus dem DRG-System eine echte Revolution gewesen, die auch den Dokumentationswahnsinn reduziert hätte. Es ist dennoch ein großer Schritt, wenn 18 Jahre nach Einführung des DRG-Systems die Finanzierung im Bereich der Krankenhäuser zumindest teilweise neu aufgestellt wird.

Wie dringend notwendig die Gegenfinanzierung von Vorhaltekosten ist, wurde in diesem Winter im Bereich der Kinderkliniken besonders deutlich.

Gerade Kinderkliniken haben ein saisonal schwankendes und wenig planbares Patientenaufkommen. Alle Jahre wieder sehen wir in der Wintersaison eine Überlastung der Kinderkliniken, die im Laufe der vergangenen Jahre sukzessive wegen des Fokus auf Erlösoptimierung kaputtgespart wurden. Gemeinsam mit den Kinderkliniken haben sich die niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte mit aller Kraft darum bemüht, die Versorgung in der besonders starken und frühen Erkrankungswelle durch RS-, Influenza- und auch Sars-CoV-2-Viren aufrecht zu erhalten. Die Lieferengpässe bei Medikamenten haben die Situation weiter verschärft, ebenso der zunehmende Personalmangel, nicht nur die Anzahl erkrankter Kinder.

Erfreuliche Forderungen

Die erneute Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen erscheint dann auf den ersten Blick als logischer Schritt, um die Versorgung der Kinder sicher zu stellen. Gleichzeitig muss klar sein, dass eine Unterschreitung von Personaluntergrenzen sowohl die Versorgung der Patientinnen und Patienten verschlechtert als auch zur weiteren Demotivation des noch vorhandenen Personals beiträgt.

Im vorliegenden Vorschlag der Regierungskommission werden erfreulicherweise auch ärztliche Personalvorgaben als Strukturvoraussetzung gefordert. Konsequenter wäre dann eben auch die Gegenfinanzierung aller patientennahen Personalkosten.



Foto: Katarina Ivanisevic

„Was wir uns nicht leisten können, ist ein weiterer Stillstand.“

Der Einstieg in die Vorhaltekostenfinanzierung setzt ein am regionalen Bedarf orientiertes Versorgungskonzept voraus. Die Regierungskommission schlägt drei Versorgungslevel vor, wobei das Level 1 unterteilt wird in Krankenhäuser mit und ohne Notfallversorgung und das Level 3 in Maximalversorger und Unikliniken. Für jedes Level und dessen Unterteilung werden Strukturvoraussetzungen definiert ebenso wie 128 Leistungsgruppen, die die Kliniken je nach Versorgungsstufe anbieten und abrechnen können. Insofern wird nun die entscheidende Frage sein, inwieweit die Länder bereit sind, die derzeitige heterogene Krankenhausstruktur tatsächlich aktiv im Sinne eines einheitlich gestuften Konzepts zu beplanen und inwieweit das juristisch umsetzbar ist. Mindestens genauso wichtig ist die Frage, ob die Länder endlich bereit sind, ihrer Finanzierungsverantwortung im Bereich der Investitionskosten nachzukommen.

Dokumentationsaufwand entscheidend

Angestellte Ärztinnen und Ärzte verbringen ebenso wie Pflegekräfte im Durchschnitt drei Stunden am Tag mit Dokumentation. Insofern werden sich neue Konzepte auch am Dokumentationsaufwand messen lassen müssen. Im Koalitionsvertrag hat die Ampelregierung einen Bürokratieabbau versprochen. Das brauchen wir im Gesundheitswesen dringend!

Das Jahr 2023 wird also noch viele Diskussionen und sicher auch Anpassungen des vorliegenden Konzepts bringen. Was wir uns aus meiner Sicht aber nicht leisten können, ist ein weiterer Stillstand. Früher galt das Sprichwort: „Gefahr erkannt, Gefahr gebannt“. Leider werden erkannte Gefahren heute oft genug nur zur Kenntnis genommen, ohne dass die zugrunde liegenden Probleme behoben werden.

Die Ärzteschaft hat schon vor der Einführung des DRG-Systems vor den nun allgemein erkannten Problemen und Fehlanreizen gewarnt.

Manchmal wünscht man sich, man hätte nicht recht behalten ...

Dr. med. Susanne Johna

Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen

NEU: Bezug der Online-Ausgabe

Ab 1. September 2023 ist die digitale, unter www.laekh.de eingestellte Version des Hessischen Ärzteblattes (HÄBL) offizielles Mitteilungsblatt der Landesärztekammer Hessen. Bereits ab 1. Februar können Sie jederzeit im Portal oder per Mail an

meldewesen@laekh.de mitteilen, ob Sie das HÄBL weiterhin als Druckausgabe erhalten möchten oder online lesen wollen. Der monatliche „amtliche“ Hinweis auf das HÄBL in digitaler Form erfolgt ab dem 01.09.2023 durch das Zentrale Mitglie-

derdatenmanagement per E-Mail an alle Mitglieder. Wer keine Mail-Adresse angegeben hat, erhält diese Nachricht nicht. Beachten Sie, dass alle Mitglieder wegen der Kammerwahl das HÄBL bis zum 01.09.2023 als Druckausgabe erhalten!

Schmerztherapie bei Tumorpatienten in der (fortgeschrittenen) Palliativsituation

VNR: 2760602023024530009

Dr. med. Andreas Rost



Foto: © fotoknips – stock.adobe.com

Der Artikel ist zuerst online in „Arzneiverordnung in der Praxis“ (AVP) erschienen, Band 47 Heft 3–4 November 2020. Internet: www.akdae.de. Hier folgt ein gekürzter Nachdruck, der als CME-Fortbildungsbeitrag exklusiv für das Hessische Ärzteblatt erstellt wurde.

Zusammenfassung

Eine erfolgreiche Schmerztherapie beginnt mit einer genauen Schmerzanamnese und klinischen Untersuchung. Die ordnungskonforme Einnahme der Arzneimittel erfordert das Verständnis und die Mitarbeit der Patienten für die angesetzte Therapie. Der stufenweise Einsatz der Medikamente richtet sich nach dem Wirkprofil und der analgetischen Potenz. Die Angst vor dem Einsatz der Opioiden (Stufe 3 WHO) ist bei der großen therapeutischen Breite und vergleichsweise geringen Nebenwirkungsrate unbegründet. Die Nebenwirkungen werden durch adjuvante Medikamente abgemildert. Sogenannte Co-Analgetika verstärken die Wirkung der Analgetika.

Dieser Artikel gibt einen praktischen Einblick in die aktuelle Therapie der vielfältigen Schmerzen bei Palliativpatienten. Pharmakologische Aspekte stehen nicht im Vordergrund, sie werden in der Differenzialtherapie berücksichtigt. Die Angaben in diesem Artikel stimmen weitgehend mit den Empfehlungen der S3-Leitlinie Palliativmedizin 2.0 (Stand 2019) überein [1]. Eigene Erfahrungen des Autors bleiben nicht unerwähnt. Einige Therapien sind Off-Label-Use, sie werden vom Autor wegen ihrer Wirksamkeit trotzdem empfohlen.

Schmerztherapie von Tumorpatienten

Zwei Gesichtspunkte sind bei der Schmerztherapie von Tumorpatienten ausschlaggebend für den Erfolg:

1. Eine genaue Schmerzanamnese, gefolgt von einer symptombezogenen klinischen Untersuchung, gibt auch ohne Einsatz einer Bildgebung Hinweise für den Auslöser des Schmerzes – und damit für den differenzialtherapeutischen Einsatz der Analgetika und Co-Analgetika.

tika. Die danach eingesetzte Bildgebung soll nicht nur den Anfangsverdacht bestätigen, sondern auch die Möglichkeiten einer Kausaltherapie überprüfen.

2. Eine gründliche Schulung bzw. Aufklärung der Patienten über die Wirkung und Wirkdauer der verordneten Arzneimittel. Behandelt wird nicht das Symptom „Schmerz“, sondern ein Mensch mit seinen Sorgen, Nöten und Ängsten. Die nach Einschätzung des Autors häufigste Ursache für das Versagen der verordneten Analgetika ist die nicht regelkonforme Einnahme oder das gänzliche Weglassen. Voraussetzung ist der ausgehende ständig aktualisierte schriftliche Plan der Medikation.

Schmerzanamnese und Untersuchung

Die Patientin oder der Patient selbst bestimmt die Intensität seiner Schmerzempfindung auf einer Skala nach VRS (verbale Rating-Skala: kein, leichter, mittlerer oder starker Schmerz) oder nach der 11-stufigen numerischen Ratingskala (NRS von 0: kein Schmerz bis 10: Vernichtungsschmerz). Die Befragung nach Schmerz wird im Verlauf der Therapie wiederholt und dokumentiert sowohl in Ruhe als auch unter Belastung.

Die psychische Verfassung der Patienten ist zu beachten: Liegt begleitend eine Anpassungsstörung oder sogar eine schwere depressive Episode vor? Einige Patienten (häufig Männer) haben mehr Hemmungen, über ihre Beschwerden zu sprechen – gerade auch in Gegenwart der Angehörigen. Hier sollte nach beiden „Versionen“ gefragt werden: Wie Patienten ihre Beschwerden schildern und wie die Angehörigen das Beschwerdemaß einschätzen. Sind Patienten kognitiv nicht in der Lage, den Schmerz zu kommunizieren, sind Ärztinnen und Ärzte auf eine Fremdeinschätzung

zung mit Beobachtung vegetativer Symptome (Blutdruckkrisen, Schwitzen, Unruhe) oder die Mimik („Stirnfalte“) angewiesen. Im Zweifelsfall lohnt sich ein Therapieversuch. Besonders wichtig ist die behutsame körperliche Untersuchung mit Tasten, Drücken, Klopfen zur möglichen Schmerzprovokation. Und „der Blick unter die Bettdecke“: Unruhe bei Blasenhochstand in Folge okkludiertem Blasenkathe- ter – als mögliche Ursache.

Die Schmerzlokalisation und ein Schmerz- auslöser präzisieren die Diagnostik: Berichten Patienten von einem streng belas- tungsabhängigen Schmerz, der in Ruhelage nahezu verschwindet, und lässt er sich an den tragenden Skelettabschnitten lo- kalisieren (Lendenwirbelsäule, Hüfte etc.), so ist ein knöcherner Schmerz sehr wahrscheinlich.

Gute Grundkenntnisse der Sonografie sind in der Palliativmedizin äußerst hilf- reich. Kleine transportable Sonografiege- räte verhelfen vor Ort zur Präzisierung der klinischen Diagnostik, besonders viszeral. In der palliativen Situation ist bereits vor einer Bildgebung eine Schmerztherapie einzuleiten. Aus ärztlicher Sicht muss ge- prüft werden, ob sich aus der Diagnostik therapeutische Konsequenzen ergeben im Sinne eines möglichen operativen und/ oder strahlentherapeutischen Vorgehens. Andernfalls ist sie kontraindiziert. Seitens der Patienten muss überprüft werden, ob die verbleibende Lebensspanne ein derar- tiges Vorgehen rechtfertigt und ob die Be- troffenen einem derartigen Vorgehen zu- stimmen werden. Weiter ist zu berück- sichtigen, wo sich die Patienten befinden: zu Hause mit langem Transportweg oder stationär? Erlaubt die Symptomatik eine Diagnostik (schmerzhaftes Liegen auf harter Unterlage) oder bedarf es zuvor einer angepassten Analgetika-Einstellung inklusive einer Bedarfsmedikation?

Schulung der Patienten

Das vereinbarte Ziel der Schmerztherapie sollte die Schmerzreduktion auf ein für die Patienten erträgliches Maß sein, nicht Schmerzfreiheit!

Grundsätzlich erfolgt die Einnahme der Analgetika regelmäßig („by the clock“), damit der Schmerz erst gar nicht wieder auftritt bzw. unerträglich wird, und nicht

nach Bedarf. Krebschmerzen sind ein Dauerzustand im Unterschied zu ge- legentlichen Kopfschmerzen.

Besonders relevant ist die Häufigkeit der Einnahme. Wird als Basismedikament der Stufe 1 Novaminsulfon eingesetzt (Trop- fen, Tabletten, Zäpfchen oder parenteral als Kurzinfusion), sind immer vier bis ma- ximal sechs Gaben pro Tag obligat. Nur so lässt sich eine kontinuierliche Analgesie bei einer Wirkdauer von sechs bis acht Stunden aufrechterhalten. Die letzte Gabe soll unmittelbar vor dem Einschlafen erfol- gen.

Bei Retardpräparaten können wir Ärztin- nen und Ärzte uns nicht immer auf die vom Hersteller versprochene Wirkdauer von zwölf Stunden verlassen (entspricht zwei Gaben pro Tag). Sollte die Wirkung am Tag nicht ausreichen, so ist eine dritte Gabe empfehlenswerter als die Dosiserhö- hung am Morgen oder Abend. Damit ist ein „geglätteter“ Wirkspiegel zu erwarten. Wacht die Patientin oder der Patient da- gegen morgens mit Schmerzen auf, emp- fiehlt es sich, die Abenddosis zu erhöhen. Alternativ kann der Wecker für eine frühe- re Einnahme als üblich gestellt werden, um den Zwölf-Stunden-Abstand zu ver- kürzen.

Neben der Basismedikation mit festen Ein- nahmezeiten der Retardpräparate erhal- ten Patienten eine Bedarfsmedikation in einer nicht retardierten Form zur Behand- lung von Durchbruchschmerzen. Der Durchbruchschmerz kann unvorherseh- bar auftreten und bedarf einer raschen, d. h. sofort verfügbaren Medikation. Dies gilt auch für Pflegeeinrichtungen.

Ist bekannt, dass bevorstehende Situati- onen den Schmerz auslösen werden (z. B. Mobilisation zur Toilette, Pflegemaßnah- men, Diagnostik oder Verbandswechsel), muss in angemessenem zeitlichem Ab- stand zuvor die Bedarfsmedikation einge- nommen bzw. angewendet werden (na- sal, oral oder parenteral), damit ein erhöh- ter Wirkspiegel den Schmerz ausreichend kupt.

Arzneimittel

Die Anwendung der verschiedenen Anal- getika erfolgt nach dem dreistufigen WHO-Stufenschema. Die aktuelle S3-Leit- linie verzichtet auf Stufe 2 und nennt

Nichtopioide und Opioide. Bei allen Stufe- 1-Analgetika (Novaminsulfon, NSAR und Paracetamol) sind die entsprechenden Nebenwirkungen und Kontraindikationen zu berücksichtigen.

Novaminsulfon soll in der maximalen Ta- gesdosis (4 x 1 g) appliziert werden. Falls der Geschmack der Tropfen auch mit Hilfsmitteln (schwarzer Tee oder Obststäf- te) die Einnahme für den Patienten erschwert, ist mit Hinweis auf die Menge der Tabletten pro Tag 4 x 2 (!) umzustellen. Bei Schluckunfähigkeit bietet sich die rek- tale Applikation mit 1 g Suppositorien an. Erfahrungsgemäß ist die Akzeptanz der rektalen Applikationsform sowohl bei Pa- tienten als auch Angehörigen/Pflegeper- sonal gering und nur als Notbehelf ein- setzbar. Eine parenterale Gabe ist aus- schließlich langsam intravenös möglich, am besten als Kurzinfusion in Volumina von 100 bis 250 ml, die der möglichen Hy- potonie unter Novaminsulfon entgegen- wirken.

Die in unseren Breiten sehr selten auftre- tenden Blutbildveränderungen (führend Leukopenie) sind durch entsprechende Kontrollen auszuschließen. Bei Leukope- nie ist sofortiges Absetzen geboten. Ein Vorteil von Novaminsulfon ist neben der analgetischen die spasmolytische Wir- kung, die es für den Einsatz von spasti- schen Bauchschmerzen prädestiniert. Ein weiterer Vorteil ist die antipyretische Wir- kung in der finalen Palliativsituation, wenn ein Infekt nicht mehr durch Antibiotika behandelt werden soll. Eine sehr gute Wirksamkeit zeichnet Novaminsulfon bei pleuritischen Schmerzen aus (meist opioidrefraktär).

Nichtsteroidale Antirheumatika – NSAR

(Ibuprofen oder Diclofenac) sind die Do- mäne der knöchernen oder entzündlich verursachten Schmerzen. Die Tagesmaxi- maldosen sind zu beachten (Ibuprofen 3 x 800 mg, Diclofenac 2 x 75 mg pro Tag). Das ulzerogene Risiko kann mit Säureblo- ckern verringert werden. Ein Magenge- schwür in der Anamnese verbietet den Einsatz, ebenso eine fortgeschrittene Nie- ren- oder Herzinsuffizienz. Die Applikati- on erfolgt ausschließlich oral (inklusive enteral via PEG als Saft/Sirup) oder als Suppositorium mit den gleichen Ein-

schränkungen der Akzeptanz wie bei Novaminsulfon.

Paracetamol ist die analgetisch schwächer wirksame Alternative zu Novaminsulfon. Die Tagesmaximaldosis beträgt 6 g, üblich sind 4 x 1 g oral (Tabletten, Saft). Eine parenterale Applikation soll intravenös schnell erfolgen („im Schuss“), sonst verringert der hepatische Abbau die Analgesie. Die Wirksamkeit ist nur analgetisch und antipyretisch, die antiphlogistische Wirkung der NSAR und die spasmolytische Wirkung von Novaminsulfon fehlen. Ein fortgeschrittener Leberparenchymschaden ist eine Kontraindikation für den Einsatz.

Tilidin/Naloxon und **Tramadol** werden im WHO-Schema als „Stufe 2“ bezeichnet: schwach wirksame Opioide. Zur Verordnung der Retardpräparate wird kein Betäubungsmittel-Rezept (BtM-Rezept) benötigt. Wegen des Missbrauchspotenzials fällt die nicht retardierte Form von Tilidin/Naloxon (Tropfen) seit dem 1. Januar 2013 unter die Betäubungsmittel-Verordnungsverordnung (BtMVV).

Laut Leitlinie sind Tilidin/Naloxon und Tramadol für den Einsatz bei „mittleren“ Tumorschmerzen vorgesehen. Auf Grund ihrer Nebenwirkungen (Übelkeit, Obstipation, zentralnervöse Nebenwirkungen) und fehlender Möglichkeit der Dosissteigerung (Tagesdosis maximal 400 mg bei Tramadol, 600 mg bei Tilidin/Naloxon) sind sie für die Tumorschmerztherapie weniger geeignet. Bei progredienter Grunderkrankung ist mit einer Zunahme der Symptomlast zu rechnen und damit eine Dosisanpassung fällig. Die Stufe 2 darf übersprungen werden.

Morphin, Oxycodon, Hydromorphon, Fentanyl, Buprenorphin und **Levomethadon** sind in Deutschland gebräuchlichsten stark wirksamen Opioide der Stufe 3 und werden über BtM-Rezept verordnet. Grundsätzlich gibt es für jedes dieser Opioide keine Obergrenze in der Dosierung (Ausnahme: Buprenorphin). Sie sind für den Einsatz bei schweren Tumorschmerzen sowohl allein als auch in Kombination mit Stufe-1-Analgetika bestens geeignet. Bezüglich der analgetischen Wirkung

konnte bei äquipotenter Dosierung zwischen den gebräuchlichsten Opioiden – Morphin, Oxycodon und Hydromorphon – kein Unterschied festgestellt werden. Das mögliche Nebenwirkungsspektrum und die Art der Applikation sollen den unterschiedlichen Einsatz begründen. Bei Organinsuffizienz (Leber und/oder Niere) sind Hydromorphon oder Fentanyl zu bevorzugen, bei Morphin kumulieren aktive Metabolite im Liquor.

Der Start einer Opiodtherapie Stufe 3 beginnt mit der kleinsten Doseinheit. Sie kann aus nicht retardierter oder aus der Kombination eines Retardpräparates und einer nicht retardierten Darreichungsform bestehen. Die Kombination empfiehlt sich zum raschen Erreichen der Wirkspiegel und erhöhter Compliance (weniger Applikationen). Werden nur Retardpräparate verordnet, dauert es 24 bis 48 Stunden, bis der endgültige Wirkspiegel erreicht ist. Mit der nicht retardierten Form können Patienten selbstständig das Defizit in der analgetischen Wirkung ausgleichen. Die Einzeldosis dieser Präparation sollte 1/6 der Tagesdosis sein. Ist nach 48 Stunden immer noch eine regelmäßige Einnahme der nicht retardierten Form notwendig, ist die Dosis der Retardform entsprechend der addierten Menge der nicht retardierten Form zu erhöhen (Patienten sollen die Anzahl der eingenommenen Dosen dokumentieren).

Als ein klassisches Beispiel sei Morphin in verschiedenen Wirkstärken (Tabletten von 10 bis 200 mg aufwärts, Einnahme alle zwölf Stunden) in Kombination mit Morphinlösung 2 % (0,5 ml = 10 mg – 1 Tropfen = 1 mg) genannt. Mit einem Wirkungseintritt der Tropfen ist nach 30 Minuten zu rechnen.

Ist bei schwersten Schmerzzuständen eine sofortige Linderung erforderlich, soll Morphin subkutan (s.c.) gegeben werden. Mit einer deutlichen Schmerzerleichterung ist nach zehn Minuten zu rechnen. Die rascheste Schmerzlinderung ist mit einer kontinuierlichen intravenösen (alternativ kontinuierlich s.c.) Therapie zu erzielen – eine regelmäßige Dosisanpassung vorausgesetzt. Dieses Vorgehen ist auf Palliativstationen üblich. Im ambulanten Bereich kann dies durch ein Palliativteam (24-Stunden/sieben Tage die Woche kontaktierbar) bewerkstelligt werden. Bei der Umrechnung von oral auf pa-

renteral wird mit dem Faktor 2:1 (s.c.) bis 3:1 (intravenös, i.v.) gerechnet (i.v. dreifach wirksamer als oral).

Oxycodon hat die 1,5-fache bis zweifache Wirksamkeit von Morphin. Die Retardtabletten sollen zwölf Stunden Wirksamkeit haben. Eine nicht retardierte Lösung (10 mg = 1 ml) ist verfügbar. Die fixe Kombination Oxycodon/Naloxon wird beworben mit verringerter Obstipation. Die Kombination verhindert eine Dosissteigerung über 160 mg Oxycodon/Tag. Der Bedarf an Laxantien ist erfahrungsgemäß nur unwesentlich verringert. Der Abbau erfolgt hepatisch, auf die Interaktion mit Betablockern (hemmen den Abbau) ist zu achten.

Hydromorphon ist fünf- bis achtmal wirksamer als Morphin. Es ist in Retardtabletten ab 2 mg aufwärts bis 24 mg verfügbar, nicht retardiert in 1,3 und 2,6 mg Tabletten, parenteral von 2 bis 100 mg Ampullen. Der Vorteil bei Hydromorphon ist die bessere Einsatzmöglichkeit bei Leber- und Niereninsuffizienz. Die große Spannweite der Dosierungen sei als Hinweis zu verstehen auf die große therapeutische Breite der Opioide.

Levomethadon ist ca. zwei- bis viermal potenter als Morphin. Es ist in Tropfen- und Tablettenform verfügbar, die Dosis wird langsam über Tage gesteigert. Es hat Vorteile bei neuropathischen Schmerzen. Wegen seiner speziellen Pharmakologie (Fast- and Slow-Metabolizer) soll es nur durch erfahrene Schmerztherapeuten eingesetzt werden.

Die Matrixpflaster mit **Buprenorphin** oder **Fentanyl** haben ihre Domäne bei stabilem Schmerzverlauf, bei Schluckunfähigkeit, gastrointestinaler Malabsorption oder „Vergesslichkeit“ der Patienten durch Reduktion der Tablettenzahl. Die Umrechnung für Fentanyl zu Morphin beträgt 1:100 (siehe auch Packungsbeilage Fentanylpflaster [2]).

Fentanyl wird von 12 µg/h bis 150 µg/h als Drei-Tage-Pflaster rezeptiert, Steigerungen sind sinnvoll bis 300 µg/h. Der Nachteil liegt in dem extrem langsamen An- und Abfluten des Wirkspiegels: Bei Ersteinstellung oder Dosisänderung ist

der Wirkspiegel frühestens nach 24 Stunden erreicht. Bei Umstellung von oral auf Pflaster soll daher die bisherige Opioidgabe in den ersten zwölf Stunden unverändert fortgesetzt werden. Falls die Patienten am dritten Applikationstag vermehrt über Schmerzen klagen als Indiz für eine verringerte Abgabe aus der Matrix, ist das Intervall auf 48 Stunden zu verkürzen, der Pflasterhersteller zu wechseln (verschiedene Beladung der Matrixsysteme mit Fentanyl) oder die Pflasterdosis generell zu erhöhen. Beim Aufkleben ist auf intakte, möglichst faltenfreie Haut (oberer Rücken- oder Brustbereich) zu achten. Die Ränder des Pflasters müssen umlaufend fest angedrückt werden. Teilweise abgelöste Pflaster (verringerte Kontaktfläche) sind gänzlich zu erneuern. Kachexie reduziert die Resorption und damit die Wirksamkeit. Wärme (Fieber oder Wärmflasche) erhöht die Resorption, dabei ist vermehrt mit Nebenwirkungen zu rechnen. Wegen der stabileren Freisetzung und Gefahr der Überdosierung bei Pflasterverletzung sollen nur noch Matrixpflaster und keine Reservoirpflaster verordnet werden. Als kurzwirksame Bedarfsmedikation stehen bukkal anzuwendende Schmelztabletten 100 bis 1.600 µg oder Nasensprays in verschiedenen Formen zur Verfügung. Der hohe Preis limitiert ihren Einsatz: die Einzeldosis kostet um 10 €. Da Fentanyl keinem Patentschutz unterliegt, haben sich als Individualrezeptur hergestellte Nasensprays (von 25 bis 400 µg/Hub) etabliert, die von ausgewählten Apotheken mit entsprechender Ausrüstung hergestellt werden.

Buprenorphin steht für die Therapie von Tumorschmerzen in Pflasterstärken von 35 oder 52,5 oder 70 µg/h alle vier Tage zur Verfügung. Die Umrechnung zu Morphin beträgt 1:75 bezogen auf die Tagesdosis. Im Unterschied zu den anderen Opioiden ist es ein partieller µ-Rezeptorantagonist: In geringeren Dosen wirkt es analgetisch, in höheren Dosen mehr antagonistisch am k-Opiodrezeptor (Ceiling-Effekt). Eine Dosierung über 140 µg/h ist daher obsolet. Als Bedarfsmedikament stehen nicht retardierte Sublingualtabletten in 0,2 und 0,4 mg zur Verfügung. Die niedrig dosierten Sieben-Tage-Pflaster

von Buprenorphin haben bei Tumorschmerzen keine Indikation.

Tapentadol ist zugelassen für die Behandlung chronischer schwerer Schmerzen. Studien zur Tumorschmerztherapie liegen bisher nicht vor. Laut Leitlinie gibt es keine Empfehlung zum Einsatz in der Tumorschmerztherapie. Ebenso wird auf den Einsatz der verschiedenen Cannabispräparate hier nicht eingegangen (vgl. Artikel in AVP 1/2018 [3]).

Durchbruchschmerzen

Bei Durchbruchschmerzen hat sich neben der parenteralen Gabe eines Opioids der Stufe 3 (zum Beispiel als Bolusgabe bei laufender Morphinmedikation durch eine Pumpe oder als s.c.-Applikation) Fentanyl als Nasenspray in angepasster Dosis seit über zehn Jahren sehr bewährt. Die Berechnung der Dosis des Bedarfes richtet sich nach der Pflasterstärke des Fentanyls: Empfohlen wird die Zwei- bis Vier-Stundendosis des aufgeklebten Pflasters als Spraydosis, um eine ausreichende Erhöhung des Wirkspiegels zu erzielen. Beispiel: Ein 25 µg/h Fentanylpflaster erfordert einen 50 µg/Hub Nasenspray, bei unzureichender Wirkung Wiederholung dieser Dosis in die gegenseitige Nasenöffnung nach zehn Minuten. Eine Schulung der Patienten (und Angehörigen!) über die richtige Anwendung (Flasche senkrecht halten und nicht waagrecht, Pumpenstempel vollständig herunterdrücken) mit Demonstration ist erforderlich [4]. Bei Erhöhung der Pflasterdosis ist das Nasenspray anzupassen.

Bei Individualrezepturen, aber auch bei den Fertigarzneimitteln, ist große Vorsicht wegen Verwechslungsgefahr mit anderen Nasensprays geboten.

Nebenwirkungen der Opioidtherapie

Die häufigsten Nebenwirkungen der Opiode sind Übelkeit (passager in den ersten Tagen der Einnahme), Obstipation (anhaltend während der gesamten Therapiedauer), Müdigkeit, seltener Harnverhalt bei Männern (multifaktoriell: körperliche Schwäche, Unmöglichkeit der Miktion im Stehen) und Verwirrtheit. Die ge-

fürchtete Atemdepression spielt deutlich seltener eine Rolle. Ausnahmen sind Endzustände einer fortgeschrittenen COPD mit CO₂-Retention oder neurodegenerative Erkrankungen (ALS) mit reduziertem Atemantrieb. Hier kann das eingesetzte Opioid in Kombination mit O₂-Gabe (persönliche Erfahrung) eine CO₂-Narkose mit fatalen Folgen auslösen – insbesondere die transdermalen Systeme: Das Opioid wird auch bei anhaltender Bewusstlosigkeit weiter resorbiert! Die Indikation von Opioiden bei derartigen Krankheitszuständen ist streng zu stellen bzw. es sind kleinste Dosierungen anzusetzen mit häufigen Kontrollen.

Der Einsatz der Opiode erfordert eine **adjuvante Medikation** zur Behandlung der Nebenwirkung: Bei Übelkeit hat sich niedrig dosiert Haloperidol (3 x 5 Tropfen, alternativ Metoclopramid bis 3 x 10 mg) vor der Nahrungsaufnahme in den ersten Tagen bewährt. Bei Obstipation müssen Laxanzien wie Macrogol mit reichlich Flüssigkeit eingenommen werden, ergänzend/alternativ können Bisacodyl-Tropfen eingesetzt werden. Lactulose-Sirup ist zwar preiswerter in der Verordnung, verursacht aber häufig Blähungen.

Bei mehrtägiger Obstipation sind rektale Systeme (Suppositorien, Klysmen, Einläufe) zusätzlich notwendig. Als Ultimo ratio steht der periphere Opioidrezeptorantagonist Naltrexon parenteral zur Verfügung. Die Kontraindikationen von Naltrexon (Peritonealkarzinose, Divertikulose wegen möglicher Perforation) sind zu beachten. Bei Opioidmedikation ist die Verordnung von Laxanzien eine Kassenleistung (Vermerk auf dem Rezept). Eine Kombination von Laxantien mit verschiedenen Wirkprinzipien ist sinnvoller als die Maximaldosis einer Einzelsubstanz.

Bei mechanischem Ileus sind Laxanzien kontraindiziert und alternative Therapien einzuleiten. Dies betrifft auch die Analgetika, die umgehend von oral (unsichere bzw. fehlende Resorption) auf parenteral umzustellen sind (allenfalls noch Suppositorien möglich).

ZNS-Nebenwirkungen durch Opiode reichen von leichter Benommenheit bis zu massiver Sedierung. Bei schweren Nebenwirkungen wie Halluzination und Delir ist die Einnahme umgehend zu pausieren. Nach Abklingen der Symptome kann nach

einem Opioidwechsel ein erneuter Therapievorschlag in reduzierter Dosis unternommen werden. Eine leichte Sedierung ist in der fortgeschrittenen Palliativsituation eher vorteilhaft.

Wegen der ZNS-Nebenwirkungen sind Patienten auf eingeschränkte Fahrtüchtigkeit (bei stabiler Opioidmedikation) bzw. Fahruntüchtigkeit bei wechselnder Opioidmedikation (Einsatz der Bedarfsmedikamente) hinzuweisen – dies ist in den Unterlagen zu dokumentieren.

Die bei hoher Dosierung häufiger auftretenden Myoklonien unter Morphin lassen

sich durch einen Wechsel des Opioids auf Hydromorphon oder Fentanyl zumindest reduzieren. Wenn trotz unzureichender Analgesie die Nebenwirkungen des eingesetzten Opioids eine Dosissteigerung verbieten, empfiehlt sich der Wechsel von einem Opioid der Stufe 3 auf ein anderes. Umrechnungstabellen erleichtern den Wechsel (vgl. [5]). Die Dosis des neuen Opioids soll verringert sein, wenn die Nebenwirkung Grund des Wechsels ist. Die Dosis kann äquivalent sein, wenn wegen ungenügender Wirkung gewechselt wird (vgl. Tabelle 1).

Sollte auch die kontinuierliche parenterale Opioidgabe (Morphin oder Hydromorphon) nicht zu einer ausreichenden Schmerzkontrolle führen oder zu starke Nebenwirkungen verursachen, kann die Morphin-Applikation in einzelnen Fällen mittels Peridural- oder Spinalkatheter in Kombination mit Clonidin (Off-Label-Use [6]) und einem Lokalanästhetikum erfolgen. Dies erfordert die entsprechende fachliche Expertise und ein stationäres Setting. Der Vorteil ist die Verringerung der Opioiddosis um den Faktor 100. Auf die lokale Schmerztherapie mittels Blo-

Tabelle 1: Morphinäquivalenzdosen

Opium	Umrechnungsfaktor laut LONTS ¹ /NHS ²	Fachinformation
Morphin oral retardiert/unretardiert	1	
Fentanyl TTS	1 : 100	Der Hersteller empfiehlt eine Konversion 1 : 150 bei Opiodrotation und instabilen Patienten bzw. 1 : 100 bei stabilen Patienten (a & c)
Buprenorphin TTS	1 : 75	Die relative Potenz von Buprenorphin in unterschiedlichen Darreichungsformen und verschiedenen klinischen Situationen ist in der Literatur wie folgt beschrieben (b & c): Morphin peroral : Buprenorphin intramuskulär als 1 : 67–1 : 150 (einmaliges Akutschmerzmodell) Morphin peroral : Buprenorphin sublingual als 1 : 60–100 (Einmalgabe, Akutschmerzmodell, Mehrfachgabe, chronischer Schmerz, Tumorschmerz) Morphin peroral : Buprenorphin transdermal als 1 : 75–115 (Mehrfachgabe, chronische Schmerzen)
Buprenorphin sublingual	1 : 80	Bisher wurden keine Studien zu Äquivalenzdosen zu Morphin publiziert. Entsprechend liegen keine Angaben von den Herstellern vor.
Hydromorphon oral retardiert/unretardiert	1 : 5–7,5	Hersteller empfehlen eine Äquivalenzdosis zu oralem Morphin von 1: 5–10 (c)
Oxycodon oral retardiert/unretardiert	1 : 2	In Fachinformation keine Angaben zu Äquivalenzdosen (c)
Tilidin oral retardiert	10 : 1	In Fachinformation keine Angaben zu Äquivalenzdosen (c)
Tramadol oral retardiert/unretardiert	10 : 1	Hersteller empfehlen eine Äquivalenzdosis von 10–7:1
Tapentadol oral	2,5 : 1	Laut Fachinformation keine Angaben zu Äquivalenzdosen (c)

(a) Fachinformation Fentanyl AL TTS Matrixpflaster – Kurzlink: <https://tinyurl.com/mvszekyf/> (06.11.22)
 (b) Fachinformation transdermales Pflaster – Kurzlink <https://tinyurl.com/35u56dbd/> (Zugriff: 06.11.2022)
 (c) <https://www.schmerzgesellschaft.de> → LONTS → Opioidrotation – Kurzlink: <https://tinyurl.com/2p8utfnu/>
 Umrechnungstabelle für Opioide siehe www.palliativnetz-brv.de → für Ärzte – Kurzlink: <https://tinyurl.com/ys4nknzc/>

Abkürzungen: LONTS: Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen; NHS: National Health Service.

ckade (Plexus oder Truncus coeliacus) wird hier nicht weiter eingegangen.

Eine Alternative in der Finalsituation des Krankheitsverlaufes ist die sogenannte **palliative Sedierung**: Mittels kontinuierlicher Midazolam- oder Propofol-Gabe wird unter Fortführung der parenteralen Analgetikatherapie das Bewusstsein soweit gedämpft, dass der Zustand vom Patienten als subjektiv erträglich eingestuft wird.

Informationen siehe unter:

<https://www.palliativmedizin.uk-erlangen.de/forschung/downloads/dokumentationsvorlagen-palliative-sedierung/>;
Kurzlink: <https://tinyurl.com/58evhddp/>
sowie Leitlinienprogramm Onkologie (S3-Leitlinie Palliativmedizin, Version 2.0, August 2019: Kapitel 18 Seite 411–463 Todeswünsche bis Kapitel 18.4 Umgang mit Patienten mit Todeswunsch).

Die palliative Sedierung ist eine akzeptable Alternative zum gelegentlich vom Patient gewünschten assistierten Suizid – eine Begleitung **im** Sterben, **nicht zum** Sterben.

Alle Opiode können bei prädisponierten Patienten zu psychischer Abhängigkeit führen mit der Neigung der häufigen Einnahme und Dosissteigerung. Besonders die rasch anflutenden Präparate (Fentanyl nasal appliziert; Oxycodon) haben eine euphorisierende Begleitwirkung. Die im ambulanten Setting eingesetzten Morphinpumpen haben den Komfort einer Bolustaste. Um eine versehentliche repetitive Auslösung dieser Funktion und damit eine Überdosierung zu verhindern, wird eine „Sperrzeit“ eingestellt – abhängig von der Schmerzdynamik und der Höhe der Dosis des Bolus: mindestens 20 Minuten.

Die in Deutschland restriktive Verordnung durch die BtMVV ist ein gewisser Schutz vor unkontrollierter Dosissteigerung. Bei längerer Einnahme von höheren Dosen entsteht bei allen Patienten eine körperliche Abhängigkeit. Ein abruptes Absetzen insbesondere hoher Dosen muss daher vermieden werden, andernfalls ist mit Entzugssymptomen (Herzrasen, Schwitzen, Dysphorie) zu rechnen. Die gefürchtete psychische Abhängigkeit stellt in der fortgeschrittenen Palliativsituation kein eigentliches Problem dar, da der Krank-

heits- (bzw. Lebens-)lauf limitiert ist, der Nutzen durch die ausreichende Analgesie (= Lebensqualität) überwiegt diesen Nachteil bei Weitem.

Co-Analgetika

Bei starken **neuropathischen Schmerzen** (elektrisierend, einschließend, verbunden mit Taubheitsgefühl bei Belastung) helfen Antikonvulsiva wie Gabapentin (Start mit 300 mg/Tag, max. 3600 mg/Tag verteilt über Einzeldosen) oder Pregabalin (Start 25 bis 75 mg zur Nacht, max. 600 mg/Tag verteilt auf mehrere Gaben), den Schmerz zu reduzieren. Weil die Medikamente Müdigkeit als Nebenwirkung haben, kann die erste Dosis vorzugsweise abends eingenommen werden. Dosissteigerungen haben langsam über Tage zu erfolgen, in der Regel wird nicht die Maximaldosis benötigt. Die niedrigste wirksame (oder tolerierte) Dosis ist die Erhaltungsdosis. Ein abruptes Absetzen nach längerer Einnahme ist zu vermeiden wegen Entzugssymptomen bzw. Entzugskrämpfen. Pregabalin wirkt auch bei generalisierter Angststörung [7]. Bei nächtlichen brennenden Ruheschmerzen helfen Antidepressiva vom Typ Amitriptylin, Beginn mit 25 bis 50 mg. In der Regel sind 75 mg zur Nacht ausreichend, insbesondere bei älteren Patienten. Bei den komorbiden Patienten sind die Kontraindikationen (kardial, hepatisch, Harnretention) zu beachten. Eine Alternative bei neuropathischem Schmerz ist die Gabe von Levome-thadon (siehe oben).

Bis zu einem Drittel der Tumorpatienten leidet unter einer behandlungsbedürftigen **Depression**. Ohne Antidepressiva führt die alleinige Schmerztherapie nicht zu einem zufriedenstellenden Ergebnis. Wenn Schlafstörungen und Appetitmangel als häufige Begleiterscheinung zusätzlich vorliegen, empfiehlt sich die Verordnung von Mirtazapin. Die Aufklärung über den Einsatz dieses Medikamentes soll auch über die „erwünschten“ Nebenwirkungen erfolgen. Werden Appetitsteigerung, guter Schlaf sowie Stimmungsverbesserung genannt, erhöht sich die Akzeptanz zur Einnahme durch die Palliativpatienten. Einstiegsdosis sind 15 mg zur Nacht (bei Untergewicht und höherem Al-

ter auch 7,5 mg). Mit dem Einsetzen der antidepressiven Wirkung ist frühestens nach einer Woche zu rechnen. Liegt eine Antriebsschwäche vor, kann ein Therapieversuch mit Citalopram 10 mg morgens begonnen werden. Bei allen Antidepressiva sind die Kontraindikationen zu beachten. Bei allen depressiven Patienten soll zusätzlich nach Suizidgedanken gefragt werden, um rechtzeitig intervenieren zu können. Die Beteiligung eines Facharztes für Psychiatrie/Psychotherapie ist wünschenswert, wenn die Behandlungsdauer es erlaubt.

Bei vielen Patienten bestehen schmerzbedingte **Schlafstörungen**. Benzodiazepine vom Typ Lorazepam (0,5 bis 2,5 mg) sind eine wirksame Ergänzung zur Analgetika-Einnahme. Lorazepam-Schmelztabletten können auch bei Schluckschwierigkeiten eingenommen werden. Das Gewöhnungs- und Suchtpotenzial ist abzuwägen gegen die Verbesserung der Qualität der verbleibenden Lebensspanne.

Bei ausgeprägten viszeralen **spastischen Schmerzen** kann Butylscopolamin parenteral kontinuierlich oder als Kurzinfusion appliziert werden. Die orale Gabe ist wegen mangelnder Resorption so gut wie unwirksam. Die anticholinerge Nebenwirkung mit der Verringerung der Sekretion (Mund und Bronchien) wird in der Sterbephase zur Verringerung des ausgeprägten Trachealrasseln genutzt. Auf die Nebenwirkung bezüglich erhöhten Augeninnendrucks ist zu achten.

Bei Knochenschmerzen ist bei ausgeprägtem **Knochenödem** um die Metastasen Dexamethason als abschwellendes Medikament wirksam (Vorsicht bei Kombination mit NSAR: ulzerogenes Risiko vervielfacht!).

Bei zu erwartender mehrmonatiger Schmerztherapie der Knochenmetastasen ist neben einer Kausaltherapie (OP und/oder Bestrahlung) der Einsatz der sogenannten **Bisphosphonate** auch als Co-Analgetika zu erwägen. Neben den intravenös zu applizierenden Bisphosphonaten **Pamidronat**, **Ibandronat** und **Zoledronat** steht der s. c. zu applizierende humane monoklonale IgG2-Antikörper Denosu-

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Schmerztherapie bei Tumorpatienten in der (fortgeschrittenen) Palliativsituation“ von Dr. med. Andreas Rost finden Sie hier abgedruckt und im Mitglieder-Portal (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal vom 25. Ja-

nuar 2023 bis 24. Juli 2023 möglich. Die Fortbildung ist mit zwei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben. Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Nach Angaben des Autors sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte.

ma gegen den RANK-Ligand zur Verfügung. Vor Beginn ist zahnärztlich ein entzündlicher Fokus im Gebissbereich auszuschließen (**Cave:** Kieferosteonekrose). Die parenterale Gabe der Bisphosphonate alle drei bis vier Wochen ist der oralen Gabe wegen der Umständlichkeit der Einnahme, der geringen Resorptionsquote und dem regelmäßigen Patientenkontakt (gegebenenfalls in Kooperation mit dem behandelnden Onkologen) zu bevorzugen. Vor der Gabe sollen der Kalziumspiegel kontrolliert, Kalzium und Vitamin D substituiert werden.

Dexamethason ist als Co-Analgetikum bei **Leberkapselspannungsschmerz** hochwirksam. Neben den bekannten unerwünschten Nebenwirkungen besitzt Dexamethason das in der Palliativmedizin häufig erwünschte Potenzial der Appetitsteigerung, Antriebssteigerung und Stimmungsverbesserung. Auf gegenteilige psychische Nebenwirkungen (Schlafstörungen, Alpträume, Wahnvorstellungen) ist der Patient zu befragen. Die morgendliche Einmalgabe der gesamten Tagesdosis ist

wegen der langen Wirkdauer ausreichend – und verringert die Schlafstörungen.

Ethische Aspekte der Palliativbehandlung

Eine abschließende ethische und juristische Reflexion zur Überlegung von erwünschter Wirkung und möglicher Nebenwirkung ist unter [8] nachzulesen. Eine elementare ärztliche/pflegerische Aufgabe ist die Begleitung des Sterbenden: lindernde Betreuung der Symptome, Eingehen auf emotionale Not, Gewähren von menschlicher Nähe, Zeit für (non-)verbale Kommunikation. Rechtlich ist der Arzt zur Hilfe im Sterben verpflichtet, auch wenn auf lebenserhaltende Maßnahmen verzichtet wurde. Eine unterlassene Schmerztherapie kann als unterlassene Hilfeleistung gewertet werden.

Eine Behandlungsbegrenzung (= Sterbenlassen – früher „passive Sterbehilfe“) liegt vor, wenn eine lebenserhaltende Behandlung wegen nicht (mehr) bestehender medizinischer Indikation nicht begonnen

oder eine laufende nicht fortgesetzt oder aktiv beendet wird.

Durch Therapiezieländerung tritt die Palliation in den Vordergrund. Sie bedarf einer ausführlichen Absprache mit Mitbehandelnden, Angehörigen und den Patienten. Eine effektive Symptomkontrolle im Sterbeprozess kann als unbeabsichtigte (!) Nebenwirkung eine Lebensverkürzung zur Folge haben (früher „indirekte Sterbehilfe“). Sie ist straflos, wenn sie medizinisch indiziert ist, ein entsprechender Patientenwille und keine Tötungsabsichten vorliegen.

Fazit für die Praxis

Schmerzen bei Tumorpatienten in der Palliativsituation effektiv zu behandeln, setzt neben Kenntnissen der Pharmakologie der eingesetzten Arzneimittel und möglichst wenig invasiver Abklärung der Ursachen des Schmerzes auch das einfühlsame Eingehen auf Wünsche und Sorgen der Patienten und deren Angehörigen voraus.

Dr. med.
Andreas Rost
Groß-Umstadt
E-Mail:
rostmedv@web.de



Foto: Peter Habermehl

Palliativteam Frankfurt
Geleitstraße 14 | 60599 Frankfurt
E-Mail: info@palliativteam-frankfurt.de

Die Literaturhinweise finden sich auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“. Interessenkonflikte: Ein Interessenkonflikt wird vom Autor verneint.

Errata zum CME-Artikel HÄBL 01/2023 Tumordiagnostik beim Mammakarzinom

Im CME-Beitrag „Tumordiagnostik beim Mammakarzinom“ in Ausgabe 01/2023 muss auf S. 13 in der **CME-Frage Nr. 10** Antwortmöglichkeit 2 das Wort „CDK4/5-Inhibitor“ durch richtig „CDK4/6-Inhibitor“ ersetzt werden.

Ferner ist auf S. 9 an zwei Stellen (erste und mittlere Spalte) die Rede von einer „zweijährigen oralen Therapie“ mit Olaparib. Richtig muss es heißen „einjährige Therapie“. In der Online-Ausgabe und in der App ist alles korrigiert. (red)

Multiple-Choice-Fragen: Schmerztherapie bei Tumorpatienten in der (fortgeschrittenen) Palliativsituation

VNR: 2760602023024530009

(eine Antwort ist richtig)

1. Welche Aussage stimmt?

Eine Depression bei Tumorpatienten mit Schmerzen ...

- 1) ... ist sehr selten.
- 2) ... kann bei vorbestehender Opioidtherapie nicht medikamentös behandelt werden.
- 3) ... kommt bei einem Drittel der Patienten vor.
- 4) ... haben praktisch alle Erkrankten.

2. Welche Aussage stimmt?

Das 3-stufige WHO-Schema der Analgetikatherapie ...

- 1) ... soll immer stufenweise von 1 bis 3 verordnet werden.
- 2) ... darf nicht kombiniert (Stufe 1 + 3) verordnet werden.
- 3) ... darf bei schweren Schmerzzuständen modifiziert werden: Stufe 2 (schwache Opioide) kann übersprungen werden.
- 4) ... hat sich in der Tumorschmerztherapie nicht bewährt.

3. Welche Aussage stimmt?

Novaminsulfon ...

- 1) ... soll wegen der Hypotonie immer oral gegeben werden.
- 2) ... soll wegen der Wirkdauer 4-mal täglich appliziert werden.
- 3) ... ist stark analgetisch und antiphlogistisch wirksam.
- 4) ... hat keine Maximaldosierung.

4. Welche Aussage stimmt?

Der Einnahmezeitpunkt der verordneten Schmerzmittel ...

- 1) ... wird vom Schmerzempfinden des Patienten bestimmt.
- 2) ... richtet sich nach der Art der Applikation (parenteral/oral).
- 3) ... ist variabel je nach Schmerzauslöser.
- 4) ... ist abhängig von der Wirkdauer der Medikamente (by the clock).

5. Welche Aussage stimmt?

Bei Durchbruchschmerzen ...

- 1) ... wird die Dosis der Regelmedikation verdoppelt.
- 2) ... werden retardierte Analgetika pausiert.
- 3) ... wird ein nicht retardiertes Analgetikum in ca. 1/6 Tagesdosis des Retardpräparates angewandt.
- 4) ... wird ein nicht retardiertes Analgetikum in ca. 1/2 Tagesdosis des Retardpräparates angewandt.
- 5) ... dürfen Schmerzmittel nicht vorbeugend gegeben werden.

6. Welche Aussage ist richtig?

Bei der Berechnung der notwendigen Schmerzmitteldosen ...

- 1) ... müssen verordnete retardierte (Basis) und zusätzlich verbrauchte nicht-retardierte Medikamente (Bedarf) addiert werden.
- 2) ... muss der Patient mündlich instruiert werden und nicht schriftlich.
- 3) ... darf der Patient den Bedarf nur nach telefonischer Rücksprache anwenden.
- 4) ... dürfen nur die Angehörigen/das Pflegepersonal den tatsächlichen Verbrauch bestimmen.
- 5) ... können nur Originalpräparate (keine Generika oder Individualrezepturen) rezeptiert werden.

7. Welche Aussage stimmt?

Stark wirksame Opioide der Stufe 3 ...

- 1) ... können nicht untereinander ausgetauscht werden.
- 2) ... dürfen nur von Ärzten für Schmerztherapie verordnet werden.
- 3) ... dürfen nicht über bestimmte Dosierungen im Therapieverlauf erhöht werden.
- 4) ... sollten bei gegebener Indikation kombiniert (retardiert und nicht retardiert) rezeptiert werden.
- 5) ... benötigen keine zusätzliche Medikation (Adjuvant oder Stufe 1).

8. Welche Aussage stimmt?

Nebenwirkungen der Opioidtherapie ...

- 1) ... erfordern immer das Absetzen der Opioide.
- 2) ... machen bei allen Patienten psychische und körperliche Abhängigkeit.
- 3) ... machen bei Ateminsuffizienz eine Sauerstoffgabe erforderlich.
- 4) ... sind immer unerwünscht.
- 5) ... erfordern bei Obstipation die Verordnung von Laxantien auf Kassenrezept.

9. Welche Aussage ist richtig?

Eine radiologische Bildgebung bei fortgeschrittenen Palliativpatienten ...

- 1) ... ist immer notwendig zur Optimierung der Schmerztherapie.
- 2) ... ersetzt die Schmerzanamnese und körperliche Untersuchung.
- 3) ... erleichtert, die psychische Verfassung des Patienten zu verstehen.
- 4) ... ist nur sinnvoll bei möglicher Kausaltherapie (OP; Bestrahlung) der Schmerzursache.
- 5) ... erfordert die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung.

10. Welche Aussage ist richtig?

Bei der Umrechnung der Opioide ist ...

- 1) ... Morphin zu Oxycodon wie 20:1.
- 2) ... Morphin subkutan zu oral wie 1:2.
- 3) ... Morphin zu Fentanyl wie 10:1.
- 4) ... Hydromorphen zu Oxycodon wie 1:1.
- 5) ... können orale Opioide nicht auf Opioid-Schmerzpflaster umgerechnet werden.

Literatur zum Artikel:

Medikamentöse Symptomlinderung bei Tumorpatienten in der (fortgeschrittenen) Palliativsituation

von Dr. med. Andreas Rost

- [1] Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> (Zugriff am 6. 11.2022). AWMF-Registernummer: 128/00 1OL, Langversion 2.0, 2019 oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/bdd7cm8j>
- [2] Informationen zur Umrechnung und zur Opioidrotation unter: <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/Artikel/201801/033h/index.php> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/3tyasx6j>
- Ratiopharm GmbH: Fachinformation „Fentanyl-ratiopharm® 12/25/50/75/100 Mikrogramm/h Matrixpflaster“. Stand: 2016.
- [3] Häuser W: Medizinalhanf in der Inneren Medizin, Schmerzmedizin und Palliativmedizin. *Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)* 2018; 45:23–28.
- Weitere Informationen zu Tapentadol: <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/WA/Archiv/Tapentadol.pdf>
- Weitere Informationen zu Cannabisarzneimitteln: www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/WA/Archiv-Fertigarzneimittel/Cannabis.pdf oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/4c4syab3>
- [4] Ausführliches Schulungsmaterial zum Umgang mit Fentanyl-Nasensprays ist für Patienten und Ärzte verfügbar unter: https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/Schulungsmaterial/Wirkstoff/_functions/F_node.html oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/rhvcaxsn>
- [5] Schnabel A, Rittner HL: Opioidrotation in der Praxis – was, warum und wie? *Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)* 2018; 45: 33–37. Kurzlink: <https://tinyurl.com/3tyasx6j>
- [6] Zum Umgang mit Off-Label-Use in der Palliativmedizin, Dr. Constanze Rémi, Prof. Dr. Claudia Bausewein. Hrg.: Kompetenzzentrum Palliativpharmazie mit Zentralstelle Off-Label-Use Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum München. In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V./ Zweite überarbeitete Auflage. Abrufbar unter: www.dgpalliativmedizin.de oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/mrvc3xf8>
- <https://www.dgpalliativmedizin.de/dgpaktuell/zum-umgang-mit-off-label-use-in-derpalliativmedizin-muenchener-kompetenzzentrum-palliativpharmazie-veroeffentlicht-gemeinsam-mit-der-dgp-zweite-auflage.html> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yckcesmc>
- [7] Informationen zum Abhängigkeitspotenzial von Pregabalin finden Sie unter: <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/vorab/20200217-Pregabalin.pdf> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/s94zuc3u>
- [8] Verrel, T, Schmidt, KW: Überblick zu den Fallgruppen der Sterbebegleitung und Sterbehilfe. *Hessisches Ärzteblatt* 2012; 73:501, via Kurzlink: <https://tinyurl.com/mrdhr4c3>



Weiterbildungsordnung
für Ärztinnen und Ärzte in Hessen 2020
(WBO 2020)

Foto: LÄKH/© bernie_photo - istockphoto.com

WBO 2020: Allgemeine Inhalte bei der Weiterbildung nicht vergessen!

ziel orientierte Auswahl. Diese fachrelevanten Punkte müssen bis zum Schluss der Weiterbildung genauso wie alle Spezifika der Gebiete, Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen angeleitet und erlernt werden. Inhaltliche Fortschritte sind vom Weiterzubildenden in das eLogbuch einzutragen und von den befugten Weiterbildern schrittweise zu bestätigen.

Die sogenannten allgemeinen Inhalte sind nicht neu, sie waren bereits in der WBO 2005 und vorherigen Fassungen enthalten. Sie waren im Paragrafenteil der WBO unter § 4 Abs. 4a und 4b aufgelistet. Auch bisher mussten die Weiterbilder diese Inhalte vermitteln und den Erwerb in einer tabellarischen Anlage zum Weiterbildungszeugnis bestätigen.

Welche der allgemeinen Inhalte gebietspezifisch zu erbringen und von den Befugten bzw. an der Weiterbildungsstätte darzustellen sind, wird mit den Weiterzubildenden vor ihrer Befugniserteilung ermittelt und im Bescheid festgehalten. Nach dem so genehmigten Befugnisumfang dürfen und sollen die Weiterzubildenden möglichst zu Beginn der Weiterbildung und spätestens im jährlichen Gespräch fragen. Die Befugten sollen ihre entsprechenden Defizite den Weiterzubildenden offenlegen. Eventuelle Lücken müssen dann geplant an einer anderen Weiterbildungsstätte ergänzt werden. Hierbei wird auch das verschriftlichte Weiterbildungs-Curriculum der weiterzubildenden Einrich-

tung eine weiterführende Hilfe bieten können. Ergänzende Kooperationen zwischen Weiterbildungsstätten, z. B. über den Weg einer Abordnung, können dabei sehr hilfreich sein. Rahmenkonzepte dafür müssen allerdings durch die LÄKH vorab bestätigt werden. Die Notwendigkeit für manche der fächerübergreifenden Anforderungen bei der Weiterbildung ist auch durch gesetzliche und gesellschaftliche Verpflichtungen gegeben, die den ärztlichen Beruf unmittelbar betreffen. Alle ambulant oder klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte müssen z. B. jederzeit und unverzüglich eine Leichenschau durchführen können (vgl. Hessisches Friedhöfe- und Bestattungsgesetz). Jede Ärztin und jeder Arzt ist zudem gesetzlich gefordert und nach Approbation befugt, die Bevölkerung zu impfen (vgl. Masernschutzgesetz). Gesetzliche Regelungen zur Bekämpfung der Klimakrise fordern von allen Ärztinnen und Ärzten, berufliche Kompetenzen für die Patientenbehandlung, Selbstschutz und Klimaschutz zu erwerben und mitverantwortlich umzusetzen (vgl. Klimagesetze von EU, Bund und Ländern). Hierauf wollen wir als Landesärztekammer Hessen hinweisen und unseren fachlichen Beitrag mit neuen Refresherkursen leisten.

Die „Allgemeinen Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B“ finden sich in der WBO 2020 auf S. 20/21 und im Anschluss dieses Artikels in der Online-Ausgabe 02/2023.

Das muss jede Ärztin und jeder Arzt können: Refresherkurse bei der Akademie in Vorbereitung

Die Akademie für Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen wird zur Unterstützung der Weiterzubildenden und der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung ab Frühjahr 2023 neue, kurz gefasste Refresherkurse zu den übergreifenden Themen der allgemeinen Inhalte anbieten. Zunächst stehen dabei die **Ärztliche Leichenschau**, das **Impfwesen** und der **gesundheitliche Klimaschutz** im Fokus. Die Veranstaltungen werden auf Weiterzubildende wie

auch Weiterbildungsbefugte ausgerichtet sein. Bitte achten Sie auf neu angekündigte Formate in den „blauen Seiten“ des HÄBL und online: www.akademie-laekh.de. Sehr gerne wird die Akademie Ihr Interesse in die aktuelle Planung integrieren: Bitte informieren Sie uns über Ihren persönlichen Bedarf oder über Fortbildungswünsche einer Gruppe aus Ihrem Arbeitsumfeld informell per E-Mail: akademie@laekh.de.

Dr. med. H. Christian Piper
Stellv. Vorsitzender LÄKH-Ausschuss
Ärztliche Weiterbildung

Dr. med. Wolf Andreas Fach
Vorsitzender LÄKH-Ausschuss
Ärztliche Weiterbildung

Nina Walter
Leiterin der Stabsstelle
Qualitätssicherung und Stellv. Ärztliche
Geschäftsführerin der LÄKH

Daniel Libertus
Leiter der LÄKH-Abteilung
für Ärztliche Weiterbildung

Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B

unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägungen

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten
Grundlagen	
Ethische, wissenschaftliche und rechtliche Grundlagen ärztlichen Handelns	
	Vertiefung und Stärkung berufsspezifischer Haltungen zum Wohl des Patienten, die auf ärztlicher Expertise, anerkannten ethischen Grundsätzen, Kommunikativität, Kollegialität und präventivem Engagement beruhen
Grundlagen ärztlicher Begutachtung	
	Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements einschließlich des Fehler- und Risikomanagements sowie Anwendung von Leit- und Richtlinien
Grundlagen der Transplantationsmedizin und Organisation der Organspende	
Ökonomische und strukturelle Aspekte des Gesundheitswesens	
	Hygienemaßnahmen
	Ärztliche Leichenschau
Patientenbezogene Inhalte	
	Management (nosokomialer) Infektionen mit multiresistenten Erregern
	Beratung über präventive und rehabilitative Maßnahmen einschließlich der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln sowie Indikationsstellung und Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen
	Situationsgerechte ärztliche Gesprächsführung einschließlich der Beratung von Angehörigen
	Aufklärung und Befunddokumentation
	Durchführung einer strukturierten Patientenübergabe
Psychosomatische Grundlagen	
Psychosoziale, umweltbedingte und interkulturelle Einflüsse auf die Gesundheit sowie Zusammenhang zwischen Krankheit und sozialem Status	
Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit	
Besondere Situationen bei der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden	
	Therapieentscheidungen am Lebensende einschließlich Angehörigengespräche
Symptome der Verletzung von körperlicher und/oder psychischer Integrität	
	Beurteilung von Besonderheiten der Erkrankungen und Einschränkungen im Alter
Genderaspekte und Aspekte der Geschlechtsidentität	
Telemedizin	

Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten
Behandlungsbezogene Inhalte	
Ätiologie, Pathophysiologie und Pathogenese von Krankheiten	
Seltene Erkrankungen	Medizinische Notfallsituationen, insbesondere lebensrettende Sofortmaßnahmen
	Pharmakotherapie, Pharmakovigilanz und Arzneimitteltherapiesicherheit sowie Arzneimittelmissbrauch
	Schmerzprävention und allgemeine Schmerztherapie bei akuten und chronischen Schmerzen
	Interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit
	Impfwesen/Durchführung von Schutzimpfungen
Besonderheiten bei der Betreuung von Menschen mit Behinderung	
Technisch-diagnostische Inhalte im Zusammenhang mit gebietsspezifischen Fragestellungen	
Präanalytik und labortechnisch gestützte Nachweisverfahren	
	Point-of-Care-Diagnostik mit visueller oder apparativer Ausstattung
	Indikationsstellung und Befundinterpretation des krankheitsbezogenen Basislabors
	Interdisziplinäre Indikationsstellung zur weiterführenden Diagnostik einschließlich der Differentialindikation und Interpretation bildgebender Befunde

Röteln und Masern: Eliminiert oder nur vergessen?

Zur Bedeutung der Labordiagnostik bei Verdachtsfällen

Die AG Infektionsschutz der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden informiert: Masern und Röteln sind in Deutschland sehr selten geworden. Für Röteln hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Status der Elimination im Jahr 2020 anerkannt. Es konnte gezeigt werden, dass eine endemische Transmission von Röteln über einen Zeitraum von 12 Monaten hierzulande nicht mehr stattfand. Das bedeutet aber nicht, dass in Deutschland keine Rötelninfektionen mehr vorkommen. Wir werden weiter Fälle haben, die sicher erkannt und bewertet werden müssen.

Für Masern konnte bisher aus Sicht der Regionalen Verifizierungskommission der WHO noch nicht eindeutig belegt werden, dass in Deutschland eine endemische Transmission unterbrochen ist. Somit gilt hier aktuell weiterhin der Status einer endemischen Transmission (Stand 25.08.2021, Robert Koch-Institut, RKI), auch wenn es wenig Hinweis auf ein derartiges Geschehen gibt. Insbesondere bei sehr niedrigen Meldedaten (Tab. 1) drängt sich die Frage auf, ob die Überwachung sensitiv genug ist, um alle Fälle zu identifizieren. Rötelninfektionen verlaufen häufig ohne nennenswerte oder nur mit unspezifischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, was eine Nachverfolgung von Über-

tragungsketten deutlich erschwert. Die WHO fordert zur Einschätzung der Qualität der Surveillance mindestens zwei Fälle/100.000 Einwohner, bei denen eine Masern- oder Rötelerkrankung aufgrund der labormedizinischen Diagnostik trotz Vorliegens einer typischen Symptomatik ausgeschlossen werden konnte. Daher kommt der Labordiagnostik vor allem bei den folgenden klinischen Fragestellungen eine besondere Bedeutung zu.

Klinische Fragestellungen

Die weitergehende Diagnostik der Masern und der Röteln in spezialisierten Laboren wird aktuell hauptsächlich bei folgenden Situationen notwendig:

- Akute exanthematöse Erkrankung, ggf. mit katarrhalischen Symptomen.
- Ganz besonders bei kürzlich eingereisten Migrantinnen oder Migranten aus Afghanistan und/oder aus Regionen mit niedrigen Impfquoten (z. B. Ukraine und andere Nachfolgestaaten der Sowjetunion).
- Arbeitsmedizinische Untersuchungen zur Kontrolle des Masernstatus mit Nachweis von IgM und wenig spezifischen Symptomen, auch in Gemeinschaftseinrichtungen (nach 1970 Geborene).

Im Fall des Nukleinsäurenachweises ist eine möglichst komplette Kontaktpersonen-Nachverfolgung anzustreben.

Labordiagnostik

Die Diagnostik einer akuten Infektion mit dem Masern- oder dem Rötelnvirus erfolgt meistens durch Kombination der folgenden Methoden:

1. Nachweis von Virusgenomen mittels RT-PCR aus Rachenabstrich, Zahntaschenflüssigkeit oder Urin, gewonnen innerhalb von fünf Tagen nach Symptombzw. Exanthembeginn. Abhängig von der Präanalytik (Entnahmetechnik und -zeitpunkt, Transportzeit/Lagerung) sowie der Infektionsphase sind falsch negative Ergebnisse möglich. Die PCR-Untersuchung soll durch spezialisierte Labore vorgenommen werden, da in der derzeitigen Präeliminationsphase nur noch wenige positive Proben anfallen und spezielle Expertise zum Ausschluss falschpositiver Ergebnisse erforderlich ist. Kontaktadressen siehe nächste Seite.

2. Nachweis der Serokonversion und damit der Infektion

Masern:

- bei Ungeimpften: Nachweis von IgM im Serum. Masern-IgM-Antikörper sind bei ca. 30 % der Erkrankten erst drei Tage nach Exanthem- bzw. Symptombeginn nachweisbar.
- bei Geimpften: Ein IgM-Nachweis kann häufig ausbleiben, möglich ist aber der Nachweis eines deutlichen Anstiegs der IgG-Antikörper in einer zweiten Serum-Probe (10 bis 14 Tage später).

Tab. 1: Meldefälle nach Referenzdefinition für Masern und Röteln

Meldefälle für Deutschland, Datenstand 04.12.2022 (RKI/SurvStat)			Meldefälle für Hessen, Datenstand 15.12.2022 (HLPUG/SurvNet)		
Meldejahr	Masern	Röteln	Meldejahr	Masern	Röteln
2018	545	16	2018	26	0
2019	516	18	2019	28	1
2020	76	7	2020	9	0
2021	10	5	2021	0	1
2022	14	3	2022	2	0

Röteln:

Auf IgM-Antikörper sollte möglichst ab Tag 5 nach Beginn der Symptomatik untersucht werden, da zu diesem Zeitpunkt über 90 % der Fälle ein positives IgM zeigen. Die Nachweisbarkeit besteht bis sechs Wochen nach Symptombeginn.

Bei IgM-Negativität, aber charakteristischer Symptomatik wird eine Wiederholung nach 14 Tagen empfohlen. Auch bei Geimpften kann der IgM-Nachweis mehrere Monate positiv sein.

Hinweis: Aufgrund der geringen Fallzahlen von Röteln in Deutschland ist die überwiegende Anzahl positiver IgM-Antikörper-Nachweise gegen Röteln falsch positiv; Gründe können persistierende IgM-Antikörper, eine polyklonale IgM-Stimulation, Rheumafaktoren oder eine Kreuzreaktion mit anderen Viren sein. Positive Befunde sollten daher durch das Nationale Referenzzentrum für Masern, Mumps und Röteln (MMR) durch ergänzende serologische Untersuchungen bestätigt werden, ggf. inklusive PCR-Untersuchung und Genotypisierung.

Welche Diagnostik eignet sich?

Wenn bei Kindern, z. B. bei mildem Krankheitsverlauf und nur vagem Verdacht, auf eine Blutentnahme verzichtet werden soll, kommt dem Direktnachweis des Erregers mittels PCR aus Rachenabstrich, Oral fluid (bei Verdacht auf Masern) oder Urinprobe eine besondere Bedeutung zu und sollte bevorzugt durchgeführt werden.

Ein weiterer Vorteil des Direktnachweises mittels PCR ist, dass bei positivem Befund eine Typisierung am Nationalen Referenzzentrum für Masern, Mumps und Röteln angeschlossen werden kann. Dies ermöglicht bei Masern zudem eine Unterscheidung zwischen Impfvirus und Wildtyp, z. B. hilfreich nach Postexpositi-

onsprophylaxe, und spielt bei der Elimination eine zentrale Rolle hinsichtlich des Nachweises von (endemischen) Infektketten. Ein rein serologischer Nachweis (Serokonversionsnachweis mittels IgM-Nachweis bzw. Serumpaar) erscheint insbesondere bei Exanthembeginn aufgrund der geringeren Sensitivität und der ggf. zeitlich verzögerten Bestätigung für eine zeitnahe Nachverfolgung der Infektketten allein nicht zielführend.

Empfohlenes Vorgehen

Die AG Infektionsschutz empfiehlt, bei allen exanthematischen Erkrankungen mit möglicher Differenzialdiagnose Masern oder Röteln innerhalb von fünf Tagen nach Exanthem- bzw. Symptombeginn einen Rachenabstrich und/oder Urin (bei Masern auch Oral Fluid) zu entnehmen und eine PCR zu veranlassen.

Bei positivem PCR-Test sollte eine Typisierung am Nationalen Referenzzentrum für MMR erfolgen. Bei negativem PCR-Nachweis ist ggf. eine serologische Diagnostik zum Ausschluss einer Infektion anzuschließen.

Zum Zweck der Ermittlungen, aber auch um die Labor diagnostik über Referenzlabore schnell in die Wege leiten zu können, ist es wichtig, dass Masern- und Rötelerkrankungen gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) schon als Verdachtsfälle umgehend an das Gesundheitsamt gemeldet werden.

Kontaktadressen für die Anforderung von Probenentnahmematerial und Probeneinsendung:

Nationales Referenzzentrum für Masern, Mumps und Röteln (NRZ MMR) am RKI:

- Entnahmesets für Röteln und Masern können kostenfrei angefordert werden unter RKI → Infektionsschutz → NRZ und Konsiliarlabor → Masern, Mumps, Röteln → Entnahmesets; Kurzlink: <https://tinyurl.com/3fazsh6s>
- Versandadresse für Proben mit Probenbegleitschein unter RKI → Infektionsschutz → NRZ und Konsiliarlabore → Masern, Mumps, Röteln → Probenversand; Kurzlink zum Probenbegleitschein: <https://tinyurl.com/235tsu9b>

Anschrift: NRZ MMR | Robert Koch-Institut | Seestr. 10 | 13353 Berlin

Dr. Matthias Trost

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Referat V 7A (Infektionsschutz, Medizinische Gefahrenabwehr)

E-Mail: impfen@hsm.hessen.de

für die AG Infektionsschutz (AG-I) der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden

Anzeige

Endemische Transmission

Eine endemische Transmission bezeichnet das Auftreten einer kontinuierlichen Infektionskette der Masern- oder Röteln in Deutschland über einen Zeitraum von 12 Monaten oder länger.

Der Staphylokokkus aureus Bakteriämie (SABak) den Kampf angesagt!

Die Arbeitsgruppe Antibiotic-Stewardship (ABS-AG) definiert einen gemeinsamen Standard zum Umgang mit der SABak

Die besorgniserregende Zunahme multi-resistenter Erreger – in der jüngsten Zeit vermehrt multiresistente gramnegative Enterobakterien –, die zurückhaltende Entwicklung neuer Antiinfektiva und Lieferausfälle wesentlicher Therapeutika zwingen zum sorgsamem Umgang mit Antiinfektiva.

Die Weltgesundheitsorganisation prägte jüngst den Begriff „stille Pandemie“: Denn, anders als die Corona-Viren, schleichen sich Antibiotika (AB)-Resistenzen weitgehend unbemerkt in unser Leben.

Eine neue Publikation aus dem Lancet (2022,[7]) schätzt, dass knapp fünf Millionen Menschen im Rahmen von AB-Resistenzen pro Jahr versterben. In wärmeren Weltregionen (z. B. Subsahara/Afrika) lag die Letalität bei einer Inzidenz durch AB-Resistenzen bei etwa 24/100.000 Einwohnern, gut entwickelte Länder Nordeuropas mit etablierten Hygiene- und ABS-Strategien zählten „nur“ 6–13 Todesfälle/100.000 Einwohner.

ABS-AG im MRE-Netz Rhein-Main

Die ABS-AG hat sich innerhalb des MRE-Netzes Rhein-Main im März 2016 anlässlich einer ABS-Veranstaltung in der BG-Unfallklinik Frankfurt/Main (BGU) gegründet, mit dem Ziel, sektorenübergreifend regionale Aktivitäten im Kampf gegen multiresistente Erreger zu bündeln.

Definition Sepsis

Nach aktueller S3-Leitlinie handelt es sich bei einer Sepsis „... um eine lebensbedrohliche Organdysfunktion, ausgelöst durch eine Infektion, welche mit einer Regulationsstörung beim Wirt einhergeht“. [1] Sepsis ist ein medizinischer Notfall, analog zu einem akuten Herzinfarkt oder Apoplex: Frühzeitiges Erkennen und Behandeln rettet Leben!

Nach wie vor hat die ABS-AG bundesweiten Modellcharakter.

Die AG ist ein freiwilliger Zusammenschluss von mittlerweile fast 30 interessierten Einrichtungen und ihren Fachleuten (Ärztinnen und Ärzte, Apotheker, Hygienefachkräfte/-experten und Pflegenden)¹, die sich dem rationalen Einsatz von Antiinfektiva verpflichtet fühlen und sich zum Ziel gesetzt haben, die S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus – Update 2018“ [4] für sich, aber auch für einen möglichst großen Anwenderkreis mit Leben zu füllen.

In der ABS-AG vertritt jeder Teilnehmer „seine“ Institution, Klinik oder Praxis, ist in ABS-Strukturen fortgebildet oder hat Interesse hieran und bringt die eigene Expertise ein. Eine große Vielfalt von Themen und Empfehlungen konnten bereits bearbeitet werden (vgl. <http://www.mre-rhein-main.de/abs-ag.php>). Eigene ABS-Strukturen und Projekte werden regelmäßig vorgestellt, das Lernen mit und von dem Anderen auf Augenhöhe ist hierbei ein wesentliches Instrument. Übergeordnetes Ziel bleibt die nachhaltige Verbesserung der Versorgungsqualität von Antiinfektiva mit besserem Outcome für den Patienten. Hier hat sich tatsächlich viel getan!

Warum ausgerechnet SABak?

Die Mitglieder der ABS-AG identifizierten die Staphylokokkus aureus Bakteriämie (SABak) als eine häufig unterschätzte schwere Erkrankung mit hoher Letalität (30–40 % unbehandelt bzw. unzureichend behandelt). SABak betrifft Patientinnen und Patienten aller Fachrichtungen und jeden Alters und erfordert sektorenübergreifend ein schnelles, koordiniertes und entschiedenes Handeln!

Multiresistenzen (Methicillin-resistente Staphylococcus (S) aureus [MRSA]) sind hierbei nur eine Facette der SABak. [3] Die Teilnehmenden waren sich schnell ei-

nig, dass insbesondere die **ambulant** erworbene SABak häufig erst verspätet erkannt und zielführend therapiert wird. Daher ist sie mit einem erheblich schlechteren Outcome verbunden. Innerklinisch können gelebte ABS-Strukturen helfen, Diagnose, Diagnostik und Therapie zu steuern, um komplikationsträchtige Verläufe zu verhüten und hierdurch die Sterblichkeit nahezu zu halbieren! [8]

Bei den – endlich wieder möglichen! – Präsenztreffen in der BG-Unfallklinik nach der „Corona-Pause“ präsentierten die Teilnehmer sehr engagiert und strukturiert „ihre“ Diagnose-/Diagnostik- und Therapiebündel im Umgang mit SABak. Insbesondere der Impulsvortrag des Chefapothekers des Sana Klinikums Offenbach Dr. Rüdiger Warlich konnte deutlich belegen, wie ein strukturierter Diagnose- und (Be-)Handlungsprozess die Letalität drastisch senken lässt.

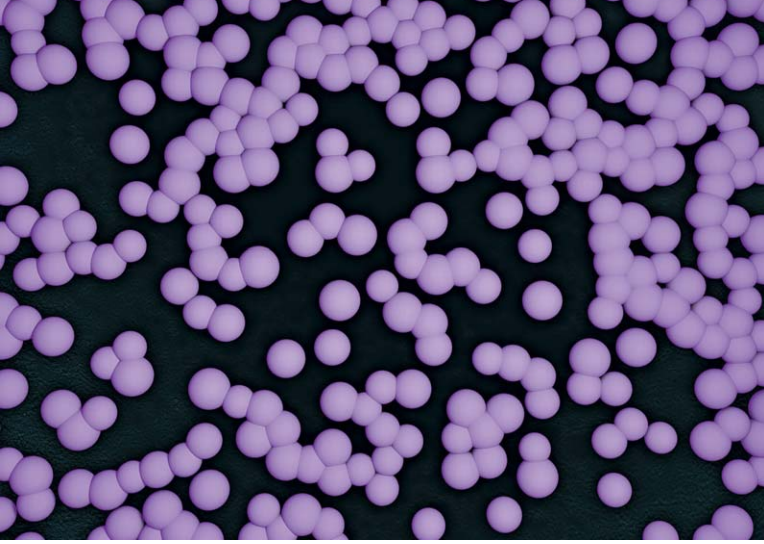
Erstes Fazit

So weit lag man mit eigenen Regelungen nicht auseinander, aber eine einheitliche Richtlinie hilft!

Abkürzungsverzeichnis

AB	Antibiotika
ABS	Antibiotic Stewardship
BK	Blutkulturen
Foci	Multifokal von lateinisch: focus – Brennpunkt; engl. multifocal = mehrere Herde (Foci) betreffend
MRE	Multiresistente Erreger
MRSA	Methicillin-resistente Staphylococcus aureus
S	Staphylococcus
SABak	Staphylokokkus aureus Bakteriämie

¹ Das in dieser Arbeit gewählte generische Maskulinum bezieht sich zugleich auf die männliche, die weibliche und andere Geschlechteridentitäten.



Staphylococcus aureus in einer 3D-Renderingaufnahme mittels Elektronenmikroskop.

Alleine „an SABak denken“ schafft die nötige Aufmerksamkeit, zielgerichtete Diagnostik und Therapiebündel zu initiieren. Gleich zu Beginn aller Diskussionen wurde deutlich, dass grampositive Staphylokokken in Blutkulturen keine Seltenheit sind. Aber: *S. aureus* muss hier deutlich abgegrenzt werden von dem Nachweis niedrig virulenter koagulasenegativer Staphylokokken (wie *S. epidermidis* oder *S. hominis*), die zur normalen Hautflora gehören und häufig, insbesondere bei einmaligem Nachweis, als „Blutkultur-Kontamination“ gewertet werden können. Demgegenüber ist *S. aureus* nach *Escherichia coli* der zweithäufigste Sepsisauslöser in Deutschland. [5]

S. aureus hat eine hohe Gewebspenetranz und -persistenz, neigt zu Früh- und Spät-komplikationen sowie zu Rezidiven nach initialer Genesung.

An dieser Stelle seien beispielhaft nur einige schwere Komplikationen, meist durch Organabsiedlungen/Streuungen hervorgerufen, genannt: Sepsis, Endokarditis, Fremdkörperinfektion, schwere Weichteilinfektionen, Spondylodiszitis, septische Arthritis, die alle die Letalität erhöhen können.

Erstes Fazit: *S. aureus* in Blutkulturen (BK) ist nie (!) eine Kontamination und muss stets als Bakteriämie gewertet und behandelt werden!

ABS-Behandlungsbündel

Die enge Informationskette zwischen mikrobiologischem Labor und Klinikern ist hier der Königsweg zu schneller Diagnostik und zielgerichteter Therapie. ABS-Strukturen definieren zunächst einen

Personenkreis, der über SABak informiert wird, und aktivieren den Prozess: SABak-Konsil oder analoge Strukturen. [6]

Diese multidisziplinäre Kompetenz kann beispielsweise auch bei Verdacht auf (beginnende) Sepsis unklarer Genese o. ä. „aktiviert“ werden. [1]

Einige Festlegungen aus dem gemeinsamen Standard bei nachgewiesener SABak:

- unverzügliche i.v.-Behandlung mit einem Staphylokokkenpenicillin oder
- Cefazolin bei Methicillin-sensiblen *S. aureus* (MSSA) bzw. Vancymycin oder Daptomycin i.v. (cave: nicht bei pulmonalem Fokus) bei MRSA, ggf.
- in Kombination mit Rifampicin bei verbleibenden Fremdkörpern/Implantaten;
- die „unkomplizierte SABak“ (vollständige Fokussanierung, keine Endokarditis, keine Knochen-/Gelenkbeteiligung, Bakteriämiedauer ≤ 5 Tage) wird 14 Tage i.v. antibiotisch therapiert;
- die „komplizierte SABak“ mindestens 4–6 Wochen i.v. (Berechnung der Therapiedauer: die erste negative Blutkultur zählt als Tag 1 einer wirksamen Antibiotikatherapie);
- die unmittelbare Suche (z. B. Echokardiographie zum Endokarditis-Ausschluss) und
- die Sanierung (!) von Foci (z. B. Abszessdrainage, Entfernen von Venenverweilkanülen) sowie
- die Abnahme von Folgeblutkulturen 2–4 Tage nach erster Blutkultur (frühzeitige Identifikation eines Therapieversagens) sind ein Muss. [2]

Fazit

Dieser einheitlich definierte SABak-ABS-Standard ist ein wesentlicher Schritt hin zu einer deutlich verbesserten Patientenbehandlungsqualität in allen hieran beteiligten Einrichtungen. Der seit 2016 unveränderte Anspruch, dass gelebtes ABS nie das individuelle Problem einer Praxis,

einer medizinischen Einrichtung oder einer Klinik ist, sondern nur dann zu einer besseren Patientenversorgung führen kann, wenn gemeinsam über Sektorengrenzen hinweg Strukturen geschaffen werden und auch Standards gelebt werden, konnte hier erfolgreich umgesetzt werden!

Das Spannende in den Sitzungen der ABS-AG ist nach wie vor die offene Diskussion und der Wille aller Teilnehmer – wie in diesem Falle – einen übergeordneten SABak-Standard als Leitschnur eigenen Handels zu erarbeiten und diese Struktur in die eigenen Einrichtungen einzubringen. ABS ist hier Qualitätsmanagement für einen rationalen Antibiotikaeinsatz mit den besten klinischen Behandlungsergebnissen.

Interessierte sind willkommen

Als sektorenübergreifende offene Arbeitsgruppe, eingebettet in die Strukturen des MRE-Netzes Rhein-Main, heißen die Teilnehmer der ABS-AG Interessierte jederzeit herzlich willkommen. Melden Sie sich bei Monika Bachus, siehe unten.

Informationen auf der Website der BG Unfallklinik Frankfurt <https://www.bg-kliniken.de/unfallklinik-frankfurt/ueber-uns/kompetenzen/hygiene/antibiotic-stewardship-abs/> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/353ykrdn> oder beim MRE-Netz Rhein-Main: www.mre-rhein-main.de/abs-ag.php

Dr. med. Rolf Teßmann

Ltd. Arzt Krankenhaus-
hygiene,
Ärztlicher Laborleiter
BG Unfallklinik

Frankfurt am Main
Friedberger
Landstraße 430

60389 Frankfurt am Main

Anmeldung für die ABS-AG:
E-Mail: monika.bachus@bgu-frankfurt.de
Fon: 069 475-1542
Informationen zum MRE-Netz:
www.mre-rhein-main.de

Literaturhinweise in der Online-Ausgabe.



Foto: Kai Abresch

Der Staphylokokkus aureus Bakteriämie (SABak) den Kampf angesagt!

von Dr. med. Rolf Teßmann

- [1] Brunkhorst F M et al. S3-Leitlinie Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge. Med Klin Intensivmed Notfmed 115 (Suppl 2), 37–109 (2020)
- [2] Staphylococcus aureus Bakteriämie (SAB), 1–6 (2019)
https://leitlinien.dgk.org/files/2016_PLL_Infektioese_Endo.pdf
- [3] Robert Koch-Institut; RKI-Ratgeber (2016) Staphylokokken-Erkrankungen, insbesondere Infektionen durch MRSA; https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Staphylokokken_MRSA
- [4] S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie e. V. (DGI) (federführend) AWMF; S3-Leitlinie Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus; AWMF-Registernummer 092/001 – update 2018
- [5] Robert-Koch-Institut; RKI (2021) Datenstand Bakterien, Blutkultur, 2021; ARS, <https://ars.rki.de>
- [6] Lanckohr C et al. Antibiotic Stewardship – Maßnahmen zur Optimierung der Verordnung von Antiinfektiva; Der Anaesthetist ; 67: 3–8 (2018)
- [7] ARTICLES| Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis
TheLancet; VOLUME 399, ISSUE 10325, P629–655, FEBRUARY 12, 2022
- [8] Vogel M et al. Infectious disease consultation for Staphylococcus aureus bacteremia – A systematic review and meta-analysis; J Infect. 2016 Jan; 72(1):19–28

Das geschwollene Bein und die Abklärung von beidseitigen Beinschwellungen

Praktisches Vorgehen in der hausärztlichen Praxis

Dr. med. Dieter Burchert

Genehmigter Nachdruck aus: Internist 2020, 61:36–43, Online publiziert: 17. Dezember 2019, © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019.

Zusammenfassung

Schwellungen von Weichteilen der unteren Extremität, ob ein- oder beidseitig, sind ein häufiger Konsultationsanlass in der hausärztlichen Sprechstunde. Aufgrund der komplexen Zusammenhänge stellt die Abklärung solcher Befunde die Hausärztin und den Hausarzt vor eine breite Differenzialdiagnose. Vorrangig ist die Abwendung eines gefährlichen Verlaufs, unter anderem durch Einleitung einer gewichtsadaptierten kalkulierten Antibiose, einer antithrombotischen Therapie oder gar durch initiale stationäre Behandlung und Akutdiagnostik bei drohendem Kompartiment-Syndrom oder ausgehnter Beinvenenthrombose mit oder ohne Verdacht auf Lungenarterienembolie. Manchmal demaskiert eine akute Beinvenenthrombose eine maligne Erkrankung. Häufig ist das geschwollene Bein bzw. sind die beiden geschwollenen Beine Leitsymptom einer kardialen oder renalen Erkrankung, die gerade dekompensiert. Hinzu kommen arzneimittelbedingte Nebenwirkungen, die etwa bei warmer Umgebung besonders zum Tragen kommen. Gelegentlich muss auch an eine endokrine Ursache gedacht werden. Hier ist der Generalist, also der Allgemeinarzt oder hausärztliche Internist, der richtige Ansprechpartner für betroffene Patienten, um sowohl die Diagnostik als auch die Behandlung einzuleiten und zu koordinieren. Nicht selten müssen neben der Koordination fachärztlicher Untersuchungen auch Pflegedienste und Physiotherapeuten in die Behandlung eingebunden werden, um eine erfolgreiche ambulante Behandlung zu sichern.

Einleitung

Die Abklärung einer einseitigen Beinschwellung oder von beidseitigen Beinschwellungen in der hausärztlichen Praxis kommt mit einer statistisch schwer ermittelbaren Häufigkeit dennoch relativ häufig vor, geschätzte Häufigkeit zwischen 4 % und 8 % der Erkrankungsfälle. Die Beinschwellung kann Leitsymptom einer primären Erkrankung des Beines selbst (Tab. 1, nur online) sein, etwa bei Erkrankung des Venenleitsystems oder der Lymphe (primär als Lymphödem, sekundär bei Abflussstörungen beispielsweise bei hämatologischen oder onkologischen Erkrankungen). Oder sie ist Folge einer entzündlichen Reaktion des Haut- und Weichteilgewebes. Des Weiteren kann sie ein Begleitsymptom im Rahmen einer hydropischen Dekompensation bei Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz bzw. bei Kombinationen aus beiden sein, aber auch im Rahmen von Systemstörungen ein Begleitsymptom sein mit Reduzierung des onkotischen Druckes auftreten (Anämien, Hypoproteinämien und Lebererkrankungen sowie Durchfallerkrankungen und chronische Darmerkrankungen mit enteralem Eiweiß- und Flüssigkeitsverlusten), vgl. Tab. 2 (nur online).

Somit wird im praktischen Alltag die Beinschwellung als solches nur zum Teil als eigenständige Diagnose codiert. Eine gut strukturierte Anamnese und klinische Untersuchung ergänzt um wenig aufwendige technische Untersuchungen sind aus hausärztlicher Sicht wichtig, insbesondere um therapeutische Konsequenzen daraus ableiten zu können und um einen abwendbaren gefährlichen Verlauf zu vermeiden. Somit erfordert die einseitige Beinschwellung eine differenzialdiagnostische Abklärung meist noch am selben Tag, wohingegen die beidseitige Beinschwellung bis auf akute kardiale und renale Dekompensationen eine abgestufte

Differenzialdiagnose über Tage oder wenige Wochen zulässt. Beinschwellungen, die sich innerhalb von 72 Stunden entwickelt haben, gelten als akute Beschwerden, darüber hinaus gehend gelten sie als chronisch [1, 3, 5].

Anamnese

Wichtig ist die Erfassung des Zeitpunkts, zu dem die Beinschwellung erstmalig aufgetreten ist, und somit die Erfassung der Dauer des Befunds, zudem die Ausprägung des Befunds (Knöchel-, Unterschenkel-, Oberschenkelregion, mit oder ohne Fußrückenbeteiligung, mit oder ohne Beteiligung der Zehen). Zu den akut auftretenden einseitigen Beinschwellungen (Tab. 1, nur online) gehören

- die tiefe Beinvenenthrombose,
- die rupturierte Synovialzyste,
- ein Muskelfaserriss mit Hämatombildung (Abb. 7, 8),
- das Begleitödem eines Erysipels (Abb. 1, 2, 3) und
- das Begleitödem einer lokalen Infektion (Abb. 2, 3, 4) einer Arthritis bzw. aktivierte Arthrose.

Auch gehört eine kurze Reiseanamnese dazu, insbesondere die Erfassung von Reisedauer und Auslandsreisen, hier zuvorderst von Tropenaufenthalten, des Weiteren eventuell stattgefundenen Infektionen oder Traumata an den Extremitäten (Abb. 4, 7, 8) sowie Immobilisation durch Schockung oder Gipsbehandlung.

Erfasst werden sollten die Leistungsfähigkeit im Alltag, Zeichen physischer Erschöpfung sowie Ruhe- und Belastungsdyspnoe. Die Frage nach Fieber, Schweißneigung, Miktions- und Defäkationsverhalten, Gewichtsverlauf und Änderungen hierbei ergänzen das Erstgespräch. In der Anamnese sind Begleiterkrankungen des kardiorenalen Systems (Abb. 1, 2, 6, 7) und Malignomerkrankungen zu erfassen. Eine detaillierte Medikationsanamnese



Abb. 1: Beidseitige Beinschwellung mit deutlicher Stauungsdermatitis und weich eindrückbarem prätibialen Ödemen. 20 Jahre Diabetes mellitus Typ 2, Herzinsuffizienz NYHA 2–3, chronische Niereninsuffizienz im CKD-Stadium 3b.

sowie eine Erfassung der Alkohol- und Drogenanamnese sind wichtig, soweit diese Informationen nicht bereits bekannt sind [1, 3, 5].

Hinzu kommt die Erfassung einer vorliegenden Diabeteserkrankung (Abb. 1, 2, 3, 4, 6) oder einer eventuell vorausgegangenen neurotoxischen Behandlung, beispielsweise im Rahmen einer Chemotherapie.

Phlebödeme entstehen aufgrund pathologischer Venenveränderungen, primär durch chronische venöse Insuffizienz bzw. Varikose oder sekundär als postthrombotisches Syndrom, das sich zu 15–40 % nach tiefen Beinvenenthrombosen entwickelt. Die chronische venöse Insuffizienz ist die häufigste Diagnose bei chronischen Beinödemen (> 72 h) in der Primärversorgung. Kardiale Beinödeme aufgrund von chronisch kardialer Insuffizienz und kardialer Dekompensation bei Neumanifestation eines Vorhofflimmerns ist neben einem Vitium cordis und pulmonaler Hypertonie die häufigste hausärztliche Differenzialdiagnose bei bilateralen Beinödemen (Abb. 1, 2), Tab. 2 (nur online). Aktuelle Statistiken zufolge leiden in Deutschland zwischen 800.000 und 1,6 Mio. Menschen an einer Herzinsuffizienz [7, 8, 9, 10].

Klinischer und diagnostischer Untersuchungsgang

Bei einer einseitigen Beinschwellung muss daher an erster Stelle eine Phlebothrombose bzw. tiefe Beinvenenthrombose – je nach Lokalisation und Ausdehnung als Ein- oder Mehretagenvenenthrombose – ausgeschlossen werden. Leitsymptom kann der Wadendruckschmerz oder Plantarsehnenschmerz sein. Falls noch nicht erfolgt, ist die Berechnung des Wells-Scores obligat. Es gibt einen Score für die tiefe Beinvenenthrombose und einen für Lungenarterienembolie.

Entscheidend für das klinische Handeln ist die Abschätzung der klinischen Wahrscheinlichkeit einer Thrombose [14]. Hierbei ist neben der Messung der Beinumfänge das Abtasten der Beine nach Lymphknotenschwellungen oder tastbaren Phlebitiden hilfreich. Bereits eine Beinumfangsdifferenz von mehr als 1 cm gilt als pathologisch.

- Weitere wichtige Anhaltspunkte geben die Eindrückbarkeit des Gewebes (eiweißreich, eiweißarm oder hormonell bedingtes Ödem);
- der Schmerzcharakter bei lokalem Druck;
- Hinweise auf Hautveränderungen,
 - insbesondere auch interdigital (Mykose, Hautmazeration, Injektionen),
 - in Bezug auf Hautrötung (Erythem, Exanthem, Stauungsdermatose, Erysipel),



Abb. 2: Beidseitige Varikose Grad I und II, neu aufgetretene prätibiale Rötung und Schwellung, Erysipel bei erhöhter Temperatur. 30 Jahre Typ-2-Diabetes, Hypertonie, Vorhofflimmern, Herzinsuffizienz NYHA II, chron. Niereninsuffizienz CKD 3a.

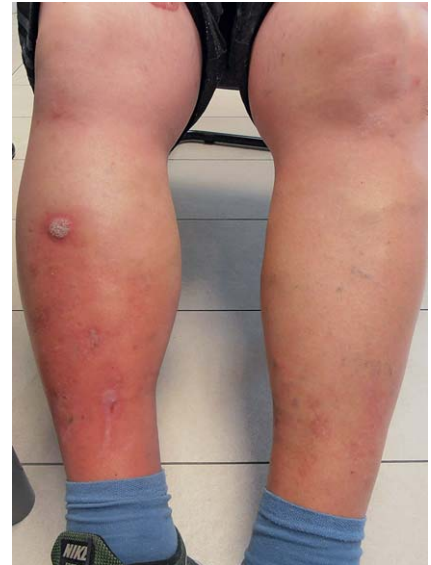


Abb. 3: Vorbekanntes Psoriasis vulgaris, sichtbare Effloreszenz rechts proximaler Unterschenkel, Adipositas Grad III, neu aufgetretene Rötung und Schwellung rechter Unterschenkel, Typ-1-Diabetes, Hypertonie, Dyslipidämie, massive Insulinresistenz, keine Herz- oder Niereninsuffizienz.

- in Bezug auf eine Lymphangitis (Infektion mit Entzündung der Subcutis und lymphogene Ausbreitung);
- Neuropathiestatus und
- Fußpulse.

Eine Messung der Körpertemperatur, des Blutdruckes und des Gewichtes [3] kommen noch dazu.

Das Basislabor sollte effizient und knapp angelegt sein. Als Point-of-care-Leistung sind ein Schnelltest für das C-reaktive Protein (CRP) und der D-Dimer-Schnelltest mittlerweile in vielen Praxen verfügbar. Zum Routinelabor gehören

- die Elektrolyte;
- Retentionsparameter:
 - S-Kreatinin,
 - Harnsäure,
 - Harnstoff;
- ein kleines Blutbild;
- sensitives CRP, γ -Glutamyl-Transferase und Glutamat-Pyruvat-Transaminase;
- das Gesamteiweiß;
- die International Normalized Ratio;
- der Blutzucker oder Hämoglobin-A_{1c}-Wert,
- das thyroideastimulierende Hormon als Schnell-Test am selben Tag (Point-of-care-Diagnostik) und
- bei Unklarheit D-Dimer über das Labor.



Abb. 4: Adipositas Grad II und Typ-2-Diabetes mellitus, Hypertonie, schwere periphere sensible Polyneuropathie mit Charcot-Fußdeformität und diffuse Unterschenkel- und Fußrückenweichteilschwellung, nicht bzw. nur gering eindrückbares Ödem, akrale Läsion D2 links mit sichtbarer Lymphangitis. Neuropathisch-angiopathisches Ödem und Infekt.

Ein Ruheelektrokardiogramm und eine Pulsoxymetrie zur Erfassung der Sauerstoffsättigung am Finger ergänzen die Basisdiagnostik. Wenn vorhanden, gehört die standardisierte Abdomensonografie in den ersten Tagen nach der ersten Vorstellung des Patienten zum diagnostischen Gang (Neoplasie, Lymphknoten in der Bauch-Becken-Region, Leber-, Milz-, Nierensonografie insbesondere). Die Abbildungen 1–8 illustrieren Fallbeispiele aus der Praxis.

Ätiopathogenetische Aspekte

Neben der notwendigen Ausschlussdiagnostik zur Abwendung eines gefährlichen Verlaufs sind vor Einleitung einer symptomorientierten Therapie folgende Überlegungen zur Pathophysiologie wichtig: Normalerweise besteht ein Gleichgewicht zwischen der Filtration aus dem Intravasalraum ins Interstitium und dem Lymphtransport aus dem Interstitium zurück ins Gefäßsystem. Ein erhöhter hydrostatischer Kapillardruck, ein erhöhtes Plasmaplasma, ein verminderter onkotischer Druck im Plasma, eine erhöhte Kapillarpermeabilität und ein verminderter Lymphtransport sind mechanistische Ursachen für die Entstehung eines erhöhten interstitiellen Volumens [1, 3, 4, 11, 12].

Leicht eindrückbare und gut sichtbare Weichteilödeme sind typisch für venöse Ödeme, die durch eine erhöhte Filtration von intravasal nach interstitiell entstehen und aus einer niedrig-viskosen eiweißarmen Flüssigkeit bestehen. Das normale Lymphsystem kann die erhöhte Flüssigkeitsmenge nicht mehr ausgleichen.

Bei den Lymphödem, insbesondere der unteren Extremitäten, liegt eine Störung in der Funktion des lymphatischen Transports vor. In der Folge sammelt sich eiweißreiche interstitielle Flüssigkeit an und führt zur Weichteilschwellung. In der hausärztlichen Praxis finden sich zumeist sekundäre und postinfektiöse Lymphödeme. Sie treten etwa nach abdominellen, gynäkologischen oder urologischen Operationen auf, oft mit Entfernung von Lymphknoten. Bezüglich Infektionen ist in der Häufigkeitsstatistik weltweit die Filariose die häufigste Ursache [1, 3, 5, 11–13].

Beim Lipödem findet man hingegen eine hormonell bedingte Zunahme des Unterhautfettgewebes, meist symmetrisch, aber dennoch als atypische Fettverteilung. Die initiale Triggerung der Fettverteilungsstörung findet in der Regel in der Pubertät (Östrogene) und durch Schwangerschaften oder später im Klimakterium statt. Mit dem Erwachsenwerden kommt es in der Regel durch Überernährung zu Adipositas (generelle Zunahme des Fettgewebes) und begleitenden Hyperinsulinämie sowie zu einer bevorzugten Größenzunahme der Fettzellen an atypischen Stellen, häufig mit begleitender insulinbedingt vermehrter Flüssigkeitsspeicherung (Lipolymphödem). Typisch hierbei sind die Aussparung von Handgelenken und Finger sowie von Knöchel, Fußrücken und Zehen, dafür kommt es aber zu glutealer Volumenzunahme, Reiterhosen und Beteiligung der Oberarme [1, 5, 11–13].

Hypoalbuminämie und reduzierter onkotischer Druck

Im Rahmen verschiedener Erkrankungen kann es zu einem Abfall des Serumalbumins kommen. Ödeme entstehen bei einem Albumingehalt von unter 2 g/dl. Zu den wichtigsten Ursachen zählen die Malnutrition (verminderter Eiweißgehalt der Nahrung), eine Malabsorption

(verminderte intestinale Eiweißaufnahme) und eine exsudative Enteropathie (gastrointestinaler Eiweißverlust) durch verschiedene Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts wie Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Zöliakie, Morbus Whipple, ischämische Kolitis oder Morbus Menière u. a. Ein exzessiver Eiweißverlust kann sich auch renal manifestieren, so etwa beim nephrotischen Syndrom oder hepatisch im Rahmen einer Leberinsuffizienz nach chronischer Hepatitis (ethyltoxisch, viral, autoimmun, primär biliäre Cholangitis, primär sklerosierende Cholangitis).

Therapeutische Aspekte

Beim akuten Erysipel ist neben der Schockung der betroffenen Extremität die hoch dosierte antibiotische Therapie indiziert, vorzugsweise mit Amoxicillin. Meist erfolgt diese in stationärer Behandlung.

Die akute Beinvenenthrombose wird nach den aktuellen Leitlinien unter begleitender Kompressionstherapie antikoaguliert, wobei die neuen oralen Antikoagulanzen zunehmend favorisiert werden. Die Lokalisation der Thrombose und die Ausdehnung entscheiden über die Dauer der Antikoagulation [2, 6, 14, 15].

Während die „wässrigen, eiweißarmen Ödeme“ gut auf Salzrestriktion und Diuretika ansprechen, reagieren Lymphödeme hierauf nur wenig und Lipödeme gar nicht. Bei Niereninsuffizienz kommen eine erweiterte Hochdrucktherapie und Behandlung mit Diuretika – insbesondere mit den Schleifendiuretika Furosemid, To-



Abb. 5.1 und 5.2: Lipolymphödem der unteren Extremität Grad III, beginnende Elephantiasis. Sichtbare Papillomatosis cutis, Adipositas per Magna und generalisiertes Lipödem III, Typ IV. 1: Initialer Befund, begrenzte Kratzdefekte. 2: Infizierte Kratzdefekte, austretende Lymphflüssigkeit aus lokalen Blasen. Zunahme der Schwellung und leichte Überwärmung als Zeichen der Superinfektion.



Abb. 6: Diabetes mellitus Typ 2 unter Insulintherapie und 4-fach antihypertensiver Therapie. Nach Stent-Versorgung bei 2-Gefäß-KHK und Z. n. subakuter GI-Blutung Bild einer Anämie, eiweißarmen Zehen-, Fußrücken-, Knöchel- und Unterschenkelödems. Leicht eindrückbares Ödem mit persistierender Delle.

rasemid und Indapamid – zur Anwendung, zudem wird den Patienten unter Beachtung der eGFR, der Elektrolyte und des Blutdruckes eine Salzrestriktion empfohlen. Im Verlauf sind Dosisanpassungen der antihypertensiven Therapie erforderlich. Bei der schweren Herzinsuffizienz ist Sacubitril/Valsartan differenzialtherapeutisch eine Option. Bei Vorliegen eines Diabetes mellitus käme auf Grund der aktuellen Studienlage in Zukunft eventuell ein Natrium-Glukose-Kotransporter-2 (SGLT2)-Inhibitor in Betracht (cave: noch nicht in dieser Indikation zugelassen!). Bei den kardialen und renalen Ödemen ist die Anwendung einer physikalischen Entstauungstherapie unter Beachtung der Kontraindikationen (!) mit vorsichtigem Beginn möglich. Bei Leberinsuffizienz kommen neben den Schleifendiuretika die Aldosteronantagonisten Spironolacton oder Eplerenon in Betracht. Bei der chronischen-venösen Insuffizienz steht die komplexe physikalische Entstauungstherapie nur initial im Vordergrund.



Abb. 7: Beinödeme beidseits bei manifester Herzinsuffizienz NYHA II und antihypertensiver Therapie. Jetzt akute livid-rote Schwellung und Umfangszunahme linker Unterschenkel bei Verdacht auf Thrombophlebitis, DD lokale Prellung.

Anschließend erfolgt eine dauerhafte Anwendung der Kompressionstherapie, bei Vorliegen einer Varikose die Abwägung einer operativen Behandlung. Bei den Lymphödemen von Grad II und III steht die regelmäßige komplexe physikalische Entstauungstherapie kombiniert mit maßgefertigten Kompressionsstrümpfen oder gar Strumpfhosen im Vordergrund [1, 3–5].

Ätiologische Überlappungen

In meinem Praxisalltag finde ich häufige Überlappungen in der Ätiologie, etwa bei einem langjährigen Patienten mit Diabetes, Adipositas, chronischer Niereninsuffizienz im Chronic-kidney-disease (CKD)-Stadium 2–3 und manifester Herzinsuffizienz im New-York-Heart-Association (NYHA)-Stadium 2–3 in Kombination mit Medikamenten für Bluthochdruck und Diabetesfolgeerkrankungen auf dem Boden einer vorbestehenden venösen oder lymphatischen Abflussstörung. Entsprechend komplexer fallen in diesem Zusammenhang die Behandlungen aus. Aggraviert werden die klinischen Verläufe durch das Vorliegen einer manifesten sensomotorischen Polyneuropathie z. B. bei langjährigem Diabetes mellitus oder nach einer Chemotherapie.

Fazit

Beinödeme manifestieren sich sehr früh im Krankheitsverlauf und dienen als Leitsymptom einer ganzen Reihe von akuten und chronischen Krankheitsbilder verschiedener Organsysteme. Hausärzten kommt daher in der differenzialdiagnostischen Abklärung dieses Symptoms eine sehr wichtige Rolle als Lotse und Therapeut zu.

Neben der diagnostischen Abklärung und symptomatischen Behandlung der Patienten ist die Abwendung eines gefährlichen Verlaufes für die Patienten essenziell.

Auf Basis einer systematischen Anamnese und strukturierten klinischen Untersuchung kann zwischen sofort behandlungsbedürftiger, stationärer Akutversorgung und akuter ambulanter Versorgung entschieden werden.

In der hausärztlichen Praxis ergänzen das Labor, Point-of-Care-Systeme für D-Dimer und CRP semiquantitativ und soweit verfügbar die Sonografie zum Großteil der Diagnostik.

Aus den gestellten Diagnosen ergeben sich auch die Überweisungsschnittstellen zu den fachärztlichen Kollegen der Kardiologie, Nephrologie, Gefäßmedizin (Angiologie, Phlebologie, Lymphologie), Dermatologie sowie Endokrinologie.

Dr. med. Dieter Burchert

Praxis für Innere und Allgemeinmedizin,
Diabetologische Schwerpunktpraxis
Römerstraße 14, 55129 Mainz
E-Mail: burchert-mainz@t-online.de

Tab. 1 & 2 (Schwellung eines bzw. beider Beine – Ursachen und Differenzialdiagnosen) und die Literatur online auf www.laekh.de, Ausgabe 02/2023



Alle Fotos: Rechte beim Autor

Abb. 8: Häuslicher Sturz mit massiver Prellung des linken Oberschenkels, Hämatombildung, Knieprellung mit sichtbarer Schwellung, Rötung und Hämatombildung, Schürfwunden. Zunahme der Schwellung und Rötung waren Konsultationsanlass. Traumatisch bedingte venöse und lymphatische Abflussstörung, aggraviert durch Schürfwunde mit Eintrittspforte von Keimen, drohendes Kompartmentsyndrom am Unterschenkel links.

Literatur zum Artikel:

Das geschwollene Bein und die Abklärung von beidseitigen Beinschwellungen

Praktisches Vorgehen in der hausärztlichen Praxis

von Dr. med. Dieter Burchert

[1] Rockmann F, Beinschwellung; in: Brunkhorst R, Schölmerich J: Differentialdiagnostik und Differentialtherapie in der Inneren Medizin, Klug entscheiden – gut behandeln, 2. Auflage 2018

[2] Coppens M, Eikelboom J: Synergy of Dual Pathway Inhibition in chronic cardiovascular disease; Lessons from the COMPASS Trial; Circulation Research 01. Februar 2019

[3] Rabady S (2012): Beratungsanlass Beinschwellung: Differentialdiagnose in der Allgemeinmedizin. Z Allg Med, 88(10), 414–419

[4] Stöberl C: Klinische Differentialdiagnose der Beinschwellung – Ein Leitfaden für die Praxis. Zeitschrift für Gefäßmedizin 2011; 8 (1), 11–18

[5] August D: in <https://deximed.de/home/b/herz-gefaesse-kreislauf/symptome/beinoedeme>, abgerufen zuletzt am 25.07.2019

[6] Baumeister R, Berens von Rautenfels D, Brauer W, Döller W, Felmerer G, Földi E et al. (2009): Diagnostik und Therapie der Lymphödeme, Leitlinie der Gesellschaft Deutschsprachiger Lymphologen. AWMF-Leitlinien-Register (058/001).

[7] Lüthi S, Scholtze D & Husmann M (2010): Das dicke Bein. Praxis, 99(11), 635–645.

[8] Diederich J, Schäfer H, Bösner S, Grimm W: Diagnostisches Vorgehen bei Patienten mit Beinödemen in der Hausärztlichen Praxis, Inauguraldissertation 2014, Universität Marburg

[9] Diederich J, Hartel S, Baum E & Bösner S (in print): Strategies for diagnosing leg oedema in primary care: a qualitative study of GPs' approaches. Eur J Gen Pract

[10] Bösner S, Diederich J, Hartel S & Baum E (2014): Diagnostisches Vorgehen bei Patienten mit Beinödemen in der Hausarztpraxis – eine qualitative Untersuchung. Z Allg Med, 90(7), 64–70.

[11] Wienert V, Földi E, Jünger M, Partsch H, Rabe E, Rappich S et al. (2009): Lipödem – Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. Phlebologie, 38, 164–167.

[12] Wienert V, Földi E, Schmeller W, Rabe E. (2005): Leitlinie: Lipödem der Beine. Phlebologie, 34, 38–40.

[13] Reich-Schupke S, Altmeyer P & Stücker M (2013): Dicke Beine, Nicht immer ist es ein Lipödem. JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, 11(3), 225–234

[14] Nativel M, Potier L et al.: Cardiovasc Diabetol. 2018 Oct 23;17(1):138. doi: 10.1186/s12933-018-0781-1. Lower extremity arterial disease in patients with diabetes: a contemporary narrative review.

[15] S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und Lungenembolie, Herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Angiologie und Gesellschaft für Gefäßmedizin, Vasa (2016) 45, Suppl 90, 1–48 sowie abrufbar unter: www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/065-002.html

Erkrankung eines Beines	Weiterführende Diagnostik und klinische Aspekte
Beinvenenthrombose Phlebothrombose, Thrombophlebitis	Klinisch subfasziales Beinödem, pralle Wade, livider Hautton, nach den aktuellen Leitlinien Wells-Score zur Abschätzung der klinischen Wahrscheinlichkeit, D-Dimer-Test, ggf. noch Kompressionsultraschall
Lymphödem Abb. 1, 2, 3, 4, 7, 8	Duplexsonografie, Ausschluss Beinvenenthrombose, Lymphknotenstatus paraaortal und Beckeneta-ge sowie Leiste; CT Abdomen/Becken
Erysipel Abb. 2, 3, 4	Erythem, Lymphangitis, Rötung und Überwärmung, bei Septikämie Blutkulturen anlegen

Tab. 1: Überblick wichtiger Ursachen und Differenzialdiagnosen nach ihrer Häufigkeit bei einer Schwellung eines Beines. Daraus abgeleitete anamnestische und differenzialdiagnostische Untersuchungsgänge [nach 1, 4, 5].

Erkrankung beider Beine	Weiterführende Diagnostik und klinische Aspekte
Herzinsuffizienz Abb. 1, 2, 6, 7	NYHA-Stadium, Gewichtsverlauf, Blutdruck, NTproBNP oder BNP, Troponin, CK-MB, EKG, Echokardiografie, S_pO_2 mit Pulsoxymeter; kardiale Dekompensation im Rahmen einer akuten Hyperthyreose mit tachykardem Rhythmus und begleitender Herzinsuffizienz (Tachymyopathie)
Niereninsuffizienz Abb. 1, 2, 6, 7	Gewichtsverlauf, eGFR, Harnpflichtige Substanzen, Urinstatus, Mikroalbuminurie, Sonografie der Nieren und ableitenden Harnwegen
Lymphödem Abb. 2, 3, 4	Duplexsonografie und Kompressionssonografie zum Ausschluss Bein-Beckenvenenthrombose, Lymphknotenstatus paraaortal und Beckenetape sowie Leiste; Computertomografie Abdomen/Becken, Suche nach Neoplasie
Chronisch venöse Insuffizienz, postthrombotisches Syndrom	Angiologisch-phlebologische Anbindung, Dauerversorgung mit unterschenkel- oder Oberschenkel langen Kompressionsstrümpfen, Rezidivprophylaxe und Hautkomplikationen vermeiden
Leberzirrhose	Großes Leberprofil mit Hepatitisserologie und Autoimmunmarkern, Eiweißelektrophorese, Gerinnungsstatus, Lebersynthesemarker, Sonografie Abdomen, Child-Pugh-Stadium; Hypoalbuminämie, sekundärer Hyperaldosteronismus mit Salz- und Wasserretention
Medikamenteninduziert Abb. 1, 4, 6, 7	ACE-Hemmer, Kalziumantagonisten, Natriumkanalblocker wie Gabapentin oder Pregabalin, NSAR-Gebrauch (> 1 g/Tag), Insulintherapie, früher häufig mit Glitazonen, Sulfonylharnstoffen, Antidepressiva, Östrogene, Kortikosteroide
Nephrotisches Syndrom	Zusätzlich Urinsediment, Proteinuriediagnostik, Überweisung in die Nephrologie zur erweiterten Nierendiagnostik
Myxödem	Klinisch knotig flächige Induration, Erythem, Vergrößerung der Hauttextur mit Klaffen der Follikel, TSH, fT3, fT4, Schilddrüsenultraschall, evtl. TPO-AK und TRAK Einlagerung von Glykosaminoglykane und Wasser
Pulmonale Hypertonie	Nach rezidivierenden Thrombembolien, nach Lungenembolien, bei schwerem Schlafapnoesyndrom und chronischen Lungenerkrankungen; Sättigung, Polyglobulie und Echokardiografie hier diagnostisch ergänzen
Schwangerschaft Präeklampsie	Hormonelle Insulinresistenz (Hyperinsulinämie, Plazentalaktogen), renale Hypertonie mit Wasser und Salzretention.
Prämenstruell, zyklisch	Beidseitig symmetrische, weiche Ödeme in der zweiten Zyklushälfte, meist mit leichtem Gewichtsanstieg. Stemmer-Zeichen negativ
Hyperkortisolismus	In ca. 60 % der Fälle begleitende Ödeme, Kortisol im 24h-Urin, Dexamethasonhemmtest, ACTH-Test
Ödem bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit	Klinisch weiche, epifasziale Schwellung meist an Fußrücken, Knöchel und Unterschenkel. Eher kühle Hauttemperatur (!)
Idiopathisches Ödem	Schwellung im Bereich der Knöchel, der Finger, im Gesicht und Abdomen. Gewichtszunahme von mehr als 1,4 kg am Tage bei niedriger Harnmenge, dafür deutliche Nykturie. Streeten-Probe (Wasser-Natriumbelastungstest)
Neuropathisch-angiopathisches Ödem Abb. 1, 2, 3, 4	Bei fortgeschrittener Polyneuropathie kommt es zu einer dauerhaften Weitstellung der Arteriole und dadurch zu einer Shuntbildung im kapillarvenösen Abstrom. In der Folge entstehen diffuse Weichteilschwellungen im Fußrücken, Knöchel- und Unterschenkelbereich der Patienten. Spätfolge kann das komplexe diabetische Fußsyndrom als DNOAP (Diabetische Neuroosteoarthropathie) mit Destruktion des Sprunggelenkes und der Mittelfußknochen sein.

Abkürzungen: ACE = Angiotensin-converting enzyme; ACTH = adrenokortikotropes Hormon; BNP = natriuretisches Peptid vom B-Typ; CK-MB = Kreatinkinase vom MB-Typ; eGFR = errechnete glomeruläre Filtrationsrate; EKG = Elektrokardiogramm; fT3 = freies Trijodthyronin; fT4 = freies Thyroxin; NSAR = nichtsteroidale Antirheumatika; NT-proBNP = N-terminales pro-natriuretisches Peptid vom B-Typ; NYHA = New York-Heart Association; S_pO_2 = pulsoxymetrisch gemessene Sauerstoffsättigung; TPO = Thyroperoxidase; TRAK = TSH-Rezeptor-Autoantikörper; TSH = thyreoideastimulierendes Hormon

Tab. 2: Überblick wichtiger Ursachen und Differenzialdiagnosen nach ihrer Häufigkeit bei einer Schwellung beider Beine. Daraus abgeleitete anamnestische und differenzialdiagnostische Untersuchungsgänge [nach 1, 4, 5].

Erforschung von Störungen der Blutgerinnung

Kongress der Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung (GTH) vom 21.02.–24.02.23 in Frankfurt/Fortbildungstag für alle Interessierten

Der Begriff „Hämostaseologie“ wurde vom Hämatologen Rudolf Marx (1912–1990) eingeführt und bezeichnet die Lehre von der Blutgerinnung (von griechisch haima „Blut“ und stasis „Stillstand“) und ihrer Störungen. Deren Erforschung hat an Bedeutung gewonnen. Der Begriff des „cell based models“ geht über die bisherig starre Einteilung zwischen exogener und endogener Aktivierung der Gerinnung hinaus. Der physiologische Ablauf der Blutgerinnung kann als eine Wechselwirkung zwischen Endothel, Thrombozyten, dem plasmatischen System der Gerinnungsfaktoren und der Fibrinolyse beschrieben werden. In den verschiedenen Phasen der Gerinnung können angeborene oder erworbene Ursachen zu pathologischen Zuständen führen mit Auftreten von arteriellen oder venösen Thrombosen, auch Mikrothrombosen und Blutungen. Während die Bestimmung der globalen Gerinnungsparameter wie Quick/INR und aPTT zum Alltag in vielen Kliniken

und Praxen gehören, sind weitere Laboruntersuchungen unter Anwendung von funktionellen Tests, Antigenbestimmungen sowie molekularbiologischen Untersuchungen häufig dem spezialisierten Gerinnungslabor vorbehalten. In jüngster Zeit hat es einen bahnbrechenden Wissenszuwachs in der Hämostaseologie gegeben. Das verbesserte Verständnis der komplexen Gerinnungsmechanismen und ihrer Interaktion führt zu neuen, innovativen Behandlungsstrategien.

„The patient as a benchmark“

Die Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung (GTH) widmet sich der wissenschaftlichen Erforschung von Blutgerinnungsstörungen. Zum zweiten Mal in 25 Jahren findet der Jahreskongress der GTH wieder in Frankfurt statt. Gemäß dem Kongressmotto „The patient as a benchmark“ werden die neuesten Entwicklungen auf dem Gebiet der Hämostaseologie beleuchtet.

Die verschiedenen Beiträge des hybriden Formats mit weit über 1.000 Teilnehmenden reichen von evidenzbasierter Medizin über innovative Labordiagnostik zur verbesserten Risikovorhersage von thrombotischen Erkrankungen, neuen Ansätzen der Thrombose- und Arterioskleroserecherche bis zu neuen Antikoagulantien in klinischer Erprobung sowie der Gentherapie der Hämophilie. Schwerpunkte des Kongresses sind die interaktive Präsentation und Diskussion neuester wissenschaftlicher Ergebnisse auf dem Gebiet der Hämostaseologie. Hierzu finden u. a. Pro- und Contra- sowie „Meet the Expert“-Sitzungen statt.

Kostenlose Fortbildung für alle

Der Fokus auf die Vermittlung neuester patientenrelevanter wissenschaftlicher Erkenntnisse spiegelt sich auch am Nachmittag des 24.02.2023 wider, wo hochaktuelle und praxisrelevante Themen an praktizierende und klinisch tätige Kollegen, auch aus anderen Disziplinen, vermittelt werden. Parallel dazu findet die Präsentation von verschiedenen Patientenorganisationen statt. Das Programm unter dem Motto „Blutgerinnung trifft Allgemeinmedizin – Update Blutungen und Thrombosen 2023“ findet sich im Kasten.

Das gesamte Kongressprogramm im Internet: www.gth2023.org.



Prof. Dr. med. Wolfgang Miesbach (links) und Prof. Dr. Dr. h.c. Erhard Seifried Kongresspräsidenten des GTH-Kongresses 2023, beide Universitätsklinikum Frankfurt/M.

Foto: © mauritius-images.com

Fotos: privat

Update Blutungen und Thrombosen Fortbildung am Fr., 24. Februar, 14–16:30 Uhr

Ort: Saal Harmonie 1 (C2)
Congress Center Messe Frankfurt (CMF), Ludwig-Erhard-Anlage 1
60327 Frankfurt am Main

Vorsitz: Prof. Viola Hach-Wunderle
Prof. Erhard Seifried

- Fortbildungspunkte sind beantragt, Eintritt frei.
- Anmeldung: www.gth2023.org

Programm: 14.00 Uhr: Begrüßung

14.10 Uhr: Impfstoff-induzierte Thrombozytopenie und Thrombose – was haben wir aus Covid-19gelernt?
(Prof. Andreas Greinacher)

14.35 Uhr: Gefährliche Blutungslokalisationen unter Antikoagulation – was tun

bei Schlaganfall, Niereninsuffizienz, Menstruationsblutung?
(Prof. Rupert Bauersachs)

15 Uhr: Von Kopf bis Fuß – Fallstricke bei Thrombosen in Sinus-, Hals-, Organ-, Haut- und Tarsalvenen
(Prof. Viola Hach-Wunderle)

15.25 Uhr: Adipositas, Diabetes und arterielle Thrombosen – Prävention und Thrombozytenfunktionshemmung
(Prof. Christine Espinola-Klein)

15.50 Uhr: Management von Malignom-assoziierten Thrombosen
(Prof. Bettina Kemkes-Matthes)

16.15 Uhr: Zusammenfassung

Klimawandel und Gesundheit

Neuer Qualifizierungslehrgang für Medizinische Fachangestellte (MFA)

Ab 2023 veranstaltet die Carl-Oelemann-Schule (COS) in Kooperation mit der Deutschen Akademie für Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter (DAPG e. V.) den 48-stündigen Qualifizierungslehrgang „Klimawandel und Gesundheit“ nach dem Fortbildungscurriculum der Bundesärztekammer (siehe www.fortbildung-mfa.de).

Die Fortbildung umfasst insgesamt 48 Unterrichtsstunden in einem Blended-Learning-Konzept, vgl. Infokasten.

Zum Einstieg in das Thema und als Basismodul des Lehrgangs bietet die DAPG ab Februar das Lernmodul „Ursachen des Klimawandels“ live als Online-Veranstaltung an. Aufbauend auf das Basismodul führt die COS ab dem 19.04.2023 die weiteren Module der Fortbildung durch.

Ziele der Fortbildung sind der Erwerb folgender Handlungskompetenzen:

- Patientinnen und Patienten qualifiziert über die Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit informieren.
- Nach Absprache mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten Informations-



Grafik: LÄKH

Der 48-stündige Qualifizierungslehrgang „Klimawandel und Gesundheit“ richtet sich nach dem Fortbildungscurriculum der Bundesärztekammer.

gespräche und -veranstaltungen zu klimasensiblen, gesundheitsfördernden Präventionsmaßnahmen durchführen.

- Aktiv das Wissensmanagement zum Klimawandel im Team reflektieren und im Arbeitsalltag klimafreundlicher handeln.

- Verbesserungspotenziale erkennen und unter Berücksichtigung der Kosteneffizienz Maßnahmenvorschläge erarbeiten.

Insbesondere die Lernmodule „Gesundheitskompetenz und Präventionsmaßnahmen“ und „Handlungsfelder in Gesundheitseinrichtungen“ stellen die Teilnehmenden vor die Herausforderung, Verbesserungspotenziale zu erkennen und in den beruflichen Kontext zu transferieren.

Die Möglichkeiten und Ideen werden im Lehrgangsverlauf als Hausarbeit erarbeitet, um am Ende der Fortbildung gemeinsame konkrete Überlegungen zur Förderung der Gesundheit und einen aktiven Beitrag zum Klimawandel umzusetzen.

MFA, die bereits in einer anderen Fortbildung das Modul „Wahrnehmung und Motivation“ absolviert haben, erhalten für den neuen Qualifizierungslehrgang eine zeitliche und inhaltliche Anerkennung.

Fragen zum neuen Fortbildungsangebot beantwortet gerne:

Tanja Oberwallner, Carl-Oelemann-Schule
E-Mail: tanja.oberwallner@laekh.de
Fon: 06032 782-131

Inhalte und Stundenverteilung		Unterrichtseinheiten (UE)
Modul 1	Ursachen des Klimawandels	Online-Veranstaltung, 4 UE
Modul 2	Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit	E-Learning und Präsenz, 14 UE
Modul 3	Gesundheitskompetenz und Präventionsmaßnahmen	Präsenz, 6 UE
Modul 4	Modul 4 Handlungsfelder in Gesundheitseinrichtungen	Präsenz, 6 UE
Modul 5	Wahrnehmung und Motivation	Präsenz, 8 UE
Modul 6	Hausarbeit und Vorstellung	

Informationen und Lehrgangstermine

Der Einstieg mit dem Modul 1 „Ursachen des Klimawandels“ (online) wird von der DAPG am Mi., 22.02.2023 oder Fr., 10.03.2023 jeweils von 16–19.30 Uhr angeboten. Informationen und Anmeldung via Internet: www.dapg.info/termine

Informationen zu den Modulen ab 19.04.2023 in der Carl-Oelemann-Schule finden sich im Internet unter:

www.laekh.de/klima-fortbildung-mfa/.

Der QR-Code führt direkt dorthin.





Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

Telefonische Informationen: Christina Ittner, Akademie, Fon: 06032 782-223

Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.akademie-laekh.de

I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Innere Medizin

Intensivseminar Diabetologie

Fr., 10.–Sa., 11. Februar 2023

Gesamtleitung: Dr. med. M. Eckhard, Gießen
Gebühr: 220 € (Akademiestudierende 198 €)
Ort: **Live-Online-Veranstaltung**
Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer,
Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adiola.candelo-roemer@laekh.de

Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hess. Diabetes Gesellschaft (HDG) – Regionalgesellschaft Hessen der Deutschen Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG); zertifizierte DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2.

Teile 1 + 2: **Mi., 29. März 2023** **5 P**
(Live-Online-Veranstaltung)

Gesamtleitung: Dr. med. M. Eckhard, Gießen
Gebühr: 90 € (Akademiestudierende 81 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

EKG-Kurs

Fr., 28.–Sa., 29. April 2023

Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich
Gebühr: 440 € (Akademiestudierende 396 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Patientensicherheit und Qualitätssicherung

In Kooperation mit der Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen.

Mi., 08. März 2023 (Live-Online)

Sichere Kommunikation in der Patientenversorgung – ein praktischer Überblick

Gebühr: 130 € (Akademiestudierende 117 €)
Leitung: K. Israel-Laubinger, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: C. Ittner, Fon: 06032 782-223,
E-Mail: christina.ittner@laekh.de

Arbeits- und Betriebsmedizin

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

In Kooperation mit der Fachkundigen Stelle der LÄKH als Kooperationspartner der BGW.

FOBI: **Mi., 15. Februar 2023**

FOBI: **Mi., 08. März 2023**

FOBI: **Mi., 29. März 2023**

Weitere Termine unter
<https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/betriebsaerztliche-betreuung-von-arztpraxen>

Gebühr: je 160 € (Akademiestudierende 144 €)

Leitung: Dr. med. A. Rauch

Auskunft/Anmeldung: S. Knodt, Fon: 0611 97748-25,
E-Mail: abba@laekh.de

Infektiologie

Antibiotic Stewardship (ABS):

Modul 3 – Aufbaukurs ABS

Mo., 13.–Fr., 17. März 2023 **40 P**

Leitung: Dr. med. C. Imirzalioglu, Gießen
Prof. Dr. med. J. Lohmeyer, Gießen
Dr. med. J. Kessel, Frankfurt

Gebühr: 1.100 € (Akademiestudierende 990 €)

Modul 4 – Projektarbeit

Fr., 17. März–Do., 07. Sept. 2023

Leitung: Prof. Dr. med. K.-P. Hunfeld, Frankfurt

Gebühr: 830 € (Akademiestudierende 747 €)

Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Reisemedizinische Gesundheitsberatung

Teil 1: **Fr., 17.–Sa., 18. Februar 2023 und**

Teil 2: **Fr., 10.–Sa., 11. März 2023**

Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt a. M.

Gebühr: 720 € (Akademiestudierende 648 €)

Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,
E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.akademie-laekh.de**Hämotherapie**

Transfusionsverantwortlicher/Transfusionsbeauftragter/
Leiter Blutdepot (16 Std.)

Di., 14.–Mi., 15. Februar 2023 (Live-Online) 16 P

Leitung: Dr. med. A. Opitz, Bad Kreuznach
Gebühr: 400 € (Akademiestudent 360 €)

Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Notfall- und Intensivmedizin**Seminar Leitender Notarzt**

Mi., 16.–Fr., 18. März 2023

Beginn Telelernphase: 16. Februar 2023

Leitung: Dr. med. G. Appel, T. Winter
Gebühr: 960 € (Akademiestudent 864 €)
Ort: Kassel, Feuerwehr

Auskunft/Anmeldung: P. Glitsch, Fon: 06032 782-219
E-Mail: patrizia.glitsch@laekh.de

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Do., 02.–Sa., 04. März 2023

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

Gebühr: 580 € (Akademiestudent 522 €)

Notfallmedizin machbar machen

Mi., 15. März 2023

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
Gebühr: 200 € (Akademiestudent 180 €)

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

48. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin
des Universitätsklinikums Frankfurt (UKF)

Mo., 24.–Fr., 28. April 2023 16 P

Leitung: Dr. med. F. Finkelmeier,
Dr. med. A. Grünewaldt,
Dr. med. S. Heyl, Frankfurt
Gebühr: 800 € (Akademiestudent 720 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Kinder- und Jugendmedizin**Pädiatrie „State of the Art“ – Traumatologie**

Mi., 15. März 2023

6 P

Leitung: Prof. Dr. med. R. Schlößer, Frankfurt
Gebühr: 80 € (Akademiestudent kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Einführung in die Schlafmedizin

GBA-Kurs zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe (ehem.
BUB-Kurs). In Kooperation mit der Gesellschaft für Schlafmedi-
zin Hessen e. V. (GSMH).

Teil 1: Fr., 16.–Sa., 17. Juni 2023

Teil 2: Fr., 23.–Sa., 24. Juni 2023

Teil 3 – Praktikum: Fr., 30. Juni 2023

Leitung: Prof. Dr. med. R. Schulz,
Dipl.-Psych. M. Specht,
Prof. Dr. med. B. Stuck
Gebühr: 750 € (Akademiestudent 675 €)

Auskunft/Anmeldung: P. Glitsch, Fon: 06032 782-219
E-Mail: patrizia.glitsch@laekh.de

Qualitätsmanagement**Moderation von Morbiditäts- & Mortalitätskonferenzen (M&M-K)**

Do., 16.–Fr., 17. Februar 2023

Telelernphase: 16.01.–15.02.2023

Leitung: Dr. med. K. Schneider
Gebühr: 480 € (Akademiestudent 432 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer,
Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adia.candelo-roemer@laekh.de

**Hygiene und Umweltmedizin,
Öffentliches Gesundheitswesen****Refresher Hygienebeauftragter Arzt: Rehabilitation**

Mi., 8. Februar 2023

8 P

Leitung: Prof. Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt
Dr. med. S. Hofmann, Bad Nauheim
Gebühr: 200 € (Akademiestudent 180 €)

Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.akademie-laekh.de

Ultraschall

Gefäße

Doppler-Duplex-Sonographie der peripheren Arterien und Venen

Aufbaukurs

Theorie: Do., 22.–Fr., 23. Juni 2023
Praktischer Teil: Sa., 24. Juni 2023
Gebühr: 660 € (Akademiestudenten 594 €)

Ort:

Theorie: Bad Nauheim, BZ der LÄK Hessen
Praktischer Teil: Frankfurt, KKH Nordwest Kommunikationszentrum

Leitung der Kurse für Gefäße: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Dr. med. F. Präve, Frankfurt

Abdomen und Retroperitoneum

Aufbaukurs

Theoretischer Teil: Fr., 17.–Sa., 18. März 2023
Praktischer Teil: in Planung
Gebühr: 420 € (Akademiestudenten 378 €)

Leitung der Kurse für Abdomen: Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust, Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt, Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Modul Schilddrüse I

Mi., 29. & Fr., 31. März 2023
Ort: Live-Online-Veranstaltung
Gebühr: 350 € (Akademiestudenten 315 €)
Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt

Ultraschall- Trainingstag

Sa., 01. Juli 2023
Gebühr: 350 € (Akademiestudenten 315 €)
Leitung: Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Auskunft/Anmeldung: J. Schwab, Fon: 06032 782-211, E-Mail: juliane.schwab@laekh.de

Palliativmedizin

Refresher **Mi., 29. März 2023**
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Gebühr: 200 € (Akademiestudenten 180 €)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202, E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Transplantationsmedizin

Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

Blended Learning-Veranstaltung in Kooperation mit der Deutschen Stiftung Organspende (DSO).

Theoretischer Teil: **Mo., 27. Feb.–Mi., 01. März 2023** 32 P
 Beginn Telelernphase: 27. Januar 2023

Gebühr: 750 € (Akademiestudenten 675€)

Kriseninterventionsseminar:

Mi., 03. Mai oder Do., 06. Juli 2023 8 P

Gebühr: je 220 € (Akademiestudenten 198 €)

Leitung: Prof. Dr. med. W. Bechstein, Frankfurt
 PD Dr. med. A. P. Barreiros, Mainz

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238
 E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

Modul Ib **Fr., 17.–Sa., 18. März 2023**
Gebühr: 310 € (Akademiestudenten 279 €)

Modul Ic **Fr., 12.–Sa., 13. Mai 2023**
Gebühr: 400 € (Akademiestudenten 360 €)

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

Verkehrsmedizinische Begutachtung

Modul I-III: **Fr., 02.–Sa., 03. Juni 2023**
Gebühr: 330 € (Akademiestudenten 297€)

Modul IV: **Fr., 06.–Sa., 07. Oktober 2023**
Gebühr: 330 € (Akademiestudenten 297€)

Modul V: **Sa., 07. Oktober 2023**
Gebühr: 110 € (Akademiestudenten 99€)

Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203, E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz

Kenntniskurs **Sa., 04. Februar 2023**
 (prakt. + theor. Unterweisung)
Gebühr: Theorie 110 € (Akademiestudenten 99 €)
 Praxis 90 € (Akademiestudenten 81 €)

Grundkurs **Fr., 05.–Sa., 06. Mai 2023**
Gebühr: 480 € (Akademiestudenten 432 €)

Ort: Frankfurt, LÄKH
Aktualisierungskurs **Sa., 20. Mai 2023** 8 P

Gebühr: 220 € (Akademiestudenten 198 €)
Leitung: Prof. Dr. med. N. Naguib, Halberstadt-

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238
 E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.akademie-laekh.de

II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Manuelle Medizin

Zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin müssen acht Kursblöcke besucht werden.

Modul VIII: Fr., 05.–Sa., 06. Mai 2023 und
Fr., 12.–Sa., 13. Mai 2023

Beginn Telelernphase: 05.04.2023

Gebühr: 1.090 € (Akademiestudenten 981 €)

Modul I: Do., 22.–Sa., 24. Juni 2023

Beginn Telelernphase: 22.05.2023

Gebühr: 660 € (Akademiestudenten 594 €)

Leitung: Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden

Gebühr: je 1.090 € (Akademiestudenten 981 €)

Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Suchtmedizin

Zusatz-Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung

Block 2 Fr., 03.–Sa., 04. Februar 2023

Block 3 Fr., 17.–Sa., 18. Februar 2023

Block 4 Fr., 03.–Sa., 04. März 2023

Gesamtleitung: D. Paul, Frankfurt

Gebühr:

Block 1: 220 € (Akademiestudent 198 €)

Block 2: 260 € (Akademiestudent 234 €)

Block 3, 4: je 310 € (Akademiestudent 279 €)

Ort:

Block 1 – 3: Frankfurt, Bürgerhospital

Block 4: Friedrichsdorf, Salus Klinik

Anmeldung/Information: C. Winkler, Fon: 06032 782-208
E-Mail: caroline.winkler@laekh.de

Sozialmedizin und Rehabilitationswesen

Modul III: Mo., 06.–Fr., 10. Februar 2023

Modul IV: Mo., 13.–Fr., 17. Februar 2023

Gesamtleitung: PD Dr. med. U. Seifart, Marburg

Gebühren: je Modul 550 €
(Akademiestudenten 495 €)

Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Allgemeinmedizin

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

Kurs C: Sa., 11. Februar 2023

Leitung: Prof. Dr. med. Stefan Bösner, Marburg
Dr. med. Wolfgang Merkle, Frankfurt

Gebühr: 190 € (Akademiestudent 171 €)

Eine ermäßigte Teilnahmegebühr ist gültig für Akademiestudenten und für die Teilnehmer des Weiterbildungskollegs der Kompetenzzentren Allgemeinmedizin Hessen. Teilnehmer, für die beides zutrifft, erhalten einen doppelten Rabatt.

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Mo., 12. – Fr., 16. Juni 2023

Ort: Mo.-Do. Bad Nauheim,
Fr. Live-Online

Gebühren: 610 € (Akademiestudent 549 €)

Gesamtleitung: Dr. med. A. Wunder, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,
E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Palliativmedizin

Fallseminar Modul I Di., 21.–Fr., 25. März 2023 **40 P**

Leitung: C. Riffel, Darmstadt

Gebühr: 950 € (Akademiestudenten 855 €)

Fallseminar Modul II Mo., 26.–Fr., 30. Juni 2023

Leitung: M.-S. Jost, Eschwege

Gebühr: 950 € (Akademiestudenten 855 €)

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 24.–Sa., 29. April 2023

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Künzell

Gebühr ges.: 770 € (Akademiestudenten, BDI und DGIM 693 €)

Gebühr/Tag: 200 € (Akademiestudenten, BDI und DGIM 180 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer,
Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adiela.candelo-roemer@laekh.de

Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.akademie-laekh.de

Psychosomatische Grundversorgung

28. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35100/35110). Es handelt sich um eine **integrierte** Veranstaltung.

Enthalten sind die erforderlichen Anteile von 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balint), 30 Stunden Interventionstechniken und 20 Stunden Theorie.

Die Balintgruppenarbeit ist in jeden Block inkludiert und somit bereits in den Teilnahmegebühren enthalten.

29. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Block II:	Fr., 17.–Sa., 18. März 2023	16 P
Block III:	Fr., 14.–Sa., 15. Juli 2023	16 P
Block IV:	Fr., 29.–Sa., 30. September 2023	16 P
Block V:	Fr., 10.–Sa., 11. November 2023	16 P
Block VI:	Fr., 08.–Sa., 09. Dezember 2023	16 P

Gebühren: je Block 310 €
(Akademiestudenten 279 €)

Leitung: P. E. Frevert,
Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

G3-G4	Fr., 03.–Sa., 04. Februar 2023
G5-G6	Fr., 10.–Sa., 11. März 2023
G7-G8	Fr., 02.–Sa., 03. Juni 2023

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

GP	Fr., 03.–Sa., 04. Februar 2023
GP	Fr., 10.–Sa., 11. März 2023
GP	Fr., 02.–Sa., 03. Juni 2023

Leitung: H. Luxenburger, München

Gebühren:
Einzelkurs: 240,00 €, Blockbuchung: G1-G3 (3 Kurse) 630,00 €
(Akademiestudenten oder Mitglieder DÄGfA: Einzelkurs: 190,00 €, Blockbuchung: G1-G3 (3 Kurse) 480,00 €)

Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de
oder
A. Bauß, DÄGfA, Fon: 089 71005-11,
E-Mail: bauss@daegfa.de

Sportmedizin

Modul 4: Mo., 27.–Di., 28. März 2023
Modul 7: Mi., 29.–Do., 30. März 2023
Modul 14: Fr., 31. März–Sa., 01. April 2023

Modul 9: Mo., 25.–Di., 26. September 2023
Modul 7: Mi., 27.–Do., 28. September 2023
Modul 14: Fr., 29.–Sa., 30. September 2023

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer
Gebühren: je 330 € (Akademiestudent 297 €)

Auskunft/Anmeldung: C. Winkler, Fon: 06032 782-208,
E-Mail: caroline.winkler@laekh.de

Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken. Die Blöcke werden als Blended Learning-Veranstaltung angeboten, ihnen geht eine Telearnphase voraus.

Modul 2 : Beginn der Telearnphase: 02.02.2023
Sa., 25. Februar 2023 (Live-Online)
Mo., 06.–Di., 07. März 2023 (Live-Online)
Mi., 08.–Fr., 09. März 2023 (Präsenz)

Modul 3 : Beginn der Telearnphase: 04.04.2023
Sa., 29. April 2023 und
Mo., 08.–Fr., 12. Mai 2023

Gebühr: je 930 € (Akademiestudenten 837 €)
Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,
E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de

Repetitorium Neurologie

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

Modul IV Mo., 06.–Di., 07. März 2023
Gebühr: 210 € (Akademiestudent 189€)

Leitung: Prof. Dr. med. M. Kaps, Gießen

Auskunft/Anmeldung: S. Pfaff, Fon: 06032 782-222,
E-Mail: stephanie.pfaff@laekh.de

Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.akademie-laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.

Modul I: Fr., 03.–Sa., 04. März 2023 20 P

Leitung: PD Dr. med. M. Gehling, Kassel
Dr. med. K. Böhme, Kassel

Modul III: Fr., 12.–Sa., 13. Mai 2023 21 P

Leitung: Dr. med. S. Moreau, Frankfurt
Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt

Modul IV: Fr., 08.–Sa., 09. September 2023 20 P

Leitung: C. Drefahl, Frankfurt
Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

Modul II: Fr., 03.–Sa., 04. November 2023 21 P

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

Gebühr: je 390 € (Akamitgl. 351 €)

Ort: Module I+II: Kassel
Module III+IV: Bad Nauheim

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Ärztliches Qualitätsmanagement

Paket 1: Telelernphase I & Block I

Telelernphase I: Mo., 25. September bis
So., 29. Oktober 2023

Block I: Mo., 30. Oktober bis
Fr., 03. November 2023

Leitung: K. Israel-Laubinger, Frankfurt

Gebühr: 1.300 € (Akademiemitgl. 1.170 €)

Weitere Termine und Gebühren unter www.akademie-laekh.de

Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adiel.candelo-roemer@laekh.de

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Mi., 08.–Sa., 11. November 2023

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult.
H.-R. Tinneberg, Frankfurt

Gebühr: 640 € (Akademiestudierende 576 €)

Gebühr/Tag: 200 € (Akademiestudierende 180 €)

Auskunft/Anmeldung: S. Holler, Fon: 06032 782-226
E-Mail: susanne.holler@laekh.de

ALLGEMEINE HINWEISE

In der Regel werden Akademieveranstaltungen ohne Sponsoren durchgeführt. Interessenskonflikte der Veranstalter, der Referenten und der Veranstaltungsleitung bestehen nicht. Abweichungen werden auf der Internetseite der jeweiligen Veranstaltung angezeigt. Alle Veranstaltungen sind produkt- und dienstleistungsneutral.

Programme: Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

Anmeldung: Im Internet schnell und kostenfrei unter:
<https://portal.laekh.de> oder www.akademie-laekh.de möglich.

Gerne können Sie sich auch schriftlich zu den Veranstaltungen anmelden: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-200, Fax: 06032 782-220.

Erst nach Rücksendung Ihrer unterschriebenen Anmeldeunterlagen ist Ihre Anmeldung verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung. Bitte beachten Sie die Allgemeinen Vertragsbedingungen und etwaige Teilnahmevoraussetzungen! Wenn Veranstaltungen kurzfristig abgesagt werden müssen, werden Sie von der Akademie benachrichtigt.

Veranstaltungsort (sofern nicht anders angegeben):
Bildungszentrum der Landesärztekammer Hessen,
Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim.

Kinderbetreuung: Für Kinder von drei bis acht Jahren freitags und samstags kostenfrei möglich! Telefonische Informationen: Christina Ittner, Fon: 06032 782-223.

Gebühr (sofern nicht anders angegeben): gilt inklusive Seminarunterlagen und Pausenverpflegung.

Teilnehmerzahl: Für alle Veranstaltungen gibt es eine Begrenzung der Teilnehmerzahl. Gerne setzen wir Sie in diesem Fall auf die Warteliste oder informieren Sie zeitnah über die nächste Veranstaltung.

Akademie-Mitgliedschaft: Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Gebühren für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Bitte informieren Sie sich über:

Fon: 06032 782-204,
E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de
Akademie online:

www.akademie-laekh.de
E-Mail: akademie@laekh.de





Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.carl-oelemann-schule.de

Neu: Klimawandel und Gesundheit (KLG) 48 Stunden

Der neue Qualifizierungslehrgang wird in Zusammenarbeit mit der DAPG e. V. und nach dem Fortbildungscurriculum der Bundesärztekammer veranstaltet. Die Fortbildung im Blended-Learning-Konzept gliedert sich in drei Teile:

- Teil 1 (4 Std.): Ursachen des Klimawandels
- Teil 2 (8 Std.): Wahrnehmung und Motivation
- Teil 3 (36 Std.): Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit; Gesundheitskompetenz und Präventionsmaßnahmen; Handlungsfelder in Gesundheitseinrichtungen; Hausarbeit und Vorstellung

Termine Teil 1: Mi., 22.02. oder Fr., 10.03.2023:

Anmeldung über www.dapg.info/termine

Gebühr: 85 €

Termine Teil 2: Sa., 25.02.2023

Gebühr: 105 €

Termine Teil 3: ab Mi., 19.04.2023

Gebühr: 455 € inkl. Lernerfolgskontrolle

Kontakt: Tanja Oberwallner, Fon: 06032 782-131, Fax -180

Fachkraft für Impfmanagement (IMP) 40 Stunden

Der Qualifizierungslehrgang gliedert sich in vier Schwerpunkte:

- Medizinische Grundlagen
- Organisatorische Grundlagen des Impfmanagements
- Fallarbeit: Impfmanagement in der Praxis
- Best practice des Impfmanagements

Die Fortbildung beinhaltet eine zeitliche Anerkennung von zehn Stunden, die von den Teilnehmenden in Form einer Selbstlernphase erbracht werden. In dieser Phase findet eine Fallbearbeitung statt, die im Rahmen der Lerneinheit „best practice“ vorgestellt und im Erfahrungsaustausch beraten wird.

Termine IMP: ab 10.03.2023

Gebühr: 455 € inkl. Lernerfolgskontrolle

Kontakt: Danuta Scherber, Fon: 06032 782-189, Fax -180

Qualitätsmanagement (FAW 3_3z) 40 Stunden

Die Übernahme des anspruchsvollen Aufgabenbereichs „Qualitätsmanagementbeauftragte/r“ setzt ein fundiertes Grundlagenwissen voraus. In der 40-stündigen Fortbildung werden die erforderlichen Kenntnissen und Fertigkeiten vermittelt.

Termin FAW 2_3z: ab 24.03.2023

Gebühr: 530 €

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

Ambulantes Operieren (AOP) 120 Stunden

Der 94-stündige Lehrgang teilt sich auf in zwei Blöcke:

Block A (70 Std.): „Ambulantes Operieren“ (AOP) mit den Lerninhalten:

- Rechtliche Grundlagen
- Medizinische und strukturelle Grundlagen
- Perioperatives Management
- Infektionsprophylaxe
- Medizinprodukte in der Anwendung
- Umgang mit Patienten und Angehörigen
- Patientenbeobachtung
- Best Practice

Block B (24 Std.): Sachkenntnis zur „Aufbereitung von Medizinprodukten“ (SAC).

Termin AOP: ab 26.04.2023

Gebühr: 1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Termin SAC: ab 02.03.2023

Gebühr: 370 € inkl. Lernerfolgskontrolle

Kontakt: Julia Werner, Fon: 06032 782-185, Fax: -80

Assistenz Wundmanagement (WUN) 40 Stunden

Der neue Qualifizierungslehrgang in der Carl-Oelemann-Schule wird gemäß dem Fortbildungscurriculum der Bundesärztekammer durchgeführt. Schwerpunkte der Fortbildung sind u. a. umfangreiche Übungen zum Wundmanagement:

- Wundbehandlungsprozess
- Krankheitsbilder: Diabetisches Fußsyndrom, Ulcus cruris, Dekubitus
- Hygiene, Mikrobiologie und Infektionsprävention
- Wunddokumentation
- Kompressionstherapie

Termin WUN: ab 27.03.2023

Gebühr: 530 €

Kontakt: Danuta Scherber, Fon: 06032 782-189, Fax -180

Aktualisierung Onkologie: Nebenwirkungsmanagement (ONK A 2) 16 Stunden

Die Aufbaufortbildung richtet sich insbesondere an Medizinische Fachangestellte, die bereits am 120-stündigen Qualifizierungslehrgang Onkologie teilgenommen haben und gemäß „Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zum BMV-Ä)“ ihren Wissenstand aktualisieren bzw. erweitern wollen.

Termin ONK A2: Fr., 28.04.-Sa., 29.04.2023

Gebühr: 165 €

Kontakt: Julia Werner, Fon: 06032 782-185, Fax: -180

Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.carl-oelemann-schule.de

Aktualisierungskurs „Kenntnisse im Strahlenschutz“ (STR A) 8 Stunden

Ziel ist die Aktualisierung der Fachkunde und der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz nach § 49 Abs. 3 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV). Zielgruppe sind MFA, Arzthelfer/-innen und Interessierte mit einer abgeschlossenen sonstigen medizinischen Ausbildung, MTA, MTRA und MTLA.

Termin STR A 1_1: Sa., 18.03.2023

Termin STR A 1_2: Sa., 13.05.2023

Termin STR A 1_3: Sa., 23.09.2023

Gebühr: 125 € inkl. Lernerfolgskontrolle

Wurde die Frist zur Aktualisierung versäumt, kann der Sonderkurs (16 Stunden) besucht werden:

Termin STR A 2_1: Fr., 17.03.- Sa., 18.03.2023

Termin STR A 2_2: Fr., 22.09.- Sa., 23.09.2023

Gebühr: 310 € inkl. Lernerfolgskontrolle

Kontakt: Ilona Preuß, Fon: 06032 154-154, Fax: -180

Datenschutzbeauftragte(r) (FAW 3_3z) 20 Stunden

Die Fortbildung richtet sich an Personen nicht-ärztlicher Fachberufe in ärztlich geleiteten Einrichtungen, die gemäß § 4f des Bundesdatenschutzgesetzes die erforderliche Fachkunde zur Übernahme der Aufgaben eines/-r Datenschutzbeauftragten erwerben möchten.

Termin FAW 1_7z: ab 16.06.2023

Termin FAW 2_7z: ab 08.09.2023

Gebühr: 530 €

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

Nichtärztliche Praxisassistenz (NäPA)

Nichtärztliche Praxisassistenten und Praxisassistentinnen unterstützen Haus- und Fachärzte bei der Versorgung der Patienten. Im Rahmen der delegationsfähigen ärztlichen Leistungen können sie selbstständig Hausbesuche und Besuche in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen durchführen und z. B. Wunden versorgen, Blutdruck- und Blutzuckerwerte kontrollieren und die Sturzprophylaxe übernehmen.

Der Fortbildungsumfang richtet sich nach der Dauer der Berufstätigkeit.

Termin: Interessentenliste

Gebühr: 1.925 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

EBM – Vertiefung des Grundlagenwissens im ärztlichen Abrechnungswesen“ (PAT 12)

Die eintägige Veranstaltung baut auf dem Kenntnisstand der Fortbildung „Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen – EBM“ auf. Sie richtet sich auch an Personen, die ihren Kenntnisstand aktualisieren und erweitern möchten.

Inhalte:

- Vermeidung von Abrechnungsfehlern bei Anwendung des EBM
- Was wird bei der vertragsärztlichen Abrechnung nach dem EBM oft vergessen?
- Erläuterung der Honorarsystematik: Einzelleistungen, Regelleistungsvolumina (RLV) sowie qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV)
- Extrabudgetäre Leistungen und deren Besonderheit
- Checkliste zur Vorbereitung der Quartalsabrechnung

Termin PAT 12: Sa., 18.03.2023, 09:30–15:00 Uhr

Gebühr: 125 €

Kontakt: Danuta Scherber, Fon: 06032 782-189, Fax -180

Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende

Informationen und Termine zu den Prüfungsvorbereitungskursen für die **Abschlussprüfung Sommer 2023** für Medizinische Fachangestellte finden Sie auf unserer Website:

- Abrechnung: EBM (PVK 1)
- Abrechnung: GOÄ/UV-GOÄ (PVK 2)
- Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 3)
- Medizinische Fachkunde (PVK 4)
- Wundversorgung (PVK 5)
- Punktionen und Labor (PVK 6)
- Diagnostik und Notfallmaßnahmen (PVK 7)
- Betriebsorganisation und Verwaltung sowie Wirtschafts- und Sozialkunde (PVK 8)

Kontakt:

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

Tagesaktuelle Informationen

Über unsere tagesaktuellen Fortbildungsangebote informieren wir Sie auch auf unserer Website www.carl-oelemann-schule.de und über Facebook www.facebook.com/LAEKHessen/. Der QR-Code führt direkt dorthin.



Neuer Qualifizierungslehrgang „Assistenz Wundmanagement“

Fortbildung für Medizinische Fachangestellte erfolgreich gestartet

Im November 2022 wurde erstmals der 40-stündige Qualifizierungslehrgang „Assistenz Wundmanagement“ für Medizinische Fachangestellte (MFA) nach dem Fortbildungscurriculum der Bundesärztekammer in der Carl-Oelemann-Schule (COS) angeboten.

Der Lehrgang wurde in einem Blended-Learning-Konzept entwickelt. Die zu Beginn stattfindende E-Learning-Phase (Basismodul) mit neun Unterrichtsstunden vermittelt den Teilnehmenden das Basiswissen für die darauf aufbauende Präsenzphase.

Teilnehmende, die bereits einen Abschluss in den Qualifizierungslehrgängen „NäPA“, „VERAH“ oder „Ambulante Versorgung ältere Menschen“ haben, erhalten eine inhaltliche und zeitliche Anerkennung für das Basismodul.

Verbindung von Theorie und Praxis

Die Teilnehmerinnen im ersten Lehrgang waren überwiegend bereits im beruflichen Umfeld des Wundmanagements tätig. Das



Foto: LÄKH

Die Absolventinnen des ersten Lehrgangs nehmen viel neues Wissen mit.

Dozententeam lobte die hohe Motivation der Teilnehmerinnen, die im Anschluss an den Unterricht selbstkritisch reflektierten: „Ich konnte viel mitnehmen und bin jetzt viel sicherer.“

Die Rückmeldungen der Teilnehmerinnen am Ende des Lehrgangs waren ebenfalls sehr positiv. Gelobt wurde beispielsweise die E-Learning-Einheit zu Beginn des Lehrgangs, die für alle eine gute Wiederholung und Vertiefung des medizinischen Grundlagenwissens darstellte.

Lob gab es auch für die vielfältigen praktischen Anwendungsübungen und das Engagement des Dozententeam. Die Teilnehmerinnen hätten sich aufgrund der vielen interessanten Themenbereiche einen weiteren Lehrgangstag in der COS gut vorstellen können.

Wertvolle Hinweise zur zeitlichen Schwerpunktsetzung gab es auch. So kam als konstruktive Rückmeldung der Teilnehmerinnen, dass der curriculare Schwerpunkt zum Thema „Dekubitus“ etwas reduziert werden könnte zugunsten der Lerneinheit „Wundprozesse“. Obwohl diese Lerneinheit bereits acht Stunden um-

fasst, würden die Teilnehmerinnen die Inhalte gerne noch ausführlicher behandeln. Die umfangreiche Materialausstattung und die Übungsbedingungen in den Fachräumen der COS ermöglichen, dass die Fortbildung „Assistenz Wundmanagement“ handlungsorientiert durchgeführt wird. Alle Lerninhalte werden entsprechend den aktuellen Leitlinien vermittelt.

Informationen zum Curriculum finden Sie unter: <https://www.fortbildung-mfa.de/fortbildungscurricula/wundmanagement>

Folgende Inhalte umfasst der Lehrgang:

- Basismodul E-Learning (9 Std.)
- Präsenzveranstaltung (31 Std.)
- Krankheitsbilder
- Adjuvante Maßnahmen
- Kompressionstherapie
- Wundbehandlungsprozess

Tanja Oberwallner
Sachbearbeitung
und Öffentlichkeitsarbeit
Carl-Oelemann-Schule

Lehrgangstermine

Informationen zum Lehrgang und den Lehrgangsterminen in der COS finden Sie im Internet unter: <https://www.laekh.de/fuer-mfa/fortbildung-fuer-mfa> oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/2xbwn8ze/>. Der QR-Code führt direkt dorthin.



Nächster Lehrgangsbeginn: 13.03.2023

Neu im Betreuungsrecht: Ehegattennotvertretung

Die Einführung eines Notvertretungsrechts für Ehegatten in Anlässen der Gesundheitspflege ist seit Jahresbeginn eine der wichtigsten Neuerungen im Betreuungsrecht. Nach ärztlicher Feststellung von Bewusstlosigkeit oder schwerwiegender, die freie Willensbildung und -äußerung ausschließender Krank-

heit können Ehe- oder Lebenspartner für maximal sechs Monate die Gesundheitspflege für ihren Partner übernehmen, solange keine Vorsorgevollmacht oder ein gerichtlicher Betreuungsbeschluss vorliegt. Im Internet unter www.laekh.de → Aktuelles finden Sie mehr dazu und ein Formular zum Herunterladen.

Gedenken an Prof. Dr. Albrecht Encke

* 24.06.1935 † 07.12.2022

Prof. Dr. med. Albrecht Encke ist am 7. Dezember 2022 im Alter von 87 Jahren in Frankfurt am Main gestorben. Er war nicht nur ein anerkannter, führender Vertreter der Chirurgie in Deutschland, sondern auch ein integrierter und zugewandter Mensch.

Geboren am 24. Juni 1935 in Remscheid, stammt Encke aus einer Arztfamilie und studierte Humanmedizin in Freiburg, Tübingen, Wien und Köln, wo er 1961 promovierte. Es folgte ein zweijähriger USA-Aufenthalt. Zurück in Deutschland erhielt er 1964 ein Stipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft, das ihm die Forschung zum Thema Blutgerinnung an der Universitätsklinik Heidelberg ermöglichte.

Nach seiner Entscheidung, Chirurg zu werden, trat er eine Stelle an der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg an. Im Mai 1971 wurde Encke zum Oberarzt, wenig später zum Leitenden Oberarzt ernannt. Im Jahr 1979 folgte der Ruf als Lehrstuhlinhaber für das Fach Chirurgie an die Universität Frankfurt am Main. Bis zu seiner Emeritierung im Jahr 2002 leitete er 23 Jahre lang die dortige Klinik für Allgemein- und Gefäßchirurgie.

Mit seinem Engagement in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, der er 1999/2000 als Präsident vorstand, sowie als Prodekan der Medizinischen Fakultät kamen neue Aufgaben hinzu. Auf internationaler Ebene fungierte Encke als Präsident der International Federation of Surgical Colleges. Die medizinische und chirurgische Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses hat er über zwei Jahrzehnte maßgeblich mitgeprägt. Seine hohen Ansprüche an sich selbst als Chirurg, Hochschullehrer und Chefarzt waren seinen Schülern Vorbild und Ansporn.

Encke hat die Lebertransplantation in Frankfurt klinisch und wissenschaftlich implementiert. Als einer der ersten hat er in seiner Klinik die psychoonkologische Betreuung für Patienten und Angehörigen eingeführt und weiterentwi-



Foto: Archiv

Prof. Dr. med. Albrecht Encke

ckelt. Die Themen Palliativmedizin und Sterbebegleitung waren für Encke wichtige Anliegen: Er war Mitbegründer des Hospizvereines St. Katharina in Frankfurt. Maßgeblich war es seinem langjährigen Engagement zu verdanken, dass im Jahr 2005 die stationäre Hospizeinrichtung St. Katharina eröffnet werden konnte.

Viele Jahre bekleidete Encke ebenso das Amt des Präsidenten der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, stand der Deutschen Stiftung Organspende als Beirat zur Verfügung und war aktives Mitglied der Kommission „Lebenspende“ der Landesärztekammer Hessen (LÄKH). Als Gutachter und Prüfer wirkte er außerdem für die LÄKH in den Bereichen Chirurgie, Viszeralchirurgie und Chirurgische Intensivmedizin.

Für seinen Einsatz im Gesundheitswesen erhielt Professor Encke eine Vielzahl von Ehrungen und Auszeichnungen, unter anderem das Bundesverdienstkreuz am Bande, die Paracelsus-Medaille der Bundesärztekammer und die Ehrenplakette der LÄKH. Wir nehmen Abschied von einem bedeutenden und aufrichtigen Menschen, von einem großen Lehrer und ehrlichen Freund.

Für die ehemaligen Schüler
Prof. Dott./Univ. Rom Vittorio Paolucci

Goldenes Doktorjubiläum

Jahresabschluss der Landesärztekammer Hessen

Bilanz zum 31. Dezember 2021,
Landesärztekammer Hessen Körperschaft des öffentlichen Rechts, Frankfurt am Main

AKTIVA

	€	31.12.2021 €	Vorjahr T€
A. Anlagevermögen			
I. Immaterielle Vermögensgegenstände			
1. Software	286.166,32		215
2. Anzahlungen auf Software	299.258,33		280
		585.424,65	495
II. Sachanlagen			
1. Grundstücke und Bauten	41.134.582,19		42.595
2. Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung	1.827.036,89		1.881
3. Anlagen im Bau/geleistete Anzahlungen	75.879,34		12
		43.037.498,42	44.488
III. Finanzanlagen			
1. Beteiligungen	4.579,74		5
2. Wertpapiere des Anlagevermögens	12.442.355,87		11.510
		12.446.935,61	11.515
		56.069.858,68	56.498
B. Umlaufvermögen			
I. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände			
1. Forderungen			
a) Forderungen aus Kammerbeiträgen	1.691.306,29		1.227
b) Sonstige Forderungen	763.883,67		608
2. Sonstige Vermögensgegenstände	175.797,25		56
		2.630.987,21	1.891
II. Kassenbestand und Guthaben bei Kreditinstituten		3.256.299,86	6.899
davon täglich fällig:		5.887.287,07	8.790
€ 3.250.672,78 (Vj.: € 6.891.252,64)			
C. Rechnungsabgrenzungsposten		183.865,39	131
		62.141.011,14	65.419
Treuhandvermögen		350.912,60	495

Anhang 2021

I. Allgemeines

Die Landesärztekammer Hessen ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und hat ihren Sitz in Frankfurt am Main.

Der Jahresabschluss zum 31. Dezember 2021 wurde nach den deutschen handelsrechtlichen Rechnungslegungsvorschriften und nach den Vorschriften der Haushalts- und Kassenordnung der Landesärztekam-

mer Hessen aufgestellt. Die Gliederung der Gewinn- und Verlustrechnung orientiert sich am Haushaltsplan der Körperschaft.

II. Bilanzierungs- und Bewertungsgrundsätze

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

Die planmäßigen Abschreibungen werden entsprechend der voraussichtlichen Nutzungsdauer nach der linearen Methode vorgenommen. Die Abschreibung auf Zugänge zum beweglichen Sachanlagevermögen erfolgt pro rata temporis (monatsgenau). Die Abschreibungszeiträume betragen zwischen 3 und 5 Jahren bei EDV-Programmen, zwischen 12,5 und 50 Jahren bei Gebäuden und Außenanlagen und 3 bis 15 Jahre bei anderen Anlagen, Be-

zum 31. Dezember 2021

PASSIVA

	€	31.12.2021 €	Vorjahr T€
A. Eigenkapital			
Rücklage			
1. Betriebsmittelrücklage	9.000.000,00		7.700
2. Instandhaltungsrücklage	0,00		0
3. Rücklage Kammerneubau	4.838.327,73		7.934
4. Rücklage Immobilie Bad Nauheim	2.170.018,62		4.092
5. Bilanzverlust	0,00		0
		16.008.346,35	19.726
B. Sonderposten für erhaltene Investitionszuschüsse		2.142.396,91	2.282
C. Rückstellungen			
1. Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen	27.890.804,50		25.646
2. Sonstige Rückstellungen	1.915.880,90		1.751
		29.806.685,40	27.397
D. Verbindlichkeiten			
1. Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten	12.759.993,48		13.671
2. Verbindlichkeiten aus Kammerbeiträgen	78.341,82		69
3. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	746.878,81		567
4. Sonstige Verbindlichkeiten	598.368,37		1.707
davon Verbindlichkeiten aus Steuern: € 195.232,39 (Vj.: € 194.018,31) davon im Rahmen der sozialen Sicherheit: € 0,00 (Vj.: € 7.813,23)		14.183.582,48	16.014
E. Rechnungsabgrenzungsposten		0,00	0
		<u>62.141.011,14</u>	<u>65.419.275,40</u>
Treuhandverbindlichkeiten		350.912,60	494.545,65

triebs- und Geschäftsausstattung. Nicht inventarisierte geringwertige Anlagegegenstände mit Anschaffungskosten bis zu einer Höhe von TEUR 1 werden sofort abgeschrieben und ihr Abgang zum Ende des Geschäftsjahres wird unterstellt.

Die zur Finanzierung von Sachanlagen in den Vorjahren erhaltenen öffentlichen Zuschüsse wurden in einen passiven Sonderposten eingestellt. Der 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 (noch nicht abgeschlossene Beitragsveranlagungen) wurden mit einem durchschnittlichen Beitragsatz, der sich aus den für 2021 veranlagten Kammerbeiträgen ergibt, abzüglich eines Sicherheitsabschlags angesetzt.

Die unter den aktiven und passiven Rechnungsabgrenzungsposten ausgewiesenen Beträge wurden in Höhe der vorausbe-

Entwicklung des Anlagevermögens der Landesärztekammer Hessen

Posten des Anlagevermögens	01.01.2021	Anschaffungs/Herstellungskosten			31.12.2021 Stand €
		Zugang €	Umbuchungen €	Abgang €	
I. Immaterielle Vermögensgegenstände					
1. Software	2.622.620,25	23.342,09	140.196,63	0,00	2.786.158,97
2. Anzahlungen auf Software	279.369,70	160.085,26	-140.196,63	0,00	299.258,33
	2.901.989,95	183.427,35	0,00	0,00	3.085.417,30
II. Sachanlagen					
1. Grundstücke und Bauten	54.112.364,22	1.245,50	-2.347,06	0,00	54.111.262,66
2. Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattungen	6.618.973,43	271.232,91	14.247,06	173.008,53	6.731.444,87
3. Anlagen im Bau / geleistete Anzahlungen	11.900,00	75.879,34	-11.900,00	0,00	75.879,34
	60.743.237,65	348.357,75	0,00	173.008,53	60.918.586,87
Gesamt I. - II.	63.645.227,60	531.785,10	0,00	173.008,53	64.004.004,17
III. Finanzanlagen					
1. Beteiligungen	4.579,74	0,00	0,00	0,00	4.579,74
2. Wertpapiere des Anlagevermögens	11.549.030,51	16.398.413,79	0,00	15.430.019,32	12.517.424,98
	11.553.610,25	16.398.413,79	0,00	15.430.019,32	12.522.004,72
Gesamt I. - III.	75.198.837,85	16.930.198,89	0,00	15.603.027,85	76.526.008,89

zahlten Aufwendungen bzw. vereinnahmten Erträge unter Berücksichtigung der künftigen Laufzeiten der zugrundeliegenden Verträge ermittelt.

Das Eigenkapital der Landesärztekammer besteht aus der Betriebsmittelrücklage, gemäß § 3 Abs. 5 der Haushalts- und Kassenordnung, die den regelmäßigen Betriebsmittelbedarf von mindestens drei und höchstens sechs Monaten decken soll. Die Betriebsmittelrücklage darf sich innerhalb dieses Korridors bewegen, aber die maximale Sollrücklage von sechs Monaten nicht überschreiten. Eine Unterschreitung der minimalen Sollrücklage ist hingegen im Falle ausreichender flüssiger Mittel zulässig. Bei einem absehbaren Verlassen des Korridors sind das Präsidium und der Finanzausschuss mit Gegenmaßnahmen zu befassen. Des Weiteren hat die Landesärztekammer zweckgebundene Rücklagen zur Finanzierung von langfristig nutzbaren Vermögensgegenständen des Anlagevermögens (Immobilien) gebildet.

Zur Bildung der Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen wur-

den die Berechnungen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen mit dem Teilwertverfahren unter Verwendung der Richttafeln 2018G von Prof. Dr. Klaus Heubeck vorgenommen. Im Jahr 2021 wurde ein Zinssatz in Höhe von 1,87 % zur Abzinsung verwendet, der dem Rechnungszins gemäß der RückabzinsVO auf der Basis eines Zehnjahresdurchschnitts entspricht (2,30 % zum 31.12.2020). Zwischen der LÄKH und dem Personalrat wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2018 eine Änderung der Regelung für die betriebliche Altersversorgung der betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vereinbart. Der interne Rechnungszins wird bis 31.12.2020 mit 2,00 % (vorher 3,25 %) festgeschrieben. Der Renteneckwert wird einmalig zum 01.01.2018 um 2,00 % erhöht und in den darauffolgenden Jahren um 1,5 %. Sofern sich ein entsprechend deutlicher Anstieg des Zinsniveaus ergeben sollte (mindestens 0,5 %-punkte), wird die interne Verzinsung in der Direktzusage dieser Entwicklung folgen. Mit dem Personalrat wurde in seiner Sitzung am 18.02.2021 einver-

nehmlich festgestellt, dass im Betrachtungszeitraum kein Anstieg des Zinsniveaus zu verzeichnen gewesen sei und somit keine Erhöhung der internen Verzinsung erfolgen könne. Die nächste Prüfung erfolgt zum 01.01.2024 und sodann jeweils alle drei Jahre jeweils zum 01.01. eines Kalenderjahres.

Des Weiteren wurden die nachfolgenden Parameter bei der Berechnung berücksichtigt:

- Gehaltstrend p. a. 2,0 %
- Rententrend p. a. 1,0 %

Der für Zwecke der Ermittlung des Unterschiedsbetrages nach § 253 Abs. 6 HGB verwendete durchschnittliche Marktzinssatz der vergangenen sieben Geschäftsjahre beträgt 1,35 % p. a. Der Unterschiedsbetrag beträgt TEUR 2.386, der grundsätzlich einer Ausschüttungssperre unterliegt.

Als Ruhestandsbeginnalter wurde die Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung nach dem RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz vom 20.04.2007 angesetzt.

01.01.2021 €	Zugang €	Kumulierte Abschreibungen		31.12.2021 €	Buchwerte	
		Zuschreibung €	Abgang €		31.12.2021 €	31.12.2020 €
2.407.317,47	92.675,18	0,00	0,00	2.499.992,65	286.166,32	215.302,78
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	299.258,33	279.369,70
2.407.317,47	92.675,18	0,00	0,00	2.499.992,65	585.424,65	494.672,48
11.517.155,03	1.459.605,00	-79,56	0,00	12.976.680,47	41.134.582,19	42.595.209,19
4.737.535,11	337.505,79	79,56	170.712,48	4.904.407,98	1.827.036,89	1.881.438,32
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	75.879,34	11.900,00
16.254.690,14	1.797.110,79	0,00	170.712,48	17.881.088,45	43.037.498,42	44.488.547,51
18.662.007,61	1.889.785,97	0,00	170.712,48	20.381.081,10	43.622.923,07	44.983.219,99
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.579,74	4.579,74
38.547,51	70.462,74	23.760,51	10.180,63	75.069,11	12.442.355,87	11.510.483,00
38.547,51	70.462,74	23.760,51	10.180,63	75.069,11	12.446.935,61	11.515.062,74
18.700.555,12	1.960.248,71	23.760,51	180.893,11	20.456.150,21	56.069.858,68	56.498.282,73

Die Bewertung der Jubiläumsrückstellung basiert auf einem Gutachten der Firma Mercer. Die Bewertung wird mittels der sogenannten „Projected-Unit-Credit-Methode“ (PUC-Methode) durchgeführt. Der Rückstellungsbetrag gemäß der PUC-Methode ist definiert als der versicherungsmathematische Barwert der bis zum Stichtag zeitanteilig erdienten Jubiläumsleistungen. Der Rückstellungsbetrag wurde unter Einbeziehung von Trendannahmen hinsichtlich der zukünftigen Anwartschaftsentwicklung sowie evtl. Fluktuationswahrscheinlichkeiten ermittelt.

Als biometrische Rechnungsgrundlagen wurden die Richttafeln 2018G von Klaus Heubeck verwendet. Die Bewertung erfolgte mit einem Zinssatz von 1,35 % p. a., einem Gehaltstrend von 2,50 % p. a. und einem BBG-Trend von 3,00 % p. a.

Der Wertansatz der übrigen Rückstellungen berücksichtigt alle erkennbaren Risiken auf der Grundlage vorsichtiger kaufmännischer Beurteilung. Die Bilanzierung erfolgt mit dem Erfüllungsbetrag. Sofern die Restlaufzeit der Rückstellungen

gen mehr als ein Jahr beträgt, wurden die Rückstellungen mit dem ihrer Restlaufzeit entsprechenden Marktzinssatz der vergangenen sieben Geschäftsjahre abgezinst.

Die Verbindlichkeiten sind zu ihrem jeweiligen Erfüllungsbetrag bilanziert.

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

1. Anlagevermögen

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

2. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände

Sämtliche Forderungen sind innerhalb eines Jahres fällig. In den sonstigen Vermögensgegenständen enthalten ist eine Forderung gegenüber dem Hilfsfonds, der durch Beschluss der Delegiertenversammlung vom 27.11.2021 zugunsten des Kammerhaushalts aufgelöst wurde. Die Auskehrung dieses Sondervermögens von T€ 143 erfolgte am 07.01.2022.

3. Sonstige Rückstellungen

Die sonstigen Rückstellungen betreffen im Wesentlichen mit TEUR 594 Jubiläumsrückstellungen, TEUR 375 Rückstellungen für Überstunden und nicht genommenen Urlaub, TEUR 368 Rückstellungen für Archivierung, TEUR 235 Rückstellungen für Prozess- und Gerichtskosten sowie TEUR 207 Rückstellungen für ausstehende Rechnungen

4. Verbindlichkeiten

Die Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr betragen EUR 1,0 Mio. (Vj. EUR 1 Mio), von mehr als einem Jahr EUR 11,7 Mio. (Vj. EUR 12,7 Mio) und davon mehr als 5 Jahren EUR 8,6 Mio (Vj. EUR 9,6 Mio). Die Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten sind in voller Höhe über eine Grundschuld auf das Kammergebäude in Frankfurt besichert.

Die Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen und die sonstigen Verbindlichkeiten sind innerhalb eines Jahres fällig.

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Gewinn- und Verlustrechnung für die Zeit vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2021, mit Gegenüberstellung zum Haushaltsvoranschlag 2021

Aufwendungen	Haushalts- voranschlag 2021 €	Ist 2021 €	- Titeler- schreitung + Titelüber- schreitung €
I. Personalaufwendungen			
1. Löhne und Gehälter	14.267.500,00	13.274.125,18	-993.374,82
2. Aushilfen	111.500,00	119.704,07	8.204,07
3. Gesetzlicher sozialer Aufwand	2.672.400,00	2.524.457,02	-147.942,98
4. Aufwand Altersversorgung inkl. Rückstellung	3.134.500,00	3.172.648,82	38.148,82
5. Berufsgenossenschaft	133.600,00	159.655,37	26.055,37
6. Leihpersonal	30.000,00	173.508,39	143.508,39
7. Sonstiger Personalaufwand inkl. Rückerstattung	673.400,00	517.812,53	-155.587,47
	<u>21.022.900,00</u>	<u>19.941.911,38</u>	<u>-1.080.988,62</u>
II. Aufwandsentschädigungen etc. im Rahmen der Kammertätigkeit			
1. Aufwandsentschädigung Gremien	1.454.100,00	1.491.385,92	37.285,92
2. Freie Mitarbeiter, Honorare, Vergütungen	2.604.600,00	2.471.110,41	-133.489,59
	<u>4.058.700,00</u>	<u>3.962.496,33</u>	<u>-96.203,67</u>
III. Abschreibungen	2.378.100,00	1.889.785,97	-488.314,03
IV. Sonstige Aufwendungen			
1. Raumkosten	2.010.600,00	1.784.412,08	-226.187,92
2. Werbe-, Bewirtungs- und Reisekosten	1.318.700,00	815.491,53	-503.208,47
3. EDV- und Kommunikationskosten	1.043.700,00	1.016.528,28	-27.171,72
4. Büro- und Verwaltungskosten	405.900,00	555.698,40	149.798,40
5. Beiträge, Zuschüsse, Zuwendungen	1.743.500,00	1.747.345,55	3.845,55
6. Übrige betriebliche Kosten	1.117.300,00	909.628,92	-207.671,08
	<u>7.639.700,00</u>	<u>6.829.104,76</u>	<u>-810.595,24</u>
V. Neutraler Aufwand	40.000,00	112.354,60	72.354,60
VI. Zinsen und ähnliche Aufwendungen	267.100,00	334.616,01	67.516,01
VII. Steuern vom Einkommen und Ertrag	0,00	6.378,05	6.378,05
Summe der Aufwendungen	35.406.500,00	33.076.647,10	-2.329.852,90
Rücklagenentwicklung (nachrichtlich)			
Zuführung in die Rücklagen			
Betriebsmittelrücklage	0,00	5.017.885,66	5.017.885,66
Instandhaltungsrücklage	0,00	0,00	0,00
Rücklage Kammernaubau	0,00	0,00	0,00
Rücklage Immobilie Bad Nauheim	0,00	0,00	0,00
	<u>0,00</u>	<u>5.017.885,66</u>	<u>-5.017.885,66</u>
davon neutraler Aufwand	0,00	0,00	

5. Gewinn- und Verlustrechnung

Der Aufwand aus der Abzinsung von langfristigen Rückstellungen für Pensions- und Jubiläumsverpflichtungen beträgt rund TEUR 566 (Vj. TEUR 619) und wird im Personalaufwand ausgewiesen.

6. Ergebnisverwendung

Das Präsidium schlägt der Delegiertenversammlung vor, den Jahresfehlbetrag von TEUR 3.245 durch Entnahme aus der Betriebsmittelrücklage auszugleichen.

IV. Sonstige Pflichtangaben

1. Sonstige finanzielle Verpflichtungen

Die Gesamtbeträge der sonstigen finanziellen Verpflichtungen, die nicht in der Bilanz erscheinen und auch nicht nach § 251 HGB anzugeben sind, betragen TEUR 3.047 und betreffen im Wesentlichen die zukünftigen Miet- und Leasingverpflichtungen mit maximaler Laufzeit bis 2030.

2. Durchschnittliche Zahl der Beschäftigten

Während des Geschäftsjahres 2021 waren durchschnittlich 288 Arbeitnehmer bei der Körperschaft beschäftigt.

3. Angaben zu den Organen der Landesärztekammer und deren Bezüge

Dem Präsidium (Vorstand) der Körperschaft gehörten 2021 folgende Ärztinnen und Ärzte an:

- Dr. med. Edgar Pinkowski – Präsident
- Monika Buchalik – Vizepräsidentin
- Michael Andor – Beisitzer
- Dr. med. Lars Bodammer – Beisitzer
- Dr. med. Wolf Andreas Fach – Beisitzer
- Dr. med. Jürgen Glatzel – Beisitzer
- Dr. med. Christine Hidas – Beisitzerin
- Dr. med. Barbara Jäger – Beisitzerin
- Dr. med. Susanne Johna – Beisitzerin

Erträge

	Haushalts- voranschlag 2021 €	Ist 2021 €	- Titelunter- schreitung + Titelüber- schreitung €
I. Kammerbeiträge	20.260.900,00	18.287.263,48	-1.973.636,52
II. Übrige Erträge			
1. Fort- und Weiterbildung	2.784.600,00	2.985.846,20	201.246,20
2. Überbetriebliche Ausbildung	989.300,00	934.180,00	-55.120,00
3. Gutachterliche Tätigkeiten	1.420.000,00	1.539.184,07	119.184,07
4. Anerkennungen Fortbildungsveranstaltungen	508.500,00	433.110,00	-75.390,00
5. Sonstige Gebühren und Geldbußen	132.300,00	140.021,14	7.721,14
6. Drittveranstaltungen, Bewirtungen, Gästehaus	245.000,00	107.698,83	-137.301,17
7. Kostenerstattungen	4.295.200,00	3.612.712,87	-682.487,13
8. Mitgliedsbeiträge Akademie	415.000,00	411.750,00	-3.250,00
9. Sonstige Erträge	43.800,00	56.319,86	12.519,86
	10.833.700,00	10.220.822,97	-612.877,03
III. Neutraler Ertrag	748.000,00	836.561,44	88.561,44
IV. Zinsen und ähnliche Erträge	182.500,00	486.699,29	304.199,29
Summe der Erträge	32.025.100,00	29.831.347,18	-2.193.752,82
Jahresfehlbetrag (nachrichtlich)	-3.381.400,00	-3.245.299,92	136.100,08
V. Entnahme aus der Betriebsmittelrücklage	3.381.400,00	3.245.299,92	-136.100,08
	35.406.500,00	33.076.647,10	-2.329.852,90

Rücklagenentwicklung (nachrichtlich)

Entnahmen aus den Rücklagen

Betriebsmittelrücklage zur Finanzierung Jahresfehlbetrag	3.381.400,00	3.245.299,92	-136.100,08
Betriebsmittelrücklage zur Zuführung Instandhaltungsrücklage	0,00	0,00	0,00
Instandhaltungsrücklage	0,00	0,00	0,00
Rücklage Kammerneubau	0,00	3.095.674,35	3.095.674,35
Rücklage Immobilie Bad Nauheim	0,00	1.922.211,31	1.922.211,31
	3.381.400,00	8.263.185,58	4.881.785,58

davon neutraler Ertrag 0,00 472.148,69

- Michael Thomas Knoll – Beisitzer
- Svenja Krück – Beisitzerin
- Dr. med. H. Christian Piper – Beisitzer
- Dr. med. Peter Zürner – Beisitzer

Im Geschäftsjahr 2021 erhielten die Mitglieder des Präsidiums für ihre Tätigkeit im Vorstand Aufwandsentschädigungen in Höhe von TEUR 254.

Für den Präsidenten und die Vizepräsidentin wurden Rückstellungen für Übergangsgelder gebildet. Sie belaufen sich zum 31.12.2021 auf TEUR 87.

4. Ereignisse nach dem Abschlussstichtag

Bezüglich der Risiken aus der Covid-19-Pandemie und der Ukraine Krise verweisen wir auf den Lagebericht („3.2 Mögliche Auswirkungen der Covid-19-Pandemie“ sowie „3.3 Krieg in der Ukraine“). Weitere Vorgänge von besonderer Bedeutung nach dem Abschlussstichtag, über die zu berichten wäre, liegen nicht vor.

Frankfurt am Main, 29.04.2022

Dr. med. Edgar Pinkowski
Monika Buchalik
Michael Andor
Dr. med. Lars Bodammer
Dr. med. Wolf Andreas Fach
Dr. med. Jürgen Glatzel
Dr. med. Christine Hidas
Dr. med. Barbara Jäger
Dr. med. Susanne Johna
Michael Thomas Knoll
Svenja Krück
Dr. med. H. Christian Piper
Dr. med. Peter Zürner

Lagebericht der Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R.

1. Geschäftstätigkeit und Rahmenbedingungen

Die Landesärztekammer Hessen ist nach § 1 des Gesetzes über die Berufsvertretungen, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Heilberufsgesetz) in der Fassung vom 24. Dezember 2020 eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Nach § 13 Heilberufsgesetz und dem entsprechenden § 4 der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995, zuletzt geändert am 30. November 2021, sind Organe der Kammer die Delegiertenversammlung sowie das Präsidium.

Der Verwaltungssitz der Kammer befindet sich in 60314 Frankfurt am Main, Hanauer Landstr. 152.

In Bad Nauheim ist das Bildungszentrum der Landesärztekammer Hessen ansässig. Die Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung und die Carl-Oelemann-Schule (für Medizinische Fachangestellte) führen dort Aus-, Weiter- 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 07.02.2003, zuletzt geändert durch Gesetz vom 15. Dezember 2021, 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.

2. Vermögens-, Finanz- und Ertragslage

2.1 Entwicklung im Geschäftsjahr und wirtschaftliche Lage

Der Mitgliederbestand hat sich im Berichtsjahr wie folgt entwickelt (siehe Tabelle 1).

Das Beitragsaufkommen (Betriebsleistung) des laufenden Veranlagungsjahres lag u. a. aufgrund einer Erhöhung des Hebesatzes von 7,5 % mit T€ 17.475 über

dem Vergleichswert des Vorjahres (T€ 15.910). Aufgrund von nachträglichen Einstufungen durch rückständige Kammermitglieder konnte daneben im Geschäftsjahr ein Ertrag aus Kammerbeiträgen der Vorjahre in Höhe von T€ 812 (Vorjahr T€ 410) erzielt werden.

Der von der Delegiertenversammlung in der Sitzung am 28.11.2020 auf Empfehlung des Finanzausschusses genehmigte Haushaltsplan 2021 umfasst einen Investitionshaushalt in Höhe von T€ 702 und einen Verwaltungshaushalt mit Erträgen (einschließlich Neutrale und Finanzerträge) in Höhe von T€ 32.025 bzw. Aufwendungen (einschließlich Neutrale und Finanzaufwendungen) in Höhe von T€ 35.406. Daraus ergibt sich ein geplanter Verlust in Höhe von T€ -3.381. Der tatsächliche Jahresfehlbetrag beläuft sich auf T€ -3.245, der vorbehaltlich der Zustimmung der Delegiertenversammlung durch eine Entnahme aus der Betriebsmittelrücklage ausgeglichen werden soll.

Die Haushaltspositionen im Verwaltungshaushalt lt. Haushalts- und Kassenordnung verhielten sich im Einzelnen zu den Planansätzen wie folgt:

- A.I. „Kammerbeitrag“: negative Planabweichung (T€ -1.974)

Die außerordentliche Planabweichung resultiert aus einem Basiseffekt im Haushaltsjahr 2020. In diesem Zeitraum war ein außerordentlicher Beitragsrückgang trotz eines konstanten Hebesatzes zu verzeichnen gewesen. Die ursprüngliche optimistische Planung war die Grundlage für die Ermittlung des Planwertes 2021.

Tab. 1: Mitgliederbestand der Landesärztekammer Hessen (Quelle: Beitragsbuchhaltung)

	Stand 31.12.2020	Stand 31.12.2021	Entwicklung 2021	%
Pflichtmitglieder	27.698	28.282	584	2 %
Freiwillige Mitglieder	2.983	3.235	252	8 %
Beitragsfreie Mitglieder	7.523	7.344	-179	-2 %
Gesamt	38.204	38.861	657	2 %

Der Basiseffekt konnte aufgrund der zeitlichen Abfolge des Planungsprozesses erst im Haushaltsplan 2022 korrigiert werden.

- A.II. „Übrige Erträge“: negative Planabweichung (T€ -613)
- B.I. „Personalaufwand“: positive Planabweichung (T€ 1.081)
- B.II. „Aufwandsentschädigung, Freie, Honorare“: positive Planabweichung (T€ 96)
- B.III. „Abschreibungen auf Sachanlagen“: positive Planabweichung (T€ 488)
- B.IV. „Sonstige Aufwendungen“: positive Planabweichung (T€ 811)

Der o. g. Ertragsrückgang von T€ 2.587 konnte durch Minderkosten von T€ 2.476 nur zum Teil ausgeglichen werden.

- F. „Neutrales Ergebnis“: negative Planabweichung (T€ 16).
- G. „Finanzergebnis“: positive Planabweichung (T€ 230)

Das außerordentlich gute Finanzergebnis führte zu einem deutlichen Mehrertrag von T€ 230. Dadurch konnte der Jahresfehlbetrag im Vergleich zum Plan verringert werden.

Der Investitionshaushalt wurde im Berichtsjahr um insgesamt T€ 171 unterschritten.

Die tatsächlichen Investitionen betragen T€ 532 und verhielten sich im abgelaufenen Jahr zu den Haushaltsansätzen wie folgt:

- I. „Immaterielle Wirtschaftsgüter“: positive Planabweichung (T€ 38)
- II. „Immobilien“: positive Planabweichung (T€ 99)
- III. „Betriebs- und Geschäftsausstattung“: positive Planabweichung (T€ 34)

Die Bilanzsumme sank gegenüber dem Vorjahr (T€ 65.419) um T€ 3.278 auf T€ 62.141.

Folgende wesentliche Veränderungen von Bilanzposten werden festgestellt.

Aktivseite:

- Rückgang der Sachanlagen durch Abschreibungen
- deutlicher Rückgang der flüssigen Mittel u.a. durch den geplanten negativen operativen Cash Flow und den Abbau kurzfristiger Verbindlichkeiten

Passivseite:

- Deutliche Belastung der Betriebsmittelrücklage durch Ausgleich des geplanten Jahresfehlbetrags, Kompensation durch Außerordentliche Teilauflösung der Gebäuderücklagen „Kammerneubau“, „Immobilie Bad Nauheim“ und Zuführung der Auflösungsbeträge in die Betriebsmittelrücklage, damit diese die Anforderungen der Haushalts- und Kassenordnung erfüllt.
- Rückgang der zweckgebundenen Gebäuderücklagen „Kammerneubau“, „Immobilie Bad Nauheim“ durch planmäßige ratierliche Auflösung. Die ertragswirksamen Auflösungen führen zu einer jährlichen Dämpfung der Kosteneffekte, die sich aus den Gebäudeabschreibungen ergeben.
- Reduzierung des Sonderpostens für erhaltene Investitionszuschüsse durch planmäßige Auflösung in Höhe der Abschreibungen der geförderten Vermögensgegenstände
- Deutliche Erhöhung der Rückstellungen u. a. aufgrund der Absenkung des Rechnungszinses.
- Abbau der „Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten“ durch Tilgung der Immobilien Darlehen zur Finanzierung des Gebäudeerwerbs Verwaltungsgebäude Hanauer Landstr. 152
- deutlicher Abbau der kurzfristigen Verbindlichkeiten aufgrund der Auskehrung der im Vorjahr vom Land Hessen bereit gestellten „K7 Gelder“ an die Zuwendungsnehmer.

Durch den Jahresfehlbetrag im Berichtsjahr in Höhe von T€ -3.245 (bereits unter Berücksichtigung der Auflösung zweckgebundener Gebäuderücklagen) verringert sich das Eigenkapital auf T€ 16.008 (Vorjahr T€ 19.726). Davon beträgt die Betriebsmittelrücklage nach Verlustverrechnung T€ 4.454. Die Haushalts- und Kassenordnung sieht vor, dass der regelmäßige Bedarf an Betriebsmitteln höchstens für sechs und mindestens für drei Monate

gedeckt sein soll (Betriebsmittel lt. Jahresabschluss 2021: T€ 33.077, d. h. für sechs Monate = T€ 16.538 bzw. für drei Monate T€ 8.269). Demnach beläuft sich die Unterdeckung der Betriebsmittelrücklage auf T€ 3.814. Vorbehaltlich der Bestätigung der Delegiertenversammlung soll eine Zuführung aus den Gebäuderücklagen in Höhe von T€ 4.546 erfolgen. Der dann erreichte Stand der Betriebsmittelrücklage ist mit T€ 9.000 immer noch am unteren Rand des oben genannten Korridors. In der Haushaltsplanung 2022 wurde Vorsorge getroffen, um eine weitere Abschmelzung der Betriebsmittelrücklage durch ausgeglichene Haushalte in den Folgejahren zu stoppen. Die Delegiertenversammlung beschloss am 27.11.2021 ein entsprechendes Maßnahmenpaket, das eine deutliche Erhöhung der Beiträge und Gebühren vorsieht. Diese sollen mittel- bis langfristig durch Kostensenkungsmaßnahmen flankiert werden. Sollten ausgeglichene Haushalte nicht erreicht werden, müssten weiterhin zweckgebundene Rücklagen aufgelöst und der Betriebsmittelrücklage zugeführt werden. Diese Finanzpolitik würde allerdings mit dem Verzehr der Reserven mittelfristig an ihre Grenzen stoßen.

Das mittel- bis langfristig gebundene Anlagevermögen von T€ 56.070 ist durch langfristig verfügbare Mittel von T€ 59.764 (Rücklagen, langfristige Rückstellungen und Verbindlichkeiten) gedeckt. Der Anlagendeckungsgrad, der idealerweise > 100 % betragen sollte, beläuft sich auf 107 %.

2.2 Treuhandvermögen, Treuhandverbindlichkeiten

In der Delegiertenversammlung am 27.11.2021 wurde die Auflösung des Hilfsfonds der Landesärztekammer Hessen zum 31.12.2021 beschlossen. Die restlichen flüssigen Mittel in Höhe von T€ 143 wurden im Januar 2022 dem Kammerhaushalt zugeführt.

Neben mittlerweile aufgelösten Hilfsfonds bestehen noch die Sonderfürsorgefonds Gießen, Kassel und Marburg, der Fonds „Ziele der hessischen Ärzteschaft“, der Fonds „Begegnung mit der ärztlichen Jugend“, der Fonds „Geriatrische Forschung“ sowie der „Fonds der Akademie

für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung“. Insgesamt betragen die Treuhandvermögen zum 31.12.2021 T€ 351 (Vorjahr T€ 494).

2.3 Personalbericht

Die Entwicklung des Personalbestandes verlief überwiegend im Rahmen des Stellenplans für 2021. In der Weiterbildungsabteilung erfolgten aufgrund der Aufgabenerweiterung die meisten Stellenbesetzungen. Einen nennenswerten Anteil an den Veränderungen der Personalausstattung hatte zudem die Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregisters, weiterhin bedingt durch den Ausbau dieser von der Landesärztekammer Hessen im Auftrag des Landes Hessen betriebenen Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregisters von einem epidemiologischen zu einem klinisch-epidemiologischen Krebsregister. Allerdings ging dieser Anteil im Vergleich zum Vorjahr durch Annäherung an das Ausbauziel zurück. Die Personalausstattungsentwicklung bzw. die zusätzlichen Stellenbesetzungen über den Haushaltsplan hinaus führten zu Mehrkosten, mit denen der Finanzausschuss in seinen Sitzungen befasst wurde. Hinsichtlich der Stellenausweitungen in der Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregisters ist mit dem Land Hessen vertraglich die Übernahme aller Kosten im Zusammenhang mit der steigenden Personalausstattung vereinbart worden.

Für den Großteil der Kammer Belegschaft fanden die Arbeitsvertragsbedingungen des hauseigenen Regelwerkes der Landesärztekammer Hessen Anwendung. Weniger als 5 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterlagen in 2021 den Tarifbedingungen für die Beschäftigten im Öffentlichen Dienst des Landes Hessen, dem ab dem 01.01.2010 geltenden Tarifvertrag TV-H.

Die Niedrigzinssituation führt seit Jahren nach wie vor zu steigenden Rückstellungen in der betrieblichen Altersversorgung in Form der Direktzusage. Neben der bereits vor Jahren erfolgten Schließung des Systems der betrieblichen Altersversorgung über eine Direktzusage und der Umstellung auf ein beitragsfinanziertes Modell der betrieblichen Altersversorgung wurde dem Problem der steigenden Rückstellungen zusätzlich dadurch entgegen-

gewirkt, dass in dem System der Direktzusage eine Absenkung der internen Verzinsung von 3,25 % auf 2 % ab dem 01.01.2018 mit dem Personalrat vereinbart wurde. Dies führt nach wie vor zu einer gebremsten Dynamik der zukünftigen Anspruchszuwächse, welche sich direkt auf die Entwicklung der Rückstellungen für die betriebliche Altersversorgung auswirkt. Sofern sich – gemessen am Höchstrechnungszins für Versicherungen – ein entsprechend deutlicher Anstieg des Zinsniveaus ergeben sollte, wird die interne Verzinsung in der Direktzusage dieser Entwicklung folgen.

3. Voraussichtliche Entwicklung

3.1 Ergebnis, Eigenkapital und Liquidität

Der geplante Verlust des laufenden Jahres hat zu einem Abschmelzungsprozess des Eigenkapitals geführt. Somit hat sich die Ausgangssituation für das Haushaltsjahr 2022 und die weitere zukünftige Entwicklung verschlechtert.

Der für das Jahr 2022 geplante Verwaltungshaushalt weist ein ausgeglichenes Ergebnis von T€ 0 aus, um einen weiteren Rückgang des Eigenkapitals und der Liquidität zu verhindern.

Angesichts des Rückgangs der Mitgliedsbeiträge im Vorjahr und der Pandemieauswirkungen beschloss die Delegiertenversammlung am 27.11.2021, eine Erhöhung der Mitgliedsbeiträge und der Gebühren. Entsprechende Kostensenkungsmaßnahmen (wie z. B. Kürzung der Fahrtkostenerstattung) wurden eingeleitet.

3.2 Mögliche Auswirkungen der Covid-19-Pandemie

Die Covid-19-Pandemie wird sich auch im Haushaltsjahr 2022 auf die Ertrags- und Finanzlage der Landesärztekammer Hessen auswirken. Das Volumen des Verwaltungshaushalts 2022 beträgt T€ 34.551. Dem stehen geplante Gesamterträge in gleicher Höhe gegenüber. Der überwiegende Anteil der Finanzierung des Kammerhaushalts aus Erträgen erfolgt zu (63 %) aus Mitgliedsbeiträgen in Höhe von T€ 21.573. Weitere T€ 4.345 bzw. 13 % fließen dem Kammerhaushalt in Form von Kostenerstattungen des Landes für die Vertrauensstelle Krebsregister zu. Somit gelten ca. 76 % der Einnahmen als

relativ sicher. Die Mitgliedsbeiträge werden auf der Grundlage von Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit veranlagt. Für das Beitragsjahr 2022 werden die Einnahmen der Mitglieder des Jahres 2020 heran gezogen. Corona bedingte Einnahmeverluste im Jahr 2020 könnten sich allerdings negativ auf die Einnahmen im Beitragsjahr 2022 auswirken. Die Kostenerstattungen durch das Land Hessen können als besser abgesichert angesehen werden. Laut Ministerschreiben aus dem Aufsichtsministerium vom 30. März 2022 ist der Finanzplan genehmigt. Bei den veranschlagten übrigen Erträgen in Höhe von T€ 8.087 handelt es sich überwiegend um Gebühren, die über eine Kostensatzung geregelt sind. Davon werden T€ 3.899 für die Teilnahme an Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen und für Prüfungen erhoben. In der Planung wurde ein Covid-19-Effekt und somit ein leichter Gebühnerrückgang berücksichtigt. Es bleibt abzuwarten, ob sich die Pandemieeffekte stärker bemerkbar machen werden als geplant. Sollten die Parameter der vorsichtigen Planung nach unten korrigiert werden müssen, wären Einnahmeausfälle, die durch Minderkosten nur teilweise ausgeglichen werden könnten, unvermeidbar. Wie sich die Pandemie auf die Finanzmärkte und das Wertpapiervermögen der Landesärztekammer Hessen auswirken wird, ist noch nicht absehbar. Ggf. müssen zum Ende des Jahres Wertberichtigungen gebucht werden. Im Falle eines Rückgangs des Wertpapiervermögens zum 31.12.2021 um 20 % ergäben sich Wertberichtigungen in Höhe von ca. 2,5 Mio €, die allerdings nicht zu einem Liquiditätsabfluss führen, solange es sich um Buchverluste handelte.

3.3 Krieg in der Ukraine

Bekanntlich hat der Überfall Russlands auf die Ukraine erhebliche Auswirkungen auf die Weltwirtschaft mit ihren verflochtenen Märkten. Ein Risiko für die Kammerfinanzen lässt sich zur Zeit nicht quantifizieren. Am ehesten sind direkte Auswirkungen auf das Wertpapiervermögen der Landesärztekammer Hessen denkbar. Für die Ukraine Krise treffen die gleichen Aussagen analog zur Covid-19-Pandemie zu.

4. Risikobericht

4.1 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. Kurzfristige Liquiditätsengpässe zu Beginn der Veranlagung (Jahresanfang) wurden kurzfristig durch die Entnahme aus dem Wertpapiervermögen ausgeglichen. Mit fortschreitender Veranlagung und Vereinnahmung der Beiträge sollen die entnommenen Mittel wieder zurückgeführt werden.

4.2 Kreditrisiko

Zum Bilanzstichtag bestanden zwei Anuitätendarlehen zur Finanzierung des Immobilienkaufs in Höhe von T€ 12.760, das im Jahr 2019 (nominal T€ 15.000) ausgezahlt wurde. Die Laufzeit beträgt 15 Jahre. Laut der mittelfristigen Finanzplanung sollen die Zins- und Tilgungszahlungen aus dem geplanten operativen Cash Flow bis zum Ende der Laufzeit bedient werden.

4.3 Ertragsrisiko

Gemäß § 8 des Heilberufsgesetzes ist die Landesärztekammer Hessen berechtigt, für die Inanspruchnahme von Kammereinrichtungen und für Leistungen, die sie in Wahrnehmung ihrer Aufgabenerfüllung erbringt, Kosten (Gebühren und Auslagen) nach Maßgabe der jeweiligen Kostensatzung zu erheben. Darüber hinaus erhebt die Landesärztekammer Hessen zur Deckung ihrer Kosten nach Maßgabe des Haushaltsplanes von den Kammerangehörigen Beiträge aufgrund einer Beitragsordnung (§ 10). Somit kann ein Ertragsrisiko nahezu ausgeschlossen werden.

4.4 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 weder aus finanziellen Gesichtspunkten noch aus anderen Geschäftsprozessen heraus bestandsgefährdende Risiken für die LÄKH erkennbar.

4.5 EDV und Organisationsentwicklung

Trotz aller EDV-Schutzmaßnahmen und einer Sicherheitsarchitektur, die an die Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) angelehnt sind, ist eine vollständige Sicherheit der elektronisch vorgehaltenen Daten auch in der Landesärztekammer Hessen nicht zu gewährleisten. Es werden permanent Maßnahmen ergriffen, die Risiken auf ein Minimum zu begrenzen. Es wurde im Berichtsjahr eine Cyberversicherung abgeschlossen.

4.6 Qualitätsmanagement

In der Carl-Oelemann-Schule wurde ein Qualitätsmanagementsystem nach DIN ISO 9001 implementiert.

5. Sonstige Angaben

5.1 Vertrauensstelle nach dem Krebsregistergesetz

In § 2 des Hessischen Krebsregistergesetzes ist geregelt, dass die Vertrauensstelle bei der Landesärztekammer Hessen eingerichtet ist. § 5 regelt deren Aufgaben. Ein Vertrag zur Durchführung des Krebsregistergesetzes (Vertrauensstellenvertrag) zwischen dem Land Hessen – vertreten durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration in Wiesbaden – und der Landesärztekammer Hessen regelt nähere Einzelheiten. Danach trägt das Land Hessen die erforderlichen, genehmigten und tatsächlich nachgewiesenen Kosten der Vertrauensstelle zur Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebes. Sie werden in einem separaten Haushalt ausgewiesen.

Mit Wirkung zum 25.10.2014 hat das Land Hessen das Hessische Krebsregistergesetz durch das Gesetz zum Hessischen Krebsregister und zur Änderung der Rechtsvorschriften vom 15.10.2014 geändert. Die bisherige Vertrauensstelle des epidemiologischen Krebsregisters Hessen wurde dadurch wesentlich erweitert – sowohl hinsichtlich der Aufgabenstellung als auch des Geschäftsumfanges und der Personalausstattung – zur Vertrauensstelle des neuen Klinisch-epidemiologischen Krebsregisters. Dafür hat die Landesärztekammer Hessen in den letzten Jahren eine Sollstärke von 55 Mitarbeiter/innen angestrebt, dieser Aufbau ist schon weitgehend erfolgt. In einem zeitgleich in Kraft getretenen öffentlich-rechtlichen Vertrag zwischen dem Land und der Landesärztekammer Hessen wurde hierzu vereinbart, dass das Land sämtliche Kosten für diese Vertrauensstelle übernimmt, und die Landesärztekammer von den damit verbundenen Risiken der Finanzierung, der Beschäftigung und der Haftung weitgehend freistellt.

Ein wesentliches Projekt zur Steigerung valider Meldedaten aus der Fläche Hessens ist das befristete Projekt: „K7 – Regionale Koordinatoren“. Die sieben koordinierenden Krankenhäuser Hessens (K7, nach dem Hessischen Onkologiekonzept) stellen geeignete Mitarbeitende befristet ein bzw. beschäftigen diese weiter, um in den K7 sowie in den mit diesen zusammenarbeitenden Kliniken die Qualität der Krebsmeldungen zu erhöhen, und damit auch deren Aussagekraft in den Auswertungen. Die Finanzierung des Projektes erfolgt überwiegend aus Mitteln der Deutschen Krebshilfe, und anteilig auch aus Landesmitteln. Die Landesärztekammer Hessen hat auf Basis einer Zusatzvereinbarung zum Vertrauensstellenvertrag die Verteilung der Gelder in definierten Tranchen übernommen.

Die Jahresrechnung 2021 für die Vertrauensstelle wird gem. Öffentlich Rechtlichem Vertrag wurde am 25.04.2022 dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration zugestellt. Aus dieser Abrechnung geht hervor, dass T€ 3.506 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

Forderungsbetrag zum 31.12.2021 in Höhe von T€ 202, der mit der nächsten Abschlagszahlung des Ministeriums verrechnet werden soll.

5.2 Ethikkommission

Die Landesärztekammer hatte zur Schaffung der Voraussetzungen für die Registrierung ihrer Ethik-Kommission zum 01.07.2017 die Satzung der Ethik-Kommission angepasst und eine Geschäftsordnung zum 02.08.2017 erstellt. Den Registrierungsantrag der Ethik-Kommission hatte das BfArM mit Bescheid vom 29.09.2017 nach § 41a AMG genehmigt. Die registrierten Ethik-Kommissionen im Bundesgebiet stellen jährlich einen gemeinsamen Geschäftsverteilungsplan auf. Die EU hat am 31.07.2021 den Beschluss über die Übereinstimmung des EU-Portals und der EU-Datenbank für klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln mit den Anforderungen gemäß Artikel 82 Absatz 2 der Verordnung (EU) Nr. 536/2014 des Europäischen Parlamentes und Rates veröffentlicht. Damit tritt die EU-V 536/2014 mit allen Konsequenzen am 31.01.2022 in Kraft und gilt ab dem 01.02.2022.

Bei der Bewertung von klinischen Prüfungen von Medizinprodukten wurde das deutsche Medizinproduktegesetz (MPG) und seine Begleitverordnungen am 26.05.2021 durch die Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte [Medical Device Regulation – MDR] und das nationale MPDG ersetzt. Die Ethik-Kommission bewertet somit laufende Verfahren nach altem Recht (MPG und MPKPV; § 99 Abs. 4 MPDG) weiter; neue Verfahren nun auch nach MDR und MPDG.

Haushaltsplan 2023

Der von der Delegiertenversammlung am 26. November 2022 beschlossene Haushaltsplan 2023 (mit Anlagen) liegt gemäß § 2 Abs. 4 der Haushalts- und Kassenordnung in der Zeit vom

6. bis 17. Februar 2023

im Verwaltungsgebäude der Landesärztekammer Hessen, Hanauer Landstraße 152, Büro des Kaufmännischen Geschäftsführers, während der allgemeinen Öffnungszeiten (Montag bis Freitag von 9 bis 12 Uhr, Montag und Donnerstag

von 14 bis 17 Uhr) für alle Kammerangehörigen zur Einsichtnahme aus.

Wir bitten um vorherige Anmeldung und weisen auf die geltenden Zutrittsbedingungen gemäß der Corona-Schutzverordnung hin. Kontakt unter Fon: 069 97672-108

Frankfurt/Main, 19.12.2022

gez. Dr. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Der Finanzausschuss hat in seiner Sitzung am 22. Juni 2022 die Bilanz, die Gewinn- und Verlustrechnung sowie die Prüfberichte der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft W+ST Frankfurt GmbH ausführlich beraten und der Delegiertenversammlung die Feststellung des Jahresergebnisses 2021 sowie die Entlastung des Präsidiums empfohlen.

Die Delegiertenversammlung hat am 26. November 2022 dem mit dem uneingeschränkten Prüfvermerk der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft versehenen Jahresabschluss 2021 zugestimmt. Dem Präsidium wurde ohne Gegenstimme Entlastung erteilt.

Bei der Bewertung von In-vitro-Diagnostika im Rahmen von Leistungsbewertungsprüfungen wird das MPG und seine Begleitverordnungen zum 26.05.2022 durch die Verordnung (EU) 2017/746 über In-vitro-Diagnostika [IVDR] und das nationale MPDG ersetzt. Diesbezüglich bereits eingeleitete erforderliche Vorbereitungsmaßnahmen wurden seitens der Ethik-Kommission weitergeführt.

5.3 Sponsoringrichtlinie

Im Sinne von Complainceregeln hat die Landesärztekammer Hessen eine Sponsoringrichtlinie verfasst, die von der Delegiertenversammlung am 29.11.2014 verabschiedet wurde.

Frankfurt am Main, 29.04.2022

Landesärztekammer Hessen
– Das Präsidium –

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060057975 ausgestellt am 18.02.2019 für Dr. med. Gerd Appel, Kassel

Arztausweis-Nr. 060076263 ausgestellt am 13.04.2021 für Dr. med. Günter Beckers, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 060054631 ausgestellt am 28.06.2018 für Dr. med. Mostafa Beizai, Alsfeld

Arztausweis-Nr. 060053558 ausgestellt am 04.04.2018 für Dr. med. Cornelia Brendel, Dautphetal

Arztausweis-Nr. 060062168 ausgestellt am 13.11.2019 für Canan Camdere, Heidesheim

Arztausweis-Nr. 060061030 ausgestellt am 11.09.2019 für Dr. med. Christina Demers, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060065180 ausgestellt am 22.04.2020 für Sergio Vicente Gomez Arevalo, Limburg

Arztausweis-Nr. 060055488 ausgestellt am 31.08.2018 für Gerrit Grau, Heidelberg

Arztausweis-Nr. 060051513 ausgestellt am 02.01.2018 für Karolin Häde, Gießen

Arztausweis-Nr. 060183749 ausgestellt am 21.03.2022 für Stella Hoh, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060060967 ausgestellt am 09.09.2019 für Dr. Georg Janda, USA

eHBA-Nr. 80276001081611033981 ausgestellt am 04.03.2021 für Dr. med. Jan Knapp, Schriesheim

Arztausweis-Nr. 060076256 ausgestellt am 13.04.2021 für Kirsten Loechelt-Martin, Limburg

eHBA-Nr. 80276001081000122175 ausgestellt am 15.11.2021 für Dr. med. Carmen Manus, Darmstadt

eHBA-Nr. 80276001081611077968 ausgestellt am 23.11.2021 für Peter Melcher, Niestetal

eHBA-Nr. 80276001081200032037 ausgestellt am 03.09.2021 für Dr. med. Doris Weingarh, Pfungstadt

Arztausweis-Nr. 060059138 ausgestellt am 07.05.2019 für Dr. med. Doris Weingarh, Pfungstadt

Arztausweis-Nr. 060229938 ausgestellt am 17.10.2022 für Dr. med. Ralf Ziemer, Kassel

Aufgrund §§ 5, 6a, 10 und 17 Abs. 1 Nr. 7 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 3. Februar 2022 (GVBl. S. 79), i. V. m. § 5 Abs. 6t der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 29. März 2022 (HÄBL 7–8/2022, S. 460) hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. November 2022 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Satzung der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

I.

Die Satzung der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung vom 3. Dezember 2003 (HÄBL 1/2004, S. 53–54), zuletzt geändert am 26. März 2019 (HÄBL 5/2019, S. 334), wird wie folgt neu gefasst:

Satzung der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen

Präambel

Die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen fördert die berufliche Fort- und Weiterbildung der Ärzteschaft, im Rahmen der im Heilberufsgesetz festgelegten Aufgaben.

Die Akademie ist einer qualitativ hochwertigen Fort- und Weiterbildung mit interdisziplinärer Problemdarstellung und -lösung verpflichtet. Dazu gehören auch Angebote, die die ethischen und kulturellen Aspekte in der Medizin berücksichtigen.

Ihre Veranstaltungen sind frei von wirtschaftlichen Interessen.

Berufspolitische Aspekte der Ärzteschaft werden berücksichtigt.

§ 1 Aufgabe

(1) Die Akademie ist eine Abteilung der Landesärztekammer Hessen, Körperschaft des öffentlichen Rechts.

(2) Sie führt Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen durch.

§ 2 Struktur der Akademie

Die Akademie als Teil der Landesärztekammer untersteht:

- der Delegiertenversammlung,
- dem Präsidium,
- der Ärztlichen Geschäftsführung,

und wird geleitet durch eine hauptamtliche Abteilungsleitung im Benehmen mit dem Ausschuss der Akademie und den vorsitzenden Mitgliedern des Ausschusses.

§ 3 Die Delegiertenversammlung

Die Delegiertenversammlung beschließt insbesondere über

- a) die Satzung der Akademie,
- b) grundsätzliche Fragen der Akademie

und bestätigt die Mitglieder des Ausschusses auf Vorschlag des Präsidiums.

§ 4 Das Präsidium

Das Präsidium entscheidet insbesondere

- a) über den der Delegiertenversammlung vorzulegenden Vorschlag über die Mitglieder des Ausschusses,
- b) die Höhe des Beitrags der Förderinnen und Förderer der Akademie.

§ 5 Die Ärztliche Geschäftsführung

(1) Die Akademie ist eine Abteilung der Ärztlichen Geschäftsführung, welche die übergeordnete organisatorische, wirtschaftliche und personelle Zuständigkeit innehat.

- (2) Die Akademie hat eine Abteilungsleitung, die dem für die Akademie zuständige Geschäftsführung der Landesärztekammer Hessen untersteht und im Auftrage des Präsidiums die laufenden Geschäfte der Akademie führt. In medizinisch-wissenschaftlichen Fragen hat sich die Abteilungsleitung mit dem Ausschussvorsitz abzustimmen. Die Abteilungsleitung ist für den Jahresplan der Veranstaltungen und deren Entgelten unter Einhaltung der Haushaltsansätze verantwortlich. Dies beinhaltet die kaufmännische Abwicklung der Geschäftsvorfälle im Rahmen der Vorgaben der kaufmännischen Geschäftsführung.
- (3) Die Abteilungsleitung hat in Abstimmung mit der Ärztlichen Geschäftsführung der Landesärztekammer Hessen die Dienstaufsicht über das gesamte Personal der Akademie. Sie unterrichtet die Ärztliche Geschäftsführung regelmäßig über aktuelle organisatorische, personelle und haushaltsrelevante Entwicklungen. Die Abteilungsleitung berichtet dem Präsidium mindestens einmal jährlich über die Akademie.

§ 6 Der Akademieausschuss

- (1) Der ehrenamtliche Akademieausschuss setzt sich aus sieben ärztlichen Mitgliedern zusammen:
- einem vorsitzenden Mitglied,
 - einem stellvertretenden vorsitzenden Mitglied
- und
- fünf Beisitzern.
- (2) Die Ausschussmitglieder werden auf Vorschlag des Präsidiums von der Delegiertenversammlung bestätigt. Die Amtsdauer des Akademieausschusses entspricht der der Delegiertenversammlung und beginnt am 1. Juli des auf die Wahl zur Delegiertenversammlung nachfolgenden Jahres. Bis zur Neuberufung bleibt der Akademieausschuss im Amt. Scheidet ein Mitglied während der Amtsdauer aus, so erfolgt bei Bedarf eine Nachberufung.
- (3) Der Akademieausschuss hat insbesondere die Aufgabe:
- a) Empfehlungen zu Fortbildungen und Weiterbildungen abzugeben,
 - b) bei Konzeption und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen zu beraten,
 - c) Empfehlungen zum Jahresplan der Veranstaltungen zu geben,
 - d) das Präsidium fortlaufend zu beraten.
- (4) Die Sitzungen des Ausschusses sind nicht öffentlich. Sie werden vom vorsitzenden Mitglied mit einer zwei wöchigen Frist und Mitteilung der Tagesordnung im Benehmen mit der Abteilungsleitung einberufen und geleitet, im Verhinderungsfall vom stellvertretenden vorsitzenden Mitglied. Über jede Sitzung ist ein Ergebnisprotokoll anzufertigen, das vom vorsitzenden Mitglied und der Protokollführung zu unterzeichnen ist. Die Mitglieder des Ausschusses sind zur Vertraulichkeit und Verschwiegenheit verpflichtet. Der Ausschuss soll über die zu treffenden Entscheidungen einen Konsens anstreben, andernfalls entscheidet er mit der Mehrheit der anwesenden Mitglieder. Stimmenthaltungen gelten als Ablehnung. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des vorsitzenden Mitglieds. Der Ausschuss ist beschlussfähig, wenn mehr als die Hälfte seiner Mitglieder anwesend sind.
- Das Präsidium und die Geschäftsführung sind einzuladen. Geladene Gäste können an den Sitzungen und der Diskussion ohne Stimmrecht teilnehmen. Sie sind ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet.
- (5) Das Vorsitzende Mitglied des Ausschusses berichtet der Delegiertenversammlung im Benehmen mit der Abteilungsleitung mindestens einmal jährlich fachlich inhaltlich über die Akademie.

§ 7 Die Sachverständigen

Der Akademieausschuss kann zu seiner fachlichen Unterstützung und Beratung temporäre Fachausschüsse und Sachverständige berufen bzw. hinzuziehen.

§ 8 Veranstaltungen außerhalb der Akademie

Die Akademie kann allein, in Zusammenarbeit mit den Bezirksärztekammern, oder in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen Veranstaltungen in anderen Einrichtungen extern durchführen.

§ 9 Förderinnen und Förderer der Akademie

- (1) Jede Ärztin, jeder Arzt, jede Studentin der Medizin und jeder Student der Medizin kann der „Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen“ als Förderin, Förderer der Akademie durch einfache schriftliche Erklärung beitreten.
- (2) Der Beitritt als Förderin und Förderer der Akademie endet:
 - a) durch schriftliche Kündigung bis zum 30. November zum Ende eines Kalenderjahres,
 - b) wenn eine Förderin, ein Förderer der Akademie nach zweimaliger Mahnung bis zum Ende des auf die Mahnung folgenden Monats die rückständigen Beiträge nicht gezahlt hat. Ein erneuter Beitritt in die Akademie kann nur nach Zahlung der noch offenstehenden Beiträge erfolgen,
 - c) bei gerichtlich festgestellter Berufsunwürdigkeit,
 - d) durch Tod.
- (3) Die Förderinnen und Förderer der Akademie haben die vom Präsidium festgesetzten Beiträge zu entrichten.

II.

In-Kraft-Treten – Außer-Kraft-Treten

Die Änderungen der Satzung treten am 1. Juli 2024 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Geschäftsordnung der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen vom 21. Januar 2009 (HÄBL 3/2009, S. 206) außer Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. November 2022 beschlossene Satzung zur Änderung der Satzung der Akademie der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 6. Dezember 2022



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Ehrungen MFA/Arzthelfer*innen

Wir gratulieren zum zeh- und mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:

Wir gratulieren zum 40-jährigen Berufsjubiläum:

Wir gratulieren zum 25- und mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum:

Aufgrund §§ 5, 6a, 10 und 17 Abs. 1 Nr. 7 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Art. 2 des Gesetzes vom 3. Februar 2022 (GVBl. S. 79), i. V. m. § 5 Abs. 6e der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 29. März 2022 (HÄBL 7–8/2022, S. 460), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. November 2022 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen vom 13. Dezember 1993 (HÄBL 1/1994, S. 30–31); zuletzt geändert am 12. April 2022 (HÄBL 6/2022, S. 384), wird wie folgt geändert:

1) Im Kapitel 2000 „Weiterbildungswesen Ärztinnen und Ärzte“ des Kostenverzeichnisses wird die Gebührenziffer 2610 wie folgt neu gefasst:

2610	Gebühr bei Verfahren zur Anerkennung gemäß Rettungsdienstgesetz bei erstmaliger Ausstellung (§ 1 LNA-Satzung)	210,00
------	---	--------

2) Im Kapitel 2000 „Weiterbildungswesen Ärztinnen und Ärzte“ des Kostenverzeichnisses wird nach der Gebührenziffer 2610 eine neue Gebührenziffer 2615 eingefügt:

2615	Gebühr bei Verfahren zur Anerkennung gemäß Rettungsdienstgesetz bei Umschreibung (§ 5 LNA-Satzung)	75,00
------	--	-------

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Januar 2023 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. November 2022 beschlossene Satzung zur Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 6. Dezember 2022



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Genehmigungsvermerk:
Hessisches Ministerium
für Soziales und Integration
V8B 18b2120–0001/2008/009

vember 2022 beschlossene Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. No-

Wiesbaden, 13. Dezember 2022
Im Auftrag gez. Dr. Stefan Herb

Wir gedenken der Verstorbenen



Foto: Isolde Asbeck

Geburtstage

Bezirksärztekammer Kassel

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

Voraussetzungen für die vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung

Über die vorzeitige Zulassung erhält der oder die Auszubildende Gelegenheit, an der Abschlussprüfung teilzunehmen, die seiner oder ihrer regulären Abschlussprüfung unmittelbar vorausgeht. Die Zulassung erfolgt nur, wenn seine/ihre

Leistungen während der gesamten Ausbildungszeit dies rechtfertigen.

Die einzelnen Voraussetzungen für die vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung in Verbindung mit den aktuellen Prüfungsterminen können im Internet abgerufen werden unter:

<https://www.laekh.de/fuer-mfa/berufsausbildung/pruefungen>

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Geburtstage Bezirksärztekammer Marburg

Öffentliche Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen:

Vergabe eines Versorgungsauftrages an eine(n) zweite(n) Programmverantwortliche(n) Vertragsärztin oder Vertragsarzt für die Screening-Einheit 6 in Hessen im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien – KFE-RL) vom 18. Juni 2020 und der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge (BMV-Ä/EKV) vom 1. April 2022.

Für die Ausschreibung ist der jeweils aktuelle Stand der KFE-RL, der Anlage 9.2 BMV-Ärzte und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) maßgebend.

Präambel

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat zum 01.01.2004 in dem Abschnitt B III der KFE-RL ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening eingeführt. Die weitere Ausgestaltung wurde in der Anlage 9.2. BMV-Ärzte festgelegt.

Ziel des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening ist die deutliche Senkung der Brustkrebssterblichkeit in der anspruchsberechtigten Bevölkerungsgruppe (Frauen ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres). Gleichzeitig sollen die Belastungen, die mit einem Mammographie-Screening verbunden sein können, minimiert werden.

Das Programm ist in regionale Versorgungsprogramme gegliedert, das für Hessen die Grenzen des Bundeslandes Hessen und damit das Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV Hessen) umfasst. Ein regionales Versorgungsprogramm ist wiederum in regionale Screening-Einheiten untergliedert, für die sog. Programmverantwortliche Ärzte Versorgungsaufträge gem. § 3 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV erhalten können.

Gem. § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV kann ein Versorgungsauftrag auch von zwei Programmverantwortlichen Ärzten (Vertragsärzte oder angestellten Ärzten in einem MVZ oder Vertragsarztpraxis), die in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind, übernommen werden.

Für die Screening-Einheit 6 wird zum 01.07.2023 ein/e Nachfolger/in für einen Programmverantwortlichen Arzt gesucht. Die Berufsausübungsgemeinschaft wird zwischen dem/der Bewerber/in und dem verbleibenden Programmverantwortlichen Arzt geschlossen.

1. Verfahren der Ausschreibung

Die KV Hessen führt für die Nachfolge für den Versorgungsauftrag der Screening-Einheit 6 ein öffentliches Ausschreibungsverfahren durch.

Das Verfahren verläuft zweistufig (§ 4 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV):

- 1) Bei Erfüllung der Voraussetzungen für eine Bewerbung nach § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV **bis 28.02.2023** erhält der Bewerber Ausschreibungsunterlagen zugesandt, die er bis **31.03.2023, 12 Uhr**, bei der KV Hessen einreicht.
- 2) Gem. § 4 Abs. 2 c der Anlage 9.2 BMV-Ärzte kann die KV Hessen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der hessischen Krankenkassen nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Bewerbungen eine Genehmigung (unter Auflagen) zur Übernahme des Versorgungsauftrages erteilen.

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

Der Bewerber muss jedoch detaillierte Angaben zu den persönlichen Voraussetzungen gem. § 5 Abs. 2 a) der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV machen.

Im Fall der Nachfolge eines/r Programmverantwortlichen Arztes/Ärztin ist Entscheidungsgrundlage die persönliche Qualifikation der Bewerber und deren zeitliche Verfügbarkeit zur Erfüllung des Versorgungsauftrages. Bei mehreren gleich geeigneten Bewerbern, die einen Versorgungsauftrag übernehmen wollen, ist ausschlaggebend, ob und wie sich der Bewerber in den schon vorhandenen Versorgungsauftrag mit dem jetzigen Programmverantwortlichen in einer Berufsausübungsgemeinschaft einbinden lässt. Gem. § 5 Abs. 6 und 6a der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ist der Versorgungsauftrag an den Praxisnachfolger gemäß § 103 Abs. 4 SGB V übertragbar, wenn die entsprechenden Voraussetzungen nach diesem Vertrag erfüllt sind.

2. Versorgungsauftrag

Der Versorgungsauftrag wird ausgeschrieben für **Screening-Einheit 6** (Stadt und Landkreis Kassel, Landkreise Waldeck-Frankenberg, Schwalm-Eder, Werra-Meißner und Hersfeld-Rotenburg). Der Versorgungsauftrag umfasst die notwendige ärztliche Behandlung und Betreuung der Frauen einschließlich Aufklärung und Information sowie die übergreifende Versorgungsorganisation und –steuerung. Er ist umfassend und vollständig zu erfüllen.

Einzelheiten des Versorgungsauftrages ergeben sich aus Abschnitt B III der KFE-RL bzw. § 3 Abs. 4 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV (die folgenden §-Angaben beziehen sich auf die Anlage 9.2 BMV-Ärzte):

- 1) Kooperation mit den benannten Stellen (§ 7)
- 2) Überprüfung vor Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 8)
- 3) Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 9)
- 4) Organisation und Durchführung der Befundung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 10)
- 5) Durchführung der Konsensuskonferenz (§ 11)
- 6) Durchführung der Abklärungsdiagnostik (§ 12)
- 7) Durchführung der multidisziplinären Fallkonferenzen (§ 13)
- 8) Ergänzende ärztliche Aufklärung (§ 14)
- 9) Organisation und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 15)

3. Ablauf der Versorgungsschritte

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

Die Programmverantwortlichen Ärzte haben durch die Bereitstellung entsprechender Kapazitäten dafür zu sorgen, dass alle Frauen der Zielgruppe innerhalb des 2-Jahres-Zyklus mindestens einmal eingeladen werden können. Über die Zentrale Stelle erhalten die anspruchsberechtigten Frauen einen Termin zur Untersuchung in einer bestimmten Mammographie-Einheit und ggf. einen Termin zu einem Aufklärungsgespräch im Vorfeld. Grundsätzlich soll die in der Einladung genannte Mammographie-Einheit aufgesucht werden. Abweichungen hiervon sind

nur in Abstimmung mit der Zentralen Stelle möglich. In der Mammographie-Einheit ist zunächst zu klären, ob der Frau die Entscheidungshilfe zum Früherkennungsprogramm (siehe Anlage IVb der KFE-RL) vorgelegen hat, ob bei Verzicht auf ein mündliches Aufklärungsgespräch die unterschriebene Erklärung dazu vorliegt und ob aufgrund des standardisierten Fragebogens zur Anamnese (Anlage V der KFE-R) ein Leistungsanspruch der Frau besteht. Auf Verlangen wird die Frau zusätzlich über Strahlen- und Datenschutz im Rahmen des Screening-Programms informiert. Die Mammographie-Aufnahme wird unter verantwortlicher Leitung des Programmverantwortlichen Arztes von einer radiologischen Fachkraft erstellt. Der Programmverantwortliche Arzt organisiert die Doppelbefundung der Aufnahmen gem. § 10 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, führt deren Ergebnisse zusammen und leitet ggf. eine zusätzliche Befundung im Rahmen der Konsensuskonferenz nach § 11 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ein. Diese Konsensuskonferenzen sollen in der Regel mindestens einmal pro Woche zusammen mit den beiden Ärzten, die die Doppelbefundung vorgenommen haben, stattfinden. Frauen mit weiterhin auffälligen Befunden werden zur Abklärungsdiagnostik nach § 12 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV eingeladen. Der Programmverantwortliche Arzt ist verpflichtet, in der Regel mindestens einmal in der Woche eine Sprechstunde zur Abklärungsdiagnostik durchzuführen. Falls erforderlich veranlasst der Programmverantwortliche Arzt die histopathologische Untersuchung der durch Biopsie gewonnenen Präparate. Bleibt der Verdacht auf eine maligne Erkrankung der Brust bestehen, ruft der Programmverantwortliche Arzt in der Regel mindestens einmal in der Woche eine prä- und eine postoperative Fallkonferenz nach § 13 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ein.

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

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

4. Kooperation

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

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

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

5. Radiologische Fachkräfte

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

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

6. Vergütung und Abrechnung

Gem. § 3 Abs. 4 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV müssen die Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung der Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), die dem Versorgungsauftrag jeweils zugeordnet sind (EBM-Nrn. 01750, 01751, 01752, 01754, 01758), von den Programmverantwortlichen Ärzten erfüllt und die Leistungen bei entsprechender Indikationsstellung persönlich durchgeführt werden. Davon ausgenommen sind Leistungen, die nach diesem Vertrag von den Programmverantwortlichen Ärzten veranlasst werden können bzw. müssen.

Der Programmverantwortliche Arzt kann die Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen (§ 18 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) sowie die Durchführung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle (§ 19 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) und muss die Durchführung von histopathologischen Untersuchungen (§ 20 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) an andere am Screening-

Programm teilnehmende Ärzte, denen eine entsprechende Genehmigung (§ 16 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) erteilt worden ist, übertragen.

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

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

Die Vergütung der EBM-Ziffern 01750 bis 01759 erfolgt extrabudgetär. In dieser Vergütung ist seit 1.4.2015 ein Aufschlag in Höhe von 5,47 Prozent zur Finanzierung der sog. Overhead-Kosten im Mammographie-Screening (u. a. für die Kooperationsgemeinschaft und die Referenzzentren) enthalten.

Die Höhe des Punktwertes richtet sich nach den jeweils gültigen Bestimmungen des EBM sowie dem jeweils gültigen Honorarvertrag der KV Hessen abzüglich des Aufschlages für den Overhead. Sachkostenziffern sind davon nicht betroffen. Auf die abgerechneten Leistungen werden die satzungsgemäßen Umlagen und Verwaltungskosten der KV Hessen erhoben.

7. Bewerber

Um einen Versorgungsauftrag bewerben können sich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte für Diagnostische Radiologie sowie Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Der/die Bewerber(in) ist/wird mit dem jetzigen Programmverantwortlichen Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig (sein).

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

8. Bewerbungsvoraussetzungen

Wenn Sie sich um den Versorgungsauftrag als Programmverantwortlicher Arzt/Ärztin in der Screening-Einheit 6 als Nachfolger bewerben wollen, so erhalten Sie von uns die Bewerbungsunterlagen, wenn Sie die folgenden Voraussetzungen gem. § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV erfüllen und fristgerecht gegenüber der KV Hessen vollständig nachweisen:

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung ‚Diagnostische Radiologie‘ oder ‚Frauenheilkunde und Geburtshilfe‘
- Die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde nach § 74 Strahlenschutzgesetz
- Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der ‚kurativen‘ Mammographie

gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V

- Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik der Mamma gemäß der Ultraschall-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V.

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

9. Bewerbung

Ihre Bewerbungsunterlagen müssen nach § 5 Abs. 2 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV detaillierte Angaben zu Ihren persönlichen Voraussetzungen enthalten, insbesondere:

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

10. Genehmigung

Nach Prüfung der eingereichten Bewerbungsunterlagen kann die KV Hessen im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden in Hessen eine Genehmigung zur Durchführung des Versorgungsauftrages erteilen, die mit Auflagen verbunden sein kann. Diese sind innerhalb von 9 Monaten nach Erteilung der Genehmigung und vor dem Beginn der Übernahme des Versorgungs-

auftrages zu erfüllen und nachzuweisen. Werden die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 5 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV nicht innerhalb eines Zeitraums von neun Monaten nach Erteilung der Genehmigung und vor dem Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrages erfüllt und nachgewiesen, wird die Genehmigung widerrufen. Beruht das Nichterfüllen der Voraussetzungen auf Gründen, die der Genehmigungsinhaber nicht selber zu vertreten hat, verlängert sich die Frist zur Erfüllung der Genehmigungsvoraussetzungen auf Antrag um einen weiteren Monat.

Die Genehmigung für die Übernahme eines Versorgungsauftrages wird unbefristet erteilt.

11. Fristen und Anschrift

Interessierte Ärzte haben bis **28.02.2023** die Möglichkeit, Bewerbungsunterlagen anzufordern (siehe Punkt 8).

Vollständige Bewerbungen (siehe Punkt 9) müssen schriftlich in einem geschlossenen Umschlag bis zum **31.03.2023, 12:00 Uhr**, bei der

Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
Abteilung Qualitätssicherung & Mitgliederservice Sonderverträge
Mammographie-Screening
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

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

Hessisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R.

Herausgeber: Landesärztekammer Hessen, vertreten durch Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident

Verantwortlicher Redakteur (i.S.d. Presserechts): Dr. med. Peter Zürner

Stellvertreter: Dr. med. H. Christian Piper
(beide sind Mitglieder des Präsidiums der LÄK Hessen)

Redaktion: Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin
Dipl. Soz. Maren Siepmann, Stv. Ltd. Redakteurin; in Elternzeit
Lukas Reus, Referent Stabsstelle Medien

Heftkoordinatorin: Dipl.-Theol. (ev.) Isolde Asbeck

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

Dr. med. Alexander Marković (Ärztlicher Geschäftsführer)
Sabine Goldschmidt M.A. (Ärztliche Referentin des Präsidiums)
Prof. Dr. med. Hans-Rudolf Tinneberg (Akademie)

Design und Online-Auftritt: Katja Kölsch M.A.

Arzt- und Kassenrecht: Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen;
Jürgen Juncker, Gutachter- und Schlichtungsstelle

Versorgungswerk: Dr. med. Titus Frhr. Schenck zu Schweinsberg

Anschrift der Redaktion: Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen
Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt/M. | E-Mail: haeb@laekh.de
Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag: Deutscher Ärzteverlag GmbH
Dieselstr. 2, 50859 Köln, Postfach 40 02 65, 50832 Köln
Tel.: +49 2234 7011-0, www.aerzteverlag.de

Geschäftsführung: Jürgen Führer, Patric Tongbhoyai

Produktmanagement: Marie-Luise Bertram,
Tel.: +49 2234 7011-389, E-Mail: ml.bertram@aerzteverlag.de

Abonnementservice: Tel.: +49 2234 7011-520, Fax: +49 2234 7011-6314
Abo-Service@aerzteverlag.de

Erscheinungsweise: 11 x jährlich, Jahresbezugspreis Inland € 140,00
Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00
Einzelheftpreis € 14,00 – Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.

Das Abonnement verlängert sich automatisch. Es kann nach Ablauf der Vertragslaufzeit jederzeit mit einer Frist von mindestens einem Monat gekündigt werden.

Gerichtsstand Köln. Für Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Leiter Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil

Industrie: Marek Hetmann, Tel.: +49 2234 7011-318,
E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt und verantwortlich für den Stellen- und Rubrikenmarkt: Marcus Lang, Tel.: +49 2234 7011-302,
E-Mail: lang@aerzteverlag.de

Verkaufsleiter Medizin: Marek Hetmann, Tel.: +49 2234 7011-318,
E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

Sales Management: Nicole Ohmann, Tel.: +49 2234 7011-307,
E-Mail: ohmann@aerzteverlag.de

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen

Gebiet Nord: Miriam Fege, Tel. +49 4175 4006499,
Mobil +49 172 5792180, fege@aerzteverlag.de

Gebiet Süd: Claudia Soika, Tel. +49 89 15907146,
Mobil +49 172 2363730, soika@aerzteverlag.de

Non-Health: Petra Schwarz, Tel.: +49 2234 7011-262,
E-Mail: schwarz@aerzteverlag.de

Herstellung: Alexander Krauth, Tel.: +49 2234 7011-278,
E-Mail: krauth@aerzteverlag.de

Layout: Petra Möller

Druck: L.N. Schaffrath Druck Medien, Marktweg 42–50, 47608 Geldern

Bankverbindungen:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln
Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)
IBAN: DE 2830 0606 0101 0110 7410, BIC: DAAEDED3

Postbank Köln, Kto. 192 50-506 (BLZ 37010050)
IBAN: DE 8337 0100 5000 1925 0506, BIC: PBNKDEFF

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 9, gültig ab 01.01.2023

Auflage Lt. IVW 4. Quartal 2022:

Druckauflage: 39.222 Ex.; Verbreitete Auflage: 38.990 Ex.

Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e. V. angeschlossen.

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e. V.

84. Jahrgang

ISSN 0171–9661

Urheber- und Verlagsrecht

Mit dem Einreichen eines Beitrags 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 Redaktion des Hessischen Ärzteblatts. 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. Mit Annahme des Manuskriptes gehen das Recht der Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an die Deutsche Ärzteverlag GmbH über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Anzeigen und Fremdbeilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. übernimmt die Redaktion keine Verantwortung. Vom Autor gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in dieser Publikation berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese frei benutzt werden dürfen. Zumeist handelt es sich dabei um Marken und sonstige geschützte Kennzeichen, auch wenn sie nicht als solche bezeichnet sind.

Haftungsausschluss:

Die in dieser Publikation dargestellten Inhalte dienen ausschließlich der allgemeinen Information und stellen weder Empfehlungen noch Handlungsanleitungen dar. Sie dürfen daher keinesfalls ungeprüft zur Grundlage eigenständiger Behandlungen oder medizinischer Eingriffe gemacht werden. Der Benutzer ist ausdrücklich aufgefordert, selbst die in dieser Publikation dargestellten Inhalte zu prüfen, um sich in eigener Verantwortung zu versichern, dass diese vollständig sind sowie dem aktuellen Erkenntnisstand entsprechen und im Zweifel einen Spezialisten zu konsultieren.

Verfasser und Verlag übernehmen keinerlei Verantwortung oder Gewährleistung für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der in dieser Publikation dargestellten Informationen. Haftungsansprüche, die sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der in dieser Publikation dargestellten Inhalte oder Teilen davon verursacht werden, sind ausgeschlossen, sofern kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden von Verfasser und/oder Verlag vorliegt.

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln