

Reanimation 2006

Empfehlungen der Bundesärztekammer nach den Leitlinien des European Resuscitation Council

B. Dirks, P. Sefrin

Vor fünf Jahren wurden die Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Reanimation zum letzten Mal aktualisiert (siehe Deutsches Ärzteblatt, Heft 11/2000). Trotz Intensivierung der Aus- und Fortbildung von Ersthelfern und medizinischem Fachpersonal ist seitdem die Überlebensrate bei plötzlichem Kreislaufstillstand kaum angestiegen. Als wesentliche Faktoren sind die fehlende Interventionsbereitschaft der Notfallzeugen, die mangelnde Qualität der Reanimation und die ungezielte Behandlung im Postreanimationsstadium auszumachen. Vor diesem Hintergrund werden die Maßnahmen für den Notfallzeugen (Laien Helfer) so weit wie irgend möglich vereinfacht, um die Bereitschaft der Notfallzeugen zur Anwendung der Basismaßnahmen zu erhöhen. Neue Erkenntnisse der Wissenschaft der Reanimation machen wesentliche Änderungen der Elektrotherapie und der erweiterten Maßnahmen notwendig. Auch diese sind glücklicherweise einfacher geworden. Erstmals werden auch detaillierte Empfehlungen zur Behandlung in der Postreanimationsphase gegeben.

Die Intention der neuen Reanimationsempfehlungen ist, die Praxis der Wiederbelebung und damit letztlich das Überleben zu verbessern. Die Wissenschaft der Reanimation entwickelt sich ständig weiter, sodass klinische Leitlinien regelmäßig überarbeitet werden müssen, um dieser Entwicklung Rechnung zu tragen und dem Anwender das optimale Vorgehen anzuraten. Nachdem Ende November 2005 vom European Resuscitation Council (ERC) und von der American Heart Association (AHA) neue Leitlinien für die kardiopulmonale Reanimation auf der Basis der international bewerteten und konsentierten wissenschaftlichen Erkenntnisse (CoSTR) herausgegeben wurden, bedurfte es einer Empfehlung für Deutschland. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat deshalb die von einer Arbeitsgruppe (Bundesärztekammer und deutschen Mitgliedern der ERC-Arbeitsgruppen) vorgeschlagenen Ände-

rungen der Reanimation im Erwachsenen- und Kindesalter in Form von Eckpunkten beschlossen und empfiehlt sie als Basis der Reanimation in Deutschland (Deutsches Ärzteblatt, Heft 14/2006). Ziel der Empfehlungen 2006 ist vor allem, die Basismaßnahmen durch einen einheitlichen Algorithmus für Erwachsene und Kinder zu vereinfachen.

Basismaßnahmen

Bei den Basismaßnahmen hat es deutliche Veränderungen gegeben, die dem Ziel dienen,

- das frühzeitige Erkennen eines Notfalles,
- die frühzeitige cardiopulmonale Reanimation (CPR) durch Ersthelfer und
- die frühzeitige Defibrillation zu erreichen.

Beim Auffinden einer leblosen Person soll zunächst das Bewusstsein durch laute Ansprache und leichtes Rütteln an den Schultern kontrolliert werden. Reagiert sie nicht, ruft der Helfer um Hilfe. Es folgt die Atemkontrolle unter Überstrecken des Nackens durch Hören, Fühlen und Sehen, um zu erkennen, ob eine „normale“ Atmung vorliegt. Die Atemkontrolle durch Schauen auf Brustkorbbewegungen, Hören auf Atemgeräusche und Fühlen von Luftbewegungen an der Wange des Helfers sollte nicht länger als zehn Sekunden dauern.

Falls der Patient *nicht* normal atmet, muss, sofern der Helfer allein ist, dieser selbst den Rettungsdienst (Notruf 112) alarmieren oder dessen Alarmierung veranlassen. Ohne Pulskontrolle beginnen medizinische Laien dann sofort mit Thoraxkompressionen (Herzdruckmassage). Medizinisches Fachpersonal soll auch zukünftig versuchen, den Puls an der Arteria carotis zu tasten, hierfür jedoch nicht länger als zehn Sekunden verwenden.

Neu ist die Betonung der „normalen Atmung“, nachdem in der Vergangenheit häufig Schnappatmung (Symptom in bis zu 40 Prozent der Kreislaufstillstände) fälschlicherweise als Atmung interpretiert wurde und deshalb keine Reanimation begonnen wurde.

Opfer eines Kreislaufstillstandes benötigen sofortige Reanimationsmaßnahmen. Damit kann eine geringe, aber entscheidende Perfusion des Herzens und des Gehirns erreicht werden. Außerdem steigt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Defibrillation Kammerflimmern beenden kann. Thoraxkompressionen sind besonders wichtig, wenn nicht innerhalb von vier bis fünf Minuten nach dem Kollaps defibrilliert werden kann. Dies ist präklinisch meist der Fall. Auch in den ersten Minuten nach einer Defibrillation ist der Rhythmus häufig ineffektiv. Thoraxkompressionen sind dann erforderlich, bis eine adäquate Perfusion gegeben ist. Der positive Effekt von Basisreanimationsmaßnahmen vor der Defibrillation beim präklinischen Kreislaufstillstand wurde in mehreren Studien belegt. Mit jeder Minute ohne CPR sinkt beim beobachteten Stillstand mit Kammerflimmern die Überlebenschance um sieben bis zehn Prozent. Durch Ersthelfermaßnahmen wird die Chance verdoppelt bis verdreifacht.

Laien, aber auch professionelle Helfer, kostete die Atemspende in der Vergangenheit oft Überwindung. Da mehr als 80 % der Kreislaufstillstände kardial bedingt sind und dann in den ersten wenigen Minuten der Sauerstoffgehalt im Blut noch hoch bleibt, kommt in den ersten Minuten aber nicht der Beatmung, sondern der frühen korrekt durchgeführten und möglichst selten unterbrochenen Herzdruckmassage der zentrale Stellenwert zu. Deshalb wird unmittelbar mit Thoraxkompressionen begonnen, um eine Minimalperfusion von Herz und Gehirn zu erreichen. Das Aufsuchen des Druckpunktes ist durch den Hinweis, die Hände in der Mitte des Brustkorbs aufzusetzen, vereinfacht worden. Damit findet auch der Laie automatisch die untere Hälfte des Brustbeins. Da ein Verhältnis von Kompression zu Beatmung von 30 : 2 den besten Kompromiss zwischen Blutfluss und Sauerstoffversorgung bietet, wird dieses Verhältnis für Erwachsene wie auch Kinder jetzt neu mit 30 : 2 empfohlen. Bei erwachsenen Patienten entfallen damit die bisher gelehrt zwei initialen Beatmungen, bei Kindern sollen allerdings fünf Beatmungen vorangehen.

Die Durchführung der Thoraxkompressionen hat sich nicht geändert:

- Legen Sie den Ballen einer Hand auf die Mitte der Brust des Patienten

und den Ballen der anderen Hand auf die erste Hand.

- Komprimieren Sie den Brustkorb mit einer Frequenz von 100/min.
- Achten Sie auf die volle Kompressionstiefe von 4–5 cm.
- Entlasten Sie nach der Kompression den Brustkorb vollständig ohne den Kontakt mit dem Druckpunkt aufzugeben.
- Kompressions- und Entlastungszeit sollen gleich lang sein.

Die Empfehlungen betonen, sehr darauf zu achten, dass Unterbrechungen der Thoraxkompressionen minimiert werden.

Wissenschaftliche Untersuchungen führen die bisherigen schlechten Reanimationsergebnisse wesentlich auf zu häufige Unterbrechungen der Thoraxkompression zurück. Ein palpabler Karotis- oder Femoralispuls unter der Massage (Druckpuls) kann nicht als Zeichen für einen effektiven arteriellen Fluss gewertet werden.

Während der Reanimation dient die Beatmung dem Zweck, eine ausreichende Oxygenierung zu erhalten. Wegen der stark reduzierten Perfusion der Lungen wird mit niedrigen Atemzugvolumina und Beatmungsfrequenzen ein angemessenes Ventilation-Perfusions-Verhältnis erreicht. Bei ungesichertem Atemweg führen hohe Tidalvolumina zu signifikant stärkerer Magenblähung. Eine Hyperventilation (zu hohe Beatmungsfrequenz oder zu hohes Tidalvolumen) ist nicht nur unnötig, sondern schädlich, da der intrathorakale Druck ansteigt und den venösen Rückstrom zum Herzen verringert; als Folge sinkt die Überlebensrate.

Daher lautet die aktuelle Empfehlung beim Erwachsenen:

Beatmen Sie nach 30 Kompressionen zweimal als Mund-zu-Mund- (oder Mund-zu-Nase-Beatmung) mit 500–600 ml (6–7 ml/kg) in etwa einer Sekunde. Vor der zweimaligen Beatmung erfolgt keine routinemäßige Kontrolle des Mund- und Rachenraums, sondern nur, falls Atemhindernisse erkannt werden oder die Beatmung nicht möglich ist.

Tierstudien haben gezeigt, dass die CPR ausschließlich durch Thoraxkompressionen während der ersten wenigen Minuten nach einem nichtasphyktischen Kreislaufstillstand ebenso effektiv sein kann wie die Kombination von Beatmung und Thoraxkompression. Bei Erwachsenen ist das Outcome nach Thoraxkompression ohne Beatmung in den ersten Minuten signifikant besser als ohne jede Reanimationsmaßnahme. Möglicherweise findet durch Schnappatmung oder die Entlastung des

Thorax ein gewisser Gasaustausch statt. Laienhelfer sollen deshalb ermutigt werden (z. B. am Telefon), ausschließlich Herzdruckmassage durchzuführen, falls sie unfähig oder unwillig sind, eine Beatmung durchzuführen. Die Kombination von Thoraxkompression und Beatmung stellt aber die bessere Reanimationsmethode dar. (Grafik 1)

Beatmung und Thoraxkompressionen sind wichtig, wenn bei einem Patienten im Kreislaufstillstand die Sauerstoffreserven erschöpft sind – ungefähr fünf Minuten nach einem Kollaps durch Kammerflimmern, aber unmittelbar nach einem Kollaps durch Asphyxie. In früheren Leitlinien wurde deshalb empfohlen, dass Patienten mit erkennbarer Asphyxie (Ertrinken, Traumata), aber auch Kinder, zunächst beatmet werden sollen. Diese zusätzlichen Empfehlungen steigerten aber die Komplexität der Leitlinien, obgleich sie selten zutrafen. Dabei ist wichtig, sich darüber im Klaren zu sein, dass viele Kinder nicht reanimiert werden, weil potenzielle Helfer sich des korrekten Ablaufs nicht sicher sind und fürchten, Schaden anzurichten. Diese Furcht ist unbegründet. Es ist weitaus besser, bei einem Kind nach dem Basisalgorithmus für Erwachsene vorzugehen, als nichts zu tun. Deshalb sollen Laien den Basisalgorithmus für Erwachsene und Kinder verwenden.

Folgende geringe Modifikationen sind indes für Kinder geeigneter:

- Geben Sie fünf initiale Beatmungen, bevor Sie mit Thoraxkompressionen beginnen.
- Wenn Sie allein sind, führen Sie eine Minute CPR-Maßnahmen durch, bevor Sie Hilfe holen.
- Komprimieren Sie den Thorax um ungefähr ein Drittel seines Sagittaldurchmessers, je nach Größe des Kindes mit zwei Fingern (Säugling), einer Hand oder beiden Händen.

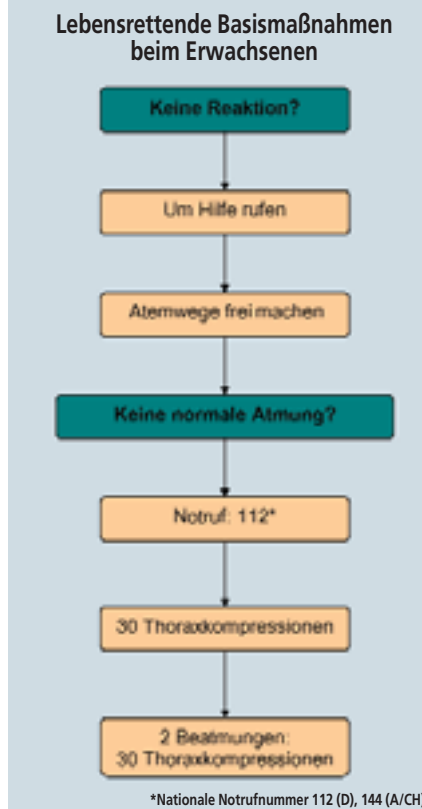
Die gleichen Modifikationen, also fünf initiale Beatmungen und einminütige CPR vor dem Hilfeholen, können auch das Outcome bei asphyktischen Kreislaufstillständen von Erwachsenen verbessern. Diese Modifikationen sollen aber nur professionellen Helfern vermittelt werden (Grafik 2). Laien sollen auch Kinder nach dem Basisalgorithmus reanimieren.

Defibrillation

In diesem Abschnitt werden die Empfehlungen zur Defibrillation mit automatisierten Defibrillatoren (AED) und manuellen Defibrillatoren dargestellt. Medizinisches Personal, aber auch Laienhelfer sind in der Lage, einen AED als Bestandteil der Basisreanimation anzuwenden. Im Rahmen der erweiterten Maßnahmen ist die manuelle Defibrillation entscheidender Teil der Therapie. Schon in den bisherigen Empfehlungen wurde wegen der Häufigkeit und des guten Outcome von Patienten mit Kammerflimmern bzw. pulsloser ventrikulärer Tachykardie die frühzeitige Defibrillation auch durch Laien in die Basisreanimation einbezogen. In der Regel ist der Rettungsdienst nicht in der Lage, in den ersten Minuten nach Kreislaufstillstand die Defibrillation sicherzustellen. Durch die Verfügbarkeit von automatisierten externen Defibrillatoren (AED) können Ersthelfer in die Lage versetzt werden, durch die automatisierte Defibrillation zu einer gesteigerten Reanimationsquote beizutragen.

Die erfolgreiche Defibrillation erfordert die Abgabe einer elektrischen Energiemenge, die ausreichend ist, eine kritische Masse Myokard zu defibrillieren, aber auch bei minimaler myokardialer Schädigung die Wiederherstellung einer spontanen elektrischen Aktivität als organisierten Rhythmus zu ermöglichen. Die Entwicklung der Defibrillatoren hat dabei Fortschritte gemacht, die es heute ermöglichen, je nach Entladungscharakteristik mit einer biphasischen Energieabgabe von 120–200 J 90 Prozent der Patienten mit Kammer-

Grafik 1



flimmern zu defibrillieren. Dazu waren früher drei monophasische Schocks mit bis zu 360 J mit einem Zeitaufwand von bis zu einer Minute notwendig.

Bei einer über 90-prozentigen Erfolgsrate des ersten Schocks lässt fehlende Konversion von Kammerflimmern in einen effektiven Rhythmus eher auf die Notwendigkeit einer Periode effektiver Basismaßnahmen als auf die eines weiteren Schocks schließen.

Daher wird empfohlen, nur einen einzelnen Schock abzugeben und sofort nach Abgabe dieses einzelnen Schocks die CPR über zwei Minuten (fünf Zyklen 30 : 2) bis zur Abgabe des nächsten Schocks (falls das Flimmern persistiert) ohne Kontrolle von Rhythmus oder Puls fortzusetzen. Nach Wiederherstellen eines perfundierenden Rhythmus ist die Gefahr der Induktion von neuem Kammerflimmern durch Thoraxkompressionen nicht erhöht. Die 1-Schock-Strategie gilt gleichermaßen für mono- und biphasische Defibrillatoren. Als Energie für diesen einzelnen ersten Schock wird bei biphasischen Defibrillatoren geräteabhängig eine Energie zwischen 150–360 J gewählt, bei monophasischen Defibrillatoren wegen der beschriebenen geringeren Effektivität die Maximalenergie von 360 J.

Es gibt Hinweise darauf, dass nach länger dauerndem Kreislaufstillstand (> 5 min) vor der Defibrillation eine Phase der Basisreanimation das Outcome verbessert.

Deshalb wird professionellen Helfern empfohlen, beim protrahiertem Kreislaufstillstand (> 5 min) vor der Defibrillation zwei Minuten Basis-CPR durchzuführen (z. B. fünf Zyklen 30 : 2) im Gegensatz zum beobachteten Kreislaufstillstand, der sofort defibrilliert werden soll. Für den Rettungsdienst kann der protrahierte Kreislaufstillstand mit dem nicht beobachteten gleichgesetzt werden.

Bei Ersthelfern kann davon ausgegangen werden, dass der Kollaps kurze Zeit zurückliegt. Laien und Ersthelfern wird deshalb empfohlen, die Defibrillation durchzuführen, sobald der AED zur Verfügung steht.

Bis ein Defibrillator zur Verfügung steht müssen unbedingt ohne Unterbrechung Basismaßnahmen durchgeführt werden. (Grafik 3)

Die Defibrillation durch Helfer-vor-Ort-Projekte („first responder“) und öffentlich zugänglichen AEDs („public access defibrillation“) kann die Zahl der Pa-

tienten steigern, bei denen Ersthelferanimation und frühzeitige Defibrillation durchgeführt werden und damit das Überleben nach „plötzlichem Herztod“ verbessert wird. Ein „public access defibrillation“-Programm ist allerdings nur dort sinnvoll, wo ein AED vermutlich mindestens einmal in zwei Jahren bei einem Kreislaufstillstand zur Anwendung kommt.

Wie schon dargestellt unterscheidet sich die Reanimation von Kindern nicht wesentlich von der des Erwachsenen. Auch AEDs können bei Kindern, die älter als ein Jahr sind, verwendet werden. Für die manuelle Defibrillation wird eine Energie von 4J/kgKG (biphasisch und monophasisch) empfohlen.

Erweiterte Maßnahmen der Reanimation

Basismaßnahmen können nur einen überbrückenden Charakter haben. Zur kausalen Therapie ist der Einsatz der Defibrillation und von Medikamenten unabdingbar. Auch diese traditionell als erweiterte Maßnahmen (Advanced Life Support, ALS) bezeichneten Reanimationsmaßnahmen wurden vereinfacht.

Etlliche Studien aus den letzten Jahren belegen, dass der Kreislaufstillstand durch rechtzeitiges Beachten kritischer

Anzeichen in der Entwicklung des Patientenzustandes zu verhindern ist. Deshalb wird vor allem medizinisches Fachpersonal in Krankenhäusern aufgefordert, auf die Verschlechterung des Krankheitsbildes eines Patienten vor Eintritt des Reanimationsfalles adäquat zu reagieren.

EKG-Rhythmen bei einem Kreislaufstillstand gehören im Hinblick auf die therapeutischen Maßnahmen zu zwei Gruppen:

- Defibrillierbare Rhythmen: Kammerflimmern (VF) und pulslose ventrikuläre Tachykardie (VT)

- Nicht defibrillierbare Rhythmen: Asystolie und pulslose elektrische Aktivität (PEA)

Der Hauptunterschied im Management der beiden Gruppen ist die Notwendigkeit eines schnellen Defibrillationsversuchs bei Patienten mit VF/VT. Die restlichen Interventionen: Thoraxkompression, Atemwegsmanagement und Beatmung, venöser Zugang, Injektion von Adrenalin sowie Diagnose und Korrektur von reversiblen Faktoren sind in beiden Gruppen gleich.

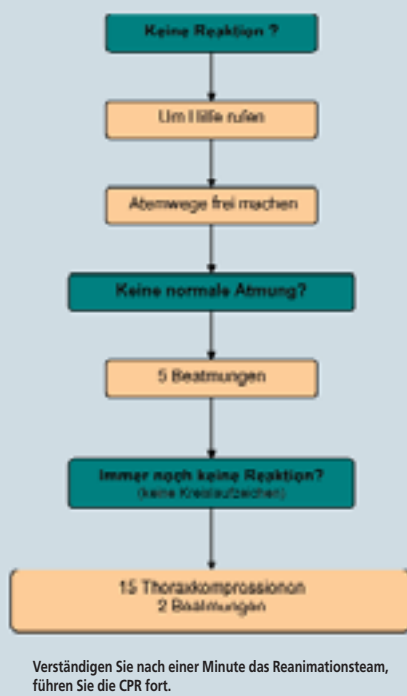
Auch der Arzt, der zu den erweiterten Maßnahmen im Rahmen der Reanimation zugezogen wird, soll sich immer des überragenden Stellenwerts der frühzeitigen Defibrillation, aber vor allem auch der Herzdruckmassage bewusst sein. So wird, wenn irgendein Zweifel besteht, ob eine Asystolie oder ein feines Kammerflimmern vorliegt, keine Defibrillation mehr durchgeführt. Stattdessen wird mit Thoraxkompressionen und Beatmung fortgefahren. Es ist nicht notwendig, die Frage „feines VF oder Asystolie“ zu klären (keine Verstärkung des Flimmersignals, kein Cross Check).

Bei sicherem Vorliegen von VF/VT wird ein Schock (150–200 J biphasisch oder 360 J monophasisch) appliziert. Ohne den auf die Defibrillation folgenden Rhythmus festzustellen oder einen Puls zu tasten, wird sofort nach dem Defibrillationsversuch die CPR fortgeführt, da es selbst bei einer erfolgreichen Defibrillation mit Wiederherstellung eines Spontankreislaufes sehr selten ist, dass unmittelbar nach der Defibrillation ein Puls getastet werden kann.

Wenn ein Spontankreislauf nicht wiederhergestellt wurde, gefährdet die Zeitverzögerung durch den Versuch, einen Puls zu tasten, die Myokardperfusion; sollte eine Asystolie vorliegen, können Thoraxkompressionen die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Kammerflimmerns und damit eines defibrillierbaren EKG-Rhythmus erhöhen. ▷

Grafik 2

Lebensrettende Basismaßnahmen bei Kindern für professionelle Helfer



der Reanimation das Überleben bis zur Krankenhausentlassung steigert. Amiodaron konnte jedoch das Kurzzeitüberleben steigern. Deshalb wird Amiodaron bei Persistieren von Kammerflimmern oder pulsloser Tachykardie nach drei erfolglosen Defibrillationsversuchen als 300 mg Bolus empfohlen. Eine weitere Dosis von 150 mg kann bei Wiederauftretendem oder schockrefraktärem Kammerflimmern gegeben werden. Danach ist eine Infusion von 900 mg über 24 Stunden indiziert.

Für weitere Medikamente besteht keine routinemäßige Indikation, da ein sicherer Effekt nicht nachgewiesen werden kann.

Neu in den Empfehlungen ist der Hinweis, unter Reanimation sofort eine thrombolytische Therapie zu beginnen, sofern der Kreislaufstillstand wahrscheinlich durch eine Lungenembolie ausgelöst wurde. Die Thrombolyse kann von Fall zu Fall beim Kreislaufstillstand des Erwachsenen nach erfolgreicher Standardreanimation erwogen werden, wenn eine akut thrombotische Ätiologie des Kreislaufstillstandes vermutet wird. Dann allerdings sind die Reanimationsmaßnahmen nach der Thrombolytikagabe für 60 bis 90 Minuten fortzuführen. (Grafik 4)

Postreanimationstherapie

Der ROSC („return of spontaneous circulation“ = Wiedereinsetzen eines Spontankreislaufs) ist nur der erste Schritt auf dem Weg zur kompletten Erholung des Patienten vom Kreislaufstillstand. Es ist einleuchtend, dass die Behandlung in der Postreanimationsphase das endgültige Ergebnis signifikant beeinflussen wird.

Hämodynamische Instabilität ist nach einer Reanimation üblich. Wenn es Hinweise für einen Koronararterienverschluss gibt, soll die Notwendigkeit einer sofortigen Revaskularisation durch perkutane koronare Intervention oder Thrombolyse erwogen werden. Die Zeit der Instabilität fällt mit verschlechterter globaler zerebraler Perfusion bei fehlender zerebraler Autoregulation zusammen. Unter diesen Bedingungen gefährdet jede Hypotension die zerebrale Perfusion und verstärkt den neurologischen Schaden. Aus diesem Grund soll nach dem ROSC der mittlere arterielle Druck auf normalem Niveau dieses Patienten gehalten werden.

Bewusstlose Erwachsene mit spontaner Zirkulation nach präklinischem

Kreislaufstillstand sollen für 12–24 Stunden auf 32–34 °C gekühlt werden. Dies kann idealerweise unmittelbar nach ROSC bereits am Notfallort initiiert werden; gleichzeitig verbietet sich damit eine Wiedererwärmung von reanimierten Patienten über 33 °C hinaus.

Zwischen hohen Blutglukosewerten nach Reanimation und schlechtem neurologischem Outcome besteht eine strenge Assoziation. Auch eine unbehandelte Hyperglykämie nach Schlaganfall ist mit einem schlechten neurologischen Outcome verbunden. Aus diesem Grunde wird empfohlen, die Blutglukose nach Reanimation engmaschig zu kontrollieren und Interventionsgrenzen festzulegen.

Die Intention der Reanimation 2006 ist, die Praxis der Wiederbelebung und damit letztlich das Überleben zu verbessern. Das generelle Verhältnis von 30 Kompressionen zu zwei Beatmungen soll die Anzahl der Unterbrechungen verringern, die Wahrscheinlichkeit einer Hyperventilation vermindern, die Ausbildung vereinfachen und das Merken der Fertigkeiten verbessern. Die Strategie eines einzelnen Defibrillationschocks soll die No-flow-Zeit minimieren. Die neuen Empfehlungen müssen nunmehr sowohl in die Ausbildungsunterlagen für Laien sowie für medizinisches Fachpersonal einfließen. Sie haben auch zur Konsequenz, dass vorhandene AEDs durch die jeweiligen Firmen an die neuen Abläufe adaptiert werden müssen. □

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Bekanntmachungen

Bekanntmachung

**des Gemeinsamen
Bundesausschusses
gemäß § 91 Abs. 5 SGB V
über weitere Beratungsthemen
zur Überprüfung
gemäß § 25 Abs. 4 SGB V und
§ 135 Abs. 1 SGB V
vom 18. April 2006**

Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft gemäß gesetzlichem Auftrag für die ambulante vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten Fragen der Prävention gemäß § 25 Abs. 4 SGB V.

Neue ärztliche Methoden werden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V daraufhin überprüft, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss darüber, ob eine neue Methode ambulant zulasten der GKV verordnet werden darf.

Der Gemeinsame Bundesausschuss veröffentlicht die neuen Beratungsthemen, die aktuell zur Überprüfung anstehen.

Entsprechend der Festsetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18. April 2006 wird das folgende Thema indikationsbezogen beraten:

„Osteodensitometrie

a) als Maßnahme der Früherkennung gemäß § 25 Abs. 3 SGB V

b) als diagnostische Maßnahme im Rahmen der kurativen Behandlung gemäß § 135 Abs. 1 SGB V“

Mit dieser Veröffentlichung soll insbesondere Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis, Dachverbänden von Ärztesellschaften, Spitzenverbänden der Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen sowie Spitzenorganisationen von Herstellern von Medizinprodukten und -geräten Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden.

Stellungnahmen zu o. g. Themen sind anhand eines Fragenkataloges innerhalb einer Frist von sechs Wochen nach dieser Veröffentlichung möglichst in elektronischer Form einzureichen und themenbezogen an folgende Adresse zu senden:

für Osteodensitometrie im Rahmen der Früherkennung Osteo-A@g-ba.de

für Osteodensitometrie im Rahmen der kurativen Behandlung Osteo-B@g-ba.de

Die Fragenkataloge sowie weitere Erläuterungen erhalten Sie bei der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses auf Anfrage:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Geschäftsführung
Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg

Siegburg, den 24. Mai 2006

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende
Dr. Hess