

Hessisches Ärzteblatt

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

7 | 2008
Juli 2008
69. Jahrgang



- 111. Deutscher Ärztetag in Ulm: Verdeckte Rationierung als Wahlkampfthema
- ARS – Antibiotika-Resistenz-Surveillance in Deutschland – gestartet
- Zertifizierte Fortbildung: Versorgungsstrategien bei Verletzungen der thorakolumbalen Wirbelsäule
- Kranksein im 17. Jahrhundert
- Weiterbildungsordnung 2005 – Achtung Fristen laufen aus!

Hessisches Ärzteblatt

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

Impressum**Herausgeber:**

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

Schriftleitung (verantwortlich):

Prof. Dr. Toni Graf-Baumann
verantwortlich für Mitteilungen der LÄK Hessen:
Dr. Michael Popović
verantwortlich für Mitteilungen der Akademie:
Prof. Dr. Ernst-G. Loch

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Katja Möhrle, M.A.

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. med. Erika Baum, Biebertal
Karl Matthias Roth, Wiesbaden
Dr. med. Alfred Halbsguth, Frankfurt
Prof. Dr. med. Dietrich Höffler, Darmstadt
Dr. med. Georg Holfelder, Frankfurt
Dr. med. Siegmund Kalinski, Frankfurt
Dr. med. Norbert Löschohorn, Seeheim-Jugenheim
Prof. Dr. med. Peter Osswald, Frankfurt
Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Gießen
Dr. med. Gösta Strasding, Frankfurt
PD Dr. med. Oskar Zelder, Marburg
Dr. med. Walter Schultz-Amling, Hofheim

Arzt- und Kassenarztrecht:

Dr. Katharina Deppert,
Gutachter- und Schlichtungsstelle
Dr. Alexander Schmid, Justitiar der LÄK Hessen

Anschrift der Redaktion:

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

Redaktionsschluss:

fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

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

Verlagsleitung:

Dr. Rainer Stumpe

Anzeigendisposition:

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

Druck:

Druckhaus Dresden GmbH
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Layout-Design:

Kathrin Artmann, Heidesheim
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen

zzt. ist Anzeigenpreisliste Nr. 4 vom 1.1.2008 gültig.

Bezugspreis / Abonnementspreise:

Der Bezugspreis im Inland beträgt 100,50 E
(12 Ausgaben), im Ausland 100,50 E zzgl. Versand.
Kündigung des Bezugs 3 Monate vor Ablauf
des Abonnements. Für die Mitglieder der
Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis
durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

ISSN: 0171-9661

Hessisches Ärzteblatt



Editorial	428
Landesärztekammer Hessen	
Verdeckte Ratiouonierung als Wahlkampfthema – 111. Deutscher Ärztetag in Ulm	429
Aktuelles	
ARS – Antibiotika-Resistenz-Surveillance in Deutschland – gestartet	438
Fortbildung	
Zertifizierte Fortbildung: Versorgungsstrategien bei Verletzungen der thorako-lumbalen Wirbelsäule	439
Medizinisches Kreuzworträtsel	448
Multiple Choice-Fragen	449
Medizin-Historisches	
Kranksein im 17. Jahrhundert	450
Fortbildung	
Jahrestagung der Hessischen Weiterbildungsinstitute für Psychotherapie	455
Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim	459
Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim	465
Aktuelles	
Medizinischer Einsatz in Mali – Westafrika	467
Fortbildung	
Sicherer Verordnen	468
Landesärztekammer Hessen	
Weiterbildungsordnung 2005 – Achtung, Fristen laufen aus	469
Wie werde ich „Reisemediziner“	470
Arzt- und Kassenarztrecht	
Bundesgerichtshof entscheidet über die Zulässigkeit der Vertretung bei sogenannter Chefarztbehandlung	471
Aktuelles	
Von der Schwarzwaldklinik zum Bergdoktor ...	472
Anlaufschwierigkeiten und Reibungsverluste	475
Mit meinen Augen Die Politik hat leichtes Spiel mit den Ärzten	477
Satire Der Urlaubshund	478
Humoristisches Im Sommer	478
Von hessischen Ärztinnen und Ärzten	479
Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	483
Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	490

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

Liebe Kolleginnen und Kollegen!



Dr. med. Ursula Stüwe
Foto: Monika Buchalik

Während Sie sich hoffentlich in einem wohlverdienten Urlaub befinden, wird in der Gesundheitspolitik kräftig am Gesundheitsfonds gearbeitet. Ahnen Sie, was ab 1. Januar 2009 auf Sie zukommen wird?

So soll der Fonds gestaltet werden:

In einen gemeinsamen „Topf“ werden alle Pflichtbeiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern eingezahlt, festgelegt vom BMG im Herbst 2008. Die Regierung fügt einen Anteil Steuern für versicherungsfremde Leistungen hinzu. Dieser Steueranteil soll in den kommenden Jahren wachsen! Sagt die Politik!

Aus diesem so gefüllten Topf erhalten die Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten einen Pauschalbetrag, der auch vom BMG festgesetzt werden wird. Von diesem Geld müssen die Krankenkassen dann alle notwendigen Leistungen bezahlen.

Sollten die Kassen mit dem ihnen zuge teilten Geld nicht zurecht kommen, so dürfen sie von ihren Versicherten einen Zusatzbeitrag erheben. Die Versicherten haben bei dieser Gelegenheit die Chance, ihren Versicherungsvertrag zu kündigen, um sich in einer anderen Kasse ohne Zusatzbeitrag zu versichern. Die Kassen dürfen aber auch Prämien ausschütten, wenn Überschüsse angefallen sind.

Eine weitere Möglichkeit der „Geldeinnahme“ haben die Kassen, wie auch z.T. jetzt schon, über den Risikostrukturausgleich, der mit Einführung des Gesundheitsfonds dann zum *Morbidityorientierten Risikostrukturausgleich*

umgestaltet wird, kurz: „Morbi-RSA“. Diesem werden angeblich ca. 80 Krankheiten zugrunde gelegt, um das Geld „richtig“ zu verteilen. Die Kassen, die viele Schwer- oder chronisch Kranke haben, sollen damit ihren Ausgleich für die höhere Belastung erhalten. So bekommen sie mehr Geld in ihre eigene Kasse. Ganz neu: Kassen ist es möglich, insolvent zu werden!

So weit die bisherige Planung!

Wenn man sich das neue Konstrukt in der praktischen Anwendung vorstellt, so wird es wohl so sein, dass jede Kasse für ihre Versicherten mindestens ein, wenn nicht sogar zwei Konten führen muss: eins für den Pflichtbeitrag in den Fonds, das andere für den evtl. nötigen Zusatzbeitrag. Bürokratieabbau???

Die zugesagten Steuerzuschüsse werden wohl zukünftig in ihrer Größe abhängig werden von den Einnahmen, die der Staat gemacht hat – eine eher unsichere Finanzierungsbasis, wie ich meine.

Wie werden aber die Versicherten reagieren auf Zahlung von Zusatzbeiträgen? Jeder wird sich, sobald wie möglich, eine „günstigere“ Kasse wählen. Also müssen die Kassen es sich richtig gut überlegen, ob sie einen Zusatzbeitrag einführen werden. Man wird vermutlich lieber an den Ausgaben „sparen“, so wie wir es jetzt schon kennen.

Noch interessanter aber ist der Morbi-RSA: da muss doch jede Kasse interessiert sein, möglichst viele „Kranke und Alte“ zu haben, um viel Geld über den Morbi-RSA zu erhalten. Wer wird wohl die Krankheiten kodieren dürfen? Richtig: Ärztinnen und Ärzte! Bürokratieabbau???

Schon jetzt ist es so, dass die Fallpauschalen in den Kliniken die Morbidität

bei guter Kodierung bewerten. Die Rechnungsprüfungen der Kassen bei deutlich über 10% aller stationären Fälle zeigt, dass die Kassen ihre Gelder sorgfältig und sparsam ausgeben wollen und auch müssen. Beim Morbi-RSA müssen sie jedoch möglichst viele „Kranke“ vorweisen!

Mein Fazit: Man bekommt in diesem System viel Geld, wenn die Versicherten oder Patienten möglichst „krank“ sind.

Die geplanten Fallpauschalen für den Bereich der Niedergelassenen haben genau die gleiche Zielrichtung: auch hier wird jede Ärztin, jeder Arzt schauen, dass möglichst alle, alle Krankheiten ihrer Patienten kodiert sind – die dann zu erreichende DRG wird die besser vergütete sein.

Ich fasse zusammen:

Es ist in diesem zukünftigen System sinnvoll, aus **finanziellen Gründen** möglichst viele Kranke zu haben – gleichgültig, ob in der Klinik, der Praxis oder der Krankenkasse. „Gesunde“ sind uninteressant! Nur mit vielen „Kranken“ kann man erwarten, vernünftig Geld einzunehmen. Das unterstützt der Morbi-RSA!

Warum aber – um Himmels willen – werden parallel dazu überall Präventionsprojekte auf den Weg gebracht?

Ich werde den Verdacht nicht los, dass unser „Gesundheitssystem“ womöglich unter Schizophrenie, unter einer dissoziativen Identitätsstörung leidet ...

Bleiben Sie – vor oder nach Ihrem Urlaub – unbedingt an der Seite der Ihnen vertrauenden Patientinnen und Patienten!

Dr. med. Ursula Stüwe
Präsidentin

Verdeckte Rationierung als Wahlkampfthema

111. Deutscher Ärztetag in Ulm

Sein Name fehlte in keiner Eröffnungsrede auf dem 111. Deutschen Ärztetag: Albert Einstein, berühmter Sohn der Stadt Ulm, soll seinen Mitbürgern einst einen guten Rat gegeben haben: Nachdem diese im Dritten Reich die ihm gewidmete „Einsteinstraße“ in „Fichtestraße“ und erst nach dem Krieg wieder nach ihm benannt hatten, empfahl ihnen der Physiker, die Straße in „Fähnchen-nach-dem-Wind-Straße“ umzubenennen. Mit der im schwäbischen Tonfall vorgetragenen Anekdote begrüßte Oberbürgermeister Ivo Gönner die 250 Delegierten des Deutschen Ärztetages in seiner Stadt. Darauf, dass sie ihr Fähnchen keineswegs nach dem Wind der Gesundheitspolitik richten würde, hatte die Ärzteschaft schon vor dem Ärztetag mit der Ankündigung ihres aktuellen gesundheitspolitischen Positionspapiers hingewiesen. Die Beratungen über das „Ulmer Papier“ bildeten einen Schwerpunkt auf dem diesjährigen Ärztetag.



Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe

„Ärztetage geben der Einheit der Ärzteschaft Ausdruck und Stimme“, erklärte die Präsidentin der gastgebenden Landesärztekammer Baden-Württemberg, Dr. med. Ulrike Wahl, in ihrer Begrüßungsrede. Aber sie räumte auch ein, dass in Zeiten wirtschaftlichen Überle-

benskampfes die Einheit der Ärzte heute mehr denn je infrage gestellt scheine. Ein Kampf um begrenzte finanzielle Mittel, der Ärzte und Patienten gleichermaßen betreffe, wie Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, bereits im Vorfeld des Ärztetages betont hatte. Durch die jahrelange Unterfinanzierung des Gesundheitssystems sei es zu einer heimlichen Rationierung von Leistungen gekommen. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt griff das Stichwort in ihrem Grußwort auf dem Ärztetag auf, um es als vermeintliche Forderung Hoppes zu interpretieren und weit von sich zu weisen. So erteilte Schmidt jeder Form von Rationierung eine klare Absage und sah die Lösung der Probleme in der gemeinsamen Übernahme von Verantwortung durch Politik und Selbstverwaltung für einen rationellen Umgang mit den begrenzten Mitteln.

Ministerin auf Harmoniekurs

Konkreter wurde die in Ulm erstmals auf Harmoniekurs mit ihren Gastgeberinnen segelnde Ministerin, als sie um Zusammenarbeit mit den Ärzten warb. Ohne detailliert auf Inhalte des „Ulmer Papiers“ ein-



Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt

zugehen, lobte sie die Tatsache, dass die Ärzteschaft eine Positionsbestimmung erarbeitet habe. Auch wenn es wohl nicht überraschen werde, dass sie nicht alle Teile der Analyse und alle Schlussfolgerungen teile. Angesichts des technischen Fortschritts müsse die Frage, welche Rahmenbedingungen notwendig seien, um eine gute Versorgung sichern zu können, gemeinsam gelöst werden. Daher habe das Bundesgesundheitsministerium zusammen mit der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Arbeitsgruppen eingerichtet, in denen Fragen zur Gestaltung des



Podium und Plenum des Deutschen Ärztetages



Die Träger der Paracelsus-Medaille des Jahres 2008

ärztlichen Berufsfeldes, zur ärztlichen Berufsausübung und zum ärztlichen Berufsbild diskutiert werden sollen. Schmidt erklärte, dass sie sich für eine bessere Honorierung bei den anstehenden Honorarverhandlungen zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Krankenkassen einsetzen werde. Mit der neuen Honorierung müsse mehr Geld in die Versorgung fließen.

Schmidt begrüßte, dass der Ärztetag sich in einem Schwerpunkt mit der Übertragung und Delegation ärztlicher Leistungen an andere Berufsgruppen beschäftigte. Die künftige Aufgabenverteilung entscheide über die Attraktivität der Gesundheitsberufe. In Hinblick auf die pluralistische Krankenhauslandschaft zeigte sie sich davon überzeugt, dass diese nur erhalten bleiben könne, wenn Wettbewerb zugelassen werde. Die Ministerin kündigte Entlastungen für Krankenhäuser an und sprach sich für eine anteilige Übernahme der Kosten der neuen Tarifabschlüsse durch die Krankenkassen aus. Als Beispiel für neue Wege im Gesundheitswesen, die zu einer besseren Versorgung führten, bezeichnete sie den neuen Hausarztvertrag zwischen AOK, Medi und Hausärzteverband. Daran,

dass die Elektronische Gesundheitskarte und der Gesundheitsfonds kommen werden, ließ Schmidt keinen Zweifel.

Zwei hessische Träger der Paracelsus-Medaille



Dr. med. Siegmund Kalinski



Prof. Dr. med. Dr. phil. Eberhard Richter

Dr. med. Dr. phil. Eberhard Richter, stammen aus Hessen.

Professor Dr. Hoppe würdigte Kalinski als Arzt, der sich in mehr als 40 Jahren ärztlicher Tätigkeit und berufspolitischen

Engagement hervorragende Verdienste um die deutsche Ärzteschaft erworben habe. Er habe sich für die Förderung des hausärztlichen Nachwuchses eingesetzt und zudem als Journalist gesundheitspolitische Fragen kritisch beleuchtet. Hoppe hob auch Kalinskis Einsatz für die deutsch-polnischen Beziehungen und die Aufarbeitung des Holocaust hervor. Professor Dr. Richter wurde von dem Präsidenten der Bundesärztekammer als Arzt und Wissenschaftler gewürdigt, der sich in seiner langjährigen ärztlichen und wissenschaftlichen Tätigkeit um die deutsche Ärzteschaft hochverdient gemacht habe. Er zähle zu den Pionieren der modernen Psychoanalyse und einer ganzheitlichen Medizin. Vorbildlich sei sein unermüdlicher Einsatz für Gerechtigkeit und Frieden, erklärte Hoppe.

Im Namen der diesjährigen Medaillenträger – Professor Dr. med. Fritz Beske, Professor Dr. med. Hajo Eckel und Dr. med. Siegmund Kalinski – bedankte sich Richter für die Ehrung, die alle vier als Ansporn dazu auffassten, die Einsichten aus ihrem Beruf weiterzugeben. Richter zitierte seinen früheren Lehrer Viktor von Weizsäcker mit den Worten „Medizin ist eine Weise des Umgangs des Menschen mit dem Menschen“. Im Mittelpunkt des Gesundheitswesens stehe das Arzt-Patienten-Verhältnis, das heute allerdings durch die wachsende Ökonomisierung des Systems gefährdet sei, sagte Richter.

Warnung vor Entmachtung der Selbstverwaltung

In seiner Antwort auf die Ausführungen der Bundesgesundheitsministerin warnte Hoppe vor einer Zerschlagung der Körperschaften – namentlich der Kassenärztlichen Vereinigungen – und der schleichen- den Entmachtung der Selbstverwaltung. In der Vergangenheit habe der Staat richtigerweise die Daseinsvorsorge übernom-

men, während der Selbstverwaltung eine „justierende, feinsteuernde, in jedem Fall aber gestaltende Funktion“ zugekommen sei. Im Zentrum des Denkens der Selbstverwaltung habe das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis gestanden, sagte Hoppe. In der heutigen Umbruchsituation des Gesundheitswesens sei dieses Denken einer kollektivistischen Sichtweise gewichen, die vor allem bei den Disease-Management-Programmen, die zu einer schematischen Patientenbehandlung führten, deutlich werde. Hoppe kritisierte, dass sich die Selbstverwaltung zu einer reinen Auftragsverwaltung gewandelt habe, die nur noch die Vorgaben des Staates erfülle. Dieser wiederum ziehe sich mehr und mehr aus der Daseinsvorsorge zurück und überlasse viele Bereiche des Gesundheitswesens dem Wettbewerb. Die Verlierer in diesem durch die Reformen der vergangenen 20 Jahre geprägten System seien die Patienten und die Beschäftigten im Gesundheitswesen.

Infolge der Begrenzung der Finanzmittel in der gesundheitlichen Versorgung werde schon längst nur noch das medizinisch unbedingt Notwendige von den Krankenkassen bezahlt. „Ärztinnen und Ärzte müssen seit Jahren eine heimliche Rationierung im Gesundheitswesen ertragen und vor ihren Patienten dafür gerade stehen. Das aber wollen wir nicht mehr“, sagte Hoppe. Die Politik dürfe sich nicht aus der Verantwortung stellen und so tun, als gebe es diese Rationierung nicht. Deshalb müsse man offen über die Probleme im Gesundheitswesen sprechen und den Menschen zeigen, wer für die Rationierung tatsächlich verantwortlich ist. „Die Rationierung medizinischer Leistungen muss ein Wahlkampfthema werden, damit eine Diskussion nicht nur hinter vorgehaltener Hand, sondern in der Öffentlichkeit stattfindet“, forderte der Präsident der Bundesärztekammer.

Verabschiedung des „Ulmer Papiers“



Dr. med. Ursula Stüwe

Über viele Stunden diskutierten die Ärztevertreter den vorgelegten Entwurf des „Ulmer Papiers“. Die Debatten machten deutlich, dass die 250 Delegierten nicht nur Ärzte unterschiedlicher Fachgebiete, sondern teilweise auch unterschiedliche Interessenlagen repräsentierten. Während einige die Inhalte des Positionspapiers für zu unverbindlich hielten, wandten sich andere gegen explizite Formulierungen insbesondere zur Finanzierung des Gesundheitssystems. So stimmte nur ein Drittel der Delegierten dem Ergänzungsvorschlag des Vizepräsidenten der Bundesärztekammer, Dr. med. Frank Ulrich Montgomery zu, eine „prämienbasierte Volksversicherung“ mit deutlich mehr Steuermitteln als bisher zu fordern. „Wir Ärzte sollten uns nicht mit der Finanzierung beschäftigen.“ erklärte die hessische Ärztekammerpräsidentin Dr. med. Ursula Stüwe: „Wir haben Medizin stu-

diert und tragen für unsere Patienten Verantwortung. Doch die Finanzierungsverantwortung möchten wir nicht übernehmen.“ Auch Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Mitglied des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen und Delegierter auf dem Deutschen Ärztetag, bekräftigte, dass Kostenträger



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

und Politiker dafür verantwortlich seien, für eine ausreichende Finanzierung zu sorgen: „Die Ärzteschaft soll sich in die Diskussion der Finanzierungsmöglichkeiten einbringen, aber

es ist nicht ihre Aufgabe, das Finanzierungssystem festzulegen“, unterstrich von Knoblauch.

Nach einem Diskussions- und Abstimmungsmarathon über zahlreiche Änderungsanträge verabschiedete der Ärztetag die „Gesundheitspolitischen Leitsätze der Ärzteschaft“ („Ulmer Papier“) und bezeichnete sie als Ausgangspunkt, von dem aus die gesundheitspolitischen Positionen der Ärzteschaft

kontinuierlich weiterzuentwickeln seien. In dem „Ulmer Papier“ wird die mechanistische Vorstellung des therapeutischen Geschehens in den Reformgesetzen der letzten Jahre kritisiert und eine Neuausrichtung der Rolle von Staat, Markt und Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sowie ein echter Wettbewerb zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung gefordert. Die Stellung des Arztes als freier Beruf und die Patientenorientierung sollen gestärkt und zur gemeinsamen Lösung der Probleme im Gesundheitssystem ein Gesundheitsrat einberufen werden. Der Ärztetag sprach sich u. a. dafür aus, die Arzt-Patienten-Beziehung so zu gestalten, dass sie sich an der Individualität des erkrankten Menschen ausrichte und auf Therapiefreiheit einerseits und auf freier Arztwahl andererseits basiere. Auch wolle man Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen infolge einer Überbetonung von Ökonomie und Rationalisierungspotentialen entgegen treten. Die Delegierten wandten sich gegen Fehlinterpretationen des „Ulmer Papiers“ und stellten klar, dass die Ärzteschaft gegen jede Form von Rationierung sei. Doch dürfe der Staat nicht den Eindruck erwecken, dass das bisher gewohnte, weitgehend universelle Leistungsversprechen der gesetzlichen Krankenversicherung bei limitierten finanziellen Ressourcen aufrechterhalten bleiben könne. Das Ärzteparlament forderte außerdem ein Sofortprogramm zur Stabilisierung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser. Die notwendige stationäre Versorgung der Bevölkerung dürfe angesichts ihres steigenden Bedarfs nicht weiter gefährdet werden. Darüber hinaus sei es dringend erforderlich, Fördermaßnahmen und die Ausgestaltung ärztlicher Arbeitsbedingungen die Bedürfnisse von Ärztinnen und Ärzten mit Kindern zu berücksichtigen.

Arztbild der Zukunft

Da sich der Vortrag des Präsidenten der Sächsischen Landesärztekammer, Professor Dr. med. habil. Jan Schulze, zur Bedeutung des Arztbildes für die Weiterentwicklung im Gesundheitswesen thematisch im Anschluss an die Diskussionen über das „Ulmer Papier“ besonders eignet, wird in diesem Artikel an späterer Stelle über den Diskussionschwerpunkt zur Situation pflegebedürftiger Menschen berichtet. In Anbetracht der rückläufigen Arztzahlentwicklung gebe es zwei Möglichkeiten, erklärte Prof. Schulze. Erstens: Man verbessere die Bedingungen und die Ausbildung. Zweitens: Man finde die Entwicklung gar nicht schlecht und stelle Arztersatzkonzepte vor. Damit würden allerdings die Ganzheitlichkeit und Unteilbarkeit des Arztberufs konterkariert. Die Ökonomisierung des Arztberufes schlage sich bis auf die Micro-Ebene des Arzt-Patienten-Verhältnisses durch, kritisierte der sächsische Ärztekammerpräsident. Wer die Medizin zu entpersonalisieren versuche, habe das Wesen der Medizin und des Arzt-Patienten-Verhältnisses nicht verstanden. Der Deutsche Ärztetag müsse eine Trivialisierung und Kommerzialisierung des Arztberufes ablehnen, forderte er. Außerdem sei es unbedingt notwendig, bessere Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu schaffen. Die von Professor Schulze aufgestellten zehn Thesen „zum Arztbild der Zukunft“ sollen auf Beschluss des Deutschen Ärztetages bei der Fortschreibung des „Ulmer Papiers“ berücksichtigt werden. Sie lauten:

Auf der Homepage der Bundesärztekammer www.baek.de sind die von den Delegierten beschlossenen 10 Thesen unter 111. Deutscher Ärztetag/Beschlussprotokoll/Arztbild der Zukunft eingestellt.

Die genaue Adresse lautet:
www.baek.de/page.asp?his=0.2.20.5711.6205.6279.6280.6281

Für Nachwuchsförderung/ Gegen Bachelor-/Masterstruktur



PD Dr. med. Andreas Scholz

Der Deutsche Ärztetag forderte die Landesregierungen auf, gemeinsam mit den Landesärztekammern, den Kassenärztlichen Vereinigungen und weiteren Kooperationspartnern ein umfangreiches Konzept zur Förderung des ärztlichen Nachwuchses zu entwickeln, um dem Ärztemangel entgegenzuwirken. Auf Antrag mehrerer Delegierter, darunter PD Dr. med. Andreas Scholz aus Hessen, lehnte der Deutsche Ärztetag in einer Entschließung die Einführung einer Bachelor-/Masterstruktur in der Medizin ab.

Delegation ja – Substitution nein



Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg

Einig waren sich die Ärztevertreter darin, dass durch die sich ändernden Versorgungsbedingungen eine stärkere Einbindung der Gesundheitsberufe in Versorgungskonzepte unverzichtbar sei. Für arztunterstützende und arztentlastende

Maßnahmen unter Erhalt der ärztlichen Gesamtverantwortung insbesondere in der Primärversorgung sei es wichtig, verstärkt Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen zu qualifizieren und einzusetzen. Ihre Rolle im multiprofessionellen ambulanten Team müsse gestärkt werden. Auch seien Gesundheitsfachberufe vermehrt in das Case-Management einzubeziehen.

Entschieden lehnte der Deutsche Ärztetag allerdings derzeitige Versuche nicht-ärztlicher Organisationen, Gremien oder Personen ab, die ärztliche Stellung und Verantwortung im Gesundheitswesen zu relativieren und die ärztliche Tätigkeit neu zu definieren. Begrüßt wurde hingegen das von der Bundesärztekammer verabschiedete Curriculum „Ärztliche Führung“ als geeignetes Konzept, um wichtige Zusatzqualifikationen zu vermitteln.

Auf Antrag u.a von Professor Dr. med. Cornelia Krause-Girth aus Hessen forderte das Ärzteparlament den Gesetzgeber auf, die sachlich falsche Klammerdefinition „(Psychotherapeuten)“ im §28.3.1 Sozialgesetzbuch V (SGB) redaktionell richtig zu stellen. Es seien die korrekten Berufsbezeichnungen – wie z. B. Psychologische Psychotherapeuten etc. – zu nennen.



Abstimmung der Delegierten

Auch der Antrag zahlreicher hessischer Delegierter, u.a. Dr. med. Ursula Stüwe, Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak, Professor Dr. med. Alexandra Henneberg, Dr. med. Klaus König und Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach sowie PD Dr. med. Elmar Lindhorst, zur Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen mit der EntschlieÙung: „Ärztliche Verantwortung nur für ärztliches Handeln! Keine Übertragung ärztlicher Kernaufgaben auf nichtärztliche Gesundheitsberufe! Der Facharztstandard muss für alle Patienten gewährleistet werden! (...)“, wurde angenommen.

Elektronische Gesundheitskarte in geplanter Form abgelehnt

Die in der Präambel des „Ulmer Papiers“ festgehaltene Notwendigkeit einer guten, vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung für den ärztlichen Behandlungserfolg stand im Mittelpunkt der Debatte über das Projekt „Elektronische Gesundheitskarte“, die wesentlich von Anträgen und Diskussionsbeiträgen hessischer Delegierter mitgestaltet wurde. Hierbei ging es um den Erhalt der ärztlichen Schweigepflicht, die informa-



Protest gegen die Elektronische Gesundheitskarte

tionelle Selbstbestimmung der Bürger und um die Datensicherheit. Dr. med. Ursula Stüwe erinnerte daran, dass sich die Delegiertenversammlung in Hessen zweimal innerhalb der letzten beiden Jahre gegen die „Elektronische Gesundheitskarte“ (eGK) ausgesprochen habe. „Wir sind nicht technikfeindlich“, betonte Stüwe. „Wir sagen ja zum elektronischen Arztausweis, aber wir sagen nein zu der eGK.“ Man müsse akzeptieren, dass es nach wie vor großen Gesprächsbedarf gebe, hatte der Vorsitzende des Telematik-Ausschusses bei der Bundesärztekammer, Dr. med. Franz-Joseph Bartmann, angesichts der äußerst kontroversen Diskussionen über Sicherheitsrisiken bei der Datenspeicherung und die hohen Kosten im Anschluss an sein Plädoyer für die Karte eingeräumt. „Ich finde es nur richtig, dass wir hier kritisch diskutieren“, sagte PD Dr. med. Andreas Scholz aus Hessen. Die bisherigen Tests hätten zahlreiche Probleme, z. B. bei der Pin-Eingabe und bei der Sicherheit der Schnittstellen ergeben. „Elektronische Daten sind wie die Pasta in der Tube. Sind sie einmal draußen, bekommt

man die Pasta nicht mehr rein“, schloss Scholz. Es gebe keine wirkliche Datensicherheit und keine wirkliche Aufrichtigkeit von Politikern, argumentierte Frank-Rüdiger Zimbeck, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen und Delegierter. Auf diesen Fundamenten



Frank-Rüdiger Zimbeck

lasse sich das „Haus“ eGK nicht bauen. Der Änderungsantrag von Dr. med. Detlev Steininger zum Entschließungsantrag der BÄK, wonach die e-card z. B. auf USB-Basis weiterentwickelt werden soll, wurde an den Vorstand der BÄK überwiesen.

Patientendaten seien Milliarden wert, und wo man auf Milliarden setze, stünden auf einmal Millionen zur Verfügung,“ gab die hessische Delegierte Dr. med. Susanne Johna zu bedenken und forderte den Deutschen Ärztetag auf, gegen die eGK zu stimmen. „Wir sind gegen die „Elektronische Gesundheitskarte“, wiederholte Dr. Stüwe. „Aber wenn sie nicht vermeidbar ist und eine Serverlösung kommt, kann diese nur bei den Ärztekammern gehostet und betrieben werden. Nicht jedoch mit dem Geld der Ärzte, sondern mit dem Geld derer, die die eGK wollen.“



Dr. med. Detlev Steininger

Nachdem eine Mehrheit der Delegierten des Deutschen Ärztetages die „Elektronische Gesundheitskarte“ zunächst ohne Wenn und Aber abgelehnt hatten, wurde in 2. Lesung eine Ablehnung der Einführung der eGK in der bisher vorgelegten Form beschlossen und eine Neukonzeption des Projektes „Elektronische Gesundheitskarte“ verlangt. Der Ärztetag forderte, die Telematik-Plattform konzeptionell weiterzuentwickeln, wobei das hierzu vom Vorstand der Bundesärztekammer vorgelegte Positionspapier als Grundlage zu nutzen sei. In einer persönlichen Erklärung teilte Dr. Johna mit, dass die hessischen Delegierten geschlossen gegen die Einführung der eGK ohne weitere Zugeständnisse gestimmt hätten.

Kooperation für Betreuung Demenzkranker notwendig

In ihrem engagierten Vortrag zur „Situation pflegebedürftiger Menschen in Deutschland am Beispiel der Demenz“ mahnte Dr. med. Cornelia Goesmann, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, größere Anstrengungen für eine bestmögliche Betreuung Demenzkranker an. In einer „Gesellschaft des langen Lebens“ nehme die Zahl alter und hochbetagter Menschen ständig zu; damit wachse auch die Bedeutung von Behandlung und Pflege alter Patienten. Gleichzeitig brächen soziale und familiäre Strukturen weg, so dass ältere Bürgerinnen und Bürger zunehmend auf sich selbst zurückgeworfen seien. Dies stelle jeden Einzelnen, aber auch die gesamte Gesellschaft vor neue Herausforderungen. „Altern ist nichts für Schwächlinge“, zitierte Goesmann die amerikanische Schauspielerin Bette Davis. Mit steigendem Alter sei das Krankheitsgeschehen durch das Phänomen der Multimorbidität gekennzeichnet; jeder dritte der über 70-jährigen habe ein erhöhtes Risiko, funktionell erheblich beeinträchtigt zu sein. Heute seien über vier Mio. Bundesbürger über 80 Jahre alt, für das Jahr 2050 rechne man mit über zehn Mio. über 80-jähriger. Diese würden dann besonderer Betreuung bedürfen, da die Demenzrate – wenn nicht eine effektive Präventionsstrategie bzw. -therapie entwickelt werde – mit zunehmendem Alter exponentiell ansteige.

Zugleich werde die Gesamtproblematik umfangreich und besorgniserregend tabuisiert, kritisierte Goesmann. Ein Ende dieser Verdrängung und der Isolation von Demenzkranken und ihren Angehörigen sei längst überfällig. Etwa 30% der Demenzkranken würden von Familienangehörigen versorgt. Notwendig sei daher auch eine Änderung der Steuergesetze, forderten die Delegierten des Deutschen

Ärztetages, damit die Betreuungskosten von kranken und alten Angehörigen künftig voll steuerlich absetzbar ist.

Auch sei es erforderlich, neben stationären Einrichtungen ambulante Pflege, teilstationäre Angebote und betreute Wohngruppen stärker zu fördern sowie wohnortnah auszubauen, forderte das Ärzteparlament. Eine Aufstockung der Finanzmittel im Pflegebereich sei die Grundbedingung für eine würdige und umfassende Versorgung im Alter.

Professor Dr. Andreas Kruse, Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg, wies auf die Defizite in der Versorgung dementer und verwirrter Menschen hin. So gebe es insbesondere in der fachärztlichen Versorgung erhebliche Lücken. Nur etwa ein Drittel der Demenzkranken in Pflegeheimen werde von Psychiatern und Neurologen betreut. Goesmann und Kruse unterstrichen, dass eine optimale Kooperation aller Akteure notwendig sei, um die bestmögliche Betreuung Demenzkranker zu gewährleisten.

Weiterbildung

Dr. med. H. Hellmut Koch, Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der Bundes-

ärztekammer berichtete, dass inzwischen 16 der 17 Landesärztekammern den „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ eingeführt haben. Ab Juni können Ärzte in 16 Ärztekammern auch wieder den Titel „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ führen. Damit folgen die Kammern einem Beschluss des 110. Ärztetages in Münster, der aufgrund EU-rechtlicher Vorgaben Beschlüsse aus dem Jahr 2002 revidiert hatte, wonach es nur noch den „Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt“ geben solle. Die



Dr. med. Klaus König

EU hatte bemängelt, dass die Weiterbildungs-Novelle von 2002 nicht einheitlich von den Ärztekammern umgesetzt worden sei. Zum jetzigen Zeitpunkt herrscht wieder

Uneinigkeit, da einige Kammern abweichende Beschlüsse auf Landesebene umgesetzt haben. So gibt es etwa unterschiedliche hausärztliche Weiterbildungsgänge in Berlin und den restlichen Bundesländern. Der 111. Deutsche Ärzte-

tag sprach sich für eine bundesweit einheitliche Umsetzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung aus.

Einem Antrag von Dr. med. Klaus König aus Hessen folgend, forderte das Ärzteparlament den Vorstand der Bundesärztekammer auf, bis um 112. Deutschen Ärztetag ein Konzept zur Sicherung der Finanzierung der Weiterbildung und finanziellen Ausstattung der Weiterbildungsstellen in Praxis und Klinik zu entwickeln.



Dr. med. Dieter Conrad

Nachdem im vergangenen Jahr der Deutsche Ärztetag in Münster flankierende Maßnahmen zur Verbesserung der Weiterbildungssituation zukünftiger Hausärzte beschlossen hatte, wurde von einer – vom Vorstand der Bundesärztekammer eingesetzten – Arbeitsgruppe ein „Handlungskonzept zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ erstellt. „Das hat mich jetzt vom Stuhl gerissen. Bisher ist das Förderprogramm für Allgemeinmedizin von den KVen geregelt worden, nicht von den Kammern,“ erklärte Dr. med. Dieter Conrad. Die Delegierten in Ulm beschlossen, dass es aufgrund des drohenden Mangels an medizinischer Versorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte notwendig sei, die Attraktivität des Berufsweges zu erhöhen und die Weiterbildung für hausärztliche Aufgaben gezielt zu fördern. Der 111. Deutsche Ärztetag bekräftigte seine Forderung nach einer strukturellen und finanziellen Verbesserung für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Auch wurden die zuständigen Gesetzgeber aufgefordert, die Mobilität der Medi-

zinstudierenden innerhalb Deutschlands zu ermöglichen.

Angemessene Ausbildungspauschale im Praktischen Jahr

Der Deutsche Ärztetag rief die Universitäten und die Bundesländer dazu auf, einheitlich Medizinstudierende im Examensemester von den Studiengebühren zu befreien. Universitäten und Lehrkrankenhäuser wurden angehalten, die Tätigkeit im Praktischen Jahr (PJ) mit einer angemessenen Ausbildungspauschale zu bezahlen.

Darüber hinaus forderten die Delegierten das Bundesgesundheitsministerium dazu auf, das derzeitige „Hammerexamen“ abzuschaffen und den Zweiten Teil der Ärztlichen Prüfung in ein schriftlich-theoretisches und ein mündlich-praktisches Examen zu gliedern. Die Approbationsordnung sei entsprechend zu ändern.

Arzneimittel

An den Gesetzgeber richtete das Ärzteparlament die Forderung, dass es den Patienten ermöglicht werden solle, gegen Aufzahlung das Arzneimittel ihrer Wahl zu erwerben. Außerdem müsse eine Verpflichtung zur Kennzeichnung von Arzneimitteln, die weniger als fünf Jahre auf dem Markt seien, eingeführt werden. Bestrebungen der Europäischen Kommission zu einer Veränderung der Patienteninformation auf rezeptpflichtige Arzneimittel hat der 111. Deutsche Ärztetag abgelehnt.

Die Delegierten forderten die Vertreter der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) dazu auf, so lange keine validierten Zahlen zu Todesfällen durch Arzneimittelunverträglichkeiten und Arzneimittelinteraktionen vorlägen, diese Zahlen nicht unkommentiert in die Öffentlichkeit zu tragen.

Versorgungsforschung

Der Vorstand der Bundesärztekammer wurde aufgefordert, im Rahmen der Versorgungsforschung systematische Untersuchungen zur Auswirkung der Rabattverträge, insbesondere hinsichtlich einer angemessenen Arzneimittelversorgung und der Arzt-Patienten-Beziehung auf den Weg zu bringen.

Krankenhaus



PD Dr. med. Elmar Lindhorst

Im Sinne einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung hielt es das Ärzteparlament für dringend erforderlich, die Krankenhausfinanzierung auf eine solide und zukunftsfähige Grundlage zu stellen. Die an die Einnahmen den Krankenkassen gekoppelten, vor 15 Jahren eingeführten Budgets hätten sich endgültig überlebt. „Der Budgetdeckel muss daher schnellstens wegfallen“, forderten die Delegierten. Ausdrücklich wies der Deutsche Ärztetag auf Antrag von PD Dr. med. Elmar Lindhorst, Hessen, Politik und Bevölkerung auf den zunehmenden Ärztemangel an deutschen Krankenhäusern hin.



Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak

Auf Antrag der hessischen Delegierten Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak, Dr. med. Susanne Johna und Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach sprach sich das Ärzteparlament in einer Ent-

schließung eindringlich für eine persönliche pflegerische Weiterbetreuung von Schwerbehinderten im Krankenhaus aus.

Suchterkrankungen



Prof. Dr. med. Cornelia Krause-Girth

Der Aufforderung des Deutschen Ärztetages an den Vorstand der Bundesärztekammer, sich gemeinsam mit den Landesärztekammern sowohl bei dem Verband der privaten Krankenversicherungen als auch bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht dafür einzusetzen, dass Suchterkrankungen als „Krankheiten“ vom Umfang der Leistungsverpflichtung der privaten Krankenversicherung (PKV) erfasst werden, lag ein entsprechender Antrag der hessischen Delegierten Professor Dr. med. Cornelia Krause-Girth zugrunde.

Keine Benachteiligung von sozial schlechter Gestellten

Mit Sorge stellten die Delegierten des 111. Deutsche Ärztetages fest, dass die Gesundheitspolitik insbesondere jene Menschen benachteiligt, die ohnehin in einer schlechteren sozialen Situation leben. Die individuelle Patient-Arzt-Beziehung werde ausgehöhlt und Leistungen für Kranke schleichend und zunehmend rationiert. Der Ärztetag forderte daher die Bundesregierung auf, „nachhaltige

und ausreichende Finanzierungsmodelle für eine zukunftsfeste Gesundheitsversorgung der Bevölkerung vorzulegen“.

Forderung nach Abschaffung der Praxisgebühr

Auch die Praxisgebühr gehe zu Lasten der wirtschaftlich schlechter gestellten Bürger, die trotz bestehender Befreiungsregelungen auf notwendige Arztbesuche verzichteten, kritisierten die Ärztevertreter. Sie verlangten deshalb von dem Gesetzgeber, die Praxisgebühr und die Notfallpraxisgebühr wieder abzuschaffen. Nicht zuletzt habe die Gebühr den bürokratischen Aufwand in den Arztpraxen und Notfallambulanzen sowie bei den Verwaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenhäuser und Kassen erheblich erhöht, kritisierten die Delegierten.

Frage nach Flugtauglichkeit greift zu kurz

Der 111. Deutsche Ärztetag setzte sich überdies mit Überlegungen der Innenministerkonferenz zu einem Pool von „Ärzten für Flugmedizin“ auseinander. Dieser „Pool“ soll eingerichtet werden, um die Flugtauglichkeit abzuschiebender Personen feststellen zu lassen. Nach Überzeugung der Delegierten greift die Frage, ob ein Abzuschiebender im engsten Sinne flugtauglich ist, zu kurz. Nicht allein flugmedizinische Begutachtung oder Betreuung des Einzelnen sei das Entscheidende, sondern die qualifizierte Betreuung von Menschen, die sich mit der Abschiebung in einer schweren Ausnahmesituation befinden, heißt es in dem Beschluss. Die Ärztevertreter erklärten, das dem Informations- und Kriterienkatalog einer gemeinsamen Arbeitsgruppe von Ländervertretern und Vertretern der Bundesärztekammer zu Fragen der ärztlichen Mitwirkung bei Rückführungsfragen von 2004 zu folgen sei.

Haushalt



Dr. med. Peter Zürner

Der Deutsche Ärztetag beschloss den Haushaltsvoranschlag der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2008/2009; anders als die Landesärztekammer Hessen, vertreten durch Dr. med. Peter Zürner, stimmten alle anderen Kammern für eine Erhöhung der Beiträge zum Haushalt der BÄK.

Geschäftsordnung



Dr. med. Susanne Johna

Auf Antrag von Dr. med. Susanne Johna, Hessen, beschloss der Deutsche Ärztetag eine Neufassung des missverständlichen Satzes „Zutritt zu den Sitzungen des Deutschen Ärztetages haben alle deutschen Ärzte und die vom Vorstand der Bundesärztekammer geladenen Personen“ auf die Tagesordnung des nächsten Ärztetages zu setzen, damit die Geschäftsordnung so geändert werden kann, dass alle in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte, gleich welcher Nationalität, angesprochen sind.

Der 112. Deutsche Ärztetag wird 2009 in Mainz stattfinden. Im Jahr 2010 werden die Delegierten des 113. Deutschen Ärztetages zu Gast in Dresden sein.

Katja Möhrle
(alle Bilder pop)

ARS – Antibiotika-Resistenz-Surveillance in Deutschland – gestartet

Die Entstehung und Ausbreitung von Resistenzen gegen Antibiotika hat sich weltweit zu einem gravierenden Problem der öffentlichen Gesundheit entwickelt, da dadurch die Behandlung von Infektionskrankheiten zunehmend erschwert wird und häufig erhebliche zusätzliche Behandlungskosten entstehen. Als Reaktion darauf plant das Bundesministerium für Gesundheit eine Strategie zur Erkennung, Prävention und Kontrolle von Antibiotika-Resistenzen in Deutschland. Eine zentrale Stellung nehmen dabei Surveillance-Systeme zur Antibiotika-Resistenz sowie zum Antibiotika-Verbrauch ein, um auf der Basis verlässlicher und repräsentativer Daten Maßnahmen zur Begrenzung des Problems ergreifen zu können.

In Deutschland existierten bislang zwei laborgestützte Surveillance-Systeme zur kontinuierlichen Erhebung von Resistenzdaten: Seit 1999 erfasst das European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS) Resistenzdaten für sieben ausgewählte Infektionserreger aus Blutkulturen, seit 2002 liefert das German Network for Antimicrobial Resistance Surveillance (GENARS) Resistenzdaten für alle klinisch relevanten Erreger aus Universitätskliniken. Beide Systeme sind aufgrund geringer Beteiligung nicht repräsentativ für das jeweils untersuchte Segment. Die Situation in der ambulanten Versorgung wird durch beide Netzwerke nicht erfasst.

Vor diesem Hintergrund hat das Robert Koch-Institut (RKI) die Surveillance unter der Bezeichnung ARS – „Antibiotika-Resistenz-Surveillance in Deutschland“ – neu strukturiert: Nach einem einheitlichen Erhebungsplan werden Resistenzdaten aus der Laborroutine für das gesamte Spektrum klinisch relevanter bakterieller Erreger sowohl aus der stationären wie der ambulanten Versorgung kontinuierlich erfasst. Damit sollen zukünftig allgemeine und nach Regionen und Strukturmerkmalen der Krankenversorgung differenzierte Aussagen zur epidemiologischen Situation und zeitlichen Entwicklung der Antibiotika-Resistenz ermöglicht werden.

An ARS können sich alle medizinischen Laboratorien beteiligen, die bakteriologische Diagnostik nach den Mikrobiologisch-Infektiologischen Qualitätsstandards (MIQ) durchführen und die Ergebnisse der Resistenzprüfung zusammen mit Angaben zur Probe, zum Einsender der Probe und zum Patienten in einem Labor-Informationssystem (LIS) elektronisch verwalten. Für die Übermittlung der Daten vom Labor an das RKI wurde eine für alle LIS implementierbare Schnittstelle entwickelt, die den Datentransfer automatisierbar macht und damit den Aufwand für die Teilnehmer auf ein Minimum begrenzt.

Im Januar 2008 haben die ersten Teilnehmer mit dem Datentransfer begonnen – damit hat der Aufbau eines Resistenzdatenpools begonnen, der mit wachsender Beteiligung immer belastbarere Aussagen zur Resistenzsituation und -entwicklung in Deutschland ermöglichen wird. In den nächsten Wochen wird die ARS-Website online geschaltet, die allgemeine und differenzierte Resistenzstatistiken öffentlich zugänglich macht und den Projektteilnehmern umfassende Abfragemöglichkeiten der eigenen Daten bereitstellt.

Weitere Informationen: www.rki.de > Infektionsschutz > Antibiotikaresistenz

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der „Berliner Ärzte“, Ausgabe 5/2008

MEDICA e. V. und Zeitschrift *kliniker* schreiben Förderpreis aus

Die MEDICA Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Medizin e. V. und die Zeitschrift *kliniker* schreiben den mit 5.000 Euro dotierten Förderpreis für interdisziplinäre Projekte in der Medizin aus. Bewerben können sich alle Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind. Verliehen wird der Preis an praxisrelevante, klinische Projekte, die sich im laufenden Jahr entweder durch medizinische, strukturelle oder gesundheitspolitische Aspekte fachübergreifend verbinden.

Die MEDICA-Gesellschaft steht mit ihrem Namen und den handelnden

Personen für Interdisziplinarität in der Medizin. Mit dem Preis soll der interdisziplinäre Gedanke weiter gefördert werden, denn Interdisziplinarität als verbindende Klammer in der medizinischen Versorgung ist wichtiger denn je.

Die Ausschreibungsunterlagen und Autorenrichtlinien finden Sie unter: www.medicacongress.de

MEDICA Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Medizin e. V., Stuttgart

Zertifizierte Fortbildung VNR 2760602008077640003

Versorgungsstrategien bei Verletzungen der thorako-lumbalen Wirbelsäule

Bernd Maier, Ingo Marzi

Traumatische Schädigungen der thorako-lumbalen Wirbelsäule stellen eine komplexe, sowohl knöcherner, als auch ligamentäre Strukturen betreffende Verletzung dar. Die Auswahl der diagnostischen Verfahren und der Versorgungstechnik muss die biomechanischen Besonderheiten der jeweiligen Frakturtypen berücksichtigen und kann ein- oder zweizeitig, allein ventral oder allein dorsal oder kombiniert dorso-ventral erfolgen. Die Verwendung moderner minimal-invasiver Operationsverfahren und der zunehmenden Etablierung computer-assistierter Verfahren ermöglichen die sichere und patientenschonende Versorgung dieser Verletzungen.

Einleitung

Während der letzten zwei Jahrzehnte konnte eine Zunahme von relevanten Verletzungen der Wirbelsäule beobachtet werden. Diese Zunahme ist in erster Linie durch einen gesellschaftlichen Wandel hin zur Aktivität im Sinne von sportlicher Betätigung auch im fortgeschrittenen Lebensalter, als auch durch die demographische Veränderung der Gesellschaftsstruktur mit einer deutlichen Zunahme älterer Menschen geprägt. Vor diesem Hintergrund muss die Versorgung von Wirbelsäulenverletzungen zwei grundsätzlich unterschiedlichen Anforderungen gerecht werden. Zum einen der Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit unter Rekonstruktion der ursprünglichen anatomischen Verhältnisse beim jüngeren Patienten, zum anderen der an die Komorbidität angepassten minimal-invasiven Therapie beim alten Menschen. Dieses Anforderungsprofil an die Ver-

sorgung von Wirbelsäulenverletzungen erfordert ein differenziertes, gegebenenfalls interdisziplinäres Vorgehen zum Wohle des Patienten.

Betrachtet man die Inzidenz relevanter Verletzungen der Wirbelsäule in Deutschland so liegen Schätzungen vor, die von ca. 10.000 relevanten Verletzungen/Jahr ausgehen (2). Die Gesamtzahl aller Wirbelsäulenverletzungen, inklusive der leichten Verletzungen, dürfte jedoch ein Mehrfaches betragen. In ca. 75% aller Fälle handelt es sich hierbei um Monotraumen der Wirbelsäule. 25% der Verletzten erleiden eine Wirbelsäulenverletzung im Rahmen einer Polytraumatisierung.

Bezüglich der Alters- und Geschlechterverteilung ist ein deutlicher Altersgipfel zwischen 20. und 40. Lebensjahr, sowie ein Überwiegen der Verletzten bei Männern (ca. 60%) zu beobachten (2). Wie bereits oben ausgeführt ist in den letzten Jahren parallel zur demographischen Veränderung unserer Gesellschaft eine zunehmende Häufung von Wirbelsäulenverletzungen im geriatrischen Patientengut fest zu stellen. Als Unfallursachen werden in Deutschland maßgeblich Verkehrsunfälle, gefolgt von Stürzen aus größerer Höhe und Sportverletzungen beobachtet.

Bei traumatischen Schädigungen der Wirbelsäule liegen häufig Kombinationsverletzungen vor, das heißt dass, neben der Verletzung der knöchernen Strukturen, zusätzlich der ligamentären Apparate der Wirbelsäule, die Bandscheiben und nicht zuletzt die neuralen Strukturen im Spinalkanal betroffen sein können. Aus diesem Grunde ist sowohl in der Diagnostik als auch der Therapie ein differenziertes Vorgehen notwendig. So muss neben der radiologisch im Nativ-Röntgen

und der Computertomographie zu erfassenden ossären Verletzung nach potentiell vorhandenen Verletzungen des discoligamentären Apparates gesucht werden. Neben der exakten Klassifikation (1) sind biomechanische Gesichtspunkte in der Planung des therapeutischen Vorgehens, sei es nun konservativ oder operativ, zu berücksichtigen. Nur so kann ein zufriedenstellendes Ausheilungsergebnis, das maßgeblich die weitere Lebensqualität des Patienten beeinflusst, erreicht werden.

Neurologische Komplikationen im Sinne einer kompletten oder inkompletten Querschnittssymptomatik, treten im Rahmen einer Wirbelsäulenverletzung bei ca. 20% aller Fälle, mit abnehmender Häufigkeit an HWS (30%), BWS (20%) und LWS (10%), auf.

Verletzungen des thorako-lumbalen Überganges nehmen mit ca. 70–80% aller relevanten Wirbelsäulenverletzungen (3) den Hauptanteil aller Verletzungen der thorako-lumbalen Wirbelsäule ein. Diese Häufung ist durch die Anatomie der Brust- und Lendenwirbelsäule zu erklären, da die Brustwirbelsäule durch den Rippen-Sternum-Käfig und die Gelenkanatomie der kleinen Wirbelgelenke relativ torsionsfest verspannt ist. Aus diesem Grunde sind in diesem Wirbelsäulenabschnitt in erster Linie so genannte Kompressionsfrakturen des Wirbelkörpers zu beobachten. Im Rahmen von so genannten Hochrasanztraumen wie wir sie im Straßenverkehr oder bei Stürzen aus großer Höhe sehen, treten jedoch auch B-(Flexion-Distraktion) und C-Verletzungen (Rotation) dieses Wirbelsäulenabschnittes auf. Der thorako-lumbale Übergang weist einerseits den Übergang von der physiologischen Kyphose der BWS zur Lordose der LWS auf

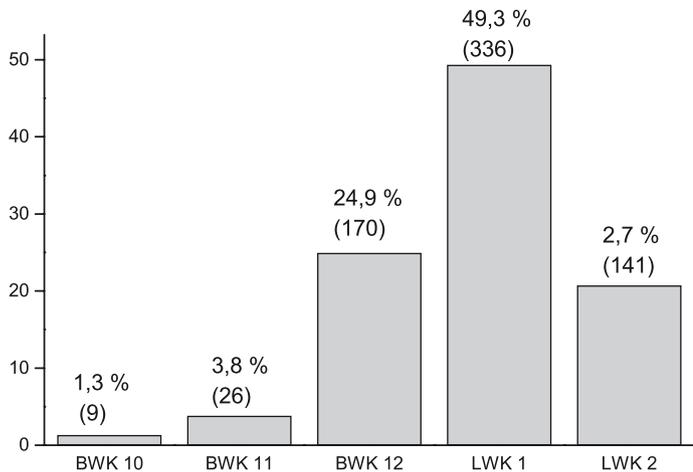


Abb. 1: Verletzungshäufigkeit der einzelnen Wirbelkörper des thorakolumbalen Überganges, aus (3).

und ist andererseits durch den Wegfall des Rippenkorbes im Sinne eines „freistehenden“ Wirbelsäulenabschnittes fraktur anfälliger. Epidemiologische Studien haben entsprechend dieser anatomischen Besonderheiten die größte Häufung von Frakturen im Bewegungssegment TH12/L1, gefolgt von L1/L2 beschrieben (Abb. 1)

Behandlungsziele

Relevante Zielgrößen jeder Therapie bei Verletzungen der Wirbelsäule sind die Vermeidung oder Besserung einer neurologischen Schädigung. Der Erhalt oder das Wiedererlangen der Stabilität der Wirbelsäule, sowie die Prävention einer fraktur-assoziierten Fehlstellung der Wirbelsäule.

In diesem Zusammenhang kommt dem Schlagwort der Instabilität einer Wirbelsäulenverletzung ein zentrales Augenmerk zu und kann wie folgend von Blauth et al. vorgeschlagen eingeschätzt werden:

- **stabil:** keine Stellungsveränderung der Wirbelsäule in Ruhe oder Belastung.
- **gering instabil:** unter funktioneller Behandlung Ausheilung ohne schwere Fehlstellung/Neurologie.

- **hochgradig instabil:** unter funktioneller Behandlung müssen Fehlstellung und Verschlechterung der Neurologie erwartet werden.

Diagnostik und Klassifikation

Die Diagnostik eines jeden Wirbelsäulenverletzten folgt einem klar festgelegten Ablauf. So

sollte eine möglichst genaue Anamnese des Unfallherganges und der Unfallumstände (Sturzhöhe, Geschwindigkeit), gefolgt von der eingehenden klinischen Untersuchung des Patienten, inklusive einer differenzierten neurologischen Untersuchung erfolgen. Die Einschätzung einer neurologischen Störung sollte standardisiert und im Verlauf reproduzierbar erfolgen, als hierfür geeignet hat sich die ASIA-IMSOP-Klassifikation (4) oder die Einteilung nach Frankel et al. (5) im klinischen Alltag bewährt (Tabelle 1).

Besondere Aufmerksamkeit ist möglichen, komplizierenden Begleitverletzungen wie Verletzungen der Thoraxorgane und des Abdomens zu widmen. Aus rechtlicher Sicht ist eine exakte und

zeitnahe Dokumentation des Untersuchungsbefundes unabdingbar. Falls im Rahmen der klinischen Untersuchung beim wachen, kommunikationsfähigen Patienten eine Schmerzangabe im Bereich der Wirbelsäule oder ein neurologisches Defizit diagnostiziert werden kann, ist die Durchführung einer „Problem-fokussierten“ Röntgendiagnostik mittels Nativ-Röntgen in zwei Ebenen des betroffenen Wirbelsäulenabschnittes und gegebenenfalls konsekutiver CT möglich. Hat der Patient jedoch eine Polytraumatisierung, ein massives Thoraxtrauma erlitten oder ist aufgrund eines SHT oder einer Alkoholisierung nicht sicher einzuschätzen, sollte eine bildgebende Diagnostik der gesamten Wirbelsäule beginnend an der HWS durchgeführt werden, da nicht selten insbesondere bei Hochrasanztraumen Wirbelsäulen-Verletzungen auf mehreren Leveln vorliegen. Hierfür hat sich im eigenen Patientengut die Durchführung eines Spiral-CT mit sekundärer multiplanarer Rekonstruktion der Wirbelsäule bewährt. Die initiale Durchführung einer MRT bleibt besonderen Fragestellungen wie discoligamentären Instabilitäten oder isolierten Wurzelaustritten nach Frakturen vorbehalten, ist jedoch gegebenenfalls nach erfolgter Primärstabilisierung relevant für die Planung des weiteren operativen Vorgehens.

Tabelle 1

Frankel A: Komplet. Keine sensible oder motorische Funktion in den sacralen Segmenten S ₄ bis S ₅ .
Frankel B: Inkomplet. Sensible aber keine motorische Funktion unterhalb des neurologischen Niveaus. Dehnt sich bis in die sacralen Segmente aus.
Frankel C: Inkomplet. Motorische Funktion ist unterhalb des neurologischen Niveaus erhalten. Mehrzahl der Kennmuskeln unterhalb des neurologischen Niveaus Kraftgrad < 3.
Frankel D: Inkomplet. Motor. Funktion unterhalb neurologischen Niveaus erhalten. Kraftgrad ≥ 3.
Frankel E: Normal. Sensible und motorische Funktion normal.

Klassifikation

Für die Klassifikation der Verletzungen der thorako-lumbalen Wirbelsäule hat sich die von Magerl et.al. (1) publizierte Einteilung bewährt. Ausgehend von einem modifizierten Zwei-Säulenmodell mit einer auf Druck belasteten ventralen Säule und einer auf Zug belasteten dorsalen Säule erfolgt die Einteilung der Wirbelsäulenverletzungen in A, B und C-Verletzungen. Frakturen der Klasse A sind reine Kompressionsfrakturen der ventralen Säule, Klasse B-Frakturen sind Flexions-Distraktionsverletzungen mit einer zusätzlichen Zerreißung der dorsalen Zuggurtungsstrukturen (Abb. 2).

Frakturen, die der Gruppe C zugeordnet werden, können alle Charakteristika der Gruppen A und B beinhalten, weisen jedoch zusätzlich eine rotatorische Instabilität auf. Die genaue Analyse des vorliegenden Frakturmusters lässt somit das Ausmaß der vorhandenen Instabilität relativ genau abschätzen und bestimmt maßgeblich das weitere therapeutische Vorgehen. Bezüglich der Häufigkeit der jeweiligen Verletzungsgruppen konnte durch die AG-Wirbelsäule der DGU in der ersten multizentrischen Sammelstudie eine Häufung der Frakturen der Klassifikation A3, B1 und B2 (Abb. 3) festgestellt werden. Des Weiteren fand sich in dieser Studie eine signifikante Zunahme der Wahrscheinlichkeit einer neurologischen Schädigung mit Zunahme der Komplexität der Fraktur von Gruppe A nach C.

Therapie

Konservativ

Die Durchführung einer konservativen Frakturbehandlung setzt voraus, dass es sich um eine stabile Fraktur ohne neurologisches Defizit handelt. Üblicherweise sind dies Frakturen der Klassifikation A1.1–A1.3. (Abb. 4) nach Magerl, die eine Impression der Deck- und/oder der Bo-

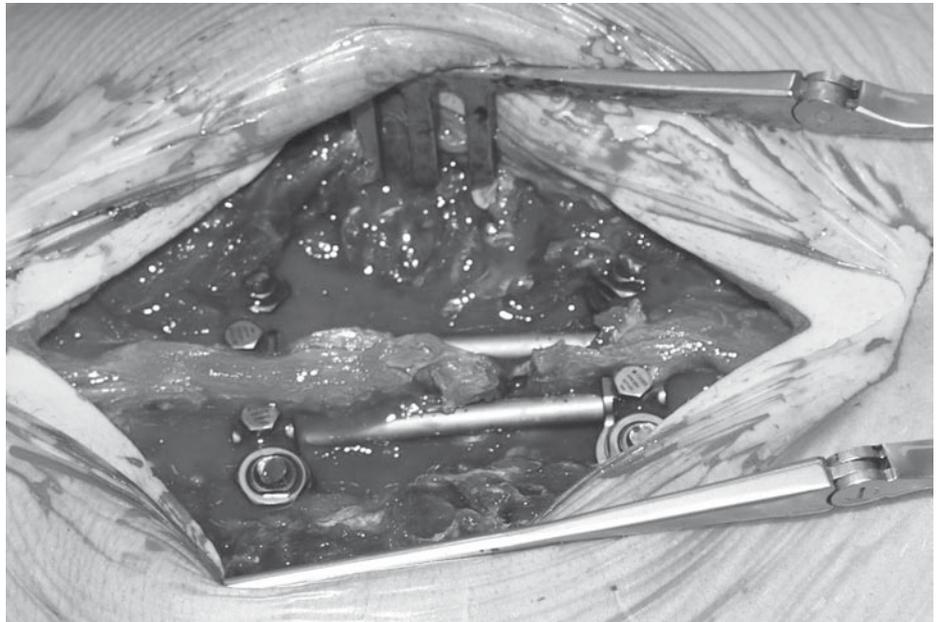


Abb. 2: Typ B-Verletzung. Intraoperativer Situs nach dorsaler, bisegmentaler Spondylodese mittels Fixateur interne. Beachte die Zerreißung der dorsalen Bandstrukturen.

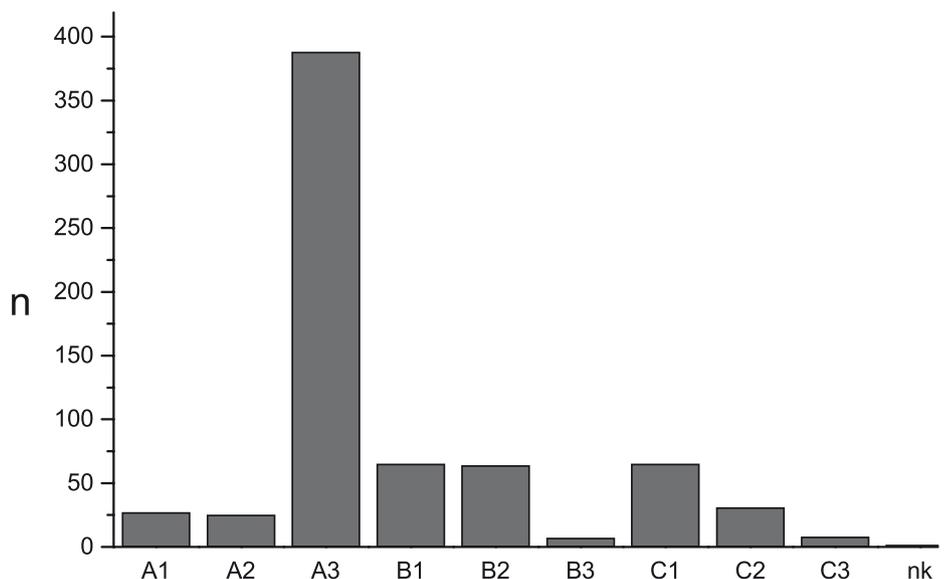


Abb. 3: Nach Frakturklassifikation aufgeteilte Häufigkeiten bei Verletzungen des thorako-lumbalen Überganges, aus (3).

denplatte oder eine Keilwirbelbildung aufweisen sowie Frakturen der Gruppe A2.1–A2.2., die durch einen sagittalen oder coronaren Frakturverlauf im Bereich des Wirbelkörpers charakterisiert sind. Die konservative Frakturbehandlung be-

inhaltet eine angemessene Analgesie des Patienten sowie eine frühfunktionelle Mobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung. Eine radiologische Verlaufskontrolle sollte nach erfolgter Mobilisation und zwei bis vier Wochen,

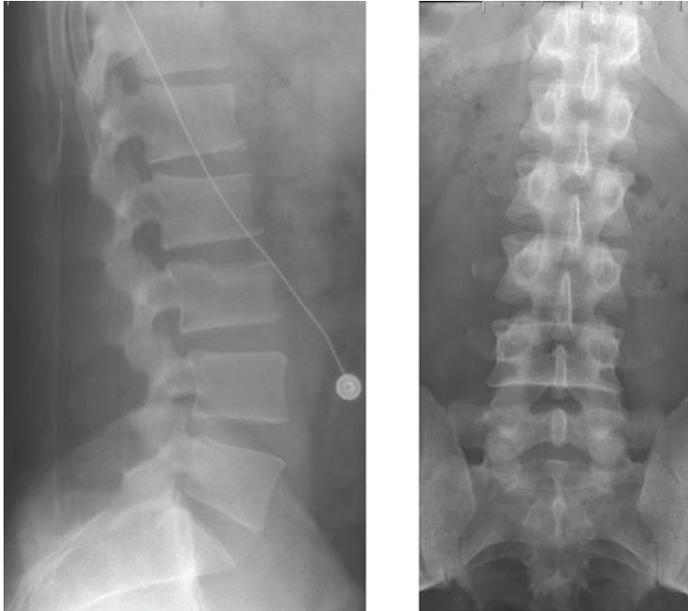


Abb. 4: LWK 3-Fraktur AO-Typ A1.2.1, m, 21 Jahre, konservativ.

sowie drei und sechs Monate nach Trauma erfolgen. Die häufigste Komplikation nach konservativer Behandlung von Wirbelsäulenfrakturen des thorako-lumbalen Überganges stellt die in kyphotischer Fehlstellung ausgeheilte Fraktur

kyphotischen Fehlstellung $> 20^\circ$ oder einer Sinterung des frakturierten Wirbelkörpers um mehr als $1/3$ der ursprünglichen Wirbelkörperhöhe. Ein weiteres Kriterium zur Entscheidung zwischen konservativem und operativem Vorge-

dar. Reinhold et al. (7) konnten jedoch nachweisen, dass das radiologische Bild nicht mit dem funktionellen Ergebnis korreliert.

Operativ

Die Indikation zur operativen Versorgung besteht bei klinisch manifestem neurologischem Defizit, bei als instabil eingestufte Fraktur und bei einer ausgeprägten Fehlstellung im Fraktur-

bereich mit einer kyphotischen Fehlstellung $> 20^\circ$ oder einer Sinterung des frakturierten Wirbelkörpers um mehr als $1/3$ der ursprünglichen Wirbelkörperhöhe. Ein weiteres Kriterium zur Entscheidung zwischen konservativem und operativem Vorgehen bei Frakturen des thorako-lumbalen Überganges ist neben dem Frakturtyp auch das klinische Bild des Patienten. So kann es auch aufgrund einer ausgeprägten, medikamentös nicht beherrschbaren Schmerzsymptomatik notwendig werden, Frakturen, die eigentlich als stabil eingestuft wurden operativ zu behandeln. Die Grenze zwischen konservativer und operativer Therapie besteht unseres Erachtens ab der Frakturklassifikation A2.3 nach Magerl. Diese auch als Kneifzangen-Fraktur bezeichnete Verletzung ist aufgrund einer zentral gelegenen Trümmerzone und der Dislokation des ventralen Wirbelkörperanteils relativ häufig von einer Pseudarthrosenbildung betroffen und sollte operativ stabilisiert werden (Abb. 5). Frakturen die der Klassifikation A3 und höher zugeordnet werden, stellen ausnahmslos eine Indikation zur operativen Stabilisierung dar. So ist bei Typ B-Frakturen, aufgrund der zerrissenen Zuggurtung der dorsalen Säule, unter der funktionellen Belastung mit einer zunehmenden Kyphosierung und ver-

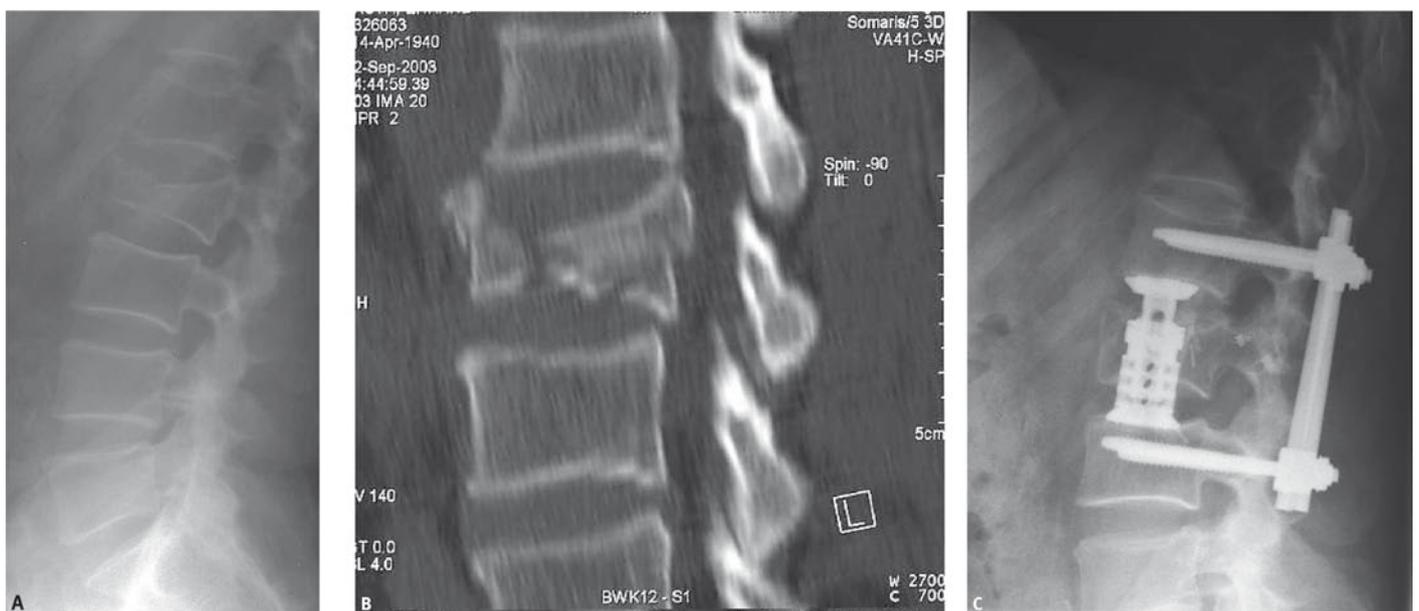


Abb. 5: LWK1, A2.3, m, 63 Jahre, zweizeitige Versorgung, A: präop, B: CT präop; C: postop.

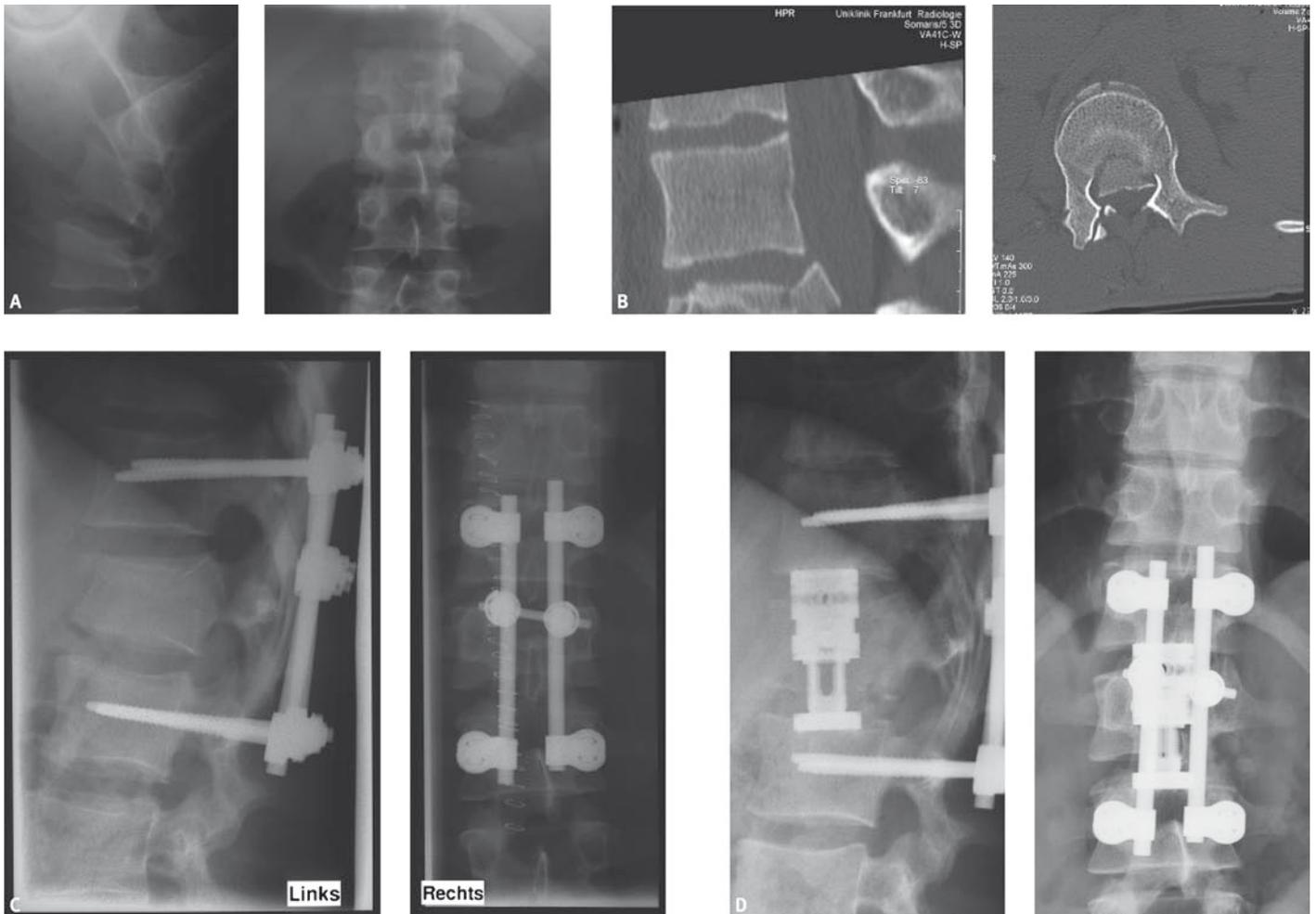


Abb. 6: LWK 1; B2,3, m, Z.n. Verkehrsunfall, inkomplettes Conus cauda-Syndrom **A:** Unfallaufnahmen nativ 2E, **B:** sagittale Rekonstruktion, **C:** Primärversorgung mit Fixateur interne BWK 12-LWK 1 und Laminektomie, **D:** elektive, minimal-invasive, ventrale Spondylodese mit Wirbelkörperersatz.

bleibender Instabilität zu rechnen. Frakturen, die dem Typ C zugerechnet werden, stellen per se hoch instabile Frakturen dar und sollten allein aus diesem Grunde unmittelbar einer operativen Versorgung zugeführt werden (Abb. 6).

Strategie

Ziel der operativen Versorgung ist die Reposition der frakturbedingten Fehlstellung, die Dekompression des Spinalkanales und die sichere Retention des Repositionsergebnisses. Hierzu ist je nach Frakturtyp gegebenenfalls auch die Rekonstruktion der ventralen, lasttra-

genden Säule notwendig. Um dieses Ziel zu erreichen ist eine differenzierte, vom klinischen Bild des Patienten, dem Ausmaß der Instabilität und nicht zuletzt von der Erfahrung der Operateur und Ausstattung der Klinik, abhängige Entscheidung über das operative Vorgehen notwendig. Es stehen einzeitig-zweizeitig, rein ventral, rein dorsal oder dorso-ventral kombinierte Verfahren zur Verfügung:

- Rein ventrale winkelstabile Fusion
Indikation: Typ A2–3, stabiler Knochen.
- Rein dorsale Verfahren
Indikation: Typ B2, Flexionstrauma, dorsal ossär.

- Kombinierte dorso-ventrale Verfahren
Indikation: A3, B1, B3, C1–C3 (Querstabulator).

Während die rein ventralen und dorsalen Operationsverfahren einzeitig erfolgen, besteht bei der so genannten „360° Versorgung“ der Frakturen des thorakolumbalen Überganges die Möglichkeit des ein- oder zweizeitigen Vorgehens (Abb. 6). Insbesondere das zweizeitige Vorgehen, das sich in die meist als Notfalleingriff durchgeführte dorsale Instrumentierung mit einem winkelstabilen Fixateur interne-System mit oder ohne dorsale Dekompression und einen

sekundären, geplanten ventralen Eingriff zur Rekonstruktion der lasttragenden ventralen Säule aufteilt, hat sich in unserer klinischen Praxis als vorteilhaft erwiesen. Falls die Entscheidung zum zweizeitigen Vorgehen getroffen wird, erlaubt diese Vorgehensweise zunächst die initiale Stabilisierung der Verletzung durch einen dorsal eingebrachten Fixateur interne. Die hierdurch erreichte primäre Stabilität der Fraktur ermöglicht eine gefahrlose Bilanzierung der Verletzung. Besteht die Indikation für eine ventrale Stabilisierung unter Rekonstruktion der lasttragenden Säule, so ist die Verlegung in ein entsprechend ausgestattetes, in der Versorgung von Wirbelsäulenverletzten erfahrenes Zentrum (z. B. innerhalb des Trauma-Netzwerkes) zu empfehlen. Besteht der Verdacht auf eine Mitverletzung der Bandscheiben so ist die Durchführung einer MRT um eine eventuell vorhandene Bandscheibenpathologie genauer zu evaluieren. Diese Information beeinflusst maßgeblich die Entscheidung ob eine monosegmentale oder bisegmentale ventrale Fusion an zu streben ist, da eine Verletzung der Bandscheiben auch nach erfolgter knöcherner Konsolidierung der Fraktur als Ursache einer schmerzhaften Restinstabilität angesehen werden. Die geplante Durchführung der ventralen Spondylodese ermöglicht diese anspruchsvollen Eingriffe unter optimaler Voraussetzung und unter Verwendung moderner Operationsverfahren, wie der minimalinvasiven, endoskopischen Technik oder der computergestützten Navigation durch zu führen. Eine einzeitige, notfallmäßige dorso-ventrale Versorgung stellt im klinischen Alltag eine Ausnahme dar und bleibt somit Einrichtungen, die eine entsprechende personelle und logistische Voraussetzung für 24h täglich vorhalten können, vorbehalten. Sollte jedoch nach erfolg-

tem dorsalem Eingriff eine Verschlechterung der neurologischen Symptomatik oder gar eine neu aufgetretene Neurologie beobachtet werden ist die unverzügliche ventrale Dekompression anzustreben. Es sollte jedoch trotz der gebotenen Eile eine radiologische Diagnostik mittels CT (Knochenfragmente) und MRT (vollständige Dekompression) erfolgen.

Neurologisches Defizit

Liegt bereits initial ein neurologisches Defizit im Sinne eines inkompletten oder kompletten Querschnittssyndroms vor, so besteht die Indikation zur schnellst möglichen Reposition und Dekompression der neuralen Strukturen im Spinalkanal. Um dieses Ziel zu erreichen ist die dorsale Dekompression durch eine Hemilaminektomie oder komplette Laminektomie in Höhe des verengten Spinalkanales bei gleichzeitiger dorsaler Instrumentierung zwingend notwendig (Abb. 7). Sollte dies in der primär aufnehmenden Einrichtung nicht möglich sein ist die unverzügliche Verlegung in ein entsprechend ausgestattetes Zentrum zeitnah an zu streben. Der Transport sollte in Arztbegleitung idealerweise mittels Rettungshubschrauber erfolgen. Sollte dies nicht möglich sein, ist der bodengebundene Transport in einer Vacuummatratze möglich.

Technik

Dorsale Instrumentierung

Die dorsale Spondylodese erfolgt üblicher Weise über einen medianen dorsalen Zugang. Die Instrumentierung sollte unter Verwendung eines winkelstabilen Fixateur interne-System erfolgen. Besonders anspruchsvoll ist die dorsale Instrumentierung im Bereich der oberen BWS. Aufgrund des geringen Pedikeldurchmessers der oftmals nur zwischen 3–4 mm aufweist, ist die Anwendung

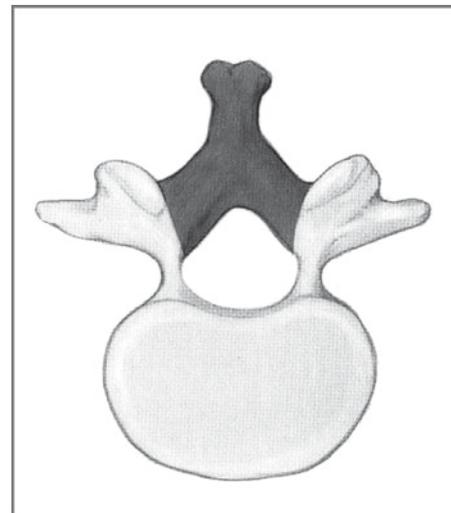


Abb. 7: Dekompression des Spinalkanales. Laminektomie: Resektion des dunkelgrau dargestellten dorsalen Wirbelkörperanteiles.

moderner Operationsverfahren wie der CT-gestützten Schrauben-Implantation und/oder der Computer-gestützten intraoperativen Navigation zu empfehlen. Ein weiterer Sonderfall in der dorsalen Instrumentierung stellt die Versorgung osteoporotischer Wirbelsäulenfrakturen dar. Aufgrund der geringen mechanischen Stabilität des osteoporotischen Knochens ist die alleinige Implantation von Pedikelschrauben, obgleich sie langstreckig erfolgen sollte, mechanisch nicht ausreichend belastbar. Um dieser Problematik entsprechend Rechnung zu tragen ist die Implantation von speziellen Schrauben-Systemen, die eine Zementapplikation durch die Schraube zulassen, und somit eine deutlich erhöhte Ausrissfestigkeit aufweisen, aktuell in Entwicklung.

Bei Vorliegen eines neurologischen Defizites und nicht ausreichender Dekompression durch die Lordosierung und Distraction der Fraktur besteht die Indikation zur dorsalen Dekompression. Dies gilt meist, wenn radiologisch eine signifikante Einengung des Spinalkanales über

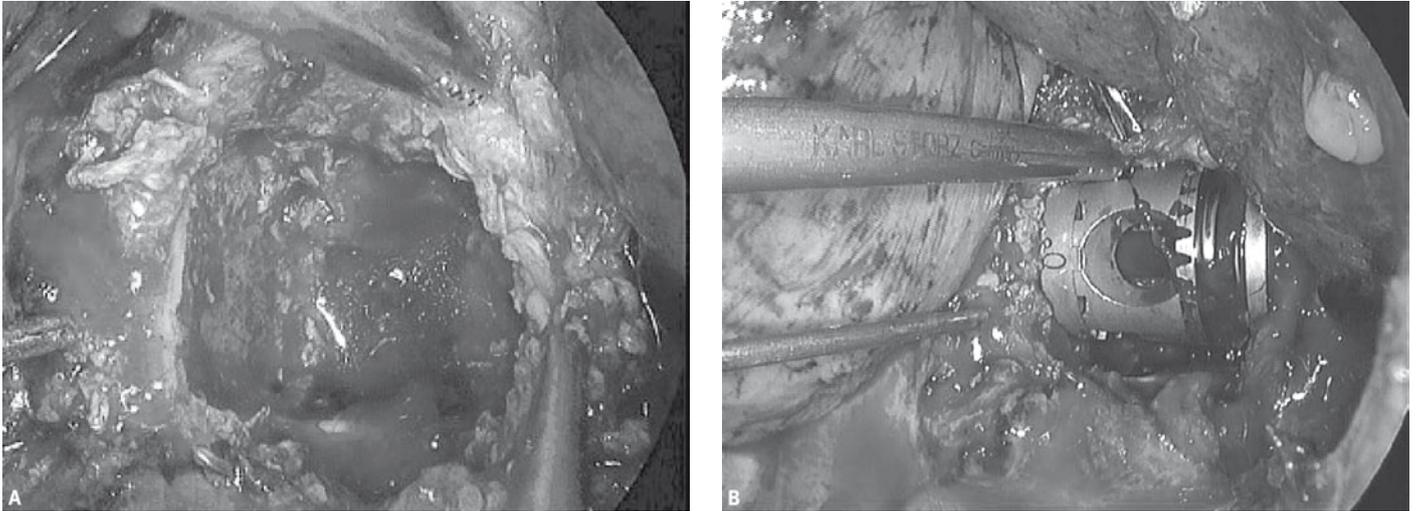


Abb. 8: **A:** Thorakoskopischer Situs nach Wirbelkörperresektion. Links: Bodenplatte des angrenzenden WK. Unten: Freiliegendes hinteres Längsband bei kompletter Resektion der Wirbelkörperhinterwand. **B:** Rekonstruktion der ventralen Säule mit extendierbarem Cage (Obelisc®, Ulrich, Ulm).

35–40 % der Weite des darüber liegenden Segmentes vorliegt. Die dorsale Dekompression sollte in Abhängigkeit von der Einengung des Spinalkanales durch eine Laminotomie, Hemilaminektomie oder eine komplette Laminektomie erfolgen.

Ventrale Instrumentierung

Falls die Indikation zur Rekonstruktion der ventralen Säule besteht, kann dies in der Mehrheit der Fälle minimal-invasiv, endoskopisch assistiert erfolgen (Abb. 8). In dieser Technik sind je nach Erfahrung des Operateurs Frakturen der Wirbelkörper TH5 bis L1–2 stabilisierbar. Für die Wirbelkörperhöhen Th5–TH8 erfolgt der Zugang rechtsseitig, von Th9–L1–2 üblicherweise minimalinvasiv über die linke Thoraxkavität. Um die infradiaphragmal liegenden Wirbelkörper L1–2 zu erreichen ist die Durchführung eines endoskopischen Zwerchfellsplit im dorsalen Anteil der linken Zwerchfellkuppel notwendig. Voraussetzung für das minimalinvasive-endoskopische Vorgehen ist neben der operativen Erfahrung des Operateurs, eine entsprechende anästhesiologische Vorbereitung die neben

entsprechendem Monitoring auch die Führung einer Einseitenbeatmung über einen Doppellumen-Tubus erlaubt. Besteht Kontraindikation zum endoskopischen Vorgehen, wie z. B. eine stark eingeschränkte pulmonale Vitalkapazität oder vorausgegangene thorakale Eingriffe, kann die ventrale Spondylodese in offener Technik durch eine Thorakotomie, Lumbotomie oder eine kombinierte Thorakophrenicolumbotomie erfolgen. Für die Stabilisierung und Wiederherstellung der ventralen Säule stehen ver-

schiedene Optionen zur Verfügung. So kann nach Resektion der destruierten Wirbelkörperanteile und Entfernung der Bandscheibe ein mit einem winkelstabilen Plattensystem augmentierter Beckenkammspann als Autograft implantiert werden. Diese Versorgung eignet sich insbesondere für die monosegmentale Fusion. Für die bisegmentale Spondylodese unter Entfernung der angrenzenden Bandscheiben stehen verschiedene alloplastische Wirbelkörperersatzsysteme zur Verfügung. Diesen Systemen gemein-

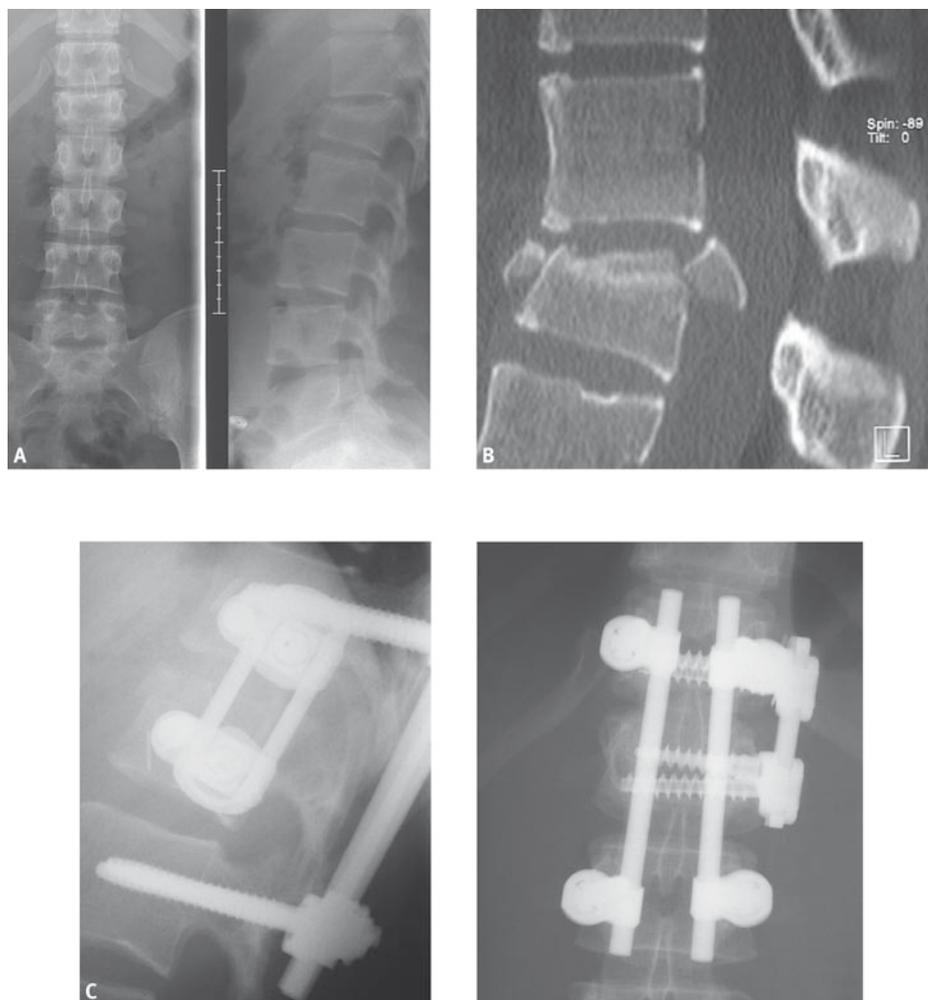


Abb. 9: LWK1 Fraktur B1.2, w, 22 Jahre, Z.n. Verkehrsunfall, zweizeitige Versorgung. Kein neurologisches Defizit. **A:** Unfallaufnahmen, **B:** CT mit sagittaler Rekonstruktion. **C:** Z.n. 360°-Versorgung. Fixateur interne, monosegmentale, minimal invasive ventrale Spondylodese mit Beckenkammspan und winkelstabilem Plattensystem.

sam ist die Möglichkeit in situ extendiert zu werden. Hierdurch ist eine Primärstabilität der Instrumentierung gewährleistet. Zusätzlich sollte jedoch bei allen ventralen Fusionen auf eine ausreichende Anlagerung von vitaler Spongiosa geachtet werden (Abb. 9).

Osteoporotische Sinterungsfrakturen

Die Behandlung osteoporotischer Sinterungsfrakturen stellt besondere Anforderungen an die Diagnostik und Therapie. Charakteristisch für Frakturen dieses

Typs ist die plötzlich, ohne adäquates Trauma entstehende Schmerzsymptomatik. Oftmals berichten die betroffenen Patienten über ähnliche Episoden in der Vorgeschichte. Neben der exakten Anamneseerhebung bezüglich pro-osteoporotischer Medikamente (z. B. Kortikoide bei COPD) ist eine in der Anamnese bereits vorliegende osteoporotische Fraktur ein wichtiger Hinweis auf eine osteoporotische Sinterungsfraktur. Um eine möglichst genaue Eingrenzung des für die Beschwerden verantwortlichen Wir-

belkörpers zu erhalten ist Durchführung einer MRT sinnvoll, da diese eindeutig durch das Vorliegen eines Knochenmarksödems (bone bruise) auf eine frische Fraktur hinweist und andere Ursachen ausschließt.

Vor einer Intervention sollte die Frakturform, insbesondere für eine Beteiligung der Wirbelkörper-Hinterkante, und das Alter der Fraktur sorgsam evaluiert werden um einem unkontrollierten Zementaustritt nach intraspinal oder einer venösen Zementembolisation vor zu beugen. In Abhängigkeit von der Kyphosierung des frakturierten Wirbelsäulenabschnittes stellt die Kypoplastie oder Vertebroplastie eine minimal-invasive und gering belastende Prozedur für die Patienten dar (Abb. 10). In der Folge der Intervention sollte eine antiosteoporotische Therapie eingeleitet werden (Leitlinien: <http://lutherhaus.de/osteo/leitlinien-dvo/index.php>).

Nachbehandlung

Ziel jeder Therapie bei Verletzungen der thorako-lumbalen Wirbelsäule ist eine unmittelbar postoperativ belastungsstabile Instrumentierung. Hiervon profitieren nicht nur neurologisch unauffällige Patienten, sondern auch der Patient mit verbliebenem neurologischen Defizit kann bei stabiler Versorgung entsprechend physio- und ergotherapeutisch behandelt werden. Eine Korsettbehandlung ist in aller Regel nicht notwendig. Die zügige belastungsstabile Versorgung polytraumatisierter Patienten ermöglicht eine adäquate Beatmungs- und Lagerungstherapie. Radiologische Verlaufskontrollen operativ versorgter Wirbelsäulen-Verletzungen der thorako-lumbalen Wirbelsäule sollten unmittelbar postoperativ, sowie ein, drei, sechs und zwölf Monate nach Versorgung erfolgen. Die Entfernung des Fixateur interne

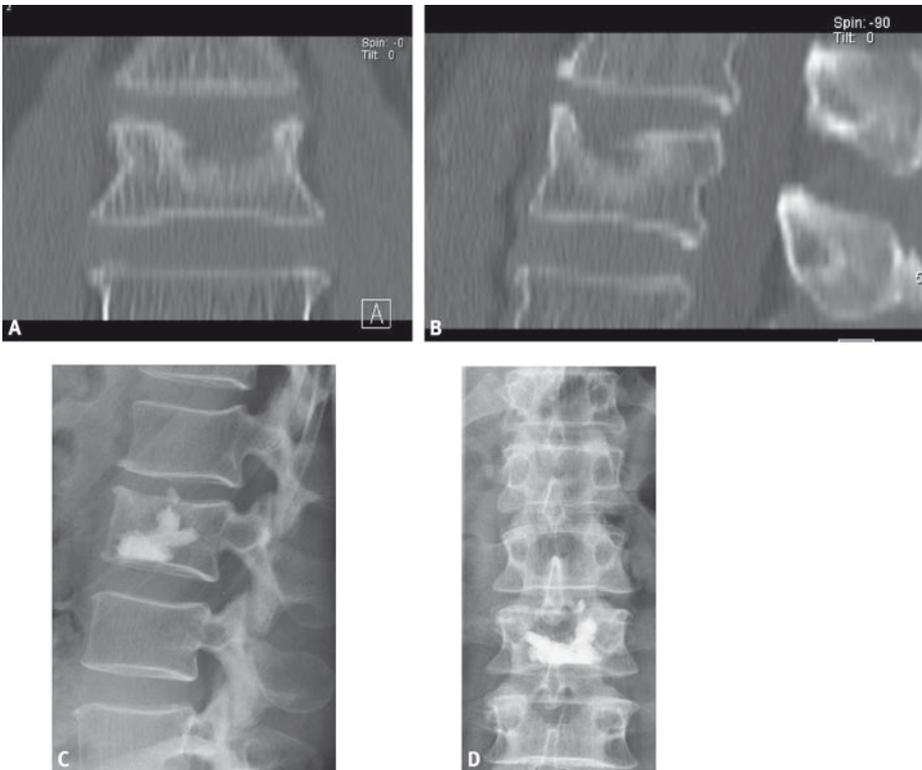


Abb. 10: männlich, 67 Jahre **A–B**: frontale und sagittale CT-Rekonstruktion mit zentraler Sinterungsfraktur. **C–D**: Z.n. Kyphoplastie mit guter Aufrichtung des Wirbelkörpers.

sollte dann erfolgen, wenn aufgrund eines sehr dünnen Weichteilmantels eine Affektion der Weichteile besteht. Eine zwingende Indikation zur Entfernung des Fixateur interne besteht bei bisegmentaler ventraler Fusion nicht, da kein Bewegungssegment durch die Entfernung freigegeben wird. Sollte jedoch eine monosegmentale ventrale Fusion durchgeführt worden sein, ist die Entfernung zu empfehlen, meist ab dem neunten bis zwölften Monat nach Primärversorgung um das temporär blockierte Bewegungssegment wieder frei zu geben.

Ausblick

In den letzten Jahren hat die minimal-invasive ventrale Fusion zunehmend an Bedeutung bei der Versorgung von Frakturen des thorako-lumbalen Überganges gewonnen. Die Weiterentwicklung dieser Technologie, die in der Hand des geübten Anwenders, eine deutliche Reduktion der postoperativen Schmerzsymptomatik im Vergleich zur konventionell-offenen Technik über eine Thorakotomie, erbracht hat erscheint viel versprechend. Insbesondere die Kombination zwischen minimal-invasiver Technik und computer-assistierter Navigation wird in der nahen Zukunft eine Erhöhung der intraoperativen Information für den Operateur und somit eine risikoärmere Prozedur erlauben (Abb. 11).

Fazit

Die differenzierte Therapie der Frakturen der thorako-lumbalen Wirbelsäule bedarf einer konsequenten Diagnostik und Klassifikation der Verletzung. Ein zufrieden stellendes Behandlungsergebnis kann nur unter Berücksichtigung der biomechanischen Besonderheiten der einzelnen Frakturtypen erreicht werden und ist maßgeblich von der Auswahl und Ausführung der operativen Versorgung

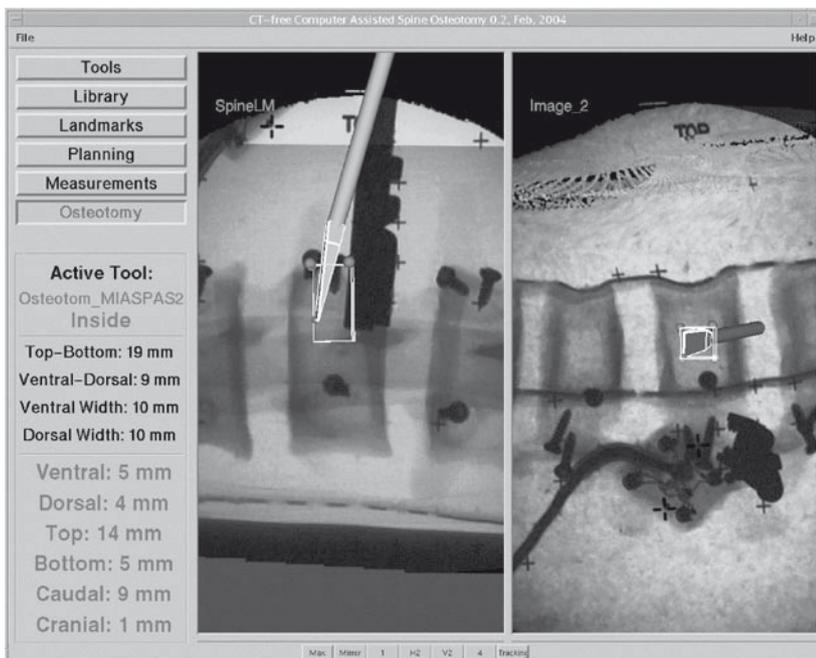


Abb. 11: Computer-assistierte Planung und Resektion am Wirbelsäulenmodell. (AO-gefördertes Forschungsvorhaben der Klinik für Unfall-, Hand und Wiederherstellungschirurgie, JWG-Universität, Frankfurt/Main).

abhängig. Als therapeutisches Vorgehen hat sich die primäre Stabilisierung durch die Implantation eines dorsalen Fixateur interne, gefolgt von der Rekonstruktion der ventralen Säule im einzeitigen oder zweizeitigen Vorgehen bewährt. Die Nutzung neuer Technologien wie der minimal-invasiven thorakoskopischen Operations-Methode, des alloplastischen Wirbelkörperersatzes und zunehmend der computer-assistierte Verfahren ist für die Weiterentwicklung der differenzierten Versorgung der Frakturen des thorako-lumbalen Überganges von großem Wert. Insbesondere sind die Verringerung des individuellen Operativtraumas und die Dauer der Rekonvaleszenz für den individuellen Heilverlauf unübersehbar und viel versprechend.

Osteoporotische Frakturen erfordern hingegen eine differenzierte Diagnostik inklusive MRT um ein schonendes, minimalinvasives und erfolgreiches Verfahren sicher einsetzen zu können.

Literatur

1. Magerl F, Aebi M, Gertzbein SB, Harms J, Nazarian S (1994): A comprehensive classification of thoracic and lumbar injuries. *Eur Spine J* 3: 184–201.
2. Bühren V (2003). Verletzungen der Brust- und Lendenwirbelsäule. *Unfallchirurg* 106; 55–69.
3. Knop C, Blauth M, Bühren V, et al. (1999) Operative Versorgung von Verletzungen des thorakolumbalen Übergangs. Teil 1: Epidemiologie. *Unfallchirurg* 102; 924–935.
4. ASIA Classification: Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury. *American Spinal Injuries Association* 1992.
5. Frankel HL, Hancock DO, Hyslop G, Melzak J, et al. (1969) The value of postural reduction in the initial management of closed injuries

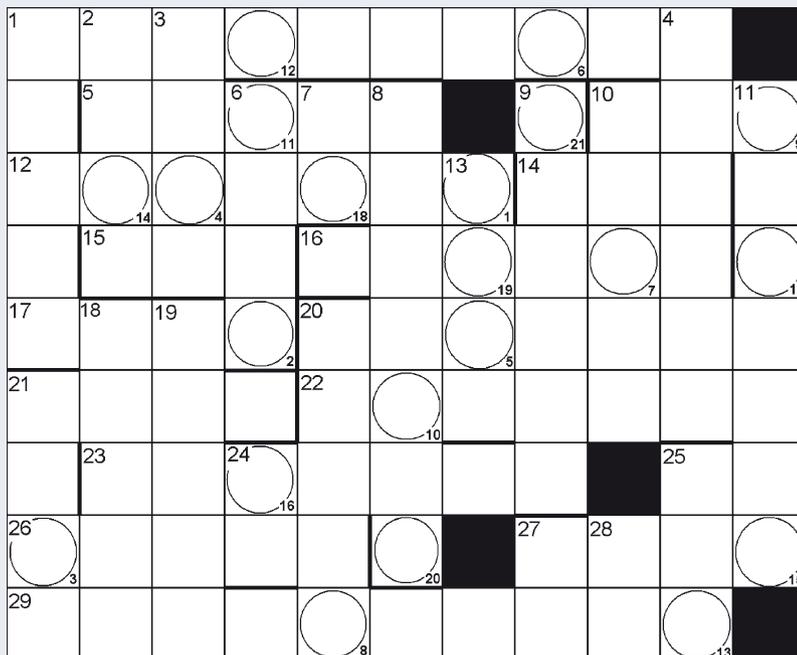
of the spine with paraplegia and tetraplegia. *Paraplegia* 7:179–192

6. Blauth M, Knop C, Bastian L (1998) 4. Brust- und Lendenwirbelsäule. In *Tscherne H und Blauth M (Hrsg). Tscherne Unfallchirurgie. Springer, Berlin-Heidelberg*
7. Reinhold M, Knop C, Lange U, Bastian L, Blauth M. (2003) Nichtoperative Behandlung von Verletzungen der thorakolumbalen Wirbelsäule Klinische Spätergebnisse nach 16 Jahren *Unfallchirurg* 106:566–576.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Bernd Maier
 Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
 Johann Wolfgang Goethe-Universität
 Theodor Stern-Kai 7
 60590 Frankfurt am Main
 Tel.: 069 6301-5069
 E-Mail: bernd.maier@trauma.uni-frankfurt.de

Kreuzworträtsel



Waagrecht

1 Windpocken • 5 Autosomal-rezessiv erbliche Störung der Ausscheidung konjugierten Bilirubins in die Galle = ...Johnson-Syndrom (Eponym) • 10 Leberenzym (Abk.) • 12 Dopaminagonist in der Behandlung der Hyperprolaktinämie (Wirkstoff) • 14 Mittlerer Rachenabschnitt = ...pharynx • 15 Abk. für Endothelin-B • 16 Angeborenes Fehlbildungssyndrom mit supraavalvulärer Aortenstenose und Faunsgesicht = Williams...-Syndrom (Eponym) • 17 Von Insekten übertragene Krankheitserreger = ...-Viren (Akronym) • 20 Quecksilberhaltige Legierung für Zahnfüllungen • 21 Bundesamt für Arzneimittelsicherheit und Seuchenprophylaxe = ...-Ehrlich-Institut • 22 Bösartig • 23 Für die Entdeckung dieser infektiösen Eiweiße erhielt Prusinger 1997 den Nobelpreis • 25 Abk. für: per nasum • 26 Kontraktur der mimischen Muskulatur bei Tetanus = ... sardonius • 27 Test zur Feststellung der mutagenen Wirkung von Substanzen = ...-Test (Eponym) • 29 Dtsch. Bezeichnung für die Cartilago thyroidea

Senkrecht

1 Schamgegend der Frau • 2 Pupillotonie und Areflexie der unteren Extremität (Neurolog. Syndrom, Eponym) • 3 Das Hinterhauptbein einbeziehenden Tuberkulose der Halswirbelsäule = ...-Krankheit (Eponym) • 4 Krankheit mit Symptomen des Turnersyndroms aber ohne nachweisbare Chromosomenanomalie = ...-Syndrom (Eponym) • 6 Sicht- oder tastbare Lymphknotenschwellung, meist inguinal • 7 Abk. für Inzidenzrate • 8 Angeborene Speicherkrankheit mit Ablagerung von Sphingomyelin im retikulohistiozytären System = ...-Pick-Krankheit (Eponym) • 9 Basalzellnaevus-Syndrom = ...-Goltz-Syndrom (Eponym) • 10 Herzfehlbildungen, Innenohrschwerhörigkeit u. Katarakt als charakteristische Symptome einer Rötelnembryopathie = ...-Trias (Eponym) • 11 Komplikation eines Alkoholentzugs = Delirium ... • 13 Wortteil mit der Bedeutung: Zwei enthaltend • 18 Schnell fortschreitende Nierenentzündung = ... progressive Glomerulonephritis • 19 Schleimbeutel • 20 Sitzhaltung mit beidarmigem Abstützen nach hinten-seitlich als Hinweis auf Meningitis = ...-Dreifuß-Zeichen (Eponym) • 21 Vollständige Lähmung beider Beine = ...plegie • 24 Abk. für intrauterin • 25 Undulierende Temperaturerhöhung beim Morbus Hodgkin = ...-Ebstein-Fieber (Eponym) • 27 Abk. für Atemfrequenz • 28 Abk. für Meningoenzephalitis

Lösungswort

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21

Multiple Choice-Fragen (nur eine Antwort ist richtig)

? 1. Welche Aussage zur Inzidenz von Frakturen der Brust- und Lendenwirbelsäule trifft zu?

- 1) In der Mehrzahl der Fälle sind Frauen betroffen.
- 2) Der Altersgipfel von Wirbelsäulenverletzungen liegt zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr.
- 3) Wirbelsäulenverletzungen sind volkswirtschaftlich irrelevant.
- 4) Die Inzidenz von Wirbelsäulenverletzungen ist in den letzten Jahren rückläufig.
- 5) Ältere Patienten sind zunehmend seltener betroffen.

? 2. Welche anatomischen Strukturen sind bei Verletzungen der Wirbelsäule betroffen?

- 1) Ausschließlich knöcherne Strukturen sind betroffen.
- 2) Ausschließlich ligamentäre Strukturen sind betroffen.
- 3) Es liegt häufig eine Kombinationsverletzung knöcherner und ligamentärer Strukturen vor.
- 4) Verletzungen des Rückenmarkes treten nie auf.
- 5) Begleitverletzungen von Nachbarorganen sind selten.

? 3. Verletzungen des Rückenmarkes treten in abnehmender Häufigkeit an folgenden Wirbelsäulen-Abschnitten auf

- 1) HWS > BWS > LWS.
- 2) BWS > HWS > LWS.
- 3) LWS > BWS > HWS.
- 4) LWS > HWS > BWS.
- 5) BWS > LWS > HWS.

? 4. Für die Entscheidung über das therapeutische Procedere unwichtig ist

- 1) die Fraktur-Klassifikation.
- 2) die Stabilität der Fraktur.
- 3) das Alter.
- 4) der neurologische Status.
- 5) das Geschlecht.

? 5. Der am häufigsten von Frakturen betroffene Wirbelkörper ist?

- 1) BWK 1.
- 2) BWK 6.
- 3) LWK 1.
- 4) LWK 3.
- 5) Alle Wirbelhöhen gleich häufig.

? 6. Kneifzangenfrakturen (AO A3.2)

- 1) sollten operativ versorgt werden.
- 2) weisen keine Verletzungen der Bandscheiben auf.
- 3) können konservativ behandelt werden.
- 4) treten nur in höherem Alter auf.
- 5) verursachen immer eine Querschnittslähmung.

? 7. Die dorsale Stabilisierung mittels Fixateur interne

- 1) ist bei jedem Frakturtyp notwendig.
- 2) ist immer ausreichend und erfordert nie einen zweiten ventralen Eingriff.
- 3) ist winkelstabil.
- 4) kann nur an der LWS erfolgen.
- 5) sollte nicht notfallmäßig erfolgen.

? 8. Die so genannte 360°-Versorgung erfordert

- 1) die kombinierte dorso-ventrale Stabilisierung.
- 2) erfolgt immer einseitig.
- 3) erfordert immer die Resektion der Bandscheiben und des gesamten Wirbelkörpers.
- 4) kann nur über eine Thorakotomie, offen erfolgen.
- 5) ist immer notwendig.

? 9. Osteoporotische Sinterungsfrakturen der Wirbelsäule

- 1) müssen nicht behandelt werden.
- 2) werden immer 360°-operativ versorgt.
- 3) können durch eine Vertebroplastie behandelt werden.
- 4) können im MRT nicht diagnostiziert werden.
- 5) stehen in keinem Zusammenhang mit langjähriger Kortikoid-Therapie.

? 10. Die Nachbehandlung von Wirbelsäulenverletzung

- 1) ist nicht notwendig.
- 2) erfordert wöchentliche radiologische Stellungskontrollen.
- 3) erfordert eine intensive physiotherapeutische Nachbehandlung.
- 4) erfordert zwingend die Entfernung des Fixateur interne.
- 5) erfordert zwingend eine Korsettbehandlung.

Den Auswertungsbogen für die CME-Fortbildung der Landesärztekammer Hessen finden Sie auf unserer Homepage unter der Rubrik Hessisches Ärzteblatt (Erläuterung siehe März-Ausgabe, Seite 170).

Einsendeschluss ist der 25. Juli 2008.

Kranksein im 17. Jahrhundert Ulrike Enke

„Unser Leben kann sicherlich durch die Ärzte um keinen Tag verlängert werden, wir leben, so lange es Gott bestimmt hat; aber es ist ein großer Unterschied, ob wir jämmerlich wie arme Hunde leben oder wohl und frisch, und darauf vermag ein kluger Arzt viel.“ So äußerte sich der fast 80-jährige Goethe in einem Gespräch mit Kanzler von Müller am 12. August 1827. Goethe, obwohl ein ungeduldiger Patient und häufig krank, hatte es vergleichsweise gut, denn zu seiner Zeit, er starb 82-jährig 1832, verstand sich die akademische Medizin bereits als empirische Wissenschaft. Der berühmte Patient genoss in seinen späteren Lebensjahren Rat und Zuwendung von bis zu vier akademisch ausgebildeten Ärzten, und er konnte sich als Geheimer Rat, wenn es die Weimarer Amtsgeschäfte zuließen, den Luxus erlauben, bei Beschwerden und Zipperlein „ins Bad“ zu reisen. Hätte Goethe im 17. Jahrhundert gelebt, wäre seine Lebens- und Leidensgeschichte mit Sicherheit anders verlaufen.

Krankheit, Patienten, gelehrte Ärzte im 17. Jahrhundert

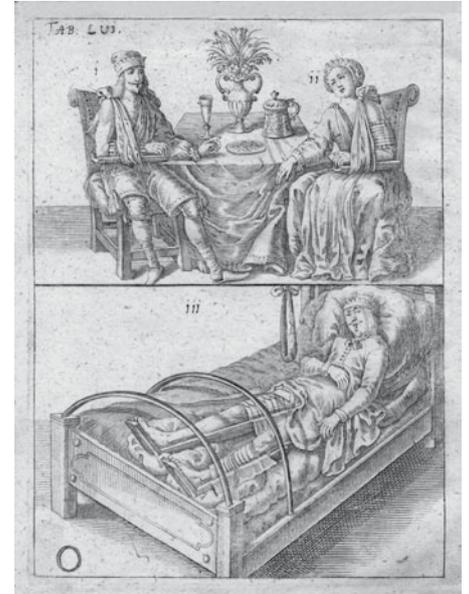
Kranksein im 17. Jahrhundert, das bedeutete Leiden an Durchfall und Fieber, an Blattern und „rother Ruhr“, an Leistenbrüchen und Blasenstein, an Brustkrebs und Kindbettfieber, an drohender Erblindung, an Würmern und blutsaugenden Insekten, vor allem aber an Mangelernährung und Infektionskrankheiten. Dazu kamen die Verletzungen durch die Arbeit in Feld und Wald, die Verwundungen durch den Krieg, und – als das Schreckgespenst, das über alldem schwebte – die Gefahr, von der „Pest“ dahin gerafft zu werden. Ein dreißig Jahre währender Glaubenskrieg hatte 1648 verwüstete Landschaften und eine dezimierte, mittellose Bevölkerung hinterlassen, das Leben einer

ganzen Epoche war geprägt von Seuchen, Armut und Hungersnöten. „[...] und wo wir hin nur schau/Ist fiewer, pest, und todt/der hertz undt geist durchfehret“, so fasst es der 20-jährige Andreas Gryphius in seinem Gedicht *Threnen des Vatterlandes* 1636 in Worte.

Kriegschirurgie und Seuchenbekämpfung waren die vorherrschenden medizinischen Themen der Zeit. Chirurgische Eingriffe, die Behandlung von Brüchen, von Blasensteinen oder dem grauen Star lagen in den Händen der in Zünften organisierten Handwerkschirurgen, der Starstecher, Bruch- und Steinschneider, die Geburten wurden von den Hebammen begleitet. Nur die gelehrten, also akademisch ausgebildeten Ärzte (*Medici puri*) behandelten Krankheiten durch die Verordnung innerlicher Mittel. Im Mittelpunkt ihres ärztlichen Bemühens standen kurative und prophylaktische Verfahren.

Die das Körperinnere befallende Krankheit wurde im 17. Jahrhundert meist definiert als Ungleichgewicht der Körpersäfte, welches durch die Entfernung der überschüssigen Säfte (*humores*) Blut, Galle oder Schleim zu regulieren sei. Abführungen und Aderlass, das Laxieren und Purgieren, gehörten deshalb zu den am häufigsten verabreichten Anwendungen. Zu den gebräuchlichsten Medikamenten zählten Abführ- und Brechmittel wie *Aloe vera*, Rhabarber und *Senna*, Faulbaumrinde und Jalapenwurzel. Mit diesen Verfahren sollte auch der Pest zu Leibe gerückt werden. Darüber hinaus versuchten die *Medici puri* Infektionskrankheiten wie Pocken oder Ruhr durch Anweisungen für eine gesunde Lebensweise (*Diätetik*) einzudämmen.

War ein *Medicus* nicht zur Hand oder konnte er nicht bezahlt werden, suchte der Patient den örtlichen Bader oder eine heilkundige Kräuterfrau auf,



Joannes Scultetus, *Armamentarium chirurgicum bipartitum*, Frankfurt am Main 1666: Tafel 56 zeigt kunstvolle Verbandstechniken sowie Arm- und Beinschienen zur Behandlung von Knochenbrüchen. Die Abbildung vermittelt zudem einen Eindruck von den Interieurs besser gestellter Patienten.

schriftlichen Rat konnte man durch ein ferndiagnostisches „Konsilium“ bei einem gelehrten oder erfahrenen Arzt einholen. Für Mittel- und Oberhessen erwies es sich als Fortschritt, dass im 16. und 17. Jahrhundert zwei Universitäten mit medizinischen Fakultäten eröffnet wurden: Marburg wurde 1527 gegründet, Gießen folgte achtzig Jahre später 1607. Den wohlhabenden Stadtbewohnern und Adligen war es nun möglich, sich mit ihren Beschwerden an die ärztlichen Universitätsprofessoren vor Ort zu wenden. Die akademischen Ärzte suchten ihre Patienten in deren Häusern auf. Zwar waren diese die Gesundheitsexperten, die gegen Bezahlung Wissen und Erfahrung anboten, doch der in der Regel wohlhabende Hausherr war der ranghöhere Geschäftspartner, welcher den Arzt als „Dienstleister“ ins Haus geholt hatte.

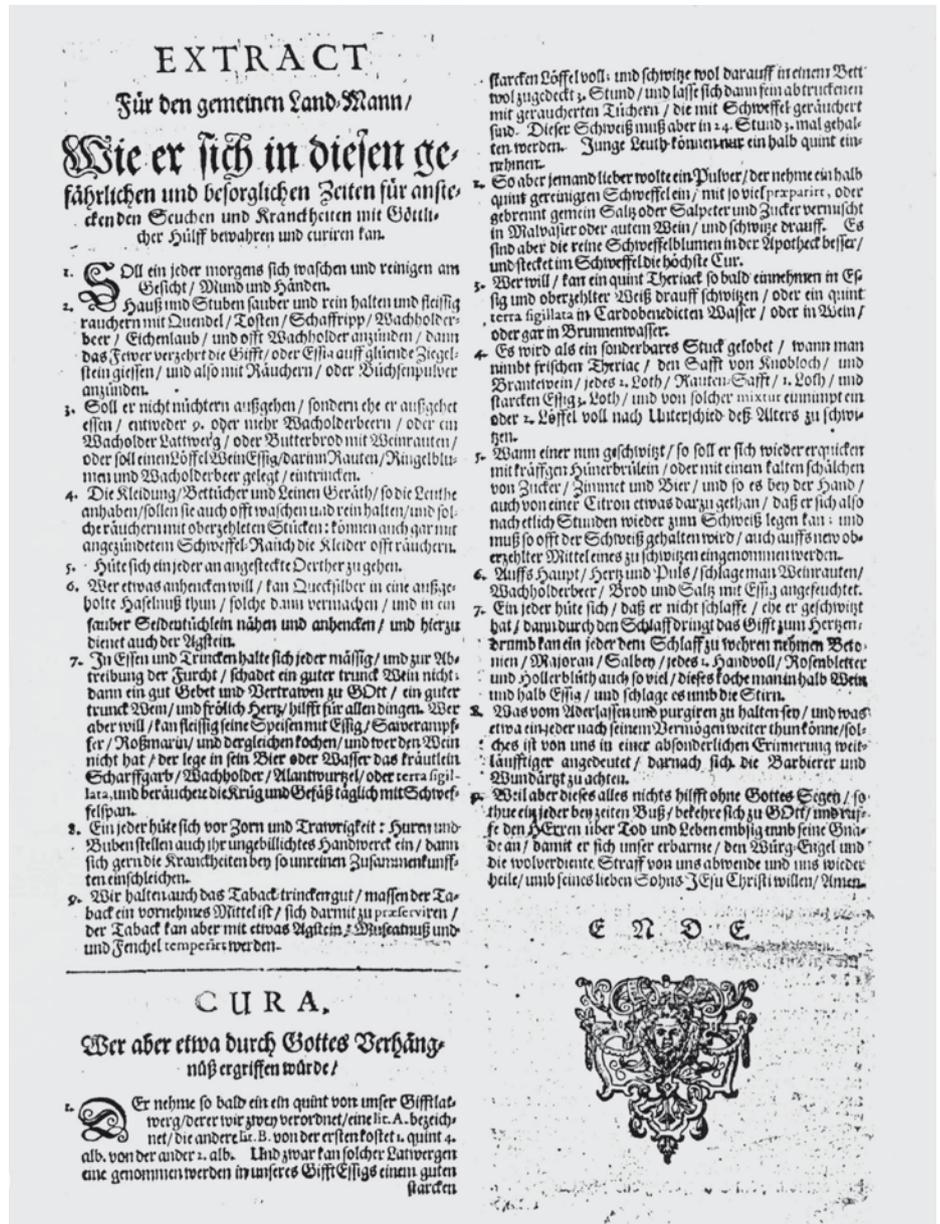
Masern, Röteln, Rote Ruhr: Ärztliche Maßnahmen gegen Seuchen

Im 17. Jahrhundert waren die Mittel zur Behandlung und Bekämpfung ansteckender Krankheiten äußerst begrenzt. Es empfahl sich also, eine Infektion zu vermeiden. In „besorglichen Seuchen-Zeiten“ oblag es den *Medici puri*, prophylaktisch Anweisungen für eine gesunde Lebensweise zu erteilen.

Die Regeln für die Aufrechterhaltung der Gesundheit lernten die zukünftigen Ärzte im Rahmen ihres Universitätsstudiums, wenn sie sich mit der auf Hippokrates und Galen zurückgehenden *Diätetik* vertraut machten. Die Standpfeiler der Diätetik waren die sechs nicht natürlichen Dinge (*sex res non naturales*) Licht und Luft, Speise und Trank, Arbeit und Ruhe, Schlafen und Wachen, Absonderungen und Ausscheidungen sowie Anregung des Gemüts; diese waren in Balance zu halten.

Verhaltensmaßregeln für eine gesunde Lebensweise finden sich in frühen Dokumenten aus der Geschichte der hessischen Medizin. Die Schriften von Gregor Horstius (1578–1636) und Johannes Tackius (1617–1676) stammen beide aus dem Umkreis der Seuchenprophylaxe, was in den Zeiten des Dreißigjährigen Krieges, in dessen Verlauf Hessen von mehreren Pestepidemien heimgesucht wurde, durchaus verständlich ist.

Als vorbeugende Maßnahmen gegen die vor allem in Kriegszeiten grassierenden Seuchen nennt Tackius in seiner 1666 erschienenen Schrift *Einraten und Erinnerung, Wie man sich bey jetzo besorglichen Sterbens-Läufften mit Göttlicher Hülffe bewahren, und im Fall von der angefallenen Seuch curiren möge*: Waschen und reinigen, Haus und Stube rein halten, genügend essen und nicht nüchtern ausgehen, Kleidung, Betttücher und



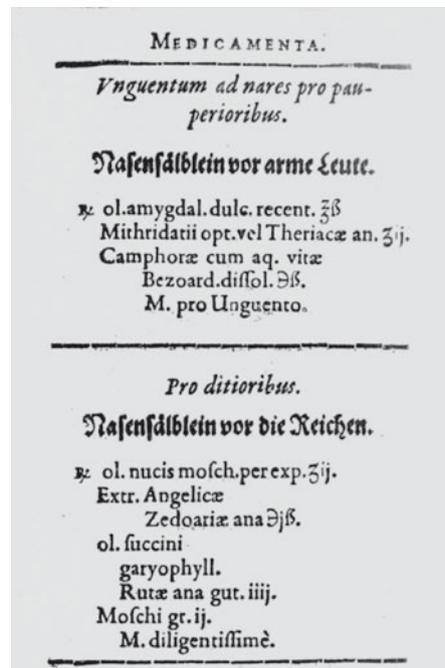
Seite aus Johannes Tackius, *Sorgfältiges Einrathen/und Erinnerung/Wie man sich bey jetzo besorglichen Sterbens-Läufften mit Göttlicher Hülffe bewahren/und im Fall von der angefallenen Seuch curiren möge*. Darmstadt 1666.

Hausleinen oft waschen und räuchern, ansteckende Orte meiden, mäßig essen und trinken, gegen Furcht Wein trinken und in Gott vertrauen, sich vor Zorn und Traurigkeit hüten, unreine Zusammenkünfte mit „Huren und Buben“ meiden und zu guter Letzt „Taback-trincken“. Mit dem Tabak trat ein exotisches Heilmittel, das um 1560 aus Amerika nach

Europa gekommen war, auf den Plan und machte den heimischen Heilkräutern Konkurrenz. Das „Trinken“ des Tabakrauches – das Einatmen und Inhalieren – sei, so Tackius, „ein vornehmes Mittel [...], sich damit zu praeserviren“, also zu schützen. Tackius' Anordnungen enden mit dem Hinweis auf Gottes Segen: „Weil aber dieses alles nichts hilft ohne

Gottes Segen/so thue ein jeder bey zeiten Buß/bekehre sich zu GOtt/und ruffe den HERren über Tod und Leben embsig umb seine Gnade an/damit er sich unser erbarme/den Würg-Engel und die wolverdiente Straff von uns abwende und uns wieder heile/umb seines lieben Sohns JEsu Christi willen.“

Schon 1624 hatte der Gießener Medizinprofessor Gregor Horstius ein Büchlein herausgegeben, das vorschrieb, wie man sich vor Blattern, Masern, Röteln, der Ruhr und speziell „in einreissenden Pestzeiten zu verhalten habe“. Wie bei Tackius finden sich auch hier Anweisungen, die das Gleichgewicht der Körpersäfte betreffen und auf die Lehren der Diätetik zurück zu führen sind. Mit Nachdruck wird zu Reinlichkeit aufgefordert und vor Völlerei gewarnt. Die Schrift wird abgeschlossen durch detaillierte „Recepte“. Wir finden „Pestilenzpillen“ aus Aloesaft, „Praeservativ Latweg“ (ein vorsorglich eingenommenes Mus aus heilkräftigen Kräutern) oder „Gemeine Giefftküchlein“ aus Ehrenpreis-, Skabiosen- und Distelextrakt. Bemerkenswert ist dabei, dass Horstius bei den Arzneien zwischen solchen für reiche und für arme Leute unterscheidet. Die beiden hier abgedruckten Recepte der gegen die Pest schützenden „Na-



Rezepte für Nasensalben gegen die Pest. Unze, Drachme, Skrupel und Gran sind Apothekermass-einheiten, die umgerechnet etwa 30, 3,7, 1,2 und 0,06 Gramm entsprechen. Aus: Gregor Horstius, *Kurtze Nohtwendige Bericht, erstlich von den Urschlechten oder Kinds-Blattern, wie auch Masern, Röteln, Rotesucht oder Kindsflecken, zum Andern von der roten Ruhr, (...) zum Vierdten, wie man sich in einreissenden Pestzeiten zu verhalten habe, Gießen 1624. Anhang. – Übertragung ins Deutsche: Albrecht Günther und U. Enke.*

sensälblein“ differieren in Preis und Zusammensetzung der Inhaltsstoffe. Die Bestandteile der Salbe für die Armen kamen aus dem Umkreis der hessischen Bergstraße, Basis war Mandelöl, das man mit Branntwein versetzte, wohingegen die Salbe für die Reichen exotische

Nasensälblein für arme Leute.

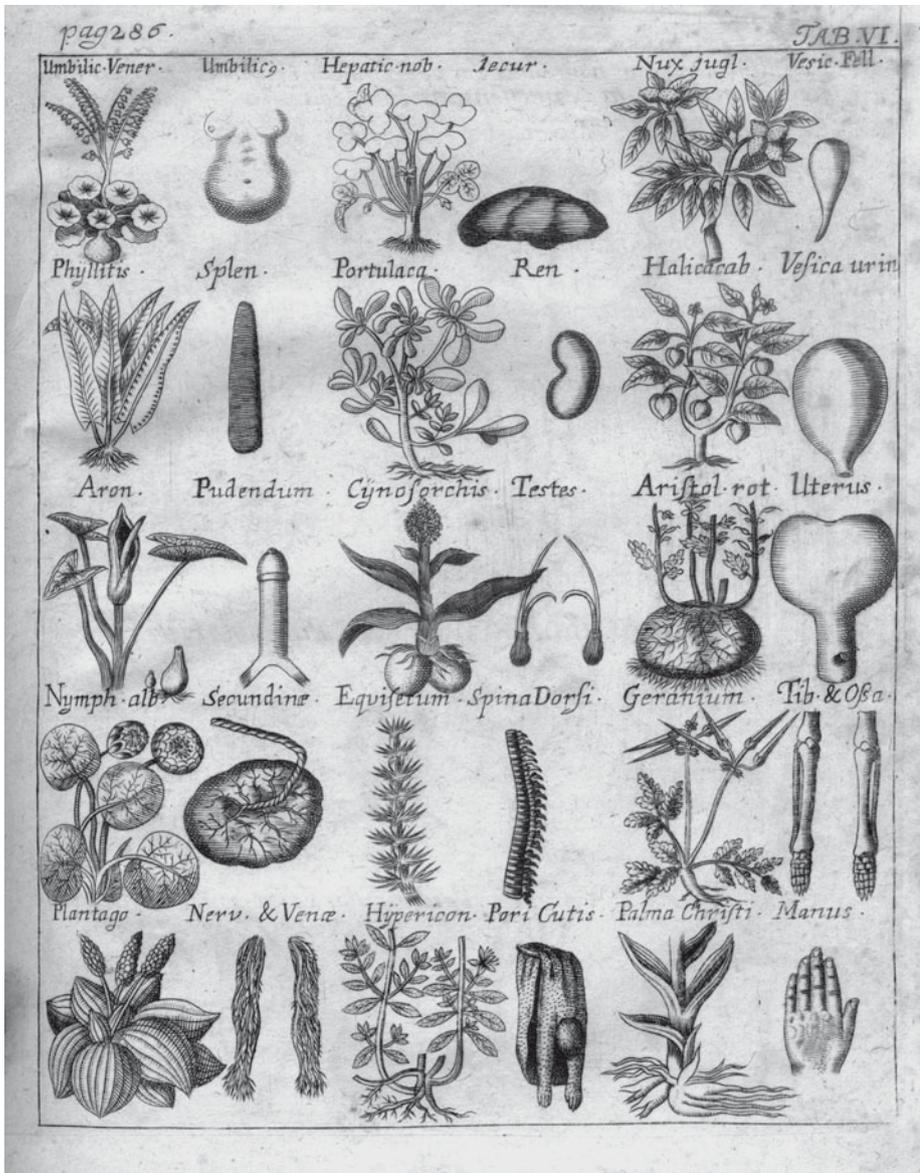
Man nehme
vom frisch gepressten Öl der süßen Mandel
eine halbe Unze
Vom besten Mithridatium oder Theriak je
zwei Drachmen
Kampfer mit Branntwein und aufgelösten Be-
zoar ein halbes Skrupel.
Man vermische es zu einer Salbe.

Nasensälblein für die Reichen.

Man nehme
vom Öl der Muskatnuss zwei Unzen
vom Extrakt der Erzengelewurzel und der Zit-
terwurzel jeweils anderthalb Skrupel
dazu Bernsteinöl
Nelkenöl
Öl der Weinraute, jeweils vier Tropfen
Dazu zwei Gran Moschus.
Man mische das Ganze gründlich.

Spulwürmer, Durchfall, Übelkeit – wohlhabende Kranke und ihre Krankengeschichte

Gegen Ende des 17. Jahrhunderts waren in Oberhessen friedlichere Zeiten angebrochen, was sich auch in den Krankheiten der Bevölkerung und der diese widerspiegelnden medizinischen Literatur ablesen lässt. 1721 erschien in Frankfurt am Main in 2. Auflage ein mehr als tausend Seiten umfassendes Lehrbuch zur praktischen Medizin, *Praxis medicinae infallibilis*, verfasst von dem Gießener Medizinprofessor Michael Bernhard



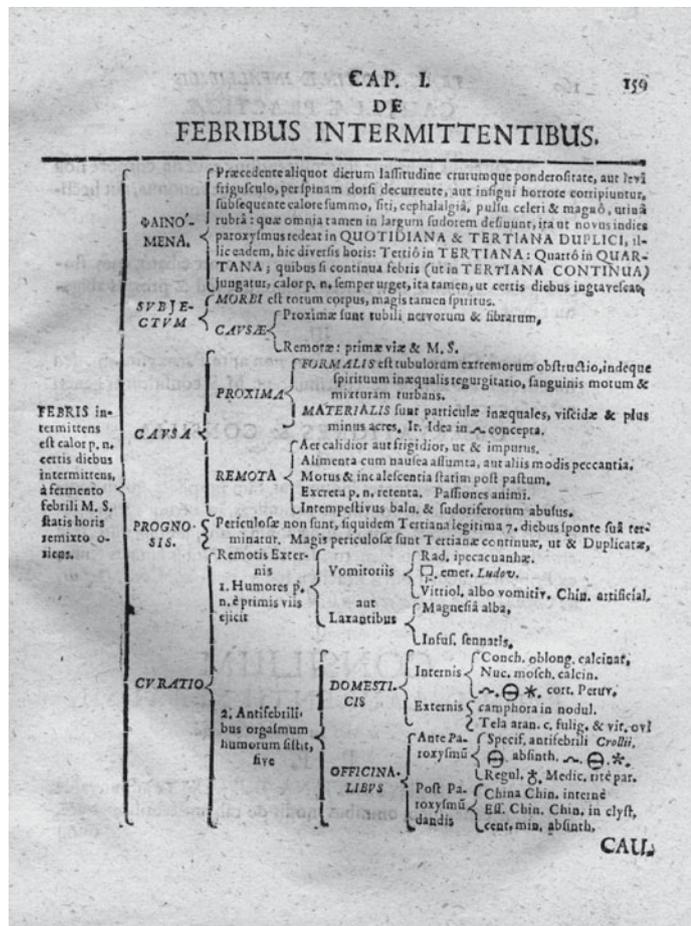
Schema pflanzlicher Heilmittel nach Oswald Croll, einem Anhänger des Paracelsus. Die Form der einzelnen Pflanzenteile verweist auf ein analoges menschliches Organ; so korrespondieren die stark geaderten Blätter der Seerose (*Nymphaea alba*) mit der von Blutgefäßen durchzogenen Nachgeburt (*Secundinae*), vierte Reihe links. – Aus: Michael Bernhard Valentini, *Medicina nov-antiqua*. 2. Aufl. Frankfurt am Main 1713, Tafel 6.

Valentini (1657–1729). Das in lateinischer Sprache geschriebene Buch verschafft uns spannende Einblicke in die Krankheiten der wohlhabenderen Gießener Bevölkerung am Ende des 17. Jahrhunderts, es erlaubt uns aber auch einen Blick in die „Werkstatt“ eines Gelehrten, der sich mit der zeitgenössischen Medizin in umfassender Weise beschäftigt hat.

In Valentinis umfangreichem Werk werden nicht mehr nur allgemeine Verhaltensmaßregeln für die Bevölkerung aufgestellt, wie wir sie bei Horstius und Tackius kennen gelernt haben, sondern es werden auch klinische Einzelfälle besprochen. Entgegen der heutigen Gepflogenheiten, Patientendaten berechtigterweise mit Diskretion zu behandeln,

nennt Valentini Namen, Alter und Wohnort der Kranken, sei es der eigene Sohn (*filius meus*), der von Spulwürmern geplagt und durch Anwendung des Tabakrauchklistiers und die Gabe von *Semine santonici*, Heiligenkrautsamen, geheilt wurden, oder sei es der „illustre“ Baron von Gersdorff, der sich 1699 als Student in Gießen aufhielt und unter Durchfall und Übelkeit litt, nachdem er am Vortag frisches Obst und noch nicht ganz reife Haselnüsse in großer Menge zu sich genommen hatte. Ihm half, Gott sei Dank, die Gabe von Laudanum, einer Mixtur aus Opium, Bilsenkraut und Wein, und er genas. Andere Patienten wurden ganz fortschrittlich mit der vormals verpönten, weil exotischen Chinarinde aus Peru behandelt, etliche mussten sich mit dem „Trinken“ des Tabakrauches oder dem rektal verabreichten Tabakrauchklistier kurieren lassen. Die alte, auf Paracelsus zurückgehende Auffassung, Gleiches mit Gleichem zu behandeln und nur heimische Kräuter und Mineralien anzuwenden, da Gott einem jeden Land alle notwendigen Mittel gegen die Leiden seiner Bewohner schenke, wurde durch die Entscheidung für die exotischen Heilmittel aus der Neuen Welt, den Tabak und die Chinarinde, aufgehoben.

Die Neuerungen beim Verfassen von Fallberichten verdeutlichen eine grundlegende Änderung in der Wahrnehmung des Kranken; man könnte sagen, der Patient erscheint in ganz unterschiedlichen Rollen. So wird der Kranke in einem ersten Schritt als individueller Patient erfasst, der dem Arzt Valentini mit einer spezifischen Leidensgeschichte entgegentritt – das eigene Kind ebenso wie der Kollege oder der Stadtpfarrer. Als „Objekt der Wissenserzeugung“, als akademischem Forschungsgegenstand, kommt dem Patienten aber auch eine andere Funktion zu: Als Erkrankter ist er „Fall“ unter „Fäl-



Über die Wechselieber (*De febribus intermittentibus*). Die verschiedenen Arten der Behandlung (*Curatio*) sind im unteren Drittel des Schemas nachzulesen. Seite aus Michael Bernhard Valentini, *Praxis medicinae infallibilis*, 2. Aufl. Frankfurt am Main 1721, S. 159.

„Denn als Wissenschaftler sammelte Valentini nicht nur die Einzelfälle seiner hessischen Heimat, sondern holte sich auch Rat bei entfernt praktizierenden Kollegen ein, wobei er deren Fälle und Behandlungsarten aufnahm und mit den eigenen Patienten, den erstellten Diagnosen und seinen Behandlungstechniken verglich. Diese Sammlung führte er dann durch Ordnung und Systematisierung einer wissenschaftlichen Auswertung zu. Durch Anwendung eines Verfahrens, das von den Einzelphänomenen ausging, kam Valentini zu verallgemeinernden Krankheitsbildern, die er in Übersichten zusammenfasste. Hierbei entstanden

„Krankheitsfamilien“, die aufgegliedert wurden in die Äußerungsform, in den Sitz der Krankheit am oder innerhalb des Körpers, in den Verlauf und die Behandlung (*Painómena, sub-jectum, causa, prognosis, curatio*). Anhand der in der Abbildung gezeigten Krankheitsfamilie der „Wechselieber“ können wir rekonstruieren, wie seine Krankheits-systeme bildlich umgesetzt wurden. Bei der Therapie (*curatio*) unterschied Valentini zwischen äußeren und inneren Anwendungen und empfahl für die Behandlung sowohl Emetika und Laxan-

„Krankheitsfamilien“, die aufgegliedert wurden in die Äußerungsform, in den Sitz der Krankheit am oder innerhalb des Körpers, in den Verlauf und die Behandlung (*Painómena, sub-jectum, causa, prognosis, curatio*). Anhand der in der Abbildung gezeigten Krankheitsfamilie der „Wechselieber“ können wir rekonstruieren, wie seine Krankheits-systeme bildlich umgesetzt wurden. Bei der Therapie (*curatio*) unterschied Valentini zwischen äußeren und inneren Anwendungen und empfahl für die Behandlung sowohl Emetika und Laxan-

Ausblick

Mit der fortschreitenden Loslösung von den traditionellen Unterrichtsverfahren der akademischen Medizin des 17. Jahrhunderts, die sich auf die theoretische Auslegung überlieferter Texte antiker Autoren konzentriert und die Diätetik in den Mittelpunkt gestellt hatte, wuchs das Bedürfnis, die Inhalte der Bücher mit der medizinischen Praxis in Beziehung zu setzen und sie empirisch, d. h. durch eigene Anschauung zu überprüfen, diese zu ordnen und in Krankheitsfamilien oder -systeme zu überführen. Darüber hinaus war man bestrebt, sich durch eigenhändige Untersuchung und Behandlung einer großen Zahl von Patienten praktische Kenntnisse anzueignen. Einen Sonderweg innerhalb der Medizin beschritt die sich erst spät etablierende akademische Chirurgie (dazu in einem späteren Heft). Die Etablierung des Krankenhauses mit stationären Patienten, das dem Kranken institutionelle Hilfe und medizinische Betreuung zukommen ließ und auch dem in Ausbildung stehenden Arzt neue Möglichkeiten eröffnen sollte, sich unter Anleitung diagnostisches und therapeutisches Wissen aktiv anzueignen, ließ in Hessen noch auf sich warten. In Gießen wurde das erste akademische Hospital erst im 19. Jahrhundert, im Jahr 1830, eingerichtet.

Anschrift der Verfasserin

Dr. Ulrike Enke

Institut für Geschichte der Medizin

Jheringstraße 6

35392 Gießen

E-Mail: ulrike.enke@t-online.de

Literatur

Professoren, Patienten, Studenten. Die Medizinische Fakultät der Universität Gießen seit 1607. Ausstellungsband des Fachbereichs Medizin der JLU Gießen zum 400-jährigen Jubiläum, hg. vom Dekan des Fachbereichs Medizin. Neustadt an der Aisch: Verlagsdruckerei Schmidt, 2007. 248 S., durchgehend illustriert.

Jahrestagung der Hessischen Weiterbildungsinstitute für Psychotherapie

Axel Schüler-Schneider, Monika Vogt

Vielfältige Zusammenhänge zwischen Psychodynamik und Körper

„Wie wirkt die Psychodynamik auf den Körper?“ Diese Frage stand im Mittelpunkt der 2. Jahrestagung der Hessischen Weiterbildungsinstitute für Psychotherapie vergangenes Jahr in Gießen. Beiträge aus zahlreichen verschiedenen Gebieten machten deutlich, wie vielfältig das psychische Erleben die körperliche Gesundheit beeinflusst. Wir haben Auszüge der Vorträge für Sie zusammengestellt:

Dr. Johannes Kipp, Kassel, sprach über die Psychodynamik der somatisierten Beschwerden im Alter. Dabei betonte er, dass trotz der zunehmenden Multimorbidität alter Menschen und der dadurch begründeten körperlichen Symptome darauf geachtet werden muss, dass auch somatisierte, psychisch bedingte Beschwerden im Alter zunehmen. So treten somatisierte Beschwerden zum Beispiel bei Depressionen im Alter häufiger auf als in früheren Lebensaltern.

Freud (1916) hat in seiner epochalen Arbeit über „Trauer und Melancholie“ aufgezeigt, dass der Depressive oder Melancholiker nicht in der Lage ist zu trauern. Nach Verlusten nimmt er das verlorene Liebesobjekt, wenn es zuvor ambivalent besetzt war, in sein eigenes Inneres auf (Introjektion) und klagt es dort an. Dies führt zu Schuldgefühlen und Selbstanklagen in der Depression. Ziel der psychotherapeutischen Arbeit mit Depressiven ist, in die Zeit vor dem Verlust zurück zu gehen, um so Trauerarbeit in Bezug auf den Verlust zu ermöglichen.

Mit zunehmendem Alter treten bei Depressionen die Schuldgefühle zurück und somatisierte Beschwerden rücken in den Vordergrund. Neurosenpsychologisch ist davon auszugehen, dass es sich

bei der Entstehung dieser Beschwerden nicht um Introjektions-, sondern um Inkorporations- oder Einverleibungsvorgänge handelt. Statt Schuldgefühlen und Selbstanklagen finden bei den alten Patienten innere Dialoge mit den körperlichen, oft sehr lebendig beschriebenen inneren Objekten statt.

Eine 63-jährige Patientin ist meist sehr stark gelähmt, so dass sie einen Rollstuhl braucht. Die Behandlung in einer Parkinsonklinik hat zu keiner wesentlichen Besserung der Symptomatik geführt. In den psychotherapeutischen Gesprächen schildert sie die Kriegszeit. Die Mutter hat bei Bombenalarm und beim Gang in den Bunker den älteren Bruder an die Hand genommen, während sie allein gehen musste. Ihre jetzige Gehstörung, die zeitweise für kurze Augenblicke wie weggeblasen ist, stellt diese frühere Konfliktsituation dar, so wie wenn sie der Mutter noch heute deutlich machen wollte, dass sie die sichere Hand von ihr brauchen würde.

(Kasuistik: Kipp)

Was die Unterscheidung von Konversions- und Inkorporationsstörungen angeht, erläuterte Kipp, dass bei ersteren die körperlichen Beschwerden zumeist mit dem äußeren Bild des Körpers zusammenpassen. Der Mechanismus, durch den psychische Konflikte symbolisch auf eine körperliche Funktionsebene verlagert werden, stehe bei Veränderungen des Körperschemas im Vordergrund.

Schildere ein Patient seine Beschwerden dagegen sehr lebendig und halte sich dabei nicht an anatomische Gegebenheiten, so sei eher eine Veränderung des

Körperselbst anzunehmen, die auf Inkorporationsvorgänge zurückzuführen ist.

Körperselbst und Körperschema

Das Selbst des Menschen ist primär ein körperliches. Der Körper ist für uns selbstverständlich in unserem Bewusstsein vorhanden und das oft unabhängig von unserem äußeren Körperbild. Wenn wir von Körper reden, meinen wir jedoch meist nicht dieses Körperselbst, sondern das äußere Bild des Körpers, das Körperschema, also die kognitive Repräsentanz des Körpers, die durch medizinisches Wissen Krankheitserfahrungen etc. strukturiert ist. Das Körperschema, das auch im Spiegelbild deutlich wird, ist oft nicht deckungsgleich mit dem Gefühl, das man von sich selbst hat, also mit dem Körperselbst. Ein perfekt gestalteter Körper kann durchaus zu einem Gefühl der Befriedigung führen und zu einem vorübergehenden Selbstbewusstsein beitragen, es gibt jedoch keine dauerhafte innere Sicherheit. Diese ist vorwiegend vom Körperselbst abhängig.

(Quelle: Vortrag Kipp)

Dr. Axel Schüler-Schneider, Frankfurt, erläuterte am Beispiel des Diabetes mellitus Typ I wie sich die Psychodynamik auf den Körper auswirkt. Der Ausbruch eines Typ I-Diabetes geht mit einer traumatischen Veränderung des gesamten Lebens einher, die, ähnlich wie der Verlust eines geliebten Menschen, durch Trauerarbeit bewältigt werden muss. Beim Typ I-Diabetiker handelt es sich um den Verlust der Unversehrtheit und Gesundheit des Körpers. Eine unbewusste Funktion, nämlich die Blutzuckerregulation, muss durch

eine bewusste Steuerung ersetzt werden. Aus einer bestehenden Unabhängigkeit wird plötzlich eine Abhängigkeit vom Insulin, von der Spritze und vom Arzt.

Gerade für den Zeitpunkt des Ausbruchs eines Typ I-Diabetes gibt es zahlreiche klinische Beispiele, in denen ein Trauma oder ein realer Verlust in engem zeitlichen Zusammenhang mit der Manifestation der Erkrankung steht. Nach Erfahrung Schüler-Schneiders spielt bei diesen Patienten eine mangelhafte Individuation und die Unfähigkeit Konflikte in angemessener Weise zu lösen eine zentrale Rolle. Folge hiervon sind eine mangelnde Autonomie, Entscheidungsschwäche, Neigung zu Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen. Daraus resultieren im Verhalten zu anderen Menschen regelmäßig Konflikte.

Bei solchen Patienten besteht in der Regel ein großes Misstrauen infolge eines mangelnden Urvertrauens (Erikson). Sie vertrauen weder anderen noch sich selbst. So entsteht ein mangelndes Selbstwertgefühl, das eine stabile, dauerhafte Beziehung erschwert oder unmöglich macht. Häufig kommt es zum Abbruch von Beziehungen und so auch zum Arztwechsel.

Die Abwehrstruktur ist durch Verleugnung, Spaltung, Projektion und projektive Identifikation geprägt, dies ist in der Übertragung, d.h. in der Beziehung zum Arzt und Psychotherapeuten spürbar und stellt einen erheblichen Widerstand dar, mit der Folge einer mangelnden oder fehlenden Compliance, erklärte Schüler-Schneider weiter. Typische Beispiele sind das Verschweigen von Diätfehlern, die zu einem für den Arzt unerklärlichen Anstieg der Blutzuckerwerte führen, Nicht-Einhalten von Untersuchungsterminen, Verleugnung von Angst vor den Folgen der schlechten Blutzuckereinstellung und häufige Arztwechsel. Da die

Patienten Behandlungsfehler schuldhaft erleben, versuchen sie diese zu verleugnen, dies führt zu Misstrauen des Arztes, Ärger und Vorwürfen und damit zu einer Verstärkung der Schuldgefühle und des Über-ich-Druckes beim Patienten. Dieser wird durch Projektion auf den Arzt abgewehrt, der dann zum Schuldigen wird. In gleicher Weise werden auch andere Konflikte verleugnet. Der Internist bekommt daher wenig Zugang zu den persönlichen Problemen des Patienten. Umgekehrt kann aber die Krankheit auch im Sinne einer Somatisierungstendenz genutzt werden, um eigene Unzulänglichkeiten, Fehler und Versagen zu entschuldigen. Dies führt dazu, dass der ohnehin eingeschränkte Freiheitsraum des Diabetikers zusätzlich eingeschränkt wird.

In der Insulinpumpenambulanz des Diakonissen-Krankenhauses in Frankfurt stellte sich ein 28-jähriger schlecht eingestellter Insulinabhängiger Diabetiker vor. Er wollte unabhängiger

von der ärztlichen Führung werden. Er hatte mit acht Jahren einen Typ I-Diabetes entwickelt. Sein Vater war gewalttätig und schlug ihn regelmäßig. So entwickelte er eine Angst vor Autoritätspersonen, also auch Ärzten. Die Angst vor den Schlägen des Vaters übertrug sich auf die Angst vor der Kritik des Arztes, dieser wollte er sich nicht weiter aussetzen. Während des stationären Aufenthaltes auf der psychosomatischen Station kam es zu einer raschen Normalisierung der Blutzuckerwerte. Er fühlte sich offenbar sicher, geborgen und vor allem verstanden. Nach der Entlassung verschlechterte sich der HBA_{1c}-Wert und der Patient erschien nur sehr unregelmäßig zu den Ambulanzterminen. Er musste einbestellt werden, dies bedeutet auf einer tieferen Ebene, dass der Vater sich um ihn sorgt. Nach einer Besprechung ohne Vorwürfe korrigierte der Patient seine Blutzuckereinstellung und kam mit normalen Blut-

zuckerwerten zu den folgenden Terminen. Der HBA_{1c}-Wert normalisierte sich innerhalb von acht Wochen. Die Aufgabe des Behandlers bestand in diesem Fall also darin, dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, dass nicht ein strafender kontrollierender Arzt (wie der Vater), sondern ein Partner gegenübersteht, der zuhören und in Notfällen oder bei Problemen helfen kann und der sich um ihn sorgt und ihm Sicherheit vermittelt.

(Kasuistik: Schüler-Schneider)

Ziel einer tiefenpsychologisch fundierten Behandlung ist es, den Patienten in die Lage zu versetzen, sein Leben und seine Krankheit selbst in die Hand zu nehmen, verantwortungsbewusst damit umzugehen, Konflikte adäquat lösen zu lernen und damit trotz seiner Krankheit ein zufriedenes Leben führen zu können. Durch die selbstverantwortliche Insulintherapie wird das Autonomiestreben des Patienten gestärkt und das Selbstwertgefühl gesteigert. Dies ist die Basis für eine weitergehende analytisch orientierte Arbeit mit dem Patienten.

Professor Dr. Christoph Herrmann-Lingen, Göttingen, ging auf die Psychodynamik von Herzerkrankungen ein. Häufig sind bei den Betroffenen eine

Selbstwertproblematik und ein bestimmter Umgang mit Ärger (Unterdrücken von Ärger) zu beobachten. Psychodynamische Prozesse wirken über neuronale, endokrine und immunologische Effekte auf das Herz. Bei depressiven Patienten wurden z.B. eine vermehrte Thrombozyten- und Gerinnungsaktivierung, Veränderungen der Herzfrequenz und des Herzrhythmus, proinflammatorische Effekte, eine gestörte Vasomotorik mit häufigeren Ischämieepisodes sowie ein Risikoverhalten (sozialer Rückzug und Noncompliance) beschrieben.

Ein wichtiger Herz-Kreislauf-Risikofaktor und Auslöser akuter Herzerkrankungen ist Stress. Stressbewältigungstraining wirkt sich vermutlich positiv auf das Stressgefühl, den Blutdruck, die Herzfrequenz und den Cholesterinspiegel aus. Die Komplikationsrate bei Patienten mit einer Herzerkrankung wird dadurch ebenfalls günstig beeinflusst.

Nach Ansicht Herrmann-Lingens kann eine psychodynamische Psychotherapie wahrscheinlich auch die somatischen Effekte beeinflussen, Studien hierzu stehen indes noch aus. Eine von seiner Arbeitsgruppe geplante psychodynamische Therapiestudie wurde vor kurzem von der DFG bewilligt und wird im Laufe dieses Jahres starten.

Dr. Hamid Peseschkian, Wiesbaden, erläuterte die psychodynamischen Aspekte

von Stress und Burn-out. Er unterschied zwischen fünf typischen Techniken der Stressbewältigung und deren Folgen.

Balance-Modell

Die Life-Balance besteht aus Körper & Gesundheit (Körper), Zukunft & Sinn (Seele), Beruf & Leistung (Geist) sowie Beziehung & Kontakte (Herz). Die Gewichtung dieser Faktoren variiert in den verschiedenen Kulturen, aber auch individuell. Gewinnt einer der Bereiche, zum Beispiel Beruf & Leistung die Oberhand, entsteht Stress.

Das Himalaja-Phänomen

Hier steht die Frage „Wert versus Leistung“ im Mittelpunkt, d.h. die Frage, bedingte oder bedingungslose Liebe. Menschen mit diesem Verhaltensmuster haben zumeist die elterliche Liebe an Leistung oder gutes Benehmen gebunden erlebt. Ihr Selbstwertgefühl hängt vom Erbringen einer Leistung und der Anerkennung seitens anderer zusammen. Auch Menschen, die nicht nein sagen können, versuchen, dadurch mehr Selbstvertrauen und Zuwendung zu bekommen. Ein Weg aus solchen Verhaltensmustern besteht darin, sich bewusst zu machen, dass man sich auch gegen einen weiteren Gipfel (Erfolg, Beförderung etc.) entscheiden kann, und zwar auch dann, wenn Familie und Umwelt das

nicht verstehen („Das kannst Du doch nicht machen.“)

Titanic-Syndrom

Hierunter werden Verhaltensweisen verstanden, die verhindern, dass auch bei großem Erfolg Entwicklungen und Stimmungen noch richtig gedeutet werden. Gerade auf dem Höhepunkt von Karrieren stehen häufig Faktoren im Vordergrund, die das eigentliche Problem außen vor lassen.

Lebenswege

Für die Stressbewältigung bedeutend ist auch die Frage, ob ein Mensch ergebnis- oder prozessorientiert geprägt ist. Für ergebnisorientierte Menschen zählen insbesondere der konkrete Erfolg sowie Effektivität und Effizienz. Sie suchen nach Lösungen für Konflikte und halten sich bei Misserfolgen für schuldig. Typische Frage: „Was hast Du heute gemacht?“ Prozessorientierten Menschen kommt es dagegen mehr auf das eigene Bemühen an, für sie ist „Der Weg das Ziel“. Sie sind beziehungsorientiert und passen sich eher an ein Problem an. Sie interessiert typischerweise: „Was hast Du heute erlebt?“

Psychovampire

Psychovampire, wie der „Ja, aber.“ Vampir, der SOS-Vampir, der Maulkorb-Vampir, der Kreisel- oder der Fass ohne Boden Vampir, der Black is beautiful- und der Missions-Vampir saugen ihre Mitmenschen aus. Zur Stressbewältigung gehört daher, Psychovampire im eigenen Lebensbereich zu erkennen, herauszufinden, welche Techniken sie anwenden und an welchen eigenen Schwachstellen

sie ansetzen sowie Schutzmaßnahmen zur „Immunisierung“ zu finden.

Professor Dr. Burkhard Brosig, Gießen, befasste sich in seinem Vortrag mit psychodynamischen Überlegungen zur ästhetischen Medizin.

Schön und hässlich ist nicht an eine statische Norm und Normalitätsannahme gebunden, sondern historisch entstanden und veränderbar d.h. jeweils gesellschaftlich neu aushandelbar.

Der Anschauung „Man muss sich akzeptieren wie man ist“ steht heute die Meinung „Warum nicht operativ einschreiten, wenn man einen anderen Körper haben möchte“ gegenüber. Dies führt zu Fragen wie „Wo sind die Grenzen zwischen Normierung und Individualisierung?“, „Wann steht der Schönheitskult für die Abwehr anderer Fragen?“ oder „Wie hängen Selbstwert und Schönheit zusammen?“ Die narzisstische Erhöhung eines fragilen Ichs durch Ästhetisierung des eigenen Abbilds (Ich-Ideal) spielt dabei eine wichtige Rolle. So korrelierte bei einer Befragung von Schülern die eigene Einschätzung der Attraktivität negativ mit der Fähigkeit, Nähe und Vertrauen in Beziehungen zu ertragen und positiv mit der Angst in Beziehungen. Psychodynamisch ist die Ästhetisierung als dynamischer Prozess zwischen narzisstischer Aufwertung mit Abwehr von Trauer und initiatorischer Einschreibung von Reife von Bedeutung.

Brosig sieht es als wichtige Aufgabe der Psychotherapie, die Lifestyle-Angebote und andere Körpermodifikationen in der Öffentlichkeit kritisch zu hinterfragen und sich das Kontinuum zwischen narzisstischen Defiziten und Abwehr der Depression bewusst zu machen.

Bleibt als Fazit: Nicht nur bei körperlichen Erkrankungen (z. B. Typ I-Diabetes), sondern auch bei der Einstellung zum eigenen Körper (z. B. Schönheitsideale) und dem Umgang mit den eigenen Grenzen (z. B. Stressbewältigung) ist es aufschlussreich, die psychischen Muster zu kennen, die sich dahinter verbergen können. Und: Die Somatisierungstendenz nimmt mit dem Alter zu, d. h. ältere Menschen zeigen unbewusst ihre Konflikte häufig durch Klagen über körperliche Beschwerden.

Im Anschluss an die Tagung fand die dritte Sitzung der Vorstände der hessischen Weiterbildungsinstitute für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie statt. Dabei wurde eine engere Zusammenarbeit von fünf Instituten mit einer Kooperationsvereinbarung besiegelt. Kassel, Marburg, Gießen, WIAP Wiesbaden (Wiesbadener Akademie für Psychotherapie) und AGPT Frankfurt (Arbeitsgemeinschaft für die Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ e. V.) wollen gegenseitig Ausbildungsinhalte und ermächtigte Ausbildungsleiter anerkennen. Die Curricula der Institute sind dabei zu berücksichtigen. Kandidaten in Hessen werden somit künftig einen größeren Spielraum und mehr Wahlmöglichkeiten während ihrer Weiterbildung haben. In diesem Jahr wird die Tagung am 8. November 2008 bei der WIAP in Wiesbaden stattfinden.

Korrespondenzadresse

*Dr. med. Axel Schüler-Schneider
Guiolettstraße 27
60325 Frankfurt
Tel. und Fax 069 635363
E-Mail: psymed@t-online.de*

I. Seminare/Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

1. Sommerakademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Zielgruppe: Niedergelassene Ärzte und Berufsanfänger

Sonntag, 27. Juli – Samstag, 02. Aug. 2008

vorgesehenes Programm:

Sonntag, 27. Juli 2008

– Come together: Gemütliches Beisammensein mit Abendessen

Montag, 28. Juli 2008 4 P

– Unternehmen Praxis – Betriebswirtschaft in der Praxis (Kleingruppenarbeit)

Dienstag, 29. Juli 2008 4 P

Veranstaltung 1:

– Suchtmedizin – Erkennen von Suchterkrankungen

– Einbruchssicherheit in Arztpraxen

Veranstaltung 2: 11 P

– *Ultraschall-Refresher-Kurs mit praktischen Übungen*

Mittwoch, 30. Juli 2008 11 P

Veranstaltung 1:

– EKG-Refresher-Kurs mit praktischen Übungen

Veranstaltung 2: 8 P

– Integrale Prävention in der Praxis

– Erweiterte ambulante Physiotherapie – ambulante Rehabilitation

Veranstaltung 3: 9 P

– Strahlenschutz-Aktualisierungskurs gem. RöV

Donnerstag, 31. Juli 2008 8 P

Veranstaltung 1:

– Palliativmedizin in der niedergelassenen Praxis

– Polymedikation in der medizinischen Praxis/im Alltag

Veranstaltung 2: 8 P

– Neues aus der Rehabilitationsmedizin

– Work-Life-Balance mit Messer und Gabel

Freitag, 01. Aug. 2008 11 P

– Refresher-Kurs – Notfall in der niedergelassenen Praxis

Samstag, 02. Aug. 2008 5 P

Veranstaltung 1:

– Qualitätsmanagement in der ärztlichen Praxis

Veranstaltung 2: 5 P

– Schnupperkurs Akupunktur

Leitung: S. Blehle, Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag:

– für die eintägigen Kurse (Unternehmen Praxis – Betriebswirtschaft in der Praxis, Ultraschall-Refresher-Kurs, EKG-Refresher-Kurs, Notfall-Refresher-Kurs) € 220 (Akademiemitgl. € 198)

– für den Strahlenschutz-Aktualisierungskurs € 110 (Akademiemitgl. € 99)

– für die Vortragsveranstaltungen pro Tag € 130 (Akademiemitgl. € 117)

– für den Akupunktur-Schnupperkurs € 100 (Akademiemitgl. € 90)

Ganze Tage können jeweils einzeln gebucht werden. Teilnehmer, die diese Veranstaltung komplett buchen, erhalten einen Rabatt von 20 % auf den Gesamtpreis

Teilnehmerzahl: max. 40

Ein Rahmenprogramm für Begleitpersonen ist in Vorbereitung.

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Schad, Akademie,

Tel. 06032 782-213, Fax-220, E-Mail: annerose.schad@laekh.de

EKG-Kurs mit praktischen Übungen

20 P

Grundlagen der EKG-Auswertung, Reizleitungsstörungen, Infarkt-

EKG, Belastungs-EKG, Notfall-EKG, praktische EKG-Auswertung

Freitag, 15. Aug. – Samstag, 16. Aug. 2008, 09:00 – 17:00 Uhr

Leitung: PD Dr. med. G. Trieb, Darmstadt

Teilnahmebeitrag: € 290 (Akademiemitgl. € 261)

Teilnehmerzahl: 20

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie,

Tel: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

Strukturierte fachspezifische Fortbildung „Kinder- und Jugendmedizin“

Metabolische Fragestellungen in der kinderärztlichen Praxis

Leitung: Prof. Dr. med. H.-J. Böhles, Frankfurt a. M.

Samstag, 30. Aug. 2008

Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiemitgl. € 45)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

Tel. 06032 782-281, Fax: -228, E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Öffentliches Gesundheitswesen & Hygiene und Umwelt

Multiresistente Keime

Themen: MRSA/ESBL/VREI

Samstag, 06. Sept. 2008

Leitung: Prof. Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt a. M.

Prof. Dr. med. Th. Eikmann, Gießen

Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Tel. 06032 782-287, Fax: -228, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Chirurgie

Septische Chirurgie

7 P

Themen: Antibiotikaprophylaxe in der Chirurgie für Jeden? – Hochresistente gramnegative Bakterien – die Gefahr von morgen – Therapie der Peritonitis – Sepsis – Modernes Management schwerst septischer Wunden – VAC-Instill-Therapie bei schweren septischen Verläufen

Samstag, 13. Sept. 2008, 10:00 – 16:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. H. Wacha, Frankfurt a. M.

Unfallchirurgie

Samstag, 06. Dez. 2008

Leitung: Dr. med. Dr. med. vet. R. Schnettler, Gießen

Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Schad, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: annerose.schad@laekh.de





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

Einführung in die

Telelernphase: **13. Sept. 2008, 09:00 – 10:30 Uhr** (sofern von den Teilnehmern für notwendig erachtet)

Telelernphase: **14. Sept. 2008 – 14. Nov. 2008**

Präsenzphase: **15. Nov. 2008, 13:00 – 17:00 Uhr**

mit abschließender

Lernerfolgskontrolle: **16. Nov. 2008, 08:30 – 16:30 Uhr**

Leitung: Dr. med. D. Kobosil, Bad Nauheim
R. Demare, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198)

Teilnehmer des Arbeitsmedizin-Kurs A2 sowie B2 haben die Möglichkeit am G 20-Kurs zum halben Teilnahmebeitrag teilzunehmen.

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,
Tel. 06032 782-283, Fax-229, E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Fortbildung für Assistenten in Weiterbildung und für Ärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe 10 P

Themen: Das sterile Paar-Wege zur assistierten Reproduktion – Der männliche Sterilitätsfaktor – Vorbereitung und Durchführung der assistierten Reproduktion – Endokrine Therapie gynäkologischer Karzinome – Diagnostik und Therapie des Endometrium-Karzinoms – Descensus vaginae et uteri-Diagnostik und Therapie.

Mittwoch, 29. Okt. 2008, 09:00 – 16:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. W. Künzel, Gießen,
Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,
FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Schad, Akademie,
Tel.: 06032 782-213, Fax: -220 E-Mail: annerose.schad@laekh.de

Medizinische Versorgung und Befunderhebung nach Vergewaltigung

Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt in Kooperation mit der Landesärztekammer Hessen

Gefördert durch das Hessische Sozialministerium

Themen:

Vorstellung eines neuen Dokumentationsbogens – Klärung von Sachfragen (rechtsmedizinische Fragestellungen, Abrechnungspraxis) – Die Rolle als sachverständige Gutachter/Zeugen in der Hauptverhandlung – Fallbeispiele – Untersuchung ohne vorherige Anzeigenerstattung – Hilfesystem vor Ort.

Samstag, 08. Nov. 2008, 09:00 Uhr – 16:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim

Veranstaltungsort: Bad Nauheim,
FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Schad, Akademie,
Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: annerose.schad@laekh.de

Medical English

Das Ziel dieses Kurses besteht darin, kommunikative Kompetenzen in der englischen Sprache zu vermitteln bzw. zu verbessern, die den berufsspezifischen Umgang mit den fremdsprachigen Kolleg/innen und Patient/innen ermöglicht.

Teil I: **Samstag, 06. Sept. 2008**

Teil II: **Samstag, 20. Sept. 2008**

Teil III: **Samstag, 04. Okt. 2008**

Teil IV: **Samstag, 25. Okt. 2008**

Leitung: Dr. med. M. Nix, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Max. Teilnehmerzahl: 12

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,
Tel. 06032 782-287, Fax: -228, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Repetitorium Innere Medizin 2008 (insg. 51 P)

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

Unter der Gesamt-Moderation von **Professor Fassbinder** und Mitwirkung zahlreicher Referenten wird dabei das Gesamtgebiet der Inneren Medizin abgehandelt.

Montag, 10. Nov. – Samstag, 15. Nov. 2008

Programmübersicht:

Montag, 10. Nov. 2008 9 P

Gastroenterologie – Kardiologie

Dienstag, 11. Nov. 2008 9 P

Kardiologie – Internistische Intensivmedizin

Mittwoch, 12. Nov. 2008 9 P

Angiologie – Pneumologie

Donnerstag, 13. Nov. 2008 9 P

Internist. Onkologie/Hämatologie – Nephrologie

Freitag, 14. Nov. 2008 9 P

Rheumatologie – Endokrinologie/Diabetologie

Samstag, 15. Nov. 2008 6 P

Fallseminar

Leitung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Fulda

Tagungsort: Bad Nauheim,
FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Teilnahmebeitrag insg.: € 495 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 445)

Einzelbuchung pro Tag: € 150 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 135)

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,
Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Musik und Medizin in der Literatur

Dostojewski „Der Spieler“

Sonntag, 30. Nov. 2008

Leitung: Prof. Dr. phil. D. von Engelhardt, Lübeck

Teilnahmebeitrag: € 30

Tagungsort: Wiesbaden, Spielkasino

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,
Tel.: 06032 782-227, Fax: -229 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de



II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Zurück in den Arztberuf – Aktuelles aus der Praxis und für die Praxis

**Montag, 11. – Freitag, 15. Aug. 2008 und
Montag, 18. – Freitag, 22. Aug. 2008**

Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Prof. Dr. med. E.-G. Loch

Teilnahmebeitrag: € 1000 (Akademiemitgl. € 900)

Mindestteilnehmerzahl: 24

Kinderbetreuung kann in der Nähe organisiert werden.

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Tel. 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (theoretischer Teil 120 Stunden)

In Zusammenarbeit mit der DÄGfA bietet die Akademie den theoretischen Teil der Zusatzbezeichnung Akupunktur gemäß dem Curriculum der BÄK an.

Freitag, 22.08. – Sonntag, 24. 8. 2008 G1–G3

Freitag, 19.09. – Sonntag, 21. 9. 2008 G1–G3

Freitag, 03.10. – Sonntag, 5. 10. 2008 G1P–G3P

Freitag, 14.11. – Sonntag, 16. 11. 2008 G4–G6

Freitag, 28.11. – Sonntag, 30. 11. 2008 G7–G9

Freitag, 05.12. – Sonntag, 7. 12. 2008 G10–G12

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

Teilnahmebeitrag: Einzelkurs € 200

(Akademie- oder DÄGfA-Mitgl. € 150),

Blockbuchung G1–G3 (3 Kurse) € 525

(Akademie- oder DÄGfA-Mitgl. € 375)

Blockbuchung G1P–G3P (3 Kurse) € 525

(Akademie- oder DÄGfA-Mitgl. € 375),

G4–G12 (9 Kurse) € 200 pro Kurs

(Akademie- oder DÄGfA-Mitgl. € 150 pro Kurs)

Bei Komplettbuchung der Kurse G4 bis 12 wird die Gebühr für G12 erlassen, sofern keine Stornierung erfolgt.

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

Tel. 06032 782-281, Fax: -228, E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Termine 2008

alte Weiterbildungsordnung ab 1999 (letztmalig 2008!)

19./20. Sept. 2008 Block 17

„Psychosomatische Grundversorgung (Teil 2) **20 Std.**

15./16. Nov. 2008 Block 18

„Allgemeinärztl. Besonderheiten der Arzneibehandlung **12 Std./12 P**

neue Weiterbildungsordnung ab 1. 11. 2005

19./20. Sept. 2008

Psychosomatische Grundversorgung – Kurs B **16 Std.**

+ Balintgruppe **30 Std.**

Teilnahmebeitrag: € 35 für den halben Tag (4 Std.), € 60 für den ganzen Tag (8 Std.), € 50 für 6 Std., € 95 für 12 Std., € 155 für 20 Std.

Anmeldeschluss: spätestens 14 Tage vor Seminarbeginn!

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Tel. 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

s. Internet: www.laekh.de/front_content.php?idart=2747

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

Grundkurs A2 **Samstag, 13. – Samstag, 20. Sep. 2008** **60 P.**

Aufbaukurs B2 **Samstag, 08. – Samstag, 15. Nov. 2008** **60 P.**

Aufbaukurs C2 **Samstag, 06. – Samstag, 13. Dez. 2008** **60 P.**

Voraussichtliche Termine 2009:

Grundkurs A1 **Samstag, 24. – Samstag, 31. Jan. 2009**

Aufbaukurs B1 **Samstag, 21. – Samstag, 28. Feb. 2009**

Aufbaukurs C1 **Samstag, 21. – Samstag, 28. März 2009**

Grundkurs A2 **Samstag, 12. – Samstag, 19. Sept. 2009**

Aufbaukurs B2 **Samstag, 31. Okt. – Samstag, 07. Nov. 2009**

Aufbaukurs C2 **Samstag, 28. Nov. – Samstag, 05. Dez. 2009**

Teilnahmebeitrag pro Kursteil: voraus. € 490

(Akademiemitgl. € 441) Änderungen vorbehalten!

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

Einführung

in die Telelernphase: **13. Sept. 2008, 09:00 – 10:30 Uhr**

Telelernphase: **14. Sept. – 14. Nov. 2008**

Präsenzphase: **15. Nov. 2008, 13:00 – 17:00 Uhr**

mit abschließender

Lernerfolgskontrolle **16. Nov. 2008, 08:30 – 16:30 Uhr**

Leitung: Dr. med. D. Kobosil, Bad Nauheim

R. Demare, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Tel. 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Teilnehmer des Arbeitsmedizin-Kurs A2 sowie B2 haben die Möglichkeit am G 20-Kurs zum halben Teilnahmebeitrag teilzunehmen.

Didaktik

Moderatorenttraining

20 P

Termine: 02./03. Aug. 2008 (Kurs bereits belegt)

Tagungsort: Bad Nauheim, (neuer Termin: 16.–17. Jan. 2009)

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie

Tel. 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

Ernährungsmedizin (100 Std.)

(Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer)

Teil I: **23./24. Jan. 2009**

Teil II: **06./07. Feb. 2009**

Teil III: **20./21. Feb. 2009**

Teil IV: **06./07. März 2009**

Teil V: **20./21. März 2009**

Teil VI: Hospitation (20 Std.) **27./28. März. 2009 plus 1 Tag**

Klausur: **01. Apr. 2009**

Leitung: Prof. Dr. med. Michael Krawinkel, Gießen

Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. Jürgen Stein, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: voraus. € 990 (Akademiemitgl. € 891)

Tagungsorte: Teil I bis V Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Hospitation Frankfurt a. M. und Gießen

Universitätskliniken

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227 Fax -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de



Curriculum „Gesundheit & Ethnisch-kulturelle Vielfalt“

Aufbaukurs 2: Arabischer Raum und Nordafrika (ca. 16 UE)
 Freitag, 19. – Samstag, 20. Sept. 2008

Aufbaukurs 3: Afrika südlich der Sahara (ca. 16 UE)
 Freitag, 07. – Samstag, 08. Nov. 2008

Leitung: Dipl.- Psych. U. Cramer-Düncher,
 Dr. med. U. Schreiber-Popovic

Teilnahmebeitrag: je Kurs € 240 (Akademiemitgl. € 216)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Anmeldung bitte schriftlich an: Frau H. Cichon, Akademie,
 Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter (16 Std.)

Freitag, 24. – Samstag, 25. Okt. 2008 16 P

Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Schad, Akademie,
 Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: annerose.schad@laekh.de

Impfkurs

11 P

Samstag, 04. Okt. 2008, 09:00 – 17:30 Uhr

Leitung: Dr. med. H. Meireis, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: € 160 (Akademiemitgl. € 144)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltcher, Akademie,
 Tel.: 06032 782-211, Fax: -229, E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de

Programm s. Internet: www.laekh.de/front_content.php?idart=2747

Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Modul I–IV gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer

Modul I: **Mittwoch, 01. Okt. 2008**

Modul II: **Mittwoch, 05. Nov. 2008**

Modul III: **Mittwoch, 19. Nov. 2008**

Modul IV: **Freitag, 05. – Samstag, 06. Dez. 2008**

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

Teilnahmebeitrag: € 550 (Akademiemitgl. € 495)

Tagungsort: Bad Nauheim

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,
 Tel.: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Medizinische Rehabilitation 16-Stunden-Kurs nach der neuen Reha-Richtlinie (§ 135 Abs. 2 SGB V)

21 P

Samstag, 06. Sep. 2008, 9:00 – 17:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. T. Wendt, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 180 (Akademiemitgl. € 162)

Tagungsort: Bad Nauheim, Rehadzentrum der DRV-Bund,
 Klinik Wetterau, Zanderstraße 30-32

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
 Tel.: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Programm s. Internet: www.laekh.de/front_content.php?idart=2747

Notfallmedizinische Fortbildung

Notdienst-Seminar:

Samstag, 30. – Sonntag, 31. Aug. u. Samstag, 13. Sept. 2008
 Bad Nauheim € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Notfallmedizinisches Intensivtraining i. d. niedergel. Praxis: 10 P
 Samstag, 13. Dez. 2008, 10:00 – 18:00 Uhr

Bad Nauheim € 220 (Akademiemitgl. € 198)

Marburger Kompaktkurs „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“:

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

In Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Notfallmedizin des Uniklinikums Gießen/Marburg

Freitag, 03. – Samstag, 11. Okt. 2008

Leitung: Dr. med. C. Kill, Marburg

Tagungsort: Marburg,

Klinikum Lahnberge, Baldingerstr.

Teilnahmebeitrag: € 550 (Akademiemitgl. € 495) excl. Verpflegung

Leitender Notarzt:

Samstag, 22. – Dienstag, 25. Nov. 2008 Kassel

Wiederholungsseminar „Leitender Notarzt“:

Samstag, 16. Aug. 2008 Wiesbaden

Wiederholungsseminar „Leitender Notarzt“:

Samstag, 25. Okt. 2008 Kassel

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Tel.: 06032 782-202, Fax: -229,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Bitte melden Sie sich direkt bei der Einrichtung an, bei der Sie den Kurs besuchen möchten.

Termine: Baby-Mega-Code-Training:

Leitung: G. Kliemann

Teilnahmebeitrag: € 140 (Akademiemitgl. € 126)

Tagungsort: Friedberg, Vitracon, Saarstraße 30

Anmeldung und Auskunft: Jochen Korn,

Tel.: 06031 687038-0 Fax: -1, E-Mail: jochen.korn@vitracon.de

Termine: Mega-Code Training

Sonntag, 12. Okt. 2008 Sonntag, 16. Nov. 2008

Sonntag, 14. Dez. 2008

jew. von 09:00–17:00 Uhr

Tagungsort: Bad Nauheim,

Bildungseinrichtung der Johanniter, Schwalheimer Str. 84

Anmeldung und Auskunft: René Pistor,

Tel. 06032 9146-31, Fax: -60,

E-Mail: rene.pistor@juh-wetterau.de

Termine Mega-Code-Training:

ALS-Intensiv-Seminar:

Samstag, 01. Nov. 2008, 09:00 – 19:00 Uhr € 230

ALS- Refresher-Seminar:

Samstag, 06. Sept. 2008, 09:00 – 13:00 Uhr € 85

Leitung: Dr. med. Veit Kürschner

Tagungsort: Wiesbaden

Anmeldung und Auskunft: Frau A. Faust, Tel.: 0611 432832,

E-Mail: anette.faust@hsk-wiesbaden.de

Prüfarzt in klinischen Studien

Termine für 2009 in Planung!

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de



Palliativmedizin

Aufbaukurs Modul II	06. – 10. Aug. 2008	
	€ 550 (Akademiemitgl. € 495)	40 P
Fallseminar Modul III	03. – 07. Nov. 2008	
	€ 650 (Akademiemitgl. € 585)	40 P
Basiskurs	02. – 06. Dez. 2008	
	€ 550 (Akademiemitgl. € 495)	40 P

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

 Tel.: 06032 782-202, Fax: -229, E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de
Ärztliches Qualitätsmanagement

Block III	08. – 13. Sep. 2008	€ 1.010 (Akademiemitgl. € 909)	48 P
Block IV	10. – 15. Nov. 2008	€ 1.010 (Akademiemitgl. € 909)	48 P

Termine 2009:

Block I	09. – 15. Feb. 2009
Block II	20. – 25. Apr. 2009
Block III	07. – 12. Sep. 2009
Block IV	16. – 21. Nov. 2009

EFQM-Assessorentraining
Neue Termine in Planung!
Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Schad, Akademie,

 Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: annerose.schad@laekh.de
Reisemedizinische Gesundheitsberatung – Basisseminar – Strukturierte curriculäre Fortbildung (32 Std.) 32 P

(Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer)

Freitag – Samstag, 12. – 13. Sep. 2008 und
Freitag – Samstag, 24. – 25. Okt. 2008
Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 440 (Akademiemitgl. € 396)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7,

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler Akademie,

 Tel. 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de
Progr. s. Internet: www.laekh.de/front_content.php?idart=2747
Spezielle Schmerztherapie

Teil III	08. – 09. Nov. 2008	Kassel	20 P
Teil IV	20. – 21. Sep. 2008	Wiesbaden	20 P

Teilnahmebeitrag pro Teil: € 220 (Akademiemitgl. € 198)

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

 Tel. 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de
Sozialmedizin (insg. 320 Std.)
Grundkurs GK II Mittwoch, 15. – Freitag, 24. Okt. 2008 80 P

Grundlagen der Rehabilitation, Gesundheitsförderung und Prävention, Leistungsarten, -formen und Zugang zur Rehabilitation

Teilnahmebeitrag pro Kursteil: € 650 (Akademiemitgl. € 585)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

 Tel.: 06032 782-287, Fax: -228, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

 Termine 2009: **AK I 25. März – 03. Apr., AK II 28. Okt. – 06. Nov.**
Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)
14. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung
V. 08. – 10. Aug. 2008 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr) 20 P
A. Magen–Darm–Erkrankungen; Suchtkrankheit im engeren und weiteren Sinne; Verläufe, Balintgruppenarbeit.

B. Die psychosomatische Bedeutung von besonderen Entwicklungsabschnitten; hiermit zusammenhängende Lebensereignisse und Umgang hiermit: Schwangerschaft, Geburt, Schule, Partnerschaft, Trennung, Tod und Sinnkrisen. Spezielle Interventionsformen im Falle von Suchterkrankung

VI. 21. – 23. Nov. 2008 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr) 20 P
15. Curriculum 16. – 18. Jan. 2009
Leitung: Prof. Dr. med. W. Schüffel, Marburg,

Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Teilnahmebeitrag: Block (20h) € 300 (Akademiemitgl. € 270)

Konferenz Psychosomatische Grundversorgung für Absolventen der Grundveranstaltung 18. Okt. 2008 10 P

In diesem Jahr findet die 4. Konferenz Psychosomatische Grundversorgung in der auf Einladung von Dr. Merkle in der Psychosomatischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist in Frankfurt statt. Teilnehmen können alle Ärztinnen und Ärzte, die das Curriculum Psychosomatische Grundversorgung erfolgreich abgeschlossen haben. Die eintägige, CME-zertifizierte Fortbildungsveranstaltung bietet Ihnen die Möglichkeit, Ihr Wissen in psychosomatischer Grundversorgung zu vertiefen und auf die Praxistauglichkeit hin zu überprüfen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zu einem interkollegialen Austausch und einer Vernetzung mit ebenso interessierten wie interessanten Kolleginnen und Kollegen.

Bei dem diesjährigen Seminar geht es um die Zusammenarbeit zwischen ambulanter psychosomatischer Grundversorgung und der ambulanten Psychotherapie sowie der Psychosomatischen Klinik. Praktische Übungen mit Videofeedback helfen den Ärzten, ihre Gesprächstechniken zu überprüfen und zu professionalisieren.

Themen: Psychosomatische Grundversorgung und Psychosomatische Klinik – Eine Zusammenarbeit mit Zukunft!, Das symptomzentrierte Gespräch und die vier Seiten des Symptoms; Indikation für die Überweisung zum Psychotherapeuten in die Psychosomatische Klinik – Interaktiver Austausch mit Experten; Balintgruppe (Außen/Innenkreis); Kommunikation und Gesprächstechniken mit Videoaufzeichnung Teil I. Arzt-Patienten-Beziehung, Kommunikation und Gesprächstechniken mit Videoaufzeichnung Teil II. Arzt und Team; Wie sag ichs dem Patienten – Erfahrungen und Hinweise im Umgang mit Patienten die „nichts“ (oder „nur Seelisches“) haben!

Leitung: Prof. Dr. med. W. Schüffel, Marburg,

Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Frankfurt a. M.,

Hospital zum Heiligen Geist GmbH, Lange Str. 4–6

Teilnahmebeitrag: € 150 (Akademiemitgl. € 135)

31. Bad Nauheimer Psychotherapietage 2008
Block 4: Samstag 18. Okt. 2008, 09:15 – 18:30 Uhr
Leitung: Prof. h. c. Dr. med. Nossrat Peseschkian, Wiesbaden, und Mitarbeiter

Tagungsort: Wiesbaden,

Internationale Akademie für Positive und Transkulturelle Psychotherapie, Langgasse 38–40

Teilnahmebeitrag: € 140 (Akademiemitgl. € 126)

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie,

 Tel.: 06032 782-238, Fax -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de


Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV

Kenntniskurs

Mittwoch, 13. Aug. 2008

Theoretische Unterweisung (vormittags) und Praktische Unterweisung (nachmittags) **6 P**

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Spezialkurs: Samstag, 09. – Sonntag, 10. Aug. 2008* **23 P**

€ 280 (Akademiemitgl. € 252)

* + 1 Nachmittag nach Wahl in der Folgewoche. **Praktikum und Prüfung im Uni-Klinikum Gießen**

Aktualisierungskurs gem. RöV **9 P**

Mittwoch, 30. Juli 2008, 13:30 – 20:45 Uhr

Samstag, 08. Nov. 2008, 09:00 – 16:15 Uhr

€ 110 (Akademiemitgl. € 99)

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

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltcher, Akademie,

Tel. 06032 782-211, Fax: -229, E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de

Suchtmedizinische Grundversorgung (50 Std.)

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

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

Herbst 2008 Rheinland-Pfalz

Kursteil 1 **12. – 13. Sept. 2008**

Baustein I Grundlagen 1 und 2

Kursteil 2 **18. – 19. Okt. 2008**

Baustein II Alkohol/Nikotin und Wahlthema

Kursteil 3 **07. – 08. Nov. 2008**

Baustein III (Medikamente)/VI (illegale Drogen)

Kursteil 4 **21. – 22. Nov. 2008**

Baustein V – Motivierende Gesprächsführung V

Teilnahmebeitrag pro Wochenende: € 165 (pro Kurs € 660)

Auskunft: Frau B. Kröhler, Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz,

Tel.: 06131 28438-15, Fax: -10, E-Mail: kroehler@arztkollege.de

Frühjahr 2009 Hessen:

Neue Termine in Planung!

Auskunft: Frau K. Baumann, Akademie,

Tel. 06032 782-281, Fax: -228, E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Ultraschallkurse

Abdomen

Abschlusskurs

01. Nov. 2008 (Theorie) + 2 x 5 Std. Praktikum € 230
(Akademiemitgl. € 207) **29 P**

Gefäße

Abschlusskurs (hirnversorg. Gefäße)

21. und 22. Nov. 2008 (Theorie + Praktikum) € 290
(Akademiemitgl. € 260) **20 P**

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Jost,

Tel.: 069 97672-552, Fax: -555, E-Mail: marianne.jost@laekh.de

Verkehrsmedizinische Qualifikation

(Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer)

Freitag, 19. Juni 2009, 13:00 – 18:15 Uhr und

Samstag, 20. Juni 2009, 09:00 – 18:15 Uhr

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

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7,

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler Akademie,

Tel. 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Programm s.: www.laekh.de/front_content.php?idart=2747

Umweltmedizin

Neue Termine in Planung!

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Tel. 06032 782-287, Fax: -228, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Kompaktkurs Zweite Leichenschau

(gemäß dem neuen Friedhofs- und Bestattungsgesetz)

Der Kurs gliedert sich wie folgt: Theorie (6,5 Stunden) – Praktische Schulung (50 Stunden im Krematorium mit Untersuchung von mindestens 100 Leichen) – Abschlussprüfung (1,5 Stunden)

Termin: Aug./Sept. 2008

(genauer Termin wird noch bekannt gegeben)

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

Dr. med. M. Schimmelpfennig, Kassel

Teilnahmebeitrag: insg. € 650 (davon prakt. Schulung € 400, Prüfung € 50) (Akademiemitgl. insg. € 630)

Teilnehmerzahl: max. 15

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

Tel.: 06032 782-281, Fax: -228 E-Mail: katja.baumann@laekh.de

ALLGEMEINE HINWEISE

Programme: Die Akademie muss sich kurzfristige Änderungen vorbehalten. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Anmeldung: Bitte melden Sie sich unbedingt schriftlich in der Akademie an. Bei der Vielzahl der Seminare gilt Ihre Anmeldung als angenommen, wenn wir keine Absage z.B. wegen Überbelegung schicken. Beachten Sie bitte jeweils die organisatorischen Angaben, insbesondere zu den Teilnahmevoraussetzungen! Wenn wir Veranstaltungen kurzfristig absagen müssen, finden Sie die Information darüber auf der Homepage der Kammer. Diejenigen, die sich mit Adresse bei uns angemeldet haben, benachrichtigen wir persönlich.

Teilnahmebeitrag für Seminare sofern nicht anders angegeben: € 50/halber Tag, € 90/ganzer Tag für Nicht-Mitglieder der Akademie, Akademiemitglieder kostenfrei (inkl. Seminarunterlagen und Pausenverpflegung).

Mitgliedschaft: Es besteht die Möglichkeit, am Tagungsbüro die Akademie-Mitgliedschaft zu erwerben. Dann gilt der reduzierte Teilnahmebeitrag.

Ausnahme: Kurse und Veranstaltungen, für die der Teilnahmebeitrag vorher

entrichtet werden muss; dann kann die Mitgliedschaft nur mit der Anmeldung beantragt werden, und nur dann gelten die reduzierten Teilnahmebeiträge. Der Jahresbeitrag für die Akademiemitgliedschaft beträgt € 90.

Übernachtungsmöglichkeit: Mit Eröffnung des Gästehauses der LÄKH können wir nun den Referenten und Teilnehmern Übernachtungsmöglichkeiten direkt im Fortbildungszentrum bieten. Für nähere Information wenden Sie sich bitte an

Frau Mirjana Redžić, Gästehaus des Fortbildungszentrums der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Tel. 06032 782-140, Fax: 06032 782-250, E-Mail mirjana.redzic@laekh.de

Fortbildungszertifikat: Die angegebenen Punkte P gelten für den Erwerb des freiwilligen Fortbildungszertifikats der Akademie der LÄK Hessen (250 P in 5 Jahren), sowie für die gesetzlich vorgeschriebene Fortbildungspflicht. Den Antrag stellen Sie bitte an die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Frau Baumann, Fax 06032 782-228. Das Ausstellen von Fortbildungszertifikaten dauert in der Regel 6–8 Wochen. Wir bitten um Ihr Verständnis.





Schwerpunkt Medizin

Aufbereitung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis (30 Stunden)

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

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

Termin:

SAC 3, Freitag, 8.8.2008 bis Samstag 9.8.2008
und Donnerstag, 21.8.2008 bis Samstag, 23.8.2008

SAC 4, Freitag, 12.9.2008 bis Samstag 13.9.2008
und Donnerstag, 18.9.2008 bis Samstag, 20.9.2008

Teilnahmegebühr: € 410

Ansprechpartner: Monika Kinscher, Telefon: 06032 782-187, Fax -180

EKG Grundlagen (MED 2)

Inhalte: Anatomie und Physiologie des Herzens, Maßnahmen der Patientenbetreuung, prakt. Durchführung und Überblick über die Auswertung eines Ruhe-EKGs, Fehlermöglichkeiten, Geräterwartung.

Termin: Samstag, 9.8.2008, 10:00–16:30 Uhr (7 Std.)

Teilnahmegebühr: € 95

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax -180

„Ruhe- und Belastungs-EKG“ für Fortgeschrittene Teil I (MED 3)

Inhalte: Erkennung von technischen (Anwendungs-) Fehlern anhand von Herzstromkurven, Grundlagen der Pathologie (Ruhe-EKG), Notfallausstattung und Geräterwartung für den Funktionsbereich Belastungs-EKG, Prakt. Durchführung (inkl. Monitoring) und Überblick über die Auswertung eines Belastungs-EKGs.

Die Veranstaltung wird unter ärztlicher Leitung durchgeführt.

Termin: Samstag, 23.8.2008, 10:00–16:30 Uhr,

Teilnahmebeitrag: € 95

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax -180

Prävention im Kindes- und Jugendalter (84 Stunden)

Entwicklung und Familie (PRK 1)

Termin: Samstag, 20.9.2008, 08:30–14:00 Uhr, (6 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Primäre Prävention in Kindheit und Jugend (PRK 2)

Termin: Donnerstag, 23.10.2008, 13:30 bis Samstag, 25.10.2008,
17:45 Uhr (26 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 350

Sekundäre Prävention in Kindheit und Jugend (PRK 3)

Termin: Freitag, 14.11.2008, 13:30–16:45 Uhr (4 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 70

Tertiäre Prävention (PRK 4)

Termin: Samstag, 15.11.2008, 08:30–10:00 Uhr (2 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 40

Organisation, Koordination und Qualitätsmanagement (PRK 5)

Termin: Samstag, 15.11.2008, 10:15–16:00 Uhr (6 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax -180

Schwerpunkt Onkologie

Therapeutische und pflegerische Grundlagen schwerstkranker Patienten (ONK 3)

Termin: Donnerstag, 7.8.2008 ab 10:00 Uhr bis Freitag, 8.8.2008
15:30 Uhr (15 Std.)

Teilnahmegebühr: € 185

Dokumentation von Patientenakten, Studienteilnahme und Recht (ONK 2)

Termin: Samstag, 9.8.2008, 09:00–15:30 Uhr (7 Std.)

Teilnahmegebühr: € 95

Psychoonkologische Grundlagen (ONK 4)

Termin: Donnerstag, 18.9.2008 ab 13:30 Uhr bis Freitag, 19.9.2008
14:30 Uhr (15 Std.)

Teilnahmegebühr: € 95

Ansprechpartner: Elvira Keller, Telefon: 06032 782-185, Fax -180

Klinikassistentz (120 Stunden)

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

Termin: Interessentenliste

Teilnahmebeitrag: € 1.190 inkl. Kolloquium

Ansprechpartner: Monika Kinscher, Telefon: 06032 782-187, Fax -180

Ambulante Versorgung älterer Menschen

Wundmanagement (AVÄ 4)

Inhalte: Wundarten/-heilung, -Verläufe einschätzen, Wundheilungsstörungen erkennen und Interventionsmaßnahmen durchführen, Wundversorgung durchführen und Verbandtechniken anwenden, Wundprophylaxe einschließlich druckreduzierender und -entlastender Maßnahmen durchführen, Wundbehandlung dokumentieren, Hebe- und Lagerungstechniken anwenden.

Termin: Freitag, 8.8.2008, 13:30–17:30 Uhr, bis Samstag, 9.8.2008,
08:30–13:00 Uhr (10 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 150

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax -180

Krankheitsbilder und typische Fallkonstellationen (AVÄ 1)

Inhalte: Altersmedizinische Grundlagen kennen, demenzielles Syndrom beschreiben, Diabetes mit Folgekrankheiten erläutern, Krankheiten mit erhöhtem Sturzrisiko beschreiben, Dekubitusrisiko einschätzen, Schwerstkranken und Palliativpatienten begleiten.

Termin: Freitag, 12.9.2008, 13:00–18:30 Uhr, (6 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax -180

Geriatrisches Basisassessment (AVÄ 2)

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

Termin: Samstag, 13.9.2008, 09:30–15:00 Uhr, (6 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax -180

Hausbesuche und Versorgungsplanung (AVÄ 3)

Inhalte: Rechtliche und medizinische Rahmenbedingungen von Hausbesuchen beachten, häusliche Rahmenbedingungen einschätzen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen, Hausbesuchstasche kontrollieren, Hausbesuchsprotokoll führen, Versorgungs- und sozialrechtliche Anträge begleiten.

Termin: Mittwoch, 24.9.2008, 15:00–18:30 Uhr, (4 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 70

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax -180





Patientenbetreuung/Praxisorganisation

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 10)

Inhalte: Techniken der Kommunikation anwenden, Gesprächsführung insbesondere mit spezifischen Patientengruppen und betreuenden Personen beherrschen, Telefonkommunikation durchführen, Konfliktlösungsstrategien einsetzen, sich mit der Berufsrolle auseinandersetzen.

Termin: Freitag, 8. 8. 2008 10:00–17:30 Uhr, (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax -180

Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 7)

Inhalte: Welche Kostenträger nehmen an der vertragsärztlichen Abrechnung über die KV teil?, Besonderheiten bei der Abrechnung mit den „Sonstigen Kostenträgern“, Aufbau und Systematik des EBM 2000 plus, allgemeine Bestimmungen, wann darf ich welche Ziffer abrechnen, Erläuterungen der wichtigsten allgemeinen Leistungen, Umgang mit der Praxisgebühr.

Die jeweils gültigen Beschlüsse der zuständigen Abrechnungsstellen werden in den Inhalten berücksichtigt.

Termin: Samstag, 9. 8. 2008 10:00–16:30 Uhr und Samstag, 16. 8. 2008, 09:30–17:30 Uhr, (16 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 185

Ansprechpartner: Elvira Günthert, Telefon: 06032 782-132, Fax -180

Wahrnehmung und Motivation (PAT 14)

Inhalte: Modelle der Selbst- und Fremdwahrnehmung verstehen, Motivation und Bedürfnisse einschätzen, Patienten und betreuende Personen zur Mitwirkung motivieren, Besonderheiten spezifischer Patientengruppen berücksichtigen, soziales Umfeld einschätzen.

Termin: Samstag, 9. 8. 2008, 10:00–17:30 Uhr, (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax -180

Beschwerde- und Konfliktmanagement (PAT 3)

Inhalte: Teamarbeit fördern, „Eigenes“ Rollenverständnis im Praxisteam beobachten und analysieren, Beschwerde- und Konfliktmanagement anwenden und analysieren, Lösungsstrategien anwenden.

Termin: Freitag, 29. 8. 2008, 10:00–17:30 Uhr, (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax -180

Moderation (PAT 11)

Inhalte: Präsentationsmedien, Präsentationstechniken, Einführung in die Methodik

Termin: Samstag, 30. 8. 2008 10:00–17:30 Uhr, (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax -180

Englisch für Gesundheitsberufe (PAT 8)

Inhalte: Begrüßung und Verabschiedung von Patienten, Aufnahme von Patientendaten, Terminabstimmung, Praxisräume und Funktionsbereiche, Anleitung des Patienten zur Vorbereitung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Termin: insgesamt 4 x samstags: 23. 8. 2008, 30. 8. 2008, 13. 9. 2008, 20. 9. 2008 (20 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 280

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax -180

Privatliquidation – Grundlagen und Übungen am PC (PAT 12)

Inhalte: Grundlagen der GOÄ: Bewertungs- und Begründungssystematik bei Höherbewertung, Wegegeld, Analoge Bewertungen, Materialkosten, Rechnungslegung, Gebührenverzeichnis: Begriff des Behandlungsfalles und dessen abrechnungsrelevante Konsequenz, Anwendungsbeispiele zur Rechnungslegung, Inhaltliche Interpretation einzelner ausgewählter Leistungslegenden, allgemeine Abrechnungsbestimmungen zu einzelnen Leistungen oder Abschnitten der GOÄ.

Termin: Samstag, 13. 9. 2008, 09:30–17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Ansprechpartner: Elvira Günthert, Telefon: 06032 782-132, Fax -180

Qualitätsmanagement (120 Stunden)

Grundlagen und Grundbegriffe im Qualitätsmanagement QMA 1 (30 Stunden)

Termin: Freitag, 22. 8. 2008 bis Samstag, 23. 8. 2008 und Freitag, 5. 9. 2008 bis Samstag, 6. 9. 2008

Teilnahmebeitrag: € 350

Methoden und Tools für ein qualifiziertes Praxismanagement Teil 1 QMA 2 (30 Stunden)

Termin: Freitag, 19. 9. 2008 bis Samstag, 20. 9. 2008 und Freitag, 24. 10. 2008 bis Samstag, 25. 10. 2008

Teilnahmebeitrag: € 350

Methoden und Tools für ein qualifiziertes Praxismanagement Teil 2 QMA 3 (30 Stunden)

Termin: Freitag, 28. 11. 2008 bis Samstag, 29. 11. 2008 und Freitag, 12. 12. 2008 bis Samstag, 13. 12. 2008

Teilnahmebeitrag: € 350

Ansprechpartner: Monika Kinscher, Telefon: 06032 782-187, Fax -180

Schwerpunkt Palliativmedizin

Symptomkontrolle in der palliativmedizinischen Versorgung (PAL 1)

Termin: Freitag/Samstag, 15./16. 8. 2008 (16 Std.)

Teilnahmegebühr: € 185

Therapeutische und pflegerische Grundlagen in der ambulanten Versorgung (PAL 2)

Termin: Freitag/Samstag, 05./6. 9. 2008 (15 Std.)

Teilnahmegebühr: € 185

Sterben, Trauer, Pietät (PAL 3)

Termin: Donnerstag, 18. 9. 2008 ab 13:30 Uhr bis Samstag, 25. 10. 2008 (8 Std.)

Teilnahmegebühr: € 95

Palliativmedizinische Zusammenarbeit und Koordination (PAL 4)

Termin: Freitag/Samstag, 14./15. 11. 2008 und Freitag, 5. 12. 2008 (20 Std.)

Teilnahmegebühr: € 255

Ansprechpartner: Elvira Keller, Telefon: 06032 782-185, Fax -180

Betriebsmedizinische Assistenz

Herz-Kreislauf und Ergometrie in der Arbeitsmedizin

Inhalte: Rechtsvorschriften, berufsgenossenschaftliche Grundsätze, Abrechnung von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen, physikalische Grundlagen kennen und überwachen, Leistungsphysiologische Grundbegriffe, praktische Übungen (Durchführung eines EKGs und Belastungs-EKGs, Anleitung und Kommunikation mit den Probanden, Vermeidung von Fehlerquellen, Ausschluss- und Abbruchkriterien, Dokumentation, Verhalten bei Notfallsituationen (u. a. Übungen der Reanimation).

Termin: 5. 9. 2008 ab 14:00 Uhr bis 6. 9. 2008, 13:00 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 150

Ansprechpartner: Elvira Keller, Telefon: 06032 782-185, Fax -180

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen an. Eine Bestätigung der Anmeldung erfolgt schriftlich.

Veranstaltungsort: soweit nicht anders angegeben, finden die Veranstaltungen im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, 61231 Bad Nauheim, Carl-Oelemann-Weg 5, statt.

Teilnahmebescheinigung: am Ende einer Veranstaltung erhalten die Teilnehmer/innen eine Teilnahmebescheinigung. Nach erfolgreicher Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen/Qualifizierungslehrgängen mit einem Stundenumfang ab 40 Stunden erhalten die Teilnehmer/innen ein Zertifikat. Nach Abschluss eines Qualifizierungslehrgangs, der einen Stundenumfang von mindestens 280 Stunden umfasst, erhalten die Teilnehmer/innen eine Urkunde.



Medizinischer Einsatz in Mali – Westafrika *Angelika Schultze*

Eine betörende Konstellation von Mond und Sternen lässt den Himmel über Mali hell erscheinen und wirft auf die Landschaft ein außergewöhnliches Licht. Mali, im Westen von Afrika, bis 1960 französische Kolonie, ist klimatisch ein zweigeteiltes Land. Im Norden ist die Sahara, im Süden die Savanne, die den Niger umgibt. Das Landschaftsbild Malis wird geprägt von der braunroten Erde mit ihrem aufgewirbelten Sand und den trockenen Bodenwellen sowie grandiosen, wunderschön gewachsenen, größtenteils solitär stehenden Bäumen wie die Kapok- und Sheabutterbäume. 50% der Bevölkerung über 15 Jahre sind Analphabeten, nur die Hälfte hat Zugang zu frischem Trinkwasser. Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt bei 48,1 Jahren, die Kindersterblichkeit beträgt 11,8%. Gerade einmal 10% der Bevölkerung sind der französischen Amtssprache mächtig, ansonsten besteht eine unüberschaubare Vielfalt an einheimischen Sprachen. Auf 18.046 Einwohner kommt ein Arzt, in Deutschland auf 298 Einwohner ein Arzt. Ein Facharbeiter verdient in der Hauptstadt zwischen 50 und 70 Euro.

Zum zweiten Mal betrete ich mit einem fünfzehnköpfigen Ärzteteam afrikanischen Boden. Am 21. Februar startete unser Team, bestehend aus zwei Internisten, einem Chirurgen, zwei Allgemeinmedizinern, zwei Kinderärzten, einem Augenarzt, einem HNO-Arzt, zwei Zahnärzten, einer Krankenschwester, einer Biologin sowie einer Krankengymnastin. Unsere Einsatzorte liegen west- und südlich der Hauptstadt Bamako in armseligen unterversorgten Ortschaften. Dort werden wir von Patienten, die bei über 40 Grad im Schatten geduldig ausharren, bereits erwartet. Medikamente und Instrumente haben wir selbst mitgebracht und so richten wir uns vor Ort ein. In

den folgenden Tagen versorgen wir Tausende von Patienten. Die Lebensbedingungen der meisten Menschen in Mali sind von Armut und schlechter Hygiene gekennzeichnet. So sind Ausprägung und Häufigkeit vieler Tropenerkrankungen wie Bilharziose, Malaria, Lepra, Trichomykosen, Pyodermien durch Armut, der fehlenden Hygiene oder der unzureichenden Möglichkeit der medizinischen Betreuung mitverursacht. Trotz alledem treffen wir auf Menschen, die ihre Armut annehmen ohne sich dagegen aufzulehnen, die dankbar sind für jede Art von Unterstützung und es hinnehmen,

wenn sie keine bekommen. Es sind die Ärmsten der Armen von denen wir, die Wohlstandsmenschen, einiges lernen können. Im Gegensatz zu uns streben sie nicht nach immer mehr äußeren Perfektionen oder Reichtum, jammern nicht oder empören sich nicht, wenn sie dies oder jenes nicht haben oder bekommen. Sie sind dankbar für das, was sie haben und versuchen das Beste daraus zu machen. Selbst die im ganzen Land anzutreffenden bettelnden Kinder behalten, wie auch die Erwachsenen, selbst bei



Kinder in Mali



Krankenzimmer/Krankenhaus in Mali

extremer und für uns kaum vorstellbarer Armut, ihre Würde.

Dieser medizinische Einsatz verhalf uns zu vielen neuen Eindrücken, die kollegiale Zusammenarbeit verlief einzigartig vorbildlich, ganz wunderbar und so gilt mein Dank all den Spendern, die mich und meine Kollegen unterstützt haben!

Anschrift der Verfasserin

*Dr. med. Angelika Schultze
Rittlehnstraße 31
36041 Fulda*

Sicherer Verordnen

Komplementäre Behandlungsmethoden

Spezifische Gefahren in der Onkologie

Im Gegensatz zu Anwendung komplementärer Behandlungsmethoden bei chronischen, nicht akut lebensbedrohlichen Erkrankungen wie z. B. rheumatoide Arthritis kann eine alleinige Anwendung dieser Methoden in der Onkologie eine Heilungschance für immer verstreichen lassen. In einer Übersicht weisen die Autoren auf folgende spezifische Risiken hin:

Methode	Spezifische Gefahren
Akupunktur	Verletzungen und Infektionen
Antioxidantien	Positive Wirkung ungesichert, zum Teil krebsfördernd
Eigenbluttherapie	Übertragung von Viren (Hepatitis B, HIV)
Immunstimulantien	Paradoxe Reaktionen mit Stimulation des Tumorwachstums oder Veränderung des Metastasierungsverhaltens
Krebsdiäten, nicht ausgewogen	Mangelernährung mit Gewichtsabnahme, Leistungsminderung und Abwehrschwäche
Misteltherapie	Allergischer Schock
TCM (traditionelle chinesische Medizin)	Undeklariertes Zusatz hochwirksamer Arzneistoffe, karzinogene Inhaltsstoffe
Thymus-/Milzextrakte vom Kalb	Übertragung von BSE
Vitamintherapie, hochdosiert	Hypervitaminosen
Zelltherapie	Allergischer Schock

Darüber hinaus verweisen die Autoren auf Interaktionen von Phytotherapeutika mit Zytostatika (z. B. Johanniskraut, Grapefruit, Phytoestrogene generell), die die Wirkung, aber auch die unerwünschten Wirkungen wie Nephro- oder Hepatotoxizität der Zytostatika vermindern oder verstärken können.

Es gibt zu denken, dass nach einer Studie im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern in Deutschland Ärzte die wesentlichen Promotoren komplementärer Heilmethoden sind. Trotz eines subjektiv eingeschätzten niedrigen Kenntnisstandes der Ärzte über die jeweiligen Methoden wird ihnen ein vergleichsweise hoher Nutzen beigemessen.

Quelle: *Der Internist, Sonderheft März 2008, 12*

Erythropoetine

Verkürzte Überlebensdauer

Erythropoetine (Epoetin α , Epoetin β , Darbepoetin α) dürfen in den USA bei Krebspatienten

grundsätzlich nur noch angewandt werden, um eine Bluttransfusion zu vermeiden und nur noch bei einer Anämie als Folge einer Chemotherapie (nicht bei Anämien im Verlauf einer Tumorerkrankung). Nach Beendigung einer Chemotherapie müssen Erythropoetine wieder abgesetzt werden. In einer Studie war die Überlebensdauer selbst bei den Krebspatienten verkürzt, bei denen der Hb-Gehalt nicht über 12 g/dl lag. Diskutiert wird zusätzlich ein vollständiges Verbot der Anwendung von Erythropoetinen beim Mammakarzinom und bei Kopf-Hals-Tumoren. Fachinformationen geben immer noch obere

Hb-Grenzwerte von 13 g/dl zur Therapie mit Erythropoetin an.

Quellen: *www.aerzteblatt.de*,

4. Kongress des Instituts für Qualität Nordrhein, Düsseldorf, März 2008

Knoblauch

Interaktion mit Saquinavir

Das BfArM hat verfügt, Knoblauchpräparate mit mehr Gehalt an Knoblauch als es 0,8 g frischem Pflanzenmaterial entspricht mit Warnhinweisen zu versehen, dass bei gleichzeitiger Einnahme die Wirksamkeit von Saquinavir (Invirase®) vermindert wird. Nach amerikanischen Erfahrungen nehmen bis zu 35 % der AIDS-Patienten gleichzeitig Knoblauchzubereitungen ein. Die Aufnahme von zweimal täglich 4 g frischem Knoblauch ergab einen um 54 % erniedrigten Plasmaspiegel des Proteinkinase-Inhibitors. Auf diese mindestens seit 2002

bekannte Interaktion wird in der ausführlichen Fachinformation zu Saquinavir 2007 hingewiesen. Bei Arzneimittelverordnungen sollte immer auch an mögliche, überwiegend individuell ausgeprägte Interaktionen mit pflanzlichen Arznei- oder Nahrungsmitteln gedacht werden.

Quelle: *Pharm. Ztg. 2008; 153: 101*

Orthokin

Weiterhin kein wissenschaftlicher Nachweis eines medizinischen Nutzens

Das Wirkprinzip des aus Blut des Patienten individuell hergestellten „Orthokins“ soll in einer In-vitro-Stimulation der Monozyten liegen, vermehrt den Interleukin-1-Rezeptorantagonisten (IL-1Ra) zu produzieren. Die Frage bleibt offen, ob dies für eine erfolgreiche Unterdrückung der durch Interleukin-1 induzierten proinflammatorischen Effekte ausreicht. Nach einem Kommentar zur Wirksamkeit von Orthokin bei lumbalen Bandscheibenvorfällen werden einer Studie schwere methodische Mängel vorgeworfen: u. a. nicht plausibler Studienplan, diffuse Einschlusskriterien, keine belegte Vergleichbarkeit der Studienarme. Ähnliche Kritik gilt für eine Studie bei Kniegelenksarthrosen (untersucht gegen Hyaluronsäure oder Placebo). Nach Ansicht des Autors wird bei problematischer enger personeller und finanzieller Verflechtung zwischen dem Hersteller (Orthogen AG) und der Studienleitung auf Produktwerbung deutlich mehr Wert gelegt. Nachdem der Ärztekammer weitere kritische Stimmen aus Fachkreisen zu Orthokin vorliegen, kann der Einschätzung des Autors zugestimmt werden, dass eine Erstattung von Orthokin durch private Krankenkassen unverändert nicht gegeben ist.

Hinweis: Seit 2002 ist ein rekombinant hergestellter IL-1Ra, im Handel als Anakinra®, bei rheumatoider Arthritis zugelassen. Die „Individualrezeptur“ Orthokin dagegen unterliegt keiner behördlichen Überprüfung auf Wirksamkeit und Unbedenklichkeit.

Quelle: *Versicherungsmedizin 2008, Heft 1, 36*

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:

Rheinisches Ärzteblatt 5/2008

Weiterbildungsordnung 2005 – Achtung, Fristen laufen aus!

Mit Inkrafttreten der neuen Weiterbildungsordnung (WBO) zum 1. November 2005 wurden erstmalig Fristen für den Erwerb von Arztbezeichnungen nach den bisher gültigen Bestimmungen eingeführt. Die allgemeinen Ausführungen hierzu finden sich im § 20 des Abschnitt A „Paragraphenteil“ der WBO 2005. Hinzu kommen spezielle Übergangsvorschriften zu einzelnen Weiterbildungsqualifikationen, die sich in Abschnitt B und C der WBO den Ausführungen zum Inhalt der Weiterbildung in den betreffenden Qualifikationen anschließen. § 20 der WBO 2005 „Allgemeine Übergangsbestimmungen“ ist für das Weiterbildungsrecht von großer Bedeutung, da in diesem Paragraphen die Fristen für den Erwerb von Arztbezeichnungen nach bisher gültigem Recht, aber auch die Fristen für den Erwerb der in die WBO 2005 neu eingeführten Arztbezeichnungen geregelt werden.

Alle nach bisher gültigem Weiterbildungsrecht erworbenen Qualifikationsnachweise behalten ihre Gültigkeit; zu führen ist jedoch die entsprechende, jetzt festgelegte Bezeichnung.

Alle nach bisher gültigem Weiterbildungsrecht erworbenen Arztbezeichnungen dürfen weitergeführt werden, auch wenn sie nicht mehr Gegenstand der WBO 2005 sind. Als Beispiel möge die Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Orthopädie“ dienen: Wer diese Bezeichnung erworben hat, darf sie auch führen und ankündigen. Zukünftig wird es diese Bezeichnung jedoch nicht mehr geben; im Rahmen der europaweiten Harmonisierung der Arztbezeichnungen ist die Bezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Orthopädie“ in die neue Arztbezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie“ aufgegangen.

Die Weiterbildung nach bisher gültigem Weiterbildungsrecht ist befristet
Ärztinnen und Ärzte, die ihre Weiterbil-

dung in Hessen vor dem 1. November 2005 begonnen haben, haben die Wahl, ob sie ihre Facharztweiterbildung innerhalb einer Frist von sieben Jahren, also spätestens bis zum 31. Oktober 2012 nach dem bisher gültigem Weiterbildungsrecht oder aber nach den Regeln der WBO 2005 abschließen möchten.

Die Übergangsfristen für die Schwerpunkt- und Zusatzweiterbildungen sind entsprechend kürzer: Ärztinnen und Ärzte, die sich bei Inkrafttreten der WBO 2005 nach Facharztanerkennung in einer Schwerpunktweiterbildung befanden, können diese innerhalb einer Frist von drei Jahren nach dem bisher gültigen Weiterbildungsrecht absolvieren.

Die Übergangsfristen für den Abschluss einer Weiterbildung in einem Bereich gem. WBO 1995 sowie für den Erwerb einer neu eingeführten Arztbezeichnung wurden verlängert.

Die Delegierten der Landesärztekammer Hessen haben in ihrer Sitzung am 15. März 2008 beschlossen, dass der Abschluss einer Weiterbildung in einem Bereich (Zusatzweiterbildung) gem. bisher gültiger WBO 1995, die vor dem 1. November 2005 begonnen wurde, noch bis zum 31. Oktober 2010 möglich sein soll. Auch für den Erwerb der in die WBO 2005 neu eingeführten Arztbezeichnung haben die Delegierten der Landesärztekammer Hessen eine Verlängerung der Übergangsfrist von drei auf fünf Jahre vorgesehen. Die entsprechende Änderung der WBO wurde mit Genehmigung des Hessischen Sozialministeriums als Aufsichtsbehörde im Juni-Heft des Hessischen Ärzteblattes veröffentlicht und ist zum 1. Juli 2008 in Kraft getreten. Besondere Aufmerksamkeit sollte den Ausführungen in § 20 Abs. 8 WBO geschenkt werden, in denen die Übergangsfristen für den Erwerb der in die WBO 2005 neu eingeführten Arztbezeichnungen geregelt werden. Hiervon sind sowohl Fach-

arztkompetenzen (z.B. Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie u. a. m.) als auch Schwerpunktkompetenzen (z.B. Schwerpunkt Neuropädiatrie u. a. m.) als auch Zusatzweiterbildungen (z.B. Akupunktur u. a. m.) betroffen.

Die neu eingeführten Arztbezeichnungen sind dadurch gekennzeichnet, dass eine Regelweiterbildung naturgemäß bisher nicht stattfinden konnte. Vielmehr müssen die Antrag stellenden Ärztinnen und Ärzte anhand von geeigneten Weiterbildungszeugnissen oder Tätigkeitsberichten nachweisen, dass sie eine der Mindestdauer der geforderten Weiterbildungszeit entsprechende Tätigkeit in der gewünschten Qualifikation absolviert haben und dabei umfassende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben haben. Aus Gründen der Gleichbehandlung müssen die neu eingeführten Arztbezeichnungen auch für die Kolleginnen und Kollegen erreichbar sein, für die eine Regelweiterbildung nicht mehr erfüllbar ist, z.B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder Leitende Ärztinnen und Ärzte. Die Ausführungen in § 20 Abs. 8 WBO 2005 besagen, dass zum Erwerb einer neu eingeführten Arztbezeichnung innerhalb der Übergangsfrist, also bis zum 31. Oktober 2010, nachgewiesen werden muss, dass der Antragsteller innerhalb der letzten acht Jahre vor Inkrafttreten der WBO 2005 (in Hessen also zwischen 1997 und 2005) für die Dauer der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit überwiegend in dem gewünschten Bereich ärztlich tätig war. Die Tätigkeit kann an einer traditionell zugelassenen Weiterbildungsstätte, aber auch in anderen geeigneten Einrichtungen, z.B. der eigenen Praxis, erfolgt sein. Für die Dauer der Übergangszeit erfolgen in diesen Bereichen, auch wenn es in der Regelweiterbildung anders gehandhabt werden wird, keine Prüfungen.

*Weiterbildungsabteilung
der Landesärztekammer Hessen*

Wie werde ich „Reisemediziner“

Fortbildungsmöglichkeiten in der Reisemedizin

Reisemedizinische Leistungen spielen im ärztlichen Alltag eine immer größere Rolle. Nach einer Studie des Robert Koch-Institutes werden beispielsweise in 95% aller Hausarztpraxen reisemedizinische Patienten betreut. Neben der Beratung und Unterstützung der Patienten in der Reisevorbereitung werden in 2/3 aller Arztpraxen auch Patienten mit Erkrankungen nach einer Reise behandelt. Die Tendenz zu Reisen insbesondere in Regionen mit einem im Vergleich zu Deutschland erhöhten gesundheitlichen Risiko ist weiter ansteigend. Neben dem Tourismus führen vor allem die Globalisierung des Wirtschaftslebens und die häufig internationale Ausrichtung deutscher Unternehmen zu immer mehr Mobilität und damit auch vermehrt zu Aufenthalten in gesundheitsgefährdenden Gebieten. Hinzu kommt, dass immer mehr Personen mit medizinischen Risiken, hier besonders chronisch kranke und ältere Personen, Fernreiseziele ansteuern und sich damit erhöhten gesundheitlichen Gefährdungen aussetzen.

Neben dem aus medizinischen Gründen steigenden Bedarf an reisemedizinischen Leistungen sind durchaus auch wirtschaftliche Gründe anzuführen, sich als Arzt in der Praxis verstärkt mit reisemedizinischen Fragen zu befassen. Viele Leistungen der Reisevorbereitung sind primär keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und sind somit privatärztlich abzurechnen.

Viele Kollegen, die sich qualifiziert mit der Reisemedizin befassen möchten, suchen nach Fortbildungsmöglichkeiten, um den teilweise sehr komplexen Problemstellungen reisemedizinischer Patienten gerecht zu werden. Gleichzeitig besteht dabei auch der Wunsch nach fachlichen Nachweisen, die sie auch für Patienten erkennbar als reisemedizinisch qualifiziert ausweisen. Bei der

„Reisemedizin“ handelt es sich um kein durch die ärztliche Weiterbildungsordnung definiertes Fach. Die Beschreibung „reisemedizinisch qualifizierter Arzt“ beispielsweise in unterschiedlichen Internetleistungen lässt nur beschränkt auf tatsächliche Qualifikationen schließen, denn die Voraussetzungen für diese Leistungen sind sehr unterschiedlich. Auch existieren Zertifikate mehrerer Verbände und Fachgesellschaften, deren Voraussetzungen und Zielrichtungen sich teilweise erheblich unterscheiden.

Hier hat die Einführung der strukturierten Fortbildung „reisemedizinische Gesundheitsberatung“ durch die Bundesärztekammer und das hierzu vom deutschen Senat für ärztliche Fortbildung vorgelegte Curriculum zu einer positiven vereinheitlichenden Entwicklung beigetragen. In diesem Curriculum sind im Rahmen eines 32-Stunden-Kurses die Inhalte festgelegt, die allen Ärzten, die sich im Rahmen ihrer allgemeinen ärztlichen Tätigkeit auch mit der Reisemedizin befassen, das notwendige Rüstzeug vermitteln. Jedem Kollegen, der eine reisemedizinische Qualifizierung auf diesem Niveau anstrebt, ist anzuraten, auf die inhaltliche und formale Übereinstimmung des jeweiligen Fortbildungsangebotes mit den Vorgaben der Bundesärztekammer zu achten.

Auch die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim bietet einen solchen Kurs an. Im Kurs wird vor allem auf eine sehr praxisnahe Vermittlung des notwendigen Wissens mit der Möglichkeit eines intensiven Erfahrungsaustausches mit reisemedizinischen Experten in Kleingruppen Wert gelegt. Nach dem sehr erfolgreichen Start im letzten Jahr wird die Akademie an zwei Wochenenden im September und Oktober 2008 erneut einen Kurs nach den Vorgaben der „Strukturierten Curriculären Fortbildung“ der BÄK anbieten

(siehe Seite 463 Veranstaltungsankündigungen, Interessenten sollten sich umgehend anmelden). Nach erfolgreichem Abschluss – das Bundesärztekammer Curriculum sieht eine Multiple-Choice-Abschlussprüfung vor – wird das von der Ärztekammer anerkannte Zertifikat „Reisemedizinische Gesundheitsberatung“ ausgestellt. Für die allgemeinen reisemedizinischen Anforderungen in der Praxis ist diese Qualifikation in der Regel ausreichend.

Für diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die sich schwerpunktmäßig mit der Reisemedizin befassen wollen, bietet der Kurs die Grundlage für weiterführende Spezialisierung. Hierfür können dann dem interdisziplinären Charakter der Reisemedizin entsprechend besonders strukturierte Fortbildungskurse verschiedener Anbieter in reisemedizinisch relevanten Fachgebieten wie Höhenmedizin, Tauchmedizin, Flugmedizin, Reisen von Risikogruppen, Rückkehrererkrankungen, absolviert werden, die im Basis-kurs – entsprechend den Vorgaben des Curriculums der Bundesärztekammer – nur einführend behandelt werden können. Abgeschlossen werden kann diese Spezialisierung dann mit dem Fachzertifikat „Reisemedizin“ des Deutschen Fachverbandes Reisemedizin. Möglichkeiten der weiterführenden reisemedizinischen Fortbildung, inklusive von reisemedizinischen Exkursionen als besonders intensive Form einer praxisnahen Lehre, werden im Bad Nauheimer Kurs vorgestellt. Informationen hierzu können auch direkt beim Verfasser erfragt werden.

Dr. med. Ulrich Klinsing

*Leiter des Seminars „Reisemedizinische Gesundheitsberatung“ in Bad Nauheim
Stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Fachverbandes Reisemedizin
Facharzt für Allgemeinmedizin, Frankfurt*

Bundesgerichtshof entscheidet über die Zulässigkeit der Vertretung bei sogenannter Chefarztbehandlung Thomas K. Heinz

Der unter anderem für das Dienstvertragsrecht zuständige III. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat in einer aktuellen Entscheidung die Voraussetzungen präzisiert, unter denen ein Krankenhausarzt, der einem Patienten gegenüber aus einer Wahlleistungsvereinbarung verpflichtet ist, die Ausführung seiner Leistungen auf einen Stellvertreter übertragen darf und gleichwohl seinen Honoraranspruch behält.

Dem liegt folgender Sachverhalt zugrunde: Der Kläger ist liquidationsberechtigter Chefarzt einer Klinik. Die Beklagte war Privatpatientin und befand sich dort in stationärer Behandlung. Sie schloss eine schriftliche Wahlleistungsvereinbarung. Da der Kläger an dem Tag, an dem die Beklagte operiert werden sollte, urlaubsabwesend war, unterzeichnete sie außerdem ein Schriftstück, das die Feststellung enthielt, sie sei über die Verhinderung des Klägers und den Grund hierfür unterrichtet worden. Weiterhin sei sie, da die Verschiebung der Operation medizinisch nicht vertretbar sei, darüber belehrt worden, dass sie die Möglichkeit habe, sich ohne Wahlarztvereinbarung wie ein „normaler“ Kassenpatient ohne Zuzahlung von dem jeweils diensthabenden Arzt behandeln oder sich von dem Vertreter des Klägers, einem Oberarzt, zu den Bedingungen des Wahlarztvertrags unter Beibehaltung des Liquidationsrechts des Klägers operieren zu lassen. Die Beklagte entschied sich für die zweite Alternative. Die vom Kläger für die durch den Oberarzt ausgeführte Operation erstellte Rechnung beglich die Beklagte nur teilweise. Die auf Ausgleichung des Restbetrags gerichtete Klage war bislang erfolglos. Mit seiner vom Berufungsgericht zugelassenen Revision

hat der Kläger seinen Anspruch weiterverfolgt.

Der Senat hat in seiner Entscheidung betont, dass der Wahlarzt entsprechend dem in § 613 BGB (Text: „*Der zur Dienstleistung Verpflichtete hat die Dienste im Zweifel in Person zu leisten. Der Anspruch auf die Dienste ist im Zweifel nicht übertragbar.*“) bestimmten Grundsatz die seine Disziplin prägende Kernleistung grundsätzlich persönlich und eigenhändig erbringen muss. Denn der Patient schließt die Wahlleistungsvereinbarung im Vertrauen auf die besonderen Erfahrungen und die herausgehobene medizinische Kompetenz des von ihm ausgewählten Arztes, die er sich in Sorge um seine Gesundheit gegen Entrichtung eines zusätzlichen Honorars für die Heilbehandlung sichern will. Insbesondere muss der als Wahlarzt verpflichtete Chirurg die geschuldete Operation grundsätzlich selbst durchführen.

Aus diesem Grunde kann eine wirksame Vertretervereinbarung in *Allgemeinen Geschäftsbedingungen*, also etwa in dem Vordruck mit der Wahlleistungsvereinbarung, nur für die Fälle einer unvorhersehbaren Verhinderung des Wahlarztes getroffen werden. Überdies darf darin als Vertreter nur der ständige ärztliche Vertreter im Sinne der Gebührenordnung für Ärzte bestimmt sein.

Darüber hinaus kann der Wahlarzt im Wege einer *Individualabrede* mit dem Patienten die Ausführung seiner Leistung auf seinen Vertreter übertragen und zugleich vereinbaren, dass er gleichwohl seinen Honoraranspruch behält. Da sich der Patient oftmals – wie auch im hier entschiedenen Fall – in der bedrängenden Situation einer schweren Sorge um

seine Gesundheit oder gar sein Überleben befindet und er daher zu einer ruhigen und sorgfältigen Abwägung vielfach nicht in der Lage sein wird, bestehen ihm gegenüber aber vor Abschluss einer solchen Vereinbarung besondere Aufklärungspflichten. Danach ist der Patient so früh wie möglich über eine vorhersehbare Verhinderung des Wahlarztes zu unterrichten und ihm das Angebot zu unterbreiten, dass an dessen Stelle ein bestimmter Vertreter zu den vereinbarten Bedingungen die wahlärztlichen Leistungen erbringt. Weiter ist der Patient über die alternative Option zu unterrichten, auf die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen zu verzichten und sich ohne Zuzahlung von dem jeweils diensthabenden Arzt behandeln zu lassen. Ist die jeweilige Maßnahme bis zum Ende der Verhinderung des Wahlarztes verschiebbar, so ist dem Patienten auch dies zur Wahl zu stellen.

In dem der Entscheidung zugrunde liegenden Fall waren die Voraussetzungen für eine solche Individualabrede erfüllt. Da die Beklagte weitere noch nicht erörterte Einwendungen gegen den Zahlungsanspruch des Klägers erhoben hat, hat der Senat das angefochtene Urteil aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückverwiesen.

BGH, Urt. vom 20. Dezember 2007
– III ZR 144/07 –

Anschrift des Verfassers
*Rechtsanwalt und Fachanwalt
für Medizinrecht*
Dr. Thomas K. Heinz
Cronstettenstraße 66
60322 Frankfurt
www.mmw-law.de

Von der *Schwarzwaldklinik* zum *Bergdoktor* oder die Wiederkehr der „Halbgötter in Weiß“

In den Fernsehmärchen à la *Schwarzwaldklinik* (ZDF) stiegen die Götter in Weiß einst unbehelligt in den Olymp auf. Als Heroen des Alltags lösten sie die gesundheitlichen und privaten Probleme ihrer Patienten. Sie entsprachen einer Idealvorstellung, nach der der Arzt auch Seelendoktor und nicht nur ein medizinischer Techniker zu sein hat. Die malerische Schwarzwaldklinik bot eine atmosphärische Kulisse für Beziehungskonflikte mit Happy-End. Ihr medizinisches Inventar wurde nur sparsam eingesetzt. Tragisch-komplizierte Krankheitsbilder wie Alzheimer oder Aids traten selten auf, ging es doch in erster Linie um ein pathetisches Gedoktere. Die Medizin musste sich der Melodramatik unterordnen. In melodramatischen Plots erschien der Schwarzwaldklinikchef Professor Brinkmann wie eine „Majestät“, ein „Herkules“ aus edler Gesinnung und Einsatzbereitschaft.

Abschied von der *Schwarzwaldklinik*-Idylle

Die Bilderbuch-Idylle aus dem Schwarzwald erscheint heute vielen Programmachern als antiquiert und anachronistisch. Das junge Publikum will „Reality“, Action und Spannung und ist an medizinischen Behandlungsmethoden sowie modernster Technik interessiert. Vorbilder hierfür sind US-Serienproduktionen wie *Emergency Room* (Pro 7, Kabel 1), die dramatische Ereignisse einer Notaufnahme auf den Bildschirm bannt. Als „Action-Show“ will *ER* den Klinikalltag realitätsnah widerspiegeln. Realismus ist auch das Codewort für das Arztbild. Die *Emergency Room*-Ärzte sind medizinische Handwerker mit Fehlern und Schwächen. Die „Halbgötter in Weiß“ werden so vom Podest geholt und zu Menschen wie du und ich verkleinert.

Der TV-Arzt der Gegenwart, wie er in der Serie *Grey's Anatomy* (Pro 7) auftritt, hat Ecken und Kanten, er kennt Selbstzweifel und Scheitern. Seelendoktoren wie Professor Brinkmann stehen nun ironisch gebrochene Antihelden und Misanthropen wie Dr. House aus der gleichnamigen RTL-Serie gegenüber. Es dominiert ein zwiespältiges Arztbild. In Serien wie *Dr. House* wirken die Ärzte manchmal wie Wölfe im weißen Kittel. Sie werden als arrogant, rechthaberisch, sarkastisch und exzentrisch dargestellt. Der eigenwillige Dr. House ist bereit, einer Patientin ein Präparat zu verabreichen, das ihre Symptome verstärkt, nur um seinen Kollegen zu demonstrieren, dass er mit seiner Diagnose richtig lag.

Komplizierte, tödlich verlaufende Krankheitsbilder, die man dem *Schwarzwaldklinik*-Publikum noch ersparte, stehen heute regelmäßig auf dem TV-Arzt-Programm. Schneller, authentischer, dramatischer lautet die Parole von *ER*. Das, was die Vorgängerserien noch ausblendeten – unattraktive Aspekte des Arztberufes wie monotone Bürokratisierung oder Laborroutine – wird hier kombiniert mit medizinisch-technischer Realitätsnähe. Schockierende Bilder sind an der Tagesordnung. Großaufnahmen von tödlichen Verletzungen werden drastisch sichtbar. Ein guter Ausgang der OPs ist nicht mehr selbstverständlich. In der *Schwarzwaldklinik* stellten die Einzelfolgen in sich abgeschlossene Episoden und Patientenfälle dar, die Professor Brinkmann verlässlich löste. Bei *ER* und *Grey's Anatomy* laufen einzelne Handlungsstränge weiter, am Ende einer Folge bleibt vieles unaufgelöst. Mit rasendem Erzähltempo durchläuft jede Folge lebensbedrohliche Symptome wie Koma, Atemnot oder Herzstillstand, ohne dass der Zuschauer zur Ruhe kommt oder einen guten Ausgang „genießen“ kann. Die Spannung bleibt

permanent auf einem hohen Level. Zwar werden medizinische Behandlungsmethoden durch ein unerschöpfliches Reservoir an perfekten Werkzeugen überhöht, aber der Wunsch der Zuschauer nach einer erfolgreichen „Beseitigung“ von Krankheit und Tod wird dadurch nicht automatisch erfüllt. In fragmentarischen Plots, dargeboten in flüchtigen Bildern, muss der Zuschauer hinnehmen, dass der technisch perfektionierte Kampf gegen Krankheit und Tod oft scheitert und auch die Protagonisten selbst oft nur ratlos und menschlich überfordert dastehen. „Wir helfen den Menschen“, sagt Dr. Carter in der *ER*-Folge „Der Brief“, „wie es uns dabei geht, ist vollkommen unwichtig.“

Mit schnellen Schnitten und Szenenwechseln zeichnen *ER* und *Grey's Anatomy* ein Bild voller Hektik, Zynismus, Sarkasmus und ausbleibenden Happy-Ends. Mit der *Schwarzwaldklinik*-Idylle scheint Schluss zu sein. Alles ist unvorhersehbarer, ausgefallener geworden. Medizinische Details und Fachwissen sind gefragt – obstruses, außergewöhnliches und zum Teil bizarres ärztliches Handeln. Pavianherzen werden verpflanzt, abgerissene Körperteile perfekt angenäht. Die medizinischen Fälle werden immer sensationeller. So entsteht das Bild von Medizin-Magiern, die – siehe die Folge „Code Black“ aus der Serie *Grey's Anatomy* – eher einem Patienten eine Bombe im Körper entfernen, als routinemäßig eine neue Hüftprothese einsetzen.

Der Arzt als Lebensberater und Lebensretter

Doch der menschenfreundliche Seelendoktor, der sowohl als Lebensberater als auch als Lebensretter wirkt, ist keineswegs vom Bildschirm verschwunden und durch High-Tech-Mediziner und perfekte Handwerker ersetzt. Die Akzeptanz des

Lebenshilfe-Arzt ist nach wie vor groß. Die Seelendoktoren der neuen *Schwarzwaldklinik* und der vertrauenswürdige *Landarzt* (ZDF) sind quotenmäßig Spitzenreiter. Die aktuelle ZDF-Wiederauflage des *Bergdoktors* zeigt zudem: Das Bild vom „Halbgott in Weiß“ hat im Fernsehen Bestand, mag der Arzt in der Realität auch noch so sehr als „Sklave in Weiß“ oder gestürzter, entmythologisierter Halb Gott erscheinen.

Mit dem *Bergdoktor* greift das ZDF auf eine Vorlage des Privatsenders SAT 1 zurück, der die Serie 1992 nach Motiven der gleichnamigen Romanreihe des Bastei-Verlages startete. Die Kombination des Genres Arztserie mit Heimat- und Familienserien-Motiven schrieb die bekannte Rezeptur der *Schwarzwaldklinik* fort. Wie der Schwarzwaldklinik-Chef kümmerte sich auch der Bergdoktor in seinem idyllischen Sonnenstein nicht nur um körperliche Beschwerden, sondern um das Herz der TV-Patienten und Zuschauer. Geboten wurde eine Komplett-Verarztung des Herzens. Damit entsprach die Serie vor allem den Wünschen eines älteren Publikums. Wegen der schwindenden Akzeptanz bei der kommerziellen Zielgruppe (14 bis 49 Jahre) kam denn auch für den *Bergdoktor* auf SAT 1 das Aus. Was folgte, war ein Novum in der Fernsehgeschichte. Zum ersten Mal kaufte ein öffentlich-rechtlicher Sender die Serie eines privaten Anbieters. 1999 erwarb das ZDF die Senderechte für den *Bergdoktor* und wiederholte die Serie im Vormittagsprogramm von Januar bis Juni 2000. Acht Jahre später erlebt der *Bergdoktor* nun ein erneutes Comeback im ZDF. Der neue Alpenarzt Martin Gruber (dargestellt von Hans Sigl) kehrt aus New York in sein Bergdorf am Fuß des Wilden Kaisers heim. Als er erfährt, dass seine Nichte Lilli in Wirklichkeit seine Tochter

ist, beschließt er, die Praxis des Dorfarztes Melchinger zu übernehmen.

So beschaulich die Kulisse, so wenig beschaulich geht es fortan im ärztlichen Alltag des Bergdoktors zu. Dramatische Rettungseinsätze, die – siehe die Folge „Familienbande“ – nicht immer gut ausgehen, stehen an, komplizierte Operationen sind in der nahen Klinik durchzuführen, deren Leiter – siehe die Folge „Loslassen und festhalten“ – immer wieder von der richtigen Diagnose, die natürlich nur der Bergdoktor stellt, überzeugt werden muss. Im Gegensatz zur Sonnensteiner Idylle auf SAT 1 ist am Fuß des Wilden Kaisers alles dramatischer und hektischer inszeniert, aber die Friede-Freude-unser-Doktor-wird’s-schon-richten-Ideologie wird auch hier fortgeschrieben. In Zeiten, in denen sich die traditionelle Rolle des Mediziners grundlegend verändert, malt das ZDF mit dem *Bergdoktor* weiter am Bild des allseits verehrten „Halbgottes in Weiß“. Die medizinischen Fälle mit den entsprechenden Plots liefern nur das Material für die idealisierte Präsentation des Serienhelden. Während Chefärzte und Oberärzte heute hektisch über die Flure hasten, behandelt der Bergdoktor nur einen Patienten zur selben Zeit. Während ein Praxisarzt heute über 40 Patienten an einem Vormittag durch seine Räume schleust, widmet sich der Bergdoktor im ZDF jedem Patienten persönlich und in aller Ausführlichkeit. Und während sich der Kassenpatient heute mit Mehrbettzimmern zufrieden geben muss, stellt ihm die Alpenklinik in der Regel ein Einzelbett mit Einzelbetreuung bereit.

Der Seelendoktor

Heute weiß der Patient nicht mehr eindeutig, in wessen Namen der Arzt handelt: als Anwalt des Kranken, als Anwalt seiner eigenen Interessen, als Anwalt

des Leistungsanbieters oder des Versicherungssystems. Der Arzt unterliegt ökonomischen Zwängen, die Arzt-Patienten-Beziehung wird durch finanzielle Erwägungen beeinträchtigt. Der Bergdoktor weiß Rat. Als ein Patient seine Behandlungskosten nicht von der Kasse erstattet bekommt – siehe die Folge „Dunkle Vergangenheit“ –, erklärt Dr. Gruber sich bereit, die Kosten zu übernehmen. Idealismus pur? Ohne Zweifel ja. Aber vielleicht ist das Fernsehklischee vom sonnengebräunten Doktor, der sich unbedingt, selbstlos und fürsorglich für seine Patienten einsetzt und angehimelt wird, gar kein so großer Anachronismus, wie die Realität glauben macht. So berichtet *Schwarzwaldklinik*-Filmsohn Sascha Hehn über seine Erfahrungen als Mensch im weißen Kittel: „Wenn man einen Arztkittel anhat, spürt man ein Gefühl von Macht. Das ist, wie wenn sie eine Generalsuniform anhaben. Wir haben in einem echten Krankenhaus gedreht und sind dabei auch echten Patienten begegnet, und ich kann Ihnen sagen: Diese erwartungsvollen Blicke, dieser Respekt, mit dem die Leute einen ansehen, wenn sie denken, jetzt kommt ein Arzt – das ist ein tolles Gefühl.“ In den Köpfen vieler Menschen ist offensichtlich nach wie vor Platz für jenen „Halbgott in Weiß“, der den neuen Arzttypus der Gegenwart vergessen macht: den am Markt orientierten Dienstleister, der seine Patienten als Kunden behandelt, und den spezialisierten Medizinfunktionär, der Krankheit als Wirtschaftsfaktor beurteilt. Solange Zuschauer und Patienten genau diesen Arzttypus nicht wollen, werden Ärzte im Stil des ZDF-Bergdoktors nicht vom Bildschirm verschwinden.

Der Arzt als hilfsbereiter, fürsorglicher Seelendoktor und immer verfügbarer Therapeut – dieses Idealbild der ZDF-Serie setzt eine Orientierungsmarke und

spiegelt Sehnsüchte der Zuschauer: So soll geholfen werden, so soll therapiert werden, so will ich als Kranker behandelt werden. Der Patient will nicht einfach mit einem diagnostischen Etikett versehen oder als reparaturbedürftiger Apparat gesehen werden, der in Stand gehalten werden muss. Erwartet wird vielmehr auch Fürsorge und Anteilnahme an psychosozialen Beziehungen. Der Bergdoktor löst diese Erwartungen ein. Er zeichnet sich durch aufopferndes, hingebungsvolles Handeln gegenüber den Kranken aus. Der Beruf ist Berufung. High-Tech-Medizin und technisches Können zählen weniger als mitmenschliches und einfühlsames Engagement. Obwohl ihn die Aufgaben in der Praxis mehr als genug auslasten, übernimmt der Bergdoktor noch zusätzliche Aufgaben eines Lebensberaters und Sorgendoktors, der Ordnung bringen will in eine unordentliche Welt. Er geht seinen Patienten nach, sucht sie in seiner Freizeit auf, tröstet, heilt und hilft – völlig ungeachtet der Honorarfrage. So wird der Arzt zur überragenden Figur, zum Übermenschen, der auf Kosten kleiner privater Niederlagen stets für seine Patienten einsatzbereit ist.

Dass *Der Bergdoktor* in der ersten Staffel konstant über fünf Millionen Zuschauer hatte und das ZDF für 2009 eine weitere Staffel in Auftrag gegeben hat, zeigt: Es gibt nach wie vor eine große Zuschauerschaft, die das Erwartbare des Genres liebt: Ärzte, die sich aufopfern, die wegen ihrer Lebensratschläge konsultiert werden, die Vertrauen einflößen und immer Zeit haben. Vor allem ältere Zuschauer – und das ist nun mal die Zielgruppe des ZDF – wünschen sich Idealbilder, keine grausamen Kopien der Realität mit Bildern von überarbeiteten, gestressten Ärzten, Apparatemedizin und Kostenexplosion. Der Arzt soll Leben retten, nicht aber Praxisgebühren abkassieren. Er soll

jederzeit zur Verfügung stehen und nicht gleich nach der Versicherungskarte verlangen. Er soll auch Lebenshilfe geben und nicht über die immer schwieriger werdende Kostendeckung seiner Behandlung nachsinnen.

Der Bergdoktor ist nie nur ein reiner Maschinist der Medizin. Als TV-Seelendoktor weiß er vielmehr um die inneren und äußeren Dinge, die bedrohen und krank machen und kann sie abwenden oder wegnehmen. Er vermittelt so ein notwendiges Maß an Sicherheit, Vertrautheit und Orientierung. In einem derartig erhöhten Arztbild rückt der „Halbgott in Weiß“ zu

einem Quasi-Seelsorger auf, der in erster Linie eine moralische Instanz darstellt. In Zeiten, in denen die christliche Religion zunehmend an Prägekraft verliert, ist es nur ein kleiner Schritt vom Mann im weißen Kittel zum Mann im schwarzen Rock. In der Rolle des Quasi-Seelsorgers macht der TV-Arzt das Kranke, Unheile und Schwache in der Welt zumindest für die Dauer einer Serienfolge vergessen.

Anschrift der Verfasserin

Dr. E. Hurth

*Wendelsteinstraße 50a
65199 Wiesbaden*

Infoveranstaltung

AIDS – Frankfurt tut was!

**Präventionstage in Frankfurt am Main
im Nordwestzentrum (Aktionsbühne)
vom 18.–19. 9. 2008 (10:00 bis 18:00 Uhr)**

Seit 25 Jahren ist AIDS in der Öffentlichkeit bekannt. Weltweit geht man davon aus, dass inzwischen 46 Millionen Menschen mit HIV infiziert sind und es kommen jährlich 6,2 Millionen Neuinfektionen hinzu.

Die Möglichkeiten einer Therapie haben sich verbessert, eine Heilung ist jedoch nach wie vor nicht möglich. Inzwischen ist die AIDS-Panik, die die 80er Jahre beherrscht hat, von einer geradezu gefährlichen Unbekümmertheit abgelöst worden. 2005 wurde in der BRD ein Anstieg der Neuinfektionen um 13% gegenüber dem Vorjahr beim RKI gemeldet. Seitdem ist ein jährlicher Anstieg der HIV-Neuinfektionen um jeweils 4% zum Vorjahr zu verzeichnen.

Um einer zunehmend beobachteten „Sorglosigkeit“ bei AIDS entgegenzuwirken, werden die AIDS-AUFKLÄRUNG e.V., die AIDS-Hilfe Frankfurt e.V. und das Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main im September 2008 gemeinsam die AIDS-Präventionstage „Frankfurt tut was“ im Nordwestzentrum Frankfurt veranstalten. Die Oberbürgermeisterin, Petra Roth, hat die Schirmherrschaft für die AIDS-Präventionstage übernommen.

Geboten wird ein umfangreiches Programm mit zahlreichen Informationen und persönlicher Beratung zu HIV und AIDS. Darüber hinaus gibt es ein buntes Bühnenprogramm, Interviews und Spiele. Mit einem Präventions-Parcours können Schüler ihr Wissen zu HIV und AIDS testen und am Ende gibt es sogar ein Zertifikat. Die Angebote sind alle kostenfrei. Schulklassen, die den Präventions-Parcours absolvieren möchten, bitten wir um eine Anmeldung.

Ein detaillierter Programmablauf der Veranstaltung ist ab August unter www.gesundheitsamt.stadt-frankfurt.de einzusehen. Weitere Infos gibt es bei der AIDS-AUFKLÄRUNG e.V. (Tel. 069 762933), der AIDS-Hilfe Frankfurt e.V. (Tel. 069 405868-20) und beim Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main (Tel. 069 212-34302).



Integrierte Versorgung/Medizinische Versorgungszentren

Anlaufschwierigkeiten und Reibungsverluste Harald Clade

Die beiden Strukturgestaltungselemente der Gesundheitsreform von 2003 (GKV-Modernisierungsgesetz), der Ausbau der sogenannten integrierten Versorgung zur Regelversorgung und die Etablierung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 SGB V, lahmen immer noch. Trotz der bis Ende 2008 verlängerten Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V hat die Integrationsversorgung nur rudimentär dazu beigetragen, die Grenzen der budgetierten Leistungssektoren zu überwinden und zu einer engeren Verzahnung von stationären und ambulanten Leistungen beizutragen. Diese Quintessenz zog Dr. jur. Stephan Rau, Unternehmensberater der Firma McDermott Will & Emery, München, in einer aktuellen Analyse der beiden Strukturentwicklungsmodelle der Gesundheitsreformen von 2004 und 2007.

Nach Einschätzung von Rau ist die Anfangseuphorie von 2004 einer sich breiter machenden Ernüchterung gewichen. An den bestehenden MVZ sind (außer Ärzten- und Krankenhäusern) nichtärztliche Leistungserbringer (Pflegeeinrichtungen und Apotheken) bisher nur im Ausnahmefall und dann zumeist als Subunternehmer beteiligt. Die Vergütung von MVZ fördert eine Zusammensetzung von Fachgebieten, die keinerlei Synergien mit sich bringen. Ein Hemmnis für die weitere Ausbreitung von MVZ ist die Furcht der Betreiber vor einem inszenierten „Zuweisungsboykott“ seitens der niedergelassenen Vertragsärzte. Sowohl bei Integrationsversorgungsverträgen als auch bei MVZ ist die oftmals versprochene doppelte bis dreifache Win-Win-Situation bisher kaum eingetroffen.

Sektorenübergreifende Versorgung

Konstitutive Voraussetzung für MVZ ist die Erbringung fachübergreifender ärztlicher Leistungen und die Einbeziehung von mindestens zwei ärztlichen Fachrichtungen oder Schwerpunkten. Bei IV-Verträgen ist die Vertragsverbindung von mindestens zwei Leistungssektoren Voraussetzung. Nach Rau gibt es unterschiedliche juristische Konstruktionen bei der Gründung und dem Betrieb von MVZ. Nach § 95 SGB V ist das Konstrukt eines MVZ als eine Einheit definiert. Eine Fachabteilung eines bestimmten Trägers (Krankenhaus, Rehaklinik) kann nach dem Gesetz ein MVZ gründen und betreiben. Ebenso kann eine Einzelperson Träger eines MVZ sein (dies ist seitens der KBV umstritten).

Träger beziehungsweise Gesellschafter des MVZ müssen Leistungserbringer sein, das heißt, eine Person oder eine Gesellschaft, die innerhalb des gesetzlichen Krankensicherungssystems Leistungen erbringt oder Gesundheitsgüter und -dienstleistungen anbietet (Apothek, Heilmittelerbringer).

Ist eine Gesellschaft Träger eines MVZ, kann diese sich aller gesellschaftsrechtlicher Formen bedienen, die zulässig sind. Je nach Rechtsform gibt es abweichende Entscheidungspraxen der Zulassungsausschüsse.

Sind Rechtsträger eines MVZ nicht nur die darin tätigen Ärzte und ist das MVZ deswegen gewerblich tätig, kann ein MVZ auch in der Rechtsform einer GmbH & Co. KG gebildet werden. Auch hier gelten unterschiedliche Entscheidungspraxen der Zulassungsausschüsse. Grundvoraussetzung ist für den Betrieb eines MVZ, dass dieses als Einheit organisiert ist. Nach der Zulassungspraxis der Ausschüsse soll dies eine sachliche Identität zwischen MVZ und Trägergesellschaft

voraussetzen. Zwei Spielarten sind nach § 95 SGB V denkbar: das MVZ als eigene rechtliche Gesellschaft oder aber das MVZ lediglich als abgrenzbare Einheit innerhalb einer größeren Gesellschaft. Bei einer MVZ GmbH können Gesellschafter ein oder mehrere Vertragsärzte oder ein Krankenhausträger sein. Bei einer Krankenhaus-GmbH mit unterschiedlichen Gesellschaftern können abgegrenzte MVZ neben dem Krankenhaus tätig werden.

Bürgschaftserklärung erforderlich

Seit dem 1. Januar 2007 setzt die Zulassung eines MVZ, dessen Trägerin eine juristische Person ist, die Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärung ihrer Gesellschafter für Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen voraus. Diese Regelung wird dann erfüllt, wenn die Gesellschafterin der MVZ GmbH, die selbst eine juristische Person ist, diese Erklärung abgibt. Das Bürgschaftserfordernis gilt nicht für Kommanditgesellschaften (KGs). Nach Darlegungen von Rau steht das Landesberufsrecht der Gründung eines MVZ nicht entgegen. Das Bundesrecht hat nach der Legalinterpretation von Rau Vorrang vor gegebenenfalls entgegenstehendem Landesrecht (Art. 31 Grundgesetz). Demnach durfte der Bundesgesetzgeber im Rahmen seiner Gesetzgebungskompetenz für das Sozialversicherungswesen ein Medizinisches Versorgungszentrum als sozialversicherungsrechtliche Organisationseinheit schaffen. Dabei konnte auch die Frage einer möglichen Rechtsform per Bundesgesetz entschieden werden.

Für das MVZ gelten die gesetzlichen Bestimmungen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung. Sind Zulassungsbeschrän-

kungen in einem Planungsbezirk für ein bestimmtes Fachgebiet angeordnet, kann ein MVZ in diesem Fachgebiet nur dann zugelassen werden, wenn es zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung unerlässlich ist (§ 101 Nr. 3 SGB V) oder aber ein Vertragsarztsitz übernommen wird.

Verlässt ein Arzt ein MVZ, kann dieses die frei werdende Arztstelle neu besetzen. Steigt ein Arzt aus einem Vertrag und einer Bindung an ein MVZ aus, um sich in freier Arztpraxis niederzulassen, kann dies vertraglich vereinbart werden. Das MVZ muss den frei werdenden Vertragsarztsitz aufgeben. Der in die Nieder-

lassung wechselnde Arzt erhält ihn vom Zulassungsausschuss zugesprochen.

Anschrift des Verfassers

*Dr. Harald Clade
Kreuzstraße 56
50226 Frechen*

Ausbildung schafft Zukunftsperspektiven

Jahr für Jahr finden in unserem Land viele Jugendliche keinen Arbeitsplatz und steuern damit einer unsicheren Zukunft entgegen. Besonders betroffen sind davon Mädchen und Jungen aus Familien mit Migrationshintergrund. Es muss deshalb das dringende Anliegen aller sein, diese Heranwachsenden zu unterstützen und ihnen einen beruflichen Weg in die Zukunft zu ebnen. Das Projekt „DAFB – Duale Ausbildung in Freien Berufen“ bietet ihnen die Möglichkeit, sich dieser gesellschaftlichen Herausforderung zu stellen.

Das Modellprojekt „DAFB – Duale Ausbildung in Freien Berufen“

Das Projekt DAFB ist Teil des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Programms „Jobstarter – Für die Zukunft ausbilden“, das auf eine bessere regionale Versorgung Jugendlicher mit Ausbildungsplätzen durch die Gewinnung von Betrieben beziehungsweise Unternehmen für die Ausbildung zielt.

DAFB richtet sich ausschließlich an die Freien und die Gesundheitsberufe. Zwar steigt seit 2007 die Ausbildungsquote wieder leicht an, doch dieser Trend hat leider noch nicht alle Branchen erreicht. Besonders bei vielen der Freien Berufe ist sie noch immer rückläufig. Diese Zahlen möchten wir steigern.

Unser Serviceangebot

Mit dem speziellen Serviceangebot möchten wir, die Mitarbeiter des Projekts DAFB, auch für nicht subventionierte Ausbildungsplätze Anreize schaffen. Wir treffen eine Vorauswahl und vermitteln den Interessenten der Freien Berufe passgenau qualifizierte, dem Anforderungsprofil entsprechende Bewerber. Das erspart ihnen zeitintensive Auswahlverfahren. Mit unserer begleitenden Beratung tragen wir dazu bei, den Ausbildungserfolg zu steigern und die Abbruchquote zu verringern. Unsere Zielregionen sind der Großraum Frankfurt/Main und Mittelhessen.

Wir möchten vor allem diejenigen Freiberufler ansprechen, die entweder selbst einen Migrationshintergrund haben und/oder deren Patienten zu einem relevanten Teil aus Migranten besteht. Mit unse-

rem Projekt wollen wir bei Ärzten aller Fachrichtungen sowie bei Apothekern ein Bewusstsein dafür schaffen, dass die Beschäftigung eines Auszubildenden, der dem jeweiligen Kulturkreis angehört sowie über eine entsprechende Sprachkompetenz verfügt, Wettbewerbsvorteile bietet und dazu beiträgt, die Praxisabläufe zu optimieren. Ausbilden bedeutet immer auch, dass ein/e zukünftige/r Mitarbeiter/in herangebildet wird, der dem spezifischen Anforderungsprofil entspricht, Abläufe und Besonderheiten der Praxis genau kennt und auf diese Weise zu einer festen Größe bei der Personalplanung wird.

Integration bedeutet, gesellschaftliche Verantwortung zu übernehmen

DAFB ist auch ein Integrationsprojekt und appelliert an die gesellschaftliche Verantwortung potentieller Ausbilder. Wir möchten damit jungen Menschen mit Migrationshintergrund Zukunftsperspektiven eröffnen, damit auch sie sich als vollwertige Mitglieder unserer Gesellschaft fühlen können. Vor dem Hintergrund der aktuellen Geburtenzahlen in Deutschland gewinnt unser Projekt zusätzlich an Bedeutung, denn wir müssen langfristig alle Berufe stärker für die hier lebenden Menschen mit Zuwanderungshintergrund öffnen.

Unser Know-how

Einschlägige Erfahrungen bringen wir, die Türkisch-Deutsche Gesundheitsstiftung e.V. (TDG), aus mehreren anderen Projekten im Ausbildungsbereich mit. Die TDG besteht seit 1988 und führt seitdem Projekte und Studien im Bereich medizinischer Prävention bei Migranten sowie unterschiedliche Integrationsprojekte durch und ist deutschlandweit Ansprechpartner für Migranten ebenso wie für deutsche Förder-Institutionen.



*Ayla Gediz
Martina Bork
Türkisch-Deutsche
Gesundheitsstiftung e.V., Gießen
Tel. 0641 966116-22/23
E-Mail: tdg.stiftung@web.de*

Die Politik hat leichtes Spiel mit den Ärzten *Siegmond Kalinski*

Juli und August sind die schönsten Monate des Jahres. Nicht allein wegen des Sommers, seiner Sonne und Wärme, sondern weil in dieser Zeit alle in den Ferien sind. Urlaubszeit eben, auch für Bundesregierung, Bundestag, sämtliche Hohen Gerichte, Ämter und Institutionen. In dieser Zeit wird der Bürger kaum mit neuen Steuern, Abgaben, Gesetzen, Affären oder Skandalen belästigt. Er kann in Ruhe auf- und durchatmen, manchmal auch nachdenken, möglicherweise sogar eigene Schlüsse über Irrungen und Wirrungen in der Politik ziehen.

Manchmal können die Bürger doch etwas erreichen

Inzwischen dürfte jedem klargeworden sein, dass der Klimaschutz nicht nur ökologische, sondern auch soziale Aspekte hat und dass meist die Schwachen und Schwächsten in der Gesellschaft die Leidtragenden sind. Je teurer Öl und Gas werden, umso stärker steigen die Heizungskosten, für viele dürfen die fast schon höher als die Miete sein, und desto öfter denken immer mehr Bürger darüber nach, ob man vielleicht nicht doch besser nicht auf Atomstrom verzichten sollte. An den Zapfsäulen darf man schon gar nicht mehr nach den Preisen schauen; denen, die viel Auto fahren müssen, bzw. davon leben, bleibt immer weniger übrig. Jetzt, oh Wunder, hat auch die Bundesregierung ihre Meinung geändert und die Umstellung der Kraftfahrzeugsteuer erst einmal verschoben. Und ein weiteres Wunder: Die Empörung der Bürger hatte Erfolg. Die Bundestagsabgeordneten haben auf ihre Diätenerhöhung (die zweite binnen sechs Monaten) verzichtet, was dann von der Presse mit den Worten: „Zuerst Raffkes und dann feige“ kommentiert wurde.

In der SPD zieht eine Frau alle Fäden

Die Sommermonate bringen auch Unterbrechung im bereits voll angelaufenen Wahlkampf, wobei es nicht um die im Herbst stattfindenden Landtagswahlen in Bayern geht, sondern bereits um eine Ouvertüre zur Bundestagswahl 2009. Bis dahin ist zwar noch über ein Jahr Zeit, fast soviel

auch bis zur Wahl des Bundespräsidenten – doch durch die Nominierung von Gesine Schwan zur Gegenkandidatin des amtierenden, durchaus beliebten Bundespräsidenten Horst Köhler zeigt sich, dass sich die bisherigen Koalitionspartner im nächsten Jahr unbedingt trennen wollen und die Neuwahl des Bundespräsidenten dazu Vorspiel ist. Noch vor wenigen Wochen hatte es geheißt, dass die SPD die Wiederwahl Dr. Köhlers auch befürworte.

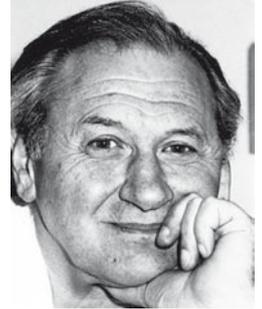
Einmal mehr zeigte eine Frau, wer in der SPD die Fäden zieht – und das nicht erst seit heute. Auf dem Weg zur Macht räumte Andrea Nahles zunächst den damaligen SPD-Vorsitzenden Scharping beiseite, freute sich, dass Lafontaine im Streit mit dem Parteivorstand den Stuhl des Parteivorsitzenden für Gerhard Schröder frei machte, um anschließend langsam aber sicher dafür zu sorgen, dass der im Lauf der Zeit keine Mehrheit mehr in der Partei hatte. Von seinem Nachfolger Müntefering entledigte sie sich nicht viel später – und jetzt steht sie als stellvertretende Parteivorsitzende „ganz loyal“, wie sie stets betont, hinter ihrem Landesvater, dem SPD-Boss Kurt Beck. Man sollte aber besser keine Wetten darüber abschließen, wie lange diese Loyalität halten wird ...

Ulmer Zusagen, Hoffnungen und Enttäuschungen

Traditionsgemäß tagte im Mai der Deutsche Ärztetag, diesmal in Ulm. Bei der Delegiertenversammlung der KBV, die wie üblich am Tag vor Beginn stattfand, zeigte sich der KBV-Vorsitzende Andreas Köhler wie immer kämpferisch. Er verlangte eine Erhöhung des Honorars für die Vertragsärzte um 4,5 Milliarden Euro, angeblich hatte er sogar bereits eine Zusage über etwa 2,5 Milliarden. Die Ärzte haben bisher jedoch schon so viele Versprechungen erlebt, die nicht eingehalten wurden, dass sie auch jetzt die ganze Sache eher reserviert und mit Argwohn betrachten.

Der Auftritt von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt am Ärztetag selbst wurde von kritischen Pressekommentaren begleitet. Sie hielt zwar eine Rede, gesagt aber hat sie gar nichts. Man hatte den Eindruck,

sie habe Kreide geschluckt. BÄK-Präsident Hoppe konnte ihr daher auch nichts erwidern – und hielt mit leicht schelmischem Lächeln einen „Vortrag“, wie er sagte, in dem er vor allem die immer zahlreicheren „Speckgürtel“ geißelte, die in mehreren Lagen das Gesundheitswesen einschnürten und ihm kaum Luft zum atmen ließen. Mit „Speckgürtel“ meinte Hoppe die ständig wachsende Zahl von Unternehmen, die sich mehr oder weniger parasitär an unser Gesundheitssystem andocken und sich an ihm bereichern wollen. Müntefering hätte sie wahrscheinlich Heuschrecken genannt.



Ulmer Papier zurück zum Vorstand, eGK in der bisherigen Form abgelehnt

Mehrere Monate lang war das „Ulmer Papier“ vorbereitet worden, trotzdem hat es die hohen Erwartungen nicht voll erfüllt. Die Delegierten berieten sage und schreibe anderthalb Tage lang, um es dann mit einer Fülle von Änderungen wieder zurück an den Vorstand zu verweisen. Die Presse kommentierte das Papier als „Ärztelyrik“. Auch die eGK in der bisherigen Form wurde mit überwältigender Mehrheit von den Delegierten abgelehnt. Alle Bemühungen des Vorstands halfen nichts. Hoffentlich werden das endlich auch die „höchsten Instanzen“ akzeptieren. Nach dem Eklat bei der Telekom wäre das auch für sie der einzig richtige Schritt.

Eins war, typisch für jeden Ärztetag der letzten Jahre, auch in Ulm zu beobachten: Die systematische Benachteiligung der Hausärzte. Sämtliche Anträge, die sie betrafen, wurden entweder abgelehnt oder mit dem allgemeinen Begriff „ärztlich“ versehen. Nicht einmal Anträge des Vorstands wurden davon verschont. Der Ulmer Ärztetag hat es einmal mehr gezeigt: Die Ärzteschaft ist gespalten. Da sollte sich keiner wundern, dass die Politik mit ihr leichtes Spiel hat.

Der Urlaubshund *Klaus Britting*

Eigentlich war das nie ein Thema. Der Chef nahm seinen Foxterrier Benny immer in den Urlaub mit. Doch dieses Mal wollte er mit seiner Frau zum Grand Canyon. Und es schien ihm doch zu umständlich und auch gefährlich, das lebhafteste Tier ins Flugzeug zu verladen und während des USA-Trips in tiefe Canyon-Schluchten schauen zu lassen. Vielleicht käme der kreative Hund gar noch auf die Idee, fliegen zu können? So bat er Frau Trollmund, seine Sekretärin, sich die zwei Wochen um den Hund zu kümmern, der ja untertags und auch nachts gut im Büro untergebracht werden könne. „Nachts auch?“, meinte Frau Trollmund. „Ja, ja, er legt sich sofort ins Körbchen, wenn Sie abends noch mit ihm Gassi waren, und schläft durch“, beruhigte der Chef. Natürlich freuten sich alle zwölf Mitarbeiter über die kommende Abwechslung, als sie davon hörten.

Benny zeigte bei seinem Eintreffen gleich seine sportlichen Fähigkeiten. Die Diskussion, ob und wie man ihn anleinen sollte, löste er auf seine Art. Er riss sich los und tobte in den Büroräumen herum. Dass er dabei mehrere Papierkörbe mit sich riss, löste herzliche Lacher aus. Weniger erfreut war die junge Frau Schönbein, deren am Boden liegende Tasche von Benny schnell durchwühlt war. Dabei schien dem intelligenten Hund ein kleines Telefonbuch besonders zu gefallen. Er hielt es geöffnet zwischen den Pfoten und riss mit dem Maul ununterbrochen Seiten heraus. Natürlich sprangen die Mitarbeiter auf die Schreie von Frau Schönbein sofort hilfebringend herbei. Frau Trollmund fand noch die Seite mit dem Buchstaben S und las „Hengstl 1287680“. Nanu, das war doch die Nummer von Herrn Siegmund, dem frisch geschiedenen Vertriebsleiter? „Ist das Blatt von Ihnen?“, rief sie laut zu Frau Schönbein, die sofort rot anlief. Weitere Funde von Telefonbuchseiten lösten bei den Mitarbeitern noch Tage lang frotzelnde Diskussionen aus, wer denn „Streuner“, „Mumpi“ oder „Kater“ sei. Frau Schönbein mag jetzt keine Hunde mehr.

Die Fütterung von Benny verlief problemlos. Er fraß zwar das vom Chef bereit gestellte

Futter nicht, konnte aber von den Leckereien der Mitarbeiter nicht genug bekommen: Wiener Würstchen, Leberwursthappen, Camembert, Himbeereis. Unglücklicherweise fiel dem Buchhalter eine mitgebrachte Schokolade vom Tisch. So sehr alle auch versuchten, Benny samt Schokolade unter einem Schrank hervorzuholen, es misslang. Dafür schlief der Hund dann bis in den Nachmittag hinein. Das Gassigehen vor Büroschluss wurde für Frau Trollmund zum echten Erlebnis. Benny stürzte sich auf einen Retriever, dessen Besitzerin bei dem Spielversuch gleich zu Boden ging. Na, der Hund konnte doch nichts dafür, wenn die Frau so unsportlich war. Aber schrille Schreie und Worte wie „Kampfhund“ veranlassten Frau Trollmund schließlich zur Flucht.

Als Prokurist Bärwald am nächsten Morgen die Bürotür öffnete, traf ihn fast der Schlag. Auf dem Boden lag die bosnische Putzfrau, bewusstlos. Gottlob atmete sie noch. In einem Zimmer laute Geräusche. Benny lag am Boden und zerbiss mit hoher Energie eine Dose – mit grünlichem Reinigungsmittel. Nach ihrem Eintreffen meldeten alle Mitarbeiter größere Spuren von Bennys Nachtleben, von durchbissenen Computerkabeln bis zum herunter gerissenen Telefonhörer, im Display eine unbekannte Nummer mit chinesischem Vorwahl, wie sich später zeigte. Frau Trollmund rief gleich den Chef an, der eben erst in Los Angeles gelandet war, und bot an, Benny abends zu sich nach Hause zu nehmen.

Das war gestern. Heute Morgen ist Frau Trollmund nicht erschienen. Gegen zehn Uhr rief Herr Bärwald bei ihr an. Nach längerer Zeit wurde der Hörer abgenommen, allerdings mit ziemlichem Lärm. „Frau Trollmund, Frau Trollmund ...“, riefen gleich mehrere Kollegen in den Hörer. Als Antwort nur ein böses heiseres Bellen. Jetzt würfeln die Mitarbeiter, wer in der Wohnung nachsehen muss!

Anschrift des Verfassers

*Klaus Britting
Treenestraße 71
24896 Treia
Tel. 04626 189988*

Im Sommer

Der Sommer treibt es diesmal auf die Spitze: man hält schon einen andern Tagesrhythmus ein, verschläft die Zeit der allergrößten Hitze und lebt gelassen in die Nacht hinein

und sitzt dann still im Lichtkreis der Laternen, zuweilen auch bei hellem Mondenschein und sieht zum Himmel auf und zu den Sternen und schätzt sich glücklich, noch dabei zu sein –

jetzt, wenn die Sonne lacht, die Mädchen singen, der Grübler lächelt und der Zweifler schweigt, wenn wie im Taumeltanz von bunten Schmetterlingen anmutig sich des Lebens heitere Seite zeigt,

und Mücken tanzen, wirbelnd in Ekstasen, im Garten summt es wie im Bienenhaus, und Amseln liegen bäuchlings auf dem Rasen und breiten seelig ihre Flügel aus.

Und auch die Menschen sind vorwiegend heiter, manch einer bleibt am Gartengitter stehn und geht dann erst nach einem Schwätzchen weiter, um sich noch mehrmals lächelnd umzudrehn.

Und Frauen schweben nun in zarten Hüllen und manchmal nabelfrei vorbei. Man steht bewundernd und bedenkt im Stillen, wie lieblich es im Morgenlande sei.

Kurzum, der Sommer schenkt erfreuliche Aspekte, worauf denn auch das Resümee beruht: was immer auch der Wettergott bezweckte, der vielgestressten Seele tut es gut.

Wobei ich ganz privatim anzumerken habe: zuweilen schleicht sich der Gedanke ein: memento mori, alter Knabe, es wird vielleicht dein letzter Sommer sein.

Professor Dr. med. Wilhelm Theopold

Dr. Norbert Dickopf – ein Leben für den „Anderen“

Am 1. September 2007 schied Dr. Norbert Dickopf als Seniorpartner aus der Praxis seines Sohnes aus, die er ihm 2003 übergeben hatte. Damit hatte er das große Glück, seine ärztliche Tätigkeit langsam zu reduzieren und in den Alterstand übergehen zu können.

Hat er dies aber wirklich getan? Dr. Norbert Dickopf ist ein bemerkenswerter Arzt, der nicht nur einen sehr guten Ruf in seiner Heimatstadt Oberursel genießt, sondern er ist in seiner christlichen Motivation ein Wohltäter für viele geistig- und körperlich behinderte Kinder in dem von ihm gegründeten und aufgebauten Alfred-Delp-Haus. Die Gründung dieses Wohnhilfswerkes 1979 sollte Wohnraum für behinderte Menschen mit familiärem Charakter in der Nähe der Eltern schaffen. Sein behinderter Sohn, der 19-jährig 1981 starb, hatte ihn auf diese Idee gebracht, der er mehr als ein Vierteljahr-

hundert seine ganze Arbeit und Energie widmete.

Es war schwierig gewesen, einen Trägerverband zu gründen, Politiker für dieses Vorhaben zu gewinnen, Gelände zu erhalten und die finanziellen Voraussetzungen zu schaffen. 1980 wurde der Caritasverband der Diözese Limburg als Träger gewonnen. Der Hochtaunuskreis und die Stadt Oberursel stellten ein geeignetes Grundstück von etwa 10.000 qm zur Verfügung. 1987 waren die fünf Häuser der Gesamtanlage fertiggestellt – das Haus 1 für Schwerstbehinderte, 1997 das Wohnhaus Harzbergstraße mit weitgehend selbstständigen Heimbewohnern. So haben jetzt 63 geistig und körperlich behinderte Menschen eine Heimat gefunden – betreut von Anfang an durch Dr. Norbert Dickopf.

Ein zweites Heim wird ebenfalls von ihm gefördert, finanziell unterstützt und medizinisch betreut: das Haus Carani

nahe der rumänischen Stadt Timisoara.

So haben wir vor uns das Bild eines vorbildlichen Arztes, der sich uneigennützig um das Wohl seiner Patienten über den Horizont des Arztseins jahrzehntelang eingesetzt hat

und wohl noch weiter tun wird. Für diese bemerkenswerte Leistung erhielt Dr. Norbert Dickopf im Jahre 1998 die Dr. Richard Hammer-Medaille und im Jahre 2001 das Bundesverdienstkreuz am Bande.

Ich wünsche ihm einen besonnenen Lebensabend und weiter die innige Verbindung mit Menschen, die besonderer Hilfe bedürfen, Gesundheit und Glück und die Kraft, diese Vorbildfunktion weitergeben zu können.

Dr. med. Jochen Schwalbe, Steinbach/Ts.



Professor Dr. med. Stephan A. M. Bockenheimer

* 11. 11. 1942 (Frankfurt) † 23. 5. 2008 (Oberursel-Oberstedten)

Am 23. Mai 2008 starb Professor Dr. med. Stephan Bockenheimer, bewusst, am Ende seines Weges. Seiner Frau Gisela Bockenheimer-Lucius, Begleiterin im Arztalltag und Gegenüber auf dem Felde der Ethik in der Medizin, und seinen drei Töchtern muss unsere Anteilnahme zu allererst gelten. In der Trauer des Abschieds bleibt neben dem Erinnern auch seine Frage nach dem eigentlichen Sinn ärztlichen Handelns und Unterlassens zurück. Seine Suche nach einer Gegenwelt zur wuchernden Gesund-

heitswirtschaft, in der heute das alte Memento „salus aegroti suprema lex“ – oft missverstanden als Legitimation paternalistischen ärztlichen Handelns – nicht nur leise, sondern schon fast verschämt angesprochen wird, müssen andere fortsetzen. Eines seiner Leitthemen „Die Menschenwürde auf den Behandlungspfaden in der Neuromedizin“ war 2004 Gegenstand eines Sommer-Symposiums des Fördervereins der neurologischen Wissenschaften (NeuroWiss), dessen tragender Mitbegründer er 1991 war.

Dieses Anliegen, ärztliches Handeln stets auf die Anforderungen und Kraft des Kranken zurückzubeziehen, ist gewachsen: Nach einem einjährigen Theologiestudium in Paderborn, dann Medizinstudium in Frankfurt und Washington (1963–1970), Weiterbildung in Freiburg zum Arzt für Neurologie und Psychiatrie (Universi-



Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

tätsklinik für Psychiatrie und Neurologie (R. Degkwitz)) sowie zum Neuroradiologen in der Sektion Neuroradiologie (K. Voigt) führte dann über die Dissertation 1970 und eine Habilitation über die Meato-Zisternographie 1980 zur Venia Legendi für Neurologie und Neuroradiologie. Nach einer kommissarischen Leitung der Sektion Neuroradiologie (1978–1983) in Freiburg trat er als Leitender Oberarzt 1983 in die Neurologische Klinik am Krankenhaus Nordwest ein, wo eine umfassende Akutneurologie mit eigener Intensivstation sowie mit einer in die Klinikarbeit integrierten Neuroradiologie existierte. Da Professor Bockenheimer bereits 1983 zu den Begründern der PTA hirnversorgender Arterien in Deutschland gehörte, war damit auch der zukünftige neurovaskuläre Schwerpunkt der Neuroradiologie und Neurologischen Klinik vorgegeben, als er am 1. April 1985 als Chefarzt des selbstständigen späteren Instituts für diagnostische und interventionelle Neuroradiologie wurde. Neben den Methoden des CT und später der Kernspintomographie sahen wir gemeinsam von Anfang an in der interventionellen Neuroradiologie einen unabdingbaren Bestandteil der Akutversorgung von Schlaganfallpatienten. Seit 1983 wurden die PTA der A.carotis und A.vertebralis praktiziert, später auch das Stenting extra- und intrazerebraler Arterien sowie die lokale Thrombolyse unter engagierter Mitarbeit seiner langjährigen Oberärzte F. Gleim und Ch.Claus sowie Oberarzt C. Mohs, Oberarzt der Neurologie,

eingeführt. 1993 auf dem 1. Sommer-Symposium von NeuroWiss wurde die interventionelle Methodik als Hauptthema „PTA hirnversorgender Arterien: Alternative zur Gefäßchirurgie?“, zusammen mit Herrn R. Kachel (Erfurt) lebhaft diskutiert. Seit Gründung der „Gesprächsrunde Schlaganfallversorgung“ der Landesärztekammer im Jahre 1994 war Professor Bockenheimer wesentlich daran beteiligt, ein interdisziplinäres Versorgungskonzept zur Frühbehandlung neurovaskulärer Erkrankungen zu etablieren. Die resultierenden Empfehlungen der Landesärztekammer wurden 1995 Anlass unter Federführung des zuständigen Hessischen Ministeriums, das Stroke-Unit-Modell-Hessen 1999 ins Leben zu rufen, gemeinsam getragen vom Landesverband der Hessischen Krankenkassen, der Hessischen Krankenhausgesellschaft sowie der Landesärztekammer. Dies war der Grundstein für eine qualitätsgesicherte interdisziplinär getragene Schlaganfallversorgung in Hessen.

Nimmermüde versuchten wir in unserem gemeinsamen Arbeitsumfeld und darüber hinaus, die klinische Neuroradiologie – durchaus gegen Widerstände – zu verwirklichen, um für den Kranken eine optimale neurologische und neuroradiologische Expertise bereit zu halten, die nur erwachsen kann, wenn im Alltag, aber auch in extrem seltenen Situationen für jeden Patienten die eigene und gemeinsame Erfahrungen unmittelbar zur Verfügung steht – kollegial, offen und kritisch analysiert innerhalb einer

flachen Hierarchie der Erfahrung. Seine fundierte neuroradiologische Kompetenz und sein umfassendes Wissen in der Neurologie, Neuropathologie, Psychiatrie und Neuropsychologie haben sich für die neuromedizinische Erfahrungsbildung breit bewährt – für Patienten, Kollegen und für die Kooperation über die engeren Fachgrenzen hinaus. So war die Entwicklung des Konzepts von NeuroWiss als umfassende multidisziplinäre und multiprofessionelle, regionale neuromedizinische Vereinigung naheliegend, die nach Gründung 1991 erst „seine“ Form 1994 unter seinem Vorsitz erhielt. Die Neuropathologischen Demonstrationen im Edinger-Institut (W. Schlote) zusammen mit den Kollegen der Neurologie (A. Fischer) und Neurochirurgie (R. Lorenz) sowie die neurovaskulären Kolloquien haben diese Ideen schnell und anhaltend mit Leben gefüllt.

Ehrenmitgliedschaft von NeuroWiss und das bewegende Sommer-Symposium 2007 „Gehirn – von der Morphologie zur Funktion – Bewusstsein und Psyche“ setzten – nach der Dienstzeit und Übergabe der Neuroradiologie an B. Kress – ein Zeichen des Respekts für eine Lebensleistung, die für die hessische Neuroradiologie und Neuromedizin nun zur Mahnung und Erinnerung an einen engagierten und pflichtbewussten Arzt geworden sind, für den optimale Erfahrung und kritische Reflexion eine Einheit bildeten.

Rudolf W. C. Janzen, Bad Homburg

Abschied von Professor Dr. Dr. Rüdiger Lorenz

Professor Dr. med. Dr. h. c. mult. Rüdiger Lorenz ist am 6. April 2008 in Frankfurt/Main gestorben. Er war in den Jahren 1980 Ordinarius und Leiter der Klinik für Allgemeine Neurochirurgie am Medizinischen Zentrum für Neurologie und Neurochirurgie des Fachbereiches Humanmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main bis zu seinem Eintritt in den Ruhestand im Jahre 1999.

Rüdiger Lorenz wurde am 9. September 1932 in Niederfischbach, Kreis Altenkirchen in einer ärztlichen Familie geboren. In den Jahren 1951 bis 1956 studierte er Medizin in Bonn und in Göttingen, wo er auch mit einer Arbeit in der Rechtsmedizin über: „Farbstörungen im Bereich von rot und grün unter Alkoholeinfluss“ zum Dr. med. promovierte.

Im Juli 1962 wurde er Assistent in der Neurochirurgischen Klinik der Justus-Liebig-Universität in Gießen und beendete Ende 1966 seine Facharztweiterbildung als Neurochirurg. Im Jahre 1971 habilitierte er mit der Monographie „Wirkungen intrakranieller Prozesse auf den Verlauf von Blutdruck und Pulsfrequenz“ an der Medizinischen Fakultät der Justus-Liebig-Universität in Gießen. Im Jahre 1973 wurde er zum Beamten auf Lebenszeit und Professor durch den Ministerpräsidenten des Landes Hessen ernannt. Er wurde dann leitender Oberarzt der Neurochirurgischen Universitätsklinik und im Oktober 1979 auf die C-4-Professur für Neurochirurgie vom Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main durch den hessischen Kultusminister berufen.

In den Jahren 1980 bis 1999 war er stellvertretender bzw. geschäftsführender Direktor des Zentrums für Neurologie und

Neurochirurgie des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main.

Rüdiger Lorenz war sehr aktiv in der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie. Er war Vorstandsmitglied dieser Gesellschaft für 22 Jahre und 1. Vorsitzender dieser Gesellschaft in den Jahren 1990 bis 1992. Er war Mitglied von verschiedenen Kommissionen und hat sich bei der Arbeit der Strukturkommission, der er über sechs Amtsperioden vorgestanden hat, besonders verdient gemacht.

Im Jahre 1996 wurde er Gründungsmitglied der Deutschen Akademie für Neurochirurgie und war in den Jahren 1998/99 deren Präsident. Weiterhin war er Mitglied und Vorstandsmitglied von mehreren wissenschaftlichen Gesellschaften, wie Deutsche Gesellschaft für Wirbelsäulenforschung, Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Krebsgesellschaft, European Society of Intensive Care Medicine, Kuratorium ZNS für Unfallverletzte mit Schäden des zentralen Nervensystems, Humboldt-Gesellschaft usw.

Professor Lorenz war auch sehr aktiv als Universitätslehrer sowie Gutachter und Prüfer der Neurochirurgie, u. a. als Vorsitzender einer Prüfungskommission für den 3. Abschnitt der ärztlichen Prüfung und Mitglied des Gutachter- und Prüfungsausschusses für Neurochirurgie der Landesärztekammer Hessen. Er war korrespondierendes Mitglied der Academia Argentina de NZ, Burma Medical Association, Association Argentina de Neurocirugia, Sociedad Luso-Espanola de Neurocirugia, American Academy of Neurological Surgery.

Rüdiger Lorenz war ehrenamtliches Mitglied von vielen Neurochirurgischen Ge-

sellschaften, u. a. Society of Neurosurgical Surgery (1991) und American Society of Neurosurgical Surgery in USA 1991, der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (2001), Polnischen Gesellschaft für Neurochirurgie (1992), Brasilianischen Gesellschaft für Neurochirurgie (1994), Armenischen Chirurgischen Akademie (1999), Neurochirurgischen Gesellschaft von Moldova (2003).

Die Ehrendoktorwürde wurde ihm an der Universität von Saragossa in Spanien, der Medizinischen Akademie in Breslau/Polen und der Universität in Chisinau/Moldova verliehen.

Für seine Verdienste und Tätigkeiten für das Weiterbildungswesen der Ärzte in Hessen wurde er im Jahre 1997 mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen geehrt. Professor Lorenz war Träger des Verdienstkreuzes 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland.

Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte waren intrakranielle Drucksteigerung, Klassifikation der Aneurysmen, Neurochirurgische Intensivmedizin, Neuroelektrophysiologie, operative Behandlung der Halswirbelsäulenerkrankungen. Er verfasste über 160 Buchbeiträge und Veröffentlichungen. Professor Lorenz hielt über 500 Vorträge an verschiedenen Symposien und Kongressen in Europa, Amerika und Asien.

Lorenz war nicht nur ein exzellenter Chirurg, der für Fortschritte der neurochirurgischen Techniken offen war, der aber immer Beweise und fundierte Argumenta-



tion bei der Einführung von chirurgischen „Neuigkeiten“ verlangte. Bekannt und bemerkenswert waren seine außerordentliche Disziplin und Zuverlässigkeit. Für die jungen Mitarbeiter war das nicht immer leicht, weil er als jemand, der am effizientesten frühmorgens arbeitete, pflegte seine Visiten auf der Intensivstation schon um 6:00 Uhr morgens zu machen. Er tolerierte keine Oberflächlichkeiten oder erzwungenes Improvisieren seiner Mitarbeiter und Schüler in der ärztlichen Tätigkeit. So vermittelte er manchmal den Eindruck etwas autoritär zu sein. In der Diskussion war er jedoch fundierten Argumenten zugänglich und gegenüber verschiedener Meinungen sehr tolerant. Rüdiger Lorenz war ein exzellenter Organisator und Veranstalter von Symposien, Kursen und Kongressen. Er pflegte sehr enge Kontakte bereits seit Mitte der siebziger Jahre mit der Polnischen

Neurochirurgischen Gesellschaft, organisierte periodisch wiederkehrende Fortbildungskurse für polnische neurochirurgische Ärzte. Seiner Initiative war es zu verdanken, dass er zum 50. Todestag von Ottfried Förster die 1. polnisch-deutsche Konferenz für Neurochirurgie im Juni 1991 organisierte. Sechs weitere gemeinsame Sitzungen fanden seit dieser Zeit statt. Er sah als seine Aufgabe die Ressentiments zu überwinden und es ist ihm zu verdanken, dass sich die Beziehungen der deutschen Neurochirurgie zu den Kollegen in Osteuropa so gut gestaltet haben. In den letzten Jahren seiner Tätigkeit hatte er auch enge Bindungen zu der Neurochirurgie in Moldova aufgenommen und half dort die Disziplin zu entwickeln. Seine Gastfreundlichkeit war sprichwörtlich. Er empfing die zahlreichen Besucher der Klinik mit gleichem Interesse, Aufmerksamkeit und Herzlichkeit unabhän-

gig davon, ob es sich um einen weltprominenten Neurochirurgen oder um einen Anfänger aus einer kleinen Klinik in Asien oder Südamerika handelte.

Mit dem Tod von Professor Lorenz verliert die Deutsche Neurochirurgie einen ihrer Repräsentanten, der das Image dieser Disziplin in Deutschland und auf internationalen Foren in den achtziger und neunziger Jahren eindeutig geprägt hat. Das Land Hessen verliert einen hervorragenden engagierten Arzt, der seine Kräfte und Talent für gesundheitspolitische Belange und Weiterbildung der Ärzteschaft zur Verfügung stellte.

Rüdiger Lorenz hinterlässt seine Frau, die ihn seit 1959 in seiner Tätigkeit immer unterstützte, einen Sohn, der Arzt wurde, eine Tochter, Kunsthistorikerin, sowie sechs Enkel.

Professor Dr. J. Zierski, Berlin

Nachruf

Und immer sind irgendwo Spuren Deines Lebens, Gedanken, Bilder, Augenblicke und Gefühle, sie werden uns an Dich erinnern.

Mit Betroffenheit erfüllte uns die Nachricht, dass unser langjähriger, ehemaliger Kollege

Dr. med. Joachim Waehlert

verstorben ist.

Mit ihm verlieren wir einen liebevollen, stets freundlichen und hilfsbereiten Kollegen, der wegen seiner Einsatzbereitschaft und seinen hervorragenden Fachkenntnissen von uns allen sehr geschätzt wurde.

Sein Andenken werden wir immer in Ehren halten.

Mit Anteilnahme: das gesamte Prüfungsgremium im Gebiet Allgemeinmedizin der Landesärztekammer Hessen

Prüfungsvorsitzende:

Dr. med. Klaus Ehrenthal
Dr. med. Robert Gerst
Dr. med. Heinrich Sohn
Dr. med. Klaus Uffelmann
Dr. med. Hans Jürgen Wolfring

Prüfer/innen:

Dr. med. Stefan Brenck
Dr. med. Holmer Drews
Dr. med. Ursula Ducocq
Dr. med. Antonie Eser
Dr. med. Manfred Geis
Dr. med. Willi Heinrich
Dr. med. Wolfgang Hönnmann
Yvonne Jurkoweit
Dr. med. Ulrich Klinsing
Dr. med. Joachim Klug
Dr. med. Horst Morscheck
Ernst Neuschild
Helga Schönberger
Dr. med. Maria Vetter-Kurtz

im Mai 2008

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Anneliese Ruelius, Bad Zwesten, am 18. August.

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Charlotte Specht, Wiesbaden, am 20. August.

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

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

ANZEIGENSCHLUSS:

August-Ausgabe 7.7.2008

September-Ausgabe 5.8.2008

Wir gedenken der Verstorbenen

Professor Dr. med. Hans Joachim Arndt, Wiesbaden

* 16.4.1928 † 9.5.2008

Dr. med. Marwan Bali, Rotenburg

* 20.1.1940 † 15.4.2008

Professor Dr. med. Karl Bartmann, Bad Soden

* 18.6.1920 † 25.4.2008

Dr. med. Hugo Brinkmann, Marburg

* 15.2.1916 † 5.5.2008

Dr. med. Peter Cleven, Büdingen

* 7.8.1945 † 7.4.2008

Ernst-Walter Feuerbach, Wiesbaden

* 21.5.1946 † 26.4.2008

Dr. med. Siegfried Gruner, Frankfurt

* 8.10.1917 † 2.5.2008

Dipl.-Päd. Dr. med. Werner Hellenkamp, Frankfurt

* 9.7.1948 † 20.4.2008

Ltd. Medizinaldirektor i. R. Dr. med. Helmut Hildner, Dillenburg

* 1.8.1923 † 6.12.2007

Dr. med. Hans-Adolf Hilgenfeld, Arolsen

* 22.3.1923 † 3.1.2008

Dr. med. Hans-Jürgen von Keitz, Neuhoof

* 9.8.1930 † 25.4.2008

Dr. med. Horst Krupp, Witzenhausen

* 11.10.1920 † 10.10.2006

Medizinaldirektor Dr. med. Helmut Lechler, Frankfurt

* 8.7.1915 † 14.12.2006

Ltd. Medizinaldirektor i. R. Dr. med. Viktor Wacha, Rüsselsheim

* 23.7.1916 † 26.12.2007

Professor Dr. med. Dr. h. c. mult. Rüdiger Lorenz, Frankfurt

* 9.9.1932 † 6.4.2008

Ursula Müller-Baer, Hofheim

* 19.8.1919 † 25.12.2006

Dr. med. Jürgen Pellenz, Braunfels

* 21.10.1960 † 1.4.2008

Dr. med. Margarete Pernice, Bad Hersfeld

* 18.5.1921 † 8.5.2008

Dr. med. Heinrich Reccius, Bad Sooden-Allendorf

* 2.5.1923 † 26.2.2008

Dr. med. Helmuth Schäfer, Weilburg

* 20.8.1914 † 28.9.2006

Dr. med. Elisabeth Schmalzl, Oberursel

* 23.3.1924 † 28.7.2006

Dr. med. Alfred Schmitt, Hofheim

* 12.3.1931 † 18.4.2008

Dr. med. Karl-Heinz Schneider, Wiesbaden

* 18.7.1921 † 20.4.2008

Medizinaloberrat a. D. Dr. med. Helmut Seel, Eschwege

* 11.9.1918 † 11.1.2008

Dr. med. Eckhart Springborn, Wiesbaden

* 4.9.1934 † 29.4.2008

Dr. med. Mathilde Strüfing, Naumburg

* 8.1.1914 † 14.2.2006

Dr. med. Marie-Luise Tarnowski, Wiesbaden

* 15.1.1923 † 16.4.2008

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Mareike Kreibich, tätig bei Dr. med. B. Ende und R. Kullmann, Buseck

Monika Wannemacher, tätig bei Dr. med. W. Bundschuh, Darmstadt

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

Claudia Berneaud, seit 15 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis Dr. med. K. Brudy, O. Weckert und S. Hahn, vormals Praxis Dres. med. Geis und Brudy, Ehringshausen

Manuela Fehrenbach, seit 17 Jahren tätig bei Dr. medic. IMF Jasi A. Arnold, Rodgau

Christine Heimeroth, seit 12 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis Dr. med. D. Pohlmann und B. Koll, Fulda

Angela Hofheinz, seit 20 Jahren tätig bei M. Tittel, Herborn

Elena Krez, seit 12 Jahren tätig bei Dres. med. H. Brüggemann und J. Schidlowski, Langen

Elke Mürle, seit 18 Jahren tätig bei Dr. medic. IMF Jasi A. Arnold, Rodgau

Julia Vogel, seit 12 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis Dr. med. D. Pohlmann u. B. Koll, Fulda

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

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

Marianne Engel, tätig bei Dr. med. C. Nanke, vormals Praxis Dr. med. E. Nanke, Trebur

Susanne Orth, tätig in der Gemeinschaftspraxis Dres. med. D. Palitzsch, D. Buchholz-Haacke und F. Beschorner, Schlüchtern

und zum **mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum**

Eva-Dorothea Wilde, seit 30 Jahren tätig bei Dres. med. R. Göbel und Ch. Iglar, Aßlar

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

Richtige Antworten

Zu der Fragebogenaktion „**Medizinische und ökonomische Bedeutung des Krankheitsbildes der venösen Thromboembolie**“ in der Mai-Ausgabe 2008, Seite 315

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

Spendenaufwurf zugunsten der Berufsschulen mit Klassen für Medizinische Fachangestellte

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die Berufsschulen, an denen Klassen für Medizinische Fachangestellte/Arzthelfer/innen eingerichtet sind, wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie Geräte (z. B. EKG-Gerät, Blutdruckmessgerät, Zentrifuge, Mikroskop, Photometer), die Sie in Ihrer Praxis nicht mehr benötigen, den Berufsschulen zur Verfügung stellen würden. Die Geräte müssen funktionsfähig sein.

Als Kontaktpersonen stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen der jeweils für Sie zuständigen Bezirksärztekammer zur Verfügung, die die Vermittlung übernehmen werden.

Darüber hinaus sind die Berufsschulen stets dankbar für **Geldspenden**. Da die öffentlichen Mittel immer knapper werden, müssen zunehmend Anschaffungen, die sinnvoll und für die Ausbildung vorteilhaft wären, unterbleiben!

Erkundigen Sie sich, ob Sie im Einzelfall eine Spendenquittung erhalten können.

Vor allem infolge der neu geordneten Ausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten müssen Berufsschulen nach Lernfeldern unterrichten, was im Endeffekt auch mehr Praxisbezug erfordert.

Ich danke Ihnen im Voraus.

*Dr. med. Detlev Steininger, Darmstadt
Vorsitzender des Berufsbildungsausschusses*

Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verlorengegangen und werden hiermit für ungültig erklärt.

Arztausweis Nr. HS/F/14891, ausgestellt am 29. 2. 2008, für Dr. med. Ernst Kertel, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/10488, ausgestellt am 11. 12. 2001, für Dr. med. Rolf Kleinschmidt, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/M 125/2007, ausgestellt am 13. 8. 2007, für Svetlana Kraushaar, Bad Zwesten,

Arztausweis Nr. HS/F/12306, ausgestellt am 8. 9. 2004, für Dr. med. E. Maibaum-Weisweiler, Ober-Mörlen,

Arztausweis Nr. HS/F/13847, ausgestellt am 10. 11. 2006, für Dr. med. Anja Urbschat, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/11436, ausgestellt am 26. 6. 2003, für Dr. med. Eva Valesky, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/14952, ausgestellt am 27. 3. 2008, für Doktor medicinae/Semmelweis Univ. Budapest Karin Wilbrand, Neu-Isenburg,

Bereitschaftsdienstausweis Nummer 006689, ausgestellt am 15. 11. 2004, für Farhood Oghalai, Bad Vilbel,

Stempel Nummer 40 75 131 (Wochentag, Wochenende) Ärztlicher Bereitschaftsdienst Frankfurt, Dispositionszentrale-Bezirk 1 (Wenzel Meixner, Frankfurt),

Stempel Nummer 40 75 733 (Wochenende) Ärztlicher Bereitschaftsdienst Königstein (Wadan Miran, Marburg),

Stempel Nummer 40 76 625 (Wochenende) Ärztlicher Bereitschaftsdienst Langen-Dreieich (ist auf dem Postweg in Verlust geraten).

Einschulungstermine der Berufsschulen

Die Sommerferien enden in diesem Jahr am **4. August 2008**. Die Einschulungstermine der Berufsschulen liegen somit **Anfang August (Ausnahme Berufsschule in Korbach!)**.

Aus nachfolgender Aufstellung können Sie das konkrete Einschulungsdatum der für Ihre Auszubildende zuständigen Berufsschule entnehmen:

Bezirks- ärztekammer	Berufsschule/Einschulungstermine
Darmstadt	Martin-Behaim-Schule Alsfelder Str. 23, 64289 Darmstadt 4. August 2008, 9:00 Uhr, Raum 313
	Karl Kübel Schule Berliner Ring 34–38, 64625 Bensheim 4. August 2008, 9:00 Uhr
	Berufliche Schulen des Kreises Groß-Gerau Darmstädter Str. 90, 64521 Groß-Gerau 4. August 2008, 9:15 Uhr
	Berufliche Schulen des Odenwaldkreises Erbacher Str. 50, 64720 Michelstadt 4. August 2008, 9:00 Uhr in der Pausenhalle
Frankfurt	Julius-Leber-Schule Seilerstr. 32, 60313 Frankfurt 4. August 2008, 8:30 Uhr
	Kaufmännische Schulen I der Stadt Hanau Ameliastr. 50, 63452 Hanau 5. August 2008, 8:00 Uhr
	Kinzig-Schule Berufliche Schulen des Main-Kinzig-Kreises In den Sauren Wiesen 17, 36381 Schlüchtern 4. August 2008, 8:00 Uhr
	Theodor-Heuss-Schule Buchhügelallee 86, 63071 Offenbach 4. August 2008, 9:00 Uhr
	Konrad-Adenauer-Schule Auf der Hohlmauer 1–3, 65830 Kriftel 5. August 2008, 8:00 Uhr.
	Max-Eyth-Schule Am Hirschsprung, 63303 Dreieich 4. August 2008, 9:45 Uhr
Gießen	Willy-Brandt-Schule Karl-Franz-Str. 14, 35392 Gießen/Lahn 4. August 2008, 9:30 Uhr
*	Max-Eyth-Schule In der Krebsbach 8, 36304 Alsfeld 5. August 2008, 8:30 Uhr
	Käthe-Kollwitz-Schule Frankfurter Str. 72, 35578 Wetzlar 4. August 2008, 8:05 Uhr
	Kaufmännische Berufsschule Am Gradierwerk 4–6, 61231 Bad Nauheim 4. August 2008, 9:00 Uhr

Kassel	Willy-Brandt-Schule Brückenhofstr. 90, 34132 Kassel 5. August 2008, 11:00 Uhr
*	Hans-Viessmann-Schule Stresemannstr. 12, 34537 Bad Wildungen 8. August 2008, 7:45 Uhr
	Kreisberufs- und Berufsfachschule Waldeck-Nord Kasseler Str. 17, 34497 Korbach 20. Juni 2008, 8:30 Uhr
	Eduard-Stieler-Schule Brüder-Grimm-Str. 5, 36307 Fulda 4. August 2008, 8:00 Uhr
	Berufliche Schulen des Landkreises Hersfeld-Rotenburg Am Obersberg, 36251 Bad Hersfeld 6. August 2008, 7:45 Uhr
	Berufliche Schulen des Werra-Meißner-Kreises Südring 35, 37269 Eschwege 4. August 2008, 7:45 Uhr
Marburg	Kaufmännische Schulen der Stadt Marburg Leopold-Lucas-Str. 20, 35037 Marburg 4. August 2008, 8:30 Uhr
Wiesbaden	Louise-Schroeder-Schule Brunhildenstr. 55, 65189 Wiesbaden 5. August 2008, 9:00 Uhr
*	Adolf-Reichwein-Schule Heinrich-von-Kleist-Str., 65549 Limburg/Lahn 6. August 2008, 8:00 Uhr
*	Saalburg-Schule Wilhelm-Martin-Dienstbach-Str., 61250 Usingen 6. August 2008, 7:55 Uhr

An dieser Stelle möchten wir alle Ausbildungspraxen nochmals darum bitten, ihre neuen Auszubildenden immer **sofort** nach Vertragsabschluss zum Besuch der Berufsschule **anzumelden**. Den Berufsschulen wird hierdurch die Klassenbildung und Stundenplanung zu Beginn des Schuljahres erleichtert.

Volljährige Auszubildende, die mit ihrer Ausbildung erst nach Beginn des Berufsschuljahres anfangen, **sollten** nach Möglichkeit von **Anfang an am Berufsschulunterricht teilnehmen**. Ihr Versicherungsschutz besteht.

Minderjährige Auszubildende unterliegen der Berufsschulpflicht und **müssen** somit die Berufsschule ab Schulbeginn besuchen.

Am Einschulungstag findet grundsätzlich kein Unterricht statt. Es erfolgt lediglich Zuweisung zu den Klassen, Vorstellen der Lehrer, Bekanntgabe des Stundenplans, Ausgabe der Bücher etc. Berufsschulen, an denen bereits am Einschulungstag Unterricht erteilt wird, sind mit * gekennzeichnet.

Landesärztekammer Hessen
Ausbildungswesen: Arzthelfer/innen
und Medizinische Fachangestellte

Ergebnis der Wahl zur Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 2008

14. Legislaturperiode 2008–2013

Gemäß §16 Absatz 3 der Wahlordnung für die Delegiertenversammlung der Ärzte-, Zahnärzte-, Tierärzte- und Apothekerkammern (VO vom 11. Juni 1959 (GVBl. S. 12) i. d. F. der VO vom 4. September 1963 (GVBl. S. 142) und vom 13. Juli 1967 (GVBl. S. 137)) gebe ich hiermit das endgültige Wahlergebnis bekannt:

Wahlberechtigt gemäß Wählerverzeichnis	30.034
Gewählt haben:	12.577
Ungültig abgegebene Stimmen:	150
Gültig abgegebene Stimmen:	12.427
Wahlbeteiligung:	41,88 %

Liste 1:	“Fachärzte Hessen“ ›Die Vertretung der hessischen Fachärztinnen und Fachärzte in Klinik, Praxis und Weiterbildung‹	2.437 Stimmen	= 16 Sitze
Liste 2:	Hartmannbund Hessen	272 Stimmen	= 1 Sitz
Liste 3:	Fachärzte 60+	675 Stimmen	= 4 Sitze
Liste 4:	ÄRZTE für HESSEN	170 Stimmen	= 1 Sitz
Liste 5:	LISTE ÄLTERER ÄRZTE	843 Stimmen	= 5 Sitze
Liste 6:	Sichere Renten für Klinik und Praxis – NAV-Virchowbund NAV Virchowbund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. – Landesverband Hessen	209 Stimmen	= 1 Sitz
Liste 7:	MARBURGER BUND HESSEN	2.780 Stimmen	= 19 Sitze
Liste 8:	Die Hausärzte (Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Hausärztliche Internisten)	2.202 Stimmen	= 15 Sitze
Liste 9:	ÄrztINNEN Hessen (Fachärztinnen, Hausärztinnen, angestellte Ärztinnen, niedergelassene Ärztinnen, Ärztinnen in Weiterbildung u.a.)	1.254 Stimmen	= 8 Sitze
Liste 10:	Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte (LDÄÄ) Offen für HausärztInnen, Kinder- und Jugendmedizin, Psychotherapie und alle anderen Fachgebiete	1.069 Stimmen	= 7 Sitze
Liste 11:	Neuromedizin Hessen	176 Stimmen	= 1 Sitz
Liste 12:	Liste Genossenschaften, Netze und Verbände	166 Stimmen	= 1 Sitz
Liste 13:	LNO – Liste der Niedergelassenen Operateure	174 Stimmen	= 1 Sitz
		12.427 Stimmen	= 80 Sitze

Die folgenden Kandidatinnen und Kandidaten der Wahlvorschläge wurden gewählt:

Liste 1: “Fachärzte Hessen“	11.	Dr. med. Michael Repschläger
›Die Vertretung der hessischen Fachärztinnen und Fach-	12.	Professor Dr. med. Ulrich Finke
ärzte in Klinik, Praxis und Weiterbildung‹	13.	Dr. med. Detlef Oldenburg
1. Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach	14.	Dr. med. Klaus-Wolfgang Richter
2. Dr. med. Klaus König	15.	Dr. med. Michael Weidenfeld
3. Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg	16.	Dr. med. Snjezana Krückeberg
4. Christine Hidas		
5. Dr. med. Peter Zürner	Liste 2: Hartmannbund Hessen	
6. Prof. Dr. med. Manuela Koch	1.	Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich
7. Frank-Ruediger Zimmeck		
8. Dr. med. Edgar Pinkowski	Liste 3: Fachärzte 60+	
9. Dr. med. Wolf Andreas Fach	1.	Dr. med. Alfred Möhrle
10. Dr. med. Klaus Heckmann	2.	Professor Dr. med. Albrecht Encke

3. Dr. med. Georg Holfelder
4. Privatdozentin Dr. med. Ute Maronna

Liste 4: ÄRZTE für HESSEN

1. Professor Dr. med. Hansjörg Melchior

Liste 5: LISTE ÄLTERER ÄRZTE

1. Dr. med. Klaus Uffelman
2. Dr. med. Jürgen Glatzel
3. Dr. med. Norbert Löschor
4. Dr. med. Siegmund Kalinski
5. Dr. med. Eckhard Stück

Liste 6: Sichere Renten für Klinik und Praxis – NAV-Virchowbund

NAV Virchowbund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V. – Landesverband Hessen

1. Dr. med. Hans-Martin Hübner

Liste 7: MARBURGER BUND HESSEN

1. Dr. med. Ursula Stüwe
2. Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Scholz
3. Dr. med. Raoul Hecker
4. Dr. med. Susanne Johna
5. Dr. med. Gerhard Schreiner
6. Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak
7. Stephan Hermann Bork
8. Dr. med. Matthias Moreth
9. Dr. med. Thorsten Steinfeldt
10. Stefan Hornung
11. Professor Dr. med. Horst Kuni
12. Dr. med. Günther Golla
13. Christian Dierkes
14. Dr. med. Titus Schenck zu Schweinsberg
15. Dr. med. H. Christian Piper
16. Dr. med. Markus Herkströter
17. Dr. med. Ingmar Hornke
18. Rainer Oliver Ibing
19. Joachim Odenwald

Liste 8: Die Hausärzte

(Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Hausärztliche Internisten)

1. Dr. med. Dieter Conrad
2. Dr. med. Günter Haas
3. Dr. med. Gerd Zimmermann
4. Erich Lickroth
5. Dr. med. Detlev Steininger
6. Dr. med. Michael Gehrke
7. Michael Andor
8. Martin Leimbeck
9. Gerhard Peleska
10. Dr. med. Egbert Reichwein
11. Dr. med. Harald Bär-Palmié
12. Dr. med. Wolfgang Seher

13. Dr. med. Lothar Werner Hofmann
14. Dr. med. Hansjoachim Stürmer
15. Dr. med. Eckhard Starke

Liste 9: Ärztinnen Hessen

(Fachärztinnen, Hausärztinnen, angestellte Ärztinnen, niedergelassene Ärztinnen, Ärztinnen in Weiterbildung u. a.)

1. Monika Buchalik
2. Dr. med. Bettina Conrad
3. Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke
4. Prof. Dr. med. Jutta Peters
5. Dr. med. Sabine Olischläger
6. Dr. med. Christiane Odenwald
7. Dr. med. Gisela Illies
8. Dr. med. Doris Grether

Liste 10: Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte (LDÄÄ)

Offen für HausärztInnen, Kinder- und Jugendmedizin, Psychotherapie und alle anderen Fachgebiete

1. Dr. med. Siegmund Drexler
2. Dr. med. Brigitte Ende
3. Barbara Mühlfeld
4. Dr. med. Rolf Teßmann
5. Prof. Dr. med. Cornelia Krause-Girth
6. Dr. med. Anthony Ruhl
7. Dr. med. Alessandra Carella

Liste 11: Neuromedizin Hessen

1. Peter Laß-Tegethoff

Liste 12: Liste Genossenschaften, Netze und Verbände

1. Dr. med. Kurt Mangold

Liste 13: LNO – Liste der Niedergelassenen Operateure

1. Michael Waldeck

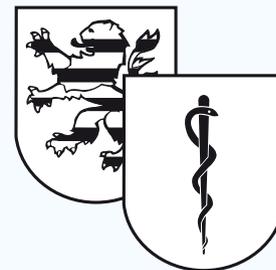
Einwendungen gegen die Rechtsgültigkeit der Wahl kann jeder Wahlberechtigte binnen zwei Wochen nach der Bekanntgabe des Wahlergebnisses im Staatsanzeiger für das Land Hessen bei der Aufsichtsbehörde (Hessisches Sozialministerium, Dostojewski-straße 4, 65187 Wiesbaden) erheben.

Die Einwendungen können nur darauf gestützt werden, dass gegen das Gesetz oder gegen die aufgrund des Gesetzes erlassenen Durchführungsverordnungen oder Wahlvorschriften verstoßen worden ist und dass der Verstoß geeignet war, das Ergebnis der Wahl zu beeinflussen (§ 17 Abs. 1 und 2 der Wahlordnung).

Frankfurt am Main, den 11. Juni 2008

*Landesärztekammer Hessen
Der Wahlleiter
(Holger Tanzki)*

Meldedaten der Landesärztekammer Hessen



Landesärztekammer Hessen
– Meldewesen –
Postfach 90 06 69
60446 Frankfurt

Sehr geehrte Kollegin,
sehr geehrter Kollege,

Ihre Adresse ändert sich? Sie haben eine neue E-Mail-Adresse oder Handynummer? Bitte teilen Sie uns diese Änderung mit.

Sie können uns nachstehendes Formular übersenden per Post, online über das Formular Adressänderungen unter www.laekh.de, per Mail an meldewesen@laekh.de oder selbstverständlich per Fax 069 97672-128.

Vielen Dank!

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



Kassenärztliche Vereinigung Hessen

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

Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Groß-Gerau Fachärztin/Facharzt für Radiologie
(überörtlicher Gemeinschaftspraxisanteil)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Darmstadt, Wilhelminenplatz 7, 64283 Darmstadt** zu senden.

Planungsbereich Frankfurt am Main

Frankfurt/M.-Sachsenhausen Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist - hausärztlich-
Frankfurt/M.-Sossenheim Frauenärztin/Frauenarzt
Frankfurt/M.-Westend Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Main-Taunus-Kreis Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist - hausärztlich-

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Kronberg Plastische Chirurgin/
Plastischer Chirurg
Friedrichsdorf Kinder- und Jugendpsychiaterin und -psychotherapeutin/
Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Main-Kinzig-Kreis Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist - hausärztlich-
Main-Kinzig-Kreis Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist - hausärztlich-
Großkrotzenburg Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist - hausärztlich-
Hanau/M.-Innenstadt Frauenärztin/Frauenarzt (Gemeinschaftspraxisanteil)
Hanau/M.-Innenstadt Frauenärztin/Frauenarzt (Gemeinschaftspraxisanteil)
Hanau/M.-Innenstadt Frauenärztin/Frauenarzt

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Landesstelle, Kaufmännische Geschäftsführung, Niederlassungsberatung/Bedarfsplanung, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt** zu senden.

Planungsbereich Landkreis Gießen

Gießen Fachärztin/Facharzt für Orthopädie

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Dillenburg Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin - fachärztlich-
Herborn Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Siegbach Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin
Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich –

Planungsbereich Wetteraukreis

Nidda Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Gießen, Eichgärtenallee 6–8, 35394 Gießen** zu senden.

Planungsbereich Landkreis Fulda

Fulda Internistin/Internist – hausärztlich –
oder Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Planungsbereich Landkreis Hersfeld-Rotenburg

Bad Hersfeld Frauenärztin/Frauenarzt

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel Augenärztin/Augenarzt
Kassel Kinderärztin/Kinderarzt
Kassel Neurologin und Psychiaterin/
Neurologe und Psychiater
Kassel Urologin/Urologe

Planungsbereich Landkreis Kassel

Vellmar Augenärztin/Augenarzt
Ahnatal Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Bad Arolsen Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Wanfried Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Kassel, Pfannkuchstraße 1, 34121 Kassel** zu senden.

Planungsbereich Limburg-Weilburg

Limburg Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut

Planungsbereich Hochtaunus

Grävenwiesbach Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin
Neu-Anspach Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Limburg, Adelheidstraße 7, 65549 Limburg** zu senden.

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Marburg Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Marburg, Raiffeisenstraße 6, 35043 Marburg** zu senden.

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden Hausarztinternistin/Hausarztinternist
Wiesbaden Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin
Wiesbaden Hausarztinternistin/Hausarztinternist
Wiesbaden Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Rheingau-Taunus

Bad Schwalbach Fachärztin/Facharzt für Chirurgie
Rüdesheim Hausarztinternistin/Hausarztinternist

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Wiesbaden, Abraham-Lincoln-Straße 36, 65189 Wiesbaden**, zu senden.

Praxisvertretung

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Körperschaft des Öffentlichen Rechts – Landesstelle – vermittelt für ihre Mitglieder

Praxisvertreter/-innen

für Praxisvertretungen im Land Hessen.

Ärzte, die einen Vertreter benötigen und Ärzte, die selbst eine Vertretung übernehmen möchten, werden gebeten, sich an die

Kassenärztliche Vereinigung Hessen – Landesstelle – Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt/M., Telefon 069 79502-757

zu wenden.

Der Arzt, der sich in seiner Praxis vertreten lässt, hat sich nach § 20 Berufsordnung der Ärzte in Hessen zu vergewissern, dass der Vertreter die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Vertretung erfüllt.

ROTE LISTE® 2008

Die aktuelle ROTE LISTE® 2008 Buchausgabe würde Ende April 2008 versendet. Das Kompendium ermöglicht anhand kurzgefasster Präparateinträge einen raschen Überblick über den deutschen Arzneimittel-Markt (inkl. europäisch zugelassener Präparate und bestimmter Medizinprodukte). Dabei erlaubt die etablierte Struktur das gezielte Auffinden der gewünschten Informationen mit Hilfe von Präparatenamen, Wirkstoffen, Indikationsgruppen und Firmen.

Die ROTE LISTE® 2008 umfasst 8.764 Präparate mit 10.954 Darreichungsformen und 35.599 Preisangaben von 476 pharmazeutischen Unternehmen. Bei 4.862 Präparaten wird ein Hinweis auf den FachInfo-Service gebracht.

Die Darreichungsformen teilen sich wie folgt auf: 6.607 sind verschreibungspflichtig, 116 unterliegen dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG), 3.662 sind apothekenpflichtig, 529 auch für den Verkehr außerhalb der Apotheken zugelassen.

Alle Präparate sind nach 88 Indikations- und Wirkstoffgruppen (Hauptgruppen) geordnet. Zur besseren Vergleichbarkeit werden diese in weitere Untergruppen mit Arzneimitteln weitgehend ähnlicher Zusammensetzung und Indikation unterteilt.

Preise sowie weitere aktuelle Informationen zu allen ROTE LISTE® Produkten finden Sie im Internet unter www.rote-liste.de. Über den Link „Neue Bestellinfos“ erhalten Kaufbesteller und freiberechtigten Ärzte und Apotheken Informationen zu den jeweiligen Bestellmodalitäten.

ROTE LISTE® 2008 Buchausgabe: ISBN-13: 978-3-939192-20-6, Format DIN A4, 2320 S., Kunststoffeinband, Preis: Euro 78,00 inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten.

(Herausgeber und Verlag: Rote Liste® Service GmbH, Frankfurt/Main; Hildegard Dootz, E-Mail: hdootz@rote-liste.de)