

Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

9 | 2008

September 2008

69. Jahrgang



- **Zertifizierte Fortbildung:**
Implantat-assoziierte Infektionen
in Orthopädie und Unfallchirurgie
Teil 1: Diagnose
- **Die Welt der Medizin**
in der *Krebsstation* (1969)
von Alexander Solschenizyn
- **Der Tod gehört immer noch**
zum Leben
- **Die Sorge für den kranken alten**
Menschen in der Heiligen Schrift
- **Das österreichische**
Patientenverfügungs-Gesetz
- **Faszination Golfen**
Gesundbrunnen für Spieler,
die nicht übertreiben

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 Löschhorn, 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 €
(12 Ausgaben), im Ausland 100,50 € 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	564
Fortbildung	
Zertifizierte Fortbildung: Implantat-assoziierte Infektionen in Orthopädie und Unfallchirurgie – Teil 1: Diagnose	565
Multiple-Choice-Fragen	571
Medizinisches Zahlenrätsel	572
Maßnahmen zur Optimierung des Verbrauchs von Blutkomponenten bei ausgewählten operativen Eingriffen in österreichischen Krankenanstalten	573
Medizinethik	
Die Welt der Medizin in der <i>Krebsstation</i> (1969) von Alexander Solschenizyn	577
Der Tod gehört immer noch zum Leben	580
Die Sorge für den kranken alten Menschen in der Heiligen Schrift	581
Medizinethik aktuell	
Das österreichische Patientenverfügungs-Gesetz – ein Vorbild für den deutschen Gesetzgeber?	584
Fortbildung	
Sicherer Verordnen	587
Arzt- und Kassenarztrecht	
Altes und Neues zur ärztlichen Aufklärungspflicht	588
Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim	589
Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim	595
Fortbildung	
Faszination Golfen – Gesundbrunnen für Spieler, die nicht übertreiben	597
Landesärztekammer Hessen	
Übernahme der Fortbildungspunkte	599
Erläuterungen zur Kostensatzung der LÄK Hessen	600
Aktuelles	
Langer Weg zu einer funktionierenden Wettbewerbsordnung	601
Mit meinen Augen	
Manchmal lernt die Politik aus ihren Fehlern – aber nicht immer	603
Satire Wenn das Callcenter Arzt spielt	604
Humoristisches Fietje	605
Von hessischen Ärztinnen und Ärzten	605
Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	609
Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	614

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 ich dieses Editorial schreibe, gibt es zahlreiche Gespräche zwischen den gewählten Vertretern in der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen, um den Wunsch der Wählerinnen und

Wähler in der Zusammensetzung des neuen Präsidiums zu erfüllen.

Ganz gleich, welche Personen zukünftig die Geschicke der hessischen Ärzteschaft leiten werden – die Aufgaben werden uns alle herausfordern.

Zunächst wird Anfang September das **Aktionsbündnis Rettung der Krankenhäuser** aktiv sein! Inzwischen hat es sich herumgesprochen, dass zahlreiche Stellen im ärztlichen und pflegerischen Bereich in den Kliniken nicht mehr besetzt werden können – mit der Folge der Überlastung des (noch) verbliebenen Personals und vor allem mit erschreckenden Folgen für Patientinnen und Patienten. Die Klagen erreichen auch die Ärztekammer! Da sind insbesondere die ärztlichen Direktoren der Kliniken in ihrem Verantwortungsbereich gefordert, den Patientenschutz ernst zu nehmen und umzusetzen – sicher oft auch gegen Widerstände in Reihen der Ökonomen. Die Auswirkungen der Sparmaßnahmen, des Solidarbeitrags, des Festhaltens an viel zu geringen Lohnsteigerungsraten zeigen sich inzwischen in aller Deutlichkeit – und die Auswirkungen für die Zukunft greifen weit über den Bereich „Klinik“ hinaus!

Die ärztliche Weiterbildung ist in Gefahr, wenn zunächst Stellen schon nicht mehr besetzt werden können, so manch ein junger Kollege, eine junge Kollegin zieht es dann nach eigenen gemachten Erfahrungen vor, sich einen anderen Arbeitsplatz – ausserhalb der Patientenversorgung – zu suchen. Damit wird deutlich, dass wir in wenigen Jahren noch viel größere Probleme als jetzt haben werden in der Versorgung der Bevölkerung mit niedergelassenen Ärzten. Die Probleme aus den Kliniken werden sich nahtlos in den Bereich der Niedergelassenen fortsetzen! Eine schlimme Entwicklung!

Einige **Verträge der Kassen** mit der KV wurden in Erwartung des kommenden Gesundheitsfonds **gekündigt**. So haben die betroffenen Praxen und Kliniken keine Chance, für 2009 einen halbwegs seriösen Haushaltsplan aufzustellen, neue Mitarbeiter werden unter diesen Bedingungen bestimmt nicht eingestellt, und ob die Verträge dann ab 2009 in gleicher Höhe abgeschlossen werden? Darauf darf man sehr gespannt sein!

In 2009 werden die Vertragsärzte erstmalig ihre **Fortbildung** nachweisen müssen, um keine Abzüge bei den Zahlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu erleben, darüber hinaus muss die **Qualitätssicherung sektorübergreifend** gestaltet sein – eine weitere Neuerung, die viel Energie beanspruchen wird!

Ja, der **Gesundheitsfonds** wird wohl kommen – und vermutlich kein einziges der vorhandenen Probleme in unserem Gesundheitssystem lösen. Ich erwarte eher mehr Probleme und besonders einen Zu-

wachs an Bürokratie. Die versprochenen höheren Zahlungen an die Vertragsärzte und die Kliniken benötigen wir dringend – aber noch ist nicht erkennbar, woher das Geld dafür kommt!

Die Bundestagswahlen 2009 werfen schon jetzt ihre Schatten voraus – gegen Ende 2008 werden wir mit Politikern diskutieren, welche Vorstellungen sie von einem zukunftsfähigen Gesundheitssystem haben – achten Sie auf die Ankündigungen!

Und für 2009 wird ein weiterer Heilberufetag geplant – unter Einbeziehungen der Politiker, aber insbesondere auch aller Heilberufskammern! Wenn wir auch unterschiedliche Aufgaben im Staat erfüllen, so haben wir doch in den letzten Jahren zunehmend ähnlich Probleme, die unser Berufsleben in vielfältiger Form belasten. Da ist es wichtig, diese Probleme gemeinsam an „die Politik“ zu richten mit der Erwartung von Veränderungen – diesmal jedoch im Sinne von Verbesserungen!

Wenn Sie dieses Editorial lesen, wissen Sie, wer all diese und weitere Probleme im Präsidium der LÄKH anpacken muss! Die Wahl erfolgt am 30. August!

Trotz aller Widrigkeiten: bleiben Sie an der Seite Ihrer Patientinnen und Patienten!

Dr. med. Ursula Stüwe
Präsidentin

Zertifizierte Fortbildung 2760602008093270009

Implantat-assoziierte Infektionen in Orthopädie und Unfallchirurgie

Gerhard Walter

Teil 1: Diagnostik

Einleitung

Infektkomplikationen sind nach orthopädischen und unfallchirurgischen Elektiveingriffen insgesamt selten. Bei Hüft-, Knie- und Schulter-Gelenkersatz ist mit einer Inzidenz von 1 bis 2 % zu rechnen, nach der Implantation von Ellenbogen- oder Sprunggelenk-Endoprothesen treten sie mit einer Häufigkeit von 3 bis 6 % auf [1–3]. Andererseits sind offene Frakturen am Unterschenkel bei bestimmten Risikopatienten postoperativ bis zu 40 % mit tiefen Wundinfektionen belastet [4,5]. In Zukunft ist infolge der demographischen Entwicklung und verbesserter Nachweismethoden mit einer ansteigenden Zahl Fremdkörper-assoziiierter Infektionen zu rechnen [6,7]. Bei der Diagnose und Therapie sind gewisse Besonderheiten zu beachten, die im Folgenden vorgestellt werden. Die Behandlung ist stets langwierig und aufwendig, das Ausheilungsergebnis bleibt oft unbefriedigend. Da die frühzeitige Erkennung entscheidend für die Prognose ist, soll auf den Symptomenkomplex näher eingegangen werden.

Pathophysiologie

Postoperative und posttraumatische Knocheninfektionen werden durch eine Keimkontamination und ereignisbedingte Minderung der lokalen und systemischen Körperabwehr verursacht. Der Verlauf wird maßgeblich durch die Anzahl und Virulenz der Erreger einerseits sowie das Ausmaß des Wirtsschadens andererseits bestimmt. Bei einer schweren Beeinträchtigung der Immunität bedarf es nur einer geringen Keimzahl, um einen Infekt zu manifestieren. Bei intakter Abwehr ist eine massive Inokulation

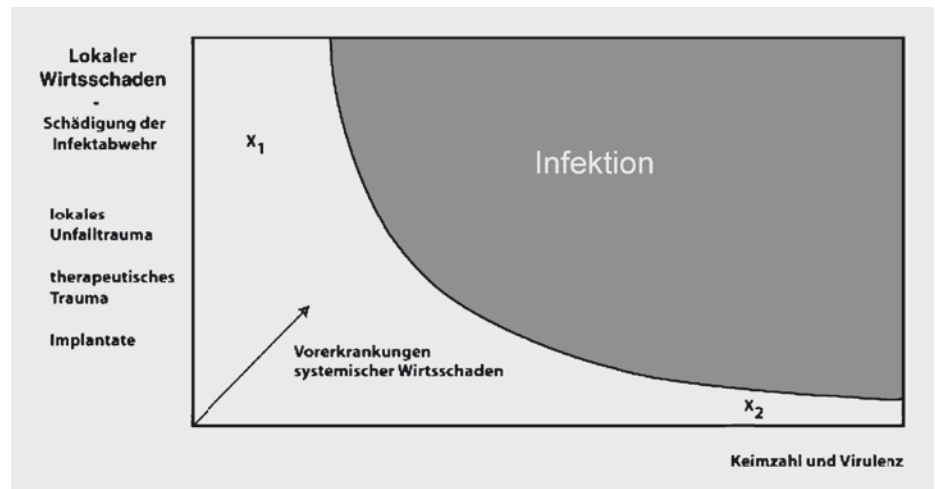


Abb. 1: Pathophysiologie der posttraumatischen Wundinfektion nach Hansis: je stärker der Wirtsschaden (Ordinate), um so geringer die zur Manifestation erforderliche Keimzahl/Virulenz (Abszisse) [6].

erforderlich. Anschaulich wird dies am Modell von Hansis grafisch dargestellt (Abbildung 1) [8]. Die effektive Immunkompetenz vor Ort setzt sich aus der allgemeinen und lokalen Abwehrlage zusammen. Erstere wird durch vorbestehende Erkrankungen, Alter und Medikamenteneinnahme im Sinne von Risikofaktoren bestimmt, letztere resultiert aus den unmittelbaren Traumafolgen. Mit der Überalterung der Bevölkerung,

dem langfristigen Überleben früher schnell tödlich verlaufender Krankheiten infolge des allgemeinen medizinischen Fortschritts und der aktiven Lebensführung vieler Senioren weisen immer mehr Unfallverletzte eine ganze Reihe von Risikofaktoren auf, die einer komplikationslosen Heilung entgegenstehen [9]. Diese sind zwar grundsätzlich bekannt, ihre klinische Bedeutung wird jedoch unterschiedlich eingeschätzt [Tabelle 1].

Tabelle 1: Risikofaktoren für eine periprothetische Infektion (nach McPherson, s. Text)

Infektionsart		
I	Frühinfektion (< 4 Wochen)	
II	Hämatogene I.	
III	Spätinfektion (> 4 Wochen)	
Systemische Risikofaktoren (sRF)		
Chronisch entzündlicher Prozess (Rheumat. Arthritis, Lupus, Psoriasis)		
Immunsuppressiva (Kortikoide, Zytostatika)		
HIV		
Niereninsuffizienz		
Leberzirrhose		
Diabetes		
Herzinsuffizienz (< 40%)		
Pulmonale Insuffizienz (paO ₂ < 60%)		
Hypalbuminämie (< 3g)		
Metastasierender Prozess		
Dauerkatheter		
Nikotinmissbrauch		
Alkoholmissbrauch		
	Leukozyten < 1000	[C]
	CD4 T Zellen < 100	[C]
	i.v.-Drogenmissbrauch	[C]
	chronisch-bakterieller Infekt	[C]
	Immundefekt (Dysplasie/Neoplasie)	[C]
Lokale Risikofaktoren (lokRF)		
Narbenplatte/Hautbrücken		
Weichteildefekt		
Fistel		
Abszess subkutan > 8 cm ²		
Durchblutungsstörung/venöse Insuffizienz		
Voroperation wg Fraktur		
Bestrahlung		
Floride Infektion		
CRPS*		
Infektionsart		
I	Frühinfektion (< 4 Wochen)	
II	Hämatogene I.	
III	Spätinfektion (> 4 Wochen)	
Systemische Risikofaktoren (sRF)		
Chronisch entzündlicher Prozess (Rheumat. Arthritis, Lupus, Psoriasis)		
Immunsuppressiva (Kortikoide, Zytostatika)		
HIV		
Niereninsuffizienz		
Leberzirrhose		
Diabetes		

*CRPS: complex regional pain syndrome, früher M.Sudeck

Biofilm

Trotz aller Bemühungen um hochsterile Operationssäle ist bei der Primärimplantation von Endoprothesen in über dreißig Prozent mit einer intraoperativen Kontamination zu rechnen [10]. Damit beginnt ein Wettlauf um den Besitz der Oberfläche zwischen körpereigenem Abwehrsystem und Bakterien. In Abhängigkeit von der Struktur, der Beschichtung, der Hydrophilie und den antibakteriellen Eigenschaften des Implantates binden sich die Keime über Adhäsine ihrer Kapsel an Kunststoffe und Metall. Sie bilden dort Kolonien, die durch einen bis zu 40µm dicken Biofilm vor Antikörpern und aktivierten Phagozyten geschützt sind (Abbildung 2) [11–13]. Nach heutigen Vorstellungen können viele Bakterien von einer planktonischen in eine sessile Form wechseln. Während ersterer weisen sie hohe Stoffwechselraten und eine rasche Vermehrung auf. Sie lösen die Abwehrreaktion des Wirtsorganismus aus und verursachen somit die klinische Symptomatik, sind gegenüber Antibiotika (AB) aber gut empfindlich. In der sessilen Phase wechselt der Phänotypus, es laufen die biologischen Reaktionen stark verlangsamt ab, die Reproduktion ist erheblich reduziert. Die Keime sind durch den Schutz des Biofilms teilweise um den Faktor 1.000 unempfindlicher gegen Antibiotika und es lassen sich vermehrt resistente Stämme nachweisen. Eine artübergreifende Weitergabe von Resistenzfaktoren wird begünstigt, zum Beispiel kann die Unempfindlichkeit gegen Vancomycin von Enterobakterien auf Staphylokokken übertragen werden [7,14].

Implantate werden an ihrer Oberfläche besiedelt, die Bakterien bilden dort sessile Kolonien, auf die eine lokal abgeschwächte Immunkompetenz trifft. Die körpereigene Abwehr kann nur die

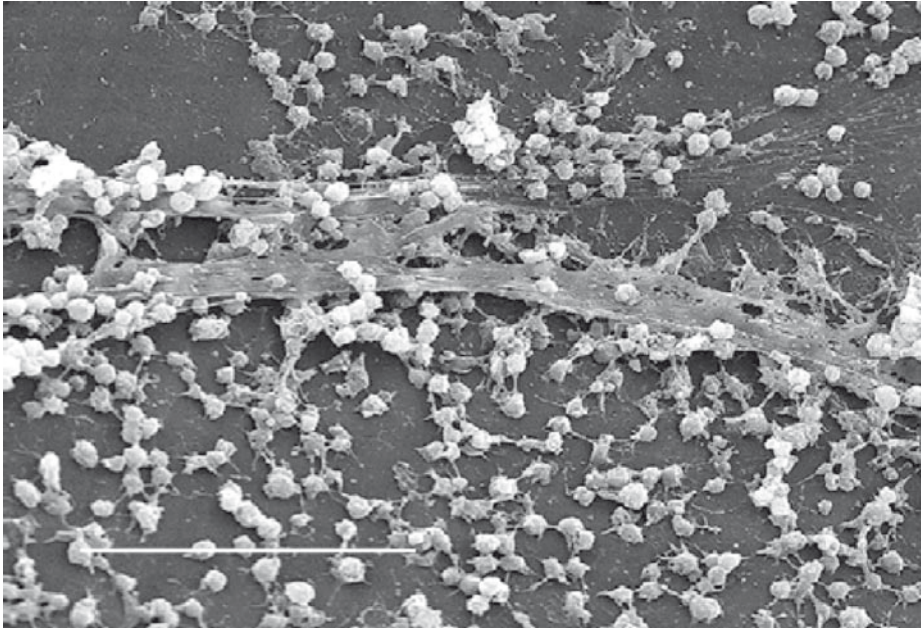


Abb. 2: Biofilm, Staphylokokken auf einer Implantatoberfläche, Strichlänge 20 µm

Erreger in der planktonischen Phase eliminieren und den Infekt subklinisch halten. Keime in der sessilen Phase entziehen sich ihrem Zugriff. Kommt es zu einer Verschiebung dieses Gleichgewichtes, so breitet sich die Infektion aus und greift auf das angrenzende Gewebe über. Es kommt zu einer Infekt-Exazerbation mit Ausbildung von Abszessen, Fisteln, Osteitiden und hämatogener Streuung. Erschwerend kommt hinzu, dass die lokale Immunkompetenz des Organismus durch die Anwesenheit von Implantaten drastisch herabsetzt wird. Sowohl das Design (Hohlnagel versus solider Nagel) als auch das Material (Edelstahl versus Titan) beeinflussen die Wirtsreaktion und sind Gegenstand experimenteller und klinischer Forschung [15,16]. Bei Tierversuchen wurde 1982 die alte chirurgische und therapeutisch relevante Erfahrung bestätigt, dass sich die zur Infektmanifestation erforderliche Keimmenge massiv um den Faktor 10^5 reduziert, wenn ein Fremdkörper in das Wundgebiet eingebracht wird [17].

Einige Bakterien, in erster Linie Staphylokokken, besitzen in ihrer Zellwand Rezeptoren, die es ihnen ermöglichen, an der Oberfläche unterschiedlicher Materialien fest zu haften. Ihre Affinität zu Knochenzement ist fünfzehnmal hö-

her als zu Edelstahl und viermal stärker als zu Polyäthylen [18]. Besonders Endoprothesen sind daher gefährdet. Es ist davon auszugehen, dass die Anzahl infektionsbedingter Lockerungen deutlich höher liegt als bisher angenommen, da Bakterien in ihrer sessilen Phase in Kulturen nicht wachsen und somit nicht nachweisbar sind. Vielen als aseptisch diagnostizierten Implantat-Lockerungen dürfte daher tatsächlich eine subklinisch ablaufende Infektion zugrunde liegen, die nur mit speziellen Verfahren (PCR, konfokale Laser-Scanning-Mikroskopie) erkannt werden kann [13,19].

Einteilung

Die Klassifikation Implantat-assoziiertes Infektionen ist national und international uneinheitlich. Bei Endoprothesen scheint sich die Unterscheidung zwischen frühen und späten Infekten durchzusetzen, wobei die Grenze vier Wochen postoperativ gezogen wird [20]. Bis zu diesem Zeitpunkt ist die Biofilmbildung noch nicht abgeschlossen, so dass eine Infektbe-

herrschaft durch ein aggressives chirurgisches Debridement in Verbindung mit einer gezielten Antibiotikatherapie gelingen kann. Ein Implantat erhaltendes Vorgehen ist in diesem Zeitraum also noch mit guten Erfolgsaussichten möglich. Allerdings ist dann ein rasches Handeln erforderlich und die Operationsindikation muss dringlich gestellt werden. Später ist dies nur noch in Ausnahmefällen möglich, so dass in der Regel die Endoprothese ein- oder zweizeitig ausgetauscht werden muss.

Bei infizierten Osteosynthesen ist zusätzlich zwischen stabilen und gelockerten Implantaten zu unterscheiden. Bei Ersteren kann ein Erhaltungsversuch angezeigt sein, da Chancen für eine Infektberuhigung mit anschließender knöcherner Konsolidierung durch geeignete Maßnahmen bestehen. Bei einer instabilen Situation muss eine vollständige Metallentfernung erfolgen und ein Verfahrenswechsel durchgeführt werden. Eine andere Klassifikation richtet sich nach dem Eintrittsweg der Erreger. Unterschieden werden eine perioperative Kontamination, eine Infektausbreitung per continuitatem, z. B. von einer Wundrandnekrose ausgehend, und eine hämatogene Besiedelung. Letztere spielt bei Osteosynthesen jedoch nur eine sehr untergeordnete Rolle. In jedem Fall muss die Therapie eine Fokussanierung mit einschließen.

Keimspektrum

Überwiegend werden koagulase-positive Staphylokokken (*Staph. aureus*) als Erreger gefunden, gefolgt von koagulase-negativen Staphylokokken (*Staph. epidermidis*) und gram-negativen Keimen (*Pseudomonas aeruginosa*, Enterobakterien). In nahezu dreißig Prozent der Fälle liegt eine polymikrobielle Infektion vor. Methicillin-resistente Sta-

phylokokken (MRSA) werden vermehrt nachgewiesen, sie haben im eigenen Krankengut, das durch viele Zuweisungen von Patienten mit selektionierten Keimen gekennzeichnet ist, derzeit einen Anteil von etwa fünfzehn Prozent. Etwa ein Drittel aller untersuchten Proben bleiben steril, obwohl klinisch eindeutig eine Infektion vorliegt. Als Ursache kommen Fehler bei der Entnahme (Abtupf- oder -wisch Präparat, laufende AB-Therapie), Lagerung (kein DIN genormtes Transportmedium, Tiefkühltruhe) und Untersuchung (Bebrütungszeit zu kurz) in Betracht.

Klinik

Als Faustregel kann gelten, dass die klinische Symptomatik um so massiver ist, je früher die Infektkomplizierung ausbricht. Die Diagnose wird in erster Linie aufgrund des körperlichen Untersuchungsbefundes gestellt. Lokal finden sich die klassischen Entzündungszeichen: dolor, rubor, tumor, calor, functio laesa. Insbesondere die wieder eingeschränkte Funktionsfähigkeit einer Gliedmaße und zunehmende Schmerzen müsse nach einem chirurgischen Eingriff solange an eine Infektion denken lassen, bis das Gegenteil bewiesen ist. Fieber über 38,5° und eine persistierende Wundsekretion, zu Beginn serös, später purulent, sind pathognomonisch.

Die Spätinfektion zeichnet sich dagegen häufig durch auffallend milde Beschwerden aus. Schmerzen können, müssen aber nicht vorhanden sein, Allgemeinreaktionen fehlen in der Regel. Abszesse verursachen zwar zunächst lokale Symptome, können dann aber in blande Fisteleiterungen übergehen. Teilweise manifestiert sich der Infekt erst durch eine pathologische Fraktur ohne adäquates Trauma oder ein Implantatversagen [Abbildung 3, 4].

Laborparameter

Die Entzündungsparameter Leukozyten, Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) und C-reaktives Protein (CRP) sind unspezifisch und weisen in der frühen postoperativen Phase keine hohe Sensitivität (richtig-positiv Rate, Anteil der positiv-Getesteten/tatsächlich-Positive; hier: erhöhte Werte sind gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Infektion) auf. Auch ihre Spezifität (richtig-negativ Rate, Anteil der negativ-Getestete/tatsächlich-Negative; hier: niedrige Werte schließen eine Infektion aus) ist begrenzt und geht bei peripheren Eingriffen unter 50 Prozent. Die CRP Bestimmung spielt in der Praxis noch die größte Rolle, da der Spiegel am schnellsten reagiert. Die Werte steigen in der postoperativen Phase physiologisch bis zum dritten Tag an und fallen dann innerhalb einer Woche in den Normbereich ab. Ein Wiederanstieg ist immer suspekt, hinkt jedoch beim Frühinfekt der Klinik hinterher, so dass allenfalls in unklaren Fällen die Labordiagnostik weiter hilft. Immer ist eine Verlaufsbeobachtung erforderlich, ein einzelner Wert besitzt kaum Aussagekraft. Die BSG hat ihre frühere Bedeutung verloren und wird heute nur noch in Ausnahmefällen bestimmt.

Bildgebende Diagnostik

Konventionelle Röntgenaufnahmen zeigen frühestens nach drei bis vier Wochen periostale Reaktionen, Osteolysen und Resorptionszonen. Sie sind somit für die Diagnose des frühen Fremdkörper-assoziierten Infektes nicht geeignet, wohl aber zum Nachweis der Spätinfektion. Der sorgfältige chronologische Vergleich erweist sich dabei oft aufwendigeren Verfahren überlegen. Zu beachten sind Lysesäume mit einer Breite über 2 mm, progrediente fokale Aufhellungen des angrenzenden Knochens, Weichteilver-



Abb. 3 Frühinfektion nach Hüft-TEP, klassische Entzündungszeichen mit Sezernation und Spannungsblasen.



Abb. 4 Chronisches Schultergelenkempyem mit blander Fisteleiterung.

kalkungen, Achsenveränderungen und Implantatdislokationen.

Die Sonographie erfasst Flüssigkeitsansammlungen, die in der Umgebung von Implantaten immer suspekt sind und unter aseptischen Kautelen punktiert werden sollten. Sie bietet sich als einfaches und kostengünstiges Verfahren an und eignet sich sehr gut zur Verlaufsdokumentation.

Die Drei-Phasen-Skelettszintigraphie mit ^{99m}Tc wird häufig zur Abklärung von Implantat-assoziierten Infektionen eingesetzt. Sie weist eine gute Sensitivität (88 %), aber schlechte Spezifität (30 %) auf. Der Nachweis einer Implantatlockerung gelingt bei etwa 90 % der Patienten, es kann allerdings nicht zwischen einer septischen und aseptischen Genese unterschieden werden. Nach operativen Eingriffen am Knochen weist dieser über zwölf Monate lang eine vermehrte Nuklidbelegung auf, zementfrei eingebrachte Endoprothesen führen noch 18 Monate postoperativ zu einer Mehranreicherung, sodass die Ergebnisse der Methode in diesem Zeitraum zur Infektdiagnose ohne Berücksichtigung der Klinik nicht zu verwerten sind [21,22].

konventionelle Röntgenbild eine ungenügende knöcherne Konsolidierung und periprothetische Osteolysen. Die Schnittbilder weisen jedoch häufig erhebliche, implantatbedingte Artefakte auf, der zusätzliche Informationsgewinn ist eher gering. Die Indikation zur CT im Rahmen der Abklärung einer Fremdkörper-assoziierten Infektion sollte deshalb zurückhaltend gestellt werden.

Kernspintomographisch lassen sich infektbedingte Reaktionen an Knochen und Weichteilen wie Ödem, Hyperämie und Abszedierung hervorragend erfassen,

Die Computertomographie (CT) zeigt unter Umständen genauer als das

vorausgesetzt es wurden keine ferromagnetischen Implantate eingesetzt und untersuchungsspezifische Kontraindikationen seitens des Patienten (Herzschrittmacher, Insulinpumpe) fehlen. Zur Infektionsabklärung sollte Kontrastmittel verabreicht werden, da sich damit die diagnostische Treffsicherheit deutlich erhöhen lässt. Vorangegangene operative Eingriffe sind mit der hochempfindlichen Methode in Form einer Mehranreicherung 18 bis 24 Monate später noch nachweisbar und bei der Beurteilung zu berücksichtigen, andernfalls falsch positive Infektdiagnosen resultieren [23]. Insbesondere ist die Beurteilung des Markraumes nach durchgeführter Aufbohrung ohne Kenntnis des klinischen Befundes

nicht möglich, weshalb eine enge Kooperation zwischen untersuchendem Radiologen und weiterbehandelndem Arzt erforderlich ist.

Zwischen aseptischen und infektionsbedingten Störungen der Frakturheilung zu unterscheiden erlaubt möglicherweise die Fluor-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (F-18-FDG-PET). Bisherige Mitteilungen weisen bei der Diagnostik der chronischen Osteitis auf eine hohe Sensitivität und bessere Spezifität der Methode im Vergleich zu CT und MRT hin [24]. Im klinischen Alltag hat sich das Verfahren aufgrund der hohen Kosten und beschränkten Verfügbarkeit bisher noch nicht durchgesetzt.

Mikrobiologie

Eine laufende Antibiotikatherapie sollte mindestens vier, einigen Autoren zu Folge auch vierzehn Tage vor der Entnahme von Material zur mikrobiologischen Untersuchung abgesetzt werden, da andernfalls mit falsch negativen Ergebnissen gerechnet werden muss. Abwisch- oder Abtupf-Präparate erbringen seltener als Gewebeproben einen positiven Keimnachweis, es empfiehlt sich deshalb ein Exzidat oder Abradat einzusenden. Oberflächliche Abstriche von Fistelöffnungen repräsentieren in den meisten Fällen die Hautflora der Umgebung und differieren im Keimspektrum erheblich im Vergleich zu intraoperativ entnommenen tiefen Gewebeproben aus dem Herd [21,25–27]. Das Punktat aus Gelenken und flüssigkeitsgefüllten Höhlen sollte sowohl auf Bakterien als auch auf Leukozyten untersucht werden. Finden sich mehr als 2.000 weiße Blutkörperchen pro ml, so ist ein Infektgeschehen wahrscheinlich [26]. Die Bestimmung erlaubt in unklaren Situationen eine erste Differenzierung zwischen einem bakteriellen und asep-

tischen Geschehen. Das Ergebnis liegt im Gegensatz zur mikrobiologischen Untersuchung sehr schnell vor, kann diese aber natürlich nicht ersetzen.

Ergibt sich aufgrund des klinischen Befundes oder der Punktion der Verdacht auf eine Implantat-assoziierte Infektion, so sollte nach Entnahme der Probe eine kalkulierte Antibiotikatherapie eingeleitet werden. In Unkenntnis des aktuellen Keimspektrums und Antibiotogrammes richtet sich diese nach dem empirisch wahrscheinlichsten Erreger, wobei Unverträglichkeiten aber auch Nebenwirkungen und Wirtschaftlichkeit der Medikation berücksichtigt werden sollen. Die zu erwartenden Keime hängen zum einen von der vorbehandelnden Klinik ab. Jedes Krankenhaus und jede größere Abteilung sind gehalten, regelmäßig das Resistenzmuster ihrer nosokomialen Infekte zu überprüfen, zu aktualisieren und die Initialtherapie entsprechend anzupassen. Zum anderen ist bei positiver Infektanamnese die Wahrscheinlichkeit groß, dass es sich um den früheren Keim im Sinne eines Rezidives handelt. Es empfiehlt sich also in jedem Fall, vor der Einleitung einer kalkulierten Antibiotikatherapie mit der vorbehandelnden Klinik Rücksprache zu halten oder den Patienten direkt dort wieder vorzustellen.

Sozio-ökonomische Bedeutung und Epidemiologie

Statistisch gesicherte Analysen der Kosten von Implantat-assoziierten Infektionen sind aktuell nicht verfügbar. Nast-Kolb schätzte sie 1991 auf 61.000 DM, Mohr 1996 auf 87.000 DM und Hofmann 1997 bereits auf eine Million DM pro Fall. Er ging von 1.000 neuen Erkrankungsfällen pro Jahr aus und errechnete somit Folgeschäden von einer Milliarde DM für die Bundesrepublik Deutschland [28–30]. Etwa 30% der akuten Infektio-

nen gehen trotz aller therapeutischen Bemühungen in eine chronische post-traumatische Osteitis über, zehn Prozent aller Endoprothesenträger müssen im weiteren Verlauf mit dem Eintreten einer Infektkomplikation rechnen. Osteosynthesen nach geschlossenen Frakturen sind mit 1–5%, nach offenen Knochenbrüchen je nach den Begleitverletzungen mit 3–40% betroffen. Nach der Anlage von externen Fixateuren treten bei etwa 30% der Patienten leichte, konservativ behandelbare, 15% mittelschwere, eine Revision erfordernde und 10% schwere, zum Verfahrenswechsel führende Infektionen auf [3,26] [eigene Ergebnisse].

Die **Literaturhinweise** finden Sie auf unserer Homepage www.laekh.de unter „Hessisches Ärzteblatt“

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Gerhard Walter
Chefarzt der Abt. Septische Chirurgie
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik
Frankfurt am Main
Friedberger Landstraße 430
60389 Frankfurt am Main
Tel.: 069 475-2022
Fax: 069 475-4242
E-Mail: gerhard.walter@bgu-frankfurt.de
www.bgu-frankfurt.de

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. September 2008.

Teil 2: Therapie erscheint in der November-Ausgabe 2008, ebenfalls zertifiziert.

Literatur

Zum zertifizierten Fortbildungsbeitrag

Implantat-assoziierte Infektionen in Orthopädie und Unfallchirurgie

Teil 1: Diagnose (Hessisches Ärzteblatt 9/2008, Seite 565)

Teil 2: Therapie (Hessisches Ärzteblatt 11/2008, Seite 696)

1. Gschwend N. Present state-of-the-art in elbow arthroplasty. *Acta Orthop Belg* 2002; 68:100–117
2. SooHoo NF, Zingmond DS, Ko CY. Comparison of Reoperation Rates Following Ankle Arthrodesis and Total Ankle Arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am* 2007;89:2143–2149
3. Schmelz A, Kinzl L, Einsiedel T. Osteitis. In: Infektionen des Bewegungsapparates. *Chirurg* 2006;77:943–961; quiz 962
4. Gustilo RB, Anderson JT. Prevention of infection in the treatment of one thousand and twenty-five open fractures of long bones: retrospective and prospective analyses. *J Bone Joint Surg Am* 1976;58:453–458
5. McGraw JM, Lim EV. Treatment of open tibia shaft fractures. External fixation and secondary intramedullary nailing. *J Bone Joint Surg Am* 1988;70:900–911
6. Hestermann U, Thomas C, Oster P. „FRAGILE“-Der alte Mensch und die Chirurgie. *Chirurg* 2005;76:28–34
7. Geipel U, Herrmann M. Das infizierte Implantat. Teil 1. Bakteriologie. *Orthopade* 2004; 33:1411–1426; 1427–1418
8. Hansis M, Arens S. Pathophysiologie der postoperativen Infektentstehung an Knochen und Weichteilen. *Akt Traumatol* 1996; 26:183–191
9. McPherson EJ, Woodson C, Holtom P, et al. Periprosthetic total hip infection: outcomes using a staging system. *Clin Orthop Relat Res* 2002;8–15
10. Maathuis PG, Neut D, Busscher HJ, van der Mei HC, van Horn JR. Perioperative contamination in primary total hip arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res* 2005;136–139
11. Donlan RM. Biofilms: microbial life on surfaces. *Emerg Infect Dis* 2002;8:881–890
12. Patel R. Biofilms and antimicrobial resistance. *Clin Orthop Relat Res* Aug;(437):41–7 2005
13. Gristina AG. Biomaterial-centered infection: microbial adhesion versus tissue integration. *Science* 1987;237:1588–1595
14. Stewart PS, Costerton JW. Antibiotic resistance of bacteria in biofilms. *Lancet* 2001; 358:135–138
15. Horn J, Schlegel U, Krettek C, Ito K. Infection resistance of unreamed solid, hollow slotted and cannulated intramedullary nails: an in vivo experimental comparison. *J Orthop Res* 2005;23:810–815
16. Schlegel U, Perren SM. Surgical aspects of infection involving osteosynthesis implants: implant design and resistance to local infection. *Injury* 2006;37 Suppl 2:S67–73
17. Zimmerli W, Waldvogel FA, Vaudaux P, Nydegger UE. Pathogenesis of foreign body infection: description and characteristics of an animal model. *J Infect Dis* 1982;146:487–497
18. Oga M, Sugioka Y, Hobgood CD, Gristina AG, Myrvik QN. Surgical biomaterials and differential colonization by *Staphylococcus epidermidis*. *Biomaterials* 1988;9:285–289
19. Neut D, van der Mei HC, Bulstra SK, Busscher HJ. The role of small-colony variants in failure to diagnose and treat biofilm infections in orthopedics. *Acta Orthop* 2007; 78:299–308
20. Tsukayama DT, Estrada R, Gustilo RB. Infection after total hip arthroplasty. A study of the treatment of one hundred and six infections. *J Bone Joint Surg Am* 1996;78:512–523
21. Bauer TW, Parvizi J, Kobayashi N, Krebs V. Diagnosis of periprosthetic infection. *J Bone Joint Surg Am* 2006;88:869–882
22. Corstens FH, van der Meer JW. Nuclear medicine's role in infection and inflammation. *Lancet* 1999;354:765–770
23. Straub R, Mack MG, Jacobi V, Proschek D, Vogl TJ. Die Magnetresonanztomografie in der Orthopädie. *Orthopade* 2006; 35:626–631
24. Goebel M, Rosa F, Tatsch K, et al. Diagnostik der chronischen Osteitis des Extremitätenskeletts. *Der Unfallchirurg* 2007;110:859–866
25. Trampuz A, Zimmerli W. Prosthetic joint infections: update in diagnosis and treatment. *Swiss Med Wkly* 2005;135:243–251
26. Trampuz A, Zimmerli W. Diagnosis and treatment of infections associated with fracture fixation devices. *Injury* 2006;37 Suppl 2: S59–66
27. Zimmerli W, Trampuz A, Ochsner PE. Prosthetic-joint infections. *N Engl J Med* 2004; 351:1645–1654
28. Schierholz JM, Morszeck C, Brenner N, et al. Besonderheiten der implantatassoziierten Infektion in der orthopädischen Chirurgie. Von der Pathophysiologie zu massgeschneiderten Präventionsstrategien. *Orthopade* 2004;33:397–404
29. Nast-Kolb D, Betz A, Schweiberer L. Der Wandel in der Unfallchirurgie der letzten 10 Jahre – ein Beitrag zur Infektionsprophylaxe. *Chirurg* 1991;62:846–851
30. Hofmann GO, Bar T, Bühren V. Osteosyntheseimplantat und früher postoperativer Infekt: Sanierung mit oder ohne Materialentfernung? *Chirurg* 1997;68:1175–1180
31. Fuchs S, Wolter D, Kranz H-W, Wenzl ME, Schmidt HGK. Titan-Fixateur-interne-Systeme mit multidirektionaler Winkelstabilität im Unterschenkel- und Fußbereich. *Trauma und Berufskrankheit* 2001; 3:S447–S453
32. Fuchs T, Meffert R, Raschke MJ. Innovationen in der operativen Frakturbehandlung – Winkelstabilität. *Orthopädie und Unfallchirurgie update* 2006:184
33. Mückley T, Bühren V. T2-Kompressionsmarknagel. *Trauma und Berufskrankheit* 2004; 6:S302–S306
34. Worlock P, Slack R, Harvey L, Mawhinney R. The prevention of infection in open fractures: an experimental study of the effect of fracture stability. *Injury* 1994;25:31–38
35. Kinzl L, Suger G. Infizierte Pseudarthrose. *Orthopade* 1996;25:478–483
36. Hochstein P, Heppert V, Grützner PA, Matschke S, Wentzensen A. Rekonstruktion und Stabilisierung nach fehlverheilten Frakturen und Pseudarthrosen im Femurbereich mit Marknagel und anderen Osteosyntheseverfahren (LISS-System). *Trauma und Berufskrankheit* 2003;5:s56–s61

37. Klemm KW. Treatment of infected pseudarthrosis of the femur and tibia with an interlocking nail. *Clin Orthop Relat Res* 1986;174–181
38. Court-Brown CM, Keating JF, McQueen MM. Infection after intramedullary nailing of the tibia. Incidence and protocol for management. *J Bone Joint Surg Br* 1992;74:770–774
39. Runkel M, Rommens PM. Pseudarthrosen. *Unfallchirurg* 2000;103:51–63; quiz 63
40. Kutscha-Lissberg F, Hebler U, Kalicke T, Arens S. Prinzipien chirurgischer Therapiekonzepte der postoperativen und chronischen Osteomyelitis. *Orthopäde* 2004;33:439–454
41. Struijs PA, Poolman RW, Bhandari M. Infected nonunion of the long bones. *J Orthop Trauma* 2007;21:507–511
42. Whiteside LA, Ogata K, Lesker P, Reynolds FC. The acute effects of periosteal stripping and medullary reaming on regional bone blood flow. *Clin Orthop Relat Res* 1978;266–272
43. Reichert IL, McCarthy ID, Hughes SP. The acute vascular response to intramedullary reaming. Microsphere estimation of blood flow in the intact ovine tibia. *J Bone Joint Surg Br* 1995;77-B:490–493
44. Chapman MW. The effect of reamed and nonreamed intramedullary nailing on fracture healing. *Clin Orthop Relat Res* 1998;352:230–238
45. Trinkaus K, Wenisch S, Siemers C, Hose D, Schnettler R. Bohrmehl: Eine Quelle vitaler Zellen! Erste Ergebnisse von humanen Proben. *Unfallchirurg* 2005;108:650–656
46. Öz M, Walter G, Hoffmann R. Temporäre intramedulläre Stabilisierung von infizierten Pseudarthrosen mit einem antibiotikahaltigen Zementstab. *Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie*; im Druck
47. Brinker MR, O'Connor DP. Exchange nailing of ununited fractures. *J Bone Joint Surg Am* 2007;89:177–188
48. Wolter D, Jürgens C, Wenzl M, Schumann U, Seide K. Titanfixateur-interne-Systeme mit multidirektionaler winkelstabiler Schraubenlage. *Trauma und Berufskrankheit* 2001;3:5425–5428
49. Endres T, Grass R, Biewener A, Barthel S, Zwipp H. Vorteile der minimal-invasiven Reposition, Retention und Ilizarov-(Hybrid) Fixation bei Pilon-tibiale-Frakturen unter besonderer Berücksichtigung von C2-/C3-Frakturen. *Unfallchirurg* 2004;107:273–284
50. White CB, Turner NS, Lee GC, Haidukewych GJ. Open ankle fractures in patients with diabetes mellitus. *Clin Orthop Relat Res* 2003;37–44
51. Jiranek WA, Hanssen AD, Greenwald AS. Antibiotic-loaded bone cement for infection prophylaxis in total joint replacement. *J Bone Joint Surg Am* 2006;88:2487–2500
52. Niedhart C, Miltner O, Zilkens K-W, Niet-hard FU. Bakterielle Osteitis. *Der Orthopäde* 2004;33:297–304
53. Bargiotas K, Wohlrab D, Sewecke JJ, et al. Arthrodesis of the knee with a long intramedullary nail following the failure of a total knee arthroplasty as the result of infection. *J Bone Joint Surg Am* 2006;88:553–558
54. Walter G, Bühler M, Hoffmann R. Der zweizeitige septische Hüft-TEP-Wechsel beim periprothetischen Spätinfekt: Frühergebnisse nach Implantation einer modularen reversen Hybridprothese. *Unfallchirurg* 2007;110:537–547

Multiple Choice-Fragen zu Teil 1 (Nur eine Antwort ist richtig)

? 1. Welche Aussage trifft nicht zu?

? Eine kalkulierte antibiotische Therapie

- 1) ist ein Synonym für Initialtherapie.
- 2) richtet sich gegen das empirisch zu erwartende Keimspektrum.
- 3) richtet sich kalkuliert gegen die nachgewiesenen Erreger.
- 4) sollte nebenwirkungsarm sein.
- 5) muss Patienten spezifische Unverträglichkeiten berücksichtigen.

? 2. Unter der Spezifität einer Untersuchungsmethode versteht man:

- 1) Prozentsatz der richtig positiv getesteten im Verhältnis zu den tatsächlich positiven Merkmalsträgern.
- 2) Prozentsatz der richtig negativ getesteten im Verhältnis zu den tatsächlich negativen Merkmalsträgern.
- 3) Prozentsatz der spezifischen Merkmalsträger im Verhältnis zum Kollektiv.
- 4) Prozentsatz der spezifischen Merkmalsträger im Verhältnis zu allen Merkmalsträgern.
- 5) Prozentsatz der falsch negativen getesteten im Verhältnis zu allen negativen Merkmalsträgern.

? 3. Welche Aussage über Biofilm trifft nicht zu?

- 1) Er schützt Bakterien an der Oberfläche von Implantaten, so dass sie sich besonders rasch vermehren können.
- 2) Er scheint eine vermehrte Resistenzbildung und artübergreifende Weitergabe von Resistenzfaktoren zu begünstigen.
- 3) Körper eigene Abwehrzellen können Biofilme schlecht durchdringen.
- 4) Er wird von Schleim bildenden Bakterien bevorzugt an der Oberfläche von Implantaten gebildet.
- 5) Antibiotika können Biofilme schlecht durchdringen.

? 4. Als Risikofaktor für postoperative Wundinfektionen gelten:

- 1) Nikotinabusus.
- 2) Alkoholabusus.
- 3) Massives Untergewicht.
- 4) Massives Übergewicht.
- 5) Alle Aussagen treffen zu.

? 5. Die Anwesenheit eines Fremdkörpers in einer Wunde senkt die erforderliche Keimanzahl zum Ausbruch einer Infektion:

- 1) um den Faktor 10^2 .
- 2) um den Faktor 10^3 .
- 3) um den Faktor 10^4 .
- 4) um den Faktor 10^5 .
- 5) keine Aussage trifft zu.

? 6. Konventionelle Röntgenaufnahmen zeigen Infektions-typische Knochenreaktionen nach

- 1) zwei Wochen.
- 2) vier Wochen.
- 3) acht Wochen.
- 4) so gut wie nie.
- 5) unmittelbar nach der klinischen Manifestation.

? 7. Das Risiko einer tiefen Wundinfektion liegt in der elektiven Hüft- und Kniegelenk-Endoprothetik bei

- 1) Nicht messbar niedrig.
- 2) 0,1 bis 0,2 %.
- 3) 1 bis 2 %.
- 4) 5 bis 10 %.
- 5) über 10 %.

? 8. Welche Aussage trifft nicht zu? Falsch negative Abstrich Ergebnisse erhält man durch:

- 1) Lagerung der Proben bis zum Transport im Kühlraum.
- 2) Einsendungen von Gewebeproben anstelle von Tupfpräparaten.
- 3) Ausschließlich mikroskopische Untersuchung des Präparates.
- 4) Anzüchtung im Kulturmedium bis zu drei Tagen.
- 5) Keine Antwort ist richtig.

? 9. Zur Basisdiagnostik der akuten Implantat-assoziierten Infektion gehören:

- 1) MRT, PET.
- 2) Anamnese, klinischer Befund, CRP, konventionelles Röntgenbild.
- 3) Szintigraphie.
- 4) Wundabstrich.
- 5) Alle Aussagen sind richtig.

? 10. Implantat-assoziierte Infektionen werden in Zukunft häufiger erwartet, weil

- 1) mit zunehmender Verkehrsdichte mehr Patienten ein Polytrauma erleiden.
- 2) der Anteil multimorbider Patienten an Unfallverletzten steigt.
- 3) zunehmend aufwendig konstruierte Implantate eingesetzt werden.
- 4) der Kostendruck im Medizinbetrieb eine adäquate Versorgung nicht mehr zulässt.
- 5) kaum noch neue Antibiotika entwickelt werden.

Medizinisches Zahlenrätsel

	1	2	3	4	1	5	6	7	4	8	3	9	7	2	10	2	1	
Postoperative Temperaturerhöhung durch pyrogene Eiweiße ausgelöst																		
	11	12	3	4	2	13	2	14	5	15	16	2	11	14	4	8	2	
Schwere Wundinfektion mit charakteristischer Gasbildung durch Clostridien ausgelöst																		
	14	7	16	17	10	1	12	8	13	7	8	9	2	18	6	7	4	8
Bacillus anthracis Erkrankung																		
	12	10	3	17	2	3	3	13	1	12	7	8	12	11	2			
Operative Therapie einer lokalen eitrigen Entzündung																		
	18	4	8	6	12	14	7	8	12	6	7	4	8					
Verunreinigung des Wundgebietes																		
	19	12	18	20	20	14	19	2	1	10	12	8	13					
Luftleere Wundauflage																		
	5	2	1	7	6	4	8	7	6	7	3							
Lebensbedrohliche Entzündung des Bauchraumes																		
	5	21	4	13	2	1	14	7	2									
Eitrige Infektion der Haut																		
	8	2	18	1	4	3	2	18	6	4	14	7	2					
Entfernung von totem Gewebe im Bereich einer Wunde																		
	12	5	5	2	8	13	7	17	7	6	7	3						
Häufigste Ursache des akuten Abdomens im Jugendalter																		
	22	20	8	13	12	10	3	6	1	7	23	15						
Entnahme von Untersuchungsmaterial im Bereich einer verletzten Hautstelle																		

Buchstabenschlüssel

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	

Lösungswort

12	8	12	3	6	4	14	4	3	2	8	7	8	3	20	9	9	7	17	7	2	8	17	

ANZEIGE



Herzlich willkommen im Fortbildungszentrum in Bad Nauheim...

Landesärztekammer Hessen



... sind alle Gäste, die ihren Kongress oder ihre Tagung in einem angenehmen Ambiente und mit der neuesten Medientechnik erleben wollen. Die gelungene Mischung aus Funktionalität und Ästhetik des neuen Hauses mit dem Blick in den Laubwald überzeugen ebenso wie die vielen Erholungsangebote der beliebten Kurstadt und die verkehrsgünstige Lage des Rhein-Main-Gebietes. Gerne unterstützen wir Ihre professionellen Veranstaltungen.

20 Tageslichträume für über 1.000 Gäste • modernste Tagungstechnik mit TED, Videolivekonferenzen usw. • 4 EDV-Schulungsräume • 1.000 qm Ausstellungsfläche • 400 qm Freifläche • 260 eigene kostenlose Parkplätze • 8 km zur Autobahn • 1 min zum Stadtbus • 1,5 km zum Bahnhof • 42km zum Frankfurter Flughafen • 37 km zur Frankfurter Messe • Tagungspauschalen ab 25 €

Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Carl-Oelemann-Weg 5 • D-61231 Bad Nauheim, Fon: + 49 60 32 7820 • 0180call: 01803-Bildung • Fax: + 49 6032 782250 info@fortbildungszentrum-aerzte.de • www.fortbildungszentrum-aerzte.de

Maßnahmen zur Optimierung des Verbrauchs von Blutkomponenten bei ausgewählten operativen Eingriffen in österreichischen Krankenanstalten

H. Gombotz*, P. H. Rehak**, A. Hofmann***

Einleitung

Ziel der mit öffentlichen Mitteln finanzierten Feldstudie „Maßnahmen zur Optimierung des Verbrauchs von Blutkomponenten bei ausgewählten operativen Eingriffen in österreichischen Krankenanstalten“ war eine Erhebung und ein interinstitutioneller Vergleich von Blutverlust und von Verbrauch an Blutkomponenten bei elektiven Operationen. Studienzentren waren österreichische Fonds-Krankenanstalten mit unterschiedlichem Versorgungsauftrag.

Studiendesign

Die Auswahl der teilnehmenden Krankenanstalten erfolgte in einem nach Regionen stratifiziertem Randomisierungsverfahren, um eine österreichweite Aussage treffen zu können. Auswahlkriterien für die untersuchten chirurgischen Eingriffe waren Operationen mit bekanntermaßen hohem Transfusionsbedarf, mit hoher Fallzahl (basierend auf Zahlen des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen aus dem Jahre 2001), sowie mit vergleichbarem chirurgischen Vorgehen: totale einseitige primäre Implantation einer Hüftendoprothese bei Verwendung zementierter als auch nicht-zementierter Prothesen, einseitige primäre, unzementierte Implantation einer Kniegelenkendoprothese, aortokoronare Bypass-Operation und Hemikolektomie. Patienten/innen jünger als 18 Jahre, Not-

fall- und Rezidiv-Operationen, Patienten/innen mit manifesten Gerinnungsstörungen sowie mit Begleiteingriffen (z. B. ACBG mit Klappenersatz) wurden nicht eingeschlossen. Um einen repräsentativen Datensatz des jeweiligen Zentrums zu erhalten, war für die Erhebung der konsekutive Einschluss der Operationen eine zentrale Forderung.

Die Übermittlung der Daten erfolgte durch Ärztinnen und Ärzte des jeweiligen Zentrums über ein Web-basiertes Daten-system. Die Daten wurden vollständig anonymisiert erfasst, d. h. eine Rückverfolgung auf einzelne Patienten/innen konnte nur durch die jeweiligen Studienärztinnen oder Studienärzte vorgenommen werden. Eine Patienten/inneneinwilligung war daher nicht erforderlich (§ 46 Abs. 1 Datenschutzgesetz 2000). Das Monitoring der erhobenen Daten erfolgte sowohl Online über das Internet als auch durch mindestens zwei Studienvisiten pro Zentrum durch eine unabhängige Organisation.

Als eine wesentliche Studienvariable wurde der kalkulierte perioperative Blutverlust gewählt. Der perioperative Blutverlust geht in der Regel der Transfusion von Blutprodukten voraus und ist nicht nur ein Maß für blutsparendes Operieren und die Anwendung blutsparender Methoden, sondern auch für das perioperative Anämierisiko der einzelnen Patienten/innen. Der perioperative Blutverlust kann heute verlässlich berechnet werden und beinhaltet im Gegensatz zu bisherigen empirischen Schätzungen auch die Blutergüsse in den Geweben. Es zeigte sich, dass der geschätzte Blutverlust lediglich etwa die Hälfte des berechneten Blutverlustes beträgt. Wie in anderen Untersuchungen war die zentrumsspezifische Variabilität in Anzahl und Menge der transfundierten Eigen- und Fremdblutprodukte eine weitere Hauptvariable. Um die Vergleichbarkeit der Zentren zu verbessern, wurde auch der durchschnittliche Gehalt an roten Blutkörperchen der Blutkonserven der

* Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Allgemeines Krankenhaus Linz

** Forschungseinheit für Medizinische Technik und Datenverarbeitung, Universitätsklinik für Chirurgie, Medizinische Universität Graz

*** Medical Society for Blood Management
Laxenburg, Austria

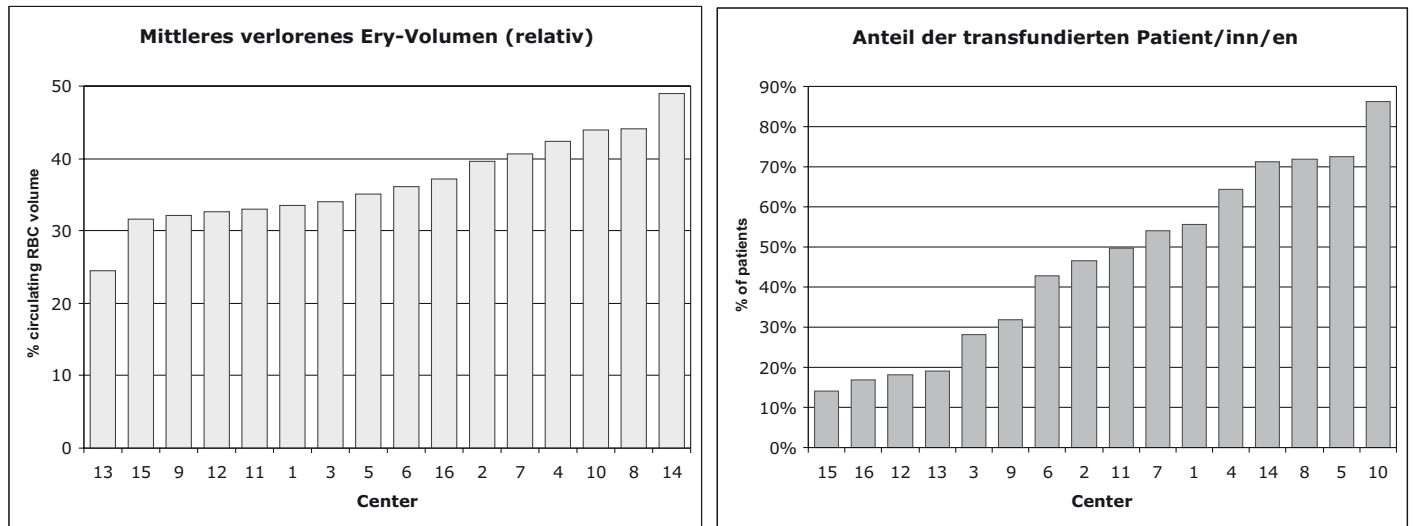


Abb. 1: Variabilität von perioperativem Blutverlust und Transfusionsaufkommen zwischen einzelnen Zentren

für das jeweilige Zentrum zuständigen Transfusionseinheit zur Berechnung verwendet. Ein weiterer wichtiger Punkt war die Bereitstellungspraxis der Blutderivate sowie das Verhältnis ausgekreuzter und bereitgestellter Fremdbluteinheiten zur Anzahl der tatsächlich transfundierten Erythrozytenkonzentrate.

Der Prozentsatz der Patient/innen, die bereits präoperativ eine Anämie unterschiedlichen Ausmaßes hatten, wurde ebenfalls erfasst. Weitere Variable waren relevante Begleitmedikation, Intensiv- und Spitalsaufenthalt sowie die Mortalität.

Ergebnisse

Zwischen 16. April 2004 und 10. Januar 2005 wurden 3.622 auswertbare Operationen in insgesamt 18 Zentren dokumentiert: 1.401 totale Hüftendoprothesen (HTEP) und 1.296 Kniegelenkendoprothesen (KTEP) in jeweils 16 Zentren, 777 aortokoronare Bypass-Operationen (ACBG) in sechs Zentren, sowie 148 Hemikolektomien in elf Zentren. Abgesehen von der Eingriffsart „Hemikolektomie“, bei der das aus Ver-

gleichbarkeitsgründen gewählte Ausschlusskriterium „Begleiteingriffe“ nur zu einer zu geringen Anzahl dokumentierter Fälle führte, ergab sich sowohl in Bezug auf die regionale Verteilung als auch auf die Aufteilung auf die Krankenhauskategorien ein *ausgewogenes, repräsentatives Bild* der betrachteten Standardeingriffe in Österreich. Hemikolektomien wurden auch wegen der zu geringen Fallzahl nicht weiter analysiert. Die Analyse hinsichtlich regionaler Unterschiede und allfälliger Unterschiede zwischen den Krankenhauskategorien ergab für keine der wesentlichen Studienvariablen einen signifikanten Effekt, wohl aber zeigten sich zum Teil *erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Zentren*.

So gibt es ein Zentrum, in dem bei Hüft- und Kniegelenkendoprothesen nur jede siebte Patientin Ery-Konzentrate erhielt, während sich am anderen Ende der Skala ein Zentrum befindet, in dem sechs von sieben Patient/innen Ery-Konzentrate erhielten, also sechs Mal häufiger (Abb. 1). Bei der aortokoronaren Bypasschirurgie (ACBG) war die Spannweite

geringer, entsprach jedoch immer noch einem Faktor 2.

Die Verabreichung von Ery-Konzentraten war hoch signifikant positiv assoziiert mit dem relativen perioperativ verlorenen Ery-Volumen (in% des präoperativ zirkulierenden Ery-Volumens) und dem minimalen postoperativen Hämoglobinwert, der als eine „Surrogat“-Variable für den „Transfusionstrigger“, d.h. den Hämoglobinwert, bei dem die jeweilige Transfusion ausgelöst wurde, angesehen werden kann. Eine hoch signifikante negative Assoziation ergab sich für den präoperativen Hämoglobinwert, d.h., je höher der präoperative Hämoglobinwert, desto seltener wurde Ery-Konzentrate verabreicht. Die logistischen Regressionsmodelle konnten mittels dieser drei Variablen über 95% der Fälle hinsichtlich einer Ery-Konzentratgabe korrekt klassifizieren, was einer nahezu vollständigen Determination entspricht.

Eine Klassifikation des präoperativen Hämoglobinwertes nach der Anämie-Definition der WHO aus dem Jahre 2001 ergab für Hüft- und Kniegelenkendoprothesen einen Prozentsatz von 3% bis 28%, für

ACBG 13% bis 33% präoperativ anämischer Patientinnen. Diese Patienten erhielten doppelt soviel Bluttransfusionen wie nicht anämische Patienten, da sie präoperativ nicht behandelt wurden.

Das relative verlorene Ery-Volumen (= operativer Blutverlust) lag bei Hüft- und Kniegelenkendoprothesen zwischen 25% und 50% des zirkulierenden Volumens, bei ACBG zwischen 30% und 60% (Zentrumsmittelwerte). In multiplen Regressionsanalysen zeigten sich mit zahlreichen Variablen signifikante Zusammenhänge, wie z.B. Cell Saver Einsatz, Alter, Geschlecht, Body Mass Index, Narkoseart und OP-Dauer. Die Modelle konnten jedoch nur 10–20% der beobachteten Variabilität erklären, so dass offenbar weitere Variable Einfluss auf das verlorene Ery-Volumen haben, die nicht Gegenstand dieser Erhebung waren (z.B. chirurg. Technik). In der Subgruppe der Patienten/innen, die Ery-Konzentrate erhielten, war die Menge der transfundierten Erythrozyten wiederum hoch signifikant positiv assoziiert mit dem relativen perioperativ verlorenen Ery-Volumen und dem minimalen postoperativen Hämoglobinwert, sowie negativ mit dem präoperativen Hämoglobinwert. Die entsprechenden multiplen Regressionsmodelle konnten zwischen 82% und 98% der Variabilität des transfundierten Ery-Volumens erklären.

Die Analyse der Bereitstellungspraxis ergab, dass von insgesamt 8.895 für die in der Erhebung dokumentierten Operationen bereitgestellten Ery-Konzentrat 2.810 (32%) auch verabreicht wurden. Darüber hinaus wurden 1.113 zusätzliche – ursprünglich nicht bereitgestellte – Ery-Konzentrate gegeben. Es wurden also insgesamt 10.008 Ery-Konzentrate getestet, von denen lediglich 3.923 (39%) verabreicht wurden (Abb. 2).

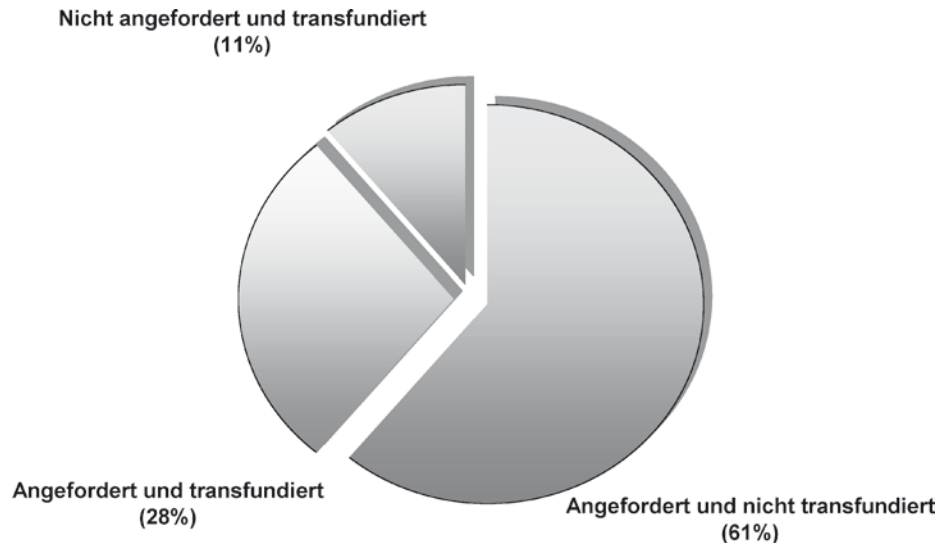


Abb. 2: Prozentsatz gekreuzter und tatsächlich transfundierter Erythrozytenkonserven

Kommentar

- Die hohe Variabilität im berechneten perioperativen Blutverlust lässt auf unterschiedliche chirurgische Technik in einzelnen Zentren schließen.
- Die hohe Variabilität zwischen einzelnen Zentren im Fremdblutverbrauch weist auf extrem unterschiedliches Transfusionsverhalten hin. Die vergleichbare Komplikationsrate zwischen den Zentren verbunden mit einem hohen Transfusionstrigger (niedrigste gemessene Hämoglobinwert als Surrogat-

marker) weist auf einen viel zu liberalen Umgang bei der Indikationsstellung zur Bluttransfusion hin. Die durchschnittlich angewandten „Transfusionstrigger“ (Hämoglobinwerte, bei denen die Transfusionen ausgelöst wurden) lagen je nach Zentrum zwischen 7,2 und 10,6 g/dl. Das bedeutet, dass in einigen Häusern Transfusionen viel zu früh ausgelöst werden und damit eine große Anzahl nicht notwendiger Konserven verbraucht wird. 5% der transfundierten Patienten und Patientinnen

hatten paradoxerweise postoperativ einen höheren Hämoglobinwert als präoperativ. Insgesamt waren bis zu 60 % der verabreichten Blutkonserven nach Empfehlungen der Fachgesellschaften nicht indiziert.

- Die Transfusionswahrscheinlichkeit stieg mit der präoperativen Blutarmut, dem chirurgischen Blutverlust und der Höhe des Transfusionstriggers. Aus dieser Erkenntnis kann die so genannte Drei-Säulen-Strategie zur Minimierung des Verbrauchs von Blutkonserven abgeleitet werden:

- 1) Optimierung des körpereigenen Blutvolumens, beginnend mehrere Wochen vor einer geplanten OP,
- 2) konsequente Minimierung des perioperativen Blutverlusts durch chirurgische und anästhesiologische Techniken und
- 3) Anwendung individualisierter, restriktiver Transfusionstrigger.

- Blutsparmethoden werden nur vereinzelt, unkritisch und ohne sie auf ihre Effektivität zu prüfen, eingesetzt.
- Eines der 18 teilnehmenden Zentren hat auf das Ergebnis der Studie aktiv reagiert und den Verbrauch binnen

eines Jahres von 9.000 auf 5.500 Blutkonserven reduziert. Das entspricht einer Einsparung an direkten Kosten von mindestens Euro 600.000,-.

- Die Kosten pro Transfusion sind deutlich höher zu bemessen als die eines Blutbeutels, den die einzelnen Spendezentren in Österreich derzeit zu Preisen zwischen Euro 96,- und Euro 137,- an die Spitäler verrechnen, da der eigentlichen Transfusionsepisode vielfältige kostenintensive Leistungen vor- und nachgelagert sind wie ärztliche Aufklärungsgespräche zu Transfusionsrisiken, Bereitstellungen, Blutgruppen-Bestimmungen, Antigen-Bestimmungen, Antikörperidentifikation, Kreuzproben, Behandlung von Transfusionsreaktionen, etc.. Zusätzlich wird besonders im chirurgischen Bereich eine große Anzahl transfusionsvorbereitender Maßnahmen durchgeführt, die in vielen Fällen letztlich nicht zu Transfusionen führen, die aber kostenrechnerisch den Transfusionskosten zuzurechnen sind.

Diese prospektive Studie zeigt eine hohe Variabilität im perioperativen Blutverlust und Transfusionsaufkommen bei vergleichbaren elektiven Operationen. Da-

her ist die Implementierung bestehender Richtlinien verbunden mit regelmäßigen Audits eine *conditio sine qua non*. Außerdem weist die medizinische Fachliteratur deutlich und zunehmend darauf hin, dass es einen signifikanten mengenabhängigen Zusammenhang zwischen Transfusion und verschlechtertem postoperativen Krankheitsverlauf gibt. Neben beträchtlichen Einsparungen im ohnehin knappen Gesundheitsbudget kann durch optimalen Einsatz der biologischen Ressource Fremdblut auch der postoperative Krankheitsverlauf verbessert und damit ein erheblicher Vorteil für die Patienten/innen erzielt werden.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse

*Professor Dr. H. Gombotz
Abteilung für Anästhesiologie
und Intensivmedizin
Allgemeines Krankenhaus Linz
Krankenhausstraße 9
A-4020 Linz, Austria
Tel. 0043 732 7806-2157
Fax 0043 732 7806-2154
E-Mail: hans.gombotz@akh.linz.at*

Neuaufgabe des BAR-Verzeichnisses von stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) legt das auf CD-ROM herausgegebene „Verzeichnis von stationären Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation“ aktualisiert in der 3. Auflage vor.

Im Verzeichnis sind das gesamte Behandlungsspektrum und die Spezialisierung von über 650 Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation erfasst. Neben allgemeinen Informationen über die Kliniken sind u. a. Indikationen, diagnostische und therapeutische Verfahren, personelle Besetzung, Belegungsträger und Besonderheiten systematisch aufgelistet. Anhand eines Suchfilters besteht die Möglichkeit einzelne Rehabilitationseinrichtungen nach bestimmten Merkmalen z. B. nach Indikationsbereichen, besonderen Therapien oder speziellen Regionen auszuwählen. Aus einer Übersicht der besonderen Aufnahmemöglichkeiten lässt sich u. a. ersehen, ob die Einrichtung mit Fahrstühlen, vollstän-

dig rollstuhlgerecht oder blindengerecht ausgestattet ist, ob Zimmer mit Schreibtelefon und Mitarbeiter, die die Gebärdensprache beherrschen, zur Verfügung stehen, eine Dialyse möglich ist oder die Unterbringung von Erwachsenen oder Kinder als Beleitpersonen besteht.

Das bewährte Verzeichnis dient als Praxishilfe für Fachkreise und ist sowohl für Berater/innen der Rehabilitationsträger, Krankenhaus-Sozialdienste, als auch für niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Betroffene von Interesse.

Die CD-ROM kann zum Selbstkostenpreis von 5,00 Euro zuzüglich Versandkosten und MwSt. bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bezogen werden:

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)

Walter-Kolb-Straße 9–11
60594 Frankfurt am Main
Tel: 069 605018-0
Fax: 069 605018-29
E-Mail: info@bar-frankfurt.de

Die Welt der Medizin in der *Krebsstation* (1969) von Alexander Solschenizyn Dietrich von Engelhardt

I. Kontext

Krebs in allen seinen Dimensionen als Krankheit und Therapie ist ein verbreitetes Thema der Literatur. Historische Dokumente bezeugen seine ubiquitäre Natur bis in die Gegenwart. In seiner Unheimlichkeit und Grausamkeit hat Krebs die Schriftsteller immer wieder angezogen und zur literarischen Bewältigung und Sinngebung herausgefordert. Ein besonders eindrucksvolles Beispiel hat der vor wenigen Tagen verstorbene russische Schriftsteller Alexander Solschenizyn mit der *Krebsstation* (1968) vorgelegt. Dieser Roman war vor kurzem Thema einer Veranstaltung des seit Jahren von der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim durchgeführten Seminars „Medizin in der Literatur“, wobei auch die faszinierende und bewegte Vita des Autors vorgestellt wurde.

Alexander Isajewitsch Solschenizyn wurde am 11. Dezember 1918 in Kislowodsk geboren, studierte von 1936–1941 an der mathematisch-physikalischen Fakultät in Rostow, heiratete 1940 die Chemikerin Natalja Reschetowskaja, absolvierte 1941–1945 mit Auszeichnungen den Kriegsdienst in der Artillerie, wurde im Februar 1945 wegen kritischer Äußerungen über Stalin verhaftet und zu acht Jahren Lagerhaft und „ewiger“ Verbannung verurteilt. Eine Krebserkrankung in dieser Zeit wurde mit Bestrahlung erfolgreich behandelt. 1955 begann Solschenizyn die schriftstellerische Tätigkeit, wurde 1956 rehabilitiert, arbeitete als Lehrer für Mathematik und Physik im Gebiet Wladimir und zog nach Rjasan. 1962 erschien die Erzählung *Ein Tag im Leben des Iwan Denissowitsch*. Mit Erlaubnis Chruschtschows erfolgte die Aufnahme in den Schriftstellerverband, nach seinem Sturz 1964 fiel auch Solschenizyn in Ungnade. 1968 kam es zum Raubdruck der Romane *Der erste Kreis der Hölle* und *Krebsstation*

im Ausland, 1969 wurde Solschenizyn aus dem Schriftstellerverband ausgeschlossen, 1970 wurde ihm der Nobelpreis verliehen. 1971 erschien die erste autorisierte Ausgabe von *August Vierzehn* in Paris, 1973/74 wurden die beiden Bände des *Archipel GULAG* auf russisch in Paris publiziert. Nach erneuter Verhaftung und kurzem Gefängnisaufenthalt wurde Solschenizyn 1974 in die Bundesrepublik Deutschland abgeschoben und verlor die russische Staatsbürgerschaft. 1974–1976 übersiedelte die Familie zunächst nach Zürich, dann in die USA nach Vermont. Die Jahre 1976–1990 waren eine Zeit umfangreicher schriftstellerischer und publizistischer Tätigkeit; fortgesetzt wurde die Arbeit an dem noch in der Sowjetunion begonnenen mehrbändigen historischen Roman *Das Rote Rad*. 1990 setzte sich Michail Gorbatschow für die Rückgabe der russischen Staatsbürgerschaft ein, 1994 kehrte Solschenizyn nach Russland zurück und lebte bis zu seinem Tod am 3. August 2008 in der Nähe von Moskau.

Der Kranke und seine Krankheit

Der Roman *Die Krebsstation* entfaltet ein breites Spektrum der Welt eines Krebskrankenhauses, der Krebspatienten und ihrer Erkrankungen, der therapeutischen und pflegerischen Aktivitäten der Ärzte und Schwestern, der Reaktionen der Angehörigen, des sozialkulturellen Kontextes.

Detailliert wird die objektive Pathophänomenologie der verschiedenen Krebserkrankungen beschrieben. Besonders intensiv werden Subjektivität, Bewusstsein, Sprache, Verhalten und soziale Beziehungen der Kranken wiedergegeben. Pawel Nikolajewitsch Rusanow wird mit einer Geschwulst an der rechten Seite seines Halses aufgenommen, will sein Leiden aber nicht wahrhaben und fühlt

sich in seiner sozialen Stellung im nivellierenden Krankenhaus ungenügend beachtet. „In wenigen Stunden hatte er seine Position, seine Verdienste, seine Zukunftspläne verloren – und wurde zu einem siebzig Kilogramm schweren warmen weißen Körper, der nichts über sein Morgen mehr wusste.“ Der Arbeiter Efrem mit Zungenkrebs und Krebs am Hals lässt weder sich noch seine Mitmenschen über die bösartige Natur des Krebses im Ungewissen. Der Tartare Scharaf Sibgatow war „trotz dreier Jahr ununterbrochenen Leidens ... der sanfteste und freundlichste Mensch in der ganzen Klinik. Er lächelte oft, als wolle er sich für die vielen Unannehmlichkeiten entschuldigen, die man seinetwegen hatte.“ Arowkin merkte man an, wie sehr er litt, „seine Stirn und die Schläfen waren schweißbedeckt, das gelbliche Gesicht zuckte unter dem stechenden Schmerz im Innern. Er antwortete schon seit vielen Tagen auf keine Fragen und sprach auch sonst kein Wort, es sei denn, dass er die Schwestern oder Ärzte um zusätzliche Medikamente bat.“

Oleg Filimonowitsch Kostoglotitsch mit einem Tumor im Bauchbereich kämpft gegen die Krankheit an, lässt sich in private Beziehungen zur Ärztin Wera Kornilewna und der Krankenschwester Soja ein und entwickelt wichtige Gedanken über das Kranksein: „Ich erfuhr an mir selbst, dass der Mensch noch bei Lebzeiten die Grenze des Todes überschreiten kann. Noch schlägt sein Herz, aber er hat – psychologisch gesprochen schon alle Vorbereitungen auf den Tod hinter sich, ja, den Tod selbst durchgemacht. Alles, was er um sich sieht, sieht er wie aus dem Grab heraus.“ Kostoglotitsch will nicht akzeptieren, dass die Patienten von den Ärzten nicht über ihre Krankheiten aufgeklärt werden, dass es ihnen verboten ist, medizinische Bücher zu lesen:

„Ich muss wissen und mir vorstellen können, was mit mir los ist.“

Die Wünsche und Hoffnungen der Kranken fallen unterschiedlich aus. Der sechs- und zwanzigjährige Geologe Wadim Zadyrko leidet an einem Melanoblastom und möchte nur noch etwas Zeit für eine wissenschaftliche Arbeit gewinnen: „Mein einziges Problem ist jetzt: Wieviel kann ich noch schaffen. Man muss doch etwas geschaffen haben auf der Welt! Und ich brauche drei Jahre! Drei Jahre – um mehr bitte ich nicht. Aber diese drei Jahre muss ich draußen, im Freien verbringen, nicht in der Klinik“. Das junge Mädchen Asja verzweifelt bei dem Gedanken an den Verlust ihrer rechten Brust, die sie zum ersten und letzten Mal in ihrem Leben von dem ebenfalls krebserkrankten sechzehnjährigen Djomka küssen lässt: „Sie zog ihre Brust nicht zurück, und er wandte sich wieder dem roten Schimmer zu und tat mit den Lippen behutsam, was ihr Kind mit dieser Brust niemals mehr würde tun können. Niemand kam ins Zimmer, und er küsste lange dieses Wunder über sich. Heute ein Wunder. Morgen in den Abfalleimer damit.“

Neben Dankbarkeit steht Enttäuschung, neben Hoffnung Misstrauen; Angst wird empfunden, für Experimente missbraucht zu werden. Eine Mutter verlangt nach der Operation ihres Sohnes vom Chirurgen ein Stück des Geschwulstes, „denn sie hatte die Absicht, mit diesem Stück in eine andere Klinik zu gehen, um es untersuchen zu lassen.“ Sollte das Ergebnis mit der Diagnose der Ärzte nicht übereinstimmen, wollte sie vor Gericht Klage einreichen.

Der Arzt und die Therapie

Ausführlich werden die Ärzte und ihre diagnostisch-therapeutischen Aktivitäten dargestellt. Das diagnostische Instrumentarium ist beschränkt, umso

wichtiger erscheint die persönliche klinische Erfahrung. „Es gab keine Tabelle, nach denen man die zumutbare Intensität und Häufigkeit der Bestrahlungen hätte errechnen können, so, dass diese für die Geschwulste zwar tödlich, für den übrigen Körper aber unschädlich wären – solche Tabellen gab es nicht, es gab nur eine gewisse Erfahrung, ein gewisses Fingerspitzengefühl und eine gewisse Fähigkeit, den Zustand des Kranken zu beurteilen und ihn entsprechend zu behandeln.“ Die Diagnosen fallen entsprechend keineswegs immer eindeutig aus. Die Therapie besteht in Hormontherapie, Bestrahlung, Operation, Behandlung mit Kolloidgold. Therapeutische Grenzen werden erlebt und müssen hingenommen werden; professionelles Engagement kann sich verselbstständigen und zur losgelösten Routine werden. Grenzen der Therapie werden aber gesehen und anerkannt.

Die Ärzte sind Diagnostiker, Therapeuten und Forscher, ihre Anteilnahme an den Patienten kann über das medizinische Interesse auch hinaus – und in eine private Beziehung übergehen. Die Dimensionen des Beistands, der Therapie und der Forschung müssen stets von neuem in einen Ausgleich gebracht werden. Die Ärzte sind in eine Hierarchie eingeordnet, kurieren auf unterschiedliche Weise, verhalten sich menschlich wie auch inhuman. Für notwendig wird eine Arzt-Patienten-Beziehung der wechselseitigen Anerkennung, der Achtung und Würde gehalten. „Krank und Arzt als Feinde – ist das etwa der Sinn der Medizin?“

Das Bild einer positiven Forscherin wird mit der Ärztin Donzowa, Leiterin der Bestrahlungsabteilung, entworfen; sie engagiert sich für ihre Patienten, Forschung bleibt bei ihr immer der Therapie untergeordnet, Erkenntnis und Handeln im Dienste der Leidenden sind ihr wichtiger als die

persönliche Karriere oder wissenschaftliche Auszeichnungen. Soziale Sensibilität und forschende Aktivität oder wissenschaftliche Objektivität stehen aber auch bei ihr in einem Spannungsverhältnis. Ihr fehlten „jene Schwächen, die einen zum Kandidaten der Wissenschaft werden lassen.“ Dennoch verging bei ihrer Tätigkeit kein Tag, „an dem nicht auch hier die reine Wissenschaft zu ihrem Recht kam.“

Die Ärztin Doncowa erkrankt selbst an Krebs und erlebt nun als Patientin am eigenen Leib die Grenzen der Medizin, die ihr als Ärztin in Theorie und Praxis gezogen waren. „Jetzt war es nicht mehr ihre Aufgabe, klug und besonnen die Behandlung zu leiten – jetzt war sie selbst hilflos.“ Sie beginnt von Zeit zu Zeit einen Schmerz in der Magengegend zu spüren, an manchen Tagen schwach, an anderen Tagen stärker, immer wieder aber auch überhaupt nicht. „Wenn sie nicht selbst Onkologin gewesen wäre, hätte sie diesen Schmerz entweder nicht beachtet oder sich unverzüglich untersuchen lassen.“ Zentral ist in der *Krebsstation* die medizinische Institution als soziale Ordnungsgestalt mit Binnenstrukturen und Außenbeziehungen. „Mit den Räumlichkeiten war es in der Station dreizehn schlecht bestellt, für die Ärzte der Bestrahlungsabteilung war auch nicht der kleinste Raum vorhanden.“ Das Krankenhaus isoliert von der Welt, noch einmal mehr isoliert die Geschwulst; das Melanoblastom gilt als „die Königin aller bösartigen Geschwülste.“

Immer wieder zeigt sich die Bedeutung der Ethik in der Medizin, für die Beziehung zwischen Arzt und Patient, für die Lage des Kranken in der Gesellschaft, für das Krankenhaus. Die Ärzte klären die Patienten im allgemeinen nicht über ihre Krankheit auf und verschweigen ihnen auch, dass sie Krebs haben: „Im allgemeinen sind wir nicht dazu verpflichtet,

den Patienten die Krankheit zu nennen. Aber wenn das ihren Zustand erleichtern kann, bitte: Lymphogranulomatose“. „Das heißt also: nicht Krebs!“. „Natürlich nicht.“ Vor dem Tod enden Schutz und Macht des Kollektivs: „Mag jeder Mensch zum Kollektiv gehören, sterben muss er allein.“

Patienten und Angehörige können wie die Ärzte denken. Die Tochter eines Krebskranken hält ihrerseits nichts von der Mitteilung der Wahrheit: „Was soll diese falsche Forderung nach der sogenannten ‚schonungslosen Wahrheit‘? Warum muss denn die Wahrheit plötzlich ‚schonungslos‘ und hässlich sein? Warum nicht strahlend, mitreißend, optimistisch? Unsere ganze Literatur muss festlich werden! Letzten Endes kränkt es die Menschen, wenn ihr Leben in düsteren Farben geschildert wird. Sie wollen, dass man seine lichten Seiten darstellt.“ Auch ihr Vater fühlt sich durch den Besuch der Tochter, ihre optimistische und bedenkenlose Einstellung „sichtlich gesünder, munterer geworden und hatte

jetzt gar keine Lust, von seiner leidigen Geschwulst zu reden.“

Perspektiven

Krankheit und Kranke lassen nach dem tieferen Sinn von Abweichung und Norm im Organismus und in der Gesellschaft fragen. „Der Krebs liebt den Menschen. Wenn er einmal mit seinen Scheren zu packt – hält er dich fest, bis du tot bist“, lautet eine resignative Feststellung.

Krebs ist wie Geisteskrankheit nicht nur eine Provokation für die Medizin und die Ärzte, sondern ebenso für jeden Betroffenen; hier liegt ein Grund für das große Interesse, das Erzählungen und Romane mit dieser Thematik finden und das auch die Schriftsteller zu ihrer Niederschrift bewegt hat. Die Ohnmacht der Medizin steigert die Macht der Kunst, die ohnehin zutiefst von der Endlichkeit aller Wirklichkeit lebt.

Solschenizyns *Krebsstation* wird jenseits aller unmittelbaren Darstellung und medizinischen Bedeutung zu einer Metapher oder einem Symbol für den politischen und

kulturellen Zustand Russlands und noch allgemeiner der Welt, die von Solschenizyn auch in späteren Jahren und nach der Rückkehr in die Heimat immer wieder in ihrer Konsumorientierung, ihrem Materialismus und Werteverfall kritisiert hat.

Krebs wird im Medium der Literatur als reale Beschreibung und zugleich als Symbol dargestellt – als schmerzliches Symbol der Zerstörung des Lebens, der sozialen Wirklichkeit, der Kultur wie aber zugleich als tröstendes Symbol der Anteilnahme und des Sieges, den der Geist erringen kann über die unaufhebbare Endlichkeit der menschlichen Existenz. Solschenizyns *Krebsstation* ist in dieser Hinsicht ein anregendes und bedeutendes Beispiel.

Anschrift des Verfassers

Professor Dr. Dietrich von Engelhardt
Institut für Medizin- und Wissenschafts-
geschichte
Königstraße 42
23552 Lübeck
E-Mail: v.e@imwg.uni-luebeck.de

Der Tod gehört immer noch zum Leben Alexander H. Jakob

Es gäbe schon lange in den Medien und es war fühlbar Zeit für einen Paukenschlag, den ein Herr Kusch, wie schon vorher so oft, geschickt zu inszenieren wusste. Doch erstaunlich schnell verebbte das Thema Sterbehilfe nach anfänglicher Aufregung auch wieder und so können wir gespannt sein, wann und was uns in dieser Thematik als nächstes heimsuchen wird ...

Der Fall der 79-jährigen Frau im Juli 2008 ist aus ärztlicher und menschlicher Sicht in mehrfacher Hinsicht erschütternd. Da will eine Frau sterben, die nicht etwa unheilbar krank ist, sondern die dem Alltag im Pflegeheim entgehen will und bekommt dabei geholfen und wird multimedial dargestellt, ja inszeniert. Ob es Alternativen zum Pflegeheim gegeben hätte, stand wohl nicht zur Debatte und auch nicht, ob es dort wirklich so drastisch zugeht, wie sie sich vorgestellt hat. Vermissen könnte man hier auch die Diskussion, ob es in diesem Land notwendig ist, dass ein Mensch alleine, einsam und ohne Beistand sterben muss, nur damit ein Herr Kusch straffrei ausgeht und sein Name kurzfristig in aller Munde ist. Die Debatte um die Sterbehilfe ist hiermit in keiner Weise sinnvoll beeinflusst worden, auch wenn dies gerne im altruistischen Mäntelchen kaschiert vermittelt werden soll.

Das Thema Tod und die Auseinandersetzung mit der Sterbehilfe ist nun wieder kontrovers diskutiert worden und wir stehen erneut an einem Punkt, an den wir in diesem Thema immer wieder kommen. Es scheint derzeit nur über zwei Wege eine Diskussion darüber möglich zu sein: entweder gar nicht, dass heißt es wird das Thema verdrängt, oder es wird im Sinne eines abstoßenden Entertainments in allen Kunstformen pervertiert. Da sollen Sterbende als Kunstobjekte ausgestellt werden, da gestaltet ein Gunther von Hagens seine Show mit toten Körpern und da flimmern tagein und tagaus nette Rechtsmedizinerinnen über unsere Bildschirme, so dass schon Zehntklässlerinnen von einer Karriere als Pathologin schwärmen sollen. Was läuft da falsch?

Aber die Realität sieht, wenn man unter die vermeintliche Oberfläche schaut, doch etwas anders aus. So stehen die Bemühungen von Palliativmedizin und Hospizarbeit zum Beispiel in einem völlig anderen Licht da, nur sind sie für die Allgemeinheit nicht ganz so offensichtlich, wie die Selbstdarstellungen von Organisationen wie Dignitate, die einem das ungute Gefühl vermitteln, dass man beim nächsten Hotelaufenthalt an der Nachbartür schon mal der Kripo und dem Bestatter bei der Visitation eines assistierten Suizid begegnen könnte.

Es ließen sich noch viele Beispiele finden, doch sie führen alle zum gleichen Fazit: die Diskussionsführung um den Tod darf weder die Ärzteschaft noch unsere Gesellschaft in solche Hände legen, sondern wir müssen zu einer Kultur finden, in der der Tod und die Auseinandersetzung mit ihm wieder gesellschaftsfähig ist.

Das fängt schon von Kindesbeinen an und muss so gesellschaftsfähig werden, dass eine sachliche Diskussion möglich ist und der Tod eben wieder zum Bestandteil des Lebens wird und nicht etwas ist, das nur unter vorgehaltener Hand oder als reißerisches Spektakel inszeniert wird.

Bei diesem Prozess werden wir Ärzte eine ganz zentrale Rolle spielen müssen und das schließt mit ein, dass wir ganz klar gegen gewerbliche Sterbehilfe argumentieren.

Nicht nur der Tod, sondern auch das Thema Altern muss abseits des „Anti-Aging-Wahnes“ in seinen Folgen und in seiner Sinnhaftigkeit wieder wahrgenommen werden, so dass es eben keine Angst vor diesen Prozessen mehr geben muss.

Wenn sich in einer Fernsehdebatte ein Befürworter und Angehöriger eines Sterbehilfevereines dieser Tage darüber mokierte, dass es nicht zustehe, über Herrn Kusch zu urteilen, so zeigt dies deutlich die Essenz dieser Zeilen: es ist gar nicht im Sinne solcher Organisationen, dass der Tod wieder gesellschaftsfähiger wird, sondern es spielt ihnen in die Hand, dass das Thema so ungern in den Alltag integriert wird.

Dem entgegenzutreten wird ein entscheidender gesamtgesellschaftlicher Prozess unter ärztlicher Moderation sein, der zeigen wird, wie zukunftsfähig die humanitären Werte unserer Gesellschaft sind.

Anschrift des Verfassers

*Dr. med. Alexander Jakob
Facharzt für Allgemeinmedizin
– Naturheilverfahren –
Stierstädter Straße 8a
61350 Bad Homburg v. d. H.
E-Mail: drjakob@gmx.de*

Die Sorge für den kranken alten Menschen in der Heiligen Schrift

Hans-Winfried Jüngling

*Zusammenfassung eines Referates, das auf der 22. Konferenz des Pontificium Consilium pro Pastoralis Valetudinis Cura zum Thema **The Pastoral Care of Sick Elderly People** am 15. November 2007, Vatikanstadt, vorgetragen wurde.*

Ehe auf den in den Evangelien bezeugten Einsatz Jesu für die Kranken etwas ausführlicher eingegangen wird, seien einige Tatbestände des alten Orients und der hebräischen Bibel vorausgeschickt:

(1) Die Lebenserwartung war im alten Israel nicht sehr hoch. Das von Ps 90,10 anvisierte Idealalter von 70 bzw. 80 Jahren haben nur wenige erreicht. Das Lebensalter jüdischer Könige (David und Salomon seien hier ausgeklammert) schwankt zwischen 66 Jahren (Asarja und Manasse) 21 Jahren (Ahasja). Die Vergänglichkeitsklage findet sich breit bezeugt (Ps 89,49; 39,5–7; 49,13.21; Ijob 7,1–7; 14,f.).

(2) Krankheiten dürften der Grund für die kurze Lebensdauer sein. Zwei Könige werden als kranke Menschen vorgestellt: Asarja/Uzzija (2 Kön15,5a) und Hiskija (2 Kön 20,1–11//Jes 38,1–22).

(3) Die Möglichkeiten der ärztlichen Kunst waren begrenzt. Deshalb ist bei dem Leid der Krankheit Gott der erste Adressat. Israel wird geoffenbart: Der Herr ist der Arzt (Ex 15,26).

(4) Die Unzulänglichkeit menschlicher Hilfe in der Krankheit wird vor allem daran deutlich, dass die nächsten Verwandten und Bekannten als gesunde Menschen den Kranken verleugnen, ihn isolieren, von ihm nichts wissen wollen. Das dürften nicht nur Projektionen des Kranken sein, sondern in vielen Fällen die brutale Realität. Vgl. Ps 31,10–14; 38,6–14; 41,6–10 und Jes 52,14; 53,1–3.

(5) Die Seltenheit der Mahnung, sich der Kranken anzunehmen, mag damit zusammenhängen, dass die Aussichtslosigkeit menschlichen Bemühens im Falle der Krankheit offensichtlich war. Die ägyptischen Idealbiographien in der Zeit von 2400 bis 1400 v. Chr., die in extenso gute Werke wie „Hungrige speisen, Nackte kleiden,“ aufzählen und diese Reihen immer wieder variieren und erweitern, kennen bis auf wenige Ausnahmen nicht den Einsatz für die Kranken. Auch im AT sind die Erwähnungen von Kranken in den Gebotssammlungen nicht häufig. Vgl. immerhin Ijob 29,14–17; Lev 19,14. Das Dekaloggebot der Elternehrung (Ex 20,12//Dtn 5,16) bedeutet, wie seine Interpretation durch Ben Sira (Sir 3,1–16 und 7,28–36) zeigt, dass die Altersversorgung für die alten Eltern angesprochen ist. Sir 3,13 macht klar, dass auch der demente Vater in seiner Würde zu achten ist.

(6) Die Weisungen zur Sorge für die Kranken in der Briefliteratur des Neuen Testaments sind nicht zahlreich. Vgl. etwa Phil 2,26f.; 1 Tim 5,23; 2 Tim 4,20 und besonders Jak 5,14–18.

Nach diesen Hinweisen zum Hintergrund der neutestamentlichen Zeugnisse für das Verhalten Jesu zu den Kranken, seien diese etwas ausführlicher dargeboten. Von einer erschöpfenden Kommentierung kann dabei natürlich nicht die Rede sein.

Das Verhalten Jesu zu den Kranken in den Evangelien und Jesu Auftrag an die, die ihm nachfolgen.

(a) Jesus und die Kranken

Am Abend, als die Sonne untergegangen war, brachte man alle Kranken und Besessenen zu Jesus. Die ganze Stadt war vor der Haustür versammelt, und er heilte viele, die an allen möglichen Krankheiten litten, und trieb viele Dämonen aus. Und er verbot den Dämo-

nen zu reden; denn sie wussten, wer er war.

Mk 1,32–34 (//Mt 8,16//Luk 4,40–41).

Das ist das erste Summarium im wohl ältesten Evangelium, dem Markusevangelium. Vorangegangen ist die Heilung der an Fieber erkrankten Schwiegermutter des Petrus (Mk 1,30–31). Dem Summarium folgen die beiden Erzählungen über die Heilung eines Aussätzigen (Mk 1,40–45) und die eines Gelähmten (Mk 2,1–12). Die Berufung des Zöllners Levi, des Sohnes des Alphäus (Mk 2,13–14) führt zu der Kontroverse zwischen Jesus und den Schriftgelehrten der Pharisäer über das Essen mit Sündern und Zöllnern. Sie gipfelt in dem Jesuswort:

Nicht die Gesunden brauchen den Arzt, sondern die Kranken. Ich bin gekommen, um die Sünder zu rufen, nicht die Gerechten.

Mk 2,17.

Jesus heilt alte Menschen wie die an Blutfluss leidende Frau und erweckt das junge Mädchen, die Tochter des Jairus, zu neuem Leben (Mk 5,21–43//Mt 9,18–26//Luk 8,40–56). Ein weiteres Summarium im Markusevangelium lautet:

Sie fuhren auf das Ufer zu, kamen nach Gennesaret und legten dort an. Als sie aus dem Boot stiegen, erkannte man ihn sofort. Die Menschen eilten durch die ganze Gegend und brachten die Kranken auf Tragbahnen zu ihm, sobald sie hörten, wo er war. Und immer, wenn er in ein Dorf oder eine Stadt oder zu einem Gehöft kam, trug man die Kranken auf die Straße hinaus und bat ihn, er möge sie wenigstens den Saum seines Gewandes berühren lassen. Und alle, die ihn berührten, wurden geheilt.

Mk 6,53–56 (//Mt 14,34–36).

Die Summarien des Markusevangeliums sind bei den beiden anderen Synoptikern dann noch einmal signifikant erweitert und an jeweils für das entsprechende

Evangelium wichtigen Stellen untergebracht. Vgl. Mt 4,23–25;

Die Parallelstelle zum ersten markinischen Summarium Mk 1,32–34 im Matthäusevangelium ist durch ein Jesajazitat aus dem Gottesknechtlied angereichert:

Am Abend brachte man viele Besessene zu ihm. Er trieb mit seinem Wort die Geister aus und heilte alle Kranken. Dadurch sollte sich erfüllen, was durch den Propheten Jesaja gesagt worden ist: *Er hat unsere Leiden auf sich genommen und unsere Krankheiten getragen.*

Mt 8,16–17. Ferner Mt 9,35–38; Mat 12,15–22; Mt 14,14.

Was in diesen Summarien zum Ausdruck kommt, deutet Jesus selbst, wenn er den Abgesandten Johannes des Täufers antwortet, dass jetzt in seiner Person die messianische Zeit angebrochen ist:

Johannes hörte im Gefängnis von den Taten Christi. Da schickte er seine Jünger zu ihm und ließ ihn fragen: Bist du der, der kommen soll, oder müssen wir auf einen andern warten? Jesus

antwortete ihnen: Geht und berichtet Johannes, was ihr hört und seht:

Blinde sehen wieder, und Lahme gehen;

Aussätzigte werden rein, und Taube hören;

Tote stehen auf, und den Armen wird das Evangelium verkündet.

Selig ist, wer an mir keinen Anstoß nimmt.

Mt 11,2–6//Luk 7,18–23.

Ganz kurz sei darauf hingewiesen, dass Jesus seine Sendung zu den Kranken seinen Jüngern als Aufgabe hinterlassen hat.

(b) Jesu Auftrag an die Jünger, Kranke zu heilen

Die Aussendungsrede Jesu im Matthäusevangelium wird mit den folgenden Worten eingeleitet:

Dann rief er seine zwölf Jünger zu sich und gab ihnen die Vollmacht, die unreinen Geister auszutreiben und alle Krankheiten und Leiden zu heilen.

Mt 10,1.

Die Rede selbst enthält den ausdrücklichen Auftrag, Kranke zu heilen:

Geht und verkündet: Das Himmelreich ist nahe. Heilt Kranke, weckt Tote auf, macht Aussätzigte rein, treibt Dämonen aus! Umsonst habt ihr empfangen, umsonst sollt ihr geben.

Mt 10,7–8 vgl. Luk 9,1–6; 10,1–12.

Die Aussendungsrede im Markusevangelium, kürzer gestaltet als bei Matthäus und Lukas, mündet in die Notiz, dass die Jünger mit großem Erfolg zur Umkehr aufriefen und viele Kranke geheilt haben:

Die Zwölf machten sich auf den Weg und riefen die Menschen zur Umkehr auf. Sie trieben viele Dämonen aus und salbten viele Kranke mit Öl und heilten sie.

Mk 6,13 (//Luk 9,6)

Die im Schluss des Markusevangeliums enthaltene Aussendungsrede des Auferstandenen an die ungläubigen Elf bietet die Ankündigung, dass die Gläubigen den Kranken die Hände auflegen werden, so dass sie gesund werden (Mk 16,18). Der Jakobusbrief vom Ende des 1. Jahrhunderts spricht von der Krankensalbung, die von den Ältesten

Weiterbildungsstudiengang „Angewandte Ethik“

Als einzige deutsche Universität bietet die Universität Münster einen Weiterbildungsstudiengang „Angewandte Ethik“ an. Bisher haben zwei Kurse mit über 50 Teilnehmerinnen und Teilnehmern stattgefunden. Die am stärksten vertretene Berufsgruppe waren dabei Ärztinnen und Ärzte. Gerade das Gesundheitswesen ist derzeit mit zahlreichen ethischen Problemen konfrontiert, die auch in der Öffentlichkeit eine immer größere Aufmerksamkeit finden. Zu den Ursachen dafür gehören nicht nur die von der modernen Medizintechnik aufgeworfenen Probleme, sondern auch die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens.

Das Weiterbildungsstudium soll die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in die Lage versetzen, professionell mit den komplexen ethischen Problemen umzugehen, mit denen sie in ihrer beruflichen Tätigkeit konfrontiert sind. In den Abschlussarbeiten der beiden bisherigen Kurse wurden zahlreiche aktuelle und brisante Themen behandelt, darunter:

- Alter als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen.
- Entscheidungen für Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit.

- Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL): Ursache oder Ausweg für das Dilemma des Kassenarztes.
- Medizinische Bildung chronisch Kranker – eine Aufgabe des Gesundheitssystems?
- Die ethische Kultur in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik.
- Sterbehilfedebatte in Deutschland: ethische Fragen zum Lebensende aus hausärztlicher Sicht.

Der Studiengang ist so konzipiert, dass er berufsbegleitend absolviert werden kann. Die Lehrveranstaltungen finden an Wochenenden statt. Es können daher auch Auswärtige teilnehmen. Der dritte Kurs startet im Oktober 2008 und dauert vier Semester. Er gibt den Absolventinnen und Absolventen die Möglichkeit, den Titel eines „Master of Advanced Studies in Applied Ethics“ zu erwerben. Die Teilnahmegebühr beträgt 6.900 Euro. Der Studiengang ist akkreditiert und als ärztliche Fortbildung zertifiziert.

Weitere Informationen finden sich im Internet unter:

<http://www.uni-muenster.de/AngewandteEthik/>.

Telefonische Auskunft und Anmeldung unter 0251 5103821.

der Gemeinde unter Gebeten gespendet werden soll.

Das Matthäusevangelium bietet in seiner letzten großen Redekomposition die Gerichtsrede des Menschensohns, der sich auf den Thron der Herrlichkeit setzen wird. Viermal werden die sechs Werke der Barmherzigkeit angesprochen, damit sie sich durch das didaktische Mittel der Wiederholung einprägen:

- Hungrige speisen,
- Durstige tränken
- Fremde aufnehmen
- Nackte kleiden
- Kranke besuchen
- Gefangene aufsuchen

Mt 25,35–36. 37–38. – 42–43 und 44.

Es ist wohl diese Redekomposition, die zusammen mit dem Gleichnis vom barmherzigen Samariter (Luk 10,25–37) eine große Wirkungsgeschichte in der Kirche gezeitigt hat: Spätestens im frühen Mittelalter wird die Krankenpflege zum bevorzugten Feld der christlichen Caritas.

Ich schließe ab mit einer kurzen Erinnerung an das, was bei den Erzählungen von Jesu Heilungen zweimal besonders auffallen muss. Bei der Heilung des Lahmen, einem der ersten Heilungen Jesu, wird der Lahme von vier Freunden zu Jesus gebracht. Da sie wegen des Gedränges im Hause nicht zu Jesus gelangen konnten, deckten sie das Dach ab und ließen den Gelähmten durch das Dach hinab direkt vor Jesus hin. Das ist eine Lehre: Den Christen muss es bei der Sorge um die Kranken darum gehen, die Kranken zu Jesus zu bringen – und wenn es sein muss auch dadurch, dass das Dach abgedeckt wird (Mk 2,1–11//Mt 9,1–8//Luk 5,17–26).

Es gibt eine schlimme Gegengeschichte. Da war ein blinder Bettler in Jericho, der Bartimäus, der Sohn des Timäus. Als er laut schrie: „Sohn Davids, Jesus, erbarme dich meiner“, wollten es ihm viele in der Umgebung Jesu verbieten. Doch er lässt sich nicht beschwichtigen. Er rief lauter und wurde erhört. Den Christen ist

es geboten, dem Kranken seinen Schrei um Rettung und Heilung zu gewähren und ihn nicht stumm zu machen (Mk 10,46–52//Mt 20,29–34//Luk 18,35–43). Die Würde des Kranken wird durch die Zuwendung seiner Nächsten gewährleistet und geschützt. Das wird dem Kranken in seinem Leid helfen. Die Freunde Ijobs in der Rahmenerzählung sind in der Sorge für den kranken Menschen ein Vorbild: Sie sitzen mit dem leidenden Ijob und schweigen. Wenn sie anfangen auf Ijobs Rede zu antworten, werden sie zu Feinden des leidenden Menschen, werden sie geradezu als der den Ijob anfeindende Gott angesehen.

Anschrift des Verfassers

Professor em. Dr.

Hans-Winfried Jüngling S. J.

*Philosophisch-Theologische Hochschule
Sankt Georgen*

Offenbacher Landstraße 224

60599 Frankfurt am Main

Tel. 069 6061-0

Das österreichische Patientenverfügungs-Gesetz – ein Vorbild für den deutschen Gesetzgeber? *Alfred Simon*

Ende Juni beschäftigte sich der Deutsche Bundestag in erster Lesung mit dem von den Abgeordneten Stünker, Kauch, Jochimsen und Montag eingebrachten Gesetzesentwurf zur Verbindlichkeit von Patientenverfügungen. [14] Der Verlauf der Debatte lässt jedoch ein baldiges Gesetz als eher unwahrscheinlich erscheinen. Zu unterschiedlich waren die Meinungen der Parlamentarier. Ganz anders die Situation im benachbarten Österreich. Dort wurde nach relativ kurzer parlamentarischer Debatte im März 2006 ein Gesetz beschlossen, das die Voraussetzungen und die Wirksamkeit von Patientenverfügungen regelt. [9] Im Folgenden wird der Hintergrund der aktuellen Debatte um eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung in Deutschland beleuchtet und das österreichische Gesetz vorgestellt. Abschließend wird der Frage nachgegangen, ob das österreichische Gesetz ein Vorbild für den deutschen Gesetzgeber sein könnte.

Hintergrund der deutschen Debatte

In Deutschland wurde das erste Formular einer Patientenverfügung 1978 von dem Juristen Uhlenbruck herausgegeben [15]. Die Ärzteschaft stand solchen Voraussetzungen bis Mitte der 1990er Jahre eher skeptisch gegenüber. So heißt es etwa im Vorwort zu den Richtlinien der Bundesärztekammer für die ärztliche Sterbebegleitung von 1993: „Patiententestamente mögen im Einzelfall juristisch einfache Problemlösungen bedeuten; ethisch und ärztlich sind sie keine nennenswerte Erleichterung.“ [11] Diese Einschätzung hat sich in den letzten Jahren grundlegend gewandelt. In den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung von 1998 werden Patientenverfügungen als „wesentliche Hilfe für das Handeln des

Arztes“ bezeichnet, die verbindlich sind, „sofern sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen und keine Umstände erkennbar sind, dass der Patient sie nicht mehr gelten lassen würde.“ [4] Diese Einschätzung wird in den aktuellen Grundsätzen von 2004 sowie in den Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung von 2007 bestätigt [5,6].

Ausschlaggebend für diesen Meinungswandel war u. a. die Entscheidung des 3. Strafsenats des Bundesgerichtshofs zum „Kemptener Fall“ aus dem Jahre 1994 [7]. Die Bundesrichter stellten darin fest, dass lebenserhaltende Maßnahmen bei einem unheilbar erkrankten, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten abgebrochen werden können, wenn dies dem mutmaßlichen Willen des Kranken entspricht, wobei früheren mündlichen oder schriftlichen Äußerungen des Patienten eine entscheidende Bedeutung bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens zukommt. Damit wurde die Bedeutung von Patientenverfügungen als Indiz für den mutmaßlichen Willen festgestellt, ohne dass der Begriff selbst in dem Beschluss benannt wird.

Der XII. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs ging in seinem Beschluss zum „Lübecker Fall“ von 2003 sogar noch einen Schritt weiter, indem er eine eindeutige Patientenverfügung mit dem erklärten Willen des Patienten gleichsetzte. Wörtlich heißt es in dem Beschluss: „Ist ein Patient einwilligungsunfähig und hat sein Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen, so müssen lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn dies seinem zuvor – etwa in Form einer sog. Patientenverfügung – geäußerten Willen entspricht.“ [8]

Unklar ist die Formulierung „irreversibler tödlicher Verlauf des Grundleidens“, der

eine Fehlinterpretation des Strafrechtsbeschlusses von 1994 zugrunde liegt. Die mit ihr verbundene Reichweitenbegrenzung von Patientenverfügungen bildet seither den Hauptstreitpunkt in der Debatte um eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung in Deutschland: Während sie u. a. in dem Bericht der vom Bundesjustizministerium eingesetzten Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ [2] sowie von der Mehrheit des Nationalen Ethikrates [13] als Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts abgelehnt wird, wird sie in dem Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin des Deutschen Bundestages [10] im Hinblick auf die Verpflichtung des Staates zum Lebensschutz gefordert.

Einen weiteren Streitpunkt stellt die Frage dar, ob das Vormundschaftsgericht nur in Konfliktfällen, d. h. bei unterschiedlicher Interpretation der Patientenverfügung durch Arzt und Betreuer bzw. Bevollmächtigten, oder auch in anderen Fällen (z. B. vor Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen bei irreversibler Bewusstlosigkeit) eingeschaltet werden muss. Manche Regelungsvorschläge sehen darüber hinaus ein beratendes Konsil vor Umsetzung einer Patientenverfügung vor.

Konsens besteht hingegen in der Einschätzung, dass der Patient zum Zeitpunkt der Abfassung seiner Patientenverfügung einsichts- und urteilsfähig sein muss, und dass die Verfügung jederzeit formfrei vom Patienten widerrufen werden kann.

Das österreichische Patientenverfügungsgesetz

Das österreichische Gesetz definiert die Patientenverfügung als antizipierte Willenserklärung einer einsichts- und urteilsfähigen Person, mit der diese

eine medizinische Behandlung für den Fall der eigenen Einsichts-, Urteils- oder Äußerungsunfähigkeit ablehnt. Die Ablehnung pflegerischer Maßnahmen wird durch das Gesetz nicht erfasst; im Zuge der parlamentarischen Debatte wurde jedoch klargestellt, dass auch die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr durch eine PEG-Sonde zu den medizinischen und damit zu den nach dem Gesetz ablehnungsfähigen Maßnahmen zählt.

Ob der Betroffene zum Zeitpunkt der Errichtung einer Patientenverfügung bereits aktuell erkrankt ist oder nicht, spielt für die Wirksamkeit der Verfügung keine Rolle. Auch müssen Patientenverfügungen keinen Zusammenhang mit dem Sterbevorgang aufweisen. Der aus der deutschen Debatte importierten Forderung nach Reichweitenbegrenzung wurde damit eine klare Absage erteilt [12].

Ein besonderes Merkmal des österreichischen Gesetzes ist die Unterscheidung zwischen *verbindlichen* und *beachtlichen* Patientenverfügungen. Die Erstellung einer verbindlichen Patientenverfügung ist an hohe formale und materielle Voraussetzungen geknüpft: So muss die Verfügung schriftlich vor einem Rechtsanwalt, einem Notar oder einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretung (Patientenanwalt) errichtet werden. Die medizinische Maßnahme, die abgelehnt wird, muss konkret beschrieben sein oder eindeutig aus dem Gesamtzusammenhang der Verfügung hervorgehen. Die Errichtung setzt eine umfassende ärztliche Aufklärung voraus. Die Vornahme der Aufklärung sowie das Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten muss vom Arzt dokumentiert werden. Ferner muss der Arzt darlegen, dass und aus welchen Gründen der Patient die Folgen seiner Patientenverfügung zutreffend einschätzt. Nach spätestens fünf Jahren muss die Patientenverfügung erneuert werden.

Patientenverfügungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, sind zwar für den Arzt nicht unmittelbar verbindlich, müssen jedoch bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens beachtet werden – und zwar umso mehr, je eher sie die Voraussetzungen einer verbindlichen Patientenverfügung erfüllen. Dies bedeutet, dass die praktische Bindungswirkung einer beachtlichen Patientenverfügung durchaus der einer verbindlichen entsprechen kann [1,3,12].

Unwirksam ist eine Patientenverfügung, wenn sie auf einem Irrtum beruht oder unter Zwang erstellt wurde, wenn in ihr strafrechtlich Verbotenes verfügt wird, wenn sich der Stand der medizinischen Wissenschaft im Hinblick auf den Inhalt der Verfügung wesentlich verändert hat, und bei Widerruf durch den Patienten.

Bewertung und Fazit

Da es in Österreich keine höchstgerichtlichen Entscheidungen zur Patientenverfügung gab, regelt das Patientenverfügungsgesetz erstmalig die Voraussetzungen und die Wirksamkeit von Patientenverfügungen und schuf damit Rechtssicherheit für alle Beteiligten. Es stellt klar, dass Patientenverfügungen unabhängig von ihrer Form zu beachten sind, wobei die Bindungswirkung antizipierter Willensäußerungen vor allem von der vorausgegangenen Willensbildung, der Anwendbarkeit der verfügten Inhalte auf die konkrete Behandlungssituation und der Aktualität der Willensäußerung, nicht aber von Art und Stadium der Erkrankung abhängt.

Mit der Unterscheidung zwischen verbindlichen und beachtlichen Patientenverfügungen entsprach man dem Bedürfnis der Öffentlichkeit nach rechtsverbindlichen Verfügungen. Die hohen materiellen und formalen Voraussetzungen für eine verbindliche Patientenverfügung sollen ver-

hindern, dass der Patient Opfer eigener Fehlentscheidung (z. B. aufgrund falscher Folgeinschätzung) wird. Sie stellen jedoch – anders als die in Deutschland diskutierte Reichweitenbeschränkung – keine substantielle Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts dar, sind aber mit einigem Aufwand und Kosten verbunden. In den meisten Fällen wird jedoch eine wohldurchdachte und in Zusammenarbeit mit einem Vertrauensarzt erstellte beachtliche Patientenverfügung denselben Zweck erfüllen.

In Deutschland besteht – anders als in Österreich vor Inkraft-Treten des Patientenverfügungsgesetzes – auch ohne gesetzliche Regelung eine relative Rechtssicherheit durch die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs. Die unterschiedlichen Interpretationen der einschlägigen Entscheidungen – insbesondere des Beschlusses des XII. Zivilsenats von 2003 – lassen jedoch auch hierzulande eine gesetzliche Klarstellung der Verbindlichkeit und Reichweite von Patientenverfügungen sinnvoll und wünschenswert erscheinen. Das österreichische Gesetz könnte dafür in vielen Punkten – insbesondere im Hinblick auf die Kriterien für die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen – ein Vorbild sein.

Literatur

1. Aigner G (2007) *Das Patientenverfügungsgesetz – Historie und Ausgangslage*. In: Körtner U, Kopetzki Ch, Kletecka-Pulker M (Hrsg.) *Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtliche Aspekte*. Springer, Wien-New York, S. 74–80
2. Arbeitsgruppe Patientenautonomie am Lebensende (2004) *Patientenautonomie am Lebensende. Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen* (<http://www.bmj.bund.de/media/archive/695.pdf>)
3. Bachinger G (2007) *Das neue Patientenverfügungsgesetz in Österreich*. In: Körtner U, Kopetzki Ch, Kletecka-Pulker M (Hrsg.) *Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtliche Aspekte*. Springer, Wien-New York, S. 97–107

4. Bundesärztekammer (1998) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 95: A 2366–2367
5. Bundesärztekammer (2004) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 101: A 1298–1299
6. Bundesärztekammer (2007) Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung. Deutsches Ärzteblatt 104: A 891–896
7. Bundesgerichtshof (1995) Neue Juristische Wochenschrift 48: 204–207
8. Bundesgerichtshof (2003) Neue Juristische Wochenschrift 56: 1588–1594
9. Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG) (2006) BGBl. I Nr. 55 (http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/4/8/9/CH0738/CMS1160730474485/gesetzestext_patvg_patientenverfuegung.pdf)
10. Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin (2004) Zwischenbericht Patientenverfügungen (<http://dip.bundestag.de/btd/15/037/1503700.pdf>)
11. Hoppe JD (1993) Vorwort zu den Richtlinien der Bundesärztekammer für die ärztliche Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 90: B-1791
12. Kopetzki C (2008) Planungssicherheit durch Patientenverfügungen? Zum neuen österreichischen Patientenverfügungs-Gesetz. In: Duttge G (Hrsg.) Ärztliche Behandlung am Lebensende. Universitätsverlag Göttingen
13. Nationaler Ethikrat (2005) Patientenverfügung. Ein Instrument der Selbstbestimmung. (www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Patientenverfuegung.pdf)
14. Stünker J et al. (2008) Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts. BT-Drucks. 16/8442 (<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/084/1608442.pdf>)
15. Uhlenbruck W (1978) Der Patienten-Brief. Neue Juristische Wochenschrift 31: 566–570

Anschrift des Verfassers

PD Dr. Alfred Simon
Geschäftsführer der Akademie für Ethik
in der Medizin e. V.
Humboldtallee 36
37073 Göttingen

Verantwortlich für die Rubrik **Medizinethik aktuell** ist: Dr. med. Gisela Bockenheimer-Lucius, Lehrbeauftragte für Ethik in der Medizin am Universitätsklinikum Frankfurt a. M., Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Frankfurt.

„Qualität statt Spardiät – gute Kliniken für Hessen“

Aktionsbündnis zur Rettung der Krankenhäuser in Hessen gegründet

Unter dem Slogan „Qualität statt Spardiät – gute Kliniken für Hessen“ haben sich am 16. Juli 2008 in Hessen zehn Organisationen und Verbände des Gesundheits- und Krankenhauswesens dem auf Bundesebene ins Leben gerufenen Aktionsbündnis „Rettung der Krankenhäuser“ angeschlossen. Beteiligt sind die Hessische Krankenhausgesellschaft (federführend), die Landesärztekammer Hessen, der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschland, Landesgruppe Hessen, der Kommunale Arbeitgeberverband Hessen, der Hessische Landkreis- und die Hessische Städtetag, der Landespflegerat Hessen, der Marburger Bund Hessen, ver.di, Landesbezirk Hessen sowie dbb beamtenbund und tarifunion. **Vom 8. bis 12. September findet eine Aktionswoche in Hessen statt.**

Das Aktionsbündnis fordert eine angemessene und nachhaltige Finanzierung aller Kliniken, damit auch in Zukunft die hohe Qualität der notwendigen medizinischen Versorgung der hessischen Bevölkerung mit Krankenhausleistungen sichergestellt ist. „Der Gesetzgeber kann den Kliniken nicht einerseits enge Budgets auferlegen und andererseits verlangen, dass sie damit alles finanzieren“, unterstrich die Präsidentin der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Ursula Stüwe, auf der Pressekonferenz am 7. August. Die Versorgungsqualität der Patienten habe sich spürbar verschlechtert; angesichts der ausgedünnten Personaldecke im Pflegebereich sei eine zeitintensive Betreuung kaum mehr möglich. Bei Ärzten führten die beruflichen Rahmenbedingungen inzwischen zu

einer „Abstimmung mit den Füßen“; sie würden den weißen Kittel an den Nagel hängen oder ins Ausland gehen. Auch für den beruflichen Nachwuchs habe die Unterfinanzierung der Kliniken fatale Folgen: So könnten junge Ärzte an den Krankenhäusern nicht mehr ausreichend weitergebildet werden, was sich auch auf den niedergelassenen Bereich auswirke.

„Gute Kliniken brauchen gute Kliniker“, erklärte Dr. med. Raoul Hecker, Marburger Bund. Er bezeichnete es als perfide, dass berechtigte Forderungen nach besseren Arbeitsbedingungen nicht umgesetzt werden könnten, weil der Bund die Tarifsteigerungen nicht refinanzieren. Das Missverhältnis von 21 Patienten, die in Hessen statistisch von einem Krankenhausmitarbeiter versorgt werden müssen, sei bedrohlich.

„Da die Rationalisierungspotentiale der Krankenhäuser inzwischen mehr als ausgeschöpft sind, kann die Finanzierungslücke nicht aus eigener Kraft geschlossen werden“, sagte der Präsident der Hessischen Krankenhausgesellschaft, Holger Strehlau. Zu den Forderungen des Bündnisses zählen daher u. a. eine volle Refinanzierung der Tarifsteigerungen durch den Bund, ein Ende der Deckelung der Krankenhaus-Budgets, ein Ausgleich für steigende Sachkosten sowie mehr Geld für die Ausbildung des Nachwuchses.

Der Protest gegen die unzureichende Krankenhausfinanzierung soll am **25. September in Berlin in einer zentralen Demonstration** gipfeln. Aus Hessen werden rund 7.000 Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter erwartet.

Weitere Informationen bei der Hessischen Krankenhausgesellschaft <http://www.hkg-online.de/und> unter <http://www.rettung-der-krankenhaeuser.de>

Katja Möhrle

Sicherer Verordnen

Tilidin/Naloxon – Missbrauchsgefahr

Das Bundesgesundheitsministerium ist durch Medienberichte über den Missbrauch Tilidin/Naloxon-haltiger Arzneimittel (Valoron N®, viele Generika) besorgt. Aus ärztlicher Sicht ist dazu anzumerken, dass ein Auftreten von Missbrauch und Suchtverhalten bei Arzneistoffen mit Abhängigkeitspotential (hier: schwach wirksames Opioidanalgetikum) nicht verwunderlich ist. Nachdem der AkdÄ über mehrere Jahre entsprechende Fallberichte konstant in einstelliger Anzahl zugegangen sind, scheint das Problem bei der Kombination eines Opiatagonisten mit einem -antagonisten nicht sehr bedrohlich zu sein (Verordnungszahlen zu Lasten der GKV 2006: circa 90 Millionen DDD). Zu bedenken ist allerdings, dass

- 1.) bei oraler Gabe der Antagonist Naloxon weitgehend infolge eines First-Pass-Effektes inaktiviert wird.
- 2.) auch in der Kombination mit einem Antagonisten immer mit der Möglichkeit eines Missbrauches gerechnet werden muss.
- 3.) eine Verordnung insbesondere bei Jugendlichen nur sehr zurückhaltend gestellt werden sollte und Wiederholungsrezepte in dieser Altersgruppe nur selten indiziert sind.

Quelle: Schreiben des BMG vom 5.5.2008

Neuere Psychopharmaka – Sehstörungen

Psychopharmaka können in unterschiedlicher, Arzneistoff- und Dosis-abhängiger Häufigkeit Sehstörungen verursachen. Anticholinerge Eigenschaften dieser Arzneistoffe führen z.B. zu Akkomodationsstörungen, Melanin-Arzneistoff-Komplexe zu Kornea- und Linsentrübungen. In einer Facharbeit einer Augenoptikerin wurden Patienten gezielt nach subjektiven Sehstörungen unter der Therapie neuerer Psychopharmaka befragt. 22 von 45 Befragten berichteten unter der Einnahme von Venlafaxin (Trevilor®), acht von 33 unter Quetiapin, Seroquel® und drei von 14 unter Risperidon (Risperdal®) über dosisabhängige Störungen wie z.B. verändertes Entfernungssehen, erhöhte Blendempfindlichkeit, Akkomodationsstörungen, Doppelbilder.

Diese nicht repräsentative Umfrage sollte Anlass sein,

- auf diese, die Compliance der Patienten verringern und die Fahrtauglichkeit beeinflussende UAW gezielt hinzuweisen.
- Häufigkeit und Schwere von Sehstörungen unter neueren Antidepressiva und Neuroleptika in einer klinischen Studie zu untersuchen, denn nach diesen Ergebnissen treten Sehstörungen sehr viel häufiger auf als in den jeweiligen Fachinformationen erwähnt (angegeben ist bei Venlafaxin: „häufig“ = 1:100 bis 1:10 und bei Risperdal: „selten“ = 1:10.000 bis 1:1.000; in der Fachinformation von Quetiapin fehlt erstaunlicherweise jeder Hinweis auf UAW am Auge.)

Quelle: Diplomarbeit für Dip.-Ing. Augenoptik, Fachhochschule Jena, Fachbereich SciTec und Universitätsklinikum Mainz, Psychiatrische Klinik, 2007

Paracetamol – Blutdrucksteigerung?

In einem Kommentar wird exemplarisch am Beispiel eines möglichen Blutdruckanstieges unter der Einnahme von Paracetamol die Schwierigkeit beschrieben, als praktisch tätiger Arzt die Ergebnisse von widersprüchlichen Studien auf einen Einzelfall herunterzubrechen, um einem Patienten einen fundierten Rat zu geben. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient aus der Laienpresse von einer allgemeinen Blutdruckerhöhung unter Schmerzmitteln gehört hat. In einer Studie mit über 16.000 Patienten wurde ein Risiko unter der regelmäßigen Einnahme über vier bis fünf Tage pro Woche gefunden, nicht jedoch bei sechs bis sieben-tägiger Einnahme. Eine andere Studie mit über 8.000 Ärzten fand kein Risiko, eine weitere mit Frauen zeigte Risiken, die erstaunlicherweise auch noch bei Teilnehmerinnen bestanden, die Paracetamol nur ein bis vier Tage im Monat einnahmen.

Der Rat des Autors: nachdem aus den insgesamt sechs durchgesehenen Studien nicht klar wurde, ob nicht der Schmerz selbst oder ein häufiger Arztbesuch zu einer leichten Erhöhung des Blutdruckes führte, scheint die gelegentliche Einnahme von Paracetamol das Risiko nicht wesentlich zu erhöhen. Er bot dem Patienten an, seinen Blutdruck regelmäßig zu überprüfen. Der weiterhin besorgte Patient reduzierte seine Analgetikadosen und seine rheumatoide Arthritis kam damit „gut zurecht“.

Quelle: Brit.med.J. 2008; 336: 1190–91

Ezetimib zum Zweiten: – Richtigstellung und weitere Hinweise

Ein Autor (Leiter eines Labordiagnostikzentrums in Heidelberg) weist zu Recht darauf hin, er habe nur das Vorgehen des Herstellers von Ezetimib-haltigen Arzneimitteln als „alles in allem überflüssig und schädlich“ bezeichnet. Der Satz in dieser Serie (siehe Hess. Ärzteblatt Heft 5/2008) lautete fälschlicherweise verallgemeinernd „Ezetimib ist alles in allem überflüssig und schädlich“.

Unabhängige Kritiker des Arzneimittelmarktes ordnen den Arzneistoff weiterhin nur als Reservemittel ein, auch ist das Spektrum unerwünschter Wirkungen (UAW) noch nicht abschließend zu beurteilen (z.B. neu vermutete UAW in Kanada: Rhabdomyolyse, Hepatitis, akute Pankreatitis, Thrombozytopenie). Die ansteigenden Verordnungen in Deutschland und den USA mit einem Anteil von über 15% des Lipidsenkermarktes (in Kanada nur circa 3%) lassen die Vermutung zu, dass der Hersteller als ein Beispiel für „innovatives Kreativ-Marketing der Pharmaindustrie“ dienen kann, wie unlängst ein Kabarettist formulierte. Dafür spricht

- die erwähnte „Verzögerungstaktik“ bei der Publikation der Ergebnisse der Enhance-Studie, laut Hersteller wegen umfangreicher Analysen der Ultraschallaufnahmen.
- die erhebliche Erhöhung der Teilnehmerzahl bei einer seit 2006 laufenden Studie, laut Hersteller zum Aufzeigen der Unterschiede kardiovaskulärer Ereignisse mit statistischer Relevanz.

In beiden Fällen (Unterdrückung nicht sehr positiver Ergebnisse bzw. erheblich verlängerte Laufzeit einer Studie über das Jahr 2012 hinaus) besteht der „Nebeneffekt“, dass mit dem Surrogatparameter „Cholesterinsenkung“ weiter Werbung betrieben werden kann.

Zum Marketing scheint auch eine genaue Beobachtung von Publikationen zu gehören, so dass Artikel in regional erscheinenden Ärzteblättern (hier: Nordrhein und Hamburg) auch in Heidelberg aufschlagen.

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus: Rheinisches Ärzteblatt 7/2008

Altes und Neues zur ärztlichen Aufklärungspflicht

Ingelore Koenig-Ouvrier, Vorsitzende Richterin am Oberlandesgericht

Gegenstand von Arzthaftungsprozessen sind neben Behandlungsfehlern zunehmend auch Aufklärungsmängel. Insoweit werden unterschieden die Behandlungsaufklärung (Erläuterung der Art und des Verlaufes der Behandlung), die Risikoaufklärung (Gefahren und mögliche nachteilige Folgen auch eines fehlerfreien Eingriffs) sowie die therapeutische oder Sicherungsaufklärung (therapiegerechtes Verhalten zur Sicherung des Heilungserfolgs). Bekanntermaßen gibt die Frage der Beweislast in derartigen Verfahren häufig den Ausschlag. Während ein Verstoß gegen die Sicherheitsaufklärung juristisch als Behandlungsfehler qualifiziert wird und grundsätzlich vom Patienten darzulegen und zu beweisen ist, trifft den Arzt die Darlegungs- und Beweislast für die rechtzeitige Aufklärung über die Notwendigkeit des Eingriffs und die damit verbundenen Risiken. Ausreichend für die Erfüllung dieser Pflichten ist – entgegen einer noch immer verbreiteten Ansicht – nicht die Vorlage eines vom Patienten und Arzt unterzeichneten Einwilligungsfornulars, sondern das

Aufklärungsgespräch. Im Zweifel wird den Angaben des Arztes über eine erfolgte Risikoaufklärung gefolgt, wenn seine Darstellung in sich schlüssig und einiger Beweis für die Durchführung des Gespräches erbracht ist – z.B. durch entsprechende Eintragung in der Patientenakte, handschriftliche Zusätze im Aufklärungsbogen und Anhörung des Arztes im Prozess. Jenseits dieser „festgeklopften“ Rechtsprechung haben Gerichte in den letzten Jahren insbesondere die sog. Risikoaufklärungspflicht zugunsten der Patienten erweitert. So haben Ärzte eine Risikoaufklärung nicht nur bei operativen Eingriffen, sondern auch bei der Verordnung von Medikamenten vorzunehmen, wenn diese schwerwiegende Nebenwirkungen haben können. So ist z.B. die Verordnung des Antikonceptivums „Cyclosa“ in einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 15. März 2005 wegen des bei Raucherinnen erhöhten Risikos von Herzinfarkt und Schlaganfall als *Eingriff* gewertet worden mit der Folge, dass der verordnende Arzt für die Aufklärung über diese Risiken beweibelastet ist.

Eine *Risikoaufklärung* (und nicht nur eine Behandlungs- bzw. Sicherungsaufklärung) ist auch geboten bei der Erprobung neuer Medikamente, neuer Verfahren und Anwendung von Außenseitermethoden. Auch hier ist es erforderlich, den Patienten davon in Kenntnis zu setzen, dass und welche Risiken damit verbunden sind und/oder dass noch keine evidenzbasierten Erkenntnisse hierüber vorliegen und auch bisher unbekannte Risiken auftreten können. Damit sollen einer Fortentwicklung der Medizin keine Steine in den Weg gelegt, dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten aber gleichwohl Rechnung getragen werden. An umfassende Dokumentation gewöhnt dürfte die Beachtung dieser – teilweise verschärften – Grundsätze für den Arzt keine unüberwindliche Schwierigkeit darstellen.

Anschrift der Verfasserin

Dr. Ingelore Koenig-Ouvrier
Ernst-Ludwig-Straße 76
64560 Riedstadt

Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKinD)

11. Tag des Kinderkrankenhauses am 21. September 2008

Seit 1998 findet der „Tag des Kinderkrankenhauses“ statt. Initiiert hat ihn 1998 die *Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V.*, (*GKinD*). Ziel dieses Tages ist es, dass die Kinderkliniken und -abteilungen insbesondere vor Ort über ihr Leistungsspektrum und ihre Besonderheit als Kinderklinik informieren. Ziel ist es aber auch, Eltern, Kinder und die gesamte Öffentlichkeit auf diese Weise deutlich auf die Gefahr einer sich zunehmend verschlechternden pädiatrischen Versorgung aufmerksam zu machen.

Kinderkliniken und -abteilungen müssen erhalten bleiben. Kinder haben das Recht, im Krankheitsfall in einer Kinderklinik oder einer Kinderabteilung von qualifiziertem Personal behandelt zu werden, das im Umgang mit kranken Kindern und Jugendlichen und deren Angehörigen besonders geschult ist. Kinder haben auch das Recht, dass sie von einer ihnen vertrauten Begleitperson im Krankenhaus begleitet werden.

Als Datum für den Aktionstag „Tag des Kinderkrankenhauses 2008“ wurde Sonntag, der 21. September 2008, in zeitlicher Nähe zum UNICEF-Weltkindertag, festgelegt. Die Kliniken erhalten auf Wunsch von *GKinD* einen Presseleitfaden, sowie Handzettel und Plakate. Darüber hinaus unterstützt die Firma Nestlé interessierte Kinderkliniken mit speziellem Material für die Gestaltung eines Aktionstags zum Thema „Gesunde Ernährung“, ein Angebot, das bereits in den Vorjahren zahlreiche Häuser gerne aufgriffen haben.

Kinderkliniken, die sich noch am „Tag des Kinderkrankenhauses 2008“ beteiligen und Material zur Gestaltung anfordern wollen, können sich wenden an:

Gesellschaft der Kinderkliniken und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (*GKinD*)
Geschäftsstelle c/o DRK-Kinderklinik Siegen
Postfach 10 05 54, 57005 Siegen
Telefon: 0271 2345-432
Telefax: 0271 2345-414
E-Mail: ellen.koenig@gkind.de

I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (theoretischer Teil 120 Stunden)

In Zusammenarbeit mit der Deutschen Ärztesgesellschaft für Akupunktur e.V./DÄGfA bietet die Akademie den theoretischen Teil der Zusatzbezeichnung Akupunktur gemäß dem Curriculum der BÄK an. **insg. 120 P**

Freitag, 19. Sept. – Sonntag, 21. Sept. 2008 G1–G3
Freitag, 03. Okt. – Sonntag, 05. Okt. 2008 G1P–G3P
Freitag, 14. Nov. – Sonntag, 16. Nov. 2008 G4–G6
Freitag, 28. Nov. – Sonntag, 30. Nov. 2008 G7–G9
Freitag, 05. Dez. – Sonntag, 07. Dez. 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

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

Tel.: 089 71005-13, Fax: -25, E-Mail: bauss@daegfa.de

Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs (Kursus 8 Stunden) **11 P**

Die Fortbildung zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs richtet sich in erster Linie an **Allgemeinärzte**. Mit dieser achtstündigen Fortbildungsmaßnahme werden Sie recht umfassend über die Diagnostik und medizinische Bedeutung des Hautkrebses informiert. Der Schwerpunkt der Veranstaltung wird auf die Vermittlung des klinischen Wissens gelegt.

Samstag, 25. Oktober 2008, 10 bis 18 Uhr

Leitung: Dr. med. Th. Meyer, Kassel

Dr. med. L. Hoffmann, Kassel

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

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

Chirurgie

Septische Chirurgie

7 P

Themen: Antibiotikaphylaxe 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

Themen: Einleitung in Thematik: Pseudarthrosen, Endoprothetik und periprothetische Frakturen – Der klinische Einsatz von Bone Morphogenetic Proteins (BMPs) bei atrophischen Pseudarthrosen – Pseudarthrosen im Wachstumsalter: angeborene Fehlbildungen und Traumafolgen – Die Schulterendoprothetik in der Unfallchirurgie: Indikationen und Ergebnisse – Die Endoprothetik kleiner Gelenke: Indikationen und Ergebnisse am Ellenbogen- und Sprunggelenk – Die Hüftendoprothetik in der Frakturbehandlung, bei der Hüftkopfnekrose und bei der posttraumatischen Arthrose – Die posttraumatische Arthrose bei Fehlstellung: Endoprothese oder Korrekturoperation – Die Endoprothetik unter DRG-Bedingungen – Das Management bei periprothetischen Frakturen – Die intramedulläre Stabilisierung periprothetischer Frakturen des Femurs

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

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** **10 P**

Teil II: **Samstag, 20. Sept. 2008** **10 P**

Teil III: **Samstag, 04. Okt. 2008** **10 P**

Teil IV: **Samstag, 25. Okt. 2008** **10 P**

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

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

Max. Teilnehmerzahl: 16

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

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



Öffentliches Gesundheitswesen & Hygiene und Umwelt

MRSA und andere Multiresistente Erreger

Themen: MRSA/ESBL/VRE

Samstag, 06. Sept. 2008, 09:00 – 12:30 Uhr

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

Prof. Dr. med. Th. Eikmann, Gießen

Teilnahmebeitrag: € 50 (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

Aktuelles aus der Arbeitsmedizin

Themen: Psychische Belastungen in der Arbeitswelt – Abrechnung arbeitsmedizinischer Leistungen – Staatliche Verordnung zur Regelung der Vorsorge – Betriebsmedizinische Tätigkeiten im Arbeitsschutz

Samstag, 1. Nov. 2008

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

Univ.-Prof. Dr. med. H.-J. Weitowitz, Gießen

Teilnahmebeitrag: € 25 (Akademiemitgl. kostenfrei)

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

Repetitorium Innere Medizin 2008

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse
Unter der Gesamt-Moderation von **Prof. Fassbinder** und Mitwirkung zahlreicher Referenten wird dabei das Gesamtgebiet der Inneren Medizin abgehandelt.

insg. 51 P

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

15. Wiesbadener Geriatrie Kolloquium

In Zusammenarbeit mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen

Palliativmedizin in der Geriatrie

8 P

Samstag, 15. Nov. 2008, 9 c. t. – 16:30 Uhr

Leitung: Dr. med. W. Knauf, Wiesbaden

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

Tagungsort: Wiesbaden,

Biebricher Schloss

Anmeldung bitte schriftlich an: Sekretariat Dr. med. W. Knauf,

Frau Schauß, Tel.: 0611 847280-2, Fax: 0611 847280-3,

E-Mail: geriatrie.wiesbaden@asklepios.com

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

Das sterile Paar – Wege zur assistierten Reproduktion

10 P

Themen: 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

Erkrankungen des weiblichen Genitale im Bereich der Adnexe

Mittwoch, 11. Feb. 2009, 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

9 P

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 Anzeigeerstattung – Hilfesystem vor Ort

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

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

Teilnahmebeitrag: € 110 (Akademiemitgl. 99)

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

Musik und Medizin in der Literatur

Dostojewski „Der Spieler“

Sonntag, 30. Nov. 2008

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

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

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

Grundkurs A2 **Samstag, 13. – Samstag, 20. Sept. 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: € 490 (Akademiemitgl. € 441)

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

Einführung **insg. 30 P**

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)

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

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

Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Termine 2008

alte Weiterbildungsordnung ab 1999 (letztmalig 2008!)

19./20. Sept. 2008 Block 17 „Psychosomatische Grundversorgung (Teil 2)“ **20 Std./20 P**

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./16 P**

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

Didaktik

Moderatorentaining **20 P**

Freitag, 16. – Samstag, 17. Jan. 2009

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

Ernährungsmedizin (100 Std.)

(Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer) **insg. 100 P**

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: vorauss. € 990 (Akademiemitgl. € 891)

Tagungsort: 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 **19 P**

Aufbaukurs 3: Afrika südlich der Sahara (ca. 16 UE)

Freitag, 14. – Samstag, 15. Nov. 2008

Leitung: Dipl.- Psych. U. Cramer-Düncher, Dreieich

Dr. med. U. Schreiber-Popović, Eppstein

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

Samstag, 04. Okt. 2008, 09:00 – 17:30 Uhr **11 P**
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)

Samstag, 06. Sept. 2008, 9:00 – 17:00 Uhr (belegt) **21 P**
Samstag, 25. Okt. 2008, 9:00 – 17:00 Uhr **21 P**
Leitung: Prof. Dr. med. T. Wendt, Bad Nauheim
Teilnahmebeitrag: € 180 (Akademiemitgl. € 162)
Tagungsort: Bad Nauheim, Rehasentrum 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

Palliativmedizin

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

Prüfarzt in klinischen Studien

Freitag, 19. – Samstag, 20. Juni 2009
Leitung: Prof. Dr. med. S. Harder, Frankfurt a. M.
voraus. Teilnahmebeitrag: 280 € (Akademiemitgl. 252 €)
Tagungsort: Bad Nauheim
 FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
 Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Notfallmedizinische Fortbildung

Notdienst-Seminar:
Samstag, 30. – Sonntag, 31. Aug. u. Samstag, 13. Sept. 2008 **22 P**
 Bad Nauheim € 320 (Akademiemitgl. € 288)

„Refresher-Kurs Notdienst“ **11 P**

Zielgruppe: Ärzte im Bereitschaftsdienst
Samstag, 11. Okt. 2008, 09:00 – 18:00 Uhr
Leitung: Dr. med. S. Little, Friedberg
 Bad Nauheim € 220 (Akademiemitgl. € 198)

Notfallmedizinisches Intensivtraining i. d. niedergel. Praxis: **10 P**

Samstag, 13. Dez. 2008, 10:00 – 18:00 Uhr
Leitung: Dr. med. A. Dorsch, Haimhausen
 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“:
 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.

Baby-Mega-Code-Training:
Leitung: G. Kliemann
Teilnahmebeitrag: € 140 (Akademiemitgl. € 126)
Tagungsort: Friedberg, Vitracon, Saarstraße 30
Anmeldung und Auskunft: J. Korn,
 Tel.: 06031 687038-0, Fax: -1, E-Mail: jochen.korn@vitracon.de

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: R. Pistor,
 Tel.: 06032 9146-31, Fax: -60,
 E-Mail: rene.pistor@juh-wetterau.de

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. V. Kürschner
Tagungsort: Wiesbaden
Anmeldung und Auskunft: Frau A. Faust, Tel.: 0611 432832
 E-Mail: anette.faust@hsk-wiesbaden.de



Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)
14. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung
VI. 21. – 23. Nov. 2008 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr) 20 P
A: Der alte Mensch/der chronisch Kranke/der sterbende Mensch
B: Techniken ärztlicher Begleitung; das salutogenetisch geführte Gespräch

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 LÄÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

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

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

 Block III **08. – 13. Sept. 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. Sept. 2009**

 Block IV **16. – 21. Nov. 2009**
EFQM-Assessorientraining
Neue Termine in Planung!
Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄÄK 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.)

 (Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer) **32 P**
Freitag, 12. – Samstag, 13. Sept. 2008 und
Freitag 24. – Samstag, 25. Okt. 2008
Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 440 (Akademiemitgl. € 396)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄÄK 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. Sept. 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 LÄÄK 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.**
Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RÖV
Termine für 2009 in Planung!
Aktualisierungskurs gem. RÖV 9 P
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 LÄÄK 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
Verkehrsmedizinische Qualifikation

(Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer)

Freitag, 19. Juni 2009, 13:00 – 18:15 Uhr und insg. 16 P
Samstag, 20. Juni 2009, 09:00 – 18:15 Uhr
Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄÄK 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


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	10 P
	Baustein I Grundlagen 1 und 2	
Kursteil 2	17. – 18. Okt. 2008	14 P
	Baustein II Alkohol/Nikotin und Wahlthema	
Kursteil 3	07. – 08. Nov. 2008	12 P
	Baustein III Medikamente/VI illegale Drogen	
Kursteil 4	21. – 22. Nov. 2008	14 P
	Baustein V – Motivierende Gesprächsführung	

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

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)

Beginn: Samstag, 18. Okt. 2008, 09:30 – 16:30

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

Ultraschallkurse

Abdomen

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

Grundkurs **40 P**
Samstag, 17. – Sonntag, 25. Jan. 2009 (Theorie)
+ 2 x 5 Std. Praktikum
€ 400 (Akademiemitgl. € 360)

Aufbaukurs **40 P**
Samstag, 07. Nov. 2009 (Theorie) + 2 x 5 Std. Praktikum
€ 400 (Akademiemitgl. € 360)

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

Gefäße

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

Interdisziplinärer Grundkurs (24 Stunden) **29 P**
Donnerstag, 12. – Freitag, 13. Feb. 2009 (Theorie)
Samstag, 14. Feb. 2009 (Praktikum)
€ 400 (Akademiemitgl. € 360)

Aufbaukurs **25 P**
Donnerstag, 18. – Freitag, 19. Juni 2009 (Theorie)
Samstag, 20. Juni 2009 (Praktikum)
€ 350 (Akademiemitgl. € 315)

Abschlusskurs **20 P**
Freitag, 20. – 21. Nov. 2009 (Theorie + Praktikum)
€ 290 (Akademiemitgl. € 260)

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Jost,
Tel.: 069 97672-552, Fax: -555, E-Mail: marianne.jost@laekh.de

Umweltmedizin

Neue Termine in Planung!

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,
Tel.: 06032 782-287, Fax: -228, E-Mail: claudia.cordes@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 Informationen wenden Sie sich bitte an:

Frau Mirjana Redžić, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule,
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 LÄKH (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 4, Freitag, 14. 11. 2008 bis Samstag 15. 11. 2008

und Donnerstag, 20. 11. 2008 bis Samstag, 22. 11. 2008

Teilnahmegebühr: € 410

Ansprechpartner: Monika Kinscher,

Telefon: 06032 782-187, Fax -180

Injektionen/Infusionen (MED 5)

Inhalte: Rechtliche Grundlagen, Grundlagen der Anatomie und Physiologie, Grundlagen der Pharmakologie, Maßnahmen zur Vorbereitung und Durchführung einer Injektion, Maßnahmen zur Vorbereitung einer Infusion, Tuberkulin Hauttest, Praktische Übungen „i.c.“, s.c. Injektionen am Phantom, Praktische Übungen.

Die Veranstaltung wird unter ärztlicher Leitung durchgeführt.

Termin: Samstag, 20. 9. 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 – 14:15 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: Elvira Keller Telefon: 06032 782-185, Fax -180

Schwerpunkt Palliativmedizin

Sterben, Trauer, Pietät (PAL 3)

Termin: Samstag, 25. 10. 2008, 9:00 – 16:30 Uhr (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

Klinikassistentz (120 Stunden)

Inhalte: DRG Kodierung, Grundlagen krankenhauserrelevanter 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

Krankheitsbilder und typische Fallkonstellationen (AVÄ 1)

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

Termin: Freitag, 12. 9. 2008, 13:00 – 18:30 Uhr (6 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

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

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

Organisation und Koordination in der ambulanten Versorgung (AVÄ 5)

Inhalte: Informationsmanagement und Koordination durchführen, bei Einweisung und Entlassung mitwirken, Kooperation im Team, mit externen Partnern und Versorgungseinrichtungen gestalten, Dokumentation/Abrechnung/Qualitätsmanagement durchführen.

Termin: Mittwoch, 22. 10. 2008, 15:00 – 18:30 Uhr (4 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 70

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

Ernährungsmedizin

Überblick über Ernährungs- und Stoffwechselphysiologie (ERM 1)

Termin: Donnerstag, 11. 9. 2008, 15:00 – 18:30 Uhr (4 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 70

Ernährungspyramide nach Vorgabe der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (ERM 2)

Termin: Freitag, 12. 9. 2008 bis Samstag, 13. 9. 2008 (14 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 185

Ernährung in besonderen Lebensabschnitten (ERM 3)

Termin: Freitag, 24. 10. 2008 bis Samstag, 25. 10. 2008 (16 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 185

Krankheitsbilder und mögliche ernährungstherapeutische Maßnahmen (Grundlagen) (ERM 4)

Termin: Dienstag, 18. 11. 2008 bis Donnerstag, 20. 11. 2008 (24 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 280

Angewandte Ernährungsmedizin (ERM 5)

Termin: Freitag, 28. 11. 2008 bis Samstag, 29. 11. 2008 (16 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 185

Kooperation und Koordination (ERM 6)

Termin: Mittwoch 17. 12. 2008, 10:00 – 15:45 Uhr (6 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Ansprechpartner: Elvira Keller, Telefon: 06032 782-185, 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, 31.10.2008, 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, 14.11.2008, 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, 15.11.2008, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

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

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, 1.11.2008, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

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

Qualitätsmanagement (120 Stunden)

Methoden und Tools für ein qualifiziertes Praxismanagement,

Teil 1 (QMA 2)

Termin: Freitag, 19.9.2008 bis Samstag, 20.9.2008 und Freitag, 24.10.2008 bis Samstag, 25.10.2008 (30 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 350

Methoden und Tools für ein qualifiziertes Praxismanagement,

Teil 2 (QMA 3)

Termin: Freitag, 28.11.2008 bis Samstag, 29.11.2008 und Freitag, 12.12.2008 bis Samstag, 13.12.2008 (30 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 350

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

Schwerpunkt Onkologie

Psychoonkologische Grundlagen (ONK 4)

Termin: Donnerstag, 18.9.2008 ab 13:30 Uhr bis Freitag, 19.9.2008, 14:30 Uhr (9 Std.)

Teilnahmegebühr: € 95

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

Betriebsmedizinische Assistenz

Lärm G20

Inhalte: Rechtsvorschriften, berufsgenossenschaftliche Grundsätze, Abrechnung von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen, Audiometrie in der Gehörvorsorge, Maßnahmen nach der Gehörvorsorgeuntersuchung, Praktische Übungen.

Termin: 7.11.2008 bis 8.11.2008 (11 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 150

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

Prüfungsvorbereitungskurse

Abrechnung (PVK 1)

Inhalte: Formularwesen, vertragliche Abrechnung und Privatliquidation (EBM und GOÄ), praktische Übungen zur Abschlussprüfung.

Termin: Samstag, 15.11.2008, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

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

Medizinische Fachkunde (PVK 3)

Inhalte: Herz-Kreislaufsystem, Ernährung/Verdauung, Urogenitalsystem, Themen und Fragen zur freien Auswahl.

Termin: Samstag, 1.11.2008 Stufe 1 und Samstag, 8.11.2008 Stufe 2, jeweils 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 125

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

Verwaltung inkl. praktische Übungen (PVK 5)

Inhalte: Rechnungswesen, Zahlungsverkehr, Praxisorganisation.

Termin: Samstag, 29.11.2008, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

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

Wirtschaft und Sozialkunde (PVK 6)

Inhalte: Arbeitsrecht, Vertragsrecht, Steuern.

Termin: Samstag, 22.11.2008, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Ansprechpartner: Elvira Günthert, Telefon: 06032 782-132, 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.



Faszination Golfen *Monika Vogt*

Gesundbrunnen für Spieler, die nicht übertreiben

Der Golfsport boomt: Allein in Deutschland verdoppelte sich die Anzahl der Golfer in den letzten zehn Jahren, jährlich werden es zwischen sechs und zehn Prozent mehr. Zu den rund 530.000 organisierten Golfern kommen etwa 200.000, die nicht beim Deutschen Golf Verband (DGV) registriert sind.

Erfreulich, wenn auch noch relativ unbekannt: Golfen fasziniert nicht nur, sondern ist auch gut für die Gesundheit. Vorausgesetzt, man beachtet einige Regeln. In Frankfurt hat Professor Dr. Jürgen Ahlers, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und leitender Arzt in den Frankfurter Rotkreuz Krankenhäusern, vor kurzem ein Symposium ausgerichtet, auf dem er und namhafte weitere Referenten – Torsten Giedeon, PGA-Professional, Rainer Mund, PGA-Professional und langjähriger Trainer der Golf Nationalmannschaft, Professor Dr. Dr. Winfried Banzer, Leiter der Abteilung Sportmedizin der Goethe-Universität Frankfurt und Julia Runzheimer, Leiterin der ProReha Maingau – über das Thema Golf und Medizin informierten. Auszüge aus den Vorträgen:

Welchen Wert hat Golfen für die Gesundheit?

In einer finnischen Studie wurde die Ausdauer im Laufbandtest, die Kraft der Rückenmuskulatur, das Körpergewicht sowie die Werte für das HDL-Cholesterin bei 55 Teilnehmern, die 20 Wochen lang zwei bis drei Mal in der Woche Golf spielten, mit einer Gruppe verglichen, die nicht Golf spielte. Positives Ergebnis: Bei den Golfern hatte sich die Ausdauer im Laufbandtest im Durchschnitt um 36 Sekunden verbessert, die Haltedauer als Indikator für die Kraft der Rückenmuskulatur um 13 Sekunden, das HDL-Cholesterin hatte sich erhöht und das Körpergewicht

im Schnitt um 1,4 kg erniedrigt (Studie von Parkkari et al., 2000).

Voraussetzung für den gesundheitsfördernden Effekt: Es muss Spaß im Spiel sein. Nur dann ist Golfen eine nachhaltige Motivation zur Bewegung und trägt neben dem körperlichen Training auch zur Entspannung bei. Wer ehrgeizig und verbissen über den Platz läuft und sich über jeden misslungenen Schlag aufregt, tut sich und seiner Gesundheit nichts Gutes.

Golfen ist übrigens im übertragenen Sinn ebenfalls ein „Herzsport“, denn es hat auch kardioprotektive, also das Herz schützende Effekte. Wer drei bis vier Stunden Golf spielt, erzielt vergleichbare Effekte wie jemand, der etwa 2,5 bis drei Stunden walkt.

Und noch eine gute Nachricht: Golf ist auch möglich, wenn bereits eine kardiovaskuläre Krankheit aufgetreten ist, also etwa nach einem Herzinfarkt, sofern er erfolgreich behandelt wurde und eine Leistungsfähigkeit von über 1 Watt/kg erbracht werden kann. Wichtig ist aber, dann auf geeignete Umgebungsbedingungen (Gelände, Temperatur) zu achten und möglichst auf Wettkämpfe zu verzichten. Auch bei Bluthochdruck ist Golfen erlaubt, sofern wiederum stressige Situationen, wie Wettkämpfe, gemieden werden (Empfehlung von Boldt & Wolff, 2001).

Sportartspezifische Verletzungen selten

Positiv zu Buche schlägt auch, dass Golfen im Vergleich zu anderen Sportarten für den Bewegungsapparat eher ungefährlich ist. Sportartspezifische Verletzungen sind selten. Mögliche Ursachen sind Unachtsamkeit beim Schwung (Schlägerverletzung), Verletzungen durch den Ball (Platzwunden, Augenverletzungen) oder durch Fehlschläge und Schläge in den

Boden. Akute Muskelverletzungen und Verstauchungen betreffen besonders die Rückenmuskulatur, den Schultergürtel sowie das Sprunggelenk.

In Zahlen ausgedrückt: Hochgerechnet auf 1.000 Spielstunden kommt es beim Golfen zu etwa 0,3 Verletzungen des aktiven und passiven Bewegungsapparates, bei Volleyball, Badminton, Tennis oder Fußball muss dagegen mit drei bis fünf Verletzungen bei 1.000 Spielstunden gerechnet werden (Studie von Parkkari et al., 2000).

Voraussetzung für die niedrige Verletzungsrate ist indes eine gute Vorbereitung und technisch sauberer Ausführung, denn der Golfschwung ist eine hochkomplexe Bewegung, an der mehr als 400 Muskeln beteiligt sind. „Muskuläre Dysbalancen“ sind daher die häufigste Ursache von Sportverletzungen oder Überlastungsschäden beim Golfen.

Schlagweite und Präzision des Golfspiels werden durch Koordination, Flexibilität und Kraft bestimmt. An der Technik zu arbeiten, hat gleich zwei Vorteile: Eine gute Technik ist Voraussetzung, um den Score zu verbessern und schont den Stütz- und Bewegungsapparat des Körpers. Es lohnt sich also, seine Schwungtechnik genau analysieren zu (lassen) und ggf. zu korrigieren oder den individuellen Anforderungen anzupassen. Muskelaufbau und sensomotorisches Training, Beweglichkeitstraining, spezifisches Aufwärmen und die geeignete Ausrüstung tun ein weiteres.

Rückenbeschwerden beim Golfen entstehen vor allem durch die Drehung beim Schwung, die anhaltende Vorneigung bei längerem Üben, die extreme Hyperlordosierung der Lendenwirbelsäule am Ende des Schwungs sowie die Belastung der Bandscheiben bei Torsionen und Hyperextensionen, insbesondere bei muskulärer Imbalance.

Ellenbogenverletzungen sind vor allem typisch für Golfspieler mit höherem Handicap, bei Profis sind sie eher selten. Man vermutet, dass unwillkürliche starke Kontraktionen der Muskeln bei schwächeren Golfspielern vorkommen, um das nicht optimale Treffmoment auszugleichen.

Ursache von Beschwerden im Bereich von Knie und Hüfte sind vor allem Überlastungen während der langen Golfrunde bei bereits bestehenden Vorschäden. Unter dem „Golfer's knee“ werden Beschwerden im linken Knie bei rechtehändig spielenden Golfern verstanden, die durch die Belastung des Knies beim Durchschwung und im Finish, wenn das Knie die Gewichtsverlagerung auf die linke Seite abfangen muss, entstehen.

Investitionen, die sich lohnen: Das Feilen an der Technik und Ausgleichstraining

Belastungen des Stütz- und Bewegungsapparates entstehen also insbesondere durch stereotype monotone Bewegungsabläufe ohne entsprechendes Ausgleichstraining. Beschwerdefreies Golf erfordert somit ausgleichende Bewegungen.

Wie wichtig die richtige Technik und ein geeignetes Ausgleichstraining sind, zeigt der Blick auf die Verletzungsregionen bei Amateuren und Profi-Golfern: Bei Amateuren sind Beeinträchtigungen an der Schulter, am Ellenbogen und am Sprunggelenk deutlich häufiger als bei den Profi-Golfern. Umgekehrt ist es mit Beschwerden am Kopf, der LWS und den Hand- und Kniegelenken. Sie werden häufiger bei den Profis als bei Amateurgolfern beobachtet (Studie von Gosheger 2003).

Klassisches Krafttraining, wie reines Gewicht heben, verbessert die Fertigkeiten eines Golfspielers übrigens nicht. Beim Golfen stehen vielmehr die Beweglichkeit der Wirbelsäule sowie der Schul-

ter- und Hüftgelenke im Mittelpunkt. Sie müssen als Funktionseinheit trainiert werden, insbesondere die Rotationsbewegung beim Schwung. Geeignet hierfür sind z.B. Seilzugsysteme oder das Gyrotonic-Gerät. Letzteres wurde von dem Balletttänzer Julio Horvath entwickelt und ermöglicht, dreidimensionale Bewegungen zu trainieren. Angelehnt an Bewegungsmuster aus den Sportarten Schwimmen, Turnen und Yoga werden dabei Widerstände frei im Raum geführt, so dass die Gelenke entlastet sind.

Aufwärmen und Stretching mindern Verletzungsrisiko

Hört sich einfach an, wird aber gerade von Amateurgolfern nur selten beachtet: Das Aufwärmen und Stretching vor dem Golfen. Nur rund jeder Fünfte nimmt sich dafür, wie empfohlen, zehn Minuten oder mehr. Spieler mit niedrigerem Handicap und Pro's beherzigen den Rat häufiger. Und das mit gutem Grund: In einer amerikanischen Untersuchung wurde bei Golfern, die sich weniger als zehn Minuten aufgewärmt hatten, mehr als doppelt so häufig Verletzungen beobachtet wie in der Vergleichsgruppe (Studie der American Orthopaedics Society for Sports Medicine).

Das verbreitete Vorurteil, Golfen erfordere keine besondere Fitness, stimmt übrigens nicht. Denn auf einer 18-Loch-Runde werden zwischen 100 und 200 Schwüngen absolviert und zwischen acht und zehn Kilometern zurückgelegt. Die Spieler sind zwischen vier und sechs Stunden unterwegs, die Sauerstoffaufnahme steigt während einer Runde um das zwei- bis vierfache des Ruhewertes. Spieler mit einer guten Grundlagenausdauer, die psychisch und physisch fit sind, können sich während des gesamten Spiels besser konzentrieren. Das schlägt insbesondere am Ende der Runde

zu Buche. Um die Grundlagenausdauer zu verbessern sind z.B. das Training am Ergometer, leichtes Joggen oder Walken geeignet. Wer den Trainingseffekt optimieren möchte, kann zudem über die Messung von Laktat und Atemgasen im Rahmen einer sportmedizinischen Leistungsdiagnostik individuelle Trainingsbereiche bestimmen lassen.

Einig waren sich die Experten auf dem Symposium auch, dass das Tragen der Golftasche – wie insbesondere viele Jugendliche meinen – nicht „cool“, sondern vielmehr schädlich für den Rücken ist. Wenn überhaupt, sollte die Tasche wenigstens nicht einseitig, sondern als Rucksack getragen werden. Besser ist, einen Trolley zu nutzen (wobei schieben von den Orthopäden wiederum für besser als ziehen eingestuft wurde), noch besser einen Elektrotrolley, bzw. z.B. bei Knieproblemen oder wenn die körperliche Anstrengung reduziert werden soll einen Golfcart.

Essen und trinken, schon bevor Hunger oder Durst auftreten

Ganz wichtig: Die richtige Ernährung beim Golfen. Auf einer Runde von drei bis vier Stunden werden pro Minute zirka

4 bis 6 kcal verbraucht. Das entspricht einem Bruttoenergieumsatz von 1.000 bis 1.400 kcal. Um den Körper optimal zu versorgen, muss schon vor dem Golfen ausreichend getrunken und gegessen werden. Und auch während der Golfrunde sollte bereits gegessen und getrunken werden, bevor ein Hunger- oder Durstgefühl auftritt!

Beispiel für ein „Golf-Menü“, das von der sportmedizinischen Abteilung der Universität Frankfurt zusammengestellt wurde: 1 mittelgroße Banane, 1 Apfel, 1 Vollkornbrötchen mit Butter und Schinken, 1 Fruchtschnitte sowie 1,5 Liter Apfelsaft-schorle.

Vielfach unterschätzt wird die Belastung des Körpers durch den mitunter mehrstündigen Aufenthalt in der Sonne. Hitzeschäden, schlimmstenfalls ein Hitzschlag

oder „Sonnenstich“, Austrocknung des Körpers (Dehydrierung) oder einem Sonnenbrand mit den bekannten Folgen kann aber einfach vorgebeugt werden: Akklimatisierung, körperliche Fitness, Meiden der Mittagssonne, viel Trinken, Pausen im Schatten, mit Sonnencreme schützen, leichte Kleidung mit Kopfbedeckung.

Übertriebener Ehrgeiz schadet nur

Da Golfer häufig schon älter sind, bringen viele Spieler per se bereits orthopädische oder sonstige Beschwerden mit. Wer sich unsicher ist, ob Golf der geeignete Sport für ihn ist, kann sich sportmedizinisch untersuchen lassen. Der Gesundheits-Check umfasst z. B. die sportärztliche Anamnese, eine Funktionsprüfung des Bewegungsapparats,

ein Ruhe- und Belastungs-EKG, verschiedene Laboruntersuchungen sowie ggf. die Bestimmung der Körpersymmetrie und eine Körperfettanalyse.

Last but not least: Beschwerden durchs Golfspielen nehmen in Abhängigkeit von der wöchentlich gespielten Anzahl der Golfrunden und Driving-Range-Bälle zu. Bei aller Begeisterung gilt also auch hier: Nicht übertreiben! Und wenn es dennoch einmal zu Beschwerden kommt? Dann hilft vor allem eins: Selbst wenn es schwer fällt, einfach einmal für einige Zeit pausieren und ggf. professionelle Hilfe einholen.

Anschrift der Verfasserin

*Dr. med. Monika Vogt
Holzhausenstraße 24
60322 Frankfurt
E-Mail: drmvogt@aol.com*

Landesärztekammer Hessen

Übernahme der Fortbildungspunkte

Aktionspostfach wird zum 30. September 2008 geschlossen

Im Oktober 2007 wurde allen kassenermächtigten Ärztinnen und Ärzten und im Frühjahr 2008 den Krankenhausfachärztinnen und -ärzten angeboten, die seit dem 1. Januar 2002 erworbenen Fortbildungspunkte auf ihr persönliches Punktekonto zu übernehmen. Über ein Aktionspostfach wurde das Dokumentenmanagement derart gesteuert, dass ausschließlich die Plausibilitätskontrolle in der Anerkennungsstelle der Landesärztekammer erfolgte, während die eigentlichen Teilnahmebescheinigungen außer Haus ausgewertet wurden.

Nachdem nun der erste Ansturm bewältigt ist, wird nach einem Jahr das Akti-

onspostfach zum 30. September 2008 geschlossen.

Schicken Sie Ihre Unterlagen nun direkt an die Landesärztekammer

Alle Ärztinnen und Ärzte, die ihre Unterlagen noch nicht oder die weitere Teilnahmebescheinigungen einreichen möchten, können dies selbstverständlich auch weiterhin tun. Bitte, schicken Sie Ihre Unterlagen ab jetzt direkt an die Anerkennungsstelle der Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt.

Schicken Sie Ihre Unterlagen rechtzeitig

Aufgrund der Vielzahl der Zusendungen kann der Verarbeitungsprozess

zwei bis drei Monate in Anspruch nehmen. Wenn Sie also den Nachweis Ihrer Fortbildungsaktivitäten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen oder Ihrem Ärztlichen Direktor mit dem Kammer-Zertifikat erbringen möchten, sollten Sie ausreichend Zeit hinsichtlich der Meldefristen einplanen: Der erste Stichtag bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen für Ärztinnen und Ärzte, die bereits zum 30. Juni 2004 niedergelegt waren, ist der 30. Juni 2009. Angestellte Fachärztinnen und Fachärzte im Krankenhaus müssen erstmalig zum 31. Dezember 2010 nachweisen, dass sie in fünf Jahren 250 Fortbildungspunkte erreicht haben.

Dr. Susan Trittmacher

Erläuterungen zur Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen

„Unverschämte Beutelschneiderei“, mit diesen markigen Worten machte kürzlich ein Kollege seinem Ärger über die Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen Luft.

Diese Unmutsäußerung ist Grund genug, die Gebührentatbestände der Landesärztekammer Hessen einmal genauer anzusehen. In der Gesamtschau, also Beitragswesen und Gebühren zusammengefasst, gehört die Kostenregelung in der Landesärztekammer Hessen zu den sozialsten im Bundesgebiet. Sicher, es gibt Ärztekammern, die geringere Gebühren bei der Inanspruchnahme ihrer Dienstleistungen erheben. Dafür sind aber die Mitgliedsbeiträge höher. In der Landesärztekammer Hessen ist das Beitragswesen nicht nur einkommensabhängig gestaffelt, sondern kennt darüber hinaus auch Solidarleistungen. So kann der Mitgliedsbeitrag auf Antrag gesenkt werden, wenn in einem Arzthaushalt zwei oder mehr unterhaltspflichtige Kinder leben oder ein besonderer Härtefall eine Arztfamilie belastet.

Die Rechtsgrundlage für die Gebührentatbestände der Landesärztekammer Hessen ist das Heilberufsgesetz, das einerseits kostendeckende Gebühren für die Nutzung von Kammereinrichtungen oder Inanspruchnahme von Dienstleistungen der Landesärztekammer Hessen

fordert, andererseits die Gewinnerzielung unterbindet.

Bei der Ermittlung der Kosten für einzelne Dienstleistungen der Landesärztekammer Hessen spielen betriebswirtschaftliche Größen eine maßgebliche Rolle. Dazu gehören insbesondere Personalkosten, aber auch Sachkosten, beispielsweise Entwicklungskosten für die notwendige EDV, sowie Vorhaltekosten.

Die letzte Entscheidung über einen Gebührentatbestand treffen die Delegierten der Landesärztekammer Hessen. Angemerkt sei, dass die Kostensatzung, wie alle Satzungen der Landesärztekammer auch, von der Rechtsaufsichtsbehörde genehmigt wird. Danach tritt sie mit Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt in Kraft.

In den beschriebenen Entscheidungsprozess fließen durchaus politische, in der Regel solidarische Überlegungen mit ein. Bei der Entscheidung über die Höhe der Gebühren für die Antragsbearbeitung in der Anerkennungsstelle, haben die Delegierten entschieden, das ehrenamtliche Engagement von Kolleginnen und Kollegen im Rahmen der ärztlichen Fortbildung zu stärken. Das heißt, dass unter bestimmten Voraussetzungen nicht jede einzelne Veranstaltung gebührenpflichtig zertifiziert, sondern nur eine einmalige Jahresgebühr fällig wird, wenn

Kolleginnen und Kollegen Fortbildungsmaßnahmen ehrenamtlich anbieten.

Im Weiterbildungswesen spielen solidarische Überlegungen ebenfalls eine Rolle: So sind in der Landesärztekammer Hessen Anträge im Rahmen von Weiterbildungsermächtigungen komplett gebührenfrei, ebenso die erste Facharztprüfung. Der Blick in den Gebührenspeigel aller Ärztekammern zeigt, dass das nicht selbstverständlich ist.

Erst Wiederholungsprüfungen, Prüfungen in den Schwerpunkten und Zusatzbezeichnungen sowie die Anerkennung von Fachkunden sind gebührenpflichtig. Die Delegierten haben sich bei ihrer Entscheidung davon leiten lassen, dass diese Kolleginnen und Kollegen beruflich etabliert sind und es ihnen zuzumuten sei, mit diesen Aufwendungen für die ärztliche Berufsausübung in Vorlage zu gehen. Denn Gebühren der Landesärztekammer Hessen im Zusammenhang mit der Fort- und Weiterbildung sind grundsätzlich Werbungskosten und können im Rahmen der Einkommensteuererklärung steuermindernd geltend gemacht werden.

Für weitere Fragen rund um das Beitragswesen oder die Kostensatzung stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landesärztekammer Hessen gerne zur Verfügung.

LÄKH

Nur noch neun Monate bis zur Nachweisfrist der Fortbildungsaktivitäten!

Am 30. Juni 2009 läuft die Nachweisfrist für die Fortbildungsaktivitäten der meisten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aus. Alle Ärztinnen und Ärzte, die den Nachweis mit dem Kam-

mer-Zertifikat erbringen wollen, mögen, bitte, ihre Teilnahmebescheinigungen sofort bei der Landesärztekammer Hessen einreichen. Nach Übertragung der Punkte kann das Kammer-Zertifikat über das Online-Portal beantragt werden. Die Bearbeitungszeit beträgt zur Zeit ca. drei Monate.

LÄKH

Gesundheitsreform/Wettbewerb

Langer Weg zu einer funktionierenden Wettbewerbsordnung

Harald Clade

Das Gesundheitswesen und das Recht der sozialen Krankenversicherung sind noch weit von gesetzlichen Rahmenbedingungen eines funktionsfähigen Wettbewerbs entfernt. Trotz wiederholter Reformansätze und zuletzt im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom April 2007 sind die Anstrengungen zu einer Liberalisierung des Gesundheitswesens auf halbem Wege stecken geblieben. Eine klare, gesetzlich sanktionierte Wettbewerbsordnung für die Gesetzliche Krankenversicherung steht noch aus, so die dezidierte Auffassung von Dipl.-Kfm. Franz Heistermann, Vorsitzender der 3. Beschlussabteilung des Bundeskartellamtes, Bonn, vor dem Jahreskongress 2008 des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankenhäuser e. V. (BDPK) am 12. Juni in Kiel.

Heistermann ging in seinem Statement nicht so weit wie manche (neoliberale) Kritiker, das SGB V entbehre jeglicher wettbewerblicher Elemente und verharre in einer zentralwirtschaftlichen, korporatistischen Ordnungspolitik. Die wettbewerblichen Elemente in der Gesundheitsversicherung sind jedoch eher rudimentär und gleichen einem „Steinbruch“ aus dem Arsenal wettbewerblicher Gestaltungs- und Steuerungselemente.

Aus Sicht des Bundeskartellamtes ist es evident, dass im System der sozialen Gesundheitssicherung (GKV) nicht „Marktwirtschaft pur“ exerziert werden könne und nicht zu einer Marktwirtschaft im Stil des „Manchester-Kapitalismus“ zurückgekehrt werden dürfe. Die Sozial- und Gesundheitspolitik müsse sich in das Grundkonzept der Verfassung und des ordnungspolitischen Gestaltungs-

prinzips der sozialen Marktwirtschaft einbetten. Hier gelten die Spielregeln der Wettbewerbspolitik unter Beachtung sozialpolitischer und ethischer Anliegen. Gesetzliche Regelungen seien zum Schutz gesamtgesellschaftlicher Anliegen erforderlich.

Eingebettet in die soziale Marktwirtschaft

Die Gesundheitswirtschaft sei bisher noch nicht in der sozialen Marktwirtschaft angekommen, so Heistermann. Überwiegend gelten hier noch planwirtschaftlich-korporatistische Regelungen, die jedwede marktwirtschaftliche Regulative vermissen ließen. Die Vielzahl der Regulierungen griffen unmittelbar in den Markt ein. Aus Sicht der Kartellbehörde gebe es auch im Gesundheitswesen zu marktwirtschaftlichen Steuerungselementen keine realistischen Alternativen, um das System langfristig zu stabilisieren. Das Arsenal von Gestaltungselementen müsse effizienter als bisher eingesetzt werden.

Liberalisierte Rahmenbedingungen für Krankenkassen und Leistungserbringer bedeuteten zugleich mehr Gestaltungsaufonomie, aber auch mehr Verantwortung und Risiken für den Einzelnen und das Gesamtsystem. Forcierter Wettbewerb in allen Leistungssektoren bedeutete die Teilhabe des Einzelnen und einer Gruppe von Leistungserbringern am Gesamtvorteil aller (Solidaritätsprinzip).

Für vordringlich hält Heistermann eine Deregulierung und den konsequenten Abbau eines überbordenden Bürokratieaufwandes. Weniger Regulierung des Marktes und Interventionen sowie Konzentration des Staates auf seine ursprünglichen Aufgaben, einer effizienten Qualitätskontrolle und die Bereitstellung von Informa-

tionen für die Marktteilnehmer, seien das Mittel der Wahl und Gebot der Stunde. Die Krankenkassen seien in der Regel bisher nur Kostenträger und nur in begrenztem Maße in der Lage, Definitionsmacht auszuüben und über Verhandlungen und Verträge Prozesse zu gestalten. Die Krankenhäuser seien in ihrer unternehmerischen Autonomie insoweit präjudiziert und begrenzt durch die Krankenhausplanung, als dass sie ihre Angebotspalette nicht frei gestalten und strukturieren können. Mengenkontingente könnten die Krankenhäuser mit den Krankenkassen nur gemeinsam verhandeln.

Monistische Klinikfinanzierung

Als einen ersten Schritt in die richtige Richtung bezeichnete Heistermann die Bestrebungen, die Klinikfinanzierung auf eine monistische Finanzierung umzustellen und den Krankenkassen zu ermöglichen, über selektive Verträge für planbare Leistungen in mehr wettbewerblichen Konditionen einzusteigen. Ein fairer Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt erfordere gleichgewichtige Marktbedingungen und „gleich lange Spieße“ der Akteure. Aufseiten der Krankenkassen und Krankenhäuser dürften sich keine monolithischen Monopole bilden. Das selektive Kontrahieren und das von den Kassen geforderte Einkaufsmodell müssten beispielsweise bei regional abgegrenzten Märkten dem Versicherten die Wahl zwischen unterschiedlichen Krankenhausträgern einräumen. Andererseits dürften die Krankenhausträger nicht marktbeherrschenden Krankenkassen ausgeliefert werden.

Bei der Fusionskontrolle großer Klinikträger habe die Kartellbehörde darauf geachtet, dass in regionalen Versor-

gungszonen keine marktbeherrschenden Großunternehmen entstehen, die die Vertrags- und Preiskonditionen einseitig diktieren könnten. Am Beispiel der Krankenhauswirtschaft habe die Kartellbehörde bei Fusionsbestrebungen stets die

lokale und regionale Marktkonzentration des Leistungsanbieters beurteilt, in keinem Fall bundesweite oder sogar europäische Maßstäbe herangezogen (wie dies die Rhön-Klinikum AG, Neustadt an der Saale, stets ins Feld geführt hatte).

Anschrift des Verfassers

*Dr. rer. pol. Harald Clade
Kreuzstraße 56
50226 Frechen*



Informationsveranstaltungen in Hessen Ärzte ohne Grenzen

Gießen, 15. Oktober 2008, 19:00 Uhr
Universitätsklinikum Gießen, Hörsaal der Medizinischen Klinik
Klinikstraße 36, 35392 Gießen

Frankfurt, 18. November 2008, 19:00 Uhr
Universitätsklinikum Frankfurt Hörsaalgebäude, Haus 22, H2-Hörsaal
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt

Fulda, 3. Dezember 2008, 19:00 Uhr
Klinikum Fulda, Hörsaal,
Pacelliallee 74, 36043 Fulda

Sie interessieren sich für die Arbeit von Ärzten ohne Grenzen und möchten mehr erfahren? Sie möchten uns aktiv unterstützen oder vielleicht sogar selbst in einem Hilfsprojekt mitarbeiten und haben Fragen dazu?

Ärzte ohne Grenzen lädt alle Interessierten zu einem Informationsabend ein, bei dem ein Projektmitarbeiter die Organisation vorstellt, Möglichkeiten der Mitarbeit aufzeigt und über seine persönlichen Erfahrungen berichtet. Anschließend werden die Fragen der Teilnehmer diskutiert.

Für unsere Projekte suchen wir Ärzte, Pflegepersonal, Hebammen, Medizinisch-Technische Assistenten (MTAs), Psychologen sowie Finanz-Administratoren und technisch begabte „Allrounder“ als Logistiker. Die Veranstaltung kann im Hinblick auf zukünftige berufliche Tätigkeiten auch für Studenten sehr interessant sein. Ärzte ohne Grenzen ist eine private, internationale, medizinische Hilfsorganisation.

Die Organisation hilft Menschen, die durch (Bürger-)Kriege oder Naturkatastrophen in Not geraten. Ärzte ohne Grenzen gewährt diese Hilfe allen Opfern, ungeachtet ihrer ethnischen Herkunft, politischen oder religiösen Überzeugung. Im Namen der universellen medizinischen Ethik und des Rechts auf humanitäre Hilfe arbeitet Ärzte ohne Grenzen neutral und unparteiisch und fordert ungehinderte Freiheit bei der Ausübung ihrer Tätigkeit. Darüber hinaus engagiert sich die Organisation als Sprachrohr für Menschen in Not. Die Mitarbeiter beziehen öffentlich Stellung, wenn sie selbst Zeugen von massiven Menschenrechtsverletzungen oder schweren Verstößen gegen das humanitäre Völkerrecht werden.

Jährlich arbeiten etwa 3.800 internationale und rund 23.000 nationale Mitarbeiter von Ärzten ohne Grenzen in mehr als 70 Ländern. Ihre Kompetenz und ihre Einsatzbereitschaft für Menschen in Not wurden 1999 mit dem Friedensnobelpreis geehrt.

Weitere Informationen:

Ärzte ohne Grenzen, Lielingsweg 102, 53119 Bonn
Tel.: 0228 55950-52, Fax: 0228 55950-11, E-Mail: office@bonn.msf.org



STIFTUNG HUFELAND-PREIS
DER DEUTSCHEN ÄRZTEVERSICHERUNG
ZUR FÖRDERUNG DER PRÄVENTIVMEDIZIN

„Hufeland-Preis“ zum 49. mal ausgeschrieben

Zum 49. mal wird der von der Deutschen Ärzteversicherung AG, Köln, gestiftete „Hufeland-Preis“ zur Förderung der Präventivmedizin in Deutschland ausgeschrieben.

Prämiert wird jährlich die beste Arbeit auf dem Gebiet der Präventivmedizin, wobei der mit 20.000 Euro dotierte Preis auch zwei als gleichwertig anerkannte Arbeiten je zur Hälfte zugesprochen werden kann. Die Arbeit muss ein Thema der Gesundheitsvorsorge, der Vorbeugung gegen Schäden oder Erkrankungen, die für die Gesundheit der Bevölkerung von Bedeutung sind, oder der vorbeugenden Maßnahmen gegen das Auftreten bestimmter Krankheiten oder Schäden, die bei vielen Betroffenen die Lebenserwartung beeinträchtigen oder Berufsunfähigkeit zur Folge haben können, zum Inhalt haben. Zur Teilnahme berechtigt sind Ärzte/innen und Zahnärzte/innen, die im Besitz einer deutschen Approbation sind, gegebenenfalls zusammen mit maximal zwei Co-Autoren/innen mit abgeschlossenem wissenschaftlichen Studium.

Die an der Ausschreibung zum „Hufeland-Preis 2008“ teilnehmenden Arbeiten müssen bis zum 31. März 2009 bei der Notarin Dr. Ingrid Doyé, Kattenbug 2, 50667 Köln, unter dem Stichwort „Hufeland-Preis“ in zweifacher Ausfertigung eingereicht werden.

Die Bewertung der eingereichten Arbeiten wird durch ein Preisrichterkollegium vorgenommen, dessen Mitglieder von dem Kuratorium der Stiftung „Hufeland-Preis“ bestellt werden. Die Verleihung des Preises nimmt das Kuratorium auf Vorschlag des Preisrichterkollegiums vor.

Träger des „Hufeland-Preises“ sind neben der Stifterin des Preises, der Deutschen Ärzteversicherung AG, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.

Die kompletten Ausschreibungsunterlagen finden Sie unter:
www.aerzteversicherung.de

Manchmal lernt die Politik aus ihren Fehlern – aber nicht immer *Siegmond Kalinski*

Die Ferienzeit ist vorbei, die olympischen Spiele ebenso, der Alltag hat uns wieder. Auch in Berlin läuft alles wieder im alten Trott. Möglicherweise zum Kummer von Verkehrsminister Tiefensee, der während des Sommerlochs als Kabarettist wider Willen die Zeitungsspalten mit seinen Vorschlägen zur Beseitigung von Autobahnstaus und zur Reduzierung von Verkehrsschildern gefüllt hat. Das alles hatte zwar durchaus komischen, weniger aber praktischen Wert.

Quo vadis, Andrea Ypsilanti?

Obwohl unsere Politikergarde während des Sommers eine recht intensive Auslandsreiseaktivität vorweisen konnte, gilt das Augenmerk jetzt im September der Inlandspolitik. Zwei Entscheidungen, die in Kürze anstehen, könnten wichtige Hinweise für das Bundestagswahljahr 2009 geben. Zunächst einmal betrifft das unser Land Hessen. Auf dem hessischen SPD-Parteitag am 13. September (bzw. am 4. Oktober, falls man das Ergebnis der Bayernwahlen abwarten wird) will sich Andrea Ypsilanti dazu äußern, ob sie einen erneuten Anlauf auf das Amt der hessischen Ministerpräsidentin wagen will. Die Grünen stehen zum Sprung in die Regierung bereit. Die Linken, so das Kalkül von Frau Ypsilanti, sollen ihr zuerst die Stimme geben – und sie dann auch beim Regieren unterstützen. Trotzdem kann sie nicht sicher sein, ob ihr nicht letztendlich doch noch zwei, drei Stimmen aus den eigenen Reihen fehlen werden. Das Schicksal von Heide Simonis, obwohl längst Vergangenheit, ist für sie immer noch ein Menetekel.

Die zweite Frage betrifft den Ausgang der Landtagswahlen in Bayern Ende September, wo die CSU um ihre Mehrheit zittern muss. Der Wahlslogan „50 Prozent plus“ ist zwar ehrgeizig und soll die Menschen an die Wahlurne locken, ist aber auch riskant. Und schwache Ergebnisse der CSU in Bayern dürften mit Sicherheit als schlechtes Omen für die beiden christlichen Parteien gedeutet werden – eo ipso auch für die Bundeskanzlerin. Dabei dürften sowohl der Wahlausgang in Bayern als auch die Entwicklung in Hessen in nicht unerheblichem Maß Einfluss auf die Gesundheitspolitik ha-

ben; in beiden Ländern und in der gesamten Bundesrepublik.

In Bayern spielen die Linken keine wesentliche Rolle, in Hessen werden sie als Steigbügelhalter für Frau Ypsilanti gebraucht, gewichtig aber sind sie weder hier noch dort. Anders ist es in den östlichen Bundesländern, wo die Linken zur zweitstärksten politischen Kraft geworden sind. Viele hier im Westen verschließen davor die Augen – besser wäre es sicherlich, über die Ursachen dafür nachzudenken.

Aus Schaden nichts gelernt

Aus den Erfahrungen, die wir nach dem 2. Weltkrieg gemacht haben, haben wir nichts gelernt – und machen zum zweiten Mal den gleichen Fehler. Damals glaubte man, die Jahre des „Tausendjährigen Reichs“ durch totschweigen gleichsam löschen zu können. In kaum einer Schule Westdeutschlands wurden die tragischen Jahre des Nazi-regimes überhaupt erwähnt, genauso wenig in den meisten Familien. Diese Zeit existierte für viele nicht mehr; sei es aus Scham oder aus schlechtem Gewissen. Erst nach 1985, nach der historischen Rede Richard von Weizsäckers am 9. Mai 1985, erst dann schien ein gewisser Ruck durch Deutschland zu gehen. Trotzdem aber haben viele junge Menschen oft erst an der Universität etwas über diese Zeiten erfahren, viele jedoch wissen bis heute erbärmlich wenig darüber.

Den gleichen Fehler sind wir dabei, jetzt wieder zu machen: In kaum einer Schule wird über die DDR-Zeiten berichtet, unsere Abiturienten wissen weder wer Walter Ulbricht war, noch wissen sie etwas von Honecker und Mielke. Die kommunistische Schreckensdiktatur wird gleichsam unter den Tisch gekehrt, wenn sie nicht überhaupt längst vergessen ist oder, wie bei vielen, in der Erinnerung inzwischen als ein Paradies glorifiziert wird. Die Staatsmedizin ist, glaubte man, längst vergessen – dabei ist man derzeit gerade daran, ihre Wiederaufstehung zu feiern.

Die Nachfolgepartei der SED, die Linken, haben insbesondere in den östlichen Bundesländern diese Situation genutzt und sind zur zweitstärksten politischen Kraft aufgestiegen, und die NPD bekommt, z. B. in

Thüringen, immer mehr Anhänger.

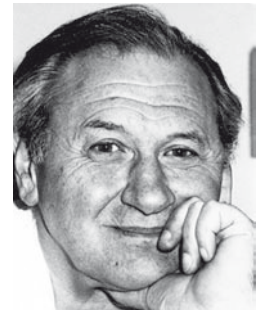
Wird die Gesundheitspolitik 2009 neu gestrickt?

Manchmal aber scheinen die Politiker doch aus den Fehlern der Vergangenheit zu lernen. Ältere Ärzte haben sich jahrelang darüber geärgert und viele ärgern sich noch heute darüber, dass sie, obwohl gesund und arbeitsfreudig, mit 68 Jahren (wenn sie bis dahin zwanzig Jahre lang als Kassenarzt tätig gewesen waren) zwangsweise ihren ihnen so am Herzen liegenden Beruf aufgeben mussten. Weder Proteste noch Klagen vor Gericht änderten etwas daran. Doch nachdem inzwischen überall in Deutschland über Ärztemangel geklagt wird, scheint den Politikern endlich ein Licht aufgegangen zu sein: Ab 2009 soll dieses Gesetz geändert werden.

2009 kommt auch die nächste Gesundheitsreform, das jedenfalls ist sicher. Ob sie den Doktores die versprochenen Honorarverbesserungen bringen wird, ist aber keinesfalls sicher. Genauso wenig scheint klar zu sein, wie der zukünftige Gesundheitsfonds im Detail aussehen wird. Man gibt sich bedeckt. Eins jedenfalls ist sicher: Einmal mehr werden die Versicherungsbeiträge steigen, je nach Kasse mehr oder weniger; immerhin aber sollen die Leistungen jetzt doch nicht so ganz stark begrenzt werden, wie ursprünglich geplant.

„Glück auf“ der neuen Kammerführung!

Bei Drucklegung dieser Ausgabe standen die Ergebnisse der Konstituierenden Delegiertenversammlung für die 14. Legislaturperiode (von 2008–2013) der Landesärztekammer Hessen noch nicht fest. Doch wenn Sie das Heft in Händen halten, werden sowohl Präsident/in, Vizepräsident/in als auch das restliche neue Präsidium der LÄKH gewählt sein. Dem neuen Vorstand sei eine glückliche Hand und viel Erfolg bei seiner Arbeit zum Wohl der hessischen Ärztinnen und Ärzte gewünscht.



Wenn das Callcenter Arzt spielt *Klaus Britting*

Man erlebt ja fast wöchentlich, von irgendwelchen Callcentern unaufgefordert gefragt zu werden, ob man nicht 24 Flaschen „enorm günstige“ Spätburgunder-Spätlese oder drei Frauenzeitschriften-Abos zum Preis von einem erwerben wolle. Sofort natürlich, denn nur dann gäbe es noch einen Korkenzieher aus Bergkristall oder eine Leselupe in japanischem Mandelholz gratis dazu. Und wenn mein Internetprovider anruft, weiß ich ohnehin schon, dass er mir zu einem angeblich günstigeren Tarif verhelfen möchte, der letztlich mehr kostet. Als ich aber im Urlaub in München weile, werde ich Zeuge eines unglaublichen Anrufs, den ich unfreiwillig mithöre. Wir sitzen gegen 11 Uhr bei einem anregenden Gespräch im Wohnzimmer, als das Telefon klingelt. Mein Schwager nimmt den Hörer ab und vergisst, den Lautsprecher auszuschalten. Er nennt seinen Namen, dann höre ich: „Hier ist Ihre Krankenkasse. Sind Sie heute schon schön Rad gefahren?“ Die Stimme der Dame säuselt. „Nein“, sagt mein Schwager, „bei dem miesen Wetter bleibe ich lieber im Haus.“ „Sie verstehen mich falsch. Ich meine, ob Sie heute schon Ihr Herztraining auf dem Hometrainer gemacht haben, zuhause natürlich.“ „Ging noch nicht, ich habe Besuch.“ „Gut, dann denken Sie anschließend daran, ja? Und noch was ...“ „Was denn?“, fragt mein Schwager erwartungsvoll. „Klappt das, mit dem Spritzen?“ „Was??“, ruft mein Schwager in die Muschel.

„Mit dem Selberspritzen!“ „Wieso soll ich mich spritzen?“, erwidert mein Schwager und fügt belustigt hinzu: „Ich bin doch kein Junkie!“ „Na, gegen Ihre Diabetes. Sie brauchen doch Insulin. Nehmen Sie das ja nicht auf die leichte Schulter!“ Die Stimme klingt beunruhigend. „Ich habe doch keine Diabetes!“, sagt mein Schwager entrüstet. „Hat Ihnen das Ihr Hausarzt nicht gesagt?“ „Nein! Ich soll Diabetes haben? Das ist wohl ein schlechter Scherz!“, ruft mein Schwager erregt. „Vielleicht haben Sie in der Aufregung nicht richtig zugehört? Wie gut, dass ich Sie anrufe!“ Die Dame scheint richtig zufrieden. „Diabetes ..., was soll ich denn jetzt tun?“, sagt mein Schwager und wirkt ziemlich verstört. „Ich lasse Ihnen das Set und Ampullen für 30 Tage direkt schicken. Sie sollten dann auch bald die Doppler-Sonographie an Ihren Beinen machen lassen.“ „Was ist mit meinen Beinen?“ Ich spüre, wie meinem Schwager das Blut in den Kopf schießt. „Sie haben doch erste Unsicherheiten und ungewohnte Nervenschmerzen an den Füßen, ja?“ Mein Schwager schaut verblüfft. Tatsächlich hat er seit einigen Wochen leichte Schmerzen beim Jogging. Vielleicht macht er sich jetzt Vorwürfe, nicht gleich zum Arzt gegangen zu sein? „Ja ...“, gibt er ganz leise zur Antwort. „Sagen Sie mal, halten Sie vielleicht auch die Diabetesdiät nicht ein?“, fragt

die Dame, und ihre Stimme nimmt einen leicht drohenden Unterton an. „Ich wusste doch gar nichts von meiner Diabetes“, ruft mein Schwager in die Leitung. „Um Himmels Willen, so eine Vergesslichkeit kann lebensgefährlich werden. Immer wieder haben wir hohe Kosten, weil Diabetikern die Beine amputiert werden müssen!“ „Amputiert!“, röchelt mein Schwager, greift sich ans Herz und fällt in den Sessel. „Hallo, hallo, Herr Reiter, sind Sie noch da?“ Ich greife schnell zum Hörer und sage: „Mein Schwager heißt Huber, Franz Huber“ ... „Was? Nicht Reiter? Oh, dann haben die in der Zentrale schon wieder die Daten vertauscht! Entschuldigen Sie, kann vorkommen. Sagen Sie Ihrem Schwager, er soll froh sein, dass er nur einen Herzinfarkt hatte. Einen schönen Tag noch.“ Ich höre ein Plumpsen. Mein Schwager, der alles mithört, ist aus dem Stuhl gefallen. Er presst die Hände auf die Brust. „Den Notarzt“, stöhnt er. Ich fühle, dass er mir noch seinen letzten Willen sagen will. Mit von Schmerz verzerrtem Gesicht presst er aus sich heraus: „Die-se Call-center, ich has-se sie al-le!“

Anschrift des Verfassers

Klaus Britting
Treenestraße 71
24896 Treia
Telefon 04626 189988

Fietje



Sagen Sie, haben Sie Fietje gekannt,
seines Zeichens Obermatrose?
Der war so plump wie ein Elefant
und empfindsam wie eine Mimose.

Er war ja sein Leben lang auf See,
und er kannte die sieben Meere
und sagte immer: „Das ist mein Milljöh.
Ich weiß schon, wohin ich gehöre.“

Und lag sein Dampfer mal länger am Pier,
dann saß er im Hafenlokale
und trank im Wechsel: ein Schnaps, ein Bier,
und das tat er werweißwieviele Male.

Aber am Morgen, da hieß es „Ahoi!“,
denn ein Seemann, der kann ja nicht bleiben.
Und er schrieb auch keiner: „Bleibe mir treu!!“
Er konnte ja nicht einmal schreiben.

Dann schipperte er mit seinem Kahn
wieder auf lange Reise
und sah immer nur Himmel und Ozean.
Das war seine Lebensweise.

Ich meine, er war ein Philosoph,
der sich seinen Teil wohl schon dachte
und der auf des Lebens Hinterhof
sich heimlich ins Fäustchen lachte.

Und nun ist er alt. Auf Helgoland,
da sitzt er im Seemannsheime.
und da hat er kein einziges Bild an der Wand,
er kennt nur das Bild seiner Träume.

Bestimmt hat auch er sein Herz gespürt
und nicht bloß bei Extraschlägen
und hat nie ein anderes Herz gerührt
und doch an so vielen gelegen.

Nun sagen Sie bloß, was das alles soll!
Da hockt er und kuckt auf das Wasser
mit Augen so traurig und sehnsuchtsvoll.
(Und die werden ihm auch immer blasser).

Ich seh schon, Sie haben ihn nicht gekannt,
den Fietje, den Obermatrosen.
Na ja, der trinkt nun auf Helgoland
bloß noch Bier. Aus Konservendosen.

Professor Dr. med. Wilhelm Theopold

Laudatio zum 80. Geburtstag von
Professor Dr. med. Martin Kaltenbach

Professor Dr. med. Martin Kaltenbach FSCA, FAHA, FESC, wurde am 23. September 1928 in Lörrach, Baden geboren. Im Markgräfler Land, dem er zeitlebens eng verbunden blieb, konnte er eine unbeschwernte Kindheit erleben. Frühzeitig wurde er durch seine Eltern (Vater Ingenieur, Mutter Klavierpädagogin) sowohl in naturwissenschaftlich-technischer als auch in kreativer Hinsicht gefördert. Nach den Belastungen der letzten Kriegsjahre, die auch den deutschen Südwesten nicht verschonten, konnte er seine Schulausbildung in Basel und Lörrach abschließen und bestand 1948 das Abitur am humanistischen Gymnasium mit Auszeichnung.

Für die Wahl des Arztberufes waren eigenes Krankheitserleben in Kindheit und Jugend ebenso maßgebend wie der Wunsch, anderen Menschen zu helfen, Kontakte zu knüpfen und Anerkennung zu erwerben.

Das Medizinstudium absolvierte er in Freiburg im Breisgau, Basel und Marburg a. d. Lahn. Am Anfang der beruflichen Tätigkeit stand das Interesse für die physikalische Therapie im Vordergrund. Bei Wolfgang Kohlrausch (Freiburg i.Br.) wurde er mit der Arbeit ‚Reflektorische Zonen der Nieren‘ zum Doktor der Medizin promoviert. Aus der Arbeit resultierte die Entwicklung eines Gerätes zur Schmerzprüfung („Algesimeter“). Die physikalische Therapie und Bewegungstherapie haben ihn sein ganzes weiteres berufliches Leben über beschäftigt.

Klinisch und wissenschaftlich folgte an der KVB-Klinik in Königstein/Ts. unter Professor Dr. med. Helmut Klepzig eine intensive Beschäftigung mit den Herzkrankheiten und den Verfahren der körperlichen Belastung. Aus dieser Zeit resultiert die Entwicklung der ‚Kletterstufe‘, die für die Objektivierung pektanginöser Beschwerden ein wertvolles Instrument

darstellt. In diese Zeit fallen auch viele klinische Prüfungen zum Wirksamkeitsnachweis antianginöser Medikamente.

Im Jahre 1962 wechselte M. Kaltenbach an die Universitätsklinik Frankfurt am Main. Aus bescheidensten Anfängen wurde die Abteilung für Kardiologie, zunächst innerhalb der noch bestehenden II. Medizinischen Universitätsklinik entwickelt. 1969 konnte sich M. Kaltenbach für das Fach Innere Medizin habilitieren. Nach Gründung des ‚Zentrums der Inneren Medizin‘ mit acht Fachabteilungen wurde er 1973 zum Leiter der ‚Abteilung für Kardiologie‘ bestellt.

Die wissenschaftlichen Arbeiten der ersten Jahre konzentrierten sich auf die Erforschung der koronaren Herzkrankheit in Diagnostik und Therapie. Richtungsweisende klinisch-pharmakologische Arbeiten über organische Nitrate, Kalziumantagonisten und Betablocker prägten diese Ära. Ein weiteres Arbeitsgebiet war die hypertrophische Kardiomyopathie (HOCM): zusammen mit Rüdiger Hopf wurde erstmalig die gute Wirksamkeit des Kalziumantagonisten Verapamil beschrieben. Die Beschäftigung mit der Angina pectoris und der koronaren Herzkrankheit führte M. Kaltenbach 1967 an die Cleveland-Klinik in Ohio, USA. Er erlernte bei Professor Mason Sones die damals in Deutschland noch kaum praktizierte Technik der Herzkatheter-Untersuchung. Nach der Rückkehr konnte M. Kaltenbach die Koronarangiographie und Herzkatheterdiagnostik in Frankfurt einführen. Die Röntgendarstellung der Herzkranzgefäße bedeutete eine Revolution für die Diagnose und Therapie der koronaren Herzkrankheit. Sie bildete auch die



Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

Voraussetzung für die Entwicklung der Koronarchirurgie und begründete letztendlich die Entstehung des eigenständigen Fachgebietes der Kardiologie.

Die zunächst von niemand für möglich gehaltene Krönung dieser Entwicklung war die Beseitigung von Verengungen und Verschlüssen der Kranzarterie mit Katheterhilfe ohne Operation (Perkutane Koronarangioplastie, PTCA).

Durch engen Kontakt mit Andreas Grüntzig war M. Kaltenbach an der Entwicklung dieser Technik frühzeitig beteiligt. Die Methode konnte in Frankfurt a. M. zum ersten Mal in Deutschland (weltweit der zweite Eingriff) angewendet werden. In der Folgezeit haben Kaltenbach und seine Mitarbeiter intensiv an der Perfektionierung der interventionellen Kardiologie gearbeitet und national wie auch international die Entwicklung mitbestimmt.

In seiner Klinik wurden intensive Dialoge mit den Kardiochirurgen, Radiologen und Nuklearmedizinern gepflegt: Durch die wöchentlich stattfindenden kardiologisch-kardiochirurgischen Konferenzen wurden die Befunde jedes zu operierenden Patienten vorgestellt und besprochen.

Als Hochschullehrer lag M. Kaltenbach die Unterrichtung der Studenten besonders am Herzen. Den Grundkurs der allgemeinen Untersuchungstechnik hat er über mehr als 20 Jahre geleitet. Jährlich stattfindende Seminare mit 30-60 Medizinstudenten im Haus Bergkranz der

Universität Frankfurt in Ritzlern waren weiterer Ausdruck eines intensiven didaktischen Bemühens.

Als passioniertem Arzt lag M. Kaltenbach auch die Betreuung Herzkranker außerhalb des stationären Rahmens am Herzen. Die Gründung der ersten Herzgruppe im Frankfurter Raum erfolgte gemeinsam mit seinem Mitarbeiter Rüdiger Hopf vor über 30 Jahren. Auch die erste Gründung einer Frankfurter Gruppe für die ambulante Rehabilitation am Wohnort ist hier zu nennen.

Aus der Klinik von M. Kaltenbach gingen mehrere hundert Dissertationen hervor. Eine Reihe von Mitarbeitern konnten sich unter seiner Betreuung habilitieren und später leitende Funktionen übernehmen. Die fruchtbare wissenschaftliche Arbeit schlug sich in vielen Publikationen, Lehrbuchbeiträgen und Symposiumbänden nieder. Besondere Aufmerksamkeit widmete M. Kaltenbach in den letzten Jahren dem Bändchen ‚Kardiologie-Information‘, das essentielle Teile seiner Konzeption der Herz-Kreislaufkrankungen in einfacher und komprimierter Form wiedergibt.

Die Gründung der Deutschen Herzstiftung hat M. Kaltenbach seit 1967 vorangetrieben und wurde auch ihr erster Vorsitzender. Das ihm wichtige Anliegen einer breiten Aufklärungsarbeit konnte mit der Herzstiftung realisiert werden. Der Umstand, dass sie heute mehr als 600.000 Mitglieder zählt, ist maßgeblich

auf die Initiative von M. Kaltenbach zurückzuführen.

Nach der Pensionierung mit dem 65. Geburtstag, widmete sich M. Kaltenbach weiterhin verschiedenen Forschungsthemen und blieb auch noch in der Patientenbetreuung aktiv. Daneben wandte er sich auch anderen Feldern wissenschaftlich zu, z. B. Lärmforschung – im Zusammenhang mit dem Ausbau des Frankfurter Flughafens.

Große Aktivität entfaltete M. Kaltenbach auch auf sportlichem Sektor, wobei insbesondere der Rudersport zu erwähnen ist.

Die klinische und wissenschaftliche Arbeit des Jubilars wurden durch viele Auszeichnungen und Ehrungen anerkannt: 1978 Paul-Morawitz-Preis der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie; 1978 Albert-Knoll-Preis; 1981 Curt-Adam-Preis; 1988 Andreas-Grüntzig-Award der European Society of Cardiology; 1993 Bundesverdienstkreuz 1. Klasse; 1993 Iatros-Preis; 2004 Auszeichnung der Interventionskardiologie Paris; 2004 Karl-Ludwig-Ehrenmedaille der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie.

Seine ehemaligen Mitarbeiter, Schüler und Weggefährten wünschen ihm viele weitere Jahre in geistiger und körperlicher Frische im Kreise der ihn ein Leben lang liebevoll begleitenden Familie.

*Professor Dr. med. Wolfgang Schneider,
Darmstadt*

ANZEIGENSCHLUSS:

Oktober-Ausgabe 5. 9. 2008

November-Ausgabe 7. 10. 2008

Nachruf Dr. med. Ulrich Niemann

Dr. med. Ulrich Niemann SJ ist am 30. Juni 2008 in Frankfurt am Main unerwartet im Alter von 73 Jahren in seiner Praxis verstorben.

Ulrich Niemann wurde am 26. Januar 1935 in Goslar (Harz) geboren. Im November 1957 trat er in den Jesuitenorden ein und wurde 1966 zum Priester geweiht. Anschließend beendete er in Münster sein Medizinstudium, das er schon nach dem Abitur begonnen hatte. Von 1972 bis 1976 arbeitete er als Assistenzarzt für Psychiatrie in Essen (bei Professor Max-P. Engelmeier) und von 1976 bis 1979 als Assistent in der Neurologischen Universitätsklinik Essen (bei Professor H.-J. Lehmann). 1985 wurde er mit einer Arbeit über „Suizidrisiko und Lebenssinn“ promoviert.

Seit 1975 lehrte er an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Sankt Georgen, vor allem auf dem Gebiet der Medizinischen Ethik im Rahmen der Moralthologie. Er organisierte über 14 Jahre hinweg die jährlichen „Sankt Georgener Ärztesgespräche“ und leitete in den letzten Jahren seines Lebens internationale wissenschaftliche Tagungen unter der Überschrift „Gespräche über Befreiung vom Bösen“, aus denen mehrere Bücher resultierten (Exorzismus oder Therapie?, Das Böse und die Sprachlosigkeit der

Theologie, Wer verantwortet das Böse in der Welt?).

Im Jahre 1990 legte er sein Examen als Psychoanalytiker ab und trat der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT) bei. Er wurde Mitglied im Deutschen Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik (DAGG) und arbeitete als Gruppenleiter in der Deutschen Balintgesellschaft e. V..

Über sein ganzes Leben hinweg bis in die letzten Tage hinein begleitete und betreute er zahllose Menschen in seiner Praxis.

Ulrich Niemann vereinigte viele Kompetenzen in sich: auf dem Gebiet der Medizinischen Ethik im Rahmen der Moralthologie, er war Facharzt für Psychotherapie und Dozent für Psychosomatische Anthropologie und Pastoralmedizin. So hat er einen großen Bogen umspannt, der ihn zu einem besonders kompetenten Ratgeber und Referenten machte.

Seit Einführung des Kurses „Ärztliches Qualitätsmanagement“ an der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim im Jahre 1997 war er für den Kursteil medizinische Ethik verantwortlich. Darüber hinaus leitete er verschiedene Seminare und Fallkon-

ferenzen für medizinische Ethik an der Akademie.

Viele Male hat er sich in den Medien und in der Fachpresse als kompetenter und mahnender Experte zu Fragen und Problemen des Exorzismus

und Formen psychischer Besessenheit zu Wort gemeldet. Auch für die Deutsche Bischofskonferenz war er für Fragen auf diesem Gebiet ein geschätzter Berater.

Die Aufgabe der Auseinandersetzung und des Dialogs mit den sehr verschiedenen sozialen und kulturellen Umfeldern und den unterschiedlichen Denkweisen der heutigen Welt gehört zu den schwierigsten und mühsamsten Aufgaben. Die hessische Ärzteschaft verliert mit Ulrich Niemann ein herausragendes Mitglied, das sich auch in heikle Grenzgebiete vorwagte, als Mittler verschiedener Disziplinen verstand und sich dieser Aufgabe unermüdet annahm.



Dr. med. H. Herholz

(Kassenärztliche Vereinigung Hessen)

Dr. med. R. Kaiser

(Landesärztekammer Hessen)

Erinnerung an Dr. med. Paul Rosenthal

Am 9. Juli, zwei Tage vor Vollendung seines 79. Lebensjahres, verstarb Dr. med. Paul Rosenthal, langjähriger Chefarzt an der Klinik für Innere Medizin der Städtischen Kliniken Frankfurt am Main-Höchst, an den Folgen einer im Jahre 1999 erlittenen lebensbedrohlichen Erkrankung.

Rosenthal wurde am 11. Juli 1929 in Darmstadt als einziges Kind des Facharztes für Chirurgie und Gynäkologie, Dr. Max Rosenthal und seiner Ehefrau Johanna, geb. Waltzinger, geboren. Nach dem Besuch der Grundschule in Darmstadt von 1935 bis 1942 und des Realgymnasiums für Jungen in Großumstadt (Odenwald)

legte er 1948 die Reifeprüfung ab. Von 1948 an studierte er in Frankfurt/Main Medizin und bestand 1954 die ärztliche Prüfung. Anschließend arbeitete er zwei Jahre lang am Neurologischen Institut (Edinger-Institut) der Universität Frankfurt. Ab 1956 war er Assistenzarzt in mehreren Kliniken der Universität Frank-

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

furt, vornehmlich in der I. Medizinischen Universitätsklinik unter ihrem Direktor Professor Dr. F. Hoff. Bei diesem Lehrer erhielt Rosenthal seine entscheidende internistische Prägung.

1958 promovierte er zum Dr. med. und erhielt 1963 die Anerkennung als „Facharzt für Innere Krankheiten“. Im gleichen Jahr wurde er Oberarzt der II. Medizinischen Klinik des Städtischen Krankenhauses Frankfurt am Main-Höchst (Chefarzt Professor Dr. P. Christ).

Ende der sechziger Jahre wurde zunächst innerhalb dieser Klinik eine Aufnahme- und Intensivpflegeabteilung mit angeschlossener Eilfallambulanz gebildet, deren Leitung Paul Rosenthal übertragen wurde. Wichtig zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang, dass schon beim Bau des Hochhauses (Fertigstellung 1965) im Erdgeschoss eine interdisziplinäre Notaufnahme vorgesehen war, die allerdings internistischerseits nicht wie geplant den Betrieb aufnahm.

Der nachhaltig wirkenden Initiative Rosenthals und seinem unermüdlichen Einsatz und seiner argumentativen Zähigkeit war es zu verdanken, dass die notwendige internistische Einrichtung, zwar nicht am ursprünglich geplanten Ort, aber dennoch etabliert und durch eine Intensiv-Einheit komplettiert werden konnte.

Nach einer Strukturänderung innerhalb der Inneren Medizin in Höchst wurde Rosenthal 1971 Chefarzt der neugegründeten Abteilung, jetzt Abteilung 1 der Klinik, und leitete sie bis 1979, sowie von 1979 bis 1980 noch kommissarisch bis zu ihrer Neubesetzung.

1979 wurde er Nachfolger von P. Christ und damit Chefarzt der Abteilung 3 der Klinik für Innere Medizin. Diese Abteilung leitete Rosenthal bis zum Ausscheiden aus dem Dienst mit dem Ende des 66. Lebensjahres. Diese um ein Jahr verlängerte Dienstzeit ist ein deutlicher

Ausdruck des Stellenwertes, den seine Tätigkeit als Arzt, Lehrer und Klinikleiter für Rosenthal besaß. Es traf den Kern, wenn ihm Nahestehende sagten: „die Klinik ist sein Leben“. Die tägliche Anwesenheitszeit betrug etwa zwölf Stunden (oder auch mehr), und auch an Wochenenden arbeitete er regelmäßig in der Klinik. Seinen Patienten widmete er Zeit ohne Limitierung, und sie dankten es ihm mit beständiger Treue. Seinen eigenen Neigungen und den offensichtlichen Bedürfnissen seiner Patienten folgend, hatte sich Rosenthal im Laufe der Zeit auch ausführlich mit explorativen und interaktiven Techniken auseinandergesetzt und darin fortgebildet.

Eine fast nicht überschaubare Zahl von Ärzten bildete er im Rahmen der gemeinschaftlichen Ermächtigung zu Gebietsärzten weiter, und viele seiner längerfristigen Mitarbeiter/innen verdankten, nach eigener Aussage, ihrem Lehrer Rosenthal die Grundlagen dessen, was sie zu guten Ärzten machte.

Seine Führungsqualitäten prädestinierten ihn für eine Tätigkeit als stellvertretenden Personalratsvorsitzenden von 1967 bis 1970 und als ärztlichen Direktor des später zum Klinikum umbenannten Krankenhauses von 1976 bis 1980 und nochmals von 1982 bis 1986. In dieser Funktion konnte er maßgeblich an den Planungen für Neubauten mitwirken (Psychiatrie, Neurologie, Augenklinik sowie OP- und Funktionstrakt). In seiner Amtszeit fiel auch die Entscheidung, im Rahmen von Chefarztberufungen für operative Fächer Bewerber an ihrem Arbeitsplatz zu besuchen, um einen Eindruck von ihren operativen Fähigkeiten zu gewinnen.

Ein weiteres Feld seiner facettenreichen Aktivitäten, und geradezu Herzenselegenheit, war die Mitwirkung in den Weiterbildungsgremien der Landesärzte-

kammer. Seit 1982 war Rosenthal Mitglied und Gutachter im Weiterbildungsausschuss, ab 1983 stellvertretender Prüfungsausschuss-Vorsitzender und bald darauf Vorsitzender dieses Ausschusses. 1995 wurde er erneut in dieser Funktion bestätigt, stellte sich aber im Jahre 2000 aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr zur Wahl.

Am 11. Juli 1989 wurde Rosenthal für besondere Verdienste um die Belange der Ärzteschaft in Hessen die Dr.-Richard-Hammer-Medaille überreicht.

Der Ausgleichs- und Bewegungsbedarf des der Klinik lebenden Arztes fand ein Ventil in Fahrten mit dem Fahrrad, auch in den Dienst. Bei kommunikativen Anlässen innerhalb des Hauses konnte Rosenthal als unterhaltsamer Teilnehmer mit Esprit und Witz brillieren.

Das gefüllte und erfüllte Arbeitsleben wurde nur von Urlauben unterbrochen, deren Dauer meist nicht der verfügbaren Zahl an Urlaubstagen entsprach. Entspannung boten dem begeisterten Bergwanderer Touren im Hochgebirge.

Vier Jahre nach dem Eintritt in den Ruhestand traf ihn 1999 während einesurlaubes in Südtirol wie aus heiterem Himmel eine lebensbedrohliche Krankheit; er überstand die Akutphase nach sehr langer intensiver Behandlung und konnte sich in bemerkenswertem Umfang rehabilitieren. Dennoch setzten dem früher so aktiven und impulsiven Mann die verbliebenen Beeinträchtigungen sehr zu. Sie waren immer wieder Anlass zu Akutkrankenhaus-Behandlungen. Rosenthal hat dieses quälende Schicksal mit vorbildlicher Haltung getragen. Seine Schüler und beruflichen „Kommilitonen“ zollen ihm für sein Wirken und seine Lebensleistung Dank und respektvolle Anerkennung.

H.-U. Koch, Hamburg

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Joachim Goepel, Niddatal, am 10. Oktober.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Harald Kallinowsky, Mörfelden-Walldorf, am 24. Oktober.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Alois Schnaubelt, Bad Wildungen, am 9. Oktober.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Hartmut Redlich, Bad Zwesten, am 30. Oktober,
Dr. med. Dietrich Tegel, Knüllwald, am 31. Oktober.

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Blasius Jakob Hefe, Hanau, am 7. Oktober.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Hagen Beuing, Dillenburg
* 28.1.1940 † 9.6.2008

Dr. med. Karlheinz Herold, Wiesbaden
* 9.1.1921 † 25.6.2008

Dr. med. Siegfried Hofmann, Königstein
* 10.9.1921 † 15.6.2008

Dr. med./CSdD Bukarest Dan Razvan Ionascu, Frankfurt
* 17.9.1928 † 11.4.2008

Dr. med. Theodor Konert, Bad Nauheim
* 11.12.1921 † 25.5.2008

Dr. med. Eleonore Krahn, Kassel
* 6.11.1914 † 2.7.2008

Dr. med. Heinz Udo Eugen Kremser, Neustadt
* 15.2.1950 † 8.6.2008

Dr. med. Anneliese Krencker, Frankfurt
* 4.1.1913 † 14.1.2007

Dr. med. Franz Kutny, Gießen
* 18.12.1935 † 26.5.2008

Dr. med. Peter Lichtinger, Bad Hersfeld
* 15.2.1961 † 3.5.2008

Dr. med. Gertraud Masuhr, Frankfurt
* 19.10.1908 † 4.6.2008

Dr. med. Dietrich Sachs, Erbach
* 1.8.1923 † 11.5.2008

Dr. medic. Alma Timand, Frankfurt
* 6.12.1925 † 11.6.2008

Henrich Eckhard Weidenhaus, Messel
* 2.8.1942 † 1.7.2008

Dr. med. Margarete Werneburg, Frankfurt
* 22.5.1934 † 11.6.2008

Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verlorengegangen und werden hiermit für ungültig erklärt.

Arztausweis Nr. HS/F/14057, ausgestellt am 19.2.2007,
für Sandra Miriana Berger, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/13409, ausgestellt am 17.3.2006,
für Dr. med. Doris Fischer, Idstein,

Arztausweis Nr. HS/F/14959, ausgestellt am 28.3.2008,
für Sarah Fischer, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/K 9354, ausgestellt am 20.6.2006,
für Dr. med. Frank Knierim, Azmoos,

Arztausweis Nr. HS-W-855/2007, ausgestellt am 25.6.2007,
für Dr. med. Friedrich Krummel, Wiesbaden,

Arztausweis Nr. HS/F/14788, ausgestellt am 22.1.2008,
für Dr. med. Claudia Lazanowski, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/11301, ausgestellt am 19.3.2003,
für Dr. med. Martina Neumeier, Bad Vilbel,

Arztausweis Nr. HS/F/13926, ausgestellt am 29.12.2006,
für Dr. med. Siegrid Schapitz, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/15090, ausgestellt am 29.5.2008,
für PD Dr. med. Alexander Scheel, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/15074, ausgestellt am 21.5.2008,
für Sandra Wahl, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/10045, ausgestellt am 28.3.2001,
für Dr. med. Ala Wiener, Frankfurt,

Bereitschaftsdienstausweis Nr. 6765, ausgestellt am 9.8.2006,
für Jens Udo Seelinger, Fronhausen.

Prüfungstermine für Arzthelfer/innen/ Medizinische Fachangestellte 2009/2010

Zwischenprüfung 2009: Mittwoch, den 4. März 2009

Abschlussprüfungen

Sommerprüfung 2009:

Schriftliche Prüfung: Mittwoch, den 6. Mai 2009

Praktische Prüfung und

Ergänzende mündliche Prüfung: 2. Juni bis 18. Juli 2009

Winterprüfung 2009/2010:

Schriftliche Prüfung: Mittwoch, den 13. Januar 2010

Praktische Prüfung und

Ergänzende mündliche Prüfung: 9. Februar bis 19. März 2010

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen: Arzthelfer/innen
und Medizinische Fachangestellte

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Yvonne Bachmaier, seit 12 Jahren tätig bei Dres. med. J. und O. Künzel, Obertshausen

Monika Blenn, seit 14 Jahren tätig bei Dres. med. H. A. Oehler und Ch. Neuhaus, Lahntal

Claudia Groß, seit 21 Jahren tätig bei Dr. med. B. Heil, Wetzlar

Andrea Meise, seit 20 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis Dres. med. R. und S. von Geldern, Witzenhausen

Andrea Schmitt, seit 11 Jahren tätig bei Dres. med. H. A. Oehler und Ch. Neuhaus, Lahntal

Kerstin Schweitzer, seit 20 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis A. Ritter und M.-L. Glapa, Nidda

Sabine Wistuba, seit 11 Jahren tätig bei Dres. med. J. und O. Künzel, Obertshausen

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

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

Gerda Göbeler, tätig bei Dres. med. H. A. Oehler und Ch. Neuhaus, Lahntal

Beate Hohmeier, tätig bei Dr. med. A. Otterbein, Schlitz

Anja Jesberg, tätig bei Dres. med. H. A. Oehler und Ch. Neuhaus, Lahntal

Heike Roth, tätig bei E. Weingärtner, vormals Praxis Dr. med. Kröger, Hasselroth

Elke Seeger, tätig in der Gemeinschaftspraxis Dres. med. Mayer und R. Bonn, Heppenheim

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

Gabriele Deistler, seit 30 Jahren tätig bei Dr. med. U. Paul und F. Enders, vormals Praxis Dres. med. H. Kapinsky und H. Weider, Meinhard-Grebendorf

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

EIGNUNGSTEST

Mit diesen Test wollen wir Sie bei der Auswahl geeigneter Bewerber/innen für den neu geordneten Ausbildungsberuf Medizinische/r Fachangestellte/r unterstützen!

Die relativ hohe Anzahl von vorzeitigen Vertragsabbrüchen, die zunehmend in arbeitsgerichtliche Streitigkeiten münden, wird erfahrungsgemäß durch mangelhafte Auswahl verursacht! Die Landesärztekammer Hessen stellt deshalb jeder/jedem hessischen Ärztin/Arzt einen Eignungstest zur Verfügung, der sie/ihn bei der Bewerberauswahl unterstützen soll. Der Eignungstest soll dazu anregen, sich intensiv mit der Person der/des Bewerberin/Bewerbers und ihren/seinen Fähigkeiten zu beschäftigen.

Der Eignungstest gliedert sich in folgende Teile:

1. Fragebogen zur Einleitung eines Bewerbungsgesprächs
2. Auswahlkriterien für die Einstellung einer/eines Auszubildenden
3. Testaufgaben
4. Lösungen

Der Eignungstest ist **kostenfrei** – ausschließlich für die hessischen Ärztinnen und Ärzte – über die Landesärztekammer Hessen erhältlich. Er kann telefonisch unter der Nummer 069 97672-154/155 oder per E-Mail: arzthelferinnenabteilung@laekh.de angefordert werden.

Wir würden uns freuen, wenn Sie unser Angebot annehmen würden.

Bitte beachten Sie, dass sich die Auswahlmöglichkeiten verschlechtern wenn die Auswahl zu spät erfolgt. **Wählen Sie deshalb Ihre/n Auszubildende/n – wie andere Betriebe auch – frühzeitig aus, spätestens im Herbst des Vorjahres!**

*Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen: Arzthelfer/innen
und Medizinische Fachangestellte*

Abschlussprüfung für Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte im Sommer 2008

Hiermit geben wir die Ergebnisse der Abschlussprüfung für **Arzthelfer/innen** im Sommer 2008 bekannt:

teilgenommen haben insgesamt	654
von denen	623

mit folgenden Ergebnissen die Prüfung bestanden haben:

Note sehr gut	3
Note gut	63
Note befriedigend	297
Note ausreichend	260

Hiermit geben wir Ihnen die Ergebnisse der Abschlussprüfung für **Medizinische Fachangestellte** im Sommer 2008 bekannt:

teilgenommen haben insgesamt	157
von denen	151

mit folgenden Ergebnissen die Prüfung bestanden haben:

Schriftlicher Teil:		Praktischer Teil:	
Note sehr gut	–	Note sehr gut	37
Note gut	18	Note gut	31
Note befriedigend	75	Note befriedigend	37
Note ausreichend	58	Note ausreichend	46

Zum zweiten Mal seit In-Kraft-Treten der Ausbildungsordnung für Medizinische Fachangestellte wurden Medizinische Fachangestellte zentral in der Carl-Oelemann-Schule geprüft. Da die neue Bestehensregelung keine Gesamtnote mehr vorsieht, sondern zwei separate Bewertungen im schriftlichen und praktischen Teil, um für beide Leistungsbereiche Transparenz zu schaffen, werden beide Leistungsbereiche gesondert dargestellt.

*Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen: Arzthelfer/innen
und Medizinische Fachangestellte*

Abschlussfeier anlässlich der Abschlussprüfung für Arzthelfer/innen/Medizinische Fachangestellte im Sommer 2008

Im Rahmen einer Abschlussfeier für alle Absolventen bei der jeweiligen Bezirksärztekammer wurden drei **Arzthelferinnen** mit der Gesamtnote „sehr gut“ geehrt. Der Vorsitzende überreichte persönlich das Prüfungszeugnis. Außerdem erhielten sie zusammen mit einem wertvollen Buchgeschenk ein persönliches Schreiben der Präsidentin der Landesärztekammer Hessen.

Zur Abschlussfeier waren auch die auszubildenden Ärztinnen und Ärzte und die Berufsschullehrer/innen sehr herzlich eingeladen.

Bei der Abschlussprüfung im Sommer 2008 haben drei **Arzthelferinnen** ihre Prüfung mit „sehr gut“ bestanden:

Auszubildende	Punkte	Ausbildungspraxis
Olga Gilgenberg, Hünfelden	94,00	Gerhard Beul, Selters
Julia Savchenko, Weilburg	93,00	Dr. med. Ch. Merkt-Seiwert, Limburg
Katherine Baum, Messel	91,50	Gemeinschaftspraxis Dres. med. M. Weingart, Th. Sellier und J. Schwin- nen, Darmstadt

Zum zweiten Mal seit In-Kraft-Treten der Ausbildungsordnung für Medizinische Fachangestellte wurden Medizinische Fachangestellte zentral in der Carl-Oelemann-Schule geprüft. Da die neue Bestehensregelung keine Gesamtnote mehr vorsieht, sondern zwei separate Bewertungen im schriftlichen und praktischen Teil, um für beide Leistungsbereiche Transparenz zu schaffen, werden Medizinische Fachangestellte für „sehr gute“ Leistungen im schriftlichen und/oder „sehr gute“ Leistungen im praktischen Teil geehrt.

Bei der Abschlussprüfung im Sommer 2008 haben **37 Medizinische Fachangestellte** den **praktischen Teil** der Abschlussprüfung mit der Note „sehr gut“ abgeschlossen.

*Landesärztekammer Hessen
Abt. Ausbildungswesen: Arzthelfer/innen
und Medizinische Fachangestellte*

Anmeldung der Auszubildenden zur Abschlussprüfung für Arzthelfer/innen/Medizinische Fachangestellte im Winter 2009 vom 14. Januar 2009 bis zum 2. März 2009

Auszubildende, die an der Abschlussprüfung für Arzthelfer/innen/Medizinische Fachangestellte im Winter 2009 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

1. Oktober bis zum 8. Oktober 2008

bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden.

Die Anmeldung erfolgt durch Einreichung des Anmeldeformulars.

Außerdem sind der Anmeldung beizufügen:

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

Es wird gebeten, die Unterlagen rechtzeitig und vollständig einzureichen, da anderenfalls die Teilnahme der Auszubildenden an der Winterprüfung 2009 nicht garantiert werden kann.

Zur Abschlussprüfung im Winter 2009 sind anzumelden:

1. Auszubildende, deren Ausbildungszeit **nicht später als am 2. Mai 2009 endet**,
2. Auszubildende, die die **Abschlussprüfung vorzeitig** abzulegen beabsichtigen (i. d. R. ein Termin vor der regulären Abschlussprüfung),
3. **Wiederholer/innen**, die in einem vorangegangenen Prüfungstermin die Abschlussprüfung nicht bestanden haben,
4. sog. **Externe**, die gemäß §45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz ca. 4,5 Jahre in dem Beruf der/des Arzthelferin/Arzthelfers tätig gewesen sind und beabsichtigen, die Abschlussprüfung abzulegen. Als Zeiten der Berufstätigkeit gelten auch Ausbildungszeiten in einem anderen, einschlägigen Ausbildungsberuf.

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

- in den Lerngebieten des berufsbezogenen Unterrichts der Berufsschule im Durchschnitt mit **besser als 2,5 (Ausbildungsbeginn vor dem 1. August 2007) bzw. mindestens 2,0 (Ausbildungsbeginn ab 1. August 2007)**,
- von dem Auszubildenden im Durchschnitt mit mindestens „gut“ beurteilt werden und (nur für Ausbildungsbeginn ab 1. August 2007) die Leistungen in der **Zwischenprüfung** im Durchschnitt der fünf Prüfungsbereiche mindestens **befriedigende Ergebnisse** erbracht haben.

*Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen: Arzthelfer/innen
und Medizinische Fachangestellte*

In Hessen gibt es für die Bereitstellung von Ausbildungsplätzen für das Jahr 2008 folgende Fördermöglichkeiten (Teil 1):

Ausbildungsstellen bei Existenzgründungen

Inhaberinnen und Inhaber von neu gegründeten oder übernommenen Betrieben bzw. Praxen der freien Berufe können eine Förderung erhalten. Die Neugründung bzw. Übernahme muss im Programmjahr oder in den vier davor liegenden Kalenderjahren erfolgt sein. Die Neugründung muss keine erstmalige selbstständige Existenzgründung sein, der Unternehmensinhaber/die Unternehmensinhaberin darf jedoch innerhalb der letzten fünf Jahre vor der aktuellen Existenzgründung keine hauptberufliche selbstständige Tätigkeit ausgeübt haben.

Gefördert werden Ausbildungsverhältnisse mit hessischen Jugendlichen unter 27 Jahren, die noch keine abgeschlossene Berufsausbildung haben. Der erste Ausbildungsplatz wird mit 200 Euro pro Monat für die Dauer der vertraglichen Ausbildungszeit gefördert.

Für jeden weiteren Ausbildungsplatz kann der Antragsteller einen Zuschuss in Höhe von 100 Euro pro Monat erhalten.

Der Förderantrag muss bis zum 15. November des jeweiligen Förderjahres eingegangen sein. Antragstelle ist das Regierungspräsidium Kassel, Dezernat 21/4, Steinweg 6, 34117 Kassel, Frau Fischer, Tel.: 0561 106-3424, Fax: 0561 106-1662, E-Mail: sabine.fischer@rpks.hessen.de

Ausbildungsstellen für Altbewerber/innen

Betriebe bzw. Praxen der freien Berufe, die, zusätzlich zu den bereits vorhandenen Auszubildenden, sog. Altbewerber ausbilden, erhalten einen Zuschuss. Zusätzlich bedeutet, der Betrieb muss den durchschnittlichen Ausbildungsplatzbestand der drei vorangegangenen Jahre aufrechterhalten und darüber hinaus neue Ausbildungsverhältnisse mit Altbewerber/innen begründen oder den Ausbildungsplatz erstmalig einrichten oder eingerichtet haben. Altbewerber/innen sind Jugendliche, die sich bereits im vergangenen Jahr oder früher bei der örtlichen Agentur für Arbeit oder einer Optionskommune vergeblich um einen Ausbildungsplatz oder Arbeitsplatz bemüht haben oder den Nachweis von mindestens fünf abgelehnten Bewerbungen (Absageschreiben) erbringen oder die eine im vergangenen Jahr oder früher begonnene Ausbildung (Kopie des Ausbildungsvertrages einer abgebrochenen Ausbildung) abgebrochen haben.

Gefördert werden Ausbildungsverhältnisse mit hessischen Altbewerber/innen unter 27 Jahren. Das Ausbildungsverhältnis wird im ersten Ausbildungsjahr mit 50 % und im zweiten Ausbildungsjahr mit 25 % der tatsächlich geleisteten, maximal der tariflichen monatlichen Ausbildungsvergütung (ohne Zuschläge wie z. B. Weihnachts- und Urlaubsgeld, Fahrtkostenvergütung, vermögenswirksame Leistungen und Sozialversicherungsanteile des Arbeitgebers) gefördert. Hierfür ist die von der zuständigen Stelle nach dem BBiG im Ausbildungsvertrag genehmigte Ausbildungsvergütung und die vorgesehene Ausbildungsdauer maßgeblich.

Der Förderantrag muss bis zum 15. November des jeweiligen Förderjahres eingegangen sein. Antragstelle ist das Regierungspräsidium Kassel, Dezernat 21.4, Steinweg 6, 34117 Kassel, Frau Schrammel, Tel.: 0561 106-3416, Fax: 0561 106-1662, E-Mail: hannelore.schrammel@rpks.hessen.de und Frau Fischer, Tel.: 0561 106-3424, Fax: 0561 106-1662, E-Mail: sabine.fischer@rpks.hessen.de

Ausbildungsstellen für Auszubildende aus insolventen Betrieben

Betriebe bzw. Praxen der freien Berufe, die Jugendliche nach Verlust des Ausbildungsplatzes durch Insolvenz oder Schließung aufnehmen und die begonnene Ausbildung fortsetzen, erhalten einen Zuschuss. Die Ausbildung muss im vorherigen Ausbildungsunternehmen begonnen worden sein. Die für das neue Ausbildungsunternehmen zuständige Agentur für Arbeit muss bescheinigen, dass die Ausbildung ohne den Zuschuss nicht fortgesetzt werden kann.

Gefördert werden Jugendliche, die ihren Hauptwohnsitz zum Zeitpunkt der Insolvenz, Schließung etc. in Hessen haben und unter 27 Jahren sind. Der Zuschuss wird in Höhe der geleisteten tariflichen monatlichen Ausbildungsvergütung (ohne Zuschläge wie z. B. Weihnachts- und Urlaubsgeld, Fahrtkostenvergütung, vermögenswirksame Leistungen und Sozialversicherungsanteile des Arbeitgebers) ab Beginn der Anschlussausbildung für max. sechs Monate gewährt. Der Antrag muss spätestens drei Monate nach Übernahme des Auszubildenden eingegangen sein. Antragstelle ist das Regierungspräsidium Kassel, Dezernat 21.4, Steinweg 6, 34117 Kassel, Herr Heinrichs, Tel.: 0561 106-3422, Fax: 0561 106-1662, E-Mail: herbert.heinrichs@rpks.hessen.de

Anträge für das Existenzgründungsprogramm, das Altbewerber/innenprogramm und das Ausbildungsstellenprogramm für Auszubildende aus

insolventen Betrieben können Sie auch bei der zuständigen Bezirksärztekammer anfordern.

Teil 2 folgt in der Oktober-Ausgabe

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen: Arzthelfer/innen
und Medizinische Fachangestellte

Einladung zur 1. und Konstituierenden Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen

14. Legislaturperiode 2008–2013

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur 1. und Konstituierenden Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Legislaturperiode 2008–2013 lade ich Sie für

Sonnabend, den 30. August 2008, 10:00 Uhr s. t.,

in das Seminargebäude im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, ein.

Tagesordnung

1. **Begrüßung**
2. **Wahl des Wahlausschusses**
 - a) **Wahl der Wahlleiterin/des Wahlleiters**
 - b) **Wahl der drei Beisitzer**
3. **Feststellung der Zahl der Beisitzer des Präsidiums**
4. **Wahlen**
 - a) **Präsidium**
 - (1) Präsidentin/Präsident
 - (2) Vizepräsidentin/Vizepräsident
 - (3) Beisitzer
 - b) **Vorstände der Bezirksärztekammern**
 - c) **Finanzausschuss**
 - d) **Ausschuss „Hilfsfonds“**
 - e) **Schlichtungsausschüsse**
 - f) **Ausschüsse im Weiterbildungswesen**
 - (1) Vorsitzende und Stellvertreter/innen der Prüfungsausschüsse
 - (2) Vorsitzende und Stellvertreter/innen der Widerspruchsausschüsse
 - g) **Vorstand der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung**
5. **Verschiedenes**

Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Dr. med. Ursula Stüwe
Präsidentin

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 Praxisnachfolger fortgeführt werden:

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin (Gemeinschaftspraxisanteil)
Darmstadt	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin (Gemeinschaftspraxisanteil)
Darmstadt	Fachärztin/Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

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.-Oberrad	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt/M.-Ginnheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt/M.-Ginnheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt/M.	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt/M.-Hedderheim	Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Frankfurt/M.	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut
Frankfurt/M.-Nordend	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt
Frankfurt/M.-Bornheim	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Frankfurt/M.-Eschersheim	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Frankfurt/M.	Radiologin/Radiologe (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Hofheim-Wallau	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Hochheim	Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater

Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach/M.-Innenstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
-------------------------	--

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Dreieich-Buchschlag	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Rodgau-Jügesheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Main-Kinzig-Kreis	Chirurgin/Chirurg
Maintal-Bischofsheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Main-Kinzig-Kreis	Hautärztin/Hautarzt

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 Augenheilkunde
Gießen	Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Wetzlar	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)
Aßlar	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Vogelsbergkreis

Lauterbach	Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Grebeshain	Fachärztin/Facharzt für Chirurgie (Gemeinschaftspraxisanteil)

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 Hersfeld-Rotenburg

Bebra	Orthopädin/Orthopäde
-------	----------------------

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel	Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
--------	--

Planungsbereich Landkreis Kassel

Vellmar	Augenärztin/Augenarzt
Vellmar	Frauenärztin/Frauenarzt

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Felsberg	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

Hadamar	Fachärztin/Facharzt für Chirurgie
---------	-----------------------------------

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

Cölbe	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin oder Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich –
Stadtallendorf	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin oder Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Marburg	Fachärztin/Facharzt für Anästhesiologie

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Knüllwald	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin oder Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
-----------	--

Planungsbereich Waldeck-Frankenberg

Frankenau	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin oder Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
-----------	--

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	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin
Wiesbaden	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Wiesbaden	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

Bad Schwalbach	Fachärztin/Facharzt für Gynäkologie
Niedernhausen	Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Taunusstein	Fachärztin/Facharzt für Chirurgie

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.

Richtige Antworten

Zu der Fragebogenaktion „**Versorgungsstrategien bei Verletzungen der thorako-lumbalen Wirbelsäule**“ in der Juli-Ausgabe, Seite 439

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