



Hessisches Ärzteblatt

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

1 | 2009
Januar 2009
70. Jahrgang



- **Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen**
- **Organspende eine Gemeinschaftsaufgabe**
- **Land sucht Landarzt – wenn sich Fuchs und Hase Gute Nacht sagen ... !**
- **Professor Dr. Dr. H.-G. Lasch und 50 Jahre Innere Medizin**
- **Zertifizierte Fortbildung: Kardiologische Aspekte der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung**
- **Themenheft: Prävention**

Hessisches Ärzteblatt

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

Impressum**Herausgeber:**

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

Schriftleitung (verantwortlich):

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

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Katja Möhrle, M.A.

Wissenschaftlicher Beirat:

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

Arzt- und Kassenarztrecht:

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

Anschrift der Redaktion:

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

Redaktionsschluss:

fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

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

Verlagsleitung:

Dr. Rainer Stumpe

Anzeigendisposition:

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

Druck:

Druckhaus Dresden GmbH
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Layout-Design:

Kathrin Artmann, Heidesheim
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen

zzt. ist Anzeigenpreisliste Nr. 5 vom 1.1.2009 gültig.

Bezugspreis / Abonnementspreise:

Der Bezugspreis im Inland beträgt 104,50 €
(12 Ausgaben), im Ausland 104,50 € 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	4
Aktuelles	
Organspende eine Gemeinschaftsaufgabe	5
Landesärztekammer Hessen	
Ärztlichen Nachwuchs fördern: Delegiertenversammlung der LÄKH	7
Aktuelles	
Land sucht Landarzt – wenn sich Fuchs und Hase Gute Nacht sagen ... !	13
Landesärztekammer Hessen	
Sind Kooperationspraxen, Landarztträume und Med. Versorgungszentren die Lösung des hausärztlichen Nachwuchsmangels?	18
Briefe an die Schriftleitung	
„Werden Sie bitte einer unserer neuen Hausärzte im XX-Kreis“	19
Fortbildung	
Zertifizierte Fortbildung: Kardiologische Aspekte der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung	21
Multiple Choice-Fragen	28
Medizinisches Zahlenrätsel	29
Lebenslanger Sport als Präventionsbasis	30
Körperbaumerkmale und sportliche Leistungsfähigkeit von Schülern/innen im Alter von 9–18 Jahren aus zwei Schulen in Bad Wildungen	32
„Rezept“ für Bewegung soll Patienten motivieren	38
„Wer sich wohl fühlt, bleibt am Ball“	39
Fortbildung für Medizinische Fachangestellte: Qualifikation „Ernährungsmedizin“	40
Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim	41
Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim	47
Landesärztekammer Hessen	
50 Jahre Innere Medizin – Fortschritte in der Intensivmedizin	50
Pflicht zur Meldung des Verbrauchs von Blutprodukten an das PEI und Überwachung der Qualitätssicherung in der Hämotherapie durch die LÄKH	54
Die Erinnerung an die Euthanasieverbrechen darf nicht verblasen	56
1. Only-Member-Veranstaltung der Akademie: „Der Gesundheitsfonds – bessere Patienten- versorgung in Sichtweite?“	57
Neuer Vorstand für die Carl-Oelemann-Schule	59
Qualitätszirkel	
Gemeinsame Information der KVH und LÄKH für die Moderatorinnen und Moderatoren der Qualitätszirkel der KVH	59
Fortbildung Sicherer Verordnen	61
Arzt- und Kassenarztrecht	
Die Entwicklung des Arzt- und Medizinrechts der letzten zwölf Monate, Teil 3	62
Fortbildung	
Fortbildung: Burnout bei Ärzten	63
Mit meinen Augen	
Das neue Jahr mit einigen Überraschungen	64
Satire Das neue Jahr wird wunderbar!	65
Humoristisches Der Elefant	65
Von hessischen Ärztinnen und Ärzten	66
Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	69
Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	77
Bücher	78/79

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, liebe Kollegen,



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
(Bild pop)

Hand aufs Herz: haben Sie einen Organspendeausweis? Während Sie diese Zeilen lesen, warten rund 12.000 Menschen in Deutschland auf eine lebensrettende Transplantation. Darauf, dass sie mit einer Spenderniere von der Dialyse befreit werden

oder mit einem fremden Herz eine neue Lebensperspektive erhalten. Die Patientin eines Kollegen hatte Glück: Nachdem ein Lungenemphysem jeden Atemzug für sie zur Qual hatte werden lassen, traf unerwartet die Nachricht von einem passenden Spenderorgan ein. Seit Jahren lebt sie nun dankbar mit der Lunge eines verunglückten Mannes.

Viele Patienten hoffen jedoch vergebens auf eine Transplantation, denn die Spendebereitschaft ist gering. Obwohl über 80 Prozent der Deutschen die Organspende grundsätzlich befürworten, tragen nur zwölf Prozent einen ausgefüllten Organspendeausweis bei sich. In Hessen zeigte sich 2008 eine alarmierende Situation: So war die Zahl der Organspenden in den ersten sechs Monaten des Jahres um 59 Prozent zurückgegangen. Auch wenn sich die Entwicklung in der zweiten Jahreshälfte leicht verbessert hatte, wurde der Rückgang auf das Jahr umgerechnet immer noch mit ca. 42 Prozent beziffert. Bedenklich stimmt auch, dass immer mehr Angehörige nach der Hirntodfeststellung eine Organspende ablehnen.

Woran liegt das? Die Einflussfaktoren auf die Anzahl der Organspenden sind medizinischer, psychologischer, technischer, individueller und institutioneller Struktur. Einer Forsa-Umfrage der Techniker Krankenkasse in Hessen zufolge, ist mangelnde und falsche Information für die geringe Spendebereitschaft der Bevölkerung ursächlich. Ärzte können durch persönliches Engagement zur Aufklärung beitragen. Deshalb meine Bitte: Füllen Sie, falls Sie dies nicht längst getan haben, selbst einen Organspendeausweis aus und informieren Sie Ihre Patienten darüber, dass sie mit einer Organspende Leben schenken können.

Ein wesentlicher Schlüssel zur Steigerung der Organspende ist allerdings dort zu suchen, wo die Einleitung jeder Organspende beginnt: im Krankenhaus. Nur hier können mögliche Organspender erkannt und Angehörige sensibel bei ihrer Entscheidungsfindung über eine Organentnahme unterstützt werden. In Kliniken, an denen Ärztinnen und Ärzte das Thema Organspende forcieren, werden in der Regel gute Ergebnisse erzielt. Jedoch können Transplantationen unter DRG-Bedingungen und angesichts der Arbeitsverdichtung nicht an allen Krankenhäusern mit Intensiv- und Beatmungsbetten durchgeführt werden. Ich appelliere daher an die Politik, finanzielle Anreize zur Förderung der Organspende zu schaffen. Spanien hat uns dies vorgemacht: Dort erhalten Kliniken pro Organtransplantation 6.000 Euro Pauschale sowie 1.500 Euro pro Stunde im OP-Saal.

Wichtig ist vor allem der menschliche „Faktor“: Um Transplantationsbeauftragte und Pflegepersonal im Umgang mit Trauernden, in der Übermittlung der Todesnachricht und der danach anstehenden Frage nach einer Organspende zu schulen, führt die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) seit 2002 ein Ausbildungsprogramm durch. Auf der 1. und konstituierenden Sitzung der Kommission „Transplantation und Organspende“ in der Landesärztekammer wurde jetzt beschlossen, dass das Fortbildungscurriculum „Organspende“ zukünftig Pflichtteil bei der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin werden soll. Hierzu ist ein Vorstoß bei der Ständigen Konferenz Weiterbildung der Bundesärztekammer geplant.

Ab dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes finden Sie regelmäßig eine Rubrik zur Organspende (Kommission Transplantation und Organspende der LÄKH). Ich denke, wir sind auf dem richtigen Weg und bitte Sie dabei um Ihre Unterstützung.

Für das Neue Jahr 2009 wünsche ich Ihnen von Herzen alles Gute, Gesundheit und Zufriedenheit in allen für Sie wichtigen Vorhaben

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch
zu Hatzbach, Präsident

Organspende eine Gemeinschaftsaufgabe

Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) unterstützt seit mehr als 20 Jahren die Entwicklung der Transplantationsmedizin durch ihr Engagement in der Organspende. Dazu arbeitet sie eng mit Kooperationspartnern in der Medizin und Politik zusammen. Organspende ist in Deutschland eine Gemeinschaftsaufgabe aller Krankenhäuser mit Intensivstationen, der Transplantationszentren und der DSO. Im Juli 2000 hat die DSO die Funktion einer Koordinierungsstelle, wie 1997 im Transplantationsgesetz vorgesehen, übernommen. Die DSO vertritt die Interessen sowohl der Menschen, die auf eine Transplantation hoffen, als auch der Menschen, die ihre Organe nach dem Tod spenden wollen.

Um die Umsetzung von Organspenden in jedem Krankenhaus zu ermöglichen, bietet die DSO den rund 1.400 Krankenhäusern mit Intensivstationen rund um die Uhr orientierende Konsile sowie umfassende Unterstützung im Organspendeprozess an. Sie stimmt die Zusammenarbeit von der Mitteilung eines möglichen Organspenders, über die Organentnahme bis zur Übertragung ab.

Im folgenden Kurzüberblick wird die Arbeit der DSO skizziert:

1. Identifizierung eines

potentiellen Organspenders

Eine massive, akute Hirnschädigung – zum Beispiel durch Hirnblutung oder Unfall – kann auch bei Einsatz aller intensivmedizinischen und operativen Möglichkeiten zum Tod des Patienten führen. Hier muss geklärt werden ob wirklich der Hirntod vorliegt.

2. Feststellung des Hirntodes

durch zwei unabhängige Fachärzte

Zwei Experten stellen unabhängig voneinander den vollständigen und

irreversiblen Ausfall des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstammes (Hirntod) fest. Die DSO vermittelt bei Bedarf unabhängige Fachärzte, die die Hirntod-Diagnostik nach den Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) durchführen.

3. Klärung der Zustimmung zur

Organspende mit den Angehörigen

Die Frage nach der Entscheidung zur Organspende durch den Verstorbenen gilt als weitere unabdingbare Voraussetzung für eine Organentnahme. Liegt keine schriftliche Verfügung des Verstorbenen vor, z. B. in Form eines Organspendeausweises, werden die nächsten Angehörigen nach dessen bekanntem oder mutmaßlichem Willen befragt. Gerade bei dieser schwierigen und emotional belastenden Gesprächssituation können die Mitarbeiter der DSO, die speziell im Umgang mit trauernden Angehörigen geschult sind, die Ärzte der Station deutlich entlasten.

4. Fortsetzung der Intensivtherapie

(organprotektive Intensivtherapie)

Eine adäquate und konsequente Fortführung der intensivmedizinischen

Therapie beeinflusst signifikant die Organfunktionen beim Spender und ist damit eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg der Transplantation.

5. Medizinische Untersuchungen zum Schutz des Empfängers

Zum Schutz der Organempfänger veranlasst die DSO alle notwendigen Untersuchungen, um das Risiko zur Übertragung von Infektionen oder einer Tumorerkrankung zu minimieren. Diese umfassen Organfunktionsprüfungen, Immunologie, Virologie, Bakteriologie, Blutgruppenbestimmung und Pathologie. Trotz umfassender Maßnahmen zum Empfängerschutz kann ein Restrisiko für den Empfänger jedoch nicht 100% ausgeschlossen werden.

6. Meldung des Organspenders

an die internationale Organvermittlungsstelle Eurotransplant (ET)

Die DSO übermittelt ET alle erforderlichen Daten zum Spender. Die Vermittlung des Organs durch ET orientiert sich neben der Spendereignung an den Parametern Erfolgsaussicht und Dringlichkeit.

7. Organentnahme und Versorgung des Leichnams

Die DSO organisiert in Absprache mit dem Krankenhaus und den entsprechenden Transplantationszentren die Organentnahme. Bei, und nach der Operation, ist der pietätvolle Umgang mit dem Verstorbenen selbstverständlich. Der Leichnam wird nach der Organspende für eine Aufbahrung vorbereitet, um den Angehörigen auf Wunsch eine Abschiednahme zu ermöglichen.

8. Organtransport zu den Empfängern in den entsprechenden Transplantationszentren

Der schnellstmögliche Transport zu den entsprechenden Transplantationszentren, ist aufgrund der begrenzten Lebensdauer der explantierten Organe Voraussetzung für eine erfolgreiche Transplantation. Die DSO koordiniert die dafür notwendige Logistik und stellt den reibungslosen Ablauf sicher.

Neben all diesen Aufgaben führen Mitarbeiter der DSO Fortbildungen für medizinisches Fachpersonal und Laien durch. Zusätzlich gibt es Seminare für Transplantationsbeauftragte in den Kliniken und spezielle Projekte wie die Betreuung

von Angehörigen, für die die Region Mitte im vergangenen Jahr ausgezeichnet worden ist.

Dr. med. Dipl.-Biol. Thomas Breidenbach,
DSO

Zur Unterstützung der Organspende arbeiten in der Region Mitte 14 hauptamtliche Mitarbeiter der DSO. Seit dem 1. November 2008 hat Dr. med. Dipl.-Biol. Thomas Breidenbach die Stelle des Geschäftsführenden Arztes von PD Dr. med. Dietmar Mauer übernommen.

Sitz der Organisationszentrale und des Geschäftsführenden Arztes ist Mainz. Neben der Zentrale unterhält die Region zwei weitere Organisationschwerpunkte in Homburg/Saar und Marburg sowie ein Home-Office in Saarbrücken.

Organisationszentrale Region Mitte

Haifa-Allee 2

55128 Mainz

Telefon 06131 627360

Telefax 06131 6273679

E-Mail: mitte@dso.de

Die gebührenfreie Rufnummer für Spendermeldungen

ist rund um die Uhr erreichbar: 0800 6655456

BAMBI 2008 für das Kinderhospiz „Bärenherz“ in Wiesbaden

Für ihr hohes Engagement werden Mitarbeiter und Ehrenamtliche ausgezeichnet

Der Bambi 2008, eine der begehrtesten Medienpreise, wurde Ende November an das Kinderhospiz „Bärenherz“ in Wiesbaden und vier seiner Mitarbeiter in der Kategorie „Engagement“ verliehen. Das goldene Rehlitz wird im Rahmen der Hubert Burda Media-Gruppe in Offenburg verliehen. „Bärenherz“ ist die erste Hospiz-Einrichtung der diese Auszeichnung zu teil wird.

Seit 2002 werden bis zu zwölf schwerstkranke Kinder, denen nur eine kurze Lebenserwartung vergönnt ist im Kinderhospiz „Bärenherz“ betreut. Die Familien werden somit tage- und wochenweise nachhaltig entlastet. Auch die Eltern können im gleichen Haus in Wiesbaden Erbenheim ein eigenes Appartement beziehen, und, wann immer sie wollen, ihren Kindern ganz nahe sein. Die medizinische Versorgung erfolgt durch Ärzte des Schmerz- und Palliativzentrums Wiesbaden. Physio- und Musiktherapeuten sorgen für die physische und psychische Betreuung.

Dieses Engagement hat auch die Wertschätzung der Bambi-Jury. Ihre Wahl für das Kinderhospiz „Bärenherz“ begründete sie wie folgt: „Sterbende Kinder auf ihrem letzten Weg zu begleiten ist eine Leistung,

die allergrößten Respekt verdient. Psychische Stärke und Herzenswärme in schier unvorstellbarem Ausmaß sind dafür erforderlich. Die Mitarbeiter des Kinderhospizes „Bärenherz“ kümmern sich einfühlsam, liebevoll und fachlich qualifiziert um schwerstkranke Kinder und ihre Angehörigen. Weit über ihre beruflichen Pflichten hinaus leisten sie einen Dienst am Nächsten, dessen Stellenwert in unserer Gesellschaft nicht hoch genug anzusetzen ist.

Bärenherz Stiftung, Wiesbaden

www.baerenherz.de

www.bambi.de

Die Bärenherz Stiftung unterstützt Einrichtungen zur Entlastung von Familien mit schwerstkranken Kindern, insbesondere Kinderhospize. Die Bärenherz Stiftung ist wegen Förderung der Kinder- und Jugendhilfe durch Bescheinigung des Finanzamts Wiesbaden, Steuernummer 40 250 5308 3-X/4 vom 14. Juni 2005 als gemeinnützig anerkannt.

Ärztlichen Nachwuchs fördern

Delegiertenversammlung der Landesärztekammer

„Ich freue mich, Ihnen die Ehrenplakette der Landesärztekammer in Gold überreichen zu können“: Mit diesen Worten begrüßte Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach den ehemaligen Chefarzt der Frauenklinik im Bad Nauheimer Hochwald Krankenhaus, Dr. med. Wolfgang Furch, zum Auftakt der Delegiertenversammlung. Der Präsident der Landesärztekammer würdigte Furchs herausragende ärztliche Leistungen und sein berufspolitisches Engagement u. a. als ehemaliger Vizepräsident der Kammer sowie als Vorsitzender des Krankenhausausschusses. Der Geehrte sei ein verdienter Kollege, der seinen Beruf und sein Leben als Beitrag für Brennpunkte in der Gesellschaft eingesetzt habe: „Das ergab für ihn Sinn und gab den Zielen Sinn.“

Einsatz für bessere Arbeitsbedingungen



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

Doch macht die Berufswahl Arzt auch heute noch einen Sinn? Unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen stellten sich immer mehr Kollegen, aber auch angehende Ärztinnen und Ärzte diese Frage, sagte von Knoblauch in seinem Bericht zur Lage. Eine kürzlich veröffentlichte Umfrage der Ruhruniversität, wonach über 70% der befragten Stu-

dierenden der Medizin sich nach Studiumsabschluss eine Berufsausübung außerhalb Deutschlands vorstellen könnten, scheine dies zu belegen. Das heiße zwar noch nicht, dass die Befragten die Überlegungen auch wirklich später umsetzen würden. „Aber wir erkennen, dass die bedrückenden Rahmenbedingungen ihren Einfluss schon auf die Studierenden, unseren Nachwuchs nicht verfehlen“, fügte von Knoblauch hinzu. Auch in Hessen sei der Trend zur Auswanderung unverkennbar. So hätten allein im Jahr 2007 75 hessische Ärztinnen und Ärzte ihrem Bundesland den Rücken gekehrt, um endgültig ins Ausland zu ziehen. „Sind wir, die selbst unter den Bedingungen leiden, überhaupt in der Lage, etwas zur Verbesserung beizutragen?“, fragte der Ärztekammerpräsident und reichte die Antwort gleich hinterher: „Ja!“ Ärzte müssten sich selbst, ihre Arbeit und ihre Patienten wieder Wert schätzen. Nur aus einer starken und selbstbewussten Position heraus könnten sie überzeugend Forderungen stellen. Die Landesärztekammer werde sich weiterhin intensiv für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen einsetzen, damit der Arztberuf auch für Berufsanfänger wieder attraktiv werde.

Solidarität mit Krankenhäusern

Die bisher größte solidarische Protestveranstaltung in Berlin durch das Aktionsbündnis zur Rettung der Krankenhäuser habe, so von Knoblauch, gezeigt, welche Macht die Berufe im Gesundheitswesen darstellten. Die Woge der Solidarität müsse genutzt werden, wie etwa am 18. November mit der bundesweiten Aktion „Aktive Mittagspause“. Der Ärztekammerpräsident berichtete, dass das hessische Aktionsbündnis, dem die Landesärztekammer angehört, am 12. November in einem Schreiben an die hessischen Abgeordneten im Deutschen Bundestag appelliert habe, die hessischen Krankenhäuser im Zuge der Beratungen zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz zu unterstützen. „Wir dürfen nicht nachlassen, die politisch Verantwortlichen zu mahnen, ihre Hausaufgaben zu machen.“ Das Gleiche gelte für die ambulante Versorgung, sagte von Knoblauch. Der Staat müsse alles daran setzen, um die beruflichen Rahmenbedingungen derer, die im Gesundheitswesen arbeiten oder arbeiten wollten, positiv zu verändern. Sonst drohe der ärztliche Nachwuchs wegzubrechen.

BKA-Gesetz und Telematik

Als völlig kontraproduktiv bezeichnete es von Knoblauch, wenn Ärzte in ihren ureigendsten Berufsrechten beschnitten werden sollen, wie etwa im Falle des BKA-Gesetzesvorhabens der Koalition. Das Gesetz sei ein Angriff auf die ärztliche Schweigepflicht und das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Patienten. Die Delegiertenversammlung kritisierte, dass das Schutzbedürfnis der Patienten in dem Gesetzentwurf deutlich niedriger angesetzt werde als der Datenschutz eines Strafverteidigers und seines Klienten. Mit einstimmigem Beschluss forderte das Ärzteparlament den hessischen Ministerpräsidenten Roland Koch und die im Bundesrat vertretenen Parteien auf, sich für den Erhalt des vollen Zeugnisverweigerungsrechtes in der Arzt-Patienten-Beziehung einzusetzen.

Ähnliche Risiken wie mit dem neuen Gesetzentwurf seien auch mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in ihrer derzeitigen Form verbunden, merkte von Knoblauch an. In der späteren Diskussion wiesen einige Delegierte auf die beiden ablehnenden Beschlüsse des Ärzteparlamentes in der vorangegangenen Legislaturperiode zur elektronischen Gesundheitskarte (e-card) hin. Nach engagierten Redebeiträgen wurde ein Beitritt der Landesärztekammer Hessen zum Rahmenvertrag der Bundesärztekammer (BÄK) zur Herausgabe des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) einstimmig abgelehnt. Damit wendet sich die Landesärztekammer Hessen als einzige Kammer auf Bundesebene gegen den Rahmenvertrag; die Berliner Ärztekammer hat bisher (Zeitpunkt der Delegiertenversammlung) kein Votum abgegeben.

Der Arzttausweis, der seit November 2008 auch im Scheckkartenformat bei der Landesärztekammer beantragt werden kann, hat weder etwas mit dem Heilberufsausweis noch mit der elektronischen Gesundheitskarte zu tun.

rufsausweis noch mit der elektronischen Gesundheitskarte zu tun.

Ökonomie versus Ethik

Unter dem Beifall der Ärztevertreter sprach sich von Knoblauch gegen den Referentenentwurf zur Novellierung der privatärztlichen Gebührenordnung (GOZ) aus. Der Entwurf sei der unverkennbare Versuch, privatärztliche Gebührenordnungen den Bewertungsmaßstäben der unterfinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung anzugleichen. „Ökonomische Überlegungen haben in der Gesundheitspolitik die Oberhand gewonnen,“ stellte der Ärztekammerpräsident fest. Dabei drohe die Ethik auf der Strecke zu bleiben. Die Heilberufe in Hessen hätten sich deshalb unter dem Motto „heilen & helfen“ zusammengeschlossen, um gemeinsam die Notwendigkeit eines Wandels im Gesundheitswesen zu fordern. Nach der öffentlichen Podiumsdiskussion mit Politikern im November in Frankfurt, solle im kommenden Jahr vor den Bundestagswahlen der 2. Heilberufetag stattfinden.

Förderung von jungen Ärzten und Medizinstudenten

Doch nicht nur die Politik müsse offen für Veränderungen sein, unterstrich von Knoblauch, sondern auch die ärztliche Selbstverwaltung. So werde sich die hessische Landesärztekammer künftig verstärkt an den beruflichen Nachwuchs – junge Ärzte und Medizinstudenten – wenden. Präsidium, Geschäftsführung und Bezirksärztekammervorsitzende wollen im Januar gemeinsam Möglichkeiten der Förderung von Ärztinnen und Ärzten und Studentinnen und Studenten vor Ort erarbeiten. Darüber hinaus, so von Knoblauch, sei geplant, 2009 eine Tagung für Medizinstudenten und junge Krankenhausärzte durchzuführen. Da die Arbeits-

bedingungen an den Krankenhäusern einen zeitgerechten Weiterbildungsabschluss erschwerten, müsse die Weiterbildung der Arbeits- und Stellenstruktur angepasst werden. Dies erfordere den Ausbau der Weiterbildungsmöglichkeiten bei Niedergelassenen. Neben der bereits beschlossenen verbesserten Förderung der Allgemeinmedizin sei ein ähnliches Programm für Facharzneimittel zum mindesten in entsprechend bedürftigen Fächern unverzichtbar. Ärztinnen – und auch Ärzten – müsse die Vereinbarkeit von Familie und Beruf mit Weiterbildung ermöglicht werden. Dazu sei eine Verbesserung der Kinderbetreuung notwendig.

Von Knoblauch wies darauf hin, dass die Landesärztekammer an ihrer Akademie die Möglichkeit biete, Weiterbildungsdefizite in Zusammenarbeit mit den ermächtigten Weiterbildern und den Berufsverbänden auszugleichen. Überdies könnten Studenten durch spezielle Kurse auf das „Hammerexamen“ vorbereitet werden, um nicht unnötige Zeit bis zum Berufsantritt zu verlieren.

Auch die Carl-Oelemann-Schule (COS) der Kammer sei gut aufgestellt, unterstrich der Präsident. Neben der gesetzlichen Aufgabe der Ausbildung werde die Fortbildung für Mitarbeiter/innen von Ärzten wichtiger denn je zuvor. „Die Medizinische Fachangestellte (MFA)/Arztshelferin ist durch Ausbildung und Tätigkeit prädestiniert, an der Seite der Ärzte in Klinik und Praxis Aufgaben in Delegation zu übernehmen“. Es sei gelungen, die Teilnahme der COS am geförderten Projekt WIAD (Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschland gem. e.V.), mit dem Projekttitle: „Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und medizinischen Fachberufe“ zu erreichen.

Von Knoblauch betonte, dass die Öffnung der Kammer zu Bürgern und Patienten auch künftig wichtig bleibe. Er nannte

hier vor allem die Bezirksärztekammern und die Gutachter- und Schlichtungsstelle als Ansprechpartner. Mit Präventionsprojekten wie Impfaufklärungsaktionen und „Hackedicht – Besser geht's dir ohne!“ (Alkoholprävention für Jugendliche) in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten werde sich die Kammer auch weiterhin direkt an die Öffentlichkeit wenden.

Fortbildungspunkte

Der Ärztekammerpräsident erinnerte daran, dass viele Vertragsärzte ihre gesammelten Fortbildungspunkte noch nicht bei der Kammer eingereicht hätten. Gemäß § 95 d SGB V ist der 30. Juni 2009 Stichtag, so dass die Punkte so schnell wie möglich an die Kammer geschickt werden müssten.

In einem Gespräch mit den Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Dr. med. Margita Bert und Dr. med. Gerd Zimmermann, sei vereinbart worden, dass künftig auch die Punkte aus den hessischen Qualitätszirkeln zeitnah in die Fortbildungskonten einfließen könnten, ergänzte von Knoblauch.

Evaluation der Weiterbildung

Lebhafte Diskussionen der Delegierten gingen einem Beschluss zur Evaluation der Weiterbildung voraus. Neben Professor Dr. med. Albrecht Enke machten sich auch die ehemalige Kammerpräsidentin Dr. med. Ursula Stüwe, die sich nach früherer Skepsis gegenüber dem Projekt nun von diesem überzeugt zeigte, und viele weitere Delegierte für die Evaluation der Weiterbildung stark. Mit 38 Ja-Stimmen zu 26 Nein-Stimmen wurde der Antrag angenommen, mit dem die Delegiertenversammlung das Präsidium aufforderte, sich an dem bundesweiten Projekt der BÄK zur Evaluierung der Weiterbildung nun doch zu beteiligen.

Versorgungswerk



Dr. med. Brigitte Ende

Obwohl die aktuelle Finanzmarktkrise nicht nur Banken und Kapitalanlagegesellschaften, sondern inzwischen alle gesellschaftlichen Bereiche erfasse – also auch die Altersvorsorge – ist doch das hessische Versorgungswerk nicht fundamental betroffen, wie die Vorsitzende des Vorstandes des Versorgungswerkes, Dr. med. Brigitte Ende, in ihrem Bericht feststellte. Schließlich sei auch das Versorgungswerk von den Verunsicherungen und Schwankungen des Kapitalmarktes betroffen, auch wenn es keine Liquiditätsprobleme wie bei den

Banken gäbe. Die Rentenzahlungen sind weiterhin jederzeit gesichert! (siehe hierzu auch Artikel „Die globale Finanzmarktkrise“, Hessisches Ärzteblatt 11/2008).

Mit Blick auf das am 1. Januar 2005 in Kraft getretene Alterseinkünftegesetz bedauerte die Vorstandsvorsitzende, dass die Möglichkeiten des Sonderausgabenabzugs für freiwillige Mehrbeträge für das Versorgungswerk noch nicht umfassend von den Mitgliedern genutzt würden, obwohl die dadurch zu erzielende Absicherung meist komfortabler als bei den Angeboten der privaten Versicherungswirtschaft ausfalle. Seit Jahren fordere die Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV) die Übernahme von Beiträgen des Bundes für Kindererziehung auch für die Mitglieder des Versorgungswerkes, berichtete Ende weiter. Nachdem das Bundessozialgericht dies inzwischen in zwei Entscheidungen bestätigt habe, folge die Deutsche Rentenversicherung Bund der neuen Rechtsprechung und führe auf Antrag für die Mitglieder des Versorgungswerkes die Anerkennung von Kindererziehungszeiten durch.

In ihrem Bericht zum Jahresabschluss 2007 ging die Vorstandsvorsitzende auf



v. l.: Auf dem Podium: Hartmut Karras, Gabriela Kubala, Friedrich-Wilhelm Floren, Bettina Deicke, Gerhard Peleska

LÄKH: Jahresabschluss 2007



Dr. med. Norbert Löschhorn

In seinem Bericht über die Prüfung des Jahresabschlusses 2007 teilte der Vorsitzende des Finanzausschusses, Dr. med. Norbert Löschhorn mit, dass im Jahr 2007 trotz einer Zunahme von 498 Ärztinnen und Ärzten auf 29.411 Kammermitglieder die Kammerbeiträge mit 12,833 Mio. Euro nur um 2% gestiegen seien. Dies liege zum einen an den unveränderten Beitragsätzen, zum anderen jedoch daran, dass der Anteil der beitragsfreien stärker gestiegen sei, als der zahlenden Mitglieder.

Löschhorn berichtete weiter, dass die bilanzielle Nutzungsdauer von Gebäuden der Landesärztekammer in Frankfurt und Bad Nauheim von 50 auf 30 Jahre verkürzt wurde. Diese Anpassung sei mit einer zusätzlichen Abschreibung in 2007 von 1,079 Mio. Euro einhergegangen. Mit der Inbetriebnahme des neuen Gästehauses der Carl-Oelemann-Schule werde jetzt das Betriebsergebnis der Kammer durch die Abschreibung auf den eigenfinanzierten Anteil des Anlagevermögens belastet, erklärte Löschhorn. Dies wirke sich erstmals im Jahr 2008 aus.

Nach Auskunft des Vorsitzenden des Finanzausschusses beträgt das Jahresergebnis der Kammer zum 31. Dezember

einige wichtige Eckdaten des Versorgungswerks ein.

Die Beitragseinnahmen seien, so Ende, um knapp 3% (6 Mio.) gegenüber dem Vorjahr gestiegen auf knapp 215 Mio. Euro (nach 209 Mio. Euro im Vorjahr) gestiegen. Der jährliche Durchschnittsbeitrag habe bei 8.785 Euro pro Mitglied gelegen und die durchschnittliche Altersrente 1.721 Euro betragen. Die Rentenleistungen des Versorgungswerkes seien 2007 um 12,3% auf 106 Mio. Euro angewachsen. Ursächlich hierfür sei die gestiegene Zahl der Rentenempfänger und der Anstieg der monatlichen Rentenhöhe. Psychische Erkrankungen lägen an der Spitze der Ursachen für die insgesamt 404 Berufsunfähigkeitsrenten, berichtete Ende. Zur aktuellen Kapitalmarktentwicklung gab Dr. Ende nur ein kurzes Statement ab und wird auf Wunsch der Delegierten zeitnah (d. h. in der DV im März 2009) über die Entwicklung des Jahres 2008 informieren.

Nachdem Wirtschaftsprüferin Bettina Deicke das Ergebnis der Wirtschaftsprüfung durch die PricewaterhouseCoopers

Aktiengesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (PwC) vorgestellt und den Geschäftsbericht als ordnungsgemäß bezeichnet hatte („Unsere Prüfung hat zu keinen Einwendungen geführt“), erteilte die Delegiertenversammlung dem Vorstand des Versorgungswerkes für das Geschäftsjahr 2007 Entlastung.

Der für die Rentenbezieher sicherlich wichtigste Punkt der Tagesordnung, nämlich Anpassung der Renten wurde ausführlich in der Delegiertenversammlung diskutiert. Das Ärzteparlament folgte schlussendlich dem Antrag des Vorstandes, aufgrund des erheblichen Finanzierungsbedarfs aus der demographischen Entwicklung („Längerlebigkeit der Mitglieder und Rentner“) und der Unsicherheiten des Kapitalmarktes 2008/2009 zum jetzigen Zeitpunkt keine Anpassung der Renten und keine Dynamisierung der Anwartschaften zum 1. Januar 2009 vorzunehmen.

Außerdem beschloss die Delegiertenversammlung, die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PwC auch mit der Prüfung des Jahresabschlusses 2008 zu beauftragen.

2007 1.820.831,84 Euro, die vollständig in die Betriebsmittelrücklage eingestellt worden seien. Damit habe diese zum 31. Dezember 2007 auf 12,1 Mio. Euro aufgefüllt werden können. In diesem Zusammenhang teilte Löschnhorn mit, dass gemäß § 2 Abs. 5 der HKO (Haushalts- und Kassenordnung) der Kammer mindestens so viele Mittel in diese Sollrücklage eingestellt werden sollen, dass der Bedarf an Betriebsmitteln für sechs Monate gedeckt ist.

Die Bilanzsumme der Kammer betrage 39,176 Mio. Euro. Gegenüber dem Vorjahr (2006) sei sie um 2,3 Mio. Euro, d. h. um 6,3% angestiegen, sagte Löschnhorn. Der Finanzausschuss empfehle der Delegiertenversammlung den mit dem uneingeschränkten Bestätigungsvermerk geprüften Jahresabschluss zum 31. Dezember 2007 festzustellen und dem vorigen Präsidium für das Jahr 2007 Entlastung zu erteilen.



Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph

Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph, Vorsitzender des Ausschusses Hilfsfonds berichtete über das Geschäftsjahr 2007 der Fürsorgeeinrichtung. So seien in dem Berichtsjahr Leistungen an elf Fürsorgeempfänger sowie Winterbeihilfe gezahlt und ein neues Darlehen gewährt worden. Die Richtsätze seien nicht geändert wor-

den. Rudolph teilte abschließend mit, dass die Prüfung der Einnahmen- und Ausgabenrechnung, des Vermögensnachweises sowie der Mittelverwendung des Fonds durch PwC zu keinerlei Beanstandungen geführt hätten.

Die Delegiertenversammlung stimmte dem Jahresabschluss 2007 von Kammer und Hilfsfonds zu und erteilte dem Präsidium Entlastung. Der detaillierte Jahresabschluss wird in der April-Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes veröffentlicht.

LÄKH: Haushaltsvoranschlag 2009

Löschnhorn berichtete, dass sich der Investitionshaushalt 2009 auf 469.200 Euro belaufe. Damit liege sein Ansatz um 33 Prozent niedriger als im Geschäftsjahr 2008.

Für EDV-, Hard- und Software seien 280.100 Euro veranschlagt worden; dies entspreche einer Minderung um 19 Prozent oder 67.000 Euro. Die geplanten Investitionen für sonstige Betriebs- und Geschäftsausstattung beliefen sich auf 189.100 Euro

Der Verwaltungshaushalt 2009 habe, so teilte Löschnhorn weiter mit, ein Volumen von 21,58 Mio. Euro; dies entspreche einer Steigerung um 3,15%. Dass die Kammer auch im nächsten Haushaltsjahr ein negatives Ergebnis von minus 350.200 Euro verzeichnen werde, die aus den Rücklagen entnommen werden müssten, sei vornehmlich auf die Positionen Personalaufwand und sonstige betriebliche Aufwendungen zurückzuführen.

Abschließend erklärte Löschnhorn, dass der Finanzausschuss nach Beratung mit dem Kaufmännischen Geschäftsführer einstimmig beschlossen habe, dem Präsidium den Haushaltsvoranschlag 2009 mit einer Volumensteigerung des Aufwandes von 4 Prozent sowie einem negativen Jahresergebnis von minus

350.200 Euro zur Beschlussfassung zu überreichen. Der Haushaltsvoranschlag 2009 wurde von dem Ärzteparlament einstimmig angenommen. Die Delegierten beschlossen auch die Richtsätze für laufend unterstützte Hilfsfondsempfänger sowie eine Winterbeihilfe.

Änderung von Rechtsquellen, insbesondere Satzungen

Die Delegierten beschlossen eine Neufassung der seit 1956 unverändert bestehenden Schlichtungsordnung. Diese wurde den zeitgemäßen Bedürfnissen angepasst und stellt den Schlichtungsausschüssen der Bezirksärztekammern sachgerechte Regeln zur Durchführung von Schlichtungsverfahren bei Streitigkeiten zwischen Berufsangehörigen zur Verfügung. Hierdurch bedingt wurde auch § 14 der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen novelliert.

Das Ärzteparlament beseitigte zudem mit der Änderung von § 1 Abs. 4 der Beitragsordnung eine bestehende Ungleichbehandlung von arbeitslos gemeldeten angestellten und selbstständigen Ärzten.

Außerdem stimmten die Delegierten Änderungen der Kostensatzung zu. So wird die Ausstellung des Arzt-Notfall-Schildes künftig kostendeckend geregelt. Infolge der neuen Berufsbezeichnung „Medizinische/r Fachangestellte/r“ wurden der Paragraphenteil und das Kostenverzeichnis redaktionell geändert. Schließlich wurde gemäß Beschluss der Delegiertenversammlung die neue Terminologie „Medizinische/r Fachangestellte/r“ auch in der Berufsordnung nachvollzogen.

In der Weiterbildungsordnung wurden die Weiterbildungsinhalte der Zusatzweiterbildung „Psychotherapie – fachgebunden“ gemäß den Empfehlungen der Bundesärztekammer und des gemeinsamen Beirates Psychotherapie angepasst.



v. l.: Dr. Günter Haas, Dr. Eckhard Starke, Dr. Peter Zürner, Dr. Norbert Löschhorn



Delegierte und Hauptamtliche im Gespräch

Zudem wurde eine Übergangsvorschrift aufgenommen, mit der die Führung der alten Teilgebietsbezeichnung „Plastische Chirurgie“ in zeitgemäßer Form „Plastische und Ästhetische Chirurgie“ ermöglicht wird.

Akademie

Das Vorhaben, Medizinstudenten und -studentinnen die Mitgliedschaft der Akademie kostenlos erwerben zu lassen, sei verwirklicht worden, berichtete der Vorsitzende der Akademie, Professor Dr. med. Ernst-Gerhard Loch. „Sehr positiv“ sei das Gespräch mit den Dekanen der hessischen Fakultäten verlaufen; dabei habe man insbesondere auf die Möglichkeit des kostenlosen Veranstaltungsbesuchs für klinische Semester hingewiesen.

Das Freiwillige Fortbildungszertifikat werde weiter genutzt; auch die strukturierten Fortbildungen stießen auf einen guten Zuspruch. Ebenfalls erfreulich entwickle sich die Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung in

Rheinland-Pfalz. Mit Blick auf die Zahlen informierte Loch die Delegierten, dass sich die Veranstaltungen von 122 im Jahr 2007 auf bislang 130 im Jahr 2008 erhöht hätten. Die insgesamt gesunkene Teilnehmerzahl führte er im Wesentlichen auf die Vielzahl anderer Fortbildungsveranstalter zurück.

Nachwahlen

In den Schlichtungsausschuss der Bezirksärztekammer Kassel wurden einstimmig als stellvertretende Mitglieder gewählt: Wolfgang Diener, Dr. Herbert Nelke, Dr. Leonhard Faber, Dr. Eberhard Klippel, Dr. Klaus Meyer, Jörn-Oliver Eggenweiler.

Außerdem wurden die Delegierten zum 112. Deutschen Ärztetag vom 19.–22. Mai in Mainz gewählt.

Terminkündigung und Verabschiedung

„Ist Irren noch menschlich?“ lautet der Titel der Gemeinsamen Fachtagung der

Landesärztekammer Hessen und der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Hessen am 23. und 24. Januar in Frankfurt im Haus am Dom, auf die Professor Dr. med. Cornelia Krause-Girth die Delegierten aufmerksam machte.

Dr. med. Ursula Stüwe, ehemalige Präsidentin der Landesärztekammer bedankte sich in einer persönlichen Erklärung für die Unterstützung durch die Kammermitarbeiter und das frühere Präsidium in der zurückliegenden Legislaturperiode. Zum Abschluss der Delegiertenversammlung legte sie ihr Mandat nieder. Dr. med. Gottfried von Knoblauch dankte Stüwe für ihr Engagement in der Landesärztekammer.

*Katja Möhrle
(alle Bilder pop)*

Land sucht Landarzt – wenn sich Fuchs und Hase Gute Nacht sagen ... !

Die Zukunft der Hausarztversorgung in ländlichen Räumen Matthias Bächle, Eckart Auel, Martin Ebel

Der folgende Beitrag basiert auf dem studentischen Projekt „Wenn sich Fuchs und Hase Gute Nacht sagen – Entwicklungsperspektiven peripherer Räume“ am Fachbereich Architektur, Stadt- und Landschaftsplanung an der Universität Kassel. Das einsemestrige Projekt aus dem WS 2006/07 wurde von Professor Dr. Jürgen Aring, Professor Dr. Dr. Andreas Mengel und Ass. Iur. Detlef Kober initiiert und betreut. Thema waren Konzepte zur Gewährleistung der Daseinsvorsorge in vier dünn besiedelten, peripher gelegenen Landkreisen Nordhessens vor dem Hintergrund des demographischen Wandels. *Matthias Bächle, Sophia Burghaus und Stefanie Michaelis* bearbeiteten die Thematik der hausärztlichen Versorgung im Landkreis Hersfeld-Rotenburg unter Mitwirkung von Dr. med. Eckart Auel und Dr. med. Martin Ebel.

Der Landkreis Hersfeld-Rotenburg ist durch seine geringe Bevölkerungsdichte (115 EW/km²) und die große Entfernung zu den Oberzentren Fulda und Kassel als ausgesprochen ländlich geprägt. Dadurch ist – als Folge des demographischen Wandels – die Tragfähigkeit von Infrastruktureinrichtungen der Daseinsvorsorge besonders gefährdet. Bereits seit einigen Jahren ist die Entwicklung der Einwohnerzahlen im Landkreis Hersfeld-Rotenburg rückläufig. Bis zum Jahr 2020 wird für den Landkreis ein weiterer Bevölkerungsrückgang um ca. 11% ge-

genüber 2005 prognostiziert². Dennoch leben dort durch die Alterung der Bevölkerung im Jahr 2020 voraussichtlich mehr über 65-jährige als heute. Damit steigt der Bevölkerungsanteil, der in zunehmendem Maße medizinische Leistungen benötigt, zukünftig an.

Zukunft der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Räumen

Sinkt die Bevölkerungszahl, werden nach der Bedarfsplanung des SGB V³ zur Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung weniger Hausärzte als heute benötigt. Die Zahl der in einem Landkreis tätigen Hausärzte – so will es der Gesetzgeber – bemisst sich an der Anzahl der dort lebenden Einwohner, wobei die Einwohner/Arztrelationen je nach Sied-

lungsstruktur des zugrunde gelegten Planungsraums unterschiedlich sind⁴.

Insofern verringert sich die Arztdichte, womit die Wege für Patienten auf dem Land in Zukunft noch länger als bisher werden. Dies wird dort vor allem durch die steigende Zahl alter Menschen, die aufgrund ihrer Multimorbidität oder mangelnder Angebote des öffentlichen Nahverkehrs in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, problematisch.

Weiterhin steht bei den Hausärzten ein Generationenwechsel bevor, mit dem sich die Versorgungssituation zusätzlich verschlechtern wird. Derzeit liegt die Zahl der Ärzte, die sich hausärztlich niederlassen, jedes Jahr nur etwa halb so hoch wie die Zahl der in Rente gehenden Hausärzte. Dies liegt zum einen daran, dass es zu wenige Absolventen im Studienfach Medizin gibt, von denen sich wiederum zu wenige hausärztlich niederlassen wollen. In ländlichen Räumen ist das Interesse an einer Praxisübernahme besonders gering, wo-

² Berechnung nach ¹ und Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft Hessen mbH (FEH) (2004): Bevölkerungsvorausschätzung für die hessischen Landkreise und kreisfreien Städte bis 2050: S. 68

³ Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477).

⁴ Bedarfsplanungsrichtlinien – Ärzte vom 9. März 1993, zuletzt geändert am 21. Februar 2006, Landkreis Hersfeld-Rotenburg (> 100 EW/km²) = ländlicher Kreis höherer Dichte > 1.490 EW/Arzt

¹ Homepage Hessisches Statistisches Landesamt: <http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/bevoelkerung-gebiet/regionaldaten/gebiet-bevoelkerungsstand-und-vorgaenge/index.html>, 1. Mai 2008

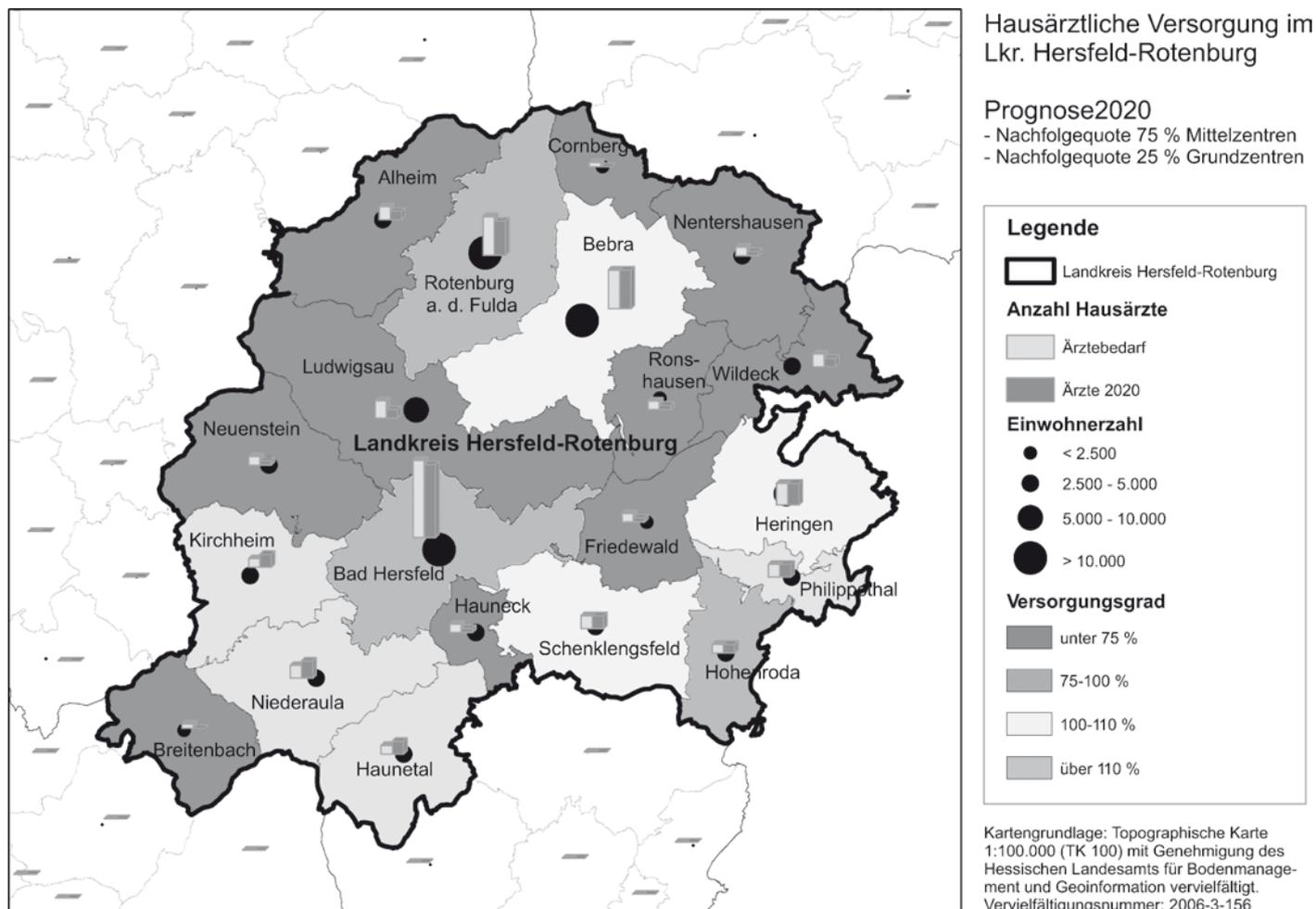


Abb. 1 Veränderung der Einwohner/Arztrelation von 2006 bis 2020

für vor allem die hohe Arbeitsbelastung und der vergleichsweise geringere Verdienst verantwortlich gemacht werden⁵.

Derzeitige hausärztliche Versorgungssituation im Landkreis Hersfeld-Rotenburg

Im Landkreis Hersfeld-Rotenburg waren Ende 2006 93 Hausärzte⁶ tätig⁷. Damit

war der Landkreis – entsprechend einem Planungsbereich – bei Hausärzten zu diesem Zeitpunkt mit einem Versorgungsgrad von ca. 110 % rechnerisch an der Grenze der Überversorgung. Insofern existierten kreisweit betrachtet keine Defizite in der Hausarztversorgung. Eine Analyse der Arztdichte differenziert nach Mittelzentren (Bad Hersfeld, Rotenburg/Bebra, Heringen (Werra) und Grundzentren (übrige Gemeinden) offenbarte jedoch deutliche Unterschiede bezüglich der hausärztlichen Versorgung. Die Mittelzentren verzeichneten eine signifikant höhere Arztdichte als die Grundzentren (s. Abb. 1 und 2). Patienten „auf dem Land“ haben demzufolge längere Wege

zum Arzt zurückzulegen und eine geringere Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Hausärzten. Weiterhin waren Ende 2006 nur ca. 8 % der Hausärzte unter 40 Jahre alt, während bereits etwa 1/3 über 55 Jahre alt⁸ waren. Dieses Drittel der Hausärzte wird bis zum Jahr 2020 aus dem Berufsleben ausscheiden.

5 vgl. Kopetsch, Thomas (2005): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus, Studie zur Altersstruktur- und Arztdichtentwicklung, 3. Auflage, Berlin.

6 Allgemeinmediziner, praktische Ärzte, Kinderärzte, hausärztlich tätige Internisten

7 Homepage Kassenärztliche Vereinigung (KV) Hessen www.kvhessen.de: Ärzteregister, 12/2006

8 Bächle, Matthias, Burghaus, Sophia, Michaelis, Stefanie (2007): Wenn sich Fuchs und Hase gute Nacht sagen – Tragfähigkeitsprobleme und Entwicklungsperspektiven peripherer Räume; Land sucht Landarzt – Hausärztliche Versorgungssituation im Landkreis Hersfeld-Rotenburg (studentisches Projekt zur Entwicklung peripherer Räume an der Universität Kassel, unveröffentlicht)

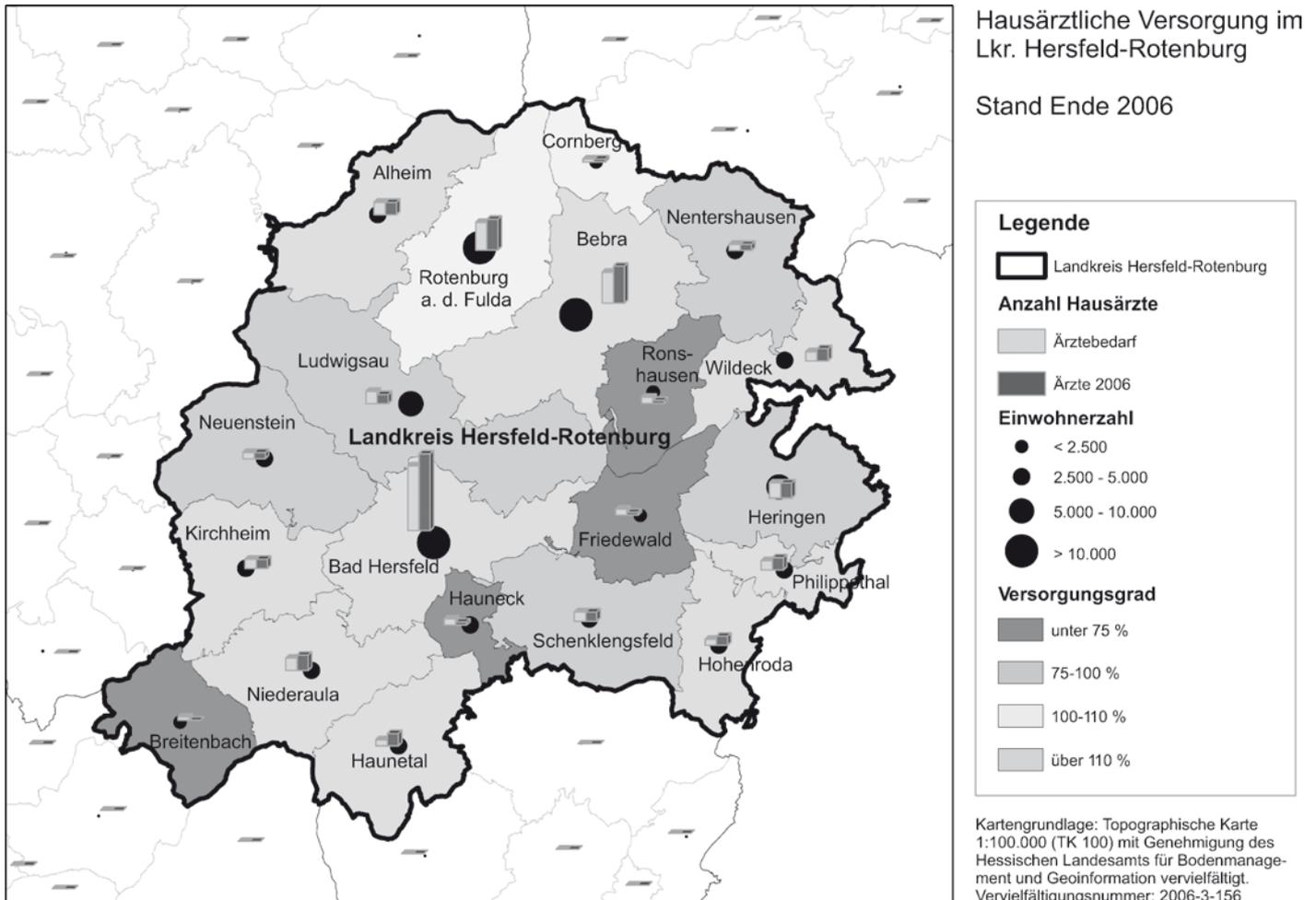


Abb. 2 Hausärztliche Versorgungssituation im Landkreis Hersfeld-Rotenburg (Stand Ende 2006)

Bis Anfang 2008 ist die Zahl der Hausärzte um drei auf 90 Hausärzte zurückgegangen⁹, womit der Landkreis nunmehr wieder partiell für die Niederlassung von Hausärzten geöffnet ist. Zum 3. Quartal 2008 hat zudem ein weiterer Hausarzt in einem Grundzentrum seine Praxis aus Altersgründen geschlossen, ohne einen Nachfolger zu finden. Es zeichnet sich also bereits eine Verschlechterung der hausärztlichen Versorgungssituation ab.

Prognose der hausärztlichen Versorgungssituation bis zum Jahr 2020

Für die Prognose der hausärztlichen Versorgungssituation bis zum Jahr 2020 wurde angenommen, dass im Landkreis Hersfeld-Rotenburg – entsprechend dem bundesweiten Durchschnitt – nur jeder zweite Hausarzt einen Nachfolger finden wird. Aufgrund der besseren Lebens- und Arbeitsbedingungen in den Mittelzentren wurde angenommen, dass dort etwa 3/4 der Hausärzte einen Nachfolger finden werden, in den ländlichen Gemeinden dagegen nur etwa 1/4. Weiterhin wurde angenommen, dass die Hausärzte mit 65 Jahren aus dem Berufsleben ausscheiden werden.

Durch den fehlenden Nachwuchs bei Hausärzten zeichnet sich bis zum Jahr 2020 eine deutliche Verschlechterung der hausärztlichen Versorgungssituation im Landkreis Hersfeld-Rotenburg gegenüber dem heutigen Zustand ab, die vor allem die ländlichen Gemeinden im Norden des Landkreises stark treffen wird (s. Abb. 3).

Es wird prognostiziert, dass der Versorgungsgrad mit Hausärzten im gesamten Landkreis bis zum Jahr 2020 auf unter 90% abnimmt. Dabei werden die Mittelzentren auch im Jahr 2020 noch einen Versorgungsgrad von knapp unter 100% aufweisen. Die Gemeinden „auf dem Land“ werden dagegen im Jahr 2020

⁹ Homepage Kassenärztliche Vereinigung (KV) Hessen www.kvhessen.de: Ärztereister, 4/2008

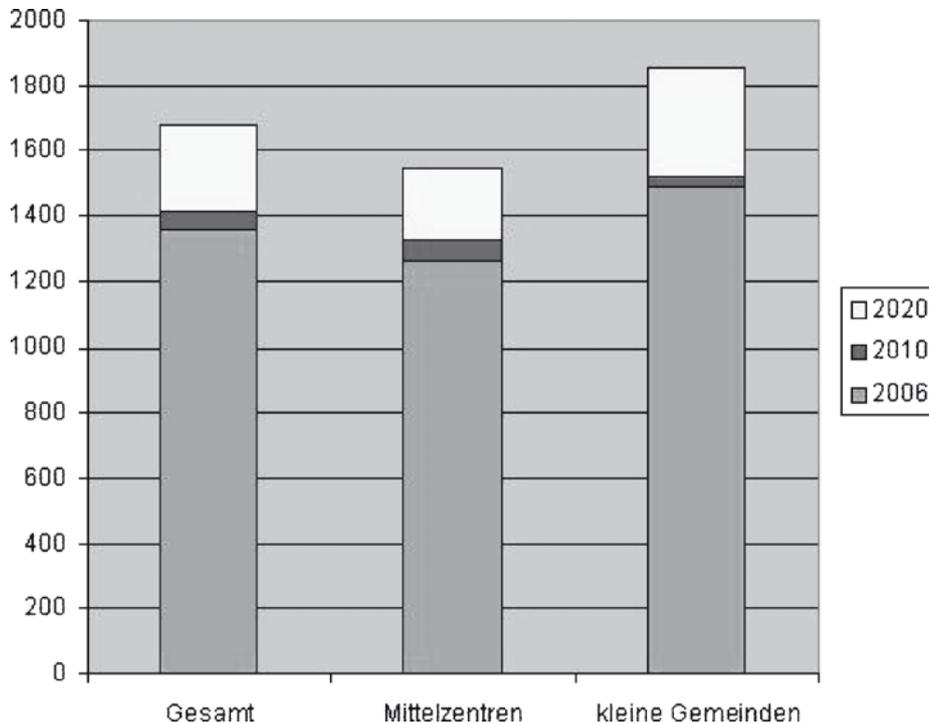


Abb. 3

einen Versorgungsgrad aufweisen, der nur geringfügig über der – im SGB V definierten – Grenze für eine medizinische Unterversorgung von 75 % liegt.

Als Folge der ungleichen Versorgungssituation ist zu erwarten, dass mobile Einwohner aus den ländlichen Gemeinden verstärkt in den Mittelzentren niedergelassene Hausärzte aufsuchen. Dies wird insbesondere im nördlichen Teil des Landkreises der Fall sein. Verlierer dieser Entwicklung werden vor allem die zahlenmäßig stark zunehmenden alten Menschen sein, die häufig mobilitätseingeschränkt sind und an mehreren Krankheiten leiden. Die Versorgung dieser Patientengruppe kann aus heutiger Sicht nicht in ausreichender Form gewährleistet werden.

Szenarien der hausärztlichen Versorgungssituation bis zum Jahr 2020

In Anlehnung an die Steuerungsmöglichkeiten durch die Raumordnung wurden

für den Landkreis Hersfeld-Rotenburg zwei gegensätzliche Szenarien für die hausärztliche Versorgungssituation bis zum Jahr 2020 projiziert, die angesichts der teilräumlichen Unterschiede auch parallel zueinander angewendet werden können.

a) dezentrale Hausarztversorgung

Dieses Szenario lehnt sich an die Vorgaben des Regionalplans Nordhessen an, nach dem die Grundzentren – im Landkreis Hersfeld-Rotenburg ist jede Gemeinde Grundzentrum – Standorte für die ärztliche Grundversorgung sein sollen¹⁰. Hier soll erreicht werden, dass in allen Gemeinden des Landkreises etwa 50 % der Hausärzte einen Nachfolger finden, d. h. die Nachfolgequote soll in den Grundzentren auf 50 % erhöht werden,

in den Mittelzentren entsprechend reduziert werden.

Zentrale Elemente des Szenarios der dezentralen Hausarztversorgung sind neben allgemeinen Maßnahmen wie der Erhöhung der Niederlassungszahlen (eher theoretischer Ansatz!), „Kooperationspraxen“ und „Landarztträume“.

Das Konzept der Kooperationspraxis soll in Gemeinden zum Tragen kommen, die ohne eigenen Hausarzt sind, womit dort die hausärztliche Versorgung aufrechterhalten werden kann. Hierbei halten die Hausärzte aus den umliegenden Gemeinden an unterschiedlichen Tagen ihre Sprechstunde in der Praxis des in Rente gegangenen Arztes bzw. in geeigneten Räumlichkeiten ab. Dies wäre durch die – neuerdings mögliche – Einrichtung einer externen Betriebsstätte realisierbar.

Ferner könnten kommunale Verwaltungen in diesem Zusammenhang evtl. über die Schaffung von Anreizen für die Ansiedlung von jungen Arztfamilien nachdenken. Zu überlegen wäre etwa das Angebot, Praxisräume in Gemeindezentren sowie Wohnraum kostengünstig bereitzustellen. Der Nutzen einer ärztlichen Grundversorgung vor Ort könnte die für die Gemeinde entstehenden Mehrkosten überwiegen, sei es durch eine zufriedenerere Bevölkerung, Verkehrsvermeidung oder Standortvorteile bei potentiellen Ansiedlungen.

Die Landarztträume sind i. W. an die Bevölkerungsdichte gekoppelt. Das bedeutet, dass Gemeinden, in denen die Bevölkerungsdichte unter 100 EW/km² beträgt, als sogenannte Landarztträume gekennzeichnet werden. Dort sollen Hausärzte einen Honorarzuschlag um ca. 25 % – evtl. höher bei Hausbesuchen und Notdiensten – erhalten. Denkbar ist ferner auch eine Integration der Hausarztversorgung in die Regionalplanung in

¹⁰ Regierungspräsidium Kassel (Hrsg.) (2006): Regionalplan Nordhessen 2006, Anhörungs- und Offenlegungsentwurf: S. 30, Kassel

den Grundzentren, etwa als „Standorte für soziale Infrastruktur“.

Außerdem könnten die KVen den Status einer „besonders förderungswürdigen Landarzt-Niederlassung“ kreieren, die über einen gewissen Zeitraum u.a. finanzielle Starthilfen, intensive Niederlassungsbetreuung, Regressbefreiung, garantiert kurze Beratungswege sowie spezialisierte Ansprechpartner bei der KV genießen würden.

b) zentrale Hausarztversorgung

In diesem Szenario wird die ärztliche Grundversorgung durch Hausärzte auf die zentralörtliche Stufe der Mittelzentren übertragen. Der Handlungsansatz ist als Alternative gedacht, falls eine dezentrale, patientengerechte Hausarztversorgung durch die oben beschriebenen Maßnahmen künftig nicht sichergestellt werden kann. Hierbei wird die hausärztliche Versorgung über medizinische Versorgungszentren sichergestellt, in denen mehrere Hausärzte sowie Fachärzte gemeinsam tätig sind.

Vergleich der beiden Handlungsansätze

Aus Sicht der Patienten ist eine dezentrale hausärztliche Versorgung aufgrund der kurzen Wege, des persönlichen Vertrauensverhältnisses zwischen Hausarzt und Patienten sowie der sozialen und familiären Umfeldkenntnisse zu präferieren.

Aus Sicht der Ärzte ist die Arbeitsbelastung in den ländlichen Gemeinden bei der dezentralen Versorgung durch die häufig anfallenden Bereitschaftsdienste relativ hoch, weshalb für sie die zentrale Versorgung die angenehmere Alternative sein dürfte. Ferner verursacht der dezentrale Handlungsansatz zunächst höhere Kosten, z. B. für den Gehaltszuschlag der „Landärzte“, die ggf. nicht vom Gesundheitssystem getragen werden können.

Die medizinischen Versorgungszentren bieten den Ärzten u.a. wirtschaftliche Vorteile und geregelte Arbeitszeiten. Von den Autoren wird dennoch im Sinne einer patientengerechten Versorgung eine dezentrale hausärztliche Versorgung präferiert.

Ausblick

Im Vergleich mit anderen Regionen Deutschlands oder Europas ist die Entwicklung der hausärztlichen Versorgungssituation im Landkreis Hersfeld-Rotenburg nicht wesentlich dramatischer. Auf jeden Fall verschlechtert sich die Situation jedoch gegenüber heute deutlich. Da ein Hausarzt zukünftig mehr Einwohner zu versorgen hat, werden die Wartezeiten und die Wege für Patienten länger. Gleichwertige Lebensverhältnisse in allen Räumen Deutschlands, wie sie in § 1 (2) ROG gefordert werden, scheinen damit aus Sicht der medizinischen Versorgung nicht gewährleistet. Es besteht in

dieser Thematik dringender Handlungsbedarf, da es nicht soweit kommen sollte, dass kranke Menschen unzureichend behandelt werden, nur weil sie in einem ländlichen, abgelegenen Raum leben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Martin Ebel
Lüderitzstraße 42
36251 Bad Hersfeld
E-Mail: Ebel.Martin@t-online.de

Literatur

Bächle, Matthias, Burghaus, Sophia, Michaelis, Stefanie (2007): *Wenn sich Fuchs und Hase gute Nacht sagen – Tragfähigkeitsprobleme und Entwicklungsperspektiven peripherer Räume; Land sucht Landarzt – Hausärztliche Versorgungssituation im Landkreis Hersfeld-Rotenburg (studentisches Projekt an der Universität Kassel) Bedarfsplanungsrichtlinien – Ärzte vom 9. März 1993, zuletzt geändert am 21. Februar 2006* Forschungs- und Entwicklungsgesellschaft Hessen mbH (FEH) (2004): *Bevölkerungsvorausschätzung für die hessischen Landkreise und kreisfreien Städte bis 2050* Homepage Hessisches Statistisches Landesamt: *Einwohnerzahl Lkr. Hersfeld-Rotenburg – Dezember 2008, April 2008* – <http://www.statistik-hessen.de/themenauswahl/bevoelkerung-gebiet/regionaldaten/gebiet-bevoelkerungsstand-und-vorgaenge/index.html> Homepage Kassenärztliche Vereinigung (KV) Hessen www.kvhessen.de: *Ärzterregister, 12/2006, 4/2008* Kopetsch, Thomas (2005): *Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus, Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, 3. Auflage, Berlin* Sozialgesetzbuch (SGB) *Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477).*

ANZEIGENSCHLUSS:

Februar-Ausgabe 6. 1. 2009

März-Ausgabe 4. 2. 2009

Sind Kooperationspraxen, Landarztträume und Medizinische Versorgungszentren die Lösung des hausärztlichen Nachwuchsmangels?

(Kommentar zu Artikel M. Bächle et al. auf Seite 13)

M. Bächle et al. weisen in ihrem Beitrag am Beispiel des hessischen Landkreises Hersfeld-Rotenburg auf einige wichtige Aspekte hin, die in der derzeitigen, breiten öffentlichen Diskussion über die Entwicklung der Bevölkerung und ihrer ambulanten ärztlichen Versorgung häufig unterschätzt oder überhaupt nicht berücksichtigt werden. Dazu gehört, dass die ‚Überalterung‘ und die sich daraus für die bedarfsgerechte, wohnortnahe, ambulante, medizinische und pflegerische Versorgung ergebenden Probleme in vielen ländlichen Gebieten wahrscheinlich wesentlich schneller und gravierender als in durch Zuwanderung von Personen im Erwerbsalter entlasteten städtischen Verdichtungsräumen spürbar werden.

Eine ‚alte‘ Bevölkerung unterscheidet sich hinsichtlich des **medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarfes** erheblich von einer ‚jungen‘:

1. Der Gesamtbedarf an ärztlichen und sonstigen Versorgungsleistungen ist bei Älteren wesentlich höher.
2. Multimorbidität und chronische Erkrankungen erfordern ein anderes Spektrum von Gesundheitsleistungen.
3. Viele ältere Menschen leben in Einzelhaushalten und/oder sind in ihrer Mobilität eingeschränkt. Sie benötigen also medizinische Versorgung in erreichbarer Nähe und/oder sogar in ihrer Wohnung. Sie können sich schon bei vorübergehenden gesundheitlichen Einschränkungen oft nicht mehr alleine versorgen und benötigen dann Hilfe auch zur persönlichen Lebensführung. Familie, Nachbarschaft etc. leisten dies schon heute nur noch

in beschränktem Maße und werden in Zukunft noch weniger zur Verfügung stehen.

4. Die Konzentration der stationären Versorgung auf überregionale Zentren mit Schließung zahlreicher wohnortnaher Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung mag unter dem Aspekt medizinischer Prozessqualität der Krankenhausleistungen Vorteile bringen. In Verbindung mit dem ökonomischen Druck auf die Krankenhäuser, die Verweilzeiten ihrer Patienten immer weiter zu verkürzen, führt sie aber zu einer ständig wachsenden Belastung der ambulanten Gesundheitsversorgung durch niedergelassene Ärzte, ambulante Pflege, etc., für die keine adäquaten Strukturen vorhanden sind. Außerdem folgen dieser Verlagerung von Leistungsbedarf aus den Krankenhäusern heraus nicht im gleichen Maße auch finanzielle Mittel in die ambulante Versorgung. Die vom Gesetzgeber (§ 116b SGB V) geförderte Möglichkeit zu ambulanten ärztlichen Leistungen werden vor allem größere, von strukturschwachen ländlichen Gebieten eher weit entfernte Krankenhäuser nutzen.

Die Methoden der vertragsärztlichen Bedarfsplanung und Möglichkeiten der Niederlassungssteuerung werden diesen strukturellen Veränderungen des Versorgungsbedarfes noch nicht ausreichend gerecht.

Auch die **ärztliche Nachwuchssituation** bietet wenig Anlass zu Optimismus. Aus einer Vielzahl von Gründen zeichnet sich ein allgemeiner Mangel an qualifiziertem ärztlichem Nachwuchs ab. Diese Ten-

denz wird natürlich am schnellsten und schmerzlichsten zu Versorgungsengpässen in den Bereichen ärztlicher Tätigkeit führen, die für die nachwachsende Ärztegeneration wenig attraktiv sind und/oder wo zusätzlich aufgrund der Alterstruktur in den nächsten Jahren sehr viele Ärzte ihre Berufstätigkeit beenden werden. Eine Hinausschiebung der Altersgrenze z. B. für Vertragsärzte wird daran nur wenig ändern, wenn diese heute schon – aus sehr vielfältigen und nicht nur finanziellen Gründen – mit ihren Arbeitsbedingungen nicht zufrieden sind.

Beide Faktoren betreffen ländliche, strukturschwache Regionen und die dort eine wichtige Rolle spielende hausärztliche Versorgung in besonderem Maße. Die Medizin wird weiblich, d. h. schon heute sind über 60 % der Medizin Studierenden Frauen.

Diese Ärztinnen müssen Familie, die eigene Berufstätigkeit und die ihrer Ehemänner (Die sicher nicht wie früher viele ‚Landarztfrauen‘ als Helfer in der Praxis ihrer Ehepartner/innen ihre Erfüllung sehen dürften.) in Einklang bringen. Eine Tätigkeit als ‚Hausärztin auf dem Land‘ bietet dafür sicher nicht die besten Voraussetzungen.

Die Autoren beschreiben als mögliche Problemlösung ein **Steuerungsmodell der „dezentralen Hausarztversorgung“ mit „Kooperationspraxen und Landarztträumen“** und bei dessen Versagen eine „zentrale Hausarztversorgung“ über „medizinische Versorgungszentren“.

Das entscheidende Problem auch solcher Organisationsmodelle ist aber, ob und wie sie für die einzelne Ärztin, den einzelnen Arzt überzeugend eine attraktive Berufsausübung erwarten lassen. Der-

zeit stehen den KVen dafür noch keine ausreichenden Instrumentarien zur Verfügung. Was die Autoren unter Medizinischen Versorgungszentren verstehen, bleibt unscharf. Wie auch immer diese konstruiert sein sollen, werden sie am ehesten noch die ambulante fachärztliche Versorgung in, wie es Bächle et al.

beschreiben, „Mittelzentren“ verbessern können; das Problem der wohnortnahen, bedarfsgerechten, hausärztlichen Versorgung in kleineren Gemeinden dünner besiedelter ländlicher Regionen werden sie kaum lösen.

Wichtig wäre hierfür, die den Patienten ‚aktiv aufsuchende und führende, per-

sönliche Leistung‘ von Hausärzten und in deren Verantwortung tätigen qualifizierten Medizinischen Fachangestellten besser anzuerkennen.

*Roland Kaiser, Leiter Qualitätssicherung
Versorgungsmanagement und
Gesundheitsökonomie der LÄKH*

Briefe an die Schriftleitung

„Werden Sie bitte einer unserer neuen Hausärzte im XX-Kreis“

So wirbt ein Landtagsabgeordneter für seine Region

Sehr geehrte Damen und Herren, ich wende mich mit diesem Schreiben an Sie, weil ich Sie einladen möchte, bei uns im XX-Kreis eine neue Heimat zu finden. Werden Sie bitte eine unserer neuen Hausärztinnen oder einer unserer neuen Hausärzte!

Der XX-Kreis ist für mich der schönste Platz in Deutschland, weil er neben seinem gesunden und natürlichen Landschaftsbild und seiner Familienfreundlichkeit auch über eine ideale und moderne Infrastruktur für weit über 400.000 Menschen verfügt. Innerhalb kürzester Zeit erreicht man zum ausführlichen Shoppen und Ausgehen von jedem Ort des Kreises nicht nur unsere heimischen Städte, sondern auch die nahe gelegenen Städte A und B.

Das Freizeitangebot ist geprägt von unserer Natur und unserem Vereinsleben. Seien es unsere Golfplätze, die wunderschönen Fahrrad- und Wanderrouten, die unzähligen Tennis- und Fußballplätze, die Reitmöglichkeiten, die Schwimmbäder

und Saunalandschaften oder das vielfältige kulturelle Angebot: im XX-Kreis lässt sich jedes Hobby für die ganze Familie verwirklichen. Während unsere Natur und unsere Erholungsorte viele Touristen zum Urlaub in unseren Kreis locken, müssen wir für unsere Reisen nur schnell zum Frankfurter Flughafen fahren und sind

damit mit der ganzen Welt verbunden. Da viele Menschen aus dem XX-Kreis jeden Tag zum Arbeiten in das Rhein-Main-Gebiet pendeln, wissen wir, wie wichtig ein reichhaltiges Freizeitangebot in unserer Heimat für uns und unsere Ausgeglichenheit ist. Diese Gemeinsamkeiten außerhalb unserer Arbeitswelt wirken sich

auch spürbar auf unsere Herzlichkeit und unsere Fröhlichkeit aus.

Unsere Familien sind der wichtigste Bestandteil unseres gemeinschaftlichen Zusammenhalts. Das spiegelt sich besonders in unserem Umgang mit unseren Kleinsten wider. Eine Besonderheit des XX-Kreises ist es, das wir überall, selbst im ländlichen Raum, eine wohnortnahe Versorgung durch Grundschulen bieten können. Zudem hat der XX-Kreis in einem einzigartigen Kraftakt erreicht, dass an nahezu allen unserer vielen Schulen Sozialarbeiter eingesetzt werden und das, obwohl wir in der glücklichen Lage sind, verhältnismäßig wenige Konflikte an unseren Schulen erleben zu müssen. Unsere Vereine übernehmen an dieser Stelle ebenfalls eine wichtige Rolle, da hier die individuellen Talente unserer Kinder gefördert werden können und damit ein sozialer Umgang miteinander begünstigt wird.

Sie werden sich persönlich davon überzeugen können, wie schön es ist, hier zu leben!

Mit knapp 270 Allgemeinmedizinern ist der XX-Kreis laut der Kassenärztlichen Vereinigung gut ausgestattet. Nun erstreckt sich unser Kreis aber über eine Fläche von 1.397,5 km² und ist damit der größte Landkreis in Hessen. Während in unseren größeren Städten, wie der Märchenstadt Y oder der malerischen Barbarossastadt Z, eine sehr gute Versorgung gewährleistet ist, leiden kleinere Gemeinden unter einem Ärztemangel. Verstärkt wird dieser Zustand, da in den kommenden Jahren, viele Hausärztinnen und Hausärzte des Kreises in den wohlverdienten Ruhestand gehen werden. Ein ähnliches Bild zeichnet sich leider auch für viele Fachärzte ab.

Mit zwei Beispielen möchte ich Ihnen unsere hausärztliche Situation näher erläutern:

1. Die Gemeinde
..... ist mit seinen vier Ortsteilen malerisch in den hessischen Spessart eingebettet. Der Naturpark Spessart ist eines der größten Waldgebiete Deutschlands. Auf über 50 km² leben rund 3.900 Menschen im Tal der, von denen auch hier viele jeden Tag nach Frankfurt pendeln. Eine der beiden Arztpraxen ist seit Mai 2008 nicht mehr besetzt. Der einzige praktizierende Arzt wird noch dieses Jahr sein 67. Lebensjahr vollenden. Die Bürger müssen auf Allgemeinmediziner anderer Gemeinden ausweichen. Das hat zur Folge, dass einige Praxen in der benachbarten Kurstadt keine Patienten mehr aufnehmen können. Die Suche nach neuen Ärzten für die leerstehende Praxis musste nun auf Österreich und Polen ausgeweitet werden.
2. Stadt
Die Stadt verfügt neben seiner historischen Altstadt und der Nähe zum wunderschönen Vogelsberg über einen stark ausgeprägten Einzelhandel und ist so Anziehungspunkt für jung und alt. Besonders die nahe gelegene Autobahn 66 macht hier ein schnelles Einkaufen möglich. Weltweit bekannt ist für das Markenzeichen der Keramik. Vor über einem Jahr musste eine Hausarztpraxis krankheitsbedingt geschlossen werden. Eine Nachfolge zeichnet sich nicht ab. Eine weitere Praxis wurde aus Altersgründen geschlossen, diese Zulassung wurde jedoch von der Kassenärztlichen Vereinigung in das 40 Kilometer entfernte übertragen. In den nächsten drei bis fünf Jahren werden drei weitere Hausärzte aus Altersgründen ihre Tätigkeit einstellen.

Ich möchte Ihnen verdeutlichen, dass es im XX-Kreis leicht möglich ist, eine wirt-

schaftlich funktionierende Praxis zu etablieren. Wie in den Beispielen der Stadt und der Gemeinde sind es hier nicht die fehlenden finanziellen Mittel, die zur Schließung einer Hausarztpraxis führen. Unsere Erfahrungen haben zudem gezeigt, dass neue Hausärzte von den Bürgerinnen und Bürgern herzlich aufgenommen werden und sich schnell eine große Anzahl von Patienten findet.

Auf politischer Ebene engagieren wir uns seit geraumer Zeit, damit durch die Kassenärztliche Vereinigung eine gerechte Verteilung in der vertragsärztlichen Versorgung in unserem Kreis gewährleistet werden kann. Ich schreibe Sie aber nicht an, um Ihnen mitzuteilen, dass wir eng mit der Kassenärztlichen Vereinigung in Kontakt stehen.

Ich schreibe Sie an, weil wir darauf angewiesen sind, Menschen wie Sie für unseren XX-Kreis begeistern zu können. Denn die Entscheidung, ob unsere Region eine gute ärztliche Versorgung für seine Bürgerinnen und Bürger erbringen kann, liegt nicht an der Kassenärztlichen Vereinigung oder uns Politikern. Es liegt bei Ihnen, sich für eine hausärztliche Tätigkeit bei uns zu entscheiden. Die Menschen im XX-Kreis werden alles daran setzen, Ihnen eine schöne Zukunft bei uns zu ermöglichen.

Ich lade Sie ein, uns zu besuchen. Lernen Sie den XX-Kreis und seine Menschen kennen, denn ich weiß, dass die Entscheidung für eine eigene Praxis, gut überlegt sein will und von vielen Faktoren abhängt. Ein Faktor ist immer die individuelle Vision, die Vorstellung wie man sein Leben verbringen und gestalten möchte. Ich möchte Ihnen meine Hand reichen und Ihre Entscheidung für unseren XX-Kreis ein wenig erleichtern. Bitte nehmen Sie mit uns Kontakt auf.

Mitglied des Hessischen Landtags

31. Oktober 2008

Zertifizierte Fortbildung VNR 2760602009013710009

Kardiologische Aspekte der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung

Martin Dürsch

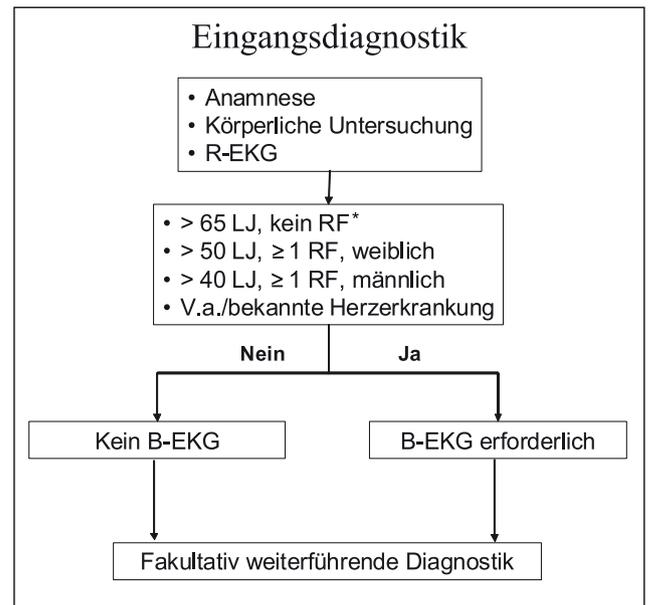
Unter körperlicher Belastung besteht ein erhöhtes **relatives** Risiko kardiovaskulärer Ereignisse [1, 2, 3]. Das **absolute** Risiko belastungsinduzierter Ereignisse ist jedoch sehr gering. Regelmäßige körperliche Aktivität kann das Risiko für sowohl sportinduzierte als auch sportunabhängige Ereignisse reduzieren [4, 5, 6, 7, 8], so dass ein prognostischer Netto-Nutzen resultiert. Große epidemiologische Studien und Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien konnten eindeutig nachweisen, dass regelmäßige körperliche Ausdaueraktivität mit einer Reduktion der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität assoziiert ist [9, 10, 11, 12, 13]. Eine wesentliche Aufgabe der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung besteht darin, die Risiken sportlicher Aktivität aufzudecken und den Sport treibenden Menschen anzuleiten, einen optimalen Nutzen aus dem Training zu ziehen.

Dass durch Screeninguntersuchungen Sporttodesfälle verringert werden können, wird in einer Längsschnittuntersuchung an jungen Athleten von Corrado et al. gezeigt [14]. Durch verpflichtende Einführung einer sportmedizinischen Diagnostik verringerte sich die Zahl des plötzlichen Herztodes von anfänglich 3,6 auf 0,4 Tote pro 100.000 Personen signifikant, während sie in einer Vergleichsgruppe ohne Untersuchung unverändert blieb. Die kürzlich im Deutschen Ärzteblatt von Leyk et al. veröffentlichte Studie [15] zur Inanspruchnahme und Durchführung sportärztlicher Vorsorgeuntersuchungen belegt, dass in Deutschland nur etwa die Hälfte aller befragten Ausdauersportler sportmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nimmt. Neu-/Wiedereinsteiger nutzen das Angebot seltener als leistungsorientierte Sport-

ler (42,0% vs. 59,9%). Unter dem Aspekt der Prävention müssten aber gerade die untrainierten „Sportler“ häufiger untersucht werden, denn sie unterliegen einem bis zu 50 mal höheren Risiko sportassoziierter kardiovaskulärer Zwischenfälle als trainierte, regelmäßig aktive Menschen [2]. Aus der Untersuchung von Leyk wird weiterhin die teils mangelhafte Qualität der sportmedizinischen Untersuchung deutlich. So geben mehr als 15% der befragten Läufer an, dass im Rahmen der Diagnostik keine körperliche Untersuchung stattfand. Ein Ruhe-EKG wurde nur bei 67,4% der Untersuchten durchgeführt.

Inhalt der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung

Die Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) hat 2007



*RF = Kardiovaskulärer Risiko-Faktor

Leitlinien zur Durchführung der sportärztlichen Vorsorgeuntersuchung im Freizeit- und Breitensport veröffentlicht (download unter www.dgsp.de/_downloads/Leitlinien/S1_Leitlinie.pdf). Allen Neu-/und Wiedereinsteigern wird unabhängig vom Lebensalter – vom Kind bis zum Senior – eine leitlinienorientierte Eingangsdagnostik empfohlen.

Unverzichtbarer Bestandteil der Untersuchung ist die Anamnese. Diese gliedert sich in einen Fragebogen, der von der zu untersuchenden Person selbst ausgefüllt wird und eine standardisierte Anamnese, die der Arzt im persönlichen Gespräch erarbeitet.

Die obligate körperliche Untersuchung orientiert sich gleichfalls an einem Punktekatalog, der auf der Internet-Seite der DGSP heruntergeladen werden kann. Als einzige, für jeden verpflichtende, apparative Untersuchung wird ein 12-Kanal-Ruhe-EKG (R-EKG) gefordert. Die Notwendigkeit eines Belastungs-EKG (B-EKG) ist abhängig vom Risiko einer KHK, oder einer bereits bekannten Herzerkrankung. Andere Untersuchungen wie Echokardiographie, Spirometrie, Laboruntersuchungen etc. gelten als fakultativ. Das heißt, sie werden nur angefordert, wenn sich aus den obligaten Untersuchungsschritten der Verdacht einer entsprechenden Erkrankung ergibt.

Eingangsdagnostik bei Neu-/Wiedereinsteigern mit niedrigem KHK-Risiko

Die oben definierte Personengruppe, für die kein Belastungs-EKG gefordert wird, besitzt ein niedriges KHK-Risiko. Warum benötigen aber diese meist noch jugendlichen Menschen überhaupt eine Vorsorgeuntersuchung?

Es gibt Menschen, die aufgrund einer genetischen Veranlagung während sportlicher Aktivität einem erhöhten Risiko für einen plötzlichen Herztod ausgesetzt sind. In guter Absicht gefährden sie sich durch Sport, ohne es zu wissen. Wegen der niedrigen Prävalenz darf die Wahrnehmung des Untersuchers für die typischen Merkmale dieser Erkrankungen in der Alltagsroutine nicht nachlassen.

Unter den genetischen kardiovaskulären Erkrankungen mit erhöhtem Risiko für

belastungsassoziierten plötzlichen Herztod fasst die American Heart Association zusammen [16]: Hypertrophische Kardiomyopathie (HCM), arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie (ARVC), Marfan Syndrom, Ionenkanal-Anomalien wie Long-QT Syndrom (LQTS) und Brugada Syndrom, catecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachycardie (CPVT). Die Prävalenzen bewegen sich zwischen 1:500 (z.B. HCM) und >2:10.000 (CPVT). Bei der großen Zahl sportlich aktiver Jugendlicher muss somit doch mit einer gewissen Häufigkeit an nicht diagnostizierten Erkrankten gerechnet werden.

Ist es denn mit den vergleichsweise bescheidenen Mitteln, der oben empfohlenen, obligaten Untersuchungsschritte der Eingangsdagnostik möglich, Hinweise für das Vorliegen dieser Erkrankungen zu finden?

Grundsätzlich spielt die Familienanamnese eine herausragende Rolle. Vor allem die Frage nach plötzlichen (ggf. ungeklärten) Todesfällen ist richtungsweisend. Auch zurückliegende Synkopen sollten immer beachtet werden. Im einzelnen zeichnen sich die genetischen kardiovaskulären Erkrankungen mit erhöhtem belastungsassoziiertem Risiko durch folgende Merkmale aus:

1 HCM (hypertrophische Kardiomyopathie)

Die HCM gilt als häufigste Ursache eines plötzlichen Herztodes im Wettkampfsport (36 %) < 35. LJ. Die obstruktive Form (HOCM) macht sich bei der körperlichen Untersuchung als Pulsus bisferiens und spindelförmiges Systolikum bemerkbar. Typisch ist die variable Geräuschintensität, z.B. bei Valsalva (Zunahme) und Beinhochhalten (Abnahme). Die häufigere nicht obstruktive Form (HNCM) entzieht sich dem klinischen Nachweis. Es finden sich aber EKG-Ver-

änderungen mit zum Teil extrem ausgeprägten Linkshypertrophiezeichen. Descendierende ST-Strecken anterolateral sollten Anlass zu einer Echokardiographie geben.

2 ARVC (arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie)

Neben (familien-)anamnestischen Hinweisen können EKG-Veränderungen richtungsweisend sein:

- T-Negativierungen in den rechtspräkordialen Ableitungen bei Alter > 12 Jahre ohne Rechtsschenkelblock
- Epsilon-Potential oder QRS-Verbreiterung $\geq 0,11$ Sek. ausschließlich in V_{1-3}
- VES mit linksschenkelblockartiger Deformation und inferiorer Achse
- Häufige VES (> 1.000/24 h)
- Weitere Informationen sind unter www.arvd-arvc-info.com zu finden.

3 Marfan Syndrom

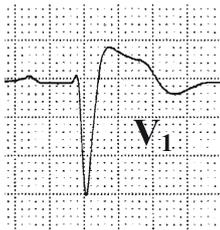
Beim Marfan Syndrom fallen u.U. anatomische Merkmale bei der körperlichen Untersuchung auf. Die Hauptursache des plötzlichen (Sport-)Todes sind Aneurysmaruptur und Mitralinsuffizienz. Abgesehen von eventuellen Herzgeräuschen, machen sich diese Risiken ohne sonstige apparative Diagnostik jedoch nicht bemerkbar. Es sind die möglicherweise nur schwach ausgeprägten phänotypischen Veränderungen, die Anlass zur weiterführenden Diagnostik geben sollten: Hochwuchs, Kiel-/Trichterbrust, positives Daumen-/Handgelenkzeichen, Armspanne/Körpergröße > 1,05, Ellenbogenstreckdefizit > 170°, Verlagerung der Augenlinse, hoher gotischer Gaumen mit Zahnfehlstellung, Striae, rezidivierende Leistenbrüche, Z. n. Spontanpneumothorax. Die Kriterien werden in der Gent-Nosologie (1996) zusammengefasst und können unter www.marfan.de/marfan/diagnosebogen.pdf heruntergeladen werden.

4 LQTS (Long-QT Syndrom)

Hauptmerkmal des long-QT Syndroms ist das im Obflächen-EKG nachweisbare verlängerte QT-Intervall. Nach der Bazett-Formel ($QTc = QT(\text{Sek.})/\sqrt{RR(\text{Sek.})}$) wird aus dem QT-Intervall der QTc-Wert berechnet. Pathologisch gilt bei Männern ≥ 450 ms bei Frauen ≥ 460 – 470 ms. Für die Diagnosesicherung sind anamnestische Angaben zu früh verstorbenen Angehörigen oder unklare Synkopen von Bedeutung. Allgemein anerkannt ist der Score nach Schwartz PJ et al. mit dessen Hilfe die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens eines LQTS bestimmt wird. (www.cardio-med.de/pdf/kammerflimmern.pdf)

5 Brugada Syndrom

Das EKG zeigt ein Rechtsschenkelblock-ähnliches Bild mit ST-Hebungen in den Ableitungen V_1 – V_3 – typisch ist das R' mit sattelförmiger oder zeltförmig-deszendierender ST-Elevation. Die Veränderungen können allerdings intermittierend auftreten. Fragen nach frühverstorbenen Familienangehörigen und Synkopen sind weitere Anhaltspunkte. Wichtig ist, dass der Arzt bei einem „ungewöhnlichen Rechtsschenkelblock“ in der Screening-Diagnostik richtig reagiert. (www.cardio-med.de/pdf/Brugada-Syndrom.pdf)



6 CPVT (catecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachycardie)

Pathognomonisch sind belastungsinduzierte Synkopen bei Kindern > 3 Jahre. Sie werden häufig als epileptische Anfälle verkannt. Es sollte versucht werden die hämodynamisch bedeutsamen ventrikulären Tachycardien im EKG zu dokumentieren. Die Diagnose wird letztlich nach Ausschluss

anderer Erkrankungen gestellt. (www.genetests.org/profiles/cvt/index.html) Angenommen, es wird eine Erkrankung mit erhöhtem genetischen Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse festgestellt oder vermutet, so entspricht es dem allgemeinen Konsens, diese Personen vom Wettkampfsport auszuschließen. Sollte man aber jegliches körperliches Training verbieten? Gerade bei Kindern und Jugendlichen bedeutet Sport einen wesentlichen Bestandteil der gesundheitlichen Entwicklung.

Das internationale Gremium der American Heart Association hat Empfehlungen für Freizeit- und Ausgleichssport bei Menschen < 40 Jahre mit erhöhtem genetischen Risiko für plötzlichen Herztod herausgegeben (siehe Tabelle 1). Sie sollten Anwendung finden, wenn bei diesen Erkrankungen noch keine Komplikationen, wie z. B. Synkopen und beeinträchtigende Symptome aufgetreten sind. Auch für ICD-Patienten oder Herzoperierte gelten u. U. abweichende Empfehlungen. Es sollte andererseits ein klinisch manifestes Krankheitsstadium vorliegen. Für genotypisch positive/phenotypisch negative Individuen ist bislang ungeklärt, ob überhaupt eine Trainings-Einschränkung ausgesprochen werden muss.

Folgende allgemein gültige Empfehlungen für den Freizeit- und Ausgleichssport bei genetischer kardiovaskulärer Erkrankung wurden formuliert:

- Plötzliche abrupte Bewegungen, wie Sprints oder schnelles Beschleunigen bzw. Abbremsen – wie es in Ballsportarten z. B. Basketball erforderlich ist – sollten vermieden werden.
- Ausdauersportarten mit gleichmäßigem Energieumsatz sind zu bevorzugen.
- Kein Training bei extremen Umweltbedingungen, wie Hitze ($> 27^\circ$), Kälte ($< 0^\circ$), hoher Luftfeuchtigkeit oder in großer Höhe.

- Trainingsprogramme mit dem Ziel einer Leistungssteigerung und Ausschöpfung der eigenen körperlichen Reserven sollten gemieden werden.
- Häufige Pausen sollten eingelegt werden, z. B. kein kontinuierlicher Ski-Abfahrtslauf über den ganzen Tag, sondern begrenzte kleine Etappen.
- Sportarten mit potentiellen plötzlichen Stress-Situationen, wie Schwimmen, Tauchen, plötzliche laute Geräusche sollten vor allem von Patienten mit LQT und ARVC gemieden werden – hier stellen „Katecholamin-Exzesse“ ein Trigger für ventrikuläre Tachycardien dar.
- Intensive statische Anstrengungen, wie freies Gewichtheben oder Klettern, können wie bei einem Valsalva-Manöver eine Obstruktion des linksventrikulären Ausflustraktes bei HCM-Patienten provozieren. Bei Marfan-Patienten verstärkt sich der Wand-Stress auf die Aortenmedia und begünstigt eine Ausweitung.
- Grundsätzlich sollten bei Erkrankungen mit drohender Bewusstlosigkeit alle Sportarten gemieden werden, bei denen dadurch das Verletzungsrisiko stark ansteigt. Hierzu zählen z. B. Eishockey, Tauchen, Klettern, Motorsport, Reiten, etc.
- In Vergnügungsparks sollte von Achterbahnfahrten und anderen aufregenden „Attraktionen“ Abstand genommen werden. Auch Extremsportarten wie Bungeejumping oder Fallschirmspringen sind ungeeignet.

Eingangsdiagnostik bei Neu-/Wiedereinsteigern mit erhöhtem KHK-Risiko bzw. bei bekannter Herzerkrankung

Nach Anamnese, körperlicher Untersuchung und Ruhe-EKG muss zunächst geprüft werden, ob eine Kontraindikation

Tabelle 1: Empfohlene Intensitätsgrade für unterschiedliche Sportarten bei genetisch erhöhtem belastungsinduziertem kardiovaskulären Risiko in Anlehnung an die Empfehlungen der American Heart Association [16]

0–1 generell nicht empfohlen; 2–3 intermediäres Risiko, eher nicht zu empfehlen, nur nach individuellen klinischen Kriterien zu entscheiden; 4–5 aller Wahrscheinlichkeit nach unbedenklich

Intensitätsgrad Sportart	HCM	LQTS	Marfan Syndrom	ARVC	Brugada Syndrom
Hoch					
Basketball	0	0	2	1	2
Body building	1	1	0	1	1
Eishockey	0	0	1	0	0
Squash	0	2	2	0	2
Klettern	1	1	1	1	1
Kurzstreckenlauf	0	0	2	0	2
Ski-Abfahrtslauf	2	2	2	1	1
Ski-Langlauf	2	3	2	1	4
Fußball	0	0	2	0	2
Tennis (Einzel)	0	0	3	0	2
Windsurfing	1	0	1	1	1
Moderat					
Fahrrad fahren	4	4	3	2	5
Motorsport	3	1	2	2	2
Joggen	3	3	3	2	5
Segeln	3	3	2	2	4
Schwimmen	5	0	3	3	4
Tennis (Doppel)	4	4	4	3	4
Ergometertraining	5	5	4	3	5
Gewichtheben (frei)	1	1	0	1	1
Wandern	3	3	3	2	4
Niedrig					
Bowling	5	5	5	4	5
Golf	5	5	5	4	5
Reiten	3	3	3	3	3
Tauchen	0	0	0	0	0
Skaten	5	5	5	4	5
Schnorcheln	5	0	5	4	4
Gewichte (Dynamisches Krafttraining)	4	4	0	4	4
Walking	5	5	5	5	5

zur Durchführung eines Belastungs-EKG besteht. Als Kontraindikationen eines maximalen Belastungstests gelten die

Erkrankungen, die auch eine Trainings-therapie verbieten (z. B. Lungenembolie, Aortendissektion, systemische Infekti-

onen, hochgradige Aortenstenose) [17]. Grundsätzlich müssen die Trainingsanwärtler in einem stabilen klinischen Zustand sein. Ein klinisch stabiler Zustand kann angenommen werden, wenn der Patient bewusstseinsklar und voll orientiert ist, einen systolischen Blutdruck über 100 mm Hg ohne Ruhetachykardie aufweist, und eine ergometrische Ausdauerbelastung von 25 W beschwerdefrei toleriert. Bei bereits bekannter kardialer Erkrankung dient die sportmedizinische Eingangsdiagnostik der individuellen Einschätzung des Risikos sportlicher Aktivität, der Erarbeitung eines Trainingsplans und der Auswahl einer geeigneten Sportorganisation. Bei augenscheinlich herzgesunden Probanden, bei denen das Belastungs-EKG pathologisch oder suspekt ausfällt, sollte die kardiologische Diagnostik (Echokardiographie, Herzsintigraphie, Stress-Echo, Herzkatheteruntersuchung) zunächst so lange fortgesetzt werden, bis eindeutig feststeht, ob eine sport-relevante kardiale Erkrankung vorliegt.

Da das Risiko eines Zwischenfalls von der Wahrscheinlichkeit einer KHK, bzw. bei vorhandener Herzerkrankung, von der Diagnose und dem Schweregrad abhängt, wurden von der American Heart Association Risiko-Klassen vorgeschlagen, um ein risikoadjustiertes Training zu ermöglichen. Eine modifizierte Form dieser Einteilung wird in Tabelle 2 wiedergegeben.

Aus dem Risk-Assessment der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung resultiert die Empfehlung einer geeigneten Sportorganisation (Verein, Fitnesscenter, Herzgruppe, Rehabilitationseinrichtung), in der die individuellen Bedürfnisse des Neu-/Wiedereinsteigers in Bezug auf personelle Betreuung, Monitoring und Sicherheitsstandards am besten erfüllt werden. Auch hier gibt die American

Tabelle 2: Risikoklassifizierung für kardiovaskuläre Risikopatienten modifiziert in Anlehnung an die Einteilung der American Heart Association [18]

<p>Risiko-Klasse A („Gesunde“):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kinder, Heranwachsende, Männer unter 45, Frauen unter 55 Jahren ohne Symptome einer Herzerkrankung, oder ohne bekannte Herzerkrankung, oder ohne Hauptrisikofaktoren (Rauchen, Diabetes, Hypertonie, Hypercholesterinämie) für KHK 2. Männer über 45 und Frauen über 55 Jahren ohne Symptome einer Herzerkrankung, oder ohne bekannte Herzerkrankung, und mit weniger als zwei Hauptrisikofaktoren 3. Männer unter 45 und Frauen unter 55 Jahren ohne Symptome einer Herzerkrankung, oder ohne bekannte Herzerkrankung, und mit zwei oder mehr als zwei Hauptrisikofaktoren <p>Kein Monitoring erforderlich.</p>
<p>Risiko-Klasse B (stabile kardiovaskuläre Erkrankung; niedriges Risiko für Komplikationen bei größerer körperlicher Belastung)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patienten mit KHK (Herzinfarkt, PTCA, Bypass-Operation, auffälliger Belastungstest und auffälliges Koronarogramm) in stabilem Zustand und klinisch charakterisiert wie unten 2. mit Herzklappenerkrankung (schwere Stenose oder Regurgitation ausgeschlossen) klinisch charakterisiert wie unten (angeborene Herzfehler bedürfen einer gesonderten individuellen Betrachtung) 3. mit Kardiomyopathie (EF \geq 30 %) bei stabiler Herzinsuffizienz (ausgenommen HCM oder kürzliche Myokarditis < 6 Monate) 4. mit auffälligem Belastungstest, der nicht die Klasse C trifft <p>Klinisch charakterisiert durch alle folgenden Punkte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. NYHA-Klasse I oder II 2. Leistungsfähigkeit \geq 6 METS/\geq 1,4 Watt/kg Körpergewicht 3. Keine manifesten Zeichen einer Herzinsuffizienz 4. Keine Zeichen einer myokardialen Ischämie oder Angina pectoris in Ruhe oder beim Belastungstest bei \leq 6 METS/\leq 1,4 Watt/kg Körpergewicht 5. Angemessener Anstieg des systolischen Blutdrucks während Belastung 6. Keine ventrikulären Tachykardien in Ruhe oder während Belastung <p>Fähigkeit ausreichender Selbsteinschätzung der Belastungsintensität</p> <p>Monitoring ist nur dann indiziert, wenn die Erkrankung noch nicht lange bekannt ist und die Einschätzung der Belastbarkeit dadurch trotz klinischer Stabilität weniger valide erscheint.</p> <p>Eine ärztliche Supervision bzw. ein Monitoring nur in Einzelfällen bei noch eingeschränkter Beurteilbarkeit der Belastungssicherheit bei neu entdeckten Erkrankungen erforderlich.</p>
<p>Risiko-Klasse C (mittleres bis hohes Risiko für kardiale Komplikationen bei körperlicher Belastung und/oder unfähig zur Selbstbestimmung bzw. zum Verständnis des Aktivitätsniveaus)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.–3. wie Klasse B, bei 3. EF < 30 % 4. mit nicht beherrschten komplexen ventrikulären Arrhythmien <p>Klinisch charakterisiert durch einen der folgenden Punkte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. NYHA-Klasse III 2. Ergebnis des Belastungs-Tests: <ul style="list-style-type: none"> • Leistungsfähigkeit < 6 METS/< 1,4 Watt/kg Körpergewicht • Angina pectoris oder Ischämiezeichen bei einer Belastung < 6 METS/< 1,4 Watt/kg Körpergewicht • Abfall des systolischen Blutdrucks während Belastung • nicht anhaltende ventrikuläre Tachykardie während Belastung 3. Bereits überlebter primärer plötzlicher Herztod (z. B. nicht im Rahmen eines akuten Herzinfarktes oder eines kardialen Eingriffs) 4. Ein medizinisches Problem, das durch den Arzt als potentiell lebensbedrohlich eingestuft wird <p>Ein Monitoring ist angezeigt für den Mobilisierungsbeginn vor allem, bis klinische Stabilität erreicht wurde und ein stabiles Belastungsniveau gefunden wurde, auf dem in den folgenden Wochen ein Trainingsprogramm durchgeführt werden kann. Ärztliche Supervision ist angezeigt für den Mobilisationsbeginn, z. B. in Herzgruppe.</p>
<p>Risiko-Klasse D (Instabile Patienten; körperliche Aktivität zu Trainingszwecken kontraindiziert)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patienten mit instabiler Angina pectoris 2. Schwere und symptomatische Herzklappenstenose oder – regurgitation (angeborene Herzfehler bedürfen einer gesonderten individuellen Betrachtung) 3. Manifeste Herzinsuffizienz (insbesondere NYHA-Klasse IV) 4. Nicht beherrschte Arrhythmien 5. Andere klinische Situationen, die sich unter Belastung verschlechtern

Tabelle 3: Anbieter organisierten Trainings eingeteilt nach Sicherheitsstandards und Personalqualifikation zur Betreuung kardiovaskulärer Risikopatienten (Einteilung siehe Tabelle 2), modifiziert in Anlehnung an die Einteilung der American Heart Association [19]

*AED = Automatischer externer Defibrillator, **CPR=Cardiopulmonale Rehabilitation

	Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3	Kategorie 4	Kategorie 5
Typ der Einrichtung	Nicht überwachter Raum (z. B. in Fitnessräumen) Out-Door-Sport (z. B. organisierte Lauftreffs)	Geführte Übungsgruppe Sportverein	Fitnesscenter für augenscheinlich herzgesunde Klienten	Gesundheitlich orientiertes Fitnesscenter Nachsorgegruppen	Ambulantes RehaZentrum Überwachtes Übungsprogramm Herzgruppe
Personal	Kein ausgebildetes Personal Wünschenswert: Sportausübung zu Zweit bzw. in einer Gruppe	Übungsleiter/ Sportlehrer/Gymnastiklehrer u. a.	Übungsleiter/ Sportlehrer/ Gymnastiklehrer u. a.	Qualifizierter Fachtherapeut Wünschenswert: Übungsleiterlizenz Rehabilitation – Sport in Herzgruppen	Qualifizierter Fachtherapeut mit Übungsleiterlizenz Rehabilitation – Sport in Herzgruppen
		Medizinische Basis-Kompetenz Wünschenswert: jährliche *AED/**CPR-Schulung	Medizinische Basis-Kompetenz Empfohlen Jährliche *AED/**CPR-Schulung	Ärztliche Supervision Regelmäßige *AED/**CPR-Schulung des Personals	Ärztliche Supervision fakultativ Arztpräsenz, wenn Notarzt erwartungsgemäß > 5 min nach Feststellung des kardialen Notfalls eintrifft Regelmäßige *AED/**CPR-Schulung des Personals
Versicherung		Empfohlen: Sportunfallversicherung	Empfohlen: Sportunfallversicherung	Empfohlen: Sportunfallversicherung	Empfohlen: Sportunfallversicherung
Notfall-Plan	Besprochen	Besprochen	Vorhanden in Schriftform	Vorhanden in Schriftform	Vorhanden in Schriftform
Notall-Equipment	Telefon im Raum, oder mitgeführtes Mobil-Telefon Empfohlen bei In-Door-Sport: Notfall-Plan mit AED als Teil des umfassenden Notfall-Plans der Gesamteinrichtung	Telefon Wünschenswert: Notfall-Plan mit AED	Telefon Empfohlen: Notfall-Plan, AED Dringend empfohlen in Einrichtungen mit Mitgliederzahlen > 2.500 und dort wo ein Notarzt erwartungsgemäß > 5min nach Feststellung des kardialen Notfalls eintrifft	Telefon Notfall-Plan, AED	Telefon Notfall-Plan AED oder konventioneller Defibrillator (nur durch Arzt einzusetzen) Adäquat bestückter Notfall-Koffer
Geeignet für Neu-/Wiedereinsteiger der Risikoklasse (s. Tbl. 2)	A 1–3 B nur bei niedriger Trainingsintensität	A 1–3 B nur bei niedriger Trainingsintensität	A 1–3 B nur bei niedriger Trainingsintensität	A 1–3 B C nur bei niedriger Intensität	(A1–3) B C

Heart Association eine Einteilung der Einrichtungen vor, die organisiertes Training anbieten. In Abhängigkeit vom betreuten Klientel/Patienten müssen Sport-, Fitness- und/oder Rehabilitationseinrichtungen die in Tabelle 3 vorgeschriebenen Anforderungen an Sicherheit und Personalqualifikation erfüllen.

Der präventiven Bedeutung einer sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung steht die derzeit geringe Inanspruchnahme dieser Leistung durch die Bevölkerung entgegen. Ein Grund hierfür könnte die fehlende Kostenübernahme durch die Krankenkassen sein. Angesichts der zahlreichen öffentlichen Kampagnen zur „Mobilisierung“ der Bevölkerung, wäre aber eine adäquate Vergütung hilfreich. Im Rahmen der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung hat der Arzt die Möglichkeit motivierend auf den Neu-/Wiedereinsteiger einzuwirken. Damit steht nicht nur Prävention von belastungsinduzierten Ereignissen, sondern auch die Verbesserung der Adhärenz im Mittelpunkt. Ergänzt wird die Diagnostik häufig durch eine Leistungsanalyse (mit oder ohne Laktatdiagnostik), so dass der Arzt auch entscheidenden Anteil an einer effektiven Trainingsplanung hat.

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Martin Dürsch
Kardiologie Frankfurt-Sachsenhausen
Walter-Kolb-Straße 9–11
60594 Frankfurt
Tel.: 069 6109200
E-Mail: praxis@kardio-ffm-sachs.de

Literatur:

1. Albert CM, Mittleman MA, Chae CU, Lee IM, Hennekens CH, Manson JE. Triggering of sudden death from cardiac causes by vigorous exertion. *N Engl J Med* 2000 Nov 9;343(19):1355–61.
2. Mittleman MA, Maclure M, Toftler GH, Sherwood JB, Goldberg RJ, Muller JE. Triggering of acute myocardial infarction by heavy physical exertion. Protection against triggering by regular exertion. Determinants of Myocardial Infarction Onset Study Investigators. *N Engl J Med* 1993 Dec 2;329(23):1677–83.
3. Willich SN, Lewis M, Lowel H, Arntz HR, Schubert F, Schroder R. Physical exertion as a trigger of acute myocardial infarction. Triggers and Mechanisms of Myocardial Infarction Study Group. *N Engl J Med* 1993 Dec 2;329(23):1684–90.
4. Muller JE, Mittleman A, Maclure M, Sherwood JB, Toftler GH. Triggering myocardial infarction by sexual activity. Low absolute risk and prevention by regular physical exertion. Determinants of Myocardial Infarction Onset Study Investigators. *JAMA* 1996 May 8;275(18):1405–9.
5. Siscovick DS, Weiss NS, Fletcher RH, Lasky T. The incidence of primary cardiac arrest during vigorous exercise. *N Engl J Med* 1984 Oct 4;311(14):874–7. Notes: GENERAL NOTE: PIP: TJ: NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE
6. Lakka TA, Venalainen JM, Rauramaa R, Salonen R, Tuomilehto J, Salonen JT. Relation of leisure-time physical activity and cardiorespiratory fitness to the risk of acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1994 Jun 2;330(22):1549–54.
7. Kohl HW 3rd, Powell KE, Gordon NF, Blair SN, Paffenbarger RS Jr. Physical activity, physical fitness, and sudden cardiac death. *Epidemiol Rev* 1992;14:37–58.
8. Lemaitre RN, Siscovick DS, Raghunathan TE, Weinmann S, Arbogast P, Lin DY. Leisure-time physical activity and the risk of primary cardiac arrest. *Arch Intern Med* 1999 Apr 12;159(7):686–90.
9. Wannamethee SG, Shaper AG, Walker M. Changes in physical activity, mortality, and incidence of coronary heart disease in older men. *Lancet* 1998 May 30;351(9116):1603–8.
10. Leon AS, Myers MJ, Connett J. Leisure time physical activity and the 16-year risks of mortality from coronary heart disease and all-causes in the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). *Int J Sports Med* 1997 Jul;18 Suppl 3:S208–15.
11. Sesso HD, Paffenbarger RS Jr, Lee IM. Physical activity and coronary heart disease in men: The Harvard Alumni Health Study. *Circulation* 2000 Aug 29;102(9):975–80.
12. Manson JE, Hu FB, Rich-Edwards JW, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Speizer FE, Hennekens CH. A prospective study of walking as compared with vigorous exercise in the prevention of coronary heart disease in women. *N Engl J Med* 1999 Aug 26;341(9):650–8.
13. Manson JE, Greenland P, LaCroix AZ, Stefanick ML, Mouton CP, Oberman A, Perri MG, Sheps DS, Pettinger MB, Siscovick DS. Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *N Engl J Med* 2002 Sep 5;347(10):716–25.
14. Corrado D, Basso C, Pavei A, Schiavon M, Thiene G: Trends in sudden cardiac death in young competitive athletes after implementation of a preparticipation screening program. *JAMA* 2006; 296:1593–01.
15. Leyk D, Rütger T, Wunderlich M, Siever AP, Erley OM, Löllgen H. Inanspruchnahme und Durchführung von sportärztlichen Vorsorgeuntersuchungen. *Deutsches Ärzteblatt* 2008 Sep 5;105(36):609–614.
16. Maron BJ, Chaitman BR, Ackerman MJ et al. for the Working Groups of the American Heart Association Committee on Exercise, Cardiac Rehabilitation and Prevention; Councils on Clinical Cardiology and Cardiovascular Disease in the Young. Recommendations for Physical Activity and Recreational Sports Participation for Young Patients With Genetic Cardiovascular Diseases. *Circulation* 2004 June 5;109;2807–2815
17. Trappe HJ, Löllgen H. Leitlinie zur Ergometrie. *Deutsche Gesellschaft für Kardiologie. Z Kardiol* 2000 Sep;89(9):821–31.
18. Fletcher GF, Balady GJ, Amsterdam EA, Chaitman B, Eckel R, Fleg J, Froelicher VF, Leon AS, Pina IL, Rodney R, et al. Exercise standards for testing and training: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation* 2001 Oct 2;104(14):1694–740.
19. Balady GJ, Chaitman B, Driscoll D, Foster C, Froehlicher E, Gordon N, Pate R, Rippe J, Bazzarre T Recommendations for Cardiovascular Screening, Staffing and Emergency Policies at Health/Fitness Facilities. *Circulation* 1998;97:2283–2293

Multiple Choice-Fragen (Nur eine Antwort ist richtig)

1) Eine sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP):

- 1) Nur Leistungssport-Anwärtern.
- 2) Männern, die > 40 Jahre und Frauen, die > 50 Jahre alt sind und mindestens einen kardiovaskulären Risikofaktor aufweisen.
- 3) Nur wenn eine Vereinsmitgliedschaft angestrebt wird.
- 4) Allen Menschen, unabhängig vom Lebensalter.
- 5) Nur bei erhöhtem kardiovaskulären Risiko und/oder bekannter Herz-erkrankung.

2) Welche Aussage trifft nicht zu? Gemäß DGSP gilt als obligater Bestandteil einer jeden sportmedizinischen Diagnostik:

- 1) Ein ärztliches Anamnese-Gespräch
- 2) Eine körperliche Untersuchung
- 3) Ein Belastungs-EKG
- 4) Ein Ruhe-EKG
- 5) Ein Anamnese-Fragebogen

3) Welche Aussage trifft nicht zu? Zu den genetischen Erkrankungen mit erhöhtem Risiko für belastungsassoziierten plötzlichen Herztod gehören:

- 1) Persistierendes Foramen ovale
- 2) Hypertrophische Kardiomyopathie
- 3) Marfan Syndrom
- 4) Long QT-Syndrom
- 5) Brugada Syndrom

4) Welche Aussage trifft nicht zu? Zu den typischen Merkmalen einer arrhythmogenen rechtsventrikulären Kardiomyopathie gehören:

- 1) Häufige VES
- 2) Pathologische QRS-Verbreiterung ausschließlich in den Ableitungen V_{1-3}
- 3) Positive Delta-Welle V_1-V_3 .
- 4) VES mit typischer Morphologie
- 5) T-Negativierungen in V_{1-3}

5) Im Vergleich zum Normalkollektiv kommt es beim Marfan Syndrom während sportlicher Aktivität häufiger zu folgenden Komplikationen:

- 1) Aortendissektion
- 2) Achillessehnenruptur
- 3) Apoplektischer Insult
- 4) Schulterluxation
- 5) Herzinfarkt

6) Ein Patient mit stabiler Herzinsuffizienz und einer linksventrikulären Ejektionsfraktion von ca. 30% möchte mit Ausdauertraining beginnen. Welche Aussage ist richtig?

- 1) Er sollte keinen Sport treiben, lediglich häufiger spazieren gehen, wenn er sich dabei wohl fühlt.
- 2) Er kann an einem privat organisierten Lauftreff teilnehmen, sollte aber zur Sicherheit ein Handy mitnehmen und seine Sportkameraden über seine Erkrankung informieren.
- 3) Er sollte in einer Einrichtung trainieren, die über einen Automatischen Externen Defibrillator (AED) und in CPR geschultes Trainerpersonal verfügt. Die ständige Anwesenheit eines Arztes ist nicht notwendig.
- 4) Er sollte an einem überwachten Übungsprogramm möglichst mit Arztpräsenz (z. B. Herzsportgruppe) teilnehmen.
- 5) Wegen der Gefahr des Lungenödems sollte jegliche körperliche Anstrengung vermieden werden.

7) Ein Patient hat vor drei Monaten einen Myokardinfarkt erlitten. Bei der sportmedizinischen Diagnostik ist er in der Lage 125 Watt auf dem Ergometer ohne Zeichen einer Ischämie zu leisten. Die linksventrikuläre Funktion ist leicht eingeschränkt. Der Patient möchte mit regelmäßigem Training beginnen und hat sich bereits in einem Fitness-Studio angemeldet. Welche Aussage trifft am ehesten zu?

- 1) Aus ärztlicher Sicht sollte jedem Herzpatienten von einem Trainingsbeginn im Fitness-Studio abgeraten werden.

- 2) Er sollte sich im Fitness-Studio wieder abmelden und zunächst eine Herzsportgruppe besuchen.
- 3) Er kann dort ohne Bedenken trainieren, wenn er unterschrieben hat, dass er dies auf eigene Verantwortung tut.
- 4) Er kann grundsätzlich in jedem Fitness-Studio trainieren, vorausgesetzt er vermeidet maximale Belastungen.
- 5) Er kann dort trainieren, wenn eine ärztliche Supervision und die Anleitung durch einen qualifizierten Trainer gewährleistet ist. Es sollte u. a. ein Automatischer Externer Defibrillator (AED) vorhanden sein.

8) Oberhalb welcher Grenze könnte bei Männern ein Long-QT-Syndrom vorliegen?

- 1) Bei einem QTc von ≥ 480 ms
- 2) Bei einem QTc von ≥ 470 ms
- 3) Bei einem QTc von ≥ 460 ms
- 4) Bei einem QTc von ≥ 450 ms
- 5) Bei einem QTc von ≥ 440 ms

9) Welche Aussage trifft nicht zu? Bei bekannter genetischer kardiovaskulärer Erkrankung sollten folgende sportliche Aktivitäten gemieden werden:

- 1) Gewichtheben
- 2) Tauchen
- 3) Reiten
- 4) Klettern
- 5) Wandern

10) Welche Aussage trifft nicht zu? Als Sicherheitsmaßnahme für Herzkreislaufzwischenfälle während sportlicher Aktivität gilt:

- 1) Das Vorhandensein eines Telefons
- 2) Ein Trainingplan, der sich an den Ergebnissen einer Laktatdiagnostik orientiert
- 3) Anwesenheit eines in CPR geschulten Trainers
- 4) Vorhandensein eines AED
- 5) Training zu Zweit oder in der Gruppe

Medizinisches Zahlenrätsel

Jedem Buchstaben der 11 Suchworte ist eine Zahl von 1–22 zugeordnet.

Entzündung des Herzbeutels	1	2	3	4	5	6	3	7	4	8	4	9				
Kardiologische Untersuchungsmethode mit dem Stethoskop	6	10	9	5	10	11	8	6	8	4	12	13				
Pulsatorische Erschütterung des Kopfes bei Aorteninsuffizienz (Eponym)	14	10	9	9	2	8		15	2	4	16	17	2	13		
							-									
Häufigste kardiale Arrhythmie	18	12	3	17	12	19	19	11	4	14	14	2	3	13		
Angeborene Bindegewebserkrankung, gehäufte Assoziation mit einem Mitralklappenprolaps	14	6	3	19	6	13		9	20	13	7	3	12	14		
							-									
Messung der körperlichen Leistung meist mit einem Fahrrad	2	3	21	12	14	2	8	3	4	2						
EKG-Index für die Herzhypertrophie (Eponym)	9	12	5	12	11	12	22		11	20	12	13				
								-								
Nuklearmedizinische Untersuchung zur Beurteilung der Herzmuskeldurchblutung: Myokard ...	9	15	4	13	8	4	21	3	6	1	17	4	2			
Kardial bedingte lebensbedrohliche Anfälle von Bewusstlosigkeit (Eponym)	6	7	6	14	9		9	8	12	5	2	9				
							-									
Einengung der Halsschlagader	16	6	3	12	8	4	9	9	8	2	13	12	9	2		
Pathologische Erweiterung der Körperhauptschlagader	6	12	3	8	2	13	6	13	2	10	3	20	9	14	6	

Zahlenschlüssel:

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

Lösungswort:

2	16	17	12	5	6	3	7	4	12	21	3	6	1	17	4	2

Lebenslanger Sport als Präventionsbasis Lothar Böckler

Prävention im Sinne sportlicher Aktivität hat in den vergangenen 20 Jahren kontinuierlich an Bedeutung in fast allen Bereichen der Medizin gewonnen. Es zeichnet sich ab, dass Sport nicht nur die Lebensqualität steigert, sondern auch die Lebenserwartung erhöht. Eine Studie der Stanford University in Kalifornien, die über einen Zeitraum von 20 Jahren fast 300 Laufsportler im Alter über 50 Jahren und eine entsprechende Kontrollgruppe untersuchte, zeigt, dass die Zahl der Gestorbenen in der Gruppe der Läufer deutlich niedriger als in der Kontrollgruppe war. Nach 19 Jahren waren 15% der Sportler und 34% der Kontrollgruppe verstorben. Die positiven Auswirkungen der sportlichen Aktivität waren auch nach der follow-up Phase weiterhin zu beobachten. Sowohl der Verlauf der Überlebensrate als auch die Kurve für die Alltagsfähigkeiten gingen in der neunten Lebensdekade weiter auseinander. Ursächlich dafür ist nach Auffassung der Autoren die bessere kardiovaskuläre Fitness mit verbesserter Sauerstoffkapazität des Blutes, ein besserer Muskelstatus der Sportgruppe und eine Reduktion von Entzündungsmediatoren.

In der Inneren Medizin ist der Stellenwert des Sports, insbesondere von aerobem Ausdauertraining, sowohl in der Primär- als auch Sekundärprävention lange etabliert. Die positiven Einflüsse auf kardiovaskuläre Größen, metabolische und hormonelle Prozesse in vielen Studien sind belegt. In der onkologischen Therapie hat sportliche Aktivität in angemessener Form heute einen festen Platz als therapeutisches Additivum in der Therapie. Osteoporoseprophylaxe und Sturzprävention im Alter haben zu der Entwicklung spezifischer Trainings- und Bewegungsprogramme geführt.

Neben den klassischen Anwendungsbereichen von Sport- und Bewegungs-

programmen haben sich in den letzten Jahren vielfach neue Ansätze für eine Integration des Sports in die Therapie und Prävention entwickelt. So zeigt sich eine Wirksamkeit u. a. bei depressiven Störungen, Angsterkrankungen und Demenzen. Die Prävalenz für Depressionen beim metabolischen Syndrom ist signifikant erhöht, auch umgekehrt gilt dies für das metabolische Syndrom. Aerobes Ausdauertraining in Kombination mit diätetischen Maßnahmen ist somit eine gute therapeutische Ergänzung. Es finden sich deutliche Hinweise, dass Sport und Bewegung einen Schutzfaktor gegenüber der Entwicklung einer Demenz darstellen.

In einer Analyse der Hirnliga zeigten 16 von 18 Studien, dass körperliche Bewegung Menschen vor der Entwicklung einer Demenz schützt. Je nach Studie und sportlicher Intensität der Bewegung war die Demenzrate bei den körperlich Aktiven um 45 bis 60% reduziert. Der Abbau von Stress und die Erhöhung der psychischen Belastungstoleranz sind durch regelmäßigen Sport erreichbar.

Wir leben unter Rahmenbedingungen, durch die sich im beruflichen und privaten Leben tief greifende Veränderungen vollziehen. In einer zunehmend globalisierten und digital kommunizierenden Welt sehen wir uns einer Auflockerung familiärer Muster, der Veränderung des Freizeitverhaltens und einem Anwachsen beruflicher Anforderungen mit höherer Arbeitsverdichtung und höherer Mobilitätserwartung gegenüberstehen.

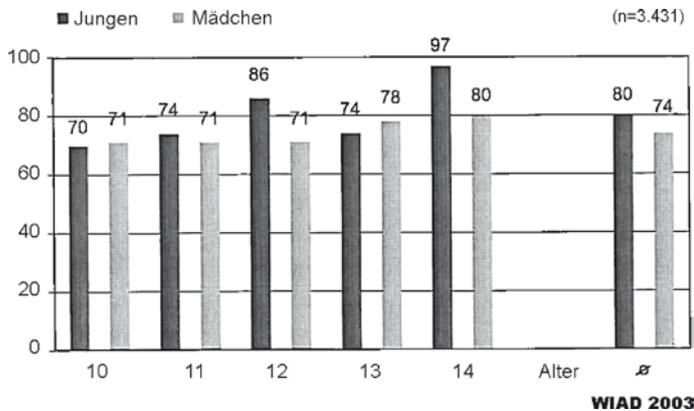
Die Veränderungen im Freizeitverhalten wirkt sich im Besonderen bei Kindern und Jugendlichen negativ aus. Der Konsum von Fernsehen und digitalen Unterhaltungsmedien zeigt schon heute negative Auswirkungen in der aeroben Leistungsfähigkeit und motorischen Kompetenz. Zudem kann eine negative Entwicklung in den Essgewohnheiten mit

einem wachsenden Anteil von Fastfood-Produkten und Fertiggerichten und der letztendlich sinkenden Ernährungsqualität nicht übersehen werden.

Es besteht daher zu Recht eine allgemeine Sorge um die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Studienergebnisse der letzten Jahre belegen die schleichende Entwicklung von Defiziten in der sportmotorischen und orthopädischen Entwicklung der nachwachsenden Generation. Zudem ist die Zunahme von Übergewicht und Adipositas progredient. Die Fehler in der Entwicklung im Kindes- und Jugendalter sind nur begrenzt reversibel, die Gefahr für eine spätere Ausbildung von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und von Schäden im Haltungs- und Bewegungsapparat nimmt zu. Schon jetzt kann am Beispiel der Durchfallquote beim Fitnessstest vor Eintritt in die Bundeswehr die Entwicklung veranschaulicht werden. Diese Quote wird ständig größer und liegt inzwischen bei fast 40%.

Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass adipöse Kinder einen signifikant höheren Fernsehkonsum aufweisen als normalgewichtige. Eine ähnliche Koinzidenz besteht zwischen einem hohen TV-Konsum und Defiziten in der motorischen Leistungsfähigkeit. Untersuchungen von Mast et al. 1998 und Kalies et al. 2002 beunruhigen mit der Aussage, dass jedes fünfte bis sechste Kind in Deutschland zu dick sei. Tendenz auch hierbei steigend.

In der WIAD-AOK-DSB-Studie II zeigt sich ein bedrohliches Bild der allgemeinen Fitness der Kinder und Jugendlichen. In der Altersgruppe der 10 bis 14-jährigen ist seit 1995 ein Rückgang der Fitness um mehr als 20% zu verzeichnen. Nur durchschnittlich 74% der Mädchen und 80% der Jungen erreichen heute die Ausdauer-, Kraft und Koordinationsleistung-



Grafik 1: Die Balkengrafik bezieht sich auf die Entwicklung der sportmotorischen Leistungsfähigkeit seit 1995 und zeigt die Anteile derjenigen, die im 2. Halbjahr 2002 noch die Durchschnittsleistung von 1995 erreichten in Prozent.

gen der gleichen Altersgruppe des Jahres 1995. Der Schulsport kann in seiner derzeitigen Form und zeitlichen Ausdehnung den Negativtrend nicht aufhalten. Die WIAD-Studie, in der mehr als 20.000 Kinder einbezogen wurden, zeigt ein unbefriedigendes Bild. 63% der Schülerinnen und Schüler gaben an, maximal zwei Stunden Schulsport pro Woche zu haben, nur 37% hatten drei Stunden oder mehr. Die sportmotorischen und konditionellen Tests zeigen eine Überlegenheit der Kinder, die drei und mehr Schulstunden Sportunterricht haben, eine Bestätigung der Aussage „je mehr Sportunterricht desto besser“.

Eine Untersuchung der Universität Leipzig mit über 300 Kindern zeigte, dass eine Stunde täglicher Schulsport die körperliche Leistungsfähigkeit um 20%, gemessen in der maximalen Sauerstoffaufnahme, steigern kann. Lediglich zwei Schulstunden Sport in der Woche führten nur zu einer Erhöhung um 10%.

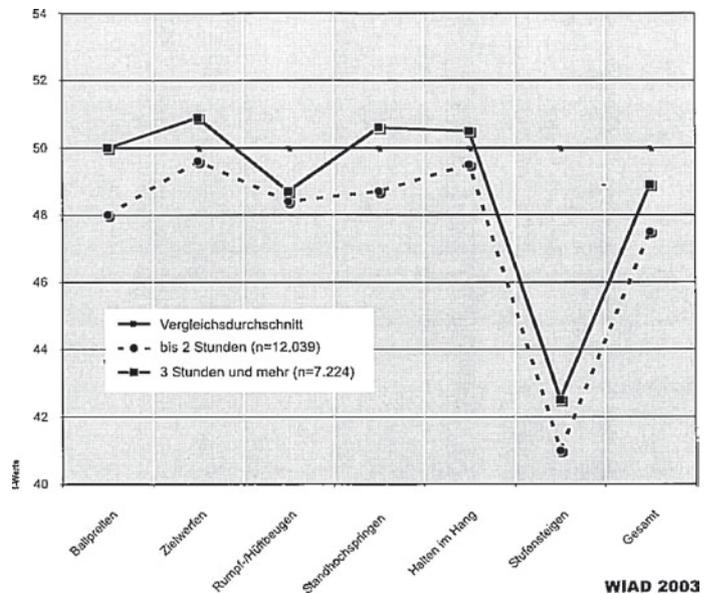
Körperliches Training unterstützt die kognitive und psychisch emotionale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Lernen in Verbindung mit Bewegung führt zu einer verbesserten Konzentrationsfä-

higkeit, besserem Leistungsvermögen und nicht zuletzt zu einem gesteigerten

Wohlbefinden. Konzepte, die den Schulsport gezielt nutzen, um eine optimierte Lernsituation zu schaffen, sind somit sicherlich vielversprechend.

Bewegung und Sport fördern die soziale Integration und haben einen hohen Stellenwert in der Suchtprävention. Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind deutlich seltener sportlich aktiv als Gleichaltrige; bei den Jugendlichen besteht dieser Unterschied nicht, jedoch ist hier zu beobachten, dass inaktive Jugendliche häufiger übergewichtig sind, vermehrt Nikotin konsumieren und längeren Fernsehkonsum aufweisen als aktive Gleichaltrige (KIGGS, Kinder- und Jugendsurvey, Robert Koch-Institut).

Den Abwärtstrend in der Leistungsfähigkeit aufzuhalten erfordert neben schulpolitischen Initiativen die Bereitstellung eines präventiven Netzwerks unter Einbeziehung der Hausärztlichen Betreuung, der Kinder- und Jugendmedizin, der Sportmedizin und Sportwissenschaft sowie der Vereine und Insti-



Grafik 2: Die zweite Grafik zeigt das Check-Up-Profil in Abhängigkeit von Stunden Sportunterricht zur Untermauerung der Aussage „je mehr Schulsport, desto besser“.

tutionen des Sports. Eine Integration der sportmedizinischen Beratung in die Routine-Untersuchungen der Kinder- und Jugendmedizin und die Vernetzung mit sportmedizinischen Kompetenzzentren wäre ein Schritt in die richtige Richtung und eine Investition in die Zukunft, da die Kosten für Folgeerkrankungen der Bewegungsarmut die Aufwendungen für deren Prävention in Zukunft deutlich übersteigen werden.

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Lothar Böckler

Sportmedizinisches Institut e. V.

Otto-Fleck-Schneise 10

60528 Frankfurt

Tel. 069 6780090

E-Mail: boeckler@smi-frankfurt.de

Quelle beider Grafiken: Dritter Bericht zum Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Bewegungs-Check-Up im Rahmen der Gemeinschaftsaktion von AOK, DSB und WIAD „Fit sein macht Schule“. Bonn, Jan. 2003.

Körperbaumerkmale und sportliche Leistungsfähigkeit von Schülern/innen im Alter von 9–18 Jahren aus zwei Schulen in Bad Wildungen

Hermann Buhl, Nicolas Froemer

Zusammenfassung

An 123 Schülern/innen der Jahrgänge 1983/84, 1987/88 und 1991/92 wurden der klinische Status, Körperbau, die ergometrische Leistungsfähigkeit sowie die sportliche Freizeitaktivität untersucht.

Methodik: Untersuchungsmethoden der Orthopädie und Inneren Medizin; BIA, Fahrradergometrie und Fragebogen. Ergebnisse: Das Wachstum (Körperhöhe und -masse) entspricht dem nationalen Trend; die Schüler sind 1,8–6,5 cm größer und 3,5–9,5 kg schwerer als vor 20 Jahren. Der klinische Befund an Muskulatur, Wirbelsäule, Füße, EKG und Zähne weist Defizite, Funktionsstörungen und z.T. pathologische Veränderungen zwischen 10–50% auf (wird im Text nicht dargestellt). Der Gewichtszustand auf Basis des BMI ergab, dass 70,7% der Schüler im Normalbereich lagen sowie 8,1% Übergewicht und 9,8% Adipositas aber auch 8,9% ein Untergewicht und 2,4% ein ausgeprägtes Untergewicht aufwiesen. Die maximale Ergometerleistung der 9–10, 13–14 und 17–18-jährigen Jungen

wurde bei 113 W, 170 W und 283 W erreicht; die Mädchen schafften 93 W, 142 W und 194 W. Die relative körperrgewichtsbetonte Leistung lag in der gleichen Reihenfolge bei 3,2; 3,2 und 3,8 W/kg bzw. 2,7; 2,4 und 3,2 W/kg KM. Die maximale Sauerstoffaufnahme der Jungen wurde mit 46,8; 47,5 und 47,4 ml/kg KM gemessen; die Mädchen erreichten dagegen 41,7; 36,5 und 37,9 ml/kg KM.

Die Herzfrequenz und der Blutdruck zeigten sowohl vor als auch sofort nach Belastung keine auffälligen Regulationen. Die Konzentrationen des Blutlaktats lagen in Ruhe zwischen 0,8–1,0 mmol/l und steigerten sich nach Belastung im Mittel auf 5,0; 7,0 und 11,0 mmol/l in den Altersgruppen beiderlei Geschlechts.

Fazit: Körperhöhe und -masse nehmen weiter zu, wobei ca. 20% Übergewicht und Adipositas aufweisen, aber auch der Anteil mit Untergewicht von 11% zu beachten ist. Die Ergometerleistung und die VO_2 max stagnieren bei den Jungen und verringern sich bei den Mädchen. Die aerob-anaerobe Kapazität liegt im unteren Grenzbereich. Belastungen des Alltags

und im Freizeitsport werden energetisch überwiegend mit Glukose bestritten, so dass die Fettstoffwechselregulation bereits in diesen Jahren nur gering beansprucht wird.

Einleitung

Es wurde eine prospektive randomisierte Querschnittstudie mit Schülern/innen der Jahrgänge 1982–1992 aus zwei Schulen in Bad Wildungen durchgeführt. Das Ziel war eine Bestandsaufnahme betreffs klinischen Status, Körperbau, Leistungsfähigkeit und Freizeitsportaktivität. Anlass dafür waren Ergebnisse einer ähnlichen Studie die an 192 Patienten/innen des Medizinischen Zentrums Parkhöhe (Bericht liegt vor) sowie an ca. 1.200 Freizeitsportler/innen (in Auswertung) des Sportmedizinischen Instituts in der gleichen Einrichtung mit denselben Methoden untersucht wurden. Es zeigte sich, dass von den Patienten, die in 2/3 der Fälle mit Störungen am Bewegungsapparat aufgenommen wurden, über 80% übergewichtig und adipös waren, eine abgeschwächte und fehlge-

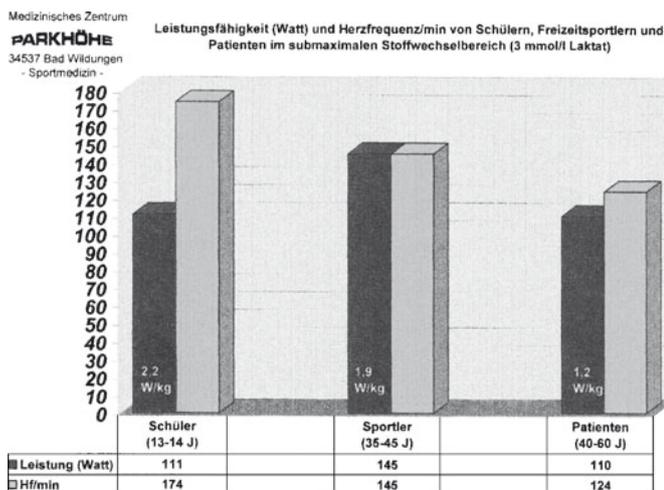


Abb. 1a: Leistungsfähigkeit (Watt) und Herzfrequenz/min von Schülerinnen, Freizeitsportlerinnen und Patientinnen im submaximalen Stoffwechselbereich (3 mmol/l Laktat)

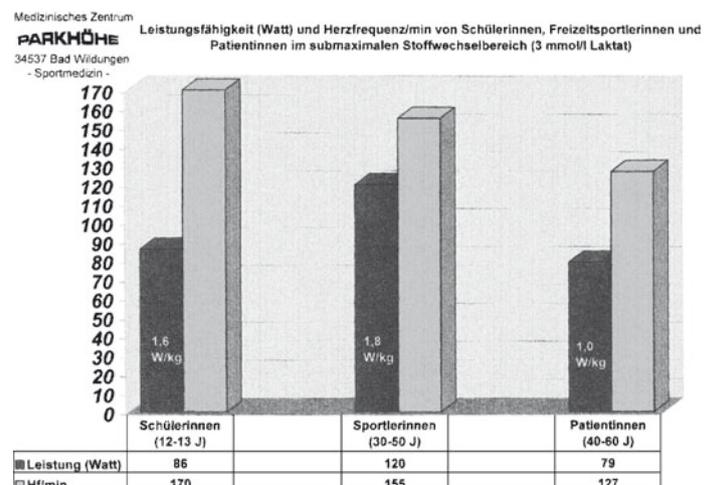


Abb. 1b: Leistungsfähigkeit (Watt) und Herzfrequenz/min von Schülern, Freizeitsportlern und Patientinnen im submaximalen Stoffwechselbereich (3 mmol/l Laktat)

Tab. 1 Anzahl der untersuchten Schüler/innen in den drei Altersgruppen (J=männlich; M=weiblich)

Alter (Jahre)	9–10		13–14		17–18	
	J	M	J	M	J	M
Geschlecht	J	M	J	M	J	M
Anzahl (n)	21	24	23	22	15	18

steuerte Muskulatur hatten sowie eine erheblich reduzierte aerob-anaerobe Kapazität aufwiesen. Andererseits konnten durch die bereits vorliegenden Ergebnisse bei Freizeitsportlern, die regelmäßig 2–6 Std./Woche trainierten, die o.g. Fehlentwicklungen nicht festgestellt werden, da sie über eine höhere aerobe Kapazität als die Patienten verfügen (Abb. 1a+b).

Diese Befunde stützten die Hypothese, dass ein regelmäßiges und gezieltes Training des gesamten Muskelapparates in 70% der Fälle Krankheiten gar nicht entstehen lassen und zeitweise auftretende Funktionsstörungen durch einen trainierten Organismus in kurzer Zeit zu kompensieren sind.

Die Frage der Zeitspanne der Entstehung von funktionellen Störungen mit Krankheitswert führte schließlich zu den Untersuchungen an Schülern/innen.

Es ist allerdings darauf zu verweisen, dass im folgenden Text nur ausgewählte Befunde mitgeteilt werden. Auf die Darstellung des klinischen Status am Bsp. Muskulatur, Wirbelsäule, Füße, EKG und Zähne wird verzichtet. Übergreifend ist jedoch festzustellen, dass die Defizite und Funktionsstörungen im Bereich von 10–50% liegen. Damit kann die Feststellung im Hess. Ärzteblatt 5/2001 „57% der hessischen Erstklässler sind nicht gesund“ leider nur bestätigt werden.

Methodik: 123 Schülern/innen der Jahrgänge 1982–1992 wurden im Medizinischen Zentrum Parkhöhe durch Fachpersonal untersucht (Tab. 1). Alle Schüler lebten in intakten Familienverhältnissen, gingen regelmäßig zur Schule, nahmen

am Schulsport teil und verfügten über den gleichen Anteil an Freizeit. Einzige Ausnahme: Es durfte kein Leistungssport ausgeübt werden. Zum Ablauf der Untersuchung: Es wurde jeweils eine Vierergruppe gebildet, die im Rotationsprinzip die verschiedenen Stationen durchliefen; die Untersuchungszeit lag bei ca. drei Std./Person. Nach der Erhebung des klinischen Status wurde in liegender Position der Blutdruck bestimmt, ein 12-Kanal-EKG geschrieben und die Bioelektrische Impedanz Analyse (BIA) vorgenommen. Die BIA erfolgte mit dem Gerät Akern STA/BIA der Fa. Medical, Karlsruhe. Danach wurde die Lungenfunktion mit dem „Flow mate“ der Fa. Jäger (Würzburg) bestimmt und der Proband für den Belastungstest vorbereitet. Die Spiroergometrie erfolgte mit einem Fahrradergometer der Fa. Ergoline und dem Spirometriesystem „Oxygon alpha“ (Fa. Jäger, Würzburg). Die Herzfrequenz wurde telemetrisch mit dem System der Fa. Polar erfasst. Es folgte ein Standard-Stufentest mit 25W Anfangsbelastung und einer Steigerung um jeweils 25W/ Stufe über 3 min bis zum subjektiven Abbruch der Belastung. Die Belastung wurde EKG-kontrolliert durchgeführt. Klinische Symptome oder Komplikationen traten nicht auf. Abnahmen des kapillaren Ohrbluts erfolgten in Ruhe, vor der Belastung und am Ende jeder Belastungsstufe sowie 3. und 6. min nach Belastung. Die Schüler zeigten eine große Bereitschaft und hohe Disziplin im gesamten Untersuchungsverlauf.

Die schriftliche Einwilligung der Eltern lag vor. Die Studie wurde materiell und

finanziell durch das Gesundheitsamt des Landkreises Waldeck-Frankenberg, Amtsärztin Dr. med. Hannelore Wendt und den Geschäftsführer der Klinik Parkhöhe, R.-P. Höhle, unterstützt. Ihnen gilt unser Dank ebenso wie den Lehrern und Eltern, die einen reibungslosen Ablauf ermöglichten und großes Interesse an den Untersuchungen zeigten.

Ergebnisse

Die Entwicklung der **Körperhöhe** entspricht den biologischen Gesetzmäßigkeiten des Wachstums (Abb. 2). Der Gesamtwuchs im vorliegenden De-

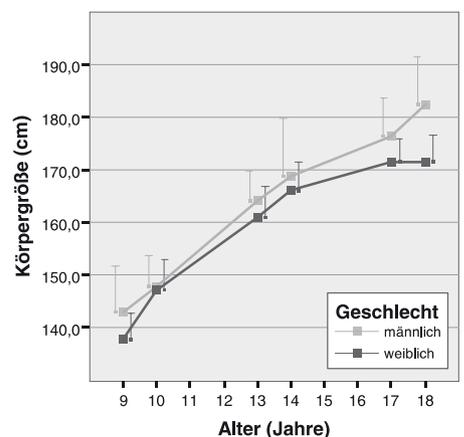


Abb. 2: Entwicklung der Körperhöhe bei Jungen und Mädchen vom 9. bis 18. Lebensjahr

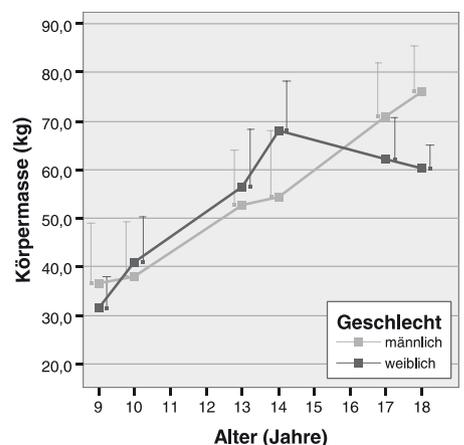


Abb. 3: Die Entwicklung der Körpermasse (kg) bei Jungen und Mädchen vom 9. bis 18. Lebensjahr

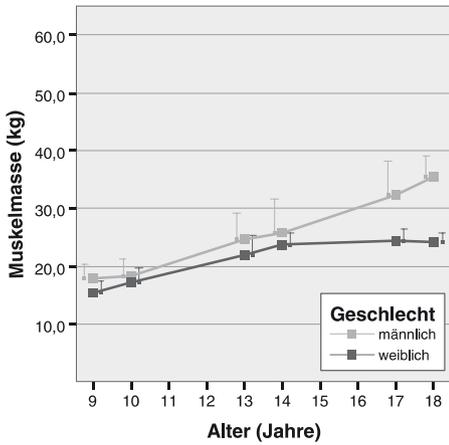


Abb. 4: Die Entwicklung der Muskelmasse (kg) bei Jungen und Mädchen vom 9. bis 18. Lebensjahr

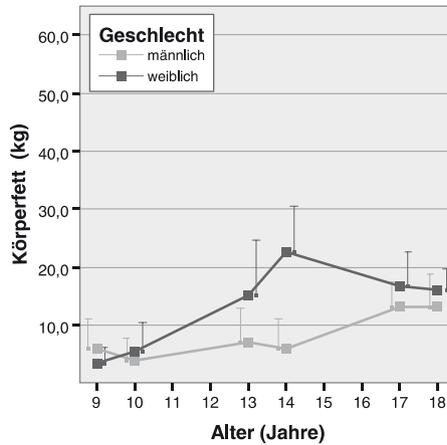


Abb. 5: Die Entwicklung des Körperfettanteils (kg) bei Jungen und Mädchen vom 9. bis 18. Lebensjahr

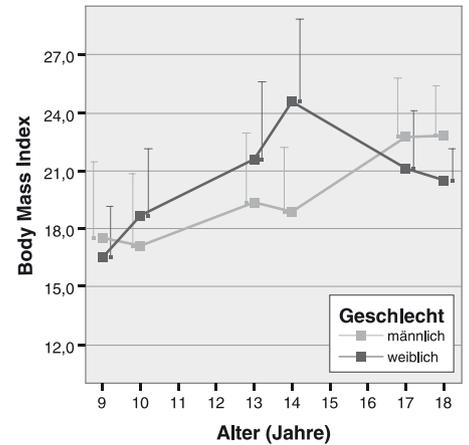


Abb. 6: Die Entwicklung des BodyMassIndex (BMI kg/m²) bei Jungen und Mädchen vom 9. bis 18. Lebensjahr

zennium sollte bei den Jungen (J) und Mädchen (M) zwischen 35 und 45 cm liegen (1); unsere J erreichen 35 cm, die M ca. 30 cm. Auffallend die Stagnation der M ab 15. Lebensjahr (L) und Ende des Wachstums der 17/18-jährigen mit 170±5 cm; die J beendeten erst ein bis zwei Jahre später ihren Wachstumsprozess. Der Vergleich mit Literaturangaben 1977 (Züricher Wachstumsstudie, 2) und 1988 (Klemt, 3) und unseren Daten zeigt eine Zunahme der Körperhöhe um ca. 6,5 cm bei 9–18-jährigen Schülern.

Die **Körpermasse** (Abb. 3) entwickelt sich bis zum 13. LJ gleich. Ab 14.–15. Jahr nehmen M kräftig zu, um danach ähnlich der Körperhöhe zu stagnieren. Bei den J folgt die Massenzunahme der Körperhöhenentwicklung und endet erst zwischen dem 18.–20. LJ. Der Literaturvergleich weist auch hier zwischen 1977–1992 eine Zunahme von 3,5–9,5 kg für beide Geschlechter aus.

Das Verhalten der Körpermasse ist auch mit der Entwicklung der **Muskelmasse** identisch (Abb. 4). Dem fast kontinuierlichen Zuwachs der J folgen die M bis zum 14./15. LJ, um dann unverändert zu bleiben. Nach Klimt (4) und Hebestreit (5)

erreichen die J die maximale natürliche Ausbildung auf Grund der hormonellen Umstellung erst Mitte Zwanzig.

Einen deutlich anderen Verlauf weist die Entwicklung der **Fettmasse** auf (Abb. 5). Während die J allmählich ihre Fettpots vergrößern und erst mit 18 Jahren einen relativen Abschluss finden, nehmen die M schon ab 11./12. LJ signifikant

zu und liegen im 14./15. LJ deutlich über den der Jungen. Hier weisen Tanner (6) und Crasselt (7) auf die besondere biologische Funktion des weiblichen Organismus im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft hin. Das Fettgewebe als Syntheseort wichtiger Hormone erfährt in diesen Jahren eine betonte Ausprägung.

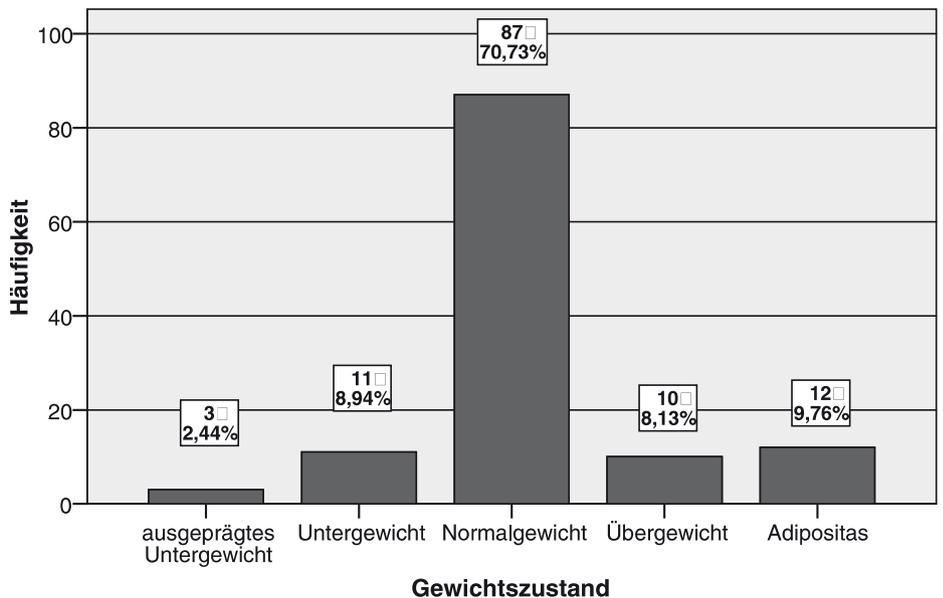


Abb. 7: Zuordnung der Jungen und Mädchen vom 9. bis 18. Lebensjahr in entsprechende Gewichtsklassen auf Basis des BMI (kg/m²)

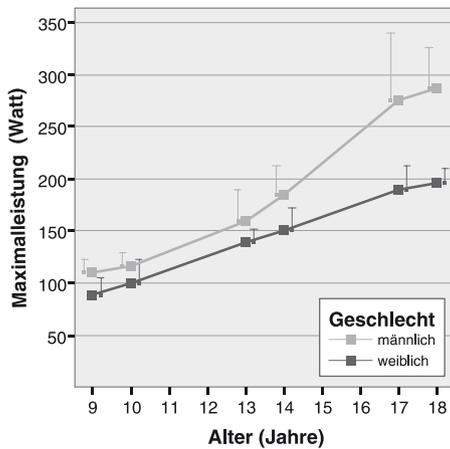


Abb. 8: Ergebnisse der Maximalleistung (Watt) beim Fahrradergometer-Stufentest bei Jungen und Mädchen vom 9. bis 18. Lebensjahr

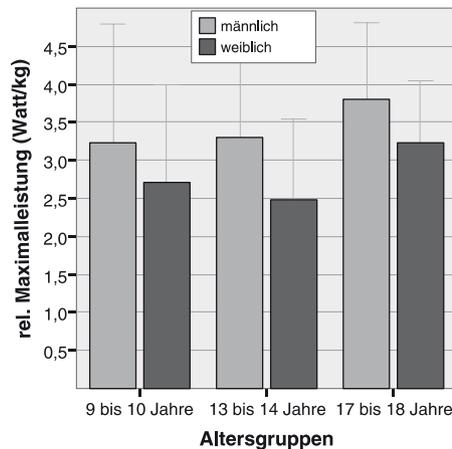


Abb. 9: Ergebnisse der relativen Leistung (Watt/kg) beim Fahrradergometer-Stufentest bei Jungen und Mädchen vom 9. bis 18. Lebensjahr

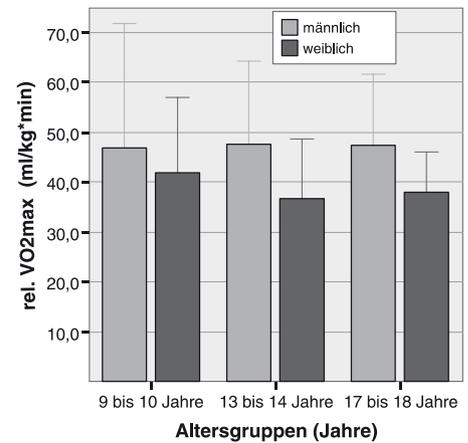


Abb. 10: Verhalten der relativen maximalen Sauerstoffaufnahme (VO₂max ml/kg KM) beim Fahrradergometer-Stufentest zum Zeitpunkt des subjektiven Abbruchs der Leistung bei Jungen und Mädchen vom 9. bis 18. Lebensjahr

Damit werden aber Fettdepots angelegt, die bei ausbleibender Schwangerschaft und vor allem bei Bewegungsmangel in späteren Jahren nur noch mit großem Aufwand abgebaut werden können.

Die Entwicklung von Körperhöhe und Körpermasse zeigt sich auch am Verhalten des **BodyMassIndex (BMI)**.

Die Abb. 6 zeigt deutlich den erwarteten Verlauf bei den Jungen, aber auch die erhebliche Zunahme der Mädchen, die z. T. schon mit 14 Jahren die obere Grenze des Normalgewichts erreichen.

Der BMI wurde deshalb herangezogen, um eine Einstufung der Probanden in **Gewichtsklassen** vorzunehmen, wobei die Berechnungen der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) zugrunde gelegt wurden. Danach wurden unsere Probanden in Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas sowie Unter- und ausgeprägtes Untergewicht eingestuft. Der Abb. 7 ist zu entnehmen, dass 70,7% der Schüler ein Normalgewicht aufweisen; 8,1% sind übergewichtig und 9,8% sogar adipös. Bemerkenswert ist jedoch der Anteil untergewichtiger Schüler mit fast 9% und ausgeprägt untergewichtiger mit 2,4%!

Nach Aufschlüsselung der Fettverteilung (%) bei den Schülern ergibt sich, dass die Jungen mit 10, 13 und 18 Jahren jeweils 6%, 37% und 35% Fettmasse haben. Die Mädchen mit 10, 13 und 18 Jahren jeweils 6%, 14% und 33% aufweisen.

Die Ergebnisse der absoluten bzw. relativen **Ergometerleistung** zeigen die Abb. 8 und 9. Die **absoluten** Werte der Jungen und Mädchen lassen sich gut mit den Ergebnissen anderer Untersucher einordnen. Ein Rückgang bzw. eine bessere Leistung im Vergleich der letzten zehn Jahre ist nicht festzustellen. Allerdings ist hier auf die unterschiedlichen Belastungsprotokolle hinzuweisen, die immer wieder einen direkten Vergleich erschweren. Dafür ergibt sich aus den Ergebnissen der **relativen** Leistung ein realeres Bild des tatsächlichen Leistungsvermögens. Während sich die J bis 14 Jahre nur gering unterscheiden, steigern sich die älteren Schüler auf gute 3,8W/kg KM. Anders dagegen die Mädchen. Die 13–14-jährigen fallen deutlich ab und stützen die Beobachtung, dass diese Altersgruppe das höchste Körpergewicht in Verbindung mit dem größten Fettanteil aufweist. Allerdings erreichen

die 17–18-jährigen wieder erwartete Leistungen mit 3,2W/kg, die auf ein günstigeres Last-Kraft-Verhältnis schließen lassen, da ein Training nicht stattgefunden hat.

Als wesentliche Größe der Leistungsfähigkeit wurde die **VO₂max** bestimmt. Da alle Schüler mit großem Ehrgeiz bis zum subjektiven Abbruch kämpften, kann dieser Wert als repräsentativ gelten. Es zeigt sich, dass die Werte der Jungen nur geringe Unterschiede im gesamten Altersbereich aufweisen und mit ca. 48ml/kg KM den Ergebnissen anderer Untersucher gleichen (3, 4, 5, 7, 8). Anders reagierten die Mädchen. Mit 41,7±7,5ml/kg KM erzielten die jüngsten noch die höchsten Werte, während mit zunehmendem Alter eine Abnahme erfolgt. Auch hier sind ursächlich der Körperbau und die hormonelle Regulation dafür verantwortlich zu machen. Dieser Befund wird auch von anderen Untersuchern bestätigt.

Ein aussagekräftiger Parameter für die Leistungsfähigkeit im submaximalen Bereich bzw. der aeroben Stoffwechsellkapazität ist die Leistung (W) bei einer Blutlaktatkonzentration von 3mmol/l, der sogenannten aerob-anaeroben Schwelle

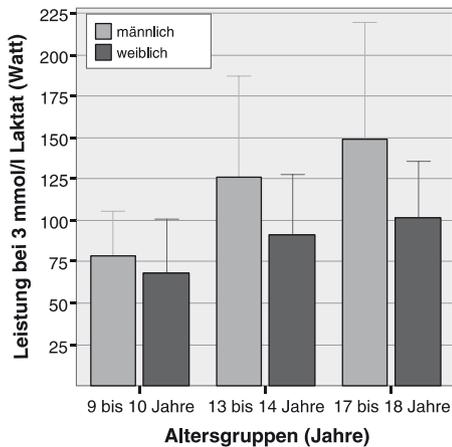


Abb. 11: Submaximale Leistung (Watt) im Bereich der aerob-anaeroben Schwelle bei 3 mmol/l Laktat im Fahrradergometer-Stufentest bei Jungen und Mädchen vom 9. bis 18. Lebensjahr

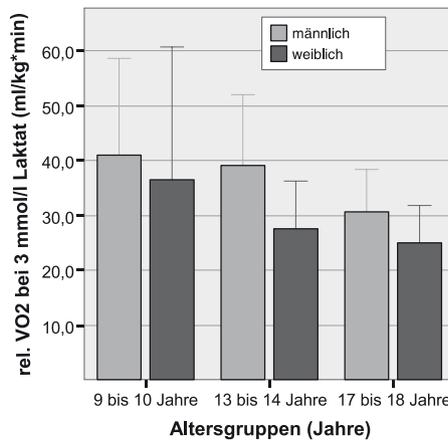


Abb. 12: Das Verhalten der Sauerstoffaufnahme (VO₂max ml/kg KM) im Bereich der aerob-anaeroben Schwelle bei 3 mmol/l Laktat im Fahrradergometer-Stufentest bei Jungen und Mädchen vom 9. bis 18. Lebensjahr

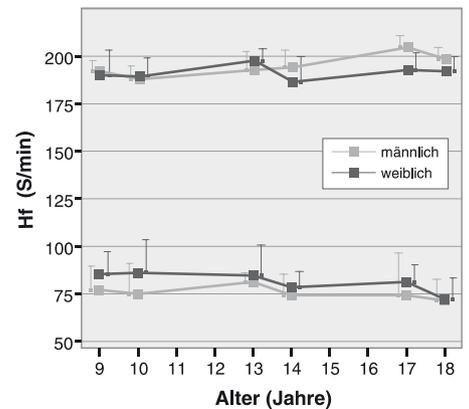


Abb. 13: Verhalten der Herzfrequenz (S/min) vor und nach einem Fahrradergometer-Stufentest bei Jungen und Mädchen vom 9. bis 18. Lebensjahr

(Abb. 11 und 12). Die Jungen erreichen die Schwelle bei 78W – 125W – 149W, das entspricht 69% – 74% – 52% der maximalen Leistung. Damit liegen die 9–14-jährigen noch im physiologischen Bereich; die 17–18-jährigen fallen dagegen drastisch ab. Ein Grund dafür ist die viel zu geringe Ausnutzung der VO₂max, die nur bei 30% liegt und damit den niedrigsten Wert aller Probanden darstellt.

Für die Mädchen liegen die Schwellenwerte bei 68W – 90W – 100W, wobei die Ausnutzung ihre VO₂max mit 74% – 64% – 52% vergleichbar mit dem Verhalten der Jungen ist. Aber auch hier weisen die 17–18-jährigen die schlechteste Ökonomie des Stoffwechsels auf.

Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit wurde auch das kardiozirkulatorische System geprüft. Die Herzfrequenzen in Ruhe und bei maximaler Belastung sind in der Abb. 13 aufgezeichnet. Sowohl in Ruhe und bei Belastung bestehen nur geringe Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen. Wobei die maximalen Frequenzen mit 190–200/min bei den J und 190–195/min bei den M auf eine echte Ausbelastung hindeuten.

Auch die Messungen des Blutdruckes in Ruhe und bei Belastung liegen im erwarteten Regulationsbereich und entsprechen den Messungen anderer Untersucher (Abb. 14). Es ist aber zu beachten, dass bei den Jungen sowohl der systolische und diastolische Druck altersabhängig mit leichter Tendenz ansteigt. Anders bei den Mädchen: Der bei den Jüngeren etwas höher liegende diastolische und

systolische Druck verringert sich und erreicht die Werte der neunjährigen. Auch die Belastungsreaktion kann als weitestgehend physiologisch eingeschätzt werden. Den Abb. 14 und 15 ist zu entnehmen, dass trotz steigender Belastung der diastolische Blutdruck im Mittel bei 70±5 mmHg liegt; der systolische Blutdruck aber bei beiden Geschlechtern altersabhängig zunächst leicht ansteigt,

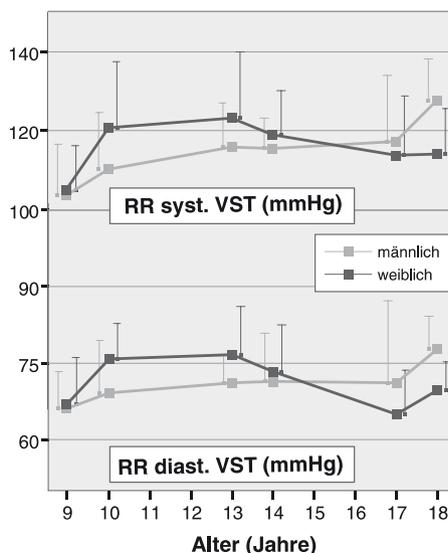


Abb. 14: Verläufe der Blutdruckregulation in Ruhe (VST) bei Jungen und Mädchen vom 9. bis 18. Lebensjahr

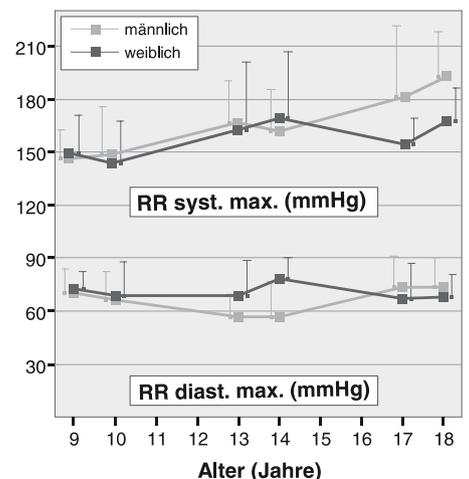


Abb. 15: Verlauf der Blutdruckregulation sofort nach maximaler Fahrradergometerbelastung bei Jungen und Mädchen vom 9. bis 18. Lebensjahr

jedoch in der älteren Gruppe die Jungen weiter auf $189 \pm 29,4$ mmHg erhöhen, dagegen die Mädchen keine weitere Steigerung sondern gleichbleibende Werte bei ca. 164 ± 18 mmHg zeigen.

Diskussion

Der Zielstellung der Arbeit folgend, eine Bestandsaufnahme vorzunehmen sowie Schnittstellen zu finden, die im späteren Berufsleben den Zeitpunkt von Funktionsstörungen mit Krankheitswert kennzeichnen, ergibt sich die nachstehende Bewertung. Die Entwicklung der Körperhöhe und Körpermasse der Jungen und Mädchen entsprechen der biologischen Gesetzmäßigkeit, d. h. das Wachstum der Schüler ist normal, aber forciert als 10–20 Jahre vorher. Das trifft auch auf die Muskel- und Fettmasse zu. Letztere weicht aber bei den Mädchen ab 13 Jahren von der der Jungen ab und entspricht der anderen biologischen Funktion der Frau. Allerdings weichen ca. 20% aller Probanden in Form von Übergewicht sowie 11% mit Untergewicht von dieser Entwicklung ab. Auch die Regulation der Herzfrequenz und des Blutdruckes liegt im physiologischen Regelbereich.

Die absoluten Leistungen im Ergometertest sowie die damit erzielte VO_2 max entsprechen den Ergebnissen anderer Untersucher. Auffallend sind jedoch die körpergewichtsbezogenen Leistungen. Mit dem Ende des biologischen Wachstums bei Mädchen mit 16–17 Jahren und Jungen mit 17–18 Jahren geht die aerobe Stoffwechsellkapazität zurück und die Leistungsfähigkeit stagniert oder verschlechtert sich. Genau in diesem Alter sollte ein regelmäßiges Muskeltraining aufgenommen werden, um das Potential aller wichtigen Organsysteme über die weiteren Lebensjahre auch nutzen zu können. Der Vergleich mit den Patienten

zeigt doch eindrucksvoll, dass hier das aerobe Potential noch unter dem der 9–10-jährigen liegt. Damit lassen sich die zunehmenden Erkrankungen des Bewegungsapparates, Herzkreislaufs und des Stoffwechsels im späteren Alter als Folge der Versäumnisse in der Adoleszenz erklären. Es gibt doch kaum noch Berufe oder Tätigkeiten, die eine angemessene und regelmäßige muskuläre Aktivität erfordern, sondern vielmehr überwiegen die geistig-psychischen Anforderungen und Stresssituationen, die mit einer moderaten körperlichen Belastung ausreichend zu kompensieren wären.

Aus Platzgründen wurden die Ergebnisse der klinischen Befunde nicht dargestellt. Es ist jedoch darauf zu verweisen, dass die Defizite und Funktionseinschränkungen der Muskulatur, Wirbelsäule, Füße, des EKG und der Zähne im Bereich von 10–60% festgestellt wurden. Ebenso wurde per Fragebogen analysiert, wie viel an sportlicher Aktivität pro Woche die Schüler leisten. Fast 70% gaben an, außer Schulsport keine regelmäßige Trainingseinheit und ca. 30% ein bis zweimal in der Woche in verschiedenen Sportarten tätig zu sein.

Die vorgelegten Ergebnisse zeigen, dass der Gesundheitszustand der untersuchten Schülerpopulation in Nordhessen noch befriedigen kann. Entscheidend ist nunmehr, den Übergang in das Berufsleben nicht nur mit etwas mehr Sport, sondern mit einer Veränderung der Lebensgewohnheiten und des Lebensstils zu verbinden.

Das ist dem Einzelnen nicht allein aufzubürden, sondern wie Leyk und Kollegen erst kürzlich im „Deutschen Ärzteblatt“ (10) forderten, eine institutionsübergreifende Präventionskampagne zu organisieren und diese langfristig anzulegen.

Korrespondenzadresse

Professor Dr. med. habil. H. Buhl
Institut für Prävention und Sportmedizin
„PreMedical-Active“
MARITIM Badhotel
Dr.-Marc-Straße 4
034537 Bad Wildungen

Quelle Abb. 2–15: Medizinisches Zentrum Parkhöhe, Bad Wildungen

Literatur

1. Crasselt W: Die somatische Entwicklung im Alter von 7–18 Jahren unter dem Aspekt geschlechtsspezifischer Besonderheiten. Olympiabuch der Sportmedizin. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 1988, S. 245–256
2. Prader A, Budliger J: Helvet. paediatr. Acta, 1977; Suppl. 37
3. Klemm U: Die kardio-pulmonale Leistungsfähigkeit im Kindes- und Jugendalter. Köln: Sport und Buch Strauss, 1988, 1. Auflage
4. Klimt F: Sportmedizin im Kinder- und Jugendalter. Stuttgart: G. Thieme Verlag, 1992
5. Hebestreit H et.al: Kinder- und Jugendsportmedizin – Grundlagen, Praxis, Training. Stuttgart: G. Thieme Verlag, 2002
6. Tanner JM: Wachstum und Reifung des Menschen. Stuttgart: G. Thieme Verlag, 1959
7. Crasselt W, Forchel J, Stemmler R: Zur körperlichen Entwicklung der Schuljugend in der DDR. Leipzig: Barth Verlag, Sportmedizinische Schriftenreihe, 1985, Bd. 23
8. Rost R: Belastbarkeit und Trainierbarkeit im Kindes- und Jugendalter. Köln: Schriftreihe BISP, 1989, Bd. 66, S. 159–173
9. Rost R: Lehrbuch der Sportmedizin. Köln: Deutscher Ärzteverlag 2001
10. Leyk Det.al: Sportaktivität, Übergewichtsprävalenz und Risikofaktoren. Deutsches Ärzteblatt 2008; 105(46): S. 793–800
11. Buhl H, Gürtler H, Pahlke U; Pters H: Zur Objektivierung der Leistungsfähigkeit des gesunden Kindes. Leipzig: Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrie 1977
12. Buhl H, Häcker R; Appelt D: Adaptationsmechanismen im aerob-anaeroben Übergangsbereich bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich mit trainierten Sportlern. Medizin und Sport, Berlin 1982, 22(3): S. 40–42
13. Brauer, BM: Anthropometrische Untersuchungen an gesunden Kindern und Jugendlichen im Alter von 13 bis 18 Jahren. Ärztliche Jungendkunde, 1982, 3: S. 174–181
14. Exner, GU: Normalwerte in Wachstum und Entwicklung – Basis für Diagnostik und Therapie. Stuttgart: G. Thieme Verlag, 2003, 2. Aufl.

„Rezept“ für Bewegung soll Patienten motivieren

Dass in einem gesunden Körper ein gesunder Geist wohnt, behaupteten schon die alten Römer. Eine These, die von der modernen Forschung bestätigt wird. So konnten in Langzeitstudien ein enger Zusammenhang zwischen Bewegung und intellektueller Fähigkeit nachgewiesen werden. Auch die Erkenntnis, dass die Seele von körperlicher Aktivität profitiert, ist heute Allgemeingut. Dennoch fällt es Menschen aller Altersklassen schwer, das theoretische Wissen um die enge Verbindung zwischen körperlicher, seelischer und mentaler Gesundheit durch Bewegung in die Praxis umzusetzen. Eine Ursache hierfür mögen die hohen Anforderungen an die geistige Leistungsfähigkeit im Beruf zu sein, die mit einer gesunkenen Bedeutung körperlicher Leistungsstärke einher gehen. Ein anderer Grund sind Trägheit und Bequemlichkeit.

Um Patienten dazu anzuregen, ein Bewusstsein für den eigenen Körper zu entwickeln und etwas für die eigene Gesundheit zu tun, haben der Landessportbund Hessen und die Landesärztekammer Hessen vor zwei Jahren gemeinsam

mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und dem Gesundheitsnetz Nordhessen das „Rezept“ für Bewegung in Kassel der Öffentlichkeit vorgestellt. Seither sind andere Regionen in Hessen dem Beispiel gefolgt; weitere wollen das „Rezept“ einführen. Die Anführungsstriche machen deutlich: Das optisch an das grüne Rezept angelehnte Blatt ist nicht mit einem üblichen Verschreibungsformular vergleichbar und berechtigt auch nicht zur Abrechnung. Vielmehr handelt es sich um eine schriftliche Empfehlung, mit der Ärzte ihre Patienten auf geprüfte Bewegungsangebote in Sportvereinen der näheren Umgebung hinweisen können. Der „Wegweiser für Gesundheit und Bewegung“ enthält eine Übersicht dieser Angebote, die zu einem großen Teil mit dem gemeinsam von Landesärztekammer Hessen und Landessportbund Hessen verliehenen Qualitätssiegel Sport Pro Gesundheit ausgezeichnet sind. Die Qualitätssiegel-Angebote rücken die präventive Wirkung von Bewegung in den Mittelpunkt: Es geht um die Vorbeugung von Erkrankungen des Stoffwechsel-

Systems, des Stütz- und Bewegungsapparates und des vegetativen sowie des Herz-Kreislauf-Systems. Außerdem kann Bewegung hohe Blutfettwerte und Stress abbauen.

Neben dem Landessportbund Hessen (federführend) und der Landesärztekammer Hessen gehören der Landesarbeitsgemeinschaft Sport Pro Gesundheit der Hessische Turnverband, der Hessische Schwimmverband, der Hessische Tischtennis-Verband, der Hessische Aikido-Verband und der Hessische Reit- und Fahrverband an.

Weitere Informationen finden sich im Internet auf der Seite des Landessportbundes Hessen www.landessportbund-hessen.de Bereich Breitensport und Sportentwicklung. Ansprechpartnerin: Gundi Friedrich, Tel. 069 6789-285. E-Mail: gfriedrich@lsbh.de.

Unter www.sportprogesundheit.de ist die bundesweite Datenbank mit aktuellen Qualitätssiegelangeboten in den Regionen eingestellt.

Katja Möhrle

„Wer sich wohl fühlt, bleibt am Ball“

Interview mit Dr. med. Hans Anschütz, Groß-Gerau

Im August 2008 wurde das „Rezept“ für Bewegung im Kreis Groß-Gerau eingeführt. Für den niedergelassenen Internisten und Vorsitzenden des ärztlichen Kreisvereins, Dr. med. Hans Anschütz, nehmen Ärztinnen und Ärzte eine Schlüsselfunktion in dem Projekt ein.

Hess. Ärzteblatt: Warum haben Sie sich dazu entschieden, an dem Projekt „Rezept“ für Bewegung im Kreis Groß-Gerau teilzunehmen?

Dr. Anschütz: Bewegung ist für den Erhalt von Gesundheit von essentieller Bedeutung. Gerade Ausdauertraining kann dabei helfen, Krankheiten buchstäblich „davon zu laufen“. Wir wissen allerdings aus Erfahrung, dass der bloße ärztliche Rat „Treiben Sie Sport!“ nur wenige Patienten dazu motiviert, wirklich etwas für ihre körperliche Fitness zu tun. Wenn ich als Arzt dagegen eine schriftliche Empfehlung in Form des „Rezeptes“ für Bewegung ausstelle, gewinnt der Rat an Überzeugungskraft. Dass ich meine Patientin oder meinen Patienten in Verbindung mit dem „Rezept“ auf geeignete Angebote von Sportvereinen in Groß-Gerau und Umgebung hinweisen kann, ist ein weiterer Vorteil. Bei allen mit dem Qualitätssiegel „Sport Pro Gesundheit“ ausgezeichneten Kursen habe ich die Gewissheit, geprüfte Bewegungsangebote zu „verschreiben“.

Hess. Ärzteblatt: Warum sollten Ärztinnen und Ärzte das sogenannte „Rezept“ ausstellen, obwohl sie kein Honorar dafür erhalten?

Dr. Anschütz: Hausärzte, aber auch Ärztinnen und Ärzte anderer Fachrichtungen sind Schlüsselfiguren im Rahmen des Projektes „Rezept“ für Bewegung. Ob es um die Vorbeugung von Krankheiten oder die Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit geht – die Motivation zu einem vernünftigen, dem Alter und der individuellen körperlichen Verfassung angemessenen Training ist wesentlicher

Bestandteil von ärztlicher Betreuung und Versorgung. Ärzte können aus ihrer ärztlichen Kompetenz heraus beurteilen, welche Art von Bewegung bzw. Ausdauertraining im Sinne der Primär- und Sekundärprävention für den einzelnen Patienten sinnvoll ist. Die steigenden Zahlen übergewichtiger und körperlich inaktiver Menschen aller Altersklassen zeigen, wie wichtig es ist, Bewegung zu fördern.

Das „Rezept“ dient dazu, diese ärztlichen Bemühungen zum Wohle der Patienten zu unterstützen. Der Wegweiser mit den Adressen von Sportvereinen in der Nähe macht Ärzten und Patienten die Suche nach passenden Angeboten einfach.

Für mich gehört die Ausstellung des „Bewegungsrezeptes“ zu einer normalen Beratungsleistung. Eine zusätzliche sportmedizinische Untersuchung ist im Allgemeinen nicht notwendig; allerdings muss der Patient der Ärztin oder dem Arzt natürlich im Rahmen der Patientenbetreuung bekannt sein, damit eine geeignete Bewegungsart empfohlen werden kann. Die gesetzlichen Krankenkassen verfügen über ein bestimmtes, quartalsbezogenes Präventionsbudget pro Versicherten, das häufig nicht genutzt wird. Ich hielte es für angebracht, wenn Patienten, die an qualitätsgesicherten Bewegungsangeboten teilnehmen, einen Teil der Kosten aus diesem Budget zurückerstattet bekämen. Nicht zuletzt wirkt sich der präventive Effekt körperlicher Aktivitäten ja auch positiv auf die Kostenersparnis im Gesundheitswesen aus.

Hess. Ärzteblatt: Welchen Effekt erhoffen Sie sich für Ihre Patienten?

Dr. Anschütz: Gymnastik, Laufen, Joggen oder Walken sind leicht zugängliche Ausdauersportarten; doch sie stoßen nicht bei Jedem auf Begeisterung. Und wer keine Freude an Bewegung empfindet, lässt rasch wieder davon ab. Es ist daher notwendig, dass Arzt und Patient ge-

meinsam eine Bewegungsart auswählen, die den Neigungen entspricht. Es gibt so viele unterschiedliche Angebote, dass eigentlich niemand auf ein Ausdauertraining verzichten muss. Hinzu kommt der soziale

Aspekt. Wer alleine zu Hause auf der Matte turnt, ist oft weniger motiviert als Kursteilnehmer in Sportvereinen. Der Grund liegt auf der Hand: In der Gruppe machen körperliche Aktivitäten mehr Spaß, weil dabei auch Kontakte gepflegt werden können. Wer sich wohl fühlt, bleibt, bildlich gesprochen, „am Ball“. Ich hoffe daher, dass ich meine Patienten über die qualitätsgesicherten Angebote in den Vereinen dauerhaft zu Bewegung anregen kann. Auf diese Weise tragen sie aktiv zum Behandlungserfolg bei.

Hess. Ärzteblatt: Noch ist das „Rezept“ für Bewegung in Groß-Gerau recht „frisch auf dem Markt“. Wie sehen die Rückmeldungen von Kollegen und Patienten aus?

Dr. Anschütz: Die Resonanz ist ermutigend. Dem ersten Aufruf sind rund 100 Ärztinnen und Ärzte aus Groß-Gerau und Umgebung gefolgt. Geht man von ca. 800 bis 1.200 Patienten pro Quartal und pro Arzt aus, können wir eine beachtliche Zahl von Menschen mit dem „Rezept“ für Bewegung erreichen. Durch die plakative Ankündigung „Ich verschreibe Ihnen auch Bewegung!“ in den Wartezimmern werden die Patienten aufmerksam gemacht. Viele sprechen daraufhin ihre Ärztin oder Arzt selbst auf das „Rezept“ an. Wie hoch die Erfolgsquote ist, wird die Zukunft zeigen. Wichtig ist, dass sich die Aktion als nachhaltig erweist.



Die Fragen stellte Katja Möhrle

Fortbildung für Medizinische Fachangestellte: Qualifikation „Ernährungsmedizin“

Michael Miko

Das Fach Ernährungsmedizin umfasst vielfältige therapeutische Maßnahmen auf der präventiven, kurativen und rehabilitativen Ebene. Die Komplexität des Faches erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit medizinischer Professionen und im Rahmen der praktischen Umsetzung primär das Mitwirken der Ernährungsfachberufe (Oecotrophologen/innen, Diätassistenten/innen mit entsprechender Qualifikation), damit eine optimale Betreuung und Versorgung der Patienten sichergestellt werden kann. Als Mitarbeiter/in in einem multiprofessionellen Team haben Arzthelfer/innen/Medizinische Fachangestellte die Aufgabe, Ärztinnen und Ärzte in ihrem Tätigkeitsfeld zu unterstützen. Um fachkompetent auch in einem ernährungstherapeutischen Team handeln und delegationsfähige Leistungen übernehmen zu können, wurde ein Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen in der Bundesärztekammer entwickelt. Die Landesärztekammer Hessen ist der Durchführungsempfehlung der Bundesärztekammer gefolgt und bietet die Fortbildung, die auch als Wahlteil zur Arztfachhelferin anerkannt wird, an ihrer Carl-Oelemann-Schule an.

Das Fach „Ernährungsmedizin“ ist auf den ersten Blick etwas unübersichtlich. Im ernährungstherapeutischen Team agieren verschiedene Berufsgruppen/Professionen mit einem großen individuellen Leistungsspektrum. Dieses umfasst z. B. Präventionsangebote, individuelle Beratungsangebote, Patientenschulungen, ... und vieles mehr. Jede Berufsgruppe bringt sich mit spezifischen Kernkompetenzen ein. Daraus ergibt sich die Fragestellung, welche Aufgaben soll/kann ein/e Arzthelfer/in oder Medizinische Fachangestellte nach Teilnahme an einer Fortbildung „Ernährungsmedizin“ übernehmen?

Das Curriculum zur Fortbildung beschreibt die Handlungskompetenzen (nachfolgend aufgeführt), die ein/e Arzthelfer/in oder Medizinische Fachangestellte erwirbt und im Rahmen ihres Tätigkeitsbereichs zur Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten unter Berücksichtigung der Delegationsfähigkeit von ärztlichen Leistungen durchführen kann. Zitat aus der Vorbemerkung im Fortbildungscurriculum „Medizinische Fachangestellte – Ernährungsmedizin“ der Bundesärztekammer, 1. Auflage 2007: „1.2 Ziel und Aufbau des Curriculums: Das vorliegende Curriculum zielt auf Vertiefung und Erweiterung von Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten von Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten im zunehmend bedeutsam werdenden Bereich der Ernährungsmedizin über die in der Ausbildung vorgesehenen Ziele und Inhalte hinaus. Sie soll den Arzt als Mitglied des ernährungstherapeutischen Teams in der Prävention und Therapie ernährungs- und ernährungsmitbedingter Krankheiten, bei der Motivation und Schulung der Patienten und Angehörigen, bei der Durchführung von Maßnahmen und der Koordination und Organisation qualifiziert unterstützen und delegierbare Leistungen durchführen.“

In der 120-stündigen Fortbildung werden folgende Handlungskompetenzen vermittelt:

- Die Medizinische Fachangestellte motiviert den Patienten durch aktivierende und strukturierte Kommunikation und Interaktion zur Mitwirkung an Präventions- und Therapiemaßnahmen.
- Sie unterstützt den Arzt durch geeignete Methoden und Techniken bei der Durchführung von Präventions- und Therapiemaßnahmen.
- Sie erarbeitet gemeinsam mit den Patienten ernährungsbezogenes Wissen.

- Sie motiviert zu gesundem Essverhalten.
- Sie klärt die Patienten über Risikofaktoren auf und erarbeitet mit ihnen Vorschläge zur Änderung ihrer Lebensweise.
- Sie organisiert und moderiert Patientenschulungen und wendet Präsentationsmedien und -techniken an.
- Sie organisiert den internen und externen Informationsfluss.
- Sie führt begleitende Koordinations-, Organisations- und Qualitätsmanagementmaßnahmen durch.
- Sie setzt im Sinne des „lebenslangen Lernens“ neues Wissen, neue Methoden sowie Arbeitstechniken und -verfahren selbstständig um.

Die Beschreibung der Handlungskompetenzen und die damit verbundenen Erläuterungen der Vorbemerkung grenzen die Aufgaben und den Tätigkeitsrahmen der Arzthelfer/innen und Medizinischen Fachangestellten zu anderen Berufsgruppen, insbesondere der Diätassistenten und Oecotrophologen ab. Die nachfolgenden Kurzbeschreibungen geben einen Überblick der verschiedenen Berufe/Professionen als mögliche Mitwirkende im ernährungstherapeutischen Team.

Ärztin/Arzt mit Fortbildung Ernährungsmedizin

Die strukturierte curriculäre Fortbildung für Ärztinnen/Ärzte basiert auf den Empfehlungen der Bundesärztekammer (2. Auflage, 2007) und umfasst 100 Stunden mit abschließender theoretischer und praktischer Prüfung, vermittelt wird neben ernährungswissenschaftlichen Grundlagen praxisbezogenes ernährungstherapeutisches Wissen einschließlich der enteralen und parenteralen Ernährung. Das

Fortsetzung auf Seite 49

I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

17. Wartburggespräch

Ökologie des Selbst;

Beziehungsmedizin und Richtlinienmedizin

Sonntag 25. – Dienstag 27. Jan. 2009

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

Teilnahmebeitrag: € 110

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft: Kontaktaufnahme per E-Mail: bm_kraemer@web.de;

Rückfragen von Arzt-/Behandlerseite:

Prof. Dr. med. W. Schüffel (Tel. 06421 176330)

Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapie

Burnout bei Ärzten – Betroffen sein und offen für Hilfe (siehe Seite 63)

Themen: Narzissmus und Burnout bei Ärzten – Depression und Burnout – Medizinische und berufsfördernde REHA Maßnahmen

Samstag, 31. Jan. 2009, 09:30 – 15:30 Uhr

Leitung: Dr. Axel Schüler-Schneider, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 75 (Akademiemitgl. kostenfrei)

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

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

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 M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Hautkrebs-Screening

Diese Fortbildung zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen richtet sich in erster Linie an Allgemeinärzte und erfolgt nach den Richtlinien der KV. Mit dieser achtstündigen Fortbildungsmaßnahme werden Sie umfassend über die Diagnostik und medizinische Bedeutung des Hautkrebses informiert.

Freitag, 30. Jan. 2009 (**Termin entfällt**)

Freitag, 27. Feb. 2009 13:00 – 21:00 Uhr

Leitung: Dr. med. Joachim Feßler, Flörsheim
Frank-Rüdiger Zimmeck, Limburg

Teilnahmebeitrag: € 170 (Akademiemitgl. € 153)

(inkl. Pausenverpflegung) zzgl. € 70 Schulungsmaterial

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

Weitere Termine 2009: 20. März

Strukturierte fachspezifische Fortbildung „Kinder- und Jugendmedizin“

Neonatologie und pädiatrische Notfallmedizin

Samstag, 14. Feb. 2009

Leitung: Prof. Dr. med. N. Gordjani, Offenbach

Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiemitgl. € 45)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

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

Weitere Termine 2009: 16. Mai, 29. Aug., 28. Nov.

Neurologie – Ophthalmologie – Psychosomatik

Schwindel interdisziplinär: Rationale Diagnostik und Therapie

Themen: Periphere vestibuläre Schwindelformen – Zentrale vestibuläre Schwindelformen: Fallbeispiele und Videos – Schwindel & Synkopen - was ist zu tun? – Praktische Neuro-ophthalmologische Untersuchung. 5P

Samstag, 14. März 2009, 09:00 – ca. 13:30 Uhr

Leitung: Dr. S. v. Stuckrad-Barre, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

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

Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218 StGB

Seminar zur Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218 StGB. Erfahrungsaustausch und Wiederholungsseminar für Ärzte, die bereits die Berechtigung zur Beratung erworben haben und erneuern wollen.

Samstag, 14. März 2009

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

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

21. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

Montag, 23. – Freitag, 27. März 2009, jeweils 08:30 – 17:30 Uhr

Leitung: Prof. Dr. T. O. F. Wagner, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 500

Tagungsort: Frankfurt a. M., Universitätsklinikum Seminarraum der Pneumologie, Haus 15B, 4. Stock

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Huber,

Tel.: 069 6301-6336, Fax: -6336

E-Mail: Helga.Huber@em.uni-frankfurt.de



17. Bad Nauheimer Symposium der Klinischen Hämostaseologie

Leitlinienorientierte Thromboseprophylaxe 2009

Gemeinschaftsveranstaltung der Fachgebiete Innere Medizin, Chirurgie und Klinische Pharmakologie

Eine interaktive interdisziplinäre Veranstaltung mit Falldemonstrationen
Themen: Antikoagulationen - bewährte und neue Substanzen – Orthopädie und Unfallchirurgie - welches Antikoagulans für wen und wie lange? – Abdominale Chirurgie - maßgeschneiderte risikoadaptierte Antikoagulation? – Überlappungstherapie (Bridging) bei geplanten Interventionen einschließlich rückenmarknahen Punktionen – Schwangerschaft bzw. Hormontherapie-Antikoagulation wann, womit und wie lange? – Innere Medizin und Onkologie - akute und langfristige Behandlungsstrategien – Therapeutische Konsequenzen bei Venenthrombose und Thrombophilie.

Samstag, 14. März 2009, 9:00 s. t. bis 15:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. med. S. Harder, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. med. W. O. Bechstein, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 75 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau Ch. Ittner, Akademie,

Tel.: 06032 782-223, Fax: -228, E-Mail: christina.ittner@laekh.de

Wer macht was bei Rückenschmerz?

1. Veranstaltung der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung mit dem Deutschen Verband für Physiotherapeuten. Bei dieser Veranstaltung werden Ärzte und Physiotherapeuten abwechselnd u. a. zu den Themen HWS, LWS und BWS referieren.

Samstag, 04. April 2009, 09:00 – 17:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg, Frankfurt a. M.
H.-Yvonne Massuger, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Mykologie-Kurs

Dermatomykologie mit praktischen Übungen unter der Leitung von Prof. Dr. med. P. Mayser, Gießen und OA E. Hasche, Darmstadt.

Ärztliches Fort- und Weiterbildungsseminar, in dem – neben einer aktuellen Übersicht über Krankheitsbilder, Problembefunde und zeitgemäße antimykotische Therapie – insbesondere praktische Übungen der mykologischen Diagnostik angeboten werden. Zur Diskussion der Befunde wird das TED-System eingesetzt. **Arbeitskittel bitte mitbringen!**

Kursthemen: Dermatomykosen bei Kindern und Erwachsenen, Zoonophile Mykosen aus veterinärmedizinischer Sicht, Diagnostik und Therapie der Onychomykose, Candidosen bei Kindern/Erwachsenen, Anwendung von Antimykotika und Desinfizienten – praktische Tipps aus der Sicht des Pharmazeuten, Abschlußdiskussion/Pilzquiz-Identifizierung von Erregern

Samstag, 28. Februar 2009, 09:00 c. t. bis 16:00 Uhr

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Tel. 06032/782-202, E-Mail claudia.cordes@laekh.de

Chirurgie

Ösophagogastrale Chirurgie

Samstag, 14. März 2009

Leitung: Prof. Dr. med. W. Padberg, Gießen

Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Repetitorium Innere Medizin 2009

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.

Montag, 30. März – Samstag, 04. April 2009

Programmübersicht:

Montag, 30. März 2009

Intern. Onkologie/Hämatologie

Prof. Dr. med. L. Bergmann, Frankfurt am Main;

Prof. Dr. med. A. Neubauer, Marburg

Pneumologie

Prof. Dr. med. C. Vogelmeier, Marburg

Dienstag, 31. März 2009

Angiologie

Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Frankfurt am Main

Intern. Intensivmedizin

Prof. Dr. med. H.-D. Walmrath, Gießen

Mittwoch, 01. April 2009

Gastroenterologie

Prof. Dr. med. K. Haag, Frankfurt am Main;

Prof. Dr. med. F. Hartmann, Frankfurt am Main

Kardiologie

Dr. med. R. Brandt, Bad Nauheim

Prof. Dr. med. Ch. Hamm, Bad Nauheim

Donnerstag, 02. März 2009

Kardiologie

Dr. med. R. Brandt, Bad Nauheim

Prof. Dr. med. Ch. Hamm, Bad Nauheim

Donnerstag, 02. März 2009

Nephrologie

Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Fulda

Freitag, 03. April 2009

Rheumatologie

Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim

Prof. Dr. med. E. Märker-Hermann, Wiesbaden

Endokrinologie/Diabetologie

Prof. Dr. med. M. D. Brendel, Gießen

Dr. med. C. Jaurisch-Hancke, Wiesbaden

Samstag, 04. April 2009

Referenten aus den Teilgebieten Nephrologie, Kardiologie, Gastroenterologie, Rheumatologie

Tagungsort: Bad Nauheim,

Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5

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

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Stunden)

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

I. Teil Theorie (120 Stunden) Frühjahr 2009

Freitag, 16. Jan. – Sonntag, 18. Jan. 2009	G1–G3
Freitag, 13. Feb. – Sonntag, 15. Feb. 2009	G1P–G3P
Freitag, 06. März – Sonntag, 08. März 2009	G4–G6
Freitag, 24. April – Sonntag, 26. April 2009	G7–G9
Samstag, 09. Mai – Sonntag, 10. Mai 2009	G10–G11
Samstag, 06. Mai 2009	G12

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen/Fallseminare (80 Stunden)

Samstag, 17. Jan. 2009	G13
Sonntag, 18. Jan. 2009	G14
Samstag, 14. Feb. 2009	Psychosomatik 1
Sonntag, 15. Feb. 2009	Psychosomatik 2
Samstag, 07. März 2009	G15
Sonntag, 08. März 2009	G16
Samstag, 25. April 2009	G17
Sonntag, 26. April 2009	G18
Samstag, 09. Mai 2009	G19
Sonntag, 10. Mai 2009	G20

(weitere Kurse folgen)

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

Teilnahmebeitrag: Einzelkurs € 200

(Akademie- od. DÄGfA-Mitgl. € 150),

Blockbuchung G1–G3 (3 Kurse) € 525

(Akademie- od. DÄGfA-Mitgl. € 375)

Blockbuchung G1P–G3P (3 Kurse) € 525

(Akademie- od. DÄGfA-Mitgl. € 375),

G4–G12 (9 Kurse) € 200 pro Kurs

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

Bei Komplettbuchung der Kurse G4–G12 wird der Beitrag für G12 erlassen, sofern keine Stornierung erfolgt.

G13–G20 (9 Kurse) € 200 pro Kurs

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

Bei Komplettbuchung der Kurse G13–G20 wird der Beitrag für G19 und G20 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 Ärztesellschaft für Akupunktur e.V.

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

Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs C1 31. Jan. 2009 **8 Std./8 P**

Psychosomatische Grundversorgung unter speziellen Gesichtspunkten der Allgemeinmedizin – verbale Interventionstechniken

Kurs C2 25. April 2009 **6 Std.**

Psychosomatische Grundversorgung unter Berücksichtigung der spezifischen Probleme des alten Menschen – verb. Interventionstechniken

Kurs A 05./06. Juni 2009 **20 Std.**

Psychosomatische Grundversorgung – Theorie

Kurs B 11./12. Sept. 2009 **20 Std.**

Psychosomatische Grundversorgung – Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken

+ Arbeit in einer Balintgruppe **30 Std.**

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

Anmeldeschluss: spätestens 14 Tage vor Seminarbeginn!

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

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

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

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**

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: luisse.stieler@laekh.de

Didaktik

Moderatorentaining **20 P**

Freitag, 16. – Samstag, 17. Jan. 2009 (**Kurs belegt**)

Freitag, 24. – Samstag, 25. April 2009

Leitung: Dr. med. W. Zeckey, Fulda

Tagungsort: Fulda,

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie

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

EKG – Kurs mit praktischen Übungen

Grundlagen der EKG-Auswertung, Reizleitungsstörungen, **20 P**

Infarkt-EKG, Belastungs-EKG, Notfall-EKG,

praktische EKG-Auswertung

Freitag, 08. Mai – Samstag, 09. Mai 2009, 09:00 – 17:00 Uhr

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

Teilnahmebeitrag: € 290 (Akademiemitgl. € 261)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft: 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: € 1.250 (Akademiemitgl. € 1.125)
Tagungsorte: Teil I bis V **Bad Nauheim**,
 FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
Hospitation Frankfurt a. M. und Gießen
 Universitätskliniken
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,
 Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter (16 Std.) **16 P**
Freitag, 24. – Samstag, 25. April 2009
Freitag, 20. – Samstag, 21. Nov. 2009
Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)
Tagungsort: **Bad Nauheim**,
 FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
 Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de
Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie
 In Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung in
 Rheinland-Pfalz
2009 in Rheinland-Pfalz:
Montag, 15. – Mittwoch, 17. Juni 2009 **8 P/Tag**
 (zusätzlich zwei Tage Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter)
Teilnahmebeitrag: pro Tag € 140 ohne Verpflegung
Auskunft und Anmeldung: Frau A. von Loeben,
 Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz,
 Tel.: 06131 82438-16, Fax: -10, E-Mail: vonLoeben@artzkolleg.de

Spezielle Schmerztherapie

Block A **07./08. März 2009** **20 Punkte**
 Grundwissen über Pathogenese, Diagnostik und Therapie;
 Psychische Störungen mit Leitsymptom Schmerz und psychosomatische Wechselwirkungen bei chronischen Schmerzzuständen
Leitung: Prof. Dr. phil. Dr. med. habil. H.-D. Basler, Marburg
 Dr. med. T. Wiehn, Friedrichsdorf
 Dr. med. K. Böhme, Kassel
Block D **09./10. Mai 2009** **20 Punkte**
 Muskuloskelettale Schmerzen; Rückenschmerz; Schulter-Nackenschmerz; Muskelschmerz, weit verbreitete Schmerzen (Engl. Syn.: widespread pain), Fibromyalgie; Gelenkerkrankungen“
Leitung: Prof. Dr. med. P. M. Osswald, Frankfurt am Main
Block C **19./20. Sept. 2009** **20 Punkte**
 Schmerzen bei vaskulären Erkrankungen; Schmerzen bei viszerale Erkrankungen; Tumorschmerz; Schmerzen im Alter; Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen
Leitung: Dr. med. U. Nickel, Wiesbaden
Block B **31.Okt./01. Nov. 2009** **20 Punkte**
 Neuropathische Schmerzen; Kopfschmerzen
Leitung: Prof. Dr. med. M. Tryba/Dr. med. M. Gehling, Kassel
Teilnahmebeitrag pro Teil: € 240 (Akademiemitgl. € 216)
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,
 Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Gesundheit & Kulturelle Vielfalt

Aufbaukurs 4: Asiatischer Raum (ca. 16 UE)
Freitag, 24. – Samstag, 25. April 2009
Aufbaukurs 5: Latein- und Mittelamerika (ca. 16 UE)
Freitag, 19. – Samstag, 20. Juni 2009
Leitung: Dipl.-Psych. U. Cramer-Düncher, Dreieich
 Dr. med. U. Schreiber-Popovič, Eppstein
Teilnahmebeitrag € 240 (Akademiemitgl. € 216)
Tagungsort: **Bad Nauheim**,
 FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
 Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Notfallmedizinische Fortbildung

Notdienst-Seminar:
Samstag, 14./Sonntag, 15. und Samstag, 28. Feb. 2009
 € 320 (Akademiemitgl. € 288)
Tagungsort: **Bad Nauheim**
Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (s. HÄBl 11/08)
Kurs „Ärztliche Leitungsaufgaben im Rettungsdienst und seinen Schnittstellen“ – nicht nur für „ÄLRD“
 Kursmodul I (alleine) **Mittwoch, 25. – Freitag, 27. Feb. 2009**
 € 390 (Akademiemitgl. € 351)
 Kursmodul II (alleine) **Freitag, 27. – Samstag, 28. Feb. 2009**
 € 240 (Akademiemitgl. € 216)
 Kursmodul I + II **Mittwoch, 25. – Samstag, 28. Feb. 2009**
 € 480 (Akademiemitgl. € 432)
Leitung: Dr. med. W. Lenz, Gelnhausen
Tagungsort: **Bad Nauheim**
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, 13. – Samstag, 21. März 2009
Freitag, 02. – Samstag, 10. Okt. 2009
Leitung: Dr. med. C. Kill, Marburg
Tagungsort: **Marburg**,
 Klinikum Lahnberge, Baldingerstr.
Teilnahmebeitrag: € 550 (Akademiemitgl. € 495) **excl.** Verpflegung
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

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:
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)
15. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung
I. 16. – 18. Jan. 2009 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr) 20 P
A. Der Patient, seine Krankheit und die Interaktion: Herzneurose, Herzinfarkt; Einführung in die Balintgruppenarbeit.

B. Inhalt und Techniken der Gesprächsführung/der Intervention/ des Wissens: Austausch über Erwartungen/Erfahrungen von Teilnehmer/innen mit Dozent/innen. Leistungen entsprechend der Psychosomatischen Grundversorgung, Aufbau und Ablauf des psychosomatischen Erstgesprächs und Verlaufsgesprächs: Das Bewegende Seminar. Was ist bei der Dokumentation zu berücksichtigen? Seelische Entwicklung I; Übertragung und Gegenübertragung.

II. 27. – 29. März 2009 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr) 20 P
A. Atemwegserkrankungen; chronische Schmerzerkrankungen; Verläufe; Balintgruppenarbeit.

B. Bewegung und Symbol der Arzt-Patient-Beziehung; Chronifizierungspotential und salutogenetisches Potential. Dokumentationsanleitung entsprechend dem Bewegenden Seminar; Seelische Entwicklung II; Symptomentwicklung aus psychosomatischer Sicht und die Bedeutungen des Symbols.

Weitere Termine 2009: 27. – 29. März, 08. – 10. Mai., 03. – 05. Juli, 04. – 06. Sept. und 20. – 22. Nov.
Leitung: Prof. Dr. med. W. Schüffel, Marburg,
Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Teilnahmebeitrag: Block (20h) € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie,
Tel.: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de
32. Bad Nauheimer Psychotherapie-Tage 2009
Block 1: Freitag, 13. – Sonntag, 15. März 2009
Block 2: Freitag, 12. – Sonntag, 14. Juni 2009
Block 3: Freitag, 04. – Sonntag, 06. Sept. 2009
Block 4: Sonntag, 11. Okt. 2009

jeweils von 09:15 – 19:00 Uhr

Leitung: Prof. h. c. Dr. med. Nossrat Peseschkian, Wiesbaden

Tagungsort und Anmeldung: Wiesbaden,

 Internat. Akademie für Positive und Transkulturelle Psychotherapie
Kaiser-Friedrich-Residenz, Langgasse 38–40

Tel. 0611 3411-675 und -674, Fax 0611 4311-676

Palliativmedizin
Aufbaukurs Modul I 19. – 23. Mai 2009
€ 600 (Akademiemitgl. € 540)

Aufbaukurs Modul II 08. – 12. Juli 2009
€ 600 (Akademiemitgl. € 540)

Fallseminar Modul III 09. – 13. Nov. 2009
€ 700 (Akademiemitgl. € 630)

Basiskurs 01. – 05. Dez. 2009
€ 600 (Akademiemitgl. € 540)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Basiskurs 11. – 15. März 2009 Wetzlar
– in Zusammenarbeit mit Lahn-Dill-Kreis

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,
Tel.: 06032 782-202, Fax: -229,
E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de
Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)
Modul I: Freitag, 17. – Samstag, 18. April 2009
Modul II: Freitag, 08. – Samstag, 09. Mai 2009
Modul III: Freitag, 03. – Samstag, 04. Juli 2009
Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 500 (Akademiemitgl. € 450)

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
Ärztliches Qualitätsmanagement
Termine 2009:
Block I 09. – 15. Feb. 2009 € 1.280 (Akademiemitgl. € 1.152) 56 P
(Block I wird gem. § 10 Abs. 1 und 3 i. V. m. § 11 HBUG als Bildungsurlaub anerkannt)

Block II 20. – 25. Apr. 2009 € 1.100 (Akademiemitgl. € 990) 48 P
Block III 07. – 12. Sept. 2009 € 1.100 (Akademiemitgl. € 990) 48 P
Block IV 16. – 21. Nov. 2009 € 1.100 (Akademiemitgl. € 990) 48 P
EFQM-Assessorentraining
Neue Termine in Planung!
Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

 Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de
Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RÖV
Aktualisierungskurse
Samstag, 31. Jan. 2009 9 P
Samstag, 14. Nov. 2009 9 P

€ 120 (Akademiemitgl. € 108)

Kenntniskurse (theoret. u. prakt. Unterw.)
Samstag, 28. Feb. 2009 13 P
Samstag, 26. Sept. 2009 13 P

Teilnehmerzahl: max. 24

€ 140 (Akademiemitgl. € 126)

Theoret. Unterw. € 100 (Akademiemitgl. € 90)

Prakt. Unterw. € 50 (Akademiemitgl. € 45)

Grundkurs* Samstag, 14./Sonntag, 15. März 2009

€ 280 (Akademiemitgl. € 252)

Spezialkurs* Samstag, 29./Sonntag, 30. Aug. 2009

€ 280 (Akademiemitgl. € 252)

Spezialkurs -CT- Samstag, 27. Juni 2009, vormittags

€ 100 (Akademiemitgl. € 90)

Spezialkurs Interventionsradiologie
Samstag, 27. Juni 2009, nachmittags

€ 100 (Akademiemitgl. € 90)

*** + 1 Nachmittag nach Wahl in der Folgewoche f. Praktikum u.**
Prüfung im Uni-Klinikum Gießen
Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltcher, Akademie,

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


Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

AK I Mittwoch, 25. März – 03. April 2009
AK II Mittwoch, 28. Okt. – 06. Nov. 2009
GK I Mittwoch, 14. April – Freitag, 23. April 2010
GK II Mittwoch, 29. Sept. – 08. Okt. 2010
Teilnahmebeitrag: pro Teil € 650 (Akademiemitgl. € 585)
Tagungsort: Bad Nauheim,
 FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7
Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,
 Tel.: 06032 782-287, Fax: -228, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

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

Samstag, 21. März 2009, 09:00 – 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

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

Frühjahr 2009 Hessen:

Kursteil 1 **30. – 31. Jan. 2009**
 Baustein I Grundlagen 1 und 2
 Kursteil 2 **20. – 21. Feb. 2009**
 Baustein II Alkohol/Nikotin und Wahlthema
 Kursteil 3 **27. – 28. Feb. 2009**
 Baustein III (Medikamente)/VI (illegale Drogen)
 Kursteil 4 **27. – 28. März 2009**
 Baustein V – Motivierende Gesprächsführung V

Teilnahmebeitrag pro Wochenende: € 165 (pro Kurs € 660)
Auskunft: Frau K. Baumann, Akademie,
 Tel.: 06032 782-281, Fax: -228, E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Herbst 2009 Rheinland-Pfalz

Neue Termine in Planung!
Teilnahmebeitrag pro Wochenende: € 165 (pro Kurs € 660)
Auskunft: Frau B. Kröhler, Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz,
 Tel.: 06131 28438-15, Fax: -10, E-Mail: kroehler@artztkolleg.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, Akademie-Mitglieder 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

Ultraschallkurse

Abdomen

Leitung: Dr. med. J. Böhnhof, Wiesbaden
 Dr. med. W. Stelzel, Frankfurt a. M.

Grundkurs **40 P**

Samstag, 17. und Sonntag, 25. Jan. 2009 (Theorie) (Kurs belegt)
 + 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.)
 € 400 (Akademiemitgl. € 360)

Aufbaukurs **40 P**

Samstag, 21. und Sonntag, 29. März 2009 (Theorie)
 + 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.)
 € 400 (Akademiemitgl. € 360)

Abschlusskurs **29 P**

Samstag, 07. Nov. 2009 (Theorie)
 + 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.)
 € 230 (Akademiemitgl. € 207)

Gefäße

Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Frankfurt a. M.
 Dr. med. J. Böhnhof, Wiesbaden

€ 290 (Akademiemitgl. € 260)

Interdisziplinärer Grundkurs **29 P**

Donnerstag, 12. – Freitag, 13. Feb. 2009 (Theorie)

Samstag, 14. Feb. 2009 (Praktikum)

€ 400 (Akademiemitgl. € 360)

Aufbaukurs (Periphere Gefäße) **25 P**

Donnerstag, 18. – Freitag, 19. Juni 2009 (Theorie)

Samstag, 20. Juni 2009 (Praktikum)

€ 350 (Akademiemitgl. € 315)

Abschlusskurs (Periphere Gefäße) **20 P**

Freitag, 20. – Samstag, 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

Verkehrsmedizinische Qualifikation

(Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer)

Freitag, 19. Juni und Samstag, 20. Juni 2009 **insg. 16 P**

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

Teilnahmebeitrag: € 250 (Akademiemitgl. € 225)

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

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

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

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





Prüfungsvorbereitungskurse

Abrechnung (PVK 1)

Inhalte: Formularwesen
Vertragliche Abrechnung und Privatliquidation (EBM und GOÄ)
Praktische Übungen zur Abschlussprüfung.

Termin: Samstag, 4. 4. 2009, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 2)

Inhalte: Vorbereitung in der Prüfungssituation: Lösung der Prüfungsaufgabe und Vorbereitung der Präsentation, exemplarische Simulation der Prüfungssituation – Übungen im Rollenspiel, praktische Übungen.

Termin: Samstag, 24. 1. 2009, 09:30 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Medizinische Fachkunde (PVK 3)

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

Termin:

Stufe 1, Samstag, 14. 3. 2009, 10:00 – 16:30 Uhr

Stufe 2, Samstag, 21. 3. 2009, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 125

Praktische Laborkunde und EKG-Übungen (PVK 4)

Inhalte: Laborkunde: Analysen Teststreifen Urin und Blutzucker, Analysen BSG, Analysen Occultes Blut, Hygienestandards, Qualitätssicherung (z. B. Blutzucker) Dokumentation, Mikroskopierübungen: Harnsediment, Leukozytenzählung.

EKG: Praktische Übungen.

Termin: Samstag, 28. 3. 2009, 09:30 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Verwaltung inkl. praktische Übungen (PVK 5)

Inhalte: Rechnungswesen, Zahlungsverkehr, Praxisorganisation.

Termin: Samstag, 28. 2. 2009, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Wirtschaft und Sozialkunde (PVK 6)

Inhalte: Arbeitsrecht, Vertragsrecht, Steuern.

Termin: Samstag, 7. 3. 2009, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

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

Patientenbegleitung und Koordination

Interaktion mit chronisch kranken Patienten (PBK 1)

Inhalte: Interaktionsmuster kennen, Besonderheiten chronisch Kranker einschätzen, Vereinbarungen, Verbindlichkeiten, Absprachen treffen und kontrollieren, Beziehungsmanagement umsetzen.

Termin: Samstag, 28. 2. 2009, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95

Neue Versorgungsformen: Was müssen Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte wissen und können? (PBK 2)

Inhalte: Koordinations- und Kooperationsmaßnahmen durchführen, Modelle strukturierter Behandlung/Grundlagen, Entstehung, Grenzen (z. B. DMP) erläutern, Integrierte Versorgung beschreiben, Aspekte des Case Managements.

Soziale Netzwerke berücksichtigen, Dokumentation/Abrechnung durchführen.

Termin: Fr/Sa, 20./21. 3. 2009, (16 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 185

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

Patientenbetreuung/Praxisorganisation

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 7)

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, 30. 1. 2009, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Konflikt- und Beschwerdemanagement (PAT 2)

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

Termin: Freitag, 13. 2. 2009, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95

Moderation (PAT 8)

Inhalte: Präsentationsmedien, Präsentationstechniken, Einführung in die Methodik.

Termin: Samstag, 14. 2. 2009, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Wahrnehmung und Motivation (PAT 11)

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, 31. 1. 2009, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95

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

Ambulante Versorgung älterer Menschen (AVÄ)

Krankheitsbilder und typische Fallkonstellationen (AVÄ 1)

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

Termin: Freitag, 13. 2. 2009, 13:00 – 18:30 Uhr

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, 14. 2. 2009, 09:30 – 15:00 Uhr

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, 18. 2. 2009, 15:00 – 18:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 70

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





Prävention im Kindes- und Jugendalter (84 Stunden)

Entwicklung und Familie (PRK 1)

Inhalte: Entwicklungspsychologische Grundlagen von Kindheit und Jugend kennen, systemische und dynamische Aspekte von Familie erkennen.

Termin: Samstag, 28. 2. 2008, 08:30 – 14:00 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95

Primäre Prävention in Kindheit und Jugend (PRK 2)

Inhalte: Einschlägige Begriffe erläutern, Gesundheits- und Krankheitskonzepte von Kindern und Jugendlichen unterscheiden, Präventive Maßnahmen durchführen.

Termin: Do., 26. 3., 13:30 Uhr bis Sa., 28. 3. 2009, 17:45 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 350

Die Fortbildung besteht aus insgesamt 4 Modulen, die einzeln gebucht werden können.

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

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 1: Fr., 30. 1. 2009 bis Sa., 31. 1. 2009 und

Do, 12. 2. 2009 bis Sa., 14. 2. 2009

Teilnahmegebühr: € 410

Ansprechpartner: Monika Kinscher,

Telefon: 06032 782-187, Fax -180

Die Abschlussprüfung Arztfachhelferin findet am 13./14 Februar 2009 in der Carl-Oelemann-Schule statt



Das ausführliche Programm 2009 finden Sie auf unserer Homepage. Gerne schicken wir Ihnen unser Programm auch per Post, rufen Sie uns an!

Schwerpunkt Palliativmedizin/Onkologie

Allgemeine medizinische Grundlagen

in der Onkologie und Palliativmedizin (ONK PAL 1)

Inhalte: Begriffe definieren und Entwicklungen kennen, Aufgaben des nichtärztlichen Fachpersonals im Fachbereich benennen, Risikofaktoren und Vorsorgemaßnahmen kennen, Therapieansätze, Prognosen und Fehleinschätzungen kennen, Diagnostik benennen.

Termin: Donnerstag, 5. 3. 2009, 13:30–18:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 70

Onkologische und palliativmedizinische Versorgung und Betreuung von Patienten (ONK PAL 2)

Inhalte: Ernährungsmaßnahmen durchführen, Stoffwechselkontrolle durchführen, Schmerzkontrollen/-therapien kennen und im Rahmen der Delegationsfähigkeit mitwirken.

Termin: Freitag, 6. 3. 2009, 08:30–13:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 70

Hilfestellung und Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter/innen im Bereich der onkologischen und palliativmedizinischen Versorgung (ONK PAL 3)

Inhalte: Belastungen durch Stress reflektieren und Bewältigungsstrategien anwenden, Persönliche Wertvorstellungen und Ressourcen reflektieren, Gefühle von Hilflosigkeit und andere Emotionen bewältigen, Burnout-Faktoren, Burnout-Prophylaxe, Supervision, Fallkonferenz, Balint in der Durchführung kennen lernen, mit Sterbenden umgehen.

Termin: Fr. 6. 3. ab 13:15 Uhr bis Sa, 7. 3. 2009, 12:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

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

Assistenz beim ambulanten Operieren (80 Stunden)

Inhalte: Medizinische und strukturelle Grundlagen Instrumenten- und Materialkunde, Hygiene, Instrumentenaufbereitung und Sterilisation, Anästhesieverfahren, Perioperative Notfälle, Umgang mit Patienten und Begleitpersonen, Verwaltung und Organisation, Dokumentation, Recht und Arbeitsschutz.

Termin: ab 4. 3. 2009

Teilnahmebeitrag: € 1010 inkl. Prüfungsgebühr

Ansprechpartner: Monika Kinscher,

Telefon: 06032 782-187, Fax -180

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen an. Eine Bestätigung der Anmeldung erfolgt schriftlich. Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Tel.: 06032 782-0, Fax: 06032 782-180 Homepage: www.carl-oelemann-schule.de

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

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

Frau Mirjana Redzić, 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

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.



Fortsetzung von Seite 40

Zertifikat Ernährungsmedizin berechtigt den niedergelassenen Arzt u. a. zur Abrechnung ernährungsmedizinischer Leistungen (Kurse Prävention/Rehabilitation) mit den Krankenkassen. Vom Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) wurde 2005 die Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin ins Leben gerufen. Mit dem Begriff wird eine zertifizierte ambulante Einrichtung der Ernährungsmedizin bezeichnet, die ein multiprofessionelles Team aus Ernährungsmediziner, Ernährungsfachkraft, Psycho- und Bewegungstherapeuten umfasst. Aktuell sind ca. 50 Praxen in Deutschland zertifiziert. In Hessen kann der Kurs Ernährungsmedizin an der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim absolviert werden.

Diätassistenten/in

Der Beruf umfasst eine dreijährige schulische Ausbildung mit abschließender staatlicher Prüfung. Ein beruflicher Schwerpunkt stellt die eigenverantwortliche Durchführung diättherapeutischer und ernährungsmedizinischer Maßnahmen auf ärztliche Anordnung oder im Rahmen ärztlicher Verordnungen in Krankenhäusern, Kliniken oder Arztpraxen dar, dazu gehören in den Verpflegungsbereichen die Planung, Überwachung und Herstellung aller benötigten Kostformen. Diätassistenten sind daneben auch selbstständig in eigener Beratungspraxis tätig oder in angestellter Funktion bei den Krankenkassen.

Fortbildungsqualifikation: Ernährungsberater/in DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung). Die Schwerpunkte und Inhalte der Zertifikatslehrgänge zielen darauf ab, die Fach-, Beratungs- und Sozialkompetenz zu erweitern und zu vertiefen und damit eine qualitätsgesicherte Ernährungsberatung sicherzustellen, bei erfolgreicher Teilnahme kann auch die Anbieterqualifikation der Krankenkassen erworben werden. Weitere Fortbildungsqualifikationen: Diätküchenleiter/in DGE; Diabetesberaterin DDG.

Diplom-Oecotrophologe/in

Die akademische Ausbildung erfordert ein interdisziplinäres Studium mit einer Regelstudienzeit von sechs bis acht Semestern an einer Universität oder Fachhochschule mit Erstellung einer Diplomarbeit und abschließender Prüfung, im Zuge der Europäisierung werden die Diplomstudiengänge mittlerweile als Bachelor oder Master (BSc bzw. MSc) z. B. mit dem Studienschwerpunkt „Ernährung“ konzipiert und durchgeführt. Berufliche Schwerpunkte sind Tätigkeiten in der Ernährungsindustrie, Verbänden, öffentlichen Institutionen, Verbraucherzentralen, Forschung oder schulischen Ausbildung von Ernährungsberufen. Die bereits oben aufgeführte Fortbildungsqualifikation „Ernährungsberater/DGE“ ist in der Regel Voraussetzung für die Durchführung ernährungsberatender Tätigkeiten in eigener Praxis oder in angestellter Funktion (u. a. Krankenkassen, Kliniken, Arztpraxen).

Es sollte in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass der Begriff „Ernährungsberater“ oder „Ernährungstherapeut“ in Deutschland keine geschützte Berufsbezeichnung ist und eine Aussage über die Fachkompetenz, Qualifikation oder Seriosität der jeweiligen Person nicht zulässt.

Die jetzt neu zu erwerbende Qualifikation „Ernährungsmedizin für Arzthelfer/innen/Medizinische Fachangestellte“ stellt keinen Ersatz für die qualitätsgesicherte Ernährungsberatung der dafür langjährig ausgebildeten Ernährungsfachkräfte dar, in Anbetracht der drängenden und zunehmend kostenintensiven ernährungsmedizinischen Probleme im Gesundheitssystem bietet sie vielmehr eine Chance, die vorhandenen Potentiale gemeinsam und wirkungsvoll auf allen Ebenen der Versorgung zu nutzen.

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Dipl. oec. troph. Michael Miko
 Arzt für Allgemeinmedizin/
 Ernährungsmedizin
 Ganghoferstraße 15
 35085 Ebsdorfergrund
 E-Mail: miko@mail.uni-marburg.de

Internetadressen: www.dgem.de (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin); www.bdem.de (Berufsverband Dt. Ernährungsmediziner); www.dge.de (Deutsche Gesellschaft für Ernährung); www.vdoe.de (Berufsverband der Oecotrophologen); www.vdd.de (Berufsverband der Diätassistenten)

Symposium zu Ehren von Professor Dr. med. Dr. h. c. mult. H.-G. Lasch Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen

50 Jahre Innere Medizin

Fortschritte in der Intensivmedizin *H.-P. Schuster*



Vor nunmehr 50 Jahren, im Jahre 1959, habilitierte sich Hanns-Gotthard Lasch in Heidelberg im Gebiet Innere Medizin. Seine Forschungsarbeiten betrafen Untersuchungen über ein von ihm neu entdecktes

Phänomen der Blutgerinnung. Hanns-Gotthard Lasch nannte seine Entdeckung „Verbrauchskoagulopathie“. Seine erste und wegweisende Publikation zum Thema „Verbrauchskoagulopathie“ erschien 1958. In Amerika arbeitete Robert Hardaway an einer ähnlichen Problematik. Er nannte das von ihm aufgedeckte Phänomen „disseminated intravascular coagulation“. Konsequenterweise behandelte Professor Lasch die Patienten mit hämorrhagischer Diathese aus der Ursache einer Verbrauchskoagulopathie, also Patienten, die aktiv bluteten, mit dem Antikoagulant Heparin. Ich erinnere mich sehr gut, dass dies später am Physiologischen Institut der Wayne State University in Michigan, an dem ich gearbeitet habe, als eine herausragende Tat gewürdigt wurde: ein Wissenschaftler, der auf Grund seiner wissenschaftlichen Ergebnisse als Arzt die Verantwortung übernahm, Patienten konsequent entsprechend seiner neuen Erkenntnisse zu therapieren. Heute wissen wir, dass generalisierte Inflammation und disseminierte intravasale Gerinnung kardinale pathobiologisch-pathogenetische Grundlagen dessen sind, was wir aus Sicht der Krankheitslehre kritisches Kranksein, aus Sicht unserer Patienten Intensivmedizin nennen. Jedoch: Intensivmedizin war zu dieser Zeit ein unbekannter Begriff.

Verbrauchskoagulopathie in der Pathogenese des Organversagens

Gemeinsam war beiden Phänomenen, der Verbrauchskoagulopathie und der disseminierten intravasalen Gerinnung, eine generelle intravasale Gerinnungsaktivierung. Die von Lasch entdeckte Verbrauchskoagulopathie ist dabei das wichtigere, übergeordnete Phänomen. So zeigten eigene Tierexperimente mit hämorrhagischem Schock bei Hunden, dass zwar regelmäßig eine Verbrauchskoagulopathie auftrat, jedoch keine intravasalen Fibrindispositionen im Sinne der disseminierten intravasalen Gerinnung in der Mikrozirkulation zu beobachten waren. Die Fibrindisposition, also die disseminierte intravasale Gerinnung im eigentlichen Sinn, kann offenbar durch Aktivierung einer sekundären Fibrinolyse vermieden werden – nicht jedoch die Verbrauchskoagulopathie.

Entscheidend für die zukünftige klinisch-wissenschaftliche Entwicklung wurden drei Phänomene, die in raschen Schritten erkannt wurden. Erstens: die neu entdeckten Störungen traten in Situationen akuter, schwerer, lebensbedrohlicher Erkrankungen auf. Zweitens: diese Erkrankungen betrafen nicht ein einzelnes, spezielles Organ, sondern das gesamte System unterschiedlicher, vor allem unmittelbar lebensnotwendiger Organfunktionen, die man als Vitalfunktionen und Vitalfunktionsstörungen zusammenfasste. Drittens: diese akuten Organfunktionsstörungen oder Ausfall von Organfunktionen führten, zunächst unabhängig vom auslösenden Grundleiden, zum Tode, wenn sie nicht rasch behoben oder – wie für manche Organsysteme möglich – durch apparativen

Organersatz vorübergehend überbrückt wurden.

Die Vitalfunktionsstörungen machen den Patienten zum kritisch Kranken. Die übergeordnete Bedeutung der Verbrauchskoagulopathie für den kritisch Kranken beruht darauf, dass alle großen Pathomechanismen, die den Patienten zum vital bedrohten Intensivpatienten machen, zu einer intravasalen Gerinnungsaktivierung führen: generalisierte Inflammation und Sepsis, Ischämie, Hypoxie und Herz-Kreislauf-Schock.

Professor H.-G. Lasch in der Entwicklung der Intensivmedizin

Mit diesen Forschungsergebnissen und ihrer klinischen Umsetzung trat Hanns-Gotthard Lasch unmittelbar in die Entwicklung der Intensivmedizin ein. Als erkenntnisoffener, unvoreingenommener Wissenschaftler hat er sich dieser Entwicklung voll gewidmet. Der Entwurf einer Intensivmedizin in der Inneren Medizin war wesentlicher Teil seines Lebenswerkes. In Deutschland wurde Hanns-Gotthard Lasch neben Axel Dönhardt in Hamburg und Gustav Adolf Neuhaus in Berlin der entscheidende Ideenformer und Prediger der Erfindung Intensivmedizin. Als jungem Lehrstuhlinhaber war seine Wirkung naturgemäß besonders groß. Rasch fand sich für diese neue Entdeckung eine Theorie – das Konzept des kritisch Kranken.

Konzeption der Intensivmedizin

Die Theorie der Intensivmedizin lautet, dass bei schwer erkrankten Patienten für Überleben oder Nicht-Überleben die Störung und das Versagen eines oder mehrerer Vitalfunktionssysteme das kritische

Ereignis darstellt. Damit wird die Korrektur der Vitalfunktionsstörung oder deren Ersatz kritisch für das Nicht-Überleben oder Überleben des Patienten. Als in diesem Sinne kritische Vitalfunktion galten die Respiration, die Zirkulation, die Nierenfunktion, die Regulation des Wasser-, Elektrolyt-Säure-Basen-Haushaltes und die Wärmeregulation. Auffälligerweise spielte die Hirnfunktion in diesem Kontext eine untergeordnete Rolle. Dies war sicher bedingt durch mangelnde Kenntnisse der Hirnphysiologie und Pathologie und vor allem durch das Fehlen einer allgemein geeigneten Methode zum kontinuierlich apparativen Monitoring der Hirnfunktion. Ein kontinuierlich monitorisiertes Elektroenzephalogramm, welche Bedeutung ihm auch immer zukommen mag, ist bis heute keine Routinemethode. Dieses gleichsam Überspringen der Hirnfunktion sollte später tiefgreifende Bedeutung erlangen. Es ist sicher eine der Ursachen dafür, dass heute die Frage nach Möglichkeiten und Grenzen der Intensivtherapie so brennend geworden ist.

Entwicklung der Intensivmedizin in Deutschland

Die Umsetzung des neuen Konzeptes Intensivmedizin, ihre Organisation als Intensivstation, war in Deutschland zuerst durchaus eine Leistung von Internisten.

Keimzellen dieser Entwicklung waren Poliomyelitis-Behandlungsstationen, Entgiftungszentren, Dialyse-Einheiten sowie die in Nordamerika erdachten und entwickelten Coronary Care Units.

Die erste deutsche Intensivbehandlungsstation war das an der II. Medizinischen Klinik der Freien Universität Berlin im Westend-Krankenhaus von Gustav Adolf Neuhaus und Karla Ibe gegründete Reanimationszentrum, das sich

aus dem bereits 1957 gegründeten Beatmungszentrum für Poliomyelitis-Kranke entwickelte.

1965 wurde in Hamburg an der 1. Medizinischen Universitätsklinik unter Leitung von Bartelheimer eine internistische Intensivstation in Betrieb genommen. Seit 1963 plante Peter Baum an der 2. Medizinischen Universitätsklinik Mainz unter ihrem neu berufenen Leiter Paul Schölmerich eine internistische Intensivstation, die schließlich Anfang 1966 als „interne Wachstation und Entgiftungszentrale“ verwirklicht werden konnte. Im Januar 1966 wurde die internistische Intensivpflegestation der Medizinischen Universitätsklinik Köln unter Rudolph Gross eröffnet, im Juni 1966 eine Intensivbehandlungsabteilung der Medizinischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg unter Leitung von Demling. Bald danach folgte die internistische Intensivstation am Zentrum für Innere Medizin der Universität Gießen unter der Leitung von Hanns-Gotthard Lasch. Für die klinische Umsetzung der Idee einer Intensivmedizin und für die Stimulation ihrer klinischen Erforschung, auch in der klinischen Grundlagenforschung, war Lasch sicher eine der entscheidenden Persönlichkeiten.

Seltsamerweise blieben es über viele Jahre hinweg diese einzelnen Internisten, die die Neuheit und Bedeutung der Intensivmedizin erkannten. Die Innere Medizin als breites Gesamtgebiet hat diese Entwicklung lange nicht begriffen. Eine eigenartige, auch heute noch nicht ganz überwundene Ignoranz der deutschen Inneren Medizin gegenüber der Intensivmedizin als besonderem Forschungsgebiet, war neben selbstverständlich großen eigenen Leistungen der Hauptgrund für die jahrzehntelange Dominanz der Anästhesiologie in der Behandlung und Erforschung des kritisch

Kranken, und damit der Ausgestaltung der Intensivmedizin.

Professor H.-G. Lasch als Präsident der DIVI

Wieder war Hanns-Gotthard Lasch eine Art Retter der internistischen Intensivmedizin, diesmal nicht als Forscher, sondern als erster Präsident der am 29. Januar 1977 in Frankfurt am Main gegründeten „Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin“, der DIVI. Er war auch der Kongresspräsident des ersten, in Deutschland abgehaltenen europäischen Kongresses für Intensivmedizin in Hamburg. Hanns-Gotthard Lasch war nun auch interdisziplinär der internistische Repräsentant der Intensivmedizin in Deutschland. Die enorme, in dieser Form unerwartete Entwicklung der DIVI war ein wesentliches Werk seiner souveränen, geistreichen, unabhängigen und versöhnlichen, zugleich in der Sache unerbittlichen Führung des DIVI-Präsidentenamtes. Seine Präsidentschaft war ein Glücksfall für die Intensivmedizin in Deutschland.

Heutige Struktur der Intensivmedizin in Deutschland

Was ist nun heute aus der Intensivmedizin geworden? Ihre Entwicklung war weltweit phänomenal. Seit den 60er Jahren hat sich die Intensivmedizin in allen großen Gebieten der klinischen Medizin, der Anästhesiologie, der Chirurgie, der Neurologie, der Pädiatrie, der Gynäkologie – Geburtshilfe – Neonatologie derart rasant entwickelt wie nur wenige andere Bereiche der modernen Medizin. Heute verfügt jede Akutklinik über mindestens eine interdisziplinäre Intensivstation. In den meisten großen Krankenhäusern bestehen eine konservativ-internistische und eine operativ-anästhesiologische

Intensivmedizin, in den Universitätskliniken und großen Schwerpunktlehrkrankenhäusern zumeist zusätzliche Spezialbereiche. In internistischen Abteilungen durchlaufen bis zu 20% aller Patienten die Intensivstation. Ähnliches gilt für operative Kliniken und Abteilungen für Akutneurologie. Die rasante Entwicklung der Intensivmedizin betrifft in gleicher Weise den Bereich der klinischen Forschung. Die wissenschaftliche Bedeutung der Intensivmedizin kommt in internationalen intensivmedizinischen Journalen zum Ausdruck. Darüber hinaus publizieren alle großen, klinisch orientierten wissenschaftlichen Zeitschriften auch Arbeiten aus dem Bereich der Intensivmedizin. Regelmäßig finden große internationale Kongresse für Intensivmedizin statt. Jährlich gibt es den Kongress der European Society of Intensive Care Medicine. Alle vier Jahre veranstaltet die World Federation of Societies of Intensive Care Medicine einen Weltkongress.

Der klassischen Pathophysiologieforschung haben sich später in zunehmendem Maße Therapiestudien und experimentelle Grundlagenforschung zur Zellphysiologie und Molekularbiologie zugesellt. Jedoch hat die molekularbiologische Forschung in der Intensivmedizin die klassische Pathophysiologie nicht so extensiv verdrängt wie in anderen Bereichen, in deren Spitzenforschung durch Nachwuchswissenschaftler faktisch keine klassische pathophysiologische Forschung mehr existiert. Ein neuer Zweig intensivmedizinischer Forschung wurde die vorwiegend empirisch begründete Prognose und Outcome-Forschung. Score-Systeme zur Klassifikation von Schweregrad und Prognose kritisch Kranker wurden allenthalben in die Intensivmedizin eingeführt.

Probleme und Gefahren der Intensivmedizin

Die Theorie der Intensivmedizin versteht, wie ausgeführt, Patienten mit Störungen oder Ausfall einer oder mehrerer der genannten Vitalfunktionen als kritisch kranke Patienten. Die Krise des kritisch Kranken ist begründet durch eine lebensbedrohliche Störung seiner vitalen Organfunktionen, die als Folge der Grunderkrankung auftritt. Erkennung der Vitalfunktionsstörung durch kontinuierliches apparatives Monitoring und Korrektur der Vitalfunktionsstörung, im Extremfall durch apparativen Organfunktionsersatz, können die Krise überwinden und Überleben ermöglichen.

Damit verstand die Intensivmedizin sich von Beginn an als eine aggressive und in hohem Maße apparativ technisch geprägte Medizin. Mit der Geburtsurkunde der Intensivmedizin war ihr eine Verführung zum Glauben an das technisch mehr oder weniger unbegrenzt Machbare in die Wiege gelegt. Die Folge waren die bekannte hohe Bereitschaft zu Invasivität und Aggressivität in Diagnostik, Überwachung und Behandlung. Die der Intensivtherapie immanente Aggressivität und die Akzeptanz maschineller Techniken mögen erklären, warum im Sprachgebrauch in der Entwicklung der Intensivmedizin sowohl seitens der Ärzte als auch seitens der Schwestern sich ein durchaus martialisches Begriffsgut herausbildete: die Krankheit als Feind, den Tod bekämpfend, Lebensrettung an vorderster Front, ein Kampf auf Leben und Tod. Kritiker der Intensivmedizin nennen dies den Machbarkeitswahn der Intensivmediziner. Die extreme Form solcher Kritik finde ich in einem Werk des Schweizer Dichters Mathias Diggelmann „Schatten – Tagebuch einer Krankheit“. Dort steht: „Ich begreife allmählich, warum das hier Intensivstation heißt. Es ist der Innenkreis, es ist der Kern

aller Qualen, die ein Mensch durchleiden kann, wenn er einmal in diese Kreise geraten ist. Die Kalorien werden abgezählt, das Gewicht wird gemessen, aber von den großen Zusammenhängen, dass der Mensch davon lebt, wie er sich fühlt, wann und unter welchen Umständen er sich glücklich fühlt, darüber denken diese Leute nicht nach. Sie sind noch nicht einmal im Stande, ihren eigenen Unsinn wenigstens sinnvoll zu organisieren ... Wenn sie dich auf die Intensivstation bringen, dann musst du damit rechnen, dass du zwar mit dem nackten Leben davon kommst, aber frage nicht, um welchen Preis“.

Natürlich gibt dieses Zitat in seiner extremen Subjektivität nicht die Wirklichkeit wieder, aber dennoch gehört auch diese radikale Art der Kritik zur Geschichte der Intensivmedizin. Wahr ist, dass in allen mir bekannten Untersuchungen einer Nachbefragung von Patienten, die eine Intensivtherapie überlebt haben, die große Mehrheit die Intensivtherapie als richtig und hilfreich bewertet und die kritische Frage nach ihrem Wunsch bei einer erneuten schweren Erkrankung eindeutig mit dem Wunsch nach einer erneuten Intensivbehandlung beantworteten. Erstaunlicherweise gilt dies auch für unsere prekärste Patientengruppe, die Patienten in hohem Lebensalter.

Dennoch: die tatsächlich erreichbaren intensivmedizinischen Ergebnisse ebenso wie der humane ärztlich ethische Auftrag begründen und fordern, dass die Betreuung eines Patienten auf der Intensivstation nicht unbedingt die Entscheidung zur Maximaltherapie in jedem Fall und um jeden Preis impliziert. Vielmehr gibt es Stufen der Intensivtherapie, und für jeden Patienten muss über die für ihn adäquate Therapiestufe entschieden werden: maximale Intensivtherapie, Verzicht auf weitere Eskalation einer begonnenen Intensivtherapie, Therapiereduktion und

Therapieabbruch oder gar primärer Verzicht auf Intensivtherapie überhaupt. Wie alle ärztlichen Entscheidungen beruht auch eine Entscheidung zur Therapiebegrenzung auf exakter Untersuchung und aktuellem ärztlichen Wissen, sie muss dokumentiert und verantwortet werden, und sie ist wie alle ärztlichen Entscheidungen nicht risikofrei.

Professor H.-G. Lasch als Exponent der Intensivmedizin

Damit sind wir wieder bei Hanns-Gotthard Lasch. So wie ich ihn kenne, verkörperte er die Ingredienzien der Intensivmedizin in reinster Form: pathophysiologisches Denken als Fundament, verantwortliche ärztliche Entscheidung dem Patienten gegenüber, Achtung der Grenzen ärzt-

lichen Handelns, absolute Zuwendung zu jedem einzelnen Kranken als höchstes ärztliches Gut.

Anschrift des Verfassers

*Professor Dr. med. Hans-Peter Schuster
Generalsekretär der DGIM
Trockener Kamp 86
31139 Hildesheim*

Pflicht zur Meldung des Verbrauches von Blutprodukten an das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) und Überwachung der Qualitätssicherung in der Hämotherapie durch die Landesärztekammer Hessen (LÄKH)

Olaf Henseler¹, Liina Baumann², Roland H. Kaiser²

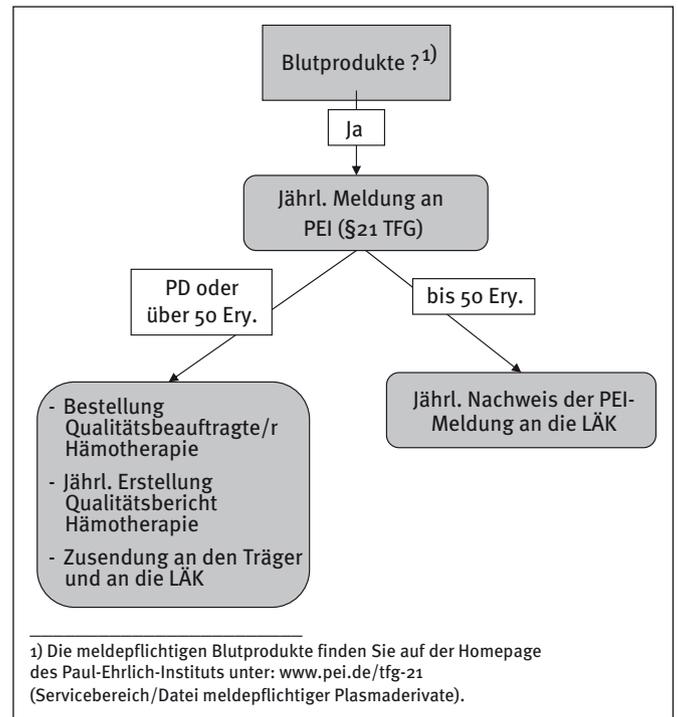
Nach § 21 Transfusionsgesetz (TFG) [1] müssen zwischen 1. Januar und 1. März eines jeden Jahres alle Blut und Blutprodukte anwendenden Einrichtungen dem PEI den Verbrauch derselben im Verlauf des vorausgegangenen Kalenderjahres melden. Gemäß § 15 Abs. 1 haben Einrichtungen der Krankenversorgung, die Blutprodukte anwenden, dafür ein System der Qualitätssicherung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik einzurichten. § 18 beauftragt die Bundesärztekammer unter anderem, in Richtlinien den allgemeinen Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik für die Qualitätssicherung der Anwendung von Blutprodukten und deren Überwachung durch die Ärztekammern im Einvernehmen mit der zuständigen Bundesoberbehörde (PEI) festzustellen. Diese „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) gemäß §§ 12 und 18 des Transfusionsgesetzes (TFG)“ [2] (RiLiBÄK) sind seit 5. November 2005 in Kraft und regeln auch die Überwachung dieser Meldepflicht durch die Landesärztekammern. [3]

Der Verbrauch von Blutprodukten muss jährlich dem PEI als zuständiger Bundesoberbehörde gemeldet werden. Die Regelungen dafür finden sich im § 21 des Transfusionsgesetzes. In Zusam-

menarbeit mit den Landesärztekammern möchte das PEI alle Anwender von Blutprodukten, auf die darin verankerte Meldepflicht hinweisen. Zwischen dem 1. Januar und dem 1. März eines Jahres müssen alle Einrichtungen der Krankenversorgung, die Blutprodukte anwenden, dem PEI Angaben zum Umfang des Verbrauchs im vergangenen Kalenderjahr melden.

Das PEI ruft daher alle Transfusionsbeauftragten und Transfusionsverantwortlichen auf, bei der vollständigen Erfassung des Verbrauchs von Blutprodukten mitzuwirken. Die Meldung erfolgt online auf Formularen im Internet. Auf der Internetseite www.pei.de/tfg-21 findet man neben dem Zugang zur Online-Meldung weitere Informationen. Wer bisher noch keine Zugangsdaten erhalten hat, sollte seine Einrichtung umgehend auf der Internetseite www.tfg.pei.de anmelden.

Bereits seit dem Jahr 1998 werden Daten zu Herstellung und Verbrauch von Blutkomponenten und Blutprodukten erhoben. Die Frage, inwieweit Deutschland in der Lage ist, sich mit Blutkomponenten und Blutprodukten selbst zu versorgen, kann allerdings immer noch nicht zuverlässig beantwortet werden. So ist für das Jahr 2007 wegen fehlender Verbrauchsmeldungen keine Aussage über den Ver-



bleib von mehr als 445.000 Erythrozytenkonzentraten möglich. Dies entspricht etwa 10 % der hergestellten Menge.

Eine solide Datenbasis über den Versorgungsgrad ist als Entscheidungshilfe

1 Fachgebiet 7/4, Meldewesen, Paul-Ehrlich-Institut, Paul-Ehrlich-Straße 51–59, 63225 Langen
2 Leiter Qualitätssicherung, Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt

bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit von Blutprodukten unerlässlich. Im Sinne des TFG sind solche Maßnahmen auch immer im Hinblick auf eine gesicherte Versorgung der Bevölkerung zu treffen.

Die Meldung nach §21 TFG ist auch Gegenstand eines funktionierenden Qualitätssicherungssystems Blut und Blutprodukte anwendender Einrichtungen der ambulanten und stationären Krankenversorgung und somit von der zuständigen Landesärztekammer mit zu überwachen. Gemäß Abs. 1.6 der RiLiBÄK haben die Träger solcher Einrichtungen im Benehmen mit der Kammer ärztliche Qualitätsbeauftragte für die Hämotherapie zu bestellen. Zu deren Aufgaben gehört auch die Überwachung ordnungsgemäßer jährlicher Verbrauchsmeldungen für Blutprodukte an das PEI. In dem vom Qualitätsbeauftragten jährlich zum 1. März seinem Träger und nachrichtlich der zuständigen Landesärztekammer vorzulegenden Qualitätsbericht ist dies zu dokumentieren. Einrichtungen, die ordnungsgemäß einen Qualitätsbeauftragten Arzt Hämotherapie bestellt und dessen jährlichen Qualitätsbericht fristwahrend an die LÄKH übermittelt haben, werden, soweit sie zustimmen, seit 15. Juli 2008 in eine auf der Homepage der LÄKH unter www.laekh.de (Ärzte, Qualität & Versorgung, QS Transfusionswesen & Hämotherapie) öffentlich zugängliche „Positivliste“³ eingetragen. Für die bei der Landesärztekammer Hessen registrierten Quali-

tätsbeauftragten Hämotherapie wurde eine Mailingliste eingerichtet, um Infos über das Thema schnell und übersichtlich weiterzuleiten.

Auch Einrichtungen der Krankenversorgung, die gemäß Abs. 1.6.2.14 RiLiBÄK keinen Qualitätsbeauftragten bestellen müssen, unterliegen in vollem Umfang der Meldepflicht im Sinne des §21 TFG. Ihre ärztlichen Leiter müssen selbst der überwachenden Kammer ihre Meldung gem. §21 TFG an das PEI nachweisen. Das PEI bietet den angemeldeten⁵ Nutzern eine einfache Möglichkeit, diese Meldungen für die Landesärztekammer zu dokumentieren.

Alle meldebezogenen Daten müssen gemäß TFG streng vertraulich behandelt werden. Die erhobenen Zahlen werden nur anonymisiert veröffentlicht. Alle Berichte können Sie auf der Internetseite des Paul-Ehrlich-Instituts unter www.pei.de/tfg-21 abrufen. Hier finden Sie z.B. auch Angaben zur durchschnitt-

⁴ Jährlich weniger als 50 Transfusionen von Erythrozytenkonzentraten in unmittelbarer Verantwortung des ärztlichen Leiters der Einrichtung und keine Anwendung von Blutkomponenten oder Plasmaderivaten zur Behandlung von Hämostasestörungen.

⁵ Erstanmelder gehen bitte über www.pei.de/tfg-21

lichen Verfallsrate von Blutprodukten beim Anwender und können diese Angaben mit den Zahlen aus Ihrem Haus vergleichen.

Literatur

1. Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens (TFG) vom 1. Juli 1998 in der Fassung vom 28. August 2007 (BGBl. I, S 2169)
2. Bekanntmachung der Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) gemäß §§ 12 und 18 des Transfusionsgesetzes (TFG) (Novelle 2005) vom 19. September 2005 *BanZ*, 57, 209a
3. V. Kretschmer und R. Kaiser
Neue gesetzliche Vorgaben für das Transfusionswesen und neue Richtlinien der BÄK für die Anwendung von Blut und Blutprodukten, *Hessisches Ärzteblatt* 10/2005 S. 662–664

Ansprechpartner und weitere Informationen:

PEI:

Fragen zur Online-Meldung nach §21 TFG oder Probleme bei der Dateneingabe?

Rufen Sie Tel. 06103 77-1862 oder

E-Mail: tfg-21@pei.de

LÄKH (Stabsstelle Qualitätssicherung):

www.laekh.de

(Rubrik: Ärzte/Qualität & Versorgung/
QS Transfusionswesen & Hämotherapie)
Tel. 069 97672-195, E-Mail: qs@laekh.de

2. Workshop der Landesärztekammer Hessen für ‚Qualitätsbeauftragte Ärzte Hämotherapie‘

Am **27. Februar 2009 10–13 Uhr** wird in **Mannheim** im Rahmen der „8. IAKH Transfusions- und Hämotherapietage“ ein zweiter Erfahrungsaustausch der LÄKH für ‚Qualitätsbeauftragte Ärzte Hämotherapie‘ stattfinden: (Der 1. Erfahrungsaustausch fand am 7. März 2008 in Marburg statt.) Das Programm finden Sie auf der Homepage der LÄKH (www.laekh.de) in der Rubrik Ärzte/Qualität und Versorgung. Infos zum Workshop erhalten Sie auch unter 069 97672-195 oder per E-Mail: qs@laekh.de.

Willkommen sind neben bereits bestellten QBA alle am Thema Interessierten.

³ Am 2. Okt. 2008 enthielt diese Liste insgesamt 72 ambulante und stationäre Einrichtungen. Insgesamt waren nach Kennnistand der LÄKH in Hessen am 24. Nov. 2008 insgesamt 127 stationäre und 14 ambulante Einrichtungen überwachungspflichtig und 89 Personen als QBA registriert.

Die Erinnerung an die Euthanasieverbrechen darf nicht verblassen

Gedenkstätte Hadamar 30 Jahre – Förderverein der Gedenkstätte zehn Jahre

Am 25. Oktober 2008 beging die Gedenkstätte in Hadamar im Rahmen eines feierlichen Aktes ihren 30. Jahrestag. Als sie im Jahre 1978 eröffnete, wurde damit erstmals der Besuch dieser Tötungsstätte für 15.000 Menschen in den Originalräumen ermöglicht.

Ausgehend von einer Initiative von Medizinstudenten aus Gießen, wurde die erste Ausstellung dieser Art in einer Euthanasiemordstätte auf dem Gebiet Deutschlands in Hadamar eingerichtet. Erstmals konnten Besucher am Originalschauplatz die Räume der Morde besichtigen und sich mit den Opfern, den Tätern und mit dem Phänomen der Mitwisser auseinandersetzen. In den letzten Jahren besuchten bis zu 16.000 Menschen im Jahr die Gedenkstätte, darunter viele Schulklassen. Seit 2001 besteht eine Jugendbegegnungsstätte, in der ganze Gruppen auch mehrtägige Seminare vor Ort abhalten können.

Die Ausstellung hat seit ihren Anfängen mehrere pädagogische Verbesserungen erfahren.

Im Jahre 2007 wurde ein gemeinsam mit Behindertenverbänden konzipierter Führer durch die Ausstellung in „leichter Sprache“ ausgezeichnet. Die Nutzung neuer Medien und ein Forschungsschwerpunkt mit der Erfassung der Namen sämtlicher Opfer der Euthanasiemorde führte auch zur Bergung und Restaurierung der ehemaligen Busgarage für die Busse, die die Opfer der Euthanasieaktionen zur Anstalt fuhren. Die Busgarage wurde auf-

gebaut und kann im Zusammenhang mit Besichtigungen genutzt werden. Sie ist die einzige noch erhaltene „Schleuse“, die den Eintritt in die Tötungsanstalt ermöglichte.

Im Jahre 1998 wurde ein Förderverein für die Gedenkstätte gegründet. Vertreter der örtlichen Vereine, der Kommunalpolitik, der Kirche, so z. B. Bischof Kamphaus und sein Nachfolger von Elst, wurden als Mitglieder gewonnen. Darüber hinaus wirkten von der ersten Stunde an die Landesärztekammer, Vertretungen großer Archive und medizin-historischer Abteilungen mit. Ein besonderes Novum stellt die aktive Mitarbeit des Verbandes der Opfer der Euthanasie und Zwangssterilisation durch deren Vorsitzende Klara Nowak bzw. Margret Hamm im wissenschaftlichen Beirat dar. Von Beginn an ist Professor Werner Kümmel, Medizinhistoriker aus Mainz der Vorsitzende des wissenschaftlichen Beirats. Die Landesärztekammer Hessen hat zusammen mit dem Landeswohlfahrtsverband Hessen neben einer zentralen Gedenkveranstaltung im Jahre 1995 mehr als 15 Fortbildungsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte zum Themenkreis Medizin und Faschismus, Euthanasieverbrechen, Ethik, Bearbeitung der Faschismusproblematik in der Literatur, etc. vor Ort durchgeführt.

Bei der Gedenkveranstaltung am 25. Oktober 2008 wurde die Arbeit der Gedenkstätte und ihrer Mitarbeiter gewürdigt, insbesondere die regelmäßige Arbeit mit Schülern und Studenten und die innova-



Abb. 1

tiven pädagogischen Konzepte. Vertretungen des Landeswohlfahrtsverbandes, der Stadt Hadamar und des Landkreises Limburg würdigten die Bedeutung der Gedenkstätte, die einen weit überregionalen Schwerpunkt der Arbeit zum Thema Faschismus und Euthanasie aufweist. Durch eine Homepage (<http://www.gedenkstaette-hadamar.de>) und durch Kontakte zu internationalen Einrichtungen der Forschung bleibt Hadamar ein wichtiges Mahnmal mit überregionaler Ausstrahlung.

*Dr. med. Siegmund Drexler
Mitglied im wissenschaftlichen Beirat
des Fördervereins*

„Der Gesundheitsfonds – bessere Patientenversorgung in Sichtweite?“

1. Only-Member-Veranstaltung der Akademie mit Professor Dr. Herbert Rebscher, Vorstandsvorsitzender der DAK

Am 29. Oktober 2008 fand in der Akademie der Landesärztekammer in Bad Nauheim die erste „Only-Member-Veranstaltung“ für Akademie-Mitglieder statt. Als Referent konnte Professor Herbert Rebscher, Vorsitzender des Vorstandes der DAK, gewonnen werden. Sigrid Blehle, Geschäftsführerin der Akademie, sprach in ihrer Begrüßung vom Erfolg dieser Auftaktveranstaltung. „Es haben sich über 60 Teilnehmer angemeldet. Professor Rebscher biete mit seinem Thema ‚Der Gesundheitsfonds – bessere Patientenversorgung in Sichtweite‘ offensichtlich einen so großen Mehrwert, dass Sie auch eine weite Anreise nicht gescheut haben. Diese Veranstaltung ist ein Teil unseres Aufbruchs in die Zukunft und Auftakt einer Reihe von weiteren ‚Only-Member-Veranstaltungen‘. Diese werden zukünftig zweimal im Jahr durchgeführt und sind nur den Mitgliedern der Akademie vorbehalten. Wir sind sozusagen „entre-nous!“

Die Akademie erfüllt eine Vorbildfunktion mit ihren Fortbildungen und Weiterbildungsangeboten auf hohem Niveau. Oberste Gebote sind wissenschaftliche Grundlage und Unabhängigkeit von fremden Einflüssen insbesondere von Produktwerbung. Die von der Ärzteschaft weitgehend selbst finanzierte Akademie hat bundesweit Modellcharakter. Heute zählt sie ca. 7.000 freiwillige Mitglieder und seit diesem Jahr können Medizinstudenten kostenlos Mitglied werden. Das ganze Jahr über werden hier Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte mit einem breiten Themenspektrum angeboten.

Professor Rebscher überschrieb seinen Vortrag mit dem Titel „Warum ist der Gesundheitsfonds die falsche Weichenstel-

lung für die GKV-Versorgung unter Fondsbedingungen“. Dieser spiegelt zugleich seine persönliche Meinung wieder. Gefragt sei im Grunde eine mittel- bis langfristige Investition der Gesetzlichen Krankenkassen in Rehabilitation und integrierte Versorgung, um zukünftig Kosten zu sparen. Der Gesundheitsfonds jedoch zwingt mit seiner Vereinheitlichung der Beitragssätze zu einer kurzfristigen ökonomischen Betrachtungsweise auf das jeweils nächste Quartal. „Es wird keine Investitionsbereitschaft mehr geben. Die Kassen kündigen bereits jetzt vorsorglich Hausarztverträge und Verträge zur Integrierten Versorgung, weil nicht



Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher

klar ist, wie diese unter einem einheitlichen Beitragssatz weitergeführt werden können.“

Eine bekannte Tatsache ist, dass 20% der Patienten 80% der Kosten verursachen und das insbesondere kurz vor ihrem Tod. Wenn die Statistiken genau interpretiert werden, sieht man, dass die Kosten unmittelbar vor dem Tod am

höchsten sind und zwar umso jünger der Patient ist. „Gerade deswegen ist eine Investition in die Prävention so wichtig“, so Rebscher. Aber gerade die Jungen, bei denen Prävention angebracht ist, sind sehr preissensibel. Dies ist ein verständliches aber nur auf im Moment logisches Verhalten. Präventionsprogramme sind eine Zukunftsinvestition, die finanziert werden muss. Die Jungen sind jedoch nicht bereit, hierfür Zusatzprämien zu zahlen. Bei ihnen manifestiert sich aber der Preiswettbewerb. Diese (ca. 80% aller Versicherten) mit geringem Versorgungsbedarf (ca. 20% aller Leistungen) sollen die 20% der Versicherten mit 80% des Versorgungsbedarfs finanzieren. Diese sind nicht bereit vorausschauend in ihre medizinische Versorgung zu investieren.“

Effizienz im Gesundheitswesen kann nicht unter ökonomischen Gesichtspunkten gesehen werden. „Unwirtschaftliche Krankenhäuser sind vielleicht unwirtschaftlich, weil sie so brillant sind und damit die schweren, komplizierten Krankheitsfälle erfolgreich behandeln.“ Es ist auch kaum möglich, nur eine Basisversicherung anzubieten und andere Leistungen hinzuzukaufen. Damit sind Leistungen wie z. B. „Mutter-Kind-Kuren“ nicht mehr finanzierbar, diese müssten dann lediglich von ca. 2% der Versicherten bezahlt werden, was für die Zielgruppe nicht finanzierbar wäre.

„Wir haben auch die Möglichkeit der Erhebung der Zusatzprämie in Höhe von 1% des Bruttoeinkommens einmal durchgerechnet: wenn die AOK in Mecklenburg-Vorpommern eine Prämie von zehn Euro erheben würde, sind 63% der Bevölkerung schon über der 1%-Regelung und damit davon befreit. Bei den DAK-Mitgliedern sind bei zwölf Euro Prämie schon 60% oberhalb der 1% vom Brutto-Einkommen. Dieses Geld fehlt dann einfach. Das ist nicht umsetzbar.“

Eine Kasse kann also nicht wie gedacht diese zusätzlichen Kosten über eine Prämie finanzieren. Das heißt in der Konsequenz: Innovationen sind nicht möglich!“ Hinzu käme, dass Krankenkassen, die die Prämie von ihren Versicherten verlangen würden, die relativ wenig Leistungen in Anspruch nehmen, genau diese Zielgruppe verlieren können, da diese zu den Krankenkassen wechseln würden, die diese Prämie nicht erheben.

Ein weiteres Problem ist die Komplexität der Änderungen im Jahr 2009. „Alle Änderungen sollen auf einmal in kürzester Zeit ohne Übergangsfristen umgesetzt werden. Wir machen alles gleichzeitig: Einheitsbeitrag, Schwankungsreserve, Standardisierung der Leistungsausgaben, Morbiditätsrisikostrukturausgleich (Morbi-RSA), Insolvenzfähigkeit der Kassen und und und.“ Viele Parameter stehen derzeit noch gar nicht fest, wie z. B. der Morbi-RSA. Die gesetzlichen Kassen wissen noch nicht, wie hoch ihre Einnahmen 2009 sein werden, müssen aber schon einen Haushalt aufstellen. Dies ist unter diesen Bedingungen seriös nicht möglich.

Die konsequente Umsetzung des Einheitssatzes ist zwar in sich schlüssig, aber fatal für das System, da diese ein weiterer Schritt in Richtung einer Staatsmedizin ist. „Dass die AOK nun insolvenzfähig ist, ist schön. Wir haben für einen solchen Fall entsprechend vorgesorgt und entsprechende Reserven gebildet. Aber wer haftet, wenn jetzt eine AOK in die Insolvenz geht? Alle Kassen! Das heißt, wir tragen deren Risiko mit, denn die AOK hat Reserven dafür nicht vorgesehen.“

Zusammengefasst bedeutet das:

- einheitlicher Beitragssatz (EBS) setzt falsche Anreize im Wettbewerb
- Prämien sind kein Hinweis auf Wirtschaftlichkeit einer Kasse

- Prämien spiegeln Versicherten- und Einkommensstruktur wider
- Zwang zum Verzicht der Finanzierung von Innovationen zur Vermeidung des Zusatzbeitrag

- Zwang zur spekulativen Haushaltsaufstellung 2009 der Krankenkassen

„Das hat große Auswirkungen auf die Beiträge. Kassen, die bisher weniger als 15,5% erhoben haben, erhalten mehr und können mit Beitragsrückzahlungen junge Versicherte anziehen. Und Kassen mit einem heute höheren Beitrag, bekommen weniger und müssten eigentlich eine zusätzliche Prämie erheben, die die Jungen fast wieder zum Wechsel in die Kassen zwingt, die Beiträge erstatten. Aus dieser Misere gibt es derzeit keinen Ausweg“, so Rebscher zum Schluss seiner Rede.

Der Vortrag von Professor Rebscher wurde mit großem Beifall bekundet. Einige Teilnehmer begrüßten, dass sie nun zum ersten Mal einen so umfassenden und verständlichen Überblick in die Situation erhalten hätten. Sie wären bisher der Meinung gewesen, der Einheitssatz sei eine gute Sache, aber nun eines Besseren belehrt worden. Alle Anwesenden erkannten, dass Kassen und Ärzte ein gemeinsames Problem hätten, das derzeit nicht gelöst werden könne. Man schaue gespannt auf das Jahr 2009.

Sigrid Blehle bedankte sich bei den Teilnehmern für die angeregte Diskussion und lud alle zu einem Imbiss ein, bei dem die Diskussion in kleineren Kreisen intensiv weitergeführt wurde.

Der Vortrag wird demnächst den Akademie-Mitgliedern als podcast unter www.akademie-hessen.info zur Verfügung gestellt.

Sigrid Blehle

Neuer Vorstand für die Carl-Oelemann-Schule

Übergabe des Vorsitzes an Erich Lickroth

In seiner Sitzung am 18./19. Oktober 2008 berief das Präsidium der Landesärztekammer Hessen die Mitglieder des Vorstandes der Carl-Oelemann-Schule für die neue Legislaturperiode bis zum 31. August 2013. Zum Vorsitzenden des Vorstandes der Carl-Oelemann-Schule wählte das Präsidium Erich Lickroth, als dessen Stellvertreterin Professor Dr. med. Alexandra Henneberg. Beide sind Mitglieder der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen. Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen und bisheriger Vorsitzender des Vorstandes übergab den Vorsitz offiziell am 18. November 2008 in der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt. Als Beisitzer des Vorstandes wurden als Beauf-

tragte der Arbeitgeber Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke und Dr. med. Michael Repschläger sowie Claudia Siebert und Brigitte März als Beauftragte der Arbeitnehmer berufen. Als Stellvertreter für die Beauftragten der Arbeitgeber wurden Dr. med. Karlhans Baumgartl und Dr. med. Arthur Sterzing, für die Beauftragten der Arbeitnehmer Jutta Hartmann und Ingrid Gerlach berufen.

Gabriele Bröderle-Müller



Professor Dr. med. Alexandra Henneberg, stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der Carl-Oelemann-Schule, Erich Lickroth, Vorsitzender des Vorstandes der Carl-Oelemann-Schule (Bild pop)

Qualitätszirkel

Gemeinsame Information der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) und der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) für die Moderatorinnen und Moderatoren der Qualitätszirkel der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, die Qualitätszirkel (QZ) stellen einen wichtigen Baustein im Rahmen der zertifizierten ärztlichen Fortbildung dar. Um zukünftig eine zuverlässige und zügige Erfassung der durch den Besuch eines QZ erworbenen Fortbildungspunkte sicherzustellen, haben die KVH und die LÄKH beschlossen, die QZ in das Anerkennungsverfahren der LÄKH miteinzubeziehen.

Dieses Vorgehen bedeutet mehr Service für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der QZ, denn die Vorteile liegen klar auf der Hand:

- alle QZ, die über das Anerkennungsverfahren der LÄKH erfasst werden, sind mit einer Veranstaltungsnummer im Einheitlichen Informationsverteiler der Bundesärztekammer erfasst.
 - Die Anerkennungsstelle der LÄKH stellt für jede einzelne Sitzung eines QZ eine codierte Teilnehmerliste zur Verfügung, in die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sich mit ihrem EFN-Barcode legitimieren können.
 - Über die Veranstaltungsnummer und den EFN-Barcode ist eine elektronische Erfassung der Fortbildungspunkte möglich, so dass diese auf dem schnellsten Weg sicher in die arztin-
- dividuellen Punktekonto übertragen werden können.
- Die elektronische Erfassung der Teilnahme und der damit erworbenen Punkte ist kostengünstig und entlastet die Verwaltungshaushalte von Kammer und KV.
 - Die von einer Heilberufskammer anerkannten Fortbildungsmaßnahmen werden auch von allen anderen Heilberufskammern anerkannt. Diese gegenseitige Anerkennung nützt den Kolleginnen und Kollegen, die eine Doppelmitgliedschaft in der LÄKH und der Landespsychotherapeutenkammer bzw. in der LÄKH und der Landes Zahnärztekammer unterhalten.

Was sollten die Moderatorinnen und Moderatoren der QZ beachten?

Die Anerkennungsstelle der LÄKH stellt allen Moderatorinnen und Moderatoren der hessischen Qualitätszirkel eine vorbereitete Excel-Datei für den Datenaustausch zur Verfügung, in die alle Sitzungen eines QZ eines Jahres eingetragen werden. Bitte, wenden Sie sich hierzu an Erika Glaum (erika.glaum@laekh.de) oder Marianne Jost (marianne.jost@laekh.de). Die ausgefüllte Excel-Datei wird an die Anerkennungsstelle zurückgemailt.

Die in der Excel-Datei vorgesehenen Felder für die Bankverbindung müssen nicht beachtet werden, denn es fallen für Qualitätszirkelmoderatoren keine Kosten an; diesbezüglich gilt eine gesonderte Vereinbarung zwischen Kammer und KV!

Der Moderator erhält einen Bescheid sowie für jede seiner QZ-Sitzungen eine codierte Teilnehmerliste, in die sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit ihrem EFN-Barcode legitimieren können. Die Teilnehmerliste wird an das KVH-Kompetenzzentrum Zertifizierte Fortbildung in Gießen geschickt (Adresse siehe Kasten); dort wird die Teilnahme elektronisch erfasst, sofern die Teilnehmer ihren EFN-Barcode eingeklebt haben.

Sollte eine Sitzung eines QZ ausnahmsweise nicht über die Anerkennungsstelle der LÄKH erfasst sein oder ein Teilnehmer seinen Barcode vergessen haben, können seine Punkte auch nachträglich wie bisher durch Auswertung einer Teilnahmebescheinigung erfasst werden.

Wir geben jedoch zu bedenken: Die nachträgliche Erfassung der Fortbildungsak-

Wichtige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner:

Informationen zu QZ	Tanja Schneider Kassenärztliche Vereinigung Hessen Georg-Voigt-Straße 15 60325 Frankfurt Tanja.schneider@kvhessen.de
KVH Bezirksstelle Gießen Ärztliche Fortbildung	Antje Ruppel KVH Bezirksstelle Gießen Ärztliche Fortbildung Eichgärtenallee 6–8 35394 Gießen kv.giessenGF@kvhessen.de
Anerkennungsstelle der LÄKH	Dr. med. Susan Trittmacher Landesärztekammer Hessen Im Vogelsang 3 60488 Frankfurt susan.trittmacher@laekh.de
Abruf der speziellen Excel-Datei zum Datenaustausch und Informationen	Erika Glaum erika.glaum@laekh.de Marianne Jost marianne.jost@laekh.de
Nachschub von EFN-Barcodes	Andreas Lochner andreas.lochner@laekh.de
Landeskammer für psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten	RA J. Rautschka-Rücker Geschäftsstelle Gutenbergplatz 1 65187 Wiesbaden

ktivitäten ist für alle Beteiligten aufwendig, langwierig und teuer. Der sicherste Weg, die Fortbildungsaktivitäten zu erfassen, ist die Verwendung der codierten Teilnehmerlisten, die jedem Veranstalter mit dem Anerkennungsbescheid zur Verfügung gestellt werden sowie die Verwendung der EFN-Barcodes durch die Teilnehmer.

Für psychologische Psychotherapeuten ergibt sich hingegen keine Änderung der bisherigen Vorgehensweise: Sie er-

halten vom Moderator des QZ weiterhin eine Teilnahmebescheinigung (sei es für eine einzelne Sitzung, sei es eine Jahresteilnahmebescheinigung), die sie bei ihrer Landeskammer für psychologische Psychotherapeuten zur Übernahme der Fortbildungspunkte einreichen können.

*Dr. Susan Trittmacher, LÄKH
Dr. Harald Herholz, KVH*

Sicherer Verordnen

Erlotinib

Leberversagen

Erlotinib (Tarceva®) ist ein Tyrosinkinasehemmer, der zur Therapie des metastasierenden nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (nach Versagen einer vorherigen Chemotherapie) und Pankreaskarzinoms eingesetzt wird, bei EGFR-negativen Lungentumoren und lokal fortgeschrittenen Pankreaskarzinomen ohne Nachweis eines Überlebensvorteils. In einer Studie mit Krebspatienten mit mittelschweren Leberstörungen traten unter 15 Teilnehmern innerhalb von 30 Tagen zehn Todesfälle auf, wobei acht auf die Krebserkrankung zurückgeführt wurden. Zwei Todesfälle unter 15 Teilnehmern bedeuten jedoch ein weit höheres Risiko als in der Fachinformation beschrieben (selten: Leberversagen, eingeschlossen vorbestehende Lebererkrankungen oder hepatotoxische Medikation). In Anbetracht des gering beeinflussten Krankheitsverlaufes stellt sich die Frage, ob Erlotinib grundsätzlich eingesetzt werden sollte. Engmaschige Leberfunktionskontrollen sollten dabei nicht nur – lt. Fachinformation – „in Betracht gezogen werden“, sondern verpflichtend sein.

Quellen: www.aerzteblatt.de, Fachinformation

Antiepileptika

Suizidalität

Die deutsche Arzneimittelüberwachungsbehörde informiert über geplante Änderungen der Produktinformationen Antiepileptikahaltiger Arzneimittel. Eine Arbeitsgruppe bei der europäischen Zulassungsbehörde EMEA hat ein leicht erhöhtes Risiko für das Auftreten von suizidalen Gedanken und suizidalem Verhalten unter der Einnahme dieser Substanzen festgestellt. Betroffen ist die Mehrzahl antiepileptisch wirkender Arzneistoffe:

Carbamazepin, Clobazam, Clonazepam, Felbammat, Ethosuximid, Gabapentin, Kaliumbromid, Lamotrigin, Levetiracetam, Mesuximid, Oxcarbazepin, Phenytoin, Pregabalin, Primidon, Sultiam, Tiagabin, Topiramat, Valproinsäure, Vigabatrin, Zonisamid.

Für **Carbamazepin** gilt zusätzlich, auf das erhöhte Auftreten schwerer Hautreaktionen (Stevens-Johnson-Syndrom) bei bestimmten Bevölkerungsgruppen chinesisch/asiatischer Herkunft mit dem Allel **HLA-B*1502** hinzuweisen.

Quelle: DAZ 2008; 148: 4258

Ibuprofen

Interaktion mit ASS

Seit 2002 warnt die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft in fast jährlichen Abständen wegen möglicher tödlicher Folgen vor einer gleichzeitigen Einnahme von Ibuprofen (viele Generika) mit niedrig dosiertem ASS. Die Plättchenaggregations-hemmende Wirkung von ASS wird durch Ibuprofen antagonisiert. Nun hat sich auch das BfArM zu einem Stufenplan in diesem Sinne durchgerungen, nachdem eine Arbeitsgruppe der EMEA auf diese Interaktion hinweist. Das BfArM schränkt seine Aussage jedoch ein: es seien derzeit noch keine sicheren Schlussfolgerungen möglich.

Es gibt Hinweise, dass die verminderte Hemmung der Plättchenaggregation bei einer Einnahme von Ibuprofen 30 min nach der Einnahme von ASS oder acht Stunden zuvor nicht eintritt. Der AkdÄ ist zuzustimmen, dass diese Einnahmeverordnungen zu kompliziert sind. Ist bei einem Patienten eine niedrig dosierte ASS-Gabe indiziert und wird eine zusätzliche Gabe eines nicht-steroidalen Antiphlogistikums (NSAID) erforderlich, so kann auf Diclofenac (viele Generika) ausgewichen werden. Wie Paracetamol (viele Generika) zeigt dieser Arzneistoff keine Interferenzen mit ASS. Da Ibuprofen rezeptfrei erhältlich ist und nach Studien der Stiftung Warentest die Beratungsfunktion nicht aller Apotheker gleich vorbildlich sein könnte, sollten die Patienten bereits bei einer Verordnung von niedrig-dosiertem ASS auf diese potentiell lebensbedrohliche Interaktion hingewiesen werden.

Quellen: AVP 3/2002:15; 4/2003:20; 2/2006:52, 2/2007:53; DAZ 2008; 148: 4258

Ukrain

Inspektionsergebnisse des BfArM

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft hat sich bereits 1989 negativ über das in Deutschland nicht zugelassene „Krebsmittel Ukrain“ geäußert. 2001 wurde diese Auffassung noch einmal bestätigt, zusätzlich wies auch das BfArM bereits damals darauf hin, dass wissenschaftlich belastbare Belege für eine Wirksamkeit nicht bekannt seien. Eine Publikation aus dem Jahr 2002, in der 139 Informationen aus einer amerikanischen Datenbank analysiert wurden, kommt zum Ergebnis, dass die Qualität der Studien für eine Anwendungsempfehlung nicht ausreicht. Eingeschlossen in dieses Urteil war auch eine Studie eines Ulmer Chirurgen, dem an anderer Stelle schwerwiegende Mängel in Planung, Durchführung und Auswertung seiner Studie vorgeworfen wurden.

Aktuell kommt das BfArM – nach einem Bericht im Spiegel – zum gleichen, wenn auch erst vorläufigem Ergebnis: in zwei Arbeiten des Chirurgen entdeckten sie 14 kritische und acht schwerwiegende Fehler. Nicht nur die Hersteller, die obskure, nicht zugelassene Präparate in den Handel bringen, sondern auch Ärzte, die diese propagieren und anwenden, müssen sich den Vorwurf gefallen lassen, die Not und die Ängste schwerkranker Patienten auszunutzen. Es scheint ethisch nicht vertretbar, dieses Mittel therapeutisch einzusetzen, solange keine überzeugenden doppelblinden und randomisierten, von einer unabhängigen Ethikkommission bewerteten klinischen Studien durchgeführt werden, um die Vorwürfe zu entkräften.

Quellen: Der Spiegel vom 22. September 2008, Dt. Zeitschr. Onkolog. 2002; 34: 31

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus: Rheinisches Ärzteblatt 11/2008

Fortsetzung aus der Dezember-Ausgabe

Die Entwicklung des Arzt- und Medizinrechts der letzten zwölf Monate, Teil 3

Thomas K. Heinz

(4) Vertragsarztrecht

Mit Urteil vom 28. November 2007 hat das Bundessozialgericht entschieden, dass zivilrechtliche Vereinbarungen für die *Ausschreibungen und Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes* nicht maßgeblich sind (BSG, Urt. v. 28. November 2007, Az. B 6KA 26/07 R). Die Beurteilung der Frage, ob in einem gesperrten Planungsbereich eine Ausschreibung und Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes beansprucht werden kann, richtet sich nach vertragsarztrechtlichen Vorgaben und wird nicht durch privatrechtliche Vereinbarungen präjudiziert. Ausschreibung und Nachbesetzung gemäß § 103 Abs. 4 und Abs. 6 SGB V setzen insbesondere voraus, dass eine Zulassung – z. B. durch Verzicht – endet und so ein Vertragsarztsitz für eine Nachbesetzung zur Verfügung steht. Mit einem mündlichen Praxiskaufvertrag hatte sich das LG Hagen (GesR 2007 466) zu beschäftigen und festgestellt, dass ein zivilrechtlich bindender Kaufvertrag vorliegt, wenn der Bewerber um eine Praxis im Nachbesetzungsverfahren vor dem Zulassungsausschuss gemäß § 103 Abs. 4 SGB V erklärt, bereit zu sein, einen bestimmten (auch von einem Mitbewerber gebotenen) Kaufpreis zu zahlen und der Verkäufer sich damit einverstanden erklärt. Steht ein solch mündlicher Vertrag unter der Bedingung der Zulassung des Käufers, ist von deren Eintritt erst mit Bestandskraft der Zulassung auszugehen.

(5) Vergütungsrecht

Unter dem 8. November 2007 (Az: III ZR 54/07) hat der BGH über *Abrechnung ärztlicher Leistungen* zum 2,3-fachen des Gebührensatzes befunden und hierzu ausgeführt: Allgemein bemisst sich die Höhe der einzelnen Gebühr für per-

sönlich-ärztliche Leistungen nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes (§ 5 Abs. 1 Satz 1 der Gebührenordnung für Ärzte-GOÄ). Für medizinisch-technische Leistungen gilt nach § 5 Abs. 3 GOÄ ein Gebührenrahmen zwischen dem Einfachen und dem Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes. Innerhalb des Gebührenrahmens hat der Arzt die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen (§ 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ). Weiter ist in § 5 Abs. 2 Satz 4 GOÄ bestimmt, dass „in der Regel“ eine Gebühr nur „zwischen“ dem Einfachen und dem 2,3-fachen des Gebührensatzes bemessen werden darf. Die Überschreitung des 2,3-fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ genannten Kriterien sich im Einzelfall von üblicherweise vorliegenden Umständen unterscheiden und ihnen nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses Rechnung getragen worden ist. Im Streitfall ging es hauptsächlich um die Frage, ob ärztliche Leistungen, die nach Schwierigkeit und zeitlichem Aufwand als durchschnittlich zu bewerten sind, mit dem jeweiligen Höchstsatz der Regelspanne, also mit dem 2,3- oder dem 1,8-fachen, abgerechnet werden dürfen. In der bisherigen Rechtsprechung und Literatur wird weitgehend die Auffassung vertreten, die Regelspanne solle für die große Mehrzahl der Behandlungsfälle gelten und den Durchschnittsfall mit Abweichungen nach oben und unten, also auch schwierigere und zeitaufwändigere Behandlungen, erfassen. Hieraus wird vielfach der Schluss gezogen, eine im Durchschnitt liegende ärztliche Leistung sei mit einem

Mittelwert innerhalb der Regelspanne, also mit dem 1,65- oder dem 1,4-fachen, zu entgelten oder mit einem etwas darüber liegenden Wert von 1,8 bzw. 1,6. Diese Auffassung hatte unter anderem das Berufungsgericht vertreten. In der Abrechnungspraxis von privaten Krankenversicherungen und Beihilfestellen ist ungeachtet dessen festzustellen, dass ärztliche Leistungen weit überwiegend zu den Höchstsätzen der Regelspanne (2,3 bzw. 1,8) abgerechnet werden. Der Senat hat insoweit entschieden, ein Arzt verletze das ihm vom Ordnungsgeber eingeräumte Ermessen nicht, wenn er nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche ärztliche Leistungen mit dem Höchstsatz der Regelspanne abrechne. Dem Ordnungsgeber sei die Abrechnungspraxis seit vielen Jahren bekannt und er habe davon abgesehen, den Bereich der Regelspanne für die Abrechnungspraxis deutlicher abzugrenzen und dem Arzt für Liquidationen bis zum Höchstsatz der Regelspanne eine Begründung seiner Einordnung abzuverlangen. Möchte der Arzt für eine Leistung das 2,3-fache des Gebührensatzes überschreiten, ist er nach § 12 Abs. 3 GOÄ verpflichtet, dies für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen und auf Verlangen die Begründung näher zu erläutern. Ohne eine nähere Begründungspflicht im Bereich der Regelspanne ist es jedoch nicht praktikabel und vom Ordnungsgeber offenbar nicht gewollt, dass Zahlungspflichtige und Abrechnungsstellen den für eine durchschnittliche Leistung angemessenen Faktor ermitteln oder anderweitig festlegen. Insbesondere hat der Ordnungsgeber einen Mittelwert für durchschnittliche Leistungen innerhalb der Regelspanne, wie ihn Teile der

Rechtsprechung und Literatur für richtig halten, nicht vorgesehen. Hiervon bleibt selbstverständlich unberührt, dass der Arzt seine Leistungen nicht schematisch mit dem Höchstsatz der Regelspanne berechnen darf, sondern sich bei einfachen ärztlichen Verrichtungen im unteren Bereich der Regelspanne bewegen muss. Im Rahmen arzt haftungsrechtlicher Streitigkeiten wird seitens des Patienten regelmäßig die ärztliche Vergütung unter Hinweis auf die Schlechterfüllung des Behandlungsvertrages verweigert. Mit dieser Frage hat sich das OLG Nürnberg (Urteil vom 8. Februar 2008, Az. 5 U 1795/05 = GesR 2008, 363) auseinander gesetzt, und geprüft *ob* und gegebenenfalls *wann* der Honoraranspruch des Arztes bei einem Behandlungs- bzw. Aufklärungsfeh-

ler entfällt. Der Nürnberger Senat ist der Auffassung, dass es für den Gebührenanspruch nicht darauf ankommt, ob die Behandlung des Beklagten fehlerhaft war (vgl. auch Palandt-Weidenkaff, Einf. vor § 611 BGB, Rdz. 19; Palandt-Sprau, Einf. vor § 631 BGB, Rdz. 18); nur bei *besonders groben*, in der Regel *vorsätzlichen* und strafbaren Pflichtverletzungen kommt der Verlust des Honoraranspruches in Betracht, weil in solchen Fällen die Geltendmachung des Honorars als *unzulässige Rechtsausübung* im Sinne des § 242 BGB anzusehen ist (OLG Nürnberg GesR 2004, 514; Laufs/Uhlenbruck/Kern, Handbuch des Arztrechts, § 82 Rdz. 15 m. w. N.). Nach § 611 BGB in Verbindung mit § 1 Abs. 2 GOÄ setzt der Vergütungsanspruch – so der Senat – nur voraus,

dass die abgerechneten Leistungen für die nach den Regeln der ärztlichen Kunst notwendige Versorgung erforderlich waren. Diese von der Behandlerseite zu beweisende Voraussetzung war hier gegeben. Es lag bei dem Beklagten eine Situation vor, die einen operativen Eingriff zwar nicht zwingend erforderlich machte, ihn aber doch als nützlich erscheinen ließ. Dies genüge, um den Honoraranspruch zu rechtfertigen.

Anschrift des Verfassers

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

Fortbildung

Fortbildung: Burnout bei Ärzten Warum mache ich das überhaupt?

Das Symposium am 9. Februar 2008 „Stress und Burnout bei Ärzten – Prophylaxe und Bewältigung“ im Fortbildungszentrum der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim stieß mit fast 40 Teilnehmern auf großes Interesse. Vielen waren die typischen Gedanken „Ich habe keine Kraft mehr“. „Ich fühle mich leer“. „Ich habe keine Reserven mehr.“ „Warum mache ich das überhaupt?“ „Ich brauche dringend Urlaub.“ „Ich kann die Dienste fast nicht mehr durchstehen.“ durchaus bekannt. Sie sind ernst zu nehmende Hinweise auf emotionale Erschöpfung und Warnzeichen für ein Burnout. Typisch ist auch eine gefühllose, gleichgültige, zynische oder sarkastische Einstellung

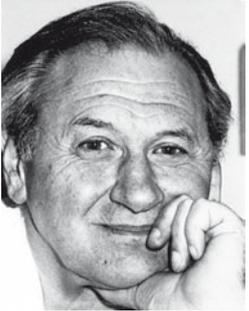
gegenüber anderen Menschen, die den oder die Betreffende zuvor nicht gekennzeichnet hat (Depersonalisation). Wer bei solchen Anzeichen nicht innehält, läuft Gefahr, immer tiefer in den Teufelskreis des Burnout zu geraten.

Viele Ärzte fühlen sich in Folge der Anforderungen, die die Gesellschaft, die Patienten und nicht zuletzt sie selbst an sich stellen, im Laufe der Zeit ausgebrannt. In der nächsten Fortbildung „Burnout bei Ärzten“ wird es daher wieder vor allem darum gehen, wie man erkennen kann, ob man selbst betroffen ist und welche Möglichkeiten es gibt, dem Hamsterrad des „Immer-Mehr-Arbeiten-Müssens“ zu entkommen. Dr. med. Bernd Sprenger aus Wendisch Rietz wird über Narzissmus und

Burnout bei Ärzten informieren, Dr. med. Axel-Schüler-Schneider, Frankfurt, über die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Depression und Burnout und Dr. med. Rainer Diehl, Frankfurt, über Rehabilitationsmöglichkeiten bei Burnout. Die Veranstaltung findet am **31. Januar 2009** in der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim statt (siehe Seite 41). Beginn ist 9:30 Uhr. Von 14:00 bis 15:30 Uhr besteht die Möglichkeit, sich unter Supervision der Referenten in der Gruppe auszutauschen. Und genau solche Gespräche unter Kollegen sind bereits ein erster Schritt zur Prophylaxe des Burnout.

Dr. Monika Vogt

Das neue Jahr mit einigen Überraschungen *Siegmond Kalinski*



Herzlich willkommen im Jahr 2009! Das neue Jahr wird ein besonders wichtiges Jahr sein und wird sich merklich in unser Gedächtnis einprägen. Ein Jahr der Wahlen. Der Wahl des Bundespräsidenten, des Europaparlaments,

der Bundestagswahl sowie mehrerer Landtagswahlen. Ein Jahr, in dem wir die Wirtschaftskrise wohl erst so richtig zu spüren bekommen und, nicht zu vergessen, das Jahr der neuen Gesundheitsreform.

Über ihre Auswirkungen kann man sich derzeit nur zurückhaltend äußern. Es ändert sich ja so vieles. Die Finanzierung der Krankenkassen wird jetzt einheitlich sein und am Anfang der Beitrag für alle gleich. Sollte es bei einer Kasse nicht reichen, wird sie gezwungen sein, ihn zu erhöhen, was ihr freisteht, möglicherweise wird das aber auch zur Abwanderung von Mitgliedern zur billigeren Konkurrenz animieren. Früher hatten Krankenkassen oft mit niedrigeren Beiträgen geworben, nun wird sich ihre Werbung auf Art und Inhalt der Leistung verlagern.

Stationäre Behandlung: Patienten stimmen mit den Füßen ab

Die Techniker Krankenkasse, die nach ihrer Fusion mit der IKK-Direktkasse jetzt die größte Ersatzkasse Deutschlands ist, hatte vor ein paar Monaten eine Umfrage gestartet, bei der festgestellt wurde, dass die Schere zwischen den Kliniken immer weiter auseinanderklafft. Die Umfrage bei 93.000 Versicherten, die im vergangenen Jahr im Krankenhaus behandelt wurden, ergab, dass „Krankenhäuser mit einer hohen Patientenzufriedenheit in der Wertschätzung ihrer Patienten weiter zulegen, während Kliniken mit geringeren Zufriedenheitswerten einen weiteren Rückgang in der Gunst der Patienten hinnehmen müssen.“ Eigentlich eine klare Sache: Wenn man zufrieden ist, sagt man es weiter. Warum begreifen das viele Krankenhausmanager immer noch nicht?

Die Frage ist nur, ob sich das nach der Gesundheitsreform in der gleichen Richtung entwickeln wird. Denn die Reform wurde beschlossen – viele Fragen aber blieben ungeklärt, insbesondere was die Finanzierung der Krankenhäuser betrifft. Bund und Länder streiten sich weiterhin darüber, wer und in welchem Maß die Kosten im stationären Bereich zu tragen hat.

Eklat oder Neid?

Vor einem Monat wurde an dieser Stelle über die Verleihung des Prix Galien für die Impfung „Gardasil“ berichtet, die auf Forschungen des Medizinnobelpreisträgers 2008, Professor Harald zur Hausen basiert und junge Mädchen zwischen 12 und 17 Jahren vor dem Zervix-Ca schützen soll. Renommiertere medizinische Institutionen, wie das Deutsche Krebsforschungszentrum, die Deutsche Krebsgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie der Berufsverband der Frauenärzte erhoffen sich von der Impfung einen deutlichen Rückgang dieser Karzinome.

Völlig unerwartet hatte nun – zehn Tage vor der Nobelpreisverleihung in Stockholm – eine Gruppe von Wissenschaftlern neue Zweifel an dieser Impfung geäußert und in einem Schreiben an die Ständige Impfkommission (Stiko) am Robert-Koch-Institut um eine neue Bewertung des Präparats gebeten. Der Nobelpreis wurde trotzdem verliehen – und man kann sich des Gefühls auch nicht erwehren, dass ein gewisser Neid dahinter steckt. Wenn die Zweifler allerdings im Recht wären, dann wäre es wahrhaftig ein Eklat, wobei man sich jedoch fragen muss, wieso diese Zweifel erst so direkt vor der Nobelpreisverleihung geäußert wurden.

„Roll-Out“ der eCard in der KV Nordrhein?

Unruhe gibt es auch in der KV Nordrhein. Völlig überraschend kündigte der dortige KV-Vorsitzende Dr. Leonhard Hansen den „Roll-Out“ der eCard an, ungeachtet aller Resolutionen des Ulmer Ärztetags, vieler Ärztekammern und ärztlicher Verbände. Aus

Saulus ist plötzlich ein Paulus geworden, der jetzt davon überzeugt ist, dass der Ausgabe der e-Card ab Juli 2009 nichts mehr im Wege steht, nachdem die Gerätepauschalen festgesetzt wurden. Allerdings scheint Hansen die Rechnung ohne den Wirt gemacht zu haben, denn nach einer sehr emotionalen und tumultartigen öffentlichen Sitzung der KV Nordrhein in Düsseldorf wurde der entsprechende Antrag mit 16 gegen 14 Stimmen abgelehnt. Dabei hatte Gesundheitsministerin Schmidt den „Roll-Out“ sehr begrüßt und auch die BÄK scheint inzwischen mit Ulla Schmidt konform zu gehen.

Goethe-Universität in Frankfurt hat einen neuen Präsidenten

An der Spitze der Goethe-Universität in Frankfurt hat ein Führungswechsel stattgefunden. Professor Dr. jur. Rudolf Steinberg, der die Frankfurter Alma mater mit glücklicher Hand zur völligen Selbstständigkeit, frei von Interventionen „von oben“ geführt hat und sie mit entsprechenden Dotationen von Sponsoren, Mäzenen und Stiftungen auch finanziell sicherte, ist zum Jahreswechsel in den verdienten Ruhestand gegangen. Seine letzte Amtshandlung war die Einweihung des ersten Bauabschnitts auf dem Campus Westend. Frankfurt weiß, was es ihm verdankt! Sein Nachfolger, der bisherige Vizepräsident und forschende Biochemiker, Professor Dr. med. Werner Müller-Esterl, wurde mit großer Mehrheit vom Senat der Universität zum neuen Präsidenten gewählt. Schon bisher war Müller-Esterl für eine Reihe von Fachbereichen zuständig und zugleich Sprecher des Forschungsverbundes „Makromolekulare Komplexe“, der im Exzellenzwettbewerb des Bundes und der Länder erfolgreich war. Seine wichtigste Aufgabe sieht der neue Universitätspräsident in einer weiteren Verbesserung von Lehre und Forschung, der Stärkung der Autonomie der Hochschule und der Intensivierung des Engagements der Frankfurter Bürgerschaft für ihre Alma mater. Möge der neue Präsident eine ebenso gute und glückliche Hand haben wie sein Vorgänger – zum Wohl der größten Hochschule Hessens.

Das neue Jahr wird wunderbar! *Klaus Britting*

Natürlich verfolgen Sie jeden Tag die sich stündlich ändernden Prognosen der Wirtschaftsforscher und Politiker. Denn nur der Wirtschaftsminister glaubt noch an eine schwarze Null. Nach der apokalyptischen Staatshilfe für die Banken, die sich in Las Vegas am Spieltisch wähten und wie betrunken unsere Spargroschen als Chips einsetzten, haben Sie brav an der Weihnachtsgans gespart und nur eine Ente auftischen lassen. Vorsichtig, wie Sie sind, haben Sie auch die Weihnachtsgeschenke für die Familie etwas übersichtlicher gestaltet („Den linken Handschuh bekommst du nächstes Jahr“). Oder haben Sie es den Bankern und Politikern nachgemacht, ein Sausundbraus-Weihnachtsfest gefeiert, mit Geld nur so um sich geworfen? Weil es ohnehin ein anderer zahlt? Falls ja, dann sind Sie bereits auf dem richtigen Weg ins neue Jahr!

Wenn immer mehr Unternehmen klamm werden und ihre Preise im Stundentakt senken, kommt Ihre Chance! Sie selbst brauchen dazu kein Geld. Tatsache ist nämlich, dass die Banken genügend Geld haben, notfalls vom Staat. Sie leihen es nur anderen Banken nicht, weil sie ahnen, dass die Kollegen dort genauso lügen wie sie selbst. Aber irgendwo muss das Geld ja Zinsen bringen. Und genau in diese Lücke stoßen Sie! Wenn Sie also im neuen Jahr Ihren Wagen ersetzen wollen, dann seien Sie nicht kleinlich. Greifen Sie beim Neuen mal richtig zu. Nicht vergessen, die Regierung will den Automarkt ankurbeln!

Sie gehen also zu Ihrer Bank. Machen Sie aber nicht den Fehler, das benötigte Darlehen zu errechnen, nach dem kindlichen Grundsatz: So viel kostet er, so viel hab ich, also brauch ich noch soundsoviel. Wenn der Wagen vierzigtausend kostet, nehmen Sie ein Darlehen über sechzigtausend auf mit dem Hinweis, dass Sie noch einige Ergänzungen auf dem Zuliefermarkt beschaffen müssten. Der soll bekanntlich auch gefördert werden. Falls der Bankangestellte dann noch zögert, gehen Sie gleich auf fünfhunderttausend. Der Bau- markt zählt schließlich zu den Säulen un-

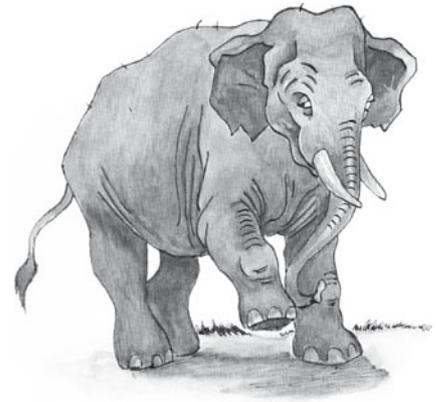
serer Wirtschaft, und niemand zwingt Sie, die Klagen Ihrer Frau über zu wenig Platz in der Wohnung noch länger auszuhalten. Der Autohändler fällt Ihnen um den Hals, wenn er hört, dass Sie sich für die GT-Deluxe-Ausführung interessieren. Bei guter Verhandlung springt noch ein Kleinwagen für Ihre Frau als Geschenk heraus.

Aber vielleicht wollen Sie neue medizinische Geräte für die Praxis anschaffen? Kein Problem – aber bitte klotzen, nicht kleckern! Die Banker sind jetzt große Zahlen gewöhnt, da können Sie nicht mit lächerlichen hunderttausend kommen. Und warum sollen nur Kliniken den neuesten Kernspintomograph besitzen? Der Füllleiter wird froh sein, wenn er Ihnen ein Darlehen von zwei Millionen Euro geben darf. Schließlich geht es um die Volksgesundheit. Und wenn Sie nicht Masochist sind, warum wollen Sie eigentlich weiterhin 60 bis 70 Stunden arbeiten? Mieten Sie ruhig eine größere Praxis und stellen Sie ein bis zwei Kollegen als Angestellte ein, dazu natürlich die erforderlichen Assistentinnen, und machen Sie öfter mal Urlaub. Falls die Bank nicht mitspielt, eröffnen Sie mit Kollegen gleich ein Ärztehaus, aber mit Café. Bei guter Zusammenarbeit mit dem Konditor im Café dürfen Sie wöchentlich mit mindestens zehn, leicht adipösen Patienten rechnen! Den Kredit erhalten Sie durch einen Hinweis an die Kommune, das mit Ihrer Idee schließlich ein Kankenhaus spart.

Sollte sich – natürlich wider Erwarten – das Ärztehaus doch nicht rechnen und die Bank Darlehen kündigen wollen, dann genügt über die Presse der Hinweis an die Politik auf den vollständigen Zusammenbruch der medizinischen Versorgung, den Verlust wertvoller Arbeitsplätze – und auf die kommenden Wahlen. Wetten, dass Sie kein Finanzproblem mehr haben werden! Das neue Jahr wird wunderbar. Greifen Sie zu!

Anschrift des Verfassers

Klaus Britting
Treenestraße 71
24896 Treia
Telefon 04626 189988



Der Elefant

Durch wüste Steppen trampelt er werweißwieviele Jahre.

Sein Riesenleib ist nackt und leer und hat nicht einmal Haare.

Von Kindheit an ist er ergraut und überall voll Falten.

Doch hätt' er nicht die dicke Haut – wie hätt er's ausgehalten?

Professor Dr. med. Wilhelm Theopold

Dr. med. Wolfgang Furch mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer in Gold ausgezeichnet



Auf Beschluss des Präsidiums der Landesärztekammer wurde der ehemalige, langjährige Chefarzt des Hochwaldkrankenhauses in Bad Nauheim, Dr. med. Wolfgang Furch auf der Delegiertenversammlung

im November 2008 mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer in Gold ausgezeichnet. Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach würdigte Furchs herausragendes Engagement als Arzt und Berufspolitiker.

Furch wurde am 24. Juni 1936 in Breslau/Schlesien geboren; später führte ihn der Weg nach Hessen. Nach seiner Schulzeit in Schmitten und Oberursel studierte er von 1957 bis 1963 in Frankfurt am Main Medizin. 1963 wurde Furch mit „magna cum laude“ promoviert. Seine zweijährige Medizinalassistentenzeit absolvierte er ebenfalls in Frankfurt am Main. Nach der Approbation am 12. April 1965 war Furch als Assistenzarzt am Clementine Kinderkrankenhaus und in der gynäkologischen Abteilung am St. Elisabeth-Krankenhaus tätig. Von dort wechselte er 1967 als Assistenzarzt an die Frauenklinik des Krankenhaus Nordwest und war dort ab 1971 als Oberarzt tätig.

Furch war Mitverfasser wissenschaftlicher Arbeiten über das Auftreten von

Zervix-Neoplasien schon bei sehr jungen Frauen. Die Erkenntnisse trugen wesentlich zum Beschluss des Deutschen Bundestages 1980 bei, mit dem die Krebsfrüherkennungsaltergrenze von 30 auf 20 Jahre gesenkt wurde. Furch, der seinen Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe 1970 erhielt, war vom 1. Januar 1978 bis 31. Dezember 1999 als Chefarzt der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses in Bad Nauheim tätig.

Früh begann der 1966 in den Marburger Bund eingetretene Arzt, sich auch berufspolitisch zu engagieren. 1973 wurde er in den Landesvorstand des Marburger Bundes, kurz darauf in den Geschäftsführenden Vorstand und einen Monat später zum Landesvorsitzenden gewählt.

Von 1976 bis 1996 gehörte Furch dem Präsidium der Landesärztekammer Hessen an und war von 1986 bis 1996 deren Vizepräsident. Über 30 Jahre lang war er Delegierter der Landesärztekammer Hessen. Von 1994 bis zum Beginn der Legislaturperiode 2008–2013 war er Vorsitzender im Krankenhausausschuss der Landesärztekammer Hessen. Seit 1990 vertrat er die Landesärztekammer Hessen im Landeskrankenhausausschuss und gab dieses Amt am 30. Oktober 2008 ab. Bei der Weiterentwicklung der Planung der stationären Krankenversorgung in Hessen engagierte sich Furch in besonderer Weise.

Als hessischer Delegierter trug er auf vielen Deutschen Ärztetagen mit Redebeiträgen zu ärztlich-ethischen Themen wie Abtreibung, Euthanasie bei. Ihm ist die Einrichtung der „familienorientierten Geburtshilfe“ und das Babynotrufsystem zu verdanken. Zu den vielen Neuerungen, die auf Furchs Initiative zurückgehen, gehört auch das „Rooming In“.

Auf Furchs persönliche Anregung hin wurde die „Freikirchliche Initiative für das Leben-Pro Vita“ gegründet. Im Rahmen dieser Tätigkeit veranstaltete Furch Seminare zur In-vitro-Fertilisation. In seinem 1986 entstandenen Buch „Abtreibung eine Lösung?“ setzt sich der Gynäkologe mit dem Abtreibungsproblem auseinander. 1991 wurde er in den „Deutsch-deutschen Ausschuss zur Problematik gesetzlicher Vorgaben für den Schwangerschaftsabbruch“ bei der Bundesärztekammer berufen.

Nach 22 Jahren als Chefarzt am Hochwaldkrankenhaus wurde Furch am 10. Dezember 1999 in den Ruhestand verabschiedet. 1990 wurde er mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber, im Jahre 1992 mit dem Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland am Bande und im Jahre 2001 mit dem Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland 1. Klasse ausgezeichnet.

Katja Möhrle

Dr. med. Uta-Maria Bodenstedt mit Bürgermedaille ausgezeichnet

Für ihr jahrzehntelanges Engagement in und um Frankfurt wurde Dr. med. Uta-Maria Bodenstedt am 25. November 2008 mit der Bürgermedaille der Stadt Frankfurt ausgezeichnet. Die 1923 geborene Fachärztin, die u. a. in der Mainzer Uniklinik und im Krefelder Stadtkran-

kenhaus tätig war, engagierte sich mit zahlreichen politischen und ehrenamtlichen Aktivitäten. Sie zählte zu den Gründungsmitgliedern des Hessischen Elternvereins, ist u. a. seit 1973 Mitglied des Frauenverbandes Frankfurt, und war Vorstandsmitglied des Deutschen Ärztin-

nen-Bundes. „Ich bin so etwas wie eine Feuerwehr. Wenn es brennt, bin ich da“, kommentiert Bodenstedt ihre unzähligen Aktivitäten.

Katja Kölsch

Promotionspreis der Landesärztekammer für Dr. med. Jens-Christian Wolff

Auszeichnung für beste medizinische Dissertation in Hessen

Dr. med. Jens-Christian Wolff ist Träger des Promotionspreises der Landesärztekammer Hessen 2008. Der mit 3.000 Euro dotierte Preis (ehemals „Carl-Oelemann-Preis“) wird jährlich für die beste Dissertation der Medizinischen Fakultäten in Hessen verliehen. Auf Vorschlag des Fachbereichs Medizin des Universitätsklinikums Gießen und Marburg ging die diesjährige Auszeichnung an Wolff für seine Arbeit „Untersuchungen zur molekularen Expression des granulozytären Glykoproteins NB1 (CD177) bei Gesunden und ausgewählten Patienten-Kollektiven“.

Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach überreichte die Urkunde im Rahmen der Präsidiumssitzung am 3. Dezember 2008. Die Laudatio hielt Professor Dr. med. Jürgen Bux. Von Knoblauch unterstrich in seiner Gratulation, wie wichtig es sei, junge Wissenschaftler in der Medizin zu unterstützen: „Wir müssen den ärztlichen Nachwuchs fördern, damit wir unsere besten Köpfe in Deutschland halten und nicht an das Ausland verlieren. Mit dem Promotionspreis möchte die Landesärztekammer zugleich einen

Beitrag zur Weiterentwicklung der medizinischen Forschung leisten.“

Jens-Christian Wolff wurde 1976 in Erlangen geboren und machte 1996 in Emden Abitur. Von 1997 bis 2004 studierte er an der Justus-Liebig-Universität in Gießen Medizin. Im Oktober 2004 erhielt er die Approbation zum Arzt.



(Bild pop)

Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen für Professor Dr. med. Martin Kaltenbach

Für seine herausragenden Leistungen in Medizin und Forschung wurde Professor Dr. med. Martin Kaltenbach am 18. November 2008 in Dreieich geehrt. Im Rahmen eines Herzseminars für Patienten, Angehörige und Interessierte überreichte Dr. med. Wolf Andreas Fach, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Frankfurt, dem Kardiologen die Plakette.

Martin Kaltenbach wurde am 23. September 1928 in Lörrach-Stetten (Südbaden) geboren. Er studierte in Freiburg, Basel

und Marburg an der Lahn Medizin und schrieb seine Dissertation über „Reflektorische Zonen der Nieren“.

1962 begann er seine Tätigkeit an der Universitätsklinik Frankfurt. 1966 habilitierte Kaltenbach und wurde 1972 zum Leiter der Abteilung Kardiologie und zum Professor auf Lebenszeit bestellt.

1978 gründete er die erste „Herzgruppe“ (Sportgruppe für Bewegungstherapie Herzkranker) und war 1979 Mitbegründer der Deutschen Herzstiftung in Frankfurt.

1980 übernahm Kaltenbach den Vorsitz und ist nach wie vor im Vorstand der Deutschen Herzstiftung und der Deutschen Stiftung für Herzforschung tätig.



Katja Möhrle

Zum Gedenken an Walter G. Müller

Geschäftsführer i.R. der Landesärztekammer Hessen

Nach langer Krankheit hat das Leben einer Persönlichkeit sein Ende gefunden, die über mehr als ein Vierteljahrhundert in wichtiger Funktion der ärztlichen Selbstverwaltung in Hessen gestanden hat.

Walter Müller war mein Freund, mein zuverlässiger Mitarbeiter und umsichtiger Mitgestalter im Aufgabenbereich der

Landesärztekammer und darüber hinaus in Gremien der Bundesärztekammer.

Zu meinem Leidwesen kann ich aus Platzmangel nicht all das sagen, was mir am Herzen liegt, doch so viel: Walter Georg Müller wurde am 20. Januar 1934 in Kronberg im Taunus geboren und entstammt einem redlichen, fleißigen und im Christentum fest verankerten Elternhaus,

in dem Gastfreundschaft, Herzlichkeit und gute, nutzbringende Gespräche ebenso selbstverständlich waren wie eine sprichwörtliche Hilfsbereitschaft und Nächstenliebe. Anfang der 60er



Jahre begegnete mir der junge Verwaltungsangestellte in der Industrie, der, man kann das nur beklagen, nach einem Jurastudium sein Studium aus finanziellen Gründen nicht fortsetzte. Ein kluger und besonnener, aufstrebender und interessierter junger Mensch nahm mein Angebot an, mit mir an zentraler Stelle der ärztlichen Selbstverwaltung in Hessen seine kreative Arbeitskraft einzusetzen.

Wir hatten beide das Glück, im Verwaltungsbereich die Kammer aufzubauen und mitzuhelfen, ihr ein entsprechendes Gesicht in der ärztlichen und außerärztlichen Öffentlichkeit zu geben. Unsere Zusammenarbeit war geprägt vom gemeinsamen Ziel, für die Hessische Ärzteschaft eine Spitzenstellung zu erreichen. Neben der Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben war es unser Bestreben, die Stellung der Ärzte in der Öffentlichkeit sichtbarer zum Ausdruck zu bringen. Das geschah durch den Bau der Carl-Oelemann-Schule für die Mitarbeiterinnen in den ärztlichen

Praxen und hier für deren zusätzliche Aus-, Weiter- und Fortbildung. Sie war beispielgebend für die anderen Landesärztekammern. Meinen Gedanken, ein Fortbildungszentrum für die Ärztinnen und Ärzte in Bad Nauheim zu errichten, schloss er sich mit seiner ganzen Kraft an und war darauf bedacht, die finanziellen Aspekte pfleglich im Auge zu behalten. Das galt ebenso auch für die Errichtung des Seniorenwohnparks „Äskulap“, der von ihm großen Einsatz verlangte.

Wenn man das berufliche Lebenswerk von Walter Müller Revue passieren lässt, dann stehen obenan sein bemerkenswertes Wissen – er beherrschte die lateinische Sprache perfekt –, sein Fleiß, seine Kreativität, seine Pünktlichkeit und auch eine hin und wieder ausgesprochene Mahnung, mögliche politische und berufspolitische Entwicklungen nüchtern in die Planungen einzubeziehen. In manchem, was er als späterer Außenstehender auch beobachten konnte, hat er Recht gehabt. Er hat sich mit dem ärzt-

lichen Berufsstand identifiziert und das „Müller-Ärztekammer“ galt als respektvolle Anerkennung seiner Arbeit.

Ein wesentlicher Teil der inneren Verwaltung der Kammer lag in seinen Händen. Aus meinen Augen war das Zustandekommen des Alters- und Hinterbliebenenversorgungswerks der Landesärztekammer Hessen trotz allerschwierigster Umstände sein beruflicher Höhepunkt, und seine Stellung heute ist auch sein Verdienst. In der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungswerke galt sein Wort. Unsere Freundschaft bewährte sich, nachdem er aus Krankheitsgründen frühzeitig in den Ruhestand trat, bis in seine letzten Lebensstunden.

Walter Georg Müller ist vielfach geehrt worden und auch Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft. Im Ehrenbuch der deutschen Ärzte hat er seinen Platz gefunden. Unser Dank gilt über die Zeit hinaus.

HoJo Rheindorf

Landespräventionsrat verleiht 6. Hessischen Präventionspreis

Am 24. November zeichnete der Landespräventionsrat drei kriminalpräventive Projekte mit dem 6. Hessischen Präventionspreis aus. Der mit insgesamt 5.000 Euro dotierte Preis wurde gestiftet vom hessischen Fußballverein Eintracht Frankfurt und verliehen durch den Botschafter des Landespräventionsrates und Fußballprofi Ioannis Amanatidis.

Diesjähriger Sieger ist das Projekt „Mobile Jugendhilfe“ der Stadt Neulsenburg, das mit 2.000 Euro ausgezeichnet wurde. In dem Projekt werden vier Streetworker eingesetzt, die rund um die Uhr einsatzbereit sind und straftätige Jugendliche in der Stadt ansprechen. Ziel ist es, die Jugendlichen von der Straße zu holen und sie in die Sportangebote des Vereins „Seishin“ zu integrieren.

Den 2. Preis in Höhe von 1.500 Euro erhielt der Box-Club Nordend Offenbach e.V. Dort vermitteln die Trainer gewaltbereiten Jugendlichen einen

respektvollen Umgang miteinander und unterstützen sie bei ihrer Entwicklung hin zu einer gewaltfreien Lösung von Konflikten.

Den 3. Preis in Höhe von 1.500 Euro erhielt das Projekt „Nicht mit mir! – Starke Kinder schützen sich“ des Polizei-Sport-Vereins Grün-Weiß Wiesbaden e.V., Abteilung Ju Jutsu, das gewaltbereiten Kindern und Jugendlichen Selbstvertrauen durch körperliche und geistige Stärkung vermittelt.

„Das Verhindern von Kriminalität ist der wirkungsvollste Beitrag für die Sicherheit der Bürger. Kriminalprävention ist dann besonders erfolgreich, wenn sie breit angelegt ist und junge Menschen so früh wie möglich erreicht“, erklärte der hessische Justizminister Jürgen Banzer bei der Preisverleihung.

Katja Kölsch

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Otto Winter, Pfungstadt, am 6. Februar,
Dr. med. Hans Helmut Strack, Darmstadt, am 26. Februar.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Professor Dr. med. Gustav Hör, Königstein, am 12. Februar,
Dr. med. Gerhard Schmidt, Offenbach, am 16. Februar,
Dr. med. Waltraud Lüer, Neu Isenburg, am 17. Februar,
Dr. med. Siegbert Brinkschmidt, Bad Homburg, am 19. Februar,
Dr. med. Ahmad-Ali Agah, Eschborn, am 27. Februar.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Ltd. Medizinaldirektor i. R. Dr. med. Heinz Blüthgen, Ortenberg,
am 11. Februar,
Dr. med. Horst Heidler, Florstadt, am 24. Februar.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Peter Salzmänn, Ebersburg, am 20. Februar.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Professor Dr. med. Manfred Doss, Marburg, am 1. Februar,
Medizinaldirektorin a. D. Dr. med. Gertrud Kaiser, Marburg,
am 20. Februar.

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Herbert Buhl, Wiesbaden, am 20. Februar.

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

Verlust von Arztausweisen

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

Arztausweis Nr. HS-W-994/2008, ausgestellt am 6.2.2008, für Jochen Gehrke, Wiesbaden,

Arztausweis Nr. HS/K 9292, ausgestellt am 14.3.2006, für Kathrin Graeser, Kassel,

Arztausweis Nr. HS-F-12858, ausgestellt am 6.7.2005, für doctor medicinae univ./Semmelweis Fayer Klüh, Schlüchtern,

Arztausweis Nr. HS-D-3404, ausgestellt am 24.9.1999, für Professor Dr. med. Bernd Kober, Darmstadt,

Arztausweis Nr. HS/K 6967, ausgestellt am 7.9.2004, für Martin Walter Schammert, Habichtswald,

Arztausweis Nr. HS/K 9679, ausgestellt am 6.7.2007, für Dr. med. Annegret Maria Schneiders, Baunatal,

Arztausweis Nr. HS/K 10057, ausgestellt am 16.9.2008, für Julia Wagner, Kassel.

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Annette Vielkind, tätig bei Dres. med. J. Merkel, A. Klementz und R. Kames, Alheim

Sandra Weikl, tätig bei Dr. med. D. Schulz, Limburg

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

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

Bettina Henn, tätig bei Dr. med. S. Edlich, Langen

Susanne Kümmel, tätig bei Dr. med. B.A. Barry, Frankfurt

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

Claudia Keller, seit 26 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis Dres. med. R. Troeber und H. Wanner, Rüsselsheim

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

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Erika Briddigkeit, Kronberg
* 16.3.1929 † 19.6.2008

Dr. med. Ferdinand Hauk, Gernsheim
* 8.2.1919 † 5.10.2008

Dr. med. Friedhelm Höfgen, Kaufungen
* 3.3.1917 † 12.8.2008

Dr. med. Helga Lorenz, Bad Soden
* 17.9.1925 † 17.8.2008

Dr./Univ.Beograd Dr./Univ.Novi Sad Imre Nagy, Sopron
* 25.9.1926 † 24.10.2008

Dr. med. Botho Oldenburg, Frankfurt
* 5.3.1919 † 6.9.2008

Dr. med. Elisabeth Patzig, Wiesbaden
* 16.11.1919 † 8.11.2008

Dr. med. Kristin Reinke, Gießen
* 15.7.1964 † 15.10.2008

Dr. med. Friedrich Roth, Darmstadt
* 22.3.1914 † 17.10.2008

Dr. med. Kurt Willy Ernst Rümelin, Frankfurt
* 21.6.1921 † 3.10.2008

Dr. med. Paul Stern, Kassel
* 21.6.1923 † 6.11.2008

Dr. med. Hildegard Schmidt, Wiesbaden
* 12.8.1920 † 15.11.2008

Medizinaldirektorin i. R.
Dr. med. Antonia Schneider-Reinkens, Frankfurt
* 4.5.1918 † 18.9.2008

Dr. med. Wilhelm Schuchard, Marburg
* 19.6.1908 † 8.10.2008

Dipl. Med. Elke Schumann, Bad Wildungen
* 12.1.1951 † 1.10.2008

Dr. med. Hans-Guenter Wiegink, Kronberg
* 15.8.1921 † 19.9.2008

Anmeldung der Auszubildenden zur Abschlussprüfung für Arzthelfer/innen/ Medizinische Fachangestellte im Sommer 2009 vom 6. Mai 2009 bis 18. Juli 2009

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

4. Februar bis zum 11. Februar 2009

bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden.

Die Anmeldung erfolgt durch Einreichung des Anmeldeformulars.

Außerdem sind der Anmeldung beizufügen:

1. der Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) mit Beurteilungsprotokoll
1. der Fragebogen über die Tätigkeit der Auszubildenden,
2. ggf. eine Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung,
3. 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 Sommerprüfung 2009 nicht garantiert werden kann.

Zur Abschlussprüfung im Sommer 2009 sind anzumelden:

1. Auszubildende, deren Ausbildungszeit **nicht später als am 18. September 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.

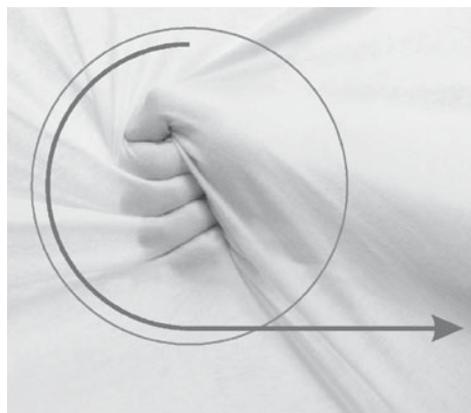
*Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen: Arzthelfer/innen
und Medizinische Fachangestellte*

Richtige Antworten

Zu der Fragebogenaktion „**Implantat-assoziierte Infektionen in Orthopädie und Unfallchirurgie – Teil 2: Therapie**“ in der November-Ausgabe 2008, Seite 696

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

Wegweiser für die Beratung von Männern mit Gewaltproblemen



Die Landeskoordinierungsstelle gegen häusliche Gewalt hat in Zusammenarbeit mit ihrem Sachverständigenbeirat eine neue Broschüre für die Beratung von Männern mit Gewaltproblemen herausgegeben.

Der Wegweiser möchte auf die Bedeutung und die Notwendigkeit von Täterarbeit als einem wichtigen Teil von Gewaltprävention hinweisen und Standards und Kriterien hierfür formulieren. Insbesondere wird ein hessenweiter Überblick über die Beratungslandschaft gegeben und hierdurch der Zugang zu den vorhandenen Angeboten erleichtert. So werden darin Anlaufstellen aufgeführt, die in Hessen Täterarbeit anbieten und an die sich Männer mit Gewaltproblemen wenden können. Eine Projektlandkarte ermöglicht es, auf einen Blick zu erkennen, ob und wo es Täterberatungsangebote gibt. Daneben beinhaltet der Wegweiser auch hilfreiche fachliche Informationen zum Themenfeld Täterarbeit bzw. häusliche Gewalt.

Die Broschüre kann über die Landeskoordinierungsstelle gegen häusliche Gewalt im Hessischen Ministerium der Justiz bezogen werden. Zudem steht die Broschüre unter www.lks.hessen.de (unter dem Menüpunkt „Materialien“) zum Download bereit.

Hessisches Ministerium der Justiz
Landeskoordinierungsstelle gegen häusliche Gewalt
Luisenstraße 13, 65185 Wiesbaden,
Tel. 0611 32-2789,
E-Mail: poststelle@hmdj.hessen.de,
www.lks.hessen.de

Aufgrund §§ 1 und 17 Absatz 1 Nr. 3 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 16. Oktober 2006 (GVBl. I S. 519–524), i. V. m. § 5 Absatz 3 Satz 2 und 6 Buchstabe „a“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBl. 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 11. Dezember 2007 (HÄBl. 1/2008, S. 52), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. November 2008 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBl. 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 11. Dezember 2007 (HÄBl. 1/2008, S. 52), wird wie folgt geändert:

§ 14 wird wie folgt neu gefasst:

„§ 14 Schlichtungsausschuss

- (1) Bei jeder Bezirksärztekammer ist ein Schlichtungsausschuss zu bilden, der auf Vorschlag des jeweiligen Vorstandes der Bezirksärztekammer von der Delegiertenversammlung gewählt wird. Er besteht aus drei Kammermitgliedern. Diese wählen aus ihrer Mitte den Vorsitzenden. Für jedes Mitglied sind mindestens zwei Vertreter zu bestellen. Die Mitglieder und Vertreter dürfen nicht dem Präsidium angehören oder Vorsitzender bzw. stellvertretender Vorsitzender einer Bezirksärztekammer sein.
- (2) Der Schlichtungsausschuss hat die Aufgabe, nach der Schlichtungsordnung bei Streitigkeiten zwischen Berufsangehörigen, wenn sie aus der ärztlichen Berufsausübung entstanden sind, auf gütlichem Wege einen Vergleich herbeizuführen oder – falls die Parteien dies beantragen – einen unverbindlichen Schlichterspruch zu fällen.
- (3) Örtlich ist der Schlichtungsausschuss der Bezirksärztekammer zuständig, der der Antragsgegner angehört. In Zweifelsfällen bestimmt das Präsidium den örtlich zuständigen Schlichtungsausschuss.“

II.

Übergangsbestimmungen

Die Amtszeit der am 1. Januar 2009 im Amt befindlichen Mitglieder der Schlichtungsausschüsse Darmstadt, Gießen, Kassel und Marburg endet mit der Legislaturperiode der Delegiertenversammlung. Die Amtszeit der am 1. Januar 2009 im Amt befindlichen Mitglieder der Schlichtungsausschüsse Frankfurt und Wiesbaden endet am 30. April 2009.

III.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. November 2008 beschlossene und vom Hessischen Sozialministerium am 26. November 2008 (Geschäftszeichen: V 1 – 18b 2120)

genehmigte Änderung der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 1. Dezember 2008



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –

Aufgrund §§ 5 Absatz 1 Nr. 3 und 17 Absatz 1 Nr. 5 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 16. Oktober 2006 (GVBl. I S. 519–524), i. V. m. § 5 Absatz 6 Buchstabe „I“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBl. 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 11. Dezember 2007 (HÄBl. 1/2008, S. 52), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. November 2008 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Schlichtungsordnung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Schlichtungsordnung der Landesärztekammer Hessen vom 7. Juli 1956 (HÄBl. 7/1956, S. 155–156) wird wie folgt neu gefasst:

„Schlichtungsordnung der Landesärztekammer Hessen

§ 1 Errichtung und Aufgaben

- (1) Die Landesärztekammer Hessen errichtet bei jeder Bezirksärztekammer einen Schlichtungsausschuss.
- (2) Die Schlichtungsausschüsse haben die Aufgabe, bei Streitigkeiten zwischen Berufsangehörigen, wenn sie aus der ärztlichen Berufsausübung entstanden sind, auf gütlichem Wege einen Vergleich herbeizuführen oder – falls die Parteien dies beantragen – einen unverbindlichen Schlichterspruch zu fällen.

§ 2 Zusammensetzung

- (1) Die Schlichtungsausschüsse werden von der Delegiertenversammlung auf Vorschlag des jeweiligen Vorstandes der Bezirksärztekammer gewählt. Jeder Schlichtungsausschuss besteht aus drei Mitgliedern. Für jedes Mitglied sind mindestens zwei Stellvertreter zu bestellen. Mitglieder und Stellvertreter müssen Kammermitglieder sein und dürfen nicht dem Präsidium angehören oder Vorsitzender bzw. stellvertretender Vorsitzender einer Bezirksärztekammer sein.
- (2) Jeder Schlichtungsausschuss wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden.

§ 3 Weisungsfreiheit, Ausschluss und Ablehnung

- (1) Die Mitglieder der Schlichtungsausschüsse sind an Weisungen nicht gebunden. Sie sind verpflichtet, über alle Streitgegenstände un-

parteiisch, sachlich und nach bestem Wissen und Gewissen zu entscheiden. Sie haben über die Verhandlungen und die ihnen bei der Ausübung ihres Amtes zur Kenntnis gelangten Verhältnisse der Beteiligten Stillschweigen zu bewahren.

- (2) Für die Ausschließung und Ablehnung eines Mitgliedes des Schlichtungsausschusses gelten die §§ 41, 42 ZPO über die Ausschließung und Ablehnung eines Richters entsprechend. Über die Ablehnung entscheidet der Schlichtungsausschuss endgültig.

§ 4 Örtliche Zuständigkeit, Vorprüfung durch den Bezirksärztekammervorsitzenden und Antrag

- (1) Örtlich ist der Schlichtungsausschuss der Bezirksärztekammer zuständig, der der Antragsgegner angehört. In Zweifelsfällen bestimmt das Präsidium den örtlich zuständigen Schlichtungsausschuss.
- (2) Es steht im Ermessen des Vorsitzenden der Bezirksärztekammer vor einem förmlichen Schlichtungsverfahren eine kollegiale Schlichtung herbeizuführen. Hat dieser kollegiale Schlichtungsversuch zu keinem Ergebnis geführt, ist das förmliche Schlichtungsverfahren durchzuführen. Bei Anrufung des Schlichtungsausschusses hat die Bezirksärztekammer die Pflicht, die Organisation des Verfahrens zügig vorzunehmen.
- (3) Der Schlichtungsausschuss verhandelt und entscheidet nur auf Antrag. Antragsberechtigt sind alle Ärzte des Bundesgebietes, sofern der Antragsgegner in Hessen seinen Beruf ausübt. Der Antrag ist mit Begründung und etwaigen Beweisanträgen schriftlich in zweifacher Ausfertigung an den Vorsitzenden des Schlichtungsausschusses zu richten und bei der zuständigen Bezirksärztekammer einzureichen. Sind mehr als ein Antragsgegner vorhanden, so sind entsprechend mehr Ausfertigungen beizufügen.
- (4) Der Schlichtungsausschuss ist berechtigt, die Einleitung von Schlichtungsverhandlungen abzulehnen, wenn er den gestellten Antrag für offenbar unbegründet oder sich für unzuständig erachtet.

§ 5 Ladungsfristen, Zeugen und Sachverständige

- (1) Der Vorsitzende stellt dem Antragsgegner den Antrag unverzüglich zu und fordert ihn zur Abgabe einer Erklärung auf. Zur mündlichen Verhandlung werden die Beteiligten von dem Vorsitzenden geladen. Die Ladungsfrist beträgt zwei Wochen; sie kann in besonderen Fällen vom Vorsitzenden abgekürzt oder verlängert werden. Die Ladungen erfolgen durch eingeschriebenen Brief oder durch Postzustellungsurkunde.
- (2) Zeugen und Sachverständige werden nicht geladen. Die Beteiligten können Zeugen und Sachverständige zuziehen. Die Anhörung steht im Ermessen des Ausschusses.

§ 6 Nichtöffentlichkeit, Erscheinen, Bevollmächtigung

- (1) Das Verfahren vor dem Schlichtungsausschuss ist nicht öffentlich; Beratung und Beschlussfassung sind geheim.
- (2) Die Beteiligten sollen nach Möglichkeit persönlich zur Verhandlung erscheinen; der Vorsitzende kann die Verhandlung vom persönlichen Erscheinen der Parteien abhängig machen. Die Beteiligten können sich durch schriftlich bevollmächtigte Standesangehörige vertreten lassen. In der Vollmacht muss die Befugnis zum Abschluss eines Vergleiches ausgesprochen sein.

- (3) Der Vorsitzende kann den anwesenden Personen die Geheimhaltung von Tatsachen, die durch die Verhandlung und durch das Verfahren zu ihrer Kenntnis gelangen, zur Pflicht machen.

§ 7 Mündliche Verhandlung, Vergleich und Schlichterspruch

- (1) In der Verhandlung soll eine Aussprache und nach Möglichkeit eine Einigung zwischen den Parteien über den Streitfall angestrebt werden. Der von den Parteien zu schließende Vergleich kann auf Zahlung einer Buße lauten, die einem gemeinnützigen Zweck zu widmen ist.
- (2) Kommt ein Vergleich zustande, so ist der Wortlaut des Vergleichs im Protokoll niederzulegen, den Beteiligten vorzulesen und von ihnen zu genehmigen.
- (3) Scheitert ein Vergleich, so ist dies im Protokoll festzustellen. Die Gründe, die zum Scheitern des Vergleichs führten, müssen aus dem Protokoll ersichtlich sein.
- (4) Nach dem Scheitern eines Vergleichs haben die Beteiligten das Recht, beim Schlichtungsausschuss die Fällung eines Schlichterspruchs zu beantragen. Der Schlichterspruch hat rein empfehlenden Charakter.
- (5) Bevor der Schlichterspruch erlassen wird, sind die Beteiligten zu hören und der dem Streit zugrundeliegende Sachverhalt zu ermitteln.
- (6) Der Schlichtungsausschuss ist nicht an Beweisanträge gebunden, er entscheidet in freier Beweiswürdigung.
- (7) Der Schlichtungsausschuss entscheidet nach geheimer Beratung mit einfacher Stimmenmehrheit. Stimmenthaltungen gelten als Ablehnung. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden.
- (8) Der Schlichterspruch ist mit Gründen zu versehen, von den Mitgliedern des Schlichtungsausschusses zu unterschreiben und den Beteiligten zuzustellen.

§ 8 Niederschrift

Über jede mündliche Verhandlung des Schlichtungsausschusses ist eine Niederschrift anzufertigen, die die Zusammensetzung des Ausschusses, die Personalien der erschienenen Personen, die Bezeichnung der zur Verhandlung kommenden Angelegenheit, die Anträge der Parteien und die Entscheidung des Ausschusses enthalten muss. Der Schlichtungsausschuss kann nach Bedarf für die Anfertigung der Niederschrift einen Protokollführer zu den Verhandlungen hinzuziehen.

§ 9 Gebühren und Kosten

- (1) Für das Verfahren vor dem Schlichtungsausschuss werden Gebühren nicht erhoben.
- (2) Die durch die Zuziehung von Zeugen und Sachverständigen entstehenden Kosten hat der Beteiligte zu tragen, der diese Personen hinzuzieht.“

II.

Übergangsbestimmungen

Die Amtszeit der am 1. Januar 2009 im Amt befindlichen Mitglieder der Schlichtungsausschüsse Darmstadt, Gießen, Kassel und Marburg endet mit der Legislaturperiode der Delegiertenversammlung. Die Amtszeit der am 1. Januar 2009 im Amt befindlichen Mitglieder der Schlichtungsausschüsse Frankfurt und Wiesbaden endet am 30. April 2009.

III. In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. November 2008 beschlossene Änderung der Schlichtungsordnung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 1. Dezember 2008



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –

Aufgrund §§ 10 Absatz 1 und 17 Absatz 1 Nr. 6 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 6687), zuletzt geändert durch Gesetz vom 16. Oktober 2006 (GVBl. I S. 519–524), i. V. m. § 5 Absatz 6 Buchstabe „e“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBl. 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 11. Dezember 2007 (HÄBl. 1/2008, S. 52), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. November 2008 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen vom 22. Dezember 2006 (HÄBl. 2/2007, S. 118–121) wird wie folgt geändert:

In § 1 Absatz 4 werden die Worte „arbeitslos gemeldet sind oder“ gestrichen.

II. In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. November 2008 beschlossene und vom Hessischen Sozialministerium am 26. November 2008 (Geschäftszeichen: V 1 – 18b 2120) genehmigte Änderung der Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 1. Dezember 2008



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –

Aufgrund §§ 5 Absatz 1 und 17 Absatz 1 Nr. 4 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 16. Oktober 2006 (GVBl. I S. 519–524), i. V. m. § 5 Absatz 6 Buchstabe „c“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBl. 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 11. Dezember 2007 (HÄBl. 1/2008, S. 52), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. November 2008 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen

I.

Die Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 2. September 1998 (HÄBl. 10/1998, S. I–VIII); zuletzt geändert am 10. April 2007 (HÄBl. 1/2007, S. 325–330), wird wie folgt geändert:

In § 19 Absatz 5 Satz 1 wird das Wort „Arztshelferinnen“ durch die Worte „Arztshelfer/innen/Medizinische Fachangestellte“ ersetzt.

II. Neubekanntmachung

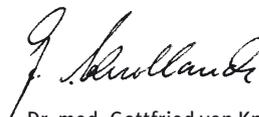
Der Präsident wird ermächtigt, die Berufsordnung in der sich aus dieser Satzung ergebenden Fassung mit neuem Datum bekannt zu machen und Unstimmigkeiten des Wortlauts zu beseitigen.

III. In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. November 2008 beschlossene und vom Hessischen Sozialministerium am 26. November 2008 (Geschäftszeichen: V 1 – 18b 2120) genehmigte Änderung der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 1. Dezember 2008



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –

Aufgrund §§ 5, 6a, 8, 10 und 17 Abs. 1 Nr. 7 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 16. Oktober 2006 (GVBl. I S. 519–524), i. V. m. § 5 Abs. 6e der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBl. 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung

vom 11. Dezember 2007 (HÄBl. 1/2008, S. 52) hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. November 2008 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen vom 13. Dezember 1993 (HÄBl. 1/1994, S. 30–31), zuletzt geändert am 5. Dezember 2007 (HÄBl. 1/2008, S. 48), wird wie folgt geändert:

1.) In § 3 wird Absatz 3 wie folgt neu gefasst:

„(3) Kostenschuldner für die Zwischen-, Abschluss- und Wiederholungsprüfungen der Arzthelfer/innen/Medizinischen Fachangestellten sowie für die Maßnahmen der Überbetrieblichen Ausbildung ist der ausbildende Arzt bzw. die Ausbildungsstätte.“

2.) In dem Kostenverzeichnis als Anlage zur Kostensatzung wird im Gebührenabschnitt „I. 1. Allgemeine Gebühren“ der Gebührenpunkt 1.7 wie folgt geändert:

Gebührenpunkt	Gegenstand	Gebühr
1.7	Arzt-Notfall-Schild Sonstige Abzeichen, Schilder, Plaketten	15,00 2,50

3.) In dem Kostenverzeichnis als Anlage zur Kostensatzung wird der Gebührenabschnitt „I. 3 Arzthelferinnenwesen“ wie folgt neu gefasst:

Gebührenpunkt	Gegenstand	Gebühr
3.	Ausbildungswesen: Arzthelfer/innen/ Medizinische Fachangestellte	Euro
3.1	Ausbildungswesen	
3.1.1	Eintragung des Berufsausbildungsvertrages in das Berufsausbildungsverzeichnis	25,00
3.1.2	Zweitausfertigung Arzthelfer/inbrief und Prüfungszeugnis Berichtsheft, Ersatzexemplar bei Verlust	10,00 4,00
3.1.3	Zwischenprüfung	50,00
3.1.4	Abschlussprüfung Wiederholungsprüfung	180,00 80,00
3.1.5	Nicht besetzt	
3.1.6	Nicht besetzt	
3.1.7	Überbetriebliche Ausbildung	
3.1.7.1	Pauschalgebühr	595,00
3.1.7.2	Pauschalgebühr, sofern der Berufsausbildungsvertrag von einem Pflichtmitglied der Landesärztekammer Hessen abgeschlossen wurde	380,00

3.2	Fortbildung der Arzthelfer/innen und Medizinischen Fachangestellten	
3.2.1	Fortbildung 2 bis 30 Std.	von 30,00 bis 500,00
3.2.2	Qualifizierungs-Lehrgänge 30 bis 400 Std.	von 300,00 bis 2.000,00
3.2.3	Prüfungsgebühren/Teilnahme an Lernerfolgskontrolle	von 50,00 bis 150,00

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. November 2008 beschlossene und vom Hessischen Sozialministerium am 26. November 2008 (Geschäftszeichen: V 1 – 18b 2120) genehmigte Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 1. Dezember 2008



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –

Aufgrund § 17 Absatz 1 Nr. 4 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 16. Oktober 2006 (GVBl. I S. 519–524), i.V.m. § 5 Absatz 6 Buchstabe „d“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBl. 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 11. Dezember 2007 (HÄBl. 1/2008, S. 52), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. November 2008 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen

I.

Die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 15. August 2005 (HÄBl. Sonderheft 10/1995, S. 1–73), zuletzt geändert durch Satzung vom 6. Mai 2008 (HÄBl. 6/2008, S. 404–407), wird wie folgt geändert:

In Abschnitt A wird in § 20 nach Absatz 2 folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Die erworbene Weiterbildungsbezeichnung „Teilgebiet Plastische Chirurgie“ kann als „Teilgebiet Plastische und Ästhetische Chirurgie“ geführt werden.“

II.
In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Januar 2009 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 22. November 2008 beschlossene und vom Hessischen Sozialministerium am 26. November 2008 (Geschäftszeichen: V 1 – 18 b 2120) genehmigte Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 1. Dezember 2008

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –

Der Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.
Gesellschaftspolitisches Forum

veranstaltet am

Sonntag, dem 25. Januar 2009, 11:00 Uhr,

im Hotel MARRIOTT
Raum Liebig 1 und 2, II. Etage
Hamburger Allee 2–10, 60486 Frankfurt am Main

eine

Autorenlesung

– Matinee –

mit

ANNE CHAPLET

liest aus ihrem Buch

SCHREI NACH STILLE

Klein-Roda hat eine neue Bewohnerin, die Erfolgsautorin Sophie Winter. Ihr Bestseller handelt von einer tragischen Geschichte, in der eine junge Frau ums Leben kommt – 1968 in einem Dorf, in das sie mit zwei anderen jungen Leuten gezogen war, um das Paradies zu finden. Vierzig Jahre später scheinen sich die Ereignisse von damals zu wiederholen.

Anne Chaplet, mehrfach preisgekrönte Krimiautorin, ist das Pseudonym der Publizistin Cora Stephan.

Deutscher Krimipreis 2001
„Nichts als die Wahrheit“

Deutscher Krimipreis 2004
„Schneesterben“

Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt ist frei!

Ausschreibung des Hirnliga-Forschungspreises für das Jahr 2009

Die Hirnliga e. V. verleiht im Jahr 2009 ihren mit 12.000 Euro dotierten Preis für hervorragende wissenschaftliche Arbeiten, die grundsätzlich neue Forschungsaspekte aus den Gebieten Entstehung, Erkennung und Behandlung dementieller Prozesse (Alzheimer-Demenz) beschreiben.

Zur Bewerbung um den Preis eingereichte Publikation/en müssen in den beiden letzten Jahren (2007, 2008) veröffentlicht oder zur Veröffentlichung angenommen worden sein. Ausgeschlossen sind Arbeiten, die von der Hirnliga e. V. gefördert wurden oder werden.

Die Publikationen sind unter Hinzufügung des Lebenslaufes und des wissenschaftlichen Werdeganges bis zum **18. Januar 2009** einzureichen an:

Hirnliga e. V.
Postfach 1366
51657 Wiehl
Tel.: 02262 9999917
Fax: 02262 9999916
E-Mail: GS@hirnliga.de

Die Ausschreibungsbedingungen finden Sie unter: www.hirnliga.de

Preisausschreibung:



Wilhelm P. Winterstein-Preis 2009 der Deutschen Herzstiftung e. V.

Die Deutsche Herzstiftung vergibt im Jahr 2009 ein weiteres Mal den Wilhelm P. Winterstein-Preis, dotiert mit 10.000 Euro. Ausgezeichnet wird eine wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bevorzugt aus einem patientennahen Forschungsbereich. Die Arbeit darf einen Gesamtumfang von 25 Seiten nicht überschreiten und in dieser Form noch nicht veröffentlicht worden sein. Ihr ist eine Zusammenfassung in deutscher Sprache voranzustellen. Teilnahmeberechtigt sind Ärztinnen und Ärzte aus Deutschland.

Die Bewerbungsunterlagen mit tabellarischem Lebenslauf sind in dreifacher Ausfertigung bis spätestens 23. Februar 2009 (Poststempel) zu senden an: Deutsche Herzstiftung e. V., Vogtstraße 50, 60322 Frankfurt am Main. Sind Co-Autoren an der Arbeit beteiligt, ist deren Einverständniserklärung zur Bewerbung sowie Angaben über deren jeweilige Arbeitsanteile beizufügen.

Die Preisverleihung erfolgt im Rahmen der Mitgliederversammlung der Deutschen Herzstiftung im Juni 2009 in Frankfurt am Main. Weitere Informationen sind zu erhalten über Christine Koch unter der Telefonnummer 069 955128-128 oder der Homepage www.herzstiftung.de der Deutschen Herzstiftung zu entnehmen.

Deutsche Herzstiftung e. V.

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
Anästhesiologie
(Gemeinschaftspraxisanteil)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Darmstadt, Wilhelminenplatz 7, 64283 Darmstadt** zu senden.

Planungsbereich Frankfurt am Main

Frankfurt/M. Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder
Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt/M. Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder
Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt/M.-Ostend Chirurgin/Chirurg
Frankfurt/M.-Heddernheim HNO-Ärztin/HNO-Arzt
(hälftiger Vertragsarztsitz)
Frankfurt/M.-Heddernheim Fachärztin/Facharzt für
Kinder- und Jugendmedizin
Frankfurt/M. Fachärztin/Facharzt für
Psychotherapeutische Medizin

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Schwalbach Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder
Internistin/Internist – hausärztlich –
Main-Taunus-Kreis Frauenärztin/Frauenarzt
Bad Soden Internistin/Internist – fachärztlich –
– Berufsausübungsgemeinschaftsanteil –
(hälftiger Vertragsarztsitz)

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Bad Homburg Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Offenbach am Main

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

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Rodgau Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder
Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Hanau/M. Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder
Internistin/Internist – hausärztlich –
– Berufsausübungsgemeinschaftsanteil –

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
Innere Medizin – fachärztlich –

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Dillenburg Fachärztin/Facharzt für Allgemein-
medizin bzw. Fachärztin/Facharzt für
Innere Medizin – hausärztlich –
(Gemeinschaftspraxisanteil)
Solms Fachärztin/Facharzt für Allgemein-
medizin bzw. Fachärztin/Facharzt für
Innere Medizin – hausärztlich –
(hälftiger Praxisanteil)
Waldsolms Fachärztin/Facharzt für Allgemein-
medizin bzw. Fachärztin/Facharzt für
Innere Medizin – hausärztlich –

Planungsbereich Wetteraukreis

Friedberg Fachärztin/Facharzt für Allgemein-
medizin bzw. Fachärztin/Facharzt für
Innere Medizin – hausärztlich –

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 Limburg-Weilburg

Bad Camberg Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin
– fachärztlich tätig –
Bad Camberg 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 Limburg, Adelheidstraße 7, 65549 Limburg** zu senden.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Rauschenberg Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Marburg, Raiffeisenstraße 6, 35043 Marburg** zu senden.

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden Hausarztinternistin/Hausarztinternist
 Wiesbaden Fachärztin/Facharzt für Gynäkologie
 Wiesbaden Fachärztin/Facharzt für Urologie
 Wiesbaden Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie

Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

Taunusstein Psychologische Psychotherapeutin/
 Psychologischer Psychotherapeut
 (häufiger Psychotherapeutensitz)

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.

Bücher

Dieter M. Kampe, Karl-Heinz Bächstädt: **Die Zukunft der Krankenhausfinanzierung**. WIKOM Verlag, 2007. ISBN: 978-3-9811053-2-2. Euro 35,-.

Die Zukunft der Krankenhausfinanzierung ist durch den Übergang von der Sozialwirtschaft zur Marktwirtschaft geprägt. Das Krankenhaus als Prototyp einer Institution des Gemeinwohls wird zu einem straff organisierten Wirtschaftsunternehmen. Die Krankenhäuser in Deutschland unterliegen einem extremen Veränderungsdruck, und eine wesentliche Stellgröße stellt die Krankenhausfinanzierung dar.

Dieses Thema wird von Kampe und Bächstädt aufgegriffen und in seiner Entwicklung umfassend dargestellt. In drei Abschnitten gehen sie auf die Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung, Grundsatzfragen des Finanzmanagements sowie Finanzierungsinstrumenten ein. Sie zeigen Chancen und Risiken, die der Übergang von der dualen Krankenhausfinanzierung zu Fallpauschalen und DRG-basierter Finanzierung mit sich bringt. Es wird deutlich, dass Krankenhäuser nun wie Unternehmen handeln und in einem stärker werdenden Wettbewerb bestehen müssen; eine Existenzgarantie für Krankenhäuser gibt es nicht mehr.

Stärkere Arbeitsteilungen und Spezialisierungen prägen den Krankensektor. Aber anders als in fordistischen Arbeitsmodellen sind ärztliche Tätigkeiten nicht unendlich teilbar und die Vergütung häufig an die persönliche Leistungserbringung geknüpft. Andererseits sind Arbeitsabläufe in den meisten Krankenhäusern dringend verbesserungswürdig und verbesserungsfähig. Es ist also gerade in dieser Umbruchphase wichtig, ärztliche Kompetenz einzubringen. Die Ausführungen von Kampe und Bächstädt sind auch für Ärztinnen und Ärzte verständlich. Es ist nicht das Ziel, aus den Kolleginnen und Kollegen die besseren Betriebswirte zu machen. Aber zu dem Anforderungsprofil leitender Ärztinnen und Ärzte gehört heutzutage auch eine Managementkompetenz. Ärztinnen und Ärzte, die in dieser Verantwortung stehen, sollten in der Lage sein, betriebswirtschaftliche Auswirkungen ärztlichen Handelns zu erkennen und beschreiben. Ihnen sowie allen Kolleginnen und Kollegen, die im Medizincontrolling arbeiten sei dieses Buch an's Herz gelegt.

Dr. Susan Trittmacher, Frankfurt

Handelsblatt: **Karriere und Management**. Band 1 Fisher, Ury, Patton: **Das Harvard-Konzept**. Band 2 Lürssen: **Die heimlichen Spielregeln der Karriere**. Band 3 Citrin, Smith, Stimpel: **Das Geheimnis außergewöhnlicher Karrieren**. Band 4 Scott: **Zeitgewinn durch Selbstmanagement**. Band 5 Goldfuß: **Erfolg durch professionelles Delegieren**. Band 6 Püttjer, Schnierda: **Geheimnisse der Körpersprache**. Campus Verlag, Frankfurt. 2006. ISBN: 978-3-593-38141-1 (Gesamtedition). Euro 132,-.

Gibt es einen gemeinsamen Denkansatz von Management und Medizin? Ja! Lautet doch das Credo des modernen Managements „Erfolg planen, Ergebnis prüfen“, so kennen wir Mediziner das Motto „Heilung planen, Ergebnis prüfen“. Die Ähnlichkeit in dem Denkansatz sowie die Ableitung von Handlungsstrategien macht deutlich, dass Erfolg in der Medizin kein Zufallsprodukt, sondern Ergebnis eines geplanten Einsatzes von Wissen und Mitteln ist.

Je höher Ärztinnen und Ärzte in der Hierarchie steigen, desto mehr werden Führungsaufgaben und Organisation ihren Arbeitsalltag bestimmen. Leider ist der Erwerb dieser Fähigkeiten (noch) kein integraler Bestandteil der ärztlichen Fort- und Weiterbildung, sondern weitgehend der individuellen Organisation überlassen. Der Ratgebermarkt ist allerdings unüberschaubar. Daher lohnt sich der Blick auf die sechs Klassiker der Managementliteratur, die das Handelsblatt in der Serie „Karriere und Management“ zusammengefasst hat. Gemeinsam ist den sechs Bänden, dass sie nicht nur die kritischen Bereiche der Karriereplanung theoretisch beleuchten, sondern intensiv darauf eingehen, „wie man's macht.“ Für Ärztinnen und Ärzte, die ihre Karriere planen und/oder eine Führungsposition anstreben, ist der Blick in diese Bereiche nicht nur empfehlenswert, vielmehr ein „Muss“. Sicher, nicht alles ist auf das Gesundheitswesen anwendbar, zumal anders als in fordistischen Arbeitsmodellen, ärztliche Leistungen nicht unendlich teilbar sind. Aber das Anforderungsprofil an leitende Ärztinnen und Ärzte hat sich so grundlegend geändert, dass sie sich Ma-

nagementkompetenzen in unmittelbaren und mittelbaren Bereichen der Medizin aneignen müssen. Eine Auseinandersetzung mit dem Thema „Führung und Organisation“ scheint unausweichlich.

Dr. Susan Trittmacher, Frankfurt

Uwe Schaper (Hrsg.): **Berlin in Geschichte und Gegenwart**. Jahrbuch des Landesarchivs von Berlin. 2007. Gebr. Mann Verlag. ISBN: 978-3-7861-2569-3. Euro 25,-.

und

Julius Schoeps: **Berlin – Geschichte einer Stadt**. BE.BRA Verlag. 2007. ISBN: 978-3-89809-077-3. Euro 24,90.

Berlin, vom Fischerdorf zur Weltstadt. Solche und ähnliche Schlagzeilen sind in unser Bewusstsein eingegangen. Die historische und archäologische Forschung bemüht sich redlich, immer wieder verbreitete falsche Darstellungen zu berichtigen. Mit ganz unterschiedlichen Ansätzen helfen zwei gerade erschienene Bücher, auch neu gewonnene Ein- und Ansichten zu verfestigen.

Da ist zum einen das Jahrbuch 2007 des Landesarchivs Berlin, herausgegeben von Uwe Schaper. Seit 1982 erscheinen diese Jahrbücher. Diese Jahreschroniken halten die wichtigsten Ereignisse aus allen Bereichen des öffentlichen Lebens fest und behandeln Personen, Ereignisse und Probleme aus der älteren, neueren und jüngsten Geschichte Berlins. Abseits von der oft Effekt heischenden Aktualität der Tagespresse entwickelt Schaper in seiner Chronik einen roten Faden, anhand dessen das jeweilige Ereignis umfassend gewürdigt wird.

Julius Schoeps Ansatz ist grundsätzlich anders. Er ordnet die turbulenten Ereignisse in Berlin chronologisch vom Mittelalter bis zur Neuzeit und würdigt Berlins Rolle als preußische Residenz und als Keimzelle reformerischer wie revolutionärer Bestrebungen. Sein Buch ist anschaulich für den interessierten Laien geschrieben und weist eine Unzahl von bisher wenig oder unbekannt Bildern aus dem Besitz des Bildarchivs Preußischer Kulturbesitz. Dem Leser

bietet sich ein neuer Blick auf das alte und junge Berlin.

Beide Autoren präsentieren eine großartige und lebendige Stadt. Nur eines kann schöner als das Lesen dieser Bücher sein: selbst hinfahren!

Dr. Nelly Riemann, Frankfurt

Elisabeth Hurth: **Mythos Arzt?** Driesen Verlag, Taunusstein. 2007. ISBN 978-3-936328-80-6. Euro 12,80.

Ärztserien sind im Fernsehen äußerst beliebt. Bis zu 20 Serien flimmern Woche für Woche über den Bildschirm. Das Bedürfnis nach der Darstellung von Ärzten, von Heilung, von Leid und Glück führt die öffentlich-rechtlichen, aber auch die privaten Rundfunk- und Fernsehanstalten zu immer neuen Folgen über das Leben und Arbeiten von Ärzten und dem Pflegepersonal. Offenbar haben die massiven Veränderungen im Gesundheitssystem, das nach wie vor sehr hohe soziale Prestige des Arztes kaum angetastet. In manchen Serien tauchen Elemente der heutigen, „modernen“ Arbeitswelt durchaus auch auf. Lange Arbeitszeiten, Übermüdung, Burnout-Probleme, skandalöse Arbeitsbedingungen werden dargestellt. Heilserwartungen werden zunehmend als Rechtsanspruch definiert. Die Aspekte der Krankheitsbegleitung, religiös motiviert oder mit sonstiger moralisch-ethischer Begründung tauchen weniger auf. In der vorliegenden Studie geht die Autorin der Frage nach, welche grundsätzlichen Vorstellungen von Krankheit, Gesundheit und Heilung durch mediale Inszenierung vermittelt werden. Dabei ist der Kontext eines medialen theologischen Zugangs ebenfalls präsent. Vielleicht kommt der Aspekt der Medizin als Teil eines politisch-gesellschaftlichen Gesamtzusammenhanges zu kurz. Dieses mindert jedoch nicht die Lektüre des rund 120 Seiten starken Buches, das einen wichtigen Blick auf unser heutiges Gesundheitswesen und seine Wahrnehmung in der Gesellschaft wirft.

Dr. med. Siegmund Drexler, Mühlheim