

# Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: [www.laekh.de](http://www.laekh.de)

11 | 2009

November 2009

70. Jahrgang



- **Serviceseite für junge Ärztinnen und Ärzte**
- **Neue Serie: Ausschüsse der Landesärztekammer Hessen**
- **Die Bedeutung der Psychotherapie im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft**
- **Gesundheit im Alter – den Jahren mehr Leben geben**
- **Zertifizierte Fortbildung: Das maligne Pleuramesotheliom**
- **Ethische und rechtliche Aspekte der gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung**

Junge Besucherin vor Porträtfotografie von Martha Neugebauer (geb. 1907) in der Ausstellung „Jahrhundertmensch – Fotos von Karsten Thormaehlen“ während der Vernissage im Foyer des Festspielhauses Bregenz, 16. April 2008.

Foto: Silvia Ribello, Moonblinx Gallery

Begleitend zur Ausstellung erschien das Buch „Jahrhundertmensch“ (erschienen bei Moonblinx Publishing), ISBN 978-3000250965

**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  
Vertreter des Präsidiums: Frank-Rüdiger Zimmeck  
verantwortlich für Mitteilungen der LÄK Hessen:  
Dr. Michael Popović  
verantwortlich für Mitteilungen der Akademie:  
Prof. Dr. Ernst-Gerhard Loch

**Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:**

Katja Möhrle, M. A.

**Wissenschaftlicher Beirat:**

Prof. Dr. med. Erika Baum, Biebertal  
Karl Matthias Roth, Wiesbaden  
Dr. med. Alfred Halbsguth, Frankfurt  
Prof. Dr. med. Dietrich Höffler, Darmstadt  
Dr. med. Georg Holfelder, Frankfurt  
Dr. med. Siegmund Kalinski, Frankfurt  
Dr. med. Norbert Löschhorn, Seeheim-Jugenheim  
Prof. Dr. med. Peter Osswald, Hanau  
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-Gruener-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



<b>Editorial</b>	<b>700</b>
<b>Landesärztekammer Hessen</b>	
Serviceseite für junge Ärztinnen und Ärzte	<b>701</b>
Neue Serie: Ausschüsse der Landesärztekammer Hessen	<b>702</b>
<b>Aktuelles</b>	
Die Bedeutung der Psychotherapie im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft	<b>703</b>
Gesundheit im Alter – den Jahren mehr Leben geben	<b>705</b>
<b>Fortbildung</b>	
Zertifizierte Fortbildung: Das maligne Pleuramesotheliom	<b>707</b>
<b>Aktuelles</b> Warum altern wir?	<b>715</b>
<b>Medizinisches Kreuzworträtsel</b>	<b>715</b>
<b>Aktuelles</b>	
Autorenlesung mit Professor Dr. Bernard Lown	<b>716</b>
<b>Wartburggespräche</b>	
Ärztliche Prävention und Epikrise – Ungesagtes fühlbar machen	<b>717</b>
<b>Medizinethik aktuell</b>	
Ethische und rechtliche Aspekte der gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung	<b>719</b>
<b>Fortbildung</b> Sicherer Verordnen	<b>724</b>
<b>Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim</b>	<b>725</b>
<b>Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim</b>	<b>731</b>
<b>Medizinhistorisches</b>	
Zur Promotion von Johann Christian Senckenberg 1737 in Göttingen zum Doktor der Medizin	<b>733</b>
<b>Arzt- und Kassenarztrecht</b>	
Mobbing eines Krankenhausarztes	<b>736</b>
<b>Mit meinen Augen</b>	
Warum wandern die deutschen Ärzte aus?	<b>738</b>
<b>Satire</b> Das Vogelhäuschen	<b>739</b>
<b>Humoristisches</b> Das Huhn	<b>739</b>
<b>Von hessischen Ärztinnen und Ärzten</b>	<b>740</b>
<b>Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen</b>	<b>742</b>
<b>Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen</b>	<b>747</b>
<b>Bücher</b>	<b>737, 748</b>

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

## Liebe Kolleginnen und Kollegen!



Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach  
(Bild pop)

„...Daneben geht es um historische Fragen, korrupte Ärzte und blöde Chefs...“ – so die Kopfzeile einer renommierten Sonntagszeitung. Und in der gleichen Ausgabe wird ausführlich über einen Prozess gegen einen Leberchirurgen

berichtet, dem Bestechlichkeit und Betrug vorgeworfen werden. Obwohl das zuständige Gericht eine Strafbarkeit der angeklagten Fälle wegen räuberischer Erpressung verneint, ist dieser Artikel mit den Worten „Knete vorher, nicht hinterher“ überschrieben. Diese voreingenommene Grundhaltung einiger Medien spürten wir in den vergangenen Wahlkampfmonaten auch in der Kammer.

Ich sehe darin die Tendenz, das Bild der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit systematisch zu demontieren, bundesweit und auf Länderebene. Ein fragliches Fehlverhalten Einzelner wird skandalisiert und instrumentalisiert, um einen freien Berufsstand in Verruf zu bringen. Betrachtet man jedoch die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung, so bestätigen alle mir bekannten Studien das hohe Ansehen, das Ärztinnen und Ärzte bei ihren Patienten genießen. Aber schon der Blick auf die Traumberufe zehnjähriger Mädchen und Jungen zeigt, dass der Arztberuf nicht mehr ganz oben auf der Hitliste steht. Anstrengende Arbeitsbedingungen, beschränkte Verdienstmöglichkeiten sowie der Verlust des gesellschaftlichen Ansehens zeigen auch hier ihre Wirkungen.

Was steckt also hinter dieser systematischen Demontage eines bisher hochangesehenen Berufsstandes? Welche Machtfrage wird hier geklärt? Ein Gesundheitssystem ist nur so gut, wie es seiner Bevölkerung alle notwendigen medizinischen Leistungen bereitstellen kann. Dieser Ansatz ist gefährdet;

anlässlich des letzten Deutschen Ärztetages haben wir ausdrücklich darauf hingewiesen. Eine politische Lösung ist nicht in Sicht, und so sollen wir Ärztinnen und Ärzte als Sündenböcke herhalten. Kostensparen durch Schlechtversorgung?

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, diesem bösen Spiel wollen wir keinen Vorschub leisten: Patienten, Angehörige und Politiker registrieren sehr genau, ob wir unseren eigenen Verhaltenskodex einhalten, ob in der Ärzteschaft Kollegialität gelebt wird und ob es uns gelingt, mit vereinzelt schwarzen Schafen fertig zu werden. Danach sollten wir unser eigenes Verhalten ausrichten. Doch diese Betrachtung nach innen ist in der eingangs geschilderten Situation nicht genug. Das vor allem in den vergangenen Monaten gezeichnete Bild des Arztes in der Öffentlichkeit muss sich wieder ändern, z.B durch die Rückkehr zu einer seriösen Berichterstattung, durch ein Bekanntmachen von best-practice-Beispielen und auch durch Ehrungen von Ärztinnen und Ärzten, die sich im sozialpolitischen Kontext für ihre Patienten und Mitmenschen einsetzen.

Stimmt es wirklich, dass nur eine schlechte Nachricht ein gute Nachricht ist? Eines steht außer Frage: Jedes negative Verhalten, jeder Fehler ist ein Fehler zuviel. Fehlervermeidung und Fehlerkorrektur müssen für jeden Einzelnen in unserem Beruf höchste Priorität haben. Das erfordert einen selbstverständlichen, selbstkritischen Umgang mit sich selbst. Aber den angeprangerten schwarzen Schafen und Fehlern steht eine überwiegende Mehrheit integerer Ärztinnen und Ärzte und eine nicht abzuschätzende große Zahl von Erfolgen ärztlicher Diagnostik und Behandlung gegenüber. Unsere dankbaren Patienten wissen das.

Trotz aller Bedrohung durch neue schwere, oftmals noch unheilbare Erkrankungen kann die medizinische Forschung mit hoffnungsvollen Ergebnissen aufwarten. So ist die

Zahl der Herzkranken, die heute nach ärztlicher Behandlung nahezu normal leben können, unermesslich. Viele Erkrankte mit infauster Prognose haben nach Organtransplantation wieder ein hoffnungsvolles Leben. Psychisch Kranken bieten sich mehr Genesungschancen als in der Vergangenheit. Neurologische und neurochirurgische Methoden heilen Erkrankungen, die früher zu bleibenden schweren Behinderungen oder zum Tod führten. Menschen, die vor wenigen Jahrzehnten wegen Magenculera viele Wochen arbeitsunfähig ausfielen, sich oftmals einer Magenoperation unterziehen mussten, haben heute Dank wenig belastender Diagnostik und hervorragender, innovativer medikamentöser Therapie kaum noch krankheitsbedingte ökonomische Risiken. Unzählige Menschen behalten ihre Mobilität durch eine moderne Gelenkchirurgie. Und dies sind nur einige Beispiele aus einer Fülle ärztlicher Leistungen für unsere Patienten.

Tue Gutes und rede darüber! Dies ist der Grundsatz der engagierten Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Kammer. Dabei klammern wir auch politisch unbequeme Themen nicht aus. So darf das Argument des Patientenwohls nicht dazu führen, das wirtschaftliche Wohlergehen unserer Kolleginnen und Kollegen in Frage zu stellen. Wir sagen JA zu einer umfassenden und ganzheitlichen Versorgung unserer Patientinnen und Patienten. Aber wir wenden uns gegen unlautere Unterstellungen: NEIN – es ist nicht unmoralisch, mit der Ausübung des Arztberufes seinen Lebensunterhalt zu verdienen.

Es grüßt Sie herzlich,  
Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch  
zu Hatzbach, Präsident

(Forum junge Ärzte)

## Serviceseite für junge Ärztinnen und Ärzte

**Infoabend der Bezirksärztekammer Frankfurt:** Welche Aufgaben hat die Landesärztekammer? Was tut sie für die hessischen Ärztinnen und Ärzte? Im Juli hatte die Bezirksärztekammer Frankfurt zum ersten Informationsabend für neue Kammermitglieder eingeladen. Nach dem äußerst positiven Echo, auf das dieses Angebot vor allem bei jungen Kolleginnen und Kollegen gestoßen ist, findet die nächste Veranstaltung am 11. November (um 19:00 Uhr) in den Räumen der Landesärztekammer, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt statt. Referenten der LÄKH führen in die Arbeit der Kammer sowie u.a. in die Themen Weiterbildung, Recht und Altersvorsorge ein und stehen anschließend für Gespräche zur Verfügung. Wir laden Sie ganz herzlich dazu ein! Anmeldungen (gebührenfrei) bitte an: Bitte melden Sie sich telefonisch (Tel. 069 97672-514) oder über unsere Homepage [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter dem Link „Informationsabend für neue Kammermitglieder“ an.

**Absolventenbefragung Humanmedizin 2009:** Mit einer standardisierten schriftlichen Befragung von 599 hessischen Medizinstudentinnen und -studenten, die im Herbst 2009 den 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ablegen, möchte die Landesärztekammer einerseits deren persönliche Gründe für die Wahl des Medizinstudiums und ihre Zufriedenheit mit dessen Verlauf herausfinden. („Welche Gründe waren für Sie persönlich für die Wahl des Medizinstudiums am wichtigsten?“, „Welche langfristigen Pläne hatten Sie zu Beginn Ihres Studiums?“ lauten einige Fragen aus dem versandten Fragebogen.)

Andererseits interessieren uns die konkreten Weiterbildungs- und Berufspläne der jungen Kolleginnen und Kollegen am Ende ihres Studiums („Welches langfristige berufliche Ziel möchten Sie aus heutiger Sicht gerne erreichen?“ „Streben Sie eine Weiter-

bildung zur Fachärztin/zum Facharzt an? Fachgebiet?“)

Um zu erfahren, wie die Landesärztekammer ihre Leistungen gerade auch für angehende Ärztinnen und Ärzte verbessern kann, haben wir die Absolventen außerdem gebeten, uns mitzuteilen, was sie in der Zukunft von ihrer ärztlichen Selbstverwaltung erwarten.

Bereits 2003/2004 (S. Köhler, R. Kaiser, L. Napp: Medizinstudium – und was dann?, Hess. Ärzteblatt 10/2004, S. 565-568: Zum download verfügbar unter: Ärzte/Qualität & Versorgung/ eigene Veröffentlichungen/ 2004 auf [www.laekh.de](http://www.laekh.de)) hatte die Landesärztekammer rund 600 Absolventinnen und Absolventen des Zweiten Abschnittes der Ärztlichen Prüfung vor Beginn der damals noch vorgeschriebenen Zeit als „Arzt im Praktikum“ mit ähnlicher Methodik befragt. Im Mittelpunkt standen damals die Motivation zum Medizinstudium, die Erfahrungen während des Studiums und des Praktischen Jahres, Auslandsaufenthalte und natürlich auch die Weiterbildungs- und Berufspläne. Sensationelle 63 % aller Angeschriebenen beteiligten sich an dieser Umfrage, und wir hoffen natürlich auch bei der aktuellen Untersuchung auf eine ähnlich gute Resonanz.

Sollte sich diese Erwartung erfüllen, plant die Landesärztekammer solche Befragungen jährlich durchzuführen, um Veränderungen der Berufsplanung des ärztlichen Nachwuchses frühzeitig erfassen und darauf reagieren zu können.

Erste Ergebnisse der Absolventenbefragung 2009 werden am 11. Dezember auf der Tagung „Vom Medizinstudium zum Facharzt“ öffentlich vorgestellt.

Katja Möhrle

### „Vom Medizinstudium zum Facharzt“

8 P

**Freitag, 11. Dezember 2009,  
9:00 – 18:00 Uhr** [siehe Seite 725](#)

Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen  
Carl-Oelemann-Weg 5,  
61231 Bad Nauheim

#### Schwerpunktt Themen

- **Arbeitsmarkt Krankenhaus**, u.a. mit folgenden Themen: „Nachwuchsmangel in Krankenhäusern“, „Arbeitsbedingungen und Leistungsverdichtung“
- **Medizinstudium und Berufsperspektiven junger Ärzte**, u.a. mit folgenden Themen: „Demografie und Berufspläne hessischer Medizinstudenten“, „BÄK-Projekt Evaluation der Weiterbildung“
- **Leistungsverdichtung und arbeitsmedizinische Probleme im Krankenhaus**, u.a. mit folgenden Themen: „Arbeitszufriedenheit und Burnout“, „Ärztebefragung Mobbing“

Die Veranstaltung richtet sich an Medizinstudentinnen/Medizinstudenten und Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung sowie leitende Ärztinnen/Ärzte und Personalverantwortliche in Krankenhäusern.

Zahlreiche namhafte Referentinnen/Referenten und Staatssekretärin Petra Müller-Klepper vom Hessischen Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit haben bereits zugesagt.

#### Information und Anmeldung:

Annerose Schad  
Landesärztekammer Hessen  
Im Vogelsgesang 3  
60488 Frankfurt am Main  
Fon: 069 97672-195  
Fax: 069 97672-224  
E-Mail: [qs@laekh.de](mailto:qs@laekh.de)

#### Teilnahmegebühr:

40 €, Studenten ermäßigt: 10 €

## Neue Serie: Ausschüsse der Landesärztekammer Hessen

Modernes Dienstleistungsunternehmen und Selbstverwaltungsorgan mit Aufsichtsfunktion: Als Körperschaft des öffentlichen Rechts sorgt die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) im staatlichen Auftrag für die Qualität ärztlicher Berufsausübung und vertritt zugleich die beruflichen Interessen aller hessischen Ärztinnen und Ärzte. Bei der Erledigung ihrer umfangreichen Aufgaben wird die LÄKH von Fachausschüssen unterstützt, die

von der Delegiertenversammlung oder dem Präsidium eingerichtet werden. Sie bearbeiten die ihnen von dem Ärzteparlament oder dem Präsidium übertragenen Angelegenheiten und haben eine beratende und empfehlende Funktion. Um Sie – die Leserinnen und Leser des Hessischen Ärzteblattes – über die Arbeit der Ausschüsse zu informieren, werden wir Ihnen diese ab sofort in lockerer Folge vorstellen.



Bild anlässlich der Gründung des Ausschusses am 15. Juli 2009; von rechts nach links: Helga Jakobi, Jochen Klauenflügel, Alessandra Carella, Wolfgang Merkle, Cornelia Krause-Girth, Fritz Poustka, Meinhard Korte

## Ausschuss „Ärztliche Psychotherapie“

Vor dem Hintergrund der Bedeutung psychotherapeutisch tätiger Ärztinnen und Ärzte ist der Ausschuss „Ärztliche Psychotherapie“ gegründet worden.

Er wird dem Präsidium bei Themen der psychotherapeutischen Versorgung beratend zur Seite stehen.

Dazu gehören Fragen der Weiterbildung und Ausbildungssituation in Klinik und Praxis, der Kooperation mit der Landeskammer

für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten in Hessen (LPPKJP), sowie Fragestellungen von berufspolitischer Bedeutung, die die Psychotherapie betreffen oder in diesen Bereich eingreifen.

Er setzt sich zusammen aus nachfolgenden Mitgliedern:

Name	Betätigungsfeld	Ort
Dr. med. Alessandra Carella (Vorsitzende)	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie	Wiesbaden
Dr. med. Wolfgang Merkle (Stellvertretender Vorsitzender)	Facharzt für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie	Frankfurt
Prof. Dr. med. Dipl.-theol. Christine M. Freitag	Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Frankfurt
Helga Katharina Jakobi	Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie	Gießen
Jochen Klauenflügel	Facharzt für Psychosomatische Medizin	Wiesbaden
Dr. med. Meinhard Korte	Facharzt für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie	Hanau
Prof. Dr. med. Cornelia Krause-Girth	Fachärztin für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie	Frankfurt
Dr. med. Horst Löckermann	Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapie	Darmstadt
Prof. Dr. med. Fritz Poustka	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie	Frankfurt
Dr. med. Tobias Wiehn	Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Friedrichsdorf

# Die Bedeutung der Psychotherapie im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft

**Feierstunde zehn Jahre Psychotherapeutengesetz und 15 Jahre Verband der Hessischen Vertragspsychotherapeuten (vhvp) am 5. September 2009 im „Haus am Dom“, Frankfurt am Main**

## Kurzer Historischer Rückblick (Dr. F. R. Deister et al.)

Schon in den siebziger Jahren hatte das Bundesverwaltungsgericht den Gesetzgeber aufgefordert, im Bereich Psychotherapie Ordnung mit Hilfe gesetzlicher Regelungen zu schaffen. Aufgrund des starken Bedarfes an Psychotherapie und dem großen Mangel an Therapieplätzen im Rahmen regulärer Richtlinientherapie hatte sich parallel, außerhalb der kassenärztlichen Versorgung das sogenannte „Kostenerstattungs-system“ entwickelt.

Die Techniker-Krankenkasse begann damals im Rahmen einer Vereinbarung mit dem Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP), Psychotherapien sogenannter „Klinischer Psychologen BDP“ zu erstatten und durch ein Gutachtersystem des BDP zu prüfen. Weitere Gesetzliche Kassen folgten diesem Vorgehen.

Es bildete sich daher weiter ein umfangreiches Kostenerstattungs-system heraus, welches an KBV und KVen vorbei errichtet worden war, z.T. mit der Auswirkung, dass Kostenerstatter weit mehr für ihre Leistungen bekamen, als die Richtlinienpsychotherapeuten innerhalb des KBV-Systems. Hinzu kam für die im Rahmen der KVen abrechnenden Psychotherapeuten, dass 1992 der damalige Gesundheitsminister Seehofer das Gesundheitsstrukturgesetz einführt, womit erstmalig eine Budgetierung im Gesundheitsbereich geschaffen wurde, wodurch ein Punktwertverfall eintrat. Der rasanten Minderung ihrer Honorare konnten Psychotherapeuten nicht durch Mengenausweitung entgegenwirken. Aus dieser Not heraus bildeten sich bundesweit, vor allem in Baden und Hessen, berufspolitische Zusammenschlüsse der in-

nerhalb des KV-Systems psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychologen, in denen sich Psychoanalytiker mit Verhaltenstherapeuten zusammenfanden. Diese berufspolitischen Initiativen waren die Vorläufer der Gründung des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten, welche im Herbst 1994 erfolgte.

Gegen das Kostenerstattungsverfahren klagten KBV und KVen und bekamen 1996 durch das Landessozialgericht Recht. Die reguläre Kostenerstattung wurde für nicht zulässig erklärt. Dadurch drohte ein Versorgungsnotstand für die Patienten und Behandler. 1997 durch Demonstrationen in Bonn, waren Presse und Öffentlichkeit alarmiert. Die Vorstellung kam auf, dass Psychotherapie in der GKV ganz gestrichen worden sei.

In dieser Situation griff Minister Seehofer eine von den Richtlinienverbänden und der KBV vorbereitete Initiative zu einem „Integrationsmodell“ auf und startete einen neuen Gesetzesanlauf. Im Frühjahr 1998 wurde das Psychotherapeutengesetz mit Bundesratzustimmung verabschiedet. Am 1. Januar 1999 trat das Gesetz in Kraft. Damit waren zwei neue Heilberufe geschaffen worden, die in das System der Kassenärztlichen Vereinigung und somit in die Struktur der gesetzlichen Patientenversorgung integriert wurde. Die damit verbundenen Qualitätsstandards zum Erwerb der beiden Heilberufe trugen zur Orientierung der Patienten und zur Reduktion eines „grauen Marktes“ im Bereich der Psychotherapie bei.

Die beiden neuen Heilberufe, der des Psychologischen Psychotherapeuten und der

des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, als selbstständige und gleichberechtigte Berufe innerhalb der KVen, hatten jedoch noch einen mühsamen Weg vor sich.

Dieser ist heute, nach zehn Jahren, ein großes Stück gegangen worden. In den Ankündigungen der KVen heißt es nun selbstverständlich: „Ärzte und Psychotherapeuten“.

Dazu trug auch ein 2004 vom Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) in Zusammenarbeit mit anderen Verbänden erreichtes endgültiges erstes BSG-Urteil zur Festsetzung der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen bei. Diese Urteile wurden erst 2009 korrekt umgesetzt.

## Zur Feierstunde im „Haus am Dom“

Die Ehrengäste der Veranstaltung waren: Staatsminister Jürgen Banzer vom Hessischen Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit, Dr. Margita Bert, Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Dipl.-Psych. Jürgen Hardt, Präsident der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Dr. Dieter Conrad, Vorsitzender des Hausärzterverbandes Hessen sowie die Bundesvorsitzende des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten Dr. Birgit Clever. Professor Dr. Rolf Haubl, Goethe-Universität Frankfurt und derzeitiger Geschäftsführender Direktor des Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt, hielt einen Vortrag zur Bedeutung der Psychotherapie im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft.

Die Ehrengäste würdigten in ihren Grußworten einhellig den Schritt zum Psychotherapeutengesetz, das nach 30 Jahren und zwei gescheiterten Versuchen zur Verabschiedung am 1. Januar 1999 in Kraft trat.

Staatsminister Banzer betonte die Zunahme seelischer Störungen in der Gesellschaft, welche Anlass zur Beunruhigung sei und auch im Hinblick auf gesellschaftspolitische Faktoren und Ursachen von der Politik zu reflektieren sei.

Dr. Margita Bert hob hervor, dass die BRD das erste Land sei, das die Integration der Psychotherapie in das Gesundheitssystem erreicht hat, und betonte, dass den Ärzten deutlicher gemacht werden müsse, was ein Psychotherapeut praktisch macht und bewirkt. Kammerpräsident Hardt appellierte an die Verantwortung der freien Berufe und damit auch an die der Psychotherapeuten, sich für das Gemeinwohl innerhalb der Gesellschaft einzusetzen, und mahnte an, dass weitere Reformen von den beteiligten Gruppen gemeinsam zu gestalten seien. Dr. Dieter Conrad wies darauf hin, dass innerhalb der letzten 20 Jahre 15 neue Gesetze in das Gesundheitssystem eingegriffen haben, deren Umsetzung für die Beteiligten kaum zu bewältigen sei. Er verwies zudem auf anhaltende Stimmungskampagnen gegen Ärzte und Psychotherapeuten, die sich als „gefühlte Missachtung“ der Leistungserbringer in der KV und in den Kammern niederschlage und viele demotiviere.

Professor Haubl kritisierte in seinem Vortrag den zunehmenden Vorrang des wirtschaftlichen Denkens im Gesundheitssystem. Dadurch erscheinen wichtige soziale Werte und die Bedeutung der Nachhaltigkeit von ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungen als nachrangig. Er warnte vor dem Kurzzeitdenken und der

„Technisierung“, in dem in kurzen Abständen „Erfolge“ abgefragt werden. Auf diese Weise würde dem heutigen gesellschaftlichen Problem, nämlich der Zerstörung sicherer Bindungen, Vorschub geleistet.

Von allen Gastrednern wurde besonders die **integrative Arbeit** des Verbandes der Hessischen Vertragspsychotherapeuten (vhvp) hervorgehoben, der als einziger Verband in Hessen – wie auf Bundesebene der Dachverband bvvp – die Interessen der Ärztlichen Psychotherapeuten ebenso wie die der seit dem PTG neuen Heilberufe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemeinsam und auch verfahrensübergreifend (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Psychoanalyse) vertritt. Die Bundesvorsitzende des bvvp Dr. Birgit Clever, hob besonders die Nachwuchsarbeit des vhvp, sowie die Vernetzung des vhvp im Sinne von kontinuierlicher positiver Arbeit an gemeinsamen Grundübereinstimmungen im Wertebild heraus.

Dr. Thomas Charlier, erster Vorsitzender des vhvp und Ehrenvorsitzender, begleitete die Gründung des vhvp am 5. November 1994. Als erster und damals einziger Vertreter unserer Fachgruppe innerhalb der KV-Abgeordnetenversammlung ebnete er mit seinem Einsatz und Mut die Wege zu einer Überwindung von Abgrenzung und begründete mit damals 200 Mitgliedern im vhvp die Gleichberechtigung zwischen den Behandlergruppen und Behandlungsverfahren. Er erinnerte, dass durch das In-Kraft-Treten des Gesundheitsgesetzes 1992 es zu für die Psychotherapie fatale Auswirkungen durch die Budgetierung gekommen ist. Der Punktwertverfall und ein nicht Begreifen wollen/können, dass bereits schon alleine durch die zeitlichen Vorgaben, die sich aus der Psychothera-

piestunde ergeben, eine Mengenausweitung nicht möglich war, führten zu der Auswirkung, dass bereits 1994 der Stundenverdienst schon um 26 % sank und schließlich 1995 unter dem Verdienst von 1978 für die Psychotherapiestunde fiel.

Psychotherapie gehört heute zu einer der wichtigen Säulen innerhalb der Behandlung seelischer Störungen und Erkrankungen und somit zur Basis einer qualitativ guten Versorgung unserer Patienten. Mehr Wertschätzung hierfür wurde sowohl in der Gesellschaft, der Politik und innerhalb der Ärzteschaft erreicht. Eine vollständige Integration und ein Angenommen sein, im Sinne eines gleichberechtigten Umganges mit unserer Fachgruppe und unserer Behandlungsmethoden – ohne Ausgrenzung – ist aber weiterhin noch nicht zufriedenstellend auch innerhalb des Versorgungssystems der KVen gelungen.

Wir feierten 15 Jahre Bestehen des Verbandes der Hessischen Vertragspsychotherapeuten, der mit über 1.000 Mitgliedern der größte Berufsverband der Psychotherapeuten in Hessen ist, davon sind etwa hälftig ärztliche Kollegen und Psychotherapeuten unsere Mitglieder und werden von uns vertreten.

Ein weitere Zusammenarbeit für die bedarfsgerechte Versorgung unserer aller Patienten geht weiter und fordert unseren Einsatz. Es gibt noch viel zu tun.

#### **Anschrift der Verfasserin**

*Dr. med. Alessandra Carella  
Fachärztin für Psychiatrie und  
Psychotherapie  
Vorstandsmitglied vhvp  
Präsidiumsmitglied LÄKH  
Geschäftsstelle des vhvp  
Gluckstraße 10, 63452 Hanau  
Tel.: 06181 982186  
Fax: 06181 982187  
E-mail: vhvp@bvvp.de*

# Gesundheit im Alter – den Jahren mehr Leben geben

## Neue Mittwochsreihe im Amt für Gesundheit gibt Tipps für mehr Gesundheit im Alltag

Die Lebenserwartung der Menschen in Deutschland steigt, der Anteil älterer Menschen nimmt stetig zu. So war in diesem Jahr bei der Bundestagswahl bereits jeder dritte Wahlberechtigte über 60 Jahre alt, in der Stadt Frankfurt am Main sind es knapp 120.000 Personen in dieser Altersgruppe.

Die Chancen und Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft werden ein immer wichtigeres persönliches und politisches Thema, das auch für die zukünftigen Aufgaben von Kommunen und Gemeinden eine große Bedeutung haben wird.

Mit zunehmendem Alter kann es zu sehr unterschiedlichen Einschränkungen kommen. Dinge, die nicht mehr so einfach von der Hand gehen wie früher, bestimmte Sachen fallen schwerer oder sind teilweise gar nicht mehr möglich.

Umgekehrt gibt es für ältere Menschen aber auch eine Vielfalt neuer Gestaltungsmöglichkeiten, neue Freiheiten, um etwas auszuprobieren, Zeit, sich um sich selbst zu kümmern, neue Bekanntschaften zu knüpfen oder endlich einmal etwas für sich und die eigene Gesundheit zu tun.

Es gilt, die Wege zu einem gelungenen Älterwerden aufzuzeigen und bekannt zu machen, Wege in eine Gesellschaft, in der es auch mit Freude verbunden ist, älter zu werden.

Die aktuellen Ergebnisse der Altersforschung zeigen immer wieder, dass sich durch regelmäßige vorbeugende Aktivitäten das eigene Wohlbefinden erhöhen und eine bessere Lebensqualität erreichen lässt. Und das gilt für 50-, 70- genauso wie für 90-jährige Menschen!

Doch was genau können wir dazu beitragen?

Gesunde Ernährung, mehr Bewegung, Freude an sozialen Kontakten, gehört haben

wir das alle schon: Oft ist die Umsetzung in den Alltag dann aber doch nicht ganz so einfach.

Im Frankfurter Amt für Gesundheit hat man sich dazu Gedanken gemacht, und hier startet in den kommenden Monaten eine neue Veranstaltungsreihe unter dem Motto „Gesundheit im Alter – den Jahren mehr Leben geben“.

Von Oktober 2009 bis Juni 2010 wird an jedem zweiten Mittwoch des Monats ein aktuelles Thema aus der Gesundheitsförderung vorgestellt. Ein Teil hiervon werden von Fachleuten gehaltene Vorträge sein, bei denen starker Wert darauf gelegt wurde, dass sie insbesondere für ältere Menschen gut verständlich sein sollen.

Am 14. Oktober 2009, 16-17:30 Uhr, geht es los mit dem Thema „Lebenslanges Lernen – wie geht das?“ Dr. Astrid Seltrecht von der Johann Wolfgang Goethe-Universität und Silvia Dabo-Cruz, Leiterin der Geschäftsstelle der Universität des 3. Lebensalters werden darüber berichten, dass Lernen in jedem Lebensalter möglich ist, in der Kindheit genauso wie im Ruhestand, und Wege zu verschiedenen Angeboten aufzeigen.

Am 11. November 2009, 16-17:30 Uhr, werden verschiedene Referentinnen über therapeutische Angebote für Demenzkranke in Frankfurt berichten. Dazu gehören z.B. ein Assistenzhund oder die therapeutische Robbe PARO, die in Japan bereits seit Jahren erfolgreich bei demenzkranken Menschen in der Anwendung ist.

„Gesunde Ernährung in der Weihnachtszeit – so kommen Sie gut durch den Advent und die Feiertage“ lautet der Titel der Veranstaltung am 9. Dezember 2009 von 16-17:30 Uhr. Der Medizinjournalist Hademar Bankhofer wird Tipps und Tricks verraten, wie die Advents- und Weihnachtszeit gesünder gestaltet werden kann.

Ganztägig von 11-18 Uhr findet am 13. Januar 2010 ein bunter Aktionstag im Amt für Gesundheit statt. Zusammen mit dem Leiter der Abteilung Sportmedizin der Frankfurter Universität, Professor Winfried Banzer, werden seniorenrechtliche Sport- und Trainingsangebote wie Tai Chi, Seniorentanz, Lach-Yoga, Gedächtnistraining und Sturzprophylaxe vorgestellt.

„Warum nicht – gekonnt flirten – auch im Alter“. Am 10. Februar 2010 zeigen zwei

Pädagogen von pro familia wie das geht, und die Fotokünstlerin Katrin Trautner wird von ihren Erfahrungen mit frisch verliebten Seniorenpaaren berichten, die sie begleitet und fotografiert hat.

Im März 2010 steht das Thema „Tabletten, Tropfen und Tinkturen – ein gefährlicher Medikamenten-Cocktail“ auf dem Programm. In einem Vortrag wird beschrieben werden, wie sich Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten am Besten vermeiden lassen.

„Gutes Hören und scharfes Sehen – das geht auch im Alter“ heißt der Titel der Veranstaltung am 14. April 2010 in der Zeit von 11-18 Uhr. Experten zu diesem Thema werden über altersspezifische Erkrankungen der Augen und des Hörapparates referieren und für Fragen zur Verfügung stehen.

Am 12. Mai 2010 verrät Mirko Reeh, einer der Frankfurter Spitzenköche, in der Zeit von 16-17:30 Uhr, sein Rezept für die schnelle und leichte Zubereitung gesunder Mahlzeiten.

Die in diesem Zyklus vorläufig letzte Veranstaltung beschäftigt sich mit dem Thema Depressionen, die im Alter zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen gehören. Sie findet am 16. Juni 2010 von 16-17:30 Uhr statt. Vorgestellt wird, wer welche Hilfen anbietet und wo geeignete Unterstützungs- und Beratungsangebote zu finden sind. Referenten sind Dr. Bergner vom Amt für Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main sowie Vertreter des Deutschen Bündnisses gegen Depressionen.

Die Veranstaltungsreihe „Gesundheit im Alter – den Jahren mehr Leben geben“ ist eingebettet in ein kulturelles Begleitpro-

gramm zu dem die Fotoausstellung „Silver Heroes“ (7. Oktober – 20. November 2009, Eröffnung am 7. Oktober um 19 Uhr), eine begleitende Filmreihe im CineStar Metropolis Frankfurt (z.B. am 25. November 2009 „An ihrer Seite“) sowie eine Autorenlesung mit dem früheren Bremer Bürgermeister Dr. Henning Scherf im Januar 2010 gehören werden.

Alle Veranstaltungen finden im neuen Domizil des Amtes für Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main in der Breite Gasse 28 in 60313 Frankfurt am Main statt. Die Veranstaltungen sind sämtlich kostenfrei.

Nähere Informationen unter:  
[www.gesundheitsamt.stadt-frankfurt.de](http://www.gesundheitsamt.stadt-frankfurt.de)

#### **Anschrift des Verfassers**

*Dr. med. Hans Joachim Kirschenbauer  
Leitender Medizinaldirektor  
Amt für Gesundheit  
Breite Gasse 28, 60313 Frankfurt am Main*

## **Neue Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (STIKO)**

Als umfangreichste Neuerung empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut eine generelle Keuchhusten-Schutzimpfung für Erwachsene.

Weitere Änderungen betreffen die Windpocken-Impfempfehlung im Kindesalter und die Pneumokokken-Impfung bei Erwachsenen.

So rät die STIKO bei der Windpocken- oder Varizellen-Impfung zu einer generellen zweiten Impfung im Alter von 15 bis 23 Lebensmonaten. Im Falle der Pneumokokken-Impfung, die seit langem als Standardimpfung für Personen über 60 Jahre empfohlen wird, soll eine Wiederholungsimpfung im Abstand von fünf Jahren nur bei bestimmten Indikationen erfolgen.

Außerdem wurde die so genannte postexpositionelle Meningokokken-Impfung in den Katalog aufgenommen und die Empfehlung zur Impfung gegen Kinderlähmung (Poliomyelitis) präzisiert.

Am 8. Oktober hat die STIKO auch eine Empfehlung zur Schutzimpfung gegen die Neue Influenza A (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>) veröffentlicht. Als

vordringlich wird darin die Impfung von Personen mit chronischen Grundkrankheiten, Schwangeren und Beschäftigten in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege bezeichnet. Diese drei Gruppen sollen daher zuerst geimpft werden.

Die öffentliche Empfehlung von Schutzimpfungen in Hessen orientiert sich an der Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (Epidemiologisches Bulletin Nr. 33 vom 17. August 2009, siehe: [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter Ärzte-Info, Ständige Empfehlungen der STIKO).

Zur Influenza-Impfung wird für Hessen über die STIKO-Empfehlung hinaus die Impfung nach dem 6. Lebensmonat öffentlich empfohlen. Dies gilt ebenso für die Impfung gegen die Schweinegrippe H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>.

Der Erlass zu der Öffentlichen Empfehlung wird im Staatsanzeiger für das Land Hessen veröffentlicht. Den vollständigen Text des Erlasses finden Sie unter [www.laekh.de](http://www.laekh.de), Ärzte-Info)

LÄKH

## Zertifizierte Fortbildung VNR 2760602009110990009

# Das maligne Pleuramesotheliom

Servet Bölükbas, Natalie Kudelin, Tina Dönges, Maria Falk, Thomas Bergmann, Joachim Schirren

### Einleitung

Das maligne Pleuramesotheliom (MPM) ist eng assoziiert mit Asbestexposition. Aufgrund der langen Latenzzeit zwischen Asbestexposition und der Entstehung des MPM wird diese Erkrankung ihren Gipfel in Bezug auf Inzidenz erst in einem Jahrzehnt in Deutschland erreichen. Obwohl sich die Diagnostik und Therapie des MPM weiterhin als schwierig erweist, hat sich die Prognose des MPM durch multimodale Therapieansätze in den letzten fünf Jahren verbessert. Die vorliegende Arbeit hat das Ziel, die klinischen Merkmale des Pleuramesothelioms, seine pathologischen Charakteristika sowie den aktuellen Stand therapeutischer Möglichkeiten darzustellen.

### Epidemiologie

In Europa werden ca. 15 Neuerkrankungen eines malignen Pleuramesothelioms pro 1.000.000 Einwohnern neu diagnostiziert. Dabei gibt es eine hohe Varianz zwischen den einzelnen Ländern (Tabelle 1). In Europa variiert die Inzidenz hierbei zwischen 15 in Deutschland und 33 in Großbritannien. Nach neuesten Schätzungen wird in Europa die höchste Inzidenz zwischen 2015 und 2020 erwartet. Demnach wird sich die Inzidenz in den nächsten zehn Jahren verdoppeln. In den nächsten 40 Jahren werden an dieser Erkrankung in

Europa 250.000 Menschen versterben. Die Erkrankung findet sich häufiger bei Männern als bei Frauen (Verteilung 4:1). Der Altersgipfel liegt zwischen der 5. und 7. Lebensdekade [1].

### Ätiologie

Der wichtigste ätiologische Faktor für das maligne Pleuramesotheliom ist Asbest. Bereits in den 60er Jahren wurden die ersten Publikationen bezüglich der erhöhten Inzidenz vom malignen Pleuramesotheliom in Abhängigkeit von Asbestexposition in Südafrika veröffentlicht [2]. Das gut verarbeitbare, mineralische faserartige Asbest wurde in der Vergangenheit insbesondere als Wärmeisolation (v.a. Kraftwerke, Schiffsbau), als Brandschutz in Gebäuden und Hochhäusern, als Isolation in Elektrogeräten (Toaster, Heizungen) oder als Bremsbeläge sehr universell eingesetzt.

Eingeatmete Asbestfasern können nicht vom Alveolarmakrophagen phagozytiert und eliminiert werden, so dass die Asbestfasern das Lungengewebe durchwandern und subpleural akkumulieren können. Hier können die Asbestfasern durch verschiedene Mechanismen in den parietalen Mesothelzellen zu einer chronischen Entzündung führen. Durch noch ungeklärte Mechanismen entarten zunächst die parietalen Mesothelzellen zum malignen Mesotheliom. Die Latenzzeit zwischen Asbestexposition

und Krankheitsmanifestation beträgt zwischen 30 und 60 Jahren [3].

Es können bei 70 – 90 % der Erkrankten eine berufsbedingte Asbestexposition nachgewiesen werden [4]. Daher werden folgende asbestbedingte Erkrankungen von den Berufsgenossenschaften als Berufskrankheiten anerkannt:

- BK-Nr. 4 103: Asbeststaublungenkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststäube verursachte Erkrankung des Rippenfells.
- BK-Nr. 4 104: Lungenkrebs – in Verbindung mit Asbeststaublungenkrankung (Asbestose) – in Verbindung mit durch Asbeststaub verursachter Erkrankung der Pleura oder – bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaub-Dosis am Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren ( $25 \times 10^6$  [(Fasern/m<sup>3</sup>) x Jahre])
- BK-Nr. 4 105: Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Perikards.

Es handelt sich um eine meldepflichtige Berufserkrankung. Dabei ist zu beachten, dass bereits der Verdacht gemeldet werden muss!

Von der asbestbedingten Berufserkrankung sind vor allem (ehemalige) Beschäftigte des Bergbaus, Bauarbeiter, Beschäftigte der Asbestverarbeitung, jedoch können auch Ehepartner und Kinder stark asbestexponierter Personen betroffen sein [5]. Weitere ätiologische Faktoren für das Entstehen des MPM sind vorausgegangene



Professor Dr. med.  
Joachim Schirren

Tabelle 1: Inzidenz

Land / Region	Inzidenz Fälle/1.000.000	Erwartete höchste Inzidenz	Erwartete Todesfälle in den nächsten 40 Jahren
Europa	15	2015 – 2020	250.000
USA	15	2004	72.000
Japan	7	2025	103.000
Australien	40	2015	30.000

Strahlentherapien, andere Mineralien (Nickel, Siliziumstaub, Beryllium), Simian-Virus-40 und seltene andere Faktoren [6]. Desweiteren kann auch der erhöhte Asbestfasergehalt in der Umwelt in bestimmten Region, z.B. Kappadokkien in der Türkei, ursächlich für das MPM sein [7]. In dieser Region wurden auch im Rahmen der Untersuchung familiärer Häufungen eine autosomal-dominant vererbte Form des MPM nachgewiesen [8].

### Symptome und Klinik

Das klinische Bild ist zunächst uncharakteristisch: Müdigkeit, Abgeschlagenheit und Gewichtsverlust. Daher trägt das klinische Bild selten zur Diagnosefindung bei. Meist kommt es zu einer zunehmenden Dyspnoe oder thorakalem Druckgefühl als Folge eines zunehmenden, einseitigen Pleuraergusses. Erhebliche Schmerzen können vorliegen, wenn das Tumorgeschehen die Brustwand infiltriert oder aber durch die Schrumpfungsvorgänge des Thorax die Interkostalnerven irritiert werden. Eine Herzinsuffizienz kann auftreten, wenn ein (maligner) Perikarderguss eine hämodynamische Relevanz hat. Weitere seltene Symptome können Reizhusten, Heiserkeit

(Tumorinfiltration des N. vagus oder N. recurrens), Zwerchfellhochstand (Tumorinfiltration des N. phrenicus), Dysphagie, oder paraneoplastische Syndrome (Thrombosen, Embolien, etc.) sein.

### Diagnostik und Staging

Zur Diagnosefindung sind eine ausführliche Anamneseerhebung, vor allem der Familien- und Berufsanamnese von entscheidender Bedeutung. Bei der klinischen Untersuchung sollte ein besonderes Augenmerk Brustkorbschrumpfungen und Brustwandtumoren gerichtet werden. Bei der orientierenden Röntgen-Thorax-Übersichtsaufnahme zeigt sich meist ein einseitiger Pleuraerguss (Abbildung 1). Zur Beurteilung der Tumorausdehnung und eines möglichen Lymphknotenbefalles ist eine Computertomographie des Thorax Goldstandard (Abbildung 2). Häufigste computertomographisch erfassbare Auffälligkeiten sind neben dem einseitigen Erguss zusätzlich noch Verdickungen der Pleura, sowie Verziehungen und Schrumpfungen des Thorax. Kernspintomographien des Thorax und Mediastinoskopien sind ergänzende Untersuchungen in Einzelfällen zur Beurteilung von Infiltration der Brust-

wand oder Mediastinalorgane bzw. zur Abklärung von mediastinalen Lymphomen. Abdominalsonographie, Knochenszintigraphie und ggf. Kernspin des Neurokraniums komplettieren das Staging zum Ausschluss von Metastasen [9]. Zur Überprüfung der funktionellen Operabilität gehören zur Routinediagnostik EKG, Lungenfunktionsanalyse, Blutgasanalyse in Ruhe und Belastung, Herzecho, Belastungs-EKG und Perfusionszintigraphie.

Eine akkurate und schnelle Diagnosesicherung bei einem malignen Pleuramesotheliom ist ein sehr wichtiger Faktor für die Therapie. Die Hauptproblematik liegt nämlich in der Tatsache, dass eine Differenzierung zwischen einem malignen Pleuramesotheliom und Adenokarzinom ein diagnostisches Problem darstellt [10]. Durch die Ergussdiagnostik im Rahmen einer Pleurapunktion lässt sich zytologisch lediglich in 26 % eine Diagnose sichern. Eine Pleurastanze zur Diagnostik ist lediglich in 21 % der Fälle erfolgreich. Bei diesen beiden Verfahren besteht die Möglichkeit, dass im weiteren Krankheitsverlauf im Bereich dieser Punktionsstellen es zur Tumornifestation durch Tumoraussaat kommen



Abbildung 1: Röntgenübersichtsaufnahme mit einem einseitigen Pleuraerguss bei einem malignen Pleuramesotheliom links



Abbildung 2: Computertomographie des Thorax bei einem malignen Pleuramesotheliom links

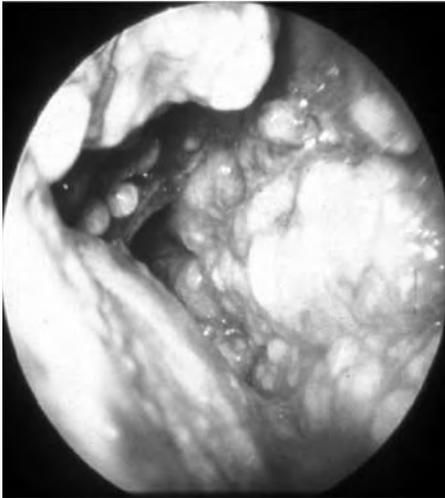


Abbildung 3: Videothorakoskopisches Bild eines malignen Pleuramesothelioms

kann. Nur durch eine invasive Diagnostik durch eine Videothorakoskopie (Abbildung 3) mit einer Pleurabiopsie ist eine sichere Diagnosefindung zu 98 % möglich [11]. Desweiteren besteht mit der Videothorakoskopie die Möglichkeit durch eine Ergussentlastung eine Verbesserung der Dyspnoesyndromatik zu erreichen, sowie durch die intrathorakale Exploration die Tumorausbreitung zu beurteilen. Im Gegensatz zu Punktionsstellen können Inzisionsstellen im Rahmen der möglichen Thorakotomie vollständig exzidiert und mögliche Implantationsmetastasen vermieden werden.

## Histologie und Stadieneinteilung

Nach der WHO-Klassifikation für Lungen- und Pleuratumore werden maligne Pleuramesotheliome vorwiegend in epitheloide, sarkomatoide und biphasische Mesotheliome eingeteilt [12]. Dabei haben epitheliale Pleuramesotheliome im Allgemeinen eine bessere Prognose als sarkomatoid oder biphasisch differenzierte Pleuramesotheliome. Die Stadieneinteilung und -gruppierung erfolgt hierbei nach der TNM-Klassifikation (Tabelle 2) des IMIG Staging (International Mesothelioma Inte-

Tabelle 2: TNM-Klassifikation

<b>T- Tumorausbreitung</b>	
T1	A Befall der ipsilateralen parietalen Pleura B Befall der ipsilateralen parietalen Pleura sowie fokaler Befall der viszeralen Pleura
T2	Befall der ipsilateralen parietalen und viszeralen Pleura, zusätzlich: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einbeziehung des muskulären Diaphragmas,</li> <li>• Infiltration der Fissuren, oder</li> <li>• Infiltration des Lungenparenchyms</li> </ul>
T3	Befall der ipsilateralen parietalen und viszeralen Pleura, zusätzlich: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infiltration der Fascia endothoracica</li> <li>• Infiltration des mediastinalen Fettgewebes</li> <li>• Nicht-transmurale Infiltration des Perikards</li> <li>• Solitärer, komplett resektabler, nicht ossärer Tumorherd in der Thoraxwand</li> </ul>
T4	Nicht resektabler Tumorbefall mit eines der folgenden Merkmalen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmurale Infiltration des Perikardes oder Myokards</li> <li>• Infiltration der Wirbelsäule</li> <li>• Infiltration der Brustwand</li> <li>• Infiltration mediastinaler Organe</li> <li>• Transdiaphragmaler Tumoreinbruch in das Peritoneum</li> <li>• Infiltration der kontralateralen Pleura</li> </ul>
<b>N- Nodalbefall</b>	
Nx	Lymphknotenbefall kann nicht beurteilt werden
N1	Ipsilaterale intrapulmonale, peribronchiale und/oder hiläre Lymphknotenmetastasen
N2	Ipsilaterale mediastinale Lymphknotenmetastasen
N3	Kontralaterale Lymphknotenmetastasen und/oder Skalenus- oder supraclaviculäre Lymphknotenmetastasen
<b>M- Metastasen</b>	
Mx	Fernmetastasen können nicht beurteilt werden
Mo	Keine Fernmetastasen
M1	Fernmetastasen

Tabelle 3: Stadieneinteilung nach IMIG

Stadium	TNM-Klassifikation		
Stadium IA	T1a	No	Mo
Stadium IB	T1b	No	Mo
Stadium II	T2	No	Mo
Stadium III	T1	N1-2	Mo
	T2	N1-2	Mo
	T3	No-3	Mo
Stadium IV	T1-4	N3	Mo
	T4	No-3	Mo
	T1-4	No-3	M1

rest Group) [13]. Hierbei sind für die Stadieneinteilung (Tabelle 3) sowohl die mikroskopische und immunhistochemische Untersuchung des Präparates durch den Pathologen, als auch der intraoperative Befund durch den Chirurgen von entscheidender Bedeutung. Die Abgrenzung des malignen Pleuramesothelioms zu anderen Differentialdiagnosen, insbesondere eine Pleurakarzinose durch ein Adenokarzinom, stellt eine Herausforderung dar. Daher ist eine Begutachtung des Präparates durch einen spezialisierten Lungenpathologen unerlässlich.

## Therapiemöglichkeiten

Die Behandlungsmaßnahmen schließen neben dem chirurgischen Vorgehen die Strahlentherapie, die systemische Chemotherapie, die intrapleurale Applikation von Chemotherapeutika oder Strahlentherapie, sowie die Kombination dieser Behandlungsarten ein. Jedoch gibt es keine standardisierte Behandlung bei der Therapie des MPM. Immun- und Gentherapie sind Gegenstand experimenteller Therapien. Im Folgenden wird eine kurze Darstellung der wichtigsten, etablierten Therapiemodalitäten und der derzeit angewandten, multimodalen Therapiekonzepte näher erläutert.

### (1) Chirurgie

Die extrapleurale Pneumonektomie (EPP) stellt die aggressivste chirurgische Therapieform dar. Sie beinhaltet eine Pneumonektomie mit En-bloc-Resektion der parietalen Pleura, Perikard und Zwerchfell. Die radikale Pleurektomie (RP) stellt eine Tumorsektion der viszeralen und parietalen Pleura unter Organerhalt der Lunge dar. Auch bei dieser Operationstechnik können Anteile des Zwerchfells und des Perikardes mitreseziert und ersetzt werden. Bei beiden Operationsverfahren sind die ersten Operationsschritte identisch.

Die parietale Pleura wird zunächst von der Brustwand und Mediastinum gelöst, bis der Lungenhilus erreicht wird. Daher ist auch die Problematik beider Operationsverfahren die gleiche, nämlich zweifelhaft mikroskopisch komplette Resektionen an der Fascia endothoracica, Brustwand, Lungenhilus, Ösophagus, Wirbelsäule, die Adventitia der Gefäße, Perikard, Epikard, Zwerchfell, kostodiaphragmaler Winkel und Peritoneum. Der Hauptgrund liegt darin, dass innerhalb weniger Millimeter Lungengewebe, Mediastinalorgane, Gefäße, parietale und viszerale Pleura, sowie Brustwand nebeneinanderliegen. Die Einhaltung weiterer Sicherheitsabstände an den Resektionsrändern, wie in der sonstigen Tumorchirurgie, weder mit EPP noch mit RP möglich.

Aufgrund der großen Resektionsfläche ist es auch sehr schwer möglich, eine komplette mikroskopische Resektion (RO) durch den Pathologen zu sichern. Es ist daher zweifelhaft, ob eine Pneumonektomie, insbesondere im Stadium I und II, unter diesen Gesichtspunkten weitere Sicherheitsabstände garantiert. Vergleichbare Studien bei der Behandlung des nicht-kleinzelligen Lungenkrebses (NSCLC) widerlegten diese Hypothese. Pneumonektomien in Stadium I und II des NSCLC waren im Vergleich zu Lobektomien und Bilobektomien in gleichen Stadien mit einem signifikant schlechtem Überleben vergesellschaftet, obwohl faktisch größere Tumorsicherheitsabstände bestanden [14]. Die Pneumonektomie stellt hierbei eine zusätzliche Erkrankung dar, die mit einer sehr eingeschränkten kardiopulmonalen Belastbarkeit und einer erhöhten Rechtsherzbelastung einhergeht. Die makroskopisch komplette Resektion ist bei dieser Tumorentität das Ziel der Operation [15]. Dieses Ziel der maximalen Zytoreduktion kann durch beide chirurgische Therapieformen EPP und RP erreicht werden.

Postoperative Komplikationen können notwendige adjuvante Therapien wie die Chemotherapie oder Strahlentherapie verzögern, ja sogar verhindern. Im Allgemeinen betragen die Mortalitätsraten für die RP 1,5 % – 5 % im Vergleich zu EPP, wo eine hohe Varianz zwischen 3,4 % und 30 % bezüglich der Mortalitätsraten vorliegt. Nur in hoch-spezialisierten Zentren können nur Mortalitätsraten unter 10 % gehalten werden. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist in diesem Kontext, dass die EPP mit einer hohen Morbiditätsrate von bis zu 60 % vergesellschaftet ist. Bis zu 50 % der EPP-Patienten erfordern aufgrund der Komplikationen eine weitere Therapie bzw. ein chirurgisches Vorgehen. Im Gegensatz dazu liegen die Mortalitäts- und Morbiditätsraten bei der RP bei 2,9 – 5,9 % und 20 – 50 %, wobei hier die Morbidität lediglich durch die prolongierte Parenchymfistelung gekennzeichnet ist und meistens keiner Intervention bedarf [16, 17, 18, 19, 20, 21].

Als kleinste Operation steht die minimal-invasive Videothorakoskopie unter palliativen Gesichtspunkten zur Verfügung. Neben der Ergussentlastung kann hier durch eine Talkumpleurodese zusätzlich eine Ergussprophylaxe durchgeführt werden. Die Ergussprophylaxe gelingt jedoch nur in den Fällen mit geringem Tumorlast und kurzer Ergussanamnese, wo eine vollständige Lungenausdehnung noch möglich ist. Bei nicht-ausdehnungsfähigen, gefesselten Lungen besteht zur Palliation die Möglichkeit einer dauerhaften Ergussableitung oder die Tumordekortikation in Ausnahmefällen, um die Dauerdrainage zu umgehen.

### (2) Chemotherapie

Aufgrund der schlechten Ansprechraten hatte die systemische Chemotherapie beim malignen Pleuramesotheliom bis Anfang

des 21. Jahrhunderts keinen Stellenwert in der Behandlung des MPM [22]. Doch dies änderte sich mit der Einführung von Permetrexed. Permetrexed (Alimta®, Lilly) inhibiert vor allem die Thymidylatsynthese und Dihydrofolatreduktase, die bei der DNA-Synthese Schlüsselrollen spielen. In Kombination mit Cisplatin konnten in Multicenterstudien objektive Responseraten, d.h. ein Schrumpfen des Tumors von mindestens 50 %, von 41 %, nachgewiesen werden [23]. Daher spielt heutzutage die Chemotherapie in der Kombination Cisplatin und Permetrexed eine entscheidende Rolle, sowohl im Rahmen von multimodalen Therapiekonzepten, als auch als alleinige First-, Second- oder Third-Line Therapien.

### (3) Strahlentherapie

Die prophylaktische Strahlentherapie von Punktionsstellen und Thorakotomienarben zur Vermeidung von Implantationsmetastasen war lange Zeit Goldstandard basierend auf Ergebnisse einer randomisierten Studie [24]. In zwei weiteren prospektiven, randomisierten Studien waren die Ergebnisse dieser ersten Studie nicht reproduzierbar [25, 26]. Eine prophylaktische Bestrahlung führte in diesen neueren Studien zu keiner höheren lokalen Kontrolle der Erkrankung. Eine systematische Analyse der Literatur widerlegte gänzlich den Nutzen der prophylaktischen Bestrahlung [27]. Die genaue Rolle der Strahlentherapie im multimodalen Therapiekonzept ist noch nicht geklärt. Zur Reduktion der Lokalrezidivrate erfolgt eine Radiatio des gesamten Hemithorax nach einer extrapleurale Pneumonektomie im Rahmen multimodaler Therapiekonzepte. Somit konnten Lokalrezidivraten auf 10 – 13% gesenkt werden [28]. Nach einer Pleurektomie/De-kortikation war die Strahlentherapie des Hemithorax mit hoher Morbidität und Mortalität, sowie durch die niedrigeren

Strahlendosen höhere Lokalrezidivraten vergesellschaftet [29]. Die Strahlentherapie hat ihre Bedeutung zur Palliation von Schmerzen und Zurückdrängen des Tumorstadiums, v.a. bei Implantationsmetastasen. Eine Verlängerung der Lebenszeit wird damit jedoch nicht erreicht.

### (4) Die aktuellen multimodalen Therapiekonzepte

In den multimodalen Therapiekonzepten konkurrieren in den Stadien I bis II des MPM die organerhaltende RP und die EPP, die mit einem Organverlust einhergeht. Im Stadium III und sogar IV hat die RP zur Zytoreduktion ihren Stellenwert, wohinge-

gen sich in diesen fortgeschrittenen Tumorstadien die EPP verbietet. Im Allgemeinen werden hochselektionierte Patienten mit sehr guten kardiorespiratorischen Reserven der multimodalen Therapie mit EPP zugeführt. In den 90er Jahren wurde nach einer zytoreduktiven Chirurgie mit EPP das trimodale Therapiekonzept mit einer adjuvanten Radiatio des Hemithorax und systemischer Chemotherapie komplettiert. In einem Patientenkollektiv von 183 Patienten konnte somit ein mittleres Überleben von 19 Monaten erreicht werden [30]. Da die Patienten nach einer sehr belastenden EPP kaum noch einer adjuvanten Radiochemotherapie zuzuführbar waren, wurden

neue Therapiekonzepte mit neoadjuvanter Induktionstherapie gefolgt von EPP und adjuvanter Strahlentherapie eingeführt [31]. Durch die neue Abfolge der Therapiemodalitäten wurde das mittlere Überleben auf 23 Monate verlängert. Treffen bei Patienten prognostisch positive Faktoren wie makroskopisch komplette Resektion, keine Lymphknotenmetastasen und eine epitheliale Histologie zusammen, so können in dieser Subgruppe ein exzellentes Langzeitüberleben von 51 Monaten erreicht werden. Jedoch können lediglich nur 50 % der bereits hochselektionierten Patienten diese multimodale Therapie komplettieren [32].

Die ursprüngliche Indikation für eine Pleurektomie war die Ergusskontrolle zur Palliation [33]. Jedoch bemerkte die Arbeitsgruppe um Branscheid und Schirren in ihrer Studie von 1991, dass die damals durchgeführte palliative Pleurektomie und Dekortikation in Verbindung mit einer adjuvanten Chemotherapie mit einem Überlebensvorteil vergesellschaftet war [34]. In 301 operierten Patienten betrug das mediane Überleben EPP 284 Tage im Vergleich zu 315 Tagen nach P/D. In den folgenden Jahrzehnten bestätigte sich diese Beobachtung in mehreren Studien [16, 35, 36]. Mit Einführung von Permetrexed hat unsere Arbeitsgruppe die trimodale Therapie des MPM mit RP als chirurgischen Arm weiter optimiert [21]. In unserer Studie wurde nach einer RP eine adjuvante Chemotherapie mit vier Zyklen Cisplatin und Permetrexed appliziert, sowie eine adjuvante Strahlentherapie lediglich der Brustwand durchgeführt. Mit diesem multimodalem Therapiekonzept wurde ein medianes Überleben von 30 Monaten erreicht. Die Ein-, Zwei-, und Drei-Jahresüberlebensraten betragen 69 %, 50 % und 31 %. In der Subgruppenanalyse zeigte sich, dass Patienten, die aufgrund ihrer kardio-respi-

ratorischen Reserven sogar für eine EPP geeignet waren, sowie die günstigen Prognosefaktoren Stadium I, epitheliale Histologie und makroskopisch komplette Resektion zutraten, das mediane Überleben 56,4 Monate betrug. Auch die Arbeitsgruppe um Lucchi et al. hatten vergleichbare Ergebnisse. In ihrem multimodalen Therapiekonzept mit der organerhaltenden RP wurde ein medianes Überleben von 26 Monaten erreicht [36].

Das krankheitsfreie Intervall bei beiden chirurgischen Modalitäten im Rahmen multimodaler Therapiekonzepte beträgt zwischen 13,5 und 16,6 Monaten [21, 31]. Dies verdeutlicht, dass das MPM sehr rasch rezidiert bzw. metastasiert unabhängig von der Aggressivität der chirurgischen Therapiemodalität. Im Falle eines Tumorprogresses ist jedoch die EPP mit einem entscheidenden Nachteil behaftet. Weitere Therapiemöglichkeiten sind sehr eingeschränkt. Nur etwa 25 % der Patienten sind nach einer EPP einer weiteren Chemotherapie zuführbar [16]. Im Gegensatz dazu befinden sich Patienten nach der organerhaltenden RP in einem guten Allgemeinzustand, so dass sie für eine weitere Chemotherapie geeignet sind. Die Applikation von Zweitlinien- und Drittlinien-Chemotherapien kann dann den entscheidenden Überlebensvorteil bringen [37].

### Zusammenfassung

Zusammenfassend gibt es im Literaturvergleich keine Überlegenheit der EPP über die organerhaltende Operationstechnik der RP im Rahmen multimodale Therapiekonzepte. Die EPP ist auch in fortgeschrittenen Stadien des MPM nicht mit einem verlängerten Überleben vergesellschaftet. Die EPP zeigt keine Vorteile in Bezug auf Morbidität, Mortalität oder Langzeitüberleben. Vielmehr zeigt sich ein Trend zum Paradigmenwechsel. Die organerhaltende

RP im Rahmen multimodaler Therapiekonzepte ist mit einer niedrigeren Morbidität und Mortalität, sowie einem längeren Überleben vergesellschaftet. Die RP ist in allen Stadien des MPM, sowie bei fast allen Patienten durchführbar. Es gibt jedoch noch keine prospektiv-randomisierten, Multicenterstudien mit standardisierten Protokollen bezüglich der multimodalen Therapien zur Erarbeitung von evidenzbasierten Therapieleitlinien für das MPM. Die Pneumonektomie als zusätzliche Erkrankung für den Patienten entfällt. Die evidenz-basierte Leitlinie sollte überprüft werden, ob bei derart kleinen Tumorsicherheitsabständen eine Pneumonektomie mit ihren Folgen für den Patienten gerechtfertigt ist unter Berücksichtigung der Biologie des Tumors. Zur Abgrenzung zu anderen Differentialdiagnosen ist eine Begutachtung durch einen spezialisierten Lungenpathologen unerlässlich.

### Korrespondenzadresse

*Professor Dr. med. Joachim Schirren  
Klinik für Thoraxchirurgie  
Dr. Horst Schmidt Klinik  
Ludwig-Erhard-Straße 100  
65199 Wiesbaden  
Tel: 0611 433-132  
Fax: 0611 433-135*

Der Auswertungsbogen für die CME-Fortbildung der Landesärztekammer Hessen finden Sie auf unserer Homepage [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“. – **Einsendeschluss ist der 25. November 2009**

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Homepage [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“

## Zertifizierte Fortbildung VNR 2760602009110990009

## Das maligne Pleuramesotheliom

(Hessisches Ärzteblatt 11/2009, Seite 707)

## Literaturverzeichnis

- [1] Bruce W.S. Robinson and Richard A. Lake. *Advances in Malignant Mesothelioma* N. Engl. J. Med., Oct 2005; 353: 1591 - 1603.
- [2] Wagner JC, Sleggs CA, Marchand P. Diffuse pleural mesothelioma. *Br J Ind Med* 1960; 17:260-71.
- [3] Lanphear BP, Buncher CR: Latent period for malignant mesothelioma of occupational origin. *J Occup Med* 34:718-721, 1992
- [4] DH Yates, B Corrin, PN Stidolph, and K Browne. Malignant mesothelioma in south east England: clinicopathological experience of 272 cases. *Thorax*, Jun 1997; 52: 507 - 512.
- [5] Leigh J, Robinson BWS. The history of mesothelioma in Australia 1945-2001. In: Robinson BWS, Chahinian PA, eds. *Mesothelioma*. London: Martin Dunitz, 2002: 55-110.
- [6] Carbone M, Pass HI, Rizzo P, et al. Simian virus 40-like DNA sequences in human pleural mesothelioma. *Oncogene* 1994;9: 1781-90.
- [7] Bani YI, Bilir N, Artvinli M, Iahin AA, Kalyoncu F, Sebastian P. An epidemiological study on an Anatolian village exposed to tremolite asbestosis. *Br J Ind Med* 1988;45:838-40.
- [8] Dogan AU, Baris YI, Dogan M, et al: Genetic predisposition to fiber carcinogenesis causes a mesothelioma epidemic in Turkey. *Cancer Res* 66: 5063-5068, 2006
- [9] ESMO Guidelines Working Group, C Mane-gold. Malignant pleural mesothelioma: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann. Onc.*, Apr 2007; 18 Suppl 2: ii34-5.
- [10] Segal A, Whitaker D, Henderson D, Shilkin K. Pathology of mesothelioma. In: Robinson BWS, Chahinian AP, eds. *Mesothelioma*. London: Martin Dunitz, 2002: 143-84.
- [11] Boutin C, F Rey. Thoracoscopy in pleural malignant mesothelioma: a prospective study of 188 consecutive patients. Part 1: Diagnosis. *Cancer*, Jul 1993; 72(2): 389-93.
- [12] Travis WD, Colby TV, Corrin B et al in collaboration with Sobin LH and pathologists from 10 countries (1999); *Histological classification of lung and pleural tumors*. WHO-blue Book, 3rd ed. Berlin, Heidelberg, New York; Springer Verlag
- [13] Rusch VW. A proposed new international TNM staging system for malignant pleural mesothelioma. The International Mesothelioma Interest Group. *Chest* 1995;108:1122-1128.
- [14] Simón C, Moreno N, Peñalver R, González G, Alvarez-Fernández E, González F-Aragoneses Bronchogenic Carcinoma Cooperative Group of the Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery. The Side of Pneumonectomy Influences Long-Term Survival in Stage I and II Non-Small Cell Lung Cancer. *Ann. Thorac. Surg.*, Sep 2007; 84: 952 - 958.
- [15] Sugarbaker DJ. Macroscopic complete resection: the goal of primary surgery in multimodality therapy for pleural mesothelioma. *J Thorac Oncol*, Feb 2006; 1(2): 175-6.
- [16] de Perrot M, Feld R, Cho BCJ, Bejjani A, Anraku M, Burkes R, Roberts H, Tsao MS, Leigh N, Keshavjee S, Johnston MR. Trimodality Therapy With Induction Chemotherapy Followed by Extrapleural Pneumonectomy and Adjuvant High-Dose Hemithoracic Radiation for Malignant Pleural Mesothelioma. *J. Clin. Oncol.*, Feb 2009; 10.1200/JCO.2008.17.5604
- [17] Rusch VW, Venkatraman ES. Important prognostic factors in patients with malignant pleural mesothelioma, managed surgically. *Ann. Thorac. Surg.*, Nov 1999; 68: 1799 - 1804.
- [18] Butchart EG, Ashcroft T, Barnsley WC, Holden MP. Pleuropneumonectomy in the management of diffuse malignant mesothelioma of the pleura. Experience with 29 patients. *Thorax*, Feb 1976; 31: 15 - 24.
- [19] Sugarbaker DJ, Jaklitsch MT, Bueno R, Richards W, Lukanich J, Mentzer SJ, Colson Y, Linden P, Chang M, Capalbo L, Oldread E, Neragi-Miandoab S, Swanson SJ, Zellos LS. Prevention, early detection, and management of complications after 328 consecutive extrapleural pneumonectomies. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, Jul 2004; 128: 138 - 146.
- [20] Schipper PH, Nichols FC, Thomse KM, Deschamps C, Cassivi SD, Allen MS, Pairolero PC. Malignant Pleural Mesothelioma: Surgical Management in 285 Patients. *Ann. Thorac. Surg.*, Jan 2008; 85: 257 - 264.
- [21] Bölükbas S, Manegold C, Eberlein M, Bergmann T, Fisseler-Eckhoff A, Schirren J. Survival after trimodality therapy for malignant pleural mesothelioma: Radical Pleurectomy, chemotherapy with Cisplatin/Permetrexed and radiotherapy. *Lung Cancer* (2009), doi: 10.1016/j.lungcan.2009.08.019
- [22] Janne PA. Chemotherapy for malignant pleural mesothelioma. *Clin Lung Cancer* 2003; 5:98-106.
- [23] Vogelzang NJ, Rusthoven JJ, Symanowski J, et al. Phase III study of pemetrexed in combination with cisplatin versus cisplatin alone in patients with malignant pleural mesothelioma. *J Clin Oncol* 2003;21:2636-44.
- [24] Boutin C, Rey F, Viallat JR. Prevention of Malignant Seeding After Invasive Diagnostic Procedures in Patients With Pleural Mesothelioma: A Randomized Trial of Local Radiotherapy. *Chest*, Sep 1995; 108: 754 - 758.
- [25] Bydder S, Phillips M, Joseph DJ, et al: A randomised trial of single-dose radiotherapy to prevent procedure tract metastasis by malignant mesothelioma. *Br J Cancer* 91:9-10, 2004
- [26] O'Rourke N, Garcia JC, Paul J, et al: A randomised controlled trial of intervention site radiotherapy in malignant pleural mesothelioma. *Radiother Oncol* 84:18-22, 2007
- [27] Lee C, Bayman N, Swindell R, Faivre-Finn C. Prophylactic radiotherapy to intervention sites in mesothelioma: A systematic review and survey of UK practice. *Lung Cancer*, Jul 2009; doi:10.1016/j.lungcan.2009.06.014
- [28] Rusch VW, Rosenzweig K, Venkatraman E, Leon L, Raben A, Harrison L, Bains MS, Downey RJ, Ginsberg RJ. A phase II trial of surgical resection and adjuvant high-dose hemithoracic radiation for malignant pleural mesothelioma. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, Oct 2001; 122: 788.
- [29] Gupta V, Mychalczak B, Krug L, Flores RM, Bains M, Rusch VW, Rosenzweig KE. Hemithoracic radiation therapy after pleurectomy for malignant pleural mesothelioma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2005;63(4): 1045-52.
- [30] Sugarbaker DJ, Flores RM, Jaklitsch MT, Richards WG, Strauss GM, Corson JM, DeCamp MM, Swanson SJ, Bueno R, Lukanich JM, Baldini EH, Mentzer SJ. Resection margins, extrapleural nodal status, and cell type determine postoperative long-term survival in trimodality therapy of malignant pleural mesothelioma: results in 183 patients. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, Jan 1999; 117: 54.
- [31] Weder W, Stahel RA, Bernhard J, Bodis S, Vogt P, Ballabeni P, Lardinois D, Betticher D, Schmid R, Stupp R, Ris HB, Jermann M, Mingrone W, Roth AD, Spiliopoulos A. On behalf of the Swiss Group for Clinical Cancer Research. Multicenter trial of neo-adjuvant chemotherapy followed by extrapleural pneumonectomy in malignant pleural mesothelioma. *Ann. Onc.*, Jul 2007; 18: 1196 - 1202.
- [32] Krug LM, Pass HI, Rusch VW, Kindler HL, Sugarbaker DJ, Rosenzweig KE, Flores R, Friedberg JS, Pisters K, Monberg M, Obasaju CK, Vogelzang NJ. Multicenter Phase II Trial of Neoadjuvant Pemetrexed Plus Cisplatin Followed by Extrapleural Pneumonectomy and Radiation for Malignant Pleural Mesothelioma. *J. Clin. Oncol.*, Jun 2009; 27: 3007 - 3013.
- [33] Martini N, Bains MS, Beattie EJ Jr. Indications for pleurectomy in malignant effusion. *Cancer*, Mar 1975; 35(3): 734-8.
- [34] Branscheid D, Krysa S, Bauer E, Bulzebruck H, Schirren J. Diagnostic and therapeutic strategy in malignant pleural mesothelioma. *Eur. J. Cardiothorac. Surg.*, Jul 1999; 5: 466-72.
- [35] Flores RM, Pass HI, Seshan VE, Dycoco J, Zakowski M, Carbone M, Bains MS, Rusch VW. Extrapleural pneumonectomy versus pleurectomy in the surgical management of malignant pleural mesothelioma: Results in 663 patients. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, Mar 2008; 135: 620 - 626.
- [36] Lucchi M, Chella A, Melfi F, Dini P, Ambrogio M, Fino L, Fontanini G, Mussi A. A phase II study of intrapleural immuno-chemotherapy, pleurectomy, radiotherapy, systemic chemotherapy and long-term sub-cutaneous IL-2 in stage II-III malignant pleural mesothelioma. *Eur. J. Cardiothorac. Surg.*, Mar 2007; 31: 529 - 534.
- [37] Manegold C, Symanowski J, Gatzemeier U, Reck M, von Pawel J, Kortsik C, Nackaerts K, Lianes P, Vogelzang NJ. Second-line (post-study) chemotherapy received by patients treated in the phase III trial of pemetrexed plus cisplatin versus cisplatin alone in malignant pleural mesothelioma. *Ann. Onc.*, Jun 2005; 16: 923 - 927.

## Multiple Choice-Fragen (Nur eine Antwort ist richtig)

### ? 1.) Welche Aussage bezüglich der Ätiologie des malignen Pleuramesothelioms trifft zu?

1. Die Infektion mit dem Simian-Virus 40 ist eine Voraussetzung für das Entstehen des malignen Pleuramesothelioms.
2. Umweltfaktoren und genetische Faktoren spielen keine Rolle bei der Ätiologie des malignen Pleuramesothelioms.
3. Die Latenzzeit zwischen Asbestexposition und Krankheitsmanifestation beträgt höchstens 30 Jahre.
4. Die Latenzzeit zwischen Asbestexposition und Krankheitsmanifestation beträgt bis zu 60 Jahren.
5. Das maligne Pleuramesotheliom ist nur eng assoziiert mit Asbestexposition.

### ? 2.) Welche Aussage trifft zu?

1. Ohne den Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaub-Dosis am Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren ( $25 \times 10^6$  [(Fasern/m<sup>3</sup>) x Jahre]) liegt keine berufsbedingte Asbestkrankung vor.
2. Allein der Verdacht auf eine berufsbedingte Asbestkrankung muss der zuständigen Berufsgenossenschaft gemeldet werden.
3. Nur bei eindeutig nachvollziehbarem Kausalzusammenhang zwischen berufsbedingter Asbestexposition und malignem Pleuramesotheliom muss der behandelnde Arzt der zuständigen Berufsgenossenschaft eine Meldung machen.
4. Ehepartner und Kinder stark asbestexponierter Personen können nicht betroffen sein von einem malignen Pleuramesotheliom.
5. Ein erhöhter Asbestfasergehalt in der Umwelt in bestimmten Regionen gibt es nicht.

### ? 3.) Welche Aussage bezüglich der Diagnostik des malignen Pleuramesothelioms trifft zu?

1. Durch die Ergussdiagnostik im Rahmen einer Pleurapunktion lässt sich zytologisch immer eindeutig ein malignes Pleuramesotheliom diagnostizieren.
2. Eine Pleurastanzie zur Diagnostik ist in 80 % der Fälle erfolgreich.
3. Eine Differenzierung zwischen einem malignen Pleuramesotheliom und Adenokarzinom erfolgt bereits durch eine Schnellschnittdiagnostik.
4. Mehrfache Pleurapunktionen und zytologische Ergussuntersuchungen sind der Goldstandard in der Diagnostik des malignen Pleuramesothelioms.
5. Nur durch eine invasive Diagnostik mit Videothorakoskopie und gezielte Pleurabiopsie ist eine sichere Diagnosefindung zu 98 % möglich.

### ? 4.) Welche Aussage trifft nicht zu?

1. Die extrapleurale Pneumonektomie stellt die aggressivste chirurgische Therapieform dar.
2. Nur mit einer extrapleuralen Pneumonektomie besteht die Möglichkeit einer Heilung.

3. Es gibt keine standardisierte Behandlung bei der Therapie des malignen Pleuramesothelioms.
4. Immun- und Gentherapie sind Gegenstand experimenteller Therapien.
5. Neben der Ergussentlastung und Symptomlinderung kann die Videothorakoskopie auch hilfreich bei der Beurteilung der Tumorausbreitung und zum Staging sein.

### ? 5.) Welche Aussage trifft nicht zu?

1. Der Befall der ipsilateralen parietalen Pleura, sowie fokaler Befall der viszeralen Pleura führt zur Klassifikation T1b.
2. Bei transmuraler Infiltration des Perikardes oder des Myokards liegt eine nicht resektable T4-Situation vor.
3. Für die Stadieneinteilung sind sowohl die mikroskopische und immunhistochemische Untersuchung des Präparates durch den Pathologen, als auch der intraoperative Befund durch den Chirurgen von entscheidender Bedeutung.
4. Bei N3 liegen ipsilaterale mediastinale Lymphknotenmetastasen vor.
5. Ein Stadium II liegt bei der Tumorformel T2NoMo vor.

**? 6.) Welche Aussage trifft nicht zu?**

1. Die radikale Pleurektomie stellt eine Tumorresektion der viszeralen und parietalen Pleura unter Organerhalt der Lunge dar.
2. Wie bei der extrapleurale Pneumonektomie können auch bei der radikalen Pleurektomie Anteile des Zwerchfells und des Perikardes mitreseziert und ersetzt werden, falls erforderlich.
3. Bei beiden Operationsverfahren sind die ersten Operationsschritte identisch.
4. Die Problematik beider Operationsverfahren sind auch identisch, nämlich zweifelhaft mikroskopisch komplette Resektionen.
5. Die extrapleurale Pneumonektomie ist eine radikalere Operation mit höheren Raten an kompletter Resektion.

**? 7.) Welche Aussage trifft zu?**

1. Die Strahlentherapie hat ihre Bedeutung zur Palliation von Schmerzen und Zurückdrängen des Tumorwachstums.
2. Eine prophylaktische Bestrahlung führt zur Verlängerung der Lebenszeit.
3. Die Bestrahlung hat keinen Stellenwert in der Behandlung des malignen Pleuramesothelioms, auch nicht im Rahmen multimodaler Therapiekonzepte.
4. Eine prophylaktische Bestrahlung führt zu einer höheren lokalen Kontrolle der Erkrankung.
5. Eine prophylaktische Bestrahlung von Punktionsstellen und Thorakotomienarben vermeidet Implantationsmetastasen.

**? 8.) Welche Aussage trifft nicht zu?**

1. Permetrexed inhibiert vor allem die Thymidylatsynthase und Dihydrofolatreduktase.
2. Permetrexed hat auch seine Rolle in der Second- oder Third-Line Therapie des malignen Pleuramesothelioms.
3. Permetrexed zeigt in Kombination mit Cisplatin in Multicenterstudien sehr schlechte objektive Responderaten.
4. Die intrapleurale Applikation von hyperthermen Chemotherapeutika zeigte bisher keinen entscheidenden Benefit für das Langzeitüberleben.
5. Vor der Einführung von Permetrexed waren die Ansprechraten für die systemische Chemotherapie eher schlecht.

**? 9.) Welche Aussage trifft zu? Im Rahmen multimodaler Therapiekonzepte....**

1. ... ist die extrapleurale Pneumonektomie der radikalen Pleurektomie als chirurgische Modalität überlegen.
2. ... ist die nach der extrapleurale Pneumonektomie jeder Patient einer adjuvanten Radiochemotherapie zuführbar.
3. ... sind viele Patienten nach einer radikalen Pleurektomie und adjuvanter Radiochemotherapie im Falle eines Rezidivs oder Metastasierung weiteren Second- und Third-Line Therapien zuführbar.
4. ... sind viele Patienten nach einer neoadjuvanten Chemotherapie, einer extrapleurale Pneumonektomie und adjuvanter Radiotherapie im Falle ei-

nes Rezidivs oder Metastasierung weiteren Second- und Third-Line Therapien zuführbar.

5. ... ist die extrapleurale Pneumonektomie mit einer niedrigen Mortalität und Morbidität vergesellschaftet.

**? 10.) Welche Aussage trifft nicht zu?**

1. Der Literaturvergleich zeigt keine Überlegenheit der EPP über die organerhaltende Operationstechnik der RP im Rahmen multimodaler Therapiekonzepte.
2. Die extrapleurale Pneumonektomie ist auch in fortgeschrittenen Stadien des malignen Pleuramesothelioms nicht mit einem verlängertem Überleben vergesellschaftet.
3. Eine neue Studie zeigt, dass Patienten, die aufgrund ihrer kardio-respiratorischen Reserven sogar für eine EPP geeignet waren, sowie die günstigen Prognosefaktoren Stadium I, epitheliale Histologie und makroskopisch komplette Resektion zutrafen, ein medianes Überleben von 56,4 Monaten erreichen können.
4. Treffen bei Patienten prognostisch positive Faktoren wie makroskopisch komplette Resektion, keine Lymphknotenmetastasen und eine epitheliale Histologie zusammen, so können nach einer extrapleurale Pneumonektomie ein Langzeitüberleben von 51 Monaten erreicht werden.
5. Die radikale Pleurektomie ist nur in den Frühstadien des malignen Pleuramesothelioms möglich.

## Warum altern wir?

Drei Wissenschaftler mit dem Nobelpreis Medizin 2009 ausgezeichnet

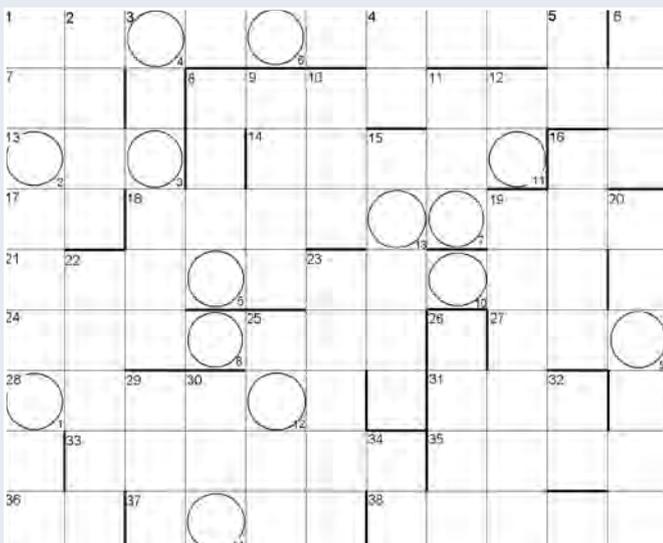


Buchpräsentation „Jahrhundertmensch – Fotos von Karsten Thormaehlen“ (Moonblinx Gallery) siehe Titelseite

Der diesjährige Nobelpreis Medizin ging an die US-Forscher Elizabeth Blackburn, Carol Greider und Jack Szostak.

Die Forschungsergebnisse der drei Molekularbiologen aus den Vereinigten Staaten erklären, wie unsere Zellen altern. So haben die Wissenschaftler die Telomere, sich wiederholende spezielle DNA-Sequenzen an den Enden der Chromosomen, entdeckt, die u.a. mit dem Altern einer Zelle und mit der Krebsentstehung in Verbindung gebracht werden. Außerdem wurde von ihnen das Enzym Telomerase identifiziert, das für den Aufbau der Telomere verantwortlich ist. Die Arbeit von Blackburn, Greider und Szostak habe „dem Verständnis der Zelle eine neue Dimension hinzugefügt, Licht auf Krankheitsmechanismen geworfen und die Entwicklung potentieller neuer Therapien stimuliert,“ heißt es in der Entscheidung des Nobelkomitees.

## Medizinisches Kreuzworträtsel



© Özgür Yaldızlı

### Lösungswort

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----

### Waagerecht

1 Benzodiazepinrezeptorantagonist (Wirkstoff) • 7 Ovum • 8 Operation bei hypertrophischer Pylorusstenose des Säuglings nach Weber-... (Eponym) • 13 Äußerer Geburtshandgriff zur Feststellung des Höhenstandes des kindlichen Kopfes (Eponym) • 14 Arzneimittel mit gezielt verlängerter Wirkweise: ...präparat • 16 Abk. für Leukotrien • 17 Motorische Fluktuation beim Morbus Parkinson: ...-off-Phänomen • 18 Komplikation einer Rosazea • 21 Wirkstoffgruppe in der Behandlung der arteriellen Hypertonie • 24 Hormon der Bauchspeicheldrüse • 27 Niere (lat.) • 28 Eiweißmolekül • 31 Teil des Keilbeins: ... major ossis sphenoidalis • 33 Gefäßanastomose an der linken Colonflexur zwischen der A. mesenterica superior und inferior (Eponym) • 35 Lat.: Netz • 36 Abk. für Nasentropfen • 37 Den Darmausgang betreffend • 38 Die Körperspitzen betreffend

### Senkrecht

1 Calciumantagonist (Wirkstoff) • 2 Lat.: Milz • 3 Unpaares Beckenorgan • 4 Abk. für Extrasystole • 5 Abk. für Letaldosis • 6 Maß für die Beweglichkeit der Wirbelsäule (Eponym) • 8 Durch Shigellen verursachte Dysenterie • 9 Syndrom mit Areflexie der unteren Extremität und Pupillotonie (Eponym) • 10 Abk. für Multiple endokrine Neoplasie (Syndrom) • 11 Embolischer Verschluss der Basilarisspitze: ... of the basilar syndrome • 12 Abk. für Endotracheal • 15 Schmerzhafter Druckpunkt bei Fibromyalgie: tender ... • 16 Borreliose = ... disease • 19 Mukopolysaccharidose mit typischem Wasserspeiergesicht: von-Pfaundler-...-Syndrom (Eponym) • 20 Vater der Vererbungslehre • 22 Biochemisch reaktionsträge • 23 Atemzugvolumen = ...volumen • 25 Dermatomyositis = ...krankheit • 26 Teil des Nervensystems: Rücken... • 29 Weiche Hirnhaut = ... mater • 30 HNO-Untersuchungsverfahren: ...audiometrie • 32 Abk. für Antithrombin • 34 Elektrolyt (Chem. Elementsymbol)

## Ein Leben für das Leben: Autorenlesung mit Professor Dr. Bernard Lown

Er zählt zu den renommierten und streitbaren Ärzten der Gegenwart: Der US-amerikanische Kardiologe Professor Dr. Bernard Lown, Professor emeritus der Harvard Universität, Erfinder der lebensrettenden Elektro-Defibrillation, Mitbegründer des Vereins Internationale Ärzte zur Verhütung des Atomkrieges (IPPNW) und Empfänger des Friedensnobelpreises 1985, engagiert sich schon seit den 60er Jahren für die Verantwortlichkeit des Arztes im Zeitalter der nuklearen Bedrohung. Auf Einladung der Bezirksärztekammer Frankfurt stellte er am 23. September seine nun auch in deutscher Sprache erschienene Monographie **„Ein Leben für das Leben – Ein Arzt kämpft gegen den atomaren Wahnsinn“** (Originaltitel: „Prescription for Survival – a Doctor’s Journey to end Nuclear Mad-

ness“, USA 2008) in den Räumen der Kasernenärztlichen Vereinigung in Frankfurt vor.

Professor Dr. med. Ulrich Gottstein, IPPNW-Gründungs- und Ehrenvorstandsmitglied, erklärte in seiner Einführungsrede, dass Lown in seinem Buch das Schicksal seiner aus Litauen stammenden Familie und seinen Lebensweg vom „mit summa cum laude“ bestandenen medizinischen Staatsexamen bis zum berühmten US-Kardiologen beschreibe. Doch Lown schildere in seinen Memoiren nicht die Behandlung bedrohter Herzpatienten, sondern speziell die tödliche Bedrohung der Menschheit durch das atomare Wettrüsten, hob Gottstein hervor. Dabei sei er hin und hergerissen gewesen zwischen seiner akademischen Karriere, medizinischen Erfindungen und der von

ihm zutiefst empfundenen moralischen Verpflichtung, sich gegen den Wahnsinn der Atomwaffenrüstung einzusetzen. „Das Buch ist nicht nur ein Erinnerungsbuch, sondern auch ein Lehrbuch für alle die Menschen, die nicht resignieren, sondern sich engagieren möchten, ihr Land von einem falschen Weg abzubringen“, hob Gottstein hervor und empfahl die Lektüre von Lowns Memoiren als „nicht nur spannend, bewegend, erheiternd und informativ, sondern auch lehrreich.“

Lown, Bernard: **Ein Leben für das Leben – Ein Arzt kämpft gegen den atomaren Wahnsinn**. Academia Verlag. 2009. 438 S. 16 x 23,7 cm. Hardcover. 978-3-89665-487-8. Euro 28,50.

*Katja Möhrle*

### Abbott schreibt Dr. Ernst Wiethoff-Preis für innovative klinische Forschung aus Auszeichnung für junge Forscher ist mit 25.000 Euro dotiert

Das Gesundheitsunternehmen Abbott schreibt zum siebten Mal in Deutschland den Dr. Ernst Wiethoff-Preis aus. Ausgezeichnet wird eine innovative Originalarbeit im Bereich der klinisch orientierten medizinischen Forschung aus folgen-

den Disziplinen: Innere Medizin, Rheumatologie, Gastroenterologie, Immunologie, Infektiologie, Pädiatrie, Dermatologie, Anästhesie und Intensivmedizin. Auch Arbeiten aus benachbarten Bereichen, die diese Fachrichtungen berühren, sind zugelassen. Bewerbungsfrist für die Einreichungen ist der 31. Dezember 2009. Der Preis geht zurück auf den ehemaligen Medizinischen Direktor von Abbott Deutschland, Dr. med. Ernst Otto Wiethoff. Das Preisgeld beträgt wie in den Vorjahren 25.000 Euro.

Für die Verleihung des Preises können sich Kandidaten bewerben, deren Arbeiten von einer renommierten Fachzeitschrift in den Jahren 2008 oder 2009 publiziert oder bis Jahresende 2009 akzeptiert wurden. Sollten sich mehrere Autoren aus einer Autorengruppe bewerben, ist bei Einreichung zu erklären, wer sich als Repräsentant der Gruppe bewirbt. Der Bewerber muss weiterhin anzeigen, ob er sich mit dieser Arbeit bereits für andere Preise beworben hat. Er muss zum Zeitpunkt der Fertigstellung der Arbeit an einem deutschen Forschungsinstitut beschäftigt oder in dessen Auftrag bzw. im Auftrag einer deutschen Forschungsfördereinrichtung im Ausland tätig sein. Das Höchstalter der Bewerber beträgt 38 Jahre. Die Begutachtung der eingereichten Arbeiten erfolgt durch ein unabhängiges, interdisziplinäres Gremium universitärer Professoren. Bewerbungen mit Originalarbeit, Curriculum vitae und Publikationsverzeichnis sind in einfacher Ausführung spätestens bis zum 31. Dezember 2009 an Abbott zu richten.

Anschrift: PD Dr. med. Johannes Zahner, Medizinischer Direktor, Abbott GmbH & Co. KG, Max-Planck-Ring 2, 65205 Wiesbaden, Tel. 06122 581178.

## 18. Wartburggespräche

**Ärztliche Prävention und Epikrise –  
Ungesagtes fühlbar machen****Bad Nauheim, 31. Januar – 2. Februar 2010**

R. Adam (FÄ Anästhesie, Kassel), E. Düsing (Professor Dr. phil., Köln), M. Erdmann (AfA, Kassel), C. Gudden (FE-Therapeutin, Erlangen), H. Matthias (Gesundheitsgruppe Kassel), G. Müller (FA Anästhesie, Kassel), W. Schüffel (Professor Dr. med., ehem. CA Psychosomatik Marburg), K. Stellmach (Gesundheitsgruppe Kassel), B. Tuschling (Professor em. Dr. phil., Marburg), T. Wirth (Dipl. Kunsttherapeut, Burgebrach/Bamberg), D. Zurwehme (AfA, Hess.-Weitenau)

Die 18. Folge der Wartburggespräche werden ärztliche Prävention und Epikrise behandeln. Als Veranstalter sehen die Autoren ärztliche Prävention als Kunst und Handwerk in einem, Epikrise als Gemeinschaftsarbeit in der medizinischen Versorgung. Ungesagtes sagbar oder erlebbar zu machen heißt für uns, Fühlen mit Empfinden zu verbinden, Leben mit Bewegen.

Die Wartburggespräche sind ein Ort der Begegnung von Ärzten, Therapeuten und Laien, denen Salutogenese in der Medizin ein Anliegen ist. In ihrem Ablauf sehen wir in ihnen ein Seminar des Lebens und zugleich des Bewegens. Seit der Entstehung im Jahre 1992 ist ihr Leitthema: „*Gesundheit als Grundrecht in Europa – eine Utopie?*“ Dieses Leitthema wurde formuliert in der Post-Wendezeit von 1991/1992 und der Zeit der Vertragsabschlüsse von Maastricht 1992. Die Wartburg wurde als Treffpunkt gewählt, weil sie einerseits im geteilten Deutschland über Jahrzehnte als Treffpunkt der „Deutschländer“ gedient hatte, weil andererseits Marburg als unser Bezugsort mit Eisenach und dessen Wartburg geschichtlich-kulturell eng verbunden ist. Von hier aus setzten wir uns seit den 80er Jahren mit dem Konzept der Salutogenese (Antonovsky, 1987) auseinander. Aus der Arbeit in den Wartburggesprächen entstand das Handbuch der Salutogenese (Schüffel, Brucks, Johnen, et al., 1998).

Die Arbeit wurde nachhaltig gefördert durch eine Kooperation mit der Akademie

für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim (Kerger, 1986; Anschütz, 1987, 1998). Die Kolleginnen und Kollegen aus Hessen und aus nahezu allen anderen Bundesländern trugen im Laufe der Jahre dazu bei, dass durch eine Abstimmung zwischen den Wartburggesprächen und der Psychosomatischen Grundversorgung ein eigenständiger Seminarstil entstehen konnte. Bei diesem steht das Gesundheitsgespräch zwischen Arzt und derzeit Gesunden und Gruppenarbeit in Orientierung auf den jeweils nächsten möglichen Schritt im Mittelpunkt (Schüffel, Merkle, Frevert, et al. 2008). In den Wartburggesprächen entstanden als Hauptinterventionsform die Balint-Großgruppe, das Bewegende Seminar samt Gesundheitsgespräch, die spezifisch-epikritische Fallarbeit (Brucks, 1998) in der Kleingruppe und die Lebensparabel (Atmanspacher,

Schüffel 2009) als Dokumentationsform zur Visualisierung des abgelaufenen Gruppengeschehens bzw. Patientengesprächs.

Derzeit sehen wir uns an einem Einschnitt der Entwicklungsarbeit. Wir bemerken, wie in der Arbeit des Wartburggesprächs die Pausen und die sozialen Ereignisse immer bedeutsamer werden. Die Teilnehmer tauschen sich in lebhaftester Weise aus. Das korrespondiert mit dem, was wir von Kollegen erfahren, die in Balintgruppen zusammenkommen oder in Genossenschaften den Austausch suchen (Hesse, 2009; Riebartsch, 2009).

Es zeichnet sich ab, dass ein überaus großer Bedarf nach strukturiertem Austausch entsteht. Nach Prognosen (Sondergutachten des wissenschaftlichen Beirates beim Gesundheitsministeriums 2009) werden

in wenigen Jahren Gesundheitszentren zur Versorgung von 8.000 bis 20.000 Menschen bestehen. Es ist offensichtlich, dass derartigen äußeren Organisationsformen „innere“ Organisationsformen in Form effektiver Patienten- und Teamarbeit gegenüber zu stellen sind. Das 18. Wartburggespräch wird mit einem Gespräch zu „Gesundheitsfördernden Praxen“ eröffnet. Es werden Ergebnisse der Verbundarbeit Göttingen und Witten-Herdecke vorgestellt (Bahrs, Mattiessen, 2007). Die derzeitige Arbeitssituation wird der Kasseler Anästhesist G. Müller darstellen, der 1989 pionierartig das ambulante Anästhesieren in Kassel einführt. Aus einer europäischen Perspektive heraus wird der in Paris lebende Luxemburger Psychoanalytiker und Psychiater Theo Leydenbach über Erfahrungen zur problemzentrierten und körperbezogenen Arbeit berichten. Für den Dienstag ist zusätzlich eine Balint-Großgruppe vorgesehen. Sie steht unter der Leitung von E. R. Petzold (Aachen/Kusterdingen), ehem. Präsident der Deutschen Balintgesellschaft. Durchgehend wird das körper-

lich-leibliche Element erarbeitet und begleitet durch erfahrene Therapeuten der Funktionellen Entspannung. – Von entscheidender Bedeutung wird sein: Ehemalige Patienten, darunter auch Mitglieder der Gesundheitsgruppe Marburg-Kassel, werden durchgehend an dem Austausch zwischen Sonntagnachmittag und Dienstagmittag teilnehmen. Im Sinne der oben beschriebenen sozialen Ereignisse und um diesen Austausch zu fördern sind für Sonntagabend und Montagabend künstlerische Beiträge der Teilnehmer vorgesehen.

Anmeldung bzw. Information unter:

**bm\_kraemer@web.de**

#### Literatur

- Antonovsky, A.: *Unraveling the Mystery of Health*, Jossey-Bass Publishers, London, 1987  
 Schüffel, W., Brucks, U., Johnen, R., Köllner, V., Lamprecht, F.; Schnyder, U. (Hrg.): *Handbuch der Salutogenese – Konzepte und Praxis*, Ullstein Medical, Wiesbaden 1998  
 Kerger, H.: *Die ärztliche Fortbildung*, Springer, Berlin, 1986  
 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens; Sondergutachten 2009/Kurzform* M. Gerlach, G. Glaeske, M. Hauptz, A. Kuhlmeier, R. Rosenbock, M. Schrappe, E. Wille; Bonn, Mai 2009  
 Schüffel, W., Merkle W., Frevert, P., Rackwitz, L., Atmanspacher, D., Schoepner, A.: *Freude haben an der Fortbildung: Psychosomatische Grundversorgung – Bewegendes Seminar, Symptomzentrierung und Sinnfindung*; Hess. Ärzteblatt, Februar 2008  
 Bahrs, O., Mattiessen, P. F. (Hrg.): *Gesundheitsfördernde Praxen – die Chancen einer salutogenetischen Orientierung in der hausärztlichen Praxis*, Huber Bern, 2007  
 Anschütz, F.: *Ärztliches Handeln – Grundlagen, Möglichkeiten, Grenzen, Widersprüche* Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1987  
 Anschütz, F.: *Vorwort: Schüffel, W. et al., 1998 a. a. O.*  
 Hesse, H.: *Persönliche Mitteilung zu PriMa, Marburg, 20.09.09*  
 Riebartsch, Ch.: *Persönliche Mitteilung über ärztliche Genossenschaft, Region Biedenkopf, Gladenbach, Lahntal, Wittgenstein, 20.09.09*  
 Schüffel, W.: *Medizin IST Bewegung, Projekte-Verlag, Halle, 2009*

**Korrespondenzadresse**  
 Professor Dr. med. Wolfram Schüffel  
 35039 Marburg  
 (Anschrift ist der Redaktion bekannt)

## Fortbildungsveranstaltung der Bezirksärztekammer Frankfurt am 18. November 2009

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

ganz herzlich möchten wir Sie hiermit zur 3. Fortbildung der Bezirksärztekammer im Jahr 2009 einladen. Schlafstörungen und daraus entstehende Folgen sowohl psychischer als auch physischer Art sind ein zunehmendes Problem unserer Gesellschaft. Zu diesem Thema haben wir zwei Experten eingeladen, die einen Einblick in die Probleme der Insomnie und der Schlafapnoe geben und deren Folgen sowie Therapieansätze diskutieren. Kaum eine Fachdisziplin in der Medizin hat nicht mit den Folgen dieser Erkrankung zu tun und wir sprechen heute nicht zu Unrecht auch bei der obstruktiven Schlafapnoe von einer Systemerkrankung mit multiplen Folgen wie Hypertonie, Schlaganfall, KHK, Diabetes, Adipositas u.s.w.

Dr. med. W.A. Fach  
 Vorsitzender der  
 Bezirksärztekammer

Professor Dr. med. J. Bargon  
 Fortbildungsbeauftragter der  
 Bezirksärztekammer

**Mittwoch, 18. November 2009, 19:00 – 21:00 Uhr 3 P**

im Dr. O. Schäfer Saal der Kassenärztlichen Vereinigung  
 Hessen, Georg Voigt Str. 15, 60325 Frankfurt

- |               |  |
|---------------|--|
| 19:00         | Einführung: Professor Dr. J. Bargon  |
| 19:15 – 20:00 | <b>Insomnie und Stress</b> Markus Specht,<br>Leitender Psychologe des Schlaflabors<br>am Interdisziplinären Zentrum für Schlaf-<br>medizin und Heimbeatmung, Hofheim |
| 20:00 – 20:45 | <b>Schlafapnoe und ihre Folgen</b> Dr. Konrad<br>Kneser, Leitender Arzt des Schlaflabors,<br>St. Elisabethen Krankenhaus, Frankfurt                                  |
| 20:45 – 21:00 | Der interessante Fall  |
| 21:00         | Diskussion   |

### 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts

# Ethische und rechtliche Aspekte der gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung

Timo Sauer, Gisela Bockenheimer-Lucius

Am 1. September 2009 ist das 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts (3. BetrRÄG)<sup>1</sup> in Kraft getreten. Die Patientenverfügung hat damit im Bürgerlichen Gesetzbuch eine rechtlich verbindliche Form bekommen. Um die Bedeutung der gesetzlichen Fassung zu würdigen, bedarf es nochmals einiger Hinweise auf die über sechs Jahre lang andauernde Debatte, die der Gesetzgebung voraus gegangen war.<sup>2</sup>

Die Ärzteschaft hat sich durch die Handreichungen der Bundesärztekammer bereits vor zehn Jahren dazu bekannt, dass Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen grundsätzlich verbindlich sind und dass angesichts der umfangreichen Möglichkeiten der modernen Medizin besonders ältere Personen und Patienten mit prognostisch ungünstigen Leiden ermutigt werden sollen, „die künftige medizinische Versorgung mit dem Arzt ihres Vertrauens zu besprechen und ihren Willen hierzu zum Ausdruck zu bringen.“<sup>3</sup> Die Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis knüpfen an diese Aussagen an und betonen, dass der in einer Patientenverfügung geäußerte Wille des Patienten grundsätzlich verbindlich ist: „[...] deshalb dürfen sich Ärzte

nicht über die in einer Patientenverfügung enthaltenen Willensäußerungen hinwegsetzen.“<sup>4</sup> Schließlich hat auch der Beschluss des XII. Zivilsenats des Bundesgerichtshofs vom 17. März 2003<sup>5</sup> die grundsätzliche Verbindlichkeit einer Patientenverfügung bekräftigt. Hier wird insbesondere hervorgehoben, dass das Recht auf Selbstbestimmung jenseits der Einwilligungsfähigkeit aus der notwendigen Anerkennung der Würde des Menschen folgt.

Dennoch hat die Praxis allzu oft gezeigt, dass Patientenverfügungen entweder bewusst ignoriert wurden<sup>6</sup> oder erhebliche Unsicherheiten über ihren Stellenwert bestehen. Einerseits trugen dazu zahlreiche recht widersprüchliche Rechtsurteile bei, andererseits wurden in den Diskussionen wesentliche kontroverse Auffassungen über Pflichten zum Lebensschutz und Recht auf Selbstbestimmung bei den folgenden Fragen erkennbar:

- Welcher Form (mündlich/schriftlich) muss eine Patientenverfügung genügen?
- Soll eine Beratung verpflichtend oder freiwillig sein?
- In welchem Zeitrahmen soll eine Aktualisierungspflicht bestehen?
- Sollen Menschen im „vegetative state“

(sog. „Wachkoma“) und demente Patienten aus der Regelung einer Vorausverfügung ausgenommen werden?

- Soll eine Reichweitenbegrenzung einer Vorausverfügung festgehalten werden („Der Sterbeprozess muss eingesetzt haben“)?

## Voraussetzungen und Verbindlichkeit einer Patientenverfügung und die Rolle des Betreuers

Der neu gefasste §1901a des Betreuungsgesetzes betrifft diese im Vorfeld heftig umstritten Probleme:

*Absatz 1 § 1901a* klärt zunächst *Form und Widerruf*:

(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu

<sup>1</sup> Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2009, Teil I, Nr. 48, S. 2286-2287; [www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBI](http://www.bgbl.de/Xaver/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI)

<sup>2</sup> Dabei soll nicht noch einmal auf die grundsätzliche Frage eingegangen werden, ob eine gesetzliche Regelung oder vielmehr ein prozedurales Verfahren bei Verfügungen über therapiebegrenzende Maßnahmen am Lebensende der Problematik gerecht wird (vgl. dazu u.v.a. Bockenheimer-Lucius, G. (2007) Warum wir uns eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung wünschen müssen. Hessisches Ärzteblatt 2007, Heft 8, S. 495-499). Erwähnt werden soll nur, dass ein kurzfristig am 18. Juni 2009 in den Bundestag eingebrachter Antrag des Abgeordneten Hüppe, auf eine gesetzliche Regelung zu verzichten, mehrheitlich abgelehnt wurde.

<sup>3</sup> Bundesärztekammer (1999) Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen. Deutsches Ärzteblatt 96: A-2720-2721.

<sup>4</sup> Bundesärztekammer und Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2007) Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. Deutsches Ärzteblatt 104: A-891-896.

<sup>5</sup> Bundesgerichtshof (BGH) (2003) Beschluss vom 17. März 2003, AZ XII ZB 2/03. Neue Juristische Wochenschrift 56: 1588-1594.

<sup>6</sup> Dazu wird häufig der Herzchirurg Prof. Dr. Bruno Reichart (München) zitiert, der in einem Interview bekannt hat: „Wenn Patienten oder Angehörige von Patienten kommen und sagen, Herr Doktor, hier ist die Patientenverfügung, dann sage ich: Die können Sie ruhig in Ihrem Nachtkästchen lassen. Sie interessiert mich nicht. (DIE ZEIT, 7. Juni 2007).

verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

Wenn keine Patientenverfügung vorliegt oder die aktuelle Situation nicht durch die Vorausverfügung erfasst ist, regelt *Absatz 2 § 1901a* die erforderlichen Schritte:

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

*Absatz 3 § 1901a* klärt dann die Kontroverse um die Reichweite:

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

*Absatz 4 § 1901a* schließlich betont:

(4) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsabschlusses gemacht werden.

### Für die Praxis ist festzuhalten:

Der erste Absatz klärt, dass dem *Betreuer bzw. dem in Bezug auf die Patientenverfügung gleichgestellten Bevollmächtigten*<sup>7</sup>

eine zentrale Bedeutung zukommt, da er die Aufgabe hat, die Verfügung mit Blick auf die aktuell vorliegende Krankheits-situation und anstehende therapeutische oder auch diagnostische Entscheidungen zu prüfen. Wenn diese Prüfung die Eindeutigkeit einer Einwilligung oder eines Untersagens zeigt, so ist die vorliegende Verfügung *verbindlich* und der Betreuer muss für die Umsetzung des Willens des Betreuten sorgen.

Wie bisher auch, so ist auch künftig immer dann *der mutmaßliche Wille* eines nicht-einwilligungsfähigen Patienten zu berücksichtigen, wenn keine Patientenverfügung vorliegt oder eine Patientenverfügung von der gegebenen Situation deutlich abweicht. Absatz 2 berücksichtigt ausdrücklich, dass neben konkreten Anhaltspunkten, die sich auf Krankheitsbilder oder Behandlungsmaßnahmen beziehen, persönliche, individuelle Wertentscheidungen für den Verfügenden eine maßgebliche Rolle spielen. Damit ist anerkannt, dass familiäre oder soziale Beziehungen anderer Art, individuelle Überzeugungen, Gefühle, Präferenzen und möglicherweise irrationale Wünsche von dem Verfügenden in einer Auseinandersetzung mit Sterben und Tod bedacht wurden. Schriftliche wie frühere mündliche Äußerungen dazu müssen daher von den behandelnden Ärzten ernst genommen, respektiert und umgesetzt werden.

Mündliche Verfügungen entsprechen nicht der gesetzlichen Voraussetzung einer verbindlichen Patientenverfügung, sind aber als klare Hinweise auf den mutmaßlichen Willen entsprechend im Entscheidungs-

prozess zu berücksichtigen. Der Widerruf einer Patientenverfügung kann jederzeit *formlos* erfolgen.

Absatz 3 stellt lapidar fest, dass die Absätze 1 und 2 *unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung* des Betreuten gelten. Im Sinne des Gesetzes bezieht eine Patientenverfügung sich also nicht nur auf die Sterbephase, sondern kann für die medizinische Versorgung *in allen Situationen der Entscheidungs- und Kommunikationsunfähigkeit* erstellt werden. Diese Absage an eine Reichweitenbegrenzung u.a. für die medizinische Betreuung von Zeugen Jehovas von grundlegender Bedeutung. Ebenso schließt das Gesetz damit keine Patientengruppe aus der Verbindlichkeit einer Vorausverfügung aus, was vor dem Hintergrund der Würde-Argumentation des BGH-Beschlusses von 2003 auch kaum möglich wäre. Der Betreuer muss folglich bei einem Betreuten, der unter einer Demenz leidet oder sich in einem vegetativen Zustand befindet, in gleicher Weise wie bei jedem anderen Krankheitsbild prüfen, ob die aktuelle Lebenssituation seines Betreuten mit dessen Vorausverfügung übereinstimmt.

Angesichts der Sorgen um den Schutz vieler betagter und oftmals alleinstehender Menschen ist Absatz 4 des Gesetzes wichtig, dass nämlich *keine Verpflichtung zur Erstellung einer Patientenverfügung* besteht. Damit wird ausdrücklich untersagt, die Aufnahme in ein Alten- oder ein Pflegeheim von dem Nachweis einer gültigen Vorausverfügung abhängig zu machen.

Eine *Beratungspflicht* ist mit der neuen Gesetzesfassung *nicht verbindlich* geworden. Ebenso verlangt das Gesetz für die Verbindlichkeit einer Vorausverfügung *keine*

<sup>7</sup> § 1901a Patientenverfügung, Absatz (5): Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

Aktualisierungspflicht, sondern deckt dies offensichtlich mit den Aufgaben des Betreuers ab.

## Die Patientenverfügung und die Rolle des Arztes

Artikel 1 und 2 des neu gefassten § 1901b betreffen die Aufgaben des behandelnden Arztes:

(1) Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a zu treffende Entscheidung.

(2) Bei der Feststellung des Patientenwillens nach § 1901a Absatz 1 oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens nach § 1901a Absatz 2 soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

Der erste Passus des Gesetzes unterstreicht mit dem Begriff der *ärztlichen Indikation* den Beschluss des XII. Zivilsenats des BGH vom 17. März 2003, der bereits die „ärztlicherseits angebotene Behandlungsmaßnahme“ für die Entscheidung des Betreuers eingeführt hatte.

In Absatz 2 des § 1901b wird die *Einbeziehung der Angehörigen* gefordert. Dies berücksichtigt, dass die Angehörigen (oder auch andere vertraute, nahestehende Menschen) oftmals hilfreiche Hinweise auf Werte und Wünsche des Patienten geben können.

## Für die Praxis ist festzuhalten:

Ärztliches Handeln beruht auf den beiden Säulen der medizinischen Indikation und der informierten Einwilligung durch den Patienten, und dies heißt zugleich, dass der Arzt gewissenhaft über das Ziel seiner Maßnahmen – Lebenserhalt und Lebensverlängerung oder Lindern des Leidens – Rechenschaft ablegen muss. § 1901b der neuen Gesetzesfassung schmälert also keinesfalls die Bedeutung der ärztlichen Professionalität, verlangt aber die Prüfung und die Erörterung mit dem Betreuer, der ausschließlich im Sinne des Betreuten die Letztentscheidung zu treffen hat. Auch wenn das *Procedere zunächst die ärztliche Indikation* erfordert, um dem Betreuer überhaupt eine Entscheidungsgrundlage zu geben, so behält im Sinne des Gesetzes doch die Autonomie des Verfügenden den Vorrang.

Dies folgt nicht nur aus dem Stellenwert der Autonomie, sondern hängt auch mit den *unvermeidbaren Problemen einer Indikation und Prognosestellung* zusammen. Der scheinbar wertfreien medizinischen Indikation muss nämlich zunächst die Klärung vorausgehen, aufgrund welcher ärztlichen Wertentscheidungen, mit welchem

Handlungsziel und für wen tatsächlich eine Maßnahme getroffen werden soll. Innerhalb des Teams der behandelnden Ärzte besteht oftmals kein Konsens: Die Notwendigkeit einer Tracheotomie, der Dialyse oder der Anlage einer PEG-Sonde zur künstlichen Ernährung ist immer wieder Streitpunkt zwischen den Fachärzten verschiedener Disziplinen, aber auch innerhalb eines Stationsteams. Einigkeit besteht darin, dass der lebenserhaltende Effekt einer Maßnahme nicht automatisch mit einem „Behandlungsbefit“ für einen Patienten gleichzusetzen ist. Anschütz hat in den 1980er Jahren gewarnt: „Meist ist das Leiden des ganzen Menschen größer als der Erfolg am einzelnen Organ. Dies zu erkennen, fällt dem von der Besserung des einzelnen Befundes überzeugten Arzt schwer. [...] Erstaunliche Besserungen im Einzelfall lassen den Arzt manchmal länger handeln als nach dem oft ungünstigen Verlauf – hinterher beurteilt – vertretbar war.“<sup>48</sup> Die ärztliche Aufgabe zur Diagnose- und Indikationsstellung darf und soll damit nicht in Frage gestellt werden, auch ist die Indikation zu einer Therapie nicht beliebig. Aber die *Wertgebundenheit* muss im Bewusstsein bleiben und die *Umsetzung* in eine therapeutische Maßnahme

<sup>48</sup> Anschütz, F. (1988) *Ärztliches Handeln. Grundlagen, Möglichkeiten, Grenzen, Widersprüche*. Darmstadt.

darf den Willen und damit auch die individuelle Belastbarkeit und die individuellen Werte des nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten nicht missachten.

Der zu Recht so oft angemahnte Dialog zwischen dem Arzt und seinem Patienten findet im Gesetz ebenfalls ausdrücklich Berücksichtigung. Das neue Gesetz sieht vor, dass der Arzt sich mit dem Patienten und dessen Wertvorstellungen *auseinandersetzen* muss und *auf dieser Basis* seine vorgeschlagenen therapeutischen Maßnahmen im Team und mit dem Vertreter des Patienten bespricht. Die Patientenverfügung verkommt damit keineswegs zur befürchteten „Checkliste“,<sup>9</sup> sondern verlangt den Dialog. Sie führt folglich nicht zur Schwächung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Das Gegenteil ist der Fall. Ein starkes, aber partnerschaftliches Arzt-Patienten-Verhältnis ist notwendige Bedingung dafür, dass die neue gesetzliche Regelung ein Erfolg werden kann. Nur die kommunikative Auseinandersetzung mit dem Patienten oder dem Betreuer kann gewährleisten, dass es nicht zu einem leichtfertigen Umsetzen von Therapiebegrenzungen aus formalen Gründen kommt.

Es ist sehr zu begrüßen, dass Absatz 2 die *Einbeziehung der Angehörigen* ermöglicht. Sie sind in der Regel dem Kranken am nächsten und damit die wichtigsten Ansprechpartner, wenn der Patient seinen Willen nicht erklärt hat und nicht mehr erklären kann. Zugleich ist es angesichts mancher höchst belastenden Situation auch wichtig, dass die Angehörigen nicht hilflos ansehen müssen, dass gegen den von ihnen vermuteten Willen des Kranken verstoßen wird, sondern dass ihre Einschätzung gefragt ist. Sehr zu bedauern ist es, dass die Unverzichtbarkeit und Bedeutung des Einbezugs der Pflegenden im

Gesetz nicht bedacht ist, was jedoch zukünftig einen hohen Stellenwert bei der Willensermittlung haben sollte, zum einen weil die Pflegenden therapeutische Entscheidungen mittragen müssen und zum anderen, weil sie – wie die Angehörigen – insbesondere im Kontext eines Altenpflegeheims wichtige informative „Ressourcen“ für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sind.

### Die Rolle des Betreuungsgerichts

Schließlich ist in dem neuen Gesetzestext in § 1904 die Rolle des Betreuungsgerichts (bisher „Vormundschaftsgericht“) präzisiert:

- (1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.
- (2) Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.
- (3) Die Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist zu erteilen, wenn die

Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht.

(4) Eine Genehmigung nach Absatz 1 und 2 ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1901a festgestellten Willen des Betreuten entspricht.

### Für die Praxis ist festzuhalten:

Sowohl die Einwilligung als auch die Nichteinwilligung in diagnostische oder therapeutische Maßnahmen ist durch das Betreuungsgericht zu genehmigen, wenn der Tod oder schwerwiegende gesundheitliche Schädigungen die Folge davon sein können. Von zentraler Bedeutung aber ist die Bestätigung des Beschlusses des BGH vom 17. März 2003, dass das Betreuungsgericht *nur im Konfliktfall* zwischen Arzt und Betreuer eingeschaltet werden muss. Besteht Einigung, so kann das Betreuungsgericht außen vor bleiben.

### Was bleibt an Problemen?

Unsicherheiten können bei der Einrichtung einer Betreuung auftreten. Prinzipiell muss ein Betreuer nur bestellt werden, wenn kein Bevollmächtigter die Angelegenheiten regeln kann, oder wenn keine eindeutige, der Lebenssituation angepasste Patientenverfügung vorliegt. Allerdings hat der Gesetzgeber sich nicht dazu geäußert, welchen Stellenwert (Verbindlichkeitsgrad?) mündliche oder gar schriftliche Verfügungen von Minderjährigen im Entscheidungsprozess haben sollen. Es bleibt zu hoffen, dass Kindern – wie bisher auch – ein deutliches, dem Alter und der Reife angepasstes Mitspracherecht gewährt wird.

<sup>9</sup> Vgl. dazu aus jüngster Zeit Maio, G. (2009) Sterbehilfe nach Checkliste? Zu den Fallstricken einer rechtlichen Verankerung der Patientenverfügung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 134: 1565-1566.

Darüber hinaus bleibt festzuhalten, dass auch das Gesetz höchst belastende Situationen, die nicht zufriedenstellend oder zweifelsfrei lösbar sind, nicht verhindern kann. Patienten haben in existenziellen Situationen oft das Bedürfnis, „sich ausliefern zu dürfen, entlastet zu sein von der Verantwortung für sich selbst, sich anderen überlassen zu können und hoffnungsvoll auf die Initiativen und auf alle geschäftige Tätigkeit zu blicken, die seinetwegen entfaltet werden.“<sup>10</sup> Vielfach ist dies damit verbunden, dass der Patient alle Verantwortung dem Arzt überträgt. Patientenverfügungen können dann mit Unsicherheiten verbunden sein, wenn der darin formulierte Wille konsequent auf die Begrenzung von Therapien abzielt. Auch erfährt der Arzt nicht selten, dass er sehr rasch handeln muss und reflexartig den Tod des Patienten verhindern möchte. Dann gehört es zur schwierigen ärztlichen Aufgabe, zu erkennen, dass nicht nur der Behandlungsauftrag durch den Patienten zum ärztlichen Handeln gehört. Die Behandlungsbegrenzung zum rechten Zeitpunkt kann ebenso ärztlicher Auftrag sein, und der Arzt ist aufgerufen, nach bestem Wissen und Gewissen auf der Basis des individuellen Patientenwillens sein therapeutisches Ziel zu überprüfen. Schwierigkeiten werden vor allem in der Betreuung dementer Menschen und sog. „Wachkoma“-Patienten (vegetative state) auftreten, die je nach Krankheitsstadium sowohl durch Worte als auch nonverbal durch Gestik und Mimik Befinden und Wünsche, Zustimmung oder Ablehnung kundtun können, was als „natürlicher Wille“ verstanden wird.<sup>11</sup> Willensbekundungen eines de-

menten oder schwerst zerebral geschädigten Menschen in einer Patientenverfügung aus gesunden Tagen im Vergleich zu aktuellen Willensbekundungen stellen jedoch ein schwieriges Problem dar. Die genannten Patientengruppen haben nicht die Möglichkeit, Entscheidungen zu überdenken und dem aktuellen Erleben anzupassen, und es stellt sich das Problem, welche „Form des Willens“ Vorrang hat: „Zum Konstrukt des „natürlichen“ Willens ist anzumerken, dass körpersprachliche Äußerungen von nichtentscheidungsfähigen Patienten auf der einen Seite immer Ernst zu nehmen sind. Ihre Deutung ist andererseits aber äußerst komplex, häufig nicht möglich und keineswegs immer als unmittelbare Willensbekundung interpretierbar. Möglich ist auch, dass aktuelle Äußerungen in Widerspruch zum erklärten Willen in einer Patientenverfügung stehen können: In wie weit können beispielsweise Äußerungen von Lebensfreude bei schwer dementen Menschen als Widerspruch einer therapiebegrenzenden Patientenverfügung gelten? Wiederholte Beobachtung sowie der Ausschluss unterschiedlichster organischer Ursachen für körperliches Verhalten sind meist nötig, bevor Rückschlüsse auf den Willen des Patienten möglich sind.“<sup>12</sup> Jox mahnt für die Abfassung einer Patientenverfügung deshalb einen „reflexiven Metabezug“ an und schlägt vor, dass für derartige Fälle ein ausdrücklicher klärender Passus vorliegen sollte.

### Fazit

- Das Patientenverfügungsgesetz gibt die dringend erforderliche Rechtssicherheit

und ist kein Freibrief für unhinterfragte Therapiebegrenzung. Es sollte vielmehr dazu beitragen, dass die Tendenz der Ärzte schwindet, möglichst alles medizinisch Machbare zu tun, um rechtlich abgesichert zu sein.<sup>13</sup>

- Eine Patientenverfügung ist Ausdruck der Auseinandersetzung mit der Begrenztheit des Lebens und der Wahrnehmung der eigenen Autonomie. Das Zutrauen, dass (umfassend beratene<sup>14</sup>) Laien durchaus fähig sind, sinnvolle Angaben über Behandlungsbegrenzungen an ihrem Lebensende zu machen, muss wachsen.
- Eine Patientenverfügung kann eine Stärkung des Arzt-Patienten-Verhältnisses sein. Der Wert einer Vorausverfügung wird sich daran zeigen, ob Ärzte bereit sind, sich auf den geäußerten Willen ihrer Patienten einzulassen. Dazu gehört unbedingt auch ein verstärktes Bemühen darum, die Äußerungen von Angehörigen oder auch Pflegenden ernst zu nehmen, was im klinischen Alltag allzu oft missachtet wird.

### Korrespondenzadresse

Timo Sauer, M.A.,  
Philosophie, Krankenpfleger,  
Klinisches Ethik-Komitee und Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Goethe-Universität  
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt a.M.

### Vorankündigung

Ein Artikel zum Patientenverfügungsgesetz aus juristischer Sicht erscheint in der nächsten Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes.

<sup>10</sup> Rössler, D. (1992) Zwischen Krankheit und Gesundheit. Über die Beziehungen zwischen Arzt und Patient. In: Bierich, J. R. (Hrsg.) *Arzt und Kranker. Ethische und humanitäre Fragen in der Medizin*. Tübingen, S. 11-22.

<sup>11</sup> Vgl. den einschlägigen Aufsatz von Jox, R. (2006) *Der „natürliche Wille“ als Entscheidungskriterium: rechtliche, handlungstheoretische und ethische Aspekte*. In: Schildmann, J. / Fahr, U. / Vollmann, J. (Hrsg.) *Entscheidungen am Lebensende: Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik*. LIT Verlag, Berlin, S. 73-90.

<sup>12</sup> Bickhardt, J. (2005) *Leserforum, Ethik in der Medizin 17: 79-80*.

<sup>13</sup> Vgl. dazu Sauer, T. (2009) *Patientenverfügungen. Das neue Gesetz in der Praxis*. *Pflegeintensiv*, Heft 9; Bockenheimer-Lucius, G. (2009) *Die Patientenverfügung in der Praxis. Grundlagen ärztlichen Handelns und klinischen Entscheidens*. In: Frewer, A. / Fahr, U. / Rascher, W. (Hrsg.) *Patientenverfügung und Ethik. Beiträge zur guten klinischen Praxis*. *Jahrbuch Ethik in der Klinik (JEK)*, Band 2, Königshausen & Neumann, Würzburg, S. 17-35.

<sup>14</sup> In Rheinland-Pfalz gibt es dazu beispielsweise eine Initiative; vgl. Engelmohr, I. (2009) *Ärztinnen und Ärzte bieten einfühlsame und kompetente Beratung bei der ärztlichen Patientenverfügung*. *Ärzteblatt Rheinland-Pfalz*, Heft 5: 10-11.

## Sicherer Verordnen

### Rheumatoide Arthritis (RA) – UAW als „Komorbidität“?

Die RA wirkt sich nicht nur auf den Bewegungsapparat aus, bei dieser Systemerkrankung sind u.a. regelmäßige Kontrollen auf Komorbiditäten wie die des kardialen und pulmonalen Systems, aber auch des ZNS (z.B. depressive Zustände) erforderlich. Davon zu unterscheiden sind auftretende unerwünschte Wirkungen (UAW) der eingesetzten Pharmaka, die oft unvermeidbar sind und einer sorgfältigen Überwachung bedürfen, um rechtzeitig eine Therapie umsetzen zu können. UAW entstehen grundsätzlich durch das Handeln des Arztes, sie als schicksalhafte „Komorbidität“ zu bezeichnen verharmlost das Risiko eines Arzneistoffes. Ähnlich wie die Wortschöpfung „Biologika“ für eine hochwirksame und mit erheblichen UAW verbundene Arzneistoffgruppe rein natürliche und gut verträgliche Arzneistoffe vortäuscht.

Der Autor hat zusätzlich eine kurze Übersicht über hauptsächlich auftretende und in der Regel gut bekannte UAW der Antirheumatika erstellt, die etwas modifiziert nachfolgend wiedergegeben ist (vor allem bei langfristiger Anwendung zu beachten!):

**Antimalariamittel, z.B. Resochin:** Retinopathie

**„Biologika“, z.B. Tumor-Nekrosefaktor- $\alpha$ -Inhibitoren:** schwere Infektionen (die amerikanische Überwachungsbehörde warnt aktuell vor dem Auftreten schwerer invasiver Pilzinfektionen)

**Ciclosporin A:** Hypertonie, Nephropathie

**Glukokortikoide:** Osteoporose, Katarakt/Glaukom, Infektionen, Steroid-Diabetes

**Leflunomid:** Hepatopathie

**Methotrexat:** Hepatopathie, allergische Alveolitis

**NSAR:** Ulkus, Perforationen am GI-Trakt, kardiovaskuläres und renales Risiko erhöht.

*Quellen: Forschung und Praxis 2009; 28, Nr. 496; www.fda.gov*

### Polypill – kardiovaskuläre Primärprävention für jeden Gesunden?

Mit einer neuen sog. Polypill (bestehend aus Hydrochlorothiazid, Atenolol, Ramipril, Simvastatin und ASS, ohne Folsäure, die in einer bereits 2003 propagierten Polypill noch enthalten war) sollen multiple

Risikofaktoren reduziert werden. In einer Studie aus Indien bei 45- bis 80-Jährigen ohne kardiovaskuläre Erkrankungen hat es, nicht unbedingt verwunderlich, „funktioniert“: Eine Senkung von Surrogatparametern (Blutdruck, LDL-Cholesterin, Herzfrequenz und Plättchenaggregation) konnte nachgewiesen werden. Offene Fragen:

- wie soll das Auftreten von UAW bei Gesunden berücksichtigt werden?
- wie die individuelle Dosis angepasst werden?
- welchen Einfluss hatte das Studiendesign auf die Gesunden?
- wie sehen die Resultate von Studien mit harten Endpunkten aus?

Es ist darüber hinaus zu befürchten, dass mit einer Polypill für Gesunde jede Motivation verloren geht, durch Änderung z.B. des Lebensstils den möglichen Ursachen einer zukünftigen Erkrankung vorzubeugen. Die Zeichen der Zeit deuten eher auf eine individualisierte Pharmakotherapie mit einem begrenzten Einsatz von fixen Kombinationen dort, wo es sinnvoll erscheint (z.B. in der Therapie der Hypertonie als zweite Stufe nach dem Einsatz von Monopräparaten).

*Quellen: Lancet 2009; 373: 1313 und 1341; Dt.Apo.Ztg. 2009; 149(28): 3150*

### Aut idem – Off-Label: neue Einschätzungen?

Vor einiger Zeit ist der Plan gesetzlicher Krankenkassen (GKV) wegen der ärztlichen Schweigepflicht gescheitert, Indikationsangaben auf ein Kassenrezept für einen gezielteren Austausch durch den Apotheker zu vermerken. Nun ist die GKV mit Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums der Auffassung, dass wirkstoffgleiche Arzneimittel nach der aut-idem-Regelung bereits dann von Apothekern ausgetauscht werden dürfen, wenn sie nur eine gemeinsame Indikation aufweisen. Grundsätzlich ist bei Identität des Arzneistoffes eine gleiche Wirkung in allen Indikationsbereichen zu erwarten, auch wenn sich ein Generikum die Zulassung in der einen oder anderen Indikation des Originals erspart hat und in diesen Fällen grundsätzlich ein Off-Label-use des Generikums vorliegt. Nach Auffassung des BMG – zitiert von der AkdÄ – fällt dieser Austausch noch unter den bestimmungsge-

mäßen Gebrauch (mit keiner Gefährdungshaftung des verordnenden Arztes oder abgebenden Apothekers).

In folgenden Ausnahmefällen sollten Ärzte jedoch aus medizinischen Gründen Autidem ausschließen (**durch Ankreuzen** des Kästchens Aut-idem!):

1. Bei wechselndem Generikaangebot (je nach aktuellen Verträgen der GKV mit Herstellern) von Arzneistoffen mit sehr geringer therapeutischer Breite (z.B. Antiepileptika, HIV-Arzneimittel, Immunsuppressiva, Schilddrüsenhormone).
2. Bei verunsicherten Patienten, die auf die gewohnte Form und Farbe ihres Medikamentes fixiert sind, insbesondere bei Dauermedikation alter Patienten.

Bei erstmaligem oder kurzfristigem Einsatz und bei verständigen Patienten sowie sorgfältiger Aufklärung über möglicherweise in der Packungsbeilage nicht erwähnte Indikationsgebiete wird die Aut-idem-Regelung grundsätzlich für Patienten keine Gefährdung bedeuten.

*Quellen: www.aerzteblatt.de/nachrichten/37411, www.akdae.de, Presseberichte*

### Stimulantien – plötzliche Todesfälle bei Kindern

Aufgrund einer retrospektiven Fallkontrollstudie will die amerikanische Überwachungsbehörde FDA nicht ausschließen, dass es unter einer Therapie mit Stimulantien (vor allem Methylphenidat, z.B. Medikinet®, Ritalin® und andere) zu plötzlichen unerklärlichen Todesfällen bei Kindern kommen könnte. Derzeit wird in einer großen Studie dieser Frage weiter nachgegangen. In Hinblick auf die stark steigende Zahl an Verordnungen (z.B. Methylphenidat: 5 Mio. Tagesdosen 1998, 46 Mio. Tagesdosen 2007) scheint eine Indikationsausweitung für diese Arzneistoffe vorzuliegen, die deren mögliches Risiko zu wenig beachtet.

*Quelle: Dt.Apo.Ztg. 2009; 149 (26): 2930*

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:  
Rheinisches Ärzteblatt 9/2009

Eine Übersicht über weitere Veröffentlichungen finden Sie unter:  
[www.aerzteblatt-hessen.de](http://www.aerzteblatt-hessen.de)

## I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

### Pathologie

**Melanozytäre Tumore unklarer Dignität** **4 P**  
**Samstag, 07. Nov. 2009**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. G. Mall, Darmstadt  
**Teilnahmebeitrag:** € 50 (Akademienmitgl. kostenfrei)  
**Tagungsort:** Frankfurt a. M., Senckenberg. Institut f. Pathologie, Universitätsklinikum, Hörsaal, Haus 6, Theodor-Stern-Kai 7  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau I. Krahe, Akademie, Fon: 06032 782-213, Fax: -228, E-Mail: [ingrid.krahe@laekh.de](mailto:ingrid.krahe@laekh.de)

### Arbeits- und Betriebsmedizin

**Aktuelles aus der Arbeitsmedizin** **6 P**  
**Samstag, 14. Nov. 2009, 09:15 – 14:00 Uhr**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. H.-J. Woitowitz / Dr. med. D. Kobosil  
**Teilnahmebeitrag:** € 25 (Akademienmitgl. kostenfrei)  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau L. Stieler, Akademie, Fon: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: [luise.stieler@laekh.de](mailto:luise.stieler@laekh.de)

### Winterkongress – Thema Kopfschmerz

**Themen:** Pathogenese von Kopfschmerzen; Prinzipien der Schmerzanalyse; Migräne; Red Flags – Gefährliche Kopfschmerzen; Schmerzen rund um das Kiefergelenk; Periorbitale Schmerzquellen; Workshops  
**Samstag, 14. Nov. 2009, 09:30 – 15:15 Uhr** **8 P**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. R. W. C. Janzen, Bad Homburg, Prof. Dr. med. H. Steinmetz, Frankfurt a. M.  
**Teilnahmebeitrag:** € 110 (Akademienmitgl. € 99)  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau M. Turano, Akademie, Fon: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: [melanie.turano@laekh.de](mailto:melanie.turano@laekh.de)

### Interdisziplinäre palliative Versorgung

In Kooperation mit dem Dt. Verband für Physiotherapeuten  
**Samstag, 14. Nov. 2009, 10:00 – 17:30 Uhr**  
**Veranstaltung wird auf Frühjahr 2010 verschoben!**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. A. Henneberg / H.-Y. Massuger, Ffm.  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau M. Turano, Akademie, Fon: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: [melanie.turano@laekh.de](mailto:melanie.turano@laekh.de)

### Symposium: Vom Medizinstudium zum Facharzt

Die Veranstaltung richtet sich an Medizinstudent/innen, Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung sowie an leitende Ärztinnen/Ärzte und Personalverantwortliche in Krankenhäusern *siehe Seite 701*  
**Freitag, 11. Dezember 2009, 09:00 Uhr – 18:00 Uhr** **8 P**  
**Leitung:** Dr. med. Roland Kaiser, Frankfurt a. M.  
**Teilnahmebeitrag:** € 40 (Studenten € 10)  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, FBZ der LÄKH, Carl-Oelemann-Weg 5-7  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Schad, Fon: 069 97672-195, E-Mail: [qs@laekh.de](mailto:qs@laekh.de)

### Repetitorium Innere Medizin 2009

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse.  
**Montag, 23. – Samstag, 28. Nov. 2009**  
**Programmübersicht:** (s. *HÄBL 10/09*)  
**Leitung:** Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Fulda  
**Teilnahmebeitrag insg.:** € 495 (Akademienmitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 445)  
**Einzelbuchung pro Tag:** € 150 (Akademienmitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 135)  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Zinkl, Akademie, Fon: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

### Aktuelle Diabetologie

Gemeinsame Fortbildungsreihe für Hausärzte der LÄKH in Zusammenarbeit mit der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes (HFD), DMP-zertifiziert.  
**Mittwoch, 18. Nov. 2009, 15:30 – 20:00 Uhr** **6 P**  
**Teil 1:** Die nichtmedikamentöse Diabetestherapie  
**Teil 2:** Insulintherapie für die Praxis  
**Leitung:** Dr. med. C. Marck, Pohlheim  
**Teilnahmebeitrag:** kostenfrei  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Zinkl, Akademie, Fon: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

### Chirurgie

**Unfallchirurgie – Der komplexe Ellenbogen** **8 P**  
**Themen:** Funktionelle Anatomie des Ellenbogens; Distale Humerusfrakturen – Therapieoptionen/Pro- Contra; Olecranonosteotomie/Bewegungs-Distraktionsfixateur; Olecranon-, Radius und Coronoidfraktur – Osteosynthese/Resektion/Prothese; OP Indikation und Behandlungs-Algorithmus; Der Sportler Ellenbogen – Aktuelles zum Tennis-Golferellenbogen/Instabilitäten/distalen Bizepssehnenläsionen und anderen Weichteilproblemen; Strategien zur Komplikationsvermeidung nach Frakturen am Ellenbogengelenk bei Kindern und Jugendlichen?; Wann ist die Ellenbogenprothese indiziert? Welches Modell sollte gewählt werden? Wissenswertes über die Prothetik; Minimalinvasive Wege zum Erfolg; Arthroskopische Techniken; Fehleranalyse aus der Erfahrung der Schlichtungsstelle.  
**Samstag, 05. Dez. 2009, 10:00 – 17:00 Uhr**  
**Leitung:** Prof. Dr. Dr. med. R. Schnettler, Gießen  
 Dr. med. T. Pavlidis, Gießen  
**Teilnahmebeitrag:** € 90 (Akademienmitgl. kostenfrei)  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau M. Turano, Akademie, Fon: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: [melanie.turano@laekh.de](mailto:melanie.turano@laekh.de)



### Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapie

**Burnout bei Ärzten – Betroffen sein und offen für Hilfe** 7 P

**Samstag, 06. Feb. 2010, 09:30 – 15:30 Uhr**

**Leitung:** Dr. med. 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 A. Flören-Benachib, Akademie,

Fon: 06032 782-238, Fax: -229,

E-Mail: [andrea.floeren-benachib@laekh.de](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)

### Medizin in der Literatur

**Essen und Trinken in der Medizin- und Kulturgeschichte**

**Mittwoch, 11. Nov. 2009, 19:00 – 21:00 Uhr**

**Leitung:** Prof. Dr. med. D. von Engelhardt, Lübeck

**Moderation:** Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Fulda

**Teilnahmebeitrag:** kostenfrei

**Tagungsort:** Fulda, Kapelle des Vonderau-Museums, Jesuitenplatz 2

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Zinkl, Akademie,

Fon: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

### Strukturierte fachspezifische Fortbildung „Kinder- und Jugendmedizin“

**Aspekte pädiatrischer Orthopädie und Traumatologie** 5 P

Frakturen der oberen Extremität; Frakturen der unteren Extremität; Verbrennung und thorako-abdominale Verletzungen; Orthopädische Krankheitsbilder an der oberen Extremität; Orthopädische Krankheitsbilder an der unteren Extremität.

**Samstag, 28. Nov. 2009, 09:00 – 13:30 Uhr**

**Leitung:** Prof. Dr. med. I. Marzi, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau M. Turano, Akademie,

Fon: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: [melanie.turano@laekh.de](mailto:melanie.turano@laekh.de)

### Patientenaufklärung

**Das Aufklärungsgespräch:**

**Fallstricke und ihre Vermeidung**

(s. HÄBl 08/09)

**Samstag, 12. Dez. 2009, 09:00 – 15:30 Uhr**

9 P

**Leitung:** Prof. Dr. med. E. Baum, Marburg

**Teilnahmebeitrag:** € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau E. Hiltcher, Akademie,

Fon: 06032 782-211, Fax: -229, E-Mail: [edda.hiltcher@laekh.de](mailto:edda.hiltcher@laekh.de)

### Repetitorium Allgemeinmedizin

16 P

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

**Samstag/Sonntag, 19./20. Juni 2010, jeweils 09:00 – 16:30 Uhr**

**Leitung:** Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** € 260 (Akademiemitgl. € 234)

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau R. Heßler, Akademie,

Fon: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: [renate.hessler@laekh.de](mailto:renate.hessler@laekh.de)

### Augenheilkunde

**Neues aus der Ophthalmologie**

**Mittwoch, 09. Dez. 2010, 17:00 – 20:00 Uhr**

**Leitung:** Prof. Dr. med. C. Ohrloff, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** kostenfrei

**Tagungsort:** Frankfurt a. M., Klinik für Augenheilkunde,

Klinikum der JWG, Haus 23-4

(ehem. kl. Hörsaal, Theodor-Stern-Kai 7)

**Auskunft und Anmeldung:** Frau K. Baumann, Akademie,

Fon: 06032 782-281, Fax: -228, E-Mail: [katja.baumann@laekh.de](mailto:katja.baumann@laekh.de)

## II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

### Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

Aufbaukurs C2 **Samstag, 28. Nov. – Samstag, 05. Dez. 2009** 60 P

Grundkurs A1 **Samstag, 23. Jan. – Samstag, 30. Jan. 2010**

Aufbaukurs B1 **Samstag, 27. Feb. – Samstag, 06. März 2010**

Aufbaukurs C1 **Samstag, 17. Apr. – Samstag, 24. Apr. 2010**

Grundkurs A2 **Samstag, 11. Sep. – Samstag, 18. Sep. 2010**

Aufbaukurs B2 **Samstag, 30. Okt. – Samstag, 06. Nov. 2010**

Aufbaukurs C2 **Samstag, 27. Nov. – Samstag, 04. Dez. 2010**

**Teilnahmebeitrag pro Kursteil:** € 490 (Akademiemitgl. € 441)

**Leitung:** Prof. Dr. med. H.-J. Weitowitz / Dr. med. D. Kobosil

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau L. Stieler, Akademie,

Fon: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: [luise.stieler@laekh.de](mailto:luise.stieler@laekh.de)

### Interkulturelle Kompetenz für Heil- und Gesundheitsberufe

In Kooperation mit der Landeskommission für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen

Modul 1: **Migration – Integration (16 UE)**

**05./06. März 2010**

Modul 4: **West- u. Südasiens, inkl. Indien (16 UE)**

**28./29. Mai 2010**

Modul 5: **Südostasien u. China (16 UE)**

**03./04. Sep. 2010**

**Leitung:** Dr. med. U. Schreiber-Popović

Dipl.- Psych. U. Cramer-Düncher

**Auskunft und Anmeldung:** Frau H. Cichon, Akademie,

Fon: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: [heike.cichon@laekh.de](mailto:heike.cichon@laekh.de)



**Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Stunden)**

In Zusammenarbeit mit der Deutschen Ärztgesellschaft für Akupunktur e.V./DÄGfA gemäß Curriculum der BÄK.

**I. Teil Theorie (120 Stunden)**

<b>Freitag, 13. Nov. – Sonntag, 15. Nov. 2009</b>	G7-G9
<b>Freitag, 04. Dez. – Samstag, 05. Dez. 2009</b>	G10-G11
<b>Samstag, 12. Dez. 2009</b>	G12

**II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen / Fallseminare (80 Stunden)**

**Samstag, 14. Nov. 2009** G17    **Samstag, 21. Nov. 2009** G18

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

**Teilnahmebeitrag:** auf Anfrage

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau M. Turano, Akademie,

Fon: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: [melanie.turano@laekh.de](mailto:melanie.turano@laekh.de)

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

Fon: 089 71005-13, Fax: -25, E-Mail: [bauss@daegfa.de](mailto:bauss@daegfa.de)

**Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin**

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

**Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005**

**Kurs C1**    **06. Feb. 2010**    **8 Std.**

Psychosomatische Grundversorgung unter speziellen Gesichtspunkten der Allgemeinmedizin – verbale Interventionstechniken.

**Kurs C2**    **24. Apr. 2010**    **6 Std.**

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

**Kurs A**    **11./12. Juni 2010**    **20 Std.**

Psychosomatische Grundversorgung – Theorie

**Kurs B**    **10./11. Sep. 2010**    **20 Std.**

Psychosomatische Grundversorgung – Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken.

+ Balintgruppe (extern zu besuchen)    **30 Std.**

**Weiterbildungsordnung ab 1999**

**Block 16**    Kurs A wird anerkannt

Psychosomatische Grundversorgung – Theorie

**Block 17**    Kurs B wird anerkannt

Psychosomatische Grundversorgung – Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken.

**Teilnahmebeitrag:** auf Anfrage

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau R. Heßler, Akademie,

Fon: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: [renate.hessler@laekh.de](mailto:renate.hessler@laekh.de)

**Didaktik**
**Moderatorenttraining**
**20 P**

In Zusammenarbeit mit der Münsterfeld-Akademie.

Seminarziel: Vermittlung kollegialer Moderationstechniken für Qualitätszirkel, inkl. der Vermittlung von entsprechenden Methoden und Techniken.

**Freitag, 06. – Samstag, 07. Nov. 2009**

**Leitung:** Dr. med. W. Zeckey, Fulda

**Teilnahmebeitrag:** € 280 (Akademiemitgl. € 252)

**Tagungsort:** Fulda

**Rhetorik**

Effektives Kommunizieren im ärztlichen Umfeld.

Kommunikation ist ein wesentlicher Bestandteil ärztlicher Arbeit: Gespräche mit Patienten und Angehörigen, Mitarbeitern, Angestellten und Kollegen sind oft der wesentlichste Teil des täglichen Arbeitsablaufs. Oft ist die kommunikative ärztliche Kompetenz für Patienten sogar ein wichtiges Instrument zur Beurteilung der medizinischen Qualität. Hinzu kommen besondere Situationen wie Vorträge vor Kollegen oder Patienten sowie in immer stärkerem Maße die Notwendigkeit, hochwertige ärztlich-kommunikative Marketingstrategien für Klinik und Praxis zu entwickeln.

Dieses Seminar vermittelt Grundlagen der besonderen ärztlichen Kommunikation und Rhetorik und bietet ausführlich Gelegenheit, anhand konkreter, praxisrelevanter Falldarstellungen die erworbenen Kenntnisse zu trainieren.

**Freitag, 12. Feb. 2010, 16:00 – 20:00 Uhr**

**Samstag, 13. Feb. 2010, 09:00 – 17:00 Uhr**

**Leitung:** Prof. Dr. med. Dr. sc. hum. Kai Witzel

**Teilnahmebeitrag:** auf Anfrage

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

Fon: 06032 782-238, Fax: -229,

E-Mail: [andrea.floeren-benachib@laekh.de](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)

**Ernährungsmedizin (100 Std.)**

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

Teil I    **22./23. Jan. 2010**

Teil II    **19./20. Feb. 2010**

Teil III    **19./20. März 2010**

Teil IV    **16./17. Apr. 2010**

Teil V    **07./08. Mai 2010**

Hospitation    **Gießen 09./11. u. 12. Jun. 2010**

**Frankfurt a. M. 12. Jun. 2010 + ein Tag**

Klausur am    **30. Jun. 2010**

**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,

Fon: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)





## Hämotherapie

### Indikation für Blutkomponenten und Gerinnungspräparate auf Basis der neuen Querschnitts-Leitlinien der BÄK

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

Themen: Therapieleitlinien der BÄK – Entwicklung und Bedeutung; Indikationen für Blutkomponenten; Indikationen für Gerinnungspräparate

**Donnerstag, 19. Nov. 2009, 14:00 Uhr – 18:00 Uhr** 5 P

**Leitung:** Prof. Dr. med. V. Kretschmer, Rostock  
**Teilnahmebeitrag:** € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

### Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter (16 Std.)

**Freitag, 20. Nov. – Samstag, 21. Nov. 2009** 16 P

**Teilnahmebeitrag:** € 340 (Akademiemitgl. € 306)

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau H. Cichon, Akademie,

Fon: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: [heike.cichon@laekh.de](mailto:heike.cichon@laekh.de)

## Notfallmedizinische Fortbildung

### Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

#### Kurs „Ärztliche Leitungsaufgaben im Rettungsdienst und seinen Schnittstellen“ – nicht nur für „ÄLRD“

Kursmodul I (alleine) **Mittwoch, 27. – Freitag, 29. Jan. 2010**

**Teilnahmebeitrag:** € 390 (Akademiemitgl. € 351)

Kursmodul II (alleine) **Freitag, 29. – Samstag, 30. Jan. 2010**

**Teilnahmebeitrag:** € 240 (Akademiemitgl. € 216)

Kursmodul I + II **Mittwoch, 27. – Samstag, 30. Jan. 2010**

**Teilnahmebeitrag:** € 480 (Akademiemitgl. € 432)

**Leitung:** Dr. med. W. Lenz, Gelnhausen

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

### Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD

**Freitag, 05. – Sonntag, 07. März 2010**

**Freitag, 08. – Sonntag, 10. Okt. 2010**

**Leitung:** Dr. med. A. Dorsch, Haimhausen / M. Leimbeck, Braunfels

**Teilnahmebeitrag:** € 400 (Akademiemitgl. € 360)

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

### Seminar Leitender Notarzt

**Samstag, 21. Nov. – Dienstag, 24. Nov. 2009** Kassel

**Teilnahmebeitrag:** € 660 (Akademiemitgl. € 594)

### Notfallmedizinisches Intensivtraining in der niedergelassenen Praxis

**Samstag, 16. Jan. 2010** 10 P

**Leitung:** Dr. med. A. Dorsch, Haimhausen

**Teilnahmebeitrag:** € 220 (Akademiemitgl. € 198)

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau V. Wolfinger, Akademie,

Fon: 06032 782-202, Fax: -229,

E-Mail: [veronika.wolfinger@laekh.de](mailto:veronika.wolfinger@laekh.de)

## Palliativmedizin

Fallseminar Modul III **09. – 13. Nov. 2009** 40 P

**Teilnahmebeitrag:** € 700 (Akademiemitgl. € 630)

Basiskurs **01. – 05. Dez. 2009** 40 P

**Teilnahmebeitrag:** € 600 (Akademiemitgl. € 540)

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

Aufbaukurs Modul I **18. – 22. Nov. 2009** 40 P

– in Zusammenarbeit mit A. N. R. Lahn-Dill-Kreis e.V.

**Teilnahmebeitrag:** € 600 (Akademiemitgl. € 540)

**Tagungsort:** Wetzlar, Hospiz- u. Palliativakademie Mittelhessen, Charlotte-Bamberg-Str. 14

**Auskunft und Anmeldung:** Frau V. Wolfinger, Akademie,

Fon: 06032 782-202, Fax: -229,

E-Mail: [veronika.wolfinger@laekh.de](mailto:veronika.wolfinger@laekh.de)

## Ärztliches Qualitätsmanagement

Block IV **16. Nov. – 21. Nov. 2009** 48 P

**Teilnahmebeitrag:** € 1.100 (Akademiemitgl. € 990)

### Kurse für 2010 in Planung

Durchführung und Auswertung von internen Audits (Beispiel Transfusionsmedizin)

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

**Freitag, 06. Nov. 2009, 09:00 – 17:00 Uhr** 11 P

**Referentin:** Dr. Dipl.-Psych. Christine Kuch, Köln

**Leitung:** N. Walter, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** € 180 (Akademiemitgl. € 162)

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau H. Cichon, Akademie,

Fon: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: [heike.cichon@laekh.de](mailto:heike.cichon@laekh.de)

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

**Samstag, 28. Nov. 2009, 09:00 – 17:00 Uhr** 21 P

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

**Teilnahmebeitrag:** € 180 (Akademiemitgl. € 162)

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau R. Heßler, Akademie,

Fon: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: [renate.hessler@laekh.de](mailto:renate.hessler@laekh.de)

## Prüfarzt in klinischen Studien

**Freitag, 28. – Samstag, 29. Mai 2010**

**Leitung:** Prof. Dr. med. S. Harder, Frankfurt a. M.

**voraus. Teilnahmebeitrag:** € 440 (Akademiemitgl. € 396)

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Zinkl, Akademie,

Fon: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)



**Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)****15. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung****20. Nov. – 22. Nov. 2009 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr) 20 P****A:** Der alte Mensch/der chronisch Kranke/der sterbende Mensch  
**B:** Techniken ärztlicher Begleitung; das salutogenetisch geführte Gespräch**16. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung**

Das 16. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung 2010 ermöglicht Ihnen, in sechs Blockveranstaltungen zu je 20 Std. das Zertifikat „Psychosomatische Grundversorgung“ zu erwerben. Es berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35 100/35 110). Es handelt sich um eine integrierte Veranstaltung. Enthalten sind hierin die erforderlichen Anteile von 30 Std. Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balint), 30 Std. Interventionstechniken, 20 Std. Wissen, d. h. insgesamt 80 Std. In den Teilnahmegebühren sind die Gebühren für die Balintgruppenarbeit (Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung) enthalten.

**I. 15. Jan. – 17. Jan. 2010 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr)****II. 19. Feb. – 21. Feb. 2010 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr)****III. 16. Apr. – 18. Apr. 2010 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr)****IV. 28. Mai – 30. Mai 2010 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr)****V. 27. Aug. – 29. Aug. 2010 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr)****VI. 19. Nov. – 21. Nov. 2010 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr)****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 A. Flören-Benachib, Akademie,  
Fon: 06032 782-238, Fax: -229,  
E-Mail: [andrea.floeren-benachib@laekh.de](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)**32. Bad Nauheimer Psychotherapie-Tage 2009****Theorie und Praxis:** Modelle der psychosomatischen Medizin; Das positive Menschenbild unter dem transkulturellen Ansatz; Pathogenese und Salutogenese; Abgrenzung psychosomatischer Störungen von Neurosen und Psychosen. Krankheit und Familiendynamik; Interaktion in Gruppen; Vier Formen der Krankheitsbewältigung (Coping); Differentialindikation von Psychotherapieverfahren; Neurosenlehre verschiedener psychotherapeutischer Schulen; Erstinterview; 5 Stufen der Therapie; Reflexion der Therapeut-Patient-Beziehung; Balint-Gruppe und Selbsterfahrung; Verbale Intervention (Spezielle Techniken); Familientherapie; Paartherapie  
*Folgende Krankheitsbilder werden u. a. behandelt:* Adipositas; Diabetes mellitus; Ängste und Depressionen; Asthma bronchiale; Bandscheibenvorfall; Herzphobie; Hypertonie; Krebs; Multiple Sklerose; Schizophrenie; Sexuelle Funktionsstörungen; Positiver Umgang mit Trennung, Verlust, Tod und Trauer in verschiedenen Kulturen; Suizid (Fallvorstellungen, Fallbesprechungen und Selbsterfahrung)**Block 1: Freitag, 05. – Sonntag, 07. Feb. 2010****Block 2: Freitag, 09. – Sonntag, 11. Apr. 2010****Block 3: Freitag, 23. – Sonntag, 25. Juli 2010****Block 4: Sonntag, 11. Sep. 2010**

jeweils von 09:15 bis 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  
Fon: 0611 3411-675 und -674, Fax: 0611 3411-676**Psychiatrie / Gutachten****Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen  
in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen**

In Kooperation mit der Landeskommission für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen (s. HÄBl 08/09)

**Samstag/Sonntag, 07./08. Nov. 2009 und****Samstag/Sonntag, 20./21. Feb. 2010****Leitung:** Ž. Čunovič / Dr. med. B. Wolff, Frankfurt a. M.**Teilnahmebeitrag:** € 500 (Akademiemitglieder € 450)**Tagungsort: Bad Nauheim,**

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

**Auskunft:** Ž. Čunovič, Fon: 069 7167-8776

Dr. med. B. Wolff, Fon: 069 78995335

**Anmeldung:** Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

Fon: 06032 782-238, Fax: -229,

E-Mail: [andrea.floeren-benachib@laekh.de](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)**Sozialmedizin (insg. 320 Std.)**GK I **Mittwoch, 14. Apr. – Freitag, 23. Apr. 2010** **80 P**GK II **Mittwoch, 29. Sep. – Freitag, 08. Okt. 2010** **80 P****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,Fon: 06032 782-287, Fax: -228, E-Mail: [claudia.cordes@laekh.de](mailto:claudia.cordes@laekh.de)**Spezielle Schmerztherapie**

(Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer)

**Block A 06./07. März 2010 in Bad Nauheim** **20 P**

Grundwissen über Pathogenese, Diagnostik und Therapie; Psychische Störungen mit Leitsymptom Schmerz und psychosomatische Wechselwirkungen bei chronischen Schmerzzuständen.

**Leitung:** Dr. med. K. Böhme, Kassel**Block D 08./09. Mai 2010 in Bad Nauheim** **20 P**

Muskuloskeletale Schmerzen; Rückenschmerz; Schulter-Nackenschmerz; Muskelschmerz, weit verbreitete Schmerzen (engl. Syn.: widespread pain), Fibromyalgie; Gelenkerkrankungen

**Leitung:** Prof. Dr. med. P. M. Osswald, Frankfurt a. M.**Block C 11./12. Sep. 2010 in Wiesbaden** **20 P**

Schmerzen bei vaskulären Erkrankungen; Schmerzen bei viszeralen Erkrankungen; Tumorschmerz; Schmerzen im Alter; Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen

**Leitung:** Dr. med. U. Nickel, Wiesbaden**Block B 06./07. Nov. 2010 in Kassel** **20 P**

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,Fon: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)



## Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RÖV

### Aktualisierungskurs

**Samstag, 14. Nov. 2009** 9 P

**Teilnahmebeitrag:** € 120 (Akademiemitgl. € 108)

**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,

Fon: 06032 782-211, Fax: -229, E-Mail: [edda.hiltcher@laekh.de](mailto:edda.hiltcher@laekh.de)

**Termine 2010 für Kurse zum Erwerb und zum Erhalt der Fachkunde in Planung!**

## Suchtmedizinische Grundversorgung (50 Std.)

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

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

### Herbst 2009 Rheinland-Pfalz

Modul III/IV **Freitag, 11. Dez. – Samstag, 12. Dez. 2009 in Lustadt**

Modul V **Freitag, 18. Dez. – Samstag, 19. Dez. 2009 in Lustadt**

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

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

Fon: 06131 28438-15, Fax: -10, E-Mail: [kroehler@arztkolleg.de](mailto:kroehler@arztkolleg.de)

## Verkehrsmedizinische Qualifikation

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)

**Freitag, 25. Juni – Samstag, 26. Juni 2010** 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,

Fon: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: [renate.hessler@laekh.de](mailto:renate.hessler@laekh.de)

## Ultraschallkurse

### Abdomen

**Leitung:** Dr. med. J. Bönhof, Dr. med. W. Stelzel

**Abschlusskurs** 29 P

**Samstag, 07. Nov. 2009 (Theorie)**

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 230 (Akademiemitgl. € 207)

**Grundkurs** 40 P

**Samstag, 16. und Sonntag, 24. Jan. 2010 (Theorie)**

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 440 (Akademiemitgl. € 396)

**Aufbaukurs** 40 P

**Samstag, 13. und Sonntag, 21. März 2010 (Theorie)**

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 440 (Akademiemitgl. € 396)

**Abschlusskurs** 29 P

**Samstag, 06. Nov. 2010 (Theorie)**

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 250 (Akademiemitgl. € 225)

### Gefäße

**Leitung:** Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle / Dr. med. J. Bönhof

**Abschlusskurs (periphere Gefäße)** 20 P

**Freitag, 20. – Samstag, 21. Nov. 2009 (Theorie + Praktikum)**

€ 290 (Akademiemitgl. € 260)

**Interdisziplinärer Grundkurs** 29 P

**Donnerstag, 11. – Freitag, 12. Feb. 2010 (Theorie)**

**Samstag, 13. Feb. 2010 (Praktikum)**

€ 440 (Akademiemitgl. € 396)

**Aufbaukurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße)** 25 P

**Donnerstag, 24. – Freitag, 25. Juni 2010 (Theorie)**

**Samstag, 26. Juni 2010 (Praktikum)**

€ 380 (Akademiemitgl. € 342)

**Abschlusskurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße)** 20 P

**Freitag, 26. – Samstag, 27. Nov. 2010 (Theorie + Praktikum)**

€ 320 (Akademiemitgl. € 288)

**Auskunft und Anmeldung:** Frau M. Jost,

Fon: 069 97672-552, Fax: -555, E-Mail: [marianne.jost@laekh.de](mailto:marianne.jost@laekh.de)

## ALLGEMEINE HINWEISE

**Programme:** Bitte haben Sie Verständnis, dass wir uns kurzfristige Änderungen vorbehalten müssen.

**Anmeldung:** Ihre unterschriebene Anmeldung gilt als verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung. Wenn wir Veranstaltungen kurzfristig absagen müssen, werden Sie von uns benachrichtigt. Bitte beachten Sie etwaige Teilnahmevoraussetzungen!

**Teilnahmebeitrag:** gilt inkl. Seminarunterlagen und Pausenverpflegung (sofern nicht anders angegeben).

**Akademie-Mitgliedschaft:** Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Teilnahmebeiträge für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Für Studenten der Humanmedizin ist die Mitgliedschaft kostenfrei. Während der Zeit der Weiterbildung beträgt der jährliche Beitrag € 45 danach € 90. Weitere Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Fon: 06032 782-204, E-Mail: [cornelia.thriene@laekh.de](mailto:cornelia.thriene@laekh.de).

**Übernachtungsmöglichkeit:** Teilnehmer von Veranstaltungen unserer Akademie können ein Sonderkontingent für Übernachtungen im Gästehaus in Anspruch nehmen. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an: Mirjana Redžić, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-140, Fax: 06032 782-250, E-Mail: [mirjana.redzic@laekh.de](mailto:mirjana.redzic@laekh.de)

**Freiwilliges Fortbildungszertifikat der Akademie:** Das hessische Mitglied muss mindestens 250 Fortbildungspunkte in 5 Jahren gemäß den in der Akademie gültigen Kriterien erwerben. Der Nachweis wird mit dem 5 Jahre gültigen freiwilligen Fortbildungszertifikat der Akademie und der Blauen Plakette bestätigt.

Die erworbenen Punkte zählen auch als Pflichtpunkte im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes für die Kassenärztliche Vereinigung. Einen formlosen Antrag stellen Sie bitte bei der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Ingrid Krahe, Fax: 06032 782-228, E-Mail: [ingrid.krahe@laekh.de](mailto:ingrid.krahe@laekh.de)

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass das Ausstellen einige Wochen in Anspruch nehmen kann.





## Prüfungsvorbereitungskurse

### GOÄ/UV-GOÄ (PVK 2)

**Inhalte:** Im Kurs werden die Kernelemente der GOÄ und die Abrechnung von Arbeitsunfällen nach der UV\_GOÖ mit praktischen Beispielen und Übungsaufgaben wiederholt und vertieft.

**Termin:** Samstag, 16.01.2010, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Stunden)

**Teilnahmegebühr:** € 75

### Abrechnung (PVK 1)

**Inhalte:** Formularwesen, vertragliche Abrechnung und Privatliquidation (EBM und GOÄ)

**Termin:** Samstag, 28.11.2009, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Stunden)

**Teilnahmegebühr:** € 75

### Verwaltung (PVK 5)

**Inhalte:** Rechnungswesen, Zahlungsverkehr, Praxisorganisation

**Termin:** Samstag, 05.12.2009, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Stunden)

**Teilnahmegebühr:** € 75

### Wirtschaft und Sozialkunde (PVK 6)

**Inhalte:** Arbeitsrecht, Vertragsrecht, Steuern

**Termin:** Samstag, 12.12.2009, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Stunden)

**Teilnahmegebühr:** € 75

### Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 3)

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

**Termin:** Samstag, 30.01.2010, 09:30 – 17:30 Uhr (7 Stunden)

**Teilnahmegebühr:** € 95

### Betriebsorganisation – Verwaltung (PVK 6)

**Inhalte:** Rechnungswesen, Zahlungsverkehr, Praxisorganisation

**Termin:** Samstag, 20.02.2010, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Stunden)

**Teilnahmegebühr:** € 75

**Information:** Elvira Günthert, Telefon: 06032 782-132, Fax -180

## Patientenbetreuung / Praxisorganisation

### Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1)

**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, 22.01.2010, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

**Teilnahmegebühr:** € 95

### Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)

**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, 23.01.2010, 10:00 – 17:30 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 95

**Information:** Karin Jablotschkin, Tel: 06032 782-184, Fax -180

### Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 4)

**Inhalte:** Kostenträger, Besonderheiten bei der Abrechnung mit den „Sonstigen Kostenträgern“, Aufbau und Systematik des EBM, Allgemeine Bestimmungen, wann darf ich welche Ziffer abrechnen, Umgang mit der Praxisgebühr, Vermeidung von Abrechnungsfehlern, Regelleistungsvolumen, Besprechung sonstiger aktueller Themen.

**Termin:** Stufe 1: Samstag, 27.02.2010, 10:00 – 16:30 Uhr

Stufe 2: Samstag, 06.03.2010, 09:30 – 17:30 Uhr (16 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 185

### Telefongespräche mit schwierigen Patienten (PAT 10)

**Inhalte:** Besonderheiten der Telefonkommunikation, positive Gesprächsatmosphäre herstellen, Tipps zu Sprache und Stimme, positives und zielorientiertes Verhalten am Telefon, professioneller Umgang mit Konflikten und Beschwerden, Gesprächsführung mit „ungeduldigen“, „dominanten“, „stillen“, „Vielredner“-Patienten.

**Termin:** 12.12.2009, samstags, 10:00 – 16:30 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 95

**Information:** Elvira Günthert, Tel: 06032 782-132, Fax -180

## Schwerpunkt Medizin

### Aufbereitung von Medizinprodukten

#### in der ärztlichen Praxis (MED 10)

**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.

**Termine in Bad Nauheim:**

27./28.11.2009 und 03.12.2009 – 05.12.2009 (30 Stunden)

**Termine in Kassel:**

22./23.01.2010 und 29./30.01.2010 und 06.02.2010 (30 Stunden)

Die Veranstaltung findet im Marienkrankenhaus,

Marburger Straße 85 in 34127 Kassel statt.

**Teilnahmegebühr:** € 410

**Information:** Elvira Günthert, Tel: 06032 782-132, Fax -180

### Ruhe- und Belastungs-EKG für Fortgeschrittene Teil 1 (MED 3)

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

**Termin:** Interessentenliste

**Teilnahmegebühr:** € 95

### Ruhe- und Belastungs-EKG für Fortgeschrittene Teil 2 (MED 4)

**Inhalte:** Erkennung von technischen (Anwendungs-)Fehlern, Grundlagen der Pathologie (Belastungs-EKG), Grundlagen der Dopplermessung (u.a. Blutdruck), Durchführung und Überblick über die Auswertung eines Langzeit-EKGs und einer Langzeit-Blutdruckmessung, Fehlermöglichkeiten, Gerätewartung.

**Termin:** Interessentenliste

**Teilnahmegebühr:** € 95





### **Sonderkurs zur Fortgeltung der Fachkunde und der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz für medizinisches Assistenzpersonal**

#### **Aktualisierungskurs nach § 18a RöV (MED 2)**

Der vorliegende Sonderkurs richtet sich an alle Personen, die die Frist bis zum 01. Juni 2007 zur Aktualisierung versäumt haben und damit die Fachkunde oder die Kenntnisse im Strahlenschutz derzeit nicht mehr nachweisen können.

**Termin:** 26. 02.2010 ab 9:00 Uhr bis Samstag, 27. 02. 2010, 16:15 Uhr (16 Stunden)

**Teilnahmegebühr:** € 245

**Information:** Karin Jablotschkin, Tel: 06032 782-184, Fax -180

### **Schwerpunkt Onkologie und Palliativmedizin**

#### **Therapiemaßnahmen in der Onkologie (ONK 1)**

**Inhalte:** Tumorzellenentwicklung und Tumorbiologie, Behandlungsmethoden, Umgang mit Zytostatika, Notfallsituationen, Maßnahmen der Stammzellentransplantation, Maßnahmen der Transfusion von Blut und Blutkomponenten, Systematik maligner Tumore und hämatologische Systemerkrankungen, Komplikationen.

**Termin:** Donnerstag, 10.12.2009, 13:30 Uhr bis Samstag, 12.12.2009, 14:30 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 185

#### **Symptomkontrolle in der palliativmedizinischen Versorgung (PAL 1)**

**Inhalte:** Symptome im Praefinal- und Finalstadium kennen, Symptom-Fragebogen durchführen, Stimmungslage des Patienten einschätzen, Organisation des Tagesablaufes beurteilen, Notfallmaßnahmen bei Schwerkranken und Sterbenden durchführen.

**Termin:** Freitag, 04.12., 10:00 Uhr bis Samstag, 05.12.2009, 16:30 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 185

**Ansprechpartnerin:** Elvira Keller, Telefon: 06032 782-185, Fax -180

### **Klinikassistenz (120 Stunden)**

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

**Termin:** auf Anfrage

**Teilnahmegebühr:** € 1.180 zzgl. € 60 Kolloquium

**Information:** Monika Kinscher, Tel: 06032 782-187, Fax -180

### **Pilotkurs: Schnupperkurs elearning**

Die Teilnahme am Pilotkurs ist kostenfrei.  
Begrenzte Teilnehmerzahl.

Ab 2010 startet die Carl-Oelemann-Schule Fortbildungsveranstaltungen, die in Kombination aus Präsenzlernphasen und Telelernphasen durchgeführt werden. Zur Einführung in das neue Lernmedium werden Fortbildungen angeboten, die den Teilnehmer/innen die Gelegenheit geben, sich mit dieser neuen Form des Lernens im Überblick vertraut zu machen.

Die Anwendungsfreundlichkeit des bisherigen Schnupperkurses wurde in den letzten Wochen überarbeitet, daher möchten wir gemeinsam mit einer Pilotgruppe in die „neue Lernwelt“ starten.

- Sind Sie neugierig, wie eLearning funktioniert?
- Sie möchten zukünftig eLearning für Ihre Fortbildung nutzen, um z.B. Reisezeit zu sparen, fühlen sich aber noch uninformiert, wie ein Veranstaltungsablauf gestaltet sein könnte?
- Sie haben nicht viel PC-Erfahrung und wissen daher nicht, ob Sie es sich zutrauen, an einem eLearning-Kurs teilzunehmen?

**Termin:** Mittwoch, 25.11.2009 (4 Stunden)

**Information:** Elvira Keller, Tel: 06032 782-185, Fax -180

### **Neue Aufstiegsfortbildung zur Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung**

Die Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung erwirbt durch ihre Ausbildung die Kompetenzen, spezifische Fach- und Führungsaufgaben im Team des niedergelassenen Arztes oder anderer ambulanter Einrichtungen der medizinischen Versorgung zu übernehmen. Sie ist sowohl Fachkraft für administrative-verwaltungsbezogene Bereiche wie auch für medizinische Bereiche, die sie im Rahmen der Delegation durch den verantwortlichen Arzt bzw. der verantwortlichen Ärztin eigenständig durchführt. Die Fortbildung umfasst insgesamt 420 Unterrichtsstunden und gliedert sich in einen Pflichtteil von 300 Unterrichtsstunden und in einen medizinischen Wahlteil von 120 Unterrichtsstunden.

Der Pflichtteil besteht aus folgenden 8 Modulen:

- Lern- und Arbeitsmethodik
- Durchführung der Ausbildung
- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Risikopatienten und Notfallmanagement
- Patientenbetreuung und Teamführung
- Qualitätsmanagement
- Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien
- Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

**Beginn Pflichtteil:** ab 18. März 2010

**Teilnahmegebühr Pflichtteil:** € 1.480

**Prüfungsgebühren:** € 150

**Information:** Monika Kinscher, Tel: 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](http://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 Informationen wenden Sie sich bitte an: Frau Mirjana Redzic, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Tel. 06032 782-140, Fax: 06032 782-250, E-Mail: [gaestehaus@fbz-hessen.de](mailto:gaestehaus@fbz-hessen.de)



# Zur Promotion von Johann Christian Senckenberg 1737 in Göttingen zum Doktor der Medizin<sup>1</sup>

Udo Benzenhöfer

Im Jahr 1735 begann Johann Christian Senckenberg mit der Abfassung einer medizinischen Dissertation zum Thema „Ueber die Heilkraft der Beeren des Maiglöckchens“ (dB S. 124f.; dB = August de Bary: Johann Christian Senckenberg (1707-1772). Frankfurt am Main 1947). Mitte April 1737 klagte er über eine Fülle von körperlichen Beschwerden (dB S. 126). Im Juni 1737 war er zur Kur in (Bad) Ems (dB S. 127). Nach der Rückkehr verfiel er wieder in einen, wie er selbst sagte, „hypocondrischen Zustand“ (dB S. 127). Auch Selbstmordgedanken traten in dieser Zeit auf. Senckenberg schaffte es jedoch, die Dissertation zu beenden, und reiste am 9. August 1737 nach Göttingen, um hier zu promovieren (dB S. 128). Dekan der medizinischen Fakultät war zu dieser Zeit Professor Richter. Senckenberg, der extreme Examensangst hatte, überarbeitete seine Dissertation noch einmal und überbrachte sie am 19. August 1737 dem Dekan (dB S. 129). Am 21. August wurde er zum Dekan gerufen, der sich anerkennend über die Dissertation äußerte und Senckenberg empfahl, alsbald eine Eingabe an die Fakultät zu richten (dB S. 129).

August de Bary schrieb nun 1947, „Senckenberg sei der erste [gewesen], der sich gemeldet habe“ (dB S. 129), was im Kontext nur so verstanden werden kann, dass Senckenberg der erste medizinische Promovend an der neu gegründeten Universität Göttingen gewesen wäre.

Diese Angabe ist jedoch falsch. Laut Sabine Mildner-Mazzei: Vom Medizinstudent zum Doktor. Die Göttinger Medizinischen Promotionen im 18. Jahrhundert. Göttingen 1993, S. 91 war Senckenberg nicht der erste, sondern der vierte medizinische Pro-

movend in Göttingen. Vor ihm promovierten Chr. H. Papen (3.12.1735), S. Fr. Linekogel (17.8.1736) und J. Fr. Schöpfer (20.8.1736).

Laut de Bary 1947, S. 130 wurden am 24. August 1737 in einer erneuten Unterredung mit dem Dekan Einzelheiten der Prüfung besprochen. Am 26. August 1737 wurde Senckenberg dann gemeinsam mit dem Kandidaten Koch aus Braunschweig geprüft (dB S. 130). Anwesend waren die Professoren Richter, Haller und Segner (dB S. 130). Die Prüfung war wohl nicht einfach, Senckenberg schrieb in seinen Aufzeichnungen dazu: „Es heißt auch hier, ein Narr kann mehr fragen als zehn Ge-scheite antworten!“ (dB S. 132).

Am 4. September 1737 fand die öffentliche Disputation über die Dissertation statt. Senckenberg holte am Disputationstag Professor Richter in dessen Wohnung ab, wo dieser ihm zur Stärkung Palmsekt und Konfekt anbot (dB S. 132). Dies habe Senckenberg nach eigener Aussage über die Anspannung hinweg geholfen, namentlich bei seiner Rede „de pietate medici“ (dB S. 132). Vor der Disputation habe er große Angst gehabt, diese dann aber überwunden. Der Abschluss der Disputation war ein günstiger (dB S. 132). Nach Beendigung der Prüfung hatte Senckenberg die Professoren und Opponenten bei sich zu Gast; er trank „ziemlich viel“ (dB S. 132). Am Abend lud er Studenten zu einer „Doktorkneipe“ ein, laut Senckenberg wurden „alle trunken et ego quoque [und ich auch; Anm. U.B.]“ (dB S. 133).

Das Verfahren bei Senckenberg scheint etwas vom üblichen Gang abgewichen zu sein. In Göttingen war laut Helm, der sich auf die Statuten bezieht, der folgende Ab-

lauf Usus (vgl. dazu Jürgen Helm: Tradition und Wandel der ärztlichen Selbstverpflichtung: Der Göttinger Promotionseid 1737-1889. Diss. med. Göttingen 1992): Nach dem bestandenen medizinischen Examen fand die Promotion statt (Helm S. 10). Der Kandidat nahm auf dem niederen Katheder Platz, er hielt eine kurze Vorlesung, die Dissertation wurde dann der öffentlichen Prüfung unterworfen (Helm S. 10). Anschließend ließ der Dekan, der auf dem oberen Katheder stand, den Kandidaten den Eid schwören, wobei der Kandidat das Akademische Szepter berührte (so Helm S. 10; laut Tütken S. 113 [Titelangabe siehe unten] berührte der Kandidat die Akademischen Szepter!). Daraufhin erklärte der Dekan den Kandidaten zum Doktor der Medizin und lud ihn auf das obere Katheder ein. Von hier aus hielt der frisch Gekürte, nachdem ihn der Dekan beglückwünscht, umarmt und ihm seine zukünftigen Pflichten anhand der alten Symbole erläutert hatte, eine Dankesrede und wurde im Anschluss daran nach Hause geleitet (Helm S. 10f.).

Senckenberg wurde erst am 18. September 1737, zwei Wochen nach der Disputa-

<sup>1</sup> Autorisierter Nachdruck aus Udo Benzenhöfer (Hrsg.): Studien zur Geschichte und Ethik der Medizin mit Schwerpunkt Frankfurt am Main. Wetzlar; GWAB-Verlag 2008, S. 7-12.

tion also, die Doktorwürde verliehen (dB S. 133). Diese Angabe von de Bary, der sich auf Senckenberg bezieht, wird durch das Protokollbuch der Medizinischen Fakultät bestätigt (freundliche Auskunft von U. Hunger, Universitätsarchiv Göttingen). Zu korrigieren ist diesfalls Mildner-Mazzei 1993, S. 91, die schrieb, dass Senckenberg am 2. September 1737 den Dokortitel erhielt.

Der Ort der Promotionszeremonie war die Paulinerkirche („feierliche“ Promotionen fanden in der Frühzeit der Universität Göttingen in dieser Kirche statt; vgl. Johannes Tütken: Privatdozenten im Schatten der Georgia Augusta. Göttingen 2005, S. 112).

Laut de Bary, der sich wieder auf Senckenberg bezieht, wurde dieser als erster von den Doktoranden (nach einer Rede des Dekans) auf das Katheder gerufen (dB S. 133). Dort musste er die von dem Aktuar verlesene Eidesformel beschwören. Er sprach also den Eid nicht nach, sondern gelobte nur, wie ihm „verlesen“ wurde (dB S. 133). Der Dekan setzte Senckenberg den Doktorhut auf, hielt ihm „das Buch“ hin (de Bary schrieb dazu S. 133: „welcher Art dieses war, erwähnt Senckenberg

nicht“), steckte ihm den (Doktor-)Ring an den kleinen Finger der rechten Hand, küsste und entließ ihn (dB S. 134).

Laut Tütken S. 115 lassen Ausführungen von M. Beese (vgl. Martina Beese: Die medizinischen Promotionen in Tübingen 1750-1799. Diss. med. Tübingen 1977) zur Promotion an der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen „die Begründung der rituellen Elemente erkennen“. Dies ist missverständlich formuliert. Auf der Grundlage der Arbeit von Beese, die sich bei den Angaben bzw. „Deutungen“ zum Promotionsakt vorwiegend auf die Beschreibung des dritten „Jubelfestes“ 1778 in Tübingen bezog, (Beese S. 63; wer die „Deutungen“ zu verantworten hatte, ist nicht angegeben), lassen sich Bedeutungszuschreibungen erkennen, die auf keinen Fall mit „feststehenden“ Bedeutungen verwechselt werden dürfen.

In Tübingen schwor der Kandidat den Promotionseid, anschließend forderte der Dekan oder der die Promotion vornehmende Professor den Promovenden auf, die Stufen des [zu ergänzen: oberen] Katheders zu betreten (Beese S. 18). Dies war das Zeichen dafür, dass der Promovend die

Reihen der Schüler verließ und künftig zu den Lehrenden gehörte (Beese S. 18).

Danach kamen die Doktoralinsignien ins Spiel, die der Dekan bei der Übergabe „mit deutenden Worten kommentierte“ (Beese S. 18). Zuerst bekleidete er den Kandidaten mit einem Hut. Er war „das Symbol der Gelehrtenfreiheit; der Doktor brauchte der Welt nicht barhäuptig gegenüber zu treten“ (Beese S. 18). Dann wurde dem Promovenden „ein Buch gezeigt, erst offen zur Erinnerung daran, sein aus den gedruckten Büchern geschöpftes Wissen immer wieder zu erneuern, dann geschlossen mit der Bedeutung, das Gelernte in praktischer Erfahrung an den Krankenbetten anzuwenden“ (Beese S. 18). In Göttingen scheint es sich im Zuge der medizinischen Promotion nicht um „das Buch“ gehandelt zu haben; laut Tütken S. 116 wurde nur den Theologen die Bibel vorgezeigt.

Laut Beese (S. 18f.) wurde dem Promovenden in Tübingen dann der Doktorring an den vierten Finger gesteckt (an welche Hand wurde nicht erwähnt). Laut „Deutung“ von 1778 wurde der Doktorand damit „der Hygieia, der Göttin der Gesundheit, oder der Sapientia, der himmlischen Weisheit, anverlobt“ (Beese S. 19). Zuletzt gab der Professor dem Kandidaten „mit Umarmung und Kuss zu verstehen, dass er nun endgültig in den ärztlichen Stand aufgenommen sei und sprach anschließend noch einen Segen“ (Beese S. 19). Als Bestätigung erhielt der neue Doktor eine Urkunde mit dem Siegel der Fakultät.

Um zu zeigen, dass es sich bei den Angaben zur Bedeutung der Insignien um „Deutungen“ handelt, sei auf die Universität Helmstedt verwiesen. Michaela Trieb: Die Medizinische Fakultät der Universität Helmstedt. Göttingen 1995, S. 92 zitiert den Helmstedter Dekan H. Conring, der 1678

in Helmstedt zum Aufsetzen des „Doktorhutes“ ausführte, dass die rote Filzkappe bei den Römern das Zeichen der Freiheit gewesen sei, und hinzufügte, dass dies keineswegs heiße, dass die Kandidaten damit in die Freiheit entlassen seien, denn sie seien Sklaven, wenn es darum gehe, die „Kunst“ auszuüben und zu lehren. Zum Anstecken des Rings merkte Dekan Conring 1678 an, dass „die Medizin dem künftigen Doktor so am Herzen liegen [solle] wie der Ehemann seiner Gattin“ (Trieb S. 92; Anmerkung U.B.: Übersetzungsfehler? Zu erwarten wäre: „wie die Ehefrau dem Gatten“). Nur nebenbei: In Helmstedt (zumindest im 17. Jahrhundert) folgte das „Buchritual“ auf das Anstecken des Doktorrings; es wurden hier „zwei geschlossene Bücher überreicht, die es zu öffnen galt“ (Trieb S. 92).

Am Ende dieser Bemerkungen sei der von Senckenberg „beschworene“ Doktoreid wiedergegeben. Er findet sich (in lateini-

scher Sprache) in den Statuten der Universität Göttingen (die Übersetzung stammt von Helm S. 8f.):

„Ich, N.N., schwöre und gelobe, daß ich dem Erlauchten und Mächtigen König Großbritanniens und Herzog und Kurfürsten von Braunschweig-Lüneburg, durch dessen Willen und Beschluß jene Ehren, die zu erlangen jetzt erlaubt sein wird, verteilt werden, ewige Ehrerbietung entgegenbringen werde, weiterhin, daß ich das, was auch immer zur Wertschätzung, zum Ruf, zur Ehre und zum Gedeihen dieser gesamten Universität Georgia Augusta und im einzelnen der gefälligen medizinischen Fakultät auf irgendeine Weise beitragen kann, zu jeder Zeit und in welchen Lebensstand auch immer ich geraten werde, sorgfältig bewahren werde, daß ich ihre Vorteile – soviel an mir liegt – fördern und Schadensfälle abwenden werde, daß ich die Auszeichnungen dieser Ehrungen nicht an einer anderen Universität wiederholen werde, schließlich, daß ich – sei es,

daß ich zur Lehre, sei es, daß ich zur Ausübung der Medizin berufen sein werde – nichts in betrügerischer Absicht oder fahrlässig, sondern alles umsichtig und gemäß redlicher Gewissenhaftigkeit und den durch Vernunft und Erfahrung gefestigten Gesetzen der ärztlichen Kunst tun werde, daß ich nichts, was geheimzuhalten rechters ist, bekannt machen werde, daß ich den Kranken, ob sie arm oder reich sind, mit gleicher Fürsorge und Sorgfalt helfen werde, und daß ich anschließend andauernd den Ruhm Gottes und das Wohl des Staates vor Augen haben werde. So helfe mir Gott!“

#### **Anschrift des Verfassers**

*Professor Dr. Dr. Udo Benzenhöfer  
Senckenbergisches Institut für Geschichte  
und Ethik der Medizin  
Universität Frankfurt am Main  
Paul-Ehrlich-Straße 20-22  
60596 Frankfurt am Main*

## 16. Wiesbadener Geriatrie Kolloquium

21. November 2009 – Biebricher Schloss, Wiesbaden

Thema: **Sturz im Alter – Alterstraumatologie**

4 P

ZIGM Medizinische Klinik II für allgemeine Innere Medizin, Geriatrie und Frührehabilitation der Asklepios Paulinen Klinik in Wiesbaden in Zusammenarbeit mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim

9:15	Begrüßung	Dr. W. Knauf
	Grußwort OB Stadt Wiesbaden	Dr. Müller
9:45	Warum stürzen alte Menschen?	Dr. S. Stuckrad-Barre
10:15	Was kann die Unfallchirurgie/Orthopädie dem hochbetagten Sturzpatienten heute anbieten: <b>4. Kurzvorträge</b> a) Hüftnahe Frakturen – State of the art b) Wirbelsäulenfrakturen – konservative versus operative Behandlung c) Beckenringfrakturen – Klassifikationsfehler d) Distale Radiusfrakturen – Probleme beim alten Menschen	Dr. M. Glees PD Dr. L. Perlick PD Dr. Tosounidis Dr. Grzimek
12:00	Sinnvolle Diagnostik beim hochbetagten Sturzpatienten	Dr. Swoboda
12:30	Primär- und Sekundärprävention beim hochbetagten Sturzpatienten	Dr. Rapp
13:00	Adäquate Schmerztherapie beim hochbetagten Sturzpatienten	Dr. Schmitz
13:30	Schlusswort – auch in eigener Sache: Erfahrungen mit der Sturzklinik	PD Dr. Perlick
<b>Mittagessen im Schloss</b>		

Das Gesamtprogramm kann über Tel. 0611 847-2802 angefordert werden.

# Mobbing eines Krankenhausarztes

Anmerkungen zum Urteil des Bundesarbeitsgerichtes (AZ: 8 AZR 593/06) *Philipp Roth*

## Sachverhalt

In einem Prozess vor dem Bundesarbeitsgericht hat ein langjähriger erster Oberarzt der Neurochirurgie an einem Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen einen Schmerzensgeldanspruch wegen Mobbing erstritten.

Der Kläger war seit 1987 als Neurochirurg (Oberarzt) in der Klinik tätig gewesen. Als der bisherige Chefarzt Anfang 2001 auschied, übernahm der Kläger kommissarisch die Leitung. Seine Bewerbung um die Position blieb indes erfolglos; im Oktober 2001 übernahm ein neuer Chefarzt die Leitung. Mit Unterbrechung war der Kläger ab 13. November 2001 wegen einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig; seit Oktober 2004 bestand eine Dauerarbeitsunfähigkeit. Konfliktvermittlungen hatten keinen Erfolg.

Der neue Chefarzt forderte unter anderem kurzfristig Urlaubsänderungen und Urlaubsabbruch. Fachliche Vorschläge des Klägers wurden in Gegenwart Dritter abgebügelt, vor Kollegen wurde er herablassend und aggressiv behandelt. Etliche Vorgänge sind beschrieben, die einzeln als Entgleisung bezeichnet werden könnten, aber in der Gesamtschau eine Summation von Entgleisungen bedeuten.

## Frühere Rechtsprechung

In der Vergangenheit war der Anspruch auf Schadensersatz wegen Verletzung des allgemeinen Persönlichkeitsrechtes immer gescheitert. Es fehlte entweder an der Schwere des Eingriffes oder an der Schuld des Chefarztes.

Mobbing ist an sich kein Rechtsbegriff und verschafft auch keinen Anspruch des Arbeitnehmers gegen den Arbeitgeber oder gegen Vorgesetzte bzw. einen oder mehreren Arbeitskollegen (Senat 16. Mai 2007 – 8 AZR 709/06 – NZA 2007,1154)

Mit dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz, dem AGG, können die Kläger nicht nur den materiellen Schaden ersetzt bekommen, welche schuldhaft verursacht wurden, sondern es besteht ein Anspruch auf angemessene Entschädigung für immaterielle Schäden.

Mit dem Urteil des Bundesarbeitsgerichtes ist es arbeitsvertragliche Pflicht, alles zu unterlassen, was die Würde des Menschen verletzt. Bei schuldhafter Verletzung führt dies nicht nur zur vollen Haftung des Chefarztes. Der Arbeitgeber selbst muss in der Regel für seine Erfüllungsgehilfen einstehen.

## Die Sicht des Bundesarbeitsgerichtes

Das Bundesarbeitsgericht führt sinngemäß unter anderem aus:

Dieser in § 3 Abs. 3 AGG umschriebene Begriff des „Mobbing“, der sich lediglich auf Benachteiligungen aus einem der in § 1 AGG genannten Gründe bezieht, kann auf die Fälle der Benachteiligung eines Arbeitnehmers – gleich aus welchen Gründen – übertragen werden. Diese Norm zeigt vor allem, dass es grundsätzlich auf die Zusammenschau der einzelnen „unerwünschten“ Verhaltensweisen ankommt, um zu beurteilen, ob „Mobbing“ vorliegt. § 3 Abs. 3 AGG stellt nämlich darauf ab, ob ein durch „Einschüchterungen, Anfeindungen, Erniedrigungen, Entwürdigungen oder Beleidigungen gekennzeichnetes Umfeld“ geschaffen wird. Ein Umfeld wird aber grundsätzlich nicht durch ein einmaliges, sondern durch ein fortdauerndes Verhalten geschaffen. Damit sind alle Handlungen bzw. Verhaltensweisen, die dem systematischen Prozess der Schaffung eines bestimmten Umfeldes zuzuordnen sind, in die Betrachtung mit einzubeziehen. Deshalb dürfen einzelne zurückliegende Handlungen/Verhaltensweisen nicht bei der Beurteilung unberücksichtigt ge-

lassen werden (vgl. Rieble/Klumpp ZIP 2002, 369). Wesensmerkmal der als „Mobbing“ bezeichneten Form der Rechtsverletzung des Arbeitnehmers ist damit die systematische, sich aus vielen einzelnen Handlungen/Verhaltensweisen zusammensetzende Verletzung, wobei den einzelnen Handlungen oder Verhaltensweisen für sich allein betrachtet oft keine rechtliche Bedeutung zukommt (vgl. Senat 16. Mai 2007 – 8 AZR 709/06 – NZA 2007, 1154).

### Wichtig ist die Gesamtschau

Die Frage, ob ein Gesamtverhalten als eine einheitliche Verletzung von Rechten des Arbeitnehmers zu qualifizieren ist und ob einzelne Handlungen oder Verhaltensweisen für sich genommen oder in der Gesamtsicht einen rechtsverletzenden Charakter haben, unterliegt der revisionsrechtlich nur eingeschränkt überprüfbar tatrichterlichen Würdigung. Ob Rechte des Arbeitnehmers verletzt worden sind, muss von den Tatsachengerichten aufgrund einer Güter- und Interessenabwägung unter sorgsamer Würdigung aller Umstände des Einzelfalles beurteilt werden.

### Das Benachteiligungsverbot

In dem ab 18. August 2006 in Kraft getretenen AGG hat der Gesetzgeber für den

Fall der Benachteiligung eines Arbeitnehmers aus dem in § 1 AGG genannten Gründen die diesbezüglichen Pflichten des Arbeitgebers weiter konkretisiert. § 12 Abs. 3 AGG verlangt, dass dann, wenn Beschäftigte gegen das Benachteiligungsverbot verstoßen, der Arbeitgeber die im Einzelfall geeigneten, erforderlichen und angemessenen Maßnahmen zur Unterbindung der Benachteiligung wie Abmahnung, Umsetzung, Versetzung oder Kündigung ergreift.

Zwar hat in diesen gesetzlich normierten Fällen der betroffene Arbeitnehmer gegen den Arbeitgeber Anspruch darauf, dass dieser die zur Beseitigung der Störung erforderlichen Maßnahmen ergreift, einen Anspruch auf eine bestimmte Maßnahme eröffnen die gesetzlichen Vorschriften jedoch nicht. Vielmehr verbleibt dem Arbeitgeber ein Ermessensspielraum, durch welche Maßnahmen er die aufgetretenen Belästigungen des Arbeitnehmers beseitigen will. § 4 Beschäftigtenschutzgesetz stellte eine Kodifizierung des arbeitsrechtlichen Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes dar.

### Schmerzensgeldanspruch

Der Kläger hat gegen die Beklagte Anspruch auf eine billige Entschädigung in Geld

(Schmerzensgeld). Dieser Anspruch ist wegen Verletzung der arbeitsvertraglichen Pflichten durch den Chefarzt als Erfüllungsgehilfen der Beklagten gegenüber dem Kläger begründet, § 241 Abs. 2, § 253 Abs. 2, § 278, § 280 Abs. 1 BGB.

Der Arbeitgeber ist in diesem Zusammenhang insbesondere auch zum Schutz der Gesundheit und der Persönlichkeitsrechte des Arbeitnehmers verpflichtet.

Dass der Chefarzt Dr. H gegenüber dem Kläger weisungsbefugt war, ist unstrittig. Die rechtsverletzenden Handlungen und Verhaltensweisen des Dr. H fanden auch im Zusammenhang mit der Erfüllung der arbeitsvertraglich geschuldeten Dienstleistungen statt.

### Fazit

Das bemerkenswerte Urteil wird in Zukunft sicherlich die Verwaltung zwingen, rechtzeitig einzugreifen, um Schadensersatzprozesse und Schmerzensgeldforderungen, meist in Höhe des dreifachen Bruttomonatsgehaltes, zu vermeiden.

### Anschrift des Verfassers

*Dr. Dr. Philipp Roth*

*67714 Waldfishbach*

*(Anschrift ist der Redaktion bekannt)*

## Bücher

Andreas Winter: **Der Psycho-Coach – Heilen ohne Medikamente.** Mankau Verlag, 2007. ISBN 978-3-938396-11-7. Euro 14,95.

Zu schön, um wahr zu sein: Mit ein wenig Einsicht des Leidenden und Unterstützung des Psycho-Coaches werden chronische Leiden schnell geheilt. Mit diesem Anspruch behandelt der selbsternannte Psycho-Coach Andreas Winter Gesundheitsthemen aus tiefenpsychologischer Sicht. Mit Hinweis auf spektakuläre Erfolge spürt er der Frage nach, welchen Einfluss die Psyche auf

den Körper hat. Dieser Einfluss ist nicht zu unterschätzen, im Guten wie im Schlechten, wie wir wissen. Dieses Spannungsfeld laienverständlich auszuleuchten ist sicher eine Kunst für sich. In seiner Rolle als Experte kann er unterstützen, „wollen“ müssen jedoch seine Klienten. Der erste Schritt, nämlich der Entschluss, dass Leiden beenden zu wollen, muss von dem Leidenden ausgehen. Nicht immer wird deutlich, an welchem Punkt Winter seinen Klienten die Autonomie zurückgibt. In den geschilderten Fällen (Kettenrauchen, ge-

steigerter Alkoholkonsum, Übergewicht, Nägelkauen) geht es um nichts geringeres als um die Änderungen von Lebensgewohnheiten. Hier kann zu Beginn die Unterstützung eines professionellen Helfers notwendig sein. Mehr muss es allerdings nicht sein. Leider tritt Winter in seinem Buch gürmäßig auf und verschenkt dabei Seriosität. Das ist schade, denn der von Winter vertretende Ansatz wäre eine sinnvolle und hilfreiche Ergänzung zur Schulmedizin.

*Dr. Susan Trittmacher, Frankfurt*

# Warum wandern die deutschen Ärzte aus? *Siegmond Kalinski*



## Immer wieder werden die Ärzte an den Pranger gestellt

In schöner Regelmäßigkeit, fast könnte man sagen, immer montags und donnerstags, können wir

in der Presse Berichte über Ärzte finden, die anstatt ihre Patienten zu behandeln, nichts anderes im Sinn hätten, als andere zu betrügen. Ironisch könnte man anmerken, dass die Ärzte dann ja an den Tagen dazwischen Zeit genug haben, sich darüber zu ärgern. Wie kann man es fertig bringen, einen ganzen Berufsstand immer wieder an den Pranger zu stellen? Wieso wird der Begriff „Kollektivschuld“ eigentlich immer wieder auf die Doktores gemünzt?

## „Zentralstelle zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen“

Viele Ärzte mögen es daher geradezu als Affront ansehen, dass am 1. Oktober 2009 in Frankfurt am Main die bundesweite „Zentralstelle zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen“ ihre Arbeit aufgenommen hat. Diese neue Abteilung der Frankfurter Generalstaatsanwaltschaft soll für Ermittlungsverfahren aus sämtlichen Bereichen der medizinischen Versorgung bei Verdacht auf Betrug zum Nachteil der Kostenträger zuständig sein, und das gegen Ärzte aller Fachrichtungen, Zahnärzte, Apotheker und Psychotherapeuten, aber auch gegen Hebammen und Pflegedienstbetreiber.

Die Frankfurter Generalstaatsanwaltschaft, die solche Fälle in der Vergangenheit bearbeitet hat, hat seit 2002 insgesamt 3.159 Verfahren abschließen und unrechtmäßige Gewinne von insgesamt 7,5 Millionen Euro abschöpfen können, wobei nicht die Ärzte die Hauptrolle in all diesen Ver-

fahren spielten. In diesem Zusammenhang sei angemerkt, dass die Frankfurter Staatsanwälte durchaus zwischen kriminellen Handlungen und Verstößen gegen den ärztlichen Kodex bzw. Ethos zu unterscheiden wussten. Verstöße gegen den ärztlichen Kodex sind Sache der Ärztekammern.

## „Viele Probleme liegen im System...“

Viel zu oft schon haben Ärzte schlimme und schlimmste Erfahrungen mit Staatsanwälten gemacht, vielen sind da vielleicht noch die Verfahren in Koblenz und in Mannheim aus den achtziger Jahren in Erinnerung. Generalstaatsanwalt Alexander Badle, der Leiter dieser neuen bundesweiten Zentralstelle, scheint allerdings jemand zu sein, der solide recherchiert und das Pro und Kontra abzuwägen versteht. Das jedenfalls darf man aus den zahlreichen Interviews schließen, die direkt nach seiner Nominierung in der Presse erschienen sind. Die Befürchtung, dass Betrügereien sich negativ für die Patienten auswirken könnten, sei absolut falsch, so eine seiner Feststellungen: „Bei uns gab es noch keinen Fall, bei dem Gewinne maximiert wurden, indem Patienten falsch behandelt wurden.“

Zwar sagte Badle auch, dass „immer mehr Fälle aus der Dunkelheit herausgeholt und aufgeklärt“ würden, aber: „Mein Vertrauen in die Ärzteschaft ist immer noch ungebrochen. Viele Probleme liegen im System.“ Genau das scheint der Punkt zu sein. Das System ist inzwischen so kompliziert und überbürokratisiert, dass viele Ärzte gänzlich verunsichert sind und nicht mehr durchblicken.

## Die KBV mit neuen Anschuldigungen gegen die Ärzteschaft

Geradezu pünktlich zur Inauguration dieser „Zentralstelle zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Ge-

sundheitswesen“ zog die KBV neue Anschuldigungen gegen die Ärzteschaft aus der Schublade. Die KBV hege den dringenden Verdacht, dass Arzneimittelstudien nicht aus wissenschaftlichen Gründen, sondern zur Verkaufsförderung für Pharmahersteller durchgeführt würden. „Das ist nicht rechtens“, so KBV-Vorstand Carl-Heinz Müller, und das besorge die KBV sehr, insbesondere deshalb, weil die Honorare dafür zu hoch seien.

Der zeitliche Zusammenhang zwischen der Eröffnung der Zentralstelle und den Anschuldigungen der KBV erscheint zumindest frappierend. Zufall oder ein weiteres Beispiel von Servilismus gegenüber der Obrigkeit? Jedenfalls werden die Doktores einmal mehr in den Augen der Öffentlichkeit desavouiert.

Inzwischen hat Generalstaatsanwalt Badle sich seine Meinung über diese Vorwürfe gebildet: Fast alles, was die KBV vorgetragen habe, könne strafrechtlich nicht verfolgt werden. Es könne eventuell als „Überhang“, so der juristische Fachausdruck, wenn es gegen den ärztlichen Kodex verstoße, von den Ärztekammern berufsrechtlich geahndet werden. Da fragt man sich, ob die KBV keinen juristischen Rat eingeholt hat, bevor sie mit ihren Anschuldigungen an die Öffentlichkeit ging.

Und: Hätte es der KBV als „Vertreterin der ärztlichen Selbstverwaltung“ nicht besser zu Gesicht gestanden, ihre Mitglieder zu schützen und zu verteidigen?

Wen wundert's, dass die Verdrossenheit der Ärzte immer weiter zunimmt. Die älteren Kollegen geben ihre Tätigkeit auf, sobald sie können, Ausnahmen bestätigen da nur die Regel, und die jüngeren wandern aus. In der Schweiz arbeiten schon jetzt über 3.500 deutsche Mediziner. Jeden Monat kommen weitere hinzu. Die „Ärzte Zeitung“ vom 29. September 2009 schlägt Alarm: „Die Abwanderung von Ärzten kostet den deutschen Staat Milliarden.“

## Das Vogelhäuschen *Klaus Britting*

Natürlich hatten sich Schubert und seine Frau nach Einzug in ihre neue Gartenwohnung bei allen Nachbarn vorgestellt, auch bei Frau Krüger nebenan. Die hatte ihm gleich gesagt, dass er die Pflanzen auf seinem Wall, der den Vorgarten zur Straße hin abgrenzt, beschneiden müsse. „Warum?“, hatte Schubert noch höflich gefragt. „Weil ich sonst beim Rausfahren nichts sehe!“, war die schroffe Antwort. Dabei fährt sie den kleinsten Wagen, den es gibt. Schubert entgegnete: „Der Wall ist doch so flach.“ Vielleicht aber hätte er sich lieber bewaffnen sollen. Denn zwei Wochen später fing ihn Frau Krüger an der Straße ab. Sie hielt eine motorisierte Heckenschere in der Hand. „Haben Sie immer noch nichts abgeschnitten?“, fragte sie. Schubert erwiderte: „Die Pflanzen sind ja wirklich nicht hoch, ich will erst mal den Lavendel blühen sehen.“ „Nein, das ist alles zu hoch, ich sehe nichts, wenn ich aus meinem Grundstück rausfahre. Und das da ist sowieso Unkraut!“ Sie deutete auf die Goldruten und kam mit der Heckenschere immer näher. „Sie müssen das abschneiden, das ist hier Vorschrift, von der Gemeinde!“, sagte sie scharf. Um Ärger zu vermeiden erlaubte ihr Schubert, eine der Goldruten mit der Maschine abzusägen. „Mehr aber jetzt nicht, ich will erst mal die Pflanzen blühen sehen, vor allem den Lavendel“, flehte Schubert und erkundigte sich sofort bei der Gemeinde. Es gab keine Vorschrift.

Weil sich im Garten täglich mehrere Katzen tummelten, suchte Frau Schubert einen besonders sicheren Platz für ihr Vogelhäuschen. Da bot sich die zwanzig Quadratmeter große, dunkle Holzwand von Frau Krügers Garage an, die in Schuberts Garten direkt an der seitlichen Begrenzungslinie entlang lief. Schubert hatte kaum das Häuschen angeschraubt, da tauchte schon Frau Krügers Haarschopf

über seinem Efeu auf, der neben der Garage wuchs. „Haben Sie da was gemacht?“ „Ich habe nur ein Vogelhäuschen angebracht...“ „Kommt gar nicht in Frage, das muss sofort weg.“ „Aber ich bitte Sie“, sagte Schubert noch, da knallte sie ihm schrill entgegen: „Das Vogelhäuschen muss weg, und der Efeu auch!“ Schubert unternahm nichts.

Drei Wochen später verließ er mit seiner Hündin das Haus und sah gegen die Sonne jemanden mit Bürstenschnitt, der an Frau Krügers Straßenfront arbeitete. Die Person lief plötzlich auf ihn zu. Es war Frau Krügers Tochter, die ihn sofort wegen des Vogelhäuschens beschimpfte und drohte, in seinen Garten zu kommen, um das Vogelhaus persönlich zu entfernen. Schubert wies nur darauf hin, dass er solch hysterisches Schreien nicht vertrage. Doch die Frau verfolgte ihn noch viele Meter lang und schrie weiter. Als Schubert vom Spaziergang nach Hause kam, war seine Frau leichenblass. Sie hatte vom Wohnzimmer aus mit ansehen müssen, wie vom Nachbargrundstück jemand mit einem langen dicken Stock das Vogelhäuschen von der Garagenwand schlug. Es fiel in Trümmern zu Boden. Schubert wusste, dass nun der Zeitpunkt gekommen war, etwas zu unternehmen, wollte er nicht eines Tages noch in seiner Wohnung von der Nachbarin samt Tochter mit der Heckenschere verfolgt werden.

Als vier Wochen später der Heulton des Notarzwagens zu hören war, verfolgte Schubert aufmerksam die Fahrtrichtung des Wagens. Dieser hielt nebenan bei Frau Krüger. Nach längerer Zeit wurde seine Nachbarin, wild gestikulierend, auf der Trage ins Freie befördert. Die Leute, die sich sammelten, schüttelten die Köpfe. Schubert trat aus dem Haus und fragte: „Was ist denn passiert?“ Ein Nachbar sag-

te: „Sie hat sich immer öfter bei der Polizei beschwert, dass die Vögel so laut pfeifen. Zuletzt zwölf Anrufe an einem Tag! Klar, dass die Beamten die Psychiatrie geholt haben...“ Schubert nickte verständnisvoll. Es hatte sich doch gelohnt, vor drei Wochen auf einem Jahrmarkt die kleine Pfeife gekauft zu haben, mit der man Vogelstimmen so gut imitieren konnte.

### Anschrift des Verfassers

*Klaus Britting*

24866 Busdorf

*(Anschrift ist der Redaktion bekannt)*

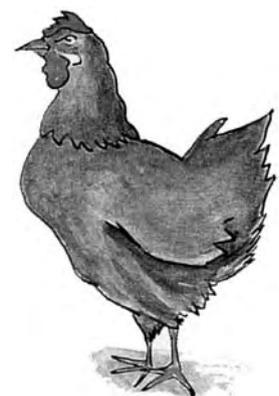
## Humoristisches

### Das Huhn

Unbemerkt und ganz im Stillen  
hatte es ein Ei gelegt  
und sich daraufhin in schrillen  
Tönen schrecklich aufgeregt,

und es hat den ganzen Morgen  
aller Welt davon erzählt –  
ja, die Leistung bleibt verborgen,  
wenn es an Reklame fehlt.

*Professor Dr. med. Wilhelm Theopold †*



Von hessischen Ärztinnen und Ärzten



**Verein hilft Kindern krebskranker Eltern**

**Dr. med. Lida Schneider,** Geschäftsführerin des Vereins ‚Hilfe für Kinder krebskranker

Eltern‘ Offenbach, erhielt den ersten Preis des ‚Best Practice Award 2009‘ der Firma Novartis Oncology, mit dem Projektideen ausgezeichnet werden die den Dialog zwischen Arzt und Patient bei einer Krebserkrankung nachhaltig verbessern. Dr. Lida Schneider nahm stolz den mit 5.000 Euro dotierten Preis entgegen, der für die Finanzierung der Vereinsarbeit verwendet werden soll.

meinmedizin der Philipps-Universität-Marburg und seine Arbeitsgruppe haben für das Beratungsinstrument „Arriba“ den Berliner Gesundheitspreis 2008/2009 erhalten. Die Auszeichnung wurde im Beisein von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt in Berlin vergeben und ist mit einem Preisgeld in Höhe von 22.000 Euro verbunden.

**Mehr Sicherheit bei der Pflege von Altenheimbewohnern: Frankfurter Psychiater erhält Geriatriepreis**

Ein neuartiges Präventionskon-



zept des Klinikums der J. W. Goethe-Universität soll alte Menschen vor falscher Behandlung mit Psychopharmaka schützen. Gemeinsam mit seiner Arbeitsgruppe erhielt der Altersforscher **Professor Dr. med. Johannes Pantel** auf dem 10. internationalen Geriatriekongress in Wien den mit 3.600 Euro dotierten, renommierten Ignatius-Nascher-Preis.

**Kuratoriumsvorsitzender der neu gegründeten Deutschen Krebsstiftung**

**Professor Dr. Dr. med. Manfred Kaufmann,** Di-



rektor der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Universitätsklinikum Frankfurt liegen die Wissenschaftsförderung und Aufklärung in Sachen Krebs am Herzen. Die Deutsche Krebsstiftung wurde 2008 in Frankfurt am Main gegründet. Ziel der Stiftung ist es, die besten Krebsforscher zusammenzubringen und damit innovative Forschung in Laboren und Kliniken zu fördern.



Foto: Isolda Feez

**Therapeutischen Herzsport energisch vorange-trieben**

**Professor Dr. med. Ingeborg Siegfried,** Biebertal, wurde in Anerkennung

ihres langjährigen, großen Engagements und tatkräftigen Wirkens als erste Vorsitzende der „Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-/Kreislauf-Erkrankungen in Hessen e.V.“ (GPR) vom Vorstand einstimmig zur Ehrenvorsitzenden ernannt.



**Diabetes frühzeitig verhindern oder heilen: Insulinproduzierende Zellen schützen und erhalten**

**Professor Dr. med. Reinhard**

**Bretzel,** Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik III am Universitätsklinikum Gießen und Marburg wurde auf der 44. DDG-Jahrestagung in Leipzig mit der Paul-Langerhans-Medaillon für seine aktuellen Forschungsergebnisse zur Inselzelltransplantation ausgezeichnet.

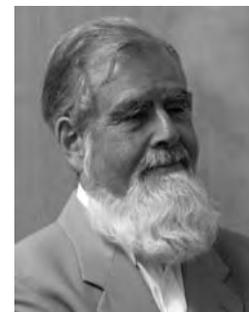
**Professor Dr. med. Rokuro Makabe,** Drei-

reich, wurde 2008 durch den damaligen Hessischen Minister für Europaangelegenheiten, Volker Hoff, das Bundesverdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland im Namen des Bundespräsidenten, Horst Köhler, überreicht. Damit würdigte der Bundespräsident seine wissenschaftlichen Leistungen ebenso, wie sein Engagement für den interkulturellen Austausch zwischen Deutschland und Japan.



**Berliner Gesundheitspreis für Marburger Allgemeinmediziner**

**Professor Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff,** Abt. Allge-



**Professor Dr. med. Eberhard Biniek,** Ltd. Medizinaldirektor i.R., wurde im Mai die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen für

seine herausragenden Leistungen verliehen. Er habe die Entwicklung vom alten „Facharzt für Nervenheilkunde“ zum jetzigen „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ mit vollzogen und als Prüfer und Gutachter Mitte der 60iger Jahre die Weiterentwicklung des Gebiets „Psychiatrie“ zum neuen Gebiet „Psychiatrie und Psychotherapie“ mitgestaltet. Die Auszeichnung überreichte Dr. med. Michael Popović, Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen in einer Feierstunde.



Foto: Dr. Monika Vogt

**Dr. med. Helmut Luft**, Psychoanalytiker, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie und langjähriger Leiter der Klinik Hofheim, ist die Ehrenmitgliedschaft in der Akademie für Psychosomatische Medizin und Psycho-

therapie Main-Taunus (APPM) angetragen worden.

Weiterhin wurde ihm im Mai die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen für sein Engagement für die hessische Ärzteschaft verliehen. Die Auszeichnung überreichte Dr. med. Michael Popović, Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen in einer Feierstunde.

## Zum Tod der Journalistin Brigitte Roth

Nach schwerer Krankheit ist die Journalistin Brigitte Roth am 26. September 2009 im Alter von 52 Jahren gestorben. Als Redakteurin des Regionalteils der Frankfurter Allgemeinen Zeitung war Roth u.a. auf gesundheitspolitische Themen spezialisiert, über die sie engagiert und mit großem Sachverstand berichtete. Ganz gleich, ob sie über neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, die Arbeit in der Ambulanz eines Kinderkrankenhauses, den Dienst einer Assistenzärztin, Maßnahmen gegen die Ärzteflucht oder die Abrechnung stationärer Leistungen schrieb – ihre Artikel waren stets gründlich recherchiert,

objektiv und zeugten von einem sicheren Urteilsvermögen.

Brigitte Roth, die vor ihrem Eintritt in die Redaktion der Frankfurter Allgemeinen Zeitung im Jahr 1991 für die „Neue Ärztliche“ berichtet hatte, interessierte sich für Medizin und Gesundheitspolitik. Immer lenkte sie dabei ihren Blick auf die von Krankheit betroffenen oder in den Institutionen tätigen Menschen. Unsentimental und einfühlsam zugleich. Vor knapp drei Jahren erschien ihr Buch „Jeder kriegt die Kurve anders“, das sie auch im Rahmen einer Alkohol-Präventionsveranstal-

tung der Landesärztekammer vorstellte. Ein Buch, das Mut macht und von Menschen erzählt, die sich aus eigener Kraft von einer Sucht befreit haben. Wir sind sehr traurig, mit Brigitte Roth eine geschätzte und kompetente Ansprechpartnerin in den Medien verloren zu haben.



© FAZ

Katja Möhrle

**Herzlich willkommen im Fortbildungszentrum in Bad Nauheim...**

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

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

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

Landesärztekammer Hessen

## Landesärztekammer Hessen

### Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

#### Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Hannelore Meyer, Darmstadt, am 17. Dezember,  
Dr. med. Carl-Ernst Reupcke, Mühlthal, am 22. Dezember.

### Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

#### Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Egon Brandenburger, Dietzenbach, am 15. Dezember,  
Dr. med. Guenter Mann, Dietzenbach, am 17. Dezember,  
Dr. med. Thomas Frühauf, Offenbach, am 21. Dezember.

### Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

### Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

#### Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Wahed Sabri, Fulda, am 3. Dezember.

### Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

### Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

#### Goldenes Doktorjubiläum

Professor Dr. med. Eberhard Kaiser, Wiesbaden, am 17. Dezember.

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

## Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Walter Bechtold, Bad Soden  
\* 5.12.1915 † 9.8.2009

Dr. med. Ullrich Becker, Frankfurt  
\* 16.3.1947 † 14.8.2009

Dr. med. Friedrich Brauns, Mörfelden-Walldorf  
\* 25.10.1936 † 22.8.2009

Dr. med. Man-Ping Cheung, Bad Wildungen  
\* 28.6.1938 † 27.8.2009

Dr. med. Karl-Heinrich Conradi, Büdingen  
\* 15.3.1920 † 14.1.2009

Dr. med. Dr. rer. nat. Erhold Granzer, Kelkheim  
\* 18.2.1929 † 14.7.2009

Dr. med. Wilhelm Heitmann, Hochheim  
\* 15.8.1911 † 7.9.2009

Dr. med. Rosemarie Heitz, Kassel  
\* 30.1.1927 † 12.9.2009

Hans-Rudolf Walter von Keil, Bad Zwesten  
\* 21.6.1949 † 2.9.2009

Dr. med. Heinrich Keller, Frankfurt  
\* 15.5.1925 † 5.9.2009

Dr. med. Anneliese Leugermann, Frankfurt  
\* 9.6.1925 † 8.8.2009

Dr. med. Josip Lucic, Frankfurt  
\* 19.10.1942 † 30.7.2009

Ruth-Ursula Müller, Wiesbaden  
\* 22.2.1919 † 25.3.2009

Dr. med. Adolf Preissler sen., Wiesbaden  
\* 22.5.1925 † 11.3.2007

Dr. med. Klaus-Dieter Schulte, Bad Nauheim  
\* 17.8.1944 † 28.5.2009

Dr. med. Sophie Schultz, Eppstein  
\* 2.10.1924 † 15.8.2009

Woldemar Spent, Bad Wildungen  
\* 27.9.1950 † 20.8.2009

## Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis Nr. HS-G-5020, ausgestellt am 4.10.2000, für Henrik Diehl, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS-F-14517, ausgestellt am 12.9.2007, für Karola Koch, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS-F-14546, ausgestellt am 28.9.2007, für Liza Koch, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 303285/98, ausgestellt am 23.12.1998 durch die Bezirksärztekammer Trier, für Manfred Mörchen, Darmstadt,

Arztausweis Nr. HS-F-11586, ausgestellt am 8.9.2003, für Dr. med. Roland Tatzel, Offenbach.

## Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Helga Sachs, tätig bei Dr. med. G. Langhoff, Jossgrund

Stephanie Sivka, tätig bei Dr. med. M. Morgenstern, Mainz-Kostheim

Kim Kirchmeyer, tätig bei Dr. med. D. Buddenberg, A. Kleider und

Dr. med. M. Göhmann, Darmstadt

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

Beate Ficke, seit 20 Jahren tätig bei D. Ruppig, Bad Hersfeld

Daniela Gärtner, seit 14 Jahren tätig bei K.-H. Leibold, J. Wecker, A. Bindewald und S. Isselstein, Kalbach

Britta Reinhard, seit 15 Jahren tätig bei K.-H. Leibold, J. Wecker, A. Bindewald und S. Isselstein, Kalbach

Andrea Hees, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. D. Buddenberg, A. Kleider und Dr. med. M. Göhmann, Darmstadt

Jennifer Holl, tätig bei A. Vidal, Kirchhain

Simone Schneider, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. A. Dickhut, Raunheim

Gabriele Rogal, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. S. Klimaschewski, Dr. med. G. Klimaschewski, Frankfurt a.M.

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

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

Simone Hengel, tätig bei Dr. med. A. Münch, Immenhausen

Margit Windt, tätig bei Dr. med. V. Grosse, Heppenheim

Gabriele Sorg, tätig bei K.-H. Leibold, J. Wecker, A. Bindewald und S. Isselstein, Kalbach

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

Cornelia Naumann, seit 26 Jahren tätig bei Dr. med. M. Fabritz, Neukirchen

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

Wir gratulieren der Helferin zum **mehr als 10-jährigen Berufsjubiläum**

Maria Dörfler, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. W. Weiler, Offenbach

In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde dieser Helferin eine Urkunde ausgehändigt.

## Richtige Antworten

Zu der Fragebogenaktion „**Aktueller Standpunkt zur Selektiven Internen Radiotherapie (SIRT) bei malignen Lebertumoren**“ in der September-Ausgabe, Seite 584

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

## Hinweise der Rechtsabteilung zu Anwendungsbeobachtungen und der angemessenen Vergütung

Eine Anwendungsbeobachtung (AWB) liegt dann vor, wenn gemäß § 67 Abs. 6 AMG eine Untersuchung durch einen pharmazeutischen Unternehmer unternommen wird mit dem Zweck, Erkenntnisse bei der Anwendung zugelassener oder registrierter Arzneimittel zu sammeln. Die AWB fällt in diesem Sinne unter die Definition einer sog. nichtinterventionellen Studie (NIS) gemäß § 4 Abs. 23 Satz 2 des AMG. In einer solchen NIS werden Erkenntnisse aus der Behandlung von Personen mit Arzneimitteln anhand epidemiologischer Methoden analysiert. Dabei folgt die Behandlung einschließlich der Diagnose und Überwachung nicht einem vorab festgelegten Prüfplan, sondern ausschließlich der ärztlichen Praxis. Soweit es sich um ein zulassungspflichtiges oder nach § 21 a Abs. 1 AMG genehmigungspflichtiges Arzneimittel handelt, erfolgt dies ferner gemäß den in der Zulassung oder der Genehmigung festgelegten Angaben für seine Anwendung.

Bitte beachten Sie, dass nach § 33 Absatz 1 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen folgendes gilt: soweit Ärzte Leistungen für die Hersteller von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln oder Medizinprodukten erbringen (z.B. bei der Entwicklung, Erprobung und Begutachtung), muss die hierfür bestimmte Vergütung der erbrachten Leistung entsprechen.

Dies ist dann der Fall, wenn Leistung und Gegenleistung in einem angemessenen Verhältnis stehen. Honorare im Rahmen von Anwendungsbeobachtungen dürfen in keiner Weise einen Anreiz für eine bevorzugte Verschreibung oder Empfehlung von bestimmten Arzneimitteln darstellen.

Als Maßstab für die Berechnung einer angemessenen Vergütung sollen die Grundsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) herangezogen werden.

Sollten Sie hierzu Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die Rechtsabteilung der Landesärztekammer (E-Mail: [rechtsabteilung@laekh.de](mailto:rechtsabteilung@laekh.de))

## Nachwuchsförderpreis Schmerz 2010

Aufgrund des großen Erfolgs der letzten Jahre schreibt die Janssen-Cilag GmbH den Nachwuchsförderpreis Schmerz erneut aus. Der Preis wendet sich an Nachwuchswissenschaftler aus deutschen Forschungseinrichtungen, die sich mit dem Thema Schmerz beschäftigen und patientenbezogene Forschung betreiben. Mit dieser Auszeichnung will Janssen-Cilag zur erfolgreichen Umsetzung der Projekte beitragen und die Preiswürdigkeit der Projekte herausheben. Die drei besten Arbeiten werden mit insgesamt 8.000 Euro prämiert.

Einsendeschluss: 30. November 2009, weitere Informationen und Anmeldung auf [www.janssen-cilag.de](http://www.janssen-cilag.de)

## Ausschreibung: Hanse-Preis für Intensivmedizin gestiftet von der Fresenius-Stiftung

Dotation: Euro 5.000

Annahmeschluss: 15. Dezember 2009.

Bewerbung durch Einreichung publizierter Originalarbeiten des Jahres 2009 (Peer reviewed, experimentell oder klinisch, deutsch oder englisch) aus den Bereichen der Intensiv- oder Notfallmedizin.

Das Wissenschaftliche Komitee wählt unter den Einsendungen acht Teilnehmer aus, die zum 20. Symposium eingeladen werden.

Bitte reichen Sie die Arbeiten per E-Mail an folgende Adresse ein: [kontakt@hccm-consulting.de](mailto:kontakt@hccm-consulting.de)

Nähere Auskünfte erteilt Elke Stegmann. Die Vortragswettbewerbe finden am Donnerstag, den 18. Februar 2010 statt. Die Preise werden im Rahmen des Get-togethers am selben Tag öffentlich verliehen.

Messe Bremen

## 15. Jahrestagung der Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin (AIM)

Frankfurt am Main  
5. – 7. November 2009

### Auseinander-Setzen Zusammen-Wirken

#### Gemeinsame Wirklichkeiten in einer zersplitterten Medizin

Die Tagung findet in den Räumen des Evangelischen Regionalverbandes Frankfurt statt: Rechnergrabenstraße 10, ferner im Hospital zum heiligen Geist, Lange Straße 4-6, 60311 Frankfurt.

Weitere Informationen finden Sie unter: [www.uexkuell-akademie.de](http://www.uexkuell-akademie.de)

Zahnärztliche Fortbildung

## Parodontitis und Allgemeinmedizin Was ist gesichert, was ist Spekulation?

20. November 2009  
14:00 – 18:00 Uhr

FAZH GmbH, Rhonestraße 3, 60528 Frankfurt

Kursgebühr: 65,- Euro incl. MwSt., Kurs Nr.: 10181-90991

Fortbildungspunkte: 4, gem. Leitsätzen der BZÄK/DGZMK/KZBV

Veranstalter: Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH.  
Weitere Informationen erhalten Sie über Tanja Kaiser,  
Tel. 069 427275-184

## Einladung zur 4. Ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 14. Legislaturperiode 2008 – 2013

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur 4. Ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Legislaturperiode 2008 - 2013 lade ich Sie für

**Sonnabend, den 28. November 2009, 10.00 Uhr s.t.**

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

---

### Tagesordnung

---

- |  |  |
|--|--|
| <p>1. <b>Begrüßung</b></p> <p>2. <b>Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung</b></p> <p>3. <b>Genehmigung des Beschlussprotokolls der<br/>3. Ordentlichen Delegiertenversammlung vom 28. März 2009</b></p> <p>4. <b>Bericht des Präsidenten</b><br/> a) Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach<br/> b) Sachstandsbericht: Restrukturierung und Servicequalität<br/> c) Nicht behandelte Anträge zu TOP 4 der Delegiertenversammlung vom 28. März 2009</p> <p>5. <b>Jahresabschluss 2008</b><br/> a) Finanzausschuss<br/> b) Hilfsfonds<br/> c) Feststellung des Jahresabschlusses 2008<br/> d) Entlastung des Präsidiums für das Jahr 2008</p> <p>6. <b>Haushaltsvoranschlag</b><br/> a) Haushaltsvoranschlag 2010<br/> b) Hilfsfonds-Richtsätze 2010</p> <p>7. <b>Versorgungswerk</b><br/> a) Jahresabschluss 2008<br/> – Bericht der Vorsitzenden des Vorstands über das Geschäftsjahr 2008<br/> – Bericht über die Jahresabschlussprüfung<br/> – Anpassung der Renten, Dynamisierung der Anwartschaften zum 1.1.2010<br/> – Feststellung des Jahresabschlusses des Versorgungswerkes<br/> – Entlastung des Vorstandes</p> | <p>b) Bestellung der Wirtschaftsprüfer für den Jahresabschluss 2009<br/> c) Änderung von Satzung und Versorgungsordnung</p> <p>8. <b>Ausbildungswesen Arzthelferin /<br/>Medizinische Fachangestellte</b><br/> a) Nachnominierung für den Berufsbildungsausschuss der LÄKH Amtsperiode 2007-2011<br/> b) Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung – Fortbildungsprüfungsordnung</p> <p>9. <b>Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung</b><br/> a) Bericht des Vorsitzenden der Akademie<br/> b) Neue Honorar- und Entschädigungsordnung<br/> c) Änderung der Mitgliedsbeiträge</p> <p>10. <b>Wahl der Delegierten zum 113. Deutschen Ärztetag vom 11. – 14. Mai 2010 in Dresden</b></p> <p>11. <b>Sachstandsbericht: Geplante Änderung der (Muster-)Weiterbildungsordnung – DÄT 2010 Dresden</b></p> <p>12. <b>Sachstandsbericht: Geplante Änderung der (Muster-)Berufsordnung – DÄT 2010 Dresden</b></p> <p>13. <b>Nachwahl</b><br/> – Vorstand der Bezirksärztekammer Marburg</p> <p>14. <b>Änderung der Kostensatzung</b></p> <p>15. <b>Verschiedenes</b></p> |
|--|--|

---

Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten.

---

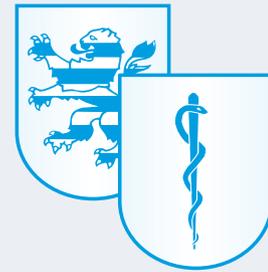
Frankfurt am Main, den 7. Oktober 2009

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



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

# Meldedaten der Landesärztekammer Hessen



Landesärztekammer Hessen  
 – Meldewesen –  
 Postfach 90 06 69  
 60446 Frankfurt

Sehr geehrte Kollegin,  
 sehr geehrter Kollege,

Ihre Adresse ändert sich? Sie haben eine neue E-Mail-Adresse oder Handynummer? Bitte teilen Sie uns diese Änderung mit.

Sie können uns nachstehendes Formular übersenden per Post, online über das Formular Adressänderungen unter [www.laekh.de](http://www.laekh.de), per Mail an [meldewesen@laekh.de](mailto:meldewesen@laekh.de) oder selbstverständlich per Fax 069 97672-128.

Vielen Dank!

<b>Mitgliedsnummer</b>		
Name		
Vorname(n)		
ggf. Geburtsname		
Titel/Akademische Grade		
Geburtsdatum	Geburtsort	
Privatadresse	seit	
	Straße	
	Postleitzahl	
	Ort	
	Telefon	
	Fax	
	Mobiltelefon	
	E-Mail	
	Homepage	<a href="http://www.">http://www.</a>
Dienstadresse	seit	
	Straße	
	Postleitzahl	
	Ort	
	Telefon	
	Fax	
	Mobiltelefon	
	E-Mail	
	Homepage	<a href="http://www.">http://www.</a>
Datum	Unterschrift des Mitgliedes	



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	Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Darmstadt	Internistin/Internist – fachärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Darmstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

#### Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Lampertheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Bensheim	Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Heppenheim	Kinderärztin/Kinderarzt

#### Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Seeheim-Jugenheim	Fachärztin/Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
-------------------	--

#### Planungsbereich Odenwaldkreis

Michelstadt	Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Michelstadt	Orthopädin/Orthopäde

#### Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Rüsselsheim	Fachärztin/Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
-------------	---

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 am Main-Bornheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt am Main	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt am Main	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt am Main	Hautärztin/Hautarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Frankfurt am Main-Innenstadt	Internistin/Internist – fachärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt am Main	Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt am Main	Orthopädin/Orthopäde (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt am Main	Diagn. Radiologin/Diagn. Radiologe (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt am Main	Diagn. Radiologin/Diagn. Radiologe (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt am Main	Radiologin/Radiologe (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

#### Planungsbereich Hochtaunuskreis

Glashütten	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Bad Homburg	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

#### Planungsbereich Landkreis Offenbach

Landkreis Offenbach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Landkreis Offenbach	Augenärztin/Augenarzt
Landkreis Offenbach	Orthopädin/Orthopäde

#### Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Hanau/M.-Innenstadt	Anästhesistin/Anästhesist
Hanau/M.-Innenstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Main-Kinzig-Kreis	Urologin/Urologe

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 Wetteraukreis

Altenstadt	Frauenärztin/Frauenarzt
Nidda	Ärztin/Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie

#### Planungsbereich Landkreis Gießen

Wettenberg	Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Hungen	Frauenärztin/Frauenarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Gießen	Urologin/Urologe (Hälftiger Versorgungsauftrag)

## Kassenärztliche Vereinigung Hessen

### Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Aßlar Allgemeinärztin/Allgemeinarzt bzw.  
Internistin/Internist – 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 Landkreis Fulda

Petersberg Ärztin/Arzt für  
Psychotherapeutische Medizin  
Poppenhausen Psychologische Psychotherapeutin/  
Psychologischer Psychotherapeut  
(Hälftiger Versorgungsauftrag)

### Planungsbereich Landkreis Hersfeld-Rotenburg

Bad Hersfeld Hautärztin/Hautarzt  
(Gemeinschaftspraxisanteil)  
Bad Hersfeld Hautärztin/Hautarzt  
(Gemeinschaftspraxisanteil)

### Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder  
Internistin/Internist – hausärztlich –  
Kassel Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder  
Internistin/Internist – hausärztlich –  
(Gemeinschaftspraxisanteil)  
Kassel Radiologin/Radiologe  
(Gemeinschaftspraxisanteil)

### Planungsbereich Landkreis Kassel

Baunatal Augenärztin/Augenarzt  
Vellmar Augenärztin/Augenarzt

### Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Bad Arolsen Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder  
Internistin/Internist – hausärztlich –  
(Gemeinschaftspraxisanteil)  
Bad Wildungen Hautärztin/Hautarzt

### Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Hessisch-Lichtenau Kinderärztin/Kinderarzt

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Kassel, Pfannkuchstraße 1, 34121 Kassel** zu senden.

### Planungsbereich Limburg-Weilburg

Selters Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder  
Internistin/Internist – hausärztlich –  
(voller Versorgungsauftrag)  
– mit angestelltem Arzt  
(halber Versorgungsauftrag)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Limburg, Adelheidstraße 7, 65549 Limburg** zu senden.

### Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Marburg Hautärztin/Hautarzt  
Marburg Kinderärztin/Kinderarzt  
Marburg Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische  
Medizin oder Ärztin/Arzt für Psycho-  
somatische Medizin und Psychotherapie  
(Hälftiger Versorgungsauftrag)  
Marburg Allgemeinärztin/Allgemeinarzt  
(Hälftiger Versorgungsauftrag,  
Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Marburg, Raiffeisenstraße 6, 35043 Marburg** zu senden.

### Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden Psychologische Psychotherapeutin/  
Psychologischer Psychotherapeut  
(Hälftiger Versorgungsauftrag)  
Wiesbaden Fachärztin/Facharzt für Orthopädie

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.

**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.

Anonymus: **Wohin mit Vater? Ein Sohn verzweifelt am Pflegesystem.** S. Fischer Verlag. 2007. ISBN: 978-3-10-061706-4. Euro 16,90.

In einer alternden Gesellschaft wird der Umgang mit alten und pflegebedürftigen Menschen zur Zerreißprobe in der Sozialpolitik. Diese Erfahrung macht auch der Autor, der sich zusammen mit seiner Schwester nach dem Tod der Mutter um den hilflosen Vater kümmern muss. Da er die brutal anmutende Frage „Wohin mit Vater?“ nur mit einer illegalen Lösung beantworten kann, muss der in der Öffentlichkeit stehende Mann anonym bleiben. Die von ihm aufgeworfene Frage klingt nach „Entsorgung“, und dieser Eindruck bestätigt sich bei der Odyssee der Geschwister durch das deutsche Pflegesystem. Sein Bericht ist niemals moralisierend, aber schonungslos und unsentimental. Die vorgefundenen Möglichkeiten reichen von der mehr als 10.000 Euro kostenden Rundumversorgung im eigenen Haus durch den offiziellen Pflegedienst bis zur Alten-Verwahranstalt. Undifferenzierte Schuldzuweisungen, insbesondere an die Heimleitungen liegen ihm fern. Die Wurzel des Übels liegt viel tiefer, denn das Alter ist ein eigener, langer und immer länger werdender Lebensabschnitt. Und in diesem Lebensabschnitt ist Altenpflege nicht die Ausnahme, sondern die Regel. Das bedeutet, dass diese Pflege neu organisiert werden muss. Das beginnt mit der Wertschätzung derer, die pflegen: Vorschläge aus der Politik, man könne ja Hartz-IV-Empfänger als Altenpfleger einstellen, spricht Bände und können geringschätziger kaum sein. Der Beruf des Altenpflegers muss aufgewertet werden, Alternativen zu den Altenheimen müssen gedacht und geschaffen werden, individuelle Lösungen unterstützt werden. Der menschenwürdige Umgang mit alten und pflegebedürftigen Menschen wird die größte sozialpolitische Herausforderung unserer Zeit

werden. Eine Lösung muss gelingen, schon im eigenen Interesse.

*Dr. Nelly Riemann, Frankfurt*

Vikram Seth: **Zwei Leben.** S. Fischer Verlag, Frankfurt. ISBN: 3-10-072521-2. Euro 22,90.

Das Berlin der 30er Jahre ist ein Schmelztiegel für die unterschiedlichsten Nationen, Kulturen und Lebenseinstellungen. Die „Roaring Twenties“ und die Weltwirtschaftskrise haben keinen Stein auf dem anderen gelassen, aber damit auch Begegnungen ermöglicht, die vorher undenkbar gewesen wären. So treffen der in Indien geborene Shanti und Henny, die Tochter einer Berliner Zimmerwirtin aufeinander. Ohne ein einziges Wort Deutsch zu sprechen beginnt Shanti sein Studium der Zahnmedizin in Berlin. Die Akklimatisierung gelingt durch Henny, die ihn nach anfänglicher Ablehnung in ihren Familien- und Freundeskreis integriert. Die aufkeimende Herrschaft der Nationalsozialisten macht schnell klar, dass Shanti niemals als Zahnarzt in Deutschland wird praktizieren können; er emigriert nach England. Dort trifft er Henny wieder, der im Gegensatz zu dem Rest ihrer jüdischen Familie die Flucht aus Nazi-Deutschland gelingt.

Der aus Indien stammende Vikram Seth ist der Star der anglo-indischen Autoren. Mit großem Einfühlungsvermögen setzt er seinem Onkel und seiner Tante ein literarisches Denkmal ohne in Larmoyanz oder Kitsch abzugleiten. „Zwei Leben“ ist ein großes Erinnerungsbuch und erzählt von Indien, und von Berlin, vom Dritten Reich und der Nachkriegszeit im Exil. Beide Protagonisten sind von dem gewalttätigen Jahrhundert gezeichnet. Und dennoch gelingt es ihnen dank inniger Freundschaft und späterer Heirat persönliche Schicksalsschläge zu überwinden, so dass das ungleiche Paar zu einem Magnet für ihre Freunde wird.

Vikram Seth gelingt es, einen großen erzählerischen Bogen über einen langen Zeitraum, über unterschiedlichste Kulturen und gesellschaftliche Verhältnisse zu spannen. Das Buch ist absolut empfehlenswert.

*Dr. Susan Trittmacher, Frankfurt*

Caris-Petra Heidel (Hrsg.): **„Der Einfluss des Zionismus auf Medizin und Gesundheitswesen“.** Band 8: Medizin und Judentum. Mabuse-Verlag Frankfurt am Main. 2006. ISBN-13: 978-3-938304-02-0. Euro 26,75.

Der Zionismus war eine soziale und politische Bewegung mit dem Ziel der Errichtung eines jüdischen Staates in Palästina. Er entstand als Reaktion auf zunehmenden Nationalismus und Antisemitismus in Mittel- und Osteuropa im 19. Jahrhundert. Die Einflüsse zionistischer Bewegung und seiner theoretisch-politischen und sozialen Konzeptionen führten zu überraschenden Konsequenzen auch auf die Medizin. Einflüsse auf das Gesundheitswesen mitteleuropäischer Staaten, aber auch in Palästina werden in dem Buch nachgewiesen. In mehreren Beiträgen namhafter Autoren werden einzelne ärztliche Persönlichkeiten geschildert und die Einwanderungsbewegung nach Palästina. Der lesenswerte Band schildert die wissenschaftlichen Beiträge jüdischer Mediziner in ihren Ländern. Der Zionismus als eine Spielart von Nationalbewegungen war von großem Einfluss auf das Wirken vieler jüdischer Ärzte in den Ländern, in denen sie lebten. Überraschende Fragestellungen wie Einflüsse des Zionismus in der Zahnheilkunde oder auf das Apothekerwesen werden angesprochen, aber auch die Vertreibung jüdischer Ärzte polnischer Herkunft im Jahre 1968 nach einer Welle des Antisemitismus in Polen. Interessierten sei der Band zur Lektüre empfohlen.

*Dr. med. S. Drexler*