

Hessisches Ärzteblatt

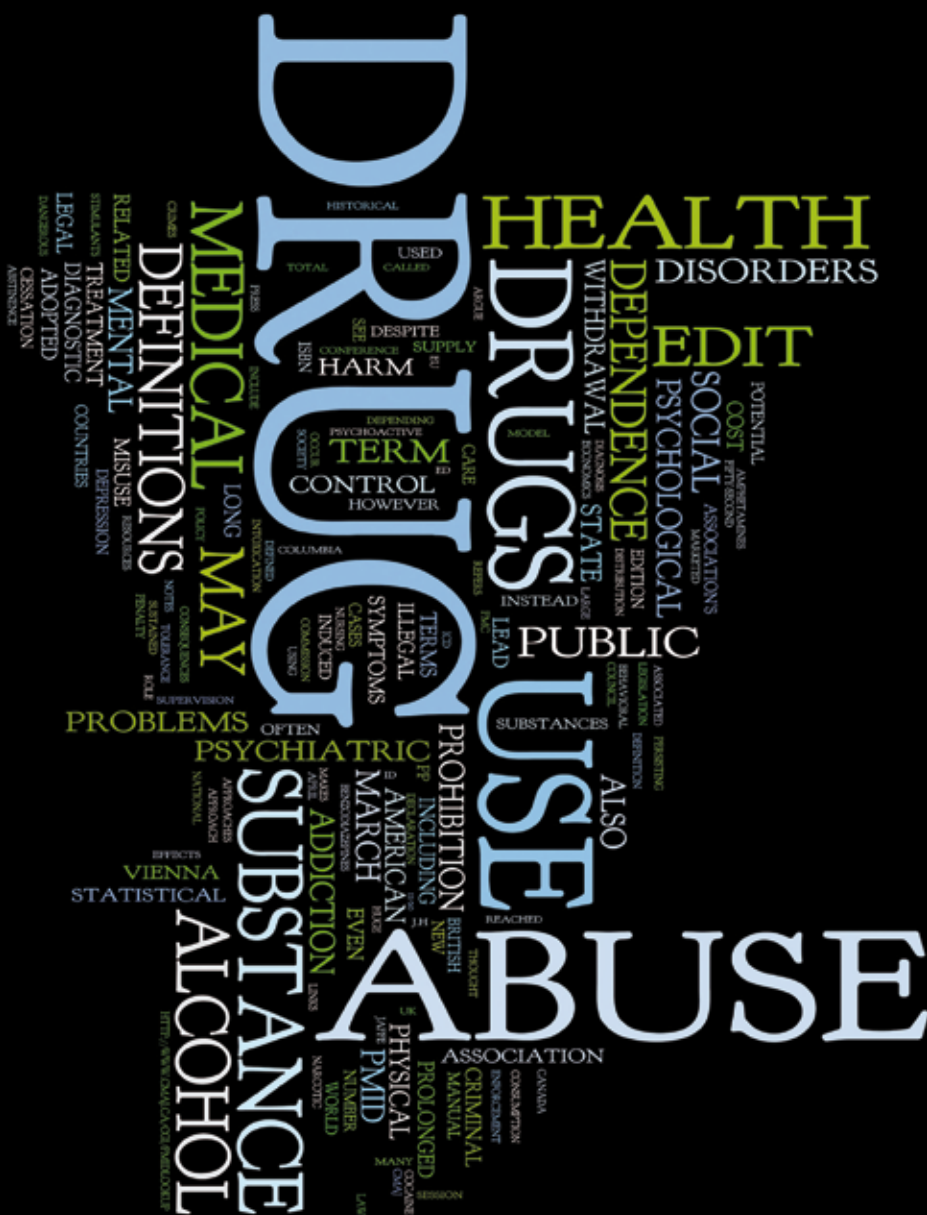
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

3 | 2010

März 2010

71. Jahrgang



- 3. Hessischer Heilberufetag
- Ausschuss „Referat Ärztinnen“
- Zertifizierte Fortbildung:
Rationale Diagnostik und
Differentialdiagnostik bei
Synkopen 2010
- Themenheft: Sucht
 - Der Konsum von Alkohol, Tabak
und illegalen Drogen in der
hessischen Bevölkerung
 - Sucht, eine Volkskrankheit
 - „Doping“-Szene Arbeitsplatz
Immer mehr Arbeitnehmer
greifen zu leistungssteigernden
Mitteln

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.
Fon: 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:
Frank-Rüdiger Zimmeck
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.
Fon: 069 97672-147, Fax: 069 97672-247
E-Mail: angelika.kob@laekh.de

Redaktionsschluss:

fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Fon: 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
Fon: 0341 710039-92
E-Mail: lk@l-va.de

Druck:

Messedruck Leipzig GmbH
An der Hebemärchte 6, 04316 Leipzig

Layout-Design:

Kathrin Artmann, Heidesheim
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen

Zzt. ist Anzeigenpreisliste 2010 vom 1.1.2010 gültig.

Bezugspreis / Abonnementspreise:

Der Bezugspreis im Inland beträgt 115,00 € (12 Ausgaben), im Ausland 115,00 € zzgl. Versand. Kündigung des Bezugs 2 Monate vor Ablauf des Abonnements. Für die Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

ISSN: 0171-9661

Hessisches Ärzteblatt



Editorial	128
Fortbildung	
Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen, Teil 11: Große Brennnessel	129
3. Hessischer Heilberufetag	130
Landesärztekammer Hessen stellt ihre Gremien vor	
Ausschuss „Referat Ärztinnen“	131
Aktuelles	
Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der hessischen Bevölkerung	132
Landesärztekammer Hessen Sucht, eine Volkskrankheit	141
Aktuelles	
„Doping“-Szene Arbeitsplatz: Immer mehr Arbeitnehmer greifen zu leistungssteigernden Mitteln	145
Fortbildung	
Zertifizierte Fortbildung: Rationale Diagnostik und Differentialdiagnostik bei Synkopen 2010	149
Medizinisches Kreuzworträtsel	157
Aktuelles	
Neue Studie zu Krebs durch Fluglärm – näher betrachtet	158
Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim	161
Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim	167
Aktuelles 50 Jahre Hufeland-Preis	170
Fortbildung Sicherer Verordnen	172
Arzt- und Kassenarztrecht	
Arzthaftung: Anforderungen an Aufklärung und Dokumentation, Rechtsfolgen	173
Mit meinen Augen	
Rösler: Dann will mich keiner mehr als Gesundheitsminister haben...	178
Satire Genießen mit dem Billigflieger	179
Briefe an die Schriftleitung	180
Von hessischen Ärztinnen und Ärzten	181
Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	183
Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	189
Bücher	191

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, Besprechungsbeispiele usw. übernimmt die Schriftleitung keine Verantwortung. Vom Autor gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Schriftleitung wieder. Die Veröffentlichung der Beiträge „Sicherer Verordnen“ erfolgt außerhalb der Verantwortung der Schriftleitung und des Verlages.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



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

Ärzt mangel in Deutschland ist keine Schimäre mehr, sondern längst in der Wirklichkeit angekommen. Gesellschaftliche, demographische und wirtschaftliche Faktoren haben zu einer Situation beigetragen, die auch in Hessen Anlass zur Sorge um den künftigen Erhalt

einer patientengerechten Versorgung gibt. Vor allem in ländlichen Gebieten sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte schon heute ein rares „Gut“. Doch auch viele Krankenhäuser können Assistenz- oder Oberarztstellen nicht mehr im erforderlichen Umfang besetzen, weil die Zahl der Bewerber zurückgeht.

Eine der Ursachen für den Ärztemangel, der in den kommenden Jahren immer dramatischere Züge annehmen wird, ist die Überalterung der Ärzteschaft. Hessens Ärzte werden immer älter, während sich gleichzeitig ein erheblicher Nachwuchsmangel abzeichnet. So waren im Jahr 2000 noch rund ein Drittel der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte unter 40 Jahre alt, im Jahr 2009 hat sich ihr Anteil auf ein Viertel reduziert. Ein anderer wesentlicher Grund ist die Abwanderung vieler Kolleginnen und Kollegen in andere Berufe oder ins Ausland. Vor allem die schlechten beruflichen Rahmenbedingungen – Arbeitsverdichtung, arztfremde Tätigkeiten, überbordende Bürokratie – verleiden gerade auch Krankenhausärztinnen und -ärzten die Freude an ihrer Tätigkeit.

Notorische Knappheit der finanziellen Mittel und Budgetierung haben in vielen Bereichen des Gesundheitswesens ein Nachsinnen über neue Lösungswege zur Folge. Ökonomische Motive führten und führen dazu, dass immer weniger Menschen immer mehr Arbeit in immer kürzerer Zeit verrichten müssen. Krankenhäuser versuchen die vorhandenen Ärzte effizienter einzusetzen und die Aufgaben im ärzt-

lichen Dienst unter Hinweis auf Kostendruck und Ärztemangel neu zu ordnen. Die ärztlichen Tätigkeiten drohen immer stärker beschnitten und Aufgaben auf kostengünstigere, nichtärztliche Berufsgruppen übertragen zu werden.

Eine ebenso abstruse wie gefährliche Entwicklung: Man enthebt Ärztinnen und Ärzte unter Missachtung ihrer Kompetenz zunehmend ihrer ärztlichen Aufgaben in der Patientenversorgung, lässt sie codieren, Formulare ausfüllen und sonstige Verwaltungstätigkeiten erledigen. Anstatt diese arztfremden Arbeiten an andere Berufe zu delegieren, zeigt sich bei den Arbeitgebern die wachsende Neigung, ärztliche Aufgaben an nichtärztliche Mitarbeiter zu übergeben, also zu substituieren. Die Tendenz wird von Forderungen aus dem Bereich der Pflege unterstützt, bestimmte ärztliche Tätigkeit in den pflegerischen Dienst zu überführen. Was sich hinter diesen Bestrebungen verbirgt ist offensichtlich: Sie sollen auf Arztersatz und eine Aufweichung des Facharztstandards in Diagnostik und Therapie hinauslaufen. Dagegen, liebe Kolleginnen und Kollegen, wird sich die Landesärztekammer entscheiden mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln wehren.

„Was Friseure können, können nur Friseure“ hat sich ein Handwerk auf sein Schild geschrieben. Das trifft in Abwandlung auch für unseren Berufsstand zu. Auch wenn es nach einem Urteil des Europäischen Gerichtshofes vom 11. Juli 2002 jedem Mitgliedsstaat überlassen bleibt, die Berufsausübung im Gesundheitswesen autonom zu regeln, gilt im deutschen Recht – noch immer – der Arztvorbehalt. Nach ständiger Rechtsprechung des Arzthaftpflichtsenates am Bundesgerichtshof hat der Patient einen Anspruch darauf, nach dem Facharztstandard behandelt zu werden. Dieser ist gleichbedeutend mit dem „Standard guter ärztlicher Versorgung“. Allerdings muss es möglich sein, Tätigkeiten in gewissem Umfang zu delegieren. Dies macht angesichts der Arbeitsverdichtung auch Sinn. So können etwa niedergelassene

Ärztinnen und Ärzte bestimmte Tätigkeiten – z.B. bei der Betreuung älterer Patienten im Rahmen von Hausbesuchen – an qualifizierte medizinische Fachangestellte delegieren. Es handelt sich hierbei nicht um eine Substitution ärztlicher Leistungen, sondern um eine Delegation unter der therapeutischen Gesamtverantwortung einer Ärztin oder eines Arztes.

Ureigene ärztliche Leistungen wie die Diagnostik, die Indikationsstellung und die Therapie dürfen dagegen nicht an nicht-ärztliche Berufsgruppen delegiert werden! Eine Substitution verbietet sich von selbst. Die ärztliche Tätigkeit ist mit Gefahren verbunden und stellt etwa bei Operationen eine Körperverletzung dar: Risiken und Gefahren, die nur durch das Heilungsziel gerechtfertigt sind und die allein von Ärzten eingeschätzt werden können. Wenn Arbeitgeber mit einer angeblichen Entlastung des ärztlichen Dienstes durch nichtärztliche Berufsgruppen argumentieren, reden sie in Wirklichkeit einem Eingriff in die ärztliche Verantwortung das Wort – und nehmen mögliche Gefahren für die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung in Kauf. Das lassen wir nicht zu.

Wichtig ist vielmehr, dafür zu sorgen, dass an hessischen Kliniken bessere Arbeitsbedingungen geschaffen werden, um das Berufsbild „Arzt“ für den ärztlichen Nachwuchs wieder attraktiver zu machen. Dazu gehört ganz wesentlich eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Die Landesärztekammer Hessen hat daher in einem Schreiben alle hessischen Kliniken um die zügige Umsetzung familienfreundlicher Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte gebeten.

Zeitmanagement und Kinderbetreuung stellen berufstätige Eltern im Arztberuf vor große Herausforderungen, denn ihre Arbeitszeiten werden von öffentlichen Betreuungsangeboten in der Regel nicht abgedeckt. Nur wenige Arbeitgeber unterstützen ihre Mitarbeiter durch hauseigene Angebote: Nach einer Befragung des Deutschen Ärztinnenbundes im Jahr 2006 boten von rund 180 hessischen Kliniken

lediglich sechs Häuser ausreichende Betreuungsmöglichkeiten an. Ein Tropfen auf den heißen Stein, wie eine Befragung der Landesärztekammer Hessen ebenfalls aus dem Jahr 2006 zeigt: Über 90 Prozent der befragten hessischen Ärztinnen fordern ein Betreuungsangebot für Säuglinge, über 95 Prozent für Kindergartenkinder und über die Hälfte auch eine Betreuung über das Grundschulalter hinaus.

Es handelt sich dabei keineswegs um ein reines „Frauenproblem“, denn auch Väter wollen Familie und Beruf miteinander verbinden. Solange allerdings die Versorgung ihres Nachwuchses nicht gewährleistet ist, sind Ärztinnen und Ärzte oft nur mit großen Schwierigkeiten dazu in der Lage, ihre Weiterbildung erfolgreich abzuschließen und ihren Beruf in der Klinik langfristig auszuüben. Auch die Tätigkeit in eigener Praxis wird durch nicht ausreichend

vorhandene Kinderbetreuungsangebote erschwert oder sogar verhindert. Es ist daher dringend erforderlich, die Patientenversorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte auch in entlegenen Orten in gesellschaftlichem Konsens mit Unterstützung durch das Gemeinwesen attraktiv zu gestalten, um auch künftig eine flächendeckende ärztliche Versorgung gewährleisten zu können. Ich bin davon überzeugt, dass kein Weg an bedarfsgerechten und familienfreundlichen Arbeitsbedingungen vorbeiführt. Die Landesärztekammer Hessen macht sich dafür stark.

Das gilt auch für den Erhalt der vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung. Ich möchte Sie deshalb an dieser Stelle auf den 3. Hessischen Heilberufetag mit dem Titel „Heilen braucht Vertrauen und Verantwortung – Für ein geschütztes Verhält-

nis zwischen Patient und Therapeut“ hinweisen, zu dem die Hessischen Heilberufskörperschaften am 17. März ab 15:00 Uhr in die Wiesbadener Casino-Gesellschaft, Friedrichstraße 22, einladen. Als Redner haben Gerhart R. Baum (FDP), Bundesminister a.D., und Volker Bouffier (CDU), Hessischer Minister des Innern und für Sport, zugesagt. Der Hessische Minister für Arbeit, Familie und Gesundheit, Jürgen Banzer (CDU) wird ein Grußwort halten. Kommen Sie und diskutieren Sie mit! Ich freue mich auf Ihr Kommen.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

Fortbildung

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen

Teil 11: Große Brennnessel (*Urtica dioica* L.) Alexander H. Jakob



Große Brennnessel

Die weit verbreitete, bis zu eineinhalb Meter hohe Brennnessel wird von vielen Menschen lediglich als Unkraut wahrgenommen, während so mancher ältere Mensch sich noch an die Zubereitung als Gemüse erinnert, wie dies bereits in der Antike Plinius beschrieben hat.

Galen berichtete über die positiven therapeutischen Aspekte der Brennnessel, von der heute noch Blätter und Wurzeln aufgrund ihrer diuretischen und damit antihypertensiven, aber auch immunstimulierenden und entzündungshemmenden Wirkung eingesetzt werden.

Insbesondere im Hinblick auf die benigne Prostatahyperplasie gibt es randomisierte kontrollierte Studien, die unter dem Einsatz von Wurzelextrakten eine deutliche Symptomenverbesserung im Vergleich zur Placebomedikation zeigen. Der Harnfluss wird erhöht und die Restharnmenge verringert. Auch bei Arthritiden und allergischer Rhinitis wurden Brennnesselblätter und Brennnesselkraut mit positiven Wirkungen untersucht. Einschränkungen des Einsatzes

ergeben sich durch die Wechselwirkung, dass Diuretika und Antihypertensiva in ihrer Wirkung verstärkt werden können. Auftretende Nebenwirkungen sind leichtere gastrointestinale Beschwerden, allergische Reaktionen und Juckreiz, sowie Urticaria. Es stehen Fertigarzneimittel für eine standardisierte Therapie zur Verfügung, aber auch Teezubereitungen sind überliefert.

Anschrift des Verfassers

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

3. Hessischer Heilberufetag



Heilen braucht Vertrauen und Verantwortung

Für ein geschütztes Verhältnis
zwischen Patient und Therapeut

17. März 2010 | 15:00 Uhr

Wiesbadener Casino-Gesellschaft

Friedrichstraße 22 | 65185 Wiesbaden

Grußwort:

Jürgen Banzer

Hessischer Minister für Arbeit, Familie und Gesundheit

Referenten:

Gerhart Baum

Bundesminister a. D.

Volker Bouffier

Hessischer Minister des Innern und für Sport

**Wir laden Sie herzlich ein:
Diskutieren Sie mit!**

Eintritt frei!

Veranstalter:

Landesärztekammer Hessen • Kassenärztliche Vereinigung Hessen • Landes Zahnärztekammer Hessen
Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen • Landesapothekerkammer Hessen • Landeskammer für
Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Hessen
Landestierärztekammer Hessen

Weitere Informationen: Pressestelle der Landesärztekammer Hessen, Katja Möhrle, Tel.: 069 97672-188

Ausschuss „Referat Ärztinnen“

Der Ausschuss „Referat Ärztinnen“ wird als beratender Ausschuss des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen jeweils für eine Legislaturperiode berufen. Er ist im Jahre 2009 zu zwei Sitzungen zusammengetreten.

Der Ausschuss hat sich als erste Schwerpunkte seiner Arbeit die Förderung der beruflichen Entwicklung von Frauen im Arztberuf gewählt. Dazu gehören neben der Beobachtung und Bewertung von Besonderheiten der Arbeitssituation von Ärztinnen insbesondere auch Fragen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, verschiedene Möglichkeiten von Kinderbetreuungsangeboten, Neustrukturierung familienfreundlicher Krankenhäuser sowie das Problem von Kinderbetreuungsangeboten durch Krankenhäuser. Kürzlich wurden diesbezüglich auf Initiative des Ausschusses durch den Präsidenten der LÄKH die Ärztlichen Direktoren und Geschäftsführer hessischer Krankenhäuser angeschrieben.

Derzeit prüft der Ausschuss ob und in welcher Weise er bei Vorbereitung und Durchführung eines Wiedereingliederungskurses (z.B. für Ärztinnen nach Familien-

Der Ausschuss setzt sich aus folgenden Mitgliedern zusammen:

Name	Betätigungsfeld/Fachgebiet	Ort
Dr. med. Ulrike Berg	Fachärztin für Allgemeinmedizin	Mainz
Monika Buchalik	Fachärztin für Allgemeinmedizin	Maintal
Dr. med. Alessandra Carella	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie	Wiesbaden
Dr. med. Sabine Dominik	Fachärztin für Gynäkologie und Pathologie	Bad Homburg
Dr. med. Birgit Drexler-Gormann	Fachärztin für Radiologie und Allgemeinmedizin	Mühlheim
Dr. med. Brigitte Hentschel-Weiß	Fachärztin für Allgemeinmedizin	Groß-Gerau
Christine Hidas	Assistenzärztin	Darmstadt
Dr. med. Gisela Illies	Fachärztin für Allgemeinmedizin	Hanau
Dr. med. Susanne Johna	Fachärztin für Innere Medizin	Wiesbaden
Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke	Fachärztin für Allgemeinmedizin	Frankfurt

pause) der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in Zusammenarbeit mit der Stabsstelle Qualitätssicherung mitwirken kann.

Als Vorsitzende wurde Dr. med. Gisela Illies und Dr. Brigitte Hentschel-Weiß als stellvertretende Vorsitzende gewählt.

Annerose Schad, Assistentin Dr. Kaiser in der Stabsstelle Qualitätssicherung, Versorgungsmanagement und Gesundheitsökonomie, führt die laufenden Geschäfte des Ausschusses (Fon: 069 97672-195, E-Mail: qs@laekh.de)

Annerose Schad

Delegiertenversammlung appelliert an Solidarität der Ärzteschaft

Gegenseitige Unterstützung niedergelassener Ärzte und Klinikärzte bei Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen gefordert

Ohne Einschränkung hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer am 28. November 2009 an die innerärztliche Solidarität appelliert. Die Delegierten sprachen sich einstimmig für eine gegenseitige Unterstützung von niedergelassenen Ärzten und Klinikärzten bei Streiks oder streikähnlichen Maßnahmen zur Verbesserung ärztlicher Arbeitsbedingungen aus.

Der Einsatz niedergelassener Ärzte als Streikbrecher bei Protestaktionen an Kliniken wurde ebenso abgelehnt wie das Unterlaufen von Aktionen Niedergelassener durch Klinikärzte. „Gemeinsam sind wir stärker,“ hieß es in einer Erklärung des Ärzteparlaments.

LÄK

Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der hessischen Bevölkerung

Ergebnisse einer Repräsentativerhebung Sven Buth, Jens Kalke, Moritz Rosenkranz, Philipp Hiller, Peter Raschke

Einleitung

Für das Bundesland Hessen lagen bislang keine Daten zum Konsum psychoaktiver Substanzen in der erwachsenen Bevölkerung vor. Eine einfache Übertragung vorhandener bundesweiter Daten auf Hessen ist nicht zulässig, da aus anderen epidemiologischen Untersuchungen bekannt ist, dass in Deutschland regionale Besonderheiten im Konsumverhalten der Bevölkerung bestehen (z.B. Kraus et al., 2001).

Um Informationen über die Verbreitung des Konsums von Nikotin, Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen in Hessen zu erhalten, hat das Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) im Auftrag der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. (HLS) mit finanzieller Förderung des Hessischen Sozialministeriums (HSM) eine repräsentative Umfrage durchgeführt. Diese wurde im Herbst 2007 in Zusammenarbeit mit dem Meinungsforschungsinstitut Infratest dimap realisiert. Hiermit sollten empirisch gesicherte Erkenntnisse zum Konsumverhalten der erwachsenen Bevölkerung Hessens gewonnen werden, die für die weitere Ausgestaltung der Suchthilfe, der Suchtprävention und der Suchtpolitik verwendet werden können. Dabei sollten auch mögliche regionale Unterschiede erfasst werden. Ferner wurden erstmals in Deutschland auch ältere Personen (65 bis 69 Jahre) zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen befragt. Da es einen demographischen Wandel hin zu einer älter werdenden Gesellschaft gibt, erlangt der Einbezug von älteren Personen in solche Untersuchungen eine zunehmende Relevanz. Und schließlich wurde – auch das ist ein Novum – die Bekanntheit und Akzeptanz der ambulanten Suchthilfe aus Sicht der Bevölkerung erhoben.

Auch wenn die vorliegenden Zahlen inzwischen zwei Jahre alt sind und aufgrund der komplizierten politischen Verhältnisse der letzten Jahre erst jetzt veröffentlicht werden können, gehen wir davon aus, dass sie nach wie vor Aktualität besitzen, weil bekannt ist, dass sich das Konsumverhalten der Bevölkerung in einem kurzfristigen Zeitraum nicht grundlegend verändert.

Die Arbeit umfasst drei Abschnitte. Zuerst wird ausführlich das Konsumverhalten der 17- bis 69-Jährigen Bevölkerung Hessens differenziert nach Geschlecht, Alter, Erwerbsstatus und Region beschrieben. Der zweite Abschnitt beinhaltet eine vergleichende Gegenüberstellung der Ergebnisse der hessischen Befragung mit den Angaben des epidemiologischen Suchtsurveys 2006, einer bundesweiten Repräsentativbefragung zum Konsumverhalten in der Bevölkerung (Kraus & Baumeister, 2008). Im dritten und abschließenden Abschnitt werden Ergebnisse zur Bekanntheit und Akzeptanz der ambulanten Suchthilfe Hessens dargestellt.

Methodik

Bei der Repräsentativerhebung für Hessen handelt es sich um eine telefonische Befragung.

Die Erhebung erfolgte mit der sogenannten CATI-Methode, einer computergestützten Befragungstechnik per Telefon und wurde durch das Meinungsforschungsinstitut Infratest dimap durchgeführt. Die Grundgesamtheit der Studie bildete die in Hessen in Privathaushalten lebende deutschsprachige Bevölkerung zwischen 17 und 69 Jahren mit einem Festnetzanschluss. Aus jedem der 21 Landkreise und den vier kreisfreien Städten des Bundeslandes Hessen wurden 200 Personen telefonisch befragt. Für die Metropole Frank-

furt beträgt die Fallzahl 600. Damit ergibt sich insgesamt ein N von 5.600. Die Befragung fand vom 15. Oktober bis 12. November 2007 statt. Um die Repräsentativität der Stichprobe in Bezug auf die regionale Verteilung der Befragten zu gewährleisten, ist diese nach Kreisen und BIK-Gemeindetypen geschichtet worden.

Die aus der Befragung gewonnenen Daten sind für die statistische Auswertung nach den Merkmalen Alter, Geschlecht, BIK-Gemeindeklassen und Bevölkerungszahl der einzelnen Kreise gewichtet worden. Dem entsprechend lassen sich, bis auf eine Ausnahme, keine bemerkenswerten Unterschiede zwischen der (gewichteten) telefonischen Stichprobe und der amtlichen Bevölkerungsstatistik finden. Die genannte Ausnahme betrifft den Anteil der ledigen und verheirateten Befragten, der in der gewichteten telefonischen Stichprobe etwas höher liegt, als der in der Bevölkerungsstatistik.

Die gesamte Stichprobe umfasste – wie schon erwähnt – 5.600 Fälle. Hiervon ist ein Fall aufgrund eines unplausiblen Antwortmusters bezüglich mehrerer Variablen aus dem Datensatz entfernt worden. Des Weiteren ist für einige Fälle die angegebene Menge des Bierkonsums nicht in die weiteren Analysen einbezogen worden, da die betreffenden Personen (N=5) offensichtlich den Wortlaut der Fragestellung missverstanden hatten.

Konsumverhalten insgesamt

In Hessen liegt in der erwachsenen Bevölkerung (17-69 Jahre) der Anteil von aktuellen Rauchern bei 33 % (siehe Tabelle 1). Dabei ist bei den Männern der Anteil der Raucher deutlich höher als bei den Frauen (37 % zu 29,4 %). Fast 70 % der erwachsenen Bevölkerung haben in den letzten

Tabelle 1: Konsumverhalten der hessischen Bevölkerung (17 bis 69 Jahre)

letzte 30 Tage	Gesamt	Frauen	Männer
Nikotin	33,2 %	29,4 %	37,0 %
Alkohol	69,6 %	63,3 %	75,8 %
Medikamente*	5,9 %	7,9 %	3,9 %
letzte 12 Monate			
Cannabis	2,1 %	1,3 %	2,8 %
N	5.586	2.780	2.806

* Schlaf- und Beruhigungsmittel

30 Tagen zumindest einmal ein alkoholisches Getränk zu sich genommen. Dies ist bei den Männern häufiger als bei den Frauen der Fall (75,8 % zu 63,3 %). Die Monatsprävalenz¹ für Medikamente – hier wurde nur der Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln erhoben – liegt bei etwa 6 %, wobei es hier einen sehr deutlichen geschlechtsspezifischen Unterschied gibt (Frauen: 7,9 %, Männer: 3,9 %).

Der Konsum illegaler Drogen bei den 17- bis 69-Jährigen wurde für das vorangegangene Jahr erhoben. Danach haben etwa 2 % im Zeitraum der letzten zwölf Monate zumindest gelegentlich Cannabisprodukte konsumiert.² Bei den Männern ist dieser Anteil etwa doppelt so hoch wie bei den Frauen (2,8 % zu 1,3 %).

Nur ganz wenige Personen haben nach ihren Selbstauskünften in den letzten zwölf Monaten andere illegale Drogen (Ecstasy,

Kokain, Heroin etc.) zu sich genommen (0,5 %). Es ist jedoch bekannt, dass bei Repräsentativerhebungen ein Teil der Drogenabhängigen nicht erreicht werden kann. Deshalb kann unter Verwendung dieser Angaben keine verlässliche Aussage darüber abgeleitet werden, wie hoch der Anteil von Konsumenten harter illegaler Drogen in Hessen tatsächlich ist.

Nach dieser generellen Übersicht zum Konsumverhalten der hessischen Bevölkerung werden im Folgenden Ergebnisse zu einzelnen Substanzen präsentiert, beginnend mit dem Nikotinkonsum.

Die aktuellen Raucher in Hessen konsumieren im Durchschnitt 13,4 Zigaretten täglich (siehe Tabelle 2). Bei jedem Zehnten von ihnen handelt es sich um einen sehr starken Raucher, der im Durchschnitt mehr als 20 Zigaretten am Tag raucht. Bei

23 % kann von starken Rauchern gesprochen werden, die 16 bis 20 Zigaretten an jedem Tag konsumieren. Der Anteil niedrigfrequenter Raucher (bis zu fünf Zigaretten täglich) beträgt ebenfalls 23 %. Beim Rauchverhalten sind geschlechtsspezifische Unterschiede festzustellen: Bei den Frauen ist der Anteil (sehr) starker Raucher deutlich niedriger als bei den Männern (zusammengerechnet 24,5 % zu 40,8 %). Das drückt sich auch in der Durchschnittsmenge monatlich gerauchter Zigaretten aus: 15,0 (Männer) zu 11,3 (Frauen).

Nach den für Hessen ermittelten Alkoholprävalenzen trinken 44 % der erwachsenen Bevölkerung im Monat mindestens ein Bier (0,33 l) (siehe Tabelle 3). Diejenigen, die dies tun, konsumieren dabei im Durchschnitt 1,86 Liter pro Woche, d.h. etwa fünf bis sechs Flaschen Bier. Erwartungsgemäß sind bei dieser Getränkeart die Konsumwerte (Frequenz und Menge) bei den Männern höher als bei den Frauen (61,1 % zu 25,7 % bzw. 2,30 l zu 0,83 l, siehe Tabelle 4).

Beim Wein (Sekt) stellt sich das Geschlechterverhältnis anders dar: Hier sind es anteilmäßig mehr Frauen als Männer, die mindestens einmal im Monat ein Glas Wein oder Sekt (0,2 l) trinken (50,3 % zu 41,6 %). Der Gesamtanteil der Weintrinker beträgt 46 %. Diese Konsumenten trinken pro Woche etwa durchschnittlich zwei Gläser Wein (0,51 l). Bei der Trinkmenge bestehen keine größeren geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Aufgrund der Bedeutung dieser Getränkeart in Hessen wurde der Konsum von Apfelwein separat erhoben. Danach haben ungefähr 9 % der erwachsenen Bevölkerung dieses Getränk im letzten Monat zumindest einmal getrunken. Die Prävalenz

Tabelle 2: Anzahl der Zigaretten (letzte 30 Tage)

	Gesamt	Frauen	Männer
1-5	23,2 %	28,0 %	19,4 %
6-10	28,2 %	31,0 %	26,0 %
11-15	15,0 %	16,6 %	13,7 %
16-20	23,3 %	18,3 %	27,3 %
21 und mehr	10,3 %	6,2 %	13,5 %
Ø	13,4	11,3	15,0
N*	1.846	814	1.033

* Der Unterschied zwischen dem Gesamt-N und der Summe der Anzahl von Männern und Frauen (N=1.847) ist auf die Gewichtung zurückzuführen.

¹ Der Begriff Prävalenz ist eine Kennzahl in der epidemiologischen Forschung und sagt aus, wie viele Menschen von einer bestimmten Krankheit oder Störung betroffen sind oder auch ein bestimmtes Konsumverhalten ausüben.

² Der einmalige Probierkonsum wurde hier nicht erfasst.

Tabelle 3: Aktueller Konsum nach Getränkeart (letzte 30 Tage)

	Bier	Apfelwein	Wein/Sekt	Alkopops	Spirituosen
Abstinenter	56,5 %	91,1 %	54,1 %	93,3 %	78,8 %
1-5 Tage	29,2 %	7,2 %	33,8 %	5,9 %	19,0 %
6-10 Tage	7,7 %	0,8 %	6,7 %	0,5 %	1,7 %
11-20 Tage	4,0 %	0,6 %	3,6 %	0,3 %	0,4 %
21-30 Tage	2,6 %	0,3 %	1,9 %	0,1 %	0,1 %
N	5.565	5.586	5.574	5.587	5.586

* Konsumenten/innen letzte 30 Tage

Tabelle 4: Wöchentliche Menge (L) nach Getränkeart und Geschlecht*

	Bier	Apfelwein	Wein/Sekt	Alkopops	Spirituosen
Frauen	0,83	0,48	0,46	0,42	0,02
Männer	2,30	0,73	0,57	0,90	0,04
Menge (L) pro Woche*	1,86	0,63	0,51	0,70	0,03
N	2.390	488	2.551	363	1.161

* Konsumenten/innen letzte 30 Tage

ist hier bei Frauen und Männern in etwa gleich, wobei sich die durchschnittlich konsumierte Menge pro Woche für die beiden Geschlechter unterschiedlich darstellt (0,48 l zu 0,73 l).

Alkoholische Mixgetränke („Alkopops“) konsumieren aktuell knapp 7 % der Hessen. Diese trinken davon im Durchschnitt 0,7 Liter pro Woche – die männlichen Konsumenten deutlich mehr als die weiblichen (0,90 l zu 0,42 l).

Die letzte erfasste Getränkeart betrifft spirituosenhaltige Getränke wie Schnaps, Cognac, Whiskey. 21 % aller 17- bis 69-Jährigen geben an, im letzten Monat zumindest ein Glas (0,02 l = „Schnapsglas“) hiervon getrunken zu haben. Im Durchschnitt konsumieren die Spirituosen-Trinker 0,03 l (1,5 Gläser) in der Woche – die Männer doppelt so viel wie die Frauen (0,04 l zu 0,02 l).

Um eine Aussage hinsichtlich des Ausmaßes problematischen Alkoholkonsums vornehmen zu können, ist auf eine Klassifizierung von Kraus & Baumeister (2008) zurückgegriffen worden, die auf der Kon-

sumintensität basiert und nach einem Frequenz-Menge-Index berechnet wird. Hierzu sind die Trinkmengen verschiedener Alkoholika an einem gewöhnlichen Trinktag erhoben worden, aus denen sich die aufgenommene Alkoholmenge in Gramm je Trinktag bestimmen lässt. Dabei wird von folgenden Alkoholgehalten in Gramm ausgegangen: eine Flasche Bier (0,33 l) = 13 g; ein Glas Wein (0,2 l) = 16 g; ein Schnapsglas (0,02 l) = 7 g; ein Glas Apfelwein (0,2 l) = 8,4 g; eine Flasche Alkopops (0,275 l) = 12,8 g. Anschließend werden die monatlichen Alkoholmengen der einzelnen Getränkearten aufaddiert. Hieraus lässt sich dann die durchschnittliche Tagesmenge reinen Alkohols in Gramm bestimmen.

Tabelle 5: Alkohol-Monatskonsum in Risikoklassen

	Gesamt	Frauen	Männer
Abstinenter	30,8 %	37,1 %	24,5 %
risikoarmer Konsum	61,3 %	58,2 %	64,4 %
risikanter Konsum	5,8 %	3,8 %	7,8 %
gefährlicher Konsum	1,7 %	0,6 %	2,9 %
Hochkonsum	0,3 %	0,2 %	0,4 %
N	5.516	2.744	2.772

Die Klassifikation erfolgt nach folgenden Alkoholmengen (durchschnittliche tägliche Trinkmenge) in Gramm:

- abstinenter =
Männer: 0 g, Frauen: 0 g
- risikoarmer Konsum =
Männer: >0-30 g, Frauen: >0-20 g
- risikanter Konsum =
Männer: >30-60 g, Frauen: >20-40 g
- gefährlicher Konsum =
Männer: >60-120 g, Frauen: >40-80 g
- Hochkonsum =
Männer: >120 g, Frauen: >80 g

Wird nun dieses Klassifikationsschema auf die hessischen Ergebnisse angewendet, üben knapp 8 % der erwachsenen Bevölkerung einen zumindest riskanten Alkoholkonsum aus. Im Einzelnen praktizieren 5,8 % einen riskanten und 1,7 % einen gefährlichen Konsum; bei 0,3 % liegt Hochkonsum vor (siehe Tabelle 5). Dabei sind Personen mit einem riskanten Konsummuster bei den Männern etwa doppelt so häufig anzutreffen wie bei den Frauen; beim gefährlichen Konsum beträgt das Verhältnis sogar 5 zu 1.

Werden die relativen Anteile auf absolute Werte umgerechnet, ergibt sich eine Anzahl von etwa 330.000 Personen (17 bis 69 Jahre) im Bundesland Hessen, die einen riskanten bis Hochkonsum ausüben und deshalb als potentielle Zielgruppe von Suchtprävention und -hilfe (indizierte Prävention bis Suchtbehandlung) angesehen werden kann.

Der Medikamentengebrauch – es wurde der Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln erfasst – wurde nach der Häufigkeit (Tage im Monat) klassifiziert. Danach praktizieren gut 2 % einen starken Konsum, d.h. sie nehmen (beinahe) täglich eines der beiden – oder sogar beide – Medikamente ein (siehe Tabelle 6). Das sind insgesamt etwa 98.000 Personen in Hessen. Hierbei zeigt sich, dass ein solches Gebrauchsmuster bei den Frauen verbreiteter ist als bei den Männern (3,4 % zu 1,2 %). Beim mittleren Medikamentenkonsum (11-20 Tage im Monat) ergibt sich dagegen keine geschlechtsspezifische Abweichung (0,4 %), während beim schwachen Konsum (1-10 Tage im Monat) wiederum die Frauen mit einem Anteil von 4,1 % zu 2,3 % dominieren. Umgekehrt nehmen vier Prozentpunkte mehr Männer als Frauen aktuell überhaupt keine Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein (Gesamtanteil 94 %).

Junge und alte Konsumenten

Gut 40 % der 17- bis 24-Jährigen sind aktuelle Raucher (siehe Tabelle 7). Bei den über 60-Jährigen ist die Tabakprävalenz hingegen weniger als halb so hoch (18,9 %). Ein Blick auf die Konsumententwicklung der dazwischen liegenden Altersgruppen zeigt, dass die Nikotinprävalenz mit steigendem Alter nahezu kontinuierlich abnimmt. Dies ist beim Alkoholkonsum so nicht zu beobachten. Die Monatsprävalenz des Alkoholkonsums der jüngsten Altersgruppe unterscheidet sich mit 71,8 % nur unwesentlich von dem Wert, der für die 60- bis 69-Jährigen erhoben wurde (70,8 %). In den mittleren Altersgruppen schwanken die Prävalenzen zwar leicht, liegen jedoch immer ungefähr auf dem Niveau der „Jungen“ und der „Alten“.

Ein problematischer Alkoholkonsum (risikanter bis Hochkonsum; Klassifizierung siehe oben) wurde für knapp jeden Zehnten (9,5 %) der 17- bis 24-Jährigen in Hes-

Tabelle 6: Medikamenten-Monatskonsum (Schlaf- und Beruhigungsmittel)

	Gesamt	Frauen	Männer
keine Einnahme	94,1 %	92,1 %	96,1 %
schwacher Konsum (1-10 Tage/Monat)	3,2 %	4,1 %	2,3 %
mittlerer Konsum (11-20 Tage/Monat)	0,4 %	0,4 %	0,4 %
starker Konsum (21-30 Tage/Monat)	2,3 %	3,4 %	1,2 %
N	5.596	2.786	2.810

sen erhoben. Unter den 60- bis 69-Jährigen beträgt der Anteil 8 %. Für die dazwischen liegenden Altersgruppen zeigen sich die Prävalenzen eines solchen (zusammengefassten) Problemkonsums uneinheitlich. In der Gruppe der 25- bis 29-Jährigen liegt die Prävalenz mit gut 6 % unter derjenigen der jüngsten Gruppe und sinkt in der nächsten Altersgruppe noch weiter ab (30-39 Jahre: 4,1 %). Die höchste Prävalenz wurde mit knapp 12 % für die 50- bis 59-Jährigen erhoben, in der ältesten Gruppe sinkt der Anteil wieder auf 8 %.

Die dritte legale Substanzgruppe, die in der Repräsentativerhebung erhoben wurde, umfasst Schlaf- und Beruhigungsmittel. Erwartungsgemäß konsumieren mit einem Anteil von knapp 3 % fast viermal weniger 17- bis 24-Jährige derartige Medikamente als dies in der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen der Fall ist (11,2 %). Mit zu-

nehmendem Alter steigt der Medikamentenkonsum also immer weiter an, wie an den Prävalenzen der anderen Altersgruppen abzulesen ist.

Hinsichtlich des Konsums illegaler Drogen lassen sich ebenfalls große Unterschiede zwischen der jüngsten und der ältesten Gruppe feststellen. Die Jahresprävalenz für Cannabis liegt in der Gruppe der 17- bis 24-Jährigen bei 6,7 %. Mit zunehmendem Alter gebrauchen immer weniger Personen Cannabisprodukte, sodass unter den 60- bis 69-Jährigen nur noch ein verschwindend geringer Anteil von 0,3 % angibt, im zurückliegenden Jahr Cannabis konsumiert zu haben.

Bei anderen illegalen Drogen sind die Anteile noch geringer, die eben beschriebene Tendenz findet sich – von geringfügigen Schwankungen abgesehen – auch hier wieder. Konsumierten in der jüngsten Altersgruppe noch 1,3 % der 17- bis 24-

Tabelle 7: Konsumverhalten nach Alter

letzte 30 Tage	17-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69
Nikotin	40,5 %	41,9 %	34,4 %	37,1 %	33,0 %	18,9 %
Alkohol	71,8 %	68,9 %	66,9 %	70,7 %	69,0 %	70,8 %
Medikamente*	2,9 %	2,6 %	4,4 %	4,6 %	7,5 %	11,2 %
letzte 12 Monate						
Cannabis	6,7 %	5,8 %	2,0 %	0,8 %	0,8 %	0,3 %
andere illegale Drogen	1,3 %	1,6 %	0,5 %	0,1 %	0,3 %	0,2 %
N*	671	419	1.106	1.331	1.048	992

* Schlaf- und Beruhigungsmittel

+ Anzahl aller Befragten je Altersgruppe

Tabelle 8: Konsumverhalten nach Erwerbssituation

letzte 30 Tage	Erwerbstätig	Arbeitslos	Rentner/ Alters- teilzeit	Schüler/ Student	Hausfrau
Nikotin	36,7 %	47,0 %	20,6 %	30,8 %	25,7 %
Alkohol	72,8 %	59,1 %	68,1 %	75,7 %	51,2 %
Medikamente*	4,6 %	7,3 %	11,8 %	3,7 %	5,3 %
letzte 12 Monate					
Cannabis	1,8 %	6,1 %	0,3 %	5,8 %	0,5 %
andere illegale Drogen	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,9 %	0,0 %
N ⁺	3.426	235	936	411	475

* Schlaf- und Beruhigungsmittel

+ Anzahl aller Befragten je Altersgruppe

Jährigen Hessen in den letzten zwölf Monaten andere illegale Drogen, so geben dies nur 0,2 % der 60- bis 69-Jährigen an. Erneut sei darauf hingewiesen, dass diese sehr geringen Prävalenzraten vermutlich auf die schlechte Erreichbarkeit der Konsumenten anderer (harter) illegaler Drogen zurückzuführen ist. Insofern können die hier berichteten Prävalenzen eher eine Tendenz der Konsumententwicklung mit zunehmendem Alter wiedergeben, als verlässliche Angaben über die tatsächlichen Anteile von Konsumenten illegaler Drogen in der hessischen Bevölkerung zu liefern.

Arbeitslose und erwerbstätige Konsumenten

Von den Erwerbstätigen in Hessen rauchen 36,7 % aktuell Zigaretten. Bei den arbeitslosen Personen ist dagegen die Raucherprävalenz viel höher: Hier stellt knapp die Hälfte (47 %) Raucher dar (siehe Tabelle 8).

Für erwerbstätige Personen wurde die zweithöchste Alkoholmonatsprävalenz dokumentiert (72,8 %). Nur in der Gruppe der Schüler bzw. Studenten ist die Prävalenz mit gut 75 % noch etwas höher, was darauf zurückzuführen sein dürfte, dass in dieser Gruppe viele jüngere Personen vertreten sind, die allgemein leicht erhöh-

te Alkoholprävalenzen aufweisen. Entgegen gängiger Vorstellungen ist die Alkoholprävalenz der arbeitslosen Personen mit 59,1 % um 13,7 Prozentpunkte niedriger als die der Erwerbstätigen.

Mit Blick auf den problematischen Alkoholkonsum zeigt sich, dass etwa jeder zehnte der erwerbslosen Befragten ein Trinkverhalten aufweist, welches auf einen riskanten, gefährlichen bzw. Hochkonsum schließen lässt (10,7 %). Aber auch ein Anteil von knapp 8 % der Erwerbstätigen mit problematischem Konsummuster ist nicht unbeträchtlich. Rentner und Personen in Altersteilzeit (9,4 %) sowie Schüler und Studenten (8,2 %) erreichen ähnlich hohe Anteile. Lediglich bei den Hausfrauen tritt problematischer Alkoholkonsum nur selten auf (3 %).

Hinsichtlich des Konsums von Schlaf- und Beruhigungsmitteln wurden für die arbeitslose hessische Bevölkerung höhere Prävalenzen erhoben als für die Erwerbstätigen. 7,3 % der Arbeitslosen und knapp 5 % der Erwerbstätigen haben im letzten Monat derartige Medikamente genommen. Für die Rentner bzw. Personen in Altersteilzeit ergab sich mit 11,8 % die höchste Medikamentenprävalenz unter den betrachteten Berufsgruppen, was offensichtlich

auf das höhere Alter der Personen in dieser Gruppe zurückzuführen ist.

Mit einer Jahresprävalenz von 6,1 % ist der Konsum von Cannabis unter den Arbeitslosen in der Stichprobe am weitesten verbreitet. Mit 5,8 % Prävalenz folgen die Schüler/Studenten knapp dahinter, wobei auch hier auf einen wahrscheinlichen Alterseffekt verwiesen werden muss. Lediglich 1,8 % der Erwerbstätigen geben an, innerhalb des letzten Jahres Cannabis konsumiert zu haben.

Die Prävalenzen anderer illegaler Drogen sind erwartungsgemäß sehr gering; ein Prozent der Schüler bzw. Studenten hat in den letzten zwölf Monaten illegale Drogen konsumiert (0,9 %). Die Prävalenzen für die Gruppe der Erwerbstätigen und die der Arbeitslosen unterscheiden sich nicht (jeweils 0,4 %).

Regionaler Vergleich

In diesem Kapitel wird ein regionaler Vergleich vorgenommen. Es soll geprüft werden, ob im Konsumverhalten der Bevölkerung regionale Unterschiede bestehen, vor allem in Hinblick auf mögliche Besonderheiten in Städten und ländlichen Regionen. Der Vergleich wird anhand von folgenden fünf regionalen Kategorien durchgeführt: Frankfurt am Main, kreisfreie Städte, Nordhessen, Mittelhessen und Südhessen. Die drei zuletzt genannten Regionen beschreiben drei Planungseinheiten in Hessen, wobei hier die vier kreisfreien Städte herausgenommen worden sind, die separat betrachtet werden.

Wird nun der regionale Vergleich durchgeführt, zeigt sich, dass die Anteile von aktuellen Rauchern in den städtischen Zentren höher sind als in den eher ländlich geprägten Regionen. In Frankfurt und in den vier kreisfreien Städten liegt der Wert für die aktuellen Raucher bei fast 37 %, während er in den drei Landregionen zwischen 30,5 % und gut 33 % liegt (siehe

Tabelle 9: Konsumverhalten nach Region

letzte 30 Tage	Frankfurt	kreisfreie Städte	Nord-hessen	Mittel-hessen	Süd-hessen
Nikotin	36,6 %	36,9 %	30,5 %	33,2 %	32,7 %
Alkohol	68,4 %	69,8 %	68,5 %	70,8 %	69,8 %
Medikamente*	6,3 %	5,4 %	7,7 %	6,9 %	4,7 %
letzte 12 Monate					
Cannabis	4,1 %	3,3 %	1,2 %	2,4 %	1,5 %
andere illegale Drogen	0,9 %	0,1 %	0,4 %	0,5 %	0,5 %
N ⁺	546	620	1.040	999	2.394

* Schlaf- und Beruhigungsmittel

+ Anzahl aller Befragten je Altersgruppe

Tabelle 9). Eine deutliche Stadt-Land-Abweichung lässt sich ebenfalls beim Cannabisgebrauch ausmachen: Danach haben in den Städten 4,1 % bzw. 3,3 % in den letzten zwölf Monaten zumindest gelegentlich Cannabisprodukte konsumiert. Die entsprechenden Werte für Nord-, Mittel- und Südhessen bewegen sich zwischen 1,2 % und 2,4 %. Beim Gebrauch anderer illegaler Drogen (Zwölf-Monats-Prävalenz) fällt der vergleichsweise hohe Wert von 0,9 % für Frankfurt auf.

Für die 30-Tages-Prävalenz beim Alkohol- und Medikamentenkonsum lassen sich hingegen keine gravierenden Stadt-Land-Unterschiede finden. Beim Alkohol liegt die Prävalenz in allen fünf regionalen Kategorien knapp jeweils bei etwa 70 %. Bei den Schlaf- und Beruhigungsmitteln besteht eine Spannweite von 4,7 % bis 7,7 %, ohne dass dabei ein Muster zu erkennen wäre.

Wird eine Betrachtung des Alkohol-Monatskonsums nach Risikoklassen vorgenommen (siehe oben), zeigt sich, anders als bei der Prävalenz des Alkoholkonsums, eine Differenz zwischen Stadt und Land. Denn die zusammengerechneten, handlungsrelevanten Quoten riskanter Konsumenten bis Hochkonsumenten liegen in den Städten bei 8,9 % (Frankfurt) bzw. 10,2 %

(kreisfreie Städte), in den drei ländlichen Regionen dagegen bei 6,9 % bis 7,9 %.

Bundesweiter Vergleich

In diesem Abschnitt werden die Zahlen aus Hessen den bundesweiten Prävalenzen gegenübergestellt. Die Zahlen für den Bund stammen aus dem Suchtsurvey 2006 (Baumeister et al., 2008; Pabst & Kraus, 2008; Rösner et al., 2008). Zwei Aspekte sind bei diesem Vergleich zu berücksichtigen:

1. Der unterschiedliche Zeitpunkt der Erhebung: März bis September 2006 im Bund und Herbst 2007 in Hessen.
2. Der unterschiedliche Erhebungsmodus: eine schriftliche Befragung im Bund und eine telefonische Befragung in Hessen. Es ist in der epidemiologischen Suchtforschung nach wie vor nicht endgültig geklärt, mit welchem Befragungsinstrument die zuverlässigeren Ergebnisse zu erzielen sind.

Trotz dieser methodischen Einschränkungen ist es sinnvoll, die bundesweiten Zahlen vergleichend heranzuziehen, um zu prüfen, ob starke Abweichungen vorhanden sind, die auf Besonderheiten im Bundesland Hessen hinweisen.

Es sei weiter angemerkt, dass sich die folgende Gegenüberstellung auf die 18- bis 64-Jährigen bezieht, weil dieses die in der Bundeserhebung erfasste Altersgruppe ist. Von daher stimmen die folgenden Zahlen nicht immer mit den bisher präsentierten Daten für die 17- bis 69-Jährigen in Hessen überein.

Die folgende Tabelle zeigt nun, dass es in Hessen einen höheren Anteil von aktuellen Rauchern gibt als deutschlandweit. Das Verhältnis beträgt 35,2 % (Hessen) zu 31,8 % (Bund) (siehe Tabelle 10). Wird die Rauchintensität der Raucher betrachtet, ergibt sich, dass der Anteil der sehr starken Raucher in Hessen geringer ist als im Bund (22,0 % zu 30,4 %).

Beim Alkoholkonsum sind dagegen höhere Prävalenzen auf der Bundesebene anzutreffen. Die Abstinenzrate für den aktuellen Konsum (letzte 30 Tage) liegt in Hessen bei 30,6 %, im Bund bei 25,1 %. Die Monatsprävalenz ist bei allen Getränkearten – mit Ausnahme der Alkopops – in Hessen geringer als auf der Bundesebene. Das Gleiche gilt tendenziell auch für die konsumierten Mengen. Im Bund werden im Durchschnitt mehr Bier und Spirituosen getrunken (2,1 zu 1,9 l bzw. 0,07 zu 0,03 l). Der Wert ist bei Wein/Sekt identisch (0,5 l), bei den Alkopops weist Hessen die höhere Menge auf (0,5 zu 0,7 l).³ Dieses schlägt sich auch nieder, wenn der Alkoholkonsum nach den Risikoklassen berechnet wird: Der Anteil derjenigen Personen mit einem riskanten bis Hochkonsum beträgt in Hessen knapp 8 %, der entsprechende Wert für das gesamte Bundesgebiet liegt bei fast 11 %.

Die Jahresprävalenz für Cannabiskonsum ist in Hessen ebenfalls deutlich niedriger

³ Der Konsum von Apfelwein, der nur in Hessen erhoben worden ist, wurde nicht mit hereingerechnet, weil er weniger Alkohol enthält.

Tabelle 10: Konsumverhalten der hessischen und bundesdeutschen Bevölkerung (18 bis 64 Jahre)

		Suchtsurvey 2006	Telefonumfrage Hessen 2007
Rauchen 30-Tage-Prävalenz		31,8 %	35,2 %
Rauchen (täglich) nach Anzahl Zigaretten	nicht täglich	27,2 %	17,4 %
	täglich bis 10 Zig.	20,3 %	35,9 %
	täglich 11-19 Zig.	22,1 %	24,7 %
	täglich 20 Zig. oder mehr	30,4 %	22,0 %
Alkohol 30-Tage-Prävalenz		74,9 %	69,4 %
Bier Monatsprävalenz		54,3 %	43,5 %
Wein/Sekt Monatsprävalenz		51,7 %	46,2 %
Spirituosen Monatsprävalenz		37,4 %	20,9 %
Alkopops Monatsprävalenz		3,8 %	6,3 %
Biermenge in Liter pro Woche	Basis: Alle jeweiligen Konsumenten	2,1	1,9
Wein/Sektmenge in Liter pro Woche		0,5	0,5
Spirituosenmenge in Liter pro Woche		0,07	0,03
Alkopopsmenge in Liter pro Woche		0,5	0,7
Alkohol – Risikoklassen	abstinent	25,1 %	31,0 %
	risikoarmer Konsum	64,2 %	61,2 %
	risikanter Konsum	7,9 %	5,8 %
	gefährlicher Konsum	2,4 %	1,8 %
	Hochkonsum	0,4 %	0,3 %
Cannabis Jahresprävalenz		4,7 %	2,2 %
Andere illegale Drogen Jahresprävalenz		1,2 %	0,4 %
Medikamente mindes- tens wöchentlich	Schlafmittel	2,0 %	3,5 %
	Beruhigungsmittel	2,0 %	

als im Bundesgebiet (2,2 % zu 4,7 %), wobei zu berücksichtigen ist, dass diejenigen mit einem einmaligen Probierkonsum (letzte zwölf Monate) in Hessen als „Nicht-Konsumenten“ erfasst worden sind. Das Gleiche gilt für die Kategorie „andere illegale Drogen“ (0,4 % zu 1,2 %), wobei hier

erneut auf die eingeschränkte Aussagekraft dieser Ergebnisse hingewiesen werden muss.

Die Werte für den wöchentlichen Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln stellen sich in etwa gleich dar, wobei sie im Bund getrennt (jeweils 2,0 %) und

in Hessen (3,5 %) zusammengefasst erhoben worden sind.

Inanspruchnahme der ambulanten Suchthilfe

Eine Grundvoraussetzung für den (freiwilligen) Besuch einer Suchtberatungsstelle ist eine grundsätzliche Akzeptanz der Suchthilfe. Auch wenn die Inanspruchnahme der Einrichtungen forciert wird – durch das berufliche oder familiäre Umfeld, gerichtliche Auflagen u.a. – ist die Akzeptanz eine notwendige Vorbedingung, damit die angebotenen Hilfen wirken können, denn ohne aktive Mitarbeit der Betroffenen würden sie ins Leere laufen. Die Akzeptanz wurde im Telefoninterview mit der Frage abgebildet, ob die Befragten einem Bekannten mit Suchtproblemen empfehlen würden, eine Suchtberatungsstelle (bzw. eine Sucht-Selbsthilfegruppe) aufzusuchen. Dies bejahten 91 % der Befragten (siehe Tabelle 11). Es besteht also ein hohes Ansehen der ambulanten Suchthilfe in der Bevölkerung. Das gilt sowohl für die Frauen (92 %) als auch für die Männer (90 %).

Da der überwiegende Teil der Befragten einen Substanzkonsum praktiziert, der es ihnen nicht nahelegt, eine Beratungsstelle aufzusuchen, ist es für sie eigentlich auch nicht von Bedeutung, ob sich in ihrem Kreis eine Beratungsstelle befindet. Trotzdem bejahen 39 % dieser Gruppe die Frage, ob sie in ihrem Kreis eine Beratungsstelle kennen. Die Frauen sind etwas besser informiert als die Männer (42 % zu 37 %).

Trotzdem kann man fragen, ob die Erwartungen nicht höher gesteckt werden könnten oder sollten, wenn das Ausmaß des Bekanntheitsgrades betrachtet wird. Wenn fast alle Personen bereit sind, das Aufsuchen einer Beratungsstelle zu empfehlen, wenn eine Suchtproblematik bei einem Angehörigen/Bekannten besteht, wäre es sicher hilfreich zu wissen, zu welcher konkreten Einrichtung man gehen könnte.

Tabelle 11: Akzeptanz, Bekanntheit, Inanspruchnahme und Beurteilung der ambulanten Suchtkrankenhilfe

		Männer (N = 2.717)	Frauen (N = 2.738)
Akzeptanz: Würden Sie einem Bekannten mit Suchtproblemen empfehlen, eine Drogen- und Suchtberatungsstelle bzw. Sucht-Selbsthilfegruppe aufzusuchen?	ja	90 %	92 %
	nein	10 %	8 %
		(N = 2.812)	(N = 2.787)
Bekanntheit: Ist Ihnen in Ihrem Landkreis (bzw. kreisfreien Stadt) eine Drogen- und Suchtberatungsstelle bzw. Sucht-Selbsthilfegruppe bekannt?	ja	37 %	42 %
	nein	63 %	58 %
		(N = 2.812)	(N = 2.787)
Inanspruchnahme: Haben Sie schon einmal eine Drogen- und Suchtberatungsstelle (bzw. Sucht-Selbsthilfegruppe) aufgesucht?	ja	3 %	2 %
	nein	97 %	98 %
		(N = 71)	(N = 52)
Benotung: Wie bewerten Sie die dort erhaltene Beratung und Hilfe? Bitte beurteilen Sie die Arbeit anhand von Schulnoten, wobei 1 bedeutet „ich bin mit der Leistung sehr zufrieden“ und 6 bedeutet „ich bin mit der Leistung gar nicht zufrieden“. Die Noten dazwischen dienen Ihnen zur Abstufung.		2,16	2,82

2,3 % der Befragten geben an, schon einmal eine ambulante Beratungsstelle aufgesucht zu haben. Wenn es zu einer Inanspruchnahme von Hilfe in einer Einrichtung gekommen ist, wurde nach der Beurteilung der erhaltenen Betreuung auf einer Notenskala von 1 bis 6 gefragt. Die Beurteilung liegt im Mittel zwischen gut und befriedigend (2,4), die Männer urteilen besser als die Frauen. Klienten, die vor allem mit Alkoholproblemen kommen, urteilen positiver als die Klienten illegaler Drogen.

Zusammenfassung und Diskussion

Trotz der mehrfachen Erhöhung der Tabaksteuern in den zurückliegenden Jahren und einer Vielzahl von präventiven An-

strengungen (Kampagnen, schulische Maßnahmen, Rauchverbote) greift noch immer ein Drittel aller Hessen zur Zigarette. Jeder Zehnte raucht eine Packung oder mehr am Tag. Absolut sind dies mehr als 400.000 in Hessen lebende Personen, die durch ein solch intensives Konsumverhalten ihre Gesundheit aufs Spiel setzen. Der Konsum von Alkohol ist – wenig überraschend – noch verbreiteter als das Rauchen. Etwa zwei Drittel der hessischen Bevölkerung trinken aktuell alkoholische Getränke. Interessanter sind jedoch die Anteile problematischen Trinkens. Im Einzelnen praktizieren 5,8 % einen riskanten und 1,7 % einen gefährlichen Konsum; bei 0,3 % liegt Hochkonsum vor. Werden die Anteile addiert und auf absolute Werte umgerechnet, so zeigt sich, dass etwa 330.000 Per-

sonen (17 bis 69 Jahre) im Bundesland Hessen Alkohol in problematischer Weise zu sich nehmen. Medikamente und Cannabisprodukte werden hingegen nur von einer Minderheit der Bevölkerung konsumiert.

Der Vergleich der Ergebnisse der hessischen Befragung mit den Angaben einer bundesdeutschen Studie machte deutlich, dass der sehr intensive Konsum von Tabak und Alkohol in Hessen etwas weniger stark ausgeprägt ist als in Deutschland insgesamt. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist jedoch die unterschiedliche Erhebungsmethodik der Befragungen zu beachten. Es besteht bisher in der epidemiologischen Suchtforschung keine Einigkeit darüber, ob schriftliche, telefonische oder Face-to-face Befragungen bei Prävalenzerhebungen zu bevorzugen sind, um die validesten Ergebnisse zu ermitteln. Es kann deshalb nicht gänzlich ausgeschlossen werden, dass zumindest der problematische Substanzkonsum in der hessischen Befragung aufgrund des direkten Kontakts von Interviewer und befragter Person im Rahmen des telefonisch geführten Interviews (etwas) unterschätzt wird.

Dies würde gleichzeitig aber auch bedeuten, dass die berichteten Anteile problematischen Konsums in der hessischen Bevölkerung eine konservative Schätzung des wahren Problemausmaßes darstellen. Der Politik wie der Suchthilfe Hessens liegen somit valide Daten vor, die diese für ihre Planungen bezüglich des Umfangs und der Ausgestaltung von Prävention und Behandlung von Suchtkrankheiten nutzen können, ohne Gefahr zu laufen, über den eigentlichen Bedarf hinaus zu investieren. Dass es auch in Hessen noch erheblicher Anstrengungen bedarf, um suchtbelasteten Menschen schneller und ausreichend Hilfe zukommen zu lassen, unterstreicht

der Umstand, dass von den ca. 88.000 Personen mit einem mindestens gefährlichen Alkoholkonsum nur ca. 8 % um Hilfe in Einrichtungen des ambulanten hessischen Hilfesystems nachfragten. Auch wenn sicher ein Teil der Alkoholkranken sich außerhalb des ambulanten Suchthilfesystems betreuen lässt – beim Hausarzt, in der Klinik oder in einer Selbsthilfegruppe – so ist dennoch davon auszugehen, dass zu sehr vielen alkoholabhängigen Menschen in Hessen bisher kein Zugang besteht.

Literatur

Baumeister, S. E., Kraus, L., Stonner, T. & Metz, K. (2008). Tabakkonsum, Nikotinabhängigkeit und Trends. *Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys. SUCHT* 54, S26-S35.

Kraus, L., Augustin, R., Bloomfield, K. & Reese, A. (2001). Der Einfluss regionaler Unterschiede im Trinkstil auf riskanten Konsum, exzessives Trinken, Missbrauch und Abhängigkeit. *Gesundheitswesen* 63, 775-782.

Kraus, L. & Baumeister, S. E. (2008). Studien-design und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *SUCHT* 54, S6-S15.

Pabst, A. & Kraus, L. (2008). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. *Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. SUCHT* 54, S36-S46.

Rösner, S., Steiner, S. & Kraus, L. (2008). Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten. *Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. SUCHT* 54, S47-S56.

Korrespondenzadresse

Dr. Jens Kalke

Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD)
c/o Klinik für Psychiatrie
Universitätskrankenhaus Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Repetitorium Allgemeinmedizin

Erneut und damit zum 3. Mal wird am 19. und 20. Juni 2010 (siehe Seite 162) das in den letzten Jahren erfolgreiche Repetitorium Allgemeinmedizin angeboten. Besucht hatten es 2009 zur Hälfte gestandene Allgemeinärztinnen und -ärzte, die ihr Wissen auffrischen und neueste Tendenzen in der Allgemeinmedizin erfahren wollten. Die anderen Kolleginnen und Kollegen nutzten die Veranstaltung, um sich vor der Facharztprüfung fit zu machen. Dreizehn Kolleginnen und Kollegen, die als Moderatoren in der Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin tätig sind oder an den hausärztlichen Leitlinien der KV Hessen und den DEGAM-Leitlinien mitgearbeitet haben oder Prüfer der Facharztprüfung Allgemeinmedizin sind, konnten als Referenten gewonnen werden.

Die Themen der einzelnen etwa halbstündigen Vorträge sind typisch für allgemeinmedizinische Belange in der Praxis: spezifisch allgemeinmedizinische Vorgehensweisen und Handlungswege, sogenannte Befindlichkeitsstörungen, Fieberzustände, Infekte der Atemwege und Lungenerkrankungen, gastro-intestinale Leitsymptome, neurologische Krankheitsbilder, wichtige dermatologische Krankheiten, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Akutfälle in Urologie und Gynäkologie, Beschwerden des Muskel-Skelett-Gelenk-Systems und Osteoporose. Selbstverständlich wird auch die Palliativmedizin thematisiert, ebenso wie Schmerztherapie und rationale Arzneimitteltherapie. Ein Vortrag befasst sich mit Prävention in der hausärztlichen Praxis. Abgerundet wird die Veranstaltung durch Arbeit in Kleingruppen über die genannten Themen als Abschluss jedes halben Tages.

So wird eine in der Praxis verwertbare Mischung aus allgemeinmedizinischer Vorgehensweise, evidenced based medicine, hausärztlichen Leitlinien, DEGAM-Leitlinien und praktischer Erfahrung vortragen.

Dr. Gert Vetter, Frankfurt

„Zu hoch gepokert?“

Broschüre zur Glücksspielsuchtprävention

Mehr als 60 Prozent der Jugendlichen im Alter von 16 und 17 Jahren haben trotz eines gesetzlichen Verbots für Minderjährige schon Erfahrung mit Glücksspiel. „Es ist gerade für junge Menschen verlockend und kann süchtig machen“, warnt die Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS). Sie hat mit ihren Partnerorganisationen in Brandenburg, Thüringen, Bayern und Niedersachsen die nach eigenen Angaben bundesweit erste Broschüre zum Thema Glücksspielsuchtprävention entwickelt.

In Hessen sind etwa 47.000 Menschen von dieser Sucht betroffen. Davon entsprechen ca. 13.400 hessische Jugendliche im Alter von 13 bis 19 Jahren den Kriterien des problematischen Glücksspielens.

Die Broschüre „Zu hoch gepokert?“ kann kostenfrei von der Hessischen Landesstelle für Suchtfragen (HLS) per Telefon 069 7137-6777 oder per E-Mail hls@hls-online.org angefordert werden. Als Download steht sie auf der Homepage der HLS www.hls-online.org zur Verfügung.

Sucht, eine Volkskrankheit

Wilfried Köhler, Siegmund Drexler

Nach Zahlen der Weltgesundheitsorganisation stehen bei den durch Krankheiten bedingten Verlusten an Lebensjahren und Lebensqualität, gemessen an der DALY-Skala (Disability-Adjusted-Life-Years, eine Kombination von vorzeitiger Mortalität und Morbidität), die neuropsychiatrischen Erkrankungen mit 25,1 % an der Spitze. Noch vor den Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 19,3 % und den Tumorerkrankungen mit 17,4 %. Gemessen an der Anzahl der Jahre, die durch eine Krankheit in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt sind (Years Lived with Disabilities), nehmen unter den neuropsychiatrischen Störungen die alkoholbezogenen Störungen mit 6,2 % den zweiten Platz ein, nach den unipolaren Depressionen mit 13,7 %. Gemessen an der volkswirtschaftlichen Bedeutung besteht hier ein riesiges Defizit an Forschungsaufwand und Behandlungsmöglichkeiten.

Epidemiologische Zahlen

Die Zahlen zur Epidemiologie, im folgenden die für das Jahr 2005, zeigen den Umfang des Problems. Mit Tabak betreiben in Deutschland 13,1 Millionen Menschen einen riskanten Konsum, 4,3 Millionen sind nikotinabhängig. Die tabakbedingten Todesfälle werden auf über 120.000 jährlich geschätzt, davon ca. 40 % durch Krebserkrankungen, 33 % durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 18 % durch Atemwegserkrankungen. Die Krankheitskosten werden auf 17,3 Milliarden Euro geschätzt, dem gegenüber stehen Steuereinnahmen von 14,2 Milliarden Euro. Der Umsatz mit Tabakprodukten betrug in Deutschland 24 Milliarden Euro. Beim Alkohol betreiben 5,6 Millionen Bundesbürger einen riskanten Konsum, 1,5 Millionen sind alkoholabhängig. Die alkoholassoziierten Todesfälle belaufen sich auf 42.000 im Jahr. Die Krankheitskosten werden auf 20,2 Milliarden Euro geschätzt, dem stehen Steuereinnahmen von 3,4 Milliarden Euro gegenüber.

Die Anzahl der Medikamentenabhängigen, dies sind Benzodiazepinabhängige und Konsumenten von BtM-pflichtigen Schmerzmitteln, wird auf 1,1 Millionen geschätzt. Das Problem der Medikamentenabhängigkeit ist erheblich komplexer als bei den vorgenannten legalen Suchtstoffen, da es im Einzelfall sehr schwierig sein kann, den therapeutischen Nutzen des Medikaments von den Beeinträchtigungen durch die entstandene Abhängigkeit abzugrenzen.

Epidemiologische Daten zum Konsum illegaler Drogen zeigen einen zahlenmäßig erheblich geringeren Anteil von abhängigen Konsumenten, dem jedoch die hohe Belastung durch Delinquenz und Krankheitskosten gegenübersteht. Drogenabhängige haben zudem in der Regel weitere psychiatrische Störungen. Man schätzt, dass 4 % der 14- bis 24-jährigen regelmäßig Cannabis konsumieren, und dass in Deutschland 24.000 Cannabiskonsumanten davon abhängig sind. Bei Opiaten und Kokain schätzt man die Zahl der Abhängigen auf 175.000. Die Zahl der Todesfälle lag bei ca. 1.300 im Jahr.

Unter den nichtstoffgebundenen Suchtformen ist die Glücksspielsucht am bes-

ten untersucht. Man schätzt die Zahl der pathologischen Spieler auf 100.000 bis 265.000. Der Umsatz, der damit erzielt wird, wird auf über 25 Milliarden Euro geschätzt, dem stehen Steuereinnahmen von 3,4 Milliarden gegenüber.

Eine wichtige Rolle beim Übergang eines Suchtmittelkonsums in einen Missbrauch oder in eine Abhängigkeit spielt die psychiatrische Komorbidität, die bei Drogenabhängigen die Mehrzahl aller Patienten betrifft und die auch bei Alkoholabhängigen, vor allem in Form von Angststörungen und affektiven Erkrankungen, einen erheblichen Anteil hat.

Geschichte der Sucht

Der Konsum von psychotropen Substanzen zur individuellen oder kollektiven Entspannung, Anregung oder zur Herstellung von Euphorie und Ekstase ist belegt, seitdem wir Zeugnisse über die Lebensweise des Menschen haben. Insbesondere der Konsum von pflanzlichen Suchtstoffen, wie Opium aus dem Schlafmohn, von Cannabis, oder von Kokain, reicht wohl weit in die vorhistorische Zeit zurück. Aus Kreta ist die spätminoische Terrakottafigur der Erdgöttin Demeter überliefert (1400 bis 1200 vor Christus), welche mit Schlafmohn-

kapseln verziert ist. Der Konsum von Schlafmohn zur Betäubung der Trauer über ihre geraubte Tochter Persephone wird dieser Göttin zugeschrieben. Ein noch älteres Zeugnis findet sich auf einer Tontafel aus Ninive 2700 vor Christus. Es findet sich dort eine Tafel mit Heilpflanzen und die Bezeichnung „braune Droge, Tochter des Feldmohns“, und schon in Resten von Pfahlbausiedlungen des 3. Jahrtausend vor Christus finden sich Mohnkapsel und Mohnsamen.

Erworbene Hirnerkrankung

Die Geschichte der Suchterkrankungen spiegelt auch die Versuche des Menschen wider, Ursachen und Schuldzuweisungen zu konstruieren, um mit ängstigenden Lebenszufällen besser umgehen zu können. Dies reicht von Erklärungen von Suchterkrankungen als Strafe der Götter, im Monotheismus noch verschärft, bis zu Konstruktionen wie „Charakter- oder Willenschwäche“ als selbstverschuldete Ursache der „Trunkfälligkeit“ im letzten und vorletzten Jahrhundert. Erst vor etwa 50 Jahren wurde Alkoholabhängigkeit als Krankheit anerkannt, und erst in den letzten 15 Jahren hat sich, nicht zuletzt durch die bildgebenden Verfahren im Bereich der Hirnforschung, zeigen lassen, dass die Basis der Suchterkrankungen eine durch den Suchtstoff unmittelbar und durch die vom Suchtstoff ausgelösten Verhaltensänderungen bedingte Veränderung von Hirnfunktionen ist. Sucht ist also eine erworbene Hirnerkrankung. Eine Hirnerkrankung, deren Verlauf jedoch, wie auch bei einer Reihe anderer Erkrankungen, man denke nur an Diabetes oder Bluthochdruck, neben der Konstitution des Erkrankten durch dessen Lebensweise und durch positive Lebenserfahrungen außerhalb des Suchtstoffkonsums deutlich beeinflusst wird. Eine Abhängigkeitserkrankung ist demnach eine chronische Erkrankung, die

unter anderem durch die Unfähigkeit zum kontrollierten Konsum, Toleranzentwicklung hinsichtlich der Substanzwirkung und das Auftreten körperlicher Entzugssymptome gekennzeichnet ist.

Die Stigmatisierung der Sucht

Die Akzeptanz der Abhängigkeit als Erkrankung hat die Bereitschaft der Gesellschaft deutlich erhöht, in rationaler Weise mit dieser Störung umzugehen, neben der vorher dominierenden soziologischen Forschung auch naturwissenschaftliche Forschung zu fördern und psychiatrische einschließlich psychotherapeutischer Behandlungskonzepte anzubieten.

Allerdings leidet die Sucht, wie andere psychische Erkrankungen, weiterhin unter einer Stigmatisierung der Patienten in der öffentlichen Wahrnehmung und Diskussion. Diese verzerrte, in der Regel diffamierende Wahrnehmung wird auch von Handelnden im Gesundheitssystem nicht so selten praktiziert. Insbesondere dann, wenn potentielle Suchtmittel auch Heilmittel sind, auf die nicht verzichtet werden kann, ohne dem Patienten Schmerzen und Leiden zuzumuten, fällt es den damit arbeitenden Ärzten oft schwer, beide Aspekte, den Nutzen und das Risiko, ausgewogen wahrzunehmen. Wenn aus einer „gut gemeinten“ Verordnung eine nicht mehr beherrschbare Abhängigkeit wird, kommt es aus der Hilflosigkeit des Therapeuten heraus leicht zu Schuldzuweisungen an den Patienten. Das lässt sich gut an der Geschichte des Umgangs mit Opiaten, in der Regel mit dem aus dem Schlafmohn gewonnenen Opium, ablesen. Opium, vermutlich das erste wirksame Arzneimittel, war von den ersten dokumentierten Zeugnissen an ein unverzichtbares Mittel, das Können des Arztes beim Patienten unter Beweis zu stellen. Der Umgang damit pendelte historisch zwischen kritikloser Anwendung und

ebenso kritikloser Verteufelung. Die Beobachtung, dass auch Ärzte opiatabhängig werden können, hat sicher erheblich zu der damit verbundenen Emotionalisierung beigetragen.

Ärzte und Suchtkrankheit

Ärzte, hier in erster Linie die Hausärztin oder der Hausarzt, haben eine herausgehobene Stellung für Patienten. Das Vertrauensverhältnis mit der Schweigepflicht ist ein Fundament, das stabil belastbar ist. Ob riskantes Verhalten oder bereits eingetretene Suchterkrankung der Arzt ist als Ansprechperson oft der erste Kontakt.

Es ist bekannt, dass viele Menschen mehrfach, teilweise über Jahre, wegen Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, des Herzens, der Leber, des peripheren oder zentralen Nervensystems den Arzt aufsuchen, ohne dass die zugrundeliegende Abhängigkeitserkrankung erkannt oder angesprochen wird.

Die Tabuisierung des Themas Sucht und die gesellschaftliche Stellung der so genannten legalen Drogen Alkohol und Tabak können auch bei den Ärztinnen und Ärzten zur Tendenz des „Wegschauens“ führen und verzögern oder verhindern gar die Einleitung therapeutischer Maßnahmen.

Warum erkennen Ärzte Suchterkrankungen bei ihren Patienten gar nicht, oder nicht schnell genug? Strukturen des Gesundheitswesens mit immer komplizierteren Abrechnungssystemen und mit sich hierdurch ergebender Begrenzung der dem einzelnen Patienten zur Verfügung stehenden Zeit schaffen eine Situation, die für die Ansprache und die Erkennung von Suchtproblemen ungünstig ist. Innerhalb weniger Minuten ist ein Gespräch mit einem Patienten über dieses Thema nicht möglich. Der Ausbildungsstand der Ärztinnen und Ärzte zu diesem Problem ist

nach wie vor nicht als ideal zu bezeichnen. Die Schulung der Ärztinnen und Ärzte in der Betreuung von Patienten mit psychischen Störungen, mit Ängsten und mit Abhängigkeitserkrankungen ist nach wie vor nicht ausreichend.

Regelmäßige Gespräche über die Situation in der Arbeitswelt und in der Familie finden so zu wenig statt und Erkrankungen werden zu spät erkannt, angesprochen und dann auch einer Therapie zugeführt.

Ärzte unterliegen auf Grund der hohen ethischen Zielsetzung und der oft weit über der 40-Stunden-Woche liegenden zeitlichen Beanspruchung einerseits, andererseits durch zunehmende bürokratische Reglementierung und größer werdende bürokratische Verpflichtungen und Hürden einer besonderen Burnout-Gefährdung. Darüber hinaus ist der Zugang zu Arzneimitteln leichter als für die sonstige Bevölkerung.

Eigene Gefährdung

Ärzte sind in ihrer beruflichen Tätigkeit mit suchterzeugenden Stoffen konfrontiert, die sie bei ihren Patienten anwenden, sei es um Schmerzen zu lindern, Ängste zu reduzieren, oder um diagnostische Eingriffe durchzuführen. Viele dieser Stoffe sind ihrerseits potente Erzeuger von Abhängigkeit. So leben Ärztinnen und Ärzte einerseits in der Gefahr durch ihre Arbeit das Entstehen von Abhängigkeit zu fördern, und andererseits selbst in einer besonderen Gefährdung hinsichtlich der Entwicklung einer Suchterkrankung zu leben.

Sucht ist eine chronische Erkrankung

Sucht ist eine chronische Erkrankung. Nicht alle Abhängigen müssen alle Symptome zeigen, die Entwicklung ist Resultat eines oft sehr langen Prozesses der in vielen

Schritten Verhalten, Erleben, Lebensgewohnheiten und die Persönlichkeit sich verändern lässt. Diese Schritte laufen einher mit einer, im Nachhinein erschreckenden, Anpassung des Verhaltens der Angehörigen und der Umgebung.

So sind Freiheitsverluste gekennzeichnet vom Verlust der Fähigkeit, Willen und Denken umzusetzen. Der Suchtdruck drängt auf eine Befriedigung des Impulses, vergangene, manchmal schlechte Erfahrungen verlieren ihren reglementierenden Einfluss auf die gegenwärtige Handlung. Zunehmend gerät die Organisation der Abhängigkeit in den Vordergrund aller Lebensinteressen.

Zur Suchterkrankung gehört das Leugnen der Krankheit vor sich selbst und der Umgebung.

Oft werden simpel erscheinende Rechtfertigungsstrategien angeführt, um das eigene Verhalten zu erklären: „Ich trinke/oder rauche aus purem Genuss“, oder: „Ich kenne Menschen, die viel mehr rauchen/trinken und trotzdem gesund sind (alt werden)“, oder: „Mein Arzt hat mir empfohlen, mindestens 1,5 Liter Bier am Tag zu trinken“.

Der eigene Kontrollverlust ist für die Abhängigen beschämend, sie erleben eine sehr starke innere Ambivalenz und können sich oft selbst nicht erklären, warum es ihnen nicht gelingt, ihr Verhalten zu kontrollieren.

Abhängigkeitserkrankungen führen so oft zu gesellschaftlicher Isolation und Vereinsamung.

Das von den Angehörigen und der Umgebung praktizierte Verhalten ist oft Bestandteil einer „Koabhängigkeit“. Die Umgebung nimmt dem Abhängigen zunehmend mehr Aufgaben ab, toleriert sein Verhalten, leugnet die Probleme ihrerseits und trägt so dazu bei, dass das Leben des Abhängigen einerseits nach außen lange Zeit „normal“ funktionieren kann, andererseits führt es letztlich in eine weitere Chronifizierung der Erkrankung und fördert damit das Beibehalten des Abhängigenverhaltens. Erschwert wird dies durch die gesellschaftliche Akzeptanz der so genannten legalen Suchstoffe. Auf kaum einer Vereinsfeier fehlt Alkohol, er hat sich als Begleitung zu Ereignissen, die mit Genießen, Entspannen, Geselligkeit, etc. einhergehen als fester Bestandteil etabliert.

Die in ICD-10 genannten Kriterien einer Sucht sind (vereinfacht):

- Es liegt ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang vor, die Substanz zu konsumieren.
- Es erfolgt eine verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch vor, also Bewusstsein über Beginn, Beendigung der Menge oder Konsum über einen längeren Zeitraum.
- Körperliche Entzugssymptome treten auf, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird.
- Toleranzentwicklung: Um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen konsumiert werden, oder bei dem Konsum gleicher Mengen treten geringere Effekte auf (z.B. Wer mit 1,6 ‰ noch PKW fahren kann, hat mit großer Wahrscheinlichkeit eine Toleranzentwicklung).
- Einengung auf den Substanzgebrauch: Viele wichtige Interessen wie Arbeit, Beziehung, Sexualität, Nahrungsaufnahme, Pflege, Fortbildung werden vernachlässigt.
- Anhaltender Konsum trotz eindeutig schädlicher Folgen (körperlich, psychisch oder sozial).

Wenn drei der oben genannten Kriterien erfüllt sind, kann die Diagnose einer Abhängigkeit gestellt werden.

Ärzte nehmen Herausforderung an!

Als chronische Erkrankung mit zentraler Bedeutung in der sozialen Organisation des Kranken unterliegen diese Erkrankungen einem hohen Rückfallrisiko, selbst nach längerer Periode einer Abstinenz. So ist die Begleitung auf dem Wege zur Abs-

tinenz eine der zentralen Funktionen ärztlicher Arbeit. Gesprächsführung, Motivierung zur Einhaltung der selbst gesetzten Ziele und ein „Rückfall-Management“, Verfügung über Netzwerke ambulanter und stationärer Begleittherapie und der Umgang mit Medikamenten sind dabei „Werkzeuge“ in der ärztlichen Hand.

Opiatabhängige, die es trotz mehrerer Behandlungsversuche nicht geschafft haben, frei von Abhängigkeit zu leben, werden in Substitutionsprogrammen mit Medikamenten versorgt, die zwar die Abhängigkeit erhalten, aber die Probleme der Mittelbeschaffung ausschalten und die Selbstorganisation des Kranken, seine gesundheitliche Betreuung deutlich verbessern können. Die neuesten Substitutionsrichtlinien der Bundesärztekammer gehen so, nach entsprechender gesetzlicher Veränderung, darauf ein, dass einer bestimmten Gruppe von Abhängigen auch Diamorphin (Heroin) als Substitut angeboten werden kann. Dies in genau beschriebenen Programmen.

Die Ärzteschaft hat nicht nur bei der Begleitung und Therapie der Sucht eine zentrale Funktion, sondern auch in der Suchtprävention.

Ärztinnen und Ärzte sind auch in der Forschung zu Fragen der Ätiologie und der Heilung von Abhängigkeitserkrankungen von zentraler Bedeutung.

Die Bedeutung des Arztes, hier in erster Linie des Allgemeinarztes, der wie kein anderer Einblick in die Lebenssituation von Menschen hat und deren Familien kennt, kann nicht stark genug betont wer-

den. Der Arzt nimmt eine hervorragende Rolle in der Prävention, der Beratung, der Früherkennung, der Zuweisung zur Therapie ein und nimmt seinerseits an der gesellschaftlichen Diskussion über Einfluss auf gesellschaftliche Strukturen oder die Organisation des Gesundheitswesens aus dem Blickwinkel der Prävention von Abhängigkeitserkrankungen teil.

Der Arzt hat in Zusammenarbeit mit klinischen Psychologen, Sozialpädagogen und anderen therapeutischen Berufen wie Musik- und Kunsttherapeuten eine zentrale Rolle in Diagnose und Therapie der Suchterkrankung. Trotz nach wie vor bestehender Probleme gibt es Anlass zu Optimismus. Neue Erkenntnisse zur Neurobiologie der Sucht, neue Medikamentenentwicklungen, das Verständnis und die Möglichkeit der Behandlung von Begleit- und Grunderkrankungen, insbesondere aus den neuropsychiatrischen Problemfeldern haben zu einer Veränderung der Akzeptanz und des Umgangs mit Abhängigkeitserkrankungen geführt.

Abhängigkeit ist eine Herausforderung für die Gesellschaft und speziell für die Ärzteschaft. Es bleibt nach wie vor viel zu tun. Die Ärzteschaft erkennt diese Herausforderung und nimmt sie an.

*Dr. phil. nat. Wilfried Köhler
Chefarzt der Abteilung für
Abhängigkeitserkrankungen und
Konsiliarpsychiatrie
am Bürgerhospital, Frankfurt*

*Dr. med. Siegmund Drexler
Drogen- und Suchtbeauftragter der
LÄKH für Berufsangehörige*

„Doping“-Szene Arbeitsplatz

Immer mehr Arbeitnehmer greifen zu leistungssteigernden Mitteln

Im Arbeitsleben werden immer größere Leistungen erwartet. Neben Ausdauer und Stressresistenz sind gutes Erinnerungsvermögen, fokussierte Aufmerksamkeit und lebhaftes Kreativität besonders wichtig. Um den Erwartungen gerecht zu werden, dopen sich immer mehr Arbeitnehmer: Laut einer aktuellen Studie der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) nehmen etwa fünf Prozent der Beschäftigten Medikamente zur Leistungssteigerung ein, was eine enorme Suchtgefährdung bedeutet. Auf Dauer sind abhängige Mitarbeiter jedoch weniger produktiv. Die aktuelle wirtschaftliche Situation und die damit einhergehende Angst um den Arbeitsplatz lassen einen weiteren Anstieg befürchten.

Wussten Sie schon, dass...

...Medikamentenabhängigkeit laut Schätzungen der Bundesärztekammer Kosten in Höhe von 14 Milliarden Euro pro Jahr verursacht?

So genanntes Alltagsdoping ist bereits weit verbreitet und gesellschaftlich akzeptiert. Dazu zählen beispielsweise der Konsum von Kaffee und Energiedrinks, um die Leistung zu erhöhen, Alkohol und Zigaretten zur Entspannung und das Einnehmen pflanzlicher Mittel bei Gemütschwankungen. Inzwischen greifen immer mehr Arbeitnehmer aber zu verschreibungspflichtigen Medikamenten, um Stress und berufliche Anforderungen zu meistern. Vor allem Psycho- und Neuropharmaka werden zur Steigerung von Konzentration, Merkfähigkeit oder Belastbarkeit eingenommen. Beim Doping für die Arbeit verfolgen Konsumenten zwei zentrale Ziele: Sie wollen ihre kognitiven Fähigkeiten verbessern,

etwa Aufmerksamkeit und Konzentration erhöhen, um damit Probleme leichter zu lösen. Außerdem soll das psychische Wohlbefinden gesteigert werden, beispielsweise durch mehr Selbstbewusstsein und einer besseren Stimmung. Frauen greifen eher auf Antidepressiva wie Fluoxetin zurück, während Männer Medikamente bevorzugen, die Gedächtnisproblemen, Müdigkeit und Konzentrationsstörungen entgegenwirken. Der gängigste Wirkstoff ist Methylphenidat, der zur Behandlung von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) eingesetzt wird. Jedes Medikament verursacht jedoch unerwünschte Nebenwirkungen. Bei der Einnahme von Fluoxetin kommt es beispielsweise zu Desorientiertheit, Schlafstörungen und sogar suizidalen Verhaltensweisen. Methylphenidat erzeugt unter anderem eine irrealen Euphorie, Selbstüberschätzung und Herz-Kreislauf-Beschwerden. „Die Einnahme von Medikamenten ohne medizinische Notwendigkeit ist ungesund und kann abhängig machen. Daher ist es wichtig, dagegen vorzugehen“, erklärt Dominik Hammer, Diplom-Psychologe und Suchtbeauftragter von TÜV SÜD. „Um gar nicht erst auf künstliche Mittel zurückgreifen zu müssen, sollten Mitarbeiter lernen, richtig mit Leistungsdruck und Anspannung umzugehen. Es gibt viele Möglichkeiten, ohne Medikamente für Ausgleich zu sorgen. Sport, Yoga oder bewusst gewählte Auszeiten sind nur ein paar Beispiele“.

„Wer seine Stressoren kennt, kann sie leichter vermeiden beziehungsweise besser damit umgehen“, erläutert Dominik Hammer. „Wir bieten den Unternehmen zum einen Anti-Stress-Seminare an, in denen die Teilnehmer genau das lernen können, und zum anderen den Workshop ‚Doping

fürs Büro‘, bei dem vor allem Führungskräften das rechtzeitige Erkennen von Gesundheitsrisiken näher gebracht wird.“ Verschiedene Beratungsangebote helfen großen und kleinen Unternehmen, wenn Mitarbeiter Suchtverhalten zeigen.

Die Fakten im Überblick

So geht's auch ohne Doping

Eine Tasse Kaffee zum Wachwerden am Morgen und ein Glas Wein zum Einschlafen am Abend. Beides sind gängige Mittel des Alltagsdopings. Immer mehr Arbeitnehmer greifen aber inzwischen zu verschreibungspflichtigen Medikamenten, um ihre Leistungen zu verbessern. Diese Arzneimittel sind nicht ungefährlich und verursachen vor allem bei gesunden Konsumenten starke Nebenwirkungen. Die Experten von TÜV SÜD geben Tipps zur Suchtprävention und zur Suchtbekämpfung.

Dopingmittel und ihre Nebenwirkungen

Wirkstoffe wie Methylphenidat, Bestandteil von Ritalin, und Modafinil sowie verschiedene Antidementiva werden zur **Verbesserung von Konzentration und Merkfähigkeit** eingenommen. Die Medikamente verursachen bei gesunden Konsumenten neben einer Steigerung der Leistungsfähigkeit enorme Nebenwirkungen: Unter anderem können Schlafstörungen, Nervosität, Selbstüberschätzung, Herz-Kreislauf-Beschwerden sowie Depressionen auftreten. Sogar eine psychische Abhängigkeit ist wahrscheinlich. Um das **persönliche Wohlbefinden** zu verbessern, nehmen inzwischen immer mehr Arbeitnehmer Antidepressiva wie Fluoxetin oder Betablocker ein. Fluoxetin wird vor allem in den USA

bereits zu den Lifestyledrogen gezählt und am häufigsten im Zusammenhang mit beruflichem Doping erwähnt. Nebenwirkungen wie Angst, Schwindel, Störungen der Sexualfunktion, Einschränkung des Denkvermögens bei zu hoher Dosierung und Neigung zu suizidalem Verhalten.

Gesunde Alternativen zu Medikamenten

Die Einnahme von Medikamenten ohne medizinische Notwendigkeit ist ungesund und kann abhängig machen. Vorbeugen ist bekanntlich besser: Um gar nicht erst auf Doping zurückgreifen zu müssen, sollten Mitarbeiter lernen, richtig mit Leistungsdruck und Anspannung umzugehen. Effektives Stressmanagement beinhaltet unter anderem das Erkennen von Stressoren, wie Überlastung oder Zeitdruck, und den richtigen Umgang mit ihnen. Entspannungsübungen, positive mentale Einstellungen, aber auch kontrollierte Anspannung des Organismus helfen, den Berufsalltag besser zu meistern.

Sport ist besser als jedes Arzneimittel: die Bewegung, am besten an der frischen Luft, verbessert nicht nur Aufmerksamkeit und Gedächtnisleistung sondern baut auch Stress ab und verringert das Risiko, an Depressionen zu erkranken. Daher ist es vorteilhaft, den Arbeitnehmern ein betriebliches Sportprogramm oder Vergünstigungen bei Schwimmbädern, Sportvereinen oder Fitnessstudios anzubieten. Wichtig ist auch eine ausgeglichene Work-Life-Balance. Wer nur noch arbeitet und sich keine Freizeit mehr gönnt, hat keine Zeit zur Regeneration und ist gefährdet, Medikamente zum Aufbau neuer Energie einzusetzen. Nicht zu unterschätzen sind ein gutes Arbeitsklima, eine funktionierende Kommunikation und die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit. Sie fördern die Motivation und Leistungsfähigkeit ohne jede Nebenwirkungen.

Führungskräfte tragen für ihre Angestellten Verantwortung und müssen daher über die gängigen Doping-Methoden unterrichtet werden; außerdem bedarf es gezielter Schulung, um erkennen können, ob ein Mitarbeiter suchtgefährdet oder bereits süchtig ist. Hier bieten sich Workshops an, die speziell Führungskräfte, Personalverantwortliche und Betriebsräte zu diesen Themen informieren und schulen.

Professioneller Umgang mit Suchtgefährdung im Betrieb

Erkennt ein Vorgesetzter, dass einer seiner Mitarbeiter auffällig ist, sollte er diesen unmittelbar und deutlich ansprechen, um dem Mitarbeiter zu zeigen, dass er dieses Verhalten nicht dulden wird. Zugleich muss aber auch Hilfe angeboten werden. Oft ist es für betroffene Mitarbeiter einfacher und angenehmer, wenn die Hilfe von außerhalb des Unternehmens kommt. Die TÜV SÜD Life Service bietet sowohl für Einzelfälle individuelle und an die jeweilige Situation angepasste Beratungen an als auch Workshops für Firmen, die im Rahmen einer Betriebsvereinbarung Suchtprävention, Frühintervention und Suchtkrankenhilfe regeln wollen. Professionelle Hilfe bieten auch Suchtberatungsstellen und niedergelassene Psychotherapeuten an, die es in jeder größeren Stadt gibt.

Hintergrundwissen

Gedopt ins Büro – Risiken und Nebenwirkungen

Den Begriff Doping verbinden die meisten Menschen mit dem Leistungssport. Doch inzwischen wird auch im Arbeitsleben immer häufiger gedopt: Neben Kaffee, Zigaretten und dem Glas Wein am Abend greifen viele auch auf Medikamente wie Antidepressiva oder Ritalin zurück. Arbeitneh-

mer stehen unter wachsendem Druck, da wird der Griff zu chemischen Hilfsmitteln für die eigene Leistungsfähigkeit immer beliebter. Laut DAK-Gesundheitsreport 2009 sagen etwa fünf Prozent der Berufstätigen von sich, dass sie Doping-Mittel einnehmen oder schon einmal eingenommen haben. Die Gesundheitsexperten der TÜV SÜD Life Service informieren über Auslöser, Substanzen und Folgen von Doping am Arbeitsplatz.

Unter Doping am Arbeitsplatz versteht man die Einnahme von Medikamenten von gesunden Personen zur Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit, zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens sowie für eine höhere Belastbarkeit in beruflichen und privaten Stresssituationen.

Warum wird gedopt?

Es gibt verschiedene Gründe, warum Menschen Medikamente missbräuchlich verwenden. Auslöser sind oft belastende Rahmenbedingungen. Das können berufliche Schwierigkeiten wie Angst um den Arbeitsplatz und direkte Konkurrenz unter Kollegen sowie Überforderung durch dauernden Termindruck oder zu viele Aufgaben sein. Aber auch mangelnder Ausgleich bei Anspannung und Stress oder eine unausgeglichene Work-Life-Balance können die Neigung zur Einnahme von leistungssteigernden Arzneimitteln erhöhen. Wenn die Kommunikation zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern gestört ist, wird der Alltag schwierig und der Griff zu verschreibungspflichtigen Medikamenten attraktiver. Im Gesundheitsreport 2009 der DAK wurde festgestellt, dass Beschäftigte, die an ihrem Arbeitsplatz unter dauerndem Stress stehen, die missbräuchliche Verwendung von Medikamenten für vertretbarer halten als weniger stressbelastete. Aus Angst vor Arbeitsplatzverlust kurieren gerade in wirtschaftlich schwierigen Zeiten Arbeitnehmer ihre Krankheiten selten voll

aus. Um schnell wieder einsatzfähig zu sein, wird eine Vielzahl an Arzneien eingenommen. An die Dauerwirkung von Mitteln kann man sich schnell gewöhnen und so in eine Abhängigkeit abrutschen. Verstärkt wird dies noch durch die Tatsache, dass die Einnahme von Medikamenten bei Schmerzen, Unwohlsein oder Stress ein gesellschaftlich akzeptiertes Bewältigungsverhalten ist.

Internetumfrage der Zeitschrift Gehirn & Geist: Von 170 Befragten würden 60 Prozent Medikamente zur Steigerung ihrer geistigen Leistungsfähigkeit einnehmen, wenn es Mittel gäbe, bei denen keine Nebenwirkungen zu befürchten wären.

Kein Dopingmittel ohne Nebenwirkungen

Mit Doping im Büro werden meist zwei zentrale Ziele verfolgt: Zum einen die Verbesserung des psychischen Wohlbefindens und zum anderen die Steigerung der kognitiven Fähigkeiten.

Für ein besseres Wohlbefinden werden in erster Linie Antidepressiva wie Fluoxetin eingesetzt. Sie steigern die Handlungsbereitschaft und wirken stimmungsaufhellend. In den USA gilt Fluoxetin bereits als Lifestyledroge und ist eines der gängigsten Medikamente in der Dopingsszene Arbeitsplatz. Es muss aber mit starken Nebenwirkungen wie Desorientiertheit, Störung der Sexualfunktion und sogar suizidalem Verhalten gerechnet werden. Beta-blocker, die eigentlich bei Bluthochdruck, koronaren Herzerkrankungen und Migräne eingesetzt werden, erhöhen sowohl die physische als auch die psychische Belastbarkeit des Konsumenten und sind besonders bei Ärzten und Managern beliebt. Häufige Nebenwirkungen sind Schwindel, Impotenz bei Männern und eine starke

Blutdrucksenkung. Außerdem können bei zu hoher Dosierung das Konzentrations- und Denkvermögen eingeschränkt werden.

Arbeitnehmer, die kurzfristig ihre kognitiven Leistungen verbessern wollen, greifen in erster Linie zu Medikamenten mit dem Wirkstoff Methylphenidat, beispielsweise Ritalin. Entwickelt wurde dieses Arzneimittel zur Behandlung von Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). Aber auch kognitiv stark beanspruchte Menschen wie Studenten oder Mediziner verwenden diesen Wirkstoff häufig, um die Konzentrationsfähigkeit zu erhöhen und Müdigkeit zu unterdrücken. Die möglichen Nebenwirkungen sind enorm: Neben Schlafstörungen, irrealer Euphorie und Selbstüberschätzung kann es zu Herz-Kreislauf-Beschwerden, Appetitminderung und sogar zu einer Abhängigkeit kommen. Wird das zur Behandlung der krankhaften Schlafstörung Narkolepsie entwickelte Modafinil morgens eingenommen, steigert es die Wachheit tagsüber, ohne den Nachtschlaf zu beeinflussen. Das Mittel kann eine geringfügige Verbesserung der Aufmerksamkeitsspanne bewirken, bei regelmäßiger Einnahme kann es aber zu einer Verschlechterung kommen. Zusätzlich muss

mit Nebenwirkungen wie Nervosität, Kopfschmerzen, Blutdrucksteigerung, Schlafstörungen und Depressionen gerechnet werden.

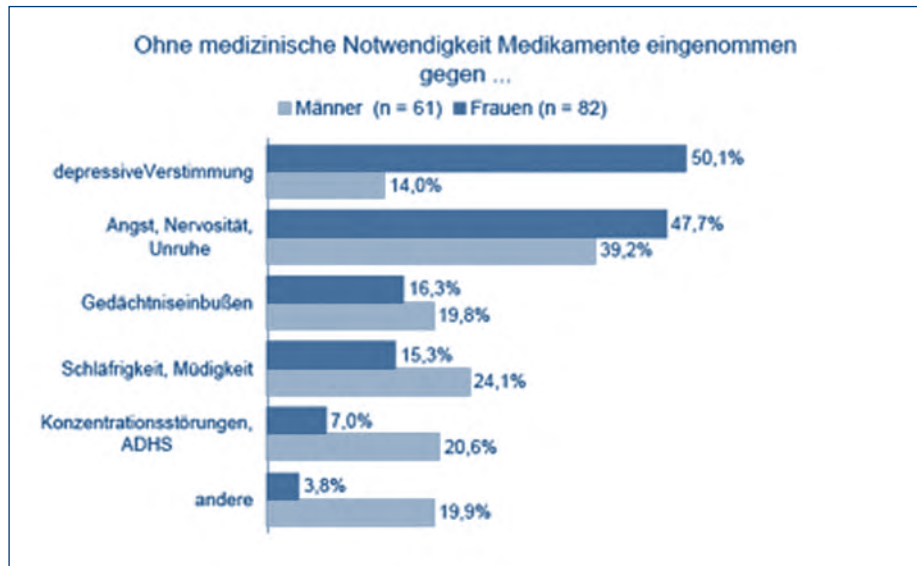
Auch Antidementiva wie Piracetam und Memantin, die zur Behandlung von Demenzerkrankungen eingesetzt werden, können die kognitiven Fähigkeiten günstig beeinflussen, allerdings nur minimal und nicht ohne Nebenwirkungen.

Erschreckend: 20,3 Prozent der Befragten gehen davon aus, dass die Risiken bei der Einnahme verschreibungspflichtiger Medikamente im Vergleich zum Nutzen vertretbar sind.

DAK Gesundheitsreport 2009

Frauen nehmen mehr Medikamente, Männer häufiger grundlos

Doping am Arbeitsplatz ist vor allem in Branchen gängig, in denen ein anhaltender Leistungsdruck herrscht und es einen hohen Stressfaktor gibt, zum Beispiel bei Managern, Ärzten oder Piloten. Laut einer weltweiten Online-Umfrage des Wissenschaftsmagazins „Nature“ nehmen 20 Prozent der Akademiker ohne medizinische



Gründe Medikamente ein, um Konzentration, Aufmerksamkeit und Erinnerungsvermögen zu steigern. Schon Studenten greifen oft zu Mitteln wie Ritalin, um bessere Prüfungsergebnisse zu erzielen. Die Bevölkerungsbefragung im Zuge des DAK-Gesundheitsreports 2009 ergab, dass Frauen deutlich mehr Medikamente einnehmen als Männer. Männer nutzen Arzneimittel jedoch häufiger ohne medizinische Notwendigkeit. Beim Doping gibt es zwischen den Geschlechtern ebenfalls deutliche Unterschiede. Ein Großteil der Frauen verwendet Medikamente gegen depressive Verstimmungen, Angst, Nervosität und Unruhe. Männer nehmen im Vergleich eher Mittel gegen Gedächtniseinbußen, Müdigkeit und Konzentrationsstörungen ein.

Suchtprävention: schon wenig bringt viel

Um einen Mitarbeiter nicht zu überfordern, sollten seine Aufgaben auf seine Fähigkeiten abgestimmt sein. Sind die Anforderungen höher als das Können, entstehen Stress und Angst, sind die Herausforderungen zu niedrig, führen Langeweile und Leere zu Unzufriedenheit. Der erste Schritt zur Verbesserung der Situation ist Kom-

munikation: Nur durch unmittelbare Rückmeldungen kann eine Änderung erzielt werden. Konflikte, ob nun mit Vorgesetzten oder Kollegen, sollten möglichst sofort gelöst werden. Die sonst entstehende Anspannung erhöht den Stresspegel und damit die Bereitschaft, auf Medikamente zurück zu greifen. Unternehmen können ihre Mitarbeiter unterstützen, indem sie beispielsweise Anti-Stress-Seminare oder Workshops anbieten, in denen der richtige Umgang mit Anspannung und Stress vermittelt wird. Darüber hinaus wichtig ist eine ausgeglichene Work-Life-Balance. Regelmäßige Pausen, in denen auch innerlich abgeschaltet wird, sind für die Regeneration notwendig. Freizeitsport baut Stress ab und verbessert die Aufmerk-

samkeit und Gedächtnisleistung. Ein- bis zweimal pro Woche zum Schwimmen oder Joggen gehen, kann wahre Wunder wirken.

Betriebliches Gesundheitsmanagement – Investition in die Zukunft

Ständig wachsende Anforderungen stellen hohe Ansprüche an die Mitarbeiter eines Unternehmens. Von ihnen wird Leistungsbereitschaft, Eigenverantwortung und Flexibilität erwartet – Faktoren, die die Gesundheit eines Einzelnen strapazieren können, sei es physisch oder psychisch. Viele Unternehmen investieren in ein Betriebliches Gesundheitsmanagement, um das Wohlbefinden ihrer Beschäftigten zu erhöhen und somit auch die Produktivität zu stärken. Für Arbeitgeber und Arbeitnehmer entsteht dadurch eine „win-win-Situation“. Was für den einen ein positives Image als Arbeitgeber mit sich bringt, bedeutet für den anderen eine verbesserte Lebensqualität. TÜV SÜD Life Service betreut die Mitarbeiter von knapp 10.000 Unternehmen in Deutschland beim Arbeits- und Gesundheitsschutz und entwickelt individuelle Lösungen zum Umgang mit Stress, zur Förderung der Arbeitsmotivation, bei Suchtgefährdung sowie Über- oder Unterforderung. Das Kompetenz-Team von TÜV SÜD, bestehend aus mehr als 400 Psychologen, Ärzten und weiteren Fachkräften.

Heidi Atzler, TÜV SÜD AG, München

Wie sieht es in Ihrer Praxis aus?

Bitte teilen Sie uns Ihre Erfahrungen mit Ihren Patienten mit. Wesentliche Aussagen davon könnten wir in einem Beitrag zusammenfassen. Über Ihre Rückmeldung würden wir uns freuen.

Die Redaktion

Zertifizierte Fortbildung VNR 2760602010035820008

Rationale Diagnostik und Differentialdiagnostik bei Synkopen 2010

Sebastian v. Stuckrad-Barre*, Renate Michel**, Wolfgang H. Jost*

Zusammenfassung

Zu den häufigsten neurologischen Ursachen transienter Bewusstseinsstörungen gehören im Erwachsenenalter Synkopen, epileptische aber auch psychogene nicht-epileptische Anfälle. Im ärztlichen Alltag und in der internationalen Literatur wird der Begriff Synkope oft fälschlich synonym mit dem Terminus Bewusstseinsstörung verwendet, was zu Missverständnissen aber auch Fehldiagnosen führen kann. Von größter Bedeutung für die Differentialdiagnose von Synkopen sind die Dauer der Bewusstseinsstörung und der konsekutiven Reorientierungsphase. Nach Erfassung der Begleitsymptome und einer möglichst gezielten Zusatzdiagnostik ist die Aufklärung der Patienten ein oft unterschätzter Therapieschritt. Unspezifische Diagnosen wie „Kollaps“ sollten vermieden werden, da die Therapie aber auch Prognose jeweils an die Ätiologie der Synkope gebunden sind. Der folgende Beitrag fasst die Diagnostik bei Synkopen und die wichtigsten Differentialdiagnosen transienter Bewusstseinsstörungen handlungsorientiert zusammen. Dabei wird auf die aktuellen Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie Bezug genommen.

Einleitung

Die diagnostische Einordnung transienter Bewusstseinsstörungen gehört zu den kniffligsten und gleichzeitig fehlerträchtigsten Aufgaben im Praxis- und Klinikalltag. Die Zahl der Fehldiagnosen und die durchschnittliche Dauer zur Diagnoseetablierung nach einem erstmaligen Bewusstseinsverlust ist relativ hoch (siehe Tabelle 1). Eine retrospektive Studie bei Patienten

Tabelle 1: Häufige Fehldiagnosen bei „Z. n. Synkope“

mit Bewusstseinsstörung	ohne Bewusstseinsstörung
• Epilepsie • Metabolische Störungen, z.B. Diabetes mellitus, Hyperventilation mit Hypokapnie, Hypoxie • Intoxikationen • Zerebrale Durchblutungsstörungen im vertebrobasilären Stromgebiet	• Stürze inkl. drop attacks • Psychogene nicht-epileptische Anfälle • Transiente Zerebrale Durchblutungsstörungen im Stromgebiet der A. carotis (TIA)

mit Synkopen bei Long QT-Syndrom zeigte, dass bei 40 % erst nach zweieinhalb Jahren die korrekte Diagnose etabliert wurde. Bei Patienten, die initial die Fehldiagnose einer Epilepsie erhielten, betrug der Zeitraum zur korrekten Diagnose sogar bis zu zehn Jahren [9]. Diese Zahlen belegen, dass Bewusstseinsstörungen interdisziplinär bearbeitet werden müssen. Unbefriedigend bleibt im Alltag die Erfahrung, dass trotz aufwändiger Zusatzdiagnostik die Ursache einer Synkope bei 13-48 % der Patienten ungeklärt bleibt [7]. Nach jeglicher Form von Bewusstseinsstörung muss eine schlüssige diagnostische Einordnung mit Informationen über die zugrunde liegende Ursache, die Rezidivwahrscheinlichkeit und begleitende Morbidität/Mortalität erfolgen, um behandelbare Ursachen, wie das Long QT-Syndrom, früh zu entdecken. Patienten mit Synkopen haben unabhängig von der Anzahl der Synkopen eine erhöhte Sterblichkeit [16]. Mit der Zahl der Synkopen korreliert die Häufigkeit der sturzbedingten Verletzungen. Die hohen Krankenhauskosten von Patienten mit Synkopen, aber auch sozialmedizinische Implikationen wie Berufswechsel oder Änderung der Lebensgewohnheiten (z.B. Fahreignung), unterstreichen die Bedeutung eines zielgerichteten

und umfassenden differentialdiagnostischen Managements nach Synkopen. Etwa 1 % aller Notfalleinweisungen gehen auf Synkopen zurück, wovon 40 % der Patienten hospitalisiert werden (Verweildauer ~ 5,5 Tage) [11]. Anders als beispielsweise beim Bluthochdruck, handelt es sich bei der Bewusstseinsstörung oft um ein passageres Phänomen, den sog. „Zustand nach...“, den es retrospektiv diagnostisch einzuordnen gilt. Sehr häufig trifft der Haus- oder Facharzt auf einen zutiefst verunsicherten Patienten oder erhält Arztbriefe aus Akutkrankenhäusern mit wenig hilfreichen Diagnosen, wie z.B. „unklarer Kollaps“. Das ätiologische Spektrum akuter, transienter Bewusstseinsstörungen reicht von der Reflexsynkope über epileptische Anfälle bis hin zur Basilaris-thrombose mit hoher Letalität. Die Hauptschwierigkeit in der differentialdiagnostischen Abgrenzung des plötzlichen Bewusstseinsverlusts ergibt sich aus der häufig bestehenden Amnesie des betroffenen Patienten. Die oft betonte Bedeutung der Anamnese rückt dann in den Hintergrund. Eine Fremdanamnese fehlt oft, so dass man häufig ein erstmaliges unbeobachtetes Ereignis einordnen muss. Im Folgenden werden die interdisziplinäre Basisdiagnostik bei Synkopen und die

* Fachbereich Neurologie, Deutsche Klinik für Diagnostik (Leiter: Professor W. H. Jost)

** Fachbereich Kardiologie, Deutsche Klinik für Diagnostik (Leiter: Professor Dr. Dr. H. Lambertz)

häufigsten Differentialdiagnosen der Synkope rekapituliert. Zur Strukturierung wurde eine Unterscheidung zwischen synkopalen und nicht-synkopalen Ereignissen vorgenommen, die im Alltag eine sinnvolle klinische Hilfe darstellen kann.

Synkopen

Synkopen sind sehr häufig und in Abhängigkeit der jeweils betrachteten Bevölkerungsgruppe erleiden bis zu 40 % aller Menschen in ihrem Leben mindestens eine Synkope [16]. Sie sind definiert als Sturz mit Bewusstseinsverlust, der durch eine transiente, globale zerebrale Minderperfusion ausgelöst wird. Trotz der Häufigkeit dieses interdisziplinären Symptoms, gibt es bis heute keinen diagnostischen Goldstandard der Synkopenidiagnostik. Dies stellt den Primärarzt vor eine Fülle von Problemen, da er auf einen verunsicherten, oft berufsunfähigen oder nicht fahrtauglichen Patienten trifft, aber auch

sozioökonomische Verantwortung trägt. Außerdem hat die Synkope z.B. bei Koronarkranken eine wichtige prognostische Relevanz, da 20 % im Verlauf eines Jahres nach Synkope sterben. Die Framingham-Studie zeigte, dass Menschen mit Synkopen, unabhängig von deren Genese, im Vergleich zu Menschen ohne synkopale Ereignisse ein um 1,31 erhöhtes Mortalitätsrisiko und ein um 1,27 erhöhtes Risiko für einen Myokardinfarkt oder Tod durch KHK haben [11]. Risikofaktoren für eine erhöhte Mortalität nach Synkopen sind Lebensalter >65 Jahre, ein Tumorleiden, eine zerebrovaskuläre Erkrankung, eine strukturelle Herzerkrankung und ventrikuläre Arrhythmien [11]. Relevante Verletzungen oder Verkehrsunfälle werden bei 6 % der Patienten mit einmaligen Synkopen beobachtet. Insbesondere ältere Personen mit Karotissinussyndrom sind besonders gefährdet, sich kleinere oder größere Verletzungen zuzuziehen oder Folgeerkrankun-

gen wie Depression, Gangstörung (sog. „fear of falling gait“) oder Erkrankungen, die zu Aufnahme ins Krankenhaus oder Altenheim führen, zu entwickeln [11].

Diese Fakten machen deutlich, dass Patienten mit Synkopen eine konsequente diagnostische Einordnung erhalten müssen. Hilfreich ist zudem eine von der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie vorgenommene Einteilung der Synkopen, die bei der Wahl der geeigneten Zusatzdiagnostik aber auch Abgrenzung zu synkopenähnlichen Zuständen (z.B. epileptischer Anfall, s.u.) hilfreich sein kann (Tabelle 2). Einen sehr kompletten Überblick bieten die Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie, die aktuell neu erschienen sind [11].

Basisdiagnostik

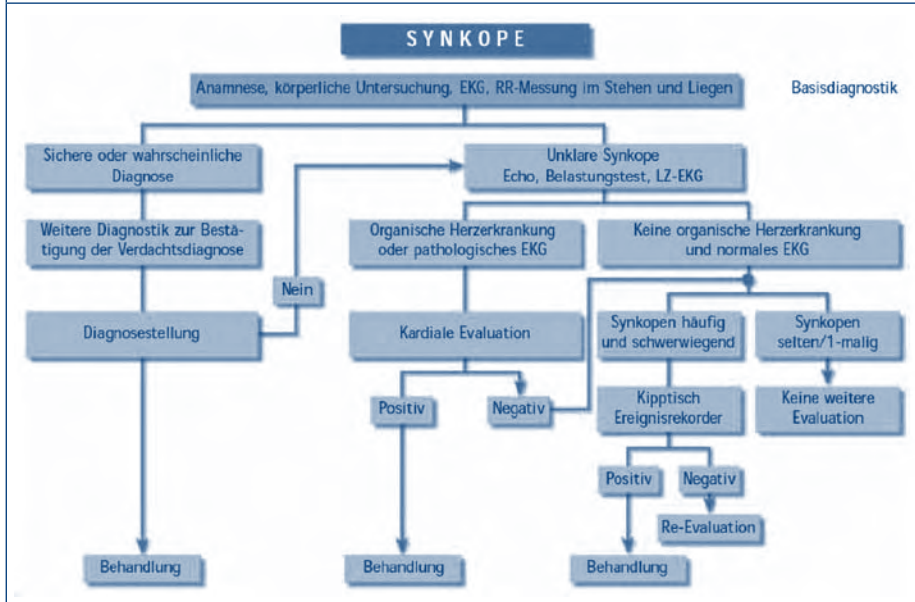
Die Basisdiagnostik erfolgt in den meisten Fällen durch einen Haus- oder Facharzt oder in der Notfallambulanz eines Krankenhauses. Dazu gehören Anamnese, körperliche Untersuchung, Ruhe-EKG, Basislabor und evtl. Schellong-Test. Ein Beispiel für ein strukturiertes diagnostisches Vorgehen bei V.a. Synkope ist in Tabelle 3 festgehalten.

Die Anamnese bleibt trotz aller Zusatzdiagnostik die Schlüsselmaßnahme, durch die weiterhin in bis zur Hälfte der Fälle eine Einordnung vorgenommen werden kann. Hierbei kann eine standardisierte Anamnese mittels eines Scores, wie z.B. dem Calgary Score, das eigene Vorgehen ergänzen (Tabelle 4). Neurokardiogene Synkopen können, basierend nur auf dieser quantitativen Anamneseauswertung, mit hoher Trennschärfe von kardiogenen Synkopen differenziert werden [15]. Myoklonien bei Synkopen sind häufig, und die sogenannten konvulsiven Synkopen führen immer wieder zur Fehldiagnose einer

Tabelle 2: Einteilung der Synkopen (modifiziert nach 17)

Zirkulatorische Synkope			Kardiale Synkope	
Neuro-kardio-gen (vasovagal)	Orthostatisch	Zerebro-vaskulär	Kardiale Arrhythmien	Strukturelle Herzerkrankung
• Karotissinus-Syndrom • Vasovagale Synkope • Situationsbedingte Synkope: Miktion, Husten etc. • Andere (Postprandial, Gewichtsabnahme)	• Autonome Dysregulation – primär (z.B. bei Parkinson) – sekundär (z.B. diabetische Neuropathie, Amyloidose) • Volumenmangel • Medikamenteninduziert	• Vertebro-basiläre TIA • Steal-Syndrome • andere Gründe	• Syndrom des kranken Sinusknotens • AV-Überleitungsstörungen • Supraventrikuläre oder ventrikuläre Tachykardien • Angeborene arrhythmogene Syndrome (z.B. Brugada Syndrom, Long-QT-Syndrom) • Medikamenteninduziert	• Klappenfehler (insbes. Aortenstenose) • Obstruktive Kardiomyopathie • Myxom • Akuter Myokardinfarkt • Akute Aortendissektion • Perikardtamponade • Lungenembolie/pulmonale Hypertonie

Tabelle 3: Algorithmus Zusatzdiagnostik bei Synkopen
(entnommen aus 17, siehe auch www.dgk.org)



Epilepsie [8]. Anders als die Myoklonien beim epileptischen Anfall sind sie aber deutlich kürzer, symmetrischer und nicht kortikalen Ursprungs (Hirnstamm) [1]. Pathologische EKG-Befunde haben als unabhängiger Prädiktor für kardiale Synkopen einen hohen Stellenwert und machen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unabdingbar. Doch ein kurzer Blick des Neurologen, Nervenarztes oder Psychiaters

auf das EKG ist ärztliche Basisaufgabe. Gute „neurologische Indikationen“ für ein Ruhe-EKG mit zwölf Ableitungen sind a) unklare Bewusstlosigkeit, b) erster epileptischer Anfall, c) therapieschwierige Epilepsien, d) Anamnese mit kardialen/neurovaskulären Beschwerden und e) neuromuskuläre Erkrankungen (z.B. Muskelerkrankungen). Besonders bei Bewusstseinsstörungen unter körperlicher Belastung

oder anamnestischen Hinweisen auf Palpationen ist das EKG besonders relevant. Ferner sind bestimmte bradykarde und tachykarde Herzrhythmusstörungen hinweisend auf kardiogene Synkopen. Bei Verdacht auf kardiogene Synkopen sollte die weiterführende kardiologische Diagnostik mittels Ruhe-EKG, Echokardiographie, Belastungs-EKG, Langzeit-EKG, externer oder implantierbarer Ereignisrekorder, elektrophysiologische Untersuchung und Koronarangiographie erfolgen [4, 6]. Der Schellong-Test kann gerade bei den orthostatischen Synkopen, aber auch bei den neurologisch (mit-)bedingten Synkopen bei der Multisystematrophie, Morbus Parkinson oder Neuropathien sehr hilfreich sein. Insbesondere bei ausgeprägten diabetischen oder alkoholtoxischen Neuropathien kommt es zu einer Mitbeteiligung des autonomen Nervensystems und somit auch zu Synkopen. Auch im Rahmen anderer neurologischer Erkrankungen wie bei traumatischen Querschnittslähmungen, funikulärer Myelose oder Siringomyelie kann es zu sekundären Kreislaufregulationsstörungen mit Synkopenneigung kommen.

Spezielle Zusatzdiagnostik

Nach sorgfältiger anamnestischer Aufarbeitung, körperlicher Untersuchung, Ruhe- und Belastungs-EKG und transthorakalem Herzecho kann man gezielte Zusatzuntersuchungen wie z.B. die Kipptischuntersuchung (neurokardiogene Synkope), elektrophysiologische Untersuchung (rhythmogene Synkope) oder Duplexsonographie der hirnversorgenden Arterien (zerebrovaskuläre Synkope bei Steal-Phänomen) einleiten. Die Kipptischuntersuchung stellt insbesondere in der Abgrenzung zu epileptischen Anfällen aber auch anderen Sturzanfällen („drop attacks“) oder bei fehlenden Hinweisen auf eine primäre kardiogene Ursache eine sinnvolle Ergänzung

Tabelle 4: Calgary Score zur Diagnostik vasovagaler Synkopen-Score (nach 15)

Frage	Punkte (falls ja)
Liegt nach der Anamnese wenigstens eine dieser Krankheiten vor: bifaszikulärer Block, Asystolien, supraventrikuläre Tachykardie, Diabetes mellitus	-5
Wurde fremdanamnestisch schon einmal eine Zyanose in der Synkope bemerkt	-4
Begannen die Synkopen nach dem 35. Lebensjahr	-3
Hat der Patient Erinnerung an die Zeit der Bewusstlosigkeit	-2
Kann langes Sitzen oder Stehen zu (Prä-) Synkopen führen	+1
Kommt es im Vorfeld zu Schwitzen oder einem Wärmegefühl	+2
Kann Schmerz oder ein medizinisches Setting zu (Prä-) Synkopen führen	+3
Beurteilung: Vasovagale Synkopen können bei einem Score ≥ 2 diagnostiziert werden. Bei einer addierten Gesamtpunktzahl von -2 ist eine vasovagale Synkope unwahrscheinlich.	



Abbildung 1: Kipptischuntersuchung

dar (Abbildung 1) [6]. Er ist die zentrale diagnostische Methode bei Patienten mit Synkope ohne erkennbare kardiale Grunderkrankung. Der positive Kipptisch-Test ist beweisend für eine neurokardiogene Synkope. Indikationen für eine Kipptischuntersuchung sind z.B. rezidivierende Synkopen ohne organische Herzerkrankung, einzelne Synkopen mit Gefährdungspotential (z.B. am Steuer) und differentialdiagnostische Abgrenzung einer Synkope vs. Myoklonien bei epileptischem Anfall.

Besteht trotz negativem Schellong-Test der Verdacht auf eine orthostatische Hypotension oder ein posturales Tachykardiesyndrom, sollte ein Kipptisch-Test erwogen werden [4].

Als weitere Möglichkeit im diagnostischen Armamentarium von möglichen kardialen Synkopen ist eine Korrelation zwischen klinischem Ereignis und Herzrhythmus im EKG. Hier bieten sich die sogenannten „Eventrekorder“, die passager oder auch implantierbar eingesetzt werden, an [14, 6]. Externe Ereignisrekorder sind sinnvoll bei Patienten, deren Synkopen in Intervallen von weniger als vier Wochen auftreten.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass insbesondere bei rezidivierenden Synkopen ohne Nachweis einer strukturellen Herzerkrankung, einer protrahierten Reorientierung, plötzlichen Todesfällen in der Familienanamnese aber v.a. Auffälligkeiten im EKG (z.B. Sinusbradykardie, verlängerte QT-Zeit) eine ausführliche und gezielte Zusatzdiagnostik erfolgen sollte.

Nicht-synkopale Ereignisse

Wenn sich aus der Basisdiagnostik der Verdacht auf eine nicht-synkopale Genese

eines kurzfristigen Bewusstseinsverlustes ergibt, müssen epileptische Anfälle, dissoziative Anfälle, zerebrale Durchblutungsstörungen und andere transiente Funktionsstörungen durch entsprechende weiterführende Untersuchungen bzw. Ausschlussdiagnostik eingeordnet werden. Bereits 1907 hat Gowers diese Herausforderung als „Grenzgebiete der Epilepsie“ beschrieben und nosologisch getrennt [2, 5]. Zu diesen Ursachen nicht-synkopaler Bewusstseinsstörungen zählen a) epileptische, b) dissoziative Anfälle, c) zerebrale Durchblutungsstörungen und d) Narkolepsie. Hinzu kommen weitere Funktionsstörungen (z.B. Migräne, Parasomnien, Schwindel), die zur Wahrung der Übersichtlichkeit unter e) „seltener Ursachen und Fallstricke“ nur am Rande subsumiert werden. Die Übersicht von Gowers aus dem Jahre 1907 ist noch viel vollständiger als dieser Artikel, und es beeindruckt sehr, dass sich am Spektrum der Erkrankungen seither nicht viel getan hat [5].

a) Epileptische Anfälle

Bezüglich der klinischen Symptomatik epileptischer Anfälle muss zunächst festgestellt werden, ob der Patient das Kriterium Bewusstseinsminderung erfüllt, da man hierdurch fokale Anfälle von komplex-fokalen bzw. generalisierten Anfällen unterscheidet [3]. Zur genaueren Einordnung sind anamnestische und fremdanamnestische Angaben entscheidend. Gezielt nachgefragt werden sollte nach Prodromi, Aura, Ausmaß der Bewusstseinsstörung, Amnesie und motorischen, sensorischen und autonomen Entäußerungen. Postiktale Veränderungen wie Lähmungen (Todd'sche Parese), lateraler Zungenbiss, Forellenphänomen, Muskelkater und Einnässen/-koten können weiterhelfen. Die zuverlässigsten Kriterien, einen Anfall von einer Synkope zu unterscheiden, sind die Dauer des Ereignisses und der Reorientierung. Andere

Symptome wie Myoklonien werden häufig auch bei Synkopen beobachtet (Tabelle 5). Weiterhin sind Provokationsfaktoren wie Schlafentzug, Alkoholexzesse oder -entzug, Drogenkonsum, Medikamentenwirkungen zu erfragen. Außerdem muss man die Tageszeit des Auftretens, Familienanamnese und Vorerkrankungen erfassen. Schwierigkeiten können bei iktalen Synkopen entstehen, die im Rahmen von Epilepsie-Videoüberwachungen zunehmend aufgezeichnet werden. Durch den fokalen Anfall kann es zu sekundären bradykarden Synkopen kommen, denen evtl. eine gewisse Rolle im Zusammenhang mit den plötzlichen Todesfällen bei Epilepsiepatienten (sog. sudden unexpected death in epilepsy patients) zukommt [2].

Die Wahrscheinlichkeit nach einem stattgehabten ersten epileptischen Anfall einen zweiten zu erleiden ist sehr hoch und liegt bei 45-50 % innerhalb von fünf Jahren. Die Diagnostik soll helfen, diese Unsicherheit zu nehmen bzw. das Risiko für Folgeanfälle einschätzen zu können. Obligat sind nach Anamnese und neuro-psychiatrischer Untersuchung die Durchführung einer kranialen Kernspin- oder Computertomographie und eines EEG. Bei Verdacht auf eine symptomatische Genese, sind optional eine Liquoruntersuchung, laborchemische Untersuchungen (BB, Leber- Nierenwerte) und Drogen- sowie Medikamentenscreening wichtig.

b) Dissoziative Anfälle

Dissoziative oder psychogene nicht-epileptische Anfälle stellen eine wichtige Differentialdiagnose akuter Bewusstseinsstörungen dar [1, 12]. Grundlegend sind Menschen aller Alterstufen, aber Frauen etwas häufiger als Männer betroffen. Hilfreiche anamnestische Hinweise auf psychogene Anfälle sind eine psychiatrische Vorerkrankung und ein Lebensalter un-

Tabelle 5: Differentialdiagnosen epileptischer und nicht-epileptischer Anfälle

Symptome	Epileptischer Anfall	Dissoziativer Anfall	Synkope
Beginn	abrupt, Aura	schleichend, variabel	langsam, Präsynkope
Ablauf	stereotyp	sehr variabel	stereotyp
Dauer	i.R. unter 2 Minuten	über 2 Minuten bis Stunden	unter 1 Minute
Kloni	rhythmisch, synchron	nicht rhythmisch, asynchron	rhythmisch, synchron
Postiktale Erholung	oft langsam	variabel	schnell
Kopfschmerzen	postiktal bei 10 %	variabel	nein
Reproduzierbare Auslöser	nur Reflex-Epilepsien	durch Suggestion	Reize, z.B. langes Stehen, Blutabnahme
Augen	offen (starr), Blickdeviation	geschlossen	offen, Blickdeviation
Zungenbiss	lateral	Zungenspitze	nein
Enuresis	häufig	möglich	selten
Verletzungen	möglich	möglich	möglich
Prolaktinanstieg	oft, innerhalb 2 h messen	möglich	möglich
CK-Anstieg	bei Grand mal innerhalb 24 h	sehr selten, bei Verletzungen	nein
Iktaler EEG-Befund	typische Muster oder Abflachung, Muskelartefakte	normal	Verlangsamung, isoelektrisch
Modifiziert nach: Epilepsie-Teleakademie CD ROM, EUMECOM			

ter 45 Jahre. Verletzungen schließen psychogene Anfälle nicht aus, denn sie sind bei mehr als 50 % der Fälle zu beobachten. Das Intervall zwischen Erstmanifestation psychogener Anfälle und Etablierung der Diagnose beträgt in Deutschland im Mittel sieben Jahre [13]. Typische Hinweise auf dissoziative Anfälle finden sich in der Anamnese: so variiert die Anfallsbeschreibung erheblich, es dominieren emotionale und situative Auslöser. Die Anfälle treten nicht aus dem Schlaf sondern oft vor Zeugen auf. In der Praxis haben sich diese Merkmale bewährt, um retrospektiv eine strukturierte diagnostische Einordnung und Abgrenzung zu z.B. epileptischen Anfällen oder Synkopen zu treffen (Tabelle 5).

Die Etablierung der Diagnose ist oft schwierig, und im Alltag werden einzelne Symptome häufig vorschnell oder falsch interpretiert. Aufgrund der Bedeutung einer raschen Diagnosestellung für die Prognose, ist es für den niedergelassenen wie klinisch tätigen Kollegen wichtig zu wissen, dass es im Krankheitsverlauf von Patienten mit psychogenen Anfällen häufig zu Kommunikationsproblemen beteiligter Ärzte kommt. So konnte gezeigt werden, dass z.B. Psychiater häufig den Diagnosen von Neurologen nicht trauen, und nur 18 % der Psychiater in betreffender Studie an die diagnostische Zuverlässigkeit des Video-EEG glaubten. Aus diesem Grunde ist eine sorgfältige katamnestische Betrachtung bei wiederholten Bewusstseinsstörungen aber auch das Aufklärungsgespräch bei diesen Patienten wichtig. Wichtige Inhalte für das Aufklärungsgespräch bei dissoziativen Anfällen (modifiziert nach 13) sind, dass

- die Anfälle nicht-epileptisch sind
- keine organische sondern eine psychologische Ursache vorliegt
- das Auftreten der Anfälle unbewusst und nicht simuliert ist

- eine Heilung möglich ist
- eine fortlaufende Behandlung obligat ist.

Die Bedeutung einer exakten Diagnose und eine konkrete Therapieeinleitung sind bei dissoziativen Anfällen besonders wichtig, da nur etwa 30-40 % der Patienten stabil anfallsfrei werden, 30-40 % eine Verbesserung und ca. 30 % einen ungünstigen Verlauf aufweisen.

c) Schlaganfälle

Unter den Hirninfarkten führen insbesondere die schweren Formen wie die Subarachnoidalblutung, die Basilaristhrombose oder eine Stammganglienblutung zu einer initialen Bewusstlosigkeit. Danach klart der Patient oft innerhalb von Minuten wieder auf, um sich dann sekundär zu verschlechtern. Meistens finden sich jedoch schwere fokal-neurologische Ausfälle (z.B. Meningismus, Schluckstörung, motorische Hemiparese), die dann eine Einordnung und Abgrenzung zu anderen Ursachen ermöglichen. Jegliche akute Bewusstseinsstörung mit zusätzlichen fokal-neurologischen Ausfällen muss natürlich zu einer sofortigen Einweisung in eine Akutklinik mit entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten (24-h-Bildgebung, Stroke unit etc.) führen. Problematisch kann die Einordnung transienter oder oft „stotternd“ verlaufender Bewusstseinsstörungen infolge von Durchblutungsstörungen im vertebrobasilären Stromgebiet sein. Meistens finden sich unmittelbar vor oder nach der Bewusstlosigkeit zusätzliche Hirnstammzeichen wie Doppelbilder, Dysarthrie, Dysphagie oder sensorische Ausfälle. Die Bewusstseinsstörung dauert in aller Regel länger als bei einer Synkope.

d) Narkolepsie

Die Narkolepsie ist mit einer Prävalenz von 1:2.000 relativ häufig, und die im Rah-

men der narkoleptischen Tetrade auftretenden Schlafattacken aber auch kataplektischen Anfälle stellen ebenfalls eine Differentialdiagnose der akuten Bewusstseinsstörung dar. Die Schlafattacken führen zu einem Einschlafen in häufig unpassenden Situationen. Bei der Kataplexie kommt es zu einem Tonusverlust ohne Bewusstseinsverlust. Hier finden sich anamnestisch häufig emotionale Auslöser, der Betroffene ist kontaktfähig und kennt oft seine Erkrankung, was natürlich eine Einordnung erleichtert.

e) Seltene Ursachen aber häufige Fallstricke

Oft sind es die seltenen Krankheitsursachen, die man im Zweifelsfall selten sieht, dann aber leider häufig nicht erkennt. Zu Stürzen ohne Bewusstseinsstörung können auch peripher-vestibuläre Funktionsstörungen führen. Im Rahmen des M. Ménière gibt es selten (< 5 %) akzentuierte Attacken, bei denen der Patient durch eine starke Attacke zu Boden stürzt (sog. Tumarkinsche Otolithenkrise). Dabei kommt es jedoch zu keiner Vigilanzstörung, aber oft zu schweren Sekundärverletzungen. Hier ist eine neuro-otologische Zusatzdiagnostik (Elektronystagmographie, Tonaudiogramm) hilfreich und Attacken und eine hochdosierte Prophylaxe mit Betahistin oder sogar destruktive Verfahren wie Gentamycin-Instillation zu erwägen. Auch durch andere Funktionsstörungen wie der gutartige Lagerungsschwindel oder die Basilarismigräne können zu Gleichgewichtsstörungen mit konsekutiven Stürzen führen. Diese Erkrankungen führen alle zu keiner Bewusstseinsstörung aber oft zu Stürzen. Die Diagnose ist durch die Anamnese oft einfach zu stellen. Andere Erkrankungen wie die Hyperventilationstetanie oder die transiente globale Amnesie gehen ebenfalls nicht mit Bewusstseinsstörungen einher und sind in einer

Tabelle 6: Synopsis Klinik und Diagnostik anderer nicht-epileptischer Anfälle

Tetanie	
Klinik	Parästhesien (perioral, akral an den Extremitäten), „Pfötchenstellung“, Karpopedalspasmen (max. Plantarflexion und leichte Supination der Füße), „Karpfenmaulstellung“
Diagnostik	Basislabor, ggf. Ausschlussdiagnostik mittels zerebraler Bildgebung. Im Anfall typische Klinik und Zeichen der erhöhten neuromuskulären Erregbarkeit: Chvostek-Zeichen: Beklopfen des Fazialisstammes: Zucken der mim. Muskulatur. Trousseau-Zeichen: ipsilaterale Ischämie durch Stauung am Oberarm (RR-Manschette): Pfötchenstellung der Hand.
Transiente globale Amnesie	
Kriterien	• Dauer max. 24 h • Anterograde Amnesie während der Attacke • Fehlende kognitive Beeinträchtigung und Vigilanzstörung • Fehlende epileptische Phänomene • SHT oder Epilepsie anamnestisch nicht bekannt

Synopse in Tabelle 6 zusammengefasst (exzellente Übersicht bei 1).

Korrespondenzadresse

Dr. Sebastian v. Stuckrad-Barre
 Oberarzt Fachbereich Neurologie
 (Leiter: Professor Dr. W. H. Jost)
 Deutsche Klinik für Diagnostik
 Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden
 E-Mail: stuckrad.neuro@dkd-wiesbaden.de
 Fon: 0611 577-432, Fax: 0611 577-311

Literatur

1. Benbadis S. The differential diagnosis of epilepsy: a critical review. *Epilepsy Behav.* 2009 May;15(1):15-21.
2. Crompton DE, Berkovic SF. The borderland of epilepsy: clinical and molecular features of phenomena that mimic epileptic seizures. *Lancet Neurol.* 2009 Apr 8; 370-81.
3. Commission on classification and terminology of the international league against epilepsy: Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia* 1981; 22: 489-501.
4. Diehl RR. Synkopen. „Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie“ 4., überarbeitete Auflage 2008.
5. Gowers WR. The Borderland of epilepsy: Faints, Vagal attacks, Vertigo, Migraine, Sleep symptoms and their treatment. London: Churchill, 1907.
6. Grubb BP. Clinical practice. Neurocardiogenic syncope. *N Engl J Med.* 2005; 352: 1004-10010.
7. Haensch C. -A., Jost W. H. Das autonome Nervensystem. Kohlhammer 2009.
8. Lempert T. Syncope. Phenomenology and differentiation from epileptic seizures. *Nervenarzt.* 1997; 68: 620-624.
9. Mac Cormick JM, et al. Misdiagnosis of Long QT-Syndrome as Epilepsy at First Presentation. *Ann Emerg Med* 54: 26-32.
10. Marsh E, O'Callaghan P, Smith P. The humble Electrocardiogram. *Pract Neurol* 2008; 8: 46-59.
11. Moya A, et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). *European Heart Journal* (2009) 30, 2631-2671.
12. Reuber M, Elger CE. Psychogenic nonepileptic seizures: review and update. *Epilepsy Behav.* 2003; 4: 205-216.
13. Schmitz B, Trimble B. Psychiatrische Epileptologie. Georg Thieme, 2005.
14. Schuchert A, Wille E. Synkopendiagnostik: wann ambulant, wann stationär. *Herz* 2008; 33: 412-418
15. Sheldon RS, Rose S, Conolly S et al. Diagnostic criteria for vasovagal syncope based on a quantitative history. *Eur heart J* 2006; 27: 344-350.
16. Soteriades ES, Evans JC, Larson MG, Chen MH, Chen L, Benjamin EJ, Levy D. Incidence and prognosis of syncope. *N Engl J Med.* 2002; 347: 878-85.
17. Kommentar zu den Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Synkopen – der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie 2001. *Z Kardiol* 94: 592-612 (2005). www.dgk.org

Den Auswertungsbogen für die CME-Fortbildung der Landesärztekammer Hessen finden Sie auf unserer Homepage www.laekh.de unter der Rubrik Hessisches Ärzteblatt.

Einsendeschluss ist der **25. März 2010**

Multiple Choice-Fragen (Nur eine Antwort ist richtig)

? 1.) Zu den häufigen Ursachen transienter Bewusstseinsstörungen gehören nicht?

1. Synkopen
2. Epileptische Anfälle
3. Tumarkinsche Otolithenkrise
4. Psychogene Anfälle
5. Hyperventilationstetanie

? 2.) Welche klinischen Merkmale sprechen für einen epileptischen Anfall und gegen eine Synkope?

1. Myoklonien
2. Stuhl- und Harninkontinenz
3. Reorientierungsphase von 3 Minuten
4. Zungenbiss
5. Reorientierungsphase von 20 Minuten

? 3.) Die Myoklonien bei Synkopen sind:

1. Kortikalen Ursprungs
2. Länger und stärker als bei epileptischen Anfällen
3. Äußerst selten
4. Kürzer und stärker als bei epileptischen Anfällen
5. Kürzer als bei epileptischen Anfällen

? 4.) Welche Aussage trifft nicht zu? Nennen Sie neurologische Erkrankungen, bei denen es gehäuft zu Synkopen kommen kann

1. Morbus Parkinson
2. Polyneuropathie
3. Multiple Sklerose
4. Syringomyelie
5. Multisystematrophie

? 5.) Welche Aussage trifft zu?

1. Nach einem ersten epileptischen Anfall liegt das Risiko einen zweiten zu erleiden über fünf Jahre bei ca. 15 %.
2. Nach einem ersten epileptischen Anfall liegt das Risiko einen zweiten zu erleiden über fünf Jahre bei ca. 25 %.
3. Nach einem ersten epileptischen Anfall liegt das Risiko einen zweiten zu erleiden über fünf Jahre bei ca. 35 %.
4. Nach einem ersten epileptischen Anfall liegt das Risiko einen zweiten zu erleiden über fünf Jahre bei ca. 45 %.
5. Nach einem ersten epileptischen Anfall liegt das Risiko einen zweiten zu erleiden über fünf Jahre bei ca. 55 %.

? 6.) Risikofaktoren für eine erhöhte Mortalität nach Synkopen sind nicht:

1. Lebensalter > 65 Jahre
2. eine Neoplasie
3. zerebrovaskuläre Erkrankungen
4. strukturelle Herzerkrankung
5. supraventrikuläre Extrasystolen

? 7.) Welche Aussage ist falsch? Zuverlässige postiktale Veränderungen sind

1. Lähmungen (Todd'sche Parese)
2. Schnelle Reorientierung
3. lateraler Zungenbiss
4. Forellenphänomen
5. Muskelkater

? 8.) Welche Aussage ist falsch? Typische anamnestische Hinweise auf dissoziative Anfälle sind

1. Variable Anfallsbeschreibung
2. Emotionale Auslöser
3. Situative Auslöser
4. Schlafgebundene Anfälle
5. Anfälle treten oft vor Zeugen auf

? 9.) Mit einer strukturierten Anamnese-Checkliste (z.B. Calgary Score zur Diagnostik vasovagaler Synkopen-Score) kann

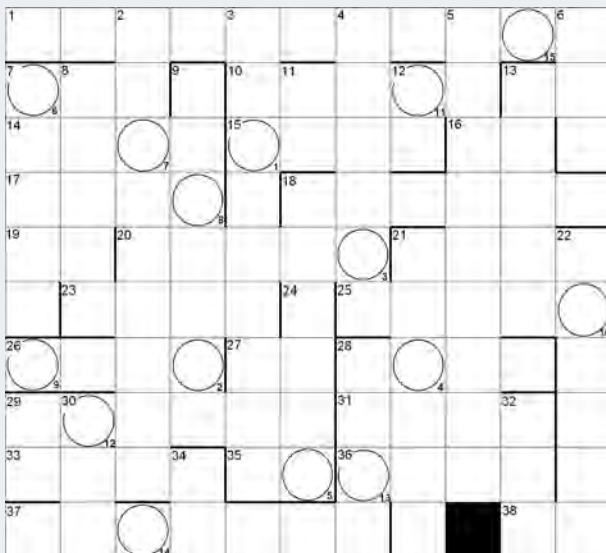
1. eine Epilepsie ausgeschlossen werden.
2. aufgrund der körperlichen Untersuchung die Diagnose einer Synkope zuverlässig gestellt werden.
3. mit Einbeziehung der Zusatzbefunde die Diagnose einer Synkope zuverlässig gestellt werden.
4. nach der Anamnese die Diagnose einer Synkope mit hoher Wahrscheinlichkeit gestellt werden.
5. nicht zwischen kardialen und neurokardiogenen Synkopen differenziert werden.

? 10.) Folgende Erkrankungen können mit Synkopen verwechselt werden

- a) Epilepsie
- b) Lagerungsschwindel
- c) Parasomnien
- d) Psychogene Anfälle
- e) TIA

1. Antwort c ist falsch
2. Antwort a, b, d treffen zu
3. Antworten d, c, e treffen zu
4. Alle Antworten treffen zu
5. Antwort b und d sind falsch

Medizinisches Kreuzworträtsel



Lösungswort:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

Waagrecht

1 Medikamentengruppe zur Frequenzkontrolle des tachykarden Vorhofflimmerns • 7 Flächenhafte Sehne: ...neurose • 10 Hauptschlagader • 13 Abk. für Gelenkguss • 14 Mit schnellem Druckwechsel einhergehende Gewebsverletzung = ...trauma • 15 Zellkörper (griech.) • 16 Abk. für Lichtreaktion (Pupillen) • 17 Eierstock (lat.) • 18 Gegenteil von konvex • 19 Abk. für rechtes Oberfeld (nach ILO-Klassifikation) • 20 Sekundär lymphatisches Organ im Oberbauch (griech.) • 21 Appendizitismerzpunkt (Eponym) • 23 Kurzwort für die soziale und gesundheitliche Wiedereingliederung chronisch Kranker • 24 Retinol = Vitamin ... • 25 Angeborener Hydrozephalus mit Erweiterung des IV. Ventrikels: ...-Walker-Syndrom (Eponym) • 26 Häufiger Befund beim Schlaganfall = ...parese • 27 Klinische Abk. für den Blutdruck • 28 Zellorganellen aus azurophilen Granula im Zytoplasma von Myeloblasten: ...Stäbchen (Eponym) • 29 Wirkstoff aus der Chinarinde mit Wirkung gegen Malaria und nächtliche Wadenkrämpfe • 31 Großhirnschenkel = ... cerebri (lat.) • 33 Flüchtige Lähmung nach klonischem Anfall: ...'sche Paralyse (Eponym) • 35 Abk. für Schwangerschaft • 36 Gefäß- und Nervenführendes Gekröse des Dickdarms = ...colon • 37 Störung des Säure-Base-Haushaltes • 38 Klinische Einteilung der Aortenaneurysmen =... Bakey-Klassifikation

Senkrecht

2 Schleifendiuretikum, ca. 2,5 fach potenter als Furosemid (Wirkstoff) • 3 Arterie, die sich aus dem Zusammenschluss der beiden Vertebralarterien bildet • 4 Retroperitoneale Fibrose mit fortschreitender Ureter-Ummauerung: Morbus ... (Eponym) • 5 Fersenbein (lat.) • 6 Paariges Oberbauchorgan im Retroperitonealraum (lat.) • 7 Fehlgeburt (lat.) • 8 Eine Schlafstörung bei Klein- und Schulkindern: ... nocturnus (Schlafangst) • 9 Starkes Analgetikum (Wirkstoff) • 11 Eireifung = ...genese • 12 Abk. für thorakoabdominal • 13 Generalisierte Anfallsform bei Epilepsie: ... mal • 18 Sonderform der externen, chronisch progressiven Ophthalmoplegie mit atypischer Retinopathia pigmentosa u. kardiale Erregungsleitungsstörungen: ...-Sayre-Syndrom (Eponym) • 21 Histopathologische Einteilung des Magenkarzinoms: ...-Klassifikation (Eponym) • 22 Befruchtete Eizelle • 28 Höhepunkt einer Wehe (engl.) • 29 Diagnostikum der Wahl zum Ausschluss einer intrazerebralen Blutung (Abk.) • 30 Improvisierte Handlung aus dem Stegreif: ad ... (lat.) • 32 Refluxbeschwerden = ...brennen • 34 Abk. für Differentialdiagnose

© Özdimir Yaldirli

Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit vom 3. bis 10. Juli 2010 in Porec, Kroatien

Austragungsort der 31. Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit ist dieses Jahr Porec auf der Halbinsel Istrien in Kroatien – vis-à-vis von Venedig.

Erwartet werden über 2.500 sportbegeisterte Mediziner, Ärzte und Kollegen aus den gesundheitlichen Berufen aus mehr als 50 Ländern. Alle zugelassenen Hobbysportler können ihre Angehörigen mitbringen, die auch an den Start gehen dürfen, allerdings außer Konkurrenz. In rund 25 Einzel- und Mannschaftsdisziplinen, wovon die meisten in Altersklassen eingeteilt sind, werden die Sportweltspiele ausgetragen. Von Tennis und Golf über Leichtathletik und Schwimmen bis hin zu Radrennen und Fußball reicht die Liste der Sportarten. Wieder dabei sind in diesem Jahr die Wettkämpfe im Segeln und Windsurfen. Weitere Informationen unter www.sportweltspiele.de

Neben den sportlichen Wettkämpfen bieten die Sportweltspiele seit Jahren einen internationalen Kongress für Sportmedizin und einen freundschaftlichen Erfahrungsaustausch mit Kollegen aus aller Welt. Das Unterhaltungsprogramm und die tägliche Abendveranstaltung mit Siegerehrungen versprechen in Porec natürlich noch ein bisschen bunter zu werden.

Kontakt:

Sylvia Malkrab-Kip

mpr – Repräsentanz für Deutschland, Österreich, Schweiz
Feldbergstraße 49

60323 Frankfurt am Main

Fon 069 7103-4343

Fax 069 7103-4344

E-Mail presse@sportweltspiele.de

I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

7. Kasseler Gesundheitstage

In Kooperation mit der Akademie der Landesärztekammer Hessen

Freitag, 19. – Samstag, 20. März 2010

Programmübersicht: (s. HÄBL 2/2010)

Leitung: Prof. Dr. med. H. Melchior, Kassel

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Kassel,

Kongress Palais Kassel – Stadthalle, Friedrich-Ebert-Straße 152

Information und Anmeldung: Regionalmanagement Nordhessen

GmbH, Standeplatz 13, 34117 Kassel, Fon: 0561 97062-20,

Online: www.regionnordhessen.de

EKG – Kurs mit praktischen Übungen

Freitag, 12. März – Samstag, 13. März 2010

22 P

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

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

Fon: 06032 782-238, Fax: -220,

E-Mail: andrea.flören-benachib@laekh.de

Strukturierte Kinder- und Jugendmedizin

2. Pädiatrisch-Kinderpsychiatrisches Forum

Samstag, 24. April 2010

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

8. Internationale Kasseler Fortbildung Medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlung

In Kooperation mit: Akademie der Landesärztekammer Hessen, AG Kinderschutz in der Medizin, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendärzte, Kooperationsarbeitskreis sexueller Missbrauch Kassel, Kinderklinik & Kinderschutzambulanz des Klinikum Kassel.

Freitag, 05. – Samstag, 06. März 2010

17 P

Leitung: Dr. med. B. Hermann, Kassel

Tagungsort: Kassel,

Hörsaal Klinikum, Mönchebergstr. 48e, Gebäude 48

Information und Anmeldung: DGfPI e.V. Geschäftsstelle,

Mendelssohnstr. 17, 40233 Düsseldorf, Fon: 0211 87514-024,

Fax: 0211 87514-025, E-Mail: Info@dgfpi.de

Online: www.dgfpi.de, www.kindesmisshandlung.de

Fachgebiet Augenheilkunde

Neues aus der Ophthalmologie

Mittwoch, 28. April 2010, 17:00-20:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. Ch. Ohrloff, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

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

Klinikum der JWG, Theodor-Stern-Kai 7,

Haus 23 – Hörsaal 23-4 (ehem. Kleiner Hörsaal)

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

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

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

18. Bad Nauheimer Symposium der Klinischen Hämostaseologie

Krebskrankheit und Blutgerinnung

7 P

Gemeinschaftsveranstaltung der Fachgebiete Innere Medizin und Klinische Pharmakologie – eine interaktive interdisziplinäre Veranstaltung mit Falldemonstrationen.

Samstag, 13. März 2010, 09:00 s.t. – 15:00 Uhr

Programmübersicht:

Vormittagssitzung: „Krebskrankheit und Thrombose“, Mechanismen der Thrombusbildung bei Tumorerkrankungen; D-Dimere – hilfreich zur Beurteilung der Krankheitsaktivität?; Pharmakologische Interaktionen von Antikoagulanzen und Thrombozytenfunktionshemmer; Therapie der Thrombose mit Antikoagulanzen
Nachmittagssitzung: „Krebskrankheit und andere Risiken“: Thrombozytose – Differentialdiagnose und Konsequenzen; Hämatologische Komplikationen bei Tumorerkrankungen; Onkologische Notfallsituationen

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

Prof. Dr. med. S. Harder, Frankfurt a. M.

Prof. Dr. med. E. Jäger, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 75 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Ittner, Akademie,

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

ÖGW & Hygiene und Umwelt

Flughafenbetrieb und gesunde Anwohner – geht das zusammen?

6 P

Samstag, 13. März 2010, 10:00 – 15:00 Uhr

Themen: (s. HÄBL 02/10)

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

Prof. Dr. med. T. Eikmann, Gießen

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Fon: 06032 782-287, Fax: -220, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de





Fachgebietsveranstaltung Plastische Chirurgie

Interdisziplinäre Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich

Zielgruppe: Plastische Chirurgie, MKG-Chirurgie, HNO

Samstag, 17. April 2010, 09:00 – 13:00 Uhr

Leitung: PD Dr. med. Exner, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Frankfurt a. M.

Markus-Krankenhaus, Wilhelm-Epstein-Straße 2

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

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

5. Fachtagung „Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen“

Veranstaltung in Zusammenarbeit mit LAG Hospize, HAGE und Arbeitsbereich KASA.

Qualifizierung – Ziel: Wie kann eine gemeinsame, fachübergreifende Fortbildung aussehen?

7 P

Themen: (s. HÄBl 01/10)

Mittwoch, 21. April 2010, 10:30 – 17:30 Uhr

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

Teilnahmebeitrag inkl. Verpflegungspauschale:

€ 15 für ehrenamtlich Tätige (bitte Nachweis mitbringen)

€ 35 für hauptamtlich Tätige

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau J. Schad, Akademie,

Fon: 06032 782-222, Fax: -228, E-Mail: juliane.schad@laekh.de

Repetitorium Allgemeinmedizin

(siehe Seite 140)

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

16 P

Samstag, 19. – Sonntag, 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 LÄKH 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

Repetitorium Frauenheilkunde

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

Montag, 07. – Samstag, 12. Juni 2010

Leitung: Dr. med. W. Künzel, Gießen

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄKH 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

22. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

(s. HÄBl. 1/2010)

55 P

Montag, 22. – Freitag, 26. März 2010, jeweils 08:30 – 17:30 Uhr

Leitung: PD Dr. med. Dr. med. habil. T. O. Hirche, Wiesbaden

Prof. Dr. med. T. O. F. Wagner, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 550 (Akademiemitgl. € 495)

Tagungsort: Frankfurt a. M., Universitätsklinikum

Seminarraum der Pneumologie, Haus 15 B, 4. Stock

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Fon: 06032 782-202, Fax: -220,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Aktuelle Diabetologie

Gemeinsame Fortbildungsreihe für Hausärzte der LÄKH in Zusammenarbeit mit der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes (HFD), DMP-zertifiziert

Mittwoch, 24. März 2010, 15:00 – 20:00 Uhr

6 P

Teil 5: Herz, Blutdruck und Gefäße / Teil 6: Auge, Niere, Fuß

Leitung: Dr. med. M. B. Braun, Schlüchtern (Teil 5)

Dr. med. M. Eckhard, Gießen (Teil 6)

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄKH 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

Weitere Termine 2010: 30. Juni, 29. Sep., 01. Dez.

HIV – Update 2010 – Was ich schon immer über HIV wissen wollte

Mittwoch, 19. Mai 2010, 16:00 – 20:00 Uhr

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Fon: 06032 782-287, Fax: -220, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Repetitorium Innere Medizin 2010

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

insg. 51 P

Montag, 19. – Samstag, 24. April 2010

Programmübersicht:

Mo.: Gastroenterologie; Kardiologie

9 P

Di.: Kardiologie; Pneumologie

9 P

Mi.: Angiologie; Nephrologie

9 P

Do.: Intern. Hämatologie/Onkologie; Intern. Intensivmedizin

9 P

Fr.: Rheumatologie; Endokrinologische/Diabetologie

9 P

Sa.: Fallseminar

6 P

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

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

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

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄKH 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



II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Stunden)

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

I. Teil Theorie (120 Stunden)

Freitag, 26. März – Sonntag, 28. März 2010	C1-C3
Freitag, 30. April – Sonntag, 02. Mai 2010	D1-D3
Freitag, 14. Mai – Sonntag, 16. Mai 2010	E1-E3
Freitag, 18. Juni – Sonntag, 20. Juni 2010	A1-A3
Freitag, 10. Sep. – Sonntag, 12. Sep. 2010	B1-B3
Freitag, 01. Okt. – Sonntag, 03. Okt. 2010	C1-C3
Freitag, 05. Nov. – Sonntag, 07. Nov. 2010	D1-D3
Freitag, 04. Dez. – Samstag, 05. Dez. 2010	E1-E2
und Samstag, 11. Dez. 2010	E3

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen/Fallseminare (80 Stunden)

Samstag, 06. März – Sonntag, 07. März 2010	G15-G16
Samstag, 15. Mai – Sonntag, 16. Mai 2010	G15-G16
Samstag, 11. Sep. – Sonntag, 12. Sep. 2010	G17-G18
Samstag, 06. Nov. – Sonntag, 07. Nov. 2010	G19-G20

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

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

Fon: 089 71005-11, Fax: -25, E-Mail: bauss@daegfa.de

Prüfarzt in klinischen Studien

Freitag, 28. – Samstag, 29. Mai 2010

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

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

3. Frankfurter Interventionelle Tage „FIT für organbezogene Therapie-Strategien“

In Kooperation mit der Akademie der LÄKH und der Akademie für Fort- und Weiterbildung in der Radiologie. Schwerpunkt dieser Veranstaltung ist die Darstellung der aktuellen interventionellen Tumorthérapien bei Leber- und Lungentumoren.

Samstag, 17. Apr. 2010, 09:00 – 16:30 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. T. J. Vogl, PD Dr. med. S. Zangos, Dr. med. R. Hammerstingl

Teilnahmebeitrag: € 75

Tagungsort: Frankfurt, Universitätsklinikum Frankfurt a. M.

Hörsaal 23-4, Haus 23 A, 1. OG, Theodor-Stern-Kai 7

Auskunft und Anmeldung: CongO GmbH, Frau A. Jäger Jagdstr. 4a, 80639 München, Tel.: 089 1295-440, Fax: 13936704 E-Mail: toniejaeger@cong-o.de, www.cong-o.de

Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

Kurs C2	24. April 2010	6 Std.	6 P
Kurs A	11./12. Juni 2010	20 Std.	20 P
Kurs B	10./11. Sep. 2010	20 Std.	20 P

Weiterbildungsordnung ab 1999

Block 16 Kurs A wird anerkannt

Block 17 Kurs B wird anerkannt

Teilnahmebeitrag: 6 Std. € 50, 8 Std. € 60, 20 Std. € 155

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

Interventionen an Becken- und Beingefäßen (Simulatortraining)

Themen: Grundl. Techniken und Material für Katheterinterventionen; Becken-Bein PTA und Stenting: Studien und Ergebnisse; Techniken der Sondierung von Nierenarterien und supraaortalen Ästen; Intraoperative PTA und Stenting: Tipps und Tricks; Übungen am Simulator: Becken, Nieren, Carotis

Mittwoch, 03. März 2010, 08:30 – 17:30 Uhr **13 P**

Leitung: Dr. med. T. Umscheid, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198)

max. Teilnehmerzahl: 6

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

Weitere Termine 2010: 25. Aug., 06. Okt.

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

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

Aufbaukurs C1 Samstag, 17. April – Samstag, 24. April 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

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

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

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

Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Modul I: Freitag, 26. – Samstag, 27. März 2010 **12 P**

Modul II: Freitag, 28. – Samstag, 29. Mai 2010 **12 P**

Modul III: Freitag, 02. – Samstag, 03. Juli 2010 **16 P**

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

Teilnahmebeitrag: € 500 (Akademiemitgl. € 450)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

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



Didaktik

Moderatorentaining 20 P

In Zusammenarbeit mit der Münsterfeld-Akademie.
Seminarziel: Vermittlung kollegialer Moderationstechniken für Qualitätszirkel, inkl. der Vermittlung von entsprechenden Methoden u. Techniken.

Freitag, 12. März – Samstag, 13. März 2010, Bad Nauheim

Freitag, 30. April – Samstag, 01. Mai 2010, Fulda

Freitag, 01. Okt. – Samstag, 02. Okt. 2010, Bad Nauheim

Freitag, 12. Nov. – Samstag, 13. Nov. 2010, Fulda

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

Bad Nauheim: Prof. Dr. rer. nat. H. Haid, Konstanz

Teilnahmebeitrag: € 280 (Akademiemitgl. € 252)

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,
Fon: 06032 782-238, Fax: -220

E-Mail: andrea.floren-benachib@laekh.de

Ernährungsmedizin (100 Std.)

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

Teil I **Freitag, 19. – Samstag, 20. März 2010**

Teil II **Freitag, 16. – Samstag, 17. April 2010**

Teil III **Freitag, 07. – Samstag, 08. Mai 2010**

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

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

Hospitation Mittwoch, 30. Juni/Freitag, 02. u. Samstag, 03. Juli
o. nach Absprache

Klausur nach Absprache, 2. Augusthälfte

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

Hämotherapie

Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie 40 P

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

Freitag, 07. Mai – Samstag, 08. Mai 2010 und

Freitag, 11. Juni – Sonntag, 13. Juni 2010

Teilnahmebeitrag: pro Tag € 150 (Akademiemitgl. € 135)
inkl. Verpflegung

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter 16 P

Freitag, 11. Juni – Samstag, 12. Juni 2010 (16 Std.)

Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)

Leitung: Prof. Dr. med. V. Kretschmer, Rostock

Dr. med. R. Kaiser, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Fon: 06032 782-209, Fax: -220, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Palliativmedizin

Fallseminar Modul III **15. – 19. März 2010** **40 P**

€ 700 (Akademiemitgl. € 630)

Aufbaukurs Modul I **11. – 15. Mai 2010** **40 P**

€ 600 (Akademiemitgl. € 540)

Aufbaukurs Modul II **23. – 27. Juni 2010** **40 P**

€ 600 (Akademiemitgl. € 540)

Fallseminar Modul III **08. – 12. Nov. 2010** **40 P**

€ 700 (Akademiemitgl. € 630)

Basiskurs **30. Nov. – 04. Dez. 2010** **40 P**

€ 600 (Akademiemitgl. € 540)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Aufbaukurs Modul II **21. – 25. Apr. 2010** **40 P**

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

€ 600 (Akademiemitgl. € 540)

Tagungsort: Solms-Oberbiel, Kloster Altenberg

Die Reihenfolge der Teilnahme muss eingehalten werden:

Basiskurs – Aufbaukurs Modul I – Aufbaukurs Modul II (diese beiden sind tauschbar) – Fallseminar Modul III.

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Fon: 06032 782-202, Fax: -220

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Notfallmedizinische Fortbildung

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD 27 P

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

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Fon: 06032 782-202, Fax: -220

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Marburger Kompaktkurs

„Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“:

80 P

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

In Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Notfallmedizin des Uniklinikums Gießen/Marburg und dem DRK Rettungsdienst Mittelhessen.

Freitag, 12. März – Samstag, 20. März 2010

Freitag, 01. Okt. – Samstag, 09. Okt. 2010

Leitung: Dr. med. C. Kill, Marburg

Tagungsort: Marburg, Universitätsklinikum Gießen – Marburg, Hörsaalgebäude 3, Conradstr.

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

Auskunft und Anmeldung: DRK Rettungsdienst Mittelhessen, Bildungszentrum: Frau E. Geßner, Postfach 1720, 35007 Marburg,

Fon: 06421 950-220, Fax: -225, E-Mail: info@bz-marburg.de

WH-Seminar Leitender Notarzt, Wiesbaden

Samstag, 26. Juni 2010

Leitung: G. John, Wiesbaden

Anmeldung und Auskunft: Frau V. Wolfinger,

Fon: 06032 782-202, Fax: -220

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de



Curriculum Organspende

(insg. 40 Std.)

Für Transplantationsbeauftragte und andere interessierte Ärzte/innen im Krankenhaus sowie Leitende Pflegekräfte.
In Zusammenarbeit mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) und der Kommission „Transplantation und Organspende“ der Landesärztekammer Hessen.

Donnerstag, 06. – Freitag, 07. Mai 2010 (16 Std.)

Die DSO unterstützt die Organisation des praktischen Teils.

Tagungsort: Schloss Rauischholzhausen, Ferdinand-von-Stumm-Str., Ebsdorfergrund-Rauischholzhausen

Termine für das Kriseninterventionsseminar (8 Std.):

30. Juni 2010 / 25. Aug. 2010

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Leitung: Prof. Dr. med. W. O. Bechstein, Frankfurt a. M.

Dr. med. T. Breidenbach, Mainz

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

Fon: 06032 782-238, Fax: -220

E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

16. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

(s. HÄBL 1/2010)

III. 16. April – 18. April 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: -220

E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

33. Bad Nauheimer Psychotherapie-Tage 2010

Theorie und Praxis: (s. HÄBL 1/2010)

Block 2: Freitag, 09. – Sonntag, 11. April 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

Reisemedizinische Gesundheitsberatung – Basisseminar – Strukturierte curriculäre Fortbildung (32 Std.)

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)

32 P

Freitag, 03. Sep. – Samstag, 04. Sep. 2010 und

Freitag, 01. Okt. – Samstag, 02. Okt. 2009

Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 480 (Akademiemitgl. € 432)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

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

Sozialmedizin

(insg. 320 Std.)

GK I **Mittwoch, 14. April – Freitag, 23. April 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: -220, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Ärztliches Qualitätsmanagement

Dieser Kurs wird gem. Curriculum der BÄK in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung angeboten. Er umfasst insgesamt 200 Fortbildungsstunden und erfüllt die Voraussetzungen für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ gem. der Weiterbildungsordnung der LÄKH. Der Kurs besteht aus drei Präsenzphasen und Selbststudium sowie einem Teilnehmerprojekt, das überwiegend in Eigeninitiative/Heimarbeit zu bearbeiten ist.

Telelernphase: Montag, 07. Juni – Freitag, 03. Sep. 2010

Block I

Montag, 19. April – Freitag, 23. April 2010

Teilnahmebeitrag: € 1.150

Block II

Freitag, 28. Mai – Sonntag, 30. Mai 2010 und

Freitag, 17. Sep. – Sonntag, 19. Sep. 2010

Teilnahmebeitrag: € 1.680 inkl. Telelernphase

Block III

Montag, 08. Nov. – Freitag, 12. Nov. 2010

Teilnahmebeitrag: € 1.150

Akademiemitgl. erhalten jeweils einen Rabatt in Höhe von 10%.

Leitung: Dr. med. H. Herholz / Dr. med. R. Kaiser, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Fon: 06032 782-209, Fax: -220, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

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

Samstag, 20. März 2010, 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: -228, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

(Kurs gemäß 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 B 08./09. Mai 2010 in Bad Nauheim

20 P

Leitung: Prof. Dr. med. P. M. Osswald, Frankfurt a. M.

Block C 11./12. Sep. 2010 in Wiesbaden

20 P

Leitung: Dr. med. U. Nickel, Wiesbaden

Block D 06./07. Nov. 2010 in Kassel

20 P

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

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RÖV**Grundkurs****Samstag/Sonntag, 17./18. April 2010, ganztägig****Spezialkurs Röntgendiagnostik****Samstag/Sonntag, 26./27. Juni 2010, ganztägig**

+ 1 Nachmittag nach Wahl (Mo/Di/Mi ab 15:00 Uhr) in der Folgeweche für Praktikum u. Prüfung im Uni-Klinikum Gießen

Teilnahmebeitrag: € 280 (Akademiemitgl. € 252)**Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde gem. RÖV****Samstag, 10. April 2010, 9:00 bis 16:15 Uhr****Teilnahmebeitrag:** € 120 (Akademiemitgl. € 108)**Spezialkurs Computertomografie****Samstag, 11. Sep. 2010, vormittags****Spezialkurs Interventionsradiologie****Samstag, 11. Sep. 2010, nachmittags****Teilnahmebeitrag:** € 100 (Akademiemitgl. € 90)**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**Weitere Termine 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.

Frühjahr 2010 HessenModul III/IV: **Freitag, 12. März – Samstag, 13. März 2010** **12 P**Modul V: **Freitag, 16. April – Samstag, 17. April 2010** **14 P****Teilnahmebeitrag pro Wochenende:** € 165 (pro Kurs € 660)**Auskunft und Anmeldung:** Frau K. Baumann, Akademie,Fon: 06032 782-281, Fax: -228, E-Mail: katja.baumann@laekh.de**Herbst 2010 Rheinland-Pfalz****Auskunft:** Frau B. Kröhler, Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz,Fon: 06131 28438-15, Fax: -10, E-Mail: kroehler@arztkolleg.de**Ultraschallkurse****Abdomen****Leitung:** Dr. med. J. Bönhof, Prof. Dr. med. C. Dietrich,
Dr. med. H. Sattler, Dr. med. W. Stelzel**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**Aufbaukurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße)** **25 P****Donnerstag, 24. – Freitag, 25. Juni 2010 (Theorie)****Samstag, 26. Juni 2010 (Praktikum)****Teilnahmebeitrag:** € 380 (Akademiemitgl. € 342)**Abschlusskurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße)** **20 P****Freitag, 26. – Samstag, 27. Nov. 2010 (Theorie + Praktikum)****Teilnahmebeitrag:** € 320 (Akademiemitgl. € 288)**Auskunft und Anmeldung:** Frau M. Jost,Fon: 069 97672-552, Fax: -555, E-Mail: marianne.jost@laekh.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**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.**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 782-230, Fax: 06032 782-250, E-Mail: 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. 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. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass das Ausstellen einige Wochen in Anspruch nehmen kann.

Die erworbenen Punkte zählen auch als Pflichtpunkte im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes für die Kassenärztliche Vereinigung.

Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

www.fbz-hessen.de

Veranstaltungskalender 2010
Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung

Carl-Oelemann-Weg 7
61231 Bad Nauheim
Fon: 06032 782-203 | Fax: 06032 782-220
akademie@laekh.de | www.laekh.de

Sie erhalten den Veranstaltungskalender bei:

Frau K. Baumann, Akademie

Fon: 06032 782-281, Fax: -228

E-Mail: katja.baumann@laekh.de



Prüfungsvorbereitungskurse

Abrechnung: EBM (PVK 1)

Inhalte: Formularwesen, vertragliche Abrechnung EBM, praktische Übungen

Termin: Samstag, 10.04.2010, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 75

Praktische Laborkunde und EKG-Übungen (PVK 5)

Inhalte: Laborkunde, EKG, Praktische Übungen

Termin: Samstag, 27.03.2010, 09:30 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Abrechnung: GOÄ/UV-GOÄ (PVK 2)

Inhalte: Kernelemente der GOÄ, Abrechnung von Arbeitsunfällen nach der UV-GOÄ, praktische Übungen und Beispiele

Termin: Samstag, 17.04.2010, 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

Termine: jeweils von 9:30 – 17:30 Uhr (9 Stunden)

Montag, 10.05.2010

Dienstag, 11.05.2010

Mittwoch, 12.05.2010

Freitag, 14.05.2010

Samstag, 15.05.2010

Dienstag, 25.05.2010

Samstag, 29.05.2010

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Elvira Günthert, Fon: 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, 23.04.2010, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 95

Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)

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

Termin: Samstag, 24.04.2010, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Schwerpunkt Onkologie und Palliativmedizin

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, 07.05.2010, 10:00 Uhr bis

Samstag, 08.05.2010, 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 185

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

Inhalte: Kontrolle pflegerischer Maßnahmen von Patienten und Angehörigen erklären, medizinische Versorgungsmaßnahmen durchführen, Symptome im Praefinal- und Finalstadium kennen und beobachten

Termin: Freitag, 28.05.2010, 10:00 Uhr bis

Samstag, 29.05.2010, 15:30 Uhr (15 Std.)

Teilnahmegebühr: € 185

Information: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

Patientenbegleitung und Koordination

Patientenbetreuung und Koordination chronisch kranker Patienten (PBK 1)

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

Termin: Donnerstag, 11.03.2010, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Patientenbegleitung – Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen (PBK 2)

Inhalte: Koordinations- und Kooperationsmaßnahmen, DMP, Integrierte Versorgung, Mitwirkung im Case Management, Soziale Netzwerke für Patienten und deren Angehörige, Dokumentation/ Abrechnung durchführen

Termin: Fr./Sa. 12./13.03.2010, (16 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 185

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Schwerpunkt: Erwerb der Sachkenntnis gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV

Aufbereitung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis (SAC) Erwerb der Sachkenntnis gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV für Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte

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

Termin: Freitag, 16.04.2010 bis Samstag, 17.04.2010 und

Donnerstag, 22.04.2010 bis Samstag, 24.04.2010

Teilnahmegebühr: € 410

Information: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax -180

Strahlenschutz gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 4 RÖV (90 Stunden)

Inhalte theoretischer Teil: Anatomie und Röntgenanatomie, Röntgenaufnahmetechnik, Spezieller Strahlenschutz, Dokumentationspflichten, Rechtsvorschriften, Richtlinien und Empfehlungen
Inhalte praktischer Teil: Praktische Übungen zur Einstellung und Belichtung von Röntgenaufnahmen, Praktische Übungen zur Qualitätssicherung, Demonstrationen

Termin: ab 16.04.2010

Teilnahmebeitrag: € 780 zzgl. € 55 Prüfungsgebühr

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184





Prävention im Kindes- und Jugendalter (84 Stunden)

Kinder und Jugendliche – Entwicklung und Familie (PRK 1)

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

Termin: Montag, 19.04.2010, 10:00 – 15:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95

Primäre Prävention in Kindheit und Jugend (PRK 2)

Inhalte: Gesundheits- und Krankheitskonzepte für Kinder und Jugendliche, präventive Maßnahmen durchführen

Termin: Dienstag, 20.04.2010 bis Donnerstag, 22.04.2010 (26 Std.)

Teilnahmebeitrag: € 350

Sekundäre und tertiäre Prävention in Kindheit und Jugend (PRK 3/4)

Inhalte: Bedeutung und Chancen von Früherkennungsuntersuchungen erläutern, bei präventiven Maßnahmen mitwirken, Wiedereingliederungsmaßnahmen beschreiben, Rehabilitationsträger benennen, bei Disease-Management-Programmen mitwirken

Termin: Freitag, 23.04.2010, 09:00 – 14:30 Uhr (6 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Organisation, Koordination und Qualitätsmanagement (PRK 5)

Inhalte: Organisation und Qualitätsmanagement von Patienten – und Elternschulungen, Kooperation im Team und mit externen Partnern, soziale Netzwerke, Präventionsnetzwerke nutzen, Kinder- und Jugendrecht, Recall-System anwenden, Igel-Leistungen erläutern, Organisation/Dokumentation/Abrechnung durchführen

Termin: Mittwoch, 05.05.2010, 08:30 – 14:00 Uhr (6 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

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

Ansprechpartner: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

Betriebsmedizinische Assistenz

Auge- Optik und Lungenfunktion (BET 2)

Inhalte: Berufsgenossenschaftliche Rechtsvorschriften anwenden, staatliche Rechtsvorschriften kennen, Berufsgenossenschaftliche Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen anwenden, Möglichkeiten der Abrechnung von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen durchführen, diagnostische Verfahren durchführen, Anatomie und Physiologie des Auges kennen, Anatomie und Physiologie der Atmung kennen, Praktische Übungen: Durchführung von Sehtests und Übungen am Perimeter, Durchführung von Lungenfunktionstests, Anleitung und Kommunikation mit den Probanden, Vermeidung von Fehlerquellen, Dokumentation

Termin: Freitag, 07.05.2010, 14:00 Uhr bis

Samstag, 08.05.2010, 13:00 Uhr (10 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 150

Ansprechpartner: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

Schwerpunkt Medizin

Impfungen (MED 12)

Inhalte: Impfkalender der STIKO /Indikationsimpfung, Impfmündigkeit, Kontraindikationen, Impfkomplicationen, Impfschäden, Impfmanagement

Praktische Übungen:

– Vorbereitung einer Injektion

– i.c., s.c. Injektionen am Phantom

Die Veranstaltung wird unter ärztlicher Leitung durchgeführt.

Termin: Samstag, 08.05.2010, 9:00 – 16:15 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

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, Fon: 06032 782-0, Fax: 06032 782-180

Homepage: www.carl-oelemann-schule.de

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

Übernachtungsmöglichkeit: Mit Eröffnung des Gästehauses der LÄKH können wir nun Übernachtungsmöglichkeiten direkt im Fortbildungszentrum bieten. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an: Frau Mirjana Redzic, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-140, Fax: 06032 782-250, E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de

Zuschüsse zur Fortbildung durch Qualifizierungsscheck oder Bildungsprämie

Mit den beiden Förderinstrumenten Qualifizierungsscheck und Bildungsprämie haben Erwerbstätige die Möglichkeit sich bei ihrer Fortbildung mit einem finanziellen Zuschuss unterstützen zu lassen. Bis zu 500 Euro pro Jahr können Fortbildungsinteressierte als Zuschuss erhalten.

Der Qualifizierungsscheck wird vom Land Hessen und aus dem Europäischen Sozialfonds gefördert. Einen Qualifizierungsscheck können Beschäftigte mittlerer Unternehmen bis zu 250 Personen erhalten, die für ihre derzeitige Tätigkeit keinen anerkannten Abschluss haben oder älter als 45 Jahre alt sind.

Die Bildungsprämie wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und aus dem Europäischen Sozialfonds der Europäischen Union gefördert. Ein sogenannter Prämiegutschein kann beantragt werden, wenn das zu versteuernde Jahreseinkommen Erwerbstätiger nicht höher als 25.600 (bei Alleinstehenden) bzw. 51.200 Euro (für gemeinsam Veranlagte) ist.

Die persönliche und neutrale Bildungsberatung ist Voraussetzung um die Förderung zu erhalten. Weitere Informationen über die Förderinstrumente sowie die Beratungsstellen finden Sie auf den Homepages: www.qualifizierungsscheck.de, www.bildungspraemie.de sowie unter www.carl-oelemann-schule.de



50 Jahre Hufeland-Preis



Christoph Wilhelm Hufeland

Die seit 1959 bestehende Stiftung „Hufeland-Preis“ schreibt jährlich einen mit 20.000 Euro dotierten Preis für die beste wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Präventivmedizin aus. Der „Hufeland-Preis“ gilt als der wichtigste Medizinerpreis auf diesem Gebiet in Deutschland. Nun feiert die Stiftung ihr 50-jähriges Bestehen.

Der „Hufeland-Preis“, so der Vorsitzende des Kuratoriums, Professor Dr. Erland Erdmann, ist der wichtigste Preis, der in Würdigung präventivmedizinischer Forschung in Deutschland verliehen wird. Das Kuratorium der Stiftung prämiert jährlich die beste nach einer bundesweiten Ausschreibung eingereichte wissenschaftliche Arbeit mit einem Preis von 20.000 Euro. Der Preis ist nach dem 1762 in Langensalza geborenen und 1836 in Berlin verstorbenen Arzt Wilhelm Christoph Hufeland benannt. Hufeland war ein Pionier auf dem Gebiet der Präventivmedizin und gilt als einer der bedeutendsten Ärzte seiner Zeit. An der jährlichen Ausschreibung können Ärzte und Zahnärzte teilnehmen, die im Besitz einer deutschen Approbation sind. Die Vergabe erfolgt nach einer notariellen Ausschreibung und einem sich daran anschließenden Auswahlverfahren durch ein Preisrichter-Kollegium, dem hochkarätige Wissenschaftler verschiedener medizinischer Fachrichtungen angehören.

Der wissenschaftliche Anspruch an die Qualität der eingereichten Arbeiten ist

hoch. Den Annalen ist zu entnehmen, dass die „Gründerväter“ der Stiftung dies auch so wollten. Die Ärzte und Zahnärzte sollten sich *„im geistigen Wettstreit um die Erlangung der Würde eines „Hufeland-Preisträgers messen“*. Nach wie vor ist auch die Zielsetzung der Stiftung aktuell. Ende der 50er Jahre des vorigen Jahrhunderts gab es unter den damals 66 medizinischen Preisen keine einzige Auszeichnung *„für besondere wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiete der Vorbeugenden Gesundheitspflege“*. Diese Lücke sollte mit der Gründung der Stiftung „Hufeland-Preis“ geschlossen werden, wobei der Preis für wissenschaftliche Arbeiten zu vergeben sei, die *„forschend und aufklärend das Ziel haben, den Menschen nicht erst krank werden zu lassen, sondern – soweit möglich – das Auftreten von Krankheiten zu verhindern.“*

Der damalige Generaldirektor der Deutschen Ärzteversicherung, die historisch bedingt schon immer eng mit der Ärzte- und Zahnärzteschaft und deren Standesorganisationen zusammen gearbeitet hatte, Otto Garde, wandte sich mit dieser Stiftungs-Idee an die ärztlichen und zahnärztlichen Standesorganisationen und staatliche Institutionen. Diese erklärten sich auch sofort bereit, die Stiftung zu unterstützen. Sie entsandten je einen Vertreter in das Kuratorium der Stiftung. Bis heute sind diese Gründungsorganisationen bzw. deren Nachfolgeorganisationen in der Stiftung engagiert: Es sind dies die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. und die Deutsche Ärzteversicherung als Stifterin des Preises. Der Vorsitzende des Kuratoriums ist der Kardiologe Professor Dr. Erland Erdmann, Direktor des Herzzentrums der Universität Köln.

Jährlich im Frühjahr wird der „Hufeland-Preis“ an einer dafür schon traditionell gewordenen Stätte, im Kölner Gürzenich, in festlichem Rahmen verliehen. Die Referenz an die Preisträger erweisen dabei hochrangige Vertreter der Bundes- und Landespolitik, der Stadt Köln, der ärztlichen und zahnärztlichen Berufsverbände und der medizinischen Fakultäten. Bereits zur Verleihung im Jahre 1969 betonte in seiner Ansprache der damalige Innenminister des Landes Nordrhein-Westfalen, Willi Weyer, dass sich das Kuratorium mit seiner Zielsetzung, *„die Vorbeugende Gesundheitspflege zu fördern, ein hohes Verdienst um die Gesunderhaltung der Bevölkerung der Bundesrepublik erworben hat“*. Tatsächlich haben einige Arbeiten, die bisher mit dem Preis ausgezeichnet wurden, der Wissenschaft wesentliche Impulse verliehen oder aber die praktische Gesundheitspflege weiter entwickelt. erinnert sei dabei an die erste Preisträgerin, Dr. med. Gisela Eberlein, Leverkusen,

die mit ihrer Arbeit „Ein Beitrag über die Möglichkeit der Gesundheitserziehung im Rahmen der Volkshochschule“ bestimmte gesundheitserzieherische und gesundheitsfördernde Maßnahmen erarbeitete und damit für praxisorientierte Präventivmaßnahmen wichtige Akzente setzte.

Die Deutsche Ärzteversicherung als Stifterin des Preises ist seit jeher stark dem Prinzip der Prävention verpflichtet. Im Kuratorium der Stiftung wird sie vertreten durch deren Vorstandsvorsitzenden Gernot Schlösser. Die Intention des Unternehmens, diesen in Medizinerkreisen hoch angesehenen Preis auch weiterhin zu fördern, beschreibt Schlösser so: „Wir glauben genauso wie der Namensgeber des Preises, Christoph Wilhelm Hufeland, fest daran, dass eine wesentliche Aufgabe der Medizin in der Prävention besteht. Der von uns gestiftete Hufeland-Preis setzt unter den Medizinerinnen daher seit Jahren erfolgreiche Zeichen und Anreize, sich intensiv mit ebendieser Prävention auseinanderzusetzen.“

Und selbstverständlich ist uns unser Engagement mehr als nur eine gern erfüllte Pflicht. Denn Prävention stammt vom Lateinischen *praevenire* ab und bedeutet daher nichts anderes als verhüten. Und eben dieser Vorsorgegedanke ist der Kern unserer täglichen Dienstleistungen für alle akademischen Heilberufe.

Auf der Website www.hufeland-preis.de sind neben weiteren Informationen, wie z.B. Ausschreibungsunterlagen auch Video-Impressionen der Preisverleihung 2008 zu sehen. Weitere Auskünfte zum Hufeland-Preis gibt unter Telefon 0221 148-30785 Patrick Weidinger, Geschäftsführer des Hufeland-Preises.

Anschrift des Verfassers

Karl-Heinz Silbernagel
Deutsche Ärzteversicherung AG
Fon: 0221 14822857
E-Mail: karl-heinz.silbernagel@aerzteversicherung.de

Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL® – Deutsche Hypertonie Gesellschaft schreibt fünf Forschungsstipendien im Gesamtvolumen von Euro 250.000 aus

Die Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL® – Deutsche Hypertonie Gesellschaft fördert den wissenschaftlichen Nachwuchs im Bereich der Hypertonie mit fünf Forschungsstipendien. Die fünf Stipendien laufen über zwei Jahre und sind mit jeweils 50.000 Euro dotiert. Bewerbungen können bis zum 30. April 2010 eingereicht werden.

„Wir möchten kreative, vielversprechende Forschungsansätze unterstützen und junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler fördern, auch um Deutschland international als innovativen Standort der Bluthochdruckforschung zu behaupten und weiter auszubauen“, so kommentiert der Vorsitzende der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL® – Deutschen Hypertonie Gesellschaft, Professor Dr. med. J. Hoyer (Marburg), die Ausschreibung der hoch dotierten Forschungsstipendien. Durch die Vergabe der Forschungsstipendien, aber auch durch Verleihung von Wissenschaftspreisen und Stiftungsprofessuren hat sich die Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL® – Deutsche Hypertonie Gesellschaft als wichtigste Förderinstitution im Bereich der Hypertonieforschung in Deutschland etabliert.

Ausgeschrieben werden fünf Stipendien, die jeweils über zwei Jahre laufen und eine Unterstützung von jeweils 50.000 Euro gewährleisten. Damit soll gezielt der wissenschaftliche Nachwuchs gefördert werden, die Be-

werber sollten daher nicht älter als 35 Jahre sein (in begründeten Ausnahmefällen werden auch Bewerbungen von Wissenschaftlern bis 40 Jahre akzeptiert). Junge Hypertonieforscher können sich sowohl mit Projekten aus der Grundlagenforschung als auch mit klinischen Projekten bewerben. Dem Bewerbungsschreiben sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Skizzierung des Forschungsprojekts, ggf. Darstellung von Vorarbeiten (die Projektskizze sollte nicht mehr als 10 DIN A 4 Seiten umfassen).
- Angaben zur Person
- Tabellarischer Lebenslauf
- Angaben darüber, ob für das Projekt anderweitig Fördergelder beantragt wurden
- Publikationsliste

Interessierte können ihre Projektanträge bis zum **30. April 2010** bei der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL® – Deutschen Hypertonie Gesellschaft einreichen:

Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL®
Deutschen Hypertonie Gesellschaft
Berliner Straße 46, 69120 Heidelberg
www.hochdruckliga.de

Sicherer Verordnen

Paracetamol - Beeinträchtigung des Impferfolges

Die prophylaktische Gabe von Paracetamol (Ben-u-ron®, viele Generika) innerhalb von 24 Stunden nach einer Grundimmunisierung mit verschiedenen Impfstoffen kann bei Kindern in unterschiedlichem Maß die Immunantwort reduzieren. Die erwünschte Fieberprophylaxe unter Paracetamol war verbunden mit einer signifikanten Verringerung der Antikörperkonzentrationen. Wurde das Analgetikum jedoch erst bei Auftreten von Fieber und Entzündungen appliziert, zeigten sich keine oder nur marginale Effekte auf die Immunantwort. Die klinische Relevanz ist unklar, es wird jedoch empfohlen, Paracetamol nicht prophylaktisch einzusetzen. Die Autoren der Studie verallgemeinern ihre Ergebnisse: in ihren Schlussfolgerungen beziehen sie sich auf alle fiebersenkenden Arzneistoffe.

Der Effekt von Ibuprofen auf die Immunantwort ist nicht bekannt. Allerdings existieren Hinweise, dass dieser Arzneistoff – bei bestehenden Virusinfekten wie Windpocken – das Risiko von Weichteilinfektionen wie eine nekrotisierende Fasciitis bei Kindern erhöhen kann.

Quellen: *Lancet* 2009; 374: 1305 und 1339; *Brit. med. J.* 2008; 337: 707

Lokalanästhetika – Chondrolyse

Die amerikanische Arzneimittelüberwachungsbehörde FDA macht darauf aufmerksam, dass eine kontinuierliche intra-artikuläre Gabe von Lokalanästhetika über zwei bis drei Tage nach arthroskopischen Eingriffen zu Nekrosen des Gelenkknorpels führen kann. Diese Methode, mit einer Elastomerpumpe (elastischer Elastomer-Ballon zum Druckaufbau) über einen Katheder Lokalanästhetika zu infundieren, sei durch die Zulassung dieser Arzneimittel nicht gedeckt.

Über eine kurzfristige Anwendung dieser Arzneistoffe als Injektion bestehen keine Bedenken. Die Warnung der FDA betrifft die Lokalanästhetika Bupivacain (Carbostesin®, Generika), Lidocain (Xylocain®, Generika), Mepivacain (Scandicain®, Generika), Procain (Generika) und Ropivacain

(Naropin®) mit und ohne Epinephrin. Für die in Deutschland zusätzlich zugelassenen Lokalanästhetika Articain (Ultracain®) und Prilocain (Xylonest®) sollte das Gleiche gelten.

Quelle: www.fda.gov/Safety/MedWatch

Oseltamivir – mögliche Risiken

Unabhängig von der derzeitigen kontroversen Diskussion zu den Risiken der Impfstoffe gegen die Schweinegrippe wurde ein Kurzbericht über mögliche Risiken des Neuraminidasehemmers Oseltamivir (Tamiflu®) veröffentlicht. Verhaltensänderungen (zum Teil mit gravierenden Folgen), Krampfanfälle, Delir und Halluzinationen wurden insbesondere bei Jugendlichen unter 20 Jahren als Verdachtsfälle bei der FDA gemeldet, Diarrhoe, Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Ohnmacht eher bei über 20-Jährigen. Ein direkter Kausalzusammenhang konnte aus den der FDA gemeldeten Fällen (über 2.000 Berichte) nicht eruiert werden. Da abzusehen ist, dass dieser Arzneistoff in Zukunft oft angewandt werden wird, besteht nach Auffassung der Autoren dringender Handlungsbedarf, das Risikoprofil von Oseltamivir genauer aufzuklären. Dem ist zuzustimmen.

Quelle: *Lancet* 2009; 374: 1312

Sibutramin – kardiovaskuläre Risiken

Der Versuch einer Gewichtsreduktion mit Sibutramin (Reductil®) kann kardiovaskuläre Risiken bergen (Herzinfarkt, Herzstillstand, Schlaganfall). Daher ist bei Vorliegen einer Herzerkrankung, einer arteriellen Verschlusskrankheit oder bei zerebrovaskulären Erkrankungen eine Verordnung von Sibutramin kontraindiziert. Das Zwischenergebnis einer derzeit laufenden Studie (SCOUT), zum Teil bei übergewichtigen Patienten mit Diabetes Typ 2, kann diese Risiken bestätigen. Die FDA hat eine Sicherheitsprüfung veranlasst und die Öffentlichkeit über ihre ergebnisoffene Überprüfung informiert.

Quelle: www.fda.gov/Safety/MedWatch

Antioxidantien – Primum nil nocere

Ein Kommentar zu einer Übersicht über den Nutzen und Schaden von Antioxidantien während einer Chemo- oder Strahlentherapie kommt wie die Autoren zum Schluss, dass auf die Gabe hochdosierter Antioxidantien während einer Therapie verzichtet werden sollte.

Die beiden kontroversen Hypothesen (Schutz des gesunden Gewebes durch die Radikalfänger *versus* Schutz auch des Krebsgewebes) werden durch zustimmende und ablehnende Studien unterstützt, wobei inhomogene Parameter der Studien bis hin zu Glaubensfragen der Vertreter komplementärer Methoden eine summarische Beurteilung erschweren. Im Extremfall stehen in einer Studie eine Abnahme unerwünschter Wirkungen ein vermindertes Gesamtüberleben gegenüber. Es fehlen Studien, die die Wirkung definierter Antioxidantien in definierter Menge (z.B. Vitamine C und E, Betacarotin, Pentoxifyllin, Melatonin, Glutathion) bei einzelnen Tumorarten in vergleichbaren Krankheitsstadien unter standardisierten Bedingungen untersuchen. Da diese Stoffe nicht als Ersatz einer Standardtherapie eingesetzt werden sollen, ist ihre möglicherweise zusätzliche Wirkung nur in größeren Studien nachweisbar.

Der unklare Nutzen und ein möglicher Schaden des Einsatzes von Antioxidantien sollten Anwender an eine vor kurzem in einer renommierten medizinischen Fachzeitschrift publizierte Feststellung erinnern: „Für einen Arzt ist die Erkenntnis über seine eigenen Grenzen wichtiger als seine Kenntnisse“ (What matters more in a doctor than knowledge is knowledge of one's own limits).

Quellen: *J.Natl.Cancer Inst.* 2008; 100: 773, zitiert in *Dtsch.Apo.Ztg.* 2009; 149: 5002; *Lancet* 2009; 374: 1411

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 1/2010

Eine Übersicht über weitere Veröffentlichungen finden Sie unter:
www.aerzteblatt-hessen.de

Arzthaftung: Anforderungen an Aufklärung und Dokumentation, Rechtsfolgen

Vortrag anlässlich der Gießener Gynäkologischen Fortbildung 2009 Thomas K. Heinz

I. Einleitung

Bekanntlich erfüllt nach der Rechtsprechung schon der „gebotene, fachgerecht ausgeführte ärztliche Heileingriff“ diagnostischer wie therapeutischer Art den Tatbestand der „Körperverletzung“. Die Rechtswidrigkeit dieser Körperverletzungshandlung kann nur durch *Einwilligung* des Patienten in den Eingriff ausgeschlossen werden. Diese setzt voraus, dass der Patient weiß, was mit ihm geschieht und welche Risiken er einzugehen hat. Dieses Recht auf Information wird gemeinhin als *Selbstbestimmungsrecht* des Patienten bezeichnet.

Im Rahmen der Arzthaftungsprozesse ist in den letzten Jahren immer häufiger neben dem Vorwurf eines Behandlungsfehlers der Vorwurf der unterlassenen oder unvollständigen Aufklärung getreten. Grund hierfür ist die Umkehr der *Beweislast*: Den Kunstfehler hat grundsätzlich der Patient darzulegen und zu beweisen; den Nachweis hinreichender Aufklärung und Einwilligung hat der Arzt zu erbringen. So erscheint die Aufklärungspflichtverletzung oftmals als „*Auffangtatbestand*“ im Verlauf eines Arztprozesses. Aus diesem Umstand resultiert die schwer auf den Ärzten lastende Bürde der Aufklärung und ihr Bestreben, sich gegen diese und die damit verbundene Prozessgefahr durch schriftliche Dokumente abzusichern.

II. Arten der Aufklärung

Wie die Aufklärung zu erfolgen hat, bemisst sich nach zahlreichen Gesichtspunkten, die es schwierig machen, allgemeine Regeln aufzustellen. Bezogen auf *Sinn und Zweck* der Aufklärung bedeutet dies, dass die Selbstbestimmungsaufklärung die freie, selbstverantwortliche Entscheidung des Patienten ermöglichen soll. Fo-

rensisch kommt hierbei der *Risikoaufklärung* besondere Bedeutung zu. Die Selbstbestimmungsaufklärung erschöpft sich aber nicht in der Belehrung über die Risiken, auch wenn diese im Vordergrund stehen. Es kommen noch die *Diagnose-* und die *Behandlungsaufklärung* hinzu.

Diagnoseaufklärung bedeutet, den Patienten über den medizinischen *Befund* aufzuklären. Der Patient muss erfahren, dass er krank ist und worunter er leidet (im einzelnen: BGHZ 29, 176, 184f; OLG Hamm NJW 2002, 307). Hierbei behält der Arzt stets die Freiheit, nach *plichtgemäßem Ermessen* die angezeigte Ausdrucksweise zu wählen und beispielsweise das Wort „Karzinom“ oder „Krebs“ zu vermeiden (BGHZ 29, 176, 177, 183).

Die *Behandlungsaufklärung* (auch *Verlaufsaufklärung*) erstreckt sich auf Art, Umfang und Durchführung des Eingriffs. Der Patient soll von der beabsichtigten Therapie erfahren. Der Arzt hat den Patienten darüber zu informieren, was mit ihm geschehen soll und wie seine Krankheit voraussichtlich verlaufen wird, wenn er dem Eingriff nicht zustimmt. Das Wesen des Eingriffs soll der Arzt nach fester Spruchpraxis wenigstens *im Großen und Ganzen* erläutern. Die Einwilligung des Patienten hat hier vornehmlich das Wissen von der Art des Eingriffs zur Voraussetzung. Alle Einzelheiten des Verlaufs braucht der Arzt nicht mitzuteilen. Auf die Risiken eines verordneten *Medikaments* ist jedoch hinzuweisen (BGH, Urt. v. 15. März 2005, VI ZR 289/03). Auf die Behandlungsaufklärung darf er regelmäßig nicht verzichten, es sei denn, dass schon die landläufige Bezeichnung des Eingriffs auch den Laien hinreichend ins Bild setzt

(Laufs, NJW 1987, 2263; 1988, 1499, 1503). (Beispiele: Bei der Entfernung des Appendix etwa soll der Arzt darüber informieren, dass er die Bauchdecke öffnen und den entzündeten Wurmfortsatz entfernen werde; bei einem Trümmerbruch des Schienbeins, in welcher Länge er die Haut aufschneiden werde und dass er bei der Ausrichtung der Knochenteile Scheiben und Schrauben verwenden, später aber wieder entfernen werde; bei einer Gastroskopie, dass er nach Magenspülung und/oder sonstiger Vorbereitung durch die Speiseröhre einen Schlauch in den Magen einführen werde). Zur Behandlungserklärung gehören auch die Informationen über Heilungschancen (OLG Hamm GesR 2005, 70) und *sichere Eingriffsfolgen* wie beispielsweise Operationsnarben, die Unfruchtbarkeit als Folge einer Gebärmutterentfernung oder über die Funktionseinbuße eines Organs. Anzumerken bleibt, dass viele dieser Folgen an sich so selbstverständlich sind, dass der Arzt auf einen eigenen Hinweis verzichten können (Beispiel: Lücke des Gebisses nach einer Zahnextraktion). Des Weiteren ist der Patient über den *zu erwartenden postoperativen Zustand* aufzuklären. Dies gilt nicht nur für die Beseitigung der Krankheitsphänomene, sondern auch für voraussehbare Nebenfolgen (OLG Hamburg NJW 1975, 603, 604 – Informationen über die Nachhaltigkeit von Operationsfolgen im Blick auf das künftige Leben; OLG Oldenburg MDR 1992, 236 – Wundheilungsstörungen). Sofern der Verzicht auf einen Eingriff eine durchaus sinnvolle Alternative darstellt, hat der Arzt den Operationsentschluss in gesteigertem



Maße dem Patienten anheim zu stellen. Eine grobe Information in einem solchen Falle ist nicht ausreichend (BGH VersR 1980, 1145).

Besteht von vorne herein eine erhebliche *Gefahr des Misserfolgs* und schwerer *Komplikationen* und Leiden beim Fehlschlag der Operation, dann „bedarf es einer detaillierten, für den medizinischen Laien verständlichen Darlegung des Für und Wider, um sicher zu gehen, dass sich der Patient über die Erfolgchancen der geplanten Operation und über das, was er im Falle eines Fehlschlags unter Umständen auf sich nehmen muss, keine Illusionen macht“ (BGH NJW 1981, 1319, 1320). Bei der *Risikoaufklärung* geht es darum, dass sich *mit dem Eingriff verbundene Gefahren verwirklichen können*, obwohl mit ihnen als sichere (Neben)folge nicht zu rechnen war. Stets geht es um die Frage, ob für den Patienten im Ergebnis Grund besteht, sich überhaupt und gegebenenfalls auf welche Risiken einzulassen. Daher kommt es darauf an die Güterabwägung, das *Für und Wider*, der Risikoseite einerseits und des konkreten Gewichtes der medizinischen Indikation gegenüber zu stellen, um so zu entscheiden, ob aus der Sicht eines verständigen Patienten die Einwilligung vernünftigerweise zu erwarten ist.

Was die durch Heilnotwendigkeit und Heilaussichten bestimmte Eingriffsindikationen angeht, lässt sich folgende Regel aufstellen: Je dringlicher, unaufschiebbarer und alternativloser der Eingriff und damit je absoluter die Indikation ist, umso geringer können im Einzelfall die Anforderungen an den Umfang der Aufklärungspflicht sein, wobei die Proportionalmaxime auch in der Umkehrung gilt (vgl. BVerfGE 52, 131, 167; BGHSt 12, 379, 382 f; BGH NJW 1972, 335, 337). Handelt es sich um einen *medizinisch nicht* oder nur *relativ*

indizierten Eingriff, werden die Anforderungen an die Aufklärungspflicht *verschärft* (BGH MedR 1981, 85; OLG München MedR 1988, 187). Hierunter fallen beispielsweise die kosmetischen Operationen, Gefälligkeitssterilisationen oder die so genannte Wunschsectio.

Als konträrer Extremfall steht dem die *Eingriffssituation* gegenüber, bei der es sich um einen absolut indizierten, auch alternativlosen und zusätzlich außerdem unaufschiebbaren Eingriff handelt. Das führt dazu, dass sich der sonst weitgehende Spielraum der Aufklärungspflicht verkürzt. Die *Wahl der richtigen Behandlungsmethode* steht allein dem Arzt zu (BGHZ 106, 153 – Entbindung aus Beckenlage; BGH VersR 1998, 766 – Wahl des Zugangswegs bei Entfernung eines Tumors im Bereich der Hirnandrangsdüse). Die Aufklärungspflicht reicht umso weiter, je weniger sich der Arzt eingeführter und fachlich weithin anerkannter Methoden bedient (BGH VersR 1981, 691) (z. B. „Off-Label Use“).

Die Risikoaufklärung erstreckt sich auch auf *alternative Behandlungsmöglichkeiten*. Diese Pflicht besteht allerdings grundsätzlich dann nicht, solange sich das alternative Verfahren erst in der *Erprobung* befindet (LG Koblenz VersR 1994, 1349). Aufzuklären ist auch über eine dem medizinischen Standard nicht entsprechende *Außenseitermethode*, wenn damit Risiken zusammenhängen. Besteht für den Patienten eine *Wahlmöglichkeit*, so schuldet der Arzt alle Informationen, die der Patient für seine Entscheidung benötigt. Über Alternativen hat der Arzt weiter aufzuklären, wenn sich das Risiko durch *Wahl besserer Behandlungsbedingungen* signifikant kleiner halten lässt (BGH NJW 1984, 655; OLG Braunschweig MedR 1989, 147; OLG Stuttgart VersR 1989, 519; OLG Oldenburg VersR 1997, 1535).

Ohne ausdrückliche Nachfrage des Patienten braucht der Arzt aber nicht darauf hinzuweisen, dass die medizinischen Gegebenheiten im kommunalen Krankenhaus schlechter sind als in der Universitätsklinik, dass mangels optimaler Ausstattung nicht die modernsten Methoden zum Einsatz kommen können oder aber, dass das Nachbarkrankenhaus über eine modernere Apparatur verfügt (BGH NJW 1988, 2302; OLG Oldenburg VersR 1996, 1023).

Die Rechtsprechung fordert insoweit zu Recht, die Information über *medizinische Fragen und Qualitätsprobleme* in Grenzen zu halten.

III. Form der Aufklärung

Die Aufklärung ist grundsätzlich *formfrei* und unterfällt allein dem *plichtgemäßen Ermessen* des Arztes (BGH NJW 1984, 1397). Die *mündliche Information* entspricht dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und sollte die Regel bleiben. Es kommt allein auf den vertrauensvollen, auch individuell auf den Verständnishorizont des Patienten abgestellten und den Kern von bürokratischen Elementen gerade frei bleibenden Dialog zwischen Arzt und Patient an (BGH JZ 2000, 898, 901). Anders ausgedrückt: Der BGH fordert das *Arzt-Patienten-Gespräch* (hierzu zuletzt: OLG Zweibrücken GesR 2005, 23).

Die Praxis versucht sich hier mittels *Form-, Merkblättern* und *Aufklärungsbögen* abzusichern. In den weitaus meisten Fällen sind solche Formulare allerdings sehr *standardisiert* und schon deshalb für den konkreten Einzelfall ungenau bzw. unvollständig, teilweise in wesentlichen Punkten sogar inhaltsleer. Zudem beurteilt die Rechtsprechung den *Beweiswert* solcher Aufklärungsformulare trotz ihrer Unterzeichnung durch den Patienten skeptisch. Nach ständiger Rechtsprechung des BGH

ergibt sich allein aus der Unterschrift noch nicht, dass der Patient das Formular durchgelesen und verstanden hat, auch nicht, dass eine inhaltliche (mündliche) Erörterung stattgefunden hat und dabei auch ein im Formular nicht erwähntes Risiko angesprochen wurde (zuletzt BGH MedR 1996, 272, 274). In diesem Sinne ist das unterzeichnete Formular lediglich ein *Indiz* dafür, dass vor der Unterzeichnung überhaupt ein Aufklärungsgespräch über die Operation und deren mögliche Folgen erfolgt ist (BGH MedR 1985, 169).

Das Arzt-Patienten-Gespräch ist durch nichts zu ersetzen. Bei aller Skepsis empfiehlt sich das Aufklärungsformular als zusätzliche Präventivmaßnahme zur Beweissicherung. Um sich optimal abzusichern, wird – entsprechend der Spruchpraxis des BGH – die so genannte „*Stufenaufklärung*“ empfohlen (Konzept nach Weißbauer, Notfallmedizin 6; 1980, 720). Hiermit soll erreicht werden, dass man einerseits eine schriftliche Dokumentation über die durchgeführte Aufklärung erhält, andererseits aber die zu schematische Beschränkung auf bloße Formulare vermeidet.

Hierzu werden den Patienten zunächst Informationsblätter ausgehändigt, die schriftlich bzw. formularmäßig fixierte Basisinformationen über den Verlauf und die Risiken des Eingriffs enthalten. Im Anschluss daran folgt auf der zweiten Stufe das persönliche Aufklärungsgespräch, in dem die für den konkreten Fall relevanten Informationen und Fragen vertieft besprochen werden. Sollte der Patient weitere Fragen haben, kreuzt er diese im Merkblatt an bzw. erklärt (zur Niederschrift im Formular), um welche Fragen es sich handelt. Andernfalls bestätigt der Patient schriftlich nach Abschluss des Gesprächs, dass er keine zusätzlichen Fragen mehr hat. Das Verfahren bleibt allerdings mit dem

Zweifel belastet, ob der Patient das Merkblatt gelesen und es verstanden hat. Auch kann das Merkblatt dazu verleiten, dass das Aufklärungsgespräch verkürzt wird oder weniger ernst genommen wird. Zudem ist ein Merkblatt seiner Natur nach schematisch angelegt und geht nur selten auf individuelle Eigenarten ein. Zwar ist das Stufenmodell nicht der Idealfall eines Aufklärungsgesprächs, es ist aber ein brauchbarer Kompromiss, um das ärztliche Beweisinteresse zu wahren, andererseits aber auch die persönliche Gestaltung des Gesprächsverlaufs zu ermöglichen.

Was aber sagt die Rechtsprechung bei einem *Fehlen von Formular und Merkblatt* (sog. „Vier-Augen-Gespräch“)? Hierzu hat der BGH (NJW 1985, 1399) richtig ausgeführt: „Schriftliche Aufzeichnungen im Krankenblatt über die Durchführung des Aufklärungsgesprächs und seinen wesentlichen Inhalt sind nützlich und dringend zu empfehlen. Ihr Fehlen darf aber nicht dazu führen, dass der Arzt regelmäßig beweisfällig für die behauptete Aufklärung bleibt. ... Allein entscheidend bleiben muss das vertrauensvolle Gespräch zwischen Arzt und Patient. Es sollte möglichst von jedem bürokratischen Formalismus, zu dem auch das Beharren auf einer Unterschrift des Patienten gehören kann, frei bleiben. Deshalb muss auch der Arzt, der keine Formulare benutzt und für den konkreten Einzelfall keine Zeugen zur Verfügung hat, eine faire und reale Chance haben, den ihm obliegenden Beweis für die Durchführung und den Inhalt des Aufklärungsgesprächs zu führen.“ Dies geschieht prozessual regelmäßig dadurch, dass der Arzt als Partei durch das Gericht vernommen wird (OLG Oldenburg MDR 1997, 684; OLG Koblenz, Urt. v. 22. Juli 2007, 5 U 880/07).

Wie sollte man also vorsorglich vorgehen? Es empfiehlt sich zunächst im *Kranken-*

blatt, die wesentlichen und kritischen Punkte des Gesprächs in knapper Form festzuhalten. Bedient man sich eines *Formulars*, sollte dieses Raum für individuelle Einträge bieten. Je persönlicher die Beteiligten das Formular ausfüllen, desto beweiskräftiger ist es. In manchen Fällen können *Zeugen* (OLG München VersR 1991, 189) und auch *Tonträger* als Beweismittel dienen.

„Ist einiger Beweis für ein gewissenhaftes Aufklärungsgespräch erbracht, sollte dem Arzt im Zweifel geglaubt werden, dass die Aufklärung auch im Einzelfall in der gebotenen Weise geschehen ist.“ (BGH NJW 1985, 1399; ebenso Brandenburg OLG GesR 2007, 575).

IV. Aufklärungszeitpunkt

Die Aufklärung darf *nicht zur Unzeit* erfolgen und den Patienten nicht unter Entscheidungsdruck setzen. Es muss ihm vielmehr die Zeit bleiben, seinen Entschluss zu überdenken und mit Vertrauten zu erörtern, sofern nicht ein Notfall vorliegt. Grundsätzlich soll die Aufklärung nicht später als am Tage vor dem Eingriff stattfinden (OLG Koblenz, Urt. v. 15. Dez. 2005, 5 U 676/05). Vor schweren oder problematischen Operationen können *meh-*

rere Unterredungen notwendig sein, bei denen der Entschluss in einem Prozess gemeinsamen Bemühens heran reifen kann. *Organisatorische Schwierigkeiten* des Klinikbetriebes rechtfertigen eine „Aufklärung auf der Bahre“ (besser: Trage) keineswegs (zuletzt BGH NJW 1998, 1784). Die Rechtzeitigkeit der Aufklärung muss auch vor *diagnostischen Eingriffen* gewahrt bleiben. Es genügt nicht die Information im Untersuchungsraum oder vor dessen Tür zu erteilen, mit dem Hinweis, ohne den diagnostischen Eingriff könne die Operation anderntags nicht erfolgen (BGH NJW 1995, 2410). Bei normalen ambulanten Eingriffen kann eine Aufklärung erst am Tag des Eingriffs noch rechtzeitig sein (BGH NJW 2000, 1784; OLG Koblenz, Beschl. v. 30. Januar 2008, 5 U 1298/07). Ein strenges Urteil des BGH (NJW 1992, 2351) verlangt vom Arzt, bereits *in derjenigen Sprechstunde den Kranken über die Operationsgefahr zu unterrichten, in der er den späteren Eingriff mit dem Patienten verabredet* und den Termin dafür festlegt. Dieser frühe, oft Wochen vor der Operation liegende Zeitpunkt, gewährleistet die Entschlussfreiheit des Patienten, weil er psychische Sperren vermeidet, die den Kranken daran hindern könnte, sein Einverständnis zu widerrufen, wenn er von den Gefahren etwa erst am Tag vor dem Eingriff erfährt (ebenso OLG Celle NJW 1979, 1251).

Als Ergebnis ist festzuhalten, dass der richtige Aufklärungszeitpunkt *nicht generell*, sondern anhand der im Einzelfall gegebenen Umstände zu bestimmen ist (BGH MedR 1985, 169). Stets kommt es darauf an, dass genügend Zeit bleibt, um das unter Umständen komplexe Entscheidungsproblem in Ruhe und ohne Zeitzwang zu überdenken. Hierbei ist zu beachten, dass die Zwischenfrist umso größer sein muss, je problematischer das Dilemma des Patienten ist. Umgekehrt kann sich der Ab-

stand verkürzen, wenn es um einen ambulanten oder diagnostischen Routineeingriff mit einem zudem nicht gravierenden Komplikationsrisiko geht.

Selbstverständlich kann bei der Aufklärung eine solche Vorlaufzeit nicht eingehalten werden, wenn es sich z.B. um einen nichtaufschiebbaren Eingriff bei einem soeben eingelieferten Unfallverletzten handelt. Selbstverständlich ist eine Aufklärung unwirksam, wenn der Patient unter Medikamenteneinwirkung steht (BGH NJW 1992, 2354 – Einwilligung nach Beruhigungsspritze auf Drängen des Arztes unzureichend). So ist die Aufklärung auch verspätet, wenn sich der Patient bereits auf dem Operationstisch befindet, selbst wenn er dabei noch nicht unter dem Einfluss von Medikamenten steht (BGH MedR 1998, 516, 517; OLG Celle NJW 1987, 2304 – kosmetischer Eingriff (Bauchdeckenstraffung) – Aufklärung unmittelbar vor dem Eingriff in Slip und Bademantel).

Eine Aufklärung am Vorabend der Operation genügt nach der Rechtsprechung (BGH NJW 1998, 2734 – Entfernung eines Tumors im Bereich der Hirnanhangdrüse mit Schädelöffnung) deshalb nicht, weil der Patient in dieser Situation zu überfordert sei; dagegen soll zu diesem späten Zeitpunkt die Aufklärung über Narkoserisiken noch möglich sein (BGH NJW 1992, 2351). Weil letztlich die konkreten Umstände des Einzelfalles entscheiden, ist der nach der Rechtsprechung erforderliche Aufklärungszeitpunkt alles andere als exakt zu prognostizieren. Jedenfalls empfiehlt sich für den Arzt, einen zeitlich möglich breiten Sicherheitsabstand zwischen Aufklärung und Eingriff einzulegen. Findet das Aufklärungsgespräch erst am Vortag einer Operation statt, sollte (nicht nur dann, aber dann erst Recht!) der Zeitpunkt genau dokumentiert und in zusätz-

lichen Notizen der Eindruck vom Urteils- und Einsichtsvermögen des Patienten festgehalten werden.

V. Aufklärungspflichtiger und Delegation

Grundsätzlich hat der Arzt, der die Behandlungsmaßnahme durchführt, aufzuklären. Eine Delegation an das medizinische Hilfspersonal oder auch Mitglieder der Krankenhausverwaltung scheidet aus (BGH NJW 1974, 604). Im Fall arbeitsteiligen Vorgehens in der Klinik gilt nichts anderes. Eine Delegation an einen anderen Arzt bleibt aber möglich. Die Delegation bedarf allerdings einer *ausdrücklichen Vereinbarung*, andernfalls bleibt der behandelnde Arzt in der Pflicht. Hierzu ist erforderlich, dass klare, stichprobenartig kontrollierte Organisationsanweisungen bestehen und kein konkreter Anlass zu Zweifeln an der Qualifikation des bestellten Kollegen gegeben ist (OLG Stuttgart VersR 1981, 691). Bei entsprechender Abstimmung ist es aber durchaus zulässig, dass die Aufklärung durch den zuständigen Stationsarzt durchgeführt wird und dieser über sämtliche Risiken einer Operation, an der unterschiedliche Fachdisziplinen beteiligt sind, aufklärt (OLG Bamberg Urt. v. 22. Nov. 2004, Az. 4 U 39/03). Eine solche Vereinbarung kann sogar zwischen *Ärzten unterschiedlicher Kliniken* getroffen werden, wenn beispielsweise Voruntersuchung und Nachsorge in der einen, die eigentliche Operation aber in der anderen Klinik durchgeführt werden sollen (BGH VersR 1990, 1010).

VI. Aufklärungsadressat

Die Aufklärung hat demjenigen gegenüber zu erfolgen, der die Einwilligung in den Eingriff zu geben hat, also dem Patienten selbst oder bei Minderjährigen oder willensunfähigen Kranken deren gesetzliche

Vertreter: Eltern, Vormund, Pfleger, Betreuer. Selbstverständlich wirkt die *Einwilligung der Personensorgeberechtigten* nur dann, wenn der Arzt diese zuvor aufgeklärt hat. Da es bei der Einwilligung um die Disposition über ein *höchstpersönliches Rechtsgut* geht, hängt die Befugnis dazu nicht von der *Geschäftsfähigkeit* ab, sondern entscheidend von der *natürlichen Einsichts- und Entschlussfähigkeit*. Bei Jugendlichen kommt es darauf an, ob diese „nach ihrer geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestattung zu ermes- sen vermögen“ (BGHZ 29, 33, 36). Grundsätzlich soll der Arzt bei Minderjährigen unter 14 Jahren stets die Einwilligung der sorgeberechtigten Person, in der Regel die der Eltern, einholen. Auf der Altersstufe vom 14. bis zum vollendeten 18. Lebens- jahr kommt es darauf an, wie der Arzt die Persönlichkeit des Jugendlichen im Hin- blick auf den geplanten konkreten Eingriff beurteilt. Hat er Zweifel an der Einwilli- gungsfähigkeit des Minderjährigen, so wird er sich an die Eltern wenden. Selbst wenn der Arzt zu dem Ergebnis kommt, der Minderjährige könne selbst einwilli- gen, steht es ihm frei, daneben noch die Einwilligung der Eltern einzuholen, soweit die Schweigepflicht nicht entgegensteht. Dies sollte er bei größeren, aufschiebba-

ren Eingriffen auch immer tun (so z.B. OLG Hamm NJW 1998, 3424). Gesteigerte Auf- merksamkeit erfordert der *fremdsprachi- ge Patient*. Hier hat der Arzt, wenn Anlass zu Zweifeln die Kommunikationsfähigkeit und die Vorstellung des Kranken besteht, nachzufragen und die Lage verständlich zu erklären, notfalls mit Hilfe von Angehö- rigen oder Dolmetschern (OLG Karlsruhe VersR 1998, 718).

VII. Rechtsfolgen unzureichender Aufklärung

Aufklärungsfehler sind Behandlungsfehler und beweisrechtlich wie diese zu behan- deln. Ein *grober Verstoß* gegen die Auf- klärungspflicht ist ein *schwerer Behand- lungsfehler*, der es rechtfertigt, den Pati- enten vom Nachweis der Kausalität zu entlasten (BGHZ 107, 222).

Im Rahmen eines Rechtsstreits kann der Arzt einwenden, dass der Patient auch *bei ordnungsgemäßer Aufklärung eingewil- ligt* hätte. Dafür trifft ihn die Beweislast. Der Arzt kann sich weiter darauf berufen, dass der Schaden des Patienten auch bei verweigertem Einverständnis und Nicht- vornahme des Eingriffs mit Sicherheit ein- getreten wäre. Auch dafür trifft ihn die Beweislast (BGHZ 106, 153). Den rechtzei- tigen *Widerruf* einer erteilten Einwilligung

hat der Patient zu beweisen (BGH NJW 1980, 1903).

In der Praxis kommt dem sog. *Zurech- nungszusammenhang* zwischen Aufklä- rungsmangel und Schaden große Bedeu- tung zu. Das Risiko, über das *nicht aufge- klärt* wurde, muss sich verwirklicht haben, denn nur wegen der möglichen Schädigung ist es ja in die Aufklärung einbezo- gen. Dieser Zurechnungszusammenhang besteht jedenfalls immer dann, wenn sich gerade die aufklärungspflichtige Gefahr verwirklicht. Andererseits gilt: Selbst wenn sich ein nichtaufklärungsbedürftiges Risi- ko verwirklicht, entfällt die Haftung nie, wenn der Patient nicht wenigstens eine *Grundaufklärung* über Art und Schwere- grad des Eingriffs erhalten hat. Bei feh- lender *Grundaufklärung* – so der BGH (NJW 1996, 777) – ist das Selbstbestim- mungsrecht im Kern genauso verletzt, als wenn der Arzt den Eingriff vorgenommen hätte, ohne den Patienten überhaupt um seine Einwilligung zu ersuchen.

Anschrift des Verfassers

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

Ausschreibung: Hessischer-Naturheilkunde-Preis

Der Hessische Ärzteverband – Naturheilverfahren – e.V. schreibt 2010 zum 4. Mal den Hessischen-Naturheilkunde-Preis aus, der für experimen- telle und klinische Arbeiten auf dem Gebiet der Naturheilkunde vergeben wird. Der Preis ist mit 3.000 Euro dotiert.

Bewerben können sich approbierte Ärzte sowie auf medizinischem Gebiet tätige Wissenschaftler. Die Bewerbungsarbeit ist als gedrucktes oder maschinen geschriebenes Manuskript oder als Sonderdruck mit maximal 10 DIN A 4-Seiten in fünffacher Ausfertigung in deutscher Sprache einzu-

reichen. Sie sollte entweder noch nicht veröffentlicht oder im Einrei- chungsjahr erschienen sein.

Einsendeschluss ist der **31. März 2010**.

Weitere Auskünfte über:

Hessischer Ärzteverband – Naturheilverfahren – e.V.
Dr. med. Dr. h.c. Ute Boeddrich
Frankfurter Straße 64
65428 Rüsselsheim

Rösler: Dann will mich keiner mehr als Gesundheitsminister haben... *Siegmond Kalinski*



Als Andrea Fischer 1998 in der rot-grünen Koalition Gesundheitsministerin wurde, fühlte sie sich wie „in ein Haifischbecken geworfen“. Die meisten Kritiken damals kamen von den Medizinerinnen, die ihr mangelnde Kenntnisse im Gesundheitswesen vorwarfen. Etwas ähnliches erlebt jetzt der junge Gesundheitsminister Philipp Rösler, der seit einiger Zeit schon unter Dauerbeschuss steht. Diesmal greifen ihn weniger die Ärzte an, ist er doch selbst vom Fach, als die Politiker. Und zwar nicht nur die aus der Opposition, sondern – schlimmer noch – ganz besonders die aus der eigenen Regierungskoalition. Vor allem tut sich da Horst Seehofer hervor, anno dazumal selbst Gesundheitsminister, was aber schon so lange her ist, dass er sich ganz offenbar nicht mehr daran erinnert, dass er nichts von dem gehalten hat, was er vollmundig versprach.

Horst Seehofer ist kein Franz Josef Strauß

Seehofer und sein bayerischer Gesundheitsminister Söder schießen derzeit aus allen Rohren gegen die „Kopfpauschale“, die Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler „Gesundheitsprämie“ nennt und die im Grunde genommen Basis seiner zukünftigen Gesundheitsreform sein soll. In Bayern aber scheint man von Zeit zu Zeit unter Gedächtnisschwund zu leiden. Diese Prämie, wie auch immer man sie nun mal nennen will, ist im Koalitionsvertrag ausdrücklich festgelegt und seitens der Kritiker auch unterschrieben worden. „Pacta sunt servanda“, hatte schon Franz Josef Strauß gesagt; haben die Bayern wirklich ein so schlechtes Gedächtnis?

Rösler nicht mehr unter den Top-Ten

In solcher Atmosphäre wundert es nicht, dass Philipp Röslers Popularität, die anfangs

recht groß war, inzwischen erheblich nachgelassen hat: Aus der Liste der bekanntesten Politiker hat man ihn bereits gestrichen. Zur Freude der Opposition – die jedoch wohl verfrüht ist. Rösler weiß, dass er sich im Gesundheitswesen auf einem sehr heißen Terrain bewegt, auf dem man sich nicht nur die Finger verbrennen kann. Er ist die Sache daher langsam angegangen. Erst hat er sich in sein Ressort einarbeiten, sich sein Team zusammenstellen wollen; und inzwischen kann er sich auch auf zwei gute Fachleute stützen. Ulrich Orlowski ist ein ausgesprochener Fachmann und auch ein „alter Bekannter“, der vorher schon jahrelang Unterabteilungsleiter im Gesundheitsministerium und zuständig für alle Fragen der Krankenkassen, Kassenärzte, Arzneimittelversorgung und Aufsicht war. Rösler holte ferner Christian Weber, den ehemaligen Direktor des Privaten Krankenversicherungsverbandes, zu sich ins Ministerium, der die Abteilung für Grundsatzfragen leiten soll. Zwar wurde die Berufung eines „Lobbyisten“ der privaten Krankenversicherungen von der Opposition äußerst scharf beanstandet, was jedoch unberechtigt ist. Denn Christian Weber ist stets – von der „anderen Seite“ im Übrigen auch – als ausgesprochener Kenner der Materie anerkannt worden, wobei, so ganz nebenbei, auch Ulla Schmidt vor acht Jahren ihren „starken Mann“ Franz Knieps vom AOK-Bundesverband zu sich geholt hat.

Die Gesundheitsreform wird doch endlich angepackt

Jeder Neuling braucht zunächst einmal eine gewisse Zeit, um all die verschiedenen Vorstellungen und Vorschläge zu sondieren. Philipp Rösler wurde das von vielen als Untätigkeit angekreidet. Allerdings: Schon Mitte Januar wurde die Regierungskommission zur Gesundheitsreform einberufen, der neben Rösler sieben weitere Minister angehören und in der, als so genannte „ständige Gäste“, die parlamentarischen gesundheits-

politischen Sprecher der Regierungsparteien vertreten sind. Anders als zunächst geplant, sitzen allerdings keine Wissenschaftler in der Kommission, sollen je nach Bedarf aber als Sachverständige zu Beratungen hinzugezogen werden. Die Kommission hat sich in der zweiten Februarhälfte zum ersten Mal zusammengesetzt, in der zweiten Märzhälfte will der Minister seinen Vorschlag zur Gesundheitsreform vorstellen, und im Mai soll bereits ausführlich darüber beraten werden. So ganz kann man Philipp Rösler also Untätigkeit nicht vorwerfen.

Rösler wirft viel in die Waagschale

In einer Abendsendung der ARD am 1. Februar 2010 hat der Gesundheitsminister, für viele ein bisschen überraschend, seine Überzeugung geäußert, dass er sicher sei, seine Pläne durchzusetzen – und bekräftigte das mit dem markanten Satz: „Wenn es mir nicht gelingt, ein vernünftiges Gesundheitssystem auf den Weg zu bringen, dann will mich keiner mehr als Gesundheitsminister haben...“

Das sieht Rösler wahrscheinlich durchaus realistisch. Denn nichts taugende Gesundheitssysteme haben wir in der Vergangenheit schon zur Genüge gehabt. Möglicherweise hat er mit seiner Äußerung aber wirklich ein formidables Eigentor geschossen, wie viele Kommentatoren glauben. Zumindest hat er sich selbst mächtig unter Druck gesetzt.

P.S.: Vor einem Monat ist an dieser Stelle über eine Umfrage der KV Rheinland-Pfalz zur Kostenerstattung berichtet und versprochen worden, das Ergebnis möglichst bald mitzuteilen. Von etwa 7.000 Angesprochenen haben 3.100 geantwortet. Von ihnen haben sich 2.451 für die Kostenerstattung ausgesprochen, nur 683 waren dagegen. Der KV-Vorsitzende Dr. Günter Gerhardt kommentierte es mit den Worten: „Das Ergebnis ist für uns ein Signal.“

Genießen mit dem Billigflieger

Klaus Britting

„Sag mal, Schmelzles fliegen übers Wochenende nach Madrid. Nur übers Wochenende!“, ruft mir meine Frau zu, als sie vom Einkaufen heimkommt. „Ganz schön teuer für die paar Stunden“, erwidere ich. „Sie nehmen diese Billigflüge. Wenn man Freitagabend startet und erst Sonntagnacht zurück fliegt, hat man auch was davon!“, fügt meine Frau hinzu. Ich sage nichts, denn ich hasse solche Hetzjagden. Meine Frau lässt nicht locker: „Du kannst doch nachher mal ins Internet gehen, ich schau gleich mit rein.“ „Lass mal, ich werde erst Herrn Bär fragen, der macht doch ständig diese Billigflüge, der kann mir bestimmt was sagen“, antworte ich.

Herr Bär gibt mir bereitwillig Auskunft: „Der letzte Flug ging nach Teneriffa. Nur 99 Euro, ein echtes Schnäppchen“, grinst er. „Und war er in Ordnung?“, frage ich. „Ja sicher, kein Problem. Die Ankunft hatte sich etwas verschoben, weil wir noch mal zwischenlanden mussten. Und nachdem der Abflug zweieinhalb Stunden später begann, kamen wir natürlich erst um 4 Uhr früh an. Weil wir nicht ins Hotel konnten, haben wir am Flughafen drei Stunden verbracht. War ganz lustig mit der Seniorita an der Bar! Na ja, meine Frau hat inzwischen beim Gepäck gewacht und mir dann ins Taxi geholfen. Ich konnte nach dem Sangria kaum noch stehen!“ Bär grinst. „Und der Rückflug?“, frage ich. „Bis auf das Essen alles okay!“ „Was war mit dem Essen?“, frage ich. „Ich habe die Hälfte des Fluges im Klo verbracht...“, grimast Bär, „aber beim nächsten Mal nehmen wir eine kräftige Brotzeit im Rucksack mit!“

Zögernd rufe ich Frau Kirsch an, auch eine Nachbarin. „Ein Riesenspaß“, sagt sie und lässt mich gar nicht zu Wort kommen. „Müssen Sie unbedingt auch machen. Ist was für Genießer! Ich flieg ja immer mit

meiner besten Freundin, seitdem mein Mann, na Sie wissen ja ... Wir machen immer Städteflüge: London, Paris, Lissabon usw. Am tollsten war der Flug nach Kiew!“ „Warum?“, frage ich. „Da war ein so sympathischer Steward. Leider konnte ich ihn nur aus der Ferne sehen, weil der Gang belegt war. Die hatten fünf Leute mehr aufgenommen als Sitzplätze vorhanden waren. Und die fünf haben dann im Flur ein Ballspiel veranstaltet, an dem fast alle Passagiere teilnahmen. Als das Essen kam, mussten sie leider aufhören. War aber nett, dass sie die Teller dann an die Passagiere weiterreichten, denn die Stewards kamen ja nicht mehr durch. Aber dieser eine Steward, so ein schneidiger...“ „Oh, meine Frau ruft nach mir!“, lüge ich schnell und verabschiede mich.

Als ich nachmittags mit dem Hund spazieren gehe, begegne ich Herrn Wiese und frage ihn gleich: „Sagen Sie mal, Sie fliegen doch öfter mit solchen Billigfliegern. Was haben Sie denn für Erfahrungen?“ „Eigentlich ganz gute. Man muss sich nur gezielt vorbereiten.“ „Vorbereiten, wofür?“, frage ich. „Fluggymnastik zum Beispiel.“ „Was?“, staune ich. „Ja, die Sitzreihen sind sehr eng. Meine Frau hatte die Beine so

stark angewinkelt, dass sie bei der Ankunft nicht mehr hochkam. Aber der Notarztwagen war schnell da, guter Service! Ich bin dann über Nacht mit ihr im Krankenhaus geblieben.“ „Hm, und sonst?“, frage ich. „Und frühzeitig buchen“, sagt Wiese. Beim vorletzten Flug nach La Palma bekamen wir nur einen billigen Rückflug, mussten beim Hinflug vier Tage in Agadir in einem Privatquartier übernachten, weil kein Billigflieger frei war. Ich kann jetzt kein Hammelfleisch mehr riechen! Dann ging's erst über Tel Aviv nach La Palma.“

Ich fahre zum Flughafen, um mich an Ort und Stelle zu erkundigen. Während ich im Gewirr der Fluglinien und Reiseveranstalter in der Flughalle stehe, geht eine Flug-Crew an mir vorbei. Wortfetzen fliegen an mein Ohr: „... die Passagiere werden immer unverschämter. Stell dir vor, bei dem Flug für nur 49 Euro nach Rom wollten die Leute tatsächlich Sitzplätze und Essen haben!“

Anschrift des Verfassers

Klaus Britting

24866 Busdorf

(Anschrift ist der Redaktion bekannt)

Goldenes Doktordiplom

Auch im Jubiläumsjahr der Charité möchten wir die Tradition fortführen und unsere Alumni, die vor 50 Jahren an der Charité promoviert haben, mit der Vergabe einer „Goldenen Doktorurkunde“ im Rahmen eines großen Festaktes im Konzerthaus am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte würdigen. Sollten Sie vor etwa 50 Jahren in Berlin promoviert haben oder jemanden kennen, für den das zutrifft, melden Sie sich doch bitte im Promotionsbüro der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Fon 030 450576018/016.

Bitte richten Sie Ihre Rückmeldungen an folgende Adresse:

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Promotionsbüro

Frau Manuela Hirche

Hindenburgdamm 30, 12203 Berlin

manuela.hirche@charite.de

Traumaversorgung und Luftrettung. Zwei Systeme arbeiten Hand in Hand.

(Hessisches Ärzteblatt 1/2010, Seite 27)

Mit großem Interesse haben wir o.g. Artikel von Schweigkofler et al. über die Luftrettung in Hessen, das im Wandel begriffene Einsatzspektrum der Rettungshubschrauber und insbesondere deren Einbindung in die Traumanetzwerke der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) gelesen. Anmerken möchten wir jedoch, dass die notärztliche Besetzung

des Sekundärhubschraubers Christoph Hessen nicht – wie im Artikel dargestellt – ausschließlich freiberuflich erfolgt. Vielmehr stellt die Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie am Universitätsklinikum Frankfurt am Main seit vielen Jahren ebenfalls Notärzte für den Christoph Hessen ab. Gegenwärtig werden sieben Fachärztinnen und Fachärzte unse-

rer Klinik regelmäßig im Rahmen ihrer Dienstaufgabe als Notärzte/-innen auf diesem Rettungsmittel eingesetzt.

*Christian Byhahn, Kai Zacharowski
Klinik für Anästhesiologie
Intensivmedizin und Schmerztherapie
Klinikum der J.W. Goethe-Universität
Frankfurt am Main*

Kommentar

Es tut uns leid, dass wir die Kollegen der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie des Klinikums der J.W. Goethe-Universität unter der Rubrik „Freelancer“ subsumierten. Wir wollten damit in keiner Weise das Engagement und die qualitativ hochwertige Arbeit die-

ser Klinik unterschlagen. Als Klinik stellt die Anästhesiologie des J.W. Goethe-Klinikums den zahlenmäßig größten Anteil an nicht freiberuflich tätigen Notärzten auf dem ITH Christoph Hessen. Dieser Fakt ist schlicht und einfach dem „Platzangebot“ in der Tabelle zum Opfer gefallen. Das Er-

scheinungsbild und auch die hohe Qualität der Luftrettung in Hessen profitiert nicht zuletzt auch von der interdisziplinären Besetzung und dem Dialog zwischen den Notärzten der einzelnen Standorte.

Für die Autoren Dr. U. Schweigkofler

Gemeinsames Symposium des Arbeitskreises Sportmedizin im Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI) und des Sportärzterverbandes Hessen e.V. in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP)

Samstag, 10. April 2010 • 10:15 – 11:45 Uhr • Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Saal 2C

Sportmedizin – für die internistische Praxis unverzichtbar

3 P

Beurteilung der körperlich-kardiorespiratorischen Belastbarkeit/Leistungsfähigkeit von Kranken, gesunden Untrainierten und Sporttreibenden Prof. Dr. med. P. E. Nowacki, Gießen

Prävention und Rehabilitation durch sportmedizinische Interventionen in der Arbeitswelt Dr. phil. Dr. sportwiss. M. Despeghe, Konstanz

Aktuelle Trends des Dopings im Leistungssport und die Spätfolgen in der internistischen Praxis PD Dr. med. Dr. Dr. Chr. Raschka, Hünfeld

Vorsitz: Professor Dr. med. Paul E. Nowacki, Gießen

Auskunft: Silvie Schmidt-Saloff, Sekretariat Sportärzterverband Hessen e.V., Fon: 069 4071-414, Fax: 069 4071-415
E-Mail: sportmedizin.hessen@t-online.de

Universitätsprofessor (emer.) Dr. med. Friedhelm Heß

* 29.10.1924 † 31.12.2009

Am 31. Dezember 2009 verstarb Professor Dr. med. Friedhelm Heß im Alter von 85 Jahren in Marburg/Lahn. Länger als ein Vierteljahrhundert hat der emeritierte ordentliche Universitätsprofessor Dr. med. Friedhelm Heß in Marburg an der Lahn gelehrt und geforscht. Besondere Verdienste erwarb sich der langjährige Leiter der Universitäts-Strahlenklinik und geschäftsführende Direktor des Medizinischen Zentrums für Radiologie im Kampf gegen den Krebs. Das von ihm Mitte der siebziger Jahre als erste Einrichtung dieser Art hierzulande ins Leben gerufene Tumorzentrum Marburg/Gießen hat die Zusammenarbeit der medizinischen Fachdisziplinen entscheidend gefördert und dadurch die Behandlung der Patienten optimiert. Durch das Tumorzentrum wurden die Kontakte zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten der Region gepflegt, Beratungszentren aufgebaut und nicht zuletzt die Tumornachsorge aktiviert.

Mit beispielhaftem Engagement hat sich Professor Heß, gemeinsam mit seiner Ehefrau Irmgard, der Rehabilitation von Tumorkranken verschrieben. Dank beider Initiative wurden in Marburg zahlreiche Selbsthilfe-, Kontakt- und Neigungsgruppen ins Leben gerufen, in denen betroffene Patienten mit andersartig Erkrankten Abstand vom eigenen Schicksal gewinnen und wieder ein aktives Leben führen konnten – u.a. Tanzgruppen, Bastelgruppen, Wassergymnastikgruppen und Fremdsprachengruppen. Heß plädierte stets vehement für die berufliche Wiedereingliederung behandelter Patienten, da eine vorzeitige Berentung dem Betroffenen letztlich suggeriere, dass seine Krankheit unheilbar sei.

Friedhelm Heß entstammte einer Arzt- und Pfarrersfamilie und wurde in Duisburg geboren. Nach dem Medizinstudium in Bonn, Marburg und Düsseldorf legte er

1951 das Staatsexamen ab und promovierte. Danach erfolgte die Weiterbildung in den Fächern Chirurgie, Gynäkologie, Innere Medizin und Neurologie, schließlich die Facharztausbildung in Röntgendiagnostik und Strahlentherapie. 1955 wurde er Mitarbeiter der Klinik für Strahlentherapie und Röntgendiagnostik in Marburg, 1960 Oberarzt. Im Januar 1961 habilitierte er und wurde sechs Jahre später zum apl. Professor ernannt. Im Oktober 1969 erfolgten die Berufung auf den Marburger Lehrstuhl für Strahlentherapie und Röntgendiagnostik und die Übernahme der Klinikleitung als Nachfolger von Professor Rene du Mesnil de Rochemont. In der Forschung beschäftigte sich Professor Heß vor allem mit Themen des Mammakarzinoms, des Bronchialkarzinoms und der Tumoren der Haut, mit der Strahlentherapie gutartiger Erkrankungen und der Krebsserologie. Er verfasste 124 wissenschaftliche Veröffentlichungen und Vorträge, eine Monographie und fünf größere Buchbeiträge. 95 Inauguraldissertationen wurden von ihm betreut sowie mehrere Habilitationen. Seit 1971 arbeitete er als Fachredakteur am „Deutschen Ärzteblatt“ mit.

1972/73 war Heß Vorsitzender der Hessischen Krebsgesellschaft, für die er einen Kongress in Bad Nauheim ausrichtete. 1974 übernahm er die Organisation und Leitung eines Kongresses in Marburg für die Hessische und Südwestdeutsche Röntgengesellschaft und 1975 die Leitung der Strahlenschutzkurse für die Landesärztekammer im Bereich Nordhessen. 1976 entstand unter seiner Leitung das Tumorzentrum Marburg/Gießen mit angeschlossener ambulanter Hospizarbeit. Mehrere Jahre wirkte er aktiv im Konvent der Philipps-Universität und im Fachbereichsrat des Fachbereichs Humanmedizin mit. Ein volles Jahrzehnt lang leitete er die Baukommission

des Fachbereichs für das 1984 eröffnete neue Klinikum auf den Lahnbergen.

Professor Heß hat zahlreiche Kolleginnen und Kollegen zu Fachärzten weitergebildet. Mehrere seiner Schüler haben leitende Positionen erreicht. Als Hochschullehrer wurde er von den Studierenden der Medizin stets geschätzt und geachtet. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik war er nicht nur langjähriger Direktor, sondern auch ein angesehener akademischer Lehrer und Forscher, guter Zuhörer und Ratgeber, dem alle viel zu verdanken haben. Bei seiner klinischen Tätigkeit leiteten ihn sowohl fachliche Kompetenz als auch Menschlichkeit gegenüber Patienten und Mitarbeitern.

„Entscheidend für die Mitarbeit des Kranken ist seine Hoffnung auf die Zukunft. Sie darf nicht zerstört werden“, formulierte Heß vor fast zwei Jahrzehnten: „Die Grundlage für das Selbstvertrauen und ein neues Lebensgefühl des Patienten bildet die Gesprächsbereitschaft der Ärzte, der Sozialarbeiter, der Seelsorger, der Familienangehörigen, der Freunde und Bekannten“ – ein Appell, der unverändert Gültigkeit besitzt.

Friedhelm Heß liebte Kunst-, Literatur- und Musikkreisen mit guten Freunden sowie Reisen mit seiner Ehefrau in fremde Länder. Besondere Freude bereiteten ihm klassische Musik und Literatur sowie Wasser- und Golfsport. Auch im Ruhestand war er bemüht die Bindungen zu Kollegen und ehemaligen Mitarbeitern aufrecht zu erhalten. Wir werden ihn alle in dankbarer Erinnerung behalten.



Professor Dr. med. Rüdiger Pfab,
Marburg

Professor Dr. med. Bernhard Kornhuber †



Professor Dr. med. Bernhard Kornhuber wurde am 26. Dezember 1931 in Insterburg/Ostpreußen geboren. Von 1951 bis 1956 studierte er an den Universitäten von Erlangen und Düsseldorf Medi-

zin und promovierte 1957. Im gleichen Jahr begann er an der Universitäts-Kinderklinik Erlangen seine vierjährige Arbeit als Assistent für Pathologie, Chirurgie und Innere Medizin bis zu seiner Weiterbildung zum Kinderarzt 1960. 1965 war er entscheidend beteiligt an der Gründung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Leukämie-Forschung und -Behandlung im Kindesalter (DAL). Darüber hinaus galt seine Aufmerksamkeit dem Aufbau einer Behandlungseinheit für blut- und krebserkrankte Kinder an der Universitäts-Kinderklinik der J. W. von Goethe-Universität Frankfurt am Main. 1969 erlangte er die Habilitation; einer Arbeit zum Thema: „Immunologische Befunde bei akuten Leukosen im Kindesalter“. 1972 folgte seine Ernennung zum Professor und Leiter der Abteilung für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie in Frankfurt am Main. In seiner Zeit als Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Kinderheilkunde und Jugendmedizin gelang es ihm, eine der ersten selbstständigen Abteilungen für blut- und krebserkrankte Kinder einzurichten, die sich in den folgenden Jahren zu einem der größten Zentren in der Bundesrepublik Deutschland entwickelte. 1973 war er Mitbegründer der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie (GPO) und bis 1980 deren Vorsitzender. In Würdigung seiner Verdienste als Arzt und Wissenschaftler um die Pädiatrische Onkologie in Deutschland wurde Bernhard Kornhuber im Jahre 2001 zum Ehrenmitglied der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) ernannt. Als Mitbegründer und langjähriger Vorsitzender hat er in besonderem Maße zum internationalen Ansehen der Fachgesellschaft beigetragen und war durch seine

Tätigkeit in den Vorständen nationaler und internationaler Krebsgesellschaften ein hervorragender Botschafter für die Anliegen der Pädiatrischen Onkologie. Für seine gemeinsame Arbeit mit Professor Dr. P. Chandra „Molekularbiologische Untersuchungen zur Virusätiologie eines präleukämischen Syndroms im Kindesalter (Osteomyelofibrose)“ wurde ihm 1978 der Wissenschaftspreis der Kind-Philipp-Stiftung verliehen. 1979 wurde Bernhard Kornhuber als Berater für das „Gesamtprogramm zur Krebsbekämpfung“ der Bundesregierung berufen. Von 1980 bis 1986 fungierte er als Vorsitzender des Tumorzentrums Rhein-Main. In diesen Jahren war er Mitbegründer und Vorsitzender der Hessischen Krebsgesellschaft sowie Mitbegründer der „Kinderhilfestiftung e.V.“ und des Vereins „Hilfe für krebserkrankte Kinder Frankfurt e.V.“. In zahlreichen Gesellschaften arbeitete Bernhard Kornhuber als Mitglied oder Vorstandmitglied, z.B. in der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, der Deutschen Krebsgesellschaft, der GPOH und der Europäischen Krebsgesellschaft (EORTC). Von 1986 bis 1992 war er Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft. Bernhard Kornhuber war an der Organisation und Durchführung vieler nationaler und internationaler Kongresse beteiligt, u.a. in den GUS-Staaten. Für seinen Einsatz und seine Leistungen wurde ihm 1992 die Ehrenplakette der Stadt Frankfurt sowie 1992 die Dr. Richard Hammer Medaille der Landesärztekammer Hessen und die Dr. Bernhard Christoph Faust Medaille des Hessischen Ministeriums verliehen. Die Universität Woronesch ernannte ihn 1997 zum Ehrendoktor und die Universität Chabarovsk zum Ehrenprofessor. Das Kinderkrebszentrum in Chabarovsk wurde zu seinen Ehren nach ihm benannt. Auf Bernhard Kornhuber und sein Leben als Arzt, Lehrer und Forscher passen die Worte des spanischen Dichters Antonio Machado: „caminante, no hay camino, se hace camino al andar“ („Wanderer, es gibt keinen Weg, Deine Schritte machen den Weg“). Dieser Maxime ist Professor Kornhuber immer ge-

folgt und hat sie stets in seinem Herzen getragen.

Als Professor Kornhuber als junger Arzt in den Sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts begonnen hat, gab es noch kaum einen Weg, Kinder mit Krebserkrankungen zu heilen. Die „Schritte“ von Professor Kornhuber haben neue Wege geformt, mit großen Schritten hat er den Siegeszug der erfolgreichen Behandlung krebserkrankter Kinder mitgestaltet.

Als leidenschaftlichen Arzt und Lehrer, geliebt von den kleinen Patienten und deren Eltern hat er täglich die krebserkrankten Kinder auf seiner Station besucht und ihnen mit großem Einfühlungsvermögen Mut und Hoffnung zugeredet – Hoffnung dass die quälende Therapie Sinn macht. Das Handeln von Professor Kornhuber war von großer Menschlichkeit und sozialer Gerechtigkeit geprägt. Professor Kornhuber war eine charismatische Persönlichkeit, ausgestattet mit Pioniergeist, schier grenzenloser Arbeitskraft und einem unbändigen Willen, seine Ideen im Interesse der Kinder umzusetzen.

Professor Kornhuber hat die Zusammenarbeit mit Kollegen im In- und Ausland sehr gepflegt und sein Wissen mit ihnen geteilt und Strukturen für wissenschaftliche Zusammenarbeit geschaffen. Er unterstützte maßgeblich den Aufbau der Krebskliniken in Ländern der ehemaligen Sowjetunion. Er war für viele junge Kollegen ein wichtiger Ratgeber und Vorbild. Professor Kornhubers Schaffen hat tiefe Spuren hinterlassen, die auch nach seinem Tode nicht verblasen werden.

Wir werden Professor Bernhard Kornhuber in großer Dankbarkeit im Gedächtnis behalten.

*Professor Dr. med. Thomas Klingebiel
Vorsitzender der GPOH und Direktor
Päd. Hämatologie, Onkologie und
Hämostaseologie
Universitätsklinikum Frankfurt*

*Professor Dr. med. Karl Welte
Schüler, Wegbegleiter und Direktor
Abt. Molekulare Hämatopoese
Med. Hochschule Hannover*

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med./Univ. Cluj Ovidiu Alexiu, Bad Wildungen
* 15.2.1923 † 6.5.2009

Dr. med. Hannelore Argentor-Keller, Wiesbaden
* 30.3.1923 † 13.12.2009

Ltd. Medizinaldirektor i.R. Dr. med. Harald Aulepp, Bad Nauheim
* 29.1.1940 † 29.12.2009

Kiril Christov-Christ, Alsfeld
* 11.8.1951 † 1.1.2010

Reinhard Dorn, Edertal
* 3.6.1948 † 13.11.2009

Dr. med. Christoph Girshausen, Kassel
* 22.3.1952 † 24.12.2009

Medizinaldirektor i.R. Dr. med. Rudolf Hartmann, Kassel
* 5.3.1920 † 16.3.2008

Dr. med. Joachim Hassemer, Wiesbaden
* 5.11.1908 † 29.12.2009

Professor Dr. med. Friedhelm Heß, Marburg
* 29.10.1924 † 31.12.2009

Cornelie Kallenberg, Frankfurt
* 14.3.1957 † 3.12.2009

Professor Dr. med. Bernhard Kornhuber, Dreieich
* 26.12.1931 † 8.11.2009

Professor Dr. med. Dr. h. c. mult. Hanns-Gotthard Lasch, Gießen
* 29.9.1925 † 19.12.2009

Dr. med. Peter Loch, Idstein
* 25.4.1920 † 30.11.2005

Dr. med. Harald Mildner, Berkatal
* 28.9.1924 † 18.11.2009

Horst-Guenther Mütz, Frankfurt
* 23.8.1934 † 1.12.2009

Dr. med. Beatrix Cornelia Charlotte Neubauer, Marburg
* 17.4.1958 † 16.1.2010

Dr. med. Annerose Orlowske-Bischay, Frankfurt
* 10.12.1936 † 4.1.2010

Medizinaldirektor i.R. Dr. med. Karlheinz Rockstroh, Eltville
* 24.4.1923 † 20.12.2009

Dr. med. Brigitte Soeder, Darmstadt
* 4.9.1925 † 16.12.2009

Dr. med. Gerda Steinbrück, Kronberg
* 15.12.1911 † 18.1.2010

Dr. med. Raimund Timmler, Rimbach
* 11.3.1929 † 7.9.2009

Dr. med. Wolfgang Tutschek, Frankfurt
* 18.12.1942 † 1.12.2009

Professor Dr. med. habil. Karl-Heinz Wagner, Gießen
* 26.2.1911 † 17.6.2007

Dr. med. Curt Weichel, Fulda
* 12.6.1912 † 6.12.2009

Dr. med. Annette Zehrl, Offenbach
* 12.8.1958 † 19.11.2009

Dr. med. Anna Eleonore Zydek, Bad Nauheim
* 27.4.1930 † 7.10.2008

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis Nr. HS-F-14687, ausgestellt am 12.12.2007, für Dr. med. Claude Faubert, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060010803, ausgestellt am 13.1.2009, für Dr. med. Franz-Anselm Graf von Ingelheim, Geisenheim,

Arztausweis Nr. HS-F-11922, ausgestellt am 27.2.2004, für Dr. med. Katrin de Haas-Preissner, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS-F-13149, ausgestellt am 25.11.2005, für Professor Dr. med. Christian Jackisch, Dreieich,

Arztausweis Nr. 060010898, ausgestellt am 15.1.2009, für Dr. med. Rainer Kittel, Marburg,

Arztausweis (ohne weitere Angaben) für Dr. med. Christian Klepzig, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS-G-7823, ausgestellt am 9.5.2008, für Doris Barbara Kopp, Gießen,

Arztausweis Nr. HS/K 9363, ausgestellt am 20.6.2006, für Gerald von Nasse, Kassel,

Arztausweis Nr. HS-F-11791, ausgestellt am 7.1.2004, für Dr. med. Sabine Mousset, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/K 9323, ausgestellt am 11.4.2006, für Irina Root, Kassel,

Arztausweis Nr. HS-W-1015/2008, ausgestellt am 10.3.2008, für Dr. med. Walter Paulus, Wiesbaden,

Arztausweis Nr. HS-F-9857, ausgestellt am 22.12.2000, für Dr. med. Clemens Stoffregen, Mainz,

Arztausweis Nr. HS-F-14318, ausgestellt am 26.6.2007, für Dr. med. Karin Take, Frankfurt.

Delegierte zum 113. Deutschen Ärztetag vom 11. – 14. Mai 2010 in Dresden

- Liste 1 **Fachärzte Hessen**
Dr. med. Klaus König, Eschborn
Professor Dr. med. Alexandra Henneberg, Echzell
Frank-Rüdiger Zimmeck, Limburg
Dr. med. Peter Zürner, Göttingen
- Liste 3 **Fachärzte 60+**
Dr. med. Alfred Möhrle, Frankfurt
- Liste 5 **Ältere Ärzte**
Dr. med. Norbert Löschhorn, Seeheim-Jugenheim
- Liste 7 **Marburger Bund**
Dr. med. Günther Golla, Darmstadt
Dr. med. Matthias Moreth, Eschborn
Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak, Frankenberg
PD Dr. med. Andreas Scholz, Gießen
Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph, Kassel
- Liste 8 **Die Hausärzte**
Dr. med. Dieter Conrad, Neuental
Michael Thomas Knoll, Lich
Dr. med. Detlev Steininger, Darmstadt
Dr. med. Egbert Reichwein, Villmar
- Liste 9 **ÄrztINNEN Hessen**
Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke, Frankfurt
Dr. med. Brigitte Hentschel-Weiß, Groß-Gerau
- Liste 10 **Demokratische Ärztinnen und Ärzte**
Barbara Mühlfeld, Frankfurt

Berichtigung der Bekanntmachung der Fortbildungsprüfungsordnung der Landesärztekammer Hessen für die Durchführung von Fortbildungsprüfungen zum Fachwirt/zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung

In der Bekanntmachung (Januar-Heft 2010, Seite 47-54) der Fortbildungsprüfungsordnung der Landesärztekammer Hessen für die Durchführung von Fortbildungsprüfungen zum Fachwirt/zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung vom 9. Dezember 2009 fehlte der Hinweis auf das Genehmigungsschreiben des Hessischen Ministeriums. Dies ist wie folgt zu berichtigen:

Im Anschluss an § 34 In-Kraft-Treten wird der Satz „Das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit hat mit Schreiben vom 7. Dezember 2009, Az. – V 1 18b 2120 –, die Genehmigung erteilt.“ eingefügt.

Frankfurt, den 3. Februar 2010



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident der Landesärztekammer Hessen

Einladung zur 5. Ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 14. Legislaturperiode 2008 – 2013

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur 5. Ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Legislaturperiode 2008 – 2013 lade ich Sie für

Sonnabend, den 27. März 2010, 10.00 Uhr s.t.,

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

Tagesordnung

1. **Begrüßung**
2. **Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung**
3. **Genehmigung des Beschlussprotokolls der 4. Ordentlichen Delegiertenversammlung vom 28. November 2009**
4. **Bericht des Präsidenten**
 - a) Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
 - b) Nicht behandelte Anträge zu TOP 4 c) der Delegiertenversammlung vom 28. November 2009
5. **Versorgungswerk**
Änderung der Satzung und Versorgungsordnung
6. **Aufwandsentschädigung für Mandatsträger**
7. **Statusbericht (Muster-)Berufsordnung – Zweistufiges Normsetzungsverfahren –**
8. **Statusbericht (Muster-)Weiterbildungsordnung**
9. **Änderung der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen**
10. **Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen**
11. **Änderung der Satzung der Ethik-Kommission**
12. **Änderung der Kostensatzung der LÄKH**
13. **Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung**
– Bericht des Vorsitzenden der Akademie
14. **Ausbildungswesen Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte**
 - a) Änderung der Fortbildungsprüfungsordnung „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“
 - b) Novellierung der Prüfungsordnung für den Lehrgang „Kenntnisse im Strahlenschutz gem. § 24 Nr. 4 RöV“
15. **Verschiedenes**

Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten.

Frankfurt am Main, den 3. Februar 2010

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



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

Praktikanten in Arztpraxen

(Schülerbetriebspraktika der allgemeinbildenden Schulen sowie Praktika innerhalb der zweijährigen Berufsfachschule und der Fachoberschule Gesundheit in Arztpraxen)

Ein Informationsblatt für Ärzte

Die Landesärztekammer Hessen hatte sich in der Vergangenheit grundsätzlich gegen die Durchführung von Schülerpraktika in Arztpraxen ausgesprochen. Hinsichtlich der Schwierigkeiten bei der Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht, zum Schutze der Intimsphäre des Patienten und wegen der eingeschränkten Beschäftigungsmöglichkeit von Schülerpraktikanten wollten wir den niedergelassenen Ärzten bislang nicht empfehlen, ihre Arztpraxis als Praktikumbetrieb zur Verfügung zu stellen.

Nachdem uns im Zusammenhang mit den Werbeaktionen für den Ausbildungsberuf Medizinische Fachangestellte zahlreiche Zuschriften von Ärzten und Schulen erreichten, die ein Schülerbetriebspraktikum in Arztpraxen befürworteten, hat sich das Präsidium entschlossen, seine ablehnende Haltung aufzugeben. Die rechtliche Stellungnahme des Hessischen Sozialministeriums hat uns nachträglich unterstützt. Vom Hessischen Kultusministerium wird die Öffnung von Arztpraxen für Schülerpraktikanten begrüßt. Betriebspraktika leisten immer auch einen Beitrag zu einer gut vorbereiteten und begründeten Berufswahl. Im Folgenden wollen wir einen kurzen Überblick über Praktika für Schüler geben und auf die dabei in einer Arztpraxis zu beachtenden Verordnungen und Vorschriften sowie auf mögliche Probleme hinweisen.

Grundlage für die Durchführung der Betriebspraktika für Schüler ist der Erlass des Hessischen Kultusministeriums vom 1. Februar 2005 (www.hessisches-kultusministerium.de). Betriebspraktika sind Unterrichtsveranstaltungen und können von allgemeinbildenden Schulen vom 8. Schuljahr an durchgeführt werden, insbesondere in der Jahrgangsstufe 11 können sie in Zusammenhang mit verschiedenen Fächern/Lernbereichen wie z.B. Arbeitslehre, Sozialkunde durchgeführt werden. Unterrichtsort ist der Betrieb. In seinen technischen, ökonomischen, ökologischen und sozialen Gegebenheiten und Bedingungen vermittelt er dem Schüler Begegnungen und Erfahrungen mit dem Arbeitsprozess. Betriebspraktika dauern i.d.R. zwei bis drei, höchstens vier Wochen.

Die Betriebspraktika begründen weder ein Ausbildungs- noch ein Beschäftigungsverhältnis. Die Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes sind aber entsprechend anzuwenden, weil es einem Berufsausbildungsverhältnis ähnelt. Die Zahlung eines Entgelts an die Schüler ist nicht zulässig. Alle Schüler sind gemäß SGB VII gegen Arbeitsunfälle versichert. Desgleichen sind die Schüler gegen Ansprüche aus der gesetzlichen Haftpflicht versichert. Im Rahmen der Vorbereitung der Schüler sind diese über mögliche Unfallgefahren zu unterrichten und zu sicherheitsbewusstem Verhalten anzuhalten. Wenn das Praktikum innerhalb der letzten neun Monate vor Aufnahme einer Beschäftigung durchgeführt wird, kann die Untersuchung mit der Erstuntersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz verbunden werden, sofern der Schüler das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Die in der zweijährigen Berufsfachschule erforderlichen Praktika dauern insgesamt 160 Stunden.

In der zweijährigen Fachoberschule, Fachrichtung Gesundheit, ist während des ersten Ausbildungsjahres an drei Tagen pro Woche ein Praktikum zu absolvieren.

Folgende Maßnahmen des Gesundheitsschutzes sind zu beachten:

1. Die Schüler müssen zu Beginn des Praktikums von der Schule und dem Betrieb in für sie verständlicher Weise über die Unfallverhütungsvorschriften einschließlich Hygiene, sowie über die Unfall- und Gesundheitsgefahren, denen sie während des Praktikums ausgesetzt sein können, belehrt werden. Hier trifft auch die BGR-TRB 250 „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“ zu, wonach in bestimmten Fällen ein Antikörperschutz vorhanden sein muss bzw. eine Impfung durchgeführt werden soll.

Es wird dringend empfohlen, bei Schülerpraktikanten den Impf- und Immun-Status gegen verschiedene Infektionskrankheiten zu überprüfen, um zu gewährleisten, dass einerseits vom Praktikanten keine Infektionskrankheiten auf die Patienten übertragen werden, andererseits aber die Praktikanten durch sie nicht gefährdet sind.

Nachfolgend geben wir Ihnen eine **Impfempfehlung**:

Ausreichender Schutz i.S. einer Grundimmunisierung gegen Diphtherie, Tetanus, Polio, Pertussis, Masern, Mumps, Röteln, Varizellen und Hepatitis B.

Auch sollte die zweite Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln bereits erfolgt sein, andererseits könnten andere nötige Auffrischimpfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Polio, Pertussis und Varizellen (sofern nicht bereits an Windpocken erkrankt) bis zum Beginn des Praktikums durchgeführt werden. Besteht kein Hepatitis B-Impfschutz, sollten bis zum Beginn des Praktikums zwei Impfungen durchgeführt worden sein, die dritte Impfung dann sechs Monate später; außerdem sind Impfungen gegen Meningitis C und Influenza zu empfehlen.

Die Vorlage des Impfbuches auf der Grundlage der Empfehlungen der STIKO reicht grundsätzlich aus.

2. Es muss sichergestellt sein, dass die Praktikanten keinerlei Infektionsgefahren ausgesetzt werden. Es handelt sich hier um im Gesundheitsdienst absolut unerfahrene Personen. Da diese i.d.R. nicht vorsorgeuntersucht (schulärztliche Untersuchung erfolgt nur in Einzelfällen) sind, können auch Praktikanten mit chronischen Erkrankungen (Ekzem, Allergien, Diabetes etc.) in einer Praxis einer Infektion ausgesetzt werden, die schwere gesundheitliche Schäden zur Folge haben können. Hier spielen z.B. Viruserkrankungen wie Hepatitis A und B, Cytomegalie- und Epstein-Barr-Virus-Infektionen, Adeno- und Herpes-Viren eine vorrangige Rolle. Aber auch bakterielle Infektionen dürfen nicht vergessen werden (Tbc, Salmonellen u.a.). Immerhin suchen nicht gesunde Personen, sondern Kranke mit oft ungeklärter Diagnose den Arzt auf.
3. Praktikanten dürfen keinen Umgang mit Blut, Urin, Speichel u.a. Ausscheidungen haben. Ihnen dürfen keine Tätigkeit mit schneidenden und stechenden Gegenständen übertragen werden.
4. Der Betrieb muss gewährleisten, dass alle zum Schutz von Leben, Gesundheit und Sittlichkeit der Praktikanten erforderlichen Maßnahmen getroffen werden. Die Praktikanten dürfen keine Arbeiten verrichten, die ihre körperlichen Kräfte übersteigen oder bei denen sie sittlichen Gefahren ausgesetzt sind oder ihre körperliche oder geistig-seelische Entwicklung gefährdet ist.

Der Einsatz von Praktikanten könnte somit nur bei solchen niedergelassenen Ärzten erfolgen, für die obige Bedingungen nicht zutreffen. Im übrigen ist eine Beschäftigung nur im Bereich des Empfangs, in Bestrahlungsräumen (mit Ausnahme von Kontrollbereichen i.S. der Strahlenschutz- und Röntgenverordnung), Gipszimmern u.ä. und mit administrativen Tätigkeiten möglich.

Darüber hinaus sind Praktikanten in jedem Fall, insbesondere weil sie im Unterschied zu Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer/innen und Auszubildenden nicht der gesetzlichen Schweigepflicht unterliegen, besonders umfassend und eindringlich über die Verpflichtung zur Verschwiegenheit aufzuklären sowie über die Bedeutung des Patientengeheimnisses zu unterrichten. Der Praktikant muss sich verpflichten, über alles, was er in der Praxis erfährt, für die Zeit des Praktikums und danach, Stillschweigen zu

bewahren. Es empfiehlt sich, die Belehrung und die Verpflichtung schriftlich (s. Formblatt) zu fixieren.

Der Praktikant in der Arztpraxis sollte im Hinblick auf die Schweigepflicht-erklärung und wegen der erforderlichen sittlichen und geistigen Reife mindestens 14 Jahre alt sein.

Jeder Arzt sollte im Einzelfall unter Abwägung aller beteiligten Interessen selbst entscheiden, ob er einen Praktikanten in seiner Praxis zur Berufsaufnahme aufnehmen will.

Landesärztekammer Hessen

Abt. Ausbildungswesen:

Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Birgit Debus, tätig bei Dr. med. A. Friedrich und M. Glauert,
Niestetal-Heiligenrode

Makbule Birinci, tätig bei Dr. med. A. Friedrich und M. Glauert,
Niestetal-Heiligenrode

Andrea Groß, tätig bei E. Lickroth, Lützelbach-Wiebelsbach

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

Helga Dök, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. G. Diestel und
R. A. Depenbrock, Erzhausen

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

Zum **25-jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir der Arzthelferin

Heidrun Kuhnke, tätig bei Dr. med. P. Kardos, Dr. med. K. T. Gebhardt
und Dr. med. A. Iwantscheff, Frankfurt/Main

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

Ursula Reitz, seit 35 Jahren tätig bei Dr. med. A. Seidl, Mühlthal

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

Richtige Antworten

Zu den Multiple Choice-Fragen „PET/CT in der Onkologie, Kardiologie
und Neurologie“ in der Januar-Ausgabe, Seite 14

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

Der Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e.V.

Gesellschaftspolitisches Forum

veranstaltet am

Sonntag, dem 21. März 2010, 11:00 Uhr,

im Hotel MARRIOTT,

Raum Liebig 1 und 2, II. Etage,

Hamburger Allee 2-10, 60486 Frankfurt am Main

eine

**Autorenlesung
– Matinee –**

EVA DEMSKI

liest

„Gartengeschichten“

(Inselverlag 2009)

Das 'Paradies' ist in vielen Religionen ein Garten – Grund genug, ein Gartenparadies im Diesseits zu gestalten. Eva Demski geht dem Garten-Mensch-Verhältnis nach, der kulturellen, sozialen, persönlichen Bedeutung von Gärten, dem Einfluss auf Literatur und Malerei. Sie erzählt vom Scheitern ebenso wie vom Glück des Gelingens und lässt alles in ihren Garten hineinwachsen: Poesie, Sinnlichkeit, Religion, Philosophie – und auch ein wenig Misanthropie...

Eva Demski, geboren in Regensburg, lebt seit 1977 als Schriftstellerin und freie Journalistin in Frankfurt am Main

1988/89 war sie Stadtschreiberin in Bergen-Enkheim

1990 erhielt sie die Goethe-Plakette der Stadt Frankfurt und

2004 die Goethe-Plakette des Landes Hessen

2004 wurde sie zur Vorstandsvorsitzenden des
Hessischen Literaturforums gewählt

2008 wurde sie mit dem Preis der Frankfurter ANTHOLOGIE
ausgezeichnet.

Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt ist frei!

Das Versorgungswerk informiert:

Ärztinnen und Ärzte im Visier der Versicherungswirtschaft – das Versorgungswerk der Landesärztekammer rät zur Vorsicht und empfiehlt sorgfältige Prüfung

Aus den unterschiedlichsten Gründen haben zahlreiche Ärztinnen und Ärzte den Wunsch nach einer zusätzlichen Absicherung im Alter. Einerseits ist die Höhe der zukünftigen Rente stark vom Erwerbseinkommen abhängig, so dass Unterbrechungen der ärztlichen Berufsausübung und/oder Verringerungen der Beitragszahlungen die Rentenanwartschaft mindern. Andererseits beschert uns die Längerlebigkeit viele aktive Rentenjahre, so dass die wirtschaftlichen Ansprüche im Alter nicht zwangsläufig sinken werden.

Die gesteigerte Nachfrage nach Zusatzleistungen ermuntert privatwirtschaftliche Unternehmen, sich mit entsprechenden Produkten über die Fachpresse direkt an Ärztinnen und Ärzte zu wenden. Und sicher ist es auch kein Zufall, dass Firmennamen wie z.B. „Versorgungswerk KlinikRente“ eine Nähe zu den berufsständischen Versorgungswerken suggerieren. Diese besteht jedoch nicht!

Das „Versorgungswerk KlinikRente“, im Jahr 2002 vom Bundesverband Deutscher Privatkliniken initiiert, bietet für Unternehmen der Gesundheitswirtschaft alle Durchführungswege der betrieblichen Altersversorgung. Im Mittelpunkt steht hier jedoch nichts anderes als die dauerhafte Förderung der Entgeltumwandlung.

Das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen dagegen ist eine besondere Einrichtung der Kammer auf der Grundlage des §5a des Hessischen Heilberufsgesetzes. Es gehört ebenso wie die gesetzliche Rentenversiche-

rung und die Beamtenversorgung zur ersten Säule der Altersversorgung, also der öffentlich-rechtlichen Pflichtversorgung.

Aufgabe des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen ist die Sicherung der Kammermitglieder im Alter und bei Berufsunfähigkeit sowie die Absicherung der Hinterbliebenen im Todesfall.

Sollten Ärztinnen und Ärzte eine Versorgungslücke feststellen oder aber dies befürchten, sollten sie primär überlegen, ob sie nicht durch die Möglichkeiten der freiwilligen Höherversorgung durch das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen besser gestellt werden, da durch diese Beitragszahlungen nicht nur die eigene Rentenanwartschaft erhöht wird, sondern auch die Absicherung im Falle der Berufsunfähigkeit sowie ggf. die Versorgungssituation der Hinterbliebenen.

Für Ihre Rückfragen zu den Leistungen des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Versorgungswerkes (Fon: 069 97964-0) gerne zur Verfügung.

Vorstand des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen

Berliner Gesundheitspreis 2010: Projekte zur Entlastung pflegender Angehöriger gesucht

In Deutschland ist die Familie immer noch die wichtigste Institution bei der Pflege von Angehörigen. „Man kann hier mit Fug und Recht vom größten Pflegedienst der Nation sprechen“, so der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Herbert Reichelt, rund drei Viertel aller Pflegebedürftigen werden heute zuhause gepflegt. Betroffen davon sind etwa 1,2 Millionen Haushalte.

Über Monate und vielfach auch über Jahre hinweg kümmern sich Familienmitglieder oder Freunde – oft rund um die Uhr – um ihre pflegebedürftigen Angehörigen. 68 Prozent von ihnen müssen die Pflege mit einer eigenen Berufstätigkeit in Einklang bringen. Dabei können die belastenden Auswirkungen des Pflegens erheblich sein: Schwere Beeinträchtigungen von Gesundheit und Lebensqualität, soziale Isolation, familiäre Konflikte und finanzielle Schwierigkeiten gehören zu den zu beobachtenden Problemen in den Familien. „Ärzte erleben dies täglich, lang andauerndes Pflegen kann krank machen“, sagt Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin.

Der Berliner Gesundheitspreis, den der AOK-Bundesverband, die AOK Berlin-Brandenburg und die Ärztekammer Berlin gemeinsam vergeben, sucht bundesweit nach innovativen Projekten, die pflegende Angehörige unterstützen. Bis zum **31. Mai 2010** können sich Institutionen bewerben, die eine gesundheitliche Entlastung für diese Personengruppe bieten und ihr helfen, am sozialen Leben teilzuhaben sowie Pflege und Beruf besser vereinbaren zu können. Dabei ist nicht nur an Menschen gedacht, die ihre älteren Angehörigen pflegen, sondern auch an Eltern mit langzeitpflegebedürftigen Kindern. „Es gibt gute Ansätze, wie man pflegende Familien in ihrem Alltag entlastet, und genau diese suchen wir, um sie zu prämiieren“, so Frank Michalak, Vorstandsvorsitzender der AOK Berlin-Brandenburg. Den Berliner Gesundheitspreis gibt es seit 1995, er ist mit 50.000 Euro ausgelobt.

Weitere Informationen zu den Ausschreibungsbedingungen und zum Berliner Gesundheitspreis selbst finden Sie unter www.berliner-gesundheitspreis.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Folgende Vertragsarztsitze werden nach § 103 Abs. 4 SGB V zur Besetzung ausgeschrieben. Die Zulassung des Vertragsarztes/der Vertragsärztin endet und soll durch einen Praxisnachfolger fortgeführt werden:

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Bensheim	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
----------	--

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Seeheim-Jugenheim	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
-------------------	--

Planungsbereich Odenwaldkreis

Reichelsheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
--------------	--

Planungsbereich Groß-Gerau

Mörfelden-Walldorf	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
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 –
Frankfurt am Main	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt am Main	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (mit angestelltem Arzt)
Frankfurt am Main	Chirurgin/Chirurg (mit angestelltem Arzt)
Frankfurt am Main-Eschersheim	Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Kronberg	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
----------	--

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Landkreis Offenbach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
---------------------	--

Landkreis Offenbach

Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder
Internistin/Internist – hausärztlich –
(Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Orthopädin/Orthopäde
(Hälftiger Versorgungsauftrag,
Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Landkreis Offenbach

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Landesstelle, Kaufmännische Geschäftsführung, Niederlassungsberatung/Bedarfsplanung, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt** zu senden.

Planungsbereich Landkreis Gießen

Gießen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
--------	--

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Haiger	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
--------	--

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Nauheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
-------------	---

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Gießen, Eichgärtenallee 6-8, 35394 Gießen** zu senden.

Planungsbereich Landkreis Fulda

Fulda	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Fulda	Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel	Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Gemeinschaftspraxisanteil)
Kassel	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Kassel

Baunatal	Augenärztin/Augenarzt
Vellmar	Augenärztin/Augenarzt
Hofgeismar	Augenärztin/Augenarzt
Fuldabrück	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Bad Arolsen Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder
Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Eschwege Frauenärztin/Frauenarzt

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 Hochtaunuskreis

Usingen Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder
Internistin/Internist – hausärztlich –
(Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Usingen Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder
Internistin/Internist – hausärztlich –
(Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

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

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden Internistin/Internist – fachärztlich –
(Hälftiger Versorgungsauftrag)

Wiesbaden Chirurgen/Chirurg
(Gemeinschaftspraxisanteil)

Wiesbaden

Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut
(Hälftiger Versorgungsauftrag)

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.
Fon 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.

Durch die KV Hessen für ungültig erklärte Ausweise/Stempel:

Stempel Nummer 4076798, Ärztlicher Bereitschaftsdienst
Obertshausen (Dr. med. Guido Hofmann, Königstein),

Stempel Nummer 4076950, Kinderärztlicher Bereitschaftsdienst
Frankfurt/Kinderpoliklinik (Dr. med. Stephan Backhoff, Frankfurt),

Stempel Nummer 4277251, Ärztlicher Bereitschaftsdienst
Bad Hersfeld (Dr. med. Eckart Auel, Bad Hersfeld).

Korrektur des Beschlusses des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Hessen vom 20. August 2009

Der Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Hessen vom 20. August 2009 über die partielle Öffnung bei der **Fachgruppe der Orthopäden im Planungsbereich des Landkreises Limburg-Weilburg** wird im Hinblick auf die nachträglich festgestellte offenbare Unrichtigkeit dieses Beschlusses aufgehoben. Für die Fachgruppe der Orthopäden **liegt** in diesem Planungsbereich **weiterhin eine Überversorgung (ÜV)** gem. §§ 101, 103 Abs. 1 SGB V vor.

DER VORSITZENDE
Rechtsanwalt Bernhard K. Werner

lk@l-va.de

A N Z E I G E N S C H L U S S

April-Ausgabe: 3. März 2010 | Mai-Ausgabe: 6. April 2010

Simon Singh, Edzard Ernst: **Gesund ohne Pillen – Was kann die Alternativmedizin?** Bibliographische Angaben. Hanser Verlag, München. 2009. Gebunden. 405 Seiten. ISBN 978-3-446-23301-0. Euro 21,50.

Wer sich für die Entwicklung der Medizin in den letzten zwei bis drei Jahrhunderten interessiert und eine spannende und zugleich lehrreiche Urlaubslektüre sucht, dem sei dieses Buch empfohlen. Auch wenn es sich vor allem an ein nicht medizinisch vorgebildetes Publikum wendet, werden die meisten Mediziner das Buch mit Gewinn lesen können. Dafür sorgen der englische Wissenschaftsjournalist und Bestsellerautor Simon Singh und Edzard Ernst, der erste Lehrstuhlinhaber für Komplementär- und Alternativmedizin an der Universität Exeter in Großbritannien.

Im ersten Teil des Buches geht es um die Entwicklung der evidenzbasierten Medizin von den Anfängen bis in die heutige Zeit. Anhand von fesselnden Lebensberichten werden wichtige Pioniere und ihre wissenschaftlichen Leistungen lebendig. Dazu gehören James Lind, der um 1750 mit der ersten evidenzbasierten Studie herausfand, dass der Skorbut der Seeleute mit Zitronensaft zu vermeiden bzw. zu heilen ist und der damit eine wichtige Grundlage für die Überlegenheit der britischen Flotte für die nächsten 150 Jahre legte, aber auch Florence Nightingale mit ihren Arbeiten über die Wirksamkeit der Hygiene in türkischen Feldlazaretten oder die Arbeiten von Sir Austin Bradford Hill und Sir Richard Doll, die die Gesundheitsschäden des Rauchens in der beeindruckenden Britischen Ärztstudie ab Mitte des letzten Jahrhunderts eindrucksvoll nachgewiesen haben. Weiterhin wird dargestellt, warum placebokontrollierte randomisierte Studien den höchsten Evidenzgrad besitzen und es wird an Hand des Lebensberichts von Archie Cochrane die Cochrane Collaboration vorgestellt, die mittlerweile mit den Resultaten tausender Studien hunderte von systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zu vielen wichtigen Problemen der medizinischen Diagnostik und Therapie, aber auch zum Einfluss der Le-

bensweise und der Ernährung auf die Gesundheit, veröffentlicht hat.

Im Mittelpunkt des Buches steht jedoch die Bewertung der alternativen Heilverfahren vor dem Hintergrund der evidenzbasierten Medizin. Das Fazit ist ernüchternd. Nur einem Teil der alternativen Methoden wird ein nachweisbarer Nutzen bescheinigt. Dazu gehören Bewegungstherapien wie Joga und Tai Chi, Entspannungstherapien wie das autogene Training, die Hypnotherapie, Massagen und naturheilkundliche Regeln für eine gesunde Lebensweise, soweit sie bei der Prävention und Gesundheitsförderung eingesetzt werden. Eine überwiegend negative Bewertung des Nutzens ergibt sich für die vier Hauptformen der alternativen Medizin, die Akupunktur, die Homöopathie, die Chiropraktik und die pflanzliche Medizin. Diese Behandlungsverfahren stammen aus Zeiten, in denen die Menschheit nur wenig über Physiologie, Biochemie und Krankheitserreger wusste. Ihre Wirkung verdanken sie vor allem dem Placeboeffekt. Am positiven Ende der Skala kann die pflanzliche Medizin einige Erfolge verzeichnen, die meisten pflanzlichen Heilmittel sind aber völlig überbewertet. Die Akupunktur kann vielleicht manche Arten von Schmerzen oder Übelkeit lindern, allerdings nur mit geringer Wirkung im Vergleich zur medikamentösen Therapie. Die chiropraktische Therapie mag einen gewissen Nutzen bei Rückenschmerzen haben, ihre sonstigen Ansprüche sind unbegründet. Am schlechtesten schneidet die Homöopathie ab. Es handelt sich um eine unplausible Methode, der es auch nach zwei Jahrhunderten nicht gelungen ist, ihre Wirksamkeit nachzuweisen. Zu dieser Bewertung kommen die Autoren aufgrund der Auswertung der medizinischen Weltliteratur unter Berücksichtigung der Qualität der vorhandenen Studien auf der Basis der evidenzbasierten Medizin. Auch auf das Gefahrenpotential der alternativen Medizin wird ausführlich eingegangen. Chiropraktiker, die sich am Hals zu schaffen machen, können einen tödlichen Schlaganfall verursachen. Pflanzliche Arzneimittel können unerwünschte Reaktionen hervorrufen und mit herkömmlichen Medikamenten in Wechselwirkung treten.

Die von einem Experten praktizierte Akupunktur ist wahrscheinlich sicher, bei einigen Patienten können jedoch innere Blutungen auftreten. Sogar homöopathische Arzneimittel, die keinen aktiven Bestandteil enthalten, können gefährlich sein, wenn sie bei ernsten Erkrankungen angewendet werden und wirksame konventionelle Behandlungen ersetzen oder verzögern.

Zweifellos ist heute die evidenzbasierte Medizin die einzige Methode, mit der medizinische therapeutische Verfahren einschließlich der Alternativmedizin rational auf ihre Wirksamkeit hin beurteilt werden können. Man sollte aber dabei auch bedenken, dass die Durchführung von z.B. randomisierten und kontrollierten Studien sehr viel Geld kostet. Deshalb wird in aller Regel nur das untersucht, was Geld einbringt. Aus diesem Grunde gibt es sehr viele Studien über Medikamentenwirkungen, aber nur relativ wenige Daten über die Wirkungen einer gesunden Lebensweise. Zum zweiten werden Resultate vieler auch korrekt durchgeführter Studien mit Medikamenten dadurch verfälscht, dass aus Marketinggründen für die Effektgröße die relative Risikoreduktion (RRR) angegeben wird und nicht die absolute Risikoreduktion (ARR) bzw. die number needed to treat (NNT), wie es gefordert wird. So kann der erzielte Effekt häufig übertrieben dargestellt werden. Ich hätte mir gewünscht, dass die Autoren bei ihrem eindrucksvollen (und berechtigten) Loblied auf die Vorzüge der evidenzbasierten Medizin auch auf diese kritischen Aspekte eingegangen wären.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass dieses in bester britischer Reporter-Manier erzählte Werk zur Pflichtlektüre aller gehören sollte, die sich mit der Alternativmedizin auseinandersetzen. Es bietet zugleich eine Aktualisierung vieler Kapitel des Lehrbuches „Praxis Naturheilverfahren“ von Edzard Ernst, das 2005 im Springer-Verlag in deutscher Sprache auf der Basis der englischen Ausgabe aus dem Jahre 2001 erschienen ist und von dem man sich eine Neuauflage wünscht.

Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Kolenda,
Kronshagen