

# Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

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

11 | 2010

November 2010

71. Jahrgang



- LÄK Hessen ruft Runden Tisch „Migration und Integration“ ins Leben
- Hessischer Arzt in Schweden: „Ausgeprägte hierarchische Strukturen kennt man hier nicht“
- Zertifizierte Fortbildung: Probleme bei der Pharmakotherapie älterer Patienten
- Oskar Panizza – Arzt und Dichter
- Die Debatte um die ärztliche Beihilfe zum Suizid
- Verbesserter Telefon-Service der LÄK Hessen

**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 Löschnhorn, 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  
Manuel Maier, Leiter der Rechtsabteilung

**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-Gruener-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:**

Brühsche Universitätsdruckerei GmbH & Co KG  
Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

**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**

672

**Fortbildung**

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen,  
Teil 19: Schafgarbe

673

**Landesärztekammer Hessen**

„Der Schlüssel ist die deutsche Sprache“ LÄK ruft Runden Tisch  
„Migration und Integration“ ins Leben  
„Geben Sie der Grippe keine Chance!“  
Festvortrag: Grundnormen des ärztlichen freien Berufs –  
Maxime der Kammerarbeit gestern, heute und morgen

674

676

677

**Aktuelles**

Hessischer Arzt in Schweden:  
„Ausgeprägte hierarchische Strukturen kennt man hier nicht“

680

**Fortbildung**

Zertifizierte Fortbildung:  
Probleme bei der Pharmakotherapie älterer Patienten

683

**Medizinisches Kreuzworträtsel**

695

**Fortbildung Sicherer Verordnen**

696

**Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim**

697

**Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim**

703

**Medizinhistorisches**

Oskar Panizza – Arzt und Dichter

705

**Medizinethik**

Die Debatte um die ärztliche Beihilfe zum Suizid

708

**Arzt- und Kassenarztrecht**

Drohen Vertragsärzten neue Strafbarkeitsrisiken?

710

**Satire Was, Sie haben kein Handy?**

713

**Von hessischen Ärztinnen und Ärzten**

714

**Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen**

715

**Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen**

720

**Bücher**

722

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

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach  
(Foto: privat)

ganz gleich, ob ich mein Auto in die Werkstatt bringe, Brötchen kaufe oder meinen PC reparieren lasse: Jede Handwerker- oder Technikerleistung ist mit einer Rechnung verbunden, in der alle Leistungen aufgeführt sind. Dieses im täg-

lichen Leben übliche Verfahren will Bundesgesundheitsminister Dr. med. Philip Rösler mit der geplanten Patientenrechnung auch auf das Gesundheitswesen übertragen. Ein begrüßenswertes Vorhaben, wie ich meine, könnte es doch dazu beitragen, das System transparenter und nachvollziehbarer zu machen. Doch in der öffentlichen Diskussion wird diese Absicht – bewusst oder unbewusst – durch die Verwendung falscher Begriffe in ihr Gegenteil verkehrt. Es geht nicht um „Vorkasse“, also die Bezahlung einer in Aussicht gestellten, aber noch nicht erhaltenen Leistung, wie etwa bei einem Flugticket oder einer Theaterkarte, sondern um eine Patientenrechnung mit „Kostenerstattung“. Dies bedeutet, dass der Patient künftig von seiner Ärztin oder seinem Arzt nach erfolgter Behandlung eine Rechnung erhalten soll. Auf diese Weise kann er Leistung und Gegenleistung selbst überprüfen und die Rechnung dann zur Kostenerstattung bei seiner Krankenkasse einreichen. Ein Verfahren, dass bei Privatpatienten seit jeher gang und gäbe ist. Die willkürliche Festsetzung eines Honorars ist ausgeschlossen, da die Patientenrechnung auf der Basis einer Amtlichen Gebührenordnung ausgestellt werden wird. Patienten können die Rechnung direkt vor Ort in der Arztpraxis begleichen oder an ihre Krankenkasse abtreten, so dass sie bei hohen Rechnungsbeträgen nicht selbst zahlen müssen. Selbstverständlich muss das neue Verfahren für

Menschen mit niedrigem Einkommen sozial abgedeckt sein. Wer dennoch von einer angeblichen drohenden Verschlechterung der Versorgung spricht, trägt willentlich zur Verunsicherung der Bürger bei und untergräbt das Vertrauensverhältnis von Ärzten und Patienten.

Doch eines ist klar: Voraussetzung für eine transparente Rechnung ist, dass darin Leistung und Gegenleistung nachvollziehbar gegenübergestellt werden können. Das gegenwärtige Abrechnungssystem mit Pauschalen, die weit unter dem Wert der erbrachten ärztlichen Leistung liegen, macht Ärztinnen und Ärzten eine Leistungsabrechnung in Euro und Cent nach jedem Patientenbesuch allerdings unmöglich. Das derzeitige Abrechnungssystem muss sich grundlegend ändern! Wir brauchen endlich ein übersichtliches und ärztlicher Leistung gerecht werdendes Abrechnungssystem, sonst nimmt die Frustration unter niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten weiter zu. Arbeitsverdichtung und eine hinter den Leistungsanforderungen zurückbleibende Honorierung führen außerdem dazu, dass viele Kollegen, vor allem in ländlichem Raum, Probleme haben, eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger für ihre Praxen zu finden.

Ärztemangel ist kein vorübergehendes Phänomen, sondern sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ein „Dauerbrenner“. Um zukunftsorientierte Lösungen für das Problem finden zu können, müssen zunächst die Ursachen analysiert werden.

Ein alarmierender, wissenschaftlicher Beleg dafür, dass sich der Ärztemangel im Krankenhaus drastisch verschärfen wird, ist das im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft erstellte Gutachten „Ärztemangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen“ des Deut-

schen Krankenhausinstituts (DKI). Laut dieser Studie können derzeit rund 5.500 Arztstellen in deutschen Krankenhäusern nicht besetzt werden. Und die Tendenz ist steigend! Legt man die demografische Entwicklung zugrunde, werden bis zum Jahr 2019 bundesweit fast 37.000 Ärzte fehlen – die meisten davon in den Kliniken, wenn nicht wirksam gegengesteuert wird.

Die Liste der Maßnahmen entspricht im Wesentlichen den Forderungen, die auch die hessische Ärzteschaft seit Jahren mit Nachdruck erhebt: Zwingend geboten sind u.a. bessere Arbeitsbedingungen für Klinikärztinnen und -ärzte, Entlastung von Bürokratie, Vereinbarkeit von Beruf und Familie und eine noch besser strukturierte und mitarbeiterorientierte fachärztliche Weiterbildung, um dem Ärztemangel entgegen zu wirken. Auch die Forderung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, „MDK-Prüfungen auf ein Mindestmaß zu beschränken und sämtliche Dokumentationsvorgaben des Gesetzgebers und des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unter dem Aspekt der Bürokratievermeidung zu überprüfen“ ist uneingeschränkt zu begrüßen. Ebenso wie das Studienresultat, wonach die Delegation ärztlicher Tätigkeiten – und nicht deren Substitution! – zu einer Entlastung von Klinikärzten führen könne. Der in dem Gutachten ebenfalls genannte Abbau von Versorgungsgrenzen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor muss allerdings noch mit Inhalt gefüllt werden, um daraus möglicherweise Schritte gegen den Ärztemangel abzuleiten. Der „Abbau von Versorgungsgrenzen“ muss als Erstes nach meiner Überzeugung durch eine bessere Kommunikation und Vernetzung erfolgen!

Dass Kommunikation und Vernetzung auch für die interkulturellen Aspekte des Gesundheitswesens eine zentrale Rolle

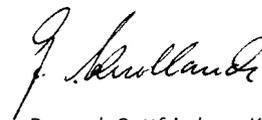
spielen, machte der erste „Runde Tisch Migration und Integration“ deutlich, zu dem die Landesärztekammer Hessen am 23. September führende Vertreter aus Politik, Öffentlichen Gesundheitsdienst, caritativen- und Sozialverbänden zu einem Erfahrungs- und Gedankenaustausch eingeladen hatte. Integration im Gesundheitswesen ist keine Nischenpolitik, die sich an eine bestimmte Zielgruppe richtet. Sie betrifft Ärzte, Bürger und Patienten – ob sie

nun einen ausländischen oder deutschen Pass haben, ob sie „Migranten“ sind, oder nicht – gleichermaßen. Es geht um ein besseres Miteinander durch mehr Verständnis füreinander.

Für die ärztliche Versorgung gilt unverzichtbar ein ungestörtes Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Arzt. Andererseits dürfen alle von unserem Gesundheitswesen Abhängigen die gesetzlich zugesicherte Qualität erwarten.

Ihnen allen wünsche ich ungebrochene Freude am Beruf, die das tragende Moment für die Bewältigung aller schweren Anforderungen sein kann.

Ihr



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach  
Präsident

## Fortbildung

# Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen

## Teil 19: Schafgarbe (*Achillea millefolium* L.) *Alexander H. Jakob*



Schafgarbe

Auch wenn die Erscheinung der Schafgarbe am Wegrand recht unspektakulär ist, so berichtet sie dennoch über eine lange medizinische Verwendung.

Schon in der griechischen Mythologie wird davon berichtet, dass Achilles Wunden mit der Schafgarbe (*Achillea*) behandelte, die zur Familie der Korbblütler gehört und von der zahlreiche Arten auch

leibschmerzen bei Frauen.

In der modernen Phytotherapie werden das Schafgarbenkraut und die Blüten (*Millefolii herba/-flos*) als *Amarum* bei Appetitlosigkeit, sowie bei Magen-Darm-Erkrankungen, z.B. leichten krampfartigen Beschwerden, verwendet. Im Volksmund gibt es deshalb den Begriff „Bauchwehkräut“. Die Wirkung ist choleretisch und

auf Hessens Wiesen und Äckern vertreten sind. Der Wirkstoffgehalt in den verschiedenen Arten unterscheidet sich sehr.

Der Einsatz in der Wundbehandlung wird noch in der Erfahrungsheilkunde überliefert. In dieser gibt es auch Rezepturen für Sitzbäder bei psychosomatischen Unter-

krampflösend, sowie antiphlogistisch und appetitanregend.

Neben der Einnahme als Frischpflanzenpresssaft zu den Mahlzeiten gibt es auch Fertigarzneimittel, die einzeln in Tropfenform oder in der Kombination mit anderen Phytopharmaka vorliegen. Wirksamkeitsbestimmend sind hier die enthaltenen ätherischen Öle und Bitter-, sowie Gerbstoffe. Nachgewiesene Proazulene zeichnen sich durch ihren entzündungshemmenden Effekt zum Beispiel auch in der Kamille aus, wobei der Gehalt in der verwendeten Schafgarbe höher sein sollte. Bei entsprechend prädisponierten Personen sind allergische Hautreaktionen als mögliche Kontraindikation zu beachten.

### **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

# „Der Schlüssel ist die deutsche Sprache“

## Landesärztekammer ruft Runden Tisch „Migration und Integration“ ins Leben

In Deutschland leben rund 15 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Über die Hälfte von ihnen besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit. Da sich Menschen mit Migrationshintergrund durch Herkunft, kulturelle Prägung, deutsche Sprachkompetenz und Aufenthaltsdauer in Deutschland unterscheiden, bilden sie eine äußerst heterogene Gruppe. Für das deutsche Gesundheitswesen ergeben sich daraus besondere Herausforderungen, die Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachberufe und Patienten gleichermaßen betreffen. Um Erfahrungen auszutauschen und Möglichkeiten künftiger Zusammenarbeit in Hessen auszuloten, hatte die Landesärztekammer Hessen am 23. September erstmals zu einem Runden Tisch „Migration und Integration“ mit Vertretern von Institutionen, die sich mit gesundheitlichen und integrativen Belangen von Menschen mit Migrationshintergrund beschäftigen, eingeladen.

„Im Verantwortungsbereich der Landesärztekammer Hessen begegnen wir Menschen mit Migrationshintergrund als Kollegen oder Patienten, als Mitarbeiter und Auszubildende in Praxis und Krankenhaus. Im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer nehmen sie als Auszubildende und als Ärztinnen und Ärzte an Fort- und Weiterbildungen teil“, sagte Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach zum Auftakt des Runden Tisches „Migration und Integration“ in Frankfurt. „Wie sieht Ihre tägliche Arbeit aus, wo liegen die Probleme und Defizite in der Versorgung von Migranten? Und welche Schnittstellen sehen Sie mit der Landesärztekammer?“, wollte er von

den Teilnehmern des Gesprächskreises wissen.

### Sprachkompetenz als Voraussetzung

„Der Schlüssel ist die deutsche Sprache“: Darüber, dass Sprachkompetenz gerade auch im Gesundheitswesen eine entscheidende Rolle spielt, war man sich an dem Runden Tisch einig. Sie sei die Voraussetzung für gegenseitiges Verständnis, denn nur bei korrekter Diagnose könne eine Krankheit richtig behandelt werden. „Wir brauchen interkulturelle Kompetenz und müssen ein Bewusstsein für die Mentalität anderer Kulturen schaffen“, ergänzte Dr. Stefan Herb, Referent der Gesundheitsabteilung im Hessischen Sozialministerium. Donata Freifrau Schenck zu Schweinsberg, Vizepräsidentin des Deutschen Roten Kreuzes in Berlin, wies darauf hin, dass in Deutschland zwischen 200.000 und 400.000 Menschen aus unterschiedlichen Herkunftsländern in der Illegalität lebten; aus Angst vor Ausweisung suchten viele von ihnen bei gesundheitlichen Problemen nicht den Arzt auf. Entscheidende Maßnahmen zur Lösung der Probleme, so Schenck zu Schweinsberg weiter, seien Sprachunterricht für Kinder mit Migrationshintergrund, ausreichende finanzielle Mittel für Dolmetscher und – nicht zuletzt – die Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse im Gesundheitswesen, damit auch aus dem außereuropäischen Ausland stammende Ärzte hierzulande tätig sein können. „Einfach zu lösen ist die Frage nach der Anerkennung unterschiedlicher ausländischer Bildungsabschlüsse allerdings nicht“, erklärte von Knoblauch zu Hatzbach: „In Deutschland haben Patienten einen gesetzlich garantierten Anspruch darauf, auf Facharzt-niveau behandelt zu werden. Alle Patienten ohne Ausnahme müssen davon ausge-

hen können, dass behandelnde Ärzte diesen Anspruch erfüllen und außerhalb Deutschlands erworbene Qualifikationen vergleichbar sind.“ Neben der Anerkennung der Qualifikation sei auch für aus dem Ausland stammende Ärzte die Beherrschung der deutschen Sprache eine wesentliche Grundlage für ihre berufliche Tätigkeit in Deutschland.

### Wer macht was in Hessen?

Dass es in Hessen schon in der Vergangenheit zahlreiche positive Initiativen zur Förderung der Integration gegeben habe, hob Wiebke Schindel vom Hessischen Ministerium der Justiz, für Integration und Europa, hervor. Auch finde seit 2008/2009 ein intensiver Austausch mit der Akademie der Landesärztekammer zum Thema „interkulturelle Kompetenz“ statt. Professor Dr. med. Klaus Reinhard Genth ergänzte, dass die Akademie bereits Kurse für angehende Ärzte zum Thema Migration angeboten habe. Gemeinsam mit der Migranten-Selbsthilfe baue die AOK derzeit ein Selbsthilfe-Projekt in Offenbach auf, teilte Ralf Metzger, Leiter der Abteilung Politik und Presse der AOK in Hessen, mit. Klaus Burgmeier vom Wiesbadener Amt für Zuwanderung und Integration berichtete, dass in Wiesbaden seit dem Jahr 2007 ein Migrationskonzept existiert. Er regte die Gründung einer Steuerungsgruppe „Interkulturelle Kompetenz“ auf Landesebene an.

### Versorgung von Menschen ohne Aufenthaltserlaubnis

Seit Ende 2006 bietet die Malteser Migrantenmedizin im Frankfurter Bürgerhospital montags eine Sprechstunde für Menschen ohne Papiere an. Die Behandlung ist anonym, das ehrenamtliche Mitarbeiterteam nach Auskunft von Rainer Stahl, Projektleiter des Malteser Hilfsdienstes, Wiesbaden, mit zahlreichen öffentlichen

und nicht-öffentlichen Stellen vernetzt. „Auch unser Problem ist das Thema Illegalität und damit die Situation von Personen ohne Aufenthaltsrecht“, berichtete Karl Westerwick vom Evangelischem Zentrum für Beratung, Sozialberatung von Migranten und Flüchtlingen, in Frankfurt Höchst. Stahl und Westerwick betonten die Notwendigkeit, das bestehende ehrenamtliche Netzwerk im Bereich der gesundheitlichen Versorgung um Fachärzte zu erweitern. Ein Anliegen, dem sich PD Dr. med. René Gottschalk, kommissarischer Leiter des Amtes für Gesundheit der Stadt Frankfurt, anschloss. Auch benötige man – gerade bei der kostenfreien Behandlung von Patienten ohne Aufenthaltserlaubnis – rechtliche Beratung und Rechtsbeistand. Die Vertreter der Landesärztekammer schlugen vor, analog zu der möglichen Bildung eines „Pools“ von Fachärzten, die für die Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund herangezogen werden können, einen „Pool“ von Rechtsanwälten abzufragen, um diesen in rechtlichen Fragen zu Rate ziehen zu können.

### Fortbildungsveranstaltungen geplant

Am Ende des intensiven Gedanken- und Erfahrungsaustausches wurden mögliche gemeinsame Initiativen diskutiert. So regten die Teilnehmer des Runden Tisches Fortbildungsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte zur Stärkung interkultureller Kompetenz und zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Migranten an. Um für den ärztlichen Berufsalltag interessant zu sein, sollten solche Fortbildungsseminare eine ärztliche Spezifizierung enthalten und Detailprobleme ansprechen, empfahl Dr. med. Roland Kaiser, Ärztlicher Geschäftsführer der Landesärztekammer Hessen. Bei der Erarbeitung von Konzepten hielt Dr. von Knoblauch zu Hatzbach eine Zusammenarbeit mit der

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung sowie – zum Austausch von Erfahrungen aus dem nicht-ärztlichen Bereich – mit der Carl-Olemann-Schule (COS) der Landesärztekammer für vorstellbar. Die Schule, die Überbetriebliche Ausbildung und Fortbildung anbietet, wird von Auszubildenden und Medizinischen Fachangestellten mit unterschiedlichem ethnischen Hintergrund besucht. Als Mitarbeiter in der Arztpraxis können Medizinische Fachangestellte einen wichtigen Beitrag zur Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund leisten. Gudrun Ornth-Sümenicht vom DRK-Landesverband, riet dazu, Fortbildungsangebote daraufhin zu prüfen, ob sie – auch – interkulturell seien und sich sowohl an Migranten als auch an Nicht-Migranten richteten.

Der Vorschlag Professor Genth's, eine Arbeitsgruppe zu bilden, die gemeinsam mit der Akademie das Konzept für eine ärztliche Fortbildungsveranstaltung entwickeln soll, stieß auf Zustimmung. Das nächste Treffen der großen Gesprächsrunde soll im Frühjahr 2011 stattfinden.

*Katja Möhrle*

### An dem Runden Tisch nehmen teil:

Vertreter

- der Landesärztekammer Hessen
- des Hessischen Ministeriums der Justiz, für Integration und Europa
- des Hessischen Sozialministeriums
- des Amtes für Gesundheit der Stadt Frankfurt
- der AOK Hessen
- des Evangelischen Zentrums für Beratung und Therapie Frankfurt
- des Integrationsamtes Wiesbaden (Amt für Zuwanderung und Integration)
- des Integrationsdezernats der Stadt Frankfurt
- des Internationalen Familienzentrums Frankfurt
- des Landes- und des Bundesverbandes des Deutschen Roten Kreuzes
- des Malteser Hilfsdienstes

# „Geben Sie der Grippe keine Chance!“

## Grippe-Impfaufklärungsaktion im Frankfurter Nordwestzentrum



Teilnehmer der Pressekonferenz von links: Dr. Christiane Kunz, Dr. Sylvia-Gabriele Mieke, Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Dr. Manuela Rottmann, Katja Möhrle, Dr. Angela Wirtz, Dr. Oswald Bellinger

Um auch 2010 auf die Gripeschutzimpfung als wirkungsvolles Instrument zur Vorbeugung einer Ansteckung aufmerksam zu machen, luden die Landesärztekammer Hessen und das Amt für Gesundheit der Stadt Frankfurt am 29. September zu einer öffentlichen Impfaufklärungsaktion in das Frankfurter Nordwestzentrum ein. Wie bei der ersten Aktion vor vier Jahren konnten sich Passanten von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie von

Ärztinnen und Ärzten des Amts für Gesundheit kostenlos impfen lassen. Die Impfdosen waren in diesem Jahr von der Firma Abbott und dem Amt für Gesundheit, die Räumlichkeiten von dem Nordwestzentrum unentgeltlich zur Verfügung gestellt worden.

„Wir haben mit dem Einkaufszentrum einen Veranstaltungsort gewählt, an dem wir unmittelbar und über die Verbreitung durch die Medien möglichst viele Menschen mit

unserer Impfaufklärung erreichen können“, erklärte Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer, zum Auftakt der Aktion. Das Ziel wurde erreicht: Nach zögerlichem Beginn in den frühen Nachmittagsstunden verzeichneten die Ärztinnen und Ärzte im Impf-Raum hinter der Bühne ab 16 Uhr einen hohen Andrang an Impfinteressierten. Mit hessischem Humor hatten diesen das Maskottchen der Aktion, „Olga Orange“, zuvor die Sorge vor dem „Pieks“ genommen. 120 vor allem ältere Bürgerinnen und Bürger, aber auch jüngere Menschen aus Berufen mit Publikumsverkehr ließen sich beraten und impfen. „Eine erfolgreiche Bilanz“, freute sich Dr. Manuela Rottmann, Gesundheitsdezernentin der Stadt Frankfurt, die auf der Pressekonferenz zum Auftakt der Aktion gemeinsam mit Dr. med. von Knoblauch zu Hatzbach und Dr. med. Angela Wirtz vom Hessischen Sozialministerium aufgerufen hatte.

„Natürlich sind eine ausgewogene, vitaminreiche Ernährung und Bewegung die beste Voraussetzung für den Erhalt der Gesundheit“, ging von Knoblauch auf das Argument eines Impfkritikers vor Ort ein: „Auch können Hygienemaßnahmen wie Händewaschen und das Tragen eines Mundschutzes einer Erkältung und sogar einer Ansteckung mit Grippeviren vorbeugen. Das wirkungsvollste Instrument, um sich vor einer Virus-Grippe zu schützen, ist jedoch die jährliche Impfung. Wissenschaftliche Untersuchungen und ärztliche Erfahrung belegen die gute Verträglichkeit der Gripeschutzimpfung“, unterstrich der Ärztekammerpräsident und wandte sich an alle Bürgerinnen und Bürger: „Lassen Sie sich bei Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt oder dem zuständigen Gesundheitsamt impfen!“

Katja Möhrle  
(Foto: Beate Völker)

Fast ein viertel Jahrhundert lang hat sich Dr. med. Michael Popović mit voller Kraft als Hauptgeschäftsführer und Geschäftsführender Arzt für die Geschicke der Landesärztekammer Hessen eingesetzt – am 9. September 2010 wurde er in feierlichem Rahmen im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer in Bad Nauheim in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet. Mit musikalischer Begleitung durch das Jugendgitarrenorchester Bad Nauheim würdigten namhafte Redner, darunter Professor Dr. med. Christoph Fuchs (Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer), Dr. med. Alfred Möhrle (ehemaliger Präsident der Landesärztekammer), Dr. Ivan Pfeifer (Tschechische Akademie der Wissenschaften), Professor Dr. med. Horst Joachim Rheindorf (ehemaliger Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer) und PD Dr. med. Andreas Scholz (Marburger Bund Hessen und Delegierter der Landesärztekammer) die Leistung und das Wirken von Popović. Er habe sich „stets mit äußerster Energie für die Ziele der Landesärztekammer eingesetzt“, so Möhrle, und seine „hundertprozentige Identifikation mit den Geschicken der Ärzteschaft führte dazu, dass sich Dr. Popović auch in diversen anderen Gremien engagierte“. Für dieses Engagement und seine besonderen Verdienste um die hessische Ärzteschaft sowie seinen Einsatz nicht nur für die deutsche, sondern zum Teil auch für die ausländische Ärzteschaft wurde er denn auch im Rahmen der Feier vom Präsidium der Landesärztekammer mit der Ehren-

plakette in Gold ausgezeichnet. Popović nahm die Auszeichnung ausdrücklich „für die Mitarbeiter der Landesärztekammer“ an. „Ohne ihre loyale Mitarbeit wäre meine Leistung nicht zu denken gewesen“, unterstrich er. Es brauche auch „für die Zukunft Kämpfer mit Überzeugung und mit einem entsprechenden Hintergrund“, so Popović, der damit auf den Festvortrag von Professor Fuchs mit dem Titel „Grundnormen des ärztlichen freien Berufes – Maxime der Kammerarbeit gestern, heute und morgen“ verwies. Das Thema des Vortrags sei „die Message, für die es zu kämpfen gilt“. Um diese „Message“ weiter zu tragen, veröffentlichen wir im folgenden Auszüge aus der Festrede von Fuchs.

*Katja Kölsch*

## Festvortrag

# Grundnormen des ärztlichen freien Berufs – Maxime der Kammerarbeit gestern, heute und morgen

Auszüge aus der Festrede:

Was bedeutet es eigentlich in einem freien Beruf tätig zu sein? Diese Frage gilt nicht nur für Ärzte, sondern sie gilt auch für Anwälte, Architekten, Apotheker, Notare, psychologische Psychotherapeuten oder Steuerberater.

Was bedeutet eine solche Freiheit aus ärztlicher Perspektive?

Für unsere Ärztinnen und Ärzte,  
die wir Freude am Beruf suchen?

Für unsere Patienten?

Für unsere Gesellschaft?

Lassen Sie mich zunächst einige grundlegende Überlegungen zum Verständnis eines freien Arztberufes und zu seinen Merkmalen skizzieren.

Im § 1 der Bundesärzteordnung heißt es „Der Arztberuf ist kein Gewerbe, er ist seiner Natur nach ein freier Beruf“.

Es ist also ein großer Irrtum zu glauben, nur der niedergelassene Arzt in eigener Praxis übt den freien Beruf des Arztes aus. So ist es eben nicht. Das spezifische des Arztberufes als freier Beruf ist die Weisungsunabhängigkeit von nicht-ärztlichen Dritten in fachlichen und medizinischen Fragen. Und diese professionelle Autonomie dient einzig und alleine dem Wohl des Patienten und nicht den eigenen wirtschaftlichen Interessen. So will ich darlegen, weshalb es sich lohnt, für den Beruf des Arztes als freier Beruf einzustehen.

Der Beruf des Arztes als freier Beruf ist kein Selbstzweck. In seiner Orientierung am Patienten ist der Arzt Dienstleister. Er geht eine Garantienpflicht ein, inklusive einer haftungsrechtlichen Verantwortung. Diese Art von Freiheit ist auf das Engste verbunden mit der Übernahme von fachlicher Verantwortung.

Das Bundesverfassungsgericht hat noch im Jahre 2008 bestätigt, dass sich der

freie Beruf zu Recht vom Gewerbe unterscheidet. Auch für den Europäischen Gerichtshof (EuGH) haben freiberufliche Tätigkeiten ausgesprochen intellektuellen Charakter, verlangen eine hohe Qualifikation und unterliegen oft einer genauen und strengen berufsständischen Regelung. Selbst das Europäische Parlament und die Kommission in Brüssel erkennen die gesellschaftliche Bedeutung der Freiberuflichkeit an.

Der Beruf des Arztes als freier Beruf findet seine Selbstbeschränkung in der Verantwortung, die der Arzt für seine Patienten übernimmt. Freiheit und Verantwortung sind das Fundament des Vertrauens, der Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt und damit auch zwischen Ärzteschaft und Gesellschaft.

Freiheit, Verantwortung und Vertrauen sind die Wesensmerkmale eines freien Berufes, die in dieser Trias einander bedingen. Und genau diese Trias bedingen auch die Grundnormen des Arztberufes als freier Beruf – sprich die Erwartungen der Patienten und der Gesellschaft an das Verhalten von Ärztinnen und Ärzten. Letztendlich leiten sich daraus auch die Aufgaben der Kammern ab.

Die sich daraus ableitenden Grundnormen sind nicht nur Verpflichtungen. Sie stellen aus meiner Sicht gleichzeitig auch die Werte des Arztberufes dar, für den es lohnt sich einzusetzen.

Zu diesen Grundnormen zählen:

- Einmal das ärztliche Berufsethos: Damit sind vor allem ethische Normen gemeint, die z. B. in der Berufsordnung festgehalten sind und sich im Studium und im weiteren Verlauf der beruflichen Sozialisation entwickeln. Sie werden als Verhaltensregeln verinnerlicht und – so ist zu hoffen – vorgelebt und weitergegeben.
- Es gehört dazu die auf hochwertiger Aus- und Weiterbildung sowie auf ständiger Fortbildung begründete fachliche Kompetenz: Ärztliches Wissen, Kompetenz, Erfahrung und Kreativität sind idealtypisch in der Person des Arztes in freier Berufsausübung vereint. Dieses sich von vielen anderen Berufen abhebende Qualifikationsniveau dient dem Schutz des Patienten und dem Wohlergehen der gesamten Gesellschaft.
- Die Grundnormen Berufsethos und Qualifikationsniveau findet auch ihre An-

wendung in der Berücksichtigung der Individualität des Patienten. Dies ist eine der Kernbotschaften aus dem Ulmer-Papier, das auf dem Ärztetag 2008 beschlossen wurde. Gerade an dieser Stelle, in der Berücksichtigung der Einzigartigkeit einer jeden Patient-Arzt-Beziehung, findet die ärztliche Kunst des Heilens ihre Ausprägung. Diese Kunst aber kann nicht gelingen, ohne die Freiheit der Behandlungsmethode und ohne der Individualität des Patienten, seiner Krankheit und auch der Individualität des Arztes Rechnung zu tragen. Für eine Listenmedizin nach Algorithmen ist da kein Platz.

- Der Umgang mit der Wissensasymmetrie zwischen Patient und Arzt erfordert ebenfalls ein hohes Maß an Verantwortung. Nur selten kann der Patient die Erfahrung des Arztes erreichen. Auch der mit Internetinformationen vollgestopfte Patient sucht das Wissen und die Erfahrung des Arztes. Der Patient geht in Vorleistung. Er schenkt Vertrauen. Diesem Vertrauensvorschuss gilt es, als Arzt gerecht zu werden.
- Vertrauen bedeutet aber auch Vertraulichkeit. Der Patient hat einen unabdingbaren Anspruch darauf, dass seine dem Arzt anvertrauten Daten nicht preisgegeben werden. Nur dann bleibt das Fundament einer intakten Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt erhalten.
- Bewusst wiederhole ich: Eigenverantwortung und Unabhängigkeit sind konstitutive Elemente des Arztberufes als freier Beruf. Ärztinnen und Ärzte sind frei in der Bildung ihres Urteils, sie tragen aber auch die volle Verantwortung für ihr Handeln. Dabei ist die Rechtsform des Arbeitsverhältnisses für die Einordnung der Ausübung des Arztberufes als freier Beruf irrelevant. Auch ein Arzt ohne eigene Praxis ist in einem freien Beruf tätig. Dies gilt ebenso für Krankenhausärzte.

- Ärzte in einem freien Beruf erbringen ihre Leistungen in persönlicher Verantwortung. Die Ausübung eines freien Berufes gewährt Freiheit. Aber diese Freiheit ist keine absolute. Sie hängt ab vom Maß der erworbenen fachlichen Kompetenz, die naturgemäß zu Beginn einer Weiterbildung nicht so ausgeprägt sein kann, wie bei einem Facharzt.

Ärztliche Tätigkeit in einem freien Beruf beruht auf professioneller Autonomie mit ethisch begründeten Normen und Werten, auf der Basis hoher fachlicher Kompetenz, unter Berücksichtigung der Individualität des Patienten verbunden mit Leistungsbereitschaft, Integrität und Verschwiegenheit. Dies gilt vor dem Hintergrund einer freiwilligen Selbstbeschränkung, um übergeordnete gesellschaftliche Ziele zu verwirklichen, z. B. das Gemeinwohl.

## Maxime der ärztlichen Selbstverwaltung

Die Freiheit ist aufgrund der Grundnormen keine absolute, weil sie an öffentlichrechtliche Pflichten – wie die Pflichtmitgliedschaften in einer Kammer – gebunden ist. Denn mit dem Gedanken des Arztes in freier Berufsausübung ist die ärztliche Selbstverwaltung als Organisationsprinzip untrennbar verbunden. Dies bedeutet Mitbestimmung der Kammerangehörigen in eigenen Angelegenheiten.

Das prägende Merkmal des „freien Berufes“ entwickelte sich bereits im 19. Jahrhundert. Es kann verstanden werden als Reaktion auf die staatlichen Verpflichtungen der Ärzte während des Absolutismus und den Versuch, sich aus diesen Vereinbarungen herauszulösen. Schon in der Vergangenheit war klar, dass zur Durchsetzung dieser Emanzipationsbestrebungen die Ärzteschaft geschlossen gegenüber der Obrigkeit auftreten musste.

Aus dieser historischen Entwicklung sind die Ärztekammern entstanden. Das Ver-

trauen der Patienten in die hochwertige Sachkunde wird durch Kammern mittels der Regelungen zur ärztlichen Weiter- und Fortbildung sichergestellt.

Das eigenverantwortliche Handeln von Ärzten in freier Berufsausübung findet seinen Rahmen in den Regelungen der von der ärztlichen Selbstverwaltung aufgestellten Berufsordnung. Auch schützt die Berufsordnung die ärztliche Unabhängigkeit durch selbst auferlegte Pflichten, wie beispielsweise bei der Zusammenarbeit mit der Industrie beim Zuweisungsverbot.

Die Ärzteschaft regelt mittels der ärztlichen Selbstverwaltung die Berufsausübung in Eigenverantwortung. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts verstehen sich die Ärztekammern als mittelbare Staatsverwaltung, betreiben Berufsaufsicht, stellen die hohe Qualität ärztlichen Handelns sicher, vermitteln, schlichten und ahnden bei Verstößen gegen die beruflichen und ethischen Standards und Normen. Es gibt eine Berufsgerichtsbarkeit. Die Übertragung dieser Verantwortung auf die Ärzteschaft bedeutet Vertrauen seitens des Gesetzgebers und der Gesellschaft.

### Vorzüge der Kammerstrukturen

Alleinstellungsmerkmale der Ärztekammern umfassen laut Delbanco und Schwarzenau:

- Regelung der eigenen Angelegenheiten
- Sachkompetenz der Entscheidungsträger
- Unmittelbare Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten der Kammermitglieder
- Unmittelbare demokratische Legitimation

Diese Betrachtung kann auch auf die Vorzüge gegenüber privaten Vereinigungen erweitert werden, wie:

- Ausgleich von Partikularinteressen
- Definition verbindlicher Qualitätsstandards

- Verbindliche Wirkung der Entscheidung gegenüber den Mitgliedern.

Vorteile von der ärztlichen Selbstverwaltung haben nicht nur Ärztinnen und Ärzte. Auch die Gesellschaft und der Staat profitiert davon und zwar durch:

- Nutzung der Fachkompetenz der Mitglieder
- Entlastung des Staates

Im Zusammenhang mit den Vorzügen gegenüber privaten Vereinigungen ist festzustellen:

- Ein Ausgleich von Einzelinteressen
- Alle Mitglieder einer Berufsgruppe werden erreicht
- Entscheidungen sind für die Kammermitglieder verbindlich.

### Kammeraufgaben der Zukunft

Auf Basis der vorab genannten Maxime der heutigen Kammeraufgaben und der Ausnutzung der beschriebenen Vorzüge der Kammerstruktur für Mitglieder und Gesellschaft/Politik sollte die zukünftige Kammerarbeit bestimmt werden. Delbanco und Schwarzenau haben zukünftige Handlungsfelder aufgezeigt, die ich an dieser Stelle erweitern möchte.

- Ausbau der Ordnungsfunktion: Wir müssen als ärztliche Selbstverwaltung zeigen, dass wir den Herausforderungen, die sich durch die zunehmende Kommerzialisierung und Selbstzahlerversorgung und somit Bedeutungssteigerung des Dritten Gesundheitsmarktes ergeben, gewachsen sind und diese selber regeln können.

Auch werden die Anforderungen an den Ausbau der Ordnungsfunktionen steigen, je informierter Patienten sind. Hier muss die Kammer mit zeitgemäßen Beurteilungs- und Schlichtungsverfahren gewappnet sein, um der gesellschaftlichen Entwicklung gerecht zu werden.

- Expertenwissen interessenübergreifend

einbringen: Eine Politik der Verfolgung von Partikularinteressen hat keine Zukunft.

- Mitgliederwissen und -kompetenz mehr nutzen: So könnten die Ärztekammern ihre Kompetenz als Beratungs- und Bewertungs-Know-how weiter systematisch aufbauen. Sie könnten zu einer zentralen Anlaufstelle für Gesundheitsinformationen zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren mit Hilfe des Wissens ihrer Mitglieder werden. Diese Aufgabe sollten wir nicht der Verbraucherberatung überlassen.

Mit der Vorstellung von neuen Aufgabenbereichen plädiere ich nicht für eine Vernachlässigung der bisherigen Aufgabenbereiche wie die Weiter- und Fortbildung, Berufsaufsicht und Qualitätssicherung. Vielmehr müssen die Ärztekammern sich in einer zunehmenden diversifizierten Gesellschaft auch neuen Herausforderungen stellen. Das Übernehmen von neuen Aufgaben bzw. der Ausbau bestehender setzt aber auch voraus, wie mit gleichbleibenden (tendenziell weniger Ressourcen) dieses erledigt werden kann.

Wir befinden uns bei der ärztlichen Berufsausübung in einem Spannungsfeld zwischen Freiheit und Gemeinwohlinteressen. So müssen wir folgende Anforderungen auch zukünftig verfolgen:

- Es gilt, insbesondere die heranwachsende Ärztegeneration von den Werten des Arztberufes als freier Beruf zu überzeugen und zu begeistern. Hierzu haben wir Vorbilder und Führungspersönlichkeiten, die den Arztberuf als freien Beruf auch vorleben.

- Wir brauchen ein klares Bekenntnis zur ärztlichen Selbstverwaltung. Die ärztliche Selbstverwaltung ist die einerseits freiheitssichernde und die andererseits qualitätssichernde kollektive Handlungsautonomie der Ärzteschaft im Interesse der Gesellschaft und des Staates. Die Bundesärztekammer und die Landesärz-

tekammern verstehen sich als funktionale Selbstverwaltung, die Ausdruck des freien Arztberufes und zugleich das Instrument zu dessen Sicherung sind.

- Dabei ist wichtig, dass die Entscheidungsprozesse in den Ärztekammern transparent und demokratisch legitimiert sind. Dann wird auch Pflichtmitgliedschaft verstanden als eine Chance, um die Anliegen der Ärzteschaft fachlich kompetent und rechtsstaatlich in freier Verantwortung zu regeln. Es geht dabei nicht allein um Interessen der ärztlichen Profession, sondern ebenso um das Interesse der Allgemeinheit, d.h. letztlich

um die Gesundheitsversorgung der in Deutschland lebenden Bevölkerung.

Dies leitet über zum Gemeinwohlbezug von Ärztinnen und Ärzten in einem freien Beruf. Ärztliche Berufsausübung dient zwar auch, aber nicht nur, der Einkommenserzielung. Wenn die Ärzteschaft durch ihre Berufsethik das Wohl des Patienten ebenso wie das der Allgemeinheit im Auge behält, geschieht dies auf der Basis eines professionellen Selbstverständnisses, das an Werten orientiert ist. Die aufgezeigten Merkmale des Arztberufes als freier Beruf sind Ausdruck dieser gemeinsamen Werte.

Sie sind das Fundament, auf dem die Gesellschaft ihr Vertrauen in die Ärzteschaft stützen kann – im Sinne der eingangs beschriebenen Trias: Freiheit, Verantwortung und Vertrauen. – Und, lieber Herr Popović, zur Belastbarkeit dieses Fundaments haben Sie ganz wesentlich beigetragen.

Für all dies möchte ich Ihnen aus tiefster Überzeugung danken.

*Professor Dr. med. Christoph Fuchs,  
Berlin  
Hauptgeschäftsführer der  
Bundesärztekammer*

## Aktuelles

Wie können die Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten in Hessen verbessert werden? Auf der Suche nach Anregungen oder Lösungen kann sich ein vergleichender Blick über den Tellerrand lohnen. Mit flexiblen Arbeitszeiten und Kinderbetreuungsmöglichkeiten hat Schweden die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleichtert.

# Hessischer Arzt in Schweden: „Ausgeprägte hierarchische Strukturen kennt man hier nicht“

## Interview mit Matthias Hofmeyer

Ein Hesse, den es in den europäischen Norden verschlagen hat: Matthias Hofmeyer, aufgewachsen in Hofheim am Taunus, studierte in Berlin Medizin. Heute lebt und arbeitet der 37-jährige Assistenzarzt in Dalarna, einer ländlichen Provinz im Herzen von Schweden. Mit einer Fläche von 30.000 Quadratkilometern und 276.000 Einwohnern ist die Region eher dünn besiedelt. Während etwa in Hessen mit einer Fläche von rund 21.115 Quadratkilometern 287

Einwohner pro Quadratkilometer gezählt werden, leben in Dalarna gerade einmal neun Einwohner auf einem Quadratkilometer. Das schwedische Gesundheitswesen finanziert sich weitgehend aus Steuern. Ärzte arbeiten vorwiegend als Angestellte der Landesverwaltungen in Krankenhäusern und Gesundheitszentren. Damit liegt die medizinische Primärversorgung in den Händen der einzelnen Landesverwaltungen. Schweden hat jahrelang zu wenig Me-

dizinstudenten ausgebildet und einen Generationswechsel zu meistern, so dass Regionen wie Dalarna gezielt um Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland werben. Hofmeyer, der seine Weiterbildung, zunächst zum Facharzt für Allgemeinmedizin aufnahm und derzeit seine Weiterbildung zum Kinderarzt an einer Kinderklinik in Dalarna absolviert, ist mit einer Ärztin verheiratet. Das Ehepaar hat drei Kinder im Alter von wenigen Monaten, vier und sechs Jahren.

**Hess. Ärzteblatt:** Wann und warum haben Sie sich dazu entschlossen, im Ausland zu arbeiten?

**Hofmeyer:** Ich bin direkt nach dem Abschluss meines Studiums nach Schweden gegangen. Zum einen reizte es mich, in einem anderen Land Berufserfahrungen zu sammeln, aber ausschlaggebend waren auch vor allem finanzielle und familiäre Gründe. Damals gab es in Deutschland noch den schlecht bezahlten AiP, der weder von der Vergütung noch von den Arbeitszeiten her mit unserer Familienplanung in Einklang zu bringen war. Deshalb entschieden meine Frau und ich uns nach dem Besuch einer Rekrutierungsveranstaltung dazu, das Angebot der Provinz Dalarna anzunehmen.

**Hess. Ärzteblatt:** Fühlten Sie sich ausreichend auf die ärztliche Tätigkeit in Schweden vorbereitet?

**Hofmeyer:** Schwedische Sprachkenntnisse hatte ich bei der Ankunft noch keine. Nach einem dreimonatigen Intensivkurs – einer Zeit, in der man bereits sein Gehalt gezahlt bekommt – wurde ich ins kalte Wasser geworfen. Das heißt, ich fand mich als Assistenzarzt im Klinikalltag wieder. Eine große Herausforderung, denn



*Matthias Hofmeyer bei der Arbeit*

trotz der Verwandtschaft beider Sprachen war die Kommunikation anfangs nicht einfach. Geholfen hat mir allerdings der unkomplizierte Kontakt zu den Patienten. Die Bevölkerung in Dalarna ist erfahren im Umgang mit ausländischen Ärzten und hat keinerlei Ressentiments. Sie sind froh, dass wir da sind.

**Hess. Ärzteblatt:** Wie lassen sich Arbeit und Familie miteinander vereinbaren?

**Hofmeyer:** Die Bedingungen für Berufstätige mit Kindern sind ausgesprochen gut. Das fängt mit der Kindergartenplatzgarantie an. Man hat die freie Auswahl zwischen wohnortnah gelegenen Einrichtungen, die die Kinder bereits ab einem Jahr aufnehmen. Die meisten Eltern lassen ihre Sprösslinge zwar zunächst nur halbtags dort betreuen, theoretisch ist aber von Anfang an eine Ganztagsbetreuung möglich. Dies gilt ebenso für ältere Kinder, die nach der

Schule einen Hort besuchen können. Auch die Arbeitszeiten sind familienfreundlich. Meine Frau und ich arbeiten 75 %, um Zeit für die Familie zu haben. Darauf hat man einen gesetzlichen Anspruch, bis die Kinder acht Jahre alt sind.

In der Kinderklinik gibt es viele Kolleginnen und Kollegen, die selbst Kinder haben. Das verlangt eine ausgeklügelte Organisation, aber es klappt. Der Arbeitstag geht hier bis 16:30 Uhr, anschließend kann jeder nach Hause gehen. Unsere Klinik hat als neues System die 32-Stunden-Woche für Eltern eingeführt. Dies bedeutet, dass man um 7:45 Uhr beginnt und bis 15:00 Uhr arbeitet. Die Klinikroutine ist bis 15:00 Uhr abgeschlossen, dann kommt der diensthabende Abenddienst bis 21:00 Uhr und anschließend der Nachtdienst. Unsere gute Personaldecke – darunter immerhin fünf deutsche Kollegen – macht es möglich.

**Hess. Ärzteblatt:** Wo sehen Sie die Unterschiede zwischen deutschen und schwedischen Krankenhäusern?

**Hofmeyer:** Das Bild, das ich vor meiner Ankunft im Kopf hatte, hat sich in der Realität bestätigt: Ausgeprägte hierarchische Strukturen kennt man hier nicht, Kommunikation spielt eine große Rolle. Ärzte und Schwestern begegnen einander auf Augenhöhe; auch gibt es hier nach meiner Erfahrung sehr viel mehr Assistenzärzte und Oberärzte als an deutschen Kliniken. Dass Oberärzte ihr Wissen weitervermitteln, ist selbstverständlich. Die Eindrücke, die ich in Deutschland während meines Praktischen Jahres gesammelt hatte, haben mir viele Mitstudenten und junge Ärzte in Weiterbildung aus eigener Erfahrung bestätigt: Man fühlt sich an deutschen Krankenhäusern oft gehemmt, Fragen zu stellen und Nichtwissen offen zu zeigen. In Dalarna bin ich dagegen immer auf Verständnis gestoßen, wenn ich nachgefragt

habe. Überhaupt wird an schwedischen Kliniken großer Wert auf Fortbildung während der Arbeitszeit gelegt. Das ist ein besonderes Gewicht in der Waagschale, denn bei der Bezahlung von Krankenhausärzten in Deutschland und Schweden gibt es wohl keine großen Unterschiede mehr.

**Hess. Ärzteblatt:** Wie beurteilen Sie die Qualität der Weiterbildung in Schweden?

**Hofmeyer:** Die Weiterbildung empfinde ich hier eindeutig als Pluspunkt. Wöchentlich führen sowohl Assistenzärzte als auch Oberärzte klinikinterne Weiterbildungen durch wie z.B. Fallvorstellungen oder vertiefende Vorträge. Hinzu kommen ständig weitere, auch externe Angebote. Man sucht sich aus, was einen besonders interessiert, und meldet sich bei Weiterbildungsangeboten innerhalb Schwedens, aber auch im Ausland an. Auch diese werden teilweise bezahlt. Außerdem gibt es für Ärzte in Weiterbildung die Möglichkeit, an bis zu vier Vertiefungskursen im Halbjahr teilzunehmen. Kein Arbeitgeber hat dagegen etwas einzuwenden, im Gegenteil: Die Teilnahme, gerade auch während der Woche wird ausdrücklich unterstützt.

**Hess. Ärzteblatt:** Gibt es viele Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung?

**Hofmeyer:** Das schwedische Gesundheitssystem ist anders strukturiert als das deutsche. Die meisten Ärzte, Krankenschwestern und andere Gesundheitsberufe arbeiten in Gesundheitszentren, die auch ambulant tätige Ärzte auf poliklinischer Ebene zusammenfassen. Diese Kolleginnen und Kollegen haben die Position eines Oberarztes inne und werden entsprechend bezahlt. Sie sind Teil des Klinikbetriebs und übernehmen innerhalb der Einrichtung auch die Vertretung von Klinikärzten. Es ist üblich, dass die Patienten vor dem

Arztbesuch telefonisch den Rat der zuständigen Bezirkskrankenschwester einholen und dann gegebenenfalls einen Termin beim Arzt buchen. Medizinische Fachberufe sind hier mit mehr Verantwortung ausgestattet als in vielen anderen Ländern. Ärztliche Hausbesuche werden so gut wie gar nicht durchgeführt, außer in Seniorenheimen, die von zugeteilten Ärzten betreut werden. Niedergelassene Fachärzte außerhalb der Allgemeinmedizin gibt es auf dem Land bisher weniger. Das bedeutet natürlich zugleich, dass Patienten teilweise weite Strecken zurücklegen müssen, um sich ärztlich behandeln zu lassen. Eine Hürde, die auch immer wieder zu Kritik an dem System führt. In Großstädten wie Stockholm ist daher seit einiger Zeit eine gegenläufige Entwicklung zu beobachten: Hier lassen sich zunehmend Fachärzte in eigener Praxis nieder.

**Hess. Ärzteblatt:** Haben Sie Deutschland für immer den Rücken gekehrt?

**Hofmeyer:** Wir betrachten uns nicht als klassische Auswandererfamilie, die nie mehr zurück möchte. Wir fühlen uns in Schweden familiär und beruflich gefördert und gefordert, aber es gibt auch Momente der Sehnsucht nach zu Hause, nach den Eltern, Großeltern und Freunden.

**Hess. Ärzteblatt:** Vielen Dank für das Gespräch.

*Das Interview mit Matthias Hofmeyer führte Katja Möhrle*

Eine Informationsveranstaltung der Provinz Dalarna findet am 20. November 2010 in Frankfurt statt.

## Zertifizierte Fortbildung

**Rubrikherausgeber**

H. Lehnert, Lübeck  
 E. Märker-Hermann, Wiesbaden  
 J. Meyer, Mainz  
 J. Mössner, Leipzig (Schriftleitung)  
 A. Neubauer, Marburg

**H. Burkhardt<sup>1</sup> · M. Wehling<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Klinische Geriatrie, IV. Medizinische Klinik, Universitätsmedizin Mannheim

<sup>2</sup> Zentrum für Gerontopharmakologie, Klinische Pharmakologie,  
 Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg, Mannheim

VNR 2760602010109490001

# Probleme bei der Pharmakotherapie älterer Patienten

**Zusammenfassung**

Die Pharmakotherapie bei älteren Menschen ist für den Arzt oft eine schwierige und nicht selten auch unterschätzte Aufgabe. Viele Medikamente sind für diese Patientengruppe hinsichtlich ihrer Risiko-Nutzen-Bilanz nicht ausreichend untersucht, spezielle unerwünschte Arzneimittelwirkungen wie Sturzereignisse und das delirante Syndrom treten häufiger und klinisch bedeutsamer auf. Schließlich besteht die Problematik der Polypharmazie bei Multimorbidität. Die richtige Balance zwischen unangemessener Übertherapie auf der einen und einer Untertherapie bezüglich eindeutig nützlicher Therapien auf der anderen Seite zu finden, ist nur möglich auf dem Boden einer umfassenden individuellen Risiko-Nutzen-Analyse. Diese muss neben den Präferenzen des Patienten auch seine Vulnerabilität, die verbliebenen Ressourcen und seine Funktionalität mit einbeziehen. Einfache Therapieregeln, aber auch eine verbesserte Kennzeichnung der Medikamente und pharmakotherapeutischen Strategien können hier hilfreich sein.

**Schlüsselwörter**

Pharmakotherapie · Multimorbidität · Polypharmazie · Älterer Patient · Risiko-Nutzen-Analyse

**Difficulties in pharmacotherapy of the elderly****Abstract**

Pharmacotherapy in the elderly is a challenge as the real risk-benefit ratio of many drugs and treatment strategies often remains unknown in these patients. Furthermore there are some special adverse drug reactions such as falls and delirium not only occurring more often but also causing an increased proportion of adverse outcomes. Finally there is the phenomenon of multimorbidity and polypharmacy responsible for treatment errors and inadequate drug treatment. A comprehensive risk-benefit analysis is needed to avoid both under- and over-treatment. This analysis should cover patients preferences, vulnerability, resources and functionality. Some simple treatment rules may improve drug treatment in the elderly, but an improved characterization of drugs and treatment strategies with regard to the elderly is essential.

**Keywords**

Pharmacotherapy · Multimorbidity · Polypharmacy · Elderly patient · Risk-benefit analysis

Werden multimorbide Patienten entsprechend den geltenden Leitlinien behandelt, resultiert leicht eine unangemessene Polypharmazie

#### ► Pharmakokinetik

Die wichtigsten unerwünschten Arzneimittelwirkungen sind das delirante Syndrom und Sturzereignisse

#### ► individuellen Behandlungsplan

**Ein Großteil der Arzneimittel, die in Deutschland verordnet werden, wird aufgrund der zunehmenden Prävalenz chronischer Erkrankungen mit dem Alter für ältere Patienten rezeptiert. Als ältere Patienten werden in der Regel Patienten über 65 Jahre bezeichnet. Obwohl sie die bedeutendste Zielgruppe der Pharmakotherapie sind, gibt es gerade hier die stärksten Unsicherheiten über Indikation und Risiko-Nutzen-Bilanz der Pharmakotherapie. Ziel dieses Artikels ist es, das Bewusstsein für die Gründe hierfür, die spezielle Problematik der Polypharmazie und die Besonderheiten beim älteren Patienten allgemein zu schärfen.**

### Risiken der Pharmakotherapie

Folgende wichtige Aspekte gestalten die Pharmakotherapie beim älteren Patienten oft schwierig:

**1. Mangelnde Repräsentanz in Studienpopulationen.** Der Nutzen vieler pharmakotherapeutischer Strategien ist in dieser Bevölkerungsgruppe unzureichend untersucht, da die hierfür maßgeblichen Untersuchungen meist mit jüngeren Patienten durchgeführt werden (z. B. Diabetes, Herzinsuffizienz, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, M. Parkinson, Depression, Dranginkontinenz, um nur wenige zu nennen).

**2. Behandlungsstrategien bei Multimorbidität.** Für Behandlungsstrategien bei Multimorbidität gibt es nur sehr unzulängliche Daten und kaum Aussagen in einschlägigen Leitlinien. Werden multimorbide Patienten entsprechend den geltenden Leitlinien für alle bestehenden chronischen Probleme behandelt, resultiert dies leicht in einer unangemessenen und sogar undurchführbaren Polypharmazie, nicht selten auch mit konträren Therapiezielen.

**3. Veränderte physiologische Ressourcen.** Mit zunehmendem Lebensalter verändern sich viele physiologischen Aspekte im Organismus, sodass in einem beträchtlichen Teil der älteren Patienten Veränderungen mit Bedeutung für ► **Pharmakokinetik** und auch Pharmakodynamik erwartet werden können.

**4. Spezielle unerwartete Arzneimittelwirkungen.** Bei älteren Patienten treten typischerweise vermehrt spezielle kritische Ereignisse oder Komplikationen auf, die, obwohl in der Regel multifaktoriell bedingt, nicht selten zu einem erheblichen Teil durch Medikamente verursacht sind. Die wichtigsten diesbezüglichen unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) sind das delirante Syndrom und Sturzereignisse.

**5. Geriatrische Syndrome und reduzierte Funktionalität.** Mit zunehmendem Alter treten typische geriatrische Krankheitsbilder in den Vordergrund, die eine standardisierte Behandlung mit Medikamenten erschweren oder stören. Hierbei handelt es sich in erster Linie um Veränderungen, welche die Funktionalität des Menschen insgesamt und nicht nur einzelner Organfunktionen beeinträchtigen.

**6. Eingeschränkte verbleibende Lebenserwartung.** Für eine Pharmakotherapie mit einer präventiv angelegten Nutzenerwartung (z. B. Antikoagulation zur Schlaganfallprophylaxe) kann die Risiko-Nutzen-Relation verändert sein, wenn die verbleibende Lebenserwartung den Zeithorizont des präventiv zu beeinflussenden Ereignisses deutlich unterschreitet.

Die Therapieentscheidung beim älteren Patienten bewegt sich daher häufig auf einem schwierigen Grat zwischen unkritischem Aktionismus mit der Gefahr der Übertherapie und dem ebenfalls unangemessenen therapeutischen Nihilismus. Diesem kann nur rational begegnet werden, wenn in einem ► **individuellen Behandlungsplan** für jede Entscheidung auch rationale Argumente gefunden werden.

In diesem Zusammenhang müssen folgende Fragen beantwortet werden:

- Welche Medikamente bergen ein für ältere Patienten eventuell problematisches Risikopotenzial?
- Welche unter den älteren Patienten sind die besonders vulnerablen und werden von den oben erwähnten Aspekten besonders betroffen sein?

Dabei ist zu beachten, dass ältere Patienten insgesamt eine sehr heterogene Patientengruppe sind. Alle oben aufgeführten Punkte sind vor diesem Hintergrund zu verstehen. Soll daher eine angemessene Pharmakotherapie differenziell auf einer individuellen Grundlage gestaltet werden,

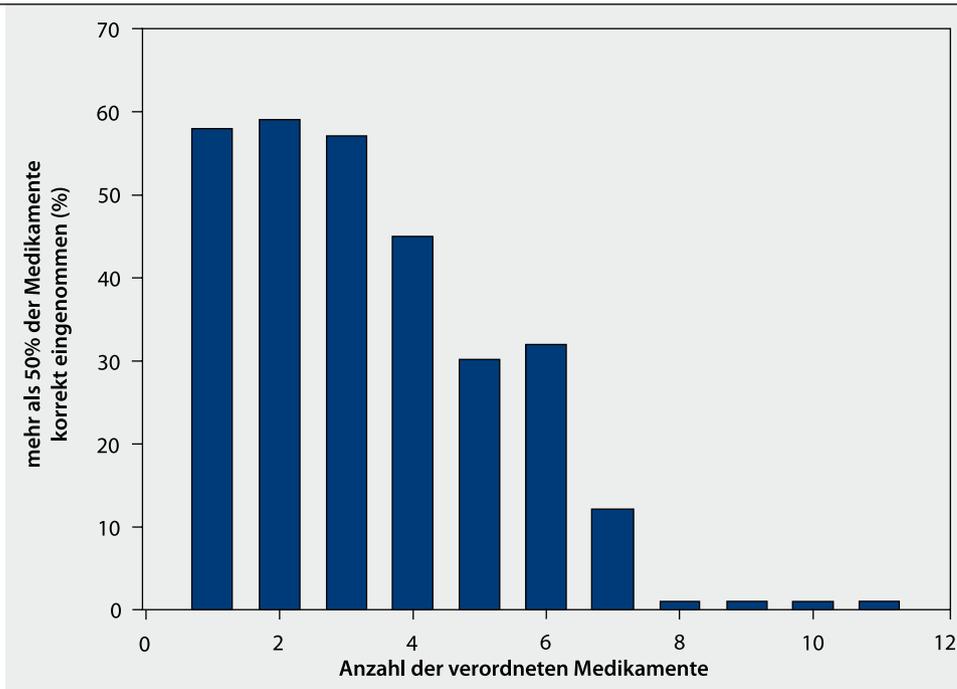


Abb. 1 ▲ Polypharmazie und Adhärenz. (Adaptiert nach [4])

kommen neben den Aspekten der ► **Patientenpräferenz** und den prinzipiell gültigen durch die Diagnose bedingten Therapiestrategien auch Aspekte aus den oben genannten 6 Punkten zur Geltung. Man wird sich also in jedem Einzelfall fragen:

- Wie ist die verbleibende Lebenserwartung?
- Wie sind die verbleibenden physiologischen Ressourcen?
- Wie ist die aktuelle Funktionalität?
- Wie ist das individuelle Spektrum der Multimorbidität?
- Ist eine abweichende Risiko-Nutzen-Relation zu erwarten?

### Identifizierung besonders vulnerabler Patienten

Für eine optimierte Risiko-Nutzen-Abwägung und eine entsprechend differenzierte Pharmakotherapie ist eine Identifizierung besonders vulnerabler Patienten entscheidend. Dem ► **Frailty-Konzept nach Fried** (Phänotyp der Gebrechlichkeit) wird hierbei das größte diagnostische Potenzial zugemessen. Es weist die größte Nähe zu den wesentlichen Veränderungen der Physiologie auf (Verlust an Muskelmasse und Muskelkraft). Allerdings lassen sich die von Fried [2] genannten diagnostischen Kriterien – reduzierte Muskelkraft, reduzierte Ganggeschwindigkeit, reduzierte körperliche Aktivität, Erschöpfung – noch nicht eindeutig in der Praxis anwenden, da für die genannten Aspekte noch keine allgemeingültigen Grenzwerte konsentiert sind.

► **Multimorbidität** als Summation der aktiven Diagnosen greift zu kurz, da nicht jede Erkrankung gleich stark Morbidität bedingt und auch nicht automatisch zu den oben beschriebenen Problemen der Multimorbidität führen muss. Für die Pharmakotherapie ergeben sich je nach Muster der Multimorbidität sehr unterschiedliche Problemkonstellationen, angefangen von der Anzahl der resultierenden Medikamente über die Interaktionsspektren bis hin zu evtl. konkurrierenden Zielsetzungen.

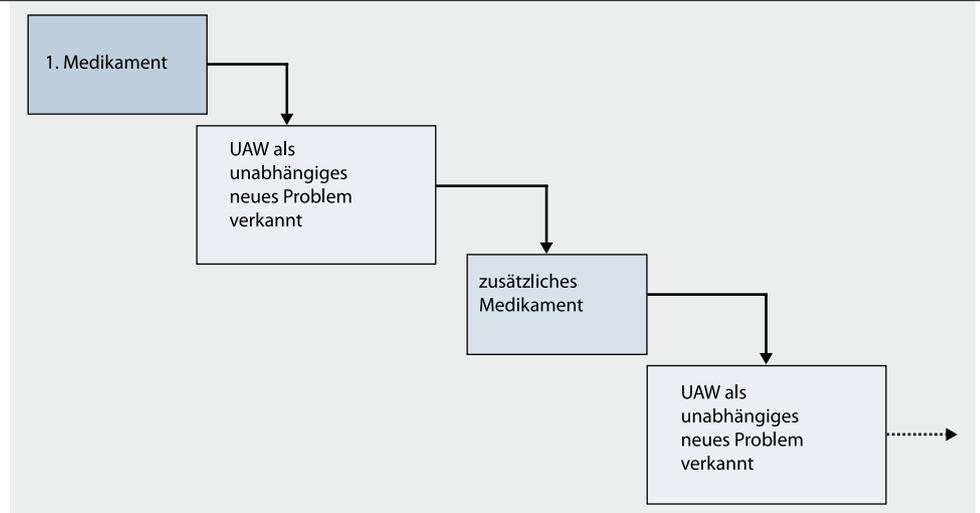
Das Konzept der Alltagsaktivitäten (► **Alltagskompetenz**) kommt als weitere Alternative in Betracht. Hierbei werden mit Summenscores basale Aktivitäten des Alltags wie Ausscheidungskontrolle, Körperpflege, Essen und Mobilität abgefragt („activities of daily living“, ADL) oder erweitert sog. instrumentelle Aktivitäten wie Telefonieren, Verkehrsmittel benutzen, Umgang mit Medikamenten etc. („instrumental activities of daily living“, IADL) erfasst. Beides sind essenzielle Aspekte des geriatrischen Assessments [5]. Allerdings gilt auch, dass Defizite in der Alltagskompetenz nicht notwendigerweise die verminderten physiologischen Ressourcen abbilden. Sie sind zwar oft damit assoziiert, aber eben nur indirekte Marker der Vulnerabilität.

#### ► Patientenpräferenz

#### ► Frailty-Konzept nach Fried

#### ► Multimorbidität

#### ► Alltagskompetenz



**Abb. 2** ▲ Verordnungskaskade („prescribing cascade“; UAW: unerwünschte Arzneimittelwirkung)

Zur Einschätzung der Vulnerabilität muss eine differenzierte Sicht auf die individuelle Situation des Patienten gelingen

Daraus ergibt sich, dass zur verbesserten Einschätzung der Vulnerabilität eine differenzierte Sicht auf die individuelle Situation des Patienten gelingen muss. Hierzu sollten immer mehrere Aspekte integriert werden. Dazu zählen neben dem individuellen Muster der Multimorbidität auch Aspekte der Alltagsaktivität und Marker des Frailty-Konzepts.

### Polypharmazie

Polypharmazie meint die gleichzeitige Behandlung eines Patienten mit mehreren Wirkstoffen (5 und mehr Arzneimittel gleichzeitig). Dies birgt einige Gefahren:

- Fördern einer mangelhaften Therapietreue (Adhärenz),
- Kumulation des Risikos unerwünschter Arzneimittelwirkungen,
- erhöhtes Risiko einer Hospitalisierung,
- fehlerhafte Medikation,
- unüberschaubare Interaktionen,
- erhöhte Kosten.

Polypharmazie gilt insgesamt als ungünstiger prognostischer Faktor

Polypharmazie gilt insgesamt als ungünstiger prognostischer Faktor, lässt sich allerdings häufig auch nicht umgehen, da viele Muster der Multimorbidität zwangsläufig in eine Polypharmazie führen. Für einige internistische Diagnosen wird bereits per se eine Polypharmazie erforderlich (dies gilt z. B. für eine große Anzahl von Patienten mit arterieller Hypertonie oder Herzinsuffizienz). Das erklärt zumindest zum Teil die hohen Prävalenzraten für Polypharmazie bei älteren Patienten. So liegt bei über 75-Jährigen bei ca. 20% eine Polypharmazie mit 5 oder mehr Wirkstoffen vor, zählt man die Substanzen hinzu, die der Patient ohne Rezept erwerben kann („over the counter“, OTC), steigen die Prävalenzzahlen leicht auf über 40%.

Ab 5 gleichzeitig verordneten Wirkstoffen lässt die Adhärenz des Patienten erheblich nach

Eine allgemein akzeptierte Schwelle, ab welcher von Polypharmazie gesprochen werden kann, existiert nicht. Viele Autoren setzen diese Schwelle derzeit recht willkürlich bei 5 gleichzeitig verordneten Wirkstoffen fest. Dem liegt zugrunde, dass ab dieser Anzahl von gleichzeitig verordneten Wirkstoffen die Adhärenz des Patienten mit einer regelmäßigen Einnahme all dieser Substanzen erheblich nachlässt (■ **Abb. 1**; [4]). Gleichzeitig steigt die Anzahl der möglichen Interaktionen, damit auch das Risiko der zu erwartenden UAW, wodurch letztlich die Risiko-Nutzen-Bilanz ungünstiger ausfallen wird. Ein bislang viel zu wenig beachtetes Problem hierbei ist, dass Risiko und Nutzen mit zunehmender Anzahl verordneter Wirkstoffe in sehr unterschiedlichem Ausmaß verändert sein können. Ebenso ist in vielen therapeutischen Situationen der Multimorbidität unklar, ob durch die Zugabe eines weiteren Medikaments überhaupt noch ein direkter günstiger Effekt erwartet werden kann. Die tatsächliche Summe der Effekte ist oft deutlich geringer als die theoretisch erwartete Summe der Einzeleffekte.

Interaktionen können sehr vielfältig sein und auch erfahrene Verordner in der Situation der Polypharmazie überfordern. Nützliche Hilfsmittel, um zumindest häufige Interaktionspotenziale erken-

**Infobox 1 Häufigkeit der Medikationsfehler nach Daten der Berliner Altersstudie**

- Fehlmedikation: 18,7%
- Untermedikation: 11,1%
- Übermedikation: 13,7%

**Infobox 2 Schätzformeln zur Bestimmung der Nierenfunktion****Cockcroft-Formel:**

Clearance (ml/min) =  $(140 - \text{Lebensalter}) \times \text{Körpergewicht (kg)} / (72 \times \text{Serumkreatinin (mg/dl)})$   
(Korrekturfaktor 0,85 für Frauen)

**MDRD-Formel:**

Clearance (ml/min) =  $170 \times \text{Serumkreatinin (mg/dl)}^{-0,999} \times \text{Alter}^{-0,176} \times \text{Serumharnstoff (mg/dl)}^{-0,293} \times \text{Serumalbumin}^{0,318} \times \text{Körperoberfläche}/1,73$   
Korrekturfaktor bei Frauen: 0,762

nen zu können, sind Datenbanken oder Tabellenwerke, die z. B. die Interaktionen im Bereich hepatischer Metabolisation erkennen lassen [9].

Ein weiteres, in der klinischen Praxis relevantes Problem ist die sog. ► **Verschreibungskaskade** (engl. „prescribing cascade“). Damit ist gemeint, dass in solchen unübersichtlichen Situationen ein neu auftretendes Symptom, welches eigentlich auf eine UAW hinweist, nicht als solches erkannt wird, sondern als eigenständiges, neues medizinisches Problem mit einem weiteren Wirkstoff behandelt wird, anstatt dass das auslösende Medikament ab- oder umgesetzt wird (■ **Abb. 2**; [8]).

Die Einschätzung einer Polypharmazie als gerechtfertigte Maßnahme, deren Nutzen insgesamt überwiegt, ist im Einzelfall nicht immer leicht. Obwohl gerade bei älteren Patienten oft weniger mehr ist, wenn man die übliche Verschreibungspraxis betrachtet, kann dies nicht generell gelten. Es gibt auch diejenigen Patienten, die zuwenig Medikamente erhalten. Die Berliner Altersstudie hat mit ihrem individuellen Ansatz und der Einzelanalyse jedes einzelnen Verordnungsmusters gezeigt, dass sehr häufig sowohl Fehl-, wie auch Über- und Untermedikation besteht (■ **Infobox 1**; [10]). Es kann sogar bei ein und demselben Patienten gleichzeitig eine Über- und eine Untermedikation bestehen (z. B. Übertherapie mit Psychopharmaka und Untertherapie mit Antihypertensiva).

**Reduzierte physiologische Ressourcen**

Im Rahmen des Alterungsprozesses ändert sich eine Vielzahl physiologischer, organbezogener Parameter, die potenziell Einfluss auf die Pharmakotherapie nehmen können. In diesem Zusammenhang kann man unterscheiden zwischen Aspekten, die eher pharmakokinetische Veränderungen nach sich ziehen, und solchen, die mit einer veränderten Pharmakodynamik in Verbindung stehen (■ **Tab. 1**).

Die wichtigsten Veränderungen sind diejenigen, die potenziell eine Wirkstoffakkumulation durch eingeschränkte Clearance des Medikaments bedingen können. Dies ist bei älteren Patienten häufig, betrifft aber hauptsächlich diejenigen Medikamenten mit einer geringen therapeutischen Breite. Dazu sind vorrangig Digitalis, Theophyllin, orale Antikoagulanzen und Antiepileptika zu zählen. Bei Einsatz eines solchen Medikaments in der Dauertherapie ist bei älteren Menschen immer Vorsicht geboten.

Die im Vordergrund stehenden relevanten Prozesse sind die Abnahme der glomerulären Filtrationsrate, der abnehmende hepatische Blutfluss und die abnehmende enzymatische Kapazität der CYP-Systeme. Lediglich die Nierenfunktion lässt sich in einem praktikablen „Bedside-Ansatz“ in diesem Zusammenhang erfassen und stellt daher den derzeit einzigen biochemischen Marker dar, der in der Praxis einen etablierten Stellenwert hat. Das Serumkreatinin allein reicht allerdings nicht aus, da auch bei normalen Kreatininwerten bei Älteren bereits häufig eine signifikant reduzierte Nierenfunktion vorliegen kann. Für ältere Patienten wird daher generell der Einsatz einer Schätzformel propagiert, da sich die gemessene Kreatininclearance, wie alle anderen Verfahren, die das korrekte Sammeln einer Urinprobe über eine bestimmte Zeit erfordern, hier als sehr unzuverlässig erwiesen hat (häufige Probleme mit Inkontinenz und Kognition etc.). Schätzformeln, die sich prinzipiell für diese Aufgabe eignen, sind die ältere Formel nach Cockcroft- und die MDRD-Formel (Modification of Diet in Renal Disease) in der ursprünglichen Version (■ **Infobox 2**). Bei Werten unter 60 ml/min besteht die Gefahr einer Akkumulation renal eliminierten Substanzen.

Obwohl auch im Bereich Resorption und Verteilung zahlreiche altersbezogene Veränderungen beschrieben sind, kommt ihnen in der Praxis meist eine untergeordnete Rolle zu. Dies betrifft auch die bei Älteren veränderte Körperzusammensetzung mit reduziertem Wasser- und vermehrtem Fettgehalt. Eine Ausnahme stellt die Konkurrenz um die Plasmaeiweißbindung bei erniedrigter Albumin-

► **Verschreibungskaskade**

Es gibt auch ältere Patienten, die zuwenig Medikamente erhalten

Eine Wirkstoffakkumulation durch eingeschränkte Clearance ist bei älteren Patienten häufig

Bei normalen Kreatininwerten liegt bei Älteren bereits häufig eine signifikant reduzierte Nierenfunktion vor

**Tab. 1 Altersbedingte Veränderungen der Physiologie mit direktem Bezug zur Pharmakotherapie**

Veränderung	Direkter Effekt auf Pharmakokinetik	Direkter Effekt auf Pharmakodynamik	Risiko
Schlaf-Wach-Rhythmus verändert	Nein	Erhöhte Empfindlichkeit bei Psychopharmaka (bes. Benzodiazepine)	Schlafstörung
Gesamtkörperwasser vermindert	Hydrophile Substanzen	Nein	UAW
Leberdurchblutung reduziert	Akkumulationsgefahr hepatisch eliminerter Substanzen	Nein	Interaktion, UAW
Glomeruläre Filtrationsrate vermindert	Akkumulation renal eliminerter Substanzen	Nein	UAW
Ansprechen auf $\beta$ -adrenerg vermittelte Reize vermindert	Nein	Verminderte Empfindlichkeit auf $\beta$ -Blocker	Orthostase, Sturzgefahr
Inzidenz diastolischer linksventrikulärer Funktionsstörungen erhöht	Nein	Empfindlichkeit auf Volumendepletion erhöht	Orthostase, Sturzgefahr
Albuminkonzentration im Serum nimmt ab	Veränderung des Verteilungsvolumens	Nein	Beeinflussung von Medikamentenspiegeln

UAW: unerwünschte Arzneimittelwirkung.

### ► Benzodiazepinen

### ► paradoxe Reaktion

Viele ältere Patienten kommen aufgrund eingeschränkter Funktionalität mit Medikamenten nicht zurecht

Bei älteren Patienten ist bei bis zu 25% mit einem eingeschränkten Visus zu rechnen

konzentration dar (z. B. für Dosierung oraler Antikoagulanzen wie Phenprocoumon von Bedeutung).

Altersbedingte Veränderungen definierter Strukturen und Systeme im Organismus können prinzipiell auch eine Reihe von pharmakodynamisch bedingten Veränderungen erklären, sind allerdings meist noch wenig verstanden. Wichtiges Beispiel hierfür ist die veränderte Wirkung von ► **Benzodiazepinen** bei älteren Patienten. So werden oft bereits bei geringerer Dosierung stark sedierende Effekte beobachtet, ebenso kommt aber häufiger auch eine ► **paradoxe Reaktion** vor. Ein weiteres Beispiel ist die gehäufte Beobachtung einer tardiven Dyskinesie nach Einsatz von Neuroleptika bei älteren Menschen.

### Eingeschränkte Funktionalität

Der Erfolg einer Pharmakotherapie kann nicht hinreichend verstanden werden, wenn man nur die Verteilung und die allgemein bekannte Wirkung des Arzneimittels betrachtet. Dies erfordert eine viel umfassendere Sichtweise auf den Patienten und seine individuelle Situation. Hier spielen organübergreifende und alltagsbezogene Einschränkungen der Funktionalität eine große Rolle. Viele ältere Patienten kommen aufgrund eingeschränkter Funktionalität mit Medikamenten nicht zurecht. Man muss damit rechnen, dass auch auf den ersten klinischen Blick funktionell nicht wesentlich eingeschränkte Patienten in bis zu 10% der Fälle eine Standard-Blister-Packung und in bis zu 45% eine Flip-Top-Verpackung nicht sicher öffnen können [7].

Folgende Aspekte der Funktionalität sind entscheidend:

- Visus,
- Kognition,
- manuelle Geschicklichkeit.

Einschlägige Untersuchungen zeigen, dass bei älteren Patienten ein eingeschränkter Visus bei bis zu 25%, eine eingeschränkte Kognition bei bis zu 20% und eingeschränkte manuelle Geschicklichkeit ebenfalls bei über 10% zu finden ist. Diese Veränderungen muss man in zunehmender Prävalenz für die Gruppe der über 80-Jährigen erwarten [10].

Die genannten Aspekte der Funktionalität werden oft bei einer üblichen Untersuchung des Patienten nicht erfasst, können aber durch ein geriatrisches Assessment gut abgebildet werden. Hierbei ist ein verkürzter Test, der dies auch in einer kurzen Zeitspanne erlaubt und damit prinzipiell zu einem Screening taugt, der Geldzähltest oder Timed Test of Money Counting ist (■ **Infobox 3**; [6]).

**Tab. 2 „Fall risk increasing drugs“ (FRIDs, das Sturzrisiko fördernde Medikamente)**

- Anxiolytika (Benzodiazepine)
- Neuroleptika (D2-Antagonisten und Serotonin-Dopamin-Antagonisten)
- Antidepressiva (Trizyklika, SSRI, SSNRI, MAO-Hemmer)
- Antihypertensiva (Diuretika, $\beta$ -Blocker, $\alpha$ -Blocker, Kalziumantagonisten, ACE-Hemmstoffe)
- Antiarrhythmika
- Nitrate und andere Vasodilatoren
- Digoxin
- Opioidanalgetika
- Anticholinerge Medikamente
- Antihistaminika
- Antivertiginosa
- Orale Antidiabetika

**Infobox 3 Timed Test of Money Counting**

Portemonnaie, ca. 12×9 cm, ein Außenfach mit Druckknopf für Scheine

- 5 € im Außenfach
- 1×2 € Münze
- 2×1 € Münze
- 1×50 Cent Münze
- 3×10 Cent Münze

*Testgröße:* Zeit in Sekunden bis zur Nennung des richtigen Ergebnisses.

*Ablauf:* Proband die Fächer zeigen, Geldbörse schließen, Portemonnaie übergeben, Zeit starten. Ende der Zeitmessung bei Nennung des korrekten Ergebnisses (9,80 €). Bei Nennung eines falschen Betrags darauf aufmerksam machen, dass das Ergebnis nicht richtig ist. 3 Versuche erlaubt, dann Abbruch, bei 300 s ebenfalls Abbruch.

- bis 45 s: normal
- 45–70 s: wahrscheinlich hilfsbedürftig
- >70 s: hilfsbedürftig

**Häufige unerwünschte Arzneimittelwirkungen****Stürze und Medikamente**

Stürze sind bei älteren Menschen nicht nur häufige Ereignisse – etwa ein Drittel der zuhause lebenden älteren Menschen über 65 Jahre im Durchschnitt stürzt einmal pro Jahr, von den über 80-jährigen sind es bereits etwa die Hälfte – sie spielen auch eine erhebliche Rolle für Morbidität und Mortalität. In etwa 5% der Sturzereignisse bei älteren Menschen kommt es zu einer Fraktur (hier besonders häufig die Radius- und die proximale Femurfraktur), deren Letalitätsrate mit höherem Lebensalter ansteigt. Die größte klinische Bedeutung aufgrund der assoziierten Morbidität und Letalität hat hierbei die proximale Femurfraktur. Die 12-Monatsletalität kann hier bei den über 65-Jährigen bis zu 25% betragen. Besonders gefährdet sind diejenigen Patienten, die im Alten- bzw. Pflegeheim leben.

Wichtig ist, möglichst genau anamnestisch zu erfassen, ob dem Sturzereignis eine ► **Synkope** zugrunde lag

oder nicht. Im Fall einer Synkope ergibt sich ein andersartiger diagnostischer Algorithmus, der zum Ziel hat, günstig beeinflussbare kardiale Erkrankungen rechtzeitig zu erfassen. Lag keine Synkope vor, welches in der Mehrzahl der Fälle zu erwarten ist, sind die Sturzereignisse in der Regel multifaktoriell bedingt und spiegeln verminderte Ressourcen des Patienten zur Aufrechterhaltung der posturalen Stabilität wieder. Medikamente zählen in diesem Zusammenhang grundsätzlich zu den günstig beeinflussbaren sturzauslösenden Faktoren, sodass nach jedem Sturzereignis immer eine genaue Analyse der Medikation hinsichtlich der Begünstigung des Sturzes erfolgen muss.

Allerdings ist die Beurteilung einer Vielzahl von Medikamenten bezüglich ihres Beitrags zum Sturzrisiko nicht unproblematisch. Die Hauptschwierigkeiten einer allgemeingültigen genauen Bewertung anhand repräsentativer Daten liegen wie bei der Einzelfallanalyse in folgenden Punkten:

- kausaler Zusammenhang oft unklar,
- Analyse erfolgt in epidemiologischen Arbeiten oft nur in groben Medikamentengruppen,
- Fragen der Eindosierung bzw. der Medikamentendosis bleiben oft unklar.

Dennoch kann als Faustregel derzeit gelten, dass die Anzahl der Medikamente wie auch die Verordnungsart von Psychopharmaka unabhängig von der Wirkstoffklasse ein eindeutiges Sturzrisiko darstellt. Medikamente, die in Verbindung mit Sturzereignissen stehen können, werden als sog. FRIDs (► „**fall risk increasing drugs**“) klassifiziert (■ **Tab. 2;** [11]). Von diesen sind die hervorgehobenen Anxiolytika, Neuroleptika, Antidepressiva und Antihypertensiva diejenigen mit der eindeutigsten Datenlage, bzw. den meisten berichteten Ereignissen.

Einige zusätzliche Aspekte sind zu bedenken. So konnte bisher nicht schlüssig nachgewiesen werden, dass das Sturzrisiko hauptsächlich mit dem anticholinergen Potenzial der Substanzen korreliert. Mutmaßlich sind auch hier die Pathomechanismen so vielfältig, dass lediglich eine epidemiologisch gestützte Risikoabschätzung bleibt. In diesem Zusammenhang konnten zum Beispiel moderne Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) keine Vorteile gegenüber den trizyklischen Antidepressiva zeigen. Kurzwirksame Benzodiazepine werden bezüglich des Sturzrisikos häufig etwas günstiger als länger wirksame bewertet. Flurazepam, Chlordiazepoxid und Oxazepam erwiesen sich als die risikobehaftetsten Einzelpräparate. In der Praxis wesentlich bedeutender als die Halbwertszeit scheint aber die absolute Dosis des verordneten Präparats zu sein.

Auch Antihypertensiva werden häufig mit Sturzereignissen in Verbindung gebracht. Trotz der prinzipiellen Gefahr einer Orthostasereaktion fand sich aber in einschlägigen Untersuchungen entgegen den Erwartungen kein signifikantes Risiko mehr. Diese Diskrepanz wird damit erklärt, dass bei richtigem Einsatz – angepasste Startdosis und Dosisesskalationsintervalle – offenbar kein sehr hohes Sturzrisiko besteht. Eine besondere Risikogruppe sind die älteren Patienten mit neurologischen

Stürze spielen bei älteren Menschen eine erhebliche Rolle für Morbidität und Mortalität

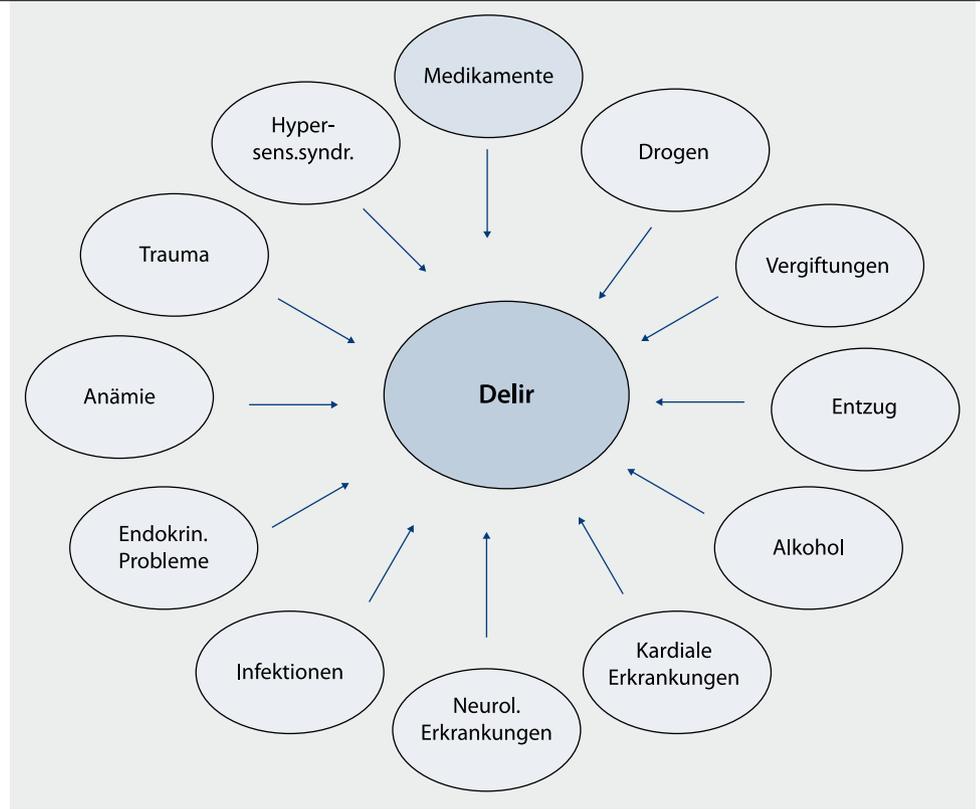
► **Synkope**

Nach jedem Sturzereignis muss eine Analyse der Medikation hinsichtlich der Begünstigung des Sturzes erfolgen

► **„Fall risk increasing drugs“**

Kurzwirksame Benzodiazepine werden bezüglich des Sturzrisikos etwas günstiger bewertet

Eine besondere Risikogruppe sind ältere Patienten mit neurologischen Systematrophien



**Abb. 3** ▲ Faktoren, die ein Delir auslösen können

Systematrophien wie M. Parkinson oder Multisystematrophie. Hier muss eine besonders vorsichtige Eindsosierung bei der antihypertensiven Therapie erfolgen.

### Delir und Medikamente

Neben dem Sturzereignis stellen delirante Syndrome die 2. Gruppe kritischer Ereignisse dar, die bei älteren Patienten zum einen häufiger auftreten und zum anderen eine erhebliche Bedeutung für die Morbidität und Mortalität zeigen [3]. Wie die Sturzereignisse auch, ist die Mehrzahl der deliranten Syndrome multifaktoriell bedingt. Zu diesen Faktoren zählen auch Medikamente (■ **Abb. 3**).

Im Gegensatz zu den Sturzereignissen spielen hier Medikamente mit anticholinergem Potenzial eine führende Rolle. Das höchste Risiko weisen zentral wirksame Medikamente aus, insbesondere Amitriptylin, Phenothiazin, Lithium, Opioide, Antihistaminika und Benzodiazepine. Zu beachten ist aber auch, dass für eine ganze Reihe nicht primär zentral wirksamer Medikamente zumindest in vitro ebenfalls eine anticholinerge Wirksamkeit nachgewiesen werden konnte (darunter z. B. Kortikosteroide und Theophyllin). Ältere Patienten erhalten besonders häufig Medikamente mit anticholinergischer Wirkung und auch in ausgewiesenen Risikogruppen wie bei Patienten mit Alzheimer-Demenz ist die Verordnungsfrequenz von anticholinerg wirksamen Pharmaka ausgesprochen hoch. Hochrisikogruppen unter den älteren Patienten sind diejenigen mit einer bestehenden zerebralen Grunderkrankung wie Demenz, aber auch Residuen nach zerebralem Insult oder bekanntem Krampfleiden. Bei diesen ist der Einsatz eines potenziell delirogenen Medikaments immer sehr kritisch zu prüfen und entwickelt sich zu einem Hauptargument in der Risiko-Nutzen-Bewertung.

### Optimierung der Pharmakotherapie bei älteren Patienten

Ziel einer optimierten Pharmakotherapie bei älteren Menschen muss es sein, so viel wie nötig, so wenig wie möglich einzusetzen. Dieses Ziel kann nur auf Basis einer individuellen Risiko-Nutzen-Analyse angestrebt werden, die folgende Aspekte mit einbezieht:

- Indikation nach definierter Diagnose
- Schweregrad der Erkrankung,

Auch für nicht primär zentral wirksame Medikamente konnte eine anticholinerge Wirksamkeit nachgewiesen werden

Hochrisikogruppen sind diejenigen mit einer bestehenden zerebralen Grunderkrankung

**Tab. 3 Auszug aus der Beers-Liste der für Ältere problematischsten Medikamente**

Substanz	Begründung <sup>a</sup>	Bedeutung <sup>b</sup>	Kommentar <sup>c</sup>
Trizyklische Antidepressiva	Hohes anticholinerges Potenzial und starker sedierender Effekt	Hoch	Neuere Antidepressiva stehen für alle Indikationen zur Verfügung (SSRI)
Benzodiazepine	Höhere Dosen werden schlecht toleriert (erhöhte Empfindlichkeit älterer Patienten → prolongierte Sedierung, Sturzrisiko)	Hoch	Lang wirksame Benzodiazepine sollten vermieden, kurz wirksame so niedrig wie möglich dosiert werden, Benzodiazepine gelten aber immer noch als sichere Medikamente, wenn richtig indiziert und dosiert (z. B. Lorazepam nicht >3 mg/Tag)
Nichtsteroidale Antiphlogistika	Hohes UAW-Potenzial: gastrointestinale Ulzerationen, Blutdruckerhöhung, Niereninsuffizienz	Hoch	Die Substanzklasse ist insgesamt in der Langzeitanwendung sehr problematisch
Indomethacin	Zentrale UAW (Delir, Sedierung)	Hoch	Unter allen nichtsteroidalen Antiphlogistika sicher das ungünstigste bei älteren Patienten
Anticholinergika	Häufige anticholinerge UAW	Hoch	Häufige Auslöser eines Delirs, insgesamt als Substanzklasse für ältere Patienten problematisch
Antihistaminika	Häufige anticholinerge UAW	Hoch	Häufige Auslöser eines Delirs, insgesamt als Substanzklasse für ältere Patienten problematisch
Muskelrelaxanzien	Häufige UAW, schlechte Verträglichkeit generell bei älteren Patienten, fragliche Wirksamkeit bei niedriger Dosierung	Hoch	Generell für ältere Patienten schlecht verträglich, vor systemischer Therapie sollten physikalische Maßnahmen ausgeschöpft sein
Spasmolytika	Häufige anticholinerge UAW, unsicherer Effekt	Hoch	Betrifft in Deutschland vornehmlich das Butylscopolamin
Digoxin	Nicht >0,125 mg/Tag dosieren, da erniedrigte renale Clearance Akkumulation begünstigt	Niedrig	UAW können bereits bei normwertigen Spiegeln auftreten, Spiegelbestimmung ermöglicht Titrierung der Tagesdosis
Disopyramid	Starke anticholinerge Wirkung, stärkste negative Inotropie aller Antiarrhythmika	Hoch	Klasse-I-Antiarrhythmika sind durch proarrhythmogene Effekte generell problematisch in der Langzeitanwendung und sollten vermieden werden
Amiodaron	QT-Verlängerung, ungenügender Wirksamkeitsnachweis bei Älteren	Hoch	Auch bei älteren Patienten mutmaßlich besseres Risiko-Nutzen-Verhältnis durch Elektrotherapie (ventrikuläre Tachykardien; Prophylaxe bzw. Behandlung der absoluten Arrhythmie); Nutzen gegenüber der reinen Frequenzkontrolle nicht bewiesen
Nifedipin	Kurzwirksame Präparate ungünstig wegen Hypotension und Obstipation	Hoch	In der Hochdrucktherapie stehen modernere Kalziumantagonisten zur Verfügung, in der Akutbehandlung kann besser mit Vasodilatoren (Nitraten) gearbeitet werden
Östrogen	Karzinogenes Risiko	Niedrig	Diese Einschätzung folgt den Ergebnissen der WHI-Studie, nach welcher die postmenopausale Hormonsubstitution kritisch gesehen wird

<sup>a</sup> Kommentar des Delphi-Prozesses zur Begründung einer negativen Beurteilung für den Einsatz bei älteren Patienten. <sup>b</sup> Wertung der Bedeutung des Statements durch Einschätzung auf einer Likert-Skala. <sup>c</sup> Kommentar zu pharmakotherapeutischem Umfeld, Alternativen oder Risikomechanismen entsprechend der aktuellen deutschen Verordnungssituation. **SSRI**: Serotoninwiederaufnahmehemmer, **UAW**: unerwünschte Arzneimittelwirkungen, **WHI**: Women's Health Initiative.

- Präferenz des Patienten,
- Muster der Begleiterkrankungen und Begleitumstände,
- Funktionalität,
- zeitlicher Erwartungshorizont der Therapie,
- verbleibende Lebenserwartung,
- Risikopotenzial für spezielle UAW.

Um eine so komplexe Aufgabe bewältigen zu können, können verschiedenen Strategien als Hilfen herangezogen werden. Diese sind:

- Bewertung einzelner Medikamente nach generellem Risikopotenzial für ältere Patienten,
- Stratifizierung pharmakotherapeutischer Strategien nach Indikation und Risiko-Nutzen-Profil,
- Aufstellen einfacher Faustregeln.

Der erste Ansatz wird durch die ► **Beers-Liste** repräsentiert [1]. Hier wurde von einem Expertengremium in den USA eine Bewertung zahlreicher Medikamente vorgenommen und diejenigen identifiziert, die generell für den Einsatz bei älteren Patienten ungeeignet erschienen. Dieser Ansatz ermöglicht zwar eine gute Identifizierung der problematischsten Medikamente, muss aber sehr undifferenziert bleiben. Ein weiterer Nachteil ist, dass viele Medikamente überhaupt nicht in die Diskussion aufgenommen wurden. Dennoch kann diese Liste eine gute Hilfe sein, um diejenigen Medikamente zu vermeiden, die sehr oft Probleme bei älteren Patienten bereiten und für welche eine gute

#### ► Beers-Liste

**Tab. 4 Einfache Regeln zur Optimierung der Pharmakotherapie bei älteren Patienten**

Regel	Kommentar
Vollständige Medikamentenanamnese	Erscheint zunächst selbstverständlich, viele Patienten nutzen aber freiverkäufliche oder alternative Präparate, die ebenfalls eine Quelle unerwünschter Interaktionen und UAW sein können
Eingetretene Nebenwirkungen gezielt erfragen	Viele UAW bei älteren Patienten sind für den Betroffenen selbst oft nicht in direktem Zusammenhang mit der Medikation erkennbar (Schläfrigkeit, Inappetenz)
Indikation genau stellen	Erscheint zunächst auch selbstverständlich, erinnert aber daran, dass Medikation nicht durch sog. Verlegensdiagnosen indiziert ist
„Start low, go slow“ (niedrige Startdosis, verlängertes Dosisescalationsintervall)	Diese Regel reflektiert häufige pharmakokinetische Veränderungen mit der Gefahr der Dosisakkumulation
Halbierung von Tabletten vermeiden	Halbierungen sind bereits für den nicht funktionell eingeschränkten Mitbürger mitunter eine Herausforderung, umso mehr beim älteren Menschen mit reduzierter manueller Geschicklichkeit und eingeschränktem Visus
Zur Compliance ermutigen (klare Ziele kommunizieren)	Eine gute Kommunikation mit den Patienten über die Medikation und mit ihr assoziierte Gefahren ist das Fundament einer verantwortlichen und angemessenen Therapie
Neu entwickelte Medikamente nur mit besonderer Vorsicht	Neue Medikamente sind oft weniger gut untersucht und für vulnerable Patienten problematisch
Nach Krankenhausaufenthalt oder bei zusätzlichen Therapeutenkontakten immer Medikamentenplan neu prüfen und ggf. unter allen Beteiligten kommunizieren und kritisch diskutieren	Diese Regel weist auf ein häufiges Schnittstellen- und Kommunikationsproblem bei sequenzieller oder simultaner Behandlung durch verschiedene Therapeuten hin (jeder muss von jedem wissen, warum welches Präparat gegeben wurde und wie lange es verordnet werden muss)
Regelmäßige kritische Kontrolle des Therapieplans	Erscheint zunächst ebenfalls selbstverständlich, die Praxis lehrt jedoch, dass gerade das Monitoring der therapeutischen Situation oft vernachlässigt wird
Monitoring der medikamentösen Therapie (des funktionellen Status)	Auch der funktionelle Status kann sich ändern und eine korrekte Einnahme der Medikamente gefährden
Medikamente rechtzeitig wieder absetzen	Nicht aus einer befristet indizierten Therapie eine Dauertherapie werden lassen (z. B. Metoclopramid bei vorübergehender Übelkeit, kein Step-down bei PPI)
Medikamente mit erhöhtem Risikopotenzial im Alter vermeiden	Hier kann das Hilfsmittel die Beers-Liste oder die FORTA-Kategorisierung helfen, problematische Medikamente zu identifizieren

UAW: unerwünschte Arzneimittelwirkung, PPI: Protonenpumpeninhibitoren.

Alternative besteht. Die aktuellen Medikamente der Beers-Liste, die auch in Deutschland relevant sind, stellt **Tab. 3** zusammen.

Die Stratifizierung pharmakotherapeutischer Strategien nach Indikation, Risiko-Nutzen-Profil und evtl. auch noch besonders vulnerablen Untergruppen der älteren Patienten – gemeint sind diejenigen mit Frailty-Syndrom oder die Demenzkranken mit einem höheren Risiko für ein Delir – ist vergleichsweise noch in den Anfängen. Allerdings werden derzeit Anstrengungen unternommen, dies zu realisieren, und man kann für die nächsten Jahre hier ebenfalls Manuale oder entsprechende Kennzeichnungen erwarten, die eine Bewertung zum Beispiel nach den **FORTA-Kriterien** erlauben („fit for the aged“; [12]). Eine abgestufte Kennzeichnung in diesem System von notwendig bis riskant erlaubt dann eine rasche Orientierung bezüglich des erwarteten Risiko-Nutzen-Profiles [13].

#### ► FORTA-Kriterien

#### Fallbeispiel

Schließlich kann die Beachtung simpler Regeln die Therapiesicherheit deutlich erhöhen (**Tab. 4**). Dies sei an einem Fallbeispiel verdeutlicht.

Eine 79-jährige Patientin, die seit ca. 1 Monat im Alten/Pflegeheim wohnt, wird vom Notdienst in das Krankenhaus verbracht, nachdem dort Verwirrtheit und Unruhe aufgefallen war. Die Patientin ist in einem reduzierten Ernährungszustand, das Körpergewicht wird auf 50 kg und darunter geschätzt. Der vom Alten/Pflegeheim mitgegebene Medikamentenplan verzeichnet folgende Präparate und Dosierungen: Verapamil 2×80 mg, Theophyllin 2×350 mg, Pantoprazol 1×20 mg, Hydrochlorothiazid 25 mg + Triamteren 50 mg, Metoclopramid 3×20 Tropfen. In der Notaufnahme erleidet die Patientin einen generalisierten Krampfanfall, der schließlich trotz intravenöser Gabe von hoch dosierten Benzodiazepinen und Valproinsäure in einen Status epilepticus übergeht. Der Theophyllinspiegel im Serum beträgt bei Aufnahme 27,8 mg/l (therapeutischer Bereich bis 20 mg/l). Eine Trapanalnarkose mit mehrtägigem Aufenthalt auf der Intensivstation wird erforderlich. Die Patientin erholt sich im Laufe der folgenden 2 Wochen wieder. Ein Krampfanfall oder ein Atemnotsyndrom wird nach Absetzen des Theophyllins nicht mehr beobachtet.

**Analyse:** Diese Patientin erlitt eine lebensbedrohliche UAW. Ihr wurde während eines ca. 6 Wochen zurück liegenden Krankenhausaufenthalts anlässlich einer häuslich nicht mehr gewährleisteten pflegerischen Versorgung neu Theophyllin verordnet, nachdem einmal eine Episode mit Dyspnoe und trockenen Rasselgeräuschen über der Lunge aufgefallen war. Dies führte zur Dauermedikation mit einer hohen Dosis Theophyllin. Diese Dosis war in Anbetracht des sehr niedrigen Körpergewichts zu hoch gewählt. Ein entsprechendes Monitoring ist nicht erfolgt. Folgende Fehlerkaskade kann identifiziert werden:

1. Keine sichere Überprüfung, ob wirklich eine Indikation zur antiobstruktiven Dauermedikation bestand.
2. Es wurde ein problematisches Präparat mit einer geringen therapeutischen Breite gewählt. Falls die Indikation zur Dauermedikation bestanden hätte, wäre eine risikoärmere Strategie die regelmäßige Inhalation z. B. mit Salbutamol gewesen.
3. Kein vorsichtiges Eindosieren nach der Regel „start low – go slow“ (die Erhaltungsdosis für Theophyllin beträgt 11–13 mg/kgKG, in diesem Fall nicht mehr als 500 mg/Tag). Bei älteren Patienten muss auch bei normaler Nierenfunktion mit einer weiteren Dosisakkumulation gerechnet werden.
4. Kein ausreichendes Drugmonitoring. In diesem Fall wäre ein kurzfristiges und engmaschiges Drugmonitoring angezeigt gewesen.

### Fazit für die Praxis

**Um das individuelle Risiko einer Arzneimitteltherapie beim älteren Patienten besser einschätzen zu können, sind insbesondere 2 Aspekte zu bedenken: Welche Patienten sind für die speziellen Risiken besonders vulnerabel und welche Präparate beinhalten ein besonders hohes Risikopotenzial? Zur Einschätzung der Vulnerabilität dienen das Frailty-Konzept nach Fried sowie die Abschätzung der Alltagskompetenz mit Summenscores (ADL, IADL). Einfluss zeigen auch Multimorbidität, Polypharmazie, reduzierte physiologische Ressourcen (v. a. die Clearance betreffend) und eingeschränkte Funktionalität (Visus, Kognition, manuelle Geschicklichkeit). Besonders ist auf Medikamente zu achten, die ein erhöhtes Risiko für Stürze und Delir beinhalten, da diese beiden unerwünschten Arzneimittelwirkungen für ältere Patienten mit hoher Morbidität und Mortalität verbunden sind. Arzneimittel, die mit einem erhöhten Risikopotenzial im Alter verbunden sind, können mit Hilfe der Beers-Liste oder der FORTA-Kategorisierung identifiziert werden. Werden diese Aspekte ausreichend bedacht, ist für jeden Patienten eine individuelle Nutzen-Risiko-Einschätzung und somit eine erhöhte Therapiesicherheit möglich.**

### Korrespondenzadresse

PD Dr. H. Burkhardt

Klinische Geriatrie, IV. Medizinische Klinik, Universitätsmedizin Mannheim

Theodor-Kutzer-Ufer 1–3, 68167 Mannheim

heinrich.burkhardt@umm.de

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Literatur

1. Fick DM, Cooper JW, Wade WE et al. (2003) Updating the beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med* 163: 2716–2724
2. Fried LP, Tangen CM, Walston J et al.; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group (2001) Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 56: M146–M156
3. Lewis LM, Miller DK, Morley JE et al. (1995) Unrecognized delirium in geriatric patients. *Am J Emerg Med* 13: 142–145
4. McElnay JC, McCallion CR (1998) Adherence and the elderly. In: Myers LB, Midence K (eds) *Adherence to treatment in medical conditions*. Harwood Academic, Amsterdam, pp 223–253
5. Nikolaus T (1999) Konzept des Geriatrischen Assessments. In: Nikolaus T, Pientka L (Hrsg) *Funktionelle Diagnostik. Assessment bei älteren Menschen*. Quelle & Meyer, Wiebelsheim, S 2(1)–2(8)
6. Nikolaus T, Bach M, Specht-Leible N et al. (1995) The timed test of money counting: a short physical performance test for manual dexterity and cognitive capacity. *Age Aging* 24: 257–258
7. Nikolaus T, Kruse W, Bach M et al. (1996) Elderly patients' problems with medication. An in-hospital and follow-up study. *Eur J Clin Pharmacol* 49: 255–259
8. Rochon PA, Gurwitz JH (1997) Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ* 315: 1096–1099
9. Semla TP, Beizer JL, Higbee MD (2003) *Geriatric dosage handbook*, 9th edn. Lexi Comp, Hudson
10. Steinhagen-Thiessen E, Borchelt M (1996) Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg) *Die Berliner Altersstudie*. Akademie-Verlag, Berlin, S 151–184
11. van der Velde N, Stricker BH, Pols HA, van der Cammen TJM (2006) Risk of falls after withdrawal of fall-risk-increasing drugs: a prospective cohort study. *Br J Clin Pharmacol* 63: 232–237
12. Wehling M (2008) Arzneimitteltherapie im Alter: Zu viel und zu wenig, was tun? *Dtsch Med Wochenschr* 133: 2289–2291
13. Wehling M, Burkhardt H (2010) *Arzneitherapie für Ältere*. Springer, Heidelberg. ISBN 978-3642102141

Den Auswertungsbogen für die CME-Fortbildung der Landesärztekammer Hessen finden Sie auf unserer Homepage [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

**Einsendeschluss ist der  
25. November 2010**

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

**? 1.) Welche Methode wird empfohlen, um beim älteren Patienten die Nierenfunktion zu erfassen?**

1. Kreatinin im Serum
2. Cockcroft-Formel
3. Inulin-clearance
4. Harnstoff/Kreatinin-Quotient
5.  $\beta_2$ -Mikroglobulin

**? 2.) Welches Medikament gilt bei älteren Patienten als besonders delirogen?**

1. Nifedipin
2. Digoxin
3. Amitriptylin
4. Haloperidol
5. Risperidon

**? 3.) Welches der folgenden Medikamente ist das am meisten sturzbe günstigende Medikament?**

1. Enalapril
2. Oxazepam
3. Theophyllin
4. Metoprolol
5. Nifedipin

**? 4.) Welche physiologische Veränderung erweist sich für generelle Veränderungen der Pharmakokinetik als besonders wichtig?**

1. Abnahme der glomerulären Filtrationsrate
2. Abnahme der Serumalbuminkonzentration
3. Abnahme des Körperwassergehalts
4. Abnahme der Darmmotilität
5. Abnahme der Resorptionsfläche im Gastrointestinaltrakt

**? 5.) Welche funktionelle Veränderung hat besonders signifikanten Einfluss auf die Selbstmanagementfähigkeit bei älteren Patienten, was den Umgang mit Medikamenten angeht?**

1. Minderung der Akusis
2. Kognitive Defizite
3. Gangunsicherheit
4. Inkontinenz
5. Reduktion der Muskelkraft

**? 6.) Welcher der folgenden älteren Patienten gehört am ehesten zu einer Risikogruppen für das Auftreten eines Delirs?**

1. 85-jähriger Patient mit Alzheimer-Demenz und ausgeprägter Sarkopenie
2. 70-jähriger Patient mit Koxarthrose aber gut erhaltener Muskelkraft und ohne weitere geriatrische Syndrome
3. 67-jähriger Patient mit neu aufgetret-

nem Vorhofflimmern mit gut erhaltener Muskelkraft

4. 75-jährige Patientin mit Hypertonus und reduzierter Muskelkraft
5. 80-jährige Patientin mit Dranginkontinenz ohne kognitive Defizite

**? 7.) Welcher Test eignet sich für ein Screening funktioneller Ressourcen zur Abschätzung der Selbsthilfefähigkeiten im Umgang mit Medikamenten?**

1. Tinetti-Test
2. Timed Test of Money Counting
3. ADL-Skala
4. IADL-Skala
5. Chair-rising-Test

**? 8.) Mit welcher unerwünschten Arzneimittelwirkung ist bei älteren Patienten vergleichsweise häufiger zu rechnen?**

1. Diarrhö
2. Tachykardie
3. Übelkeit
4. Sturz
5. Exanthem

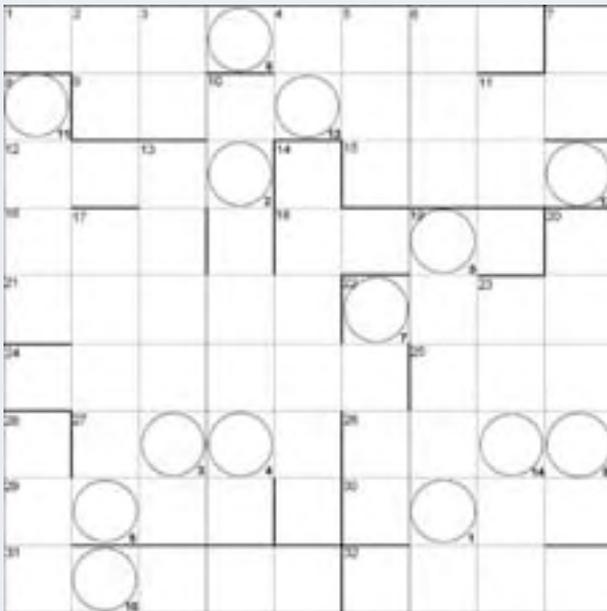
**? 9.) Wie häufig kann das Öffnen einer Flip-Top-Verpackung bei auf den ersten Anschein funktionell nicht beeinträchtigten Patienten dennoch problematisch sein?**

1. Bei unter 10 %
2. Bei ca. 20 %
3. Bei ca. 45 %
4. Bei ca. 70 %
5. Bei über 70 %

**? 10.) Wie häufig liegt bei den über 75-jährigen eine Polypharmazie (fünf und mehr rezeptpflichtige Medikamente gleichzeitig) vor?**

1. Bei 10 %
2. Bei 20 %
3. Bei 30 %
4. Bei 40 %
5. Bei 50 %

## Medizinisches Kreuzworträtsel



Lösungswort:

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

### Waagrecht

1 Coxsackie-Virus B – bedingte epidemische Pleurodynie: ...-Krankheit (Eponym) • 9 Wertespanne, die bei Laborwerten das Normwertige anzeigt: ...bereich • 12 Lat.: Äste 15 Condyloma acuminata = ...warzen • 16 Kurzwort für ein Leichtmetall, das oft in Antazida enthalten ist • 18 Anatomisch für ein Gliedmassenende • 21 RNS-haltige basophile Schollen in Neuronen: ... Schollen • 22 Myeloproliferative Erkrankung mit Vermehrung von Erythrozyten aber auch anderen Blutzellen: Polycythämia ... • 24 Hormonproduzierende Zellansammlung im Pankreas (lat.) • 25 Abk. für Totalendoprothese • 27 Das Auftreten von Antikörpern im Blut als Impfeffekt = ...konversion • 28 Lat.: ohne • 29 Z.B. durch Rauchen ausgelöste Umwandlung von Bronchialepithel in Plattenepithel: ...plasie • 30 Neurologischer Fremdreﬂex über die Nn. Coccygeales und N. pudendus: ...reflex • 31 Purpurrote, schmerzhafte erhabene Hauteffloreszenzen an Finger- und Zehenkuppen bei subakuter bakterieller Endokarditis: ...-Knötchen (Eponym) • 32 Von Belegzellen im Magen produzierte Substanz: ...säure

### Senkrecht

1 Vorläufer von Plasmazellen im Blut: ...-Zellen • 2 Abk. für Odds ratio • 3 Wiederkehrende Entzündung = ...inflammation • 4 Chem. Elementsymbol für ein Edelgas • 5 Parapoxvirus, das die Ecthyma contagiosum bei Bauern auslösen kann • 6 Geburtshandgriff zur Feststellung der Höhe des kindlichen Kopfes sub partu (Eponym) • 7 Abk. für Allgemeinzustand • 8 Spinale Muskelatrophie mit Spinnengliedrigkeit; Morbus Duchenne - ... (Eponym) • 10 Schmerzhafter, längsverlaufender Einriß der Haut am Darmausgang: ... ani • 11 Chem. Elementsymbol von Nickel • 13 Pulssynchrones Kopfnicken bei ausgeprägter Aortenklappeninsuffizienz (Eponym) • 14 Komplexer angeborener Herzklappenfehler: ...sche Tetralogie • 17 Vergrößerungsapparat des Auges • 19 Netzhaut • 20 Erhabene Hautläsion • 22 Lat.: Gefäße • 23 Ein paariges Bauchorgan betreffend • 26 Muskel am Zungengrund: Musculus ...hyoideus

© Özgür Yıldızlı

DEUTSCHER ÄRZTINNENBUND e.V., Gruppe Marburg

### Ohne Riester zur Rente – Altersvorsorge & Vermögensaufbau für Ärztinnen

Vortrag von  
Amanda Davies

D&M Finanzexpertinnen GmbH, Frankfurt,  
Unabhängige Finanzberaterin

am Dienstag 16. November 2010, 19 Uhr  
Hörsaal HNO-Klinik  
Deutschhausstraße 3, 35037 Marburg

Weitere Informationen erhalten Sie über  
Dr. Christina Westhoff  
Rotenberg 24<sup>1/2</sup>, 35037 Marburg  
Fon: 06421 308252

### 17. Wiesbadener Geriatrie-Kolloquium

und

3. Jahrestagung der multiprofessionellen Arbeitsgruppe  
der Demenzambulanzen in Zusammenarbeit  
mit dem Forum Demenz  
der hessischen Landeshauptstadt Wiesbaden  
und der Akademie für Ärztliche Fortbildung und  
Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen  
in Bad Nauheim

**Forum Demenz**

**11 P**

**12. und 13. November 2010  
Biebricher Schloß, Wiesbaden**

Weitere Informationen:  
ZIGM – Medizinische Klinik II,  
für allgemeine Innere Medizin,  
Geriatrie und Frührehabilitation der  
Asklepios Paulinen Klinik, Wiesbaden,  
Fon: 0611 8472802.

## Sicherer Verordnen

### Antipsychotika – Pneumonie bei über 65-Jährigen

Die AkdÄ informiert über eine neue Studie aus den Niederlanden, nach der das Risiko einer ambulant erworbenen Pneumonie unter der Therapie mit Antipsychotika bei Patienten über 65 Jahren erhöht war. Bei atypischen Antipsychotika, z.B. Risperidon (Risperdal®, Generika) lag die Inzidenz bei 1,12 Fällen/100 Patientenmonate, bei typischen, z.B. Haloperidol (Haldol®, Generika) bei 0,78 Fällen. Zusätzliche Faktoren wie u.a. COPD, Diabetes, Begleitmedikationen wie Antikoagulantien, Steroiden oder Opioiden erhöhten das Risiko. Als Ursachen werden u.a. anticholinerge und sedierende Effekte diskutiert.

Andere unerwünschte Wirkungen von Antipsychotika bei älteren Menschen (extrapyramidale, kardiale und orthostatische Effekte, zerebrovaskuläre Ereignisse und erhöhte Mortalität) sind schon länger bekannt. Die AkdÄ empfiehlt daher, den Einsatz von Antipsychotika bei älteren und insbesondere dementen Patienten sorgfältig abzuwägen und die Erkrankten vor allem zu Beginn der Behandlung und bei höheren Dosierungen engmaschig zu überwachen. *Quelle: www.akdae.de*

### Thromboserisiko bei Flugreisen

Orale Kontrazeptiva erhöhen das Thromboembolie-Risiko bei Flugreisen, wobei Präparate der „neueren“ Generationen problematischer sind als die älteren Levonorgestrel-haltigen. Generell gilt: bei weniger als vier Stunden Flugdauer ist das Thromboembolie-Risiko bei Gesunden nicht erhöht, auch bei längerer Flugdauer wird nur bei einem von 4.500 gesunden Passagieren eine Thrombose manifest und in der Regel schnell symptomatisch. Prophylaktisch hilft regelmäßiges Herumgehen auf dem Mittelgang, Plättchenhemmung und Antikoagulation sind bei gesunden Personen nicht indiziert, jedoch bei Personen mit erhöhtem Risiko.

#### Mäßig erhöhtes Risiko:

- Einnahme von Kontrazeptiva
- Übergewicht
- Geringe Körpergröße
- Thrombophilie
- Varizen

#### Deutlich erhöhtes Risiko:

- Thrombose in der Anamnese
- Herzinsuffizienz

- kurz zurückliegende chirurgische Eingriffe
- aktive Krebserkrankungen
- sehr lange Flugreisen (10.000 km)
- Kombination von obigen Faktoren

*Quelle: pharma-kritik 2009; 31(16): 63-4*

### UAW-Berichte

Nach der Berufsordnung sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, die ihnen aus ihrer Behandlungstätigkeit bekannt werdenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) mitzuteilen. Es kann nicht oft genug betont werden, wie wichtig diese Berichte als Signalgeneratoren für vermutete (und sich oft bestätigende) Arzneimittelrisiken sind.

- Schwere UAW,
- UAW bei Risikogruppen wie Kinder, Schwangere oder multimorbide Senioren,
- UAW bei neu eingeführten Arzneimitteln,
- Bisher unbekannte UAW (z.B. nicht in der Fachinformation aufgelistet),
- Vermutete Spätfolgen nach Absetzen eines Arzneimittels,
- Gehäuft auftretende UAW

sollten vorzugsweise an die AkdÄ berichtet werden.

Die Bewertung eines Berichtes erfolgt zuerst in der Geschäftsstelle der AkdÄ, wird gegebenenfalls vertieft durch ein Fachmitglied der AkdÄ und diskutiert mit den zuständigen Bundesoberbehörden (BfArM bei Arzneimitteln und Medizinprodukten, PEI bei Impfstoffen und Blutprodukten). Die Berichte bleiben dabei in Bezug auf den **Patienten** und den **berichtenden Arzt** anonymisiert. Haftungsfragen aufgrund eines Berichtes z.B. zu einem Off-Label-Use oder zu einer bekannten Interaktion sind seit mehreren Jahrzehnten noch nie aufgetreten und sollten Ärztinnen und Ärzte nicht daran hindern, zu einer verbesserten Arzneimittelsicherheit beizutragen. Insbesondere können klinische Studien aufgrund ihrer homogenen Population, geringen Teilnehmerzahl, begrenzten Dauer und Praxisferne das Risikoprofil eines Arzneimittels nur begrenzt wiedergeben. **Merksatz: UAW eines Arzneimittels sind während der Zeit seiner Anwendung nie endgültig einschätzbar, auch nach jahrelanger Anwendung können noch neue Risiken entdeckt werden.**

*Quellen: www.akdae.de, Brit.med.J. 2004; 329: 44*

### Erweiterte Aufklärung

Der Bundesgerichtshof hat in einem neuen Urteil verkündet, dass Ärzte auch über wahrscheinliche Risiken einer neuen Methode aufklären müssen. Es ging dabei um eine periradikuläre Injektionstherapie im Bereich der Halswirbelsäule, bei der es zum Zeitpunkt der Anwendung noch nie zu einer irreversiblen Tetraplegie gekommen war. Nach Auffassung eines Sachverständigen gehörten jedoch irreversible Lähmungen zum Risiko wirbelsäulennaher Injektionen.

Übertragen auf die Anwendung neuer Arzneistoffe ist es denkbar, dass in Zukunft auch über mögliche unerwünschte Klasseneffekte eines neuen Arzneistoffes aufgeklärt werden muss (z.B. Thromboembolierisiko oraler Kontrazeptiva, Rhabdomyolysen unter Statinen, Sehnenschäden unter Gyrasehemmern, erhöhte Infektionsgefahr unter sog. „Biologika“). Dabei ist es in der Regel bei Markteinführung eines neuen Arzneistoffes nicht absehbar, ob ein definierter Klasseneffekt verstärkt oder vermindert oder – selten – nicht auftreten kann.

Mit großer Vorsicht einzuschätzen sind häufig benutzte Feststellungen der pharmazeutischen Industrie bei Neueinführungen wie „Nebenwirkungsrisiko auf Placeboniveau“ (aus Studien ist aufgrund geringer Teilnehmerzahl das Ausmaß von UAW nicht abschätzbar) oder immer wieder neu festgestellt „Thromboembolierisiko bei Schwangeren höher als unter der Einnahme oraler Kontrazeptiva“ (Apfel-Birnen-Vergleich: als ob es keine anderen Verhütungsmethoden ohne Thromboembolierisiko gäbe).

Bei der Anwendung von Arzneimitteln ist grundsätzlich umfassend aufzuklären, dies gilt insbesondere für neue Arzneistoffe, deren Potential ihrer Wirkung und ihrer UAW nicht vollständig bekannt sein kann.

*Quellen: BGH, Az.: VI ZR 198/09, Presseberichte*

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:  
Rheinisches Ärzteblatt 9/2010

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



## I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

### Repetitorium Frauenheilkunde

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

**Montag, 01. – Freitag, 05. Nov. 2010**

**Montag: Gynäkologie**

Prof. Dr. med. H.-R. Tinneberg, Gießen

**Dienstag: Geburtshilfe**

Prof. Dr. med. F. Louwen, Frankfurt

Prof. Dr. med. S. Schmidt, Marburg

Prof. Dr. med. M. Kühnert, Marburg

**Mittwoch: Endokrinologie**

Prof. Dr. med. H.-R. Tinneberg, Gießen

**Donnerstag: Onkologie**

Prof. Dr. med. C. Jackisch, Offenbach

Prof. Dr. med. U. Wagner, Marburg

**Freitag: Urogynäkologie**

Prof. Dr. med. M. Koppan, Pecs

**Leitung:** Prof. Dr. med. H.-R. Tinneberg, Gießen

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

**Teilnahmebeitrag:** € 495 (Akademiemitgl. € 445),

Tage auch einzeln buchbar: € 150 (Akademiemitgl. € 135)

**Tagungsort: Bad Nauheim,**

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

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

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

### Fachgebiete Pathologie und operative Fächer

**Zusammenarbeit zwischen Pathologen und operativen Fächern**

**Themen:** (s. HÄBl. 10/2010)

**Mittwoch, 10. Nov. 2010, 17:00 – 20:00 Uhr**

4 P

**Leitung:** Prof. Dr. med. M. Wolff

Prof. Dr. med. G. Mall, Darmstadt

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

**Tagungsort: Bad Nauheim,**

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau I. Krahe, Akademie,

Fon: 06032 782-208, Fax: -228, E-Mail: [ingrid.krahe@laekh.de](mailto:ingrid.krahe@laekh.de)

### 17. Wiesbadener Geriatrie – Kolloquium

in Zusammenarbeit mit dem Forum Demenz, der hessischen Landeshauptstadt Wiesbaden und der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der LÄKH

**Samstag, 12. – Sonntag, 13. Nov. 2010**

11 P

**Leitung:** Dr. med. W. Knauf, Wiesbaden

**Tagungsort: Wiesbaden – Biebrich,** Biebricher Schloß

**Auskunft und Anmeldung:** ZIGM – Med. Klinik II,

Asklepios Paulinen Klinik, Geisenheimer Str. 10, 65197 Wiesbaden

Fon: 0611 8472-802, Fax: -803

### Priorisierung in der Medikation – Therapien bei Multimorbidität

Fachgebietsveranstaltung Allgemeinmedizin / Innere Medizin /  
Pharmakologie

**Themen:** (s. HÄBl. 10/2010)

**Mittwoch, 10. Nov. 2010, 15:00 – 18:15 Uhr**

5 P

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

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

**Tagungsort: Frankfurt a. M.,** Krankenhaus Sachsenhausen

Konferenzbereich Haus A, 4. OG., Schulstr. 31

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

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

### Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218 StGB

Erfahrungsaustausch und Wiederholungsseminar für Ärzte, die bereits die Berechtigung zur Beratung erworben haben und erneuern wollen.

**Samstag, 13. Nov. 2010, 09:00 c.t. – 16:00 Uhr**

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

**Teilnahmebeitrag:** € 150 (Akademiemitgl. € 135)

**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](mailto:veronika.wolfinger@laekh.de)

### Strukturierte Kinder- und Jugendmedizin

**Paulinchen war allein zu Haus –**

**Verbrennungskrankheit bei Kindern und Jugendlichen**

**Samstag, 13. Nov. 2010**

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

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

**Tagungsort: Bad Nauheim,**

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

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

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

### Fachgebiet Hämotherapie / Transfusionsmedizin

**Neue Richtlinien Hämotherapie 2010 – Was gibt es Neues?**

**Freitag, 19. Nov. 2010, 15:00 - 18:00 Uhr**

**Leitung:** Dr. med. A. Opitz, Kassel

**Tagungsort: Kassel,** Institut für Transfusionsmedizin und

Immunhämatologie, Mönchebergstr. 57

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

Fon: 06032 782-209, Fax: -220, E-Mail: [heike.cichon@laekh.de](mailto:heike.cichon@laekh.de)





### Fachgebiet Augenheilkunde

#### Neues aus der Ophthalmologie

**Mittwoch, 08. Dez. 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 22 – Hörsaal H22

**Auskunft und Anmeldung:** Frau K. Baumann, Akademie, Fon: 06032 782-281, Fax: -228, E-Mail: [katja.baumann@laekh.de](mailto:katja.baumann@laekh.de)

### Fachgebiet Arbeits- und Betriebsmedizin

#### Aktuelles aus der Arbeitsmedizin

6 P

**Samstag, 20. Nov. 2010, 09:00 – 14:00 Uhr**

**Leitung:** Dr. med. M. Kern, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** € 25 (Akademiestmitgl. kostenfrei)

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau L. Stieler, Akademie, Fon: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: [luise.stieler@laekh.de](mailto:luise.stieler@laekh.de)

### Fachgebietsveranstaltung Lungen- und Bronchialheilkunde

#### Interdisziplinäres Forum Frankfurt 2010:

##### Gastroenterologie trifft Pneumologie

6 P

**Samstag, 27. Nov. 2010, 09:00 – 14:00 Uhr**

**Leitung:** Dr. med. P. Kardos, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** kostenfrei

**Tagungsort:** Frankfurt a. M., Nordwestkrankenhaus, Kommunikationszentrum, Steinbacher Hohl 2-26, Raum Taunus

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Zinkl, Akademie, Fon: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

### Fachgebietsveranstaltung Haut- u. Geschlechtskrankheiten

#### Mann, oh Mann

5 P

**Samstag, 04. Dez. 2010, 09:00 – 13:15 Uhr**

**Leitung:** Prof. Dr. med. F.-R. Ochsendorf, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** € 50 (Akademiestmitgl. 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](mailto:claudia.cordes@laekh.de)

### Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

**Mittwoch, 08. Dez. 2010, 14:00 – 19:30 Uhr**

**Leitung:** Dr. med. D. Kobosil, Bad Vilbel

**Teilnahmebeitrag:** € 110 (Akademiestmitgl. € 99)

**max. Teilnehmerzahl:** 25

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau B. Sebastian, BZÄK Wiesbaden, Fon: 0611 977-4812, Fax: -4841, E-Mail: [barbara.sebastian@laekh.de](mailto:barbara.sebastian@laekh.de)

### Repetitorium Innere Medizin 2010

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

**Montag, 22. – Samstag, 27. Nov. 2010**

**insg. 51 P**

**Vorgesehenes Programm:**

**Montag: Gastroenterologie** 9 P

Prof. Dr. med. K. Haag,  
Prof. Dr. med. F. Hartmann

#### Kardiologie

Dr. med. R. Brandt,  
Prof. Dr. med. Ch. Hamm

**Dienstag: Kardiologie** 9 P

Dr. med. R. Brandt,  
Prof. Dr. med. Ch. Hamm

#### Intern. Intensivmedizin

Prof. Dr. med. H.-D. Walmrath

**Mittwoch: Angiologie** 9 P

Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle

#### Nephrologie

PD Dr. med. H.-W. Birk,  
Prof. Dr. med. W. Fassbinder

**Donnerstag: Intern. Onkologie/Hämatologie** 9 P

Prof. Dr. med. L. Bergmann,  
Prof. Dr. med. A. Neubauer

#### Pneumologie

Prof. Dr. med. C. Vogelmeier

**Freitag: Rheumatologie** 9 P

Prof. Dr. med. U. Lange

#### Endokrinologie/Diabetologie

Prof. Dr. med. R. G. Bretzel,  
Dr. med. C. Jaurisch-Hancke

**Samstag: Fallseminare** 6 P

Prof. Dr. med. W. Fassbinder,  
Dr. med. R. Brandt,  
Prof. Dr. med. F. Hartmann,  
Prof. Dr. med. U. Lange

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

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

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

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Zinkl, Akademie, Fon: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

### Repetitorium Allgemeinmedizin

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

**Samstag, 18. – Sonntag, 19. Juni 2011**

**16 P**

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

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

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

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

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





### Berufseinsteigerseminar für junge Ärztinnen und Ärzte und Studierende der Medizin

Mit einem vielseitigen praktischen Informationsangebot soll den Teilnehmern der Berufsstart erleichtert und die beruflichen Perspektiven, die aktuelle Marktlage und Karrieremöglichkeiten dargestellt werden. Im Rahmen der Individualgespräche mit den Referenten aus der Praxis, sowie Bewerbertrainings können die Teilnehmer auch selbst mitwirken und neue Ideen und Anregungen erhalten.

**Donnerstag, 16. Dez. 2010, 09:15 Uhr – 16:00 Uhr**

**Freitag, 17. Dez. 2010, 09:00 Uhr – 17:30 Uhr**

**Leitung:** Dr. med. Roland Kaiser, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** auf Anfrage

**Tagungsort:** Frankfurt a. M.,

JWG-Universität, Theodor-Stern-Kai 7, Haus 22, Hörsaal 2

**Auskunft und Anmeldung:** Frau C. Ittner, Akademie,

Fon: 06032 782-223, Fax: -228, E-Mail: [christina.ittner@laekh.de](mailto:christina.ittner@laekh.de)

### Zurück in den Arztberuf – Zurück in die berufliche Karriere

**Freitag, 03. Dez. – Sonntag, 05. Dez. 2010**

**21 P**

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

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

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

Fon: 06032 782-209, Fax: -220, E-Mail: [heike.cichon@laekh.de](mailto:heike.cichon@laekh.de)

### Fachgebiete Psychosomatik / Psychotherapie

**Adipositas – Eine Epidemie des 21. Jahrhunderts**

**9 P**

**Samstag, 12. Feb. 2011, 09:30 – 16:30 Uhr**

**Leitung:** Dr. med. Schüler-Schneider, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** € 80 (Akademiemitgl. € 30)

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

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

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

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

## II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

### Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Std.)

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

#### I. Teil Theorie (120 Std.)

**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 Std.)

**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](mailto:melanie.turano@laekh.de)

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

Fon: 089 71005-11, Fax: -25, E-Mail: [bauss@daegfa.de](mailto:bauss@daegfa.de)

### Hämotherapie

#### Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

**Freitag/Samstag, 12./13. Nov. 2010** **16 P**

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

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

**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](mailto:heike.cichon@laekh.de)

### Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

#### Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

Kurs C1 **05. Feb. 2011** **8 Std.** **8 P**

Kurs C2 **07. Mai 2011** **6 Std.** **6 P**

Kurs A **27./28. Mai 2011** **20 Std.** **20 P**

Kurs B **09./10. Sep. 2011** **20 Std.** **20 P**

#### Weiterbildungsordnung ab 1999

Block 16 Kurs A wird anerkannt

Block 17 Kurs B wird anerkannt

**Teilnahmebeitrag 2011:** 6 Std. € 90 (Akademiemitgl. € 81),

8 Std. € 120 (Akademiemitgl. € 108),

20 Std. € 300 (Akademiemitgl. € 270)

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

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

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

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

**C2 Samstag, 27. Nov. – Samstag, 04. Dez. 2010** **60 P**

**A1 Samstag, 22. Jan. – Samstag, 29. Jan. 2011**

**B1 Samstag, 26. Feb. – Samstag, 05. März 2011**

**C1 Samstag, 09. März – Samstag, 16. Apr. 2011**

**A2 Samstag, 10. Sep. – Samstag, 17. Sep. 2011**

**B2 Samstag, 22. Okt. – Samstag, 29. Okt. 2011**

**C2 Samstag, 26. Nov. – Samstag, 03. Dez. 2011**

**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: [luisse.stieler@laekh.de](mailto:luisse.stieler@laekh.de)





### Curriculum Organspende (insg. 40 Std.)

Eine Kooperation der LÄK Hessen und LÄK Rheinland-Pfalz.

**Donnerstag/Freitag, 11./12. Nov. 2010**

**Tagungsort: Schmitten/Arnoldshain**

Martin-Niemöller-Haus, Am Eichwaldsfeld 3

**Termine für Kriseninterventionsseminar (8 Std.)**

**Mittwoch, 01. Dez. und Mittwoch 08. Dez. 2010**

**Leitung:** Dr. med. T. Breidenbach, Mainz, Dr. med. U. Samuel, Mainz

**Teilnahmebeitrag:** € 330 (Akademiemitgl. € 297)

**Tagungsort: Bad Nauheim,**

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

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

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

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

### Aktuelle Diabetologie

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

**Mittwoch, 01. Dez. 2010, 15:30 – 20:00 Uhr** **6 P**

Teil 5: Herz, Blutdruck und Gefäße

**Leitung:** Dr. med. Marion Braun, Schlüchtern

Teil 6: Auge, Niere, Fuß

**Leitung:** Dr. med. M. Eckhard, Gießen

**Teilnahmebeitrag:** kostenfrei

**Tagungsort: Bad Nauheim,**

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

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

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

**Termine 2011:**

**Mittwoch, 30. März 2011** Teile 1 und 2

**Mittwoch, 08. Juni 2011** Teile 3 und 4

**Mittwoch, 28. Sep. 2011** Teile 5 und 6

**Mittwoch, 30. Nov. 2011** Teile 1 und 2

**Teilnahmebeitrag:** € 30 (Akademiemitgl. kostenfrei)

### Palliativmedizin

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

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

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

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

**Tagungsort: Bad Nauheim,**

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

Fallseminar Modul III **24. – 28. Nov. 2010** **40 P**

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

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

**Tagungsort: Wetzlar,** Hospitz- u. Palliativakademie

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](mailto:veronika.wolfinger@laekh.de)

### Notfallmedizinische Fortbildung

**Seminar Leitender Notarzt** **40 P**

**Samstag, 13. – Dienstag, 16. Nov. 2010**

**Leitung:** D. Kann, K.-H. Krütt, Kassel

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

**Tagungsort: Kassel**

**Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD**

**Freitag, 01. – Sonntag, 03. Apr. 2011** **27 P**

**Leitung:** Dr. med. R. Merbs Friedberg / M. Leimbeck, Braunfels

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

**Notfallmedizinisches Intensivtraining in der**

**niedergelassenen Praxis**

**Samstag, 15. Jan. 2011** **10 P**

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

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

**Ärztlicher Leiter Rettungsdienst**

Kurs Ärztliche Leitungsaufgaben im Rettungsdienst und an seinen Schnittstellen.

Kursmodul I alleine **Mittwoch, 02. – Freitag, 04. Feb. 2011** **28 P**

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

Kursmodul II alleine **Freitag, 04. – Samstag, 05. Feb. 2011** **18 P**

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

Kursmodul I+II **Mittwoch, 02. – Samstag, 05. Feb. 2011** **36 P**

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

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

**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](mailto: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, 11. – Samstag, 19. März 2011**

**Leitung:** Dr. med. C. Kill, Marburg

**Teilnahmebeitrag:** € 630 (Akademiemitgl. € 575) incl. Verpflegung

**Tagungsort: Marburg,** Universitätsklinikum Gießen/Marburg, Hörsaalgebäude 3, Conradstr.

**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](mailto:info@bz-marburg.de)

### Prüfarzt in klinischen Studien

**Freitag, 27. – Samstag, 28. Mai 2011** **18 P**

**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](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)





### Interventionen an Becken- und Bein Gefäßen (Simulatortraining)

**Mittwoch, 08. Dez. 2010, 08:30 – 17:45 Uhr** **13 P**  
**Leitung:** Dr. med. T. Umscheid, Bad Nauheim  
**Teilnahmebeitrag:** € 220 (Akademiemitgl. € 198)  
**max. Teilnehmerzahl:** 8  
**Tagungsort:** Bad Nauheim,  
FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau M. Turano, Akademie,  
Fon: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: [melanie.turano@laekh.de](mailto:melanie.turano@laekh.de)

### Didaktik

**Moderatorenttraining** **20 P**  
In Zusammenarbeit mit der Münsterfeld-Akademie Fulda.  
Seminarziel: Vermittlung kollegialer Moderationstechniken und -methoden für Qualitätszirkel.  
**Freitag, 12. Nov. – Samstag, 13. Nov. 2010, Fulda**  
**Leitung:** Fulda: Dr. med. W. Zeckey, Fulda  
**Teilnahmebeitrag:** € 280 (Akademiemitgl. € 252)  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Flören-Benachib, Akademie,  
Fon: 06032 782-238, Fax: -220,  
E-Mail: [andrea.floeren-benachib@laekh.de](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)

### Ernährungsmedizin (100 Std.)

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)  
Teil I **Freitag, 11. – Samstag, 12. Feb. 2011**  
Teil II **Freitag, 25. – Samstag, 26. Feb. 2011**  
Teil III **Freitag, 25. – Samstag, 26. März 2011**  
Teil IV **Freitag, 13. – Samstag, 14. Mai 2011**  
Teil V **Freitag, 10. – Samstag, 11. Juni 2011**  
plus Hospitation, plus Klausur  
**Leitung:** Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. Jürgen Stein, Frankfurt a. M.  
Dr. med. K. Winckler, Frankfurt a. M.  
**Teilnahmebeitrag:** € 1.500 (Akademiemitgl. € 1.350)  
**Tagungsorte:** Teil I bis V Bad Nauheim,  
FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7  
**Hospitation:** Frankfurt a. M., Universitätskliniken  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Zinkl, Akademie,  
Fon: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

### Ärztliches Qualitätsmanagement

**Termine 2011 in Planung!**  
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 Präsenzphasen, einer E-Learning-Phase, Selbststudium sowie einem Teilnehmerprojekt, das überwiegend in Eigeninitiative / Heimarbeit zu bearbeiten ist.  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau H. Cichon, Akademie,  
Fon: 06032 782-209, Fax: -220, E-Mail: [heike.cichon@laekh.de](mailto:heike.cichon@laekh.de)

### Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

**16. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung**  
(s. HÄBL. 1/2010)  
**VI. Freitag, 19. Nov. – Sonntag, 21. Nov. 2010** **20 P**  
**I. Freitag, 14. Jan. – Sonntag, 16. Jan. 2011**  
**II. Freitag, 18. Feb. – Sonntag, 20. Feb. 2011**  
**III. Freitag, 01. Apr. – Sonntag, 03. Apr. 2011**  
**IV. Freitag, 17. Juni – Sonntag, 19. Juni 2011**  
**V. Freitag, 12. Aug. – Sonntag, 14. Aug. 2011**  
**VI. Freitag, 18. Nov. – Sonntag, 20. Nov. 2011**  
**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](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)

### Medizinische Rehabilitation

16-Stunden-Kurs gem. neuer Reha-Richtlinie (§135 Abs.2 SGB V)  
**Samstag, 06. Nov. 2010, 9:00 – 17:00 Uhr** **21 P**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. T. Wendt, Frankfurt a. M.  
**Teilnahmebeitrag:** € 180 (Akademiemitgl. € 162)  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, Rehazentrum der DRV-Bund  
Klinik Wetterau, Zanderstr. 30-32  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau R. Heßler, Akademie,  
Fon: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: [renate.hessler@laekh.de](mailto:renate.hessler@laekh.de)

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

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.  
**Freitag, 23. Sep. – Samstag, 24. Sep. 2011 und  
Freitag, 28. Okt. – Samstag, 29. Okt. 2011**  
**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,  
Fon: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: [renate.hessler@laekh.de](mailto:renate.hessler@laekh.de)

### Spezielle Schmerztherapie

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.  
**Block B 06./07. Nov. 2010 in Kassel** **20 P**  
„Neuropathische Schmerzen; Kopfschmerzen“  
**Leitung:** Prof. Dr. med. M. Tryba/Dr. med. M. Gehling, Kassel  
**Tagungsort:** Kassel, Städtisches Klinikum  
**Teilnahmebeitrag pro Teil:** € 240 (Akademiemitgl. € 216)  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Zinkl, Akademie,  
Fon: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)  
**Termine 2011:** **Block A** 12./13. März, **Block D** 14./15. Mai,  
**Block C** 10./11. Sept., **Block B** 05./06. Nov.





## Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV

### **Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde gem. RöV** 9 P

**Samstag, 04. Dez. 2010, 9:00 bis 16:15 Uhr**

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

Kurse zum Erwerb der Fachkunde:

### **Kenntniskurs** (Theoretische und Praktische Unterweisung) 13 P

**Samstag, 12. Februar 2011**

**Samstag, 13. August 2011**

Theoret. Unterw. ab 09:00 Uhr

Prakt. Unterw. ab 13:15 Uhr; die Teilnehmerzahl ist auf 36 Personen begrenzt.

Hinweis: Theoret./Prakt. Unterweisung auch einzeln buchbar!

**Teilnahmebeitrag:**

für den gesamten Kurs € 140,00 (Akademiemitgl. € 126)

für den theoretischen Teil € 100,00 (Akademiemitgl. € 90)

für den praktischen Teil € 50,00 (Akademiemitgl. € 45)

### **Spezialkurs Computertomografie** (vorm.)

### **Spezialkurs Interventionsradiologie** (nachm.)

**Samstag, 12. März 2011**

**Samstag, 20. August 2011**

**Teilnahmebeitrag:** je € 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](mailto:edda.hiltcher@laekh.de)

## Suchtmedizinische Grundversorgung (50 Std.)

In Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz. Die Module sind inhaltlich so konzipiert, dass z. B. Modul I in Hessen Modul I in Rheinland-Pfalz entspricht.

### **Herbst 2010 Rheinland-Pfalz**

Modul II **Freitag, 12. Nov. – 13. Nov. 2010** in Landau

Modul III/IV **Freitag, 10. Dez. – Samstag, 11. Dez. 2010**  
in Lustadt

Modul V **Freitag, 21. Dez. – Samstag, 22. Dez. 2010**  
in Lustadt

**Auskunft:** Frau B. Kröhler, Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz,  
Fon: 06131 28438-15, Fax: -10, E-Mail: [kroehler@artztkolleg.de](mailto:kroehler@artztkolleg.de)

### **Modul VI – Heroingestützte Behandlung** 6 P

**Donnerstag, 02. Dez. 2010, 15:00 – 19:30 Uhr, Frankfurt a. M.**

**Auskunft und Anmeldung:** Frau K. Baumann, Akademie,  
Fon: 06032 782-281, Fax: -228, E-Mail: [katja.baumann@laekh.de](mailto:katja.baumann@laekh.de)

### **Frühjahr 2011 Hessen**

Modul I **Freitag, 29. – Samstag, 30. Jan. 2011**

Modul II **Freitag, 04. – Samstag, 05. Feb. 2011**

Modul III/IV **Freitag, 26. – Samstag, 27. Feb. 2011**

Modul V **Freitag, 18. – Samstag, 19. März 2011**

**Auskunft und Anmeldung:** Frau K. Baumann, Akademie,  
Fon: 06032 782-281, Fax: -228, E-Mail: [katja.baumann@laekh.de](mailto:katja.baumann@laekh.de)

## Verkehrsmedizinische Qualifikation

(Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer)

**Freitag, 26. Aug. – Samstag, 27. Aug. 2011** 16 P

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

**Teilnahmebeitrag:** € 250 (Akademiemitgl. € 225)

**Tagungsort:** Bad Nauheim,

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau R. Heßler, Akademie,  
Fon: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: [renate.hessler@laekh.de](mailto:renate.hessler@laekh.de)

## Ultraschallkurse

### **Abdomen**

**Leitung:** Dr. med. J. Böhnhof, Prof. Dr. med. C. Dietrich,  
Dr. med. H. Sattler, Dr. med. W. Stelzel

**Abschlusskurs** 29 P

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

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

**Grundkurs** 40 P

**Samstag, 15. und Sonntag, 23. Jan. 2011 (Theorie)**

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

**Aufbaukurs** 40 P

**Samstag, 12. und Sonntag, 20. März 2011 (Theorie)**

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

**Abschlusskurs** 29 P

**Samstag, 05. Nov. 2011 (Theorie)**

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

### **Gefäße**

**Leitung:** Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Dr. med. J. Böhnhof

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

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

**Teilnahmebeitrag:** € 320 (Akademiemitgl. € 288)

**Interdisziplinärer Grundkurs** 29 P

**Donnerstag, 10. – Freitag, 11. Feb. 2011 (Theorie)**

**Samstag, 12. Feb. 2011 (Praktikum)**

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

**Aufbaukurs (periphere Arterien und Venen)** 25 P

**Donnerstag, 16. – Freitag, 17. Juni 2011 (Theorie)**

**Samstag, 18. Juni 2010 (Praktikum)**

**Teilnahmebeitrag:** € 380 (Akademiemitgl. € 342)

**Abschlusskurs (periphere Arterien und Venen)** 20 P

**Freitag, 25. – Samstag, 26. Nov. 2011 (Theorie + Praktikum)**

**Teilnahmebeitrag:** € 320 (Akademiemitgl. € 288)

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

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

## ALLGEMEINE HINWEISE

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

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

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

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

**Übernachtungsmöglichkeit:** Teilnehmer von Veranstaltungen unserer Akademie können ein Sonderkontingent für Übernachtungen im Gästehaus in Anspruch nehmen. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an: Mirjana Redzic, 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](mailto:mirjana.redzic@laekh.de)

**Freiwilliges Fortbildungszertifikat der Akademie:** Die Ärztin / der Arzt 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](mailto: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.





## PRÜFUNGSVORBEREITUNGSKURSE

### **Abrechnung: EBM (PVK 1)**

**Inhalte:** Formularwesen, vertragliche Abrechnung EBM, praktische Übungen zur Abschlussprüfung

**Termin:** Samstag, 27.11.2010, 10:00 – 16:30 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 75

### **Abrechnung: GOÄ (PVK 2)**

**Inhalte:** In dem Kurs werden die Kernelemente der GOÄ und die Abrechnung von Arbeitsunfällen nach der UV-GOÄ mit praktischen Beispielen und Übungsaufgaben wiederholt und vertieft zur Vorbereitung auf die Abschlussprüfung.

**Termin:** Samstag, 15.01.2011, 10:00 – 16:30 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 75

### **Betriebsorganisation – Verwaltung (PVK 6)**

**Inhalte:** Rechnungswesen, Zahlungsverkehr, Praxisorganisation

**Termin:** Samstag, 04.12.2010, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Stunden)

**Teilnahmegebühr:** € 75

### **Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 3)**

**Inhalte:** Zielsetzung des Kurses ist die Simulation der Vorbereitungsphase und des Prüfungsablaufs im praktischen Teil der Abschlussprüfung. Der Kurs soll den Teilnehmer/innen die Möglichkeit bieten, die Prüfungssituation exemplarisch in den Räumen der Carl-Oelemann-Schule kennen zu lernen.

**Termin:** Samstag, 29.01.2011, 09:30 – 17:30 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 95

### **Wirtschaft und Sozialkunde (PVK 7)**

**Inhalte:** Arbeitsrecht, Vertragsrecht, Steuern

**Termin:** Samstag, 11.12.2010, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Stunden)

**Teilnahmegebühr:** € 75

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

## Patientenbetreuung / Praxisorganisation

### **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, 02.12.2010, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

**Teilnahmegebühr:** € 95

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

**Inhalte:** Koordinations- und Kooperationsmaßnahmen, Disease Management Programme, Integrierte Versorgung, Mitwirkung im Case Management, Einbeziehung und Unterstützung von sozialen Netzwerken für Patienten und deren Angehörigen, Dokumentation/Abrechnung durchführen.

**Termin:** Freitag, 03.12.2010, 10:00 – 17:30 und

Samstag, 04.12.2010, 09:30 – 17:00 Uhr (16 Stunden)

**Teilnahmegebühr:** € 185

### **Datenschutzbeauftragte/r in ärztlich geleiteten Einrichtungen**

**Inhalte:** Die 20-stündige Fortbildung richtet sich an Personen nicht-ärztlicher Fachberufe in ärztlich geleiteten Einrichtungen, die gemäß §4f des Bundesdatenschutzgesetzes die erforderliche Fachkunde zur Übernahme der Aufgaben eines/r Datenschutzbeauftragte/n erwerben möchten. Die Fortbildung wird als Blended-learning-Veranstaltung durchgeführt, d.h. die Teilnehmer/innen lernen vor Ort in der Carl-Oelemann-Schule (=Präsenzveranstaltung) und tutoriell betreut zu Hause am PC-Arbeitsplatz (=Telearnphase).

## Patientenbetreuung / Praxisorganisation

**Termin:** ab 20.11.2010

**Teilnahmegebühr:** € 255

### **Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1)**

**Inhalte:** Die in der eintägigen Fortbildung vermittelten Kenntnisse und Fertigkeiten sollen die Teilnehmer/innen befähigen, Gespräche professionell und zielgerichtet zu führen. Durch das Training in der Gruppe erhält der/die Teilnehmer/in Anregungen zur Optimierung seiner/ihrer Fragen- und Antworttechniken sowie Unterstützung zur Verbesserung der Rhetorik.

**Termin:** Freitag, 21.01.2011, 10:00 – 17:30 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 95

### **Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)**

**Inhalte:** Die Teilnehmer/innen der Fortbildung werden systematisch in die Grundlagen der Wahrnehmungspsychologie eingeführt und erwerben über diese Kenntnisse die Fähigkeit, Bedürfnisse des Gesprächspartners zu erkennen und die Patientencompliance durch Motivation zu verbessern.

**Termin:** Samstag, 22.01.2011, 10:00 – 17:30 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 95

### **Beschwerde- und Konfliktmanagement (PAT 4)**

**Inhalte:** Teamarbeit ist im Praxisalltag eine wichtige Voraussetzung, um Beschwerden und Konflikte von/mit den Patienten durch Fach- und Sachkompetenz zu lösen. Zielsetzung der Veranstaltung ist u.a. Lösungsstrategien für die vielfältigen, schwierigen Praxissituationen zu entwickeln.

**Termin:** Samstag, 09.02.2011, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

**Teilnahmegebühr:** € 95

**Information:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

### **Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 5)**

**Inhalte:** Die Fortbildung richtet sich insbesondere an Berufsanfänger und Wiedereinsteiger, für die das Tätigkeitsgebiet der ärztlichen Abrechnung neu ist. Durch praktische Übungen und anhand von Fallbeispielen werden die vermittelten Kenntnisse vertieft geübt.

**Termin:** Stufe 1: Samstag, 05.02.2011, 10:00 – 16:30 Uhr

Stufe 2: Samstag, 19.02.2011, 09:30 – 17:30 Uhr (16 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 185

### **Aufbaukurs Englisch für Gesundheitsberufe**

#### **English for Health Matters – Advanced class (PAT 8)**

**Inhalte:** Redemittel und grammatische Strukturen aus dem Einsteigerkurs „Englisch für Gesundheitsberufe“ (PAT 7) werden aufgegriffen, gefestigt und ausgebaut. Das Themen- und Grammatikrepertoire wird erweitert, wobei mündliche Kommunikation, Hörverstehen, Leseverstehen und Wortschatzarbeit im Vordergrund stehen.

**Termin:** Samstag, 12.02.2011 und

Samstag, 19.02.2011, jeweils 10:00 – 14:00 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 140

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

## Qualifizierungslehrgang „Onkologie“ für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen

Basierend auf dem Fortbildungscurriculum der Bundesärztekammer führt die Carl-Oelemann-Schule den Qualifizierungslehrgang durch. Durch das Baustein- und Modulsystem der Carl-Oelemann-Schule werden die nachfolgend aufgeführten Bausteine des Lehrganges auch im Qualifizierungslehrgang „Palliativversorgung“ anerkannt.





### Qualifizierungslehrgang „Onkologie“ für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen

#### Allgemeine medizinische Grundlagen in der Onkologie und Palliativmedizin (ONKPAL 1)

**Termin:** Donnerstag, 02.12.2010, 13:30 – 17:45 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 70

#### Versorgung und Betreuung von Patienten (ONKPAL2)

**Termin:** Freitag, 03.12.2010, 08:30 – 12:30 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 70

#### Psychosoziale Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter/innen im Bereich der onkologischen und palliativmedizinischen Versorgung (ONKPAL3)

**Termin:** Freitag, 03.12.2010, 12:30 – 15:45 Uhr und  
Samstag, 04.12.2010, 08:30 – 14:00 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 150

**Information:** Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

### Schwerpunkt Medizin

#### Notfallmanagement im Praxisteam (MED 8)

**Inhalte:** Einflussfaktoren in der Notfallsituation, Notfalldiagnostik mit erweiterten Möglichkeiten, Ausstattung und Aufteilung des Notfallequipments, Vorbereiten, Kontrollieren, Anreichen, Training

**Termin:** Interessentenliste, samstags, 09:30 – 17:30 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 95

#### Medizinproduktebücher und Bestandsverzeichnisse in der Praxis (MED 10)

**Inhalte:** Mit dieser Veranstaltung soll Licht in das Dunkel des Medizinprodukterechts gebracht werden und kurz und übersichtlich sowohl eine Einführung in die Regelwerke als auch praktische Hinweise zur Umsetzung in der Praxis gegeben werden. Einen Schwerpunkt bilden die Führung von Bestandsverzeichnis und Gerätebüchern sowie die interne Organisation der Umsetzung.

**Termin:** Interessentenliste, mittwochs, 14:30 – 18:30 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 70

**Information:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

### 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:** Fr., 21.01.2011 bis Sa., 22.01.2011 und  
Do, 03.02.2011 bis Sa., 05.02.2011

**Teilnahmegebühr:** € 410 inkl. Lernerfolgskontrolle

**Information:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

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

**Inhalte theoretischer Teil:** Anatomie und Röntgenanatomie, Röntgenaufnahme-technik, 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 14.01.2011

**Teilnahmegebühr:** € 950 zzgl. € 55 Prüfungsgebühr

**Information:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

### Klinikassistent (120 Stunden)

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

**Termin:** Beginn ab 19.11.2010

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

**Information:** Monika Kinscher, Fon: 06032 782-187

### Aufstiegsfortbildung zum/zur Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung

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

Folgende von der Carl-Oelemann-Schule angebotenen Qualifizierungslehrgänge werden als Wahlteil anerkannt:

- Ambulante Versorgung älterer Menschen
- Assistenz beim ambulanten Operieren
- Betriebsmedizinische Assistenz
- Case Management in der ambulanten Versorgung
- Ernährungsmedizin
- Klinikassistent
- Onkologie für MFA und Arzthelfer/innen
- Palliative Versorgung
- Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen
- Prävention im Kindes- und Jugendalter
- Strahlenschutz gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 4 RÖV

**Beginn Pflichtteil:** Frühjahr 2011

**Teilnahmegebühr Pflichtteil:** € 1.480

**Prüfungsgebühren:** € 200

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

### ALLGEMEINE HINWEISE

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

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

**Übernachtungsmöglichkeit:** Im Gästehaus der LÄKH können wir Übernachtungsmöglichkeiten direkt im Fortbildungszentrum bieten. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an: 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](mailto:gaestehaus@fbz-hessen.de)



## Oskar Panizza – Arzt und Dichter

### Leben

Leopold Hermann Oskar Panizza lebte vom 12. November 1853, in Gießen geboren, bis zum 28. September 1921 in Bayreuth. Er war ein deutscher Schriftsteller, Satiriker, Publizist und Arzt.

In seinen Schriften, vor allem in dem Hauptwerk, „Das Liebeskonzil“ attackierte Panizza den Obrigkeitsstaat, die katholische Kirche und bürgerliche Moralvorstellungen.

Sein Werk war auf Provokation, auf „Wachrütteln“, auf Infragestellen ausgerichtet. In der Literaturkritik wird er als Einzelgänger der Münchner Moderne zwischen Naturalismus und Expressionismus eingeordnet. Teilweise benutzte er ab 1893 eine phonetische Orthografie.

Am bekanntesten ist das 1894 erschienene satirische Drama „Das Liebeskonzil“, eine in der Literatur beispiellose Groteske. Daneben verfasste er eine Reihe bizarrer Erzählungen mit Verbindung zwischen realistischer Schreibweise und Fantasie. Daneben war er polemischer Publizist und setzte satirische Stilmittel ein, um die Leserschaft zu fesseln.

Nach einer streng pietistischen Erziehung, die Eltern waren zwischen protestantischer Mutter und katholischem Vater hin- und hergerissen, zuerst katholisch getauft, dann unter Einfluss der starken Mutter Protestant geworden, starke antikatholische Orientierung. Zunächst von Leistungsverweigerung geprägte Schulzeit. Spätes Abitur und Medizinstudium, Ausbildung zum Nervenarzt. Er wandte sich doch bald der Literatur zu.

Kaum ein anderer Autor des damaligen deutschen Reiches war so sehr von Zensur und Angriffen bedroht, keiner wurde für seine literarischen Werke ähnlich hart durch die Justiz verfolgt wie Panizza. Fast alle



Oskar Panizza (Fotografie, um 1895)  
Quelle: Zeno.org

seiner Bücher wurden schon kurz nach Veröffentlichung verboten oder im Verkehr begrenzt, an eine Aufführung seiner Theaterstücke war jahrzehntelang nicht zu denken.

Panizza immatrikulierte sich 1877 an der Medizinischen Fakultät der Münchner Universität. Das Medizinstudium absolvierte er erfolgreich und wurde Assistent von Hugo von Ziemssen, dem Direktor des Klinikums links der Isar, und promovierte 1880 mit Summa cum laude mit einer Dissertation „Über Myelin, Pigment, Epithelien und Mikrokokken im Sputum“. Panizza erreichte 1881 die Approbation und arbeitete von 1882 bis 1884 an der Kreisirananstalt in München unter Professor Bernhard von Gudden, dem Arzt Ludwigs II., der später mit diesem im Starnberger See den Tod fand.

Zu Lebzeiten behauptete Panizza mehrfach an der Syphilis erkrankt zu sein. In seinen

Krankengeschichten finden sich jedoch keine Spuren davon, der weitere Krankheitsverlauf war auch nicht für eine Lues im dritten Stadium typisch, möglicherweise war das eine der Öffentlichkeit hingeworfene Information, aus heutiger Sicht eine PR-Maßnahme. Panizza war insgesamt seelisch nicht sehr stabil. Er verbrachte eine Zeit in Paris, dann in London, gab seine Stelle in München auf und ließ sich für kurze Zeit als praktischer Arzt nieder.

### Ausgewählte Werke

1892 veröffentlichte Panizza die Erzählungen „Aus dem Tagebuch eines Hundes“. Unter den zehn Erzählungen einer Sammlung mit dem Titel „Visionen“ findet sich eine Satire „Der operierte Jud“. Die jüdische Hauptfigur dieser Geschichte kann selbst durch Operationen, Bluttransfusionen, Verhaltenstraining und die Konversion zum protestantischen Glauben sein wahres „jüdisches“ Wesen nicht ablegen. Diese Erzählung wurde als Ausdruck einer extrem antisemitischen Haltung interpretiert, wie sie für viele, auch intellektuelle Deutsche, um die Jahrhundertwende nicht untypisch war. Moderne Interpretationen reihen den „Operierten Jud“ heute als Parodie auf das tragische Scheitern jüdischer Assimilationsbemühungen ein. Panizza selbst bezeichnete Antisemiten als „Kulturfeindliche Schreier“.

### Das Liebeskonzil

Panizzas Hauptwerk ist die satirische „Himmelstragödie“, „Das Liebeskonzil“. Das Drama erklärt das plötzliche Auftreten der Syphilis Ende des 15. Jahrhunderts, der erste Bericht über einen Syphilisfall reicht in das Jahr 1495, als göttliches Auftragswerk an den Teufel, um eine verkommene Menschheit zu strafen, und thematisiert das „naive“ katholische Gottesbild, die heuchlerische Frömmigkeit, die Gewinnsucht, die sexuelle Geilheit, auch des Kle-

rus, und nicht zuletzt, die Dekadenz der Renaissance-Päpste.

Schauplatz der Handlung ist der Himmel, die Hölle, und der Hof des Borgiapapstes Alexander VI., im Jahre 1495. Gott ist ein seniler und gebrechlicher Greis, Christus debil, die Jungfrau Maria abgebrüht und verkommen. Sie erhalten Nachricht von skandalösen Zuständen auf der Erde, insbesondere in Neapel und von Orgien am Hofe des Papstes. Sie werden Zeuge obszöner Spiele und Intrigen der Hofgesellschaft. Gott und seine Himmelsmannschaft sind jedoch zu einer eigenen Reaktion nicht in der Lage. Die Menschheit durch Vernichtung strafen wollen sie nicht, eine andere Menschheit schaffen können sie nicht. Es ist klar, die Menschheit muss bestraft werden, aber sie muss auch erlösungs-fähig bleiben. Insbesondere muss die Menschheit auf Absolution, auf das Gebäude und das Personal der Kirche angewiesen bleiben. In ihrer Ratlosigkeit fragen sie den Teufel was am besten zu tun sei. Dieser, die einzige Figur mit Kreativität, Schönheit und Eleganz ersinnt einen Plan, die Menschheit mit der Syphilis zu bestrafen. Hierzu erschafft er, er ist der einzige der Schaffenskraft aufweist, eine im höchsten Grade verführerische Frauenfigur, die diejenigen, die sie in ihren Bann schlägt, mit der Lustseuche, der Syphilis, bestraft. Diese unwiderstehlich schöne Frau, verführt den Papst, die Kardinäle, die Bischöfe und schließlich die übrige Kirchenhierarchie, die Lustseuche breitet sich schließlich in der gesamten Menschheit aus.

Dieses Theaterstück wurde zum größten Literaturskandal der 1890er Jahre bis weit in das 20. Jahrhundert hinein. Im Oktober 1894 erschien das Liebeskonzil bei Jakob

Stabelitz in Zürich. Zunächst wurde es viel besprochen und gelobt. Kommentare von Theodor Fontane, Detlev von Liliencron und Thomas Mann sind verbürgt. Das Liebeskonzil kam kaum in den deutschen Handel. Am 8. Januar 1895 beschlagnahmte die Polizei alle in Deutschland zugänglichen Exemplare, und die Münchner Staatsanwaltschaft erhob Anklage wegen Blasphemie aufgrund des Paragraphen<sup>1</sup> 166 des Reichsstrafgesetzbuches. Ein Problem war dabei der Nachweis, dass das in der Schweiz gedruckte Werk in Deutschland überhaupt Leser gefunden hatte. Schließlich erklärten zwei Münchner Buchhändler, 23 Exemplare verkauft zu haben, und ein Polizeibeamter aus Leipzig gab eine Erklärung ab, das Buch gelesen und an seinem Inhalte „Ärgernis genommen“ zu haben. Der Prozess fand höchste Beachtung, sowohl unter Juristen, unter Politikern verschiedener weltanschaulicher Ausrichtung als auch in der Literaturwissenschaft. Schließlich wurde es ein politischer Prozess gegen „die Moderne“. Die Staatsanwaltschaft ging mit großer Härte gegen Panizza vor. Im Prozess, der am 30. April 1895 vor dem Landgericht München I stattfand, nahm Panizza die Rolle eines Vorkämpfers für die Freiheit moderner Literatur ein und stilisierte sich dabei zu einem Märtyrer, der die zweifellos vorhandenen Möglichkeiten ins Ausland zu fliehen bewusst ausließ und kämpferisch die Auseinandersetzung mit dem Staat suchte. Mit seiner Rede, die er auch veröffentlichte, fordert er die Grundrechte künstlerischer Freiheit ein, jedoch konnte er die zwölf Geschworenen nicht überzeugen. Schon durch seiner Aussage „Ich erkläre, dass ich Atheist bin“ provoziert er geradezu seine Verurteilung. Kein anderer Schrift-

steller im Wilhelminischen Kaiserreich wurde mit vergleichbarer Härte bestraft. Schließlich wurde er zu einem Jahr Einzelhaft verurteilt und trug die Kosten des Verfahrens und des Gefängnisaufenthaltes.

Herbert Rosendorfer schrieb 1996 anlässlich des 75. Todestages Panizzas der Prozess sei ein Akt der Rechtsbeugung gewesen.<sup>2</sup> Rosendorfer: „Selbst nach den damals geltenden, weiter strengeren Vorschriften des Strafgesetzbuches hätte Panizza schon mangels relevanter Verbreitung seines Werkes im Inland nicht verurteilt werden dürfen.“ Panizza musste jeden Tag seiner Strafe absitzen. Rosendorfer: „Jedem Straßenräuber wäre wegen „guter Führung“ das letzte Drittel der Strafe auf Bewährung ausgesetzt worden“.

Das Jahr Gefängnis zerbrach Panizza. Gekränkt, noch labiler, kehrte er dem „Katholo-Morast“ Bayern den Rücken und betrieb sogar seine Entlassung aus dem, damals noch neben der Reichsstaatsbürgerschaft existierenden, bayerischen Staatsverband. Er wurde staatenlos und siedelte nach Zürich, später nach Paris über. Der entgültige Zusammenbruch kam 1904. Er wurde zunehmend eigensinnig und verbissen. Mit Hilfe eines deutschen Mäzens, des Baron von Grote, gab er die „Zürcher Diskussionen“ heraus, eine unregelmäßig erscheinende Reihe von Heften, deren Beiträge nahezu alle aus seiner Hand selbst stammten. Nach Paris umgesiedelt, gab er die „Parisjana“ heraus.

Die Staatsanwaltschaft ließ nicht locker. Sein Vermögen wurde in Deutschland be-

<sup>1</sup> Im Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich vom 15. Mai 1871 wurde damals schon der § 166: Beschimpfung von Bekenntnissen, Religionsgesellschaften und Weltanschauungsvereinigungen aufgenommen. Die letzte Revision stammt vom 1. Januar 1975 und ist nach wie vor in Kraft. An die Diskussion um die Veröffentlichung von „Mohammed-Karikaturen“ sei dabei erinnert.

<sup>2</sup> Die Lektüre des Artikels von Herbert Rosendorfer über Panizza wird empfohlen.

schlagnahmte, der Kontakt zur Familie war und blieb schwierig. Nach Deutschland zurückgekehrt kam er in eine Irrenanstalt, zufällig eben in jene, in der er vor mehr als 20 Jahren als Assistenzarzt Dienst getan hatte und wurde vom Landgericht München für paranoid und unzurechnungsfähig erklärt. Kurze Zeit später, zu seinem eigenen Erstaunen, wieder entlassen. Nach kurzer Zeit des Irrsinn verbrachte er den Rest seines Lebens, von 1907 an, nach vorübergehenden Aufenthalten in anderen Anstalten in dem „Herz- und Kreislaufkrankenhaus Mainschloss Herzogshöhe“ in Bayreuth. Das Mainschloss war keine geschlossene Anstalt und ein Ausbruchversuch Panizzas oder sonstige Konflikte in dieser Klinik sind nicht überliefert, so dass man davon ausgehen muss, dass er, warum auch immer, freiwillig blieb.

Ob tatsächlich eine Syphiliserkrankung vorlag wird nicht zu klären sein. Panizza zeichnete in seinem langjährigen Sanatoriumsaufenthalt, viele der Blätter sind erhalten und wurden veröffentlicht.

### Wertungen – Zeitgenössischer Rezeption und Deutung

An eine tatsächliche Theateraufführung des Liebeskonzils war über Jahrzehnte nicht zu denken. Anfangs weigerte sich die Familie die Urheberrechte für Neuauflagen freizugeben. Für Sigmund Freud war das Liebeskonzil ein „revolutionäres Bühnenstück“, Walter Benjamin schätzte Panizza als „Häretischen Heiligenbildmaler“. 1913 erschien eine, auf 50 Exemplare limitierte und in den Niederlanden gedruckte, Ausgabe des Liebeskonzils für die „Gesellschaft der Münchner Bibliophilen“, die von Alfred Kubin illustriert wurde. Diese ist auch heute im Nachdruck verfügbar. Wegen der strikten Zensur musste jedes Exemplar dieser Privatausgabe den Namen des Besitzers auf der Titelseite tragen. Von 1917/1918 stammt ein groß-

formatiges Ölgemälde von Georg Groß mit Widmung an Oskar Panizza, welches heute in der Stuttgarter Staatsgalerie hängt.

Panizzas Werk wurde während des Dritten Reiches von den Nationalsozialisten vereinnahmt, dabei jedoch auf die für die propagandistischen Zwecke nutzbaren Inhalte reduziert.

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden die Werke Panizzas lange Zeit weder verlegt noch gespielt und waren auch kein Thema in der Wissenschaft. Eine Herausgabe 1962, limitiert auf 300 Exemplare, führte zum erneuten Setzen auf den Index. Der Herausgeber wurde juristisch verfolgt. Nach heftigen Protesten der Presse wurden jedoch alle Anklagepunkte fallen gelassen. Erst 1964 wurde das Liebeskonzil zusammen mit anderen Schriften Panizzas bei Luchterhand herausgegeben. 1960 erschien eine französische Übersetzung, 1964 eine niederländische, 1969 eine italienische und 1971 eine englische Ausgabe.

Die Uraufführung des Liebeskonzils als Theaterstück fand 1967, 74 Jahre nach der Erstveröffentlichung, in Wien auf der kleinen Bühne als „Experiment“ statt und wurde 1969 zum ersten Mal in Paris auf einer größeren Bühne gebracht. 1973 erfolgte eine Inszenierung in Hamburg. Eine

empörte Reaktion der Öffentlichkeit blieb diesmal aus, die Fachzeitschrift „Theater Heute“ widmete die Titelreportage.

Werner Schröter hat 1982 in einem Film eine Annäherung an das Theaterstück produziert und auf der Berlinale vorgestellt.

Die Wertungen des Werkes sind nach wie vor sehr kontrovers, dem einem gilt er als bewundernswürdiger, liberaler, kritischer Geist, den anderen quasi als Nachfolger Heinrich Heines, als protestantischer Dickhäutiger, als sozialpolitischer Provokateur. Sicher war Panizza ein glühender Moralist und mutiger Kritiker der Gesellschaft. In seiner neuen phonetischen Schreibweise nahm er künstlerische Entwicklungen der späteren Zeit vorweg.

Nicht zuletzt wegen der wunderschönen Grafiken von Kubin ist die heute verfügbare Ausgabe des Liebeskonzils lesenswert und die Beschäftigung mit Panizza gewinnbringend.

### Anschrift des Verfassers

*Dr. med. Siegmund Drexler  
Südring 14  
63165 Mühlheim*

# Die Debatte um die ärztliche Beihilfe zum Suizid

Alfred Simon

Nicht zuletzt aufgrund der Aktivitäten der Sterbehilfeorganisation DIGNITAS, die schwerkranken Menschen die Möglichkeit eines ärztlich begleiteten Suizids in der Schweiz anbietet, ist das Thema Suizidbeihilfe in den letzten Jahren immer wieder zum Gegenstand öffentlicher und politischer Debatten geworden. Neben der Frage, ob man Aktivitäten von Organisationen wie DIGNITAS gesetzlich verhindern soll, wird auch darüber diskutiert, ob es Ärzten in Deutschland erlaubt sein soll, Patienten beim Suizid zu unterstützen.

## Die Rechtslage in Deutschland

Anders als die aktive Sterbehilfe ist die Beihilfe zum Suizid in Deutschland nicht strafbar. Für den Arzt bestehen jedoch Einschränkungen, die eine Unterstützung beim Suizid erschweren: So hat der Bundesgerichtshof 1984 festgestellt, dass der Arzt dazu verpflichtet ist, den Suizid eines Patienten zu verhindern. Zwar besteht unter Juristen ein breiter Konsens, dass eine solche Hinderungs- und Rettungspflicht im Falle eines freiverantwortlichen Suizids nicht besteht,<sup>[3]</sup> dennoch geht der Arzt ein rechtliches Risiko ein, wenn er einen Patienten beim Suizid unterstützt, zumal die Feststellung der Freiverantwortlichkeit einer Entscheidung zum Suizid in der Praxis schwierig sein dürfte. Unabhängig von der strafrechtlichen Bewertung verbietet der Paragraph 16 der Muster-Berufsordnung den Ärzten, das Leben Sterbender aktiv zu verkürzen.<sup>[2]</sup> Auch wenn die Beihilfe zum Suizid keine aktive Sterbehilfe darstellt, fällt sie nach Ansicht vieler Interpreten unter diese Bestimmung, weil die Handlung, durch die Beihilfe zum Suizid geleistet wird, in der Regel aktiv ist. Eine Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung wird auch in den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung abgelehnt, da sie dem ärztlichen Ethos widerspreche.<sup>[1]</sup> Völlig offen

ist, welche möglichen berufsrechtlichen Konsequenzen sich für einen Arzt ergeben, der dennoch Beihilfe zum Suizid leistet.

## Die Rechtslage in der Schweiz und in Oregon

In der Schweiz ist die Beihilfe zum Suizid nur strafbar, wenn sie aus selbstsüchtigen Beweggründen erfolgt. Solange also der Arzt aus der Suizidbeihilfe keinen finanziellen oder sonstigen Gewinn zieht, bleibt sein Handeln straflos. Anders als in Deutschland drohen dem Arzt auch keine berufsrechtlichen Konsequenzen. Zwar stellt die Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) in einer Richtlinie aus dem Jahre 2004 klar, dass die Suizidbeihilfe keine ärztliche Tätigkeit darstellt, da sie den Zielen der Medizin widerspricht. Andererseits anerkennt sie, dass der Wunsch des Patienten nach Suizidbeihilfe den Arzt vor eine schwierige Situation stellt, in der er Wille und Wohl des Patienten mit seinem eigenen Berufsverständnis in Übereinstimmung bringen muss. In dieser Dilemmasituation müsse der Arzt eine persönliche Gewissensentscheidung treffen. Die Entscheidung, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, sei als solche zu respektieren. Voraussetzung für eine Suizidbeihilfe sei jedoch, dass die Erkrankung des Patienten die Annahme rechtfertigt, dass das Lebensende nahe ist, dass alternative Hilfsmöglichkeiten erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt wurden, sowie die Tatsache, dass der Wunsch des Patienten wohlwogen und ohne äußeren Druck entstanden und dauerhaft ist. Die letzte Voraussetzung sollte von einer unabhängigen Drittperson überprüft worden sein, wobei diese nach Ansicht der SAMW nicht zwingend ein Arzt sein muss.<sup>[6]</sup>

In dem US-Bundesstaat Oregon wurde 1997 der Death With Dignity Act beschlossen, der Ärzten unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt, ein tödliches Medika-

ment zu verschreiben: Der Patient muss volljährig sein und seinen ständigen Wohnsitz in Oregon haben. Er muss im Abstand von mindestens 15 Tagen zwei mündliche Anträge sowie einen schriftlichen Antrag stellen. Der schriftliche Antrag muss in Gegenwart von zwei Zeugen unterschrieben werden. Der verschreibende Arzt und ein unabhängiger Kollege müssen feststellen, dass der Patient an einer unheilbaren Erkrankung leidet, die voraussichtlich in weniger als sechs Monaten zum Tod führt. Falls Zweifel an der Urteilsfähigkeit des Patienten aufkommen, ist ein psychologisches Gutachten einzuholen. Außerdem muss der Arzt über mögliche Alternativen (z.B. Palliativmedizin) aufklären. Der verschreibende Arzt darf zwar während des Suizids anwesend sein, aber das tödliche Medikament nicht selbst spritzen. Im Jahr 2009 ließen sich 95 Patienten ein tödliches Medikament verschreiben, zwei Drittel von ihnen haben dieses dann auch eingenommen. Diese 59 Fälle machen ungefähr 0,2 Prozent der Todesfälle in Oregon aus.<sup>[5]</sup>

## Suizidbeihilfe und ärztliches Ethos

Auch in Deutschland mehren sich die Stimmen, die eine (berufs-)rechtliche Zulassung der ärztlichen Suizidbeihilfe fordern. Besonders deutlich äußerten sich die Mitglieder des Deutschen Juristentages 2006: Diese unterstrichen nicht nur die strafrechtliche Zulässigkeit der Beihilfe zum Suizid, sondern forderten die Ärzteschaft auf, die ausnahmslose Missbilligung des ärztlich assistierten Suizids zu überdenken und durch eine differenzierte Beurteilung zu ersetzen, „welche die Mitwirkung des Arztes an dem Suizid eines Patienten mit unerträglichem, unheilbarem und mit palliativmedizinischen Mitteln nicht ausreichend zu linderndem Leiden als eine nicht nur strafrechtlich zulässige, sondern auch ethisch vertretbare Form der Sterbegleitung toleriert“.<sup>[3]</sup>

Die Bundesärztekammer hat auf diese Provokation bislang nicht direkt reagiert. In Interviews und Stellungnahmen wurde jedoch auf die grundsätzliche Einschätzung hingewiesen, wonach die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung dem ärztlichen Ethos widerspreche.[4] Diese Einschätzung wird auch von einer Mehrheit der deutschen Ärzte geteilt: In einer repräsentativen Befragung von ambulant und stationär tätigen Ärzten sprachen sich 62 Prozent gegen eine gesetzliche Regelung des ärztlich begleiteten Suizids aus. Die Mehrheit ist allerdings nicht so groß, dass man von einer geschlossenen Haltung der Ärzteschaft sprechen könnte. Hinzu kommt, dass jeder dritte Arzt bei der Befragung angab, sich unter bestimmten Voraussetzungen vorstellen zu können, selbst Beihilfe zum Suizid zu leisten.[7] Diese Zahlen zeigen, dass die Bundesärztekammer in der nächsten Zeit verstärkte Anstrengungen leisten muss, ihre Position zum ärztlich begleiteten Suizid nicht nur in der öffentlichen Debatte, sondern auch gegenüber der Ärzteschaft zu verdeutlichen.

### **(Berufs-)rechtliche Zulassung der Suizidbeihilfe?**

In der Debatte um eine mögliche Zulassung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid sollte nach Ansicht des Autors zwischen der grundsätzlichen Frage nach der moralischen Zulässigkeit der Suizidbeihilfe im Einzelfall und der praktischen Frage nach den möglichen Folgen einer solchen Zulassung unterschieden werden.

Auf der grundsätzlichen Ebene scheint es schwierig, ein Verbot der Beihilfe zum Suizid zu begründen. Das Recht auf Leben – als moralischer Konvergenzpunkt der verschiedenen Werthaltungen zu Fragen der Sterbehilfe – schützt den Einzelnen davor, gegen seinen Willen getötet zu werden. Es enthält jedoch keine Pflicht zu leben, sondern allenfalls die moralische Aufforderung,

verantwortungsvoll mit dem eigenen Leben umzugehen. Der wohlüberlegte Wunsch nach Beendigung des eigenen Lebens angesichts eines unheilbaren und vom Betroffenen selbst als unerträglich empfundenen Leidens widerspricht dieser Aufforderung nicht. Daraus folgt, dass auch die Unterstützung bei der Umsetzung dieses Wunsches moralisch gerechtfertigt sein kann.

Beihilfe zum Suizid ist also nicht per se etwas Unmoralisches. Die Frage ist jedoch, ob man ihre Praxis (berufs-)rechtlich zulassen soll. Gegen einen solchen Schritt sprechen weniger grundsätzliche, als vielmehr praktische Probleme, z.B.:

- Das Problem der Authentizität: Verbirgt sich hinter dem Wunsch nach Suizidbeihilfe tatsächlich der Wunsch nach dem eigenen Tod?
- Das Problem der Freiwilligkeit: Kann ausgeschlossen werden, dass der Wunsch nach Suizidbeihilfe nicht von Dritten beeinflusst ist?
- Mögliche Missbrauchs- und Dammbrechungsgefahren: Welche – nicht beabsichtigten – gesellschaftlichen Entwicklungen würde eine Zulassung der ärztlichen Suizidbeihilfe in Gang setzen? Wie würde sich eine solche auf das Bild der Ärzte in der Öffentlichkeit auswirken? Wie auf das Selbstverständnis der Ärzte? Würde der Druck auf Ärzte entsprechenden Wünschen nachzukommen steigen?

Eine mögliche Zulassung der Beihilfe zum Suizid setzt voraus, dass sich Regelungen finden lassen, die das Eintreten dieser Ge-

fahren weitestgehend ausschließen. Die Bestimmung solcher Regelungen kann – wenn überhaupt – nur Ergebnis einer breiten gesellschaftlichen Diskussion sein. Diese Diskussion nicht zu führen, wäre ebenso unverantwortlich, wie die Augen vor den möglichen Gefahren einer Zulassung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid zu verschließen.

### **Anschrift des Verfassers**

PD Dr. phil. Alfred Simon  
Akademie für Ethik in der Medizin e.V.  
Humboldtallee 36, 37073 Göttingen  
Fon: 0551 39-9680, Fax: 0551 39-3996  
E-Mail: [asimon1@gwdg.de](mailto:asimon1@gwdg.de)  
[www.aem-online.de](http://www.aem-online.de)

### **Literatur**

1. Bundesärztekammer (2004) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung. *Deutsches Ärzteblatt* 101: A-1298-1299
2. Bundesärztekammer (2006) (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte. URL <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143>
3. Deutscher Juristentag (2006) Beschlüsse. URL [http://www.djt.de/files/djt/66/66\\_DJT\\_Beschluesse.pdf](http://www.djt.de/files/djt/66/66_DJT_Beschluesse.pdf)
4. Hoppe, Jörg-Dietrich (2010) Keine Suizidbeihilfe. *Deutsches Ärzteblatt* 107: A-1385
5. Oregon Public Health Division (2010) 2009 Summary of Oregon's Death with Dignity Act. <http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/year12.pdf>
6. Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2004) Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. URL [http://www.samw.ch/dms/de/Ethik/RL/AG/Lebensende\\_D\\_04.pdf](http://www.samw.ch/dms/de/Ethik/RL/AG/Lebensende_D_04.pdf)
7. Simon, Alfred (2010) Einstellung der Ärzte zur Suizidbeihilfe: Ausbau der Palliativmedizin gefordert. *Deutsches Ärzteblatt* 107: A-1383-1385

## Jetzt doch: Bestechung und Bestechlichkeit bei Vertragsärzten Drohen Vertragsärzten neue Strafbarkeitsrisiken?

A. Wienke, A. Mündlich

Niedergelassene Vertragsärzte waren bisher von etwaigen Vorwürfen der Bestechung und Bestechlichkeit verschont; als eigene/r Herr/Frau im eigenen Praxisunternehmen genossen sie den Schutz von Freiberuflichkeit, Unabhängigkeit und Grundgesetz. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe und seiner Natur nach ein freier Beruf. So heißt es nach wie vor in § 1 Abs. 1 der (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte.

Damit könnte es jedenfalls in strafrechtlicher Hinsicht bald vorbei sein, wenn man den Ausführungen des Oberlandesgerichts Braunschweig in seinem jetzt bekanntgewordenen Beschluss vom 23. Februar 2010 glauben will. Die Entscheidung dürfte für viele Vertragsärzte überraschend sein und die strafrechtliche Relevanz der vertragsärztlichen Tätigkeit in der Zukunft neu beleben. Bisher jedenfalls wurde die Frage, ob ein niedergelassener und zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassener Arzt „Beauftragter des geschäftlichen Betriebs der Krankenkassen“ im Sinne der Bestechlichkeitsdelikte des § 299 des Strafgesetzbuches (StGB) sein kann, bei Staatsanwaltschaften, Gerichten, ärztlichen Standesorganisationen und Medizinjuristen eher stiefmütterlich behandelt.

Das Oberlandesgericht (OLG) Braunschweig hat nun in seinem Beschluss vom 23. Februar 2010 (Ws 17/10) die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte juristisch als „Beauftragte der Krankenkassen“ im Sinne des § 299 StGB eingestuft und sie damit zu potentiellen Tätern der Straftatbestände der Bestechung und Bestechlichkeit gemacht. Das Gericht kam zu dem Ergebnis, dass sich Vertragsärzte in bestimmten Fällen wegen Bestechlich-

keit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr nach § 299 StGB strafbar machen können. Nach Abs. 1 dieser Vorschrift, die dem Schutz des fairen und lautereren Wettbewerbs dient, macht sich strafbar, wer „als Angestellter oder Beauftragter eines geschäftlichen Betriebes im geschäftlichen Verkehr einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er einen anderen bei dem Bezug von Waren oder gewerblichen Leistungen im Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzugt“. Diese als Bestechlichkeit bezeichnete Tathandlung findet in § 299 Abs. 2 StGB ihr Spiegelbild in der (aktiven) Bestechung.

Die Einstufung als „Beauftragte der Krankenkassen“ und damit die grundsätzliche Möglichkeit einer Strafbarkeit nach § 299 StGB war von der Staatsanwaltschaft Frankfurt a.M. zuletzt noch in dem sogenannten „Ratiopharm-Verfahren“ abgelehnt worden. Jetzt liegt jedoch erstmals eine gerichtliche Entscheidung vor, welche die Möglichkeit einer solchen Strafbarkeit bejaht.

### Zum Sachverhalt

Anlass der Entscheidung waren Absprachen zwischen einem Apotheker und zwei Ärzten einer zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Gemeinschaftspraxis. Der Apotheker hatte der Gemeinschaftspraxis Zuschüsse im sechsstelligen Eurobereich für die Einrichtung der Praxisräume zukommen lassen. Weiterhin zahlte er den Ärzten monatliche Mietkostenzuschüsse im vierstelligen Bereich. Diese Aufwendungen setzte er beim Finanzamt als Betriebsausgaben ab. Die daraufhin vom Finanzamt eingeschaltete Staatsanwaltschaft ermittelte gegen den Apothe-

ker wegen Bestechung nach § 299 Abs. 2 StGB und erhob schließlich Anklage vor dem Landgericht Braunschweig. Sie war der Auffassung, dass es sich hierbei um Zuwendungen gehandelt habe, die ausschließlich darauf abgezielt hätten, dass der Apotheker von den Ärzten Zuweisungen bzw. Aufträge, beispielsweise für die Herstellung von Zytostatika, erhalte.

Die große Wirtschaftsstrafkammer des Landgerichts Braunschweig hatte die Eröffnung des Hauptverfahrens noch abgelehnt, weil ihrer Auffassung nach ein Vertragsarzt nicht Beauftragter des Geschäftsbetriebs einer Krankenkasse im Sinne des § 299 StGB sei. Gegen diese Entscheidung legte die Staatsanwaltschaft beim OLG Braunschweig Beschwerde ein. Dies gab der Staatsanwaltschaft recht und sah, anders als das Landgericht, Vertragsärzte als Beauftragte der Krankenkassen an.

### Aus den Entscheidungsgründen

In seiner Begründung stufte das OLG Braunschweig den Vertragsarzt als „Schlüsselfigur der Arzneimittelversorgung“ ein, der mit Wirkung für und gegen die Krankenkasse die Willenserklärung zum Abschluss eines Kaufvertrages über die verordneten Medikamente abgebe. Der Apotheker nehme dieses Angebot an, indem er dem Versicherten das verordnete Arzneimittel aushändige. Der Vertragsarzt sei dabei gesetzlich berechtigt und verpflichtet, für die Krankenkassen zu handeln. Durch die Art und Menge der von ihm verordneten Medikamente nehme er damit erheblich auf die betrieblichen Entscheidungen Einfluss.

Das OLG Braunschweig nahm in seiner Entscheidung auch Bezug auf die Recht-

sprechung des Bundesgerichtshofs zum Tatbestand der Untreue nach § 266 StGB; danach handle ein Vertragsarzt bei der Verordnung von Medikamenten als Vertreter der Krankenkassen und nehme insofern deren Vermögensinteressen wahr (BGH, Beschluss vom 25. November 2003, 4 StR 239/03). Wer befugt sei, über fremdes Vermögen zu verfügen und im Falle einer Verletzung dieser besonderen Vermögensbetreuungspflicht nach § 266 StGB der Untreue strafbar sei, handle zumindest im Rahmen dieses Aufgabenfeldes auch als Beauftragter im Sinne des § 299 StGB, urteilte das OLG Braunschweig.

Im Ergebnis lehnte das OLG Braunschweig die Eröffnung des Hauptsacheverfahrens dennoch ab. Ausreichende Anhaltspunkte für ein rechtswidriges Verhalten im Sinne des § 299 StGB seien nicht erkennbar. Dieses setze eine sog. Unrechtsvereinbarung zwischen dem Apotheker und den Ärzten voraus, die geeignet sei, andere Bewerber im Wettbewerb zu benachteiligen.

In diesem Zusammenhang stellte das Gericht ausdrücklich klar, dass allein der Vorteil, der durch die Nähe einer Arztpraxis zu einer Apotheke entstehe, für sich genommen keine Unrechtsvereinbarung im Sinne des Gesetzes darstelle. Die mit der Ansiedlung einer Arztpraxis einhergehenden Vorteile für den Apotheker durch erhöhten Umsatz rezeptpflichtiger Medikamente würden auf dem Standortvorteil beruhen sowie der Entscheidung der Patienten, in gerade dieser Apotheke ihr Rezept einzulösen. Das Interesse eines Apothekers daran, in seiner Nähe möglichst viele Arztpraxen unterzubringen, erschließe sich daher von selbst.

Für die Annahme einer Unrechtsvereinbarung genüge es nicht bereits, dass ein erheblicher Teil der von den Ärzten ausge-

stellten Rezepte in den Geschäftsräumen des Apothekers eingelöst würden. Vielmehr müssten konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Ärzte gezielt auf ihre Patienten eingewirkt hätten, ihre Rezepte in dieser bestimmten Apotheke einzulösen. Solche konkreten Anhaltspunkte seien von der Staatsanwaltschaft bislang nicht ermittelt worden.

### Anmerkungen

Die Entscheidung des OLG Braunschweig bezieht sich zwar allein auf die Verordnung von Arzneimitteln im Verhältnis zwischen Arzt und Apotheker. Jedoch ist die Entscheidung darüber hinaus zum einen auf das Verhältnis zwischen Vertragsärzten und allen anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen ebenso wie Herstellern anwendbar. Zum anderen ist neben der Verordnung von Arzneimitteln entsprechend auch die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln erfasst. Damit ist das Risiko für niedergelassene Vertragsärzte, wegen Zuwendungen von Herstellern und Leistungserbringern nach § 299

StGB strafrechtlich verfolgt zu werden, erheblich angestiegen.

Es ist allerdings kritisch anzumerken, dass die Entscheidung in der Begründung der Strafbarkeit von Vertragsärzten nach § 299 StGB juristische und systematische Mängel aufweist. Sie verkennt vor allem die freiberufliche Stellung des Arztes, welche auch von der Zulassung als Vertragsarzt nicht berührt wird. Die Einordnung des Vertragsarztes als „Beauftragten der Krankenkassen“ ist mit dieser Freiberuflichkeit nicht vereinbar.

Die Staatsanwaltschaft Braunschweig hat im vorliegenden Verfahren angekündigt, Revision zum Bundesgerichtshof einzulegen. Bis zu einer solchen Entscheidung wird jedoch mit einem Anstieg von Ermittlungsverfahren gegen Ärzte sowie andere Leistungserbringer und Hersteller zu rechnen sein. Dies haben einige Staatsanwaltschaften bereits angekündigt.

Schließlich bedeutet die Ausweitung des § 299 StGB auf Vertragsärzte auch ein

Strafbarkeitsrisiko in steuerlicher Hinsicht für den „Gewährer“ der Zuwendung. Solche Zahlungen an Ärzte dürfen nicht als Betriebsausgaben steuerlich geltend gemacht werden, ansonsten drohen zudem Verfahren wegen Steuerhinterziehung.

Letztlich muss aber die Entscheidung des OLG Braunschweig differenziert betrachtet werden. Das Gericht hat zwar erstmalig die Anwendbarkeit des § 299 StGB auf Vertragsärzte ausdrücklich bejaht. Es hat indessen ebenso betont, dass allein eine Zuwendung an einen Vertragsarzt noch nicht geeignet sei, die Strafbarkeit zu begründen. Vielmehr bedarf es einer zusätzlichen Unrechtsvereinbarung, mit welcher gezielt Patienten in ihrer Entscheidung beeinflusst werden, um so Mitbewerber zu benachteiligen. Fehlt es an einer solchen Unrechtsvereinbarung, scheidet auch nach Ansicht des OLG Braunschweig ein strafbares Verhalten im Sinne des § 299 StGB aus.

Insoweit ist allen Beteiligten zu raten, sorgfältig zwischen Kooperation und Korruption zu unterscheiden. Während erstere eine – nicht zuletzt zum Wohle des Patienten – sinnvolle Art der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Beteiligten im Gesundheitswesen ist, drohen bei letzterer allen Beteiligten neben berufsrechtlichen und wettbewerbsrechtlichen zukünftig auch strafrechtliche Konsequenzen.

#### **Anschrift der Verfasser**

*Rechtsanwalt Dr. A. Wienke*

*Fachanwalt für Medizinrecht*

*Rechtsanwältin A. Mündlich*

*LL.M. Medizinrecht*

*Wienke & Becker*

*Sachsenring 6, 50677 Köln*

*Fon: 0221 3765310*

*Fax: 0221 3765312*

*E-Mail: AWienke@Kanzlei-WBK.de*

**Der Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e.V.**  
Gesellschaftspolitisches Forum

lädt ein zu dem

**BAD NAUHEIMER GESPRÄCH**

## **MENSCHENBILD IM WANDEL**

**Nimmt unser Menschsein ‚zu‘ oder ‚ab‘?**

Was die Evolution des Lebens und die künstliche Intelligenzforschung uns jenseits vordergründiger Kontroversen Stimulierendes sagen können.

**am Mittwoch, dem 24. November 2010, 18:30 Uhr,**

im Hause der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen,  
Dr. O.P.Schaefer-Saal, Georg-Voigt-Straße 15,  
60325 Frankfurt

Begrüßung

**Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich**

Referat

**Professor Dr. Gerd Doeben-Henisch**

Gerd Doeben-Henisch, Jahrgang 1948, ist seit 2001 Professor an der Fachhochschule Frankfurt im Fachbereich Informatik. Er ist Leiter des Masterstudienganges ‚Intelligente Systeme‘ als Teil des interdisziplinären Masterverbundes ‚Barrierefreie Systeme‘. Ursprünglich Theologe und Philosoph – er war 22 Jahre Mitglied des katholischen Jesuitenordens – hat er in Logik und Wissenschaftstheorie promoviert und sich kontinuierlich mit Fragen des menschlichen Wissens und der Sprache aus der Sicht der experimentellen Psychologie, der Phonetik und Linguistik sowie der Gehirnforschung auseinandergesetzt. Für ihn hat Technologie die Aufgabe, dem Menschen zu helfen, nicht, ihn zu ersetzen.

Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt ist frei!

## Was, Sie haben kein Handy? *Klaus Britting*

Als ich den Hörer abnehme und dem Schnellsprecher lausche, der mir etwas von Telefongesprächen mit dem Mars erzählt, will ich schon auflegen, weil wir dort eigentlich niemanden kennen. Meine zweifache Nachfrage ergibt dann, dass die Firma so ähnlich wie Global World Mars Communications heißt, aber der Mann am Telefon hat seinen eigenen Namen heute wohl schon fünfzig Mal wiederholen müssen, dass er ihn selbst nicht mehr hören will. So frage ich einfach: „Worum geht es eigentlich?“ Man ist ja höflich und will die Leute, die so einen harten Job haben, nicht auch noch quälen.

„Ich möchte Ihnen unsere sagenhaft günstigen Telefonarife vorstellen. Sie können zum Beispiel nach Südafrika für nur 13,33 Eurocents die Minute telefonieren, bei sekundengenauer Abrechnung! Oder nach Armenien für nur 16,66 Cents. Und wenn Sie unseren Tarif Duplex 007 nehmen – jetzt kommt der Hammer! –, telefonieren Sie von Ihrem Handy ins kalifornische Mobilfunknetz für nur 7,77 Cents, auch sekundengenau.“

„Ich habe gar kein Handy!“, sage ich. In der Leitung höre ich nur ein Schlucken. „Hallo!“, rufe ich, „sind Sie noch da?“ Schweres Atmen, dann ein Entsetzensschrei: „Was, Sie haben kein Handy??? Das gibt's doch nicht, das kann doch nicht wahr sein!“

„Ich brauche kein Handy“, sage ich wahrheitsgemäß. „Das gibt es nicht!!! Jeder braucht ein Handy, die meisten sogar zwei! Was machen Sie denn beruflich?“ Ein geschulter Verkäufer lässt sich so leicht nicht abwimmeln.

„Ich schreibe Kurzgeschichten“, sage ich. „Wunderbar! Da müssen Sie doch sicher mit Redaktionen und Verlagen telefonieren. Und die können Sie nicht erreichen, wenn Sie unterwegs sind! Und noch viel schlimmer: die Redaktionen können SIE nicht erreichen, und Sie verlieren Aufträ-

ge, verstehen Sie? Das kostet Sie möglicherweise viel Geld, so ohne Handy, heutzutage, verstehen Sie?“

„Nein“, sage ich. „Ich bin nicht unterwegs, wozu auch? Ich sitze hier am Schreibtisch, wenn nicht, dann bin ich mit einem unserer Hunde unterwegs während meine Frau zu Hause ist.“

„Aha ... aber Sie fahren doch auch mal in Urlaub. Da wollen Sie doch erreichbar sein und selbst auch mal telefonieren oder SMS-Message versenden!“ Der Verkäufer wird jetzt etwas lauter.

„Danke, ich brauche kein Handy. Ich kann in jedem Hotel anrufen, wen ich will und muss auch keine Messages versenden!“

„Aber wenn Sie noch nicht im Hotel sind, unterwegs ...“, ruft der Verkäufer flehend in den Hörer.

„Dann gibt es an jeder Tankstelle ein Telefon“, sage ich ruhig.

„Aber Sie wollen doch vielleicht auch mal Börsenkurse oder Wetterberichte oder Verkehrsmeldungen abrufen, um sofort informiert zu sein. Verstehen Sie: sofort!“ „Ich brauche Börsenkurse nicht sofort, das Wetter sehe ich während der Fahrt und Ver-

kehrsmeldungen höre ich im Autoradio“, sage ich, weil es nun mal so ist.

„Aber das gibt es doch nicht! Bei diesem niedrigen Tarif, den wir Ihnen jetzt bieten: nur 8,88 Cents die Minute im vorteilhaften 88-Sekunden-Takt. Da können Sie doch nicht ohne Handy leben, so einfach ohne Handy! Was ist denn das für ein Leben??? Jedes Kind braucht doch heute schon ein Handy!“ Die Stimme des Verkäufers überschlägt sich, er beginnt laut hörbar zu schluchzen.

Jedes Kind braucht ein Handy? Freundlich gebe ich ihm sofort einen Tipp: „Vielleicht versuchen Sie es mal in unserem Kindergarten? Moment, ich gebe Ihnen gleich die Nummer.“

Zwei Tage später lese ich in unserer örtlichen Zeitung die Überschrift: „Wahnsinniger belästigt Kindergärtnerin am Telefon.“ Ich gebe ab sofort keine Tipps mehr!

### **Anschrift des Verfassers**

*Klaus Britting*

24866 Busdorf

*(Anschrift ist der Redaktion bekannt)*

## 75. Geburtstag von Professor Dr. med. Hans-Joachim Weitowitz am 18. Oktober 2010



Es ist mehr als recht und wichtig, Persönlichkeiten in unserem Kammerbezirk bei derartigen Gelegenheiten besonders zu würdigen, um sie dadurch auch unseren jüngeren Kollegen, die nicht die

Freude hatten, mit Herrn Kollegen Weitowitz zusammen zu arbeiten, vorzustellen. Er ist am 18. Oktober 1935 in Alleinstein/Ostpommern geboren, 1955 legte er sein Abitur in Bethel bei Bielefeld ab. Sein Medizinstudium absolvierte er in Marburg und Köln, wo er im Dezember 1960 das Staatsexamen ablegte. 1961 promovierte er in Köln und war bis 1965 dort in der Medizinischen Klinik als wissenschaftlicher Assistent tätig.

1965 wechselte Herr Kollege Weitowitz als Assistent an das Institut für Arbeits- und Sozialmedizin an der Poliklinik für Berufskrankheiten an der Universitätsklinik Erlangen-Nürnberg. 1969 wurde er Facharzt für Innere Medizin und im gleichen Jahr bekam er die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizinische Fachkunde“. 1971 habilitierte er sich und erhielt die „Venia legendi“ für das Fach Arbeits- und Sozialmedizin.

Im Oktober 1974 wurde er zum Professor für Arbeitsmedizin und am 1. April 1976 zum Professor für Arbeits- und Sozialmedizin im Zentrum für Ökologie des Klinikums der Universität Erlangen-Nürnberg berufen. Die Anerkennung als Arzt für Arbeitsmedizin erhielt er im Jahre 1978.

In den 80er Jahren wurde Herr Kollege Weitowitz zum Leiter der Arbeitsgruppe „Festlegung von Grenzwerten für Stäube“ der Senatskommission der DFG zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe ernannt. Ab 1985 war er Vorsitzender der Hessischen Akademie für Betriebs-, Arbeits- und Sozialmedizin, früher Hessisch-Thüringische Akademie für Betriebs-, Arbeits- und Sozialmedizin, Bad Nauheim-Jena (AKASU). 1994 wurde er in diesem Amt bestätigt.

Herr Kollege Weitowitz blieb unser langjähriger, erfolgreicher Berater als im Jahr 2000 die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen die Integration der AKASU in die Akademie beschloss. Seit Aufnahme seiner Tätigkeit am 1. Dezember 1975 in der Uniklinik Gießen war er eine beispielhafte und kompetente Arztpersönlichkeit, die nicht nur unsere Berufsvertretung mit Rat und Tat als Gutachter, Prüfer und Lehrender in der Fortbildung zur Verfügung stand, sondern auch eine geachtete Arztpersönlichkeit, die vielen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen bei schwierigen fachlichen, arbeits- und sozialmedizinischen und rechtlichen Fragestellungen beratend zur Seite stand. Aufgrund seiner Kenntnisse wurden wesentliche Impulse zur Weiterentwicklung und Gestaltung der Arbeitsmedizin, Arbeitssicherheit und zum Sozialrecht gegeben, die von medizinisch-wissenschaftlicher Kompetenz getragen wurden. So blieb es nicht aus, dass sein Fachwissen in vielen Gremien gefragt wurde. Als Mitglied der Ständigen Konferenz „Arbeitsmedizin“ der Bundesärztekammer, des

Beirates des Präsidiums sowie als Gutachter und Prüfer in den Weiterbildungsgremien der Landesärztekammer Hessen für die Arbeits- und Sozialmedizin war er immer strategisch denkend und hat initiativ Wege aufgezeigt und beschritten, die zur Verbesserung des Gemeinwohls, insbesondere der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und, sofern arbeitsbedingt erkrankt, der Ärzteschaft anvertrauten Patienten beizutragen. Seine Kenntnisse führten auch dazu, dass er bereits 1995 zum stellvertretenden Vorsitzenden der Arbeitsgruppe „Krebsgefährdung am Arbeitsplatz“ der Deutschen Krebsgesellschaft gewählt wurde.

Es blieb nicht aus, dass er für seine hervorragenden Verdienste geehrt wurde. 1992 mit der Ernst von Bergmann-Plakette, 1996 mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande und 2000 mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber. Am 28. Oktober 2006 erhielt Herr Kollege Weitowitz den international anerkannten Ramazzini Award für seine herausragenden Verdienste um die Arbeitsmedizin auf europäischer Ebene.

Zu seinem Ehrentag wünschen wir ihm und seiner Familie alles Gute, vor allen Dingen eine annehmbare stabile Gesundheit und nicht zuletzt die Hoffnung, dass er uns weiterhin mit Rat und Tat zur Seite stehen wird. Kurz gesagt: Wir sind stolz, einen Professor Weitowitz zu haben.

*Professor Dr. med. Ernst-Gerhard Loch  
Vorsitzender des Vorstands  
der Akademie*

**Bezirksärztekammer Darmstadt**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

**Goldenes Doktorjubiläum**

Dr. med. August Storminger, Lampertheim, am 19. November,  
Dr. med. Wolfgang Hackel, Darmstadt, am 30. November.

**Bezirksärztekammer Frankfurt**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

**Goldenes Doktorjubiläum**

Dr. med. Peter Kappen, Seligenstadt, am 8. November,  
Professor Dr. med. Dr. med. dent. Gerhard Frenkel, Eschborn, am 9. November,  
Dr. med. Artur Rittmeister, Frankfurt, am 11. November,  
Professor Dr. med. Christoph von Ilberg, Kronberg, am 28. November.

**Bezirksärztekammer Gießen**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

**Goldenes Doktorjubiläum**

Dr. med. Ulrich Storck, Bad Endbach, am 10. November.

**Bezirksärztekammer Kassel**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

**Goldenes Doktorjubiläum**

Dr. med. Bilsel Yavuz, Neuhof, am 15. November.

**Bezirksärztekammer Marburg**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

**Bezirksärztekammer Wiesbaden**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

**Goldenes Doktorjubiläum**

Dr. med. Gerburgis Rüenauber, Taunusstein, am 3. November,  
Professor Dr. med. Peter Pfannenstiel, Wiesbaden, am 18. November,  
Professor Dr. med. Peter Lorbacher, Wiesbaden, am 29. November,  
Dr. med. Brunhilde Springborn, Wiesbaden, am 30. November.

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

**Richtige Antworten**

zu den Multiple Choice-Fragen „Aktuelles zur Akutbehandlung und Prävention des Schlaganfalls“ in der September-Ausgabe 2010, Seite 553

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

### Wir gedenken der Verstorbenen

Elham Al-Tawil, Darmstadt  
\* 16.8.1972 † 10.9.2010

Dr. med. Fariborz Baghai, Wiesbaden  
\* 31.3.1940 † 21.7.2010

Dr. med. Thomas Bittner, Frankfurt  
\* 28.12.1966 † 25.6.2010

Dr. med. Hans Christ, Heppenheim  
\* 14.11.1918 † 26.7.2010

Dr. med. Fritz Ebner, Darmstadt  
\* 15.12.1922 † 28.8.2010

Dr. med. Guenter Schulz, Gießen  
\* 12.11.1922 † 6.9.2010

Dr. med. Irmgard Spengler, Wiesbaden  
\* 28.12.1920 † 21.2.2010

### Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Karin Emsermann, tätig bei D. Salzburg,  
vormals Praxis Dr. med. M. Zdravkovic, Haiger

Kerstin Beul, tätig bei Dr. med. M. Saar, Breitscheid

zum **40-jährigen Berufsjubiläum**

Reinhild Rogalli, tätig bei Dr. med. A. Rogalli, Dr. med. U. Weber und  
Dr. med. J. Rogalli, vormals Praxis Dr. med. W. Rogalli, Bensheim

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

### Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis Nr. HS/F/13664, ausgestellt am 21.7.2006,  
für Dr. med. Farzin Adili, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060018051, ausgestellt am 26.8.2010,  
für Dr. med. Birgit Bischoff, Wiesbaden,

Arztausweis Nr. 060017525, ausgestellt am 19.7.2010,  
für Dr. med. Michaela Börnke-Bopp, Offenbach,

Arztausweis Nr. HS/W/881-2007, ausgestellt am 26.7.2007,  
für Dr. med. Kirsten Braun, Hofheim,

Arztausweis Nr. HS/G/6988, ausgestellt am 3.12.2007,  
für Ulrich Dessureault, Gießen,

Arztausweis Nr. 060012954, ausgestellt am 10.6.2009,  
für Dr. med. Willibald Kohl, Heppenheim,

Arztausweis Nr. HS/M/171/2007, ausgestellt am 12.1.2007,  
für Kathleen Nierath, Marburg,

Arztausweis Nr. 060015952, ausgestellt am 1.3.2010,  
für Lisa Otto, Darmstadt,

Arztausweis Nr. HS/F/10146, ausgestellt am 31.5.2001,  
für Stephan Probst, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/15249, ausgestellt am 6.8.2008,  
für Alexander Reichart, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060012925, ausgestellt am 8.6.2009,  
für Dipl. Med. Marina Rosenburg, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/D/5299, ausgestellt am 3.3.2008,  
für Eva Roth, Riedstadt,

Arztausweis Nr. 060013808, ausgestellt am 24.8.2009,  
für Sabrina Schmitt, Kassel,

Arztausweis Nr. HS/F/10511, ausgestellt am 8.1.2002,  
für Claudia Schultes, Oberursel.

### Fortbildungsveranstaltung der Bezirksärztekammer Frankfurt

am **10. November 2010**, 19:00 – 21:00 Uhr, **diesmal im Haus der Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsang 3, 60488 Frankfurt**

**3 P**

### Rechtliche Aspekte der ärztlichen Berufsausübung

Juristische Fragen bestimmen immer stärker den ärztlichen Berufsalltag in der Klinik und in der Praxis. Wie müssen Ärzte ihren Beruf organisieren? Welche Gefahren sollten sie kennen und wie mit dem Vorwurf einer Verfehlung umgehen? Bei der jetzt konzipierten Fortbildung sollen drei wichtige juristische Problemfelder im Vordergrund stehen. Sowohl Berufsanfänger als auch erfahrene Kolleginnen und Kollegen haben die Möglichkeit mit den juristischen Experten zu diskutieren, und Antworten auf Fragen zu finden.

**Ärztliches Berufsrecht und Patientenwirklichkeit** RAin Martina Döben-Koch, Frankfurt

**Schweigepflicht – Wer darf was und wann erfahren** RA Alexander Gruner, Frankfurt

**Berufsrechtliche Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Ärzten** Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen, Frankfurt

*Professor Dr. med. J. Bargon, Fortbildungsbeauftragter der Bezirksärztekammer  
Kontakt: Hero Smid, BezÄK Frankfurt, Tel. 069 97672-512*

## Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Sommer 2010

Hiermit geben wir Ihnen die Ergebnisse der Abschlussprüfung für **Medizinische Fachangestellte** im Sommer 2010 bekannt:

**770** Prüflinge haben am Schriftlichen Teil der Abschlussprüfung teilgenommen, von denen **695** mit folgenden Ergebnissen bestanden haben:

Schriftlicher Teil:	
Note sehr gut	–
Note gut	39
Note befriedigend	284
Note ausreichend	372
Note mangelhaft	73
Note ungenügend	2

**760** Prüflinge haben am Praktischen Teil der Abschlussprüfung teilgenommen, von denen **661** mit folgenden Ergebnissen bestanden haben:

Praktischer Teil:	
Note sehr gut	84
Note gut	172
Note befriedigend	194
Note ausreichend	211
Note mangelhaft	83
Note ungenügend	16

**662** Prüflinge haben die Prüfung insgesamt bestanden.

Gemäß den Vorgaben in der Ausbildungsordnung setzt sich die Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte (MFA) aus zwei Teilen zusammen, dem schriftlichen und dem praktischen Teil. Sowohl im schriftlichen als auch im praktischen Teil müssen mindestens ausreichende Leistungen erzielt werden, um die Abschlussprüfung insgesamt zu bestehen. Infolge der Selbständigkeit beider Prüfungsteile gibt es untereinander keine Ausgleichsmöglichkeit. Es wird keine Gesamtnote gebildet. Beide Leistungsbereiche werden im Zeugnis gesondert dargestellt. Bezweckt ist mehr Transparenz bezüglich der Fähigkeiten des Prüflings.

Es kommt jetzt allerdings vor, dass Prüflinge, die im schriftlichen Teil befriedigende oder bessere Ergebnisse erzielten, wegen mangelhafter Leistungen im praktischen Teil die Abschlussprüfung nicht bestehen.

Nach derzeitigen Erkenntnissen der Prüferinnen und Prüfer weist das auf Defizite in der betrieblichen Ausbildung in der Ausbildungsstätte hin. Entweder die Auszubildende hat nicht die erforderlichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten laut Ausbildungsrahmenplan erworben oder es fehlt ihr die erforderliche Berufserfahrung (vgl. § 1 Abs. 3 Berufsbildungsgesetz). Laut Ausbildungsordnung soll die MFA als Allroundkraft ausgebildet werden. Spezialisierungen können bei der Prüfung nicht berücksichtigt werden. Die Prüfung bezieht sich auf allgemeine medizinische Inhalte und Basistätigkeiten von Medizinischen Fachangestellten. Die Prüfungsinhalte des praktischen Teils der Prüfung sind im Internet veröffentlicht ([www.laekh.de](http://www.laekh.de)) unter dem Stichwort „Stichwortverzeichnis“ und sollten regelmäßig von auszubildenden Ärztinnen und Ärzten während der Ausbildung eingesehen werden. Für spezialisierte Fachpraxen, die die Vermittlung der erforderlichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten entsprechend der Prüfungsordnung nicht vollständig leisten können, ist zu empfehlen, eine Kooperation mit einer allgemeinärztlichen Praxis einzugehen und die Auszubildende zur Hospitation zu entsenden. Leider berichten nicht wenige Prüflinge, dass ihre Ausbilder zur Hospitation keine Zustimmung erteilen würden.

Die Prüfung im praktischen Teil wird in der Landesärztekammer Hessen eigenen Einrichtung, Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim, durchgeführt. In einer 75-minütigen Einzelprüfung müssen die Prüflinge vor einem Prüfungsausschuss praxisbezogene Arbeitsabläufe simulieren, demonstrieren, dokumentieren und präsentieren. Die Prüflinge erhalten einen komplexen Prüfungsfall, der sich immer auf die Bereiche Medizin, Betriebsorganisation und -verwaltung sowie Leistungsabrechnung bezieht, alternativ ist Labor und Prävention enthalten.

Um die geforderte Prüfungsleistung erbringen zu können, von der das Bestehen der Abschlussprüfung abhängt, ist eine umfangreiche Ausstattung im Bereich Medizin, Labor, Verwaltung und Abrechnung erforderlich. Aus diesem Grund wurde als Prüfungsort die den Prüflingen von der überbetrieblichen Ausbildung bekannte Carl-Oelemann-Schule gewählt. Bei der guten Ausstattung der Carl-Oelemann-Schule kann man die Prüfungssituation so praxisnah wie möglich gestalten. Die Prüflinge profitieren von der guten Ausstattung, die von Prüferinnen und Prüfern sehr gelobt wurde.

### Prüflinge mit der Note „sehr gut“ im Praktischen Teil - Auflistung der Facharzttrichtungen der Ausbilder

1.	Facharzttrichtung	Darmstadt	Frankfurt	Gießen	Kassel	Marburg	Wiesbaden	Gesamt LÄKH
	Allgemeinmed./Prakt.Arzt/Arbeitsmedizin	4	7	6	7	1	4	29
	Augenheilkunde	0	0	1	1	0	0	2
	Chirurgie/Unfall-/Herz-/Gefäß- ...	0	1	1	1	0	0	3
	Dermatologie	0	2	1	2	0	0	5
	Gynäkologie	1	0	0	1	0	0	2
	Innere Medizin/Kardiologie/Nephrologie	6	2	1	4	1	0	14
	Kinder- und Jugendmedizin	1	2	1	1	0	0	5
	Labormedizin	2	1	0	1	0	0	4
	Neurologie & Psychiatrie/psych. Medizin	0	0	0	2	0	1	3
	Orthopädie	3	1	1	3	0	1	9
	Plast. Chirurgie	0	1	0	0	0	0	1
	Radiologie	1	0	0	1	0	0	2
	Urologie	0	1	1	0	0	1	3
	Nephrologie	0	1	0	0	0	0	1
	Allgemein/Arbeitsmedizin	0	1	0	0	0	0	1

## Prüflinge mit der Note „gut“ im Praktischen Teil – Auflistung der Facharzttrichtungen der Ausbilder

1.	Facharzttrichtung	Darmstadt	Frankfurt	Gießen	Kassel	Marburg	Wiesbaden	Gesamt LÄKH
	Allgemeinmed./Prakt.Arzt/Arbeitsmedizin	4	14	11	20	2	12	63
	Anästhesie	0	0	0	0	0	1	1
	Augenheilkunde	0	0	0	1	0	2	3
	Chirurgie/Unfall-/Herz-/Gefäß- ...	0	1	3	3	0	0	7
	Dermatologie	2	2	0	2	0	0	6
	Gynäkologie	3	3	2	2	2	4	16
	HNO	0	1	1	0	0	0	2
	Innere Medizin/Kardiologie/Nephrologie	6	5	4	11	5	2	33
	Innere Medizin/Arbeitsmedizin	0	1	0	0	0	0	1
	Kinder- und Jugendmedizin	1	8	2	3	0	0	14
	Labormedizin	0	0	0	0	0	1	1
	Neurologie & Psychiatrie/psych. Medizin	1	0	0	2	1	1	5
	Orthopädie	0	2	0	1	3	2	8
	Pneumologie	0	0	0	1	0	0	1
	Radiologie	0	0	0	1	1	0	2
	Urologie	1	1	2	0	0	1	5
	Neurochirurgie	0	0	0	1	0	0	1
	Nuklearmedizin	0	0	0	1	0	0	1
	MVZ (Innere Medizin)	0	0	0	0	0	1	1
	Phoniatrie/Pädaudiologie	0	1	0	0	0	0	1

Aktive und interessierte Auszubildende, die in der Berufsschule über die Lernfeld-Methode mit zunehmend selbst organisiertem Lernen gut vorbereitet wurden sowie in der Ausbildungsstätte eine gründliche, vollständige und praxisbezogene Ausbildung erhalten haben, haben gute Chancen die Abschlussprüfung, sogar mit sehr guten Ergebnissen, zu bestehen, um erfolgreich ins Berufsleben zu starten.

Auch Prüflinge aus Facharztpraxen erzielen bei der praktischen Prüfung gute bis sehr gute Leistungen, wie die beigefügte Tabelle der Prüflinge mit der Note 1 und 2 in der Sommerprüfung 2010 belegt.

Ein Prüfling aus einer Laser-Augenklinik war stolz auf 73 Punkte, die sie in der praktischen Prüfung erzielt hat. Da während der Ausbildung wenig Ge-

legenheit für das praktische Üben von allgemeinen medizinischen Tätigkeiten war, sie sich aber rechtzeitig über die Prüfungsanforderungen informierte, hat sie eigeninitiativ sehr viele Fortbildungen und Prüfungsvorbereitungskurse mit Unterstützung ihrer Ausbildungsstätte besucht.

Wir danken den Prüferinnen und Prüfern der Sommerprüfung 2010 für das Engagement und die Mitwirkungsbereitschaft herzlich.

*Landesärztekammer Hessen  
Abteilung Ausbildungswesen:*

*Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen*

## Verbesserter Telefon-Service der LÄK Hessen

Das Präsidium der Landesärztekammer Hessen hat sich zum Ziel gesetzt, den Service unserer Ärztekammer zu verbessern.

In einer ersten Testphase wird bis zu den Weihnachtsferien 2010 die telefonische Erreichbarkeit verbessert. Montags bis Donnerstag ist unsere Telefonzentrale in Frankfurt unter der Telefonnummer 069 97672-0 bis 18:00 Uhr besetzt. Unser Ziel ist es, dass allgemeine Fragen sofort beantwortet werden können; individuelle und fachspezifische Fragen werden an die entsprechende Fachabteilung weitergeleitet. Ein entsprechender Rückrufservice durch die Fachabteilungen wird die Testphase flankieren.

Die Auswertung der Testphase wird bis Februar 2011 erfolgen. Wenn Sie als Mitglied unserer Kammer das verbesserte Angebot positiv annehmen, werden wir diesen Service natürlich fortsetzen.

*Für das Präsidium der Landesärztekammer Hessen  
Frank Zimmeck*

## Einladung zur 6. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 14. Legislaturperiode 2008-2013

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,  
zur 6. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Legislaturperiode 2008-2013 lade ich Sie für  
**Sonnabend, den 27. November 2010, 10:00 Uhr s.t.,**  
in das Seminargebäude im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, ein.

### Tagesordnung

- |  |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Begrüßung</b></li> <li>2. <b>Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung</b></li> <li>3. <b>Genehmigung des Beschlussprotokolls der 5. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 27. März 2010</b></li> <li>4. <b>Bericht des Präsidenten</b></li> <li>5. <b>Jahresabschluss 2009</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Finanzausschuss</li> <li>b) Hilfsfonds</li> <li>c) Feststellung des Jahresabschlusses 2009</li> <li>d) Entlastung des Präsidiums für das Jahr 2009</li> </ol> </li> <li>6. <b>Haushaltsvoranschlag</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Haushaltsvoranschlag 2011</li> <li>b) Hilfsfonds-Richtsätze 2011</li> <li>c) Änderung der Aufwandsentschädigung für ehrenamtlich Tätige der LÄKH</li> </ol> </li> <li>7. <b>Änderung der Beitragsordnung</b></li> <li>8. <b>Versorgungswerk</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Jahresabschluss 2009           <ul style="list-style-type: none"> <li>– Bericht der Vorsitzenden des Vorstandes über das Geschäftsjahr 2009</li> <li>– Bericht über die Jahresabschlussprüfung</li> <li>– Feststellung des Jahresabschlusses des Versorgungswerkes</li> <li>– Entlastung des Vorstandes</li> </ul> </li> <li>b) Bestellung der Wirtschaftsprüfer für den Jahresabschluss 2010</li> <li>c) Änderung der Satzung und Versorgungsordnung</li> <li>d) Aufwandsentschädigung</li> </ol> </li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>e) Bericht des Vorstandes zu Aufträgen der Delegiertenversammlung</li> <li>f) Zuständigkeiten, Rechte und Pflichten der Organe des Versorgungswerkes</li> <li>9. <b>Weiterbildung</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Änderung der Weiterbildungsordnung</li> <li>b) Nachwahl von Vorsitzenden und Stellvertretern für die Prüfungs- und Widerspruchsausschüsse im Weiterbildungswesen</li> </ol> </li> <li>10. <b>Änderung der Hauptsatzung und der Geschäftsordnung der LÄKH</b></li> <li>11. <b>Änderung der Meldeordnung</b></li> <li>12. <b>Änderung der Kostensatzung</b></li> <li>13. <b>Wahl der Delegierten zum 114. Deutschen Ärztetag in Kiel</b></li> <li>14. <b>Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Bericht des Vorsitzenden der Akademie</li> <li>b) Änderung des Vergütungssystems „Leitungs- und Referentenhonorare“</li> <li>c) Änderung des Jahresbeitrags für Akademie-Mitglieder</li> </ol> </li> <li>15. <b>Ausbildungswesen Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nachnominierung für den Berufsbildungsausschuss der LÄKH</li> </ul> </li> <li>16. <b>Nachwahl des Schlichtungsausschusses der Bezirksärztekammer Darmstadt</b></li> <li>17. <b>Sachstandsbericht: Geplante Änderung der (Muster-)Berufsordnung – DÄT 2011 Kiel</b></li> <li>18. <b>Verschiedenes</b></li> </ol> |
|--|--|

**Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten.**

Frankfurt am Main, den 6. Oktober 2010

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



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

## Kassenärztliche Vereinigung Hessen

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

### Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Bensheim	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Viernheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

### Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Schaafheim	Urologin/Urologe (Hälftiger Versorgungsauftrag)
------------	--

### Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Rüsselsheim	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
-------------	--

### Planungsbereich Odenwaldkreis

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

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Darmstadt, Wilhelminenplatz 7, 64283 Darmstadt** zu senden.

### Planungsbereich Frankfurt am Main

Frankfurt am Main	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt am Main-Ostend	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt am Main-Bornheim	Augenärztin/Augenarzt
Frankfurt am Main-Nordend	Frauenärztin/Frauenarzt
Frankfurt am Main	Orthopädin/Orthopäde
Frankfurt am Main	Kinder- und Jugendlichenpsycho- therapeutin/Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeut
Frankfurt am Main	Kinder- und Jugendlichenpsycho- therapeutin/Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main	Radiologin/Radiologe (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

### Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Main-Taunus-Kreis	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist - hausärztlich - (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
-------------------	--

Main-Taunus-Kreis	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Main-Taunus-Kreis	Chirurgin/Chirurg (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

### Planungsbereich Hochtaunuskreis

Hochtaunuskreis	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Hochtaunuskreis	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Hochtaunuskreis	Hautärztin/Hautarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Hochtaunuskreis	Chirurgin/Chirurg

### Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach am Main	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
-------------------	--

### Planungsbereich Landkreis Offenbach

Landkreis Offenbach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
---------------------	--

### Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Main-Kinzig-Kreis	Hautärztin/Hautarzt
-------------------	---------------------

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

### Planungsbereich Landkreis Gießen

Fernwald	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Grünberg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

### Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Herborn	Internistin/Internist – fachärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Herborn	Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)

### Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Neustadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Kirchhain	Augenärztin/Augenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

## Kassenärztliche Vereinigung Hessen

### Planungsbereich Vogelsbergkreis

Grebenhain	Chirurgin/Chirurg (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Grebenhain	Chirurgin/Chirurg (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Grebenhain	Chirurgin/Chirurg (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

### Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Vilbel	Neurologin/Psychiaterin Neurologe/Psychiater
Bad Nauheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Bad Nauheim	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

### Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Fritzlar	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
----------	--

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

### Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel	Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Kassel	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin

### Planungsbereich Landkreis Kassel

Baunatal	Augenärztin/Augenarzt
----------	-----------------------

Vellmar	Augenärztin/Augenarzt
Hofgeismar	Augenärztin/Augenarzt

### Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Korbach	Augenärztin/Augenarzt
---------	-----------------------

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

### Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Wiesbaden	Gynäkologin/Gynäkologe

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Wiesbaden, Abraham-Lincoln-Straße 36, 65189 Wiesbaden**, zu senden.

**Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Körperschaft des Öffentlichen Rechts**, 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, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt/M., Tel.: 069 79502-604** 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.

## Organisationsseminar für Bereitschaftsdienstärzte

In diesem Seminar erfahren Sie, wie die Kassenärztliche Vereinigung Hessen die Struktur des ärztlichen Bereitschaftsdienstes regelt. Sie erhalten Informationen über Ihre Tätigkeit im ärztlichen Bereitschaftsdienst und Tipps im Umgang mit Problemfällen. Es werden Ihnen wirtschaftliche Behandlungs- und Verordnungsweisen genauso wie Abrechnungsverfahren im ärztlichen Bereitschaftsdienst näher gebracht. Als Abschluss erhalten Sie Hinweise zur Versteuerung Ihrer Bereitschaftsdiensteinnahmen.

5 Fortbildungspunkte  
sind beantragt.

Anmeldung bitte unter [qm-info@kvhessen.de](mailto:qm-info@kvhessen.de) oder [www.kvhessen.de](http://www.kvhessen.de) oder per Post an:

Team Qualitätsmanagement und Fort- und Weiterbildung für Mitglieder  
Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Wilhelminenplatz 7, 64283 Darmstadt

<b>Zielgruppe:</b>	nicht niedergelassene Ärzte, die im ärztlichen Bereitschaftsdienst arbeiten möchten
<b>Hinweis:</b>	Das Seminar ist Voraussetzung für die Ausstellung eines Bereitschaftsdienstausweises.
<b>Teilnahmegebühr:</b>	25,00 € je Teilnehmer inkl. Getränke u. Pausensnack
<b>Dauer:</b>	4 Stunden
<b>Gruppengröße:</b>	100 Teilnehmer maximal
<b>Termin:</b>	Sa 13.11.10 KVH Frankfurt 09.30 – 13.30 Uhr

Kassenärztliche  
Vereinigung  
Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Bitte geben Sie bei der Anmeldung Ihr Geburtsdatum und Adresse an. Diese Angaben benötigen wir aus erfassungstechnischen Gründen.