

Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

3 | 2011

März 2011

72. Jahrgang



- **Geriatric als neues Fachgebiet?**
Erfahrungen in Hessen als Antwort auf die demographische Herausforderung
- **Zertifizierte Fortbildung:**
Akutes Nierenversagen auf der Intensivstation
- **42. Deutscher Sportärzte-kongress in Frankfurt am Main**
- „Burnout“ (bei Ärzten)
- **Zulassung der Präimplantations-diagnostik in Deutschland**
- **Ein anatomisches ABC**
- **4. Hessischer Heilberufetag**

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 Vogelsongesang 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 Zimbeck
verantwortlich für Mitteilungen der LÄK Hessen:
Frank-Rüdiger Zimbeck
verantwortlich für Mitteilungen der Akademie:
Prof. Dr. Ernst-Gerhard Loch

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Katja Möhrle, M. A.

Wissenschaftlicher Beirat:

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

Arzt- und Kassenarztrecht:

Dr. Katharina Deppert,
Gutachter- und Schlichtungsstelle
Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen

Anschrift der Redaktion:

Angelika Kob
Im Vogelsongesang 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-v-a.de
E-Mail: lk@l-v-a.de

Verlagsleitung:

Dr. Rainer Stumpe

Anzeigendisposition:

Livia Kummer
Fon: 0341 710039-92, E-Mail: lk@l-v-a.de

Druck:

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

Layout-Design:

Kathrin Artmann, Heidesheim
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen

Zzt. ist Anzeigenpreisliste 2011 vom 1.1.2011 gültig.

Bezugspreis / Abonnementspreise:

Der Bezugspreis im Inland beträgt 121,00 € (12 Ausgaben), im Ausland 121,00 € zzgl. Versand, Einzelheft 12,50 € zzgl. 2,50 € Versandkosten. 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 Wichtiges Thema: Geriatrie **132**

Fortbildung

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen, Teil 23: Rotklee **133**

Aktuelles

Geriatrie als neues Fachgebiet? **133**

Landesärztekammer Hessen

Gegen Kriminalisierung der Ärzteschaft in der Begründung **136**

zum GKV-Finanzierungsgesetz

Übergangsbestimmung für die Zusatz-Weiterbildung „Krankenhaushygiene“ **136**

Fortbildung

Zertifizierte Fortbildung: Akutes Nierenversagen auf der Intensivstation **137**

Medizinische Kreuzworträtsel

143

Fortbildung Sicherer Verordnen

144

Aktuelles

42. Deutscher Sportärztekongress in Frankfurt am Main **145**

Fortbildung

„Burnout“ (bei Ärzten) Erkennen eigener Betroffenheit und offen sein für Hilfe **147**

Medizinethik aktuell

Zulassung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland **149**

Parlando

Dem Volk auf den Mund geschaut / **154**

Neujahrswünsche-Zwischenbilanz im März

Arzt- und Kassenarztrecht

Wirtschaftliche Aufklärungspflicht des Arztes **156**

4. Hessischer Heilberufetag **158**

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim **159**

Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim **167**

Medizinhistorisches Ein anatomisches ABC **169**

Satire Sie waren auch auf Martinique? **172**

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten **173**

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen **174**

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen **186**

In dieser Ausgabe finden Sie eine Beilage der DKV Deutsche Krankenversicherung AG, für deren Inhalt der Werbungtreibende verantwortlich ist.

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

Wichtiges Thema: Geriatrie



Martin Leimbeck

Liebe Kolleginnen und Kollegen, für das Altern darf man nicht feige sein, um eine ehemals berühmte amerikanische Schauspielerin zu zitieren, die damit einen nach ihren Beschwerden fragenden Journalisten kurz beschied.

Die für das Altwerden normalen biologischen Vorgänge und physiologischen Veränderungen wie Sarkopenie und nachlassende Leistungsfähigkeit der Organe, Stoffwechselverlangsamung bei reduzierter Entgiftungsfunktion und relatives „Austrocknen“ der Verteilungsräume, alterierte Schlaf-Wach-Rhythmik und Verlangsamung von Reaktionen und kognitiven Funktionen in Verbindung mit abnehmender Gedächtnisleistung und psychischer Resilienzminde- rung gehen fließend von altersbedingten Beschwerden in Symptome von Krankheiten, in plötzliche Exazerbationen, in Schäden und schließlich Behinderungen über.

Mit zunehmendem Alter gewinnen die „Fünf I“ (Immobilität, Intelligenzminde- rung, Inkontinenz, Instabilität, iatrogene Folgen; sog. Geriatric Giants) zunehmend an Bedeutung. Wir geraten häufiger an unsere Leistungsgrenze, zu deren Überschreiten es oft nur eine in jüngeren Jahren bedeutungslose Kleinigkeit braucht, um durch akute Dekompensation die eigene Selbstständigkeit im gewohnten psychosozialen Gefüge des Alltages plötzlich in Abhängigkeit zu verwandeln.

In den nächsten 35 Jahren wird der Anteil der über 65-jährigen an der Gesamtbevölkerung von derzeit ca. 1/6 auf knapp 25 % steigen – dabei die Kohorte „80+“ mindestens 10 % betragen. Aus dieser demographischen Entwicklung folgt zwingend

eine erhebliche Zunahme altersassoziierter Beschwerden und altersrelevanter Erkrankungen. Sind wir in Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge für diesen gravierend wachsenden Bedarf an geriatrischer Versorgung ausreichend gerüstet?

Geriatrie als medizinische Spezialdisziplin, die sich mit somatischen, funktionellen, mentalen, psychischen und sozialen Dimensionen der präventiven, akuten, chronischen Behandlung und Pflege des Älteren und meist Multimorbiden befasst, wird flächendeckend angeboten und gewährleistet sein müssen.

Sehr unterschiedlich, symptomarm und vom Lehrbuchwissen abweichend präsentierte Erkrankungen mit dadurch oft schwieriger Diagnostik, verzögertes Ansprechen auf therapeutische Bemühungen bei gleichzeitig erhöhter Vulnerabilität und regelhaft Bedarf an sozialer, häufig auch psychischer Unterstützung erfordern ganzheitliche Behandlungsansätze.

Geriatrische Medizin überschreitet als Querschnittsfach unsere organzentrierte Medizin und kann nur im Setting einer multidisziplinären Team-Umgebung wirksam werden. Die Ziele sind Optimierung des funktionellen Status' Älterer, Erhalt/Besserung von Lebensqualität und Autonomie, Verbleib/Rückkehr in selbstbestimmtes Leben, Ressourcenstabilisierung und Erhalt/Stärkung der Fähigkeit für die einfachen und höheren Aktivitäten des täglichen Lebens, Minimierung des Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsaufwandes und Behandlung der typischen (Multi-) Morbidität älterer Patienten inklusive Reduktion des erhöhten Risikos für dauerhafte Behinderungen. Diese Ziele orientieren sich absolut individuell am Einzelnen, erweisen sich aber auch in der volkswirtschaftlichen Betrachtungsweise schon mittelfristig als effiziente Strategie.

Verwirklichen lassen sich die notwendigen spezifischen Angebote nur unter Beteiligung der Regionen und Krankenkassen. Regionale Versorgungsstrukturen benötigen die Entwicklung und Förderung von interdisziplinären und suprasektoralen Kooperationsmodellen zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Pflegediensten, Pflegeheimen, Heilmittel-erbringern, Sozialdiensten und Hilfsmittelversorgern. Die Versorgungskonzepte dürfen ein kooperatives, möglichst IT-gestütztes, redundantes Schnittstellenmanagement zur Koordination und verbesserten Organisation der Übergänge zwischen Akutversorgung, Rehabilitation, ambulanter/stationärer Pflege und Nachsorge nicht vermissen lassen.

Der eingangs zitierte, zum Alt- und Älterwerden benötigte Mut sollte auch uns veranlassen, Mut für neue Versorgungsformen zu entwickeln, Berührungsängste zu den anderen Disziplinen abzubauen und (finanzierte) therapeutische Teams unter ärztlicher Leitungsverantwortung zu fordern. Zusätzliches wie Tages- und Nachtbetreuung im prästationären Bereich inklusive Angehörigenbetreuung, kassen- oder kommunal finanzierte Fahr- und Transportdienste zu ambulanten Untersuchungen und Therapien usw. müssen eine Selbstverständlichkeit werden.

Ihr Hessisches Ärzteblatt wird Ihnen nach dem Auftakt in Heft 11/2010 (Problematik der Pharmakotherapie älterer Patienten) in diesem Jahr geriatrische Themen in einer Artikelserie näher bringen.

Viel Erfolg und Freude in Ihrem Beruf wünscht Ihnen

Martin Leimbeck
– Vizepräsident –

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen

Teil 23: Rotklee (*Trifolium pratense* L.) Alexander H. Jakob



Blütenstand des Wiesenklee

Von April bis Oktober findet sich auf hessischen Wiesen zahlreich der Wiesenklee, der auch Rotklee genannt wird. Er galt einst als wichtigste Futterpflanze und fand deshalb auch als Kulturpflanze Bedeutung. Er gehört zur Unterfamilie der Schmetterlingsblütler aus der Familie der Hülsenfrüchtler.

sogenannte Phytoöstrogene verantwortlich, die an Östrogenrezeptoren binden. Die Wirkung ist östrogenartig, wobei in hohen Dosen auch eine antiöstrogene Wirkung beobachtet wurde. Aus diesem Grund kann Rotkleeextrakt bei Wechseljahresbeschwerden therapeutisch eingesetzt werden, sofern bei den

Beim Einsatz als Futterpflanze fiel auf, dass Schafe, die mit dieser Pflanze ernährt wurden, weniger Lämmer gebären. Somit lag der Schluss nahe, dass Inhaltsstoffe des Klees hormonähnliche Wirkungen entfalten. Für die hormonähnliche Wirkung des Klees sind die in den Blättern enthaltenen Isoflavonoide,

Patientinnen nicht die Kontraindikation eines Mammakarzinoms vorliegt. Desweiteren ist eine mögliche Beeinflussung einer Antikoagulantientherapie zu beachten. Standardisierte Fertigpräparate sind erforderlich, da sonst bei hohen Dosen durch antiöstrogene Effekte eine gegenteilige Wirkung entsteht.

Die Studienlage zum Rotklee stellt sich allerdings uneinheitlich dar und für die Indikation der klimakterischen Beschwerden scheint in der Phytotherapie die Gabe des Wurzelstockes der Traubensilberkerze (*Cimicifugae racemosa rhizoma*) überlegen zu sein.

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

Aktuelles

Geriatric als neues Fachgebiet?

Erfahrungen in Hessen als Antwort auf die demographische Herausforderung

Werner Vogel

Der demographische Wandel gilt als eine der größten Herausforderungen der Gegenwart, nicht zuletzt für die medizinische Versorgung der alternden Bevölkerung in fast allen Staaten, insbesondere den Industrienationen.

Die hohe Leistungsfähigkeit der deutschen Medizin droht zu kippen, wenn es nicht

gelingt, die Versorgungsstrukturen in Klinik und Praxis nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen dem kommenden Bedarf anzupassen. Vieles ist gerade in unserem Bundesland schon erreicht, aber es bleibt noch Entscheidendes zu tun.

Hessen gehört zu den Vorreitern der klinischen Geriatric in Deutschland: Das erste

auf die Altersmedizin spezialisierte Krankenhaus Deutschlands hat vor 44 Jahren in Hofgeismar in Hessens Nordspitze seinen Betrieb aufgenommen, die erste geriatricische Tagesklinik vor 33 Jahren in Frankfurt-Hoechst. Beide waren wegweisend für den raschen Ausbau eines bundesweiten Netzwerks von nahezu 400 geriatricischen Kliniken und rund 200 Tageskliniken samt

ihrer Strukturstandards und der kontinuierlich geprüften Prozessqualität.

Auf spezielle altersmedizinische Fragen wird dankenswerter Weise in diesem und weiteren Heften des Hessischen Ärzteblattes eingegangen, um alle Ärzte in die dringend notwendige Weiterentwicklung der Geriatrie einzubeziehen.

Diese Entwicklung ist Aufgabe aller Beteiligten, nicht zuletzt auch der haus- und fachärztlich tätigen niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen. Alle Ärzte sind zunehmend mit kranken und multimorbiden älteren Menschen konfrontiert. Die Leistungen der klinischen Disziplinen kommen immer mehr auch den älteren Menschen zugute, was zur Alterung der Bevölkerung zweifellos beigetragen hat. Dennoch wird die Entscheidungsfindung über das Was und Wieviel an Medizin durch die Fortschritte neuer Behandlungsverfahren nicht eben leichter: Minimal invasive Techniken mögen das Risiko operativer Verfahren mindern, verschieben aber andererseits die Altersgrenze auch für größere Eingriffe nach oben. Indikationsstellung und die Nutzen-Risiko-Relation müssen daher jeweils unter geriatrischen Aspekten individuell diskutiert werden.

Moderne geriatrische Versorgung heißt also konsequente Zusammenarbeit aller Fachdisziplinen, aber auch intensive persönliche Führung der älteren Kranken durch das komplizierte Angebot der modernen Medizin. Welche Auswirkungen diese Forderung auf Forschung und Lehre, ärztliche Weiterbildung, Verzahnung ambulanter und klinischer Medizin und Fallsteuerung und Vergütungssysteme haben wird, bedarf einer eingehenden Diskussion. Nur eine zukunftsfähige Strukturierung unseres Gesundheitssystems ermöglicht es, dessen hohe Leistungsfähigkeit allen Altersgruppen, auch den Betagten, dauerhaft sicher zu stellen, sei es durch

präventive, kurative, rehabilitative oder palliative Maßnahmen.

Geschichtliches

Der Begriff Geriatrie wurde 1909 geprägt. Der aus Wien stammende, in New York tätige Arzt Ignaz Nascher verstand die Altersmedizin als Spezialdisziplin für eine besondere Lebensphase analog der damals entstandenen Pädiatrie. Nascher schrieb eines der ersten umfassenden Lehrbücher der Geriatrie. Das gewachsene wissenschaftliche Interesse an Alterns- und Krankheitsprozessen regte Ärzte in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts an, neue medizinische Erkenntnisse auch bei älteren Kranken und Pflegebedürftigen einzusetzen. Behandlungserfolge selbst bei Hochbetagten waren die Folge. In den 1940er Jahren forderte Marjory Warren in England systematische Forschung, Diagnostik und Therapie bei älteren und chronisch Kranken mit den Mitteln des Krankenhauses. Medizinstudenten und Pflegekräfte sollten die Geriatrie schon in ihrer Ausbildung kennen lernen. Max Bürger in Leipzig untersuchte den Einfluss von Alternsveränderungen auf Innere Krankheiten, René Schubert aus Nürnberg gründete 1966 die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie. 1967 entstand nach angelsächsischen, skandinavischen und Schweizer Vorbildern die erste geriatrische Klinik im Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen in Hofgeismar als „Spezialkrankenhaus für Chronische Krankheiten und Altersleiden“ mit rehabilitativem Schwerpunkt.

Unter gezielter Förderung durch die Gesundheitspolitik, insbesondere die Bundesministerin und Gerontopsychologin Professor Ursula Lehr kam es gemäß der sozialgesetzlichen Forderung „Rehabilitation vor Pflege“ [1] zu einem Boom geriatrischer Einrichtungen: Ihre Zahl stieg von

84 im Jahr 1993 auf 318 bis zur Jahrtausendwende, die der Tageskliniken von 13 auf 136 [2]. Die Mehrheit dieser Einrichtungen ist in einem 1993 gegründeten Bundesverband zusammengeschlossen. [3]. In Hessen gibt es inzwischen 32 geriatrische Abteilungen in Krankenhäusern und 17 Tageskliniken zur flächendeckenden, wohnortnahen stationären Versorgung akuter und chronischer Krankheiten nebst deren funktioneller Auswirkungen, um die Selbstständigkeit zu erhalten bzw. möglichst weitgehend wiederherzustellen (restitutio ad integrum bzw. ad optimum). Das bewährte Konzept der „fallabschließenden“ Behandlung geriatrischer Patienten im Sinne der frührehabilitativen Komplexbehandlung im Krankenhaus verzichtet – nach Ergebnissen der Versorgungsforschung – bewusst auf die Verlegung in Rehabilitationskliniken. Es schafft auch den direkten Zugang geriatrischer Patienten aus dem ambulanten Bereich ohne (zeit-)aufwändige Genehmigungsverfahren.

Definition des geriatrischen Patienten

Nach der Definition der altersmedizinischen Gesellschaften der EU sind geriatrische Patienten „gekennzeichnet durch ein hohes Maß an Gebrechlichkeit und mehrfache Erkrankungen (Multimorbidität), die einen ganzheitlichen Ansatz erfordern. Methodisch geht Geriatrie über die Organmedizin hinaus, indem sie Behandlung in einem multidisziplinären Team bietet, deren Hauptziel die Optimierung des funktionellen Status der älteren Person ist sowie die Verbesserung der Lebensqualität und der Selbstständigkeit.“ Der Bedarf an sozialer Unterstützung tritt bei Krankheiten im Alter oft unvermittelt auf, zumal „Krankheit sich anders als bei Jüngeren darstellt, schwer zu erkennen ist und verzögert auf die Behandlung reagieren kann“ [4].

Methodik der Geriatrie

Ein wichtiges Instrument der Geriatrie ist das geriatrische Assessment. Es enthält validierte Messinstrumente, die alltagsrelevante funktionelle Beeinträchtigungen im somatischen, kognitiven und emotionalen Bereich im gesamten Therapieverlauf dokumentieren. Ein weiteres Charakteristikum geriatrischen Arbeitens ist der Einsatz des multiprofessionellen Teams, das aus Mitarbeitenden der Pflege, Physio-, Ergo- und Sprachtherapie, Psychologie und Sozialarbeit zusammengesetzt ist und unter ärztlicher Leitung die Behandlung gemeinsam vornimmt. Diese Behandlung verfolgt als definiertes Ziel die möglichst weitgehende gesundheitliche Wiederherstellung, je nach vorhandenen Ressourcen des Patienten und seines sozialen Umfeldes. Damit integriert die hessische Geriatrie kurative und rehabilitative Aufgaben „aus einer Hand“. Das ist – nicht nur für die hessischen Geriater(innen) – eindeutig ein Vorteil gegenüber Versorgungskonzepten anderer Bundesländer.

Patient als Partner

Der alte Mensch erlebt Krankheit und Einschränkungen oft als Vorboten seines Endes. Im modernen Medizinbetrieb droht er unterzugehen, wenn er nicht eine vertrauensvolle persönliche ärztliche Führung genießt. Mehr als bei jüngeren Menschen sind dabei die enormen Wirkungen der „sprechenden Medizin“ zu berücksichtigen, auf die kein Geringerer als Bernard Lown, Nobelpreisträger und Erfinder des Defibrillators, in seinem Buch „die verlorene Kunst des Heilens“ hinweist [5]. Auch Betagte können und sollen von den Segnungen der Hochleistungsmedizin profitieren, wenn es für sie zuträglich ist. Das setzt aber voraus, dass sie über die Möglichkeiten samt aller Risiken umfassend und in ihrer Sprache aufgeklärt werden und von ihrem Arzt zu Recht annehmen

dürfen, dass er ihr persönliches Risiko verlässlich einschätzen kann. In diesem Sinne ganzheitlich zu wirken, gehört zu den größten Herausforderungen ärztlicher Kunst.

Zukunftsaufgaben

Da die Geriatrie sich heute selbst als wissenschaftlich fundierte „Hochleistungsmedizin“ versteht, gilt es, sie in den Fächerkanon der übrigen Disziplinen nahtlos einzubinden. Geriater müssen demnach nicht nur in Schwerpunktpraxen oder anderen Einrichtungen der ambulanten Versorgung „vorkommen“, sondern auch im modernen Krankenhausbetrieb: In der Notaufnahme, der Intensivmedizin, der prä- und postoperativen Betreuung, der stationären und teilstationären geriatrischen Klinik, aber auch konsiliarischen Mitbetreuung, sei es im Pflegeheim, in der ambulanten oder stationären Palliativversorgung bzw. dem Hospizdienst. Die intensive Vernetzung der ambulanten und stationären Angebote ist das Gebot der Stunde, um den weiter steigenden Bedarf an geriatrischer Medizin zu decken. Der „Markt“ allein wird es nicht richten, sondern nur der intensive Dialog aller Beteiligten.

Konfrontation und Konkurrenz haben sich als Bremsen der Geriatrie-Entwicklung erwiesen, wie man dem „Weißbuch Geriatrie“ [6], einer aktuellen Analyse der leider inhomogenen deutschen Geriatrieversorgung entnehmen kann. Das Versorgungskonzept in Hessen hat sich über Jahre bewährt, wie die seit 15 Jahren vom Landesverband Hessen-Thüringen lückenlos geführte Dokumentation der Struktur- und Prozessqualität beweist [7]. Geriater fordern daher kooperative und kommunikative Strategien, die in Forschung, Lehre und ärztlicher Weiterbildung beginnen und in evidenzbasierter Strukturierung vernetzter Versorgungssysteme münden. Auch hierzu sind Studi-

en bereits im Gange, weitere müssen folgen.

Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften haben einen Anfang gemacht: Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin hat die Geriatrie als neue Schwerpunktgesellschaft aufgenommen – ein wichtiges Signal für die Landesärztekammern, diesen Schritt in ihre Weiterbildungsordnungen umzusetzen, wie es in drei Bundesländern (Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Berlin) schon geschehen ist. Parallel dazu muss eine geriatrische Zusatzweiterbildung für andere Fächer erhalten bleiben, um die Qualität auch in anderen Bereichen, insbesondere dem hausärztlichen, zu sichern.

Literatur

1. Deutscher Bundestag: Erster Altenbericht der Bundesregierung. Drucksache 12/5897. Bonn, 1993. /Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation Drucksache 14/8822. Berlin, 2002.
2. Fuhrmann, R.: Übersicht über die Versorgungsstrukturen der klinischen und rehabilitativen Geriatrie und ihre Entwicklung in der BRD. Z. Gerontol Geriat 34: Suppl 1, 2001, 1/16-1/20.
3. Meier-Baumgartner HP(1998) Empfehlungen für die Klinisch-Geriatrie Behandlung. Gustav-Fischer Verlag Jena.
4. UEMS (2008): Europäische Definition Geriatrie und Geriatrischer Patient Z Gerontol Ger 41, 426-327.
5. Lown B (2004) Die verlorene Kunst des Heilens. Suhrkamp TB 3574.
6. Bundesverband Geriatrie, Hrsg. (2010) Weißbuch Geriatrie. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
7. Knauf W et al. (2010) Qualitätssicherung in der Geriatrie in Hessen und Thüringen 2010: Versorgungskonzept, Umsetzungsstand, Planungen. 4. Auflage, Wiesbaden.

Anschrift des Verfassers

Professor Dr. med. Werner Vogel
Vorsitzender des Landesverbandes
Geriatrie Hessen-Thüringen
Past-Präsident der
Deutschen Gesellschaft für Geriatrie
Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen
Zentrum für Geriatrie und
Neurol. Frührehabilitation
34369 Hofgeismar

Gegen Kriminalisierung der Ärzteschaft in der Begründung zum GKV-Finanzierungsgesetz

Resolution der Delegiertenversammlung der LÄK Hessen

Mit Empörung wendet sich die Landesärztekammer Hessen gegen eine Formulierung in der Begründung zum GKV-Finanzierungsgesetz, mit der die Ärzteschaft denunziert wird. Wörtlich heißt es dort: „Um medizinisch nicht begründeten Ausgabensteigerungen bei den ärztlichen Leistungen außerhalb der Gesamtvergütungen (extrabudgetären Leistungen) zu begegnen und eine weitere finanzielle Belastung der GKV in den Jahren 2011 und 2012 zu vermeiden, wird der Ausgabenzuwachs

der extrabudgetären Leistungen begrenzt.“ Nach Überzeugung des hessischen Ärzteparlaments wird mit dieser Aussage pauschal unterstellt, Ärzte erbrächten Leistungen, die auf keiner begründbaren medizinischen Indikation beruhen. Dieser Vorwurf bedeute in der Konsequenz, dass Handlungen an Patienten durchgeführt würden, die rechtlich nicht gedeckt sind und daher juristisch als vorsätzliche Körperverletzung zu werten wären, da sie ja ohne wirksame Zustimmung der Patienten

erbracht würden. In ihrer Resolution forderten die hessischen Delegierten am 27. November 2010 die politisch Verantwortlichen, insbesondere Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel und Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler dazu auf, sich von dieser erneut die Ärzteschaft denunzierenden und kriminalisierenden Äußerung zu distanzieren und dies offiziell klarzustellen.

möh

Übergangsbestimmung für die Zusatz-Weiterbildung „Krankenhaushygiene“

Der Erwerb der Zusatz-Weiterbildung „Krankenhaushygiene“ verlangt als Voraussetzungen den Nachweis von 24 Monaten Weiterbildung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 nach Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 1. November 2005 (WBO 2005).

Die Weiterbildungszeit beträgt:

24 Monate Weiterbildung im Fachgebiet „Hygiene und Umweltmedizin“ unter Anleitung eines Weiterbildungsbefugten gemäß § 5 Abs. 1

oder – auch anteilig – ersetzbar

durch 24 Monate ärztlicher Tätigkeit unter Supervision eines im Fachgebiet „Hygiene und Umweltmedizin“ gemäß § 5 Abs. 1 Weiterbildungsbefugten von mindestens

einem Tag pro Monat während der gesamten Weiterbildungszeit und erfolgreiche Teilnahme an 200 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in der Krankenhaushygiene einschließlich krankenhaushygienisches Labor. Die Weiterbildung wird mit einer Prüfung abgeschlossen.

Im Rahmen der Übergangsbestimmungen gemäß § 20 Abs. 8 der WBO 2005 kann die Anerkennung einer neu eingeführten Zusatz-Weiterbildung erfolgen, wenn Kammerangehörige innerhalb der letzten acht Jahre vor der Einführung mindestens die gleiche Zeit eine Tätigkeit ausgeübt haben, welche der jeweiligen Minstdauer der Weiterbildung entspricht. Dabei ist vom Antragsteller ein Nachweis zu erbringen, aus dem hervorgeht, dass er umfassende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben hat.

Für die Zusatz-Weiterbildung „Krankenhaushygiene“ sind im Rahmen der bis 31. Dezember 2015 geltenden Übergangsbestimmungen neben dem Nachweis von 24 Monaten Weiterbildung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung weitere 24 Monate krankenhaushygienische Tätigkeiten (z.B. als Hygienebeauftragter) nachzuweisen. Darüber hinaus müssen in dieser Zeit einschlägige Fortbildungen im Umfang von mindestens 200 Stunden besucht worden sein.

Erfüllen Sie die Voraussetzungen und möchten Sie die Zusatz-Weiterbildung „Krankenhaushygiene“ erwerben so finden Sie das Antragsformular unter: http://www.laekh.de/upload/Aerzte/Weiterbildung/Antraege_Merkblaetter/o1_antrag_anerkenn_beschein_wb.pdf

Dr. med. Karl-Heinz Blum

Zertifizierte Fortbildung VNR 2760602011041500006

Akutes Nierenversagen auf der Intensivstation

Rolfes C., Vassiliou T., Koch T., Wulf H.

Das akute Nierenversagen auf der Intensivstation ist sowohl mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität als auch mit einem deutlich verlängertem Intensiv- und Krankenhausaufenthalt verbunden. Die Inzidenz beträgt etwa 6 %. Davon werden etwa 72 % der Betroffenen hämofiltrationspflichtig und die Gesamtmortalität bei akutem Nierenversagen in der Intensivmedizin beträgt 60,3 %. Eine Sepsis als Ursache des akuten Nierenversagens wird bei 47,5 % der Patienten diagnostiziert. Bei Entlassung sind 13,8 % dialysepflichtig [1]. Daher sind das frühzeitige Erkennen einer beginnenden Nierenfunktionsstörung und die zeitnahe Umsetzung einer medikamentösen oder interventionellen Therapie mittels Nierenersatzverfahren von entscheidender Bedeutung.

Gegenstand vieler Untersuchungen der letzten Jahre war die genaue Definition des akuten Nierenversagens, die Diagnosestellung anhand verschiedener Biomarker oder Formeln sowie die Prävention und Therapie. Dabei zeigte sich, dass über die Therapie mittels Nierenersatzverfahren weltweit Uneinigkeit bezüglich dessen Beginn, der Art des Ersatzverfahrens, der Intensität und der Therapiedauer besteht.

Definition des akuten Nierenversagens

Zur genaueren Definition des akuten Nierenversagens und seiner Stadien stehen uns heute die AKIN-Klassifikation des Acute Kidney Injury Network sowie die RIFLE-Kriterien zur Verfügung [2,3]. Beide Klassifikationen wurden in mehreren Studien verglichen. Dabei zeigte sich, dass es bezüglich der Schwere der Niereninsuffizienz keine Unterschiede zwischen beiden Klassifikationen gab, und dass

Stadium	S-Kreatinin Anstieg	Diurese
1	$\geq 0,3$ mg/dl oder 50-100 %	$< 0,5$ ml/kg/Std. über 6-12 Std.
2	101-200 %	$< 0,5$ ml/kg/Std. über > 12 Std.
3	> 200 % oder Dialyse	$< 0,3$ ml/kg/Std. über > 24 Std. oder Anurie > 12 Std.

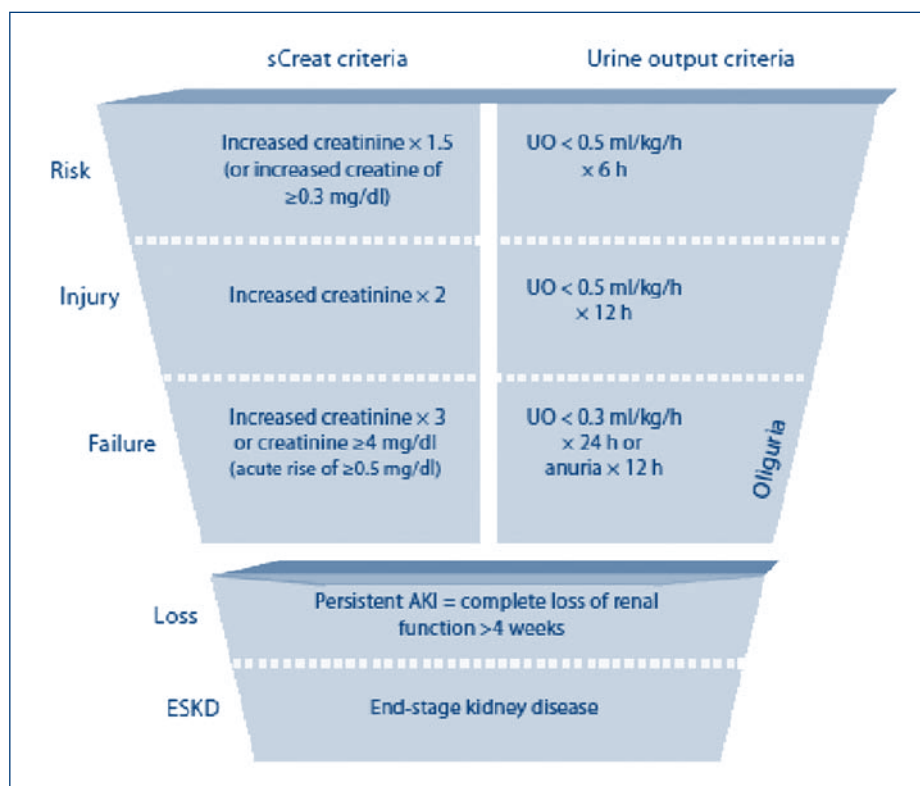


Abb. 1: Vergleich zwischen AKIN und RIFLE Kriterien. Die obere Tabelle zeigt die AKIN-Kriterien, im unteren Abschnitt werden die RIFLE-Kriterien beschrieben (aus Bellomo et al. Crit Care 2004)

diese den Heilungserfolg entscheidend beeinflusst [4,5]. Urinproduktion und Serumkreatinin sind die einzigen Parameter, die für die Diagnosestellung und die Stadieneinteilung von Bedeutung sind. Bereits kurze Phasen einer Oligurie und minimale Schwankungen des Serumkreatinins

sind Marker für eine renale Dysfunktion und erfordern den Einsatz einer nephroprotektiven Therapie [6,7]. Besondere Aufmerksamkeit erfordern Patienten, die bei einer vorbestehenden chronischen Niereninsuffizienz eine akute Schädigung erleiden, da die Erholung der renalen Funktion

bei höheren Stadien geringer ist und in ca. 30 % mit einer terminalen Niereninsuffizienz einhergeht [8].

Die Letalität des akuten Nierenversagens ist abhängig vom Zeitpunkt der Diagnosestellung. So konnte bereits 2002 gezeigt werden, dass ein verzögerter Therapiebeginn eine Mortalität von 67 % bedingte. Patienten, die hingegen frühzeitig von einem Nephrologen konsiliarisch betreut wurden, wiesen nur eine Sterblichkeit von 47 % auf [9].

Pathophysiologie des akuten Nierenversagens

Die häufigsten Ursachen des akuten Nierenversagens sind tubulär ischämisch/toxisch (85 %) und interstitiell durch Medikamente oder Infektionen (88-12 %) bedingt. Bei Intensivpatienten überwiegt als Ursache die renale Minderperfusion. Im Bereich des Nierenmarks, wo unter physiologischen Umständen nur ein pO₂ von 10 mmHg vorliegt, führt ein Schockgeschehen zu einem weiteren Abfall des Sauerstoffangebots. Durch Hypoxie entsteht ein Polaritätsverlust der Tubulusepithelzellen. Die Zellen werden nekrotisch und verstopfen als Detritus das Tubulolumen, wodurch die Urinausscheidung behindert wird. Zusätzlich wird die glomeruläre Filtrationsleistung von verschiedenen Stellgrößen beeinflusst. Am Vas afferens des Glomerulums verursachen vasodilatierende Substanzen wie Prostaglandine, Kinine, NO oder atriales natriuretisches Peptid eine Steigerung der Filtrationsleistung. Vasokonstriktoren wie Endothelin, Renin, Angiotensin II oder ADH hingegen verschlechtern die glomeruläre Filtrationsrate.

Diagnose des ANV Kreatinin

Die Messung von Kreatinin und Harnstoff im Serum sowie die Bestimmung dieser Parameter im Sammelurin ist die am wei-

testen verbreitete Methode, um die Funktionsleistung der Niere zu bestimmen. Die glomeruläre Filtrationsrate wird dabei jedoch um ca. 30 % überschätzt. Dies resultiert aus der Tatsache, dass das Verhältnis zwischen Serumkreatinin und Kreatininclearance invers ist und bei einem Kreatininwert von 1,5 mg/dl die GFR bereits nur noch ca. 65 ml/min beträgt. Maßgeblich sind auch Ernährungsstatus, Alter, Geschlecht, Hydratationsstatus und die Muskelmasse des Patienten, die die Kreatininclearance ebenfalls beeinflussen. Auch die Berechnung der Kreatininclearance über die Cockcroft-Gault-Formel ist nur ein ungenaues Maß für die Nierenfunktion, da auch hier das Serum-Kreatinin in die Berechnung eingeht. Als neuere Bestimmungsformel kommt die sogenannte MDRD-Formel (Modification of diet in endstage renal disease) zum Einsatz. Auch diese Formel basiert neben den Faktoren Alter, Geschlecht und ethnische Zugehörigkeit auf der Serumkreatininkonzentration.

Beide Formeln waren ursprünglich für die Abschätzung der Nierenfunktion chronisch niereninsuffizienter Patienten eingeführt worden. Für das akute Nierenversagen auf der Intensivstation sind daher die AKIN und RIFLE Kriterien deutlich besser geeignet, da sie auch die Urinmenge pro Stunde berücksichtigen. Die Berechnung der GFR mittels der genannten Formeln ist für Intensivpatienten mit akutem Nierenversagen zu ungenau [10].

Cystatin C

Cystatin C ist ein basisches Protein mit einer Molekülgröße von 13 kDa, welches von allen kernhaltigen Zellen produziert wird. Es wird glomerulär filtriert und im Tubulus metabolisiert. Bei Hochrisikopatienten konnte gezeigt werden, dass bei akutem Nierenversagen das Serum-Cystatin zwei Tage vor dem Serum-Kreatinin anstieg [11]. In einer aktuellen Studie an

150 Patienten mit akutem Nierenversagen stiegen sowohl Serum-Cystatin C als auch Urin Cystatin C in Korrelation mit den RIFLE-Stadien an. Die prognostische Aussagekraft des Cystatin-C-Wertes war jedoch limitiert [12].

NGAL Neutrophil gelatinase assoziiertes Lipocalin

Auf der Suche nach einem geeigneten Biomarker für die Früherkennung des akuten Nierenversagens hat sich – ähnlich dem Troponinwert beim Herzinfarkt – das NGAL für das akute Nierenversagen etabliert. NGAL ist ein 25 kD großes Protein, das an die Metalloproteinase-9 von Neutrophilen gebunden ist. Normalerweise wird NGAL in niedrigen Konzentrationen in verschiedenen Geweben exprimiert. Sobald es jedoch zu einer Verletzung epithelialer Gewebe wie Niere, Colon, Leber oder Lunge kommt, steigt der NGAL-Wert im Urin an. Genetische Analysen konnten beweisen, dass NGAL eines der am höchsten exprimierten Proteine im Nierengewebe nach ischämischer oder nephrotoxischer Nierenschädigung war.

Sowohl bei pädiatrischen wie auch bei erwachsenen Intensivpatienten zeigte sich NGAL als suffizienter prognostischer Marker bezüglich des Auftretens des Nierenversagens, der Dauer und Schwere der Niereninsuffizienz sowie der Länge des Krankenhausaufenthaltes und der Mortalität [13]. Im klinischen Verlauf tritt ein erhöhtes NGAL bis zu 48 Stunden vor der klinischen Diagnosestellung auf [14]. Ob NGAL sich bei akutem septischen Nierenversagen als zuverlässiger Marker erweist, ist noch nicht endgültig geklärt.

Prävention des akuten Nierenversagens

In der operativen Medizin reduziert bereits eine intraoperative Optimierung der

Hämodynamik das Auftreten von Nierenfunktionsstörungen. In einer Metaanalyse konnten die Autoren nachweisen, dass bereits intraoperativ einfache nephroprotektive Strategien wie adäquates Flüssigkeitsmanagement und inotrope Unterstützung des Kreislaufes das Auftreten postoperativen Nierenversagens deutlich mindert [15]. Zur Prävention des Nierenversagens empfiehlt die Expert Opinion of the Working Group for Nephrology den mittleren arteriellen Blutdruck ≥ 60 -65 mmHg zu halten, dabei sollte jedoch auch individuell der prähospitaler Blutdruck soweit bekannt mit berücksichtigt werden. Vasopressoren der ersten Wahl sind Noradrenalin und Dopamin, wobei aufgrund des Nebenwirkungsprofils von Dopamin dem Noradrenalin der Vorzug gegeben werden sollte. In tierexperimentellen Studien konnte gezeigt werden, dass Noradrenalin den renalen Blutfluss steigert. Low-dose Dopamin zur Prävention des akuten Nierenversagens ist kontraindiziert.

Volumenmangel sollte umgehend ausgeglichen werden. Dabei gibt es bisher wenig Evidenz, ob kristalloide Lösungen oder die kolloidalen Lösungen Albumin oder niedermolekulare Hydroxyethylstärke zum Einsatz kommen sollten. HES 10 % 250/05 und hochmolekulare andere Hydroxyethylstärke sind jedoch als Volumenexpander kontraindiziert. Eine prophylaktische Volumenexpansion wird sowohl beim Einsatz von Kontrastmitteln in Kombination mit Bicarbonat als auch bei nephrotoxischen Medikamenten empfohlen.

Über längere Zeit war der Einsatz von Albumin bei kritisch kranken Patienten umstritten. Einer aktuellen Metaanalyse zu Folge ist eine Hypoalbuminämie ein sicherer Prädiktor für das Auftreten eines akuten Nierenversagens und einer erhöhten Mortalität. Es stellt sich nun die Frage ob Albumin dabei nur ein Biomarker ist. Nach

Aussage der Autoren ist jedoch Albumin eine nephroprotektive Wirkung zuzuschreiben, da sowohl die renale Durchblutung als auch die glomeruläre Filtrationsrate durch Applikation von Albumin gesteigert werden konnten. Der cut-off Wert für Albumin ist jedoch ebenso wie der physiologische Mechanismus der erwähnten Phänomene nicht gesichert [16].

Kritisch zu sehen ist sicher auch die Menge der Flüssigkeit, die infundiert wird. Mehrere Studien der letzten Jahre ergaben, dass eine zu positive Flüssigkeitsbilanz den Behandlungserfolg negativ beeinflusst. Studienpopulationen mit liberaler Flüssigkeitsgabe wiesen höhere Mortalitätsraten auf. Als zusätzliches Problem ergibt sich bei einer Hyperhydratation, dass durch die Verdünnung die Serumkreatininkonzentration niedriger erscheinen und die Schwere des akuten Nierenversagens unterschätzt wird. Beim Einsatz kristalloider Lösungen sollte darauf geachtet werden, dass das Serumchlorid im Normbereich bleibt, da eine Hyperchlorämie die renale Perfusion um bis zu 25 % einschränken kann [17, 18, 19, 20].

Viel diskutiert wird der Einsatz von Schleifendiuretika bei akutem Nierenversagen.

Als präventive Maßnahme werden diese Substanzen von der bereits erwähnten Expertengruppe nicht empfohlen. Auch bei bereits bestehendem akutem Nierenversagen konnte bisher in keiner Studie ein Vorteil der Behandlung mit Schleifendiuretika gezeigt werden. Es waren sogar höhere Mortalitätsraten und gesteigerte Inzidenzen chronischen Nierenversagens beschrieben.

Eine Verbesserung der Nierenfunktion lässt sich durch Steigerung des renalen Blutflusses erzielen. Pathophysiologisch kommt es durch verminderte Nierenperfusion zu einer Aktivierung des Renin-Angiotensin-Systems mit konsekutiver Abnahme der Nieren- und Splanchnikusperfusion. Dadurch sinkt die glomeruläre Filtrationsrate und die Nierenfunktion verschlechtert sich. Um diesem Prozess entgegenzuwirken wird bei stabilen Kreislaufverhältnissen der Einsatz von Vasodilatoren wie Fenoldopam bei herzchirurgischen Eingriffen oder Phosphodiesterasehemmern zur Verhinderung der Kontrastmittelnephropathie empfohlen. Der bisher übliche Einsatz von N-Acetylcystein (NAC) bei Kontrastmittelgabe wird von den Autoren der Expert Opinion Gruppe explizit nicht emp-

fohlen. Bei Hochrisikopatienten sollte bei Interventionen mit Kontrastmitteln wie z.B. Herzkatheter nach dem Eingriff der Einsatz einer Nierenersatztherapie erfolgen [17].

Zur Erhaltung der Nierenfunktion ist ein ausgeglichener Ernährungszustand von klinischer Bedeutung. Dabei ist nicht nur die Aufrechterhaltung der zellulären Integrität wichtig um dem Zelluntergang vorzubeugen, auch die Versorgung mit Spurenelementen und Antioxidantien ist für die Nierenfunktion von Bedeutung. Ein routinemäßiger Einsatz von z.B. Selen wird jedoch nicht empfohlen.

Nierenersatztherapie

Als Nierenersatztherapie finden heute die intermittierende Dialyse, die kontinuierliche venovenöse Hämodiafiltration (CVV-HDF), die kontinuierliche venovenöse Hämodialyse (CVVH) und die Slow low efficient daily dialysis (SLEDD) mehrheitliche Anwendung. Welches Verfahren zum Einsatz kommt hängt stark von lokalen Gegebenheiten und Organisationsstrukturen ab. Auf operativen Intensivstationen haben sich CVVHDF und nun zunehmend auch SLEDD erfolgreich etabliert.

Die Indikationsstellung und der Startzeitpunkt für ein Nierenersatzverfahren sind national und international uneinheitlich. Einheitlich akzeptierte Akutpathologika, die den Einsatz eines extrakorporalen Verfahrens rechtfertigen sind Überwässerung, Hyperkaliämie, metabolische Azidose, Urämie (Harnstoff $\rightarrow$ 200 mg/dl) und progressive Azotämie. Nach aktueller Studienlage wird angenommen, dass Patienten, die frühzeitig ein Nierenersatzverfahren erhalten, einen Überlebensvorteil haben [21, 22, 23, 24]. Dennoch ist der frühzeitige Anschluss an eine Hämofiltration nicht unumstritten. Kritiker dieses Vorgehens sehen darin ein unnötiges Risiko für den Patienten.



Abb. 2: Citrathämofiltration auf der Intensivstation

Ebenfalls Gegenstand der Diskussion ist die Intensität des Nierenersatzverfahrens. Über lange Zeit wurde für Postdilutionssysteme bei kontinuierlicher venovenöser Hämodiafiltration eine Ultrafiltratrate von 35-45 ml/Kg/h empfohlen [25]. Die Ergebnisse neuerer Untersuchungen weisen jedoch darauf hin, dass es keinen Unterschied macht, ob die Filtrationsmenge 35 oder 20 ml/kg/h beträgt [26,27]. An dieser Stelle muss auch kritisch angemerkt werden, dass bei den meisten Patienten aufgrund der Standzeitunterbrechungen durch Gerinnsel im Filter der Systeme wahrscheinlich ohnehin faktisch eher 20 ml/kg/h als 35 ml/kg/h entzogen wurden.

Die Überlebensrate kritisch kranker Patienten mit akutem Nierenversagen wird durch die Wahl des Dialyseverfahrens ebenfalls nicht beeinflusst. Es scheint somit unerheblich ob ein intermittierendes oder kontinuierliches Verfahren gewählt wird, lediglich bei kreislaufinstabilen Patienten bietet die kontinuierliche Hämofiltration einen Sicherheitsvorteil [28].

Der Einsatz eines Nierenersatzverfahrens erfordert die Antikoagulation des extrakorporalen Systems. Weltweit findet immer noch Heparin die höchste Anwendungsrate. Zunehmend wird Citrat als Antikoagulans des Filtersystems eingesetzt. Der Vorteil einer Citratantikoagulation ist, dass sie auch für Patienten mit heparin-induzierter Thrombozytopenie (HIT II) geeignet ist, und dass nicht zwingend unfraktioniertes Heparin verwendet werden muss. Außerdem gibt es Hinweise, dass Patienten in der Sepsis durch den Einsatz von Citrat einen Überlebensvorteil haben [29]. Zurzeit wird geprüft, ob septische Patienten vom Einsatz spezieller Sepsisfilter profitieren.

Das akute Nierenversagen auf der Intensivstation ist nach wie vor ein komplexes Krankheitsbild, das die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Intensivmedizinern und Nephrologen erfordert. Da der optimale Therapiebeginn, die Dosierung und das Entwöhnen vom extrakorporalen Kreislauf noch nicht einheitlich geklärt sind, sollten diese Kriterien zum Einsatz eines Nierenersatzverfahrens in weiteren Studien definiert werden, um die Prognose des akuten Nierenversagens zu verbessern. Die Erstellung von nationalen oder internationalen Leitlinien zur Prävention und Therapie des akuten Nierenversagens ist aus Sicht des Intensivmediziners absolut wünschenswert.

Literatur

1. Acute renal failure in critically ill patients: a multinational, multicenter study. Uchino S, Kellum JA, Bellomo R, Doig GS, Morimatsu H, Morgera S, Schetz M, Tan I, Bouman C, Macedo E, Gibney N, Tolwani A, Ronco C; Beginning and Ending Supportive Therapy for the Kidney (BEST Kidney) Investigators. *JAMA*. 2005 Aug 17;294(7):813-8
2. Acute renal failure – definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second

- International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group Rinaldo Bellomo,¹ Claudio Ronco,² John A Kellum,³ Ravindra L Mehta,⁴ Paul Palevsky,⁵ and the ADQI workgroup⁶ *Crit Care*. 2004; 8(4): R204-R212
3. Acute Kidney Injury Network: report of an initiative to improve outcomes in acute kidney injury. Mehta RL, Kellum JA, Shah SV, Molitoris BA, Ronco C, Warnock DG, Levin A; Acute Kidney Injury Network. *Crit Care*. 2007; 11(2):R31
 4. A comparison of the RIFLE and AKIN criteria for acute kidney injury in critically ill patients Bagshaw SM, George C, Bellomo R; ANZICS Database Management Committee. *Nephrol Dial Transplant*. 2008 May;23(5): 1569-74. Epub 2008 Feb 15
 5. The RIFLE criteria and mortality in acute kidney injury: A systematic review. Ricci Z, Cruz D, Ronco C. *Kidney Int*. 2008 Mar;73(5):538-46
 6. Defining urine output criterion for acute kidney injury in critically ill patients. Macedo E, Malhotra R, Claure-Del Granado R, Fedullo P, Mehta RL. *Nephrol Dial Transplant*. 2011 Feb;26(2):509-15
 7. Impact of minimal increases in serum creatinine on outcome in patients after cardiothoracic surgery: do we have to revise current definitions of acute renal failure? Lassnigg A, Schmid ER, Hiesmayr M, Falk C, Druml W, Bauer P, Schmidlin D. *Crit Care Med*. 2008 Apr;36(4):1129-37
 8. Epidemiology of acute kidney injury. Cerdá J, Lameire N, Eggers P, Pannu N, Uchino S, Wang H, Bagga A, Levin A. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2008 May;3(3):881-6
 9. Nephrology consultation in acute renal failure: does timing matter? Mehta RL, McDonald B, Gabbai F, Pahl M, Farkas A, Pascual MT, Zhuang S, Kaplan RM, Chertow GM. *Am J Med*. 2002 Oct 15;113(6):456-61
 10. Estimation of Glomerular Filtration Rate: What Are the Pitfalls? Fessler P, Mimran A. *Curr Hypertens Rep*. 2011 Jan 5
 11. Early detection of acute renal failure by serum cystatin C. Herget-Rosenthal S, Marggraf G, Hüsing J, Göring F, Pietruck F, Janssen O, Philipp T, Kribben A. *Kidney Int*. 2004 Sep;66(3):1115-22
 12. Serum and urine cystatin C are poor biomarkers for acute kidney injury and renal replacement therapy. Royakkers AA, Korevaar JC, van Suijlen JD, Hofstra LS, Kuiper MA, Spronk PE, Schultz MJ, Bouman CS. *Intensive Care Med*. 2010 Dec 10
 13. Review: neutrophil gelatinase-associated lipocalin: a troponin-like biomarker for human acute kidney injury. Devarajan P. *Nephrology (Carlton)*. 2010 Jun;15(4):419-28
 14. Plasma neutrophil gelatinase-associated lipocalin is an early biomarker for acute kidney injury in an adult ICU population. Cruz DN, de Cal M, Garzotto F, Perazella MA, Lentini P, Corradi V, Piccinni P, Ronco C. *Intensive Care Med*. 2010 Mar;36(3):444-51
 15. Does perioperative hemodynamic optimization protect renal function in surgical patients? A meta-analytic study. Brienza N, Giglio MT, Marucci M, Fiore T. *Crit Care Med*. 2009 Jun;37(6):2079-90
 16. Hypoalbuminemia and acute kidney injury: a meta-analysis of observational clinical studies. Wiedermann CJ, Wiedermann W, Joannidis M. *Intensive Care Med*. 2010 Oct;36(10):1657-65
 17. Prevention of acute kidney injury and protection of renal function in the intensive care unit. Expert opinion of the Working Group for Nephrology, ESICM. Joannidis M, Druml W, Forni LG, Groeneveld AB, Honore P, Oudemans-van Straaten HM, Ronco C, Schetz MR, Woittiez AJ; Critical Care Nephrology Working Group of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med*. 2010 Mar;36(3):392-411
 18. Comparison of two fluid-management strategies in acute lung injury. National Heart, Lung, and Blood Institute Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) Clinical Trials Network, Wiedemann HP, Wheeler AP, Bernard GR, Thompson BT, Hayden D, de-Boisblanc B, Connors AF Jr, Hite RD, Harabin AL. *N Engl J Med*. 2006 Jun 15;354(24):2564-75
 19. Fluid accumulation and acute kidney injury: consequence or cause. Bouchard J, Mehta RL. *Curr Opin Crit Care*. 2009 Dec;15(6):509-13
 20. A positive fluid balance is associated with a worse outcome in patients with acute renal failure. Payen D, de Pont AC, Sakr Y, Spies C, Reinhart K, Vincent JL; Sepsis Occurrence in Acutely Ill Patients (SOAP) Investigators. *Crit Care*. 2008;12(3):R74
 21. Late initiation of renal replacement therapy is associated with worse outcomes in acute kidney injury after major abdominal surgery. Shiao CC, Wu VC, Li WY, Lin YF, Hu FC, Young GH, Kuo CC, Kao TW, Huang DM, Chen YM, Tsai PR, Lin SL, Chou NK, Lin TH, Yeh YC, Wang CH, Chou A, Ko WJ, Wu KD; National Taiwan University Surgical Intensive Care Unit-Associated Renal Failure Study Group. *Crit Care*. 2009;13(5):R171
 22. What is 'BEST' RRT practice? Uchino S. *Contrib Nephrol*. 2010;165:244-50
 23. Correlation between parameters at initiation of renal replacement therapy and outcome in patients with acute kidney injury.

Ostermann M, Chang RW.
Crit Care. 2009;13(6):R175

24. Impact of continuous venovenous hemofiltration on organ failure during the early phase of severe sepsis: a randomized controlled trial. Payen D, Mateo J, Cavallion JM, Fraisse F, Floriot C, Vicaux E; Crit Care Med. 2009 Mar;37(3):803-10
25. Effects of different doses in continuous venovenous haemofiltration on outcomes of acute renal failure: a prospective randomised trial. Ronco C, Bellomo R, Homel P, Brendolan A, Dan M, Piccinni P, La Greca G. Lancet. 2000 Jul 1;356(9223):26-30
26. Intensity of renal support in critically ill patients with acute kidney injury. VA/NIH Acute Renal Failure Trial Network, Palevsky PM, Zhang JH, O'Connor TZ, Chertow GM, Crowley ST, Choudhury D, Finkel K, Kelum JA, Paganini E, Schein RM, Smith MW,

Swanson KM, Thompson BT, Vijayan A, Wainick S, Star RA, Peduzzi P.
N Engl J Med. 2008 Jul 3;359(1):7-20

27. Standard versus high-dose CVVHDF for ICU-related acute renal failure. Tolwani AJ, Campbell RC, Stofan BS, Lai KR, Oster RA, Wille KM. J Am Soc Nephrol. 2008 Jun;19(6):1233-8
28. Continuous venovenous haemodiafiltration versus intermittent haemodialysis for acute renal failure in patients with multiple-organ dysfunction syndrome: a multicentre randomised trial. Vinsonneau C, Camus C, Combes A, Costa de Beauregard MA, Klouche K, Boulain T, Pallot JL, Chiche JD, Taupin P, Landais P, Dhainaut JF; Hemodiaf Study Group. Lancet. 2006 Jul 29;368(9533):379-85
29. Citrate anticoagulation for continuous renal replacement therapy in the critically ill. Oudemans-van Straaten HM. Blood Purif. 2010;29(2):191-6

Korrespondenzadresse

Univ.-Professor Dr. med. Hinnerk F. W. Wulf
Direktor der Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie
(Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie, Notfallmedizin, OP-Management, Palliativmedizin)
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH
Standort Marburg
Baldingerstraße, 35033 Marburg
Fon: 06421 58-62004
Fax: 06421 58-62014
E-Mail: h.wulf@med.uni-marburg.de

Multiple Choice-Fragen (Nur eine Antwort ist richtig)

? 1.) Welche Aussage ist richtig?

1. Das akute Nierenversagen auf der Intensivstation hat bei nicht neutropenischen Patienten eine gute Prognose.
2. Die Hälfte aller septischen Patienten entwickelt ein akutes Nierenversagen.
3. Auf operativen Intensivstationen hat sich aufgrund der detaillierteren Stadieneinteilung der RIFLE-score etabliert.
4. Die Parameter Harnstoff und Urinausscheidung werden bei RIFLE- und AKIN-Klassifikation gleich bewertet.
5. Die Schwere des Nierenversagens ist für den Behandlungserfolg bei akutem Nierenversagen nicht von Bedeutung.

? 2.) Welche Aussage ist falsch?

1. Intraoperative nephroprotektive Therapie senkt das Auftreten von akutem Nierenversagen.
2. Low dose Dopamin zur Prävention des akuten Nierenversagens ist kontraindiziert.
3. Patienten, die mit einer liberalen Flüssigkeitstherapie behandelt werden haben eine höhere Mortalitätsrate als Vergleichsgruppen, die einem restriktiven Regime unterzogen werden.
4. Albumin ist das Mittel der Wahl um den Volumenhaushalt im septischen Schock zu therapieren.
5. Bei positiver Flüssigkeitsbilanz wird der Serumkreatininwert aufgrund der Verdünnung überschätzt.

? 3.) Welche Aussage ist richtig?

1. Die häufigste Ursache des akuten Nierenversagens auf der Intensivstation ist iatrogen durch Medikamente.
2. Die Cockcroft-Gault-Formel hat sich aufgrund der Genauigkeit ihrer Parameter als zuverlässig bei der Beurteilung eines akuten Nierenversagens etabliert.
3. Das Serumkreatinin ist ein idealer Marker für die Nierenfunktion, da der Kreatininwert linear proportional mit dem Abfall der GFR ansteigt.
4. Nicht steroidale Antiphlogistika verschlechtern die Nierenperfusion am Vas afferens aufgrund der Prostaglandinhemmung.
5. Mittels der MDRD Formel kann man im klinischen Alltag gut die Dosierung von Antibiotika steuern.

? 4.) Welche Aussage ist falsch?

1. Der Beginn einer Nierenersatztherapie wird weltweit individuell und nicht nach Leitlinien festgelegt.
2. Der frühzeitige Einsatz eines Nierenersatzverfahrens scheint einen Überlebensvorteil zu gewährleisten.
3. Auf der Intensivstation wird als Nierenersatztherapie ausschließlich CVVHDF angewendet.
4. Weltweit ist Heparin das am häufigsten eingesetzte Antikoagulans bei Nierenersatztherapie.

5. Der Einsatz von Citrat ist für Patienten mit heparininduzierter Thrombocytopenie nicht geeignet.

? 5.) Welche Aussage ist richtig?

1. Bei Patienten mit akutem Nierenversagen steigt der Cystatin C-Wert in Korrelation mit den RIFLE-Stadien an.
2. Bei Patienten im septischen Schock ist NGAL ein zuverlässiger prognostischer Marker für Mortalität und Morbidität.
3. Aufgrund ihrer Molekülgröße werden weder NGAL noch Cystatin C über eine Hämodialyse eliminiert.
4. Da NGAL und Cystatin C aus der gleichen Proteinfamilie stammen ist ihre prognostische Aussagekraft identisch.
5. Aufgrund des Abfalls des systemischen Widerstandes im septischen Schock kommt es zu einer Steigerung der Glomerulardurchblutung.

? 6.) Welche Aussage ist falsch?

1. Die Wahl eines Dialyseverfahrens beeinflusst die Überlebensrate der Patienten nicht.
2. Die Menge des Ultrafiltrates muss bei höheren AKIN/RIFLE-Stadien entsprechend gesteigert werden.
3. Überwässerung, Azidose, Hyperkaliämie und Urämie sind objektive Kriterien um eine Nierenersatztherapie zu beginnen.

4. Septische Patienten scheinen einen Überlebensvorteil durch den Einsatz von Citrat als Antikoagulans zu haben.
5. Bei Nierenersatztherapie hängt der Behandlungserfolg nicht von der Menge der Ultrafiltratrate ab.

? 7.) Welche Aussage ist richtig?

1. Intraoperativer Volumenmangel sollte bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz immer mit HES 10 % 250/05 ausgeglichen werden.
2. Bei niereninsuffizienten Patienten sollte der Blutdruck immer mittels Dobutamin angehoben werden.
3. Es gibt zur Zeit keine Evidenz für den prophylaktischen Einsatz von Bicarbonat bei Kontrastmittelapplikation bei niereninsuffizienten Patienten.
4. Bei mangelernährten Patienten spielt der Albuminspiegel eine wichtige Rolle für die Nierenfunktion.
5. Volumenersatz beim akuten Nierenversagen sollte nach Evidenzlage ausnahmslos mit kristalloiden Lösungen erfolgen.

? 8.) Welche Antwort ist falsch?

1. Phosphodiesterasehemmer werden zur Prophylaxe der Kontrastmittel nephropathie bei herzchirurgischen Eingriffen empfohlen.
2. Zur Prävention des akuten Nierenversagens sollte ein Mitteldruck zwischen 90 und 100 mmHg angestrebt werden.
3. Der renale Blutfluss kann durch den Einsatz von Noradrenalin gesteigert werden.
4. Vasokonstriktoren verschlechtern die glomeruläre Filtrationsrate.
5. Kontinuierliche Nierenersatzverfahren zeigen bei kreislaufinstabilen Patienten einen Vorteil.

? 9.) Welche Aussage ist richtig?

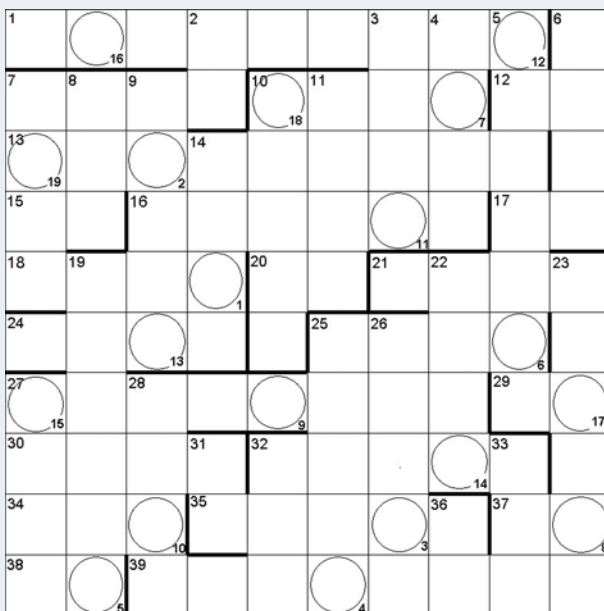
1. Bei Hochrisikopatienten sollte nach Kontrastmittelgabe (z.B. Herzkatheter) postinterventionell eine Hämofiltration erfolgen.
2. Zur Prävention des Zellunterganges beim akuten Nierenversagen wird der routinemäßige Einsatz von Selen empfohlen.
3. Schleifendiuretika spielen für die Prävention des akuten Nierenversagens eine entscheidende Rolle.

4. Zur Verbesserung der Nierenfunktion sollte der Serumchloridspiegel mittels NaCl-Infusionen angehoben werden.
5. Vasodilatoren wie Fenoldopam verstärken die Wirkung des Renin-Angiotensin-Systems und sind daher beim akuten Nierenversagen kontraindiziert.

? 10.) Welche Aussage ist richtig?

1. Aufgrund des hohen Sauerstoffpartialdrucks im Nierenmark sind Nierenepithelzellen unempfindlicher gegen Hypoxie als andere Epithelien.
2. Beim akuten septischen Nierenversagen liegt immer eine interstitielle Nephropathie vor.
3. Bei der Bestimmung von NGAL sollte immer der Serumwert bestimmt werden.
4. Bei Bestimmung des Kreatinins im Serum wird die glomeruläre Filtrationsrate immer unterschätzt.
5. Im Vergleich zu Kreatinin steigt bei akutem Nierenversagen der Cystatin C-Wert 48 h früher an.

Medizinisches Kreuzworträtsel



Lösungswort:

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

Waagrecht

1 Renaler Retentionsparameter im Blut • 7 Kurzer, breiter Brustkorb beim Lungenemphysem: ...thorax • 10 Candidamykose • 12 Proliferation atypischer Zellen im ursprünglichen Epithelverband: Carcinoma ... situ • 13 Anfallsleiden • 15 Abk. für „Interleukin“ • 16 Weibliche Regelblutung • 17 Abk. für „Malignes Lymphom“ • 18 Verkalkter tuberkulöser Primärherd in der Lunge: ...Herd (Eponym) • 20 Abk. für „intraokulär“ • 21 Sella turcica mit verdicktem und erhöhtem Dorsum sellae: ...Variante (Eponym) • 24 Teil des Hirnstamms (lat.) • 25 Hyperaldosteronismus-Syndrom (Eponym) • 27 Phencyclidinderivat mit kateleptischer Wirkung zur Narkose-Einleitung (Handelsname) • 29 Vasodilatierendes Gefäßwandmolekül (Chem. Elementsymbol) • 30 Mitochondriopathie mit progredientem Visusverlust (Abk.) • 32 Arterienkompressionstest an der Hand (Eponym) • 34 Engl. für „alt“ • 35 Engl. für „Schlaf“ • 37 Ovum • 38 Edelgas (Chem. Elementsymbol) • 39 Symptom bei Enteritis

Senkrecht

2 Abk. für „Aminosäure“ • 3 Engl. für „Nase“ • 4 Langsamer Blutrückstrom vom Rand her in eine durch Druck anämisierte Hautpartie bei arterieller Verschlusskrankheit: ...blendenphänomen • 5 Autosomal-rezessiv vererbliche Sphingolipidose: Morbus ...-Pick (Eponym) • 6 Häufiger, schmerzhafter Befund bei Morbus Crohn: ...fistel • 7 Condyloma acuminatum = ...warze • 8 Abk. für „Akute Promyelozytenleukämie“ • 9 Verkalkender Spitzenstreuherd der Lungentuberkulose (Eponym) • 10 Greisenhaft • 11 „Dancing eye“, kurze unregelmäßige Augenzuckungen in unterschiedliche Richtungen, häufig bei Kindern mit Neuroblastom: ...klonus • 14 Teil des Auges (Lat.) • 19 Cavum, Cavity • 22 Unterarm = ...brachium • 23 Chronisch-osteomyelitische Herd in der Metaphyse eines langen Röhrenknochens: ...Abszess (Eponym) • 25 Klinisches Zeichen bei Aortenklappeninsuffizienz: Pulsus ... et altus • 26 Purpurrote Hauteffloreszenzen an Finger- u. Zehenkuppen bei subakuter bakterieller Endokarditis: ...Knötchen (Eponym) • 27 Genetisch einheitliche Nachkommengruppe, die sich von einem Mutterorganismus ableitet • 28 Flüchtige Lähmung unmittelbar nach einem – klonisch – epileptischen Anfall: ...sche Parese (Eponym) • 31 Abk. für „Nasensalbe“ • 32 Teil des Keilbeins: ... major ossis sphenoidalis (Lat.) • 33 Der phylogenetisch jüngste, am stärksten differenzierte Teil der Großhirnrinde: ...cortex • 36 Übliche Kurzbezeichnung für den Säuregrad einer Lösung: ...Wert

Sicherer Verordnen

Paracetamol i.v. – Überdosierungen

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) übernimmt die Warnungen eines Herstellers einer Paracetamolhaltigen Injektion (Perfalgan®) vor versehentlichen Überdosierungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Die Injektionslösung enthält 10 mg Paracetamol je ml Lösung. Die empfohlene Dosis bei Säuglingen und Kleinkindern unter 10 kg Körpergewicht (KG) beträgt 7,5 mg/kg KG bis zu viermal pro Tag, **also nur 0,75 ml der Lösung pro kg KG!** Durch Verwechslung von mg und ml traten 23 Fälle von Überdosierung auf, ein Kind verstarb an den Folgen.

Ein in mehreren internationalen Querschnittsstudien vermuteter dosis-abhängiger Kausalzusammenhang zwischen der Einnahme von Paracetamol und dem Auftreten atopischer Erkrankungen wie kindliches Asthma muss noch durch randomisierte klinische Studien gesichert werden. Ein Beispiel für mögliche neue Risiken bei jahrzehntelang bekannten Arzneistoffen. Nur eine indikationsgerechte und überlegte Anwendung kann Arzneimittelrisiken minimieren.

Quellen: AkdÄ Drug Safety Mail 2010, Nr. 105; www.aerzteblatt.de/nachrichten/42367

Ständiger Schwindel bei älteren Menschen

Schwindelgefühle treten in der allgemein-ärztlichen Praxis bei älteren Menschen häufig auf. In einer neuen Studie wurde nach den Ursachen gesucht, wobei – wenig überraschend – bei 62 % der Patienten zwei oder noch mehr Gründe zu den Beschwerden beitrugen. Im einzelnen standen kardiovaskuläre Erkrankungen wie Präsynkopen zu 57 % an erster Stelle, gefolgt von vestibulären (14 %) und psychiatrischen Erkrankungen (10 %).

Jedoch auch die Einnahme von Medikamenten trug nicht unwesentlich zu ständigen Schwindelgefühlen bei (23 % der Patienten). An den ersten Stellen standen Herz-Kreislauf-wirksame Medikamente: Diuretika, Betablocker, Kalziumantagonisten, ACE-Hemmer, AT-II-Antagonisten. Dann erst folgten Anxiolytika/Hypnotika, Nitrate, Hypglykämika und Antidepressiva. Die Autoren stellten fest, dass neben Psycho-

therapie, Physiotherapie oder augenärztlichen Untersuchungen eine Korrektur der verordneten Medikamentengabe nicht unwesentlich zu einer Verringerung der Symptomatik führen kann.

Quelle: *Ann Fam Med.* 2010; 8(3):196-205

Less is more – Protonenpumpenhemmer

In einem Editorial werden Arzneimittelgruppen aufgezählt, bei denen eine Indikationsausweitung eher Schaden als Nutzen anrichtet, z.B. hormonelle postmenopausale Therapie bei asymptomatischen Frauen oder Antidepressiva bei leichten Depressionen. Das Beispiel der Protonenpumpenhemmer (PPI) wird in mehreren Artikeln näher beleuchtet: ein erheblicher Fortschritt in der Therapie von Ulzera verkehrt sich aufgrund erheblicher unerwünschter Wirkungen (UAW) in das Gegenteil, wenn PPI z.B. bei Dyspepsie als Dauermedikation eingesetzt werden. Als mit Dosis- und Anwendungsdauer verknüpfte Risiken wurden dabei aktuell diskutiert: Knochenbrüche (möglicherweise außer Hüfte) und Clostridium difficile – Infektionen. Zusätzlich zu bereits bekannten Risiken wie z.B. akute interstitielle Nephritis scheint ein Absetzen der PPI nach längerer Einnahmedauer zu einem Säure-rebound und damit einem Circulus vitiosus zu führen. Fast zwei Milliarden Tagesdosen der pharmakologisch nur geringfügig unterschiedlichen PPI wurden 2009 allein zu Lasten der GKV verordnet (fast 18 % Anstieg gegenüber 2008) – less is more?

Quellen: *Arch.intern. Med.* 2010; 170(9): 749-50, 765-71, 772-8; *Brit. med. J.* 2010; 341: 668-70; *Dtsch.Med.Wschr.* 2010; 135: 2172

Opioide – Atmungsstörungen im Schlaf

Bei einer chronischen Schmerztherapie mit Opioiden können bei etwa 30 % der Patienten zentrale und obstruktive Apnoen, aber auch eine Biot-Atmung auftreten. Kritische Indikationsstellung, engmaschige Kontrolle und bei Bedarf eine nichtinvasive Beatmungstherapie können diese UAW verringern, die auch mitursächlich für Tagesbefindlichkeitsstörungen sein können.

Quelle: *Dtsch. med. Wschr.* 2010; 135: 1125-8

Diätpillen – unbedenklich?

Angefangen bei **rezepturmäßig hergestellten Diätpillen** (u.a. wegen unklarer Extrakte als bedenklich eingestuft) über **Fenfluramin/Dexfenfluramin** (1997 wegen möglicher Herzklappenfehler außer Handel) und **Rimonabant** (Acomplia®, 2007 wegen Suizidrisiko aus dem Handel) sowie **Sibutramin** (Reductil®, 2010 wegen kardiovaskulärer Komplikationen aus dem Handel) bis hin zu den neuesten Alarmlösungen über mögliche Todesfälle unter der Einnahme von **Benfluorex** (Mediator®, in D nicht im Handel): die Hersteller von Diätpillen haben es schwer.

Besonders in den USA: dieses Jahr hat die FDA im Juli eine Kombination von **Phentermin/Topiramate** (Qnexa®) wegen Herzfrequenzerhöhungen unter dem Appetitzügler Phentermin und u.a. wegen Suizid-/Teratogenitätsrisiken unter dem Antiepileptikum Topiramate abgelehnt, im September folgte die Ablehnung von **Lorcaserin** wegen eines möglichen Krebsrisikos. Noch in der Bewertung ist die Kombination des Antidepressivums Bupropion und des Opioidantagonisten Naltrexon, UAW wie Krampfanfälle und Suizidgedanken sowie Schlafstörungen und Angstzuständen gestalten das Ergebnis offen. Was (noch) bleibt ist Orlistat (Alli®) mit UAW wie Steatorrhoe, Oxalaturie bis hin zur Oxalatnephropathie, Pankreatitis, oder mit Interaktionen mit Levothyroxin (Hypothyreoidismus) oder Antiepileptika (Wirkungsverminderung).

Auch chirurgische Eingriffe sind nicht ohne Nebeneffekte und werden nur bei Adipositas permagna empfohlen. Es steht zu befürchten, dass in Zukunft neue Arzneistoffe und Wirkprinzipien (wie GLP-1-Analoga) auf den lukrativen Markt drängen, denn für eine Umstellung der Lebensweise (Ernährung, Bewegung) bedarf es eigenverantwortlichen Handelns.

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 1/2011

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

42. Deutscher Sportärztekongress in Frankfurt am Main

6.-8. Oktober 2011

Meike Bürklein



Körperliche Aktivität und Training stehen im Mittelpunkt nationaler und internationaler Leitlinien der gesundheitlichen Prävention. In jedem Lebensabschnitt fördert Bewegung die physische und psychische Gesundheit, trägt zu einer höheren Lebensqualität und zum Erhalt einer selbständigen Lebensführung im Alter bei. In Therapie und Rehabilitation sind Bewegung und Training seit langem unverzichtbare Bestandteile sportärztlichen und sporttherapeutischen Handelns. Ebenso ist die Betreuung von Breiten- und Hochleistungssportlern ohne die Sportmedizin nicht mehr denkbar.

Dieser Relevanz trägt der von der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) – Deutscher Sportärztebund e.V. veranstaltete Sportärztekongress Rechnung.

Vom 6. bis 8. Oktober 2011 findet die zweijährige wissenschaftliche Fachtagung erstmals in Frankfurt am Main statt. Diesjähriger Gastgeber ist die Abteilung Sportmedizin des Instituts für Sportwissenschaften an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt (www.sportmedizin.uni-frankfurt.de).

Der Tagungspräsident, Professor Dr. med. Dr. phil. Winfried Banzer, ist neben seiner Funktion als Leiter der Abteilung Sportmedizin Mitglied des Beirates Sportentwicklung des Deutschen Olympischen Sportbundes und Gesundheitssportbeauf-

tragter des Landessportbundes Hessen. Seit 2007 gehört er dem Vorstand der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. an und vertritt den deutschen Sport u.a. im HEPA-Netzwerk der WHO (European Network for the Promotion of Health-enhancing Physical Activity), der ENGSO (European Non-Governmental Sports Organisation) und verschiedenen EU-Gremien.

Im Mittelpunkt des von der Programmkommission unter Einbezug aller Lehrstuhlinhaber und Wissenschaftler der deutschen Sport- und Präventionsmedizin gestalteten Kongressprogramms steht die Präsentation aktueller Forschungsergebnisse und Übersichtsreferate aus der Sportmedizin und angrenzender Wissenschaftsbereiche. Neben international hochrangig besetzten Plenarvorträgen, u.a. zu den

Themen Epigenetik und Tissue engineering, bieten Sonderveranstaltungen eine geeignete Plattform für einen regen Meinungsaustausch.

Impulsreferate, moderierte Podiumsdiskussionen und Hauptvorträge fokussieren ausgewählte wissenschaftliche Schwerpunktthemen, wie die Trainierbarkeit und Größenordnung von Trainingseffekten, das hochintensive Ausdauertraining (HIT) oder die Evidenzbasierung von Bewegungstherapie in der Rehabilitation und beleuchten u.a. aktuelle Erkenntnisse zur Relevanz von Sport in der Onkologie, zur Regulation der molekularen Plastizität sowie der Trainingstherapie bei diastolischer Herzinsuffizienz.

Unter dem Tagungsthema „Sport, Bewegung und chronische Erkrankungen – Evidenz vs. Versorgungspraxis“ ist eine gemeinsame Tagung der Arbeitsgruppe „Be-

wegungstherapie“ in der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) und der Kommission Gesundheit der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft (dvs) in das Programm eingebunden.

Ein umfangreiches Fortbildungsangebot, z.B. „Herz und Sport“, „Diabetes mellitus und Sport“, „Sportmedizin in der ärztlichen Praxis“ oder „Sport in der Kinder- und Jugendmedizin“ in Kooperation mit verschiedenen ärztlichen Fachgesellschaften und benachbarten Berufsgruppen liefert vielfältige Anknüpfungspunkte und Anregungen für die eigene praktische Tätigkeit.

Die Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit Fachleuten aus den Bereichen

Sportwissenschaften und Physiotherapie, Gesundheitswissenschaften, Ökotrophologie oder dem Vereins- und Fitnesssport beleben die Sportmedizin gleichermaßen. Das Angebot an interdisziplinären Symposien und Workshops umfasst u.a. Laktatdiagnostik, Spiroergometrie, Akupunktur in der Sportmedizin, bildgebende Diagnostik sowie manuelle Untersuchungskurse. Eine in den Kongress integrierte Trainerfortbildung in Kooperation mit dem Deutschen Olympischen Sportbund und dem Landessportbund Hessen rundet das Programm ab.

Veranstaltungsort ist der Campus Westend der 1914 von Frankfurter Bürgern gegründeten Goethe-Universität, die mit ihrer baulichen Neugestaltung rund um das

historische Poelzig-Ensemble ästhetische und funktionale Maßstäbe setzt.

Die lokalen Veranstalter, der Wissenschaftsrat der DGSP und die Programmkommission freuen sich, Sie zu inspirierenden Tagen nach Frankfurt einladen zu dürfen.

Anschrift der Verfasserin

Dr. Meike Bürklein

Abt. Sportmedizin

J.W. Goethe-Universität

Ginnheimer Landstraße 39

60487 Frankfurt am Main

Fon: 069 798-24489

Fax: 069 798-24592

E-Mail:

dgspkongress@sport.uni-frankfurt.de

www.dgsp.de/kongress

Start der 2. Runde des Evaluationsprojektes Weiterbildung

Mitte April 2011 startet die Bundesärztekammer (BÄK) gemeinsam mit den 17 Landesärztekammern die zweite Befragungsrunde des Projektes „Evaluation der Weiterbildung in Deutschland“. Damit erhalten Weiterbildungsbefugte sowie weiterzubildende Ärztinnen und Ärzte erneut die Möglichkeit, über ein Online-Portal Auskunft zur Qualität der Weiterbildung in Deutschland zu geben.

Alle Ärztinnen und Ärzte in Hessen, die sich in einer Facharzt-Weiterbildung befinden, erhalten ihre Zugangsdaten zur Befragung von ihrer Landesärztekammer Hessen (LÄKH) mit einem Schreiben, das ihnen persönlich an ihre (Dienst-)Adresse gesandt wird. Weiterzubildende, insbesondere diejenigen, die bis Mitte Juni 2011 ihre Zugangsdaten nicht erhalten haben, können sich bis Mitte Juli 2011 weiterhin direkt an die speziell eingerichtete Hotline-Stelle der Landesärztekammer wenden und einen Zugangscode anfordern.

Den Weiterbildungsbefugten in Hessen werden die Zugangsdaten zur Teilnahme an der Befragung 2011 zugesandt. Jeder Weiterbildungsbefugte wird von der LÄKH darüber informiert, ob ein individueller Befugten-Bericht für ihn im Webportal vor-

liegt. In Auswertung der Erfahrungen aus der ersten Befragung sowie Umsetzung der Beschlüsse des 113. Deutschen Ärztetages 2010 sollen ausgewählte Ergebnisse („Ergebnisspinnen“) jeder einzelnen Weiterbildungsstätte im Anschluss an die Umfrage veröffentlicht werden. Nach Einsicht in die Ergebnisse der Weiterbildungsstätte hat der Befugte vier Wochen Zeit, der Veröffentlichung eines Teils seines Berichtes, der sogenannten Ergebnisspinne, zu widersprechen.

Mit dieser Ergebnistransparenz soll jungen Ärztinnen und Ärzten eine zusätzliche Orientierung für die Planung ihrer Weiterbildung und die Wahl der passenden Weiterbildungsstätte an die Hand gegeben werden.

Alle Weiterbildungsstätten sind aufgefordert, die weiteren Informationen zum Start der Umfrage zu beachten und sich für eine hohe Beteiligung zu engagieren.

Weitere Informationen zum Projekt „Evaluation der Weiterbildung“ erhalten Sie im Internet unter www.evaluation-weiterbildung.de und unter www.laekh.de → ‚Ärzte‘, → ‚Weiterbildung‘

LÄKH

„Burnout“ (bei Ärzten): Erkennen eigener Betroffenheit und offen sein für Hilfe

Bericht über das Winterseminar 2010 sowie Ankündigung des Winterseminars 2011

Das Fortbildungsangebot „Burnout bei Ärzten – Betroffen sein und offen für Hilfe“ –, das auch im Februar 2010 wieder im Fortbildungszentrum der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim angeboten wurde, stieß erneut auf so großes Interesse wie auch eigenes Betroffensein bei vielen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, dass es am 5. März 2011 erneut wieder angeboten wird.

So diene das Seminarangebot wieder in seiner Doppelfunktion sowohl der eigenen Fortbildung für die qualifizierte Arbeit am Patienten, wie auch bei mehreren der anwesenden Ärztinnen und Ärzte der eigenen Betroffenheit. Leider sind deutlich mehr Ärzte als erwartet auch selbst betroffen, oder zumindest gefährdet und benötigen selbst Hilfe, die in Form einer abschließenden, ersten Supervisions- und Selbsterfahrungsgruppe gemeinsam vorbereitet wird.

Dr. med. Axel Schüler-Schneider, der auch 2010 die Veranstaltung wieder leitete, begründete die besondere Betroffenheit von Ärzten durch Burnout: So müssen Ärzte körperlich, emotional und intellektuell (häufig Tag wie Nacht) höchst leistungsfähig sein, bei gleichzeitiger hoher Verantwortung für die Patienten, wobei sie immer wieder auch mit den Grenzen ihres möglichen ärztlichen Handelns konfrontiert sind. Extremer Zeitdruck, Fremdbestimmung sowie ein hoher Administrationsaufwand, mit ständig zunehmenden Ansprüchen an Wirtschaftlichkeit und noch weitere Kostendämpfung. Burnout stellt sich u.a. dar als Ergebnis eines ständig

zunehmenden Ungleichgewichts zwischen den begrenzten Fähigkeiten und Möglichkeiten der verbliebenen Ärzte und den ständig wachsenden Anforderungen.

Ein Arzt muss immer stark, gesund und immer bereit sein, zum unbegrenzten Helfen. Dieser Anspruch wird von den Patienten, Kostenträgern und Juristen gestellt, aber auch vom Arzt an sich selbst. Werden dabei die Energiereserven kurzfristig entleert, ist das vertretbar. Kritisch wird es, wenn die Energie- und Selbstwertbilanz nicht mehr durch Belohnung, Ruhe, Erholung und Zuwendung ausgeglichen werden können. Da gerade auch der Beruf des Arztes auch der menschlichen Identitäts- und nicht nur der materiellen Existenzsicherung dient, steht bei einem vermeintlichen Scheitern für viele Ärzte gleichzeitig die gesamte Existenz des Selbst auf dem Spiel.

Hauptsymptome von Burnout sind emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und abnehmende Leistungsfähigkeit. Typische Aussagen, die auf eine emotionale Erschöpfung hinweisen sind: Ich habe

keine Kraft mehr. Ich fühle mich leer. Ich habe keine Reserven mehr. Warum mache ich das überhaupt? Ich brauche dringend Urlaub. Ich kann die Dienste fast nicht mehr durchstehen. (Einzelheiten zu Definition, Kennzeichen, Prophylaxe und Therapie des Burnout vgl. HÄB 4/2008).

Professor Dr. med. Christian Reimer, ehemaliger Leiter der Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum der Universität Gießen, berichtete über Epidemiologie und Betroffenheit psychischer Gefährdungen und Erkrankungen bei ärztlichen Kollegen in Deutschland und den USA in verschiedenen Fachgebieten bzw. Tätigkeitsbereichen und schloss eigene Überlegungen zur Prävention und Therapie des Burnout an.

Hierzu gab er zunächst einen Literaturüberblick zum Thema der psychischen Gefährdung von Ärztinnen und Ärzten und stellte eine eigene empirische Untersuchung (Reimer&Jurkat) sowie einen Vergleich deutscher und amerikanischer Stichprobenbefragungen von Ärzten vor.

Inhalte waren u.a. die Arbeitsbelastung von Ärzten, die Einflüsse der Belastung auf die eigene Lebensqualität sowie ein Vergleich mit substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzten. Gerade die alarmierende Komorbidität von Burnout bei Ärzten mit depressiven Erkrankungen sowie Alkohol- und/oder Medikamentenmissbrauch bis hin zum Suizid sei beachtlich.

Dr. med. Rainer Diehl, Ltd. Arzt bei der deutschen Rentenversicherung Hessen wies u.a. darauf hin, wie wichtig es ist, Erkrankungen im Zusammenhang mit den jeweiligen Kontextfaktoren zu sehen. Dem werde auch bei der aktuellen Definition International Classifications of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) Rechnung getragen. Kontextfaktoren könnten sowohl durch Umgebung und Umwelt gegeben sein, also z.B. materiell, sozial oder verhaltensbezogen sein, wie auch in der Person selbst liegen, etwa Alter, Gesundheit, Lebensstil. Sie könnten sich hier-

bei sowohl unterstützend wie auch hemmend für Risiko- und Krankheitsbewältigung auswirken.

Was das Eingestehen von Burnout angehe, machten sich viele Kollegen sehr schnell Sorgen, ihre Approbation könne gefährdet sein. Diese Sorge sei aber meist unbegründet. „Scheuen Sie sich nicht, die Ihnen zustehenden Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Es gibt eine Vielzahl von Hilfsmöglichkeiten, angefangen bei präventiven Maßnahmen über ambulante psychotherapeutische Interventionen, bis hin zur medizinischen oder berufsfördernden Rehabilitation.“ Erst ganz am Ende stünde hierbei die Möglichkeit der vorzeitigen Berentung.

In der im Anschluss an die Vorträge angebotenen Supervisionsgruppe sprachen Kollegen sehr offen über ihre persönlichen Nöte, Ängste, Sorgen und Probleme. Ohne professionelle Hilfe einen Ausweg aus

dieser Situation zu finden ist für den einzelnen häufig nicht mehr möglich.

Aufgrund des hohen Interesses an dem Thema Burnout setzt die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim die Veranstaltungsreihe fort. Die nächste Fortbildungsveranstaltung findet am Samstag, dem 5. März 2011 ab 9:30 Uhr in der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim statt. (siehe Seite 159)

Außerdem bietet Schüler-Schneider die Weiterbildung zum Tätigkeitsschwerpunkt Burnout-Berater an, Beginn 1. April 2011 in Frankfurt.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Axel Schüler-Schneider
Guillettstraße 27, 60325 Frankfurt
Fon + Fax: 069 635363
E-Mail: psymed@t-online.de
www.psymed.eu



Foto: Sebastian Bolesch

Infoabend am 11. Mai 2011, 19:00 Uhr

Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Hörsaal 2, Haus 22
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main

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

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

Für die Projekte suchen wir Ärzte, MTAs, Hebammen, Psychiater, Psychologen, OP- sowie Pflegepersonal, Apotheker, Epidemiologen und technisch und handwerklich begabte „Allrounder“ als Logistiker und Finanz-Administratoren. Sehr vorteilhaft sind Französischkenntnisse.

Weitere Informationen: Ärzte ohne Grenzen, Tel.: 030 7001300
www.aerzte-ohne-grenzen.de

Zulassung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland

Gegenwärtiger Diskussionsstand – offene Fragen – Anschlussprobleme

Hartmut Krefß

Die Präimplantationsdiagnostik (PID) stellt ein Einzelthema der Fortpflanzungsmedizin dar, über das in der Bundesrepublik Deutschland seit Langem debattiert wird. Sie ermöglicht Paaren die Erfüllung eines Kinderwunsches, bei denen familiär bedingt schwere Krankheiten bekannt sind, etwa Mukoviszidose, schwerwiegende Muskelerkrankungen oder Chorea Huntington. Die Paare wünschen sich, dass ein von ihnen erhofftes Kind unter der jeweiligen Krankheit, die oftmals unheilbar ist, nicht leiden soll. Zu diesem Zweck kann an einem Embryo, der durch außerkörperliche Befruchtung (In-vitro-Fertilisation/IVF) erzeugt worden ist und sich noch außerhalb des Mutterleibes befindet, auf diese bestimmte Krankheit hin eine Diagnostik durchgeführt werden. Die Frau muss hierfür die belastende, medizinisch nicht risikolose Prozedur einer IVF auf sich nehmen. Die genetische Untersuchung findet an Zellen statt, die Embryonen in den ersten Tagen ihrer Entwicklung entnommen werden. Sofern festgestellt wird, dass ein Embryo von der befürchteten Krankheit nicht betroffen ist, implantiert man ihn der Mutter, so dass eine normale Schwangerschaft stattfinden wird. Im anderen Fall lässt man den Frühembryo absterben. Äußerst selten könnte einmal ein genetisch unbelasteter Embryo überzählig bleiben, den man kryokonservieren kann oder ebenfalls absterben lässt.

International liegen zur PID seit 20 Jahren Erfahrungen vor. Das Verfahren ist gut erforscht und hat weltweit bis 2010 zur Geburt von ca. elftausend gesunden Kindern geführt. In Deutschland waren die Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz sowie eine Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer die ersten Gremien ge-

wesen, die sich mit dem Thema befassten. Ihre aus den Jahren 1999 sowie 2000 stammenden Voten empfahlen, die PID auch hier zuzulassen, so wie es in fast allen europäischen Staaten der Fall ist [1], [2]. Gleichzeitig legten beide Gremien Wert auf eingrenzende Kriterien und auf präzise Verfahrensregeln.

Die aktuelle rechtspolitische Debatte

Ungeachtet solcher Vorstöße ist die PID im Inland nicht praktiziert worden, denn oft wurde die Meinung vertreten, das Verfahren sei mit dem 1991 in Kraft getretenen Embryonenschutzgesetz nicht vereinbar. In den Jahren 2005 und 2006 hat ein Berliner Arzt dann aber in drei Fällen eine PID vorgenommen und Selbstanzeige erstattet. Am 6. Juli 2010 ist er vom Bundesgerichtshof in letzter Instanz freigesprochen worden [3]. Seitdem dürfen Mediziner in der Bundesrepublik Deutschland eine PID straffrei durchführen, sofern sie die Bedingungen beachten, die das BGH-Urteil nennt. Hierzu gehört, dass die PID an Zellen des Embryos erfolgt, die nicht mehr totipotent sind.

Das BGH-Urteil hat eine rechtspolitische Kontroverse erzeugt. Zurzeit zeichnet sich ab, dass der Deutsche Bundestag sich im Jahr 2011 mit drei Gesetzesanträgen befassen wird. Zu beachten ist aber auch die Stellungnahme, die die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina im Januar 2011 zur PID vorlegte. Sie plädiert für eine normierte Zulassung [4]. Die gleiche Aussage bahnt sich in der Bundesärztekammer an. Sie hatte sich eigentlich ja schon im Jahr 2000 für eine kontrollierte Zulassung der PID ausgesprochen. Überraschend war es, dass diese Öffnung im Jahr

2002 durch einen Beschluss des Deutschen Ärztetages in Rostock zurückgenommen wurde. Am 27. Dezember 2010 erklärte der Präsident der Bundesärztekammer Hans-Jörg Hoppe jedoch, man habe „dazugelernt“ und werde einen erneuten Kurswechsel – jetzt wieder zugunsten der PID – vornehmen. Hierzu hat eine Kommission der Bundesärztekammer Vorschläge ausgearbeitet, die gegenwärtig (Ende Januar 2011) allerdings noch nicht endgültig verabschiedet sind. In den kommenden Wochen sind überdies Voten des Deutschen Ethikrats sowie der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz zu erwarten. Innerhalb des Deutschen Bundestages spielen drei Gesetzesvorschläge eine Rolle, die sich zum Teil recht stark voneinander unterscheiden.

Die drei Positionen im Deutschen Bundestag

1. Regulierte Zulassung. Ein Gesetzentwurf vom 20. Dezember 2010 schlägt eine Zulassung mit präzis definierten Regeln vor. Er wird von Abgeordneten mehrerer Fraktionen getragen. Federführend waren Ulrike Flach (FDP) und Peter Hintze (CDU) [5]. Demzufolge ist das Embryonenschutzgesetz um einen neuen § 3a zu ergänzen, der die PID reguliert. Grundsätzlich soll die PID als verboten und als strafbar gelten. Sie soll jedoch statthaft sein, wenn aufgrund der genetischen Disposition der Eltern für das erhoffte Kind eine Tot- oder Fehlgeburt droht oder wenn bei ihm mit hoher Wahrscheinlichkeit eine schwerwiegende Erbkrankheit zu erwarten ist. In diesen Fällen sei die PID „nicht rechtswidrig“. Sie soll an zertifizierten Zentren realisiert werden, und zwar unter der Voraussetzung, dass ein Paar medizinisch sowie psychosozial eingehend beraten worden

ist und dass eine Ethikkommission positiv votiert hat. Darüber hinaus enthält der Gesetzentwurf die Bestimmung, die Bundesregierung habe in jeder Legislaturperiode einen Bericht vorzulegen, der die Anzahl der Behandlungen und die jeweils aktuelle wissenschaftliche Bewertung referiert. Dies erinnert an die Vorgabe im Stammzellgesetz, der gemäß die Bundesregierung regelmäßig über die Erfahrungen mit der humanen embryonalen Stammzellforschung zu berichten hat, die im Inland stattfindet. – Auf diesen Gesetzentwurf, der Öffnungen enthält, wird unten ausführlicher zurückzukommen sein. Zunächst sind zwei alternative Positionen zu erwähnen.

2. Äußerst eingegrenzte Zulassung. Am 28. Januar 2011 wurde ein zweiter Gesetzentwurf vorgestellt, der die PID nur in äußerst engen Grenzen hinnimmt [6]. Maßgebend beteiligt war der Abgeordnete René Röspel (SPD). Der Entwurf zieht den Rahmen derart eng, dass er für den medizinischen Alltag auf ein Quasi-Verbot hinausläuft. In Deutschland soll das Verfahren dem Entwurf zufolge nur in „einem“, d.h. in einem einzigen Zentrum durchgeführt werden dürfen.¹ PID sei nur dann hinnehmbar, wenn einem Paar eine Fehl- oder Totgeburt bevorstehe oder wenn das Kind ohnehin im Verlauf des ersten Lebensjahres versterben würde. Sonst drohe auf Dauer eine ungesteuerte Ausdehnung der PID auf ein immer größeres Spektrum von Krankheiten.

Diese Sorge, die PID werde nach und nach auf wenig gravierende, gar auf triviale Krankheitsbilder ausgeweitet, lässt sich

freilich schon allein aufgrund der Erfahrungen im Ausland – z.B. Großbritannien, Frankreich, Belgien – entkräften (vgl. bereits [7] S. 87 f).² Doch davon abgesehen: Der Kernpunkt des Gesetzentwurfs besteht darin, eine PID äußerstenfalls dann zu gestatten, wenn keine „Lebensfähigkeit“ des vorgeburtlichen oder des geborenen Lebens anzunehmen ist und eine Krankheit vor dem Ende des ersten Lebensjahrs zum Tod führt. Das Kriterium „Lebensfähigkeit“ bleibt jedoch vage und ist missverständlich und die zeitliche Grenzziehung ist ganz willkürlich. Darüber hinaus blendet der Gesetzentwurf aus, dass sich eine ganze Reihe von schweren und schwersten Erkrankungen während einer Schwangerschaft legal mit Hilfe pränataler Diagnostik (PND) erfassen lassen. Eine PND führt gegebenenfalls zur Abtötung eines Kindes in der späten, evtl. sogar in der spätesten Phase der Schwangerschaft, in der der Fetus bereits weit entwickelt und sogar schmerzempfindlich ist. Die PID hat den Sinn, in *begründeten* Fällen späte Schwangerschaftskonflikte zu antizipieren, so dass gegebenenfalls der Schwangeren sowie dem weit entwickelten Fetus die Abtötung erspart wird. Überdies ist zu bedenken, dass Paare, die eine PID in Betracht ziehen, künftig nicht mehr gezwungen sein sollten, wie bisher ins Ausland zu reisen. Rechtspolitisch und rechtsethisch ist es unplausibel, die Erreichbarkeit von Behandlungsangeboten für die Patienten nationalstaatlich aufzuspalten. An all diesen Gesichtspunkten geht der Gesetzentwurf vorbei.

3. Verbot. Nochmals restriktiver fällt ein Eckpunktepapier vom 17. Dezember 2010

aus, das sich eine dritte Gruppe von Abgeordneten zu Eigen gemacht hat. Die Gruppe fordert den Deutschen Bundestag zu einem vollständigen Verbot der PID auf [8]. Wenn im Zuge der PID Embryonen „ausortiert“ würden, führe dies gesamtgesellschaftlich zu Diskriminierungen.

Dieser Einschätzung ist entgegenzuhalten, dass eine PID, die nach reiflicher Überlegung vorgenommen wird, keineswegs darauf abzielt, behindert geborene Menschen zu diskriminieren. Genauso wenig stellt die Entscheidung eines Paares, aufgrund genetischer Risiken auf eigene Kinder ganz zu verzichten und kinderlos zu bleiben, eine Diskriminierung von Menschen dar, die mit dem Gendefekt geboren wurden und bereits konkret erkrankt sind. Die Menschenwürde und die gesundheitlichen Schutzrechte von Kranken oder Behinderten bleiben unangetastet. Falls Paare sich in seltenen, sorgfältig begründeten Einzelfällen zur PID entschließen, muss dies keine soziale Eigengesetzlichkeit auslösen, aufgrund derer sich das gesellschaftliche Werteverständnis generell zulasten Behinderter verschiebt (hierzu in sozialwissenschaftlicher Perspektive [9]).

Zu den Initiatoren des Verbotsantrags gehört die Abgeordnete Katrin Göring-Eckhardt (Bündnis 90/Die Grünen). Sie begründet die Forderung, staatlicherseits die PID zu verbieten, zusätzlich mit dem christlichen Menschenbild und betont: „Ein bisschen christliches Menschenbild gibt es nicht, ein bisschen PID darf es nicht geben“ [10]. Dieses Votum bedarf der kritischen Erörterung.

¹ Vielleicht handelt es sich hier um einen Irrtum im Text des Gesetzentwurfs. Der Gesetzentwurf enthält explizit die Vorgabe, dass in der Bundesrepublik nur „ein“ Zentrum eingerichtet werden dürfe, für das „die Bundesregierung die Erreichbarkeit für die Bevölkerung berücksichtigen“ solle. Andererseits spricht derselbe Entwurf auch von „zertifizierten Zentren“ (im Plural).

² Theoretisch ist noch eine anders gelagerte Ausweitung vorstellbar, nämlich eine ungezielte Suche auf Chromosomenabweichungen bei Embryonen, die vor allem von Frauen mit höherem Lebensalter stammen. Die zurzeit vorliegenden Studien besagen aber, dass sich dieses Aneuploidiescreening bislang nicht bewährt hat. Die Fachgesellschaften raten hiervon schon allein vor medizinischem Hintergrund ab.

Weltanschaulicher Pluralismus, Selbstbestimmungsrecht und Gewissensfreiheit

Rückfragen an die von Göring-Eckhardt stammende Äußerung ergeben sich bereits religionswissenschaftlich-theologisch, denn das Christentum selbst kannte und kennt eine Mehrzahl unterschiedlicher Sichtweisen des Menschenbildes. So lehnt das Lehramt der römisch-katholischen Kirche die PID und überhaupt jede künstliche Befruchtung/In-vitro-Fertilisation strikt ab, weil es sich auf eine einzelne, ganz bestimmte Naturrechts- und Seelenlehre stützt: Jedes Kind habe das Anrecht, in einem leiblichen natürlichen Akt der Eheleute erzeugt worden zu sein; und Gott selbst sei es, der dem Embryo sofort bei der Empfängnis eine Geistseele einstiftet und ihn zur „Person“ mache ([11] S. 9 ff). Eine solche Seelenlehre wird freilich allein vom römisch-katholischen Christentum vertreten. Sprecher evangelischer Kirchen im In- und Ausland und vor allem Vertreter der akademischen evangelischen Ethik setzten sich stattdessen für eine Zulassung der PID ein. Sie berufen sich ebenfalls auf christliche Ethik und Anthropologie. Das protestantische Christentum ist als „Gewissensreligion“ bezeichnet worden ([12] S. 35). Daher rücken evangelische Voten die individuelle Gewissensfreiheit und die persönliche Gewissensverantwortung in den Vordergrund und respektieren die konkrete, situationsbedingte Sorge einer Frau und ihres Partners um das Wohl und die Gesundheit eines Kindes. Hierdurch gelangen die seelische Belastung sowie der persönliche Konflikt zur Geltung, in denen sich Paare mit hohem genetischem Risiko angesichts ihres Kinderwunsches befinden.

Auch im Islam oder im Judentum werden IVF sowie PID akzeptiert. Dem jüdischen Menschenbild zufolge ist ein früher Embryo,

an dem die PID durchgeführt wird, noch gar kein „wirklicher“ Mensch [13]. Es kommt hinzu, dass in Deutschland ein großer Teil der Bevölkerung (ca. 34 %) keiner Kirche oder Religion angehört. Das Eckpunktepapier vom 17. Dezember 2010, das die PID strikt untersagen möchte, übergeht die Bürger, die die PID aufgrund ihres Menschenbildes und ihrer persönlichen Überzeugungen für annehmbar halten. Würde der Staat die PID verbieten, wäre dies ein Einschnitt in ihr Selbstbestimmungsrecht und in ihre vom Grundgesetz geschützte Glaubens-, Weltanschauungs- sowie Gewissensfreiheit. Der Staat ist von Verfassungs wegen weltanschaulich neutral und hat das persönliche Selbstbestimmungsrecht der Bürger zu achten. Deswegen sollte der Gesetzgeber einen Kompromiss anstreben, der den Betroffenen im Umgang mit der PID ein möglichst hohes Maß an eigenem Entscheidungsspielraum offen hält.

Hier setzt der oben erwähnte, am 20. Dezember 2010 vorgelegte Gesetzentwurf der Abgeordnetengruppe um Ulrike Flach/Peter Hintze an [5]. Er trägt dem religiös-weltanschaulichen Pluralismus und der Vielfalt von Lebensanschauungen Rechnung, die in unserer Gesellschaft faktisch vorhanden sind. Daher begründet er die normierte Zulassung der PID mit dem Argument, „eine derartige Zulassung ermöglicht den Paaren, die eine PID wahrnehmen wollen, die verantwortungsvolle Ausübung ihres Grundrechts auf Fortpflanzungsfreiheit, ohne dass damit die moralische Position derjenigen, die die PID strikt ablehnen, abgewertet oder für unhaltbar erklärt würde“ ([5] S. 5 f). Der Gesetzentwurf zeigt hiermit einen rechtspolitischen Kompromiss auf. Er berücksichtigt, dass bei den Bürgerinnen und Bürgern unserer Gesellschaft zur PID unterschiedliche moralische Meinungen bestehen. Hieraus zieht er die rechtsethisch

angemessene Konsequenz, dass sich der Staat auf formale Verfahrensregelungen und auf die Missbrauchskontrolle zu konzentrieren hat.

Verantwortung für das Wohl eines Kindes in Risikofamilien als Motiv der PID

Konkret schlägt der Gesetzentwurf von Flach/Hintze vor, die PID im Embryonenschutzgesetz (ESchG) zu verankern. Deshalb soll in das ESchG ein neuer § 3a eingefügt werden. Geht man von der inneren Logik des Gesetzes aus, ist es folgerichtig, die PID an genau diesem Ort zu nennen. Denn der jetzige § 3 enthält eine doppelte Aussage. Einerseits untersagt er, bei einer außerkörperlichen Befruchtung durch Auswahl von Samenzellen im Vorhinein das Geschlecht eines Kindes auszuwählen („verbotene Geschlechtswahl“). Andererseits gestattet er eine derartige Geschlechtswahl für den Fall, dass schwerwiegende genetische Gründe vorliegen und sich hierdurch die Geburt eines Kindes mit einer geschlechtsgebundenen Erbkrankheit verhindern lässt.

Diese Erlaubnis besitzt praktisch zwar keine Bedeutung. Im medizinischen Alltag läuft sie ins Leere. In normativer Hinsicht ist sie jedoch sehr bedeutsam. Denn der Gesetzgeber selbst hat hiermit zu erkennen gegeben, dass das Kindeswohl berücksichtigt werden muss und dass die gesundheitsbezogene Vorsorge, die genetisch belastete Eltern für ihr erhofftes

Kind ausüben, Achtung verdient. Als der Bundesgerichtshof am 6. Juli 2010 die PID für erlaubt erklärte, nahm er auf § 3 ESchG Bezug. Das Gericht argumentierte, bei einem Paar mit hohem genetischem Risiko komme die PID der Gesundheitsvorsorge für das Kind zugute. Der Staat könne nicht wollen bzw. nicht auferlegen, dass Kinder krank geboren werden. Dies lasse sich aus § 3 ESchG folgern. Daher formulierte der Bundesgerichtshof: „Mit dem Ausschluss der PID würde ... sehenden Auges das hohe Risiko eingegangen, dass ein nicht lebensfähiges oder schwerkrankes Kind geboren wird“ ([3] Nr. 26). Aufgrund dieser Gesichtspunkte ist es schlüssig, dass aktuell der Gesetzentwurf von Flach/Hintze die Erlaubnis zur PID in einem neuen § 3a ESchG zum Ausdruck bringen möchte, der die normative Logik des bisherigen § 3 ESchG aufgreift.

PID auf spätmanifestierende Krankheiten

Der Gesetzentwurf lässt es dann auch zu, dass eine PID auf Krankheiten hin erfolgt, die bei geborenen Menschen in der Regel erst in späteren Lebensjahren auftreten. Dies kann zum Beispiel die Chorea Huntington sein. Sie tritt oft erst im fünften Lebensjahrzehnt in Erscheinung, führt zu motorischen Störungen und geistigem Verfall und ist unheilbar. Zurzeit wird häufig gefordert, eine PID auf solche spätmanifestierenden Krankheiten müsse durch Gesetz verboten werden (so z.B. [6]). Ein analoges Verbot ist im Jahr 2009 bereits in das Gendiagnostikgesetz hineingeschrieben worden (dort § 15 Absatz 2). Es bezieht sich dort nicht auf die PID, sondern auf die pränatale Diagnostik (PND) und soll verhindern, dass Embryonen oder Feten während der Schwangerschaft genetisch auf Krankheiten hin untersucht

werden, die erst nach dem 18. Lebensjahr ausbrechen. Zwar ist die genetische Untersuchung von vorgeburtlichem Leben im Verlauf der Schwangerschaft nach wie vor statthaft. Aber seit 2009 ist eine PND auf *bestimmte* Krankheiten untersagt. Hierfür wurde ein Stichtag eingeführt. Unzulässig ist die PND im Blick auf Krankheiten, die erst nach Vollendung des 18. Lebensjahres manifest werden.

Das Verbot von 2009 ist schon unter Gesichtspunkten, in medizinischer Hinsicht, nicht zu halten. Krankheiten, die sich vor und erst nach dem 18. Lebensjahr manifestieren, sind nicht so durchgängig und nicht so eindeutig voneinander abgrenzbar, wie das Gendiagnostikgesetz es unterstellt. Dies zeigt sich z.B. an der Chorea Huntington, die meist in höherem Lebensalter ausbricht, aber auch juvenile Erscheinungsformen hat. Weitere Beispiele wären hinzuzufügen. Im Vergleich zu anderen Staaten stellt es einen deutschen Sonderweg dar, dass die pränatale Diagnostik auf spät auftretende Krankheiten im Jahr 2009 im Inland verboten wurde.

Aktuell wird nun vorgeschlagen, das Verbot auf die PID auszudehnen. Hiergegen spricht bereits die medizinisch-naturwissenschaftliche Einsicht in die Dynamik biologischer Prozesse. Sie lässt es unsachgemäß erscheinen, Krankheiten mit Hilfe eines zeitlichen Fixpunktes oder eines bestimmten Stichtags voneinander abzugrenzen (z.B. Krankheiten, die vor und nach dem 1. Lebensjahr oder vor und nach dem 18. Lebensjahr manifest werden). Ethisch sind die Selbstbestimmungsrechte, das Informationsrecht, die Gewissensfreiheit und die persönliche Gewissensverantwortung der Paare zu betonen, die angesichts schwerer familiärer Krankheitsbilder eine PID erwägen. Gegebenenfalls geht es um schwerste, unheilbare

Krankheiten der erhofften Kinder. Es wäre unverhältnismäßig, wenn der Staat die PID auf solche Krankheiten verbieten und den potentiellen Eltern eine Pflicht zum Nichtwissen auferlegen würde.

Daher ist es sachgerecht, dass der am 20. Dezember 2010 von Flach/Hintze vorgelegte Gesetzentwurf die Option, eine PID auch auf später auftretende Krankheiten vorzunehmen, offen lässt. Der Gefahr, dass die PID in dieser Hinsicht ausufern könnte, kann durch prozedurale Vorkehrungen wirksam gewehrt werden, u.a. durch die medizinische und psychosoziale Beratung der Paare und durch die Einzelfallprüfung eines unabhängigen Ethikgremiums.

Ein deutsches Sonderproblem: Die „Dreierregel“

Dennoch sind an den Gesetzentwurf vom 20. Dezember 2010 auch Rückfragen zu richten. Er hat insbesondere nicht beachtet, dass eine PID in der Regel gar nicht sachgerecht durchführbar ist, wenn man die sonstigen Bestimmungen des Embryonenschutzgesetzes unverändert lässt. Dem Wortlaut des ESchG zufolge dürfen bei IVF-Behandlungen nur drei Eizellen befruchtet und kultiviert werden. Diese Bestimmung ist schon für sich genommen juristisch umstritten sowie medizinisch unangemessen [14]. Die Problematik verschärft sich in Anbetracht der PID. Denn Ärzte werden durchweg mehr als nur drei befruchtete Eizellen (Embryonen) benötigen, wenn sie auf Wunsch eines genetisch belasteten Paares eine PID durchführen. Nach heutigem Stand müssen ca. sieben Embryonen erzeugt und untersucht werden, um im Ergebnis einen Embryo zu erhalten, der von der Krankheit unbelastet ist und der Frau übertragen werden kann. Die entsprechende Bestimmung des ESchG sollte hieran angepasst werden.³

³ Der Gesetzentwurf vom 28. Januar 2011 [6], der ansonsten äußerst restriktiv ausfällt, hat in dieser Hinsicht die Notwendigkeit der Öffnung und Liberalisierung erkannt. Ihm zufolge soll für eine PID die Dreierregel des Embryonenschutzgesetzes nicht gelten.

Wissenschaftliche Validierung

Bevor der Deutsche Bundestag zur PID eine gesetzliche Regelung trifft, müssten also die medizinisch-naturwissenschaftlichen Verfahrensbedingungen umfassend geprüft worden sein. Hierzu gehört auch, dass die PID im Ausland durchgängig an totipotenten Zellen bzw. an Zellen des Embryos im Sechs- bis Achtzellstadium durchgeführt wurde und wird. In der Bundesrepublik Deutschland steht zurzeit jedoch einschränkend nur zur Debatte, eine PID an nicht mehr totipotenten Zellen, d.h. an pluripotenten Zellen/Trophoblastzellen zu gestatten. Wissenschaftlich ist dies bislang nur sehr begrenzt aufgearbeitet worden. Wichtig wäre, dass zur Praktikabilität und zur Validität der PID, die am Embryo jenseits des Totipotenzstadiums erfolgen soll, gesicherte Erkenntnisse vorlägen. Erst nachdem dies der Fall ist, sollte ein Gesetz verabschiedet werden, das die Reproduktionsmedizin in Deutschland hierauf festlegt.⁴

PID im Zusammenhang der Krankheitsforschung

Zusätzlich ist auf die Schnittmenge hinzuweisen, die zwischen dem Embryonenschutzgesetz und dem Stammzellgesetz (StZG) besteht. Aus Embryonen, die aufgrund einer PID als krank erkannt und beiseitegelegt worden sind, können humane embryonale Stammzelllinien gewonnen werden (vgl. [7] S. 90). Hierzu muss die Einwilligung (informed consent) der genetischen Erzeuger erteilt worden sein. Weltweit waren 2009 116 solcher Zelllinien vorhanden ([16] 241); aktuell sind es 166 [17]. Diese können als Modell für schwerwiegende genetische Erkrankungen, u.a. Chorea Huntington, dienen [18]. Hierdurch kommen sie hochrangigen Zwecken der medizinischen Krankheitsforschung zu-

gute. Vor allem sind Einsichten zur Krankheitsentstehung zu erhoffen. Nun ist der Import von Stammzelllinien, die aus PID-Embryonen gewonnen wurden, aufgrund des Stammzellgesetzes – dort § 4 (2) 1. b) – in Deutschland nicht zulässig. Zurzeit bahnt sich an, dass der Deutsche Bundestag die PID als solche erlauben wird. Deshalb wäre es folgerichtig, nun auch die Forschung an Stammzelllinien zu gestatten, die aus überzähligen PID-Embryonen stammen. Die sonstigen Bestimmungen des Stammzellgesetzes, die den Import humaner embryonaler Stammzelllinien regeln – z.B. die Prüfung durch die Zentrale Ethikkommission für Stammzellenforschung, die behördliche Genehmigung oder die Bekanntgabe der Forschungsprojekte in einem öffentlich zugänglichen Register –, sollten ebenfalls für diejenigen Stammzelllinien gelten, die sich aus PID-Embryonen ableiten lassen.

Insofern wirft das Thema der PID weitgehende Anschlussfragen auf. Letztlich ist es unerlässlich, hierzu ein neues, schlüssiges Fortpflanzungsmedizinengesetz zu schaffen.

Literatur

1. *Präimplantationsdiagnostik. Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz vom 20. Juni 1999*
2. *Bundesärztekammer (2000) Diskussionsentwurf zu einer Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik. Dtsch Ärztebl 97 (9): A-525*
3. *Bundesgerichtshof, Urteil vom 6. Juli 2010, 5 StR 386/09*
4. *Leopoldina, Nationale Akademie der Wissenschaften (Januar 2011) Präimplantationsdiagnostik – Auswirkungen einer begrenzten Zulassung in Deutschland*
5. *Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik der Abgeordneten Ulrike Flach, Peter Hintze, Dr. Carola Reimann u.a., 20. Dezember 2010*
6. *Entwurf eines Gesetzes zur begrenzten Zulassung der Präimplantationsdiagnostik der Abgeordneten René Röspel, Priska Heinz, Patrick Meinhardt, Norbert Lammert u.a., 28. Januar 2011*

7. *Nippert I (2006) Präimplantationsdiagnostik – ein Ländervergleich, Berlin*
8. *Eckpunkt paper von Abgeordneten aller im Deutschen Bundestag vertretenen Fraktionen (17. Dezember 2010) Gute Gründe für ein Verbot der Präimplantationsdiagnostik*
9. *Daele W v d (2005) Empirische Befunde. In: Gethmann-Siefert A/Huster St (Hrsg) Recht und Ethik in der Präimplantationsdiagnostik, Bad Neuenahr-Ahrweiler, S. 206-254*
10. *Göring-Eckhardt K, Ein bisschen PID gibt es nicht. FAZ 28. Januar 2011, S. 10*
11. *Kongregation für die Glaubenslehre (2008) Instruktion Dignitas Personae. Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls Nr. 183. Bonn*
12. *Holl K (1932) Gesammelte Aufsätze I, Tübingen 6. Aufl.*
13. *Zivotofsky A/Jotkowitz A (2009) A Jewish Response to the Vatican's New Bioethical Guidelines. The American Journal of Bioethics 9 (11): 26-30*
14. *Diedrich K u.a. (2006) Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich. Gutachten im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin*
15. *Kreß H (2010) Präimplantationsdiagnostik und Fortpflanzungsmedizin angesichts des ethischen Pluralismus. Rechtspolitische Gesichtspunkte nach dem Urteil des BGH. Zs. für Rechtspolitik 43 (7): 201-205*
16. *Löser P u.a. (2010) Human Embryonic Stem Cell Lines and Their Use in International Research. Stem Cells 28: 240-246*
17. *Wobus A/Löser P (2011) noch unveröffentlicht*
18. *Seriola A u.a. (2011) Huntington's and myotonic dystrophy hESCs. Human Molecular Genetics 20 (1): 176-184*

Anschrift des Verfassers

Professor Dr. Hartmut Kreß
Universität Bonn
Evang.-Theol. Fakultät, Abt. Sozialethik
Am Hof 1, 53113 Bonn
E-Mail: hkress@uni-bonn.de
www.sozialethik.uni-bonn.de/kress

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

⁴ Anders gewendet: Im Blick auf die PID, aber auch aus sonstigen naturwissenschaftlichen, philosophischen und ethischen Gründen läge es eigentlich nahe, das in § 8 Absatz 1 ESchG verankerte Totipotenzkriterium kritisch zu durchdenken (vgl. [15] bes. S. 203 f).

Dem Volk auf den Mund geschaut

Frankfurt und Umgebung: Hessisches Volkstheater in modernem Gewand

Deftige Sprüche, Dialekt und holzschnittartige Charaktere: Wer von „Volkstheater“ spricht, hat oft das ländliche Bauerntheater mit seinen rustikalen Schwänken im Sinn. Dabei war der Begriff „Volkstheater“ bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts inhaltlich noch gar nicht festgelegt. Er umfasste alles, das bei einem breiten, nicht höfischen Publikum auf Gefallen stieß. Die ältesten und bekanntesten Formen des europäischen Volkstheaters der Neuzeit sind die Commedia dell'arte und das Puppenspiel. Sie inspirieren auch das moderne Volkstheater, das oft ebenso geistreich wie amüsant auf der Klaviatur seines komödiantischen Erbes spielt.

Hessen schaut auf eine lange Tradition des Mundarttheaters zurück, die sich unter anderem im Repertoire des 1971 von Liesel Christ gegründeten „Volkstheater Frankfurt“ widerspiegelt: Von Ernst Elias Niebergalls Darmstädter Lokalposse „Datterich“ über Carl Zuckmayers „Der fröhliche Weinberg“ bis hin zu Goethes „Urfaust“ – in zweijährigem Rhythmus vor dem Frankfurter Dom im Historischen Garten dargeboten – reicht das Programm, das aufheitern und zugleich mit alltäglichen Problematiken nachdenklich stim-

men soll. Bis zum 9. April ist das Volksstück „Ritter Ludwig“ von Stefan Vögel im Stammhaus des Theaters, Cantate-Saal am Großen Hirschgraben 21, in Frankfurt, zu sehen. Im Sommer lädt das „Frankfurter Volkstheater“ zu Freilichtaufführungen in den Innenhof des Dominikanerklosters am Frankfurter Börneplatz ein.

Zeitgenössisches hessisches Mundarttheater wurde und wird von Autoren wie Wolfgang Deichsel (†) („Der hessische Molière“) und Schauspielern und Kabarettisten wie Matthias Beltz (†), Walter Renneisen und Michael Quast befeuert. Letzterer schwingt auch das Zepter in der „Fliegenden Volksbühne“ in Frankfurt.

Was verbindet die Fledermaus mit der Fliegenden Volksbühne? Beide haben ihre Fortbewegung auf der Suche nach geeigneten Winter- und Sommerquartieren der Luft angepasst. Während das nachtaktive Säugetier allerdings Höhlen, Ruinen und Dachböden bevorzugt, ist die Fliegende Volksbühne vorerst – bis zur geplanten Niederlassung in einer eigenen Spielstätte – auf Freilichtbühnen (z.B. dem Höchster Bolongarogarten im Rahmen des „Barock am Main“-Festivals) oder in verschie-

denen Theaterräumen zu Gast. Aktuell mit einer Produktion, in der sie eine künstlerische Liaison mit dem kleinen, fliegenden Vampir eingegangen ist: Johann Strauß und Richard Genès Operette „Die Fledermaus“.

In der Neu-Inszenierung der musikalischen Verwechslungskomödie bringen Sabine Fischmann und Michael Quast mit ihren Stimmen nicht nur die Instrumente eines Orchesters zum Klingen, sondern erwecken überdies alle Charaktere des Stücks zum Leben. Mal in diversen Mundarten, mal im gepflegten Hochdeutsch und immer mit akrobatischer Mimik. Vor wenigen Wochen hatte „Die Fledermaus“ im Frankfurter Künstlerhaus Mousonturm Premiere; nach Gastspielen in Heidelberg und in Salzburg wird das Stück – eine Koproduktion der Fliegenden Volksbühne und des Mousonturms – am 6. Mai auch in der Frankfurter Oper gezeigt.

Noch ein hessisches Theaterunikum: Vor den Toren Frankfurts, im Bad Homburger Kurhaus und im Neu-Isenburger Stadtmuseum, bietet das „Deutsche Äppelwoitheater“ fröhliche Unterhaltung. Dekoration und Ausschank der aus dem satirischen „Spottlicht-Theater“ (Neu-Isenburg) hervorgegangenen Spielstätten huldigen dem hessischen „Stöffche“, inhaltlich setzt Theaterdirektor Michael von Loefen auf Shows und Komödien mit – meist hessischem – Sprachwitz.

Weitere Informationen zu den Theatern unter:

<http://www.volkstheater-frankfurt.de>
<http://www.fliegendevolksbuehne.de> und
<http://www.deutsches-aepfelwoitheater-bad-homburg.de/>

Neujahrswünsche – Zwischenbilanz im März

Der Jahreswechsel ist noch gar nicht so lange her. In der Neujahrsnacht wünschten wir uns gegenseitig Glück, Gesundheit, Erfolg. Es blieb aber nicht beim gegenseitigen Wünschen von, oft Selbstverständlichem. So mancher wünscht sich konkrete Ziele im neuen Jahr. Es mögen mal bestimmte Urlaubsreisen oder berufliche Schritte sein oder Aufgaben, die längst hätten erledigt werden sollen. Oft haben die persönlichen Ziele auch mit einem selbst zu tun: beliebt sind das Nicht- rauchen, weniger Alkohol trinken, Gewicht abnehmen, gesünder leben, sich zu entschuldigen ...

Jetzt im März ist bereits genug Zeit ins Land gegangen, die ersten Verstöße gegen die geplanten Verhaltensänderungen sind wieder passiert – und – bewusst oder unbewusst, stellt sich die Frage nach der Ernsthaftigkeit der Vorsätze. Es wäre sicherlich falsch anzunehmen, dass diese Vorsätze nicht ernst gemeint gewesen seien. Sie waren ernst gemeint und sollten doch, endlich, umgesetzt werden, was der Verstand, und oft die Ehepartnerin oder der Ehepartner, so oft geraten haben. Die Ärztin/der Arzt des Vertrauens

wird vermutlich ins gleiche Horn gestoßen haben. Nun ist aber, wie das Sprichwort es sagt, der Geist willig, doch das Fleisch, ach so erschreckend, schwach.

Womit hängt es zusammen, dass ernsthafte Absichten so rasch vergessen werden?

Halt! Sie werden nicht vergessen, sie sind nur schwierig umzusetzen und – wenn man ehrlich ist – haben wir das schon in der Silvesternacht gewusst oder geahnt, dass es zum guten Klima, zur Stimmung der Silvesternacht gehört, sich diese Ziele zu setzen, aber wir uns von unserer Motivation und von der Disziplin her noch nicht zu einer seriösen Umsetzung hin entwickelt haben.

Gleichzeitig kennen wir viele Menschen, denen es gelungen ist, sich Ziele vorzunehmen und sie diese auch umzusetzen. Wir kennen Alkoholranke, die nicht mehr trinken, wir kennen Übergewichtige, die abgenommen haben, wir kennen Ex-Raucher, die konsequent, ohne scheinreligiöses eifern, auch nicht mehr zur Zigarette greifen. Haben die Dinge ihre Zeit? Fallen Entscheidungen wie „reife Früchte“ von den

Bäumen? Das wäre vielleicht zu einfach. Es ist nicht natur- und nicht gottgegeben sich zu disziplinieren, weniger zu rauchen, weniger zu trinken usw.. Das Problem liegt vermutlich in der „anlassbezogenen“ Ritualisierung von Träumen und Sehnsüchten, die, quasi eruptiv, einen Anlass finden und ausgesprochen werden.

Mit den Wahlversprechen von Parteien gehen wir ja ähnlich „großzügig“ um und fordern nach den Wahlen selten die Erfüllung.

Eine Lösung des Dilemmas könnte darin bestehen, bei ernsthaftem Wunsch etwas an sich und seinem Leben zu verändern, mit einem professionellen Berater – warum nicht einer Ärztin oder einem Arzt – über die Unterstützung und Realisierung guter Wünsche zu sprechen und eine Unterstützung auch im Prozess des Umsetzens zu organisieren. Aber der Mensch ist und bleibt nicht immer stark, oft ist er schwach, manchmal macht ihn diese Schwäche auch liebenswert und sympathisch. Das vermag zu trösten.

Dr. med. Siegmund Drexler



Die Junge Allgemeinmedizin Deutschland (JADe) ist ein bundesweites Netzwerk und Interessensvertretung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung

bzw. junger Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin in Praxis und Klinik. Als Arbeitsgemeinschaft setzt sie sich für eine Verbesserung der Weiterbildungs-, Arbeits- und Forschungsbedingungen ein.

Weitere Informationen: www.jungeallgemeinmedizin.de

Goldenes Doktordiplom

Die Charité ehrt seit vielen Jahren ihre Alumni, die vor 50 Jahren an der Charité promoviert haben, mit der Vergabe einer „Goldenen Doktorurkunde“. Auch in diesem Jahr soll es wieder im Rahmen eines großen Festaktes im Konzerthaus am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte erfolgen. Leider ist der Kontakt zu so mancher Kollegin/manchem Kollegen verloren gegangen. Sollten Sie vor etwa 50 Jahren in Berlin promoviert haben oder jemanden kennen, für den das zutrifft, melden Sie sich doch bitte im Promotionsbüro der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Tel. 030 450576018/016.

Bitte richten Sie Ihre Rückmeldungen an folgende Adresse: Charité – Universitätsmedizin Berlin, Promotionsbüro, Manuela Hirche, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, manuela.hirche@charite.de

Wirtschaftliche Aufklärungspflicht des Arztes

A. Wienke, A. Mündnich

Neben der Selbstbestimmungs- und der Sicherungsaufklärung des Patienten gehört auch die Aufklärung über wirtschaftliche Risiken zu den Pflichten des Arztes. Das Erfordernis der wirtschaftlichen Aufklärung ist – anders als die Selbstbestimmungs- und Sicherungsaufklärung – aber nicht Ausprägung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. Vielmehr handelt es sich um eine Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag, deren Schutzgut allein die Vermögensinteressen des Patienten sind.

Die ärztliche Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung des Patienten gewinnt in Zeiten, in denen sozialpolitische Entscheidungen zu Einschnitten in das Leistungssystem der gesetzlichen Krankenkassen führen, zunehmend an Bedeutung. Die Frage, wie weit diese Aufklärungspflicht reicht, lässt sich allerdings nicht einheitlich beantworten, sondern bedarf einer Betrachtung der verschiedenen Fallkonstellationen.

1. Behandlung gesetzlich versicherter Patienten

Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehen bei der Behandlung grundsätzlich von einer Kostenübernahme der Krankenkasse aus. Aus diesem Grund trifft den Arzt immer dann eine besondere Hinweispflicht, wenn ihm bekannt ist, dass die Krankenkasse die Kosten der Behandlung nicht übernimmt oder jedenfalls Probleme bei der Kostenübernahme zu erwarten sind. In diesem Fall trifft den Arzt zwar keine „Nachforschungspflicht“, er muss den Patienten aber darüber aufklären, dass die Krankenkasse die Kosten der Behandlung möglicher Weise nicht übernehmen wird.

Darüber hinaus besteht eine Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung auch dann, wenn eine Behandlungsalternative zur Verfügung

steht, die höhere Erfolgchancen bietet, deren Kosten jedoch nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden. Dazu hat das OLG Oldenburg in einem Urteil vom 14. November 2007 (5 U 61/07) für den Bereich zahnprothetischer Behandlungen entschieden, dass der Zahnarzt den Patienten auf die Möglichkeit einer höheren Zuzahlung hinweisen müsse, sofern eine zahnprothetische Behandlungsalternative gegenüber der gesetzlichen Regelversorgung höhere Erfolgchancen biete. Der Patient solle selbst entscheiden, was er sich für seine Gesundheit leisten will oder nicht. Zwar hat das OLG in seiner Entscheidung ausdrücklich offengelassen, ob dies in allen Fällen gelte, in denen Behandlungsalternativen nicht vom Leistungskatalog der GKV umfasst seien. Es empfiehlt sich in Anbetracht der möglichen Haftungsrisiken jedoch auch außerhalb der zahnprothetischen Versorgung eine derartige Aufklärung.

Bei Selbstzahlerleistungen oder individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) darf der Arzt seine Vergütung vom Patienten unmittelbar fordern. Voraussetzung hierfür ist bei GKV-Patienten eine schriftliche Einwilligungserklärung des Patienten nach § 18 Abs. 8 des Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). Nach dieser Vorschrift darf der Vertragsarzt von einem Patienten eine Vergütung nur fordern, wenn und soweit der Patient vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden, der Vertragsarzt den Patienten auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen hat, und der Patient dies dem Vertragsarzt schriftlich vor Behandlungsbeginn bestätigt. Aus diesem Grund muss der Patient vor Beginn der Behandlung darüber informiert werden, dass diese Leistung privatärztlich nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet wer-

den und die Rechnung vom ihm persönlich zu bezahlen ist, da die Behandlung nicht mit der Krankenkasse abgerechnet werden kann und auch kein Anspruch auf Kostenerstattung besteht. Fehlt eine solche schriftliche Vereinbarung vor Behandlungsbeginn entfällt der Honoraranspruch des Arztes.

2. Behandlung privat versicherter Patienten

In welchem Umfang der behandelnde Arzt bei privat versicherten Patienten eine wirtschaftliche Aufklärung vornehmen muss, ist differenziert zu beantworten. Dies folgt aus dem Umstand, dass bei privat versicherten Patienten das Liquidationsverhältnis unmittelbar zwischen Arzt und Patient besteht. Die Frage der Kostenerstattung berührt hingegen ausschließlich das Vertragsverhältnis zwischen dem Patienten und seiner PKV, welches sich der Kenntnis des Arztes entzieht. Daher ist allgemein anerkannt, dass es dem Arzt nicht zumutbar ist, anhand der verschiedenen Versicherungsbedingungen zu überprüfen, ob die Kosten der Behandlung vom Umfang der Kostenerstattung gedeckt sind. Ist dem Arzt jedoch – z.B. aus vorangegangenen Behandlungssituationen – bekannt, dass die PKV oder Beihilfe die Kosten der Behandlung nicht übernimmt, besteht auch dem Privatpatienten gegenüber eine Hinweispflicht. Die Hinweispflicht gilt insbesondere auch, wenn keine medizinische Notwendigkeit für die Behandlungsmaßnahme besteht oder diese zweifelhaft ist.

3. Stationäre Behandlung

Auch beim Abschluss von Wahlleistungsvereinbarungen im Rahmen einer stationären Behandlung besteht die Pflicht des Arztes zur wirtschaftlichen Aufklärung. Die Voraussetzungen sind neben der vorstehend genannten Regelung des § 18

Abs. 8 BMV-Ä in § 17 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) enthalten. Diese Vorschrift sieht vor, dass Wahlleistungen vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren sind, und der Patient vor Abschluss der Vereinbarung schriftlich über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen zu unterrichten ist. Zudem ist der Patient schriftlich darauf hinzuweisen, dass sich die Vereinbarung auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses erstreckt, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Die Verpflichtung zur wirtschaftlichen Aufklärung vor dem Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung war vielfach Gegenstand gerichtlicher Auseinandersetzungen, und wurde durch die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes konkretisiert. Danach muss der Patient, neben einer kurzen Charakterisierung des Inhalts wahlärztlicher Leistungen, vor Abschluss der Vereinbarung auch über die Preisermittlung für ärztliche Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) aufgeklärt und zudem darauf hingewiesen werden, dass die Vereinbarung wahlärztlicher Leistung eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung zur Folge haben kann. Ein Kostenvorschlag ist jedoch nicht erforderlich.

Im Übrigen können nur solche Leistungen dem Patienten gegenüber privat liquidiert werden, die von der Wahlleistungsvereinbarung ausdrücklich umfasst sind. Das Landgericht Mannheim hatte in einem Urteil vom 18. Januar 2008 (1 S 99/07) einen Honoraranspruch verneint, da sich die mit dem Patienten getroffene Wahlleistungsvereinbarung nicht auf den durchgeführten Eingriff erstreckte.

Vorsicht ist auch geboten, wenn der Arzt dem Patienten zur Durchführung einer stationären Behandlung rät, obwohl auch eine ambulante Behandlung der Erkrankung als medizinisch sinnvolle Alternative in Betracht kommt. In diesen Fällen hat der Arzt den Patienten darüber aufzuklären, dass die Krankenversicherung die durch die stationäre Aufnahme verursachten Mehrkosten unter Umständen nicht erstatten wird.

Gleiches gilt bei der Behandlung – unabhängig ob stationär oder ambulant – mittels wissenschaftlich (noch) nicht anerkannter Behandlungsmethoden. Auch hier besteht die Pflicht des Arztes, den Patienten über das Kostenrisiko aufzuklären. Dazu hat das OLG Hamm mit Urteil vom 14. März 2001 (3 U 197/00) entschieden, dass der Arzt verpflichtet ist, den Patienten mit aller Deutlichkeit auf die wirtschaftlichen Folgen hinzuweisen, wenn er ihm eine kostspielige Therapie vorschlägt, deren therapeutische Wirksamkeit nicht erwiesen ist, und deren Kosten allenfalls in Einzelfällen von den Krankenkassen übernommen werden.

4. Fazit

Zwar ist es auch Aufgabe des Patienten, sich der Kostenerstattung durch seine Krankenversicherung zu vergewissern. Jedoch zeigen die vorstehenden Ausführungen, dass die wirtschaftliche Aufklärung durch den Arzt eine zunehmend wichtige Rolle spielt. Unterbleibt diese oder genügt sie nicht den vorgeschriebenen Formerfordernissen, entfällt u.U. der Vergütungsanspruch des Arztes. Daher ist es wichtig, neben der Selbstbestimmungs- und Sicherheitsaufklärung auch erhöhten Wert auf eine ordnungsgemäße wirtschaftliche Aufklärung zu legen. Dabei ist nicht nur eine Dokumentation der Aufklärung sinnvoll, sondern es sind auch die Fälle zu beach-

ten, in den eine schriftliche Vereinbarung mit dem Patienten zwingend erforderlich ist.

Darüber hinaus sollte der Arzt den Patienten wegen der Kostenübernahme nicht in Sicherheit wiegen und mit Äußerungen dem Patienten gegenüber zurückhaltend sein. Dazu hat das OLG Köln mit Urteil vom 23. März 2005 (5 U 144/04) entschieden, dass eine falsche Auskunft zur Kostenerstattung zu einer Haftung gegenüber dem Patienten führe, da sich dieser auf derartige Aussagen seines Arztes verlassen dürfe.

Die zunehmende Bedeutung der wirtschaftlichen Aufklärung wird aber vor allem vor dem Hintergrund der oben genannten Entscheidung des OLG Oldenburg deutlich. Je mehr Leistungen aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen gestrichen werden, desto häufiger wird es Behandlungsalternativen geben, die höhere Erfolgchancen bieten oder eine geringere Belastung für den Patienten bedeuten. Es bleibt abzuwarten, ob die Rechtsprechung in diesen Fällen eine generelle Aufklärungspflicht über die Möglichkeit der Behandlungsalternative bei eigener Kostenübernahme normieren wird. Bis dahin empfiehlt sich aber eine entsprechende Aufklärung, um Haftungsrisiken zu vermeiden.

Anschrift des Verfassers

*Rechtsanwalt Dr. A. Wienke
Fachanwalt für Medizinrecht
Rechtsanwältin A. Mündnich
LL.M. Medizinrecht
Wienke & Becker
Sachsenring 6
50677 Köln
Fon: 0221 3765310
E-Mail: Awienke@Kanzlei-WBK.de*

4. Hessischer Heilberufetag



Stadt, Land, Flucht – Patienten bald allein zu Haus?

10. März 2011 | 18:00 Uhr

Ort: Wiesbadener Casino-Gesellschaft

Friedrichstraße 22 | 65185 Wiesbaden

Referent:

Stefan Grüttner Hessischer Sozialminister

Moderation:

Bärbel Schäfer

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

Eintritt frei!

Veranstalter:

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

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

www.heilberufetag.de

I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

2. Neuroethik-Seminar

In Kooperation mit der Klinik für Neurologie der Dr. Horst Schmidt Klinik.

Mittwoch, 16. März 2011, ab 17:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. G. F. Hamann, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Wiesbaden, Dr. Horst Schmidt Klinik

Auskunft und Anmeldung: Frau Hannelore Noll,

Fon: 0611 432-376, Fax: 0611 432-732,

E-Mail: hannelore.noll@hsk-wiesbaden.de

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Mittwoch, 16. März 2011, 14:00 - 19:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. T. Weber, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: € 110 (Akademiemitgl. € 99)

max. Teilnehmerzahl: 25

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau B. Sebastian, BZÄK Wiesbaden,

Fon: 0611 977-4812, Fax: -4841, E-Mail: barbara.sebastian@laekh.de

Weitere Termine 2011: 25. Mai, 24. Aug., 07. Sept., 09. Nov., 07. Dez.

EKG – Kurs mit praktischen Übungen

Freitag, 18. – Samstag, 19. März 2011

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

Teilnahmebeitrag: € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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

Hautkrebs-Screening

Freitag, 18. März 2011, 13:00 – 21:00 Uhr

11 P

Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechtheim

Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

Teilnahmebeitrag: € 170 (Akademiemitgl. € 153)

(inkl. Pausenverpflegung) zzgl. € 70 Schulungsmaterial

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Fon: 06032 782-287, Fax: 069 97672-67287,

E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Strukturierte Kinder- und Jugendmedizin

3. Pädiatrisch-kinderpsychiatrisches Forum

Samstag, 07. Mai 2011, 09:00 - 13:00 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Fon: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

1. Bad Nauheimer interdisziplinäre Tage

Die Bad Nauheimer interdisziplinären Tage bieten Gelegenheit an zwei Wochenenden im Jahr in Seminaren und Workshops den state of the art der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion im jeweiligen Fachgebiet wie auch am Schnittpunkt der einzelnen Fachgebiete kennen zu lernen und zu diskutieren.

Freitag, 04. März 2011, 17:00 – 20:00 Uhr

Zusammenarbeit zwischen Pathologie und operativen Fächern – Anforderungen, Grenzen und Qualitätssicherung **4 P**

Einführung: Zentren und Zertifikate oder Kooperation und Kommunikation; Operative Therapie des Mammakarzinoms: Therapiekonzepte und Anforderungen an den Pathologen; Kolorektale Karzinomchirurgie: Therapiekonzepte und Anforderungen an den Pathologen; Standards in der Aufteilung und Befundung des Mammakarzinoms; Standards in der Aufteilung und Befundung des Kolorektalen Karzinoms; Interdisziplinäre Zusammenarbeit im onkologischen Schwerpunkt; Molekulare Tumorpathologie: Grundlagen und Bedeutung für die Therapieplanung

Leitung: Prof. Dr. med. G. Mall, Darmstadt u. Frankfurt-Höchst

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

Prof. Dr. med. M. Wolff, Hanau

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Samstag, 05. März 2011, 09:00 – 18:00 Uhr

Forum Sexualmedizin

11 P

Einleitung: Das bio-psycho-soziale Modell von Sexualität; Sexuelle Funktionsstörungen der Frau; Sexuelle Funktionsstörungen des Mannes; Sexuell übertragbare Krankheiten; Sex im Hirn – Erkenntnisse der funktionellen Bildgebung; Parallele Workshops: Über Sexualität reden, aber wie?, Fallseminar; Themenzentrierte Balintgruppe *(siehe Januar-Heft, Seite 23)*

Leitung: Dr. med. H. Berberich, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Samstag, 05. März 2011, 09:30 – 16:00 Uhr

Burnout bei Ärzten – Zwischen Hoffnung und Kampf

9 P

Einführung ins Thema; Mit Power ins Burnout; Narzissmus und Burnout; Medizinische und berufsfördernde REHA-Maßnahmen; Stationäre Behandlung; Supervisionsgruppe *(siehe Seite 147)*

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

Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)

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

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

Fon: 06032 782-281, Fax: 069 97672-67281,

E-Mail: katja.baumann@laekh.de



19. Bad Nauheimer Symposium der Klinischen Hämostaseologie

Hormone, Hämostase und Thrombose

7 P

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

Samstag, 19. März 2011, 09:00 s.t. – 15:00 s.t. Uhr

Programmübersicht:

Vormittagssitzung: Pharmakologische Interaktionen von Antikoagulanzen und Thrombozytenfunktionshemmern mit Hormonen und hormonell wirksamen Arzneistoffen; Thrombophilie – welche Faktoren sind heute überhaupt noch von Bedeutung?; Die Bedeutung des Gerinnungssystems für eine intakte Schwangerschaft; Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei thrombosegefährdeten Patientinnen – wann und wie mit Antikoagulanzen einsteigen? Nachmittagssitzung: Verhütung, Kinderwunsch und Wechseljahre – Hormonpille und Thromboserisiko; Hormonempfindliche Tumore (Prostata, Mamma) – Antihormonelle Therapie und Thromboserisiko; Rezidivrisiko nach venöser Thromboembolie – welche Prädiktoren sind entscheidend?

Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. med. S. Harder, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. med. E. Merz, Frankfurt a. M.
Dr. med. K. König, Steinbach/Ts.

Teilnahmebeitrag: € 80 (Akademiemitgl. € 30, Studenten kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Ittner, Akademie,

Fon: 06032 782-223, Fax: 069 97672-67223,

E-Mail: christina.ittner@laekh.de

24. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin des Klinikums der J. W. Goethe Universität.

Das Seminar soll Teilnehmern, die im Rahmen der Weiterbildungsrotation auf der kardiologischen oder interdisziplinären Intensivstation eingesetzt werden, im Sinne einer Qualitätssicherung vorbereiten.

Die Inhalte orientieren sich deshalb an den praktischen Bedürfnissen des Alltags der Intensivmedizin. Der Seminarstoff wird auf der Basis eines pathophysiologischen Verständnisses dargestellt, damit durch das Verstehen von WIE und WARUM die notwendige Flexibilität in der praktischen Umsetzung der neueren Erkenntnisse jederzeit möglich ist.

Montag, 28. März – Freitag, 01. Apr. 2011

55 P

Leitung: PD Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt a. M.
PD Dr. med. S. Fichtlscherer, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. med. T. O. F. Wagner, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 550 (Akademiemitgl. € 495)

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

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Fon: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

7. Wiesbadener Ultraschallkurs

In Kooperation mit der Klinik für Neurologie der Dr. Horst Schmidt Klinik.

Freitag, 01. – Samstag, 02. Apr. 2011

Leitung: Prof. Dr. med. G. F. Hamann, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Wiesbaden, Dr. Horst Schmidt Klinik

Auskunft und Anmeldung: Frau Hannelore Noll,

Fon: 0611 432-732, Fax: 0611 432-732,

E-Mail: hannelore.noll@hsk-wiesbaden.de

Repetitorium Innere Medizin 2011

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

Montag, 04. – Samstag, 09. Apr. 2011

insg. 51 P

Vorgesehenes Programm:

Montag: Endokrinologie/Diabetologie

Dr. med. C. Jaurisch-Hancke /
Prof. Dr. med. Dr. phil. P. H. Kann

Internistische Intensivmedizin

Prof. Dr. med. H.-D. Walrath

Dienstag: Internist. Hämatologie/Onkologie

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

Pneumologie

Prof. Dr. med. C. Vogelmeier

Mittwoch: Angiologie

Dr. med. F. Präve

Nephrologie

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

Donnerstag: Gastroenterologie

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

Kardiologie

Dr. med. R. Brandt / Prof. Dr. med. C. Hamm

Freitag: Kardiologie

Dr. med. R. Brandt / Prof. Dr. med. C. Hamm

Rheumatologie

Prof. Dr. med. U. Lange

Samstag: Fallseminar

Dr. med. R. Brandt / Prof. Dr. med. W. Fassbinder

Prof. Dr. med. F. Hartmann / Prof. Dr. med. U. Lange

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

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

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

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de



Fachgebiet Augenheilkunde

Neues aus der Ophthalmologie

Mittwoch, 06. Apr. 2011, 17:00-20:00 Uhr

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

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Frankfurt a. M., Klinik für Augenheilkunde, Klinikum der JWG-Universität, Theodor-Stern-Kai 7, Haus 22 – Hörsaal H221

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

Fon: 06032 782-281, Fax: 069 97672-67281,

E-Mail: katja.baumann@laekh.de

8. Kasseler Gesundheitstage

In Kooperation mit der Akademie der Landesärztekammer Hessen.

Freitag, 08. – Samstag, 09. Apr. 2011

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

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

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

Information und Anmeldung: Regionalmanagement Nordhessen, Frau M. Willmann Fon: 0561 970-6216, Fax: 0561 970-6222

E-Mail: willmann@regionnordhessen.de

Kompaktkurs Zweite Leichenschau (gemäß dem Friedhofs- und Bestattungsgesetz)

Der Kurs gliedert sich wie folgt: Theorie (6,5 Stunden); Praktische Schulung (50 Stunden im Krematorium mit Untersuchung von mindestens 100 Leichen); Abschlussprüfung (1,5 Stunden)

Beginn: Samstag, 11. Juni 2011, 09:00 – 16:30 Uhr insg. 62 P

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

Dr. med. M. Schimmelpfennig, Kassel

Teilnahmebeitrag: insg. € 655 (davon prakt. Schulung € 400, Prüfung € 55), (Akademiemitgl. insg. € 635)

Teilnehmerzahl: max. 15

Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,

Fon: 06032 782-208, Fax: 069 97672-67208

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Impfkurs – Fachgebiet Öffentliches Gesundheitswesen

Samstag, 08. Okt. 2011, 09:00 – 17:30 Uhr

Leitung: Dr. med. P. Neumann, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 160 (Akademiemitgl. € 144)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltcher, Akademie,

Fon: 06032 782-211, Fax: 069 97672-211,

E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de

Frauenheilkunde

MIC I – Kurs

Montag, 11. Apr. – Dienstag, 12. Apr. 2011

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

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Fon: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

4. Frankfurter Tag der Allgemeinmedizin

In Kooperation mit der Akademie der Landesärztekammer Hessen, der Carl-Oelemann-Schule, der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V., dem Fachbereich Medizin und Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, der Frankfurter Medizinischen Gesellschaft, dem Hausärzterverband Hessen, dem Institut für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IhF) e. V., der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und dem Verband medizinischer Fachberufe e.V.

Samstag, 14. Mai 2011, 09:00 – 16:15 Uhr

Plenarveranstaltung:

Thema: „Das Praxisteam der Zukunft“

Workshopthemen:

Für Ärztinnen/Ärzte: Multimedikation; Perfekt betreut – der alte Patient in Ihrer Praxis; Praxisorganisation der Zukunft; Internet-recherche; Reisemedizin; Hausärztliche Leichenschau; Hausärztliches Management der Osteoporose; Behandlungspfade für chronisch kranke Patienten; Patientenverfügung in der hausärztlichen Praxis; Dermatologische Befunde in der Hausarztpraxis; Demenz und M. Parkinson; Behandlung der Arthrose; Pädiatrie; Treffen der Lehrbeauftragten und Lehrärzte

Für MFA: Kommunikationstraining für MFA; Assistenz bei chirurgischen Eingriffen; Diabetisches Fußsyndrom; LIA – Lebensqualität im Alter; Palliativmedizinische Versorgung; Kommunikation mit chronisch Kranken; Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“; Das EKG; Verbandswechsel; Ernährungsberatung; Patientenbefragung leicht gemacht
Für das Praxisteam: Formatierungen mit Word 2007; Notfallbehandlung in der Hausarztpraxis; Verbandstechniken; Patientenversorgung = Teamarbeit; Tod und Trauer aus Perspektive des Praxisteams; Burn out; Hygiene in der Arztpraxis – von der Müllentsorgung bis zum Hygieneplan; Netzwerk akademischer Forschungspraxen in Frankfurt (Auftaktveranstaltung)

Leitung: Prof. Dr. med. F. M. Gerlach, MPH, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 55 für Ärztinnen/Ärzte,

€ 27,50 für Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte, Sonstige Teilnehmer/innen

Tagungsort: Frankfurt a. M., Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der JWG-Universität, Theodor-Stern-Kai 7, Haus 10, Hörsaalbereich Haus 22 sowie weitere Räume im Klinikum

Information und Anmeldung: Frau Dr. J. Will,

E-Mail: will@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de,

www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Anmeldeschluss: 31. März 2011



14. Wiesbadener Schlaganfall-Symposium

In Kooperation mit der Klinik für Neurologie der Dr. Horst Schmidt Klinik.

Mittwoch, 11. Mai 2011, 16:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. G. F. Hamann, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Wiesbaden, Dr. Horst Schmidt Klinik

Auskunft und Anmeldung: Frau Hannelore Noll,

Fon: 0611 432-732, Fax: 0611 432-732,

E-Mail: hannelore.noll@hsk-wiesbaden.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 (Akademiemitgl. € 234)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung**Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Std.)**

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

Freitag, 11. März – Sonntag, 13. März 2011	G7-G9
Freitag, 01. Apr. – Sonntag, 03. Apr. 2011	G10-G12
Freitag, 27. Mai – Sonntag, 29. Mai 2011	G13-G15

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (6 Std.) / Fallseminare (2 Std.) / GP-Kurse (80 Std.)

Samstag, 02. Apr. 2011

Samstag, 20. Aug. 2011

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

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Fon: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

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

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

Interventionen an Becken- und Beingefäßen (Simulatortraining)

Mittwoch, 27. Apr. 2011, 08:30-17:45 Uhr	13 P
Mittwoch, 22. Juni 2011, 08:30-17:45 Uhr	13 P

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

Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198)

max. Teilnehmerzahl: 6

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Fon: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Hämotherapie**Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter**

Freitag/Samstag, 06./07. Mai 2011

16 P

Leitung: PD Dr. med. Y. Schmitt

Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)

Tagungsort: Darmstadt

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Fon: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie

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

2011 in Rheinland-Pfalz: 23. – 27. Mai

Teilnahmebeitrag: € 700 (inkl. Pausengetränke)

Auskunft und Anmeldung: Frau A. von Loeben,

Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz,

Fon: 06131 28438-16, Fax: 06131 -10,

E-Mail: vonloeben@arztKolleg.de

Curriculum Organspende (insg. 40 Std.)

Donnerstag/Freitag, 26./27. Mai 2011

Tagungsort: Rauschholzhausen, Schloß Rauschholzhausen
Ferdinand-von-Stumm-Str., Ebsdorfergrund-Rauschholzhausen

Kriseninterventionsseminar (8 Std.)

Mittwoch, 15. Juni und Mittwoch 17. Aug. 2011

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Leitung: Dr. med. W. O. Bechstein, Ffm., Dr. med. U. Samuel, Mainz

Teilnahmebeitrag: € 330 (Akademiemitgl. € 297)

excl. Getränke am Abend in Schloß Rauschholzhausen

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

Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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



Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

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, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

C1 Samstag, 09. Apr. – 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. Weitowitz / Dr. med. D. Kobosil

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

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Fon: 06032 782-283, Fax: 069 97672-67283,

E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes (HFD) und dem Hessischen Hausärzterverband; DMP-zertifiziert.

Mittwoch, 30. März 2011, 15:30 – 20:00 Uhr **6 P**

Teil 1: Prävention – Chancen und Umsetzungsmöglichkeiten

Leitung: Dr. oec. troph. Jutta Liersch, Gießen

Teil 2: Metabolisches Syndrom – aktuelle therapeutische Strategien

Leitung: Dr. med. Cornelia Marck, Pohlheim

Teilnahmebeitrag: € 30 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Weitere Termine 2011:

Mittwoch, 08. Juni 2011 Teile 3 und 4 **6 P**

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

Mittwoch, 30. Nov. 2011 Teile 1 und 2 **6 P**

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, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Ernährungsmedizin (100 Std.)

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer) **insg. 100 P**
Kurs hat bereits begonnen (s. HÄBl 02/11)

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. J. 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

Hospitation: Frankfurt a. M., Katharina Kasper Kliniken

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Modul I: Freitag, 25. – Samstag, 26. März 2011 **12 P**

Teilnahmebeitrag: € 174 (Akademiemitgl. € 157)

Modul II: Freitag, 13. – Samstag, 14. Mai 2011 **12 P**

Teilnahmebeitrag: € 174 (Akademiemitgl. € 157)

Modul III: Freitag, 01. – Samstag, 02. Juli 2010 **16 P**

Teilnahmebeitrag: € 232 (Akademiemitgl. € 208)

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

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Fon: 06032 782-283, Fax: 069 97672-67283,

E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Notfallmedizinische Fortbildung

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, 24. Sep. 2011 **10 P**

Leitung: Dr. med. A. Dorsch, Haimhausen

Teilnahmebeitrag: € 240 (Akademiemitgl. € 216)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Fon: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Medizinische Rehabilitation

16-Stunden-Kurs gem. neuer Reha-Richtlinie (§135 Abs.2 SGB V)

Samstag, 19. März 2011, 09:00 – 17:00 Uhr **21 P**

Leitung: Prof. Dr. med. T. Wendt, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 200 (Akademiemitgl. € 180)

Tagungsort: Frankfurt a. M., Klinik Rotes Kreuz,
5. Stock, Veranstaltungssaal, Königswarterstr. 16

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Ärztliches Qualitätsmanagement

Dieser Kurs wird gem. Curriculum der BÄK in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung angeboten.

Er umfasst insgesamt 200 Fortbildungsstunden und erfüllt die Voraussetzungen für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ gem. der Weiterbildungsordnung der LÄKH.

Der Kurs besteht aus Präsenzphasen, einer E-Learning-Phase, Selbststudium sowie einem Teilnehmerprojekt, das überwiegend in Eigeninitiative / Heimarbeit zu bearbeiten ist.

Block II a: **Freitag, 18. – Montag, 21. März 2011**

Block II b: **Mittwoch, 11. – Samstag, 14. Mai 2011**

Block III a: **Mittwoch, 05. – Samstag, 08. Okt. 2011**

Telelernphase: **Samstag, 08. Okt. – Mittwoch, 07. Dez. 2011**

Block III b: **Donnerstag, 08. – Samstag, 10. Dez. 2011**

Leitung: N. Walter / Dr. med. H. Herholz, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: Block II a + b: € 1.500 (Akademiemitgl. € 1.350)

Block III a + b: € 1.500 (Akademiemitgl. € 1.350)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Fon: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Didaktik

Moderatorent raining

Freitag, 18. – Samstag, 19. März 2011 **20 P**

Leitung: Prof. Dr. rer. nat. Herbert Haid, Konstanz

Freitag, 13. – Samstag, 14. Mai 2011 **20 P**

Freitag, 04. – Samstag, 05. Nov. 2011

Leitung: Dr. med. Wolfgang Zeckey, Fulda

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Teilnahmebeitrag: € 360 (Akademiemitgl. € 324)

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

Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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

Palliativmedizin

Aufbaukurs Modul I **29. März – 02. Apr. 2011** **40 P**

Teilnahmebeitrag: € 600 (Akademiemitgl. € 540)

Aufbaukurs Modul II **25. Mai – 29. Mai 2011** **40 P**

Teilnahmebeitrag: € 600 (Akademiemitgl. € 540)

Fallseminar Modul III **07. Nov. – 11. Nov. 2011** **40 P**

Teilnahmebeitrag: € 700 (Akademiemitgl. € 630)

Basiskurs **29. Nov. – 03. Dez. 2011** **40 P**

Teilnahmebeitrag: € 600 (Akademiemitgl. € 540)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

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: 069 97672-67202,

E-Mail: veronika.wolffinger@laekh.de

Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

17. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

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

III. Freitag, 01. Apr. – Sonntag, 03. Apr. 2011 **20 P**

IV. Freitag, 17. Juni – Sonntag, 19. Juni 2011 **20 P**

V. Freitag, 12. Aug. – Sonntag, 14. Aug. 2011 **20 P**

VI. Freitag, 18. Nov. – Sonntag, 20. Nov. 2011 **20 P**

Zusatztermin für Teilnehmer, die mind. zum dritten Mal am Curriculum teilnehmen:

Freitag, 09. Dez. – Sonntag, 11. Dez. 2011

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

Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

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

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

Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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

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

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

Freitag, 23. Sep. – Samstag, 24. Sep. 2011 **32 P**
Freitag, 28. Okt. – Samstag, 29. Okt. 2011

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

Teilnahmebeitrag: € 480 (Akademiemitgl. € 432)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

AK I Mittwoch, 06. Apr. – Freitag, 15. Apr. 2011 **80 P**

AK II Mittwoch, 26. Okt. – Freitag, 04. Nov. 2011 **80 P**

Leitung: Dr. med. R. Diehl, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: pro Teil € 650 (Akademiemitgl. € 585)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Fon: 06032 782-287, Fax: 069 97672-67287,

E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV

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

Samstag, 16. Apr. 2011, 09:00 – 16:15 Uhr

Samstag, 12. Nov. 2011, 09:00 – 16:15 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 130 (Akademiemitgl. € 117)

Kurse zum Erwerb der Fachkunde:

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

Samstag, 13. Aug. 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 (Akademiemitgl. € 126)

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

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

Spezialkurs Computertomografie (vorm.) **5 P**

Spezialkurs Interventionsradiologie (nachm.) **6 P**

Samstag, 12. März 2011

Samstag, 20. Aug. 2011

Teilnahmebeitrag: je € 100 (Akademiemitgl. € 90)

Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltcher, Akademie,

Fon: 06032 782-211, Fax: 069 97672-67211,

E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de

Termine Grund-/Spezialkurs Rö.-Diagnostik in Planung!

34. Bad Nauheimer Psychotherapie-Tage 2011

Theorie und Praxis: Modelle der psychosomatischen Medizin; Das positive Menschenbild unter dem transkulturellen Ansatz; Pathogenese und Salutogenese; Abgrenzung psychosomatischer Störungen von Neuropsen und Psychosen. Krankheit und Familiendynamik; Interaktion in Gruppen; Vier Formen der Krankheitsbewältigung (Coping); Differentialindikation von Psychotherapieverfahren; Neurosenlehre verschiedener psychotherapeutischer Schulen; Erstinterview; 5 Stufen der Therapie; Reflexion der Therapeut-Patienten-Beziehung; Balint-Gruppe und Selbsterfahrung; Verbale Intervention (Spezielle Techniken); Familientherapie; Paartherapie. Folgende Krankheitsbilder werden u.a. behandelt: Adipositas; Diabetes mellitus; Ängste und Depressionen; Asthma bronchiale; Bandscheibenvorfall; Herzphobie; Hypertonie; Krebs; Multi. Sklerose; Schizophrenie; Sexuelle Funktionsstörungen; Positiver Umgang mit Trennung, Verlust, Tod und Trauer in verschiedenen Kulturen; Suizid (Fallvorstellungen, Fallbesprechungen und Selbsterfahrung)

Block 1: Freitag, 16. – Sonntag, 18. Sept. 2011

Block 2: Freitag, 04. – Sonntag, 06. Nov. 2011

Block 3: Freitag, 10. – Montag, 13. Febr. 2012

jeweils von 9:15 bis 19 Uhr

Leitung: Dr. Nawid Peseschkian, Wiesbaden

Tagungsort: Wiesbaden, Internat. Akademie für Positive und Transkulturelle Psychotherapie, Kaiser-Friedrich-Residenz, Langgasse 38-40, Fon: 0611 3411-675 und -674, Fax: 0611 3411-676

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie, Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

E-Mail: andrea.flören-benachib@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 2011 Rheinland-Pfalz

Termine in Planung!

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

Fon: 06131 28438-15, Fax: -10, E-Mail: kroehler@arztkolleg.de

Frühjahr 2012 Hessen

Termine in Planung!

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

Fon: 06032 782-281, Fax: 069 97672-67281,

E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Ultraschallkurse

Abdomen

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

Aufbaukurs 40 P

Samstag, 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. Bönhof

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

Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ als Blended-Learning-Veranstaltung

Einführungsseminar: 30. Sep. 2011

Telelernphase: 01. Okt. – 11. Nov. 2011

Präsenzphase: 12. Nov. 2011

– mit abschließender Lernerfolgskontrolle

Leitung: Dr. phil. nat. W. Köhler, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 200 (Akademiemitgl. € 180)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

Fon: 06032 782-281, Fax: 069 97672-281,

E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Verkehrsmedizinische Qualifikation

(Kurs gemäß 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, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler Akademie,

Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

Block A 12./13. März 2011 in Bad Nauheim 20 P

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

Leitung: Dr. med. K. Böhme, Kassel

Dr. med. T. Wiehn, Friedrichsdorf

Block D 14./15. Mai 2011 in Bad Nauheim 20 P

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

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

Block C 10./11. Sep. 2011 in Wiesbaden 20 P

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

Leitung: Prof. Dr. med. W. Jost, Wiesbaden

Dr. med. U. Nickel, Bad Kreuznach

Block B 05./06. Nov. 2011 in Kassel 20 P

Neuropathische Schmerzen; Kopfschmerzen

Leitung: Prof. Dr. med. M. Tryba/Dr. med. M. Gehling, Kassel

Teilnahmebeitrag pro Teil: € 240 (Akademiemitgl. € 216)

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

E-Mail: adelheid.zinkl@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 € 50 danach € 100. Weitere Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Fon: 06032 782-204, E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de

Übernachtungsmöglichkeit: Teilnehmer von Veranstaltungen unserer Akademie können ein Sonderkontingent für Übernachtungen im Gästehaus in Anspruch nehmen. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an: Mirjana Redzić, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-230, Fax: 06032 782-250, E-Mail: mirjana.redzic@laekh.de

Freiwilliges Fortbildungszertifikat der Akademie: 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, Fon: 06032 782-208, E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass das Ausstellen einige Wochen in Anspruch nehmen kann. Die erworbenen Punkte zählen auch als Pflichtpunkte im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes für die Kassenärztliche Vereinigung.



Prüfungsvorbereitungskurse

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: Montag, 18.04.2011 oder
Dienstag, 19.04.2011 oder
Mittwoch, 20.04.2011 oder
Donnerstag, 21.04.2011

Teilnahmegebühr: € 95

Praktische Laborkunde und EKG-Übungen (PVK 5)

Inhalte: EKG, Laborkunde: Analysen Teststreifen Urin und Blutzucker, Analyse BSG, Analyse occultes Blut im Stuhl, Hygienestandards, Qualitätssicherung (z.B. Blutzucker), Dokumentation, Mikroskopierübungen: Harnsediment, Leukozytenzählung

Termin: Samstag, 09.04.2011, 09:30 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Wirtschaft und Sozialkunde (PVK 7)

Inhalte: Arbeitsrecht, Vertragsrecht, Steuern

Termin: Samstag, 02.04.2011, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

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

Patientenbetreuung / Praxisorganisation

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 Kassel: Mittwoch, 23.03.2011, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Annegret Werling, Fon: 06032 782-193, Fax -180

Datenschutzbeauftragte/r in ärztlich geleiteten Einrichtungen (PAT 12)

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 (=Telelernphase).

Termin Präsenzphase: Samstag, 14.05.2011 und Samstag 11.06.2011

Termin Telelernphase: 15.05.2011 bis 18.06.2011

Teilnahmegebühr: € 255

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Supervision „Tabuzonen in der Kommunikation (PAT 10)

Inhalt: Umgang mit ängstlichen Patienten, u.a. bedingt durch Schamgefühl, das verschiedene Ursachen haben kann. Der Umgang mit solchen Situationen ist oft schwierig und löst Vermeidungsverhalten aus. Daraus entstehen „Tabuzonen in der Kommunikation“. Anhand von Fallbeispielen werden Handlungsmöglichkeiten erarbeitet.

Termin: Interessentenliste, 2x mittwochs, 15:00 – 18:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

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

Schwerpunkt Medizin

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

Aktualisierungskurs nach § 18a RöV (MED 2)

Der vorliegende Sonderkurs richtet sich an alle Personen, die die Frist bis zum 1. Juni 2007 zur Aktualisierung versäumt haben und damit die Fachkunde oder die Kenntnisse im Strahlenschutz derzeit nicht mehr nachweisen können.

Termin: Freitag, 25.03.2011 bis Samstag, 26.03.2011 (16 Std.)

Teilnahmegebühr: € 245

Herz und Lunge (MED 3)

Inhalte: Ruhe-EKG, Langzeitmessung-EKG, Langzeitblutdruckmessung, Spirometrie, Inhalationstherapie, Fehlermöglichkeiten. Die Fortbildung wird anerkannt bei der Qualifizierung „Nichtärztliche Praxisassistentin“.

Termin: Interessentenliste, samstags 8 Stunden

Teilnahmegebühr: € 95

Notfallmanagement in der Arztpraxis (MED 6)

Inhalte: Der Notfall in der Arztpraxis ist immer wieder eine Herausforderung für das gesamte Praxisteam. Die Checkliste mit den verschiedenen Kriterien zur Identifikation von Notfallpatienten, die internen Regelungen zur unverzüglichen Versorgung der Patienten und damit verbunden eine Erstellung eines Notfallplanes sind die Grundlagen. Das Praxisteam als Ganzes zu sehen und in der gemeinsamen Notfallversorgung zu trainieren ist Ziel der Fortbildung.

Termin: Samstag, 19.03.2011, 09:30 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Notfallmanagement (MED 7) (20 Stunden)

Inhalte: Die Fortbildung bereitet insbesondere auf Notfälle in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen vor. Die Fortbildung wird anerkannt bei der Qualifizierung „Nichtärztliche Praxisassistentin“ sowie bei der Aufstiegsfortbildung zum/zur „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“.

Termin: Interessentenliste

Teilnahmegebühr: € 255

Arzneimittelversorgung (MED 11)

Medizinische Fachangestellte und Arzthelferinnen unterstützen die Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Delegation in der Betreuung und Versorgung der Patienten. Im Umfang dieses Leistungsspektrums ist die Arzneimittelversorgung ein wichtiger Aspekt. Die Fortbildung baut auf dem Wissensstand der Berufsausbildung auf, vertieft und erweitert die Kenntnisse. Die Fortbildung wird anerkannt bei der Qualifizierung „Nichtärztliche Praxisassistentin“.

Termin: Interessentenliste, 8 Stunden

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Impfungen (MED 10)

Inhalte: Impfkalendar der STIKO/Indikationsimpfung, Impfmündigkeit, Kontraindikationen, Impfkomplicationen, Impfschäden, Impfmanagement, Praktische Übungen

Termin: Mittwoch, 30.03.2011, 09:00 bis 16:15 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

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





Betriebsmedizinische Assistenz

Allgemeine Grundlagen der Betriebsmedizin (BET 1)

Inhalte: System der sozialen Absicherung, Gesetzliche Grundlagen, Gefahrstoffe, Belastungen am Arbeitsplatz, Rehabilitation aus betriebsärztlicher Sicht, EDV im betriebsärztlichen Dienst; Praxismanagement/Terminverwaltung

Termin: Mittwoch, 30.03.2011 bis Samstag, 02.04.2011

Teilnahmebeitrag: € 350

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

Ambulante Versorgung älterer Menschen

Organisation und Koordination in der ambulanten Versorgung (AVÄ5)

Termin: Mittwoch, 13.04.2011, 09:30-12:45 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 70

Hausbesuche und Versorgungsplanung (AVÄ3)

Termin: Mittwoch, 13.04.2011, 13:30 – 16:45 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 70

Wundmanagement (AVÄ4)

Termin: Donnerstag 14.04.2011, 09:30-16:45 Uhr und Freitag, 15.04.2011, 09:30 – 11:00 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 150

Krankheitsbilder und typische Fallkonstellationen (AVÄ1)

Termin: Freitag, 15.04.2011, 11:15 Uhr-16:45 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95

Geriatrisches Basisassessment (AVÄ2)

Termin: Samstag 16.04.2011, 09:30-15:00 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95

Die Fortbildungen werden anerkannt bei den Qualifizierungen „Nichtärztliche Praxisassistenz“ und „Ambulante Versorgung älterer Menschen“.

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 in Bad Nauheim (SAC 2): Fr. 17.06. bis Sa. 18.06.2011 und Do. 30.06. bis Sa 02.07.2011

Teilnahmegebühr: € 410 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Onkologie und Palliativversorgung für Medizinische Fachangestellte

Ethik und Recht (PAL 5)

Termin: Freitag, 25.03.2011, 10:00 – 15:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Palliativmedizinische Zusammenarbeit und Koordination (PAL 6)

Termin: Freitag, 25.03.2011, 15:45 – 17:15 Uhr bis Samstag, 26.03.2011, 10:00 – 15:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Onkologie und Palliativversorgung für Medizinische Fachangestellte

Allgemeine medizinische Grundlagen in der Onkologie und Palliativversorgung (ONK PAL 1)

Die Lerninhalte richten sich insbesondere an Teilnehmer/innen, die die Qualifizierung in den Lehrgängen „Onkologie“ und „Palliativversorgung“ für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen anstreben. Die Fortbildung wird bei den Qualifizierungen „Onkologie“, „Palliativversorgung“ und „Praxisassistentin“ anerkannt.

Termin: Do: 19.05.2011, 13:30 – 17:45 Uhr (5 Std.)

Teilnahmebeitrag: € 70

Versorgung und Betreuung von Patienten (ONK PAL 2)

Die Lerninhalte richten sich insbesondere an Teilnehmer/innen, die die Qualifizierung in den Lehrgängen „Onkologie“ und „Palliativversorgung“ für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen anstreben. Die Fortbildung wird bei den Qualifizierungen „Onkologie“, „Palliativversorgung“ und „Praxisassistentin“ anerkannt.

Termin: Freitag, 20.05.2011, 8:30 – 12:30 Uhr (4 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 70

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

Fachkräfte in der onkologischen und palliativen Versorgung sind besonders gefordert und vielfältigen Belastungen ausgesetzt. Für die eigene Person wird die Gefahr eines „Ausbrennens“ reflektiert und Möglichkeiten der Burnout-Prophylaxe entworfen. Für den Umgang mit Sterbenden und deren Angehörigen werden eigene Kompetenzen erweitert. Die Fortbildung wird bei den Qualifizierungen „Onkologie“ und Palliativversorgung“ anerkannt.

Termin: Freitag, 20.05.2011, 12:30 Uhr bis

Samstag, 21.05.2011, 14:00 Uhr (10 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 150

Information: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, Fax -180

Bekanntgabe von Prüfungsterminen

Aufstiegsfortbildung Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung

Teilprüfung	Anmeldeschluss
27.05.2011	06.05.2011
11.08.2011	21.07.2011
Abschlussprüfung	Anmeldeschluss
07.05.2011	16.04.2011
17./18.06.2011	27.05.2011
09./10.12.2011	18.11.2011

ALLGEMEINE HINWEISE

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

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

Übernachtungsmöglichkeit: 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



Ein anatomisches ABC

Hans Hermann Dietrich

Seit es Menschen gibt hat es Kranke gegeben. Seit es Menschen gibt wird somit auch eine Heilkunde bestehen. Doch liegt ihr Ursprung noch im Dunkel der Vorzeit verborgen. Überlieferungen, Funde und Ausgrabungen haben die Daten des Anfangs der Geschichtsschreibung immer wieder vorverlegt. Auch die Geschichte der Medizin ist in den letzten Jahrzehnten in die Nacht der Ungewissheit vorgestoßen und hat uns in die Urgeschichte der Heilkunde geführt. Sie berichtet uns über die medizinische Mythologie des klassischen Altertums und über Gottheiten vergangener Zeiten mit den Fähigkeiten Krankheiten zu heilen. Sie berichtet über Ursprünge ärztlichen Denkens schon vor Jahrtausenden. Heute gibt es unzählige Bücher über die Geschichte der Medizin. Sie auf breiterer Ebene zu vermitteln ist uns in der Motivphilatelie gegeben. Die Grundlage aller medizinischen Fächer liegt in der Anatomie. Die Wissenschaft von der Anatomie entstand 500 Jahre vor Christus in Süditalien, als Alkmaion von Kroton (520-450 v.Chr.) griechischer Arzt und Philosoph Tiere seziierte. Er wird als Begründer der ärztlichen Forschung genannt. Kein Arzt kommt ohne anatomische Kenntnisse aus. „Ein Arzt ohne Anatomie ist wie ein Maulwurf. Er arbeitet im Dunkeln und das Ergebnis sind – Erdhügel“.

Einer kleinen Auswahl von Männern, die sich zu allen Zeiten um die Anatomie verdient gemacht haben soll, alphabetisch geordnet, Dank gezollt werden.



Weit bis ins 17. Jahrhundert galt der „Kanon der Heilkunde“ des „Fürsten der Ärzte“ **Ali Ibn Sina Avicenna** (980 in Buchara-1037 in Ispahan) als bedeutendstes medizinisches Werk.

Sein aus fünf Büchern bestehendes Handbuch enthielt in den aus 22 Hauptabschnitten bestehendem dritten Buch u.a. Pathologie und topografische Anatomie. Die Klarheit des gesamten Werkes wird in seiner Art ohnegleichen in der gesamten Medizingeschichte bezeichnet.

Der glänzendste moderne Operateur **Christian Albert Theodor Billroth** (1829 Rügen-1894 Wien) wurde nicht nur zum Neuschöpfer der Chirurgie

von Kehlkopf, Speiseröhre und Baucheingeweiden. Er verfasste auch die „Allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie“, eines der schönsten Bücher medizinischer Literatur, die elf Auflagen erlebte. Einen Ruf als Ordinarius für Pathologie in Greifswald lehnte er ab und ging als Chirurg nach Zürich, später Wien. Klinik und pathologische Anatomie brachte er zu einer Synthese. Er hatte sich auch in pathologischer Anatomie habilitiert, publizierte vieles auf dem Gebiet der Histologie und beherrschte Mikroskop so gut wie Skalpell.



Santiago Ramon y Cajal (1852-1934) kam als Anatom und Histologe mit 29 Jahren auf den Lehrstuhl in Valencia. Er bearbeitete die Histologie von

Hirn und Rückenmark, den Aufbau der Netzhaut sowie des Gehörgangs. Er entdeckte Nervenzellen des Rückenmarks. Später gründete er in Madrid eine weltberühmte Schule von Neurohistologen. Für seine Arbeiten erhielt er 1906 den Nobelpreis.



Polen ehrt in einer Reihe berühmter Ärzte den wohl bedeutendsten Naturforscher



des Landes, den Anatomen, Zoologen und Anthropologen **Benedykt Dybowski** (1833-1930). Im polnischen Unabhängigkeitskampf

wurde er 15 Jahre nach Sibirien verbannt. Dort erforschte er Fauna und Flora am Baikalsee.

Bereits im Studium galt **Paul Ehrlichs** (1854-1915) Interesse der Histologie. Als

Oberrarzt der Charité versuchte er durch Färbung

von Gewebeschnitten den Geheimnissen des menschlichen Organismus auf die Spur zu kommen, indem er sich auf die Morphologie von Zellen und Geweben konzentrierte. Seine Immunitätslehre wurde Grundlage der Serumtherapie. Mit seiner Erfindung des Salvarsans wurde er zum Begründer der Chemotherapie. 1908 erhielt er den Nobelpreis.

In seinem 1728 herausgegebenen Buch „Le chirurgien dentiste ou traité des dents“ hat **Pierre Fauchard** (1678-1761), der Begründer der modernen Zahnheilkunde

eine genaue Beschreibung der Anatomie des Gebisses wiedergegeben.



Hier könnte man ja auch **Johann Wolfgang von Goethe** (1749-1832) nennen, der bei seinen Arbeiten über medizinische Gebie-

te 1784 das os incisivum, den Zwischenkiefer, den die Schneidezähne tragenden Teil des Oberkiefers entdeckt haben soll.



Erwähnt sei aber der wohl bedeutendste Arzt der Antike **Claudius Galen** (um 129-199) von Pergamon. Er war zunächst Gladiatorenarzt, später Leibarzt Marc

Aurels. Für ihn bildeten Anatomie und Physiologie die Grundpfeiler der Medizin. Seine anatomischen Kenntnisse soll er nach Vesalius bei der Sektion von Affen und Hunden gewonnen haben. Er habe sie kritiklos auf Menschen übertragen. Als Erster beschrieb er Herz und Hirnnerven. Nach ihm sind die Galenika benannt.



Als einer der ganz Großen seines Faches gilt der aus Deutschland stammende, dann Oesterreicher **Joseph Hyrtl** (1810-1894). Der bedeutende

Anatom wirkte in Prag und Wien. Seine Forderungen galten hauptsächlich der vergleichenden Anatomie, zuletzt der anatomischen Fachsprache. Er verfasste ein Lehrbuch der Anatomie mit vielen Auflagen und gründete ein Museum für vergleichende Anatomie.

Eine Postkarte trägt sein Bild sowie eine Marke Oesterreichs anlässlich des 7. europäischen Anatomiekongresses 1984 in Innsbruck.



Kenntnisse und Erfahrungen über Bau und Funktion des normalen menschlichen Körpers sind im alten Ägypten noch gering. Jedoch sind Bauch- und Brustorgane bekannt. Wahrscheinlich aus religiöser Scheu unterrichtete man sich bei der üblichen Einbalsamierung, wobei Körperteile freigelegt wurden nur wenig. Es wird aber berichtet, dass bei der oft aufwendigen Prozedur der Einbalsamierung die herausgenommenen Leber, Lunge, Magen und Innereien in eigenen Krügen aufbewahrt wurden. Im Zusammenhang damit wird der große Arzt der Heilkunst in Memphis **imhotep** genannt, der 3000 vor Christus lebte und als der wohl älteste bekannte Arzt der Welt gilt.

Leonardo da Vinci (1452 Florenz-1519 Frankreich) wirkte als einer der profilier-

testen Gelehrten des Mittelalters. Seine mehr als 750 erhaltenen anatomischen Zeichnungen übertreffen alle

bis dahin bekannten Kenntnisse vom menschlichen Körper. Über 30 Leichen präparierte er. Er schuf Zeichnungen von Knochen, Muskeln und Organen von Menschen und Tieren nach selbst hergestellten Präparaten. Seine wissenschaftliche Genauigkeit und die künstlerische Schönheit seiner Blätter sind unumstritten. Besonders veranschaulichte er den Bau der Hirnventrikel. Exakt bildete er den fetus in utero ab. Er erhielt den Beinamen des größten Anatomen seiner Epoche. Daneben war er Maler, Astronom, Architekt und Ingenieur.

Marcello Malpighi (1628-1694), Professor für Anatomie in Bologna, Pisa und Messina, Hauptarzt von Papst Innozenz XII. bahnte den Weg für die wissenschaftliche





Untersuchung der Lebewesen. Er entdeckte grundlegende Erkenntnisse auf dem Gebiet von Anatomie und Physiologie. Durch die Feststellung von Kapillaren am Ende der Blutgefäße lieferte er den Schlussstein für die Entdeckung des Blutkreislaufes durch den englischen Anatom William Harvey (1578-1657). Mehrere Entdeckungen tragen seinen Namen wie die Malpighischen Körperchen der Milz.

Johannes Evangelista Ritter von Purkinje (1883-1962) Pathologe und Neurohistologe in Breslau und Prag, Freund Goethes begründete die mikroskopische Anatomie. Er beschrieb die Daktyloskopie, entwickelte die Zellenlehre, entdeckte sowohl die Schweißdrüsen als auch die Ganglienzellen der Kleinhirnrinde. Die CSR ernannte ihn zum Nationalhelden.



Der Wiener Ordinarius für pathologische Anatomie **Carl Freiherr von Rokitansky** (1804 Königgrätz-1878 Wien) gilt mit Virchow (1821-1902)

als Begründer der modernen pathologischen Anatomie. Er verfasste ein Handbuch darüber in drei Bänden. Er verlangte grundsätzlich den Sektionsbefund zur Beurteilung der klinischen Erscheinungen am Lebenden heranzuziehen. 30.000 Autopsien soll er in 50 Jahren durchgeführt haben. Virchow nannte ihn den „Linné der pathologischen Anatomie“.

Der Arzt und Naturforscher **Johann Christian Senckenberg** (1707-1772) vermachte sein beträchtliches Vermögen einem 1763 von ihm gegründeten Institut, dem Senckenbergstift. Neben einem Krankenhaus und botanischem Garten enthielt es ein anatomisches Institut, das Senckenbergische Pathologie-Institut in Frankfurt.



Rembrandts berühmtes Gemälde, ausgestellt im Mauritushuis in Den Haag stellt „Die anatomische Vorlesung des Doktor Nikolaus Tulp“, geschaffen 1632 dar. **Nikolaus Tulp** (1593-1674) war ein angesehener Anatom, Richter und Stadtrat in Amsterdam. Auf dem Bild demonstriert Tulp die Sektion des linken Armes am Leichnam eines erhängten Verbrechers.



Andreas Vesalius wurde in der Neujahrsnacht 1514/15 in Brüssel geboren. Mit 23 Jahren ging er als Professor für Chirurgie und Anatomie nach Padua. Später wirk-

te er in Madrid und wurde Leibarzt Kaiser Karls V.. Er forderte die Autopsie der menschlichen Leiche als einzigen Weg zur Erkenntnis des Körperbaus. Unter Einsatz seines Lebens stahl er Leichen von Friedhöfen und Richtplätzen. Er begründete die neuzeitliche Anatomie, wie wir sie heute kennen. Er verfasste eine mit Gravierungen illustrierte Abhandlung über die Anatomie des Menschen: „De humani corporis fabrica libri septem“ die in Text und Illustration von hohem Niveau und künstlerischer Qualität als eines der bedeutendsten Bücher der Menschheitsgeschichte gilt. Mit der Hebung des Anatomieunterrichtes auf eine hohe Stufe gab er unmittelbaren Anlass zu dem gewaltigen Aufschwung der Anatomie in Europa. 1564 ertrank er bei einem Schiffbruch.

Den Professor der vergleichenden Anatomie **Agoston Zimmermann** (1875-1963), Tierarzt von Beruf ehrte sein Heimatland Ungarn anlässlich seines 100. Geburtstages.



Anschrift des Verfassers

Dr. med. Hans Hermann Dietrich
35066 Frankenberg/Eder
(Anschrift ist der Redaktion bekannt)

Sie waren auch auf Martinique? Klaus Britting

Seit Oberarzt Dr. Fleißner im letzten Jahr einen dreiwöchigen Segeltörn in der Karibik verbrachte, wurden immer mehr Mitarbeiter des Krankenhauses in den Folgemonaten beobachtet, wie sie ganz ungeniert großformatiges Prospektmaterial über die Antillen in ihren winzigen Aufenthaltsräumen ausbreiteten und mit Kollegen darüber diskutierten. Drei Mitarbeiter flogen dann wirklich dort hin. Natürlich warteten die Zurückgebliebenen gespannt auf die Urlaubsberichte.

Rosemarie Rausch, eine quirlige, ebenso lustige wie füllige Krankenschwester aus der Gynäkologie, war eine Woche mit einer Freundin auf Barbados. Sie kennt jetzt sämtliche Nachtbars und Rum-Mixgetränke und ist begeistert von den „unwahrscheinlich gut aussehenden Boys“. Weil sie meist erst in den späten Morgenstunden ins Bett kam, hat sie von der Insel und der übrigen Karibik ansonsten nicht viel gesehen. Sie konnte sich allerdings verschwommen an Vulkankegel erinnern, zu deren Besichtigung die Reiseleitung sie eines Morgens aus dem Tiefschlaf geholt hatte. Unaufhörlich bestätigte sie den begierig zuhörenden

Kolleginnen, dass die schwarzen Boys auf Barbados einfach Klasse seien.

Harry Hurtig, ein jüngerer Pfleger in der Inneren Abteilung und als Frauenheld im ganzen Haus bekannt, wollte natürlich nicht fehlen, wenn es darum ging, zu zeigen, was ein toller Hecht ist. Er leistete sich „eine exotische Woche“ in der Dominikanischen Republik und wunderte sich zunächst, die 300 Flugpassagiere alle in seinem Hotel wieder zu treffen, was er nicht ganz so exotisch fand. Angeblich ist er bei den dunklen Señoritas jedoch voll auf seine Kosten gekommen, wie er jedem erzählte. Hinten herum hörte man allerdings, dass er sich die gesamte Zeit in dem Großhotel einer weiblichen Chorgruppe aus Weinheim gewidmet hatte. Die Karibik findet Harry „ganz toll“, verbringt aber seinen nächsten Urlaub billiger – bei einer Sopranistin im Odenwald.

Gestern ist auch der Chefarzt der Orthopädie von einer bestimmt sehr teuren Kreuzfahrt auf einem Luxusliner aus der Karibik zurück gekehrt. Mittags stürmten die Mitarbeiter im Flur auf ihn zu und bedrängten ihn mit Fragen. „Ein einmaliges Erlebnis,

ich war in den zwei Wochen auf insgesamt 27 Inseln. Viele amerikanische Millionäre an Bord!“ „Und wo war es am schönsten?“, wollten alle wissen. „Schwer zu sagen, aber in Martinique hat es mir besonders gut gefallen.“ „Sie waren auch auf Martinique?“, tönt da eine dunkle, vertraute Stimme aus dem Hintergrund. Hausmeister Schlosser ist mit der Leiter im Arm hinzugetreten.

Alle Augen richten sich überrascht auf den älteren Mann, als dieser weiter fragt: „Haben Sie den Botanischen Garten in Fort-de-France besucht? Und das Gauguin-Museum?“ „Ja, der Botanische Garten ist eine wahre Pracht, zum Museumsbesuch war leider keine Zeit“, sagt der Chefarzt mit erstauntem Blick. „Sicher waren Sie auch in Guadeloupe auf dem Vulkankegel?“ „In Guadeloupe waren wir natürlich, aber auf den Berg wollte keiner steigen.“ „Und wie gefiel Ihnen die Place de la Victoire?“, will der Hausmeister nun wissen. „Welche Place ...?“, fragt der Finanzchef. „Die Place de la Victoire in Pointe-à-Pitre auf Guadeloupe“, sagt der Hausmeister aufgeregt. „Ach so, ja, recht hübsch“, beeilt sich der Orthopäde, doch Hausmeister Schlosser lässt ihn kaum ausatmen: „Und wie fanden Sie St. Barthélémy, wo die Millionäre ihre Villen haben?“ „Extravagant! Einfach exklusiv!“, schnappt der Mediziner nach Luft. „Haben Sie auch das Calabash Hotel auf Grenada gesehen? Ist das nicht phantastisch?“, ruft der Hausmeister nun voll Entzücken. „Ja, wirklich hübsch diese Hotels, aber wir hatten ja unser Schiff!“, entgegnet der Chefarzt irritiert und sagt dann zum Hausmeister: „Ich bin ganz erstaunt über Ihre Kenntnisse. Wann waren Sie denn in der Karibik, Herr Schlosser?“

„In der Karibik? Nein, das kann ich mir nicht leisten. Ich sammle Reiseführer!“

Anschrift des Verfassers

Klaus Britting, 24866 Busdorf

(Anschrift ist der Redaktion bekannt)

Professor Winkelmann 80 Jahre

Professor Dr. med. Otto Winkelmann feierte am 13. Februar 2011 seinen 80. Geburtstag. Einige Stationen des Werdegangs des Frankfurter Kollegen seien kurz genannt. Er promovierte 1962 an der Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin mit einer Dissertation zur Geschichte der Dermatologie und Venerologie; sein Doktorvater war Professor Dr. Heinz Goerke. Von 1963 bis 1971 war er wissenschaftlicher Assistent an den medizinhistorischen Instituten in Berlin und in Frankfurt am Main. Seine Habilitation für das Fach Geschichte der Medizin erfolgte mit einer pädiatriehistorischen Arbeit 1968 in Berlin; zum Professor wurde er 1971 in Frankfurt ernannt. Von 1993 bis zu seiner Pensionierung im Jahr 1996 war er Geschäftsführender Direktor des Senckenbergischen Instituts für Geschichte (jetzt: und Ethik) der Medizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Er ist verheiratet mit der Diplom-Bibliothekarin Ingeborg Raue-Winkelmann, die als langjährige Bibliothekarin des Frankfurter Instituts seine medizinhistorischen Interessen tatkräftig teilt.

Ein Schwerpunkt der Forschungen von Professor Winkelmann sind biographische Studien, vor allem über Ärzte des 19. und 20. Jahrhunderts. Dazu gehören Publikationen über Ludwig Rehn, den ersten Ordinarius für Chirurgie der Frankfurter Universität, und über den Sexualwissenschaftler Albert Moll. Sodann sind die deutsch-türkischen Beziehungen zu nennen, die schon lange vor der Zeit des Dritten Reiches bestanden, als viele deutsche Ärzte, u.a. der Frankfurter Pathologe Philipp Schwartz, in die Türkei emigrierten. Weitere Forschungsschwerpunkte des breit gefächerten Interesses von Otto Winkelmann sind so unterschiedliche Themen wie die Trinkwasserversorgung antiker Städte, die Geschichte der Frankfurter Medizinischen Gesellschaft und museumspädagogische Aspekte von medizinhistorischen Sammlungen. Etwas Besonderes an diesem „Objekt-Interesse“ des Jubilars soll erwähnt werden: Professor Winkelmann hat mit Erfolg den Neubau des „Frankfurter Lichtleiters“ angeregt, des ersten Endoskopie-

gerätes von 1806, das anhand der Pläne und der Beschreibung seines Erfinders, des Frankfurter Arztes Philipp Bozzini, nachgebaut wurde.

Meine Lieblingslektüre aus dem Winkelmannschen Oeuvre ist seine Probevorlesung im Rahmen des Berliner Habilitationsverfahrens mit dem schönen Titel „Wer soll und wer darf Arzt werden?“ und dem schlichten Untertitel „Historische Betrachtungen“, erschienen im Medizinhistorischen Journal 3 (1968), S. 294-309.

Professor Winkelmann hat etliche Male im „Hessischen Ärzteblatt“ publiziert. Auf weitere Beiträge, die oft mit einem hintergründigen Humor gewürzt sind, dürfen wir gespannt sein!



Professor Dr. Helmut Siefert



CharityAward 2011

Am 20. Oktober 2011 wird von Springer Medizin zum 3. Mal der CharityAward verliehen.

Mit diesem Preis wird das herausragende Engagement einer Stiftung/Organisation/Institution ausgezeichnet, die sich in besonderer Weise der Gesundheitsversorgung in Deutschland verpflichtet fühlt. Damit würdigt die Fachverlagsgruppe die vielen Menschen, die Tag für Tag ehrenamtlich für Patienten, ihre Angehörigen sowie für andere bedürftige Gruppen unverzichtbare Dienste leisten.

- Dotiert ist der Preis mit einem Springer Medizin-Medienpaket im Wert von 100.000 Euro.
- Bewertungskriterien sind: soziales Engagement, Nachhaltigkeit, Vorbildwirkung, gesellschaftliche Relevanz.
- Eine unabhängige Experten-Jury wählt aus den eingereichten Bewerbungen zehn Kandidaten für die Shortlist aus.

- Diese werden in ausgewählten Springer Medizin-Fachtiteln ausführlich vorgestellt.
- Über den Sieger entscheiden anschließend die Leser dieser Fachzeitschriften.
- Der Sieger wird im Rahmen der Springer Medizin-Gala am Abend des 20. Oktober 2011 in Berlin bekannt gegeben und geehrt.

Interessierte können sich bis zum 31. März 2011 bewerben.

Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Bitte schicken Sie Ihre Bewerbungsunterlagen (Kurzbeschreibung Ihrer Institution auf zwei Seiten DIN A4, Flyer oder Link zu Ihrer Website) an:

Springer Medizin
Ärzte Zeitung Verlags GmbH, z.Hd. Renate Röhrs,
Postfach 200 251, 63077 Offenbach,
E-Mail: renate.roehrs@springer.com

Landesärztekammer Hessen

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Professor Dr. med. Ralph Schubert, Frankfurt, am 13. April.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Renate Iben, Bad Nauheim, am 13. April,
Dr. med. Wolfgang Bader, Rosbach, am 14. April.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Professor Dr. med. Wulf Rummel, Kassel, am 1. April,
Dr. med. Gerhard Wittich, Melsungen, am 11. April.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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

Richtige Antworten

Zu den Multiple Choice-Fragen „**Weibliche Sexualstörungen – Diagnostik und Therapie, ein bio-psychosozialer Ansatz**“ in der Januar-Ausgabe 2011, Seite 23

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

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Mirza Becker, Bad Orb
* 9.8.1925 † 20.10.2010

Dr. med. Paul Wolfgang Blank, Limburg
* 10.2.1917 † 21.12.2010

Stephanie Elisabeth Böning, Frankfurt
* 7.7.1977 † 1.1.2011

Dr./Univ.Bukarest Nicolae Bretin, Wiesbaden
* 16.2.1921 † 3.12.2010

Professor Dr. med. Detlef Cabanis, Fronhausen
* 28.2.1921 † 18.12.2010

Dr. med. Heide Goebel, Frankfurt
* 23.4.1922 † 4.10.2010

Dr.-medic. Marianne Ionescu, Bad Homburg
* 21.8.1952 † 13.11.2010

Dr. med. Ottmar Kern, Eschwege
* 24.7.1920 † 21.11.2010

Professor Dr. med. Karl Klütsch, Wetzlar
* 31.5.1926 † 4.1.2011

Dr. med. Thomas Köhler, Wiesbaden
* 20.9.1941 † 22.12.2010

Dr. med. Kurt Lang, Bad Orb
* 19.7.1917 † 15.11.2010

Dr. med. Milorad Mandic, Stadtallendorf
* 19.1.1933 † 23.12.2010

Dr. med. Georg Mittermaier, Offenbach
* 5.1.1929 † 12.12.2010

Dr./Univ.Zagreb Sime Modric, Hofheim
* 24.5.1930 † 11.6.2010

Doctor in stiinte medicale (Dr. med.) Michael Panijel, Frankfurt
* 22.11.1922 † 15.11.2010

Professor Dr. med. Helmut Riemann, Bad Nauheim
* 23.10.1926 † 28.11.2010

Dipl.-Med. Torsten Schwarz, Grebenhain
* 8.8.1950 † 16.11.2010

Dr. med. Ahmed El Sigai, Frankfurt
* 20.4.1933 † 16.12.2010

Professor Dr. med. Robert Wahl, Bad Vilbel
* 25.6.1943 † 24.11.2010

Dr. med. Jasmin Geraldine Wiesner, Gießen
* 11.6.1965 † 7.12.2010

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Susanne Skrabal, tätig bei Dr. med. H. Köhler, Wetzlar

Jessica Port, tätig bei Dr. med. C. Becker und D. Eschenburg, Grünberg

Silke Eisfeld, tätig bei N. Frank, Witzenhausen

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

Petra Wiessner, seit 20 Jahren tätig bei J. de Boor und F. P. Blecher, Rabenau

Beate Fleischmann, seit 13 Jahren tätig bei Dr. med. H. Köhler, Wetzlar

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

Zum **40-jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir der Arzthelferin

Margret Reinspach, tätig bei Dr. med. S. Zyganow und

Dr. med. G. Wellermann, vormals Dr. med. R. Faßbender, Wiesbaden

In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde dieser Arzthelferin eine Ehrenurkunde ausgehändigt.

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

Susanne Schulze, tätig bei Dr. med. R. Henze und Dr. med. N. Henze, Meißner

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

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis Nr. HS/K/9588, ausgestellt am 9.3.2007, für Gesa Henniges-Esser, Kassel,

Arztausweis Nr. o60013070, ausgestellt am 16.6.2009, für Dr. med. Vanessa Isabel Gies, Frankfurt,

Arztausweis Nr. F/H/11412, ausgestellt am 11.6.2003, für Dr. med. Claudia Heiler, Frankfurt,

Arztausweis Nr. o60012478, ausgestellt am 24.4.2009, für Sabine Langer, Kassel,

Arztausweis Nr. HS/F/14557, ausgestellt am 4.10.2007, für Dr. med. Kathrin Madeleine Schnoes, Frankfurt,

Arztausweis Nr. o60011278, ausgestellt am 5.2.2009, für Dr. med. Andreas Stumpf, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/K/5871, ausgestellt am 31.7.2002, für Jeanette Vocht, Kassel.

**Einladung zur 7. ordentlichen
Delegiertenversammlung
der Landesärztekammer Hessen
14. Legislaturperiode 2008-2013**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
zur 7. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Legislaturperiode 2008-2013 lade ich Sie für

Sonnabend, den 26. März 2011, 10:00 Uhr s.t.,

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

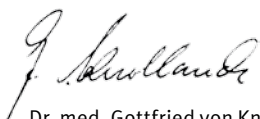
TAGESORDNUNG

1. Begrüßung
2. Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung
3. Genehmigung des Beschlussprotokolls der 6. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 27. November 2010
4. Bericht des Präsidenten
5. Vortrag zum Thema Geriatrie
6. Versorgungswerk
7. Aufwandsentschädigung für Mandatsträger
8. Vorschläge zur Besetzung des Berufsgerichts für Heilberufe bei dem Verwaltungsgericht Gießen mit ehrenamtlichen Richterinnen und Richtern
9. Änderung der Hauptsatzung und der Geschäftsordnung der LÄKH
10. Änderung der Weiterbildungsordnung
11. Änderung der Beitragsordnung
12. Änderung der Fortbildungssatzung
13. Änderung der Kostensatzung
14. Änderung der Meldeordnung
15. Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung
 - a) Bericht des Vorsitzenden der Akademie
 - b) Änderung der Akademiesatzung
16. Statusbericht (Muster-)Berufsordnung
17. Verschiedenes

Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten.

Frankfurt am Main, den 2. Februar 2011

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



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

**Förderkreis
Bad Nauheimer Gespräche e.V.**

Gesellschaftspolitisches Forum

veranstaltet am

Sonntag, dem 6. März 2011, um 11 Uhr

in der

Landes Zahnärztekammer Hessen
Rhönstraße 4, 60528 Frankfurt am Main

**eine
AUTORENLESTUNG
– Matinee –**

Kathrin Schmidt

liest

„Du stirbst nicht“

(Verlag Kiepenheuer & Witsch, 2009)

Eine Frau erwacht nach einer Hirnblutung aus dem Koma und ist auf der Suche nach der verlorenen Sprache und ihrem Gedächtnis. Ihr Weg zurück ins Leben konfrontiert sie mit einer fremden Frau, die doch einmal sie selbst war. Ein berührender Erfahrungsbericht über die mühsamen Schritte zurück in die menschliche Existenz, die Identität. *Kathrin Schmidt* gelingt es, die Orientierungslosigkeit einer Hirnpatientin und ihre Suche nach sich selbst so zu schildern, dass man als Leser in deren Körper und Geist sich wieder findet.

1958 geboren in Gotha/Thüringen
1976-81 Studium der Psychologie, Jena
1986-87 Sonderstudium am Literaturinstitut Leipzig
Tätigkeiten: wissenschaftliche Assistentin, Redakteurin, Kinderpsychologin, Mitwirkung am „Runden Tisch“ in Ostberlin
seit 1994 freie Schriftstellerin, Mitglied des P.E.N. Zentrums Deutschland

Kathrin Schmidt wurde für ihr Werk mehrfach ausgezeichnet, 2009 mit dem Deutschen Buchpreis für „Du stirbst nicht“.

Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt frei!

Praktikanten in Arztpraxen

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

Ein Informationsblatt für Ärzte

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

Betriebspraktika leisten aber immer auch einen Beitrag zu einer gut vorbereiteten und begründeten Berufswahl. Im Folgenden wollen wir einen kurzen Überblick über Praktika für Schüler geben und auf die dabei in einer Arztpraxis zu beachtenden Verordnungen und Vorschriften sowie auf mögliche Probleme hinweisen.

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

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

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

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

Folgende Maßnahmen des Gesundheitsschutzes sind zu beachten:

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

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

Nachfolgend geben wir Ihnen eine Impfempfehlung:

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

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

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

2. Es muss sichergestellt sein, dass die Praktikanten keinerlei Infektionsgefahren ausgesetzt werden. Es handelt sich hier um im Gesundheitsdienst absolut unerfahrene Personen. Da diese i.d.R. nicht vorsorgeuntersucht (schulärztliche Untersuchung erfolgt nur in Einzelfällen) sind, können auch Praktikanten mit chronischen Erkrankungen (Ekzem, Allergien, Diabetes etc.) in einer Praxis einer Infektion ausgesetzt werden, die schwere gesundheitliche Schäden zur Folge haben können. Hier spielen z.B. Viruserkrankungen wie Hepatitis A und B, Cytomegalie- und Epstein-Barr-Virus-Infektionen, Adeno- und Herpes-Viren eine vorrangige Rolle. Aber auch bakterielle Infektionen dürfen nicht vergessen werden (Tbc, Salmonellen u.a.). Immerhin suchen nicht gesunde Personen, sondern Kranke mit oft ungeklärter Diagnose den Arzt auf.

3. Praktikanten (insbesondere im Rahmen des kurzzeitigen Schülerbetriebspraktika der allgemeinbildenden Schulen) dürfen keinen Umgang mit Blut, Urin, Speichel u.a. Ausscheidungen haben. Ihnen dürfen keine Tätigkeit mit schneidenden und stechenden Gegenständen übertragen werden.

4. Der Betrieb muss gewährleisten, dass alle zum Schutz von Leben, Gesundheit und Sittlichkeit der Praktikanten erforderlichen Maßnahmen getroffen werden. Die Praktikanten dürfen keine Arbeiten verrichten, die ihre körperlichen Kräfte übersteigen oder bei denen sie sittlichen Gefahren ausgesetzt sind oder ihre körperliche oder geistig-seelische Entwicklung gefährdet ist.

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

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

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

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

Landesärztekammer Hessen

Abt. Ausbildungswesen:

Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen

Delegierte zum 114. Deutschen Ärztetag vom 31. – 3. Juni 2011 in Kiel

Die Delegiertenversammlung hat am 27. November 2010 beschlossen, folgende Personen zum 114. Deutschen Ärztetag 2011 in Kiel und zu ggf. vor dem 114. Deutschen Ärztetag stattfindenden außerordentlichen Deutschen Ärztetagen zu entsenden:

	Delegierte	Stellvertretung
Liste 1	Fachärzte Hessen 1. Dr. med. Klaus Heckmann, Wiesbaden 2. Professor Dr. med. Alexandra Henneberg, Echzell 3. Dr. med. Klaus König, Eschborn 4. Frank-Rüdiger Zimmeck, Limburg	5. Dr. med. Hans-Martin Hübner, Langgöns (Liste 6, NAV-Virchowbund) 6. Dr. med. Wolf Andreas Fach, Bruchköbel 7. Dr. med. Snjezana Krückeberg, Bad Homburg 8. Dr. med. Peter Zürner, Göttingen
Liste 3	Fachärzte 60+ 1. Dr. med. Alfred Möhrle, Frankfurt	2. Dr. med. Georg Holfelder, Frankfurt
Liste 5	Ältere Ärzte 1. Dr. med. Gabriel Nick, Braunfels	2. Dr. med. Jürgen Glatzel, Bensheim
Liste 7	Marburger Bund 1. Dr. med. Günther Golla, Darmstadt 2. Dr. med. Susanne Johna, Kiedrich 3. Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph, Kassel 4. PD Dr. med. Andreas Scholz, Gießen 5. Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak, Frankenberg	6. Dr. med. Christian Piper, Wiesbaden 7. Dr. med. Titus Schenck zu Schweinsberg, Stadtallendorf 8. Dr. med. Matthias Moreth, Eschborn 9. Joachim Odenwald, Wetzlar 10. Professor Dr. med. Horst Kuni, Marburg
Liste 8	Die Hausärzte 1. Dr. med. Dieter Conrad, Neuental 2. Michael Thomas Knoll, Lich 3. Dr. med. Detlev Steininger, Darmstadt 4. Dr. med. Egbert Reichwein, Villmar	5. Dr. med. Günter Haas, Lautertal 6. Erich Lickroth, Lützelbach 7. Dr. med. Gerd W. Zimmermann, Hofheim 8. Michael Andor, Groß-Gerau
Liste 9	ÄrztINNEN Hessen 1. Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke, Frankfurt 2. Dr. med. Brigitte Hentschel-Weiß, Groß-Gerau	3. Monika Buchalik, Hanau 4. Dr. med. Claudia Jacobi, Groß-Gerau
Liste 10	Demokratische Ärztinnen und Ärzte 1. Professor Dr. med. Cornelia Krause-Girth, Frankfurt	2. Dr. med. Brigitte Ende, Buseck

Frankfurt, den 10. Februar 2011

gez. Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

– Präsident –

Haushaltsvoranschlag 2011

Der von der Delegiertenversammlung am 27. November 2010 beschlossene Haushaltsvoranschlag 2011 (mit Anlagen) liegt gemäß § 1 Abs. 15 der Haushalts- und Kassenordnung vom 3. Dezember 2003 in der Zeit vom **7. bis 18. März 2011** im Verwaltungsgebäude in Frankfurt/Main, Im Vogelsgesang 3, Zimmer des Kaufmännischen Geschäftsführers, während der allgemeinen Dienstzeiten (Montag bis Freitag von 9:00 bis 12:00 Uhr, Montag und Donnerstag von 14:00 bis 17:00 Uhr, Dienstag und Mittwoch 14:00 bis 15:30 Uhr) für alle Kammermitglieder zur Einsichtnahme aus.

Frankfurt, den 27. Dezember 2010

gez. Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

– Präsident –

117. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

Samstag, 30. April bis Dienstag, 3. Mai 2011

Rhein-Main-Hallen, Friedrich-Ebert-Allee, 65185 Wiesbaden

Der 117. Internistenkongress findet vom 30. April bis 3. Mai 2011 in Wiesbaden statt. Damit bündelt die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin das wissenschaftliche Fortbildungsprogramm ihrer Jahrestagung auf vier kompakte Kongresstage. Die Hauptthemen sind klinische Epidemiologie, Stoffwechselmedizin, Immunität und Entzündung sowie personalisierte Therapie in der Onkologie. Unter dem Leitthema „Lebensphasen“ stellen die Veranstalter internistische Fragestellungen von der vorgeburtlichen Phase bis zur Altersmedizin vor. Auch in 2011 veranstaltet die DGIM begleitend zum Kongress einen Patiententag: Am Samstag, den 30. April 2011, stehen Experten Patienten und Interessierten im Wiesbadener Rathaus Rede und Antwort zu verschiedensten internistischen Erkrankungen. Das komplette Programm finden Sie unter www.dgim2011.de

Jahresabschluss der Landesärztekammer Hessen zum 31. Dezember 2009

Bilanz zum 31. Dezember 2009

Aktiva

	31.12.2009	31.12.2008
	€	T€
A. Anlagevermögen		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände		
1. Software	169.035,49	198.754,56
2. Geleistete Anzahlungen	28.653,36	0,00
	197.688,85	198.754,56
II. Sachanlagen		
1. Grundstücke und Bauten	15.213.525,35	15.694.921,06
2. Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung	1.326.459,79	1.373.160,17
	16.539.985,14	17.068.081,23
III. Finanzanlagen		
Beteiligungen	4.579,74	4.579,74
	16.742.253,73	17.271.415,53
B. Umlaufvermögen		
I. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände		
1. Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	48.685,00	50.545,00
2. Forderungen gegen Unternehmen, mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht	48.615,14	62.755,28
3. Forderungen aus Investitionsförderung	40.750,00	823.010,00
4. Sonstige Vermögensgegenstände	1.072.370,53	1.211.289,65
	1.210.420,67	2.147.599,93
II. Wertpapiere	16.951.730,00	16.752.060,60
III. Kassenbestand und Guthaben bei Kreditinstituten	8.093.428,05	4.704.095,43
	26.255.578,72	23.603.755,96
C. Rechnungsabgrenzungsposten	161.335,99	271.538,94
	43.159.168,44	41.146.710,43

Treuhandvermögen

774.477,00

846.979,68

Passiva

	31.12.2009	31.12.2008
	€	T€
A. Eigenkapital		
I. Rücklagen		
1. Betriebsmittelrücklage		
Stand Vortrag	14.442.801,18	12.099.378,20
Einstellung in die Betriebsmittelrücklage	1.390.188,53	2.271.439,98
Zuführung aus den zweckgebundenen Mitteln	0,00	71.983,00
Stand 31.12.	15.832.989,71	14.442.801,18
2. Investitionsrücklage	3.500.000,00	3.500.000,00
	19.332.989,71	17.942.801,18
II. Zweckgebundene Mittel		
Stand Vortrag	15.142,69	157.483,62
Entnahme aus den zweckgebundenen Mitteln	-15.142,69	-71.983,00
Umgliederung in Sondervermögen	0,00	-70.357,93
Stand 31.12.	0,00	15.142,69
	19.332.989,71	17.957.943,87
B. Sonderposten für erhaltene Investitionszuschüsse	4.620.473,96	4.827.261,48
C. Rückstellungen		
1. Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen	13.873.263,00	12.955.573,00
2. Steuerrückstellungen	82.350,82	0,00
3. Sonstige Rückstellungen	1.835.049,64	1.428.918,68
	15.790.663,46	14.384.491,68
D. Verbindlichkeiten		
1. Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten	2.748.187,81	2.790.026,17
2. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	183.691,92	636.456,48
3. Verbindlichkeiten aus Investitionsförderung	36.491,67	25.693,67
4. Sonstige Verbindlichkeiten	440.749,91	514.409,08
(davon aus Steuern € 135.310,59; Vorjahr T€ 128)		
	3.409.121,31	3.966.585,40
E. Rechnungsabgrenzungsposten	5.920,00	10.428,00
	43.159.168,44	41.146.710,43

Treuhandverbindlichkeiten

774.477,00

846.979,68

Anhang 2009

I. Allgemeines

Der Jahresabschluss zum 31. Dezember 2009 ist nach den Vorschriften des HGB für große Kapitalgesellschaften aufgestellt. Die davon abweichende Gliederung der Gewinn- und Verlustrechnung folgt dem Haushaltsplan der Körperschaft.

II. Bilanzierungs- und Bewertungsgrundsätze

Die Bilanzierung erfolgt im Berichtsjahr erstmalig unter freiwilliger Anwendung des Bilanzmodernisierungsgesetzes (BilMoG).

Die immateriellen Vermögensgegenstände und Sachanlagen sind zu Anschaffungs- bzw. Herstellungskosten (einschließlich nicht abzugsfähiger Vorsteuer) abzüglich Abschreibungen bewertet. Die planmäßigen Abschreibungen werden entsprechend der voraussichtlichen Nutzungsdauer nach der linearen Methode vorgenommen. Die Abschreibung auf Zugänge zum beweglichen Sachanlagevermögen erfolgt pro rata temporis (monatsgenau). Die Abschreibungszeiträume betragen zwischen drei und fünf Jahre

bei EDV-Programmen, 30 Jahre bei den Gebäuden (Ausnahmen: Büroappartments 18 bzw. 20 Jahre, Außenanlagen des Seminargebäudes 12,5 Jahre, Zaunanlage zwölf Jahre) und drei bis 15 Jahre bei anderen Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung. Geringwertige Anlagegegenstände mit Anschaffungskosten bis zu einer Höhe von 410 Euro werden sofort abgeschrieben und ihr Abgang wird unterstellt.

Die zur Finanzierung von Sachanlagen in den Vorjahren erhaltenen öffentlichen Zuschüsse wurden in einen passiven Sonderposten eingestellt, der entsprechend der Abschreibungsdauer der bezuschussten Sachanlagen ertragswirksam aufgelöst wird.

Die Finanzanlagen wurden zu Anschaffungskosten angesetzt.

Die Forderungen und sonstigen Vermögensgegenstände – ausgenommen ungewisse Beitragsforderungen – sind zum Nennwert bilanziert; erkennbare Risiken sind durch Wertberichtigungen gedeckt. Ungewisse Beitragsforderungen (fehlende Selbsteinstufung) wurden mit dem durchschnittlich ausstehenden Kammerbeitrag angesetzt.

Die Wertpapiere des Umlaufvermögens sind mit ihren Anschaffungskosten bzw. dem niedrigeren Kurswert zum Bilanzstichtag angesetzt.

**Gewinn- und Verlustrechnung für die Zeit
vom 1. Januar bis 31. Dezember 2009**

	2009	2008
	€	T€
1. Kammerbeiträge	14.212.808,11	13.120.356,17
2. Zinsen und ähnliche Erträge	422.802,87	786.087,05
3. Übrige Erträge	7.472.944,92	7.289.009,41
	22.108.555,90	21.195.452,63
4. Personalaufwand		
a) Löhne und Gehälter	8.101.520,28	7.350.370,46
b) Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung und für Unterstützung (davon für Altersversorgung € 1.527.553,38; Vorjahr € 723.792,50)	3.002.030,93	2.164.398,89
	11.103.551,21	9.514.769,35
5. Abschreibungen für immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen	981.097,90	966.687,16
6. Sonstige betriebliche Aufwendungen	8.302.028,85	8.241.469,63
7. Abschreibungen auf Finanzanlagen und auf Wertpapiere des Umlaufvermögens	200.380,00	50.153,73
8. Zinsen und ähnliche Aufwendungen	146.452,10	148.389,00
	20.733.510,06	18.921.468,87
9. Ergebnis der gewöhnlichen Kammertätigkeit	1.375.045,84	2.273.983,76
10. Steuern vom Einkommen und vom Ertrag	0,00	2.543,78
11. Jahresüberschuss	1.375.045,84	2.271.439,98
12. Entnahme aus zweckgebundenen Mitteln	15.142,69	0,00
13. Einstellung in die Betriebsmittellrücklage	-1.390.188,53	-2.271.439,98
14. Bilanzgewinn	0,00	0,00

Die unter den aktiven und passiven Rechnungsabgrenzungsposten ausgewiesenen Beträge wurden in Höhe der vorausbezahlten Aufwendungen bzw. vereinnahmten Erträge unter Berücksichtigung der künftigen Laufzeiten der zugrunde liegenden Verträge ermittelt.

Die Rückstellungen sind erstmals nach den Regelungen des Bilanzmodernisierungsgesetzes (BilMoG) gebildet worden. Die Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen wurden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen mit dem steuerlichen Teilwert unter Verwendung der Richttafeln 2005G von Professor Dr. Klaus Heubeck berechnet. Dabei wurde gemäß der RückAbzinsVO der von der Deutschen Bundesbank zum 31. Dezember 2009 ermittelte Rechnungszins von 5,25 % (durchschnittlicher Marktzinssatz bei einer angenommenen Restlaufzeit von 15 Jahren) verwendet. Außerdem wurde eine Rentendynamik von 1,00 % p.a. für alle Anwärter und Rentner ab dem 1. Januar 2003 sowie von 2 % p.a. für alle Rentner nach altem Versorgungsregelwerk berücksichtigt. Für die Anwartschaftsdynamik wurden ebenfalls 2 % p.a. angesetzt.

Die Bewertung der Jubiläumsrückstellung basiert auf dem Pauschalwertverfahren gemäß BMF-Schreiben vom 29. Oktober 1993. Die gebildeten Jubiläumsrückstellungen sind mit ihrem Barwert (Abzinsungsfaktor: 5,25 % p.a.) und einer angenommenen jährlichen Kostensteigerung von 2 % angesetzt.

Die Rückstellung für die Altersteilzeit wurde wegen der zum 1. Januar 2010 ausgelaufenen gesetzlichen Förderfähigkeit gemäß § 16 Altersteilzeitgesetz nur noch für die tatsächlich abgeschlossenen Altersteilzeitverträge berechnet. Die dafür tatsächlich noch anfallenden Personalkosten bestehend aus Aufstockungsbetrag und laufender Vergütung wurden bis zum Vertragsende vorausberechnet und zurückgestellt.

Der Wertansatz der übrigen Rückstellungen berücksichtigt alle erkennbaren Risiken auf der Grundlage vorsichtiger kaufmännischer Beurteilung.

Die Verbindlichkeiten sind zu ihrem jeweiligen Rückzahlungsbetrag angesetzt.

III. Angaben und Erläuterungen zur Bilanz und zur Gewinn- und Verlustrechnung

Die Zusammensetzung und Entwicklung des Anlagevermögens sind aus dem Anlagenspiegel ersichtlich.

Es besteht eine Beteiligung in Höhe von 11,1 % an der Versicherungsvermittlungsgesellschaft für ärztliche Gruppenversicherungsverträge mit beschränkter Haftung, Hannover. Das Geschäftsjahr 2009 der Gesellschaft schließt mit einem Jahresüberschuss von T€ 137, das Eigenkapital am 31. Dezember 2009 beträgt T€ 164.

Des Weiteren werden unter den Finanzanlagen zwei Geschäftsanteile an der Deutschen Apotheker- und Ärztekasse in Höhe von T€ 3 ausgewiesen.

Die Forderungen gegen Unternehmen, mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht, betreffen Gewinnansprüche aus der Beteiligung an der Versicherungsvermittlungsgesellschaft für ärztliche Gruppenversicherungsverträge mit beschränkter Haftung, Hannover.

Die sonstigen Vermögensgegenstände enthalten im Wesentlichen mit T€ 576 Beitragsforderungen, mit T€ 51 Forderungen aus Ansprüchen gegen Ärzte aus Berufungsgerichtsverfahren sowie mit T€ 38 abgegrenzte Zinserträge.

Bei den Forderungen aus Fördermitteln handelt es sich um die letzte Fördermittelrate des Bundes, die im Jahr 2010 vorbehaltlich der Prüfung des Verwendungsnachweises abgerufen werden kann.

Auf die Wertpapiere des Umlaufvermögens wurden aufgrund gesunkener Stichtagskurse gemäß § 253 Abs. 3 Satz 1 HGB Abschreibungen von T€ 200 vorgenommen.

Die zweckgebundenen Mittel entfallen auf die „Akademie für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin“ (AKASU). Der Fehlbetragssaldo der AKASU für das Jahr 2009 in Höhe von T€ 85 wurde mit dem Restbestand der zweckgebundenen Mittel in Höhe von T€ 15 verrechnet und den Rücklagen der Körperschaft entnommen. Dadurch wurden die zweckgebundenen Mittel gänzlich verbraucht. Die sonstigen Rückstellungen betreffen im Wesentlichen mit T€ 489 Jubiläumsrückstellungen, mit T€ 300 Rückstellungen für Prozess- und Gerichtskosten, mit T€ 215 Rückstellungen für Überstunden und nicht genommenen Urlaub, mit T€ 130 die Rückstellungen für Altersteilzeit, sowie mit T€ 90 Rückstellungen für Archivierung.

Die Auswirkungen aus der erstmaligen Bewertung nach BilMoG hat zu einer Erhöhung der Rückstellungen um insgesamt T€ 337 geführt. Hiervon entfallen T€ 188 auf Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen, T€ 131 auf Jubiläumsrückstellungen sowie T€ 18 auf Rückstellungen für Treuegelder.

Von dem unter den Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten ausgewiesenen Darlehen sind T€ 44 (Vorjahr T€ 42) innerhalb eines Jahres und T€ 201 (Vorjahr T€ 191) zwischen einem und fünf Jahren fällig; T€ 2.503 (Vorjahr T€ 2.557) haben eine Restlaufzeit von mehr als fünf Jahren. Das Darlehen ist nicht besichert.

Die Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen und die sonstigen Verbindlichkeiten sind innerhalb eines Jahres fällig. Für diese Verbindlichkeiten wurden keine Sicherheiten gestellt.

Die sonstigen Verbindlichkeiten betreffen u.a. mit T€ 158 den Rückerstattungsanspruch des Landes Hessen für nicht verbrauchte Mittel der Vertrauensstelle nach dem Krebsregistergesetz sowie T€ 135 Verbindlichkeiten aus Lohn- und Kirchensteuer.

Die Gesamtbeträge der sonstigen finanziellen Verpflichtungen, die nicht in der Bilanz erscheinen und auch nicht nach § 251 HGB anzugeben sind, be-

tragen für das Jahr 2009 T€ 893 und betreffen im Wesentlichen die zukünftigen Miet- und Leasingverpflichtungen mit maximaler Laufzeit bis 2019. Darin enthalten ist eine finanzielle Verpflichtung aus einem Mietvertrag für die Zeit vom 1. Juli 2004 bis zum 30. Juni 2019 von T€ 584 p.a., die sich zum 1. Juli 2014 um 5 % p.a. erhöht.

Die Kammerbeiträge (Erlöse) betreffen mit T€ 253 (2008: T€ 373). Die sonstigen betrieblichen Erträge enthalten T€ 99 (2008: T€ 86) periodenfremde Erträge.

Die sonstigen betrieblichen Aufwendungen enthalten im Berichtsjahr periodenfremde Aufwendungen in Höhe von T€ 50 (Vorjahr T€ 49).

IV. Sonstige Angaben

Im Jahr 2009 betrugen die Kosten für die Prüfung des Jahresabschlusses inkl. Auslagen und Umsatzsteuer T€ 55.

Während des Geschäftsjahres 2009 waren einschließlich der Mitglieder der Geschäftsführung durchschnittlich 198 Arbeitnehmer (davon 63 Teilzeitkräfte) bei der Körperschaft beschäftigt.

Dem Präsidium (Vorstand) der Körperschaft gehörten 2009 folgende Ärztinnen und Ärzte an:

Legislaturperiode 2008 – 2013:

- Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach – Präsident – niedergelassener Arzt
- Martin Leimbeck – Vizepräsident – niedergelassener Arzt
- Michael Andor – Beisitzer – niedergelassener Arzt
- Monika Buchalik – Beisitzerin – niedergelassene Ärztin
- Dr. med. Alessandra Carella – Beisitzerin – niedergelassene Ärztin

- Dr. med. Jürgen Glatzel – Beisitzer – niedergelassener Arzt
- Dr. med. Günther Haas – Beisitzer – niedergelassener Arzt
- Frank-Rüdiger Zimreck – Beisitzer – niedergelassener Arzt
- Dr. med. Peter Zürner – Beisitzer – angestellter Arzt

Für ihre Tätigkeit im Rechnungsjahr 2009 erhielten der Präsident und der Vizepräsident Aufwandsentschädigungen in Höhe von insgesamt T€ 110. Die Mitglieder des Präsidiums erhielten insgesamt eine Aufwandsentschädigung in Höhe von T€ 25.

An die ehemalige Präsidentin, einen ehemaligen Präsidenten und an die Witwe eines verstorbenen ehemaligen Vizepräsidenten wurden im Jahr 2009 Übergangsgelder in Höhe von T€ 70 gezahlt. Der Betrag, der für diese Personen gebildeten Rückstellungen für laufende Übergangsgelder, beläuft sich zum 31. Dezember 2009 auf T€ 4.

Der Jahresabschluss wurde unter dem Aspekt der Gewinnverwendung, in Anlehnung an den Vorschlag des Präsidiums, aufgestellt. Der Jahresüberschuss wurde vollständig der Betriebsmittellrücklage zugeführt.

Frankfurt am Main, 21. Mai 2010

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
 Martin Leimbeck
 Michael Andor
 Monika Buchalik
 Dr. med. Alessandra Carella
 Dr. med. Jürgen Glatzel
 Dr. med. Günther Haas
 Frank-Rüdiger Zimreck
 Dr. med. Peter Zürner

Anlagenpiegel

	Bruttowerte					Bruttowerte				Nettowerte	
	Anschaffungs- oder Herstellungskosten					Abschreibungen					
	01.01.2009	Zugänge	Umbuchungen	Abgänge	31.12.2009	01.01.2009	Zugänge	Abgänge	31.12.2009	31.12.2009	31.12.2008
	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€
Immaterielle Vermögensgegenstände											
EDV-Programme	1.292.111,92	63.912,63	0,00	123.961,30	1.232.063,25	1.093.357,36	93.631,70	123.961,30	1.063.027,76	169.035,49	198.754,56
Geleistete Anzahlungen	0,00	28.653,36	0,00	0,00	28.653,36	0,00	0,00	0,00	0,00	28.653,36	0,00
	1.292.111,92	92.565,99	0,00	123.961,30	1.260.716,61	1.093.357,36	93.631,70	123.961,30	1.063.027,76	197.688,85	198.754,56
Sachanlagen											
Grundstücke und Bauten											
Broßstraße	1.252.315,06	0,00	0,00	0,00	1.252.315,06	695.860,68	0,00	0,00	695.860,68	556.454,38	556.454,38
Seminargebäude	8.531.169,72	0,00	0,00	0,00	8.531.169,72	1.866.045,90	290.543,51	0,00	2.156.589,41	6.374.580,31	6.665.123,82
Akademiegebäude	1.198.000,07	0,00	0,00	0,00	1.198.000,07	1.181.485,85	0,00	0,00	1.181.485,85	16.514,22	16.514,22
Gästehaus	7.522.058,80	84.175,31	0,00	0,00	7.606.234,11	182.388,82	245.991,43	0,00	428.380,25	7.177.853,86	7.339.669,98
Bundesärztekammer Berlin	999.513,32	0,00	0,00	0,00	999.513,32	73.231,01	15.692,36	0,00	88.923,37	910.589,95	926.282,31
Ringstraße	303.343,85	0,00	0,00	0,00	303.343,85	112.467,50	13.343,72	0,00	125.811,22	177.532,63	190.876,35
	19.806.400,82	84.175,31	0,00	0,00	19.890.576,13	4.111.479,76	565.571,02	0,00	4.677.050,78	15.213.525,35	15.694.921,06
Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung											
Landesärztekammer											
Verwaltung	822.318,22	52.390,40	0,00	38.001,42	836.707,20	698.145,33	55.751,98	38.001,42	715.895,89	120.811,31	124.172,89
Zentrale EDV	461.206,14	60.893,64	0,00	30.298,20	491.801,58	345.598,93	46.761,60	30.298,20	362.062,33	129.739,25	115.607,21
Carl-Oeilemann-Schule	996.265,81	78.825,24	0,00	68.349,46	1.006.741,59	337.075,27	79.129,71	68.349,46	347.855,52	658.886,07	659.190,54
Akademie	431.247,90	30.940,41	0,00	74.545,60	387.642,71	383.603,21	29.833,73	74.415,68	339.021,26	48.621,45	47.644,69
Seminar	1.906.295,20	39.862,86	0,00	143.509,07	1.802.648,99	1.491.383,99	103.702,05	143.509,07	1.451.576,97	351.072,02	414.911,21
Bezirksärztekammern	122.887,83	12.412,17	0,00	4.033,32	131.266,68	111.254,20	6.716,11	4.033,32	113.936,99	17.329,69	11.633,63
	4.740.221,10	275.324,72	0,00	358.737,07	4.656.808,75	3.367.060,93	321.895,18	358.607,15	3.330.348,96	1.326.459,79	1.373.160,17
Finanzanlagen											
Beteiligungen											
	4.579,74	0,00	0,00	0,00	4.579,74	0,00	0,00	0,00	0,00	4.579,74	4.579,74
	4.579,74	0,00	0,00	0,00	4.579,74	0,00	0,00	0,00	0,00	4.579,74	4.579,74
	25.843.313,58	452.066,02	0,00	482.698,37	25.812.681,23	8.571.898,05	981.097,90	482.568,45	9.070.427,50	16.742.253,73	17.271.415,53

Lagebericht 2009

I. Allgemeine Informationen

Die Landesärztekammer Hessen ist nach § 1 des Gesetzes über die Berufsvertretungen, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Heilberufsgesetz) in der Fassung vom 24. März 2010 eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Nach § 13 Heilberufsgesetz und dem entsprechenden § 4 der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995, zuletzt geändert am 11. Dezember 2007, sind Organe der Kammer

- die Delegiertenversammlung sowie
- das Präsidium.

Der Sitz der Verwaltung befindet sich in Frankfurt am Main, Im Vogelsongesang 3. In Bad Nauheim befindet sich das Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen. Die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung und die Carl-Oelemann-Schule (für Medizinische Fachangestellte) führen dort ihre Aus- und Fortbildungsveranstaltungen durch.

Im „Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule“ werden die Teilnehmer/innen der Überbetrieblichen Ausbildung beherbergt.

Die Bezirksärztekammern in Darmstadt, Frankfurt/Main, Gießen, Kassel, Marburg und Wiesbaden nehmen die dezentralen Aufgaben der Landesärztekammer nach regionalen Gesichtspunkten wahr.

Als besondere Einrichtung der Landesärztekammer Hessen mit eigener Satzung hat das Versorgungswerk die Aufgabe, für die Kammerangehörigen und ihre Hinterbliebenen Versorgungsleistungen zu gewähren, soweit sie Mitglieder des Versorgungswerkes sind.

Gemeinsames Organ der Landesärztekammer und des Versorgungswerkes ist die Delegiertenversammlung. Die Rechnungslegung des Versorgungswerkes erfolgt gesondert.

Das Heilberufsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003, zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. März 2010, sieht in § 5a die sog. Teilrechtsfähigkeit des Versorgungswerkes vor. Auf dieser Grundlage kann das Versorgungswerk im Rechtsverkehr unter eigenem Namen handeln, klagen und verklagt werden. Es verwaltet ein eigenes Vermögen, das nicht für die Verbindlichkeiten der Kammer haftet. Umgekehrt haftet auch die Kammer nicht mit ihrem Vermögen für Verbindlichkeiten des Versorgungswerkes.

II. Vermögens-, Finanz- und Ertragslage

Erstmaliger Jahresabschluss nach BilMoG

Die durch das Bilanzmodernisierungsgesetz (BilMoG) geänderten Rechnungslegungsvorschriften sind erstmals verpflichtend auf Jahresabschlüsse für die Geschäftsjahre anzuwenden, die nach dem 31. Dezember 2009 beginnen. Die Kammerbilanz wurde unter der freiwilligen vorzeitigen Anwendung im Sinne einer Verbesserung der Transparenz und einer offenen Finanzkommunikation erstellt.

Entwicklung im Geschäftsjahr und wirtschaftliche Lage

Der **Mitgliederbestand** der LÄKH hat sich im Berichtsjahr wie folgt entwickelt:

	Stand 1.1.2009	Entwicklung 2009	Stand 31.12.2009
Mitgliederbestand (Quelle: Beitragsbuchhaltung)			
Pflichtmitglieder	23.371	+515 (+2%)	23.886
Freiwillige Mitglieder	2.822	-273 (-1%)	2.549
Beitragsfreie Mitglieder	3.774	+312 (+8%)	4.086
Gesamt	29.967	+554 (+2%)	30.521

Das Beitragsaufkommen 2009 lag unter Berücksichtigung einer unveränderten Beitragstabelle mit T€ 13.960 um T€ 1.213 über dem Vergleichswert des Vorjahres. Aufgrund von nachträglichen Einstufungen durch rückständige Kammermitglieder konnte daneben im Geschäftsjahr ein periodenfremder Ertrag aus Kammerbeiträgen der Vorjahre in Höhe von T€ 253 (Vorjahr T€ 373) erzielt werden.

Der von der Delegiertenversammlung in der Sitzung am 22. November 2008 auf Empfehlung des Finanzausschusses genehmigte Haushaltsvoranschlag 2009 umfasst – neben der Stellenübersicht – einen Investitionshaushalt von T€ 469 und einen Verwaltungshaushalt mit Erträgen (einschließlich Neutrals und Finanzerträge) von T€ 21.070 und Aufwendungen (einschließlich Neutrals und Finanzaufwendungen) von T€ 21.420. Dadurch ergibt sich eine geplante Unterdeckung von T€ -350. Tatsächlich konnte ein Jahresüberschuss von T€ 1.375 erwirtschaftet werden.

Folgende wesentliche Faktoren haben zu diesem positiven Ergebnis geführt:

- positive Planabweichung in der Position Kammerbeiträge
- trotz eines Rückganges bei einigen Ertragsarten aus Gebühren positive Planabweichungen in der Position Gesamterträge (T€ 441)
- positive Planabweichungen in der Position Gesamtaufwendungen (T€ 1.435).
- In nahezu jeder Kostenart konnten die Planwerte unterschritten werden.
- In der Position Personalaufwand wurden die Planwerte aufgrund der Bildung von Rückstellungen, unter anderem wegen der geänderten Bewertung gemäß BilMoG, überschritten.

Der Investitionshaushalt wurde im Berichtsjahr trotz einer Überschreitung des Planansatzes in der Position „Gästehaus“ um insgesamt T€ 17 unterschritten. Das ist letztmalig wie bereits in den Vorjahren auf den Projektverlauf „Neuaufbau Gästehaus“ und dessen Darstellung im Haushaltsplan zurückzuführen. Zum einen handelt es sich um eine zeitliche Phasenverschiebung innerhalb des Projektablaufs, zum anderen wurden im Gegensatz zum Plan die gesamten Projektkosten und nicht nur der Eigenanteil im Ist gebucht. Die Fördermittelanteile werden bilanziell separat in einem Sonderposten für erhaltene Investitionszuschüsse ausgewiesen. Insgesamt wurden die projektierten Gesamtkosten über den gesamten Ausführungszeitraum in Höhe von T€ 8.500 um T€ 195 (-2%) unterschritten. Die Ist-Investitionen in Höhe von T€ 146 sind darauf zurückzuführen, dass die letzten Leistungen entgegen des Planes erst ein Jahr nach Fertigstellung im Berichtsjahr schlussgerechnet werden konnten.

In den übrigen Positionen des Investitionshaushaltes (Betriebs- und Geschäftsausstattung, EDV) konnte in Summe eine deutliche Unterschreitung in Höhe von 163 T€ (-35%) ausgewiesen werden.

Die Bilanzsumme hat sich gegenüber dem Vorjahr um T€ 2.012 erhöht. Folgende wesentliche Veränderungen von Bilanzpositionen werden festgestellt

Aktivseite:

- Reduzierung der Sachanlagen durch Abschreibung nach Fertigstellung des Gästehauses
- Abnahme der Forderungen aus Fördermitteln durch Zahlung der Fördermittel
- Abnahme der sonstigen Vermögensgegenstände
- Zunahme der flüssigen Mittel durch Abnahme der Forderungen und dem positiven Cash Flow

Passivseite:

- Ergebnisverbesserungen im Rahmen der laufenden Kammertätigkeit
- Erhöhung der Rücklagen durch den Jahresüberschuss
- Abnahme des Sonderpostens für erhaltene Investitionszuschüsse durch Abschreibung nach Fertigstellung des Gästehauses

- Erhöhung der Rückstellungen
- Rückgang der Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen

Durch den Jahresüberschuss des Berichtsjahres von T€ 1.375 und unter Berücksichtigung einer Entnahme aus den zweckgebundenen Mitteln (Zuschussbetrag der AKASU von T€ 15) erhöhten sich die Rücklagen auf T€ 19.333. Davon beträgt die Allgemeine Rücklage T€ 15.833. Die Haushalts- und Kassenordnung sieht vor, dass der regelmäßige Bedarf an Betriebsmitteln für sechs Monate gedeckt sein soll (Haushaltsansatz 2009: T€ 21.420, d.h. für sechs Monate = T€ 10.710).

Das mittel- bis langfristig gebundene Anlagevermögen von T€ 16.742 ist durch langfristig verfügbare Mittel von T€ 33.206 (Rücklagen und Pensionsrückstellungen) gedeckt. Der Anlagendeckungsgrad beträgt 198 %.

Neuaufbau des Internats der Carl-Oelemann-Schule

Auf ihrer außerordentlichen Delegiertenversammlung am 5. Juli 2006 haben sich die Delegierten der Landesärztekammer Hessen mit klarer Mehrheit für den Neuaufbau des Internats der Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim entschieden. Die geplanten Projektkosten für den Neuaufbau, einschließlich Abriss der alten Bausubstanz, belaufen sich auf 8,5 Mio. Euro. Davon entfallen auf das Land 2,2 Mio. Euro und auf den Bund 2,8 Mio. Euro. Die Kammer selbst muss einen Betrag von 3,5 Mio. Euro aufbringen. Die Bindefrist der Fördermittel beträgt 25 Jahre. Eine Sanierung des Gebäudes hätte Kosten in Höhe von ca. 3,9 Mio. Euro verursacht, die die Kammer ausschließlich aus eigenen Mitteln hätte aufbringen müssen. Auch ein Betriebskostenvergleich „Sanierung oder Neuaufbau“ wäre zugunsten eines Neubaus ausgefallen, so die Ausführungen des Planers und des Projektsteuerers.

Im August 2006 gingen die Förderbescheide ein, so dass die Planungen für den Neuaufbau erfolgreich verhandelt werden. Die Fördermittel sind, bis auf eine Restrate, die vorbehaltlich der Prüfung der Verwendungsnachweise einbehalten wurde, alle planmäßig geflossen. Die geplanten Projektkosten konnten um T€ 195 unterschritten werden. Der Fördermittelnachweis wurde im April 2010 zur Prüfung eingereicht. Laut Aussage des Hessischen Baumanagements hängt die endgültige Fördermittelhöhe vom Ergebnis dieser Prüfung ab. Für Risiken aufgrund einer möglichen Überzahlung durch Unterschreitung des Gesamtbudgets wurde bereits im Vorjahr eine Rückstellung (Zinsrisiko) in Höhe von T€ 10 gebildet. Auf der Basis des eingereichten Kostenberichts wurde eine Überzahlung von Landesmitteln in Höhe von T€ 36 festgestellt. Dieser Betrag wird nach Rücksprache mit dem Land Hessen zurück erstattet. Das Bundesinstitut für Berufsbildung hat angekündigt, dass das Projekt durch den Bundesrechnungshof geprüft werden wird.

Finanzmarktkrise

Bereits vor Ausbruch der Finanzmarktkrise wurden Maßnahmen ergriffen, um Ausfallrisiken bei den Wertpapieren und Flüssigen Mitteln zu minimieren.

Im PEH Wertpapierdepot wurde die Aktienquote von ca. 20 % zugunsten festverzinslicher Wertpapiere kontinuierlich auf 0 % reduziert. Die risikoscheue Strategie wurde auch im Berichtsjahr konsequent beibehalten. Dadurch konnten Ausfälle vermieden werden. Dies ging allerdings zu Lasten einer Verzinsung des eingesetzten Kapitals von lediglich ca. 1,7 %.

Die für das operative Geschäft im Laufe des Jahres benötigten flüssigen Mittel, die in der Vergangenheit bei nur einer Bank (Apotheker- und Ärztebank) als Festgelder kurzfristig angelegt waren, wurden zur Minimierung des Ausfallrisikos wie folgt umstrukturiert:

- Verteilung der Festgelder auf zwei Bankinstitute (Apotheker- und Ärztebank, Sparkasse Frankfurt)
- Anlage eines Teils der Festgelder in Festverzinslichen Wertpapieren mit einer Restlaufzeit kleiner als ein Jahr bei der Apotheker- und Ärztebank
- Aufstockung des PEH Vermögensverwaltungsdepots.

Treuhandvermögen, Treuhandverbindlichkeiten

In der Delegiertenversammlung am 22. November 2003 wurde die Ablösung der bisherigen Satzung der Fürsorgeeinrichtung durch die Satzung des Hilfsfonds der Landesärztekammer Hessen beschlossen. Die aktuelle Satzung ist zum 1. Januar 2004 in Kraft getreten. Der Hilfsfonds ist ein vom Präsidium der Landesärztekammer Hessen verwaltetes Sondervermögen. Das Sondervermögen der Fürsorgeeinrichtung wurde unter Berücksichtigung der erforderlichen Mittel in das Sondervermögen des Hilfsfonds überführt.

Neben dem Hilfsfonds bestehen noch die Sonderfürsorgefonds Gießen, Kassel und Marburg, der Fonds „Ziele der hessischen Ärzteschaft“, der Fonds „Begegnung mit der ärztlichen Jugend“ sowie der Fonds „Allgemeinmedizin“ der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen. Die bisher in einer Höhe von T€ 70 bilanzierten Fonds „Geriatrische Forschung“ und „Fonds der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung“ wurden bereits im Vorjahr aus Gründen einer einheitlichen buchhalterischen Behandlung aus den zweckgebundenen Mitteln der Bilanz in das Sondervermögen umgegliedert.

Die Vermögenswerte der Vertrauensstelle nach dem Krebsregistergesetz werden ebenfalls berücksichtigt. Sie sind in voller Höhe bilanziert und werden in einem separaten Haushalt ausgewiesen.

Personalbericht

Für die Beschäftigten im Öffentlichen Dienst des Landes Hessen wurde am 1. September 2009 ein neuer Tarifvertrag (TV-H) vereinbart. Bestehende BAT-Arbeitsverträge wurden durch einen weiteren Tarifvertrag zur Überleitung der Beschäftigten des Landes Hessen in den TV-H und zur Regelung des Übergangsrechts (TV-Ü-H) übergeleitet. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kammer mit BAT-Vertrag wurde im zweiten Halbjahr eine entsprechende Überleitung vorbereitet. Das neue Tarifrecht ist gültig ab dem 1. Januar 2010.

Im Zuge der vorbereiteten Überleitung in das neue Tarifrecht haben sich weitere Mitarbeiter/innen entschlossen, auf die neuen Arbeitsvertragsbedingungen gemäß Dienstvereinbarung umzusteigen, so dass zum 31. Dezember 2009 über 90 % der Belegschaft den neuen Arbeitsvertragsbedingungen unterliegen.

Da das Land Hessen in 2009 begleitend zu den neuen Tarifverträgen auch Vergütungserhöhungen in Höhe von 3 % ab dem 1. April 2009 und Einmalzahlungen für das erste Quartal 2009 in Höhe von ca. 3 % für die Beschäftigten des Landes beschlossen hat, wurde zur Vermeidung von Benachteiligungen zum 1. Juli 2009 auch eine freiwillige Erhöhung der Gehaltstabellen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Höhe von 2,75 % vorgenommen. Diese Erhöhung erfolgte im Vorgriff auf die zum 1. April 2010 vertraglich vorgesehene Anpassung. Bereits zum 1. April 2009 wurde vereinbarungsgemäß die Leistungszulage im Durchschnitt von 8 % der monatlichen Grundvergütung auf 10 % erhöht. Dieser Satz entspricht der Zielvorstellung und soll künftig nicht weiter angepasst werden.

Die Entwicklung des Personalbestandes in 2009 verlief weitgehend analog zum Vorjahr und damit im Rahmen des im Personalhaushalt für 2009 vorgesehenen Umfangs.

Nach dem Bilanzstichtag haben sich Veränderungen in der dreiköpfigen hauptamtlichen Geschäftsführung ergeben.

Zum 28. Februar 2010 ist der bisherige Justitiar aus den Diensten der Landesärztekammer ausgeschieden. Der bisherige Stellvertreter wurde ab dem 1. März 2010 zu seinem Nachfolger bestellt. Eine weitere Veränderung betrifft den früheren Hauptgeschäftsführer/Medizinischen Geschäftsführer, der zum 31. August 2010 in den Ruhestand treten wird und seine Tätigkeit bereits zum Berichtszeitpunkt nicht mehr ausübt. Der bisherige, die Amtsgeschäfte bereits kommissarisch ausführende Vertreter wurde als Ärztlicher Geschäftsführer zum Nachfolger bestellt.

III. Liquiditäts-, Kredit- und Einnahme-Risiken

Liquiditätsrisiko

Aufgrund schwieriger berufspolitischer Entscheidungsfindungen ist eine langfristige Liquiditätsplanung nur bedingt möglich. Daher findet nur eine kurzfristige Liquiditätsplanung statt, die aber als ausreichend angesehen wird. Die Kammer konnte im letzten Jahr ihren Verpflichtungen jederzeit nachkommen. Die Liquidität 1. Grades beträgt 313 %.

Kreditrisiko

Die einzige Verpflichtung der Kammer besteht in einem Darlehen bei der Apotheker- und Ärztebank, das im Rahmen der Finanzierung des Neubaus Seminargebäude in Bad Nauheim aufgenommen wurde und mit einem Festzinssatz getilgt wird.

Einnahmerisiko

Zur Wahrnehmung der Kammeraufgaben werden in der Beitragsordnung gemäß dem Heilberufsgesetz (§§ 8+10) kostendeckende Beiträge erhoben, wodurch ein Einnahmerisiko nicht entstehen kann.

IV. Chancen und Risiken der zukünftigen Entwicklung

Aufgaben der Landesärztekammer Hessen

Vertrauensstelle nach dem Hessischen Krebsregistergesetz vom 17. Dezember 2001

Der Hessische Landtag hat am 17. Dezember 2001 eine neue Fassung des Krebsregistergesetzes verabschiedet. Das Hessische Krebsregistergesetz vom 31. Oktober 1998, geändert durch das Gesetz vom 27. Dezember 1999, wurde aufgehoben. Das neue Hessische Krebsregistergesetz ist mit Wirkung vom 22. Dezember 2001 in Kraft getreten. Es verliert mit Ablauf des 31. Dezember 2011 seine Wirkung. In § 2 des Gesetzes ist geregelt, dass die Vertrauensstelle bei der Landesärztekammer Hessen eingerichtet wird. § 13 regelt die Kostenfrage. Ein Vertrag zur Durchführung des Krebsregistergesetzes (Vertrauensstellenvertrag) zwischen dem Land Hessen – vertreten durch das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit in Wiesbaden – und der Landesärztekammer Hessen regelt nähere Einzelheiten. Danach trägt das Land Hessen die erforderlichen, genehmigten und tatsächlich nachgewiesenen Kosten der Vertrauensstelle für die Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebes. Die bisher eingestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen in einem Vertragsverhältnis mit der Landesärztekammer Hessen, das auf fünf Jahre befristet ist. Mit Schreiben vom September 2002 teilt das Hessische Sozialministerium mit, dass die nach der Dienstvereinbarung über Soziale Leistungen bei der Landesärztekammer Hessen vorgesehenen Leistungen und der Anspruch auf betriebliche Altersversorgung auch für die

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregistergesetzes Gültigkeit besitzen. Im Januar 2010 ist die Vertrauensstelle aufgrund der Ausweitung ihrer Aktivitäten und der damit verbundenen Personalaufstockung in eine größere Büroimmobilie gezogen. Die Vertrauensstelle hat seit dem ihren Sitz in angemieteten Räumen in Frankfurt am Main, Praunheimer Straße 50.

Die Jahresrechnung für die Vertrauensstelle für die Zeit vom 1. Januar 2009 bis 31. Dezember 2009 wurde am 17. Mai 2010 dem Hessischen Sozialministerium übersandt. Aus dieser Abrechnung geht hervor, dass T€ 1.075 zur Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebes verwandt wurden. Unter Berücksichtigung der zu Beginn des Jahres zugesagten und im Laufe des Jahres in Raten gezahlte Summe von T€ 1.200 ergab sich ein Rückerstattungsbetrag T€ 125, der mit der nächsten Abschlagszahlung des Landes Hessen verrechnet wird.

Ethik-Kommission

Nach § 15 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen ist der Arzt verpflichtet, sich vor der Durchführung biomedizinischer Forschung am Menschen und epidemiologischen Forschungsvorhaben durch eine bei der Ärztekammer oder bei einem Medizinischen Fachbereich gebildete Ethik-Kommission über die mit seinem Vorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen beraten zu lassen. Durch das In-Kraft-Treten der 12. AMG-Novelle und der diese ergänzende Rechtsverordnung im August 2004, die europäisches Recht umsetzen, hat sich das Verfahren der Bearbeitung von Arzneimittelstudien für die Ethik-Kommissionen grundlegend verändert. Die Ethik-Kommissionen, die sich bisher als beratende Instanz verstanden haben, wurden durch die neuen Regelungen zu Genehmigungsbehörden, die Verwaltungsakte erlassen.

Aufgrund des damit verbundenen nicht unerheblichen Haftungsrisikos konnte in Verhandlungen mit dem Land Hessen erreicht werden, dass eine Regelung über die Haftungsfreistellung für auftretende Schäden im Zusammenhang mit Tätigkeiten in der Ethik-Kommission in das Gesetz aufgenommen wurde (siehe § 6 a Absatz (4) des Heilberufsgesetzes). Dieses Gesetz ist am 20. Oktober 2007 in Kraft getreten. Die satzungsrechtlichen Umsetzungen durch die Landesärztekammer Hessen sind ebenso wie die zusätzlich vorzunehmenden vertraglichen Vereinbarungen mit dem Land Hessen erfolgt.

Aufgrund der Novellierung des Medizinproduktegesetzes (MPG), das die Richtlinie 2007/47/EG umsetzt und am 21. März 2010 in Kraft getreten ist, und der Novellierung des Arzneimittelgesetzes (AMG) in der Fassung vom 17. Juli 2009 wurde das Hessische Heilberufsgesetz mit Wirkung zum 7. April 2010 geändert. Hierdurch wurde die Ethik-Kommission der Landesärztekammer Hessen im Bereich des AMG auch für die Rücknahme und den Widerruf ihrer zustimmenden Bewertung für klinische Prüfungen zuständig (§ 42 a Abs. 4 a AMG). Ferner kommt der Ethik-Kommission für den Bereich der Medizinprodukte eine veränderte Funktion zu. Vergleichbar der 12. Novellierung des AMG wurde der Status der Ethik-Kommission in den §§ 20 ff. MPG dahingehend geändert, dass diese vor Beginn der klinischen Prüfung in strengen Fristen ein Votum abgeben muss. Ohne positives Votum darf ab dem 21. März 2010 keine klinische Prüfung von Medizinprodukten begonnen werden. Die Anpassung des Heilberufsgesetzes war erforderlich, damit die Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer entsprechende Voten abgeben und zurücknehmen/widerrufen kann.

Die Zuständigkeit der Ethik-Kommission richtet sich seit dem 21. März 2010 gemäß § 22 Abs. 1 Satz 1 MPG nach Landesrecht, die Registrierung beim BfArM entfällt. Durch den Verweis auf Landesrecht kommen damit nach der-

zeitigem Stand nur noch öffentlich-rechtliche Ethik-Kommissionen in Betracht. Durch die materielle und formelle Neugestaltung wird die Stellungnahme der Ethik-Kommission damit auch in klinischen Prüfungen von Medizinprodukten zum Verwaltungsakt aufgewertet.

Das Heilberufsgesetz sieht dementsprechend eine Aufgabenübertragung sowie eine Haftungsfreistellung durch das Land auch für diese Aufgaben der Ethik-Kommission vor. Die Haftungsfreistellung setzt auch für den Bereich des Medizinproduktegesetzes voraus, dass die Landesärztekammer eine Haftpflichtversicherung zur Erfüllung von Schadensersatzverpflichtungen wegen Amtspflichtverletzungen durch die Tätigkeit ihrer Ethik-Kommission abschließt (§ 6a Abs. 4 Satz 2 HeilbG). Die Anpassungen der Versicherungen sind veranlasst.

Des Weiteren wird eine Anpassung des öffentlich-rechtlichen Vertrages mit dem Land über die Haftungsfreistellung der im Bereich AMG und MPG übertragenen Aufgaben vorgenommen. Diesbezüglich stehen die Verhandlungen kurz vor dem Abschluss.

Führung von Punktekonto im Rahmen der ärztlichen Fortbildung (§ 95 d SGB V)

Im Rahmen der zum 30. Juni 2009 erstmals beginnenden Pflicht von Vertragsärzten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung, den Erwerb von 250 Fortbildungspunkten innerhalb des vergangenen Fünf-Jahreszeitraumes nachzuweisen (§ 95 d SGB V), hat die Landesärztekammer Hessen – bei entsprechendem schriftlichem Einverständnis der Ärzte – die in den Fortbildungspunktekonto nach § 5 Abs. 1 der Fortbildungssatzung der Landesärztekammer Hessen zum jeweiligen Stichtag gespeicherten Fortbildungspunkte der Ärzte an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen gemeldet.

Da Ärzten, die die 250 Punkte nicht oder nicht fristgerecht nachweisen können, eine Honorarkürzung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen droht, ist hier mit Rechtsstreiten von Ärzten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zu rechnen, in die die Landesärztekammer Hessen involviert werden könnte. Hierfür wurde eine Rückstellung gebildet.

Überprüfung und Entzug der Röntgenfachkunde

Mit Verordnung vom 17. Dezember 2008 (GVBl. I S. 1045-1046) hatte das Land Hessen § 11 Abs. 5 der Arbeitszuständigkeitsverordnung geändert und damit der Landesärztekammer Hessen die Aufgabe der Überprüfung und des Entzugs der Röntgenfachkunde bei Ärzten und medizinischem Hilfspersonal übertragen. Mit Verordnung vom 15. Dezember 2009 (GVBl. I S. 747) hat das Land Hessen nun auch im Wortlaut des § 11 Abs. 5 der Arbeitszuständigkeitsverordnung klargestellt, dass die Zuständigkeit der Landesärztekammer Hessen für die Überprüfung und den Entzug der Röntgenfachkunde im medizinischen Bereich neben Ärztinnen und Ärzten auch „unter deren Aufsicht tätiges nichtärztliches Assistenzpersonal“ umfasst.

Elektronischer Arztausweis

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen vom 22. November 2008 hat die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte erneut abgelehnt. Demzufolge soll der künftige Arztausweis im Checkkartenformat entweder nur als Sichtausweis dienen oder in einer zweiten Variante zusätzlich mit einer qualifizierten Signatur ausgestattet werden. Von einer Kompatibilität zur elektronischen Gesundheitskarte wird abgesehen. Es ist beabsichtigt, die Kosten für die elektronische Variante durch die Erhebung von Gebühren zu finanzieren. Noch nicht geklärt ist, ob das nach dem Signaturgesetz notwendige Identverfahren nur durch externe Anbieter erfolgen

soll, oder ob die Landesärztekammer selbst diese Dienstleistung an einem oder mehreren Standorten anbietet wird.

Steuern

Mit Schreiben vom 11. Dezember 2006 stellte das Finanzamt Frankfurt am Main III fest, dass im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer umsatzsteuerrelevante Tatbestände vorlägen, die sich aus den Umsatzsteuererklärungen ergeben hätten. Es handelt sich dabei um das sogenannte Drittkundengeschäft, das (im geringen Umfang) in der Vermietung von Seminarräumen und des Caterings besteht. Diese Betätigungen begründen nach § 2 Abs. 3 UStG eine Umsatzsteuerpflicht bzw. einen Betrieb gewerblicher Art. Dieser wurde durch Abgabe der Steuererklärung für das Jahr 2008 am 25. Februar 2010 erklärt.

In der Vergangenheit haben die Herausgeber des Hessischen Ärzteblattes keine steuerlichen Erklärungen abgegeben. Angesichts des Umstandes, dass jedoch steuerlich relevante Tatsachen hätten erklärt werden müssen, (bisher hat sich auf Finanzverwaltungsebene noch keine eindeutige Rechtsauffassung gebildet) ist man nach intensiver Beratung in den Gremien den Empfehlungen des Steuerberaters gefolgt, für die Jahre 2005 und 2006 Steuererklärungen abzugeben, um die Unterbrechung der Verzinsung zu erreichen. Aufgrund der unklaren Rechtslage wurde gegen die Steuerbescheide Einsprüche eingelegt.

Am 28. November 2008 wurde die Steuererklärung 2007 abgegeben. Mit der Beendigung der gemeinsamen Herausgabe zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen entfällt die Voraussetzung für den Betrieb gewerblicher Art und damit ab 2008 die Steuerpflicht.

Mit Schreiben vom 9. Februar 2009 wurden die Steuerbescheide der Jahre 2005 bis 2007 widerrufen und die gezahlte Umsatzsteuer an die Landesärztekammer Hessen zurückgezahlt. Aufgrund des ausdrücklichen Revisionsvorbehaltes wurde eine Rückstellung in Höhe der Rückzahlung gebildet.

Risikomanagement

Ein Risikomanagement befindet sich im Aufbau. Ein Projektantrag über die Implementierung wurde im Finanzausschuss und Präsidium verabschiedet. Die Umsetzung befindet sich kurz vor dem Abschluss. Bestandsgefährdende Risiken sind für die Landesärztekammer nicht erkennbar.

V. Ereignisse nach dem Bilanzstichtag

Es liegen keine wesentlichen Ereignisse nach dem Bilanzstichtag vor.

Voraussichtliche Entwicklung

Nach den bisher vorliegenden Zahlen des 1. Halbjahres 2010 kann mit einem ausgeglichenen Ergebnis gerechnet werden. Für 2011 wird ein geringes Defizit erwartet.

Der Finanzausschuss hat in seiner Sitzung am 25. August 2010 die Bilanz sowie die Gewinn- und Verlustrechnung als auch die Prüfberichte der PwC PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft in allen Einzelheiten ausführlich beraten und der Delegiertenversammlung die Feststellung des Jahresergebnisses 2009 sowie die Entlastung des Präsidiums empfohlen.

Die Delegiertenversammlung hat am 27. November 2010 dem mit dem uneingeschränkten Prüfvermerk der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PwC PricewaterhouseCoopers versehenen Jahresabschluss 2009 zugestimmt. Dem Präsidium wurde ohne Gegenstimme Entlastung erteilt.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

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

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Darmstadt	Internistin/Internist – fachärztlich –
Darmstadt	Orthopädin/Orthopäde (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Darmstadt	Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Bensheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Neckarsteinach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Neckarsteinach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Odenwaldkreis

Michelstadt	Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
-------------	--

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-Gallusviertel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main-Bornheim	Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Main-Taunus-Kreis	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Sulzbach	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Oberursel	Chirurgin/Chirurg (Hälftiger Versorgungsauftrag, Überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Oberursel	Chirurgin/Chirurg (Überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach-Innenstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
----------------------	---

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Bruchköbel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Hanau	Internistin/Internist – fachärztlich –
Gelnhausen	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

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

Gießen	Neurologin/Neurologe und/oder Psychiaterin/Psychiater (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Gießen	Internistin/Internist – fachärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Wettenberg	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Herborn	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Wetzlar	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Marburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Marburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Biedenkopf	Frauenärztin/Frauenarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil, 1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Schwalmstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
--------------	--

Planungsbereich Vogelsbergkreis

Ulrichstein	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
-------------	--

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Nauheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil, 1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Bad Vilbel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Bad Vilbel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil, 1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Ranstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil, 1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

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 Landkreis Fulda

Fulda	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Fulda	Orthopädin/Orthopäde (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Fulda	Radiologin/Radiologe (Zwei hälftige Versorgungsaufträge, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Kassel	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin

Planungsbereich Landkreis Kassel

Baunatal	Augenärztin/Augenarzt
Hofgeismar	Augenärztin/Augenarzt

Planungsbereich Landkreis Hersfeld-Rotenburg

Bad Hersfeld	Hautärztin/Hautarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Bad Hersfeld	Hautärztin/Hautarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

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	Gynäkologin/Gynäkologe
Wiesbaden	Orthopädin/Orthopäde

Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

Niedernhausen	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Eltville	Augenärztin/Augenarzt

Planungsbereich Limburg-Weilburg

Limburg-Weilburg	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 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.

Fon: 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.

Durch die KV Hessen für ungültig erklärte Ausweise/Stempel:

Bereitschaftsdienstausweis Nummer 007237, ausgestellt am 14.4.2009, für Dr. med. Gerhard Schenko, Langen,
Stempel Nummer 39 76205 00, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Ober-Ramstadt (Dr. med. Ute von Goßler, Rödermark).