

Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

4 | 2011

April 2011

72. Jahrgang



- Die Bezirksärztekammer Kassel stellt sich vor
- Der geriatrische Patient im Akutkrankenhaus
- Das geriatrische Assessment
- Gesund und aktiv älter werden
- Der Rehabilitations-Entlassungsbericht der Deutschen Rentenversicherung
- Der Diabetes mellitus
Neue Beurteilungskriterien im Schwerbehindertenrecht
- Einbecker Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) e.V.

„Ghost. Elizabeth Peyton“
Elizabeth Peyton stellt ihre Portraitlebilder in den
Opelvillen aus (siehe Seite 226)

© Elizabeth Peyton, 2003,
courtesy neugerriemschneider, Berlin

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

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Katja Möhrle, M. A.

Wissenschaftlicher Beirat:

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

Arzt- und Kassenarztrecht:

Dr. Katharina Deppert,
Gutachter- und Schlichtungsstelle
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-va.de
E-Mail: lk@l-va.de

Verlagsleitung:

Dr. Rainer Stumpe

Anzeigendisposition:

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

Druck:

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 „Töten ist keine ärztliche Aufgabe“ 204

Fortbildung

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen,
Teil 24: Kapuzinerkresse 205

Landesärztekammer Hessen

Die Bezirksärztekammer Kassel stellt sich vor 206

Aktuelles

Der geriatrische Patient im Akutkrankenhaus 208

Das geriatrische Assessment 210

Gesund und aktiv älter werden 218

Der Rehabilitations-Entlassungsbericht der Deutschen Rentenversicherung 220

Der Diabetes mellitus – Neue Beurteilungskriterien
im Schwerbehindertenrecht 223

Parlando

Hommage an die Schönheit / Also mal ganz ehrlich ... 226

Weiterbildung / Fortbildung Repetitorium Allgemeinmedizin 227

Medizinhistorisches

Bemerkungen zum Lebenslauf von Josef Mengele
unter besonderer Berücksichtigung seiner Frankfurter Zeit 228

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim 231

Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim 237

Fortbildung Sicherer Verordnen 241

Arzt- und Kassenarztrecht

Einbecker Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für
Medizinrecht (DGMR) e.V. 242

Briefe an die Schriftleitung 245

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten 246

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen 250

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen 253

Bücher 255

*In dieser Ausgabe finden Sie eine Beilage der RSD Reise Service Deutschland GmbH,
für deren Inhalt der Werbungtreibende verantwortlich ist.*

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

„Töten ist keine ärztliche Aufgabe“



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

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ärztliches Handeln ist so alt wie die Menschheit. Forscher haben zeigen können, dass schon kleinste Kinder vor dem Kindergartenalter zum Erreichen eines Zieles kooperieren, sogar unter Verzicht auf

einen eigenen Vorteil. Dass Menschen einander helfen, zeichnet sie als Individuen aus. Die Entwicklung führt zur Spezialisierung nach Fähigkeiten. Für die Ausübung der Heilkunst finden wir eine Selbstverpflichtung der Heilberufler gegenüber den ihnen anvertrauten Patienten schon im Altertum und im 4. Jhd. v. Chr. zusammengefasst im Hippokratischen Eid. Im Sinne dieser darin ausgedrückten Haltung hat sich die Ärzteschaft der ganzen Welt im Genfer Gelöbnis den Menschen verpflichtet, die sich in Situationen der gesundheitlichen Beeinträchtigung jedweder Art an Ärzte um Hilfe wenden. In der Maxime „Heilen, Lindern, Trösten“ ist klar ausgedrückt, dass ärztliches Handeln an Grenzen stößt, aber da, wo Heilen und Helfen nicht möglich ist, immer noch Beistand und Begleitung von uns Ärztinnen und Ärzten erwartet werden darf. Das heißt aber nicht Lebensverlängerung bei Ausichtslosigkeit um jeden Preis.

Forschung und Entwicklung der Medizin mit den Möglichkeiten, Konsequenzen, und Gefahren, die sich daraus ableiten lassen, wecken in uns Menschen ebenso Hoffnungen auf Hilfe in nahezu jeder, auch unumkehrbaren Situation wie Sorgen und Ängste, die Selbstbestimmung zu verlieren. Daraus wird offenbar heute die Erwartung genährt, dass Patienten einen Anspruch auf aktive Sterbehilfe durch Ärztinnen und Ärzte haben, wenn ärztliche Hilfe ihnen keine Chance mehr für ein selbstbestimmtes Leben bietet, oder das Leben durch

Krankheit und Leid für den einzelnen unerträglich wird.

Diese Erwartungshaltung steht jedoch in Widerspruch zum ärztlichen Ethos. Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten: so steht es in der ärztlichen Berufsordnung in Hessen, der ethischen Richtschnur unseres täglichen Handelns. Die Gesellschaft und jeder einzelne Patient müssen darauf vertrauen können, dass Ärzte nicht den Tod bringen. Diese Verlässlichkeit ermöglicht es den Patienten, sich bis zuletzt in der ärztlichen Betreuung angenommen und aufgehoben zu fühlen. Das Präsidium der Landesärztekammer hat in einem Beschluss eindeutig zum Ausdruck gebracht, dass Töten keine ärztliche Aufgabe ist und die Überarbeitung der Grundsätze der Bundesärztekammer keinen Paradigmenwechsel darstellt. Ich finde es daher bedrückend, dass in einigen Medien die Veröffentlichung der Bundesärztekammer – und in der Folge auch unsere Verlautbarung – als Ausdruck eines gelockerten Sterbehilfeverbotes fehl interpretiert worden ist.

Wir müssen erkennen, dass Argwohn und Kritik gegenüber ärztlichem Handeln zu nehmen. Die Aufgabe bisher bestehender unverrückbarer Grundsätze führt mit Sicherheit zu einem weiteren Vertrauensverlust. Damit verringern sich auch die Chancen, Menschen in schwierigen Situationen Hilfe zukommen zu lassen.

Die ärztliche Verantwortung und die Vertrauensbasis im Arzt-Patienten-Verhältnis können nicht durch Gesetze ersetzt werden. Wir Ärztinnen und Ärzte müssen klar zu unseren Grundsätzen stehen, d.h. Leben erhalten und Leiden lindern. Jede Form von aktiver Sterbehilfe ist damit ausgeschlossen. Auch das Thema PID ist nicht von ethischen Fragen abzukoppeln. „Alles ist machbar, und der Mensch macht, was er kann“ Wer allein nach dieser Maxime verfährt, setzt

sich über ethische Grenzen hinweg. Durch die PID soll Paaren, in deren Familien schwere Erbschäden bekannt sind, zu einem gesunden Kind verholfen werden. Nach der Befruchtung im Reagenzglas wird ausgewählt, welche Embryonen verworfen und welche eingepflanzt werden. Das Leid und die Belastung der betroffenen Elternpaare sind unumstritten groß und von nicht Betroffenen kaum zu ermessen. Diese Eltern haben ohne Zweifel Anspruch auf ärztlichen Beistand. Aber ist dabei eine Selektion zu verantworten, bei der Tötung menschlichen Lebens, auch wenn es sich noch im Zellstadium befindet, in Kauf genommen wird? Können wir Ärztinnen und Ärzte dies mit unserem ärztlichen Ethos verantworten? Der Deutsche Ärztetag 2002 hat sich auf der Grundlage eines hessischen Antrages gegen die PID ausgesprochen. Wie die Entscheidung in diesem Jahr in Kiel ausfallen wird, ist offen.

Die rein technische Durchführung der PID ist nicht das Problem. Die Frage ist, ob Menschen in welcher Situation auch immer eine unumkehrbare Entscheidung sowohl am Anfang als auch am Ende des Lebens fällen und ausführen dürfen oder nicht und dies unter Inkaufnahme einer Selektion menschlichen Lebens?

Deshalb müssen wir als Ärzte aus unserem ethischen Selbstverständnis heraus klare Normen definieren, die, erkennbar für die Gesellschaft, unabhängig von nüchternen Gesetzen den Korridor des ärztlichen Handelns bestimmen.

Ich wünsche Ihnen Freude und die notwendige Kraft für Ihre verantwortungsvolle Tätigkeit und vertrauensvolle, dankbare Patienten.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen

Teil 24: Kapuzinerkresse (*Tropaeolum majus* L.) Alexander H. Jakob



Große Kapuzinerkresse

Mit ihren gelb oder orange leuchtenden Blüten ist die Kapuzinerkresse, die ursprünglich aus Süd- und Mittelamerika eingeführt wurde, eine auch in Hessen verbreitete Zierpflanze, die durch ihre schildförmigen Blätter auffällt.

bakteriostatische und virusstatische, sowie antimykotische Wirkung haben. Die sich somit ergebenden Indikationsgebiete liegen in der unterstützenden Therapie von Harn- und Atemwegsinfekten, sowie durch die hyperämisierende Wirkung

Neben dem Einsatz verschiedener Arten als Zierpflanze, können die Bestandteile der Kapuzinerkresse auch in der Küche eingesetzt werden: Blätter und Blüten für den Salat, sowie die Knospen als Kapernersatz. Für den Einsatz als Phytotherapeutikum sind Senfölglykoside wirksamkeitsbestimmend, die eine

äußerlich bei Myalgien. Die Kombination aus Kapuzinerkressenkraut und Meerrettichwurzel wird bei oben genannten Indikationen eingesetzt und die keimhemmende Wirkung wurde bei insgesamt guter Verträglichkeit nachgewiesen, wobei mögliche Vorerkrankungen des Magens im Hinblick auf die reizende Wirkung der Senföle als Anwendungsbeschränkung zu beachten sind.

Kapuzinerkressenkraut kann auch als Tinktur und Rettichwurzel als Frischpflanzenpresssaft eingesetzt werden.

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

Man kann die Qualität eines großen Seminarhauses wie gewöhnlich in Quadratmetern messen. Wir berechnen sie lieber nach gelaufenen Service-Kilometern x Freundlichkeit x Kompetenz.

**WISSENSCHAFT IST UNSER METIER
ORGANISATION IST UNSERE PROFESSION**

Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen
Carl-Oelemann-Weg 5-7
61231 Bad Nauheim
Telefon 06032/782-0
Fax 06032/782-250
www.fbz-hessen.de
info@fbz-hessen.de

 Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Bezirksärztekammer Kassel stellt sich vor



v.l.: Britta Malsch, Hermann Kobbe, Heike Mählich, Vorsitzender: Dr. Lothar Werner Hofmann, Dagmar Figge, stellv. Vorsitzender: Dr. Dr. Hans-Dieter Rudolph (Foto: B. Griesel-Daum)

Die Bezirksärztekammer Kassel ist, wie alle anderen Bezirksärztekammern in Hessen, eine satzungsgemäße Einrichtung der Landesärztekammer Hessen. Sie ist regionale Verwaltungsstelle der Landesärztekammer Hessen.

Sowohl die Vorsitzenden als auch die Mitarbeiter/innen sind Ansprechpartner/innen für Ärztinnen und Ärzte, Medizinische Fachangestellte, Bürger/innen sowie Patient/innen.

Der geographische Zuständigkeitsbereich der Bezirksärztekammer Kassel reicht von Kalbach im Süden, bis Bad Karlshafen im Norden und von Willingen im Westen bis Wanfried im Osten.

Der Bezirksärztekammer-vorstand besteht aus

- Dr. med. Lothar Werner Hofmann, Vorsitzender
- Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph, stellvertretender Vorsitzender

Vorstand: Bestehend aus je einem Vertreter der in Kassel vertretenen Listen (gegebenenfalls Assoziierung).

Die Mitarbeiter/innen und ihre Verantwortungsbereiche

- Hermann Kobbe, Abteilungsleiter und Sachbearbeiter im Ausbildungswesen Medizinische Fachangestellte
- Britta Malsch, Sachbearbeiterin im Meldewesen und Abteilungsleiterin Servicestelle Mitgliederportal
- Sekretariat, Dagmar Figge und Heike Mählich

Service vor Ort bedeutet für die Bezirksärztekammer u.a.

- Ausführliche persönliche und telefonische Beratung und Betreuung von Mitgliedern und solchen die es werden wollen.
- Betreuung, Unterstützung und Beratung von Auszubildenden und Medizinischen Fachangestellten.
- Kompetente Anlaufstelle für Patienten zur Unterstützung bei der Arztsuche

und als primärer Ansprechpartner bei evtl. Beschwerden.

- Die enge Zusammenarbeit mit den örtlichen Gerichten und dem Gesundheitsamt.

Der Vorsitzende führt laut Geschäftsordnung der Bezirksärztekammern die laufenden Geschäfte und ist gegenüber den Mitarbeitern/innen der Bezirksärztekammer weisungsbefugt, unbeschadet der arbeitsrechtlichen Zuständigkeit der Landesärztekammer.

Die Vorsitzenden sind in die örtlichen berufspolitischen Aufgaben involviert und repräsentieren hier die Bezirksärztekammer. Zu ihren allgemeinen Aufgaben gehören Schlichtungs- und Beratungsgespräche innerhalb der Ärzteschaft, Schlichtungen z.B. zwischen Arzt und Patient. Des Weiteren stehen sie an den Kasseler Gesundheitstagen und bei z.B. Niederlassungsberatungen vor Ort referierend und beratend als Ansprechpartner zur Verfügung.

Ausbildungswesen – Medizinische Fachangestellte

Zahl der Auszubildenden: derzeit 626 (Stand 3. März 2011)

Prüfung und ggf. Ergänzung der Ausbildungs-, Umschulungs- und Anschlussverträge z.B. auf Vollständigkeit und Eintragung ins Ausbildungsverzeichnis usw.. Information und Versendung der Vertragsunterlagen und Eingruppierungsvorschriften.

Veranlagungen der Ausbildungsgebühren für drei Ausbildungsjahre und Überwachung der Zahlungseingänge.

Verantwortliche Organisation und Beaufsichtigung sowie Durchführung der Prüfungen einschließlich aller Nebenarbeiten wie zum Beispiel:

- Versenden der Anmeldungen für die Zwischen- und Abschlussprüfungen.

- Erstellen der Teilnehmer-Listen.
- Erstellen und Versenden der Zulassungsbescheide für Abschlussprüfungen.
- Aufsichtführung und Einteilung weiterer Aufsichten für die Zwischen- und Abschlussprüfungen an den verschiedenen Prüfungsorten.
- Vorprüfung der eingereichten Unterlagen zur vorzeitigen Zulassung zur Abschlussprüfung.
- Versendung der Ergebnisse aus der schriftlichen Abschlussprüfung.
- Raumanmietungen zur Durchführung der Abschlussprüfungen und Zwischenprüfungen an den Prüfungsorten Baunatal, Petersberg und Korbach.
- Fachliche Überwachung der Eignung und Berufung der Prüfungsausschussmitglieder und entsprechende Mitteilung an die LÄKH.
- Erstellung von Zeugnissen für die Medizinischen Fachangestellten.
- Zusammenstellung und Auswertung von Daten zur Übersicht und Fortentwicklung des Prüfungswesens für Zwecke der LÄK und anderen Behörden.
- Führung von komplexem Schriftverkehr im Zusammenhang mit Ausbildungsfragen.
- Selbständige Kontaktpflege und Informationsaustausch mit den Beruflichen Schulen.
- Intensive Zusammenarbeit und Kontaktpflege mit allen Ausbildungsberatern.

Das Meldewesen

Das Meldewesen bearbeitet Neu- und Wiederzugänge aller im o.g. Zuständig-

keitsbereich tätigen Ärzte. Jede/r Ärztin/Arzt hat sich nach Aufnahme seiner beruflichen Tätigkeit im Bereich der Bezirksärztekammer Kassel bei der Kammer anmelden. Sobald Veränderungen bekannt sind, werden die Stammdaten der Mitglieder auf den aktuellen Stand gebracht. Trotz hoher Mitgliederzahlen von zurzeit 5.381 werden die Daten zeitnah bearbeitet, denn sie sind für viele Abteilungen die Grundlage für die optimale weitere Bearbeitung. Sämtliche Kammermitglieder werden sowohl telefonisch, schriftlich und persönlich betreut und beraten.

Das Sekretariat

Das Sekretariat arbeitet mit weiteren Abteilungen der LÄK zusammen. Wichtige Aufgaben des Sekretariats sind die Organisation und Planung von Terminen für die lokale Geschäftsführung und die Kommunikationen mit allen Interessenten (Ärzte, Patienten, Beschäftigte der LÄK, usw.) vor Ort. Besonders die Bearbeitung von Patientenbeschwerden nimmt wegen der komplexen Sachverhalte sehr viel Zeit in Anspruch und setzt viel Einfühlungsvermögen und Grundkenntnisse des medizinischen Sachverhaltes voraus.

Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes bei allen kulturellen Veranstaltungen des Staatstheaters Kassel einschließlich aller Nebenarbeiten.

Führung und Pflege einer aktuellen Übersicht über alle in Nordhessen tätigen Arbeitsmediziner.

Des weiteren erfasst es noch die Arbeiten von allgemeinem Schriftwechsel, Sitzungsvorbereitung, Protokollführungen, Betreuung und Abwicklung des Geschäftsverkehrs von Stiftungen und die Benennung von Gutachtern für Gerichte.

Servicestelle Mitgliederportal der Landesärztekammer Hessen

Die Servicestelle wird seit dem 21. Dezember 2009 von allen Mitarbeitern in Kassel bearbeitet und betreut. Verantwortlich hierfür ist Britta Malsch. Durchschnittlich werden ca. 130 neue Anträge oder Kennwortanträge pro Woche gestellt und bearbeitet. Supportfragen gehen in der Regel per Mail oder Telefon an die Servicestelle in Kassel. Die meisten Mitglieder haben Probleme mit dem Log-in, weil sie z.B. ihren Benutzernamen oder das Passwort vergessen haben, bzw. die Groß- und Kleinschreibung nicht beachten.

Zurzeit werden auch für die neuen Mitglieder die Barcodes ausschließlich in Kassel gedruckt.

Seit dem 6. Dezember 2010 gibt es ein neues Portal. Dort können die Mitglieder ihre Fortbildungspunkte einsehen und sich ihre Fortbildungszertifikate ausdrucken, die sie dann ihren Arbeitgebern bzw. der KV vorlegen können.

Dr. med. Lothar Werner Hofmann
Vorsitzender der Bezirksärztekammer
Kassel

Der geriatrische Patient im Akutkrankenhaus

Evidenzbasierte Strategien zum Erhalt der Alltagskompetenz

Werner Vogel

Multimorbide alte und hochbetagte Patienten (über 70 bzw. 80 Jahre), die wegen einer akuten Erkrankung ins Krankenhaus kommen, haben ein hohes Risiko, ihre Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung einzubüßen. Ihre Vulnerabilität erhöht die Rate von Komorbiditäten und Komplikationen.

Neben konventionellen sind minimal invasive Eingriffe, aber auch pharmakologische und radiotherapeutische Interventionen zunehmend auch für Ältere entwickelt und vereinzelt in Leitlinien etabliert worden. Verbesserte Anästhesieverfahren in Verbindung mit Endoprothetik, Alterstraumatologie, Tumor- und Kardiochirurgie haben auch bei Betagten zu einer Leistungsausweitung geführt, die nicht als Ergebnis des „Marktes“, sondern vor allem als Folge des medizinischen Fortschrittes anzusehen ist. Auf diesen haben auch alte Menschen einen Anspruch, andererseits kann und sollte der Arzt nicht alles tun, was (technisch) möglich ist. Seine ethische Verpflichtung ist es, nach sorgfältiger Aufklärung des Patienten ein dem individuel-

len Risiko entsprechendes „vernünftiges“ Behandlungsangebot zu machen und ihn während und nach der Behandlung ärztlich zu begleiten.

Dem Anspruch geriatrischer Patienten [1] gerecht zu werden, stellt für die moderne Medizin weltweit eine neue Herausforderung dar. Einerseits sind die Ergebnisse bei konsequenter Anwendung heutigen Wissens erstaunlich. Andererseits beklagt ein kürzlich veröffentlichter Bericht aus Großbritannien, ungeachtet der dort langjährigen geriatrischen Tradition, bedrückende Schwachpunkte bei der Akutversorgung geriatrischer Patienten wie häufige Isolation, Verwirrtheit, Unterkühlung und Schmerzen. Um diesem Mangel zu begegnen, sei die tägliche Präsenz geriatrisch qualifizierten Personals notwendig statt „bei Bedarf“ hinzugezogener Konsile. Ferner müsse die universitäre ärztliche Aus- und die geriatrische Weiterbildung dringend dem wachsenden Bedarf angepasst werden – britische Forderungen [2], die auch für unser Land zu unterschreiben sind! Der steigende Bedarf an chirurgischer Versorgung ist in einer lesenswerten aktu-

ellen deutschen Publikation dargestellt worden, in der u.a. auf einen 24-fachen Anstieg der Zahl herzchirurgischer Eingriffe bei über 80-jährigen in den letzten 17 Jahren hingewiesen wird [3].

Der steigende altersmedizinische Bedarf in den nächsten Jahrzehnten wird – nach den segensreichen Fortschritten in der Kardiologie – vor allem die Behandlung der Herzinsuffizienz im Alter betreffen. Daneben werden Tumoren, Atem- und Harnwegsinfektionen, Ernährungsstörungen und Schmerzsyndrome zunehmend Anlass für eine geriatrische Krankenhausbehandlung sein. Diese Probleme bedürfen meist keiner hoch spezialisierten Klinik, sondern einer Abteilung mit einem geriatrischen Team, das sich nach angemessener Diagnostik um die Akutbehandlung und quasi zeitgleich um die Vermeidung der funktionellen Beeinträchtigung (im Sinn der Frührehabilitation) kümmert. Eine Metaanalyse von Baztán und Mitarbeitern zeigt das um 18 % niedrigere Risiko von Funktionsverlusten bei dieser Form der geriatrischen Akutversorgung und die um 30 % höhere Chance der Rückkehr nach Hause mit nachhaltigem Erfolg auch drei Monate später im Vergleich mit konventioneller Krankenhausbehandlung [4].

Damit ist erstmals der Erfolg der Akutbehandlung geriatrischer Patienten in einer geriatrischen Krankenhausabteilung bewiesen. Diese verursachte keine höheren Kosten, sondern erwies sich in der Tendenz als etwas günstiger. Schon in früheren kontrollierten Studien war die geriatrische Krankenhausbehandlung mit geriatrischem Assessment als effizienter – bei Kostenneutralität – als die konventionelle beschrieben worden [5]. Die Nachhaltig-

keit der funktionellen Verbesserung und der Möglichkeit der selbstständigen Lebensführung nach geriatrischer Behandlung konnten wir selbst belegen [6].

Um der demographischen Herausforderung im modernen Medizinbetrieb zu begegnen, braucht es also die „Geriatrisierung“ der Medizin. Heute wissen wir, dass dafür einerseits spezielles Wissen in praktisch allen medizinischen Disziplinen erforderlich ist (geriatrische Basiskompetenz), andererseits aber auch spezielle Strukturen wie geriatrische Krankenhausabteilungen mit multiprofessionellen Teams und systematischem Informationsaustausch. Möglicherweise werden sich Konferenzen aller beteiligten Fachärzte, wie sie sich

mancherorts bewährt haben, durchsetzen. Die Idee, geriatrische Krankenhäuser zu kreieren [7], ist eher theoretisch interessant, kann aber bei der Debatte um den besten Weg hilfreich sein. In jedem Fall ist eine enge Kooperation aller Beteiligten unverzichtbar.

Literatur

1. zur Definition vgl. Vogel W (2011): Geriatrie als neues Fachgebiet? Hess. Ärztebl. 72/3, 133-135
2. Editorial (2010): Respect and Care for the older person. *The Lancet* 376:1711
3. Slanye et al. (2011): Gerontochirurgie oder die Geriatriisierung der operativen Medizin
4. Baztán, J.J. et al. (2009): Effectiveness of geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: metaanalysis. *BMJ* 338:b50 doi10.1136/bmj.b50
5. Cohen HJ et al. (2002): A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med* 346:905-912
6. Vogel W, Braun B (2000): Qualitätssicherung geriatrisch-rehabilitativer Krankenhausbehandlung. *Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich.* 94:95-100
7. Gillick MR (2002): Do we need to create Geriatric Hospitals? *JAGS* 50:174-177

Anschrift des Verfassers

Professor Dr. med. Werner Vogel
Internist, Kardiologie, Geriatrie,
Arzt für Physikalische und
Rehabilitative Medizin
Past-Präsident der
Deutschen Gesellschaft für Geriatrie
Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen –
Zentrum für Geriatrie und
Neurologische Frührehabilitation
34369 Hofgeismar

Die Frankfurter Stiftung für krebskranke Kinder schreibt zum 2. Mal ihren mit
5.000 Euro dotierten

Dr. Maresch-Klingelhöffer-Forschungspreis

aus. Mit diesem Preis zeichnet die Frankfurter Stiftung für krebskranke Kinder die beste eingereichte Arbeit von Nachwuchswissenschaftlern/Nachwuchswissenschaftlerinnen (bis 40 Jahre) auf dem Gebiet der **Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie sowie für Forschungsbereiche, die im unmittelbaren Bezug zum Forschungsgebiet stehen.**

Ausgezeichnet wird eine wissenschaftliche Arbeit, die im Zeitraum von 2009 bis 2011 veröffentlicht oder als Manuskript fertig gestellt wurde. Die Bewerbungsunterlagen sind in der Zeit vom 1. April 2011 bis 31. Mai 2011 an die Geschäftsführung der Frankfurter Stiftung für krebskranke Kinder, Postfach 730328, 60505 Frankfurt am Main einzureichen. Nähere Informationen sind unter „www.kinderkrebsstiftung-frankfurt.de (Aktuelles)“ nachzulesen.

Die Frankfurter Stiftung für krebskranke Kinder, die 2005 ihr eigenes Forschungshaus eröffnet hat, verfolgt das Ziel herauszufinden warum Kinder an Krebs erkranken.

Therapieoptimierungsstudien haben in den letzten Jahrzehnten bei einigen Krebserkrankungen im Kindesalter wie beispielsweise den Leukämien beachtliche Erfolge erzielt. Jedoch ist trotz Therapieoptimierung und Intensivierung die Prognose bei einigen Tumorentitäten wie zum Beispiel den malignen Hirntumoren, Weichteilsarkomen oder bei therapieresistenten Fällen weiterhin schlecht. Dies verdeutlicht, dass neue Konzepte notwendig sind, die auf die molekularen Ursachen der Therapieresistenz abzielen, um die Behandlungsoptionen und die Prognose in diesen Fällen zu verbessern. Die eingereichten Arbeiten für den Förderpreis können und sollen dazu beitragen, die Kinderkrebsforschung wieder ein Stück voranzubringen bzw. einen Beitrag zur aktuellen Forschung beizutragen. Die Frankfurter Stiftung für krebskranke Kinder ist eine private Stiftung die sich ausschließlich durch Spenden, Zinserträge aus dem Stiftungskapital und Nachlässen finanziert. Sie erhält keine staatliche Förderung.

Die kompletten Ausschreibungsunterlagen finden Sie unter:
www.kinderkrebsstiftung-frankfurt.de

Das geriatrische Assessment

Wolfgang Knauf

Befragt man die Patienten in den geriatrischen Fachabteilungen nach ihren individuellen Behandlungszielen, so äußern diese fast unisono und ebenso eindrucksvoll, dass sie ihre Selbstständigkeit wieder erlangen wollen, die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit ermöglicht und dass verlorene bzw. reduzierte Alltagsfähigkeiten (insbesondere der Mobilität) verbessert werden sollen. Mit diesen Äußerungen bzw. Wünschen formulieren die Patienten genau das, was das Ziel geriatrischer Behandlung ist, nämlich die Wiederherstellung und Förderung eines durch akute oder chronische Erkrankung verschlechterten Funktionszustandes (Restitutio ad optimum, nicht Restitutio ad integrum).

Obwohl die ersten geriatrischen Einrichtungen in Deutschland bereits vor mehr als 40 Jahren entstanden und Hessen dabei als Mutterland der deutschen Geriatrie gilt (erste vollstationäre Geriatrie in Hofgeismar 1967, erste geriatrische Tagesklinik in Frankfurt-Hoechst 1978, mobile geriatrische Rehabilitation in Marburg-Wehrda 1997), ist der Terminus des geriatrischen Assessments erst seit Anfang der 90er Jahre als standardisierter Begriff durchgängig erkennbar. Seinen Ursprung findet er in einer „Arbeitsgruppe geriatrisches Assessment (AGASt)“ von sechzehn Geriatern und einer Soziologin aus sieben deutschen Kliniken und zwei Kliniken in der Schweiz, die sich im September 1993 zum Ziel gesetzt hatten, einerseits eine getreue Übertragung und Übersetzung internationaler Assessment-Verfahren für den deutschen Sprachgebrauch zusammen zu stellen und andererseits einen Abgleich und eine Vereinheitlichung der Assessment-Instrumente vorzunehmen¹.

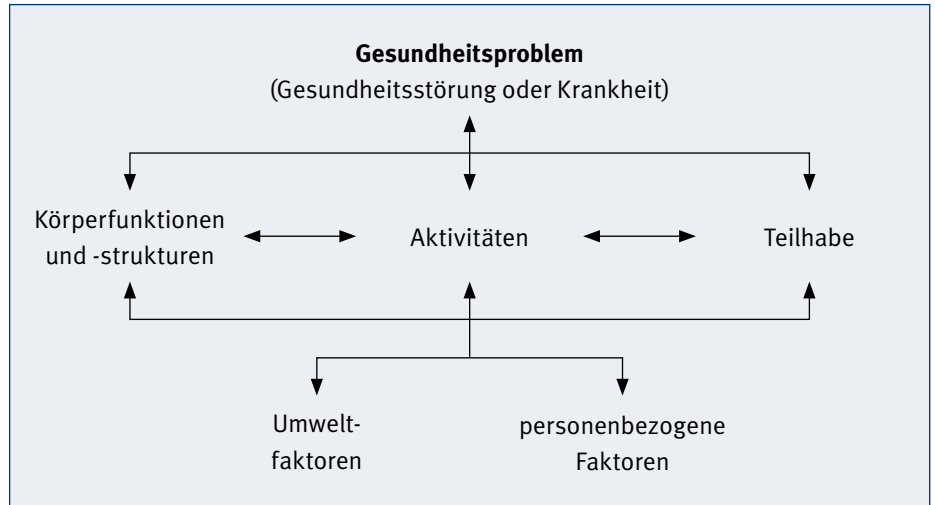


Abb. 1

Das geriatrische Assessment stellt mit seinen verschiedenen validierten Messinstrumenten einen Kernbestandteil der geriatrischen Behandlung dar und ist – nach Stuck et al. – ein interdisziplinärer Prozess zur Erfassung medizinischer, psychosozialer und funktioneller Ressourcen und Probleme eines betagten Patienten unter Berücksichtigung der Umgebungssituation². Die Rationale des Assessments findet sich ursprünglich in der internationalen WHO-Klassifikation der Schädigungen (impairments), Fähigkeitsstörungen (disabilities) und Beeinträchtigungen (handicaps) (ICIDH), die mittlerweile durch die International classification of functioning (ICF) abgelöst wurde. Beiden Konstrukten liegt letztlich ein biopsychosoziales Modell von Krankheit zugrunde, die immer auch die konkrete Lebensumwelt von Patienten mit berücksichtigt (Abb. 1³). In der weiteren Entwicklung wurden diese Aspekte – insbesondere die der sozialen Teilhabe – im 9. Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) verankert und werden heutzutage deutlich stärker als früher fokussiert.

Aufgaben eines Assessments

Mittels verschiedener Assessment-Instrumente werden in differenzierter Form verloren gegangene Aktivitäten im Hinblick auf persönliche Teilhabe und unter Berücksichtigung individueller Kontextfaktoren bewertet und dokumentiert. Gleichzeitig bilden sie im geriatrischen Klinikalltag die Grundlage einer erfolgreichen Kommunikation im multiprofessionellen Team. Nicht zuletzt sind sie von besonderer Wichtigkeit für eine individuelle Behandlungsplanung durch die Priorisierung von Therapiezielen. Neben der Informationssammlung von alltagsrelevanten Funktions- oder Fähigkeitsstörungen besitzt das Assessment aber immer auch Präventionsaufgaben, in dem spezifische Risiken und Gefahren des geriatrischen Patienten erkannt (und wenn möglich beseitigt) werden. Weiterhin ist das geriatrische Assessment – nach Runge – eine Methode, die aus der individuellen Beliebigkeit der persönlichen Erfahrung und aus der segmentalen Begrenzung der medizinischen Einzeldisziplinen hinausführt und die Erfolge der geriatrischen

¹ Arbeitsgruppe geriatrisches Assessment (Hrsg.): *Geriatrisches Basis-Assessment*, MMV Verlag (ISBN 3-8208-1273-3).

² Stuck et al., *Lancet* 342, No 8878:1032-1032; 1993

³ Schuntermann – Einführung in die ICF

EBM – einheitlicher Bewertungsmaßstab 03240 Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	
Abrechnungsbestimmung:	• Einmal im Behandlungsfall • Anmerkung: Die Gebührenordnungsposition 03240 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig
Obligatorer Leistungsinhalt	• Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen unter Berücksichtigung des kardiopulmonalen und/oder neuromuskulären Globaleindrucks mit Quantifizierung der Störung mittels standardisierter qualitätsgesicherter Testverfahren (z. B. Barthel-Index, PGBA, IADL nach Lawton/Brody, geriatrisches Screening nach LACHS) • Beurteilung der Sturzgefahr durch standardisierte Testverfahren (z. B. Timed „up & go“, Tandem-Stand, Esslinger Sturzrisikoassessment) • Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren (z. B. MMST, SKT oder TFDD)
Fakultativer Leistungsinhalt	• Anleitung zur Anpassung des familiären und häuslichen Umfeldes an die ggf. vorhandene Fähigkeits- und Funktionsstörung, • Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes, ggf. Arbeitsplatzes, • Abstimmung mit dem mitbehandelnden Arzt

Abb. 2

Intervention evaluieren kann⁴. Seit mehr als 15 Jahren werden durch das vom Bundesverband Geriatrie e.V.⁵ eingeführte GEMIDAS-Projekt bundesweit bestimmte Assessment-Parameter anonymisiert erhoben und ermöglichen einen differenzierten Vergleich von Behandlungsergebnissen und Patientenverläufen verschiedener Fachabteilungen.

Anwendungsformen für ein geriatrisches Assessment

Ein Anspruch der geriatrischen Medizin besteht sowohl im hausärztlichen als auch im klinischen Kontext in der umfassenden Berücksichtigung organ-medizinischer, funktioneller, kognitiv-mentaler, psycho-sozialer, kontextbezogener Dimensionen. Das geriatrische Assessment hilft hierbei und kann damit im Prinzip überall dort angewandt werden, wo alte Menschen behandelt und betreut werden: Im Klinikalltag zur Festlegung des individuellen Behandlungsziels und zur Erfassung des Behand-

lungsverlaufes, in der hausärztlichen Praxis z.B. im Sinne eines ersten Screenings zur Aufdeckung alltagsrelevanter Funktionseinschränkungen, in der Häuslichkeit des Patienten (z.B. im Rahmen der Pflegebegutachtung) oder auf spezielle Anforderung (geriatrisches Konsil).

Mit Einführung der DRG (Diagnosis related groups) im Krankenhausbereich ist das geriatrische Assessment integraler Bestandteil der **geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (8-550.x)**, welche u.a. ein standardisiertes geriatrisches Assess-

ment in mindestens fünf Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion, soziale Versorgung) einfordert. Im hausärztlichen Bereich finden sich im **EBM 2009** unter der Nummer **03240** die obligaten bzw. fakultativen Leistungsinhalte des hausärztlichen geriatrischen Basis-Assessments, die einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden können (Abb 2).

Assessment-Instrumente

Bei der ursprünglichen Konzeption des geriatrischen Assessments schlugen die „AGAST-Autoren“ zunächst ein abgestuftes Vorgehen vor. Mittels eines primären **geriatrischen Screenings nach Lachs** sollte zunächst überhaupt evaluiert werden, ob ein weiteres ausführliches geriatrisches Assessment notwendig ist. Das Screening selbst umfasst dabei 15 Problembereiche bzw. Items, die im Rahmen einer regulären Anamneseerhebung innerhalb von etwa zehn Minuten erhoben werden können. Sinnvoll ist dieses Screening im hausärztlichen Bereich (auch aufgrund zeitökonomischer Gegebenheiten) einsetzbar, da es wichtige Hinweise für Funktionsstörungen und Risiken des geriatrischen Patienten generiert. Der errechnete Summenscore

⁴ Runge; ambulant geriatrisches Assessment, 1996

⁵ Bundesverband Geriatrie e.V.
(www.bv-geriatrie.de)

Tabelle 1: ausgewählte Instrumente des geriatrischen Assessments

Screening nach Lachs	
Aktivitäten des täglichen Lebens	
• BARTHEL-INDEX (Basis-ADL) • LAWTON-BRODY (instrumentelle ADL) • FIM (functional impairment measurement) • etc.	
Mobilität	
• Timed up and go • Motilitätstest nach Tinetti • Tandemstand/-gang • Chair stand up • Transferskala • etc.	
Kognition / Affekt	
• MMSE (Mini mental state examination nach Folstein) • Uhrentest • CERAD (Consortium to establish a Registry of Alzheimer disease) • GDS (Geriatrische Depressionsskala nach Yesavage) • DemTect • TFDD • etc.	
Weitere Instrumente	
• Fragebogen nach Nikolaus (Soziale Situation) • Handkraftmessung • Geldzähltest nach Nikolaus • MNA Mini nutritional Assessment • Dekubitusskalen (Norton, Braden, Waterlow) • Schmerzskalen (VAS, NRS) • etc.	

ist dabei von untergeordneter Bedeutung, die Beachtung der auffälligen Items um so wichtiger. Im Alltag geriatrischer Fachabteilungen ist aufgrund der veränderten Patientenstruktur dieses Screening nach Lachs meist überflüssig, da hier direkt die Assessment-Verfahren zur Anwendung kommen, die über die Aktivitäten des täglichen Lebens, die Mobilität, kognitive und/oder affektive Störungen, oder Malnutrition differenzierter Auskunft geben (siehe Tabelle 1).

Aktivitäten des täglichen Lebens

Mahoney und Barthel verfassten bereits Mitte der 60er Jahre den nach ihnen benannten **BARTHEL-Index**, der ursprünglich jedoch nicht für geriatrische Patienten sondern für Personen mit neuro-muskulären oder muskulo-skeletalen Erkrankungen gedacht war. Zehn verschiedene Items (Abb. 3) des Alltags (z.B. Essen, Transfer, Waschen, Toilettenbenutzung, Aufstehen und Gehen, etc.) werden mit unterschiedlicher Punktzahl (0, 5, 10, 15 Punkte) bewertet. Der maximale Summenscore beträgt 100, der niedrigste 0 Punkte. Auf der Grundlage einer vom Bundesverband Geriatrie e.V. initiierten Diskussion besteht seit dem Jahr 2002 eine einheitliche Operatio-

nalisation, das sogenannte „Hamburger Manual zum Barthel-Index“⁶. Hiermit wurde sichergestellt, dass in der Geriatrie häufig vorkommende Problemsituationen (Patient besitzt PEG-Sonde, oder Blasen-dauerkatheter, etc.), ebenfalls berücksichtigt werden können, die aber von den Autoren seinerzeit nicht einbezogen wurden. Prinzipiell wird mit dem Barthel-Index das gemessen, was der Patient tatsächlich tut und nicht das, was er (theoretisch) könnte. Dabei bedeutet auch ein Barthel-Index von 100 Punkten nicht per se eine fehlende geriatrische Behandlungsnotwendigkeit, da bestimmte Domänen (beispielsweise im Bereich Sprache oder Kognition) nicht erfasst werden. Nachteilig ist im klinischen Alltag weiterhin, dass der Barthel-

(ADL) – BARTHEL-INDEX		
Essen	10	unabhängig, benutzt Geschirr
	5	braucht Hilfe (z.B. beim Schneiden)
	0	total hilfsbedürftig
Bett-Stuhl Transfer	15	unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)
	10	minimale Assistenz oder Supervision
	5	kann sitzen, braucht Hilfe zum Transfer
	0	bettlägerig
Waschen	5	wäscht Gesicht, kämmt sich, etc.
	0	braucht Hilfe
Toilette	10	unabhängig bei Benutzung Toilette
	5	braucht Hilfe (z.B. Gleichgewicht)
	0	kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl
Baden	5	badet oder duscht ohne Hilfe
	0	badet oder duscht mit Hilfe
Bewegung	15	unabhängig Gehen (auch mit Gehhilfe) mind. 50m
	10	mind. 50m Gehen, jedoch mit Unterstützung
	5	für Rollstuhlfahrer: unabhängig für mind. 50m
	0	kann sich nicht (mind. 50m) fortbewegen
Treppensteigen	10	unabhängig (auch mit Gehhilfe)
	5	braucht Hilfe oder Supervision
	0	kann nicht Treppensteigen
Ankleiden	10	unabhängig, inkl. Schuhe anziehen
	5	hilfsbedürftig
	0	total hilfsbedürftig
Stuhlkontrolle	10	kontinent
	5	teilweise inkontinent (z.B. nachts)
	0	inkontinent
Urinkontrolle	10	kontinenz
	5	teilweise inkontinent (z.B. nachts)
	0	inkontinent

Abb. 3

⁶ www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/hamburger_manual.pdf.

Index insbesondere für den tagesklinischen Bereich aufgrund des bekannten ceiling-Effektes eine zu geringe Sensitivität aufweist. Hier empfiehlt sich als ergänzendes Assessmentinstrument der **FIM (functional impairment measurement)**, welcher mit 18 Merkmalen und einer siebenstufigen Skalierung (Abb. 4) eine bessere Differenzierung (Range 18 bis 126 Punkte) ermöglicht. Nachteilig ist der höhere Zeitaufwand und die Beachtung einer sehr umfassenden Handlungsanweisung.

Erweiterte instrumentelle Aktivitäten des Alltags (**i-ADL**) lassen sich mit der **Skala nach Lawton-Brody** erfassen. Hierunter fallen komplexere Tätigkeiten wie beispielsweise die Haushaltsversorgung, die Fähigkeit zum Einkaufen oder des Telefonierens oder die Regelung finanzieller Geschäfte. Hilfreich ist der i-ADL-Index nach Lawton Brody beispielsweise bei der Beurteilung der Alltagsselbstständigkeit bei einem mild cognitive impairment (MCI).

Mobilität

Mehr als ein Drittel aller Menschen über 65 Jahre stürzen statistisch einmal pro Jahr, bei den Hochbetagten ist die Sturzrate noch deutlich höher. Bei den in stationären Einrichtungen behandelten geriatrischen Patienten ist die Gehverschlechterung eines der Kardinalprobleme und häufig die gemeinsame Endstrecke vieler unterschiedlicher Erkrankungen (Insult, Fraktur, Morbus Parkinson, diabetische Polyneuropathie, etc.). Insofern verwundert es nicht, dass der Wunsch der Patienten nach Verbesserung seines Gangbildes fast immer im Vordergrund der persönlichen Therapieziele steht. Das geriatrische Assessment von Gehstörungen erfolgt in der Regel mittels des **Timed up and go Tests** und/oder des **Motilitätstestes nach Tinetti**.

FIM Functional impairment measurement		Totale Hilfestellung	Ausgeprägte Hilfestellung	Mäßige Hilfestellung	Kontakthilfe	Supervision/Vorbereitung	Eingeschränkte Selbstständigkeit	Völlige Selbstständigkeit
		1	2	3	4	5	6	7
Selbstversorgung								
A.	Essen/Trinken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B.	Körperpflege	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C.	Baden/Duschen/Waschen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D.	Ankleiden oben	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E.	Ankleiden unten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
F.	Intimhygiene	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kontinenz								
G.	Blasenkontrolle	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H.	Darmkontrolle	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Transfers								
I.	Bett/Stuhl/Rollstuhl	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J.	Toilettensitz	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
K.	Dusche/Badewanne	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fortbewegung								
L.	Gehen/Rollstuhl	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
M.	Treppensteigen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kommunikation								
N.	Verstehen akustisch/visuell	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
O.	Ausdruck verbal/nonverbal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kognitive Fähigkeiten								
P.	Soziales Verhalten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Q.	Problemlösung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
R.	Gedächtnis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Abb. 4

Beim Timed up and go Test wird die Geschwindigkeit gemessen, die ein Patient benötigt um aus einem Stuhl aufzustehen, drei Meter zu gehen, sich herum zu drehen und zum Stuhl zurückzukehren. Bei einer Zeitdauer über 30 Sekunden liegt eine ausgeprägte Mobilitätseinschränkung vor.

Der Motilitätstest nach Tinetti analysiert zusätzlich die Balance im Sitzen wie auch im Stehen. Des weiteren werden mittels einer Gehprobe Parameter wie Schrittlösung, Schrittsymmetrie, Gangkontinuität,

Wegabweichung, Schrittbreite, etc. standardisiert erhoben. Die maximale Gesamtpunktzahl beträgt im Motilitätstest nach Tinetti 28 Punkte; eine Sturzgefährdung besteht bei einer Punktzahl < 20.

Nicht selten sind geriatrische Patienten insbesondere nach Akuterkrankungen (z.B. Insult) nicht in der Lage die vorgenannten Gehtests durchzuführen. Nach einer Auswertung des Landesverbandes Geriatrie Hessen-Thüringen konnten etwa 60 % der stationär behandelten Insultpatienten den Timed up and go Test zum Zeitpunkt der

Insultpatient 2007-2009: Timed up and go (in Sekunden) bei Aufnahme und Entlassung

(Geriatric Hessen n= 3.797)

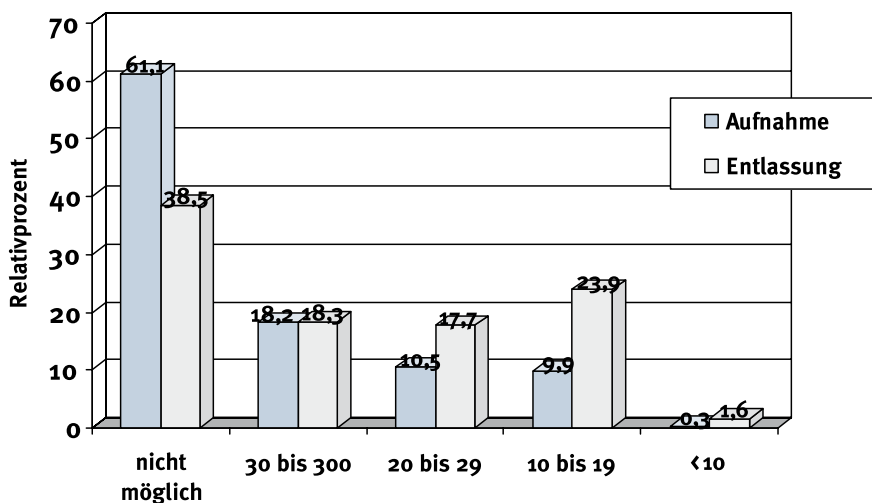


Abb. 5

geriatrischen Behandlung nicht durchführen (Abb 5). Bei solchen Patienten besteht dann oft zunächst – bei vorhandener Sitz- und Rumpfstabilität – das Therapieziel in einer Verbesserung des Transfers. Diese Funktion ist mit der **Esslinger Transferskala** gut abbildbar (siehe Tabelle 2).

Weitere Assessment-Instrumente für den Bereich der Mobilität bestehen in der Überprüfung des Semi-Tandem, Tandemgang (Seiltänzerengang), etc.. Generell gilt, dass auffällige Mobilitätstests weitere Untersuchungen wie auch Therapiemaßnahmen implizieren (Überprüfung bzw. Verordnung von Hilfsmitteln, Einleitung von Maßnahmen zur Sturzprophylaxe, etc.).

Kognition

Die Kognition lässt sich gut mit dem **Mini Mental State Examination Test** nach Fol-

stein (**MMSE**) überprüfen, der im Sinne eines Screenings unterschiedliche Hirnleistungen testet: Neben Fragen zur Orientierung, zum Gedächtnis und zur Aufmerksamkeit werden Benennleistungen, Lese- und Schreibleistungen sowie visuell-konstruktive Fähigkeiten erfasst. Limitationen erfährt der MMSE bei aphasischen Patienten wie auch bei Personen mit starker Visuseinschränkung (alternativ Blindversion des MMSE möglich). Auch muss bedacht werden, dass Patienten gelegentlich die Beantwortung der Testfragen verweigern und sogar gekränkt reagieren. Insofern ist – wie bei allen Assessmentverfahren – eine Aufklärung des Patienten über den Sinn der Testung vor Durchführung obligat. Die maximale Punktzahl des MMSE beträgt 30 Punkte (unauffälliger Wert), in der Originalliteratur wird ein Wert < 24 Punkte als Hinweis für eine kognitive Einschränkung mit hoher Wahrscheinlichkeit beschrieben. Aufgrund der bekanntermaßen schlechten Sensitivität und Spezifität des MMSE bei diskreten kognitiven Veränderungen (MCI: mild cognitive impairment) wird heutzutage die **CERAD-Testbatterie** als Goldstandard der neuropsychologischen Testung favorisiert. Dieses Instrument wurde 1986 in den USA zur Früherkennung von dementiellen Erkrankungen entwickelt und umfasst insbesondere die Funktionsbereiche, die bei der Alzheimer Demenz defizitär auftreten. 1998 erfolgte erstmals die Übersetzung ins Deutsche, 2002 wurde die deutschsprachige Version validiert. Mittlerweile liegt eine neuere Version (CERAD plus 1.0) vor, die insbesondere die bekannten Testverfahren zur Aufmerksamkeit (Zahlen-Verbindungstest, Trailmaking Test) inkludiert. Zweifelsohne eignet sich die CERAD-Testbatterie (auch aufgrund der zeitlichen Dauer) nicht für den klinischen Alltag, sondern findet eher Anwendung in Spezialambulanzen (Memory-Clinic, Gedächtnisambulanz etc.).

Abgerundet wird das geriatrische Assessment in der Regel durch die Durchführung der **geriatrischen Depressionsskala nach Yesavage**, die in der speziell für alte Menschen entwickelten Kurzfassung 15 Fragen enthält und in hohem Maß sensitiv und reliabel ist⁷. Mehr als fünf Punkte sprechen hier für das Vorliegen einer depressiven Symptomatik, die einer weiteren Abklärung zur Therapie bedürfen.

Zusammenfassung

Assessment-Instrumente im klinischen Alltag

Zusammenfassend fokussieren die benannten geriatrischen Assessment-Instrumente valide auf die sogenannten „**Geriatrischen I's**“ (Instabilität, Inkontinenz, intel-

⁷ Rapp SR et al.; Detecting depression in elderly medical inpatients. J Consult Clin Psychol 56: 509-513

Tabelle 2: (nach Runge – Geriatrische Rehabilitation im Team)

Esslinger Transferskala		
Hilfestufe	Graduierungskriterium	Erläuterungen
Ho	keine personelle Hilfe erforderlich	Bei selbstständigem Umsetzen mit unmittelbarer Sturzgefahr H1 codieren. Wenn Anweisung/Überwachung erforderlich ist = H1
H1	spontane Laienhilfe erforderlich bzw. ausreichend	Bezugspunkt ist ein durchschnittlicher Erwachsener ohne besondere Schulung. Wenn offenkundige Probleme sichtbar werden (Gefahr, Schmerz), ist höher einzustufen.
H2	geschulte Laienhilfe erforderlich bzw. ausreichend	Wie bei einem durchschnittlich geschickten Erwachsenen nach ca. zweimal 1/2 Stunde Schulungszeit.
H3	Hilfe professionellen Standards erforderlich bzw. ausreichend	Durch ausgebildete Kranken- oder Altenpflegekraft oder Therapeutin. Bei Apoplex-Patienten werden die Grundregeln des Umsetzens nach Bobath vorausgesetzt, allerdings wird Kompensation zugelassen, wenn der Patient von sich aus so vorgeht. Auch ein geschickter Nicht-Profi kann in diesem Bereich professionellen Standard erreichen.
H4	ein Helfer professionellen Standards ist nicht ausreichend	Ein durchschnittlich geschickter Helfer professionellen Standards ist nicht ausreichend, um den Patienten schmerzlos oder gefahrlos (auch für den Helfer gefahrlos!) umzusetzen. Ein zweiter Helfer oder ein technisches Gerät (Lifter, Rutschbrett, Drehbrett) sind nötig.

lektueller Abbau, Immobilität). Weitere Assessment-Instrumente (wie z.B. Fragebogen zur sozialen Situation, Performance-Tests zur Testung der Feinmotorik oder Handkraft, Scoresysteme zur Erfassung des Ernährungszustandes, Skalen zur Evaluierung des Schmerzes oder eines Dekubitusrisikos) können ergänzend zur Anwendung kommen. Im Klinikalltag wird das geriatrische Assessment regelmäßig und kontinuierlich durchgeführt, nicht zuletzt auch, um den Therapieverlauf zu doku-

mentieren. Weiterhin lassen sich im Krankenhausbereich die vorgenannten Assessment-Parameter gut bei geriatrischen Konsilen in anderen Fachabteilungen nutzen. Nicht zuletzt stellen sie eine wertvolle Argumentationshilfe im Dialog mit den Kostenträgern und dem MDK dar.

Trotz dieses Nutzens wird der versierte Geriater nicht vergessen, dass das Assessment zwar einen wesentlichen Baustein in der geriatrischen Behandlung darstellt, aber

die Erfahrung des behandelnden Arztes und der übrigen Professionen nicht ersetzt. Ebenso evident ist die Tatsache, dass ein einziges Assessment-Instrument nicht die gesamte Wirklichkeit des Patienten einschließlich seiner Lebensumwelt abbildet, sondern nur einen allerdings wesentlichen Mosaikstein der geriatrischen Behandlung darstellt. Bei aller Begeisterung für das geriatrische Assessment darf eine regelmäßige Schulung aller Mitglieder eines geriatrischen Teams im Gebrauch der eingesetzten Instrumente nicht vergessen werden, um eine personalunabhängige Reliabilität und Objektivität zu gewährleisten.

Anschrift des Verfassers

*Dr. med. Wolfgang Knauf
 Arzt für Innere Medizin
 Arzt für Physikalische und
 Rehabilitative Medizin, Geriatrie,
 Palliativmedizin
 Vorstandsmitglied des
 Landesverbandes Geriatrie
 Hessen-Thüringen
 Ärztlicher Direktor der
 Asklepios Paulinen Klinik und
 Chefarzt der Medizinischen Klinik II
 des Zentrums für Internistische und
 Geriatrische Medizin ZIGM
 65197 Wiesbaden
 E-Mail: w.knauf@asklepios.com*

15. Internationaler Kongress der Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e.V.

Europaweit größte Veranstaltung für ganzheitliche Krebsmedizin und Komplementärmedizin

Patient und Arzt im Dialog

13. – 15. Mai 2011, Kongresshaus Heidelberg

Das ausführliche Programm finden Sie unter: www.biokrebs.de/kongress

Gesund und aktiv älter werden

Landeskonzferenz Hessen „Altersbilder im Wandel – Herausforderungen für die Gesundheitsförderung“ im Frankfurter Haus am Dom

In 20 Jahren wird knapp ein Drittel der Bevölkerung über 65 Jahre alt sein: Mit dieser nüchternen Feststellung leitete Moderatorin Petra Diebold (hr) die Podiumsdiskussion auf der Landeskonzferenz Hessen „Altersbilder im Wandel – Herausforderungen für die Gesundheitsförderung“ ein und ging unmittelbar in medias res: „Wie sind Sie, wenn Sie alt sind?“, wollte Diebold mit Blick in die Zukunft von ihren Gesprächspartnern wissen. Sie werde sich um lebenslanges Lernen bemühen und hoffe, dass es ihr später noch besser gehe als heute, gab Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), zur Antwort. Wie man sich im Alter fühle, hänge von Kontext und Setting ab, befand Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong, Referatsleitung Prävention im Hessischen Sozialministerium, und Professorin Ulla Walter, Direktorin des Instituts für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover, wandte sich entschieden gegen „pessimistische Altersbilder“. „Alt bin ich dann, wenn ich nicht mehr neugierig bin“, urteilte Heike Pallmeier, Geschäftsführerin der HAGE,

und Ingrid Bernhammer, Vorsitzende der Landesseniorenvertretung Hessen, gab an, sich mit über 70 noch gesundheitlich fit zu fühlen. Allein Martin Leimbeck, Vizepräsident der Landesärztekammer Hessen und niedergelassener Allgemeinmediziner, goss etwas Wasser in den Wein der allgemeinen Zuversicht. Als Hausarzt auf dem Land in strukturschwachem Gebiet werde er voraussichtlich noch viele Jahre arbeiten müssen und hoffe, dabei kognitiv lange fit zu bleiben. Dennoch sei, rein körperlich betrachtet, ein altersbedingter Funktionsverlust unvermeidlich.

Lösungsansätze durch Modellprojekte

„Gesund und aktiv älter werden“ lautete der thematische Schwerpunkt der von der HAGE Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung in Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Hessischen Sozialministerium veranstalteten Landeskonzferenz im Frankfurter Haus am Dom. Die demographische Entwicklung und damit die wachsende Zahl älterer Bürgerinnen und Bürger stellen sowohl das Gemeinwesen

als auch das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen. Ziel der Veranstaltung war es, anhand von Modellprojekten Lösungsansätze für das Land und die Kommunen aufzuzeigen und die Akteure stärker zu vernetzen. Der hessische Sozialminister Stefan Grüttner erklärte, dass es sich bei der Landeskonzferenz um die Auftaktveranstaltung des Teilprojekts ‚Gesund altern‘ im hessischen Gesundheitsförderungsplan GesundLeben – GesundBleiben der Nachhaltigkeitsstrategie handele. Im Rahmen des Teilprojekts solle ein integraler und nachhaltiger Gesundheitsförderungsplan für Hessen entwickelt werden, der alle Lebenswelten und -phasen der Menschen in den Blick nehme. „Wir wollen über diesen Weg in den aktiven Austausch über Ansätze und Beispiele der Gesundheitsförderung für Ältere treten und einen Prozess des voneinander Lernens und miteinander Handelns anregen“, sagte Grüttner.

Rund 150 Experten aus Praxis und Wissenschaft, Beschäftigte aus kommunalen und landesweiten Institutionen, Ehrenamtliche und Interessierte aus den Bereichen Senioren, Gesundheit, Soziales, Bildung und bürgerschaftliches Engagement nahmen an der Landeskonzferenz teil. Auch die Landesärztekammer Hessen beteiligte sich mit der Vorstellung eines geplanten Projekts zur Diabetesprävention bei Frauen und Männern ab 50 plus. Mit Hilfe des noch in der Konzeptionsphase befindlichen Projekts soll die Zielgruppe durch Ärztinnen und Ärzte aufgeklärt und über die wirksame Prävention von Typ-2-Diabetes durch eine ausgewogene Ernährung und auf den Einzelnen abgestimmte Bewegung informiert werden (weitere Informationen zu dem Projektvorhaben folgen in einer späteren Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes).

Den ganzen Menschen sehen

Dass sich die älter werdende Bevölkerung erheblich auf die gesellschaftliche Realität auswirken und die gesundheitliche Förderung immer wichtiger werde, betonte Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong bei der Podiumsdiskussion. Noch glaubten viele Unternehmen und Betriebe, dass der demographische Wandel keine Folgen für sie habe. Tatsächlich aber werden, so Maulbecker-Armstrong, die Folgen deutlich spürbar sein. Martin Leimbeck empörte sich darüber, dass „diese interessante Diskussion“ nicht auf Bundesebene geführt werde: „Wie kann es sein, dass heute noch Menschen mit 52, 53 Jahren nicht mehr vermittelbar sind?“. Es müsse viel für die Gesundheitsförderung Älterer getan werden – aber nicht zu Lasten der Jüngeren und der Kinder, hob Dr. Elisabeth Pott hervor. „Vielmehr muss klar sein: Wir müssen etwas für die Gesundheitsförderung älterer und jüngerer Menschen tun – und dabei den ganzen Mensch sehen.“ Bei der Gesundheitsförderung älterer Menschen setze die BZgA nicht auf ein Defizit-, sondern auf ein Kompetenzmodell. Im Mittelpunkt stehe die Frage nach den Stärken und Fähigkeiten des Einzelnen. Diese müssten von Ärztinnen und Ärzten bei der gesundheitlichen

Beratung ebenso berücksichtigt werden wie der altersgerechte Umgang – hinsichtlich Sprache, Schriftgröße und Informationen – mit den Patienten. „Die Rahmenbedingungen sind ganz wichtig“, so Pott weiter. Für gute Prävention brauche man eine gute Infrastruktur.

Strukturwandel im Gesundheitswesen notwendig

Dass die Rahmenbedingungen in Zukunft immer mehr an Bedeutung gewinnen werden, machte auch Leimbeck deutlich. Ärzte würden schon jetzt vermehrt zu Lebensberatern; gleichzeitig werde ihre zeitliche Zuwendung – gerade auch zu multimorbiden Patienten – durch zunehmende Bürokratie beschnitten. „Gesamtgesellschaftlich betrachtet, werden wir alle im dritten Lebensabschnitt deutlich aktiver und leistungstärker als frühere Generationen sein, aber der vierte Lebensabschnitt – und damit nachlassende körperliche und/oder geistige Fähigkeiten, häufig auch Pflegebedürftigkeit – kommt hinzu“, gab der Vizepräsident der Landesärztekammer zu bedenken. Menschen über 80 veränderten sich, doch in der heutigen Gesellschaft sei alles für junge Internet-Nutzer konzipiert. Man müsse daher ein anderes Ver-

ständnis entwickeln, die Infrastruktur auch älteren Menschen anpassen, aufsuchende Strukturen schaffen und beispielsweise Patiententaxis einrichten. „Wir benötigen einen Strukturwandel in unserem Gesundheitswesen, um auch die Menschen im vierten Lebensabschnitt versorgen zu können“, forderte Leimbeck und sprach sich u.a. für einen „Facharzt für Geriatrie“ aus. Insbesondere in den ländlichen Gebieten zeigten sich schon heute deutliche Versorgungslücken. Die Gesellschaft habe noch nicht ausreichend realisiert, wie aggressiv das Stadt-/Landgefälle geworden sei. Alle Podiumsteilnehmer waren sich darin einig, dass Gesundheitsförderung und eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung nur durch Vernetzung und gemeinsame Anstrengungen aller Beteiligten, darunter auch Politik und Kommunen, möglich sind. Dass die auf der Landeskonferenz vorgestellten Initiativen und geplanten Projekte Geld kosten und ihre Finanzierung oft noch fraglich ist, kam auf dem Podium ebenfalls zur Sprache. „Die Finanzierung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe“, unterstrich Leimbeck.

Katja Möhrle

Der Rehabilitations-Entlassungsbericht der Deutschen Rentenversicherung

Hans-Peter Filz, Ute Beck

Der Reha-Entlassungsbericht der Deutschen Rentenversicherung (DRV) ist ein Bericht mit besonderer Bedeutung. Subjektiv wird er von den weiterbehandelnden Kollegen oft als „zu lang“, „zu aufgebläht“ und „mit Unwesentlichem vollgestopft“ empfunden. Objektiv gesehen muss der Reha-Entlassungsbericht aber den Spagat zwischen medizinischem Bericht, sozialmedizinisch fundierter Begutachtung und Anforderungen der externen Qualitätssicherung erfüllen.

Information für wen und wann?

Adressat der medizinischen Information ist der weiterbehandelnde Kollege. Die sozialmedizinische Beurteilung richtet sich im Wesentlichen an die Entscheider für nachfolgende Leistungen, sei es die Rentenversicherung oder andere Sozialversicherungen. Dritter und nicht zu vernachlässigender Adressat für die Reha-Klinik ist die externe Qualitätskontrolle der DRV, die z.B. regelmäßig Reha-Entlassungsberichte durch das Peer-Review-Verfahren beurteilen lässt und den in der Rehabilitation geleisteten Leistungsumfang über die Erfassung der KTL (Klassifikation Therapeutischer Leistungen) erfasst.

Formal ist der ärztliche Entlassungsbericht der Deutschen Rentenversicherung ein einheitlicher Formularsatz mit vier Formblättern:

- In Blatt 1 sind die Basisinformationen dokumentiert.
- In Blatt 1a findet sich die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung einschließlich positivem und negativen Leistungsvermögens.
- In Blatt 1b sind die in der Klinik durchgeführten therapeutischen Leistungen dokumentiert.
- Blatt 2ff ist dem ärztlichen Bericht vorbehalten.

Die Übermittlung des Reha-Entlassungsberichts ist innerhalb von maximal 14 Tagen vorgesehen: an den Rentenversicherungsträger, an den weiterbehandelnden Arzt und an die eigene Rehabilitationseinrichtung. Rentenversicherungsträger und eigene Reha-Einrichtung erhalten den Entlassungsbericht immer, der weiterbehandelnde Kollege nur nach schriftlicher Einwilligung des Rehabilitanden.

Blatt 1 Stammdaten, Aufnahme, Entlassung, Entlassungsform und Arbeitsfähigkeit

Auf Blatt 1 sind zunächst die Stammdaten des Rehabilitanden, dessen Versicherungsnummer, das Kennzeichen der Stelle der Sachbearbeitung, die Maßnahmen-Nummer, die Berechtigungs-Nummer, die Adresse der Rehabilitationseinrichtung, deren Institutionskennzeichen und Fachabteilungsnummer einzutragen.

Danach folgt Aufnahme- und Entlassungsdatum und die Mitteilung, ob der Reha-Aufenthalt stationär, ganztägig ambulant oder ambulant stattfand. Die Entlassungsform (regulär, vorzeitig, disziplinarisch, verlegt, Wechsel zu anderer Reha-Form, gestorben) und die Arbeitsfähigkeit bei Entlassung (arbeitsfähig, arbeitsunfähig, Kinder-Reha, Hausfrau/Hausmann, Beurteilung nicht erforderlich) werden über eine numerische Zuordnung kodiert.

Diagnosen

Fünf Diagnosen und die dazugehörigen Merkmalsfelder für die Verschlüsselung nach ICD-10-GM sind vorgesehen. Die Diagnosen sollten nach Möglichkeit mit Diagnosetext so beschrieben werden, dass sie auch für den Laien verständlich sind (weil sie im Rahmen eines sozialgerichtlichen Prozesses benutzt werden können). Die Reihenfolge der Diagnosen drückt den Rang der Wichtigkeit aus. Es ist dabei

nicht die Schwere der Erkrankung maßgeblich, sondern die mit der Diagnose verbundene Einschränkung der funktionellen Gesundheit (s.u.). Diejenige Diagnose ist die wichtigste, die aufgrund der Krankheitsfolgen die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben am stärksten beeinträchtigt.

Ausnahmen hiervon sind Maßnahmen wegen Karzinomerkrankungen und Suchtdiagnosen bei Entwöhnungsbehandlungen. Diese werden immer als erste Diagnose genannt.

Die Kombination aus ICD orientierter Diagnose, laienverständlicher ICF-Beschreibung und Diagnoserangfolge bringt zugegebenermaßen gelegentlich Stilblüten hervor, die zum Schmunzeln auffordern.

Exkurs ICF

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ist die Grundlage der Rehabilitation und basiert auf dem Bio-psycho-sozialen Modell. Hierbei wird die funktionelle Gesundheit eines Menschen betrachtet und als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen Person, Gesundheitsproblem und Kontextfaktoren auf die Körperfunktionen und -strukturen sowie ihrer Aktivitäten und ihrer Teilhabe an Lebensbereichen angesehen. Es handelt sich somit um eine ganzheitliche Betrachtung der Krankheitsfolgen und berücksichtigt sowohl Barrieren, als auch Förderfaktoren. Dieser Blickwinkel ist in der sozialmedizinischen Beurteilung von überragender Bedeutung: so ist es in der Beurteilung weniger wichtig, ob eine Fraktur im Ellenbogengelenk vorlag. Es ist aber bedeutsam, ob eine Bewegungseinschränkung im Ellenbogengelenk (z.B. nach der Fraktur) dauerhaft vorliegt, wie ausgeprägt diese ist, und ob die Bewegungseinschränkung möglicherweise durch eine gute Beweglichkeit im Schul-

tergelenk oder mit Hilfsmitteln kompensiert werden kann.

Gewicht, Größe, Ursache der Erkrankung, Arbeitsunfähigkeitszeiten, DMP

Aufnahme-, Entlassungsgewicht und Körpergröße werden in entsprechende Felder notiert. Die Ursache der Erkrankung (Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Schädigungsfolge Dritter, Folge vor Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst, Meldepflichtige Erkrankung) über einen Zahlencode definiert. Ebenso wird die Zeit der Arbeitsunfähigkeit der letzten zwölf Monate kodiert. Ein weiteres Feld kodiert die Teilnahme des Rehabilitanden an Disease-Management-Programmen.

Empfehlungen

Die Empfehlungen betreffen drei Gruppen: die Weiterbehandelnden Ärzte/Psychologen, die Patienten selbst und die Rentenversicherung und werden über Ankreuzfelder, die ggf. durch Erläuterungen ergänzt werden können mitgeteilt.

Die Weiterempfehlungen per Ankreuzfeld für die Ärzte/Psychologen (Diagnostische Klärung, Kontrolle Laborwerte/Medikamente, Suchtberatung, Stationäre Behandlung/OP, Psychologische Beratung/Psychotherapie, Heil- und Hilfsmittel inklusive Physiotherapie und Ergotherapie) sind sicherlich oft hilfreich, da der Kollege in übersichtlicher schnell lesbarer Form eine Erinnerung an ggf. noch weiterzuführende Maßnahmen oder Kontrollen erhält.

Die Weiterempfehlungen für Patienten lesen sich dagegen oft peinlich (man bedenke, dass der Brief mit Einverständnis des Rehabilitanden an den hausärztlichen Kollegen geht, der dann als „Kreuzchenempfehlung“ für den zum Beispiel adipösen Diabetiker liest: Übungen selbstständig fortsetzen, Gewichtsreduktion, Sport und Bewegung oder Nikotinkarenz – als ob die Kollegen das ihrem Patienten nicht schon

seit Jahren predigen). Sie dienen aber der DRV auch als Dokumentation der mit dem Rehabilitanden besprochenen Weiterführung der Therapiebemühungen (Grundsätzlich hat der Rehabilitand eine Mitwirkungspflicht).

Wichtig sind die Weiterempfehlungen an die Rentenversicherung, denn hier ist das Kreuzchen entscheidend für die Finanzierung. Beim Ankreuzen der Felder: „Rehabilitationssport“, „Funktionstraining“, „stufenweise Wiedereingliederung“, „Reha-Nachsorge“, „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen“ ist im Regelfall bei Leistungserbringung die Rentenversicherung der zuständige finanzierende Sozialleistungsträger.

Das Datum und die Unterschrift zur Freigabe vervollständigen dann Blatt 1.

Blatt 1a Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit

Der Reha-Entlassungsbericht hat für die Rentenversicherung den Stellenwert eines sozialmedizinischen Gutachtens und wird im Streitfall auch so verwendet. Dementsprechend sorgfältig, allgemeinverständlich und ausführlich muss und sollte auch beschrieben werden.

Letzte berufliche Tätigkeit

Als letzte berufliche Tätigkeit ist immer die letzte **versicherungspflichtige** Tätigkeit anzugeben. Im Regelfall sind das nicht 400 Euro-Jobs oder unregelmäßige Aus-hilfsarbeiten bzw. geringfügige Beschäftigungen. Die Berufsbezeichnung soll tätigkeitsbezogen angegeben werden, da auf die speziellen Kontextfaktoren in der Beurteilung eingegangen werden muss.

Der zeitliche Umfang, in dem die letzte berufliche Tätigkeit ausgeübt werden kann bezieht sich ebenfalls auf die angegebene letzte versicherungspflichtige Tätigkeit und wird per Ankreuzfeld gegliedert in: sechs

Stunden und mehr, drei bis unter sechs Stunden und unter drei Stunden.

Positives und negatives Leistungsvermögen

Das Positive Leistungsvermögen wird durch Ankreuzfelder beurteilt und gilt für den allgemeinen Arbeitsmarkt. Das bedeutet, diese Beurteilung erfolgt unabhängig von der letzten versicherungspflichtigen Tätigkeit. Unterschieden wird Arbeits-schwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation.

Bei der körperlichen Arbeitsschwere (definiert durch Kraftaufwand, Dauer und Häufigkeit einer Verrichtung) wird schwere, mittelschwere, leichte bis mittelschwere und leichte Arbeitsschwere unterschieden. Bezüglich einer Tragebelastung ist eine leichte körperliche Tätigkeit das Tragen von weniger als 10 kg in der Ebene, eine mittelschwere das Tragen von 10 – 15 kg und eine schwere bis 40 kg. Belastende Körperhaltungen wie Zwangshaltungen erhöhen die Arbeitsschwere um eine Stufe. (Bzgl. der verschiedenen weiteren Definitionen siehe auch im „Sozialmedizinischen Glossar der DRV“).

Die Arbeitshaltung in der Stellungnahme zum positiven Leistungsvermögen wird in Stehen, Gehen und Sitzen jeweils als ständig, überwiegend oder zeitweise unterteilt.

In der Beurteilung der Arbeitsorganisation wird per Ankreuzverfahren zu Tagschicht, Früh-/Spätschicht und Nachtschicht Stellung bezogen.

Das negative Leistungsvermögen wird dann beurteilt und beschrieben, wenn relevante qualitative Einschränkungen bestehen. Per Ankreuzfeld können zunächst die Einschränkungen der geistig/psychischen Belastbarkeit, den Sinnesorganen, dem Bewegungs- und Haltungsapparat

oder Gefährdungs- und Belastungsfaktoren zugeordnet werden.

Liegen relevante Einschränkungen vor, muss jetzt unter Punkt 3 in Blatt 1a eine Beschreibung des Leistungsvermögens unter Berücksichtigung der Einschränkungen erfolgen. Die Beurteilung muss nachvollziehbar sein und sich an dem Krankheitsfolgenmodell der ICF orientieren (Aktivitätsdefizite müssen sich in Struktur- und Funktionsdefiziten wiederfinden). Sollten Unterschiede zwischen ärztlicher sozialmedizinischer Beurteilung und der subjektiven Wahrnehmung des Beurteilten vorhanden sein, sind diese hier darzustellen.

Als letzter Punkt auf Blatt 1a ist der zeitliche Umfang zu beurteilen, in dem eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nach dem positiven und negativen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann. Dieses wird per Ankreuzfeld in sechs Stunden und mehr, drei bis sechs Stunden und unter drei Stunden differenziert. Da der Beurteilte im Regelfall primär seinen erlernten Beruf bzw. seine letzte berufliche Tätigkeit im Blickfeld hat, sich die Beurteilung aber auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bezieht, führt diese Beurteilung häufig zu verständlichem jedoch sachlich unbegründeten Unmut. So kann zum Beispiel ein 59-jähriger Gerüstbauer mit fortgeschrittenen Bandscheibenschäden und daraus resultierenden belastungsabhängigen Schmerzen für seinen Beruf als Gerüstbauer nicht mehr einsetzbar sein, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sind ihm jedoch möglicherweise leichte körperliche Tätigkeiten vorwiegend im Sitzen, im Wechsel mit Gehen und Stehen zumutbar. Dass es eine solche Arbeitsstelle, insbesondere in Zeiten schlechter Konjunktur, für ihn nicht wirklich gibt, ist und darf nach den aktuellen Beurteilungskriterien für die Be-

urteilung nicht von Relevanz sein. Das „Bauchgefühl“ des betroffenen Arbeiters sagt hier sicher etwas anderes.

Blatt 1b

Über die Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) werden in der Rentenversicherung alle therapeutischen Einheiten bezüglich Inhalt, Dauer und Frequenz einem KTL-Code zugeordnet und auf Blatt 1b dokumentiert. Diese Daten werden dann von der DRV auch in der Reha-Qualitätssicherung genutzt um Leitliniengerechtigkeit und Versorgungsqualität der Einrichtung zu beurteilen.

Blatt 2ff

Der Arztbericht in Blatt 2 ist sowohl Textteil des Entlassungsberichts, als auch Gutachtendokument. Er sollte vier Seiten bzw. 12.000 Zeichen bei somatischer Indikation nicht überschreiten.

Für die Erstellung gilt eine einheitliche und verbindliche Gliederung:

- Allgemeine und klinische Anamnese
- Jetzige Beschwerden und Beeinträchtigungen in Beruf und Alltag
- Gegenwärtige Therapie
- Allgemeine Sozialanamnese
- Arbeits- und Berufsanamnese
- Aufnahmebefund, Vorbefunde, ergänzende Diagnostik
- Therapieziele in der Rehabilitation
- Rehabilitationsverlauf
- Rehabilitationsergebnis
- Sozialmedizinische Epikrise
- Nachsorgeempfehlungen.

Diese Gliederung wird auch in der Beurteilung im Peer-Review-Verfahren zugrunde gelegt.

Exkurs Peer-Review

Die Externe Qualitätssicherung der Rentenversicherung nutzt den Reha-Entlassungsbericht mehrfach. Neben der Erfas-

sung der KTL in Dauer und Menge und den E-Berichts-Laufzeiten wird u.a. regelhaft bei den Reha-Einrichtungen das Peer-Review-Verfahren für eine bestimmte Anzahl der Reha-Entlassungsberichte durchgeführt. Anhand einer Checkliste werden hierbei von den Peers qualitätsrelevante Prozessmerkmale abgefragt und bewertet. Da dieses Peer-Review-Verfahren für die Rentenversicherungsträger besondere Bedeutung hat und maßgeblich in die Bewertung der Kliniken eingeht, unternehmen die Kliniken große Anstrengungen, um hier gut abzuschneiden. Oft werden fertige Blocksätze benutzt und die Checkliste schematisch abgearbeitet. Das ist zwar nicht Sinn eines guten Arztberichts (in Wirklichkeit auch nicht Ziel des Peer-Review-Verfahrens), im Peer garantiert dieses Vorgehen aber zumindest die Vollständigkeit in der Erfüllung der Checkliste, was das Ergebnis für die Klinik verbessert. Leider bläht ein solches Vorgehen den an sich schon langen Arztbrief weiter auf.

Diskussion

Der Reha-Entlassungsbericht der Deutschen Rentenversicherung ist ein sozialmedizinisches Gutachten, das neben der gutachterlichen Funktion gleichzeitig auch der Weitergabe von Information an den weiterbehandelnden Kollegen dient. Wie jedes Gutachten sollte es laienverständlich sein und eine umfassende Darstellung in allen Punkten gewährleisten. So wird beispielsweise erwartet, dass in der Anamnese verkürzende Hinweise auf Vorgutachten nicht verwendet werden. Letztlich macht dieses Vorgehen auch Sinn, wenn man bedenkt, dass einerseits die Vorbefunde möglicherweise bei einem Kollegen des sozialmedizinischen Dienstes des Rentenversicherungsträgers nicht vorliegen, andererseits damit auch geklärt ist, auf welcher Datenbasis eine Beurteilung beruht.

Die Kombination der Anforderungen aus laienverständlicher Gutachterfunktion, Weitergabe der medizinisch korrekten Information an weiterbehandelnde ärztliche Kollegen, Beachtung der vorgegebenen Gliederung und die Wiederholung von bekannten anamnestischen und diagnostischen Befunden und Empfehlungen lassen den Entlassungsbericht für den weiterbehandelnden Kollegen oft überlang, vollgepfropft mit bekannten, unwesentlichen Details und gekennzeichnet durch fehlende Individualität erscheinen. Aus dem reinen Blickwinkel eines weiterbehandelnden Kollegen, der nach Fachinfor-

mationen sucht, ist das sicherlich auch oft so. Der Reha-Entlassungsbericht ist aber nun einmal nicht nur medizinischer Bericht, sondern auch sozialmedizinisches Gutachten und muss dessen Anforderungen in Form und Inhalt erfüllen.

Literatur

1. Deutsche Rentenversicherung Bund: Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2009
2. Deutsche Rentenversicherung Bund: Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung, Juli 2010

3. Deutsche Rentenversicherung Bund: Peer-Review. 5. überarbeitete Auflage Mai 2008
4. DRV-Schriften Band 81: Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung, Juli 2008
5. Schuntermann M. F.: Einführung in die ICF, 2. überarbeitete Auflage 2007

Korrespondenzadresse

Dr. med. Hans-Peter Filz
Eleonoren-Klinik
Rehabilitations-Klinik der DRV-Hessen
Am Kaiserturm 6
64678 Lindenfels-Winterkasten
Fon: 06255 302-1030
E-Mail: hans-peter.filz@drv-hessen.de

Der Diabetes mellitus

Neue Beurteilungskriterien im Schwerbehindertenrecht

Ruth Boehr

Die bisher gültigen „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“ wurden zum 1. Januar 2009 durch die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ (Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) ersetzt. Diese sind nun der versorgungsmedizinischen Begutachtung im Sozialen Entschädigungsrecht (Grad der Schädigungsfolgen/GdS) und dem Schwerbehindertenrecht (Grad der Behinderung/GdB) **rechtsverbindlich** zugrunde zu legen. Änderungen werden im Rahmen einer Änderungsverordnung im Bundesgesetzblatt veröffentlicht.

Die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ sind sowohl in Buchform als auch im Download von der Internetseite des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (www.bmas.bund.de) zugänglich.

Gesetzliche Vorgabe

Mit Wirkung vom 14. Juli 2010 (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2010 Teil I Nr. 37, Blatt 928) trat die „Zweite Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung“ in Kraft. Diese beinhaltet die neuen Bewertungsvorgaben des Diabetes mellitus.

„In Teil B wird Nummer 15.1 wie folgt gefasst: 15.1 Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

- Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie regelhaft keine Hypoglykämie auslösen kann und die somit in der Lebensführung kaum beeinträchtigt sind, erleiden auch durch den Therapieaufwand keine Teilhabebeeinträchtigung, die die Feststellung eines GdS/GdB rechtfertigt. **Der GdS/GdB beträgt 0.**
- Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie eine Hypoglykämie aus-

lösen kann und die durch Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden durch den Therapieaufwand eine signifikante Teilhabebeeinträchtigung. **Der GdS/GdB beträgt 20.**

- Die an Diabetes erkrankten Menschen, deren Therapie eine Hypoglykämie auslösen kann, die mindestens einmal täglich eine dokumentierte Überprüfung des Blutzuckers selbst durchführen müssen und durch weitere Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden je nach Ausmaß des Therapieaufwands und der Güte der Stoffwechseleinstellung eine stärkere Teilhabebeeinträchtigung. **Der GdS/GdB beträgt 30-40.**
- Die an Diabetes erkrankten Menschen, die eine Insulintherapie mit täglich mindestens vier Insulininjektionen durchführen, wobei die Insulindosis in Abhängigkeit vom aktuellen Blutzucker, der

folgenden Mahlzeit und der körperlichen Belastung selbstständig variiert werden muss, und durch erhebliche Einschnitte gravierend in der Lebensführung beeinträchtigt sind, erleiden aufgrund dieses Therapieaufwands eine ausgeprägte Teilhabebeeinträchtigung. Die Blutzuckerselbstmessungen und Insulindosen (bzw. Insulingaben über die Insulinpumpe) müssen dokumentiert werden. **Der GdS/GdB beträgt 50.**

- Außergewöhnlich schwer regulierbare Stoffwechsellagen können jeweils höhere GdS/GdB-Werte bedingen.“

Die bisherigen Vorgaben für die Beurteilung des Diabetes mellitus waren auf den Diabetes-Typ und die Einstellbarkeit ausgerichtet. In den geänderten Versorgungsmedizinischen Grundsätzen stehen nun der therapeutische Aufwand und damit kurative Bemühungen ganz im Vordergrund. Wegweisend hierfür waren zwei Urteile des Bundessozialgerichtes vom 24. April 2008 – B 9/9a SB 10/06 R – und vom 23. April 2009 – B 9 SB 3/08 R –, die eine Neuausrichtung der Beurteilungsrichtlinien erforderlich gemacht haben und sich auf die Teilhabebeeinträchtigung im Alltagsleben fokussieren.

Definition einer wesentlichen Teilhabebeeinträchtigung

Maßnahmen zur Gesunderhaltung des Körpers sind für Menschen mit Diabetes besonders wichtig. Der Sachverständigenbeirat beim BMAS stellte aber explizit fest, dass eine gesunde Lebensführung, auch wenn diese zeitaufwendig realisiert wird, zu keiner Beeinträchtigung der Teilhabe in der Gesellschaft führe. Die Medikation, von der keine wesentliche beeinträchtigende (potentielle Hypoglykämiegefährdung) Wirkung zu erwarten ist, begründe ebenfalls keine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung. Unter einer wesentlichen

Teilhabebeeinträchtigung zählen sowohl die Notwendigkeit und Anzahl der Blutzuckermessungen, als auch die Anzahl der injizierten Insulindosen, sowie die Erfordernis, diese eigenständig zu variieren.

Um beurteilen zu können, ob diese Voraussetzungen vorliegen, sind **neben** der Befunderstellung durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt die Aufzeichnungen über die Blutzuckermesswerte und die jeweils injizierten Insulindosen unerlässlich. Daher ist das Blutzuckertagebuch oder eine vergleichbare Dokumentation dem Antrag auf Feststellung von Gesundheitsstörungen nach dem SGB IX beizufügen. Hiermit wird die vom Gesetzgeber geforderte Dokumentationspflicht erfüllt.

Die Durchführung des SGB IX und die Umsetzung der Änderungsverordnungen obliegt den Bundesländern und wird in Hessen durch Verfügungen der Abteilung Soziales des Regierungspräsidiums Gießen geregelt.

Praktische Umsetzung

Danach ergingen folgende Erläuterungen und Anweisungen zur Durchführung der Zweiten Änderungsverordnung, die zum Verständnis der neuen Anforderungen an die Befunderhebung bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten von Bedeutung sind:

- Diabetes mellitus eingestellt mit gesunder Lebensführung, entsprechender Diät und sportlicher Aktivität, Medikation mit Glukosidasehemmern, Biguaniden, Glitazonen, DPP₄-Inhibitoren, GIP₁-Analoga begründet einen GdB von 0.
- Diabetes mellitus therapiert mit Sulfonylharnstoff-Präparaten und Analog, auch mit ergänzender ein-zweimaliger Insulininjektion **ohne** zwingend erforderliche Blutzuckerkontrollen mindes-

tens einmal am Tag begründet einen GdB von 20.

- Diabetes mellitus therapiert mit Sulfonylharnstoff-Präparaten und Analog, auch mit ergänzenden Insulingaben, wenn über die Einstellphase eine so hohe Hypoglykämiegefährdung besteht, dass einmal pro Tag eine dokumentierte Blutzuckerkontrolle erforderlich ist, begründet einen GdB von 30.
- Diabetes mellitus therapiert mit Sulfonylharnstoff-Präparaten und Analog, auch mit ergänzenden Insulingaben, wenn über die Einstellphase eine so hohe Hypoglykämiegefährdung besteht, dass mehrfache dokumentierte Blutzuckermessungen ohne ständige Anpassung der Insulindosierung pro Tag erforderlich sind, begründet einen GdB von 40.
- Ein GdB von 40 ist auch festzustellen bei gesichertem Typ-1-Diabetes, wenn keine Dokumentation (in Form eines Blutzuckertagebuchs) einer gravierenden Teilhabebeeinträchtigung durch ständige Anpassung der Insulineinheiten und Einschnitte in die Lebensführung vorliegt.
- Diabetes mellitus therapiert mit mindestens vier Insulininjektionen pro Tag, die selbstständig zu variieren sind, wobei die Blutzuckermessungen und Insulingaben dokumentiert sein müssen, begründet einen GdB von 50.

Blutzuckertagebuch

Der Dokumentationszeitraum muss immer einen Zeitraum von zwei Monaten umfassen. Die Vorlage des Blutzuckertagebuchs oder Kopien des Blutzuckertagebuchs, aus denen die tägliche Anzahl und das Ergebnis der Blutzuckermessungen und die Art und Anzahl der Insulininjektionen hervorgehen, sind erforderlich.

Die alleinige Befundung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes mit

Nennung der Anzahl der Messungen ohne Nachweis der erforderlichen Dokumentation (Blutzuckertagebuch) reicht zum Nachweis der Teilhabebeeinträchtigung nach der zweiten Änderungsverordnung nicht aus.

Beurteilungskriterien

- Eine Behandlung mit Insulinpumpe begründet per se keinen GdB von mindestens 50.
- Die Änderungsverordnung sieht eine GdB-Bewertung von 10 für einen Diabetes mellitus nicht mehr vor.
- Bei Erstdiagnose sind vor Abgabe einer gutachterlichen Beurteilung zwei Monate abzuwarten. Die beigezogene Dokumentation muss diesen Zeitraum ausfüllen.
- Bei Erstdiagnose mit ambulanter/stationärer Einstellung des Diabetes mellitus ist der Klinikschlussbericht/Arztbericht beizuziehen und die Dokumentation über zwei Monate nach Entlassung/Beendigung der Ersteinstellung vorzulegen.
- Werden schwere Hypoglykämien geltend gemacht, sind diese durch ärztliche Befundberichterstattung und eigene Dokumentation der Blutzuckermessungen durch den behinderten Menschen nachzuweisen. Eine Einstufung als schwere Hypoglykämie liegt vor, wenn der Blutzuckerwert unter 35 mg % liegt **und** Fremdhilfe (jede erforderliche Fremdhilfe, nicht nur die ärztliche) erforderlich ist. Die Notwendigkeit der Fremdhilfe muss sowohl aus der Dokumentation (Blutzuckertagebuch) des behinderten Menschen als auch aus der ärztlichen Befundung hervorgehen. Da mit dem Vorliegen von schweren Hypoglykämien eine Höherbewertung des Diabetes mel-

litus und die Zuerkennung von Merkzeichen verbunden sein kann, ist das Auftreten von schweren Hypoglykämien über den Zeitraum von sechs Monaten zu objektivieren. Die Anzahl der erforderlich gewordenen Fremdhilfe ist mit detaillierter Angabe des Datums über diesen Zeitraum zu dokumentieren.

- Diese vorgenannten Änderungen der Beurteilungsgrundlagen (rechtliche Verhältnisse) stellen eine wesentliche Änderung im Sinne des § 48 Abs. 1 des Sozialgesetzbuches – Zehntes Buch – (SGB X) dar und sind bei Neufeststellungsverfahren entsprechend zu berücksichtigen. Sofern eine Neufeststellung der Behinderteneigenschaft beantragt oder eine Nachprüfung von Amts wegen durchgeführt wird, ist auch die bereits festgestellte Behinderung Diabetes mellitus anhand der geänderten Versorgungsmedizinischen Grundsätze zu überprüfen, auch wenn der Diabetes nicht der eigentliche Anlass der Verschlimmerung und/oder Nachprüfung ist. Eine Herabsetzung kann in diesen Fällen auch ohne Änderung der gesundheitlichen Verhältnisse mit Hinweis auf die zweite Änderungsverordnung zur Versorgungsmedizinverordnung erfolgen. Medizinische Unterlagen über den Diabetes mellitus sowie der Nachweis der Blutzuckermessungen/Insulininjektionen über zwei Monate sind vorzulegen.

Zusammenfassung

Seit dem 14. Juli 2010 ist eine Neuausrichtung der Beurteilungsrichtlinien in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen zum Diabetes mellitus erfolgt, nach der sich auch die Beurteilung des Grades der Behinderung nach Teil II SGB IX ausrichten muss. Danach stehen nun der thera-

peutische Aufwand und die kurativen Bemühungen im Vordergrund. Diese sind **neben** der Befunderstellung durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt durch eigene Dokumentation des behinderten Menschen nachzuweisen und stellen mit der ärztlichen Befundung die Grundlage für die gutachterliche Beurteilung dar.

Dies bedeutet, dass der Nachweis der Blutzuckermessungen und Insulingaben durch die Vorlage eines Blutzuckertagebuches oder gleichwertiger Dokumentation über zwei Monate durch den behinderten Menschen zu erfolgen hat und dem Versorgungsamt vorzulegen ist.

Die alleinige Befundung der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes mit Nennung der Anzahl der Messungen ohne Nachweis der erforderlichen Dokumentation (Blutzuckertagebuch) reicht zum Nachweis der Teilhabebeeinträchtigung nach der zweiten Änderungsverordnung nicht aus.

Literatur

Versorgungsmedizin-Verordnung – Versorgungsmedizinische Grundsätze, 2009, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil I Nr. 57, S. 2412, 2413 i.V.m. BGBl. 2008 Teil I Nr. 57, Anlagenband G 5702)

2. Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 14. Juli 2010 (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2010 Teil I Nr. 37, Blatt 928)

Anschrift der Verfasserin

*Leitende Medizinaldirektorin Ruth Böhr
Leitende Ärztin Abteilung VI-Soziales
Regierungspräsidium Gießen
Dezernat 63
Landgraf-Phillip-Platz 1-7
35390 Gießen
E-Mail: ruth.boehr@rpgi.hessen.de*

Hommage an die Schönheit

Elizabeth Peyton stellt in den Opelvillen aus

Langweile oder Überdruß? Schatten liegen über den Augen, die unter bleischweren Lidern zu schmalen Schlitzen zusammengedrückt scheinen. Ein elegischer Zug umspielt den Mund des jungen Mannes, dessen scharf geschnittenes Gesicht mit kraftvollen Pinselstrichen zu Papier gebracht wurde. So undurchdringlich das Wesen des Portraitierten, so eindeutig reiht sich sein wohlgeformtes Antlitz in die Auswahl von Portraitbildern der amerikanischen Malerin Elizabeth Peyton ein, die derzeit in den Opelvillen in Rüsselsheim zu sehen sind.



© Elizabeth Peyton, 2003, courtesy neugerriem-schneider, Berlin

Lithographien, Holzschnitte, Radierungen und Monotypen: Für ihre figurativen Portraitmalereien experimentiert Peyton mit verschiedenen druckgraphischen Techniken. „Ghost. Elizabeth Peyton“: so ist die erste umfangreiche Ausstellung zur Druckgraphik der 1965 in Connecticut geborenen Künstlerin in Rüsselsheim überschrieben. Schwarz-weiß oder in kräftigen Farben schwelgend: Was die Portraits von Stars der Pop-Kultur wie Eminem und Kurt Cobain und Künstlern wie David Hockney, Frida Kahlo oder Oscar Wilde verbindet, ist ihr ästhetischer Anspruch. Ob Peyton die mar-

kanten Gesichtszüge eines Robert Mapplethorpe einfängt, Oscar Wilde und dessen Freund Boie in ebenso zärtlicher wie traumverlorener Umarmung darstellt oder die edel gewandeten englischen Prinzen William und Harry zeigt: ihre Bilder gleichen einer Hommage an die Schönheit. Dabei wirken die Gesichter der Portraitierten oft glatt und rätselhaft verschlossen. So als wollten sie ihr Inneres nicht preisgeben.

Eine der wenigen Ausnahmen ist Peytons Portrait Richard Wagners, das nicht nur die energischen Züge, sondern auch die kühne Entschlossenheit im Blick des Komponisten widerspiegelt.

In einem der Ausstellungsräume im 1. Stock der ehemaligen – in ein Zentrum für Kunst verwandelten – Industriellenvillen, deren hintere Fenster auf den vorbei fließenden Main gerichtet sind, hängt „Flower Ben“: ein kleinformatiges, an japanische Maleirei erinnerndes Bild, das in seiner dekorativen Farbigkeit die Ausstellungsbroschüren zierte. In diesem Portrait eines Mädchens, dessen breitflächiges Gesicht fast hinter einem bunten Fächer aus Blumenstängeln und Blüten verschwindet, deutet sich der Übergang zum Stillleben an – einer Gattung, der Peyton in jüngerer Zeit besondere Aufmerksamkeit schenkt. Aus Anlass ihres zehnjährigen Bestehens zeigt die Stiftung Opelvillen die Ausstellung „Ghost. Elizabeth Peyton“ in ihrem Jubiläumsjahr noch bis zum 15. Mai 2011.

Weitere Informationen unter:
<http://www.opelvillen.de>

Katja Möhrle

Also mal ganz ehrlich ...

Manchmal spüre ich einen starken Drang mein ganzes „Besserwissen“ von mir zu geben. Nicht erst bei den verschiedenen Stufen der Rechtschreibreform der deutschen Sprache hörten wir: Das Deutsche sei „lebendig“.

Nun, wir Ärzte haben eine biologische Grundlagenschulung erfahren. Kriterien des Lebendigen für eine Sprache? Vermut-

lich ist mit dem Lebendigen die Tendenz in der Alltagssprache gemeint, neue Begriffe und Redewendungen aufzugreifen und sie in die Alltagssprache einzuführen. Ein Beispiel war der Ausspruch „ich habe fertig“ des italienischen Trainers von Bayern München, der als witziges Aperçu wahrgenommen wurde. Im Moment sind die beliebtesten Redewendungen laut einer, meiner persönlichen, Hitliste:

Ich möchte ganz ehrlich sagen, ... das lässt aufhorchen! Ist jemand, der etwas ehrlich sagt, nur ehrlich, oder ist in den Sätzen, die nicht mit dieser Eingangsfloskel vorangestellt, eingeleitet werden, alles andere als gelogen zu verstehen? Ist „ehrlich gesagt“ weniger ehrlich, als „ganz ehrlich gesagt“? Was ist von Sätzen zu verstehen, die mit „ich möchte ganz ehrlich sagen“ eingeführt werden? Der Sprechende er-

klärt seine Absicht etwas, ganz ehrlich, sagen zu wollen, und redet dabei bereits. Handelt es sich um einen Zeitgewinn, um nachzudenken, über das, was anschließend gesagt werden soll? Warum hat die Person bereits begonnen zu sprechen, wenn sie noch nicht genau wusste, was sie anschließend sagen will. Irgendwie lenkt mich das auch immer vom Gesagten ab...

Ähnlich verhält es sich mit dem „ich würde sagen...“. Der Dreiwort-Einschleicher „ich würde sagen“ bei jemandem, der bereits am Sprechen ist, erschreckt mich und weckt die Sehnsucht nach einem Satz wie:

„Ich würde schweigen, wenn ich nur könnte!“

Bei dem Frage- und Begrüßungsritual „Bist du okay?“ – es kommt mir vor, dass dieses immer häufiger im Alltag auftaucht – gibt es eigentlich nur eine Antwort: Selbstverständlich bin ich okay. Solltest du der Meinung sein, dass ich nicht okay bin, so gib' mir bitte einen Tipp, wirke ich kränzlich? Fürchtest du um mein seelisches Wohl, denkst du meine Partnerschaft befände sich zurzeit in einer Krise? Strahle ich finanzielle Sorgen aus? Sollte ich einen Arzt aufsuchen, einen Urlaub antreten? Oder möchtest du von mir erfahren, dass

ich nicht okay bin und dir die Liste meiner Beschwerden anhören und mir Ratschläge erteilen?

Die schleichende Zunahme von Floskeln und Füllseln ist kein Ausdruck von Lebendigkeit, schon gar nicht bei einer Sprache. Da freue ich mich schon eher über so richtig ehrliche Unfreundlichkeit oder über offenen Widerspruch, verbunden mit der Einladung zum Gespräch.

Manchmal, also ganz ehrlich, würde ich sagen, bin ich überhaupt nicht okay.

Dr. med. Siegmund Drexler

Weiterbildung / Fortbildung

Repetitorium Allgemeinmedizin

Am 18. und 19. Juni 2011 wird das in den letzten Jahren erfolgreiche Repetitorium Allgemeinmedizin (siehe Seite 232) angeboten. Der große Zuspruch des letzten Jahres hat uns bewogen, die Struktur mit typisch allgemeinmedizinischen Themen zu belassen: spezifisch allgemeinmedizinische Vorgehensweisen und Handlungswege, so genannte Befindlichkeitsstörungen, Fieberzustände, Infekte der Atemwege und Lungenerkrankungen, gastro-intestinale Leitsymptome, neurologische Krankheitsbilder, häufige dermatologische Krankheiten, Herz-Kreislaufkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Akutfälle in Urologie und Gynäkologie, Beschwerden des Muskel-Skelett-Gelenk-Systems und Osteoporose. Selbstverständlich wird auch

die Palliativmedizin thematisiert, ebenso wie Schmerztherapie und rationale Arzneimitteltherapie. Hausärztliche Leitlinien der Leitliniengruppe oder der DEGAM werden – so vorhanden – in die Vorträge eingebunden. So wird z.B. die gemeinsame neue hausärztliche Leitlinie Prävention vorgestellt. Abgerundet wird die Veranstaltung durch Arbeit in Kleingruppen über die genannten Themen.

Besucht hatten die Veranstaltung 2010 viele gestandene Allgemeinärztinnen und -ärzte, die ihr Wissen auffrischen und neueste Tendenzen in der Allgemeinmedizin erfahren wollten. Die anderen Kolleginnen und Kollegen nutzten die Veranstaltung, um sich vor der Facharztprüfung fit zu machen.

Kolleginnen und Kollegen, die als Moderatoren in der Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin tätig sind oder an den hausärztlichen Leitlinien der KV Hessen und den DEGAM-Leitlinien mitgearbeitet haben oder Prüfer der Facharztprüfung Allgemeinmedizin sind, konnten als Referenten gewonnen werden.

Wichtig ist uns, dass eine in der Praxis verwertbare Mischung aus allgemeinmedizinischer Vorgehensweise, evidence based medicine, hausärztlichen Leitlinien, DEGAM-Leitlinien und praktischer Erfahrung vortragen wird.

Dr. med. Gert Vetter, Frankfurt

Bemerkungen zum Lebenslauf von Josef Mengele unter besonderer Berücksichtigung seiner Frankfurter Zeit

Udo Benzenhöfer

Viel wurde über Josef Mengele geschrieben. Es überrascht deshalb ein wenig, dass in Bezug auf zahlreiche biographische Details noch immer Unklarheit herrscht. In der folgenden Darstellung sollen zum einen die sicheren Daten zur Frankfurter Zeit Mengeles aus den Originalquellen erhoben werden (wobei sich auch Neues ergeben wird), zum anderen soll im Zuge eines Überblicks auf offene Fragen hingewiesen werden.

Die Zeit vor Frankfurt

Josef Mengele wurde am 16. März 1911 als Sohn des Fabrikbesitzers Ingenieur Karl Mengele und seiner Ehefrau Walburga in Günzburg geboren (vgl. zum Folgenden Benzenhöfer, Ackermann, Weiske 2007). Er besuchte seit 1921 das Humanistische Gymnasium in Günzburg. 1930 erhielt er das Zeugnis der Reife. Anschließend nahm er in München das Studium der Medizin auf. Im Sommersemester 1932 bestand er in Bonn die ärztliche Vorprüfung. Im Wintersemester 1932 studierte er in Wien, hier nahm er ein Parallelstudium der „Naturwissenschaften“, speziell der Anthropologie auf, das er nach der Rückkehr nach München zusammen mit dem Studium der Medizin fortführte. Ende 1935 promovierte Mengele an der philosophischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität in München bei dem Anthropologen Professor Dr. Theodor Mollison. Der Titel der Arbeit lautete „Rassenmorphologische Untersuchung des vorderen Unterkieferabschnittes bei vier rassistischen Gruppen“. Die Druckfassung der Dissertation erschien 1937. Mengele untersuchte 123 Unterkiefer. Sie stammten aus der Anthropologischen Staatssammlung in München. Es handelte sich um „altes“ Material (z.B. Schädel von Ägyptern und Alteuropä-

ern). Mengele vermaß jede Ecke und jeden Winkel des vorderen Unterkieferabschnittes. Er glaubte, dass es ihm gelungen sei, die Möglichkeit der „Rassendiagnose“ auf der Grundlage dieser Kieferabschnitte nachzuweisen. Doch seine mit *summa cum laude* bewertete Untersuchung war aus heutiger Sicht eher Wahn als Wissenschaft.

Im Sommer 1936 bestand Mengele vor dem Medizinischen Prüfungsausschuss der Universität München seine ärztliche Staatsprüfung. Den ersten Teil des Medizinalpraktikantenjahrs, der vier Monate dauerte, wie sich aus den Frankfurter Daten ergibt, verbrachte er an der Medizinischen Universitätsklinik in Leipzig (UAF, Personalakte Mengele). In den mir zugänglichen Unterlagen wird durchgängig die Medizinische Universitätsklinik erwähnt; einen Beleg für einen von Völklein S. 72 notierten Aufenthalt an der „Kinderklinik der Universität Leipzig“ konnte ich nicht finden.

Die Frankfurter Zeit

Mengele wechselte dann an das Universitätsinstitut für Erbbiologie und Rassenhygiene in Frankfurt am Main (UAF, Personalakte Mengele). Dieses 1935 eingerichtete Institut wurde von Professor Otmar von Verschuer geleitet. Das Beschäftigungsverhältnis Mengeles in Frankfurt änderte sich in der Anfangszeit mehrfach, die genaueste Beschreibung findet sich in einem Schreiben von Verschuers vom 12. Mai 1938 an das Kuratorium der Universität Frankfurt. Laut von Verschuer arbeitete Mengele seit dem 1. Januar 1937 in seinem Institut, zunächst bis Ende August 1937 als Medizinalpraktikant (daraus ergibt sich, dass er vier Monate in Leipzig war), vom 1. September 1937 bis Ende September als Volontär, seit dem 1. Oktober 1937

als Stipendiat der Kerckhoff-Stiftung, Bad Nauheim (UAF, Personalakte Mengele). Am 1. September 1937 erhielt er die Bestallung als Arzt. Dies geht aus einem Lebenslauf vom 10. Mai 1938 hervor (UAF, Personalakte Mengele).

Mengele brachte seine politisch-ideologische Überzeugung seit 1931 durch diverse Mitgliedschaften zum Ausdruck (UAF, Personalakte Mengele): Seit dem Frühjahr 1931 gehörte er dem „Stahlhelm“ bzw. (nach der Überführung dieser Organisation Anfang 1934) der SA an. Wegen eines Nierenleidens schied er nach eigener Angabe im Herbst 1934 aus der SA aus. Seit Mai 1937 war er Parteianwärter. Aus einem Fragebogen vom 16. November 1939 (UAF, Personalakte Mengele) ergibt sich, dass Mengele zum 1. Mai 1937 in die NSDAP aufgenommen wurde (die Zeit der Anwartschaft wurde offenkundig zur Mitgliedszeit gezählt). Nach diesem Fragebogen gehörte Mengele auch der SS an (ein Beitrittsdatum ist nicht angegeben, laut Völklein S. 69 wurde Mengele 1938 Mitglied der SS).

Mit Schreiben vom 12. Mai 1938 an das Kuratorium der Universität Frankfurt schlug von Verschuer Mengele als Nachfolger von Dr. Steiner für die Besetzung der planmäßigen Assistentenstelle an seinem Institut ab dem 1. Juni 1938 vor (UAF, Personalakte Mengele). Nach einem Schreiben von Verschuers vom 12. März 1940 an das Kuratorium wurde Mengele auch „am 1. Juni 1938 zum wissenschaftlichen Assistenten ernannt“ (UAF, Personalakte Mengele). Dazu im Widerspruch scheint zu stehen, dass Mengele nach einer Zweitausfertigung der Ernennungsurkunde in seiner Personalakte erst am 16. Juli 1938 „unter Berufung in das Beamtenverhältnis

zum planmäßigen Assistenten“ ernannt wurde. Dieser Angabe entspricht, dass das Gesuch von Verschuer vom 12. Mai 1938 erst am 13. Juli 1938 von Rektor Platzhoff positiv beschieden wurde (UAF, Personalakte Mengele, handschriftliche Notiz auf dem Schreiben von Verschuer vom 12. Mai 1938). Der Widerspruch zwischen den beiden Angaben (1. Juni und 16. Juli) ist beim derzeitigen Forschungsstand nicht aufzulösen, vielleicht wurde Mengele rückwirkend ernannt.

Von Verschuer beschrieb die Tätigkeit Mengeles in seinem Schreiben am 12. Mai 1938 an das Kuratorium der Universität Frankfurt wie folgt: „Er hat an den laufenden amtsärztlichen Untersuchungen teilgenommen und sich in dieses Gebiet gut eingearbeitet. Besonders wertvolle Dienste leistet er bei den erb- und rassenbiologischen Begutachtungen zur Abstammungsprüfung, da ihm hier seine anthropologische Ausbildung gut zustatten kommt. [...] Herr Dr. Mengele hat eine größere wissenschaftliche Arbeit – Familienuntersuchungen bei Fällen von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten – nahezu zum Abschluss gebracht. Eine andere Arbeit zur Frage der Erbllichkeit bei angeborenem Herzfehler ist im Gange“ (UAF, Personalakte Mengele).

Die erwähnte abgeschlossene größere Arbeit war die medizinische Dissertation Mengeles. Sie wurde im Juni 1938 vorgelegt, der Titel war „Sippenuntersuchungen bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalte“ (vgl. Mengele 1938; das gedruckte Exemplar erschien 1939; vgl. dazu und zum Folgenden Benzenhöfer, Weiske, 2010). Tag der mündlichen Prüfung war der 24. Juni 1938. Die Promotion erfolgte mit der Note summa cum laude. Mengele ging von 17 „Ausgangspatienten“ aus (sie wohnten in Frankfurt und Umgebung), die er aus insgesamt 110 an der Chirurgischen Universitätsklinik Frankfurt in den Jahren 1925 bis 1935 ope-

rierten jungen Patienten ausgewählt hatte. Bezüglich dieser 17 Patienten stellte er Familienuntersuchungen an. Die Untersuchung umfasste insgesamt 1.222 Personen, 583 suchte Mengele persönlich auf. Besonders auffallend war an seinem Untersuchungsansatz die Einbeziehung der sogenannten „Mikromanifestationen“ (diese waren aber schon von anderen Untersuchern berücksichtigt worden, allerdings wohl nicht mit derselben Intensität). Der Beweis, dass die von Mengele als „Mikromanifestationen“ bezeichneten Formen tatsächlich zu den „LKG-Spalten“ zu zählen sind, war aber mit seiner Arbeit nicht zu erbringen. Es ist sicher nicht allzu forciert interpretiert, wenn man annimmt, dass Mengele durch die Einbeziehung der „Mikromanifestationen“ eine hohe Erbllichkeitsquote „erzielen“ wollte. Die anhand der Hauptformen festgestellte Quote (Erblichkeit in acht von 17 Familien) reichte ihm offenkundig nicht aus. Die Berücksichtigung des Vorkommens einer „Mikromanifestation“ führte ihn (zunächst) zu einer Erbllichkeitsquote von 100 %. Dies war wohl sogar ihm zu hoch, so dass er durch die (willkürliche) Berücksichtigung des Vorkommens von mindestens zwei „Mikromanifestationen“ schließlich 13 von

17 Familien als erblich „belastet“ wertete. Im Oktober 1938 trat Mengele den dreimonatigen Grundwehrdienst bei der 19. Kompanie des Gebirgsjägerregimentes 137 in Saalfelden/Tirol an (Völklein S. 89, ohne Quellenangabe). Im Juli 1939 heiratete er (Posner, Ware S. 15). Der Name seiner Frau wird in der Literatur gelegentlich mit Irene „Schönbein“ angegeben (vgl. z.B. Völklein S. 72); die korrekte Schreibweise ist „Schoenbein“ (vgl. z.B. die eigenhändige Unterschrift in einem Brief, UAF, Personalakte Mengele). Die im August 1917 in Leipzig geborene Irene Schoenbein war die Tochter eines aus der Schweiz stammenden Kaufmannes (Völklein S. 72). Da ihr Vater unehelich geboren und dessen Vater unbekannt war, gab das Rasse- und Siedlungshauptamt die Heirat lediglich „auf eigene Verantwortung“ der Familie frei (Völklein S. 74).

Mit dem schon erwähnten Schreiben vom 12. März 1940 an das Kuratorium der Universität Frankfurt bat von Verschuer um Verlängerung der Beschäftigungszeit von Mengele um weitere zwei Jahre (UAF, Personalakte Mengele). Von Verschuer schrieb hier zur Tätigkeit Mengeles: „In die laufenden amtsärztlichen Untersuchungen

und Begutachtungen hat er sich sehr gut eingearbeitet. Bei Gelegenheit von Vorträgen, Kursen und bei der Vertretung in meiner Vorlesung für menschliche Erblehre als Grundlage der Rassenhygiene während meiner 14-tägigen Dienstreise im Februar ds. J. hat er bewiesen, dass er die Fähigkeit der Darstellung auch schwieriger geistiger Gebiete beherrscht. Seine wissenschaftliche Arbeit über die Erblichkeit der angeborenen Herzfehler ist noch in Bearbeitung. Eine große, zusammenfassende Darstellung über die Methodik der Vaterschaftsbegutachtung ist in Angriff genommen“ (UAF, Personalakte Mengele). Mengele publizierte in seiner Frankfurter Zeit allerdings nur noch kleinere Arbeiten (vgl. Massin S. 219).

Die Zeit nach Frankfurt

Die Stelle Mengeles wurde laut Schreiben des Universitätskuratoriums vom 12. April 1940 dann auch vom 15. April 1940 bis zum 31. Mai 1942 verlängert (UAF, Personalakte Mengele). Nach einer (undatierten) Anzeige gemäß § 3 des Einsatz-Wehrmachtgebührengesetzes (eingegangen beim Kuratorium am 29. Juni 1940) wurde Mengele am 15. Juni 1940 einberufen (UAF, Personalakte Mengele). Als Anschrift war angegeben „6. [Kompanie?] San[itäts] Ers[atzt] Abt[eilung] 9. Kassel (Ärztelehrgang) Jägerkaserne“. Nach der späteren Schilderung eines Freundes geriet er dort an einen Ausbilder, der seine Untergebenen schikanierte (Völklein S. 89f). Mengele habe sich deshalb zur SS gemeldet. Er durchlief auf jeden Fall von Anfang August bis Anfang November 1940 die militärärztliche Ausbildung bei der Sanitätsinspektion der Waffen-SS (Völklein S. 90; so auch Massin S. 222 und Trunk S. 12; Trunk verwies auf die SS-Offizierspersonalakte von Mengele im Bundesarchiv Berlin, Bl. 395; künftig abgekürzt SSO Mengele). Mengele wurde im November 1940 zum

Rasse- und Siedlungshauptamt der SS (Abteilung II des Sippenamtes) kommandiert (Trunk S. 12, nach einem Brief der Sanitätsinspektion der Waffen-SS an das Rasse- und Siedlungshauptamt vom 5. November 1940, SSO Mengele, Bl. 403). Diese Abteilung war für „Erbgesundheitspflege“ und für „Erbgesundheitsprüfungen“ zuständig. Was in der Folgezeit geschah, ist nicht klar. Eventuell erstellte Mengele in Posen Gutachten für den „Reichskommissar für die Festigung deutschen Volkstums“, Heinrich Himmler (so Trunk S. 12 unter Verweis auf Zofka S. 254, vorsichtiger hier Massin S. 223; Völklein S. 90 ging ohne Quellenangabe von einer Tätigkeit Mengeles in der „Einwandererzentralstelle“ in Posen zur Einstufung „volksdeutscher Rückwanderer“ aus der UdSSR aus, er erwähnte auch noch eine Tätigkeit in einer „Umsiedlungsstelle“ in Lodz).

Mengele wurde dann auf jeden Fall Truppenarzt der SS-Division „Wiking“. Der Beginn der Tätigkeit ist unklar. In der SS-Offizierspersonalakte von Mengele findet sich laut Trunk ein Beförderungsvorschlag vom 24. November 1941 [!], in der er als „Arzt SS-Division Wiking“ bezeichnet wurde (Trunk S. 13, nach SSO Mengele Bl. 404f.). Völklein S. 90 schrieb ohne Quellenangabe wahrscheinlich irrtümlich, dass Mengele am „4. November 1940 [!]“ Truppenarzt bei der Division „Wiking“ geworden sei. Nach Massin (S. 223, nach SSO Mengele ohne Seitenangabe) gehörte Mengele der genannten SS-Division „präzise“ nur vom „30. Januar 1942 bis zum 22. Juli 1942“ an. Auch an dieser Stelle besteht also Klärungsbedarf.

Nach der Aussage eines Studienfreundes, der Mengele „im Sommer 1941“ [?] in Russland traf, hatte Mengele „in den letzten Gefechten am Maschinengewehr mitgekämpft“ (Völklein S. 91). Als Entgegnung auf den Hinweis des Freundes auf

die Genfer Konvention, die dies verbiete, habe Mengele gesagt: „Der Sieg sei einziger Gesichtspunkt“ (Völklein S. 91).

Laut Trunk (S. 13; nach SSO Mengele, Bl. 406) wurde Mengele nach einem Befehl vom 17. Juli 1942 zu der in Berlin angesiedelten Dienststelle des Reichsarztes SS und Polizei versetzt. Laut Völklein S. 91f. und Massin S. 223 war Mengele vom 23. Juli 1942 bis zum 13. Februar 1943 dieser Dienststelle zugeordnet. Ob und wenn ja, wie lange er hier Dienst tat, ist unklar. Eventuell wurde er umgehend wieder zur SS-Division „Wiking“ abgestellt (Trunk S. 13). Es existiert nämlich ein Beförderungsvorschlag vom 13. Oktober 1942, in dem Mengele als Truppenarzt des SS-Pionierbataillons 5, das zur Division „Wiking“ gehörte, bezeichnet wurde (Trunk S. 13, nach SSO Mengele, Bl. 412).

Im Februar 1943 wurde Mengele dem „SS-Infanterie-Ersatzbataillon ‚Ost‘“ zugeteilt, das in Berlin stand (Trunk S. 14, nach SSO Mengele, Bl. 407; laut Völklein S. 91 – die Formulierung ist wohl nicht korrekt – „meldete“ sich Mengele am 14. Februar 1943 beim „SS-Ersatzbataillon ‚Ost‘“ „zurück“). Was Mengele bis Mai genau machte, ist nicht klar. Laut Trunk S. 14 hatte er in dieser Zeit auf jeden Fall Kontakt zu von Verschuer in Berlin. Unklar ist, warum Mengele in einer Mitteilung vom 16. April 1943, in der er von seiner Beförderung unterrichtet wurde, noch als Mitglied der Division „Wiking“ bezeichnet wurde (Trunk S. 13, nach SSO Mengele, Bl. 408).

Sicher ist, dass Mengele am 24. Mai 1943 mit Wirkung zum 30. Mai 1943 zum Wirtschafts- und Verwaltungshauptamt der SS, Amtsgruppe D III ins KL Auschwitz versetzt wurde (Völklein S. 92, Massin S. 224,

Fortsetzung auf Seite 239

I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

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 432-376, 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. Walmrath

Dienstag: Internist. Hämatologie/Onkologie

Prof. Dr. med. L. Bergmann /
Prof. Dr. med. T. Wündisch

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

4 P

Themen: Tauglichkeitsanforderungen nach refraktiven Eingriffen; Differentialdiagnose der Ptosis: Behandlungsstrategien; Botulinumtoxin in der Augenheilkunde; Refraktive Chirurgie: Laser versus Linse

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

Vorläufiges Programm:

Freitag: Fortbildungskurs: e-learnig – wie geht das?; Lebererkrankungen: Lebererkrankungen und Lebertransplantationen; Neuropsychiatrie: Burnout; Krisenbewältigung bei Krebserkrankungen; Demenz; Borderline Dialog – Borderline-Störungen verstehen und behandeln; Alte und neue Behandlungsformen von Depressionen; Orthopädie: Arthrose; Rheumatologie; Wirbelsäule- u. Schmerztherapie; Chronische Erkrankungen: Diabetes mellitus

Samstag: EKG-Kurs „Vom Notfall-EKG bis zur Defibrillation; Schnupperkurs Akupunktur; Einführungskurs Wundmanagement; DMP-Seminare: Diabetes mellitus Typ II; Praxis der Insulintherapie; Hypertonie & KHK; COPD & Asthma; Chronische Erkrankungen: AIDS; Live-Operationen & -Interventionen: Achtung Herzinfarkt!; Endoskopische Operationen bei Enddarm-Krebs; Endoskopische Gelenk-Operationen; Laparoskopische Nierentumor-Entfernung

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

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 432-376, Fax: 0611 432-732,

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

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Mittwoch, 25. Mai 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: 24. Aug., 07. Sep., 09. Nov., 07. Dez.

Repetitorium Allgemeinmedizin

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse. *(siehe Seite 227)*

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

Existenzgründerplanspiel für Ärztinnen und Ärzte – ein innovatives Planspielkonzept

Freitag, 23. Sep. 2011, 16:00 – 20:30 Uhr und

Samstag, 24. Sep. 2011, 09:00 – 18:30 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. V. Liebig, Ulm

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

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

25. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

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

Montag, 26. Sep. – Freitag, 30. Sep. 2011

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.wolfiger@laekh.de

Workshop „Psychiatrie und Philosophie“

Mittwoch, 16. Nov. 2011

Leitung: Dr. med. F. Bossong, Hadamar

Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft: Frau A. Flören-Benachib, Akademie, Fon: 06032 782-238,

Fax: 069 97672-67238, E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.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 Theorie € 200, 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

Fachgebiet Arbeitsmedizin

In Kooperation mit dem Präventionsdienst Würzburg der BGW, der Hess. Arbeitsschutzverwaltung, dem LV Hessen des Verbandes Deutscher Betriebs- u. Werksärzte.

Nichts bleibt wie es war! – oder doch?

Neue Rechtsgrundlagen für Arbeits- u. Betriebsmediziner

Mittwoch, 15. Juni 2011, 14:00 – 19:00 Uhr

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

Dipl.-Ing. S. Stabel, Würzburg

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

4. Sommerakademie

Montag, 22. Aug. – Freitag, 26. Aug. 2011, jew. 13:00 – 21:00 Uhr vorl. Programmübersicht:

Montag: Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz gem. RÖV f. Ärzte u. Medizinphysikexperten, **Dienstag:**

Hautkrebsscreening, **Mittwoch:** Medizinische Rehabilitation gem. neuer Reha-Richtlinie (§135 Abs.2 SGB V), Mega-Code-Training, **Donnerstag:** Hygiene in Arztpraxen, **Freitag:** EKG-Refresher

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage, Fortbildungen auch einzeln buchbar

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

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



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, 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

Prüfartz 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





Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes (HFD) und dem Hessischen Hausärzterverband; zertifiziert als DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2.

Mittwoch, 08. Juni 2011, 15:30 – 20:00 Uhr **6 P**

Teil 3: Die nichtmedikamentöse Diabetestherapie

Leitung: Dr. oec. troph. H. Raab, Frankfurt a.M.

Teil 4: Insulintherapie für die Praxis

Leitung: Dr. med. H.-J. Arndt, Nidda

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, 07. Sep. 2011 Teile 5 und 6 **6 P**

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

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.

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 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

Didaktik

Moderatorent raining

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

Notfallmedizinische Fortbildung

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD

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

Freitag, 30. Sep. – Sonntag, 02. Okt. 2011

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

WH-Seminar Leitender Notarzt

Samstag, 01. Okt. 2011

Seminar Leitender Notarzt

Samstag, 19. – Dienstag, 22. Nov. 2011

Leitung: D. Kann, K.-H. Krütt, Kassel

Tagungsort: Kassel

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

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

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Marburger Kompaktkurs „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“

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

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

Freitag, 30. Sep. – Samstag, 08. Okt. 2011

Leitung: Dr. med. C. Kill, Marburg

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

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

Auskunft und Anmeldung: DRK Rettungsdienst Mittelhessen,

Bildungszentrum: Frau E. Geßner, Postfach 1720, 35007 Marburg,

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

Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

17. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

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



Palliativmedizin

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

34. Bad Nauheimer Psychotherapie-Tage 2011

Theorie und Praxis: (s. HÄBL 2/2011)
Block 1: Freitag, 16. – Sonntag, 18. Sep. 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
Teilnahmebeitrag: auf Anfrage
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,
 Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,
 E-Mail: andrea.floeren-benachib@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 Computertomographie (vorm.) **5 P**
Spezialkurs Interventionsradiologie (nachm.) **6 P**
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!

Medizinische Rehabilitation

16-Stunden-Kurs gem. neuer Reha-Richtlinie (§135 Abs.2 SGB V)
Samstag, 18. Juni 2011, 09:00 – 17:00 Uhr **21 P**
Leitung: Prof. Dr. med. T. Wendt, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: € 200 (Akademiemitgl. € 180)
Tagungsort: Bad Nauheim,
 Rehasentrum der DRV-Bund Klinik Wetterau, Zanderstr. 30-32
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 Hessen 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 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
Termine 2012 in Planung!

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

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.
Freitag, 23. Sep. – Samstag, 24. Sep. 2011 und **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

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



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

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

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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

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

Ultraschallkurse

Abdomen

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

Abschlusskurs 29 P

Samstag, 05. Nov. 2011 (Theorie)

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

Gefäße

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

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

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.



**Patientenbetreuung / Praxisorganisation****Moderation (PAT 3)**

Es werden einfache, kostengünstige Präsentationsmedien vorgelegt, die die Aufgaben z.B. bei der Mitwirkung in Patientenschulungen sowie die Vorbereitung von Teambesprechungen erleichtern. In der Fortbildung werden Grundlagen der Methodik sowie Kenntnisse und Fertigkeiten im Umgang mit verschiedenen Medien vermittelt.

Termin: Samstag, 14.05.2011, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Beschwerde- und Konfliktmanagement (PAT 4)

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

Termin: Freitag, 13.05.2011, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

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

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

Teilnahmebeitrag: € 95

Telefongespräche mit schwierigen Patienten (PAT 11)

Inhalte: Anhand von Fallbeispielen wird das Verhalten am Telefon trainiert. Im Mittelpunkt der Übungen steht die Zufriedenheit der Patienten und die Zufriedenheit des Praxisteams durch stressfreies, patientenorientiertes Telefonieren.

Termin: Interessentenliste, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95

Information: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132

Datenschutzbeauftragte/r in ärztlich geleiteten Einrichtungen (PAT 12)

Inhalte: Die 20-stündige Fortbildung richtet sich an Personen nichtärztlicher 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 u. Samstag 11.06.2011

Termin Telelernphase: 15.05.2011 bis 18.06.2011

Teilnahmebeitrag: € 255

Patientenbetreuung und Koordination**chronisch kranker Patienten (PBK 1)**

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

Termin: Donnerstag, 26.05.2011, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95

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

Inhalte: Koordinations- und Kooperationsmaßnahmen, Disease Management Programme, Integrierte Versorgung, Mitwirkung im Case Management, Einbeziehung und Unterstützung von sozia-

Patientenbetreuung / Praxisorganisation

len Netzwerken für Patienten und deren Angehörigen, Dokumentation/Abrechnung durchführen.

Termin: Freitag, 27.05.2011, 10:00 bis

Samstag, 28.05.2011, 17:00 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 185

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Schwerpunkt Medizin**Aktualisierungskurs nach § 18a RöV (MED 1)**

Ziel der Veranstaltung ist die Aktualisierung der Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß § 18a RöV. Zielgruppe sind Arzthelfer/innen, medizinische Fachangestellte, Personen mit einer abgeschlossenen sonstigen medizinischen Ausbildung, MTA's, MTRA's und MTLA's.

Inhalte: Gesetzliche Grundlagen, Strahlenbiologische Grundlagen, Dosis und Referenzwerte, Grundlagen des Strahlenschutzes, Anwendung von Röntgenstrahlen am Menschen einschl. CT und digitale Bilderzeugung, Qualitätssicherung von Röntgenuntersuchungen, Aufgaben der ärztlichen Stellen.

Die Fortbildungsveranstaltung ist vom Regierungspräsidium in Kassel anerkannt.

Termin: Mittwoch, 08.06.2011, 10:00 – 17:30 Uhr, (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Herz und Lunge (MED 3)

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

Termin: Interessentenliste, samstags 8 Stunden

Teilnahmebeitrag: € 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, 07.05.2011, 09:30 – 17:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 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 Praxisassistenten“ sowie bei der Aufstiegsfortbildung zum/zur „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“.

Termin: Interessentenliste

Teilnahmebeitrag: € 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 Praxisassistenten“.

Termin: Interessentenliste, 8 Stunden

Teilnahmebeitrag: € 95

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184





Betriebsmedizinische Assistenz

Auge-Optik und Lungenfunktion (BET 2)

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

Termin: Freitag, 06.05.2011, 14:00 Uhr bis
Samstag, 08.05.2011, 12:45 Uhr (10 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 150

Ansprechpartner: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

Ambulante Versorgung älterer Menschen

Organisation und Koordination in der ambulanten Versorgung (AVÄ5)

Inhalte: Informationsmanagement und Koordination, Mitwirkung bei Einweisung und Entlassung, Kooperation im Team mit externen Partnern und Versorgungseinrichtungen, Dokumentation/Abrechnung/Qualitätsmanagement.

Termin: Mittwoch, 15.06.2011, 09:30-12:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 70

Hausbesuche und Versorgungsplanung (AVÄ3)

Inhalte: rechtliche und medizinische Rahmenbedingungen von Hausbesuchen, häusliche Rahmenbedingungen einschätzen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen, Hausbesuchstasche kontrollieren, Hausbesuchsprotokoll führen, Versorgungs- und sozialrechtliche Anträge begleiten.

Termin: Mittwoch, 15.06.2011, 13:30 – 16:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 70

Wundmanagement (AVÄ4)

Inhalte: Wundarten/-heilung/-verläufe einschätzen, Wundheilungsstörungen und Interventionsmaßnahmen, Wundversorgung, Verbandstechniken, Wundprophylaxe, Wundbehandlung dokumentieren, Hebe- und Lagerungstechniken.

Termin: Donnerstag 16.06.2011, 09:30-16:45 Uhr und

Freitag, 17.06.2011, 09:30 – 11:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 150

Krankheitsbilder und typische Fallkonstellationen (AVÄ1)

Inhalte: altersmedizinische Grundlagen, demenzielles Syndrom, Diabetes und Folgekrankheiten, Krankheiten mit erhöhtem Sturzrisiko, Dekubitus, Schwerstkranke und Palliativpatienten begleiten.

Termin: Freitag, 17.06.2011, 11:15 Uhr – 16:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Geriatrisches Basisassessment (AVÄ2)

Inhalte: Verfahren zur Funktions- und Fähigkeitseinschätzung, Beurteilung der Sturzgefahr, Beurteilung der Hirnleistung, Beurteilung von Nutrition und Kontinenz.

Termin: Samstag 18.06.2011, 09:30-15:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 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 Günther, Fon: 06032 782-132, Fax -180

Ernährungsmedizin 120 Stunden

Die nachfolgenden Themen werden als Blockveranstaltung vermittelt:

Inhalte: Überblick über Ernährungs- und Stoffwechselphysiologie, Ernährungspyramide nach Vorgabe der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Ernährung in besonderen Lebensabschnitten, Krankheitsbilder und mögliche ernährungs-therapeutische Maßnahmen, Angewandte Ernährungsmedizin, Kooperation und Koordination.

Termin: ab Montag, 22.08.2011

Teilnahmegebühr Blockveranstaltung: € 950 zuzügl. € 60 Lernerfolgskontrolle

Zusätzlich sind die Themen: Kommunikation und Gesprächsführung, Wahrnehmung und Motivation sowie Moderation zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden.

Ansprechpartner: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

Aufstiegsfortbildung zum/zur Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung

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

Beginn Pflichtteil: ab 08.09.2011

Teilnahmegebühr Pflichtteil: € 1.480, **Prüfungsgebühren:** € 200

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

ALLGEMEINE HINWEISE

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

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: 782-250, E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de



Fortsetzung vom Seite 230

Trunk S. 14). Völklein (S. 92) ging davon aus, dass Mengele sich nicht freiwillig meldete und auch nicht explizit angefordert wurde (im Versetzungsbefehl hieß es: „ohne Bezug“), sondern als gerade verfügbarer Ersatz für den erkrankten Lagerarzt Benno Adolph im neu errichteten „Zigeunerlager“ „einspringen“ musste. Massin (S. 224f.) meinte, dass nicht abschließend zu entscheiden sei, ob Mengele sich (eventuell unterstützt von seinem Lehrer von Verschuer) nach Auschwitz „beworben“ habe, er selbst ging aber von einer „Bewerbung“ aus. Trunk (S. 14) schrieb, dass der Sachverhalt „nicht definitiv zu klären“ sei.

Mengele war in Auschwitz im Rahmen der sogenannten Rampenselektion der ankommenden Judentransporte tätig. Er führte Selektionen im Lager und Selektionen im Häftlingskrankenbau durch. Er nutzte das Lager für die Sammlung von Daten und Material u.a. zu den Themen Zwillingsforschung, Ursachen des Zwerg- und Riesenwuchses und Verkrüppelung. Nach Zeugenaussagen hat er Lagerinsassen selbst ermordet. Seine wahrhaft ungeheuren Verbrechen können im Rahmen dieses Beitrags ebenso wenig im Detail beschrieben werden wie die Einzelheiten seiner Flucht und seines Aufenthaltes in Südamerika, hierzu ist auf die Literatur zu verweisen (vgl. z.B. Posner und Ware 1986, Zofka 1986, Völklein 2000, Massin 2003, Trunk 2003).

Noch einmal: Mengele und Frankfurt

Es ist hier kurz noch einmal auf das Thema Mengele und Frankfurt zurückzukommen. Mengele verließ, wie oben erwähnt, die Stadt am Main bedingt durch seine Einberufung zum 15. Juni 1940. Es bestand jedoch weiter eine formale Verbindung

mit Frankfurt. Er wurde im Personal- und Vorlesungsverzeichnis der Universität Frankfurt vom WS 1938/39 bis zum Wintersemester 1943/44 als Assistent des Instituts für Erbbiologie und Rassenhygiene geführt (vgl. dazu auch Koch S. 130f.). Es ist unklar, warum er trotz Wehrdienstes bzw. Dienstes in der SS weiter in Frankfurt als Assistent registriert war. Die Meldung im Personal- bzw. Vorlesungsverzeichnis erfolgte aber sicher nicht irrtümlich. In der Personalakte Mengeles findet sich ein Schreiben eines Universitätsamtmannes (Unterschrift unleserlich) vom 30. Mai 1944 an „Herrn SS-Hptstuf. Dr. Mengele“ in Auschwitz, in dem es um die Übersendung einer Gehaltsbescheinigung ging, die Mengele am 16. Mai 1944 angefordert hatte (UAF, Personalakte Mengele). In der Personalakte findet sich schließlich noch ein von der Forschung nach meinem Wissen unberücksichtigtes Schreiben vom 16. Juli 1945 (Entwurf, es ist unklar, ob das Schreiben abgeschickt wurde) der Kommissarischen Leitung des Kuratoriums an „Dr. Josef Mengele, z. Zt. Wehrmacht“. Es hieß

hier: „Im Hinblick auf Ihre politische Haltung und Vergangenheit werden Sie mit sofortiger Wirkung vorläufig Ihres Amtes enthoben [...]. Für die Dauer Ihrer vorläufigen Diensterhebung bleiben Ihre Gehaltsbezüge gesperrt“ (UAF, Personalakte Mengele).

Falls dieses zuletzt erwähnte Schreiben abgeschickt wurde, war es nicht der letzte Verwaltungsakt der Universität Frankfurt in Bezug auf Mengele. Es wurde ihm – wie auch in München – der Dokortitel entzogen (vgl. Harrecker 2003). Die Entziehung in München war 1960, die in Frankfurt 1961 eingeleitet worden. Das Verfahren war langwierig. Erst am 23. November 1964 konnten der Münchener Rektor Gerhard Weber und der Frankfurter Rektor Alfred Rammelmeyer folgende Erklärung abgeben: „Die Ludwig-Maximilians-Universität in München und die Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt/Main geben bekannt, dass der ehemalige Arzt Josef Mengele, geb. am 16. März 1911 in Günzburg, derzeitiger Aufenthalt unbekannt, nicht mehr berechtigt ist, einen Doktorgrad zu

führen. Die Universität München hat ihm den am 13. November 1935 verliehenen Grad eines Doktors der Philosophie (Dr. phil.), die Universität Frankfurt am Main den am 24. Juni 1938 verliehenen Grad eines Doktors der Medizin (Dr. med.) wegen der Verbrechen, die er als Arzt im Konzentrationslager Auschwitz begangen hat, entzogen. Die Entziehungsbeschlüsse sind jetzt rechtskräftig“ (zitiert nach Harrecker S. 232).

Literatur

Benzenhöfer, Udo, Ackermann, Hanns, Weiske, Katja: *Wissenschaft oder Wahn? Bemerkungen zur Münchener Dissertation von Josef Mengele aus dem Jahr 1935*, in: Udo Benzenhöfer (Hrsg.): *Studien zur Geschichte und Ethik der Medizin mit Schwerpunkt Frankfurt am Main*. Wetzlar 2007, S. 31-41.

Benzenhöfer, Udo, Weiske, Katja: *Bemerkungen zur Frankfurter Dissertation von Josef Mengele über Sippenuntersuchungen bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalte*, in: Udo Benzenhöfer (Hrsg.): *Mengele, Hirt, Holfelder, Berner, von Verschuer, Kranz: Frankfurter Universitätsmediziner der NS-Zeit*. Münster 2010, S. 9-20.

Harrecker, Stefanie: *Degradierete Doktoren. Die Aberkennung der Doktorwürde an der Ludwig-Maximilians-Universität München während der Zeit des Nationalsozialismus*. München 2007.

Koch, Gerhard: *Humangenetik und Neuro-Psychiatrie in meiner (!) Zeit (1932-1978)*. Erlangen und Jena 1993.

Massin, Benoit: *Mengele, die Zwillingforschung und die „Auschwitz-Dahlem Connection“*, in: Carola Sachse (Hrsg.): *Die Verbindung nach Auschwitz. Biowissenschaften und Menschenversuche an Kaiser-Wilhelm-Instituten*. Göttingen 2003, S. 201-254.

Mengele, Josef: *Sippenuntersuchungen bei Lippen-Kiefer-Gaumenspalte*. Diss. med. Frankfurt am Main 1938.

Posner, Gerald L., Ware, John: *Mengele. The Complete Story*. New York etc. 1986.

Trunk, Achim: *Zweihundert Blutproben aus Auschwitz. Ein Forschungsvorhaben zwischen Anthropologie und Biochemie (1943-1945)*. Berlin 2003. Universitätsarchiv Frankfurt am Main (abgekürzt: UAF), Abt. 4, Nr. 1502 (Personalakte Mengele).

Völklein, Ulrich: *Josef Mengele. Der Arzt von Auschwitz*. Göttingen 2000.

Zofka, Zdenek: *Der KZ-Arzt Josef Mengele. Zur Typologie eines NS-Verbrechers*, in: *Vierteljahresshefte für Zeitgeschichte* 34 (1986), S. 246-267.

Anschrift des Verfassers

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

Frankfurter Frauennotruf startet Mediziner-Beratung für Behandlung nach sexueller Gewalt

Neuland für viele Ärzte: eine Patientin kommt nach einem sexuellen Übergriff zur ärztlichen Untersuchung. Um Mediziner, die in dieser nicht alltäglichen Situation oft Fragen haben, zu unterstützen, startet der Frankfurter Frauennotruf jetzt die kollegiale Beratung für Ärztinnen und Ärzte. Die Mediziner wissen häufig nicht, wie sie am besten mit der Untersuchung vorgehen. Wie können sie am besten Beweise aufnehmen und gerichtsfest sicherstellen? Wie sollen sie überhaupt mit einer Frau umgehen, die sexuelle Gewalt erlebt hat?

Für alle diese Fragen steht ab sofort Dr. med. Elisa Lautz auf der Webseite des Frauennotrufs als kompetente Ansprechpartnerin zur Verfügung. Die Gynäkologin ist seit drei Jahren ehrenamtlich für den Frauennotruf Frankfurt tätig. Sie arbeitet im Klinikum Offenbach mit dem „Dokumentationsbogen zur Befun-

dung sexueller Gewalt“, der hessenweit eine standardisierte Vorgehensweise bei der Untersuchung nach sexueller Gewalt vorgibt. Sie kennt genau die Fragen, die sich dabei ergeben: „Die Untersuchung nach sexueller Gewalt stellt an jeden Mediziner fachlich und zwischenmenschlich ganz besondere Anforderungen. Wir kennen die vielen Schwierigkeiten in solchen Fällen und wollen die Kolleginnen und Kollegen dabei unterstützen, diese Herausforderungen zu bewältigen“, erklärt Dr. Lautz. Die Expertin ist per E-Mail zu erreichen und beantwortet alle Fragen möglichst innerhalb einer Woche.

Nähere Informationen und das Kontaktformular finden Sie unter dem Menüpunkt „Ärztliche Dokumentation“ auf der Webseite des Frauennotrufs www.frauennotruf-frankfurt.de

9. Hessischer Hausärztetag

18. Juni 2011

9:00 Uhr

Campus Westend
der Universität
Frankfurt Frankfurt/Main

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. med. Eckhard Starke

Podiumsdiskussion:
**Das Versorgungsgesetz 2011 –
die Hausarztpraxis zwischen MVZ,
Servicegesellschaften und Kliniken.**

Das komplette Programm
mit Seminaren und Workshops
finden Sie unter
www.hausaerzte-hessen.de

Sicherer Verordnen

Interaktion Bisphosphonate mit Bevacizumab/Sunitinib

Nachdem die ersten Verdachtsfälle von dosisabhängigen Kieferosteonekrosen unter der Therapie mit Bisphosphonaten angezweifelt wurden, hat sich aufgrund des Deutschen Zentralregisters Kiefernekrosen in der Charité Berlin diese unerwünschte Wirkung (UAW) der Bisphosphonate etabliert (bei circa 1:13.500 Behandlungen in der Therapie der Osteoporose, bei 1–2 % der onkologischen Patienten).

In Kombination mit dem monoklonalen Antikörper Bevacizumab (Avastin®) oder mit dem Tyrosinkinasehemmer Sunitinib (Sutent®) scheint sich das Risiko dieser UAW zu erhöhen. Beide Zytostatika werden überwiegend bei verschiedenen fortgeschrittenen/metastasierenden malignen Tumoren eingesetzt, bei denen wegen Knochenmetastasen oft auch Bisphosphonate iv eingesetzt werden. Vor einer Behandlung mit Bevacizumab/Sunitinib wird eine zahnärztliche Kontrolle und ggf. eine präventive zahnärztliche Behandlung empfohlen. Generell gilt: während einer Behandlung mit Bisphosphonaten ist ein invasiver dentaler Eingriff zu vermeiden.

Quellen: *Ärzteztg. Nr. 199, S. 14;*

AkdÄ Drug Safety Mail 2010-125 und -126

Inhalative Glukokortikoide – Diabetes-/Pilzinfektionsrisiko

Glukokortikoide können die Diabetesrate oder Diabetesprogression erhöhen (vor allem ältere Patienten scheinen empfindlicher zu reagieren). Nach einer Beobachtungsstudie scheinen auch inhalative Glukokortikoide ähnlich zu wirken: bei über 380.000 kanadischen COPD- oder Astmapatienten waren Diabetesrate und Diabetesprogression erhöht. Auch wenn diese UAW dosisabhängig auftraten, bedürfen diese Ergebnisse noch einer Bestätigung durch eine randomisierte Studie: mögliche Komplikationen (Erhöhung der Blutglukosespiegel durch Betamimetika) und Lebensstiländerungen (z.B. Gewichtszunahme wegen Bewegungsmangel durch die Grunderkrankung) scheinen unzureichend berücksichtigt. Nach einer Schätzung leiden jährlich circa 40.000 Patienten aufgrund von inhalativen Glukokortikoiden an Pilzinfektionen der Mundhöhle. Einfache Maßnahmen wie Inhalation vor einer Mahlzeit oder Spülung

mit Wasser nach einer Inhalation oder die richtige Inhalationstechnik werden nicht ausreichend angewandt.

Quellen: *JAMA 2010; 123: 1001;*

www.aerzteblatt.de/nachrichten/43169

Paracetamol – neue Risikoeinschätzung?

Paracetamol (Ben-u-ron®, viele Generika) hat wie jeder Arzneistoff auch seine spezifischen UAW. Bekannt ist vor allem seine Hepatotoxizität (ab circa 4,0 g/d bei Erwachsenen), weniger bekannt sind Blutdruckerhöhung, die Gefahr von Herzinfarkten, intestinalen Blutungen (insbesondere in Kombination mit ASS) oder Asthmaanfällen. Die Ergebnisse epidemiologischer Studien bei Schwangeren deuten auf einen möglichen Hodenhochstand männlicher Foeten und ein späteres erhöhtes Asthmarisiko bei Kindern. Die bekannten UAW treten vor allem bei hohen Dosierungen oder Überdosierungen und bei langfristiger Einnahme auf. Nicht zu unterschätzen ist auch die kombinierte Paracetamolaufnahme von sog. Heißgetränken bei Erkältungskrankheiten und von Analgetika. Die freiverkäufliche Packungsgröße von bis zu 10 g Paracetamol scheint zu hoch zu liegen und die epidemiologischen Daten bei Schwangeren sind noch zu verifizieren. Außer dem generellen Hinweis, dass Arzneimitteln (auch freiverkäufliche) zurückhaltend und überlegt eingenommen werden sollten, scheinen übertriebene Warnungen nach derzeitigem Erkenntnisstand nicht begründet zu sein.

Quellen: *Dtsch.Apo.Ztg. 2010;*

150: 5646, 5768, 5811

Ergotamin – arterielle Vasospastik

Die verfügbaren neuen Migränemittel (Triptane) haben das Auftreten eines medikamentösen Ergotismus stark verringert. Eine Fallbeschreibung eines vasospastischen Verschlusses der Arteria femoralis bei einer 42-jährigen Frau mit jahrelanger Ergotamineinnahme wegen Migräne sollte differentialdiagnostisch bei für eine pAVK untypischen Patienten in Betracht gezogen werden, solange z.B. Ergotamin-haltige Präparate (z.B. Ergo-Kranit Migräne®) auf dem deutschen Markt verfügbar sind.

Quelle: *Dt. med.Wschr. 2011; 136:23*

H1N1-Pandemie – ein Fazit

In einem lesenswerten Kommentar über die Informationspolitik zur H1N1-Pandemie wird nach Vorschlägen wie

- Transparente Beschreibung der Lage statt Schlagwörter wie „Pandemie“
- Transparente Kommunikation von Wissen und Nicht-Wissen
- Offenlegung politischer Entscheidungsprozesse und Interessenkonflikte

folgendes Fazit gezogen:

„Bisher scheinen viele Entscheidungsträger in unserer Gesellschaft anzunehmen, dass Bürger durch Unsicherheit verwirrt werden und folglich keine effektiven Entscheidungen treffen können. Der Fall der H1N1-Influenza hat gezeigt, dass Probleme vielmehr dadurch entstehen, dass Experten diese Unsicherheiten nicht offen legen. Eine paternalistische Informationspolitik, die Menschen selektiv informiert und Unsicherheiten vorenthält, resultiert

- 1.) in falscher Sicherheit oder gar Verunsicherung durch widersprüchliche Informationen und,
- 2.) falls sich die Informationspolitik im Nachhinein als unangebracht herausstellt, in Ärger und Verschwörungstheorien.

Das beschädigt letztlich das Vertrauen der Gesellschaft in nationale und internationale Institutionen wie die WHO. Wenn die Gesellschaft auf den nächsten Pandemiefall vorbereitet werden soll, ist ein Umdenken erforderlich: weg von einem defensiven und interessengeleiteten Paternalismus hin zu einer Informationspolitik, die die Voraussetzungen für aufgeklärte und informierte Bürger schafft. Unsere Vorschläge für einen besseren Umgang mit Unsicherheit werden nicht in jedem Fall zu Entscheidungen führen, die alle Experten für angemessen oder „objektiv“ richtig halten. Aber das kann auch nicht Ziel sein in einer Demokratie.“

Quelle: *Bundesgesundheitsblatt 2010; 53 (12): 1283–89*

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 2/2011

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

Einbecker Empfehlungen der DGMR

zu unerwarteten und unerwünschten Strafbarkeitsrisiken in der vertragsärztlichen Berufsausübung

I. Einleitung

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) e.V. hat vom 22. bis 24. Oktober 2010 ihren 13. Einbecker Workshop unter dem Titel

„Der Arzt im Wirtschaftsstrafrecht – Unerwartete und unerwünschte Strafbarkeitsrisiken in der vertragsärztlichen Berufsausübung“

durchgeführt. Als Tagungsergebnis wurden die nachfolgenden Empfehlungen verabschiedet:

II. Definitionen

1. Der Vertragsarzt in Klinik und Praxis gerät zunehmend in strafrechtlich relevante Konfliktsituationen, die sich für ihn als „unerwartet“ darstellen. In solchen Situationen rechnet er nicht damit, dass sein Handeln auch spezifisch strafrechtlichen Anforderungen gerecht werden muss. Diesem Umstand kommt insofern Relevanz zu, als der Straftäter nicht nur alle Sachverhaltsumstände kennen, sondern er zudem „Bedeutungskennntnis“ haben muss. Der Arzt muss also durch eine „Parallelwertung in der Laiensphäre“ die Bedeutung der Umstände nachvollziehen können, die eine Strafbarkeit begründen.
2. Daneben sind Konfliktsituationen des ärztlichen Berufsalltags auszumachen, in denen entgegen der höchstrichterlichen Rechtsprechung fraglich ist, ob das jeweilige ärztliche Handeln strafbar ist bzw. in Anbetracht des Gesetzes-/Strafzwecks überhaupt strafbar sein sollte. Die extensive Ausdehnung der Straftatbestände durch die Rechtsprechung führt insofern zu „unerwünschten“ Strafbarkeitsrisiken. Eine solche Überdehnung der Straftatbestände ist auch nicht erforderlich, da andere geeignete Sanktionierungsmöglichkeiten im Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung bestehen.

III. Sozialversicherungsrechtliche und berufsrechtliche Aspekte

Mit dem Vertragsarztsrechtsänderungsgesetz und der ihm nachfolgenden Gesetzgebung und untergesetzlichen Normsetzung sind die tatsächlichen und rechtlichen Strukturen und Voraussetzungen der Berufsausübung der im Bereich der GKV tätigen Ärzte erheblich erweitert worden. Dies gilt namentlich für die stärkere Verzahnung der ambulanten und statio-

nären Versorgungsbereiche und für die Gestaltungs- und Kooperationsmöglichkeiten in der ärztlichen Berufsausübung sowie der damit verbundenen abrechnungstechnischen Intransparenz und erhöhten Fehleranfälligkeit. Diese differenzierten und komplexen Rechtsrahmenbedingungen werfen viele zum Teil ungeklärte und im Einzelnen umstrittene Rechtsfragen auf.

1. Es empfiehlt sich daher, diese Rechtsrahmenbedingungen insgesamt wieder zu vereinfachen und für die Beteiligten transparenter zu machen und damit für eine rechtssichere Basis der ärztlichen Berufsausübung im Bereich der GKV zu sorgen. Dies gilt namentlich für die Voraussetzungen der Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, für Anstellungsmöglichkeiten und für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen.
2. Die zuständigen ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften, wie Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen, sollten zu den im Einzelnen rechtlich strittigen Rechtsfragen Klarstellungen vornehmen, damit sich die Ärzte im Bereich der GKV an diesen Handlungsempfehlungen rechtssicher orientieren können und damit etwaigen Sanktionen entgehen.
3. Gleichzeitig wird empfohlen, in das Curriculum des Studiums der Human- und Zahnmedizin sowie in die Fort- und Weiterbildung der Ärzte, insbesondere im Hinblick auf eine Tätigkeit im Bereich der GKV, eine intensive Vermittlung der maßgeblichen Rechtsrahmenbedingungen der ärztlichen Berufsausübung als Pflichtfach aufzunehmen. Die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sollte – wie bereits im vertragszahnärztlichen Bereich – vom Nachweis einer erfolgreichen Teilnahme an einer entsprechenden Schulungsmaßnahme abhängen, welche für zulassungswillige Ärzte von den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen anzubieten ist. Insoweit ist eine wechselseitige Anerkennung der Schulungsmaßnahmen unter den Kassenärztlichen Vereinigungen sicherzustellen.
4. Der freiberuflich und eigenverantwortlich tätige Vertragsarzt versteht sich in Übereinstimmung mit der ärztlichen Berufsordnung zu Recht in erster Linie als Sachwalter der Gesundheitsinteressen seiner Patienten. Wenngleich ihm im Bereich der GKV in öffentlich-rechtlicher Hinsicht durch

die Vorgaben des Sozialversicherungsrechts Beschränkungen (z.B. Wirtschaftlichkeitsgebot, Zulassungskriterien) auferlegt sind, ist er im Regelfall mangels bestehender Vertragsbeziehungen nicht „Vertreter“ oder „Beauftragter“ der gesetzlichen Krankenkassen.

5. Die Prüfung eines Anfangsverdachts nach § 81a Abs. 4 SGB V durch die Kassenärztlichen Vereinigungen muss immer auch subjektive Umstände umfassen. Unterliegt der Arzt danach einem Tatbestandsirrtum (§ 16 StGB), weil er z.B. die objektive Unrichtigkeit einer vertragsärztlichen Abrechnung nicht kennt, handelt er nur fahrlässig und erfüllt damit keinen vermögensrechtlichen Straftatbestand. In diesen Fällen besteht kein Anfangsverdacht und damit keine Befugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Unterrichtung der Staatsanwaltschaft. Der Vorwurf einer Strafvereitelung nach § 258 StGB durch unterbliebene Unterrichtung der Staatsanwaltschaft ist in diesen Fällen unbegründet.
6. In den Prüfungsverfahren der Kassenärztlichen Vereinigungen hat der Vertragsarzt umfassende, mit Zwangsmitteln durchsetzbare Offenbarungs- und Auskunftspflichten gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen. Soweit er sich im Rahmen dieses Auskunftsverlangens selbst belastet, besteht ein verfassungsrechtlich abgesichertes absolutes Beweisverwendungsverbot (nemo tenetur). In dieser Weise offenbarte Tatsachen dürfen weder bei der Prüfung des Anfangsverdachts von den Kassenärztlichen Vereinigungen noch in einem Strafverfahren berücksichtigt werden. Anderweitig erlangte Erkenntnisse bleiben davon unberührt.

IV. Strafrechtliche und verfahrensrechtliche Aspekte

Die strafrechtliche Bewertung knüpft an die sozialversicherungsrechtlichen Erkenntnisse und Maßgaben an und macht diese zum Gegenstand einer eigenständigen Bewertung.

1. Eine Strafbarkeit des Vertragsarztes nach § 299 StGB (Bestechung und Bestechlichkeit im geschäftlichen Verkehr) scheidet deshalb tatbestandlich aus, weil der Vertragsarzt kein „Beauftragter“ der gesetzlichen Krankenkassen ist, s.o. Ziffer III. 4.
2. Eine Strafbarkeit des Vertragsarztes nach § 266 StGB (Untreue) kommt nur bei Vorliegen einer Vermögensbetreuungspflicht des Vertragsarztes in Betracht, was in den Einzelheiten streitig ist. Jedenfalls folgt nicht aus jedem Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialversicherungsrechts eine Strafbarkeit wegen Untreue.
3. Da der Vertragsarzt im Übrigen aber regelmäßig kein Be-

wusstsein für die von der Rechtsprechung vorgenommene Zuweisung in das Lager der Krankenkasse hat, kann es ihm auch an einem Bewusstsein für die aus diesem (behaupteten) Näheverhältnis entspringenden Pflichten fehlen. In diesen Fällen kann er einem Schuld ausschließenden Verbotsirrtum nach § 17 StGB unterliegen.

4. Sowohl im Hinblick auf den Straftatbestand der Untreue, § 266 StGB, als auch der Angestelltenbestechung, § 299 StGB, ist zudem eine sorgfältige Prüfung der subjektiven Tatseite unerlässlich, um der extensiven Anwendung dieser ohnehin in ihren Grenzen und Voraussetzungen vagen und verschwommenen Delikte entgegenzutreten. Abgesehen von den in der Rechtsprechung hierzu anzutreffenden sozialrechtlich unzureichenden Begründungen bieten Berufs- und Heilmittelwerberecht eine ausreichende Handhabung gegen unzulässige Einflussnahmen auf die vertragsärztlichen Verordnungsentscheidungen, so dass es einer zusätzlichen strafrechtlichen Ahndung auch nicht bedarf.
5. Es wird nachdrücklich empfohlen, die streng formale Betrachtungsweise zur Frage des Vorliegens eines Vermögensschadens im Bereich des Sozialversicherungsrechts nicht auf die strafrechtliche Beurteilung des Betrugsstatbestands nach § 263 StGB zu übertragen. § 263 StGB schützt nur das Vermögen. Eine Ausweitung der Schutzzrichtung dieses Straftatbestands ist weder rechtsdogmatisch zulässig noch rechtspolitisch erforderlich. § 263 StGB ist kein Tatbestand des „Sozialversicherungsbetrugs“, der neben den allgemeinen Vermögensinteressen der Versicherungsgemeinschaft auch noch deren weitergehende, sozialpolitische Interessen schützt. Die Sanktionierung von anderen Schutzgütern als dem Vermögen durch § 263 StGB ist daher rechtswidrig.
6. In den Fällen der medizinisch lege artis erbrachten vertragsärztlichen Leistungen liegt ein Vermögensschaden im Sinne des Betrugs- und Untreuetatbestandes nicht allein deshalb vor, weil gegen Ordnungsvorschriften des Vertragsarztrechts, z.B. die Ärzte-Zulassungsverordnung, verstoßen wurde.
7. Mit dem in die Diskussion um den Vertragsarzt abrechnungsbetrug eingeführten Begriff des „leistungsbezogenen Schadenselements“ wird auf die Grundlagen der Schadensermittlung beim Anstellungsbetrug zurückgegriffen. Die Qualifikation dessen, der die Leistung erbringt, zählt zu den Wert bildenden Faktoren.
Ein Vermögensschaden im Sinne von § 263 StGB ist daher in den Fällen der Scheingesellschaft (unechte Gemeinschaftspraxis) und der Strohmannfälle (Leistungserbringung durch nicht zugelassenen Arzt – Abrechnung durch

Vertragsarzt) nicht zwingend gegeben. Dies gilt gleichermaßen für die Fälle der Delegation ärztlicher Leistungen, wenn es dabei durch die Verlagerung auf den Delegationsempfänger nicht zur Erbringung einer qualitativ minderwertigen Leistung kommt. Ein leistungsbezogener Vermögensschaden kann indes in den Fällen angenommen werden, in denen die Leistungsdurchführung gerade von einer besonderen Qualifikation des Leistenden abhängt.

8. Bei objektiven unerwarteten Rechtsverstößen gegen zulassungsrechtliche und abrechnungsrechtliche Regelungen des Vertragsarztrechts, die keinen Vermögensschaden im strafrechtlichen Sinne darstellen, bestehen auch keine Sanktionslücken. Hierzu stehen Maßnahmen nach den Disziplinarordnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen ebenso zur Verfügung wie die berufsgerichtlichen Verfah-

ren der Ärztekammern, denen in diesem Zusammenhang eine stärkere Beachtung geschenkt werden sollte.

9. Es wird empfohlen, bei den Staatsanwaltschaften wegen der spezifischen Fragestellungen des Vertragsarztrechts und des sonstigen Rechts der ärztlichen Berufsausübung besondere Fachabteilungen einzurichten. Die zuständigen Staatsanwaltschaften und Polizeibehörden sollten im Rahmen ermittlungsnotwendiger Eingriffe in die Berufs- und Privatsphäre betroffener Ärzte die Besonderheiten des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient stärker berücksichtigen.

*Für das Präsidium der DGMR e.V.
Der Präsident
Rechtsanwalt Dr. A. Wienke*

Grüner Ärztetag

14. Mai 2011
10:00 – 18:00 Uhr

Umweltforum Auferstehungskirche
Pufendorfstraße 11
10249 Berlin

Die Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen veranstaltet einen Grünen Ärztetag, zu dem wir Vertreter der Ärztekammern und zahlreiche andere Experten als Referenten erwarten.

Mit Workshops zu Qualität und Bürokratie, Arztberuf im Wandel, Reform der Ärzteausbildung, Frauen im Arztberuf, Priorisierung und Komplementärmedizin.

Referenten: Dr. Frank-Ulrich Montgomery, Prof. em. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz, Prof. Dr. Christoph Fuchs, Dr. Stefan Etgeton, Dr. Günther Jonitz, Dr. Regine Rapp-Engels u.a.

Das komplette Programm kann angefordert werden bei: Jörg Sauskat, Büro Harald Terpe MdB, Fon: 030 227-75440, E-Mail: Harald.terpe.mao1@bundestag.de

Deutscher Homöopathie-Kongress 2011: Homöopathie grenzenlos?

**Grenzerfahrungen ärztlicher Homöopathie
in Wissenschaft und Praxis**
**161. Jahrestagung des Deutschen Zentralvereins
homöopathischer Ärzte (DZVhÄ)**
2.-4. Juni 2011, Aachen

Tagungsort: Eurogress Aachen, Monheimsallee 48, 52062 Aachen
Informationen und Anmeldung unter www.homoeopathie-kongress.de

59. Jahrestagung der Vereinigung
Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen

Schmerz in der Orthopädie und Unfallchirurgie

Baden-Baden
28. April bis 1. Mai 2011

Zentrales Thema jedes Orthopäden und Unfallchirurgen ist die Behandlung von Schmerzen. Aufgrund seiner Bedeutung stellt dieses Thema auch auf der 59. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen im Kongresshaus ein Hauptthema dar. Von der Schmerzentstehung, konservativen und operativen Schmerzbehandlungen bis zur Akupunktur werden dem Fachbesucher vom 28. April bis 1. Mai 2011 eine Vielzahl von Seminaren und Vorträgen namhafter Referenten zu diesem Thema geboten.

Das komplette Programm finden Sie unter: www.VGOU.de

Lebende Leichname

(Hessisches Ärzteblatt 2/2010, Seite 84)

Zunächst herzlichen Dank für den hochinteressanten Beitrag zur Lepra und ihrer Geschichte! Dazu folgende Anmerkungen:

„Kaum jemand weiß, dass sie (die Lepra) vor wenigen 100 Jahren auch mitten in Deutschland zuhause war.“ Laut „Brockhaus Enzyklopädie 1970“ gab es 1966 weltweit ca. elf Millionen Leprakranke, von denen aber nur weniger als drei Millionen bekannt waren. Und von diesen wurden nur ca. zwei Millionen behandelt. Die letzte Leprakolonie in Europa wurde übrigens erst 1957 auf der Insel „Spinalonga“ vor Kreta geschlossen, zu der es bis dahin nur eine einfache Bootsüberfahrt von Kreta aus gab.

Für Interessierte empfehle ich den Bestseller von Viktoria Hislop „Insel der Vergessenen“ aus dem Diana-Verlag, 1. Auflage 2007. Das Buch schrieb sie übrigens auch zur Unterstützung von ILEP (International Federation of Leprosy Association), die mit geschulten Teams Erkrankte aufsucht, behandelt und zum selbstständigen Unterhalt verhilft. Einen L-Kranken zu heilen kostet knapp 31 Euro.

Für den, der helfen will, folgende Informationen: Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe (DAHW), Mariannhillstr. 1c, 97074 Würzburg. Tel. 0931 79480, Fax: 0931 7948160.

Laut „Brockhaus“ wurde der Erreger, das Mykobakterium leprae, schon 1869, und

nicht erst 1873 von dem norwegischen Arzt G. A. Hansern entdeckt.

Nach meiner Erinnerung wurde die Lepra wirksam behandelt und z.T. sogar geheilt, durch die in Deutschland erst 1949 verfügbaren Anti-Tuberkulotika. Theoretisch wäre es allerdings auch schon 1943 möglich gewesen, mit dem in den USA entwickelten Streptomycin. Mir ist aber nicht bekannt, und ich konnte darüber auch in der mir zur Verfügung stehenden Fachliteratur nichts finden, ob es schon damals von Amerikanern bei Lepra angewandt wurde.

Dr. med. Lothar L. Schute, Seligenstadt

Symposium

des Arbeitskreises Sportmedizin im BDI e.V.

und des

Sportärzterverbandes Hessen e.V.

in Zusammenarbeit mit der

Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

Sonntag, 1. Mai 2011, 10:15 – 11:45 Uhr

Rhein-Main-Hallen Wiesbaden, Saal 1A/1

Der leistungsschwache und sportlich trainierte Jugendliche – eine präventivmedizinisch bedeutsame Aufgabe für die internistische Praxis 3P

Wiss. Leitung:

Professor Dr. med. Paul E. Nowacki, Gießen

Dr. med. Wolfgang Grebe, Frankenberg/Eder

Anmeldung:

Silvie Schmidt-Saloff

Sekretariat Sportärzterverband Hessen e.V.

Tel.: 069 4071-414

Fax: 069 4071-859

E-Mail: info@sportaerzteverband-hessen.de

RUHESTAND?

Gisela Bockenheimer-Lucius zum 65. Geburtstag



Foto: Renate Dansou

Seit drei Jahren gibt es im Hessischen Ärzteblatt die Rubrik „Medizinethik aktuell“. Betreut wird diese Sparte von Dr. med. Gisela Bockenheimer-Lucius, die am 15. Januar dieses Jahres ihren 65. Geburtstag

feierte und daher mit Ablauf des Wintersemesters 2010/2011 in den Ruhestand versetzt wurde. Aus diesem Anlass unterhalte ich mich mit ihr über ihre beruflichen Erfahrungen als „Medizinethikerin“.

Liebe Frau Bockenheimer-Lucius!

Sie sind im Ruhestand? Das kann ich mir, was Ihre Person angeht, überhaupt nicht vorstellen. Aber schauen wir uns einige Etappen Ihres Lebens einmal an, die zum Teil sehr ungewöhnlich, vielfältig und doch folgerichtig verlaufen sind.

Sie studierten Medizin in Frankfurt am Main, Würzburg und Mainz. Die ärztliche Approbation erlangten Sie 1973. Im Jahr 1972 heirateten Sie den späteren Chefarzt der Neuroradiologischen Abteilung des Frankfurter Krankenhauses Nordwest, Professor Dr. med. Stephan Bockenheimer (verstorben 2008). In den siebziger Jahren wurden Ihre drei Töchter geboren.

Mit der Dissertation „Die ‚Verwahrlosung‘ im Kindes- und Jugendalter – Materialien zur Begriffs- und Problemgeschichte“ promovierten Sie 1978. Der Freiburger Medizinhistoriker Professor Dr. med. Eduard Seidler war Ihr Doktorvater. Lange vor der Einrichtung eines Querschnittsbereiches „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ in der neuen Approbationsordnung von 2003 hat Seidler – als einer der ersten in Deutschland – die Medizinethik in Lehre und Forschung am Freiburger Institut für Geschichte der Medizin und in der „Forschungsstelle Ethik und Recht in der Me-

dizin“ fest installiert. Seit 1978 waren Sie daran aktiv beteiligt. Sie beschäftigen sich also, liebe Frau Bockenheimer, seit mehr als dreißig Jahren mit der Ethik in der Medizin.

Erstes sichtbares Zeichen dieses Interesses war die Beilage „Medizinische Ethik“ im „Ärzteblatt Baden-Württemberg“, die Sie in den Jahren 1981 bis 1996 redaktionell betreuten. Dies hat in den letzten sechs Jahren mit der Rubrik „Medizinethik aktuell“ im Hessischen Ärzteblatt eine Fortsetzung gefunden. – 1986 waren Sie Gründungsmitglied der „Akademie für Ethik in der Medizin“ und hatten von 1989 bis 2008 die Redaktion und koordinierende Schriftleitung der Zeitschrift der Akademie mit dem Titel „Ethik in der Medizin“ inne. Was sich hinter den Begriffen „Redaktion“ und „koordinierende Schriftleitung“ verbirgt, ist die zeitaufwendige Betreuung der Autoren und ihrer Manuskripte vom Zeitpunkt des Einreichens bis hin zum Erscheinen in gedruckter Form (oder als Online-Datei). In dieser Position (als Mädchen für alles) sitzt man oft zwischen allen Stühlen. Sie mussten die Standpunkte von Autoren, Herausgebern, Gutachtern und Verlagslektoren auf einen Nenner bringen. Diese Kärnerarbeit haben Sie zwanzig Jahre lang ehrenamtlich geleistet.

Seit dem Sommersemester 1994 gibt es im Fachbereich Medizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main eine Ringvorlesung „Nachdenken über ethische Fragen in der Medizin“. Wir beide, Sie und ich, wir waren die Initiatoren. Sie betreuten diese Lehrveranstaltung, an der sich nicht nur Mediziner aller Schattierungen aktiv beteiligten, sondern auch Juristen, Theologen und Philosophen, Sie betreuten diese Ringvorlesung über 33 Semester.

Doch damit nicht genug. Sie hielten Vorlesungen und Seminare zu aktuellen und zu

grundlegenden medizinethischen Themen. Nur ein Beispiel sei genannt. Die Medizinstudenten des ersten Semesters lernen in Frankfurt Anatomie nicht nur in der Vorlesung, sondern von Anfang an gleichzeitig „practicando“ im Präparierkurs. Mit einem Kolloquium über ethische Fragen im Umgang mit dem menschlichen Leichnam bieten Sie den Studierenden ein Forum an, in dem sie sich über ihre Erfahrungen und Erwartungen austauschen können.

Nur in Stichworten seien einige andere Aktivitäten erwähnt. Stichwort Ethikkommission: Sie waren etliche Jahre Mitglied der Ethikkommission des Frankfurter Klinikums, außerdem 2007 bis 2010 Mitglied und stellvertretende Vorsitzende der „Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer“ (ZEKO).

Stichwort Klinisches Ethik-Komitee (KEK): Sie waren 2005 Gründungsmitglied und sind seit dieser Zeit Geschäftsführerin des Frankfurter KEK. Zu den Aufgaben eines KEK gehören nicht nur Einzelfallberatungen, sondern auch das Erarbeiten einer Leitlinienkonzeption und die Organisation von Fortbildungsveranstaltungen. Und Sie haben Ihre „Lieblingsidee“, die Idee eines „Ethik-Komitees im Altenpflegeheim“ (EKA) im Rahmen des „Frankfurter Netzwerks Ethik in der Altenpflege“ mit Erfolg realisiert.

Was sollte noch erwähnt werden? Sie betreuten und betreuen etliche Doktorandinnen und Doktoranden mit medizinethischen Themen. Sie waren Mitglied in Gremien der Evangelischen und Katholischen Kirche, die sich mit medizinethischen Fragen beschäftigen. Sie sind Gründungs- und Vorstandsmitglied des „Forums Ethik in der Medizin“ im Rhein-Main-Gebiet. Sie sind Mitherausgeberin der Reihe „Klinische Ethik. Biomedizin in Forschung und

Praxis“ und sind Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats des türkischen „Jahrbuchs für Ethik und Recht in der Medizin“.

All diese Aktivitäten entfalteten Sie auf einer schmalen konkreten Basis als wissenschaftliche Mitarbeiterin am „Senckenbergischen Institut für Geschichte und Ethik der Medizin“. Wie haben Sie all die-

se Aktivitäten geschafft? Sehr vieles davon ist Arbeit für andere gewesen. Blieben da nicht Ihre eigenen Projekte vielfach auf der Strecke? Wie sieht Ihr Ruhestand aus? Wo spielen Sie weiter mit im Orchester der Medizinethik, wo nicht?

Die Frankfurter Lyrikerin Elisabeth Borchers hat einen Satz formuliert, den ich

Ihnen abschließend mit auf den Weg geben möchte: „Tun wir den nächsten Schritt auf die weiße Fläche Zukunft.“ Ich wünsche Ihnen, dass Sie mutig diesen „nächsten Schritt“ tun, und dass es Ihnen gelingt, Ihre „weiße Fläche Zukunft“ farbig zu gestalten.

Professor Dr. Helmut Siefert

Ärzte, Apfelwein und Aktienkurse Frankfurter Klinikallianz gewinnt Klinik Award 2010

Im Rahmen einer feierlichen Abendgala im Kölner Maternushaus wurde der Frankfurter Klinikallianz im November der Klinik Award 2010 für die beste Kontaktpflege zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten verliehen. Stellvertretend für die Mitgliedshäuser, Klinikum der J.W. Goethe-Universität, Krankenhaus Nordwest, Hospital zum heiligen Geist und Klinikum Frankfurt-Höchst, nahm Jürgen Sprekelmeyer, Geschäftsführer des Krankenhaus Nordwest, den Preis entgegen. Damit setzte sich die Klinikallianz gegen zahlreiche Mitbewerber aus dem deutschsprachigen Raum durch.

Ausgezeichnet wurde das kreative Konzept der Veranstaltungsreihe „Medizin vor Ort“. Die Idee hinter der Fortbildungsveranstaltung für Ärzte ist es, eine kreative thematische Verknüpfung zwischen jeweiligem Vortragsthema und Veranstaltungsort herzustellen. So fand die Fortbildung zum Thema Depression in der Frankfurter Börse statt, Herzrhythmusstörungen wurden in Dr. Hochs Konservatorium, Frankfurter Musikakademie, thematisiert und der

Kenntnisstand rund um Erkrankungen der Leber wurde im Keller der Apfelweinkelerei Possmann ausgetauscht. Den Ärzten können auf diese Weise unvergessliche Erlebnisse an Orten geboten werden, die für Mediziner unüblich und oft unerreichbar sind.

Oskar und Helene-Medizinpreis in Berlin erstmalig verliehen



Kenntnisstand rund um Erkrankungen der Leber wurde im Keller der Apfelweinkelerei Possmann ausgetauscht. Den Ärzten können auf diese Weise unvergessliche Erlebnisse an Orten geboten werden, die für Mediziner unüblich und oft unerreichbar sind.

Im Rahmen eines Festaktes verlieh die Stiftung Oskar-Helene-Heim am Mittwoch, 6. Oktober 2010, in Berlin unter der Schirmherrschaft der Bundesministerin für Bildung und Forschung, Professor Dr. Annette Schavan, erstmalig den mit 50.000 Euro dotierten Oskar und Helene-Medizinpreis. Geehrt wurde der Pneumologe und Leitende Arzt der Lungenfachklinik Immenhausen, **Professor Dr. med. Stefan Andreas**, für seine wegweisende Forschung und Erkenntnisse zur sogenannten chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) sowie für sein Engagement bei der Tabakentwöhnung.

Mit der Ehrenplakette der Landes- ärztekammer Hessen ausgezeichnet Engagement für Krebsbehandlung und Palliativmedizin



Am 9. Februar 2011 wurde **Privatdozent Dr. med. Martin Graubner**, Chefarzt der Inneren Abteilung am Kreiskrankenhaus Schotten, mit der Ehrenplakette

der Landesärztekammer Hessen ausgezeichnet. In seiner Laudatio hob Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen, besonders seine Verdienste um die ärztliche Fortbildung und den Einsatz für die Palliativmedizin hervor. So gehört Graubner seit ihrer Gründung (2006) der Ständigen Konferenz „Palliativmedizin“ der Landesärztekammer an und setzt als Chefarzt seine umfangreichen internistischen Kenntnisse auch in der ambulanten und stationären Krebstherapie ein. Von Knoblauch zu Hatzbach wies darauf hin, dass Graubner gemeinsam mit Kollegen eine interdisziplinäre Einrichtung für Palliativmedizin am Gesundheitszentrum

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

Wetterau aufgebaut habe. „Als stellvertretender Vorsitzender des Onkologischen Arbeitskreises Mittelhessen (OAM) treiben Sie gemeinsam mit vielen anderen Kollegen die Verbesserung der Krebsbehandlung in dieser Region voran“, erklärte der Kammerpräsident.

Christiane-Braeunlich-Preis



Dr. med. Ernst Girth, Menschenrechtsbeauftragter der Landesärztekammer Hessen wurde der Christiane-Braeunlich-Preis anlässlich der Jubiläumsver-

anstaltung zum 20-jährigen Bestehen der Diakonischen Flüchtlingshilfe in der Hanauer Christuskirche verliehen. Die Pfarrersfrau Christiane Braeunlich aus Freigericht hatte sich bis zu ihrem Tod für Flüchtlinge engagiert. Die Diakonische Flüchtlingshilfe im Main-Kinzig-Kreis hat das Buch „Die nahe Not, die fremde Nähe“ herausgegeben – ein Rückblick, der nicht nur beim Leser oft Betroffenheit auslöst.

Neue Ämter für

Professor Dr. Dr. Ernst Hanisch



Der ärztliche Direktor der Asklepios Klinik Langen, **Professor Dr. med. Dr. med. Ernst Hanisch**, ist zum Vorsitzenden des Landesverbandes

Hessen des Berufsverbandes der deutschen Chirurgen (BDC) gewählt worden. Er tritt die Nachfolge von Professor Dr. med. Carolin Tonus an. Darüber hinaus wurde Hanisch vom Beirat der Rhein-Main-AG Gastroenterologie zum zweiten stellver-

tretenden Vorsitzenden gewählt. Zusätzlich wurde der 57-jährige Reserveoffizier als Beauftragter Sanitätsstabsoffizier für die Zivil-Militärische-Zusammenarbeit (ZMZ) dem Kreisverbindungskommando Darmstadt zubeordnet.

Mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen ausgezeichnet



Dr. med. Winfried Hoerster, Gießen, wurde am 3. November 2010 im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung der Bezirksärztekammer Gießen in

Gießen-Kleinlinden die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen für sein herausragendes Engagement für die hessische Ärzteschaft verliehen. Die Auszeichnung nahm Dr. med. Edgar Pinkowski, 1. Vorsitzender der Bezirksärztekammer Gießen, vor. Dr. Hoerster hat sich über viele Jahre außerordentlich um die ärztliche Fortbildung insbesondere auf dem Gebiet der Schmerztherapie verdient gemacht. Sein langjähriges Wirken in der Funktion als Fortbildungsbeauftragter der Bezirksärztekammer Gießen hat auch die Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachrichtungen der Justus-Liebig-Universität Gießen nachhaltig geprägt.

Bundesverdienstkreuz für Frankfurter Universitätsmediziner



Staatsminister Boris Rhein hat am 19. Januar 2011 das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland an **Profes-**

sor Dr. med. Dr. h.c. Manfred Kaufmann überreicht. Die Begrüßungsrede hielt Oberbürgermeisterin Petra Roth.

Professor Kaufmann, Direktor der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Klinikums der J.W. Goethe-Universität hat sich in besonderer Weise in der Medizin verdient gemacht. Er zählt auf dem Gebiet der gynäkologischen Onkologie, insbesondere in dem Bereich der Diagnostik, Therapie und Erforschung des Brustkrebses zu den führenden Köpfen in Europa und der Welt.

Ein bedeutender Verdienst Professor Kaufmanns ist die Gründung des Projekts Schmetterling als psychoonkologische Betreuungsstelle an der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Das Projekt ist inzwischen im gesamten Klinikum angesiedelt und war eine entscheidende Voraussetzung für die Zertifizierung des Universitären Centrums für Tumorerkrankung (UCT).

Erneut in den Aufsichtsrat der Europäischen Arzneimittelbehörde berufen

Professor Dr. med. Dr. h.c. Björn Lemmer, Mitglied der Landesärztekammer Hessen, ist vom Europäischen Parlament erneut für eine weitere Amtsperiode in den Aufsichtsrat der Europäischen Arzneimittel-



behörde (Management Board, European Medicines Agency, EMA, London) berufen worden.

Die EMA ist für die zentrale Zulassung von Arzneimitteln in der Europäischen Union und den Efta-Ländern zuständig. Das Management Board setzt sich zusammen u.a. aus Vertretern der nationalen Arzneimittelagenturen, in der Regel deren Präsidenten,

Vertretern von Patientenorganisationen und zwei Personen, die vom Europäischen Parlament gewählt werden.

Hohe Auszeichnung für Professor Ohrloff

Direktor der Klinik für Augenheilkunde mit renommiertestem Preis der deutschen Augenheilkunde geehrt.

Professor Dr. med. Christian Ohrloff hat den Albrecht von Graefe-Preis im Rahmen des letzten Kongresses der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) erhalten. Der Direktor der Klinik für Augenheilkunde des Klinikums der J.W. Goethe-Universität Frankfurt ist für besonders herausragende wissenschaftliche Leistungen geehrt worden. Der von Graefe-Preis wird alle zwei Jahre verliehen und ist mit 5.000 Euro dotiert. Ausgezeichnet wurde Professor Ohrloff für seinen Beitrag zum Fortschritt in der Kataraktchirurgie, der operativen Behandlung des Grauen Stars. Weitere Schwerpunkte seiner klinischen Arbeit sind die Hornhaut- und die plastisch-Rekonstruktive Chirurgie sowie die Behandlung des Grünen Stars. Seit 1988 leitet Professor Ohrloff die Klinik für Augenheilkunde des Klinikums der J.W. Goethe-Universität als deren Direktor.

Verdienstkreuz am Bande für

Dr. med. Margrit Reichel

Sozialminister Stefan Grüttner würdigt Lebenswerk: „Große Verdienste um die Etablierung des Mammographie-Screenings in Deutschland“



Dr. med. Margrit Reichel aus Königstein im Taunus ist im September 2010 für ihr jahrzehntelanges Engagement mit dem Verdienstkreuz am Bande

ausgezeichnet worden. Die Ehrung wurde durch den Hessischen Sozialminister, Stefan Grüttner, vorgenommen. Dr. Reichel war maßgeblich am Aufbau des Mammographie-Screening-Programms in Deutschland sowie als Modellprojektleiterin und spätere Programmverantwortliche Ärztin für die Region/Screening-Einheit Wiesbaden/Rheingau-Taunus-Kreis beteiligt. Für das Modellprojekt „Europäische Leitlinien zur Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings“ war Dr. Reichel für die Überwachung der Qualitätssicherung sowie die Fortbildung der am Screening teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und der radiologischen Fachkräfte verantwortlich. Seit 2006 berät sie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) weltweit beim Aufbau des Mammographie-Screenings. Sie gibt ihr Wissen und ihre Erfahrung in Fortbildungen an Kolleginnen und Kollegen weiter und steht diesen bei Fragen zur Verfügung. Darüber hinaus wirkte sie in zahlreichen Berufsverbänden für die Qualitätsverbesserung der Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland.

Bundesverdienstkreuz am Bande

Dr. med. Ulrike Schnell, Melsungen, erhielt für ihr großes gesellschaftliches Engagement am 2. Oktober 2009 aus den Händen des ehemaligen Ministerpräsidenten Roland Koch das vom Bundespräsidenten verliehene Bundesverdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland. Ausdrücklich erwähnt wurden in der Laudatio auch ihre soroptimistischen Aktivitäten wie der Kampf gegen die Genitalverstümmelung von Frauen in Afrika, die Organisation von Spenden und Hilfsgütern für das von Karla Scheffter geleitete Krankenhaus in Afghanistan und das seit 2003 erfolgreiche Mentoring Projekt für junge Frauen mit Führungspotential.

Mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen ausgezeichnet



Dr. med. Wilhelm-Alfred Stertmann, Lollar, wurde am 3. November 2010 im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung der Bezirksärztekammer Gießen

in Gießen-Kleinlinden die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen für sein herausragendes Engagement für die hessische Ärzteschaft verliehen. Die Auszeichnung nahm Dr. med. Edgar Pinkowski, 1. Vorsitzender der Bezirksärztekammer Gießen, vor. Sein Engagement gilt neben der klinischen Arbeit besonders dem Bereich Organspende und Transplantationsmedizin. Dr. Stertmann ist seit vielen Jahren Transplantationsbeauftragter des Universitätsklinikums Gießen. Unter seinem Vorsitz finden regelmäßige Treffen des Qualitätszirkels Organspende des UKGM, Standort Gießen statt, mit dem Ziel Handlungsabläufe bei Organspende zu optimieren und anstehende Probleme zu besprechen. Das hohe Engagement des Projektes „Interne Fortbildung der Transplantationsbeauftragten“ unter Beteiligung des Bildungszentrums der Universität, des Pflegedirektoriums und der Klinikseelsorge ist Dank seiner Initiative stetig gewachsen. Des Weiteren organisiert er Vorträge und öffentliche Transplantationskolloquien, die unter anderem die Organspende behandeln. Im Rahmen eines Schulprojektes diskutiert er mit Schülern Fragen der Organspende. Außerdem ist er Mitglied in der Steuerungsgruppe des Hessischen Sozialministeriums nach dem Hessischen Ausführungsgesetz zum Transplantationsgesetz.

Landesärztekammer Hessen

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Edith Walczok, Rüsselsheim, am 18. Mai.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Ludwig Fechner, Offenbach, am 12. Mai,
Dr. med. Mihailo Rundo, Frankfurt, am 19. Mai,
Professor Dr. med. Volker von Loewenich, Frankfurt, am 29. Mai.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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

Lösung Medizinisches Kreuzworträtsel

aus 3/2011, Seite 143

N I E R E N R I N D E N N E K R O S E

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Peter Eduard Friedrich Crell, Frankfurt
* 2.2.1945 † 14.12.2010

Dr. med. Erwin Danz, Heusenstamm
* 30.4.1944 † 27.1.2011

Dr. med. Michael Ehrlich, Korbach
* 14.5.1926 † 24.1.2011

Privatdozent Dr. med. Hans-Juergen Gent, Lich
* 10.10.1940 † 6.1.2011

Dr. med. Walter Gundermann, Niddatal
* 20.9.1917 † 24.1.2011

Dr. med. Nikolaus Hagenau, Offenbach
* 31.10.1922 † 27.8.2010

Professor Dr. med. Lothar Andreas Hotze, Wiesbaden
* 14.11.1955 † 22.1.2011

Dr. med. Lutz Kallenberg, Hattersheim
* 15.8.1948 † 19.1.2011

Dr. medic./Imp Bukarest Ilie Piturka, Hasselroth
* 18.11.1921 † 13.12.2011

Dr. med. Heinz Stolle, Wiesbaden
* 13.6.1919 † 13.7.2010

Dr. med. Volker Terpitz, Baunatal
* 11.11.1943 † 14.8.2010

Dr. med. Peter Thierfelder, Hohenstein
* 2.11.1920 † 3.2.2011

Dr. med. Johannes Weber, Mühlthal
* 10.3.1920 † 14.1.2011

Dr. med. Guenther Wichmann, Gedern
* 24.7.1918 † 28.1.2011

Dr. med. Elfriede Wittig, Offenbach
* 10.6.1924 † 29.12.2010

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Uta Bischoff, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. W. Jaschke, Rotenburg

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

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

Hildegard Stengel, seit 45 Jahren tätig bei Dr. med. D. Schneider, Frankfurt a.M., vormals in verschiedenen Praxen tätig

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

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis Nr. 060013199, ausgestellt am 6.7.2009, für Rosaria Brighina, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/14388, ausgestellt am 18.7.2007, für Eva Harbauer, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060012574, ausgestellt am 30.4.2009, für Kristin Jamin, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/12886, ausgestellt am 18.7.2005, für Matthias Jochheim, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060019575, ausgestellt am 14.1.2011, für Katja Manß, Kassel,

Arztausweis Nr. HS/F/11822, ausgestellt am 21.1.2004, für Pusankov Oksana, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/G/6750, ausgestellt am 16.1.2007, für Anousha Rahimi, Gießen,

Arztausweis Nr. HS/F/13261, ausgestellt am 13.1.2006, für Dr. med. Astrid Schapfeld, Frankfurt,

Arztausweis (ohne weiteren Angaben) ausgestellt für Roland Johann Tatzel, Frankfurt.

E-Mail: lk@l-v.a.de
Home: www.l-v.a.de



ANZEIGENSCHLUSS

Ausgabe 5/2011: 04. April 2011

Ausgabe 6/2011: 03. Mai 2011

Zu widerhandlung gegen § 3a Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV)

Arzneimittel mit den Wirkstoffen Lenalidomid und Thalidomid

Im Zusammenhang mit der Verschreibung von Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Lenalidomid und Thalidomid weist das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) Ärztinnen und Ärzte darauf hin, dass in einigen Fällen die Regelungen des § 3a Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) nicht voll umfänglich eingehalten worden seien. Wegen des jeweils stoffbezogenen Risikos – Thalidomid wirkt beim Menschen hochgradig fruchtschädigend – bedarf es besonderer Verschreibungs- und Abgabemodalitäten.

Spezielles zweiteiliges T-Rezept erforderlich

Eine Verschreibung von Arzneimitteln, die die Wirkstoffe Lenalidomid oder Thalidomid enthalten, darf nur auf einem sogenannten T-Rezept, d.h. auf einem nummerierten zweiteiligen Sonderrezept – bestehend aus Original und Durchschrift – erfolgen. T-Rezepte können von Ärztinnen und Ärzten gegen Nachweis der ärztlichen Approbation beim BfArM angefordert werden und sind nur personenbezogen anzuwenden. Neben der T-Rezept-Anforderung muss eine von der ärztlichen Person abgegebene Erklärung vorliegen, dass

- ihr die medizinischen Informationsmaterialien zu Lenalidomid bzw. Thalidomid gemäß der aktuellen Fachinformation vorliegen,
- bei der Verschreibung von Lenalidomid bzw. Thalidomid alle Sicherheitsmaßnahmen gemäß der aktuellen Fachinformation des entsprechenden Fertigarzneimittels eingehalten werden und
- sie über ausreichende Sachkenntnisse und Erfahrung in der Anwendung von immunmodulatorischen oder chemotherapeutischen Wirkstoffen verfügt und ihr die Risiken einer Lenalidomid- bzw. Thalidomid-Behandlung sowie die notwendigen Kontrollmaßnahmen vollumfänglich bekannt sind.

Weitere zu beachtende Besonderheiten

Auf dem T-Rezept muss vermerkt werden, ob eine Behandlung innerhalb oder außerhalb der jeweils zugelassenen Anwendungsgebiete erfolgt. Eine Verschreibung von lenalidomid- bzw. thalidomidhaltigen Arzneimitteln ist nur bis zu sechs Tage nach dem Ausstellungsdatum gültig. Die Höchstmenge der verordneten lenalidomid- bzw. thalidomidhaltigen Arzneimittel ist begrenzt! Sie darf – je Verschreibung für Frauen im gebärfähigen Alter – den Bedarf für vier Wochen, ansonsten den für zwölf Wochen nicht übersteigen.

Formale Angaben sind dringend erforderlich

Auf dem T-Rezept sind folgende Angaben zwingend anzugeben:

1. Name und Geburtsdatum der Patientin/des Patienten.
2. Datum der Ausfertigung bzw. Verschreibung.
3. Bestätigen durch Ankreuzen: Alle Sicherheitsbestimmungen werden eingehalten und der Patientin/dem Patienten wurde das medizinische Informationsmaterial ausgehändigt.
4. Vermerk durch Ankreuzen: Entweder „In-Label“ oder „Off-Label“.
5. Bezeichnung, Darreichungsform und Menge des Fertigarzneimittels inkl. der Stärke.
6. Name, Berufsbezeichnung und Anschrift der verschreibenden ärztlichen Person.
7. eigenhändige Unterschrift der verschreibenden ärztlichen Person.

Weitere Informationen des BfArM finden Sie im Internet unter:

<http://www.bfarm.de> (Bekanntmachung zu lenalidomid- und thalidomidhaltigen Arzneimitteln vom 8. Dezember 2008, 740 KB)

LÄKH

Warnung vor potentiell gefährlichen chirurgischen Einmalinstrumenten

Das Hessische Sozialministerium warnt vor potentiell gefährlichen und ggf. unrechtmäßig in den Verkehr gebrachten Medizinprodukten mit der Herstellerbezeichnung „Fa. Batu Medical Hannover“ bzw. „Batu-Vertriebs GmbH Hamburg“ oder „Batu Vertriebs GmbH München“. Die als steril gekennzeichneten chirurgischen Einmalinstrumente sind unrechtmäßig mit dem CE-Kennzeichen und der Kennnummer 0482 versehen.

Aufgrund der fehlerhaften Kennzeichnung ist nicht gesichert, dass die Produkte das erforderliche Verfahren durchlaufen haben, bevor sie in den Verkehr gebracht wurden. Dies gilt insbesondere für das Sterilisationsverfahren. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass durch eine mögliche unsachgemäße Sterilisation der Produkte eine Gefährdung bei der Anwendung für den Patienten besteht. Überdies sind die Instrumente nicht verpackungskonform für Sterilprodukte verpackt.

Die betroffenen Produkte sind auf dem Schweizer Markt aufgetaucht. Derzeit ist nicht bekannt, ob sich die Instrumente auch auf dem deutschen Markt befinden.

Sind Sie im Besitz entsprechender Produkte? Dann wenden Sie diese bitte aufgrund der beschriebenen Gefahren vorsorglich bis zur Klärung des Sachverhaltes nicht an.

Sollten Ihnen Informationen zu diesen Produkten vorliegen oder bekannt werden, so sind Sie gebeten, sich an die für den Vollzug des Medizinprodukterechts zuständigen Behörden (die jeweils zuständigen Regierungspräsidien) zu wenden.

LÄKH

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	Hautärztin/Hautarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Darmstadt	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin
Darmstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Mühltal	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Groß-Umstadt	Frauenärztin/Frauenarzt (Überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Wald-Michelbach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Bensheim	Augenärztin/Augenarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Landkreis Bergstraße	Kinderärztin/Kinderarzt

Planungsbereich Odenwaldkreis

Erbach	Orthopädin/Orthopäde
--------	----------------------

Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Kelsterbach	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
-------------	--

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	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Hochheim am Main	Orthopädin/Orthopäde (Hälftiger Versorgungsauftrag, Überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
------------------	---

Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach-Bieber	Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
------------------	---

Offenbach-Innenstadt

Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische
Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Dreieich-Sprendlingen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Langen	Chirurgin/Chirurg (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Heusenstamm	Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (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 Lahn-Dill-Kreis

Wetzlar	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
---------	--

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Biedenkopf	Anästhesistin/Anästhesist (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Gladenbach	HNO-Ärztin/HNO-Arzt
Marburg	Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Marburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

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

Planungsbereich Vogelsbergkreis

Schlitz	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Grebenau	Anästhesistin/Anästhesist (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Nauheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Butzbach	Neurologin/Neurologe und/oder Psychiaterin/Psychiater

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.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Planungsbereich Landkreis Fulda

Flieden	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Fulda	Anästhesistin/Anästhesist (Hälftiger Versorgungsauftrag Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Künzell	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Landkreis Hersfeld-Rotenburg

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

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Kassel	Augenärztin/Augenarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Kassel	Augenärztin/Augenarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Landkreis Kassel

Habichtswald	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Baunatal	Augenärztin/Augenarzt
Hofgeismar	Augenärztin/Augenarzt
Wolfhagen	Kinderärztin/Kinderarzt
Landkreis Kassel	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin
Schauenburg	Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

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

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Witzenhausen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Witzenhausen	Internistin/Internist – fachärztlich – (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	Anästhesistin/Anästhesist (Hälftiger Versorgungsauftrag, MVZ-Anteil)
Wiesbaden	Anästhesistin/Anästhesist (Hälftiger Versorgungsauftrag, MVZ-Anteil)

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.

15. Offene Europäische Fechtmeisterschaften der Medizinberufe a.W.

Am 11. Juni 2011 finden die 15. Offenen Europäischen Fechtmeisterschaften der Medizin-Berufe a.W. in Dillingen/Saar statt.

Startberechtigt sind alle Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker und Studierenden der entsprechenden Fächer sowie alle Angehörigen und Azubi der Medizinberufe.

Veranstalter ist der DFB/Fechter-Bund Saar, Ausrichter der FSG Dillingen 1928 e.V. Das Startgeld beträgt 20 Euro je Waffe, sowie 30 Euro für Doppelstarter. Studenten und Azubi zahlen die Hälfte.

Interessentinnen und Interessenten melden sich bitte bis Dienstag, 7. Juni 2011 (Poststempel) bei dem örtlichen Organisator:

1. Vorsitzenden des FSG Dillingen, Landesverbandsarzt Fechterbund Saar
Dr. Hans-Wilhelm Deutscher
Illtalstraße 58

66571 Eppelborn-Bubach

Fon: 06881 7026

E-Mail: Dr.Deutscher-praxis@telemed.de oder Dr.Deutscher@t-online.de

Dr. Snejanka Bauer (Hg.): **Jörgen Schmidt-Voigt – Mediziner, Musiker und Mäzen.** 143 Seiten, Legat Verlag. Erhältlich im Ikonenmuseum Frankfurt, Brückenstraße 3-7, ISBN 978-3-932942-37-2. Euro 12,50.

Wenigen Zeitgenossen, und dieses zu Unrecht, ist das Ikonenmuseum der Stadt Frankfurt am Main bekannt. Es bildet den östlichen Abschluss des Museumsufers und ist im Deutschordenshaus im Frankfurter Stadtteil Sachsenhausen am Mainufer beheimatet. Der Grundstock des Museums geht auf eine Schenkung des Frankfurter Kardiologen Dr. Jörgen Schmidt-Voigt zurück, welcher im Mai 1988 der Stadt einen Schatz von 800 russischen Ikonen vermachte. Schmidt-Voigt hatte in seinem Berufsleben viele Patienten, auch aus der Prominenz der Führung der UdSSR in seiner Behandlung. Seine häufigen Kontakte und Reisen in die UdSSR wurden offensichtlich regelmäßig mit der Übergabe von wertvollen Ikonen „vergütet“. Im März 1990 wurde das Ikonenmuseum eröffnet und bildet eine der bedeutendsten und sehenswertesten Sammlung von russischen Ikonen in Westeuropa.

Schmidt-Voigt war eine faszinierende Persönlichkeit, die über vielfältige Begabungen verfügte. Er war ein passionierter Arzt, der es verstand auf sehr menschliche, einfühlsame und authentische Art mit seinen Patienten umzugehen. Daneben war er leidenschaftlicher Musiker, Sammler und Kulturförderer. Er empfing viele nationale und internationale Ehrungen. Zuletzt hat im Jahr 2000 der russische Patriarch Alexej II. in Moskau Schmidt-Voigt einen hohen Orden verliehen.

Im Oktober 1940, noch im letzten Semester seines Medizinstudiums übernahm er die Position des Stellvertretenden Kriegsgebietsarztes in der Hitlerjugend. Zeitzeugen und die Autoren geben die Position von Schmidt-Voigt als „Sand im Kugellager des Nationalsozialismus“ an. Das Buch schildert die Geschichte der Entste-

hung des Museums für Ikonen in Frankfurt, das persönliche Leben des Stifters und enthält auch einen Aufsatz über die Verbindung der Ikonen und der Medizin aus der Hand von Schmidt-Voigt. Der Mediziner starb im Jahre 2004. Sein Lebenswerk steht in der Tradition von Bürgern der Stadt Frankfurt, die viele kulturelle und dem Gemeinwohl dienende Einrichtungen gründeten und förderten. Es ist zu hoffen, dass das Buch Anregung zum Besuch des Ikonenmuseums ist und die Erinnerung an einen ungewöhnlichen und charismatischen Arzt zu erhalten hilft.

Dr. Siegmund Drexler, Mühlheim

Thomas M. H. Bergner: **Burnout Prävention. Das 9-Stufen Programm zur Selbsthilfe.** Schattauer Verlag. 2007. ISBN: 978-3-7945-2585-0. Euro 29,95.

„Wie viel wollen und können Sie ohne sich zu schädigen, arbeiten?“ Mit dieser Kernfrage beschäftigt sich Thomas Bergner in seinem 9-stufigem Programm zur „Burnout Prävention“. Dabei kann Stress durchaus Gutes bewirken. Stress ermöglicht Höchstleistungen und steigert die Aufmerksamkeit. Aber in dem Moment, in dem die häufig perfektionistischen Selbstansprüche nicht mehr mit der Wirklichkeit zusammenpassen, kippt die Balance und der Stress macht krank, wie Bergner an alltäglichen Fallbeispielen demonstriert. Bergner geht davon aus, dass Menschen grundsätzlich zur Selbstregulation fähig sind und setzt dabei auf die Erkenntnisse der modernen Verhaltenstherapie. Seriös und ernsthaft setzt er sich mit dem Thema „Burnout“ auseinander und hebt sich wohlthuend von sog. Ratgebern ab, die vorgeben, das Problem „Burnout“ in 30 Tagen zu beseitigen. Er setzt allerdings voraus, dass die Selbsteinschätzung des betroffenen Individuums noch funktioniert und der Mensch sich tatsächlich selbst helfen kann. Für diejenigen, die professionelle

Hilfe brauchen, kann das Buch allenfalls eine Begleitung sein, bzw. eine Ergänzung der Verhaltenstherapie, um nicht erneut in das alte Fahrwasser zu geraten.

In neun Stufen, von der Erkenntnis bis zur Verhaltensänderung führt Bergner durch das Krankheitsbild „Burnout“. Mit Informationen, Tests und Übungen zeigt er unterschiedliche Möglichkeiten, dem Phänomen „Burnout“ zu begegnen und eine langfristige Besserung zu erzielen. Insofern ist dieses Buch für Betroffene ebenso wie für professionelle Helfer, z.B. die Hausärzte, die häufig den Erstkontakt zu Burnout-Patienten haben.

Dr. Susan Trittmacher, Frankfurt

Christel Löber: **Ärzte, Patienten und andere Katastrophen – Lustige Episoden einer Arztpraxis.** Broschiertes Buch. 127 Seiten inkl. farbiger Illustrationen. BoD. ISBN 978-3-8334-8356-1. Euro 12,90.

Ein Buch für Jung und Alt, das beim nächsten Arztbesuch garantiert die Wartezeit versüßt!

Aus den Erfahrungen von fast vierzig Jahren Berufstätigkeit als Arzthelferin schöpfte die Autorin für dieses Buch. Mit Humor schildert sie manchmal fast unglaubliche Episoden, die sie in dieser Zeit erlebte. Aber auch von der alltäglichen Arbeit in einer ärztlichen Praxis aus der Sicht einer kompetenten und engagierten Arzthelferin wird berichtet.

„Ärzte, Patienten und andere Katastrophen“ ist für Menschen, die gerne mal einen unterhaltsamen Blick „hinter die Kulissen“ werfen und sich über lustige Erlebnisse mit Patienten amüsieren möchten, aber auch für angehende und bereits im Berufsleben stehende Arzthelferinnen eine lohnende Lektüre.

Barbara Schwarz

Marie-Christin Hahnen: **Autonomie, Würde, Patientenverfügung. Die Medizin am Lebensende im Spiegel der Gesellschaft.** 2009. der hospiz verlag, Wetzlar. 125 Seiten. ISBN 10: 3941251325. Euro 24,80.

„Autonomie, Würde, Patientenverfügung“ drei Begriffe, die im Zusammenhang mit dem Thema Medizin am Lebensende immer wieder ins öffentliche Interesse rücken bzw. „wellenartig“ von den Medien aufgegriffen werden, zuletzt, nachdem im Sommer 2009 die Gültigkeit der Patientenverfügung im Betreuungsrecht verankert wurde (§1901a BGB). Mit diesen drei Begriffen betitelt die Autorin Marie-Christin Hahnen auch ihr Buch, das sie auf der Grundlage ihrer Dissertation an der RWTH Aachen veröffentlicht hat. Ausgangspunkt der Untersuchung ist die von ihr konstatierte Verunsicherung der Bevölkerung bei „Entscheidungen am Lebensende“, zum einen wegen mangelndem Wissen um beispielsweise Palliativmedizin, Patientenverfügung und das rechtliche Gefüge am Lebensende, zum anderen wegen Angst vor einem Autonomieverlust bzw. dem Wunsch nach einem würdevollen Tod. Die Autorin stellt weiterhin die Hypothese auf, dass die Meinung in der Gesellschaft einerseits durch die Medien abgebildet, andererseits durch diese beeinflusst wird, also Zeitungen sowohl als meinungsbildendes Medium, als auch als Abbild der öffentlichen Meinung fungieren. Mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse einer Stichprobe von Zeitungsartikeln aus den Jahren 2006 und 2007 (in diesem Zeitraum gab es eine intensive Diskussion in den Medien, ausgelöst z.B. durch die Aktivitäten des Hamburger Justizsenators Kusch oder die Bundestagsdebatte zur gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung im März 2007) analysierte Hahnen die deutsche Presselandschaft unter der Prämisse, dass die Kenntnis der öffentlichen Meinung und damit auch der Ent-

stehung von Unsicherheiten und Ängsten, Ärzten bei der adäquaten Beratung ihrer Patienten helfen kann. Auch Entscheidungsträger aus juristischen und politischen Bereichen könnten durch eine „Diskursanalyse“ besser auf aktuelle Entwicklungen reagieren.

Aus insgesamt 433 Artikeln von sechs auflagenstarken Tageszeitungen (Süddeutsche Zeitung, Frankfurter Allgemeine Zeitung, taz, Zeit, Rheinischer Merkur, Spiegel) konnte die Autorin vier Schlüsselkategorien innerhalb der Sterbehilfe-Debatte identifizieren: Würde, Selbstbestimmung, Unterversorgung, Unsicherheiten. Sie kommt zu dem Schluss, „dass die Diskussion von Unsicherheiten und Ängsten geprägt ist.“ Die Furcht der Menschen, am Lebensende ihre Würde oder Selbstbestimmung zu verlieren, erhöht die Bereitschaft, einer Legalisierung der Sterbehilfe oder Suizidbeihilfe zuzustimmen. Interessant sind hierbei die von Hahnen herausgearbeiteten mehrdeutigen Definitionen der Begriffe Würde und Autonomie innerhalb der öffentlichen Debatte. Einmal wird Würde im Kontext von menschlichem Miteinander und Fürsorge genannt, zum anderen wird sie als Ausdruck von Selbstbestimmung gesehen. Letztere äußert sich aber nicht nur in der Möglichkeit, Entscheidungen selbst zu treffen, sondern auch in dem Wunsch, Angehörigen bzw. Pflegenden nicht zur Last zu fallen. Dieser Wunsch hängt eng mit der Angst vor Unterversorgung am Lebensende (Angst vor den Zuständen in manchen Pflegeheimen) zusammen, wie die Autorin erläutert. Auch die Palliativmedizin, die weitgehend einheitlich als Alternative zur Sterbehilfe gesehen wird, könne zum gegenwärtigen Zeitpunkt aufgrund des mangelnden Ausbaus entsprechender Versorgungsstrukturen diese Angst nicht nehmen. Hahnens Untersuchung zeigt darüber hinaus, dass eine einheitliche Terminologie innerhalb des Themenbereichs „Medizin am Lebens-

ende“ dringend notwendig wäre, um den Diskurs zu einem Konsens zu bringen. Eng damit zusammen hängt auch die Unklarheit über gesetzliche Grundlagen von Therapiebegrenzung und Patientenverfügung (letztere war zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht gesetzlich geregelt, in einem Nachtrag wird die aktuelle Entwicklung erläutert) sowohl unter den Ärzten wie auch in der Bevölkerung. Vor diesem Hintergrund wundert das von den Ärzten stark widersprüchlich gezeichnete Bild nicht, die innerhalb der Sterbehilfe-Debatte einerseits als Experten gesehen, andererseits als „unwissend“ beschrieben werden, einmal als „Paternalisten“, ein anderes Mal als Partner des Patienten wahrgenommen werden.

Hahnens Buch schlüsselt in gut strukturierter und nachvollziehbarer Art und Weise die derzeitigen Probleme der Medizin am Lebensende auf (so wie sie in der öffentlichen Diskussion widerspiegelt werden) und zeigt dadurch Ansatzpunkte für Veränderungen und Verbesserungen auf. Diese scheinen auf jeden Fall im Ausbau der Palliativmedizin zu liegen. Hier wäre, nach Aussage der Autorin, ein Vergleich zu einem Land mit gut ausgebauter Palliativmedizin (wie z.B. Großbritannien) lohnenswert. Abschließend schlägt Hahnen als sinnvolle Anknüpfungen an ihre Forschungsarbeit vor: „Da Ärzte in dem Themenfeld Sterbehilfe und Sterbebegleitung eine tragende Rolle spielen, sollte auch der in der medizinischen Fachpresse geführte Diskurs untersucht werden, um festzustellen, inwieweit diese Darstellungen und die dort geführte Diskussion dem öffentlichen Meinungsbild entsprechen. Hierbei könnten weitere entscheidende Aspekte wie die Notwendigkeit von Fortbildungen und Regelungen herausgearbeitet werden.“

Dr. Katja Weiske, Frankfurt