

Hessisches Ärzteblatt

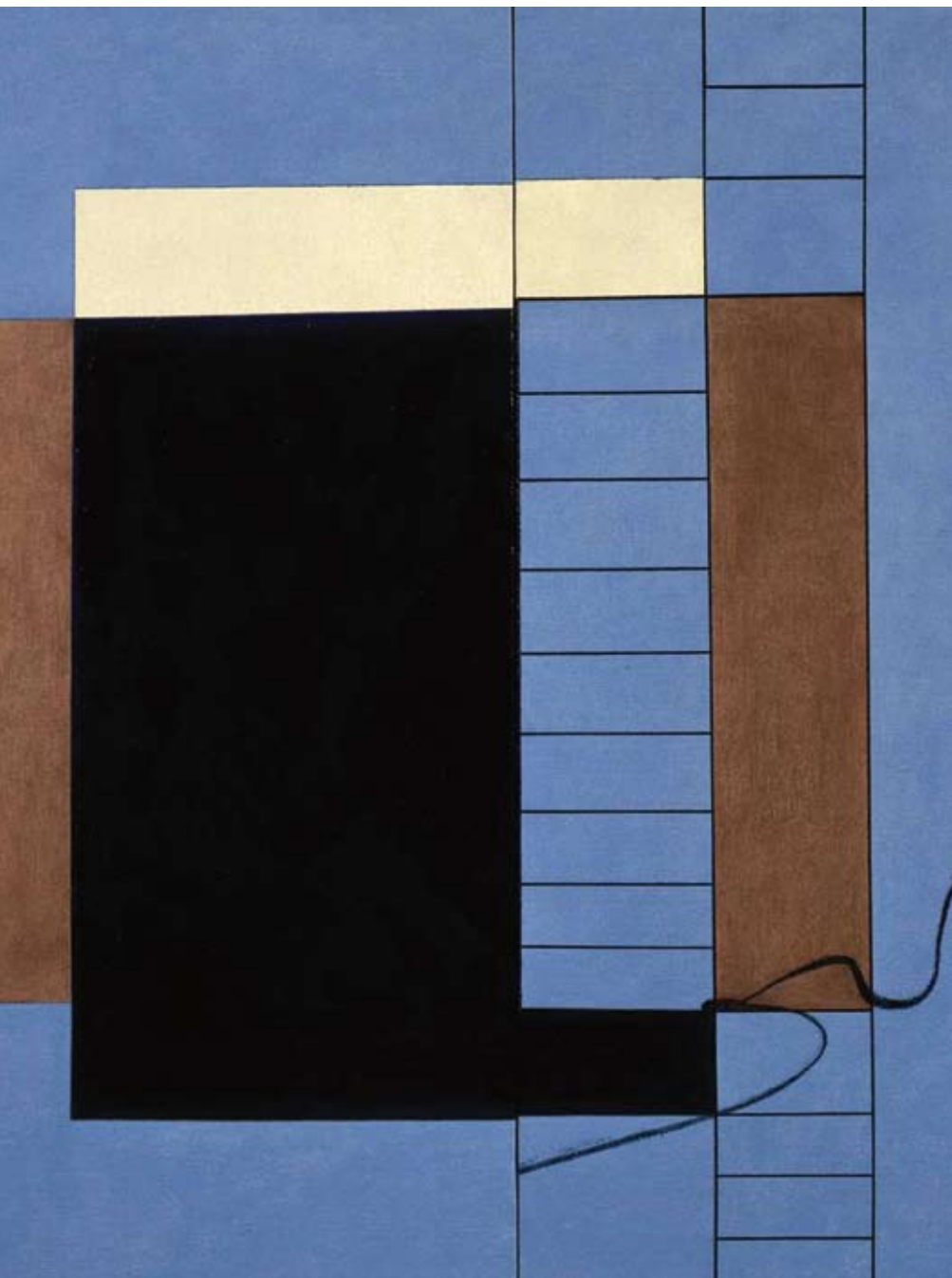
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

5 | 2011

Mai 2011

72. Jahrgang



- **Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen –**
Hessische Ärzte lehnen Beihilfe zur Selbsttötung ab
- **4. Hessischer Heilberufetag**
- **Jakobskreuzkraut, die gelbe Gefahr**
- **SOGRO „MANV 500“ in Frankfurt:**
Erprobung eines neuen Triage-Systems
- **Zertifizierte Fortbildung:**
Diagnostik und Therapie im vorderen Mediastinum:
Ein Up-Date
- **Malnutrition und Gebrechlichkeit (frailty) im höheren Lebensalter**

„Dall'interno all'esterno“: Ausstellung des italienischen Malers Enrico della Torre in der Frankfurter Westend Galerie (in der Deutsch-Italienischen Vereinigung) – siehe Seite 310 –

© Enrico della Torre, 2005, Architettura

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 Vogelsang 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: Dr. med. Peter Zürner
verantwortlich für Mitteilungen der LÄK Hessen:
Dr. med. Peter Zürner
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 Vogelsang 3, 60488 Frankfurt/M.
Fon: 069 97672-147, Fax: 069 97672-247
E-Mail: angelika.kob@laekh.de

Redaktionsschluss:

fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Fon: 0341 710039-90, Fax: 0341 710039-74 u. -99
Internet: www.l-va.de
E-Mail: lk@l-va.de

Verlagsleitung:

Dr. Rainer Stumpe

Anzeigendisposition:

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

Druck:

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**

Die persönliche Beziehung zwischen Arzt und Patient steht an erster Stelle **272**

Aktuelles

Jakobskreuzkraut, die gelbe Gefahr **273**

Landesärztekammer Hessen

Hessische Ärzte lehnen Beihilfe zur Selbsttötung ab /
7. Delegiertenversammlung der LÄK Hessen, 14. Legislaturperiode **277**

Aktuelles

„Stadt, Land, Flucht“: Motivation und neue Konzepte /
4. Hessischer Heilberufetag **283**

SOGRO „MANV 500“ in Frankfurt: Erprobung eines neuen Triage-Systems **286**

Fortbildung

Zertifizierte Fortbildung: Diagnostik und Therapie
im vorderen Mediastinum: Ein Up-Date **289**

Medizinisches Kreuzworträtsel

295

Aktuelles

Malnutrition und Gebrechlichkeit (frailty) im höheren Lebensalter **296**
Weibliche Genitalbeschneidung – nicht nur ein Thema weit entfernt
Regionen, sondern auch für Arztpraxen in Deutschland **299**

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim **301**

Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim **307**

Parlando

Italienische Atmosphäre im Frankfurter Westend /
Einladung zum Austritt aus dem Alltag –
Surreale Dinge in der Schirn Frankfurt **311**

Aktuelles

Akademische Feier zum 90. Geburtstag von
Professor em. Dr. med. Otto Hövels **313**

Arzt- und Kassenarztrecht

Bei akutem Abdomen auch an seltene Ursachen denken! **315**

Fortbildung Sicherer Verordnen

318

Satire Feilschen muss man können!

319

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

320

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

327

Bücher

329

*In dieser Ausgabe finden Sie in einigen PLZ-Gebieten eine Teilbeilage der Honorar-
arztagentur, 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 Verlanges.

Die persönliche Beziehung zwischen Arzt und Patient steht an erster Stelle



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

Liebe Kolleginnen und Kollegen, auch am 26. März 2011 verabschiedete die Delegiertenversammlung der hessischen Ärzte eine Reihe von Resolutionen, die von der Forderung nach dem technisch schnellst möglichen Ausstieg

aus der Atomenergie über die Ablehnung ärztlicher Beihilfe zum Suizid bis hin zur Forderung nach Poolbeteiligung für nachgeordnete Ärztinnen und Ärzte auch bei Abtretung des Liquidationsrechts an das Krankenhaus reichen. Dies zeigt, dass wir bei allen wohl verstandenen und berechtigten, durchaus unterschiedlichen, bisweilen sogar gegensätzlichen Auffassungen bzw. Interessenslagen als Angehörige des ärztlichen Berufsstandes in Fragen von grundsätzlicher Bedeutung mit großer Übereinstimmung denken. Mag auch die Verwendung des Begriffs vom ärztlichen Ethos aktuell an verschiedenen Stellen unterschiedlich diskutiert werden, so ist dieser de facto doch existent und weiterhin die Grundlage ärztlichen Denken und Handelns.

In diesem Sinn ist unser Einsatz für die uns anvertrauten und uns vertrauenden Patientinnen und Patienten auch in der Zukunft stets erforderlich. Erst vor wenigen Wochen veröffentlichte die Bundesärztekammer eine Untersuchung, wonach Einsatz von Placebos unter bestimmten Voraussetzungen sehr sinnvoll sei. Dem möchte ich in keiner Weise widersprechen

und auch nicht auf den mehr oder minder platten Begriff von der „Droge Arzt“ verweisen. Dennoch dürfte ein nicht unerheblicher Teil dieser positiven Wirkung auf dem der Verordnung vorangegangenen Gespräch und der vertrauensvollen Beratung mit dem Patienten beruhen. Nach Bartsch¹ bemisst sich die Güte einer ärztlichen Handlung auch oder gerade danach, mit welcher persönlichen Einstellung und Motivation sowie mit welchem Geist sie vollzogen wird. Er folgert, dass die Wirkung einer Therapie davon abhängen, in welche Beziehung zum Patienten die Maßnahmen eingebettet seien. Heilung habe immer etwas mit Begegnung zu tun. Für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung bedarf es jedoch ausreichender Zeit für Gespräche. Diese Zeit muss sowohl in den Praxen als auch in den Krankenhäusern adäquat vergütet werden. Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie teilte aktuell mit, eine Empfehlung erarbeiten zu wollen, wie viel Zeit für ein gutes Gespräch benötigt werde und welcher Finanzbedarf daraus resultiere. Wenn diese unabdingbaren Gespräche ihren Niederschlag in den jeweiligen Vergütungsbedingungen finden, sei es stationär in den DRG-Kalkulationen oder ambulant in EBM oder GOÄ, wird dies sicher die Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte verbessern und damit deren Motivation erhöhen, auch tatsächlich in der Patientenversorgung beruflich aktiv zu sein und zu bleiben.

Für diese Motivation sind die persönliche und die gesellschaftliche Anerkennung von Ärztinnen und Ärzten ebenso von Be-

deutung wie die Möglichkeit, die eigenen beruflichen Interessen gemäß dem im Grundgesetz beschriebenen und für jeden Beruf geltenden Recht, zur Wahrung und Förderung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen Vereinigungen zu bilden. Daher wendet sich die Landesärztekammer Hessen gegen den Versuch, die Autonomie ärztlicher Berufsgewerkschaften als Tarifpartner zu unterlaufen. War es auch nur ein satirisch geäußerter Aprilscherz, in dem gemeldet wurde, ein Zusatz im geplanten Versorgungsgesetz sehe ein Auswanderungsverbot für Ärzte vor², so zeigt sich in dieser quasi künstlerischen Überhöhung doch die Gefahr bzw. die Existenz solcher Denkmodelle. Die ärztliche Tätigkeit soll aus freien Stücken und mit ganzem Herzen erfolgen. Dies zu erreichen, dient nicht nur den Ärztinnen und Ärzten, sondern vielmehr den Patientinnen und Patienten, denn trotz der Allgegenwärtigkeit von Google und mehr oder minder hilfreichen Apps steht die persönliche Beziehung zwischen Arzt und Patient an erster Stelle. Staatlicher Zwang und fehlgeleitete Regulierungsmaßnahmen sind hier fehl am Platz. Motivation und freie Gestaltung im freien Beruf, Vertrauen und Übertragung von Verantwortung fördern die Begeisterung für und im Arztberuf. Gesunde, freundliche, frohe und zufriedene Ärzte nutzen allen, dem Einzelnen ebenso wie der Gemeinschaft.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

¹ Bartsch H.H, Malo G: Die Therapieentscheidung als ökonomische Zwangshandlung. Zur Aushöhlung des ärztlichen Selbstverständnisses durch den Markt. *Onkologie* 2011, 17:210-219, Springer-Verlag 2011

² <http://www.facharzt.de/content/red.otx/187,104961,o.html>, Stand 1. April 2011

Jakobskreuzkraut, die gelbe Gefahr

Botanischer Name: Senecio jacobaea **Familie:** Korbblütler [12]



Foto: S. Jördens, H. Overberg



Blüte JKK

Foto: Dr. Marianne Klug



Blattrosette der jungen Pflanze

 Jakobs-Kreuzkraut; Jakobs-Greiskraut, Spinnenkraut; Krötenkraut; Zehrkraut

 Herbe Saint-Jacques; Herbe de Jacob; Sénéçon Jacobée

 Senecione di San Giacomo; Erba di San Giacomo

 Ragwort; Common Ragwort; Tansy Ragwort; St. James Wort; Ragweed; Benweed; Staggerweed; Stinking Nanny; Stinking Willie; Dog Standard; Cankerwort; Stammerwort

Über die sich extrem ausbreitende giftige Pflanze „Jakobskreuzkraut“ wird seit einigen Jahren immer wieder von den Landwirtschaftskammern und der Presse informiert und gewarnt. Die für Weidetiere hochgradig giftige Pflanze wirkt toxisch sowohl als Frischpflanze, als auch in Heu und Silage. In Deutschland gibt es ca. 25 Arten von Kreuzkraut, alle sind mehr oder weniger stark giftig, JKK ist am giftigsten. Bastardisierungen von Kreuzkräutern untereinander sind möglich [7].

Beschreibung der Pflanze

Die zwei- bis mehrjährige Pflanze wird zwischen 30-120 cm hoch und hat ihre Hauptblütezeit von Juni bis September. JKK bildet im ersten Jahr nur Rosetten (lö-

wenzahnähnlich), im zweiten die hellgelben Blüten mit 13 Blütenblättern (margenartenartig). Ältere Pflanzen zeigen rötliche Verfärbungen am Stängel und verlieren die auf Bodenniveau befindlichen Rosetten. Die Blattformen variieren in verschiedenen Wachstumsstadien von rundlich glatt bis stark gefiedert und kraus. Große, ausgewachsene Pflanzen können bis zu 150.000 Samen produzieren, die sich durch Windflug stark verbreiten. Die Samen von Jakobskreuzkraut sind bis zu 20 Jahre keimfähig. Die ganze Pflanze ist stark giftig [4,5,6,7, 13].

Vorkommen

Das hierzulande schon lange heimische Jakobskreuzkraut hat sich explosionsartig

Eine gefährliche Giftpflanze verbreitet sich in Deutschland rasch: das Jakobskreuzkraut.

Das Gewächs produziert Pyrrolizidinalkaloide, die schon in geringen Mengen Leberschäden verursachen. Im Juni 2009 starb ein Baby kurz nach der Geburt an eben diesen Folgen. Zwei Monate später wurden in einer Packung Rucola-Salat Kreuzkrautanteile entdeckt, daraufhin nahmen mehrere Discounter diesen Salat bundesweit aus dem Sortiment. Bei zunehmender Ausbreitung wächst die Gefahr einer Schädigung von Tier und Mensch. In der Schweiz, Großbritannien und Irland ist das Auftreten von JKK meldepflichtig.



Senecionin [3]

in weiten Teilen Deutschlands auf Grünland, an Straßenrändern und an Böschungen ausgebreitet. Auch innerorts sind Vorkommen gemeldet.

Gründe dafür sind allgemeine Unkenntnis, Verharmlosung der Giftigkeit, extensiv genutzte Flächen, Brachen (durch staatliche Vorgaben geforderte Stilllegungsflächen), ungenügende Weidepflege (u.a. auch bei Betreuung durch private Tierhalter), chemisch nicht behandelbares Bioland und der Einsatz von JKK-haltigem Saatgut durch öffentliche Stellen im Straßenbegleitgrün [7].

Toxizität

Blüten und Samen besitzen die höchste Toxizität, in absteigender Folge Blatt, Stän-

gel, Wurzel. Die Giftigkeit der Kreuzkräuter und verschiedener anderen Pflanzen beruht auf der Wirkung verschiedener Pyrrolizidin-Alkaloide (PA). Hauptwirkstoffe der PA: Jacobin, Jaconin, Jacodin, Senecionin, Riddelin, Retrorsin, Seneciphyllin, Senkirkin [19,23]. Alkaloidgehalt durchschnittlich 0,2 % in der Trockenmasse. Die Toxine sind auch in Dürrfutter und Silage wirksam. Bestimmend für den toxischen Effekt ist die totale Aufnahme der Pyrrolizidinalkaloide, egal über welchen Zeitraum die Alkaloide aufgenommen wurden. Die Auswirkungen einer Pyrrolizidin-Vergiftung sind kumulativ: Die PA werden in der Leber in Metaboliten umgewandelt, welche irreversibel mit der DNA und anderen Makromolekülen reagieren und zur Schädigung der Leberzellen führen, was auch viele Monate nach der Aufnahme der Alkaloid-haltigen Pflanzen zum Tode führen kann. Insbesondere Pferde, aber auch Rinder reagieren offensichtlich empfindlicher als Schaf und Ziege. (Untersuchungen bei Schafen haben gezeigt, dass eine partielle Detoxifikation der Pyrrolizidinalkaloide in den Vormägen der Wiederkäuer erfolgt [11].

Jungpflanzen haben für bis zu sieben Wochen keine Bitterstoffe, gleichwohl aber PA und werden von den Tieren gerne gefressen. Ab dem Alter von sechs bis sieben Wochen entwickeln die Pflanzen einen unangenehmen Geruch und werden als Frischpflanzen aufgrund von Bitterstoffen

weitgehend gemieden. Im getrockneten Zustand aber (in Heu, Silage, Pellets, Strukturfutter) verlieren sich die Warnstoffe, so dass die Giftpflanze aufgenommen wird [2,7].

Pyrrolizidinalkaloide (PA)

Die PA selber zeigen keine oder nur geringe akute Toxizität. Erst im Organismus entstehen die toxischen Verbindungen (Metabolische Toxifizierung). Da dieser Prozess in der Leber abläuft, ist dieses Organ auch das erste Ziel der Toxizität. Es kommt zur charakteristischen VOD („veno-occlusive disease“), zu Megalocytosen, zu Zirrhosen.

Die Umwandlung der PA in die toxischen Verbindungen verläuft in drei Schritten:

1. Hydroxylierung der PA in der Leber durch Enzyme (Cytochrome P-450), langsamer Prozess, parallel Zerlegung der PA durch spezielle Enzyme (Esterasen) in untoxische Bruchstücke und Ausscheidung (Detoxifizierungsprozess)
2. rasche Umwandlung zu Pyrrolen (Didehydropyrrolizidinen)
3. Bildung von „Carboniumionen“ und sofortige Reaktion mit Proteinen oder DNA. Damit ist deren normale Funktion im menschlichen Organismus verhindert, im Falle der DNA kann es zu kancerogenem, mutagenem und teratogenem Verlauf führen. Ist die aufgenommene Menge gering, ist der Organismus in der Lage, die Stoffe auszuscheiden.

Bei Überschreiten einer bestimmten Grenzmenge, die unterschiedlich ist für die verschiedenen Tierspezies und den Menschen, erfolgt unweigerlich die metabolische Toxifizierung. Damit einher geht eine Schädigung der Leber und ein Zusammenbrechen des Detoxifizierungsprozesses [16,19].

Die Toxizität wird durch die Menge an aufgenommenen PA und die Empfindlichkeit

	Tödliche Dosis: (Frischpflanze)	Bemerkungen
Pferd	40 bis 80 g FG / kg Körpergewicht	Entspricht: 14 bis 20 kg FG bei einem 350-kg-Islandpferd bzw. 2 bis 4 kg getrocknet im Heu Bei 1 % im Heu in drei Monaten erreicht, bei 10 % in 20 Tagen
Rind	140 g FG / kg Körpergewicht	
Schaf	über 2 kg FG / kg Körpergewicht	
Ziege	1,25 – 4 kg FG / kg Körpergewicht	

(spezies-charakteristisch) bestimmt: es können akute, subakute und chronische Verlaufsformen auftreten.

akute Vergiftung

Hohe Aufnahmemenge, schnelle metabolische Toxifizierung, rasche Leberschädigung; bekannt bei Pferden (hohe Empfindlichkeit für PA): Durch die rasche Schädigung der Leber erfolgt eine Schädigung des Zentralnervensystems. Die Folge sind „Leberkoller“ und Kolik, die deutlichen Anzeichen für die sog. „Schweinsberger Krankheit“ (Seneciose) mit Todesfolge [16,19].

Schweinsberger Krankheit, eine Leberverhärtung (Cirrhosis) des Pferdes, die etwa seit 50 Jahren in begrenzten Flussgebieten, besonders in der Gegend von Schweinsberg im hessischen Ohmtal beobachtet wird. Die Erkrankung beruht auf einer spezifischen, jedoch nicht näher bekannten Schädlichkeit des Graswuchses der betreffenden Flusstäler, die wahrscheinlich dauernd auf die Leber und später auf das Gehirn wirkt. Die Tiere werden stumpfsinnig, kraftlos und gehen fast ausnahmslos nach langem Kranken zugrunde. Jede Behandlung ist nutzlos. Bei der Sektion findet sich oft kolossale Vergrößerung und Verhärtung der Leber.

Meyers Großes Konversations-Lexikon, Band 18. Leipzig 1909, S. 180 [17].

subakute oder chronische Schäden

Rinder reagieren deutlich unempfindlicher auf die PA, wodurch es eher zu Langzeitschäden kommt. Hieraus resultiert dann plötzliches akutes Leberversagen mit dem histologischen Bild der Venocclusive Disease

(VOD), was durch kanzerogene Veränderung der Leber-DNA zustande kommt.

chronische Schäden

Im Falle der Humanintoxikation fast ausschließlich zu erwarten. Hier sind kanzerogene, mutagene und teratogene Reaktionen die Folge, mit dem Erscheinungsbild der VOD [16,19].

Erkrankungen sind beschrieben durch den Genuss von Buschtees und Kräutertees [15].

Symptome und Befunde (Pferd)

Konditionsverlust, Gewichtsverlust, Anorexie, Kolik, Obstipation oder blutige Diarrhoe, Tenesmus, evtl. Rektumprolaps, Hämoglobinurie, häufiges Gähnen, Dyspnoe, Photosensibilität, Ikterus, später wegen Leberversagen hepatoenzephalisches Syndrom mit Unruhe, Taumeln, Ataxie, zielloses Wandern („Walking Disease“), Zehenschleifen, Lecksucht, Blindheit, Kopfpresen, Depression, Konvulsionen, hepatisches Koma, Tod. Histologie der Leber: Biliäre Hyperplasie, Nekrose der Hepatozyten, extensive Fibrose, Megalozytose, Zirrhose.

Sektion:

Leber: vergrößert und verhärtet, feine graue Linien unter der Kapsel;
Magen: Magenschleimhaut mit Ulcera;
Nieren: Leichtgradig gestaut.
Blutchemie: Hypoglykämie, Hypoalbuminämie, totales Bilirubin und Leberenzyme (γ -Glutamyl-Transferase, Alkalische Phosphatase, Aspartat-Aminotransferase) im Serum erhöht [1].

Da der PA-Gehalt der Pflanze von ökologischen Faktoren abhängt, zudem in Blatt, Stängel und Blüte variiert, können keine exakten Gefahrenmengen angegeben werden. Pferde und Rinder zeigen individuelle

Verträglichkeiten unabhängig von ihrer Rassezugehörigkeit.

Therapie: Eine Behandlung der Vergiftung ist aussichtslos. Sofortiges Absetzen des Pyrrolizidinalkaloid-haltigen Futters [12].

Humangefährdung

Eine Humanintoxikation ist grundsätzlich auf zwei Arten möglich:

Direkte Intoxikation durch orale Aufnahme von Pflanzenmaterial, welches PA enthält, Kontamination von Lebensmitteln, in erster Linie Getreide.

Indirekte Intoxikation über die Nahrungsmittelkette.

Milch: der Übergang von toxischen PA in Milch ist vielfach beschrieben.
Honig: PA-haltige Honigproben wurden bereits häufiger festgestellt.
Eier: ein möglicher Übergang von PA in Eier wurde nachgewiesen.
Fleisch: einen Übergang der PA in Fleisch wurde bisher nicht bestätigt [18,19].

Bereits 2003 erfolgte die Erfassung der PA durch die DfG Senatskommission (SKLM) als pflanzlicher Stoff mit toxischem Potential in Lebensmitteln [14,11].

Das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) untersuchte 2007 einen mit Kreuzkraut kontaminierten Salat, der im Handel war und verwies auf Forschungsbedarf [22].

Fazit: Durch die explosionsartige Vermehrung des JKK besteht dringend Handlungsbedarf, v.a. in Form von umfassenden Bekämpfungsmaßnahmen, da Aufnahme-pfade für den Menschen bereits bestehen

und durch eine verstärkte Zunahme in der Nahrungskette die Gefahr akut werden könnte.

Um Missverständnissen vorzubeugen: es sollte nicht Ansinnen sein, diese Pflanze auszurotten (es gab JKK schon immer und es hat seine ökologische Bedeutung), aber in Viehhaltung und Agrikultur hat sie nichts zu suchen.

Herzlichen Dank Herrn Dr. Helmut Wiedenfeld (Pharmazeutisches Institut der Universität Bonn) für die zur Verfügung gestellten Informationen zu den PA.

Anschrift der Verfasserin

Dr. med. Ulrike Hüttich
Prakt. Ärztin, Physiotherapeutin
Reiten Trainer B Leistungssport
E-Mail: drhuettich@web.de

Literatur

- 1 Institut für Veterinärpharmakologie und -toxikologie, Winterthurerstraße 260, 8057 Zürich, Schweiz, 2008

- 2 Hessisches Landesamt für Regionalentwicklung und Landwirtschaft – Pflanzenschutzdienst
- 3 ROTH, L., DAUNDERER, M., KORMANN, K.: Giftpflanzen, Pflanzengifte, Ecomed, 1987
- 4 „Notfall-Ratgeber – Pferde und Giftpflanzen“ (FN-Verlag, 2005, ISBN 3-88542-464-9)
- 6 Landwirtschaftskammer Nordrhein-Westfalen (Dr. Clara Berendonk)
- 9 Dr. vet. Petra Wolf, Niedersächsisches Fachblatt der Landwirtschaftskammer Nr. 32 vom 7. August 2008
- 14 G. Eisenbrand, BfR-Forum Verbraucherschutz, Pflanzliche Stoffe mit toxischem Potential in Lebensmitteln und Futtermitteln 5./6. Juli 2007
- 15 Z Geburtsh Neonatol 2001 Thema: Posterabstracts, Georg Thieme Verlag Stuttgart New York.
- 16 Dr. Helmut Wiedenfeld, akademischer Direktor Pharmazeutisches Institut Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, September 2008
- 17 Meyers Großes Konversations-Lexikon, Band 18. Leipzig 1909, S. 180
- 18 M. Lahrssen-Wiederholt, BfR-Forum Verbraucherschutz, 5.-6. Juli 2007
- 19 Helmut Wiedenfeld, Erhard Röder: Pyrrolizidin-alkaloide. Struktur und Toxizität (PDF-Datei; 930 kB), Deutsche Apotheker-Zeitung 124, 1984, S. 2116-2122
- 22 BfR, Stellungnahme Nr. 028/2007
- 23 Eberhard Breitmaier. ALKALOIDE u.a. Leitstrukturen aus der Natur, Teubner Lehrbuch, ISBN 3-519-13542-6

Internetrecherchen

- 10 www.strickhof.ch, eine Abteilung des Amtes für Landwirtschaft und Natur, ALN, der Baudirektion Kanton Zürich
- 11 www.dfg.de/sklm
- 12 CliniToxToxikologie&Giftpflanzen
- 5 www.hippologe.de
- 7 www.jacobskreuzkraut.de
Der Arbeitskreis Jacobskreuzkraut
- 8 www.haz.de:80/newsroom/wissen/zentral/wissen/art680,655206
- 13 www.vetpharm.uzh.ch/reloader.htm?
www.vetpharm.uzh.ch/giftdb/pflanzen/0038_vet.htm?inhalt_c.htm

Medienberichte

- 20 Schön, aber gefährlich
WDR2-Reporterin Petra Scholz über Jakobskreuzkraut (31. Mai 2007)
- 21 Giftig für das Weidevieh [Deutschlandradio], Das Jakobskreuzkraut breitet sich unaufhaltsam aus
– hr Hessenschau (7.7.2009)
– 3sat Mediathek Jakobskreuzkraut verbreitet sich (nano, 2.7.2009)
– NDR JKK Bericht Willenbücher/Luft
– SWR Landeschau Baden-Württemberg
– RTL Jakobskreuzkraut AK Wiedenfeld, Das grüne Gift auf der Weide
– Pro 7 Newstime JKK Pyrrolizidinalkaloide
– Videoclip: Ragwort (Senecio jacobea) the horse killer

KV Hessen lädt ein zum 1. Hessischen Gründer- und Abgeberforum



„Suche Praxis – biete Praxis“ heißt es am 21. Mai 2011 ab 10 Uhr in Frankfurt (Georg-Voigt-Str. 15), denn dann bringt die Kassenärztliche Vereinigung Hessen mit einem innovativen Konzept Praxisabgeber und Existenzgründer zusammen. Neben zahlreichen Fachvorträgen, wie z.B. zur erfolgreichen Praxisabgabe/-übernahme, bietet ein Marktplatz Praxisabgebern die Gelegenheit, ihre Praxis zu inserieren. Niederlassungsinteressierte können entweder direkt auf die Anzeigen reagieren oder selbst ein Inserat zur Praxissuche schalten. In einem Speakers Corner begegnen sich – wenn gewünscht – Praxisabgeber und

Existenzgründer direkt. Die Berater der KV Hessen stehen zudem für Detailfragen zur Verfügung.

Weitere Informationen, den Einladungsflyer sowie unser Suche/Biete-Formular zum Inserieren auf dem Marktplatz finden Sie auf www.kvhessen.de

Ihre Anmeldung nehmen wir per E-Mail unter QM-info@kvhessen.de oder per Fax unter (069) 79502-8557 gerne entgegen.

KV Hessen

Hessische Ärzte lehnen Beihilfe zur Selbsttötung ab

7. Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen (14. Legislaturperiode)



Dr. med. Ingrid
Hasselblatt-Diedrich

Für Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich begann die Delegiertenversammlung mit einer Überraschung: Die Frankfurter Chirurgin wurde am 26. März für ihre herausragenden Leistungen mit

der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Gold ausgezeichnet. Kammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach würdigte die ehemalige Chefärztin in der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Sachsenhausen und langjährige Delegierte – Hasselblatt-Diedrich gehört dem hessischen Ärzteparlament seit 1980 an – als überaus engagierte Ärztin, die sich auch als leidenschaftliche Berufspolitikerin und „kampfproben Debattenrednerin“ auf Bundes- und Landesebene einen Namen gemacht habe. Dabei sei Hasselblatt-Diedrich – u.a. Trägerin der Paracelsus-Medaille der Deutschen Ärzteschaft – immer auch als „Anwältin“ der jungen Ärztegeneration hervorgetreten.

Hessische Ärzte fordern Ausstieg aus der Atomenergie

Doch auf der Tagesordnung in Bad Nauheim stand nicht nur Erfreuliches. Unter dem Eindruck der katastrophalen Ereignisse in Japan setzte sich die Delegiertenversammlung mit deren Folgen auseinander. Mit einer Schweigeminute gedachten die Ärztevertreter der Opfer und forderten einen raschen Ausstieg aus der Atomenergie. Eine nukleare Katastrophe, wie man sie derzeit in Japan verfolgen müsse, sei in Hessen aus ärztlicher Sicht nicht zu bewältigen, heißt es in der mit überwältigender Mehrheit verabschiedeten Resolution. Die Resolution im Wortlaut:

Resolution

Die Delegiertenversammlung fordert einen Ausstieg aus der Stromerzeugung mit Kernkraftwerken so rasch wie technisch möglich.

Die in Hessen vorgehaltenen Einrichtungen zur Diagnostik und Behandlung von Patienten mit strahlenden Stoffen und das dort arbeitende fachkundige Personal sind ausgelastet. Dies gilt auch für die wenigen Einrichtungen, die im Rahmen der Tumorbehandlung die spezielle Behandlung von Patienten mit zerstörtem Knochenmark fachgerecht durchführen können. Bedingt durch Sparmaßnahmen in der Bewirtschaftung von Personal und Betriebsmitteln sind sogar Engpässe qualitativer und quantitativer Art zu verzeichnen. Die stationäre Behandlung von Strahlenopfern bedingt Verweilzeiten, die die durchschnittliche Verweilzeit in Krankenanstalten um ein Vielfaches übersteigt, und eine hohe Intensität ärztlicher und pflegerischer Maßnahmen, zudem gebunden an ein besonderes Maß von Fachkunde. Ohne systematische Vorhaltung entsprechender Ressourcen muss deshalb eine größere Anzahl von Strahlenopfern zu erheblichen Engpässen führen.

Darüber hinaus sind die vorhandenen spezialisierten Messgeräte in den medizinischen Einrichtungen für den Nachweis anderer als der ursprünglich in der Medizin verwendeten Strahlung nicht oder nur sehr eingeschränkt verwendbar. Dies gilt in besonders krassem Maß für Alphastrahler (z.B. viele Plutoniumisotope).

Die Erfahrung anlässlich „Tschernobyl“ hat gezeigt, dass die Ausrüstung anderer Stellen, z.B. von Umweltschutzbehörden der Länder, ABC-Schutz der

Feuerwehr, nicht nur nicht zur Substitution herangezogen werden konnten, sondern umgekehrt solche Dienststellen zur Erfüllung ihrer Aufgaben aus quantitativen und/oder qualitativen Gründen auf universitäre Einrichtungen zurückgreifen mussten. Eine nukleare Katastrophe, wie wir sie derzeit in Japan verfolgen müssen, ist in Hessen aus ärztlicher Sicht nicht zu bewältigen.

Ablehnung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid

Über die von Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach in seinem Bericht zur Lage angesprochenen, veränderten Grundsätzen der Bundesärztekammer zur Sterbehilfe und die Notwendigkeit einer Positionierung der hessischen Ärzteschaft wurde in Bad Nauheim mit großem En-



Bericht zur Lage: Dr. med.
Gottfried von Knoblauch
zu Hatzbach

agement diskutiert. In einer einstimmig verabschiedeten Resolution lehnte die Delegiertenversammlung die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung ausdrücklich ab. Wörtlich heißt es in der Resolution:

Resolution

der hessischen Ärzteschaft gegen ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung

Die hessischen Ärztinnen und Ärzte lehnen die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung ausdrücklich ab. Eine derartige Beihilfe ist unverändert nicht mit

den ethischen Grundsätzen ärztlichen Selbstverständnisses vereinbar.

Das ärztliche Handeln dient der Linderung von Leiden und dem Beistand Sterbender.

Dies gilt umso mehr in Kenntnis leidvoller und schwer zu ertragender Krankheits- und Sterbeumstände. Schwerst- kranke und sterbende Patientinnen und Patienten bedürfen ärztlicher wie auch gesellschaftlicher Hilfe. Auf der Gewissheit dieser Hilfe beruht das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.

Das hessische Ärzteparlament widersprach den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung in der Fassung vom Februar 2011. So impliziere die neue Formulierung in den Grundsätzen der Bundesärztekammer – „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“ – dass die Mitwirkung beim Suizid eine zwar nicht ärztliche, aber private, individuelle Aufgabe sein könnte. Die Delegierten betonten, dass es ein entscheidender Unterschied sei, ob Ärztinnen und Ärzte Patienten am Ende des Lebens begleiten (behandeln, trösten), wie es ihre Aufgabe ist, anstatt ihnen zu einem selbst herbeigeführten Tod zu verhelfen.

Chronisch Kranke: Kein unnützer Kostenfaktor

„Uns Ärztinnen und Ärzten ist bewusst, dass die höhere Lebenserwartung der Menschen den Sozialstaat vor eine Herausforderung stellt“, erklärten die Ärztevertreter in einer weiteren Resolution. Bei einer Verknappung der finanziellen Mittel sei jedoch zu befürchten, dass sich kranke Menschen in schwerer Situation ungenügend versorgt und allein gelassen fühlten. Dadurch könne der Wunsch nach einer

Ausweitung der Sterbehilfe aufkommen. Die Stärkung der Palliativmedizin erlaube es Ärztinnen und Ärzten, Patienten in ihrer letzten Lebensphase zu begleiten und ihnen ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Dies werde jedoch durch das Nachdenken über ärztliche Sterbehilfe konterkariert. Nachdrücklich stellten die Delegierten in ihrer Resolution fest, dass chronisch Kranke kein unnützer Kostenfaktor sind. Neben dem Aufbau und Erhalt einer funktionsfähigen Versorgung für chronisch Kranke verlangten sie den Ausbau und die Bezahlung der Delegation ärztlicher Leistungen durch Medizinische Fachangestellte, die Abschaffung der Regressbedrohung gegen besonders engagierte Ärzte, die Förderung der Zusammenarbeit mit Therapeuten und Apothekern, den Ausbau der vorhandenen Hospiz- und Palliativeinheiten mit der Option der ambulanten Pflege und nicht zuletzt den Ausbau einer Präventivmedizin.

Ärztliche Ethik am Beginn des Lebens – PID

Von Knoblauch zu Hatzbach ging in seinem Bericht auch auf die Präimplantationsdiagnostik (PID) ein. Die Ärzteschaft müsse die politische und gesellschaftliche Diskussion um die in Deutschland umstrittene PID begleiten, forderte der Ärztekammerpräsident und wies auf Überlegungen der Politik hin, bei einer Zulassung der diagnostischen Methode PID-Kommissionen bei den Ärztekammern einzurichten. Von Knoblauch zu Hatzbach erklärte, dass die Sorgen und Wünsche von genetisch belasteten Paaren ernst zu nehmen seien; seiner persönlichen Auffassung nach rechtfertigten sie jedoch nicht eine Einführung der PID.

Countdown zum Versorgungsgesetz

Nach den ethischen Themen wandte sich von Knoblauch zu Hatzbach neuen Geset-

zesverfahren zu: Mit den Worten „der Countdown läuft“, bezog er sich auf das Versorgungsgesetz, das Ende 2011 die parlamentarischen Hürden genommen haben soll. Im Mittelpunkt des Gesetzes steht die Neuregelung der ärztlichen Bedarfsplanung, mit der dem Mangel an Ärzten insbesondere in strukturschwachen Regionen begegnet werden soll. Von Knoblauch zu Hatzbach berichtete, dass die Länder mehr Beteiligungsrechte fordern und der Hessische Sozialminister Stefan Grüttner auf dem Heilberufetag 2011 angekündigt habe, dass eine Zustimmung des Bundesrats zum GKV-Versorgungsgesetz fraglich sei, wenn die Bundesregierung den Ländern diese Gestaltungsmöglichkeiten nicht zubillige.

Hessischer Pakt zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung

Außerdem informierte der Ärztekammerpräsident darüber, dass in Hessen bis zum Sommer 2011 Maßnahmen zur bedarfsge- rechten Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgungsstruktur und gegen einen drohenden Ärztemangel benannt und in einem Hessischen Pakt zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung zusammengefasst werden sollen. Das Hessische Sozialministerium (HSM) habe dazu vier Arbeitsgruppen (AG) gegründet, in denen die Landesärztekammer – mit Ausnahme der AG 2 – vertreten sei: AG 1: Aus-, Fort- und Weiterbildung, AG 2: Vertrags- und vergütungsrechtliche Anreize, AG 3: Neue Kooperationsformen und AG 4: Ansiedlungsförderung. In diesen Arbeitsgruppen solle geprüft werden, welche Maßnahmen aus fachlicher Sicht ein taugliches Instrument darstellen, welche Maßnahmen schon nach geltendem Recht umgesetzt werden können, was auf Landesebene neu geregelt werden und ob das Bundesrecht geändert werden müsste.



Blick in die Delegiertenversammlung

Die regionalen Gesundheitskonferenzen sollen die Träger der Krankenhäuser, die Krankenhausgesellschaft, die Krankenkassen, die Landkreise und kreisfreien Städte sowie je ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der Landesärztekammer Hessen mit Sitz und Stimme angehören. Wie im Landeskrankenhausausschuss sind die Patientenorganisationen mit einem Vertreter zur Beratung auch in den Gesundheitskonferenzen beteiligt. Für die Landesärztekammer werden die Bezirksärztekammern Vertreter für die Gesundheitskonferenzen in den jeweiligen Regionen benennen.

Weitere gesetzliche Regelungen

Zu den gesetzlichen Regelungen, über die von Knoblauch zu Hatzbach informierte, zählten u.a. das Hygienengesetz, das Patientenrechtegesetz und das Berufsqualifikationsgesetz. Nach dem Entwurf des Hygienengesetzes sollen die Leiter von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen dazu verpflichtet werden, nosokomiale Infektionen zu vermeiden. Da die hierfür erforderlichen Maßnahmen nicht mehr alleine durch die vorhandenen Hygienebeauftragten Ärzte und die wenigen Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin umgesetzt werden könnten, habe

die Landesärztekammer Hessen vorausschauend am 1. Januar 2011 bundesweit als erste Kammer die Zusatz-Weiterbildung „Krankenhaushygiene“ eingeführt, rief von Knoblauch zu Hatzbach in Erinnerung. Kritisch kommentierte er eine ursprünglich nicht vorgesehene, dem Arzt die Beweislast auferlegenden Formulierung in dem kürzlich vom Patientenbeauftragten der Bundesregierung vorgelegten Grundsatzpapier für die Patientenrechte in Deutschland. So heißt es in dem Entwurf zu dem Gesetz, mit dem die Informationsrechte der Patienten verbessert, die Pflichten der Ärzte erweitert und Kunstfehlerverfahren

beschleunigt werden sollen, wörtlich: „Im Falle eines für den Schadenseintritt ursächlichen Behandlungsfehlers wird das Verschulden des Behandlers grundsätzlich vermutet. Das Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz (BQFG), auch Anerkennungsgesetz genannt, habe für die Kammer im wesentlichen Konsequenzen hinsichtlich der möglichen Anerkennung von Medizinischen Fachangestellten, berichtete der Ärztekammerpräsident weiter. Der Gesetzentwurf sehe einen Rechtsanspruch auf ein Verfahren zur Prüfung der Gleichwertigkeit vor.“

Hessisches Krankenhausgesetz

„Es ist uns gelungen, die Beteiligung der ärztlichen Leitung an der Krankenhausleitung auch im aktuellen hessischen Krankenhausgesetz zu verankern“, teilte von Knoblauch zu Hatzbach auf der Delegiertenversammlung mit. Bei dem Versuch, die Ausweitung der gesetzlichen Vorschriften zur Poolregelung bei Direktliquidation durch Krankenhäuser sowie verbindliche Vorgaben für den Verteilungsmechanismus von Poolgeldern zu erlassen, habe sich die Position der hessischen Ärzte – anders als in Rheinland-Pfalz – allerdings leider nicht durchsetzen können.

Aktuelles aus der Landesärztekammer Hessen

Auch über die aktuellen Entwicklungen in der Landesärztekammer wurden die Delegierten in Kenntnis gesetzt: So konnte das neue Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen im vergangenen Dezember für die Kammermitglieder freigeschaltet werden. Mittlerweile haben fast 12.000 hessische Ärztinnen und Ärzte einen entsprechenden Zugang. Ende Januar ging die neue Homepage der Landesärztekammer an das Netz: Dass der Relaunch mit modernem Design und übersichtlicher Navigationsstruktur erfolgreich war, zeigt das ausgesprochen positive Echo. Auch das Pilotprojekt zum Einsatz des hessischen Arztausweises für eine gesicherte elektronische Kommunikation schreitet gut voran. Die abschließenden Ergebnisse des Pilotprojekts, in dessen Rahmen Praxen im Marburger Raum ihre Arztbriefe sicher per E-Mail, statt mit der Post oder Fax kommunizieren, werden noch dieses Jahr vorgestellt werden. Ein weiterer Erfolg ist die Zertifizierung der Carl-Oelemann-Schule. An ihrem Beginn stand der Auftrag des Präsidiums vom 13. Januar 2010 an die Carl-Oelemann-Schule, ein Quali-

tätssystem einzuführen und eine Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 anzustreben. Ergebnis war das Zertifizierungsaudit durch den TÜV Hessen mit einer positiven Empfehlung für die COS am 15. März 2011.

Hinsichtlich der Möglichkeiten eine Kinderbetreuung für ehrenamtliche Kammermitglieder, für Ärztinnen und Ärzte, die an Fortbildungsveranstaltungen in Bad Nauheim teilnehmen und für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kammer anzubieten, seien, so von Knoblauch zu Hatzbach, verschiedene Optionen erwogen worden, die sich bisher jedoch nicht als geeignet erwiesen hätten. Hier werde weiter geprüft.

Mietsituation der Bezirksärztekammern

Nachdem im letzten Jahr die Bezirksärztekammer Marburg in neue Räumlichkeiten umgezogen ist, bahnen sich nach dem Verkauf der gemieteten Immobilien durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen Veränderungen an den Standorten Darmstadt und Wiesbaden an. Zurzeit werden die Optionen Verbleib oder Umzug an einen neuen Standort geprüft.

Verschiebung der Evaluation Weiterbildung

Abschließend teilte von Knoblauch zu Hatzbach mit, dass der ursprünglich vorgesehene Start der zweiten bundesweiten Befragung „Evaluation der Weiterbildung“ von der Bundesärztekammer auf den 1. Juni 2011 verschoben wurde.

Weiterbildungsordnung – Anrechnung kürzerer WB-Abschnitte ermöglichen

In Umsetzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung soll das Gebiet „Allgemeinmedizin“ wieder eigenständig werden. Die sich daraus ergebenden redaktionellen Anpassungen der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen hinsichtlich der Nummerierungen der nachfolgenden Gebiets- und Facharztbezeichnungen und Umstellungen entsprechend der Weiterbildungssystematik wurden von der Delegiertenversammlung beschlossen. Auch beschloss das Ärzteparlament, die Voraussetzungen zum Führen der Bezeichnung „Badearzt“ bzw. „Kurarzt“ zu erleichtern.

Die Ärztevertreter sprachen sich außerdem dafür aus, dass sich die Minstdauer von Weiterbildungsabschnitten stärker an den Bedürfnissen junger Ärztinnen und Ärzte ausrichten soll. Sie forderten deshalb, die Anrechnungsfähigkeit von Weiterbildungsabschnitten auch in der Facharztweiterbildung auf eine Minstdauer von drei Monaten herabzusetzen. An den Gesetzgeber des Landes Hessen wurde appelliert, im Heilberufsgesetz die notwendigen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass in der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen eine Regelung aufgenommen werden kann, die analog zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin auch in der Facharztweiterbildung die Anrechnung von Weiterbildungsabschnitten unter sechs Monaten ermöglicht.

Aktuelle Entwicklungen in der Geriatrie



Prof. Dr. med. Werner Vogel, Hofgeismar

„Der geriatrische Patient hat eine besondere Charakteristik. Seine Kennzeichen sind Gebrechlichkeit, Multimorbidität und manchmal auch eine schwere Krankheit“: So leitete Professor

Dr. med. Werner Vogel, Ärztlicher Direktor und Chefarzt am Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen, Hofgeismar, und Mitglied des Ausschusses Geriatrie der Landesärztekammer Hessen seinen Vortrag auf der Delegiertenversammlung ein. Vogel, Internist, Kardiologe und Geriater, referierte über „Aktuelle Entwicklungen in der Geriatrie“ und machte deutlich, dass sich die geriatrische Versorgung in Hessen auf einem hohen Standard befinde, den es zu erhalten gelte. Das medizinisch hohe Niveau sei mit den weltweit höchsten Standards kompatibel, hob Vogel hervor und verwies auf eine Broschüre, in der die geriatrische Versorgung in Hessen seit 15 Jahren dokumentiert werde. Kein Patient müsse mehr als 30 km zurücklegen, um in einer hessischen Klinik geriatrisch versorgt zu werden. Auch werde in Hessen kein Unterschied zwischen Akutkrankenhaus und Rehabilitation gemacht. Anders als in anderen Bundesländern erfolge die Frührehabilitation hier im Krankenhaus, damit der Patient nicht absolut pflegebedürftig werde. „Wir müssen unseren großen Vorteil in Hessen verteidigen, denn natürlich wollen die Krankenkassen die Situation beschneiden“, fügte Vogel hinzu.

lung eines geriatrischen Patienten zu entwickeln, sei Basiskompetenz erforderlich. Bundesweit gebe es jedoch nur 2.000 Geriater. „Wir wollen, dass in der ambulanten Medizin Geriater zur Verfügung stehen“, erklärte Vogel. Für Ärztinnen und Ärzte, die auf Facharztstandard in der geriatrischen Betreuung tätig sein wollten, ohne Facharzt sein zu müssen, gelte es daher, berufsbegleitende Curricula zu entwickeln. Vogel sprach sich ausdrücklich für eine zweigleisige Qualifikation aus: „Wir brauchen die Zweigleisigkeit der Weiterbildung, um die Struktur der geriatrischen Versorgung erhalten und verbessern zu können.“ Darüber hinaus benötige man in

der Geriatrie Lehrstühle, Forschung und den Status eines eigenen Fachs. Während es in Deutschland bundesweit gerade einmal sieben Lehrstühle gebe, liege der europäische Schnitt bei knapp fünfzig.

Aufwandsentschädigung

Die Delegierten beschlossen, einen Inflationsausgleich für weitere wesentliche ehrenamtliche Tätigkeiten zu schaffen. Darüber hinaus wählten die Ärztevertreter die Mitglieder einer Kommission, die die Struktur der gesamten ehrenamtlichen Entschädigungsregelungen bei der Landesärztekammer Hessen und beim Versorgungswerk der LÄKH überprüfen soll.

Was ist noch zu verbessern? Um Fachkompetenz zur bestmöglichen Wiederherstel-

Versorgungswerk

Der Antrag, die Satzung des Versorgungswerkes dahingehend zu ändern, dass auch in MVZ angestellte Ärztinnen und Ärzte, die in vollem Umfang an der EHV der KV Hessen teilnehmen, auf Antrag einen reduzierten Beitrag an das Versorgungswerk zahlen können, wurde nicht angenommen. Stattdessen wurde der Vorstand des Versorgungswerkes beauftragt, sich mit der Frage zu befassen, ob diese Gruppe ggf. benachteiligt wird und inwieweit es Lösungsmöglichkeiten in Form einer Satzungsänderung gibt.

Hauptsatzung

Die Geschäftsordnung der Landesärztekammer Hessen und die Fortbildungsordnung werden nicht geändert.

Besetzung des Berufsgerichts

Die von der Landesärztekammer vorgelegte Vorschlagsliste zur Besetzung des

Berufsgerichtes für Heilberufe bei dem Verwaltungsgericht Gießen mit ehrenamtlichen Richterinnen und Richtern wurde von der Delegiertenversammlung angenommen.

Änderung von Kostensatzung und Meldeordnung

Das Ärzteparlament beschloss die redaktionellen Anpassungen an die gesetzliche Terminologie im Kapitel „Ausbildungswesen: Arzthelfer/innen – Medizinische Fachangestellte“ der Kostensatzung. Auch soll eine neuer Gebührenpunkt „Ausstellen einer Urkunde über besondere Fortbildungsleistungen“ für künftige besondere Fortbildungszertifikate geschaffen werden. Ebenso einigten sich die Delegierten darauf, den Wortlaut zur freiwilligen Mitgliedschaft (§ 8) der Meldeordnung an den Wortlaut von § 2 Abs. 2 der Hauptsatzung anzupassen.

Akademie: Abschaffung des freiwilligen Fortbildungszertifikats

Im Anschluss an den Bericht des Stellvertretenden Vorsitzenden der Akademie, Professor Dr. med. Klaus Reinhard Genth, stimmte die Delegiertenversammlung für eine Änderung der Akademiesatzung. Danach soll das in § 7 der Akademiesatzung geregelte fünfjährige freiwillige Fortbildungszertifikat, wie bereits vom Akademievorstand beschlossen, abgeschafft werden, da es nicht in ausreichender Zahl angefordert wurde. Zur Wahrung des Bestandsschutzes für Ärztinnen und Ärzte ist eine Übergangsvorschrift vorgesehen.

Katja Möhrle

alle Fotos: Katja Möhrle

Klare Stellungnahme gewünscht

Ich selber kann mich noch lebhaft an meinen Gewissens-TÜV erinnern, den Haltungstest für den Zivildienst. Es gab tatsächlich diese Fragen: was tun Sie, wenn Sie mit der Freundin durch den Park gehen, Sie werden angegriffen, Ihre Freundin vergewaltigt. Greifen Sie zum Messer, das Sie dabei haben? Natürlich tue ich das, sagte ich wahrheitsgemäß. Trotzdem oder deswegen wurde ich nach einer Stunde als Zivi anerkannt.

Nun hat die Bundesärztekammer begonnen, die klare Haltung der deutschen Ärzteschaft gegen den assistierten Suizid, gegen die Tötung auf Verlangen – vielleicht sogar gegen die Tötung ohne Wissen des Patienten – aufzuweichen. Ich sehe dies als ersten Dammbbruch und bin der Landesärztekammer Hessen dankbar für die eindeutige Stellungnahme. Natürlich man könnte argumentieren. Ja aber! Stellen Sie sich doch einmal vor, dieser und jener Patient in dieser und jener völlig ausweglosen Situation! Da muss man doch als Gesellschaft etwas tun! Da kann doch ein assistierter Suizid nicht unter Strafe stehen, die Handlung geächtet werden! Doch, meine ich. Es gibt Situationen, die sind nicht vorherseh- und regulierbar. Aus gut zwanzig Jahren Palliativversorgung weiß ich, dass ich kein einziges Mal dem Wunsch der Patienten getötet zu werden nachkommen musste. Aber ich war nahe daran. Ich konnte – Gott sei es gedankt! –

immer Alternativen bieten. Und sei es die legale, im Team klar konsentrierte, symptomorientierte, palliative Sedierung, durch die ich half, des Patienten unerträgliches Leid am Leben zu lindern.

Nur eben: das Leben gezielt zu verkürzen, entspricht nie ärztlichem Handeln, verstößt gegen ärztliche Ethik. Es mag von einigen Patienten so gewünscht sein, zerstörte aber das Vertrauen Vieler in ärztliches Denken und Tun. Die Frage mag pietätlos klingen, stellt sich aber an diesem Punkt: Wer zahlt dann eigentlich für die Kosten des assistierten Suizides? Könnte das eine GKV-Leistung sein? Wäre es privat zu versichern? Könnten findige Mediziner es gewerblich IGelN? Ein letzter Besuch in der Schweiz kostet wohl so viel wie zwei bis vier Monate Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung in Deutschland. Ohne solide finanzierte Palliation wird der Wunsch nach Sterbehilfe weiter zunehmen.

Darf man darüber reden?

Ich wünsche mir mehr klare Stellungnahmen, gegen die Tötung auf Verlangen, für eine bessere Versorgung verzweifelter Menschen am Lebensende!

Thomas Sitte

Deutsche PalliativStiftung, Fulda

„Stadt, Land, Flucht“: Motivation und neue Konzepte

Hessischer Heilberufetag: Politik und Gesellschaft müssen umdenken lernen



Podium. v.l.: Stephan Allrogen, Erika Fink, Bärbel Schäfer, Stefan Grüttner, Dr. Gerd W. Zimmermann
Foto: Jörg Pompetzki

Stell dir vor, du bist krank, und kein Arzt ist da, der dir hilft: Noch scheint diese Vision in Hessen düstere Zukunftsmusik zu sein. Doch schon heute zeichnet sich vor allem in ländlichen Regionen ein wachsender Mangel an Ärzten, Zahnärzten, Apothekern, Psychotherapeuten und Tierärzten ab. Wo liegen die Ursachen dieser Entwicklung, wie sehen die Folgen für die künftige medizinische Versorgung der Bevölkerung aus und welche neuen Wege müssen beschritten werden? In seiner Begrüßung warf Jürgen Hardt, Präsident der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Hessen, die Fragen auf, die das Bündnis „heilen&helfen“ in den Mittelpunkt des 4. Hessischen Heilberufetages mit dem Titel „Stadt, Land, Flucht – Patienten bald allein zu Haus?“ am 10. März in der Wiesbadener Casinogesellschaft gestellt hatte.

Dass die drohende Unterversorgung in den Regionen und einigen städtischen Gebieten immer deutlicher ins öffentliche Bewusstsein rückt, machte die große Resonanz auf die Veranstaltung deutlich. Rund

160 Besucher waren der Einladung zu dem Heilberufetag gefolgt. Unter der Moderation der Journalistin Bärbel Schäfer diskutierten auf dem Podium vier Vertreter der hessischen Heilberufskörperschaften mit Hessens Sozialminister Stefan Grüttner (CDU). Auch wenn Statistiken in Hessen allgemein noch eine ärztliche Überversorgung ausweisen, gilt diese in vielen Gebieten längst nicht mehr. Und damit nicht genug: Die Heilberufler werden immer älter; so hat nahezu die Hälfte aller niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Hessen das Alter von 50 Jahren bereits überschritten. Bundesweit werden bis zum Jahr 2020 fast 24.000 Hausärzte aus dem Gesundheitssystem ausscheiden. In den Krankenhäusern treten in zehn Jahren bundesweit fast 20.000 Ober- und Chefärzte in den Ruhestand. Ähnliches gilt auch für die Mitglieder der anderen Heilberufskörperschaften.

Auf veränderte Situation einstellen

Die nachrückende Generation mit ihrem steigenden Frauenanteil kann den Bedarf zahlenmäßig nicht ausgleichen. Außerdem

sind die akademischen Heilberufe in den vergangenen Jahren durch Arbeitsverdichtung, Überlastung und mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie unattraktiver geworden. Schäfer, die auch andere Berufspolitiker und Fragen aus dem Publikum in die Diskussion mit einbezog, zitierte eine kürzlich veröffentlichte, repräsentative Infratest-Umfrage, nach der sich derzeit nur fünf Prozent der Ärzte vorstellen können, eine Praxis auf dem Land zu eröffnen. Die Gesellschaft werde sich in Zukunft auf eine veränderte Situation einstellen müssen, erklärte Dr. med. Gerd W. Zimmermann, stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Die heute noch gewohnte, wohnortnahe Versorgung durch Hausärzte und Fachärzte werde künftig so nicht mehr funktionieren. Dies gelte in besonderem Maße für die aufsuchende Versorgung, die kaum mehr zu leisten sein werde.

Obwohl es bei der vertragszahnärztlichen Versorgung im ländlichen Raum derzeit noch keine Lücken gebe, seien doch schon heute Unterschiede in den Versorgungsangeboten sowie Schwierigkeiten bei der Praxisweitergabe registrierbar – und dies mit wachsender Tendenz, erklärte Stephan Allrogen, Vorsitzender des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen. Und Erika Fink, Präsidentin der Landesapothekerkammer Hessen und Präsidentin der Bundesapothekerkammer, sagte voraus, dass dem Ärztemangel möglicherweise ein Apothekenmangel auf dem Land folgen werde. „Mit allen negativen Folgen, die damit für die Patienten verbunden sind.“ Außerdem gab sie zu bedenken, dass durch ständig neue und komplizierte Vorschriften bei der Arzneimittelauswahl und -abrechnung für Apotheken in Stadt und Land eine beträchtliche Mehrarbeit erwachsen sei, die nicht vergütet werde und die ihre Tätigkeit erschwere. „Wie soll ich

den Patienten in meiner Apotheke etwa den ständigen Präparatewechsel erklären?“, fragte Fink. Professor Dr. Alexander Herzog, Präsident der Landestierärztekammer Hessen, fügte hinzu, dass der Mangel an Tierärzten auf dem Land die Gesundheit der Lebensmittel liefernden Tiere und damit die Lebensmittelerzeugung bedrohe: „Hiervon sind letztlich Bewohner von Stadt und Land betroffen.“

Forderung nach Mitbestimmung der Länder

In der derzeitigen Bedarfsplanung würden weder demographische Entwicklung noch Morbidität sachgerecht berücksichtigt, kritisierte Hans Bauer, Vizepräsident der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Hessen. Eine Einschätzung, der Sozialminister Grüttner beipflichtete. In seinem Impulsreferat übte er scharfe Kritik an der Bedarfsplanung des Bundes und forderte eine grundlegende Reform. Die Bedarfsplanung müsse kleinräumiger werden, die Vergütung in unterversorgten Gebieten höher dotiert und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessert werden. Bei einer Reform der Bedarfsplanung sei es vor allem notwendig, die regionale Verantwortung zu stärken. Man könne in Berlin nicht wissen, wann in einem hessischen Kreis eine Versorgungslücke auftrete, argumentierte Grüttner. Er kündigte an, dass Hessen dem GKV-Versorgungsgesetz im Bundesrat nur zustimmen werde, wenn den Ländern im Gemeinsamen Bundesausschuss und in den Landesauschüssen Mitbestimmung über die bedarfsgerechte Versorgung eingeräumt werde (am 6. April haben sich Bund und Länder auf Eckpunkte zum Versorgungsgesetz geeinigt, Anm. d. R.).

Die gesetzliche Bedarfsplanung schränke den Spielraum der Kassenärztlichen Vereinigung ein, stellte Dr. Zimmermann fest.



Staatsminister Stefan Grüttner

Foto: Beate Völker

So würden die Arztzulassungen anhand der Einwohnerzahl in den Planungsgebieten festgelegt, ohne dabei die Altersstruktur und weitere Faktoren zu berücksichtigen. Dies bedeute beispielsweise, dass in einem Gebiet mit vielen älteren und multimorbiden Bürgern nicht mehr Ärzte zugelassen werden könnten, obwohl dies eigentlich erforderlich wäre. Zunächst einmal müssten die Selbstverwaltungskörperschaften „ihre Hausaufgaben machen“, sagte Grüttner. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verfügten angeblich über genügend Mittel, um der Unterversorgung in ländlichen Gebieten entgegen zu wirken. Sein Vorwurf, die Politik müsse jetzt „Feuerwehr spielen“, weil die Selbstverwaltung versagt habe, wurde von den Heilberufskörperschaften entschieden zurückgewiesen. Während Allroggen die Lösung künftiger Versorgungsengpässe als Preisfrage bezeichnete – niedrige Kassenbeiträge könnten nicht mit einer umfassenden und wohnortnahen Versorgung einhergehen machte Zimmermann deutlich, dass das Sozialgesetzbuch V dringend geändert werden müsse. Er forderte Grüttner auf, die Bedarfsplanung aufzuheben: „Dann können wir das Problem lösen.“

Auf persönliches Engagement setzen

Auch Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärzte-

kammer Hessen, wandte sich gegen Schuldzuweisungen an die Selbstverwaltung und sprach sich zugleich gegen weitere Reglementierungen aus. Als freie Berufe müssten Ärzte, Zahnärzte und psychologische Psychotherapeuten ihre Niederlassung weiterhin frei wählen können. Wichtig sei es, junge Menschen wieder dazu zu motivieren, den Arztberuf zu ergreifen. Es müsse wieder Freude machen, Arzt oder Zahnarzt zu sein, ergänzte Dr. Michael Frank, Präsident der Landeszahnärztekammer Hessen. „Voraussetzung dafür ist eine Verbesserung der beruflichen Rahmenbedingungen, Entbürokratisierung und die Möglichkeit, Beruf und Familie miteinander in Einklang zu bringen,“ unterstrich von Knoblauch zu Hatzbach in seinem Schlusswort.

Durch ihr Engagement für eine hochwertige Aus- und Weiterbildung ihres beruflichen Nachwuchses machten sich die Heilberufskörperschaften für den Erhalt der medizinischen Versorgung in Hessen stark. Darüber hinaus bilden wir unsere eigenen Assistenzberufe (Medizinische Fachangestellte und Pharmazeutische Fachangestellte) aus und qualifizieren sie dazu, Aufgaben der Patientenbetreuung in Delegation zu übernehmen. Diagnose und Therapie bleiben damit in ärztlicher Hand.

Von der Politik erwarte er, dass diese weiter zum freien Beruf stehe, auf das persönliche Engagement der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker und Psychotherapeuten setze und Anreize schaffe.

Dass Landflucht kein spezifisches Problem von Ärzten, Zahnärzten, Apothekern, psychologischen Psychotherapeuten und Tierärzten ist, sondern zahlreiche Berufe betrifft, machten die Vertreter der Heilberufskörperschaften deutlich.

Ländliche Regionen verlören insgesamt an Attraktivität, da die notwendige Infrastruktur fehle. Sie bezeichneten die Aufwertung der ländlichen Gebiete als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und forderten die Kommunen dazu auf, neue Konzepte und Angebote mit zu entwickeln, um die Tätigkeit für Heilberufler attraktiver zu machen. Arbeitgeber, Politik und Gesellschaft müssten umdenken lernen, da sich die Berufsrealitäten verändert hätten und gerade junge Berufsangehörige Wert auf



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Foto: Beate Völker

„Work-Life Balance“ legten. Aber auch die Heilberufskörperschaften seien gefragt, fügte Frank hinzu: Gemeinsam mit den Partnern im Gesundheitswesen müssten sie neue innovative Wege und Hilfen der Berufsausübung, z.B. in Berufsausübungsgemeinschaften, aufzeigen. Dies mache eine flexible Gestaltung des Versorgungsauftrags im Rahmen der Bedarfs-/Versorgungsplanung notwendig.

Katja Möhrle

BKK Innovationspreis Gesundheit für Magisterarbeit zum Thema „Männer und Depression“

Wie in jedem Jahr haben die Betriebskrankenkassen Hessen auch wieder im Jahr 2010 den BKK Innovationspreis Gesundheit ausgeschrieben. Für den Themenschwerpunkt „Männergesundheit – Frauengesundheit“ wurden herausragende studentische Arbeiten gesucht, die sich speziell mit den Unterschieden zwischen Männern und Frauen in den Bereichen Gesundheitsversorgung und Prävention beschäftigen.

Das Thema „Männergesundheit“ stehe derzeit „absolut im Fokus“, so der BKK Landesverband Hessen. Und dass es gerade auch im Bereich der geschlechterspezifischen Gesundheitsforschung Nachholbedarf gibt, zeigten die Arbeiten der Preisträger überaus deutlich.

Am 29. März 2011 prämierte der BKK Landesverband die drei besten Arbeiten, die mit insgesamt 5.000 Euro dotiert waren, in der Deutschen Nationalbibliothek in Frankfurt.

Den 1. Platz erreichte Lena Hünefeld mit ihrer Magisterarbeit „Männer und Depression“. Hünefeld, die Soziologie, Deutsche Philologie und Psychologie an der RWTH Aachen University studiert hat, ging in ihrer Arbeit der Frage nach, ob Frauen tatsächlich, wie in der Statistik angegeben, häufiger von Depressionen betroffen sind als Männer oder ob es eine Verzerrung in der Statistik gibt. Hünefeld führte dazu Experteninterviews

mit Psychotherapeuten durch und fand dabei heraus, dass es einen geschlechtsspezifischen Umgang mit Depressionen gibt. Dieser zeige sich sowohl in der Diagnose als auch in der Therapie. Als mögliche Interventionen nannte Hünefeld die Überarbeitung und Erweiterung der klassischen Diagnosekriterien, geschlechtersensible Schulungen für Ärzte und Therapeuten und eine stärkere Thematisierung von Depressionen in der Öffentlichkeit. Die Arbeit von Lena Hünefeld „könnte dazu beitragen, die Stigmatisierung betroffener Männer zu verringern“, so Professor Dr. Ursula Härtel von der Arbeitsgruppe Gesundheitsforschung am Humanwissenschaftlichen Zentrum der Universität München in ihrer Laudatio.

Den 2. Platz erreichte Gabriele Klärs, Universität Bielefeld, mit ihrer Arbeit zum Thema „Genderaspekte und Gesundheitskommunikation“, den 3. Platz erreichte Jens Hoebel, Universität Bremen, mit seiner Arbeit „Gesundheitliche Ungleichheit – Soziale Unterschiede im Wissen um Herzinfarktsymptome“.

Die Arbeiten werden im Herbst 2011 in einer Buchreihe im Mabuse-Verlag veröffentlicht. Für das Jahr 2011 ist der BKK Innovationspreis Gesundheit zu dem Thema „Gesundheit in der Kostenfalle“ ausgeschrieben worden.

Katja Kölsch

Drei Experten – drei Sichtweisen

SOGRO „MANV 500“ in Frankfurt: Erprobung eines neuen Triage-Systems

Gaber W., Sroka M., Latasch L.



SOGRO MANV 500

Das Szenario: Ein Großunfall mit Massen-anfall an Verletzten, einen so genannten MANV, kann es jederzeit geben. Flugzeug-absturz, Unfall oder Anschlag bei Groß-veranstaltungen oder Terroranschläge auf Bahn, Großgebäude oder ganze Regionen. Ein MANV ist gekennzeichnet durch allgemeines Chaos mit einer hohen Anzahl Ver-letzter, einem Informationsdefizit und überforderter Infrastruktur.

Die größte Rettungsübung der letzten Jahr-zehnte in Deutschland fand im Oktober 2010 auf der neuen Landebahn Nordwest am Frankfurter Flughafen statt. Unter der Bezeichnung „SOGRO MANV 500“ übten mehr als 1.200 Einsatzkräfte aus dem ge-samten Rhein-Main-Gebiet und darüber hinaus die Versorgung von mehr als 500 Betroffenen eines schweren Flugunfalls. Es war erstmals in dieser Größenordnung möglich, bestehende Konzepte in Echtzeit zu überprüfen und gleichzeitig ein neues elektronisches Triage-System auf seine Funktionsfähigkeit zu testen.

SOGRO steht für „Sofortrettung bei Groß-schadenslagen“ und ist ein vom Bundes-ministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördertes Projekt im Rahmen der zivilen Sicherheitsforschung. Erforscht und erprobt werden neue Ansätze zur Ver-besserung der Erstversorgung von Unfall-verletzten, der Zusammenarbeit unter-schiedlicher Rettungskräfte sowie der Er-fassung der Situation und ihre Einschät-zung/Bewertung. Federführend für die Übung waren die Stadt Frankfurt am Main und das Deutsche Rote Kreuz der Main-metropole.

Im folgenden Artikel beleuchten drei be-teiligte Experten aus ihrer Sicht den Tag



SOGRO Einsatzleitung

der „SOGRO MANV 500“ in Frankfurt. Das Szenario: Zwei Flugzeuge sind auf der Landebahn Nordwest des Frankfurter Flug-hafens kollidiert, 500 teils schwer verletzte Passagiere und 30 Tote liegen auf dem Gelände verstreut.

MANV Vorsorgeplanung am Flughafen Frankfurt

Dr. med. Walter Gaber, FRAPORT AG

Zur Person

Dr. med. Walter Gaber ist leitender Arzt der Fraport AG am Flughafen Frankfurt. Er ist Arzt für Arbeits-, Notfall- und Umweltmedizin, national und interna-tional als Berater für Flughäfen und Behörden (WHO, ICAO, IATA, ACI, ADV u.a.m.) für die Themen Disastermana-gement und internationale Gesund-heitsvorschriften (IHR) tätig.

Die Fraport AG als Betreiberin des Flugha-fens ist seitens der medizinischen Versor-gung bestens auf die unterschiedlichen Schadensereignisse vorbereitet. Dennoch müssen sich alle Verantwortlichen – Auf-sichtsbehörden, Politiker und Verbands-gemeinden – darüber im klaren sein, dass weder die Fraport AG noch die zuständi-gen Feuerwehren und Hilfsorganisationen alleine ein solches Schadensereignis z.B. einen Flugzeugcrash mit 200 und mehr Schwerverletzten „handeln“ können. Kon-tinuierliches, gemeinsames Training und „Stopp“ von Stellenabbau und Abbau von Transportkapazitäten im Umfeld des Flug-hafens müssen seitens der politisch Ver-antwortlichen sichergestellt werden. Auch die umliegenden Gemeinden müssen sich

offensiv mit den Eventualitäten eines Großschadensereignisses auseinandersetzen und abgestimmte Konzepte erstellen und diese kontinuierlich auf ihre Wirksamkeit in Abstimmung mit dem Flughafen überprüfen bzw. an die sich ändernden Rahmenbedingungen anpassen.

Bei einem derartigen Schadensereignis sind aus notfallmedizinischer Sicht für die Fraport-Mediziner mehrere Punkte bis zum Eintreffen der externen Rettungskräfte bedeutsam:

- Sicherstellung einer schnellstmöglichen notfallmedizinischen Erstversorgung am Schadensort.
- Schnellstmöglicher Aufbau einer medizinischen Infrastruktur für die nachrückenden Rettungskräfte.
- Sichtung der Verletzten nach Schweregraden und hieraus resultierend die Sicherstellung einer qualifizierten notfallmedizinischen Erst-Betreuung.
- Unterstützung von Supportleistungen durch den Flughafen (Bereitstellung von Passagierbussen, Einsatz von Sicherheitspersonal, Einsatz von bis zu 70 Ersthelfern u.a.m.).

Die Fraport AG ist grundsätzlich unter Beachtung der behördlichen Aufgaben und Zuständigkeiten für Notfallereignisse und deren Bewältigung auf dem Flughafen bis zum Eintreffen der externen Kräfte der Stadt Frankfurt verantwortlich und hat entsprechende organisatorische, personelle und materielle Vorkehrungen getroffen. Hierbei ist die rettungsdienstliche und notärztliche Vorhaltung in das Gesamtkonzept der Stadt Frankfurt am Main eingebunden. Dessen ungeachtet werden von der Fraport AG seit vielen Jahren „rund um die Uhr“ ein qualifizierter, funktionsfähiger Rettungs- und Notarztdienst sowie medizinisches Equipment für Großschadensereignisse vorgehalten. Das am Flug-

hafen eingesetzte ärztliche Personal verfügt ausnahmslos über die Qualifikation zum Leitenden Notarzt. Auch auf der nicht-ärztlichen Seite wurden in den letzten Jahren zahlreiche Rettungsassistenten zum OLRD aus- und weitergebildet. Damit sind wir in der einmaligen Lage – noch vor dem Eintreffen der originären Führungsstrukturen aus dem Stadtgebiet Frankfurt –, erste und entscheidende Weichen in gleicher Weise zu stellen, um im Falle des Falles schnellstmöglich alle notwendigen Entscheidungen zeitnah zu treffen und den Betroffenen eine hochwertige notfallmedizinische Versorgung zu gewähren.

Erste Bilanz

Wir konnten unter anderem erstmalig erfolgreich unsere Support-Kräfte (70 Mitarbeiter aus dem Ladebereich) in Realzeit im Einsatz als „Universal“-Unterstützung für den Bereich der Medizin testen, weiterhin die lückenlose Zusammenarbeit aller Flughafeneinsatzkräfte, die uns bei einem Schadensereignis diesen Ausmaßes mit hoher Manpower und dem modernen Flughafen-Equipment vor Ort an der Einsatzstelle unterstützen.

Aus Sicht eines der sechs Moderatoren vor Ort

Dr. med. Michael Sroka,
Kreisverbandsarzt des DRK Frankfurt

Zur Person

Dr. med. Michael Sroka ist Facharzt für Anästhesie-Notfallmedizin und als Kreisverbandsarzt für das DRK Frankfurt tätig. Er ist seit 1989 im Rettungsdienst der Stadt Frankfurt tätig und engagiert sich heute in verschiedensten Gremien. In den letzten Jahren entwickelte und evaluierte er ein neues Notfallkonzept eines kommunalen Krankenhauses und verantwortete medizi-

nisch zahlreiche Großevents. Zusätzlich ist er als medizinischer Berater für die Messe Frankfurt tätig und baut dort eine Veranstaltungs- und Dienstleister übergreifende medizinische Qualitätssicherung auf.

Das SOGRO-Projekt versucht durch den Einsatz moderner Kommunikationsmittel, hier eines Personal Digital Assistant (PDA) zusammen mit farbigen Armbändern mit Funk-Etikett (RFID-Chip), im Rahmen der Vorsichtung/Triage, frühzeitig Informationsketten aufzubauen und damit die medizinische Versorgung zu optimieren. Mit Hilfe dieser übergreifenden Informationsketten zwischen den Beteiligten Einsatzkräften und Führungsstrukturen einerseits und den Krankenhäusern auf der anderen Seite soll dieses Ziel erreicht werden.



Verletztendarsteller

Direkt auf der Landebahn, also mitten im Szenario konnten sich die Moderatoren und zahlreiche Gäste aus dem In- und Ausland von der Funktionsfähigkeit der SOGRO-Vision überzeugen. Die Sichtung erfolgte nach dem START-System. Die Kennzeichnung mittels der farbigen Armbänder inklusive RFID-Chip und die Erfassung durch den PDA, der mit dem SOGRO-Rechenzentrum verbunden ist.

Eine erste Bilanz: Der Einsatz ist so strukturiert abgelaufen, wie es in einem solchen Chaos eben möglich ist. Bereits nach zwölf Minuten waren die ersten Verletzten im

System erfasst und damit auffindbar. Bereits 44 Minuten nach dem Ereignis war das erste Opfer auf dem Weg in ein geeignetes und vorinformiertes Krankenhaus. Nach rund einer dreiviertel Stunde hatten sich die Einsatzkräfte einen Überblick über die komplette Situation verschafft. Diese Informationen dienten hinter den Kulissen der Vorsorgeplanung in den Frankfurter Krankenhäusern. Nach eineinhalb Stunden lag kein Patient mehr an der Unfallstelle und waren 78 Patienten auf dem Weg in die Hospitäler. Gerade das Zusammenspiel aller Beteiligten verlief erstaunlich reibungslos. Das hat es so schnell in dieser Größenordnung noch nie gegeben. Der Tag der SOGRO-Übung war für mich die Geburtsstunde eines elektronisch unterstützten Vorsichtungs-/Triagesystems. Es bleibt abzuwarten, welche weiteren Konsequenzen sich noch ergeben. Zahlreiche weitere Synergien etwa die Einbindung in einen elektronischen Bettennachweis sind denkbar. Ebenso bleibt es spannend, welche medizinischen Daten im Rahmen eines echten MANV wirkliche Bedeutung haben und welche nicht.

„SOGRO 500 und die Ziele“

Professor Dr. med. Leo Latasch

Zur Person

Professor Dr. med. Leo Latasch ist Facharzt für Anästhesie-Notfallmedizin und Projektkoordinator des Deutschen Roten Kreuz, Bezirksverband Frankfurt am Main für das SOGRO-Projekt, das im Rahmen des Programms zur zivilen Sicherheitsforschung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird. Im Amt für Gesundheit ist er als Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ÄLRD) für den Rettungsdienst Stadt Frankfurt am Main zuständig. Darüber hinaus en-

gagiert er sich seit Jahren in der Weiterentwicklung notfallmedizinischer Konzepte, insbesondere für den Massenansturm von Verletzten.

Getestet wurde der Einsatz einer unterstützenden elektronischen Infrastruktur, durch die Patientendaten in Echtzeit sofort nach einer Sichtung zur Verfügung stehen. Die Kennzeichnung und Erfassung der Verletzten erfolgte durch farbige Armbänder mit Funk-Etikett (RFID-Chip). Über ein PDA geben Arzt oder Rettungsassistent Daten über die Verletzungsschwere und Zustand der Vitalfunktionen ein. Die Chip-Daten werden über das Mobilfunknetz oder ein kabelloses Netzwerk an der Einsatzstelle in ein zentrales Computersystem übertragen, auf das Polizei, Leitstellen und Krankenhäuser Zugriff haben. Die übergeordneten Führungsstrukturen wissen somit sofort, wie viele Patienten es gibt, wo sie aufzufinden sind und in welche Kliniken sie transportiert werden. Damit ist eine schnelle Übersicht über Anzahl und Sichtungskategorie von Patienten möglich und erlaubt die bessere Koordinierung und Vorinformation der Kliniken. Überfüllte oder mit bestimmten Fällen überforderte Krankenhäuser gehören künftig der Vergangenheit an. Das SOGRO-Projekt sah zudem vor, vital bedrohte Patienten (Sichtungskategorie Rot) nicht mehr zu einem Behandlungsplatz, sondern sofort in ein Krankenhaus zu bringen. So gehörten zum Transportkonzept insgesamt 90 RTW, die 270 Patienten in 16

Kliniken führen. Die weiteren Ergebnisse lassen eine positive Entwicklung zur logistischen Unterstützung und besseren Koordination des Patiententransportes beim MANV durch Einsatz moderner Informationstechnologie erwarten. Die Übung wurde unter Einhaltung von Realbedingungen bei Nutzung von Sonder- und Wegerechten durchgeführt. Damit waren rund um das Übungsgelände über 450 Fahrzeuge, darunter 210 Fahrzeuge externer Ü-MANV-Einheiten, mit Sondersignalen unterwegs. Die komplette Auswertung der Übung und Erfahrungen mit dem Neukonzept werden im Frühjahr 2011 vorliegen. Das System hat



9. Oktober 2010, Landebahn Nord-West Flughafen Frankfurt am Main

seine Feuertaupe bestanden. Jetzt muss es noch weiter verfeinert werden. Nach meiner Einschätzung könnte neue und alte Technik – also Verletztenanhängerkarte und RFID-Chip – künftig in einem Feldversuch in der Stadt Frankfurt am Main parallel laufen. Und zwar nachdem die durch die Übung gewonnenen Erkenntnisse technisch umgesetzt wurden. So muss z.B. beim Backup-System für den Datentransfer eine weniger aufwändige technische Lösung entwickelt werden.

Korrespondenzadresse

Barbara Goerlich, Frankfurt

Fon: 069 94413018

E-Mail: info@barbara-goerlich.de

Fotos: © Dennis Möbus, Trebur

Zertifizierte Fortbildung VNR 2760602011059850004

Diagnostik und Therapie im vorderen Mediastinum: Ein Up-Date.

Bölükbas S., Kudelin N., Dönges T., Schirren J.

1. Einleitung

Gemäß den anatomischen Gegebenheiten wird das Mediastinum in ein vorderes, mittleres und hinteres Kompartiment eingeteilt. Entsprechend der Anatomie und der Embryologie entstehen in jedem Kompartiment andere Erkrankungen bzw. Tumoren (Abbildung 1). Dieser Artikel soll einen Überblick über die Neuerungen in Diagnostik und Therapie der Erkrankungen des vorderen Mediastinums geben.

2. Die „neuen“ diagnostischen Möglichkeiten im vorderen Mediastinum

a) Die Positronenemissionstomographie (PET)/Computertomographie (CT)-Diagnostik

Die Kombination aus Positronen-Emissions-Tomographie und konventioneller Computer-Tomographie kann als diagnostisches Instrument zur Charakterisierung neu aufgetretener Raumforderungen, zum Staging bei malignen Tumoren und auch

als Kontrollverfahren unter und nach Therapien angewandt werden. Beim Lungenkarzinom und beim Ösophaguskarzinom hat das PET-CT bereits einen hohen Stellenwert [1]. Auch bei Erkrankungen der Thymusdrüse wird zunehmend die PET/CT-Diagnostik angewandt.

Es muss bei seinem Einsatz jedoch beachtet werden, dass der Thymus bereits im gesunden Zustand einen erhöhten (18F)-Fluor-Desoxy-Glucose (FDG)-Umsatz aufweist, so dass nur sehr hohe SUVmax-Werte zur Bestimmung der Malignität von Thymustumoren dienen können [2, 3]. Dieses Verfahren eignet sich somit bei Thymustumoren lediglich zur Detektion von Fernmetasen und Rezidiven nach vorausgegangen Therapien. Die PET-Untersuchung hat beim Staging und Follow-up des Lymphoms mit Primärmanifestation im Mediastinum eine 90 %-ige Sensitivität und 90 %-ige Spezifität [4]. Im weiteren Follow-up kann ein Rezidiv rechtzeitig erkannt und weitere Therapien in die Wege geleitet werden [5]. Mindestens drei Wochen nach der Chemotherapie und zwölf Wo-

chen nach der Radiotherapie müssen jedoch vergangen sein, um keine falsch-positiven Ergebnisse durch die inflammatorischen Vorgänge durch die vorausgegangenen Therapien zu bekommen.

b) Endobronchiale Ultraschalluntersuchung (EBUS) und transbronchiale Nadelaspiration (TBNA)

Der endobronchiale Ultraschall (EBUS) kombiniert mit einer transbronchialen Nadelaspiration (TBNA) ist vor allem bei Lymphomen sehr erfolgreich wenn neben den zytologischen Ausstrichen auch eine immunhistochemische Untersuchung durchgeführt wird (Diagnosesicherheit beider Methoden zusammen >80 %) [6]. Wird zur Probeentnahme eine Forceps-Zange genutzt, kann diese Treffsicherheit nochmals erhöht werden, da durch diese Zange mehr Tumorgewebe gewonnen werden kann [7]. Man muss allerdings beachten, dass auch die Komplikationsrate durch den Einsatz der Zange steigen kann. Insbesondere vor schwerwiegenden Blutungen durch Gefäßverletzungen, Mediastinitis oder Pneumothoraces sei gewarnt.

c) Die transthorakale Punktion

Dieses Verfahren hat nur eine geringe Bedeutung in der Diagnostik des vorderen Mediastinums, da zum Einen die zytologische Unterscheidung zwischen Lymphom, Thymom und anderen Mediastinaltumoren nicht sicher möglich ist und zum Anderen es zum Einreißen der Kapsel kommt und somit die Möglichkeit einer Tumoraussaat besteht [8]. Da es sich nicht mehr um einen vollständig kapsel-begrenzten Tumor (Abbildung 2) handelt und potentiell eine Tumoraussaat ins Mediastinum und Pleuraraum vorliegt, muss ein Thymom, welches präoperativ noch als Stadium I

Abbildung 1: Klassifikation der häufigsten Mediastinaltumore nach Lokalisation

Vorderes Mediastinum	Extragenadale Keinzelltumore Fibrome/Fibrosarkome Lipome/Liposarkome Lymphome Thymome Thymuszysten
Mittleres Mediastinum	Bronchogene Zysten Lymphome Paragangliome Perikardzysten
Hinteres Mediastinum	Neurogene Tumoren (Neurofibrome, Neuroblastome, Schwannome, Maligne Schwannome, etc.) Lipome/Liposarkome Lymphome



Abbildung 2: Tumor im vorderen Mediastinum

Das Computertomogramm des Thorax zeigt einen homogenen, abgekapselten Tumor im vorderen Mediastinum ohne Zeichen einer Infiltration in Nachbarorgane. Hier liegt die Verdachtsdiagnose eines Thymoms vor. Eine Punktion zur histologischen Sicherung ist nicht erforderlich. Vor einer Operation müssen die wichtigsten Differentialdiagnosen extragonadaler Keimzelltumor (Bestimmung der Tumormarker) und Lymphom ausgeschlossen werden.

nach Masaoka klassifiziert werden konnte, nach einer Punktion postoperativ mindestens als Stadium II, eventuell sogar Stadium IV klassifiziert werden.

3. Neuerungen im multimodalen Therapiekonzept der Thymustumore

Bei Tumoren, die im vorderen Mediastinum lokalisiert sind, handelt es sich bei Erwachsenen in über 50 % der Fälle um Thymustumoren [9]. Die neue WHO-Klassifikation von 2004 (Abbildung 3) basiert

auf der Histologie der Thymustumore und korreliert mit dem krankheitsfreiem Intervall, der Rezidivrate und dem Langzeitüberleben [10]. Anhand dessen konnten die einzelnen Faktoren Chirurgie, Chemotherapie und Radiatio in ein für jedes Stadium passendes Konzept gebracht werden.

Das Stadium I nach Masaoka (Abbildung 4) ist Domäne der alleinigen chirurgischen kompletten Resektion. Bereits im Stadium II besteht die Indikation zur adjuvanten Radiatio, um die lokale Tumorkontrolle zu

erhöhen, auch wenn eine komplette Ro-Resektion erreicht worden ist. In den Stadien III und IVa wird die neoadjuvante Radio-/Chemotherapie mit anschließender Resektion eingesetzt. Wright et al. zeigten als erste, dass dieses Vorgehen mit einem Überlebensvorteil (fünf-Jahresüberlebensrate 69 %) für die Patienten vergesellschaftet ist [11]. Lucchi et al. konnten ebenfalls einen Überlebensvorteil nachweisen, allerdings etablierten die Kollegen die neoadjuvante Chemotherapie, gefolgt von der Resektionsbehandlung und adjuvanten Radiatio als Therapiekonzept [12]. Nach wie vor ist also unklar, zu welchem Zeitpunkt die Radiatio durchgeführt werden sollte. Zumal der Nutzen einer adjuvanten Radiatio bei Ro-Resektion nicht bewiesen ist. Die Rezidivrate nach Operation ist mit oder ohne adjuvanter Radiatio gleich. Dies zeigte eine japanische Studie an 1.320 Patienten mit Thymustumoren [13]. Die Rezidive entstehen meist pleural und nicht mediastinal im ehemaligen Operationsgebiet [14].

Bezüglich der Chemotherapie zeichnet sich bei den Thymustumoren, wie auch bei anderen Tumorentitäten, immer mehr die Wichtigkeit der genetischen Untersuchung der Präparate ab. Der Nachweis von EGFR (epidermal-growth-factor-receptor) macht den Einsatz von EGFR-Inhibitoren (z.B. Gefinitib) möglich [15]. Weiterhin wurde eine Überexpression von c-KIT (=c-Stammzellfaktor-Rezeptor) in Thymuskarzinomen entdeckt [16]. Jedoch ist der Nachweis einer Wirksamkeit vom spezifischen Hemmstoff Imatinib in prospektiven Studien noch nicht belegt [17].

Allerdings bleibt natürlich auch eine angepasste Chemotherapie nicht ohne Wirkungen und kann vor allem im neoadjuvanten Konzept zu erhöhten postoperativen Komplikationen, insbesondere pulmonal führen.

Abbildung 3: WHO-Klassifikation der Thymustumore (2004)

Typ	Beschreibung
A	Medulläres Thymom, Spindelzellthymom
AB	Thymom vom Mischtyp
B1	Vorherrschend kortikales Thymom
B2	Kortikales Thymom
B3	Gut differenziertes Thymuskarzinom
C	Nichtorganotypische Thymustumoren oder Thymuskarzinome

4. Neuerungen in der Resektion von fortgeschrittenen Thymustumoren und Rezidiven

Die Voraussetzungen für eine signifikant bessere Überlebenschance bei höheren Tumorstadien ist die komplette Resektion im Rahmen des multimodalen Therapiekonzeptes. Es gibt keinen statistisch signifikanten Unterschied in Bezug auf das Langzeitüberleben zwischen inkompletter Resektion und lediglich einer diagnostischen Punktion ohne weitere chirurgische Resektion [18]. Folglich bleibt das Ziel in den Stadien III und IVa nach Masaoka (Abbildung 4) ebenfalls die komplette chirurgische Resektion.

In 26 % der Fälle finden sich in diesen Stadien Lymphknotenmetastasen, so dass die Resektion durch eine Lymphknotendissektion komplettiert werden muss. Bei Thymomen hat die Lymphknotendissektion insbesondere beim Typ C nach der WHO-Klassifikation, neben dem diagnostischen auch einen therapeutischen Effekt in Bezug auf verlängertes Langzeitüberleben [19].

Die Stadien III und IVa sind definiert durch Infiltration in angrenzende Organe bzw. durch pleurale und/oder perikardiale Tumoraussaat. Dies macht die komplette Resektion dementsprechend schwierig und kann komplexe Operationen mit Gefäßresektionen, Zwerchfell- und Brustwandresektionen, sowie Rekonstruktionen bzw. auch einzeitig kombinierte Operationen (Sternotomie kombiniert mit Thorakotomie) erforderlich machen um eine komplette Tumorsektion zu ermöglichen [20].

Im Stadium IVa können einzelne Pleurametastasen im Rahmen der Mediastinaltumorsektion mitreseziert werden. Bei

Abbildung 4: Masaoka-Stadieneinteilung

Stadium	Beschreibung
I	Makroskopisch komplett Kapsel-begrenzter Tumor. Mikroskopisch keine Kapselinfiltration.
II	Makroskopisch nachweisbare Tumordinvasion in das parathymische (mediastinale) Fettgewebe oder in die mediastinale Pleura, oder mikroskopisch nachweisbare Kapselinfiltration.
III	Makroskopisch nachweisbare Infiltration angrenzender Organe, z.B. Perikard, Lunge, große Gefäße.
IVa	Pleurale und/oder perikardiale Tumordissemination.
IVb	Lymphogene und/oder hämatogene Tumorpropagation.

einer disseminierten Metastasenbildung auf der Pleura konkurrieren analog wie bei einem malignen Pleuramesotheliom die radikale Pleurektomie mit der erweiterten Pleuropneumonektomie [21]. Bei selektierten Patienten können nach einer erweiterten Pleuropneumonektomie bei niedriger Morbidität und Mortalität gute Langzeitergebnisse erreicht werden [20, 22]. Jedoch ist es fraglich, ob bei derart kleinen Tumorsicherheitsabständen zur Brustwand und thorakalen Organen hin eine Pneumonektomie mit ihren Folgen für den Patienten gerechtfertigt ist. Eine radikale Pleurektomie mit Resektion der viszeralen und parietalen Pleura unter Organerhalt der Lunge kann auch zur kompletten Resektion herangezogen werden [21].

Rezidive sind bei Thymomen häufig und treten ca. 5 1/2 Jahre nach der Erstdiagnose auf [9]. Die Rezidivrate reicht bei Thymomen von 4 % (Masaoka-Stadium I) über 14 % (Stadium II) und 26 % (Stadium III) bis zu 46 % (Stadium IV) [13]. Werden die Thymome nach der WHO-Klassifikation eingeteilt, rezidivieren Thymome Typ A und AB nicht. Rezidive reichen hier von 8 % (Typ B1 und B2) über 27 % (Typ B3) bis zu 50 % (Typ C) [23]. Das Rezidiv zeigt sich meist als pleurale Aussaat auf der voroperierten Seite. Fernmetastasen und Tumor-

manifestation auf der Gegenseite sind hingegen selten [19]. Die Therapie der Wahl beim Rezidiv ist die Resektion, die sowohl der Chemotherapie, als auch der Strahlentherapie bezüglich des Langzeitüberlebens überlegen ist. Rezidiv-Eingriffe sind mit niedriger Morbidität und Mortalität verbunden. Das Langzeitüberleben wird verbessert und paraneoplastische Syndrome verringert [9, 13]. Natürlich erreicht man durch die Resektion nur eine lokale Kontrolle des Rezidivs, eine additive Chemotherapie ist unerlässlich, wobei beim Rezidiv Ansprechraten auf systemische Chemotherapien von 31 % vermerkt werden [24].

5. Minimal-invasive Chirurgie: die Zukunft?

Für maligne Erkrankungen des Mediastinums ist die komplette Resektion des Tumors in No-touch-Technik der Hauptpfeiler der Therapie [25]. Daher kommt die minimal-invasive Chirurgie als Behandlungsweg bei diesen Erkrankungen nicht infrage, da hierbei die Kapsel des Tumors verletzt und somit eine Tumoraussaat verursacht werden kann. Die Domäne der minimal-invasiven Chirurgie sind also benigne mediastinale Erkrankungen (z.B. Myasthenia gravis ohne Thymomnachweis) bei denen so die sonst erforderliche Sternotomie umgangen werden kann.

Ein Operationsverfahren ist die videoassistierte Thorakoskopie (VATS). Wie alle minimal-invasiven Operationstechniken ist sie mit niedrigem Blutverlust [26,27], verkürzter Krankenhausaufenthaltsdauer [26, 28, 29], besseren kosmetischen Ergebnissen, schnellerer Rekonvaleszenzzeit, niedrigerem Schmerzmittelbedarf, niedrigerer Morbidität und Mortalität vergesellschaftet [28, 30, 31]. Der Nachteil ist, dass insbesondere bei der minimal-invasiven Chirurgie die Resektion der Gegenseite schwierig ist und verstreute Thymuszellen im mediastinalen und perikardialen Fettgewebe verbleiben können [32]. Darüber hinaus liegen Langzeitergebnisse in Bezug auf mittel- bis langfristigen Remissionsraten bei Myasthenia gravis nicht abschließend vor. Die Remissionsraten nach VATS-Thymektomien variieren von lediglich 15 % nach 24 Monaten bis 22,2 % nach 69 Monaten [28, 29].

Die Präparation des vorderen Mediastinums über eine zwei-dimensionale Darstellung des Operationsgebietes in einem engen drei-dimensionalen Raum mit großen Gefäßen und wichtigen Nerven wird durch die starren VATS-Instrumente mit ihrer eingeschränkten Anwendung erschwert, ebenso der Zugang zu den oberen Thymushörnern und zum perithymischen Fett des kontralateralen Hemithorax [32]. Eine Weiterentwicklung ist die VATS mit Unterstützung durch den DaVinci®-Roboter. Durch ihn ist es möglich, Instrumente um 360° innerhalb des Thorax zu drehen [32, 33]. So ist möglicherweise eine Verbesserung der Radikalität zu erreichen und somit auch die

Langzeitergebnisse zu verbessern [34]. Allerdings fehlt auch bei Einsatz des Roboters, wie bei allen anderen minimal-invasiven Operationsverfahren, die taktile Rückkopplung des Chirurgen um den Tumor und den umliegenden Situs und eventuelle Infiltrationen zu beurteilen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist noch die Tatsache, dass mindestens zwei erfahrene Thoraxchirurgen für die Anwendung der Robotertechnik erforderlich sind. Ein Thoraxchirurg arbeitet unsteril an der DaVinci-Bedieneinheit, während ein weiterer erfahrener Thoraxchirurg steril und eingriffsbereit für eventuell auftretende Komplikationen am Patienten stehen muss, um die Roboter-einheit aus dem Patienten zu entfernen und sofort den Brustkorb eröffnen muss [35]. Und natürlich stehen auch hier die Langzeitergebnisse noch aus.

6. Zusammenfassung

Das PET/CT ist bei Mediastinaltumoren ein sehr sensitives Verfahren zur Diagnose von Rezidiven und Fernmetastasen, jedoch nicht zur Primärdiagnostik. Die neue WHO-Klassifikation korreliert sowohl mit dem krankheitsfreien Intervall als auch mit Langzeitüberleben und Rezidivrate bei Thymustumoren. Die histologische Sicherung von Mediastinaltumoren, die nach radiologischen Kriterien als abgekapselte Thymome imponieren, sollte wegen der möglichen Zellverschleppung nicht angestrebt werden. Durch multimodale Therapiekonzepte unter Einbeziehung der Chirurgie können auch in fortgeschrittenen Stadien und Rezidiven der Thymustumoren gute Langzeitergebnisse erreicht werden. Die komplette chirurgische Resek-

tion muss eine mediastinale Lymphknotendissektion beinhalten, da in 26 % der Fälle mediastinale Lymphknotenmetastasen vorliegen. Die Lymphknotendissektion hat hierbei neben dem diagnostischen auch einen therapeutischen Effekt. Gegenwärtig können lediglich die Kurzzeitergebnisse wie Mortalität und Morbidität bei den minimal-invasiven Operationstechniken bewertet werden. Die Langzeitergebnisse müssen bei der langsamen Biologie der Thymustumore abgewartet werden.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Servet Bölükbas

Klinik für Thoraxchirurgie

(Direktor: Professor Dr. med.

Joachim Schirren)

Dr. Horst Schmidt Klinik

Ludwig-Erhard-Straße 100

65199 Wiesbaden

Tel: 0611 433-132, Fax: 0611 433-135

E-Mail: Dr.Bolukbas@gmx.de

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

Einsendeschluss ist der 25. Mai 2011

Die **Literaturhinweise** finden Sie auf unserer Homepage www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“

Literatur zum zertifizierten Fortbildungsbeitrag VNR 2760602011059850004

Diagnostik und Therapie im vorderen Mediastinum: Ein Up-Date

(Hessisches Ärzteblatt 5/2011, Seite 289)

- [1] Facey K, Bradbury I, Laking G, et al. Overview of the clinical effectiveness of positron emission tomography imaging in selected cancers. *Health Technol. Assess* 2007;11(44): iii-iv, xi-267.
- [2] Fernidand B, Gupta P, Kramer EL. Spectrum of thymic uptake at 18F-FDG PET. *Radiographics* 2004; 24(6):1611-6.
- [3] Endo M, Nakagawa K, Ohde Y, et al. Utility of (18)FDG-PET for differentiation the grade of malignancy in thymic epithelial tumors. *Lung Cancer* 2008; 61(3):350-5.
- [4] Judenhofer MS, Wehl HF, Newport DF, et al. Simultaneous PET-MRI: a new approach for functional and morphological imaging. *Nat Med* 2008; 14(4):459-65.
- [5] Cheson BD, Pfistner B, Juweid ME, et al. Revised response criteria for malignant lymphoma. *J Clin Oncol* 2007; 25(5):579-86.
- [6] Kennedy MP, Jimenez CA, Bruzzi JF, et al. Endobronchial Ultrasound Guided Transbronchial Needle Aspiration in the Diagnosis of Lymphoma. *Thorax* 2008; 63:360-365.
- [7] Herth FJF, Morgan RK, Eberhardt R, Ernst A. Endobronchial Ultrasound-Guided Minipore Biopsy in the Biopsy of Subcarinal Masses in Patients with Low Likelihood of Non-Small Cell Lung Cancer. *Ann. Thorac. Surg.* 2008; 85:1874-1878.
- [8] Assad MW, Pananowitz L, Otis CN. Diagnostic accuracy of image-guided percutaneous fine needle aspiration biopsy of the Mediastinum. *Diagn Cytopathol* 2007; 35: 705-9.
- [9] Detterbeck FC, Parsons AM. Thymic tumors. *Ann. Thorac. Surg.* 2004; 77:1860-1869.
- [10] Müller-Hermelink HK, Strobel P, Zetti A, et al. Combined thymic epithelial tumors. In: Travis WD, Brambilla E, Müller-Hermelink HK (eds). *Pathology and genetics: tumors of the lung, pleura, thymus, and heart (WHO classification of tumors)*. Lyon, France: IARC Press; 2004, p.196-201.
- [11] Wright CD, Choi NC, Wain JC, Mathisen DJ, Lynch TJ, Fidias P. Induction chemoradiotherapy followed by resection for locally advanced Masaoka stage III and IVA thymic tumors. *Ann Thorac Surg* 2008; 85:385-9.
- [12] Lucchi M, Davini F, Ricciardi R, Duranti L, Boldrini L, Palmiero G, Basolo F, Mussi A. Management of pleural recurrence after curative resection of thymoma. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 2009; 137:1185-1189.
- [13] Kondo K, Monden Y. Therapy for thymic epithelial tumors: a clinical study of 1,320 patients from Japan. *Ann Thorac Surg* 2003; 76: 878-84.
- [14] Wright CD, Choi NC, Wain JC, Mathisen DJ, Lynch TJ, Fidias P. Induction chemoradiotherapy followed by resection for locally advanced Masaoka stage III and IVA thymic tumors. *Ann Thorac Surg* 2008; 85:385-9.
- [15] Yamaguchi H, Soda H, Kitazaki T, et al. Thymic carcinoma with epidermal growth factor receptor gene mutations. *Lung Cancer* 2006; 52:261-2.
- [16] Pan CC, Chen PCH, Chiang H. KIT (CD117) is frequently overexpressed in thymic carcinomas but is absent in thymomas. *J Pathol* 2004; 202:375-81.
- [17] Ströbel P, Hartmann M, Jakob A, et al. Thymic carcinoma with overexpression of mutated KIT and the response to Imatinib. *N Engl J Med* 2004; 350:2625-6.
- [18] Rea F, Marulli G, Girardi R, et al. Long-term survival and prognostic factors in thymic epithelial tumours. *Eur J Cardiothorac Surg* 2004; 26:412-8.
- [19] Kondo K, Monden Y. Lymphogenous and hematogenous metastasis of thymic epithelial tumors. *Ann Thorac Surg* 2003; 76:1859-64.
- [20] Huang J, Rizk NP, Travis WD, Seshan VE, Bains MS, Dycoco J, Downey RJ, Flores RM, Park BJ, Rusch VW. Feasibility of multimodality therapy including extended resections in stage IVA thymoma. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 2007; 134:1477-1484.
- [21] Bölükbas S, Manegold C, Eberlein M, Bergmann T, Fisseler-Eckhoff A, Schirren J. Survival after trimodality therapy for malignant pleural mesothelioma: Radical Pleurectomy, chemotherapy with Cisplatin/Pemetrexed and radiotherapy. *Lung Cancer* 2009, doi: 10.1016/j.lungcan.2009.08.019.
- [22] Wright CD. Pleuropneumonectomy for the treatment of Masaoka stage IV thymoma. *Ann Thorac Surg* 2006; 82:1234-9.
- [23] Wright CD, Wain JC, Wong DR, Donahue DM, Gaisert HA, Grillo HC, Mathisen DJ. Predictors of recurrence in thymic tumors: Importance of invasion, World Health Organization histology, and size. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2005;130:1413-1421.
- [24] Giaccone G, Wilbanks H, Paul MA, van der Valk P. Systemic treatment of malignant thymoma: a decade experience at a single institution. *Am J Clin Oncol.* 2006; 29:336-44.
- [25] Wang LS, Huang MH, Lin TS, et al. Malignant thymoma. *Cancer* 1992; 70:443-50.
- [26] Wagner AJ, Cortes RA, Strober J, et al. Long-term follow-up after thymectomy for myasthenia gravis: thoracoscopic vs. open. *J Pediatr Surg.* 2006; 41:50-4.
- [27] Hiratsuka M, Iwasaki A, Shirakusa T, et al. Role of videoassisted thoracic surgery for the treatment of myasthenia gravis: extended thymectomy by median sternotomy versus the thoracoscopic approach with sternal lifting. *Int Surg* 2006; 91:44-51.
- [28] Tomulescu V, Ion V, Kosa A, Sgarbura O, Popescu I. Thoracoscopic thymectomy mid-term results. *Ann Thorac Surg* 2006; 82:1003-1008.
- [29] Manlulu A, Lee TW, Wan I, Law CY, Chang C, Garzon JC, Yim A. Video assisted thoracic surgery thymectomy for nonthymomatous myasthenia gravis. *Chest* 2005; 128:3454-3460.
- [30] Chang PC, Chou SH, Kao EL, et al. Bilateral video-assisted thoracoscopic thymectomy vs. extended transsternal thymectomy in myasthenia gravis: a prospective study. *Eur Surg Res* 2005; 37:199-203.
- [31] Augustin F, Schmid T, Sieb M, Lucciarini P, Brodner J. Video-Assisted Thoracoscopic Surgery versus Robotic-Assisted Thoracoscopic Surgery Thymectomy. *Ann Thorac Surg* 2008; 85:768-771.
- [32] Rea F, Marulli G, Bortolotti L, Feltracco P, Zuin A, Sartori F. Experience with the da Vinci robotic system for thymectomy in patients with myasthenia gravis: report of 33 cases. *Ann Thorac Surg* 2006; 81:455-459.
- [33] Brodner J, Wykypiel H, Wetscher G, Schmid T. First experiences with the da Vinci operating robot in thoracic surgery. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2004; 25:844-51.
- [34] Rückert JC, Ismail M, Swierzy M, Sobel H, Rogalla P, Meisel A, Wernecke KD, Rückert RI, Müller JM. Thoracoscopic thymectomy with the daVinci robotic system for myasthenia gravis. *Ann N Y Acad Sci, Jan* 2008; 1132: 329-35.
- [35] Demmy TL, James TA, Swanson SJ, McKenna RJ Jr, D'Amico TA. Troubleshooting VATS lobectomy. *Ann Thorac Surg.* 2005; 79:1744-53.

Multiple Choice-Fragen (Nur eine Antwort ist richtig)

? 1.) Welche Aussage zu dem Thymomen trifft zu?

- a) Rezidive treten bei Thymomen im Masaoka-Stadium I nicht auf.
 - b) Nach WHO zeigen Thymome Typ A und B eine 20 %-ige Rezidivrate.
 - c) Patienten mit Thymomen Typ C nach WHO haben eine Rezidivwahrscheinlichkeit von ca. 50 %.
 - d) Rezidive bei Thymomen manifestieren sich meist als Pleurametastasen.
 - e) Knochenmetastasen sind die häufigste Form von Rezidiven bei Thymomen.
1. Alle Aussagen zutreffend.
 2. Aussagen b und c treffen zu.
 3. Aussagen c und d treffen zu.
 4. Nur Aussage d trifft zu.
 5. Keine Aussage trifft zu.

? 2.) Welche Aussage trifft zu?

1. 30 Prozent der Tumore im vorderen Mediastinum sind Thymustumore.
2. Eine adjuvante Radiatio ist in jedem Stadium indiziert.
3. Der Stellenwert und Zeitpunkt der Radiatio (neoadjuvant, adjuvant) ist wissenschaftlich nicht abschließend geklärt.
4. Eine neoadjuvante Radiatio ist ab Stadium II indiziert.
5. Multimodale Therapiekonzepte haben bei Mediastinaltumoren keinen Stellenwert.

? 3.) Welche Aussage trifft nicht zu?

1. Das Ziel in den Stadien III und IVa ist ebenfalls die komplette chirurgische Resektion verbunden mit einer mediastinalen Lymphknotendissektion.
2. Bei Thymomen Typ C nach der WHO-Klassifikation, hat die Lymph-

knotendissektion neben dem diagnostischen auch einen therapeutischen Effekt.

3. In den Stadien III und IVa finden sich in 26 % der Fälle mediastinale Lymphknotenmetastasen.
4. Perikardiale Metastasen stellen per se keine Kontraindikation für eine Operation dar.
5. Pleurale Metastasen stellen eine absolute Kontraindikation für die Chirurgie dar.

? 4.) Welche Aussagen treffen zu?

- a) Eine Überexpression von EGFR kann auch bei Thymustumoren vorkommen.
 - b) Bei Rezidiven stellt das operative Vorgehen lediglich eine lokale Maßnahme dar.
 - c) Eine Chemotherapie hat keinen Stellenwert bei fortgeschritten Tumorstadien.
 - d) Hypertherme, intrapleurale Chemotherapien und trans-arterielle Chemotherapien über die Interkostal- und subphrenischen Arterien sind die wichtigsten Bestandteile der Lokaltherapie bei Pleurametastasen.
 - e) Liegt eine disseminierte Metastasenbildung auf der Pleura vor, so konkurriert analog wie bei einem malignen Pleuramesotheliom die radikale Pleurektomie mit der erweiterten Pleuropneumonektomie.
1. Aussagen c und d treffen zu.
 2. Aussagen a, b und e treffen zu.
 3. Alle Aussagen zutreffend.
 4. Nur Aussage e trifft zu.
 5. Keine Aussage trifft zu.

? 5.) Welche Aussagen zur Masaoka-Stadieneinteilung treffen zu?

- a) Stadium I beinhaltet makroskopisch kapsel-begrenzte Tumore

mit mikroskopischer Kapselinfiltration.

- b) Bei Infiltration von angrenzenden Organen des Mediastinums liegt Stadium IV vor.
 - c) Pleurale und/oder perikardiale Tumordissemination definieren das Stadium IVb.
 - d) Makroskopisch nachweisbare Tumordinvasion in das parathymische (mediastinale) Fettgewebe oder in die mediastinale Pleura kennzeichnet das Stadium III.
 - e) Masaoka-Stadium II entspricht WHO-Klassifikation AB.
1. Nur Aussage a trifft zu.
 2. Alle Aussagen treffen zu.
 3. Aussagen b, c und d treffen zu.
 4. Aussagen a und b treffen zu.
 5. Keine Aussage trifft zu.

? 6.) Welche Aussage trifft nicht zu?

1. Die neue WHO-Klassifikation aus dem Jahre 2004 spiegelt das biologische Verhalten des Tumors wider.
2. Die neue Klassifikation korreliert sowohl mit dem krankheitsfreien Intervall, als auch mit der Rezidivrate und Langzeitüberleben bei Thymustumoren.
3. Typ B3 nach der neuen WHO-Klassifikation beinhaltet gut differenzierte Thymuskarzinome.
4. In Bezug auf die WHO-Klassifikation rezidivieren Thymome Typ A und AB zu 25 %.
5. Je nach WHO-Klassifikation der Thymome variieren Rezidive zwischen 8 % und 50 %.

? 7.) Welche Aussage trifft nicht zu?

1. Beim Staging und Follow-up von Lymphomen zeigt die PET eine

90 %-ige Spezifität und Sensitivität.

2. Die PET-Untersuchung hat einen hohen Stellenwert bei Thymustumoren zur Detektion von Fernmetastasen und Rezidiven.
3. Von radiologischen Kriterien her eindeutige, abgekapselte Thymome sollten nicht punktiert werden.
4. Der Thymus zeigt physiologisch einen erhöhten FDG-Uptake.
5. Die PET-Untersuchung hat einen hohen Stellenwert bei der Primärdiagnostik der Thymustumore.

? 8.) Der VATS-Zugang zeigt folgende Vorteile im Vergleich zu offen-chirurgischen Verfahren:

- a) Die Morbidität und Mortalität sind niedriger.
- b) Eine höhere Radikalität kann erreicht werden.
- c) Die kosmetischen Ergebnisse sind besser.
- d) Der VATS-Zugang ermöglicht einen besseren Zugang zu den oberen Thymushörnern und zum perithymischen Fett des kontralateralen Hemithorax.

e) Das Langzeitüberleben ist signifikant besser.

1. Nur Aussage a trifft zu.
2. Nur Aussage b trifft zu.
3. Nur Aussagen a und c treffen zu.
4. Nur Aussagen b und d treffen zu.
5. Nur Aussage d trifft zu.

? 9.) Welche Aussagen treffen zu?

- a) Bei Thymomen sind Fernmetastasen und Tumormanifestation auf der Gegenseite eher die Ausnahme.
- b) Neoadjuvante Therapien bei Thymomen im Masaoka-Stadium III und IVa können mit einer erhöhten postoperativen Morbidität und Mortalität einhergehen.
- c) Zur En-bloc-Mediastinaltumorsektion kann eine mediane Sternotomie gefolgt von einer posterolateralen Thorakotomie zur Resektion von infiltrierten Gefäßen, Lunge, Brustwand und Zwerchfell erforderlich sein.
- d) Thymome rezidivieren selten.
- e) Bei Thymomen in Stadium IV liegt eine absolute technische und onkologische Inoperabilität vor.

1. Nur Aussage d trifft zu.
2. Keine Aussage trifft zu.
3. Aussagen a, b und c treffen zu.
4. Alle Aussagen treffen zu.
5. Nur Aussage c trifft zu.

? 10.) Welche Aussage trifft nicht zu?

1. Eingriffe mit dem DaVinci®-Roboter sind kostengünstige Alternativen zu offen-chirurgischen Verfahren.
2. Der DaVinci®-Roboter zeigt eine Vielzahl von Einsatzmöglichkeiten im Bereich der Lungenresektionen, Ösophagusresektion und anderen thoraxchirurgischen Eingriffen.
3. Die fehlende taktile Rückkopplung des Chirurgen ist ein wesentlicher Nachteil der Robotertechnik.
4. Bei den minimal-invasiven Operationstechniken können gegenwärtig nur die Kurzzeitergebnisse wie Mortalität und Morbidität beurteilt werden.
5. Bei Eingriffen mit dem DaVinci®-Roboter sind mindestens zwei erfahrene Thoraxchirurgen erforderlich.

Malnutrition und Gebrechlichkeit (frailty) im höheren Lebensalter

Rupert Püllen, Ariane Zinke

Medizinische Probleme stellen sich im höheren Lebensalter oft ganz anders dar als im mittleren Lebensalter. Ein gutes Beispiel für diese Tatsache bilden ernährungsassoziierte Erkrankungen: Während bei Personen mittleren und jüngeren Lebensalters die Probleme durch zu große Kalorienzufuhr dominieren, ist es im höheren Lebensalter genau umgekehrt; hier dominiert die Malnutrition im Sinne von zu geringer Nahrungszufuhr. Auch die prognostische Bedeutung eines erhöhten Körpergewichts, gemessen als Body-Mass-Index (BMI), ändert sich mit zunehmendem Alter. Bei älteren Patienten geht ein erhöhter BMI oft mit einer besseren Lebenserwartung einher als ein BMI von 22-24 kg/m². So haben adipöse Patienten bei akuten Erkrankungen, beispielsweise bei Verschlechterung einer Herzinsuffizienz, eine geringere Mortalität als normgewichtige Personen. Für diese Beobachtung wurde der Begriff „Adipositasparadox“ geprägt [3].

Malnutrition im höheren Lebensalter ist häufig und folgenreich. Sie geht einher mit funktionellen Defiziten, mit erhöhter Inanspruchnahme medizinischer Ressourcen und mit erhöhter Morbidität und Mortalität. Dennoch wird sie oft nicht diagnostiziert. Ein Grund ist die fehlende allgemein akzeptierte und im klinischen Alltag anwendbare Definition einer Malnutrition. Der Body-Mass-Index eignet sich bei älteren Patienten aufgrund osteoporosebedingter abnehmender Körperlänge nach Wirbelkörperfrakturen nicht, um über das Vorliegen einer Malnutrition zu entscheiden.

Eine weitere Ursache für die zu seltene Diagnose Malnutrition liegt in der Fehleinschätzung, eine Abnahme des Körpergewichts und eine Verminderung der Nahrungsaufnahme mit der Folge eines funktionellen Abbaus gehören zum physiologischen Alterungsprozess. Mit dieser An-

nahme besteht die große Gefahr, Malnutrition als „Altersschwäche“ zu deuten und deshalb auf Untersuchungen und therapeutische Interventionen zu verzichten. Eine rasche Gewichtsabnahme, z.B. von fünf % des Körpergewichtes innerhalb von sechs Monaten, ist niemals Ausdruck eines physiologischen Alterns; eine solche Gewichtsabnahme lässt auch im hohen Lebensalter stets an Erkrankungen oder andere Ursachen denken. So haben Männer, die

mehr als fünf % ihres Körpergewichts verlieren, eine um mehr als 80 % höherer Mortalität als Männer, deren Gewicht stabil bleibt [5].

Malnutrition lässt sich im weitesten Sinne definieren als Ungleichgewicht zwischen Nahrungsaufnahme und Nahrungsverbrauch; sie wird im engeren Sinne meist verstanden als ein Mangel an Kalorien, Proteinen, essentiellen Fettsäuren, Vitaminen

Tabelle 1

Mini-Nutritional-Risk-Screening (NRS)

Vorscreening

- Ist der Body-Mass-Index < 20,5 kg/m²? ☐ ja ☐ nein
- Hat der Patient in den vergangenen 3 Monaten an Gewicht verloren? ☐ ja ☐ nein
- War die Nahrungszufuhr in der vergangenen Woche vermindert? ☐ ja ☐ nein
- Ist der Patient schwer erkrankt? (z.B. Intensivtherapie?) ☐ ja ☐ nein

→ Wird eine dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet, wird mit dem Hauptscreening fortgefahren

→ Werden alle Fragen mit „Nein“ beantwortet, wird der Patient wöchentlich neu gescreent.

Hauptscreening

Störung des Ernährungszustands

	Punkte
Keine	0
Mild Gewichtsverlust > 5 % / 3 Mo. oder Nahrungszufuhr < 50-75 % des Bedarfs in der vergangenen Woche	1
Mäßig Gewichtsverlust > 5 % / 2 Mo. oder BMI < 18,5	2
Schwer Gewichtsverlust > 5 % / 1 Mo. (> 15 % / 3 Mo) oder BMI < 18,5 kg/m ² und reduzierter Allgemeinzustand oder Nahrungszufuhr 0-25 % des Bedarfs in der vergangenen Woche	3

Krankheitsschwere

	Punkte
Keine	0
Mild z.B. Schenkelhalsfraktur, chronische Erkrankungen besonders mit Komplikationen: Leberzirrhose, COPD, chronische Hämodialyse, Diabetes mellitus, Malignom	1
Mäßig z.B. große Bauchchirurgie, Schlaganfall, schwere Pneumonie, hämatologische Krebserkrankung	2
Schwer z.B. Kopfverletzung, Knochenmarkstransplantation, intensivpflichtige Patienten (APACHE-II > 10)	3

+ 1 Punkt, wenn Alter ≥ 70 Jahre

≥ 3 Punkte Ernährungsrisko liegt vor, Erstellung eines Ernährungsplanes
< 3 Punkte wöchentlich wiederholtes Screening

und Mineralstoffen. Die Diagnose einer Malnutrition stützt sich neben der klinischen Untersuchung und der Anamnese auf Assessment-Instrumente. Besondere Bedeutung kommt dem Mini-Nutritional-Assessment (MNA) zu. Dieser Test wurde 1989 entwickelt und ist sehr gut validiert [7]. Im klinischen Alltag noch einfacher durchführbar, dafür allerdings weniger spezifisch, ist das Mini-Nutritional-Risk-Screening (NRS), das in Tabelle 1 vorgestellt wird. Auch klinisch-chemische Parameter können auf eine Malnutrition weisen, so eine Hypalbuminämie, ein Gesamt-Cholesterin von <160 mg/dl oder eine Lymphozytopenie von $<1800/\mu\text{l}$.

Die Angaben zur Prävalenz der Malnutrition schwanken in Abhängigkeit von den benutzten Messmethoden und der untersuchten Population. Generell gilt: Die Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter. Besonders gefährdet sind ältere Personen, die in Heimen leben, oder die in stationärer Behandlung sind; Krankenhauspatienten sind bereits bei Aufnahme bis zu 55 % unterernährt [6]. Dabei nimmt mit der Länge eines Krankenhausaufenthalts auch das Risiko einer Malnutrition zu. Da eine Malnutrition dem Patienten meist keine direkten Beschwerden bereitet und während des Krankenhausaufenthalts meist andere akutmedizinische Probleme im Vordergrund stehen, bleibt eine Malnutrition oft unentdeckt und unbehandelt.

Am Beispiel der Malnutrition lässt sich exemplarisch geriatrische Diagnostik demonstrieren. Da medizinische Probleme im höheren Lebensalter meist nicht monokausal bedingt sind, sondern viele Teilursachen haben, muss die Diagnostik einer Malnutrition viele Aspekte aufspüren. Vor allem darf sie sich nicht auf die Suche nach Krankheiten beschränken. Denn wie bei anderen Problemfeldern des höheren Le-

bensalters tragen nicht nur Krankheiten zur Entstehung bei. Oft spielen altersphysiologische Veränderungen eine Rolle, hinzu kommen iatrogene Ursachen und psychosoziale Gründe. Diese vier Bereiche sind grundlegend für geriatrische Diagnostik. Faktoren aus diesen Bereichen tragen zur Entstehung typischer geriatrischer Probleme bei, so beispielsweise zu Stürzen, zu

akuter Verwirrtheit und auch zu einer Malnutrition. Wie dies bei der Malnutrition konkret aussieht, zeigt Tabelle 2.

Ähnlich breit wie die Diagnostik muss auch die Therapie einer Malnutrition sein. Grundsätzlich umfasst die Therapie einer Malnutrition stets zwei Aspekte: Zum einen müssen auslösende Teilursachen behandelt werden wie beispielsweise ein schlechtes Gebiss oder eine Depression. Zum anderen ist für eine ausreichende Zufuhr von erforderlichen Nahrungsbestandteilen zu sorgen.

In vielen Fällen können Nahrungssupplemente einen wichtigen Beitrag zur Therapie leisten. Besonders ältere Patienten, die bei Krankenhausaufnahme Zeichen einer Malnutrition aufweisen, profitieren von einer Zufuhr oraler Nahrungssupplemente. Eine Metaanalyse aus 55 Studien mit insgesamt 9.187 randomisierten Teilnehmern konnte eine Reduktion der Komplikationsrate um 28 % nachweisen; die Sterblichkeit wurde sogar um 34 % reduziert [6]. Auch eine individuelle ernährungsmedizinische Behandlung während des Krankenhausaufenthalts und nach Entlassung kann im Vergleich zu einer routinemäßigen Ernährung die Mortalität älterer Patienten senken [2].

Gebrechlichkeit (frailty)

Neben der Malnutrition gibt es ein weiteres geriatrisches Syndrom, das ebenfalls leicht als Ausdruck des normalen Alterns fehl gedeutet wird: Gebrechlichkeit, in der Fachliteratur meist mit dem englischen Ausdruck „frailty“ bezeichnet.

Auffällig ist, dass manche ältere Menschen – selbst Hochaltrige – den letzten Lebensabschnitt in guter körperlicher Verfassung verbringen, wohingegen andere ältere Menschen klinische Zeichen von

Tabelle 2

Ursachen einer Malnutrition (meist multikausal)

Altersphysiologische Ursachen

- Reduzierte Geschmacksempfindung
- Reduzierter Geruchssinn
- Appetitverlust
 - erhöhte Zytokinspiegel, (Tumornekrosefaktor, Interleukin 2 und – u.a.)
 - erniedrigter Leptinspiegel (bei Frauen)
- Früheres Sättigungsgefühl
- Bewegungsmangel

Krankheiten

- Depression
- Demenz
- Immobilitätssyndrome
- Erkrankung der Zähne / schlecht sitzende Zahnprothese
- Erkrankungen der Mundhöhle (Gingivitis, Glossitis)
- Schluckstörungen
- Erkrankungen des GI-Traktes (Malassimilation)
- Malignome
- Alkoholabusus
- U.a.

Iatrogene Ursachen

Medikamente, insbesondere mit folgenden unerwünschten Wirkungen:

- Übelkeit, z.B., Theophyllin, Digitalis, NSAR, Kaliumpräparate, Antibiotika, antineoplastische Substanzen
 - Mundtrockenheit, z.B. anticholinerg wirkende Substanzen wie Antiparkinsonmittel, Antidepressiva,
 - Somnolenz, z.B. Sedativa
- Krankenhausaufnahme
Diätvorschriften

Psychosoziale Gründe

- Alleinsein
- Armut
- Isolation (schlecht erreichbare Wohnung)
- Fehlende Einkaufsmöglichkeiten
- Einschneidende Lebensereignisse

Gebrechlichkeit zeigen. Diese Beobachtung führte zu der Überlegung, dass es sich bei Gebrechlichkeit (frailty) um einen pathologischen Prozess handeln muss.

Gebrechlichkeit (frailty) lässt sich definieren als einen Zustand erhöhter Vulnerabilität gegenüber Stressoren infolge alterskorrelierter Abnahme physiologischer Reserven von neuromuskulärem System, metabolischem System und Immunsystem [9]. Allerdings bestehen verschiedene, international uneinheitliche Definitionen und Klassifikationen; dies mag eine Begründung dafür sein, dass Frailty – ähnlich wie Malnutrition – noch zu selten diagnostiziert wird. Um die Diagnose Frailty zu stellen, werden am häufigsten die fünf Kriterien benutzt, die L. Fried mit Hilfe der Cardiovascular Health Study herausgearbeitet hat [4]. Mit dieser Studie, in die mehr als 5.000 Männer und Frauen über 65 Jahre aufgenommen wurden, ermittelte sie folgende Diagnosekriterien:

1. Ungewollter Gewichtsverlust > 5 kg/Jahr
2. Allgemeine Erschöpfung (vom Patienten berichtet)
3. Schwäche, d.h. Abnahme der groben Kraft (Handkraftmessung)
4. Langsame Gehgeschwindigkeit (5 m in > 7 Sek)
5. Geringe körperliche Aktivität (Energieverbrauch Männer < 383 kcal/Woche, Frauen < 270 kcal/Woche)

Ein Patient, bei dem mindestens drei dieser Kriterien erfüllt sind, gilt als gebrechlich (frail). Sind nur ein oder zwei Kriterien erfüllt, kann die Diagnose Prefrailty gestellt werden.

Ähnlich wie bei der Malnutrition zeigt sich auch für die Gebrechlichkeit (frailty), dass sie nicht nur mit Funktionsverlust und so

mit einer Einschränkung der Lebensqualität einhergeht, sondern auch mit einer erhöhten Mortalität. Menschen mit der Diagnose Frailty haben häufig eine schlechtere Prognose, z.B. bei Operationen oder bei Akuterkrankungen.

In der Ätiopathogenese scheinen unter anderem Entzündungsmediatoren (TNF- α , Interleukin 1, 2, 6) im Sinne einer Zunahme der Inflammation eine wichtige Rolle zu spielen. Veränderungen des Proteinmetabolismus und im neuroendokrinen System scheinen ebenfalls wichtig zu sein.

Im Gegensatz zu Frailty ist Pre-Frailty eher ein potentiell reversibler Zustand und kann durch entsprechende Interventionen erfolgreich behandelt werden. Dabei sind insbesondere Kraft- und Gleichgewichtstraining und eine ausreichende Kalorien- und Nährstoffzufuhr von großer Bedeutung.

Durch rechtzeitige Diagnose und Therapie der Vorstufe von Gebrechlichkeit (prefrailty) kann einem weiteren Funktionsverlust und einem Verlust der Selbständigkeit oft erfolgreich begegnet werden; die Entwicklung des Vollbilds von Gebrechlichkeit (frailty) kann dann in vielen Fällen verzögert oder gar verhindert werden.

Die Kenntnis der bedeutenden Problemfelder Malnutrition und Gebrechlichkeit (frailty) ist ein erster und wichtiger Schritt, die Prognose älterer Patienten zu verbessern [1]. In vielen Fällen reicht eine einfache, nicht-invasive Abklärung aus, um diese Probleme zu erkennen. Auch die Therapie ist in vielen Fällen einfach und effektiv. Der Effekt dieser einfachen Maßnahmen aber wirkt sich in einer Verbesserung des funktionellen Ergebnisses und

der Lebensqualität sowie in einer Reduktion der Mortalität aus. Je früher Ärzte an diese Problembereiche älterer Menschen denken, desto effektiver ist die Therapie.

Literatur

1. Drey M et al.: *The frailty syndrome in general practitioner care.* Z Gerontol Geriatr 2011; 44: 48-54
2. Feldblum, I et al.: *Individualized Nutritional Intervention During and After Hospitalization: The Nutrition Intervention Study Clinical Trial.* J Am Geriatr Soc 59: 10-17; 2011
3. Fonarow G et al.: *An obesity paradox in acute heart failure: analysis of body mass index and in-hospital mortality for 108,927 patients in the Acute Decompensated Heart Failure National Registry.* Am Heart J 2007; 153: 74-81
4. Fried LP et al.: *Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001 Mar;56(3):M146-56.
5. Lee C et al.: *Mortality Risk in Older Men Associated with Changes in Weight, Lean Mass, and Fat Mass.* J Am Geriatr Soc 59: 233-240; 2011
6. Milne AC et al.: *Meta-Analysis: Protein and Energy Supplementation in Older People.* Ann Intern Med 144: 37-48; 2006
7. Morley JE: *Assessment of malnutrition in older persons: a focus on the Mini Nutritional Assessment.* JNHA; 15: 87-90; 2011
8. Paillaud E et al.: *Relations between undernutrition and nosocomial infections in elderly patients.* Age Ageing 2005; 34: 619-25
9. Walston J et al.: *Research Agenda for Frailty in Older Adults: Toward a Better Understanding of Physiology and Etiology: Summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults.* J Am Geriatr Soc. 2006 Jun;54(6): 991-1001

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Rupert Püllen

Dr. med. Ariane Zinke

Medizinisch-Geriatriische Klinik

AGAPLESION FRANKFURTER

DIAKONIEKLINIKEN

(Chefarzt PD Dr. R. Püllen)

Holzhausenstraße 72-92

60322 Frankfurt/M

Fon: 069 959375311

E-Mail: rupert.puellen@fdk.info

Weibliche Genitalbeschneidung – nicht nur ein Thema weit entfernter Regionen, sondern auch für Arztpraxen in Deutschland

P. Tiarks-Jungk, U. Heudorf



Regionen in Afrika, in denen weibliche Genitalbeschneidung vorgenommen wird

© Dr. Garnet Parris und Virginia Wangare Greiner

Die Weltgesundheitsorganisation schätzt, dass 140 Millionen Frauen auf der Welt beschnitten und jährlich drei Millionen von Beschneidung bedroht sind. In Deutschland leben Schätzungen zufolge bis zu 30.000 beschnittene Frauen. Sind Ärzte und Hebammen nicht darauf vorbereitet, sind Missverständnisse und weitere Traumatisierungen die Folge. Vor diesem Hintergrund fand am 16. Februar 2011 im Amt für Gesundheit ein Fortbildungstag „Sensibler Umgang mit weiblicher Genitalbeschneidung“ statt. Insgesamt 61 Ärzte, Praxismitarbeiter, Hebammen, Sozialarbeiter und Pädagogen nahmen an dieser von

TERRE DES FEMMES gemeinsam mit dem Verein Maisha e.V. in Kooperation mit dem Amt für Gesundheit organisierten Fortbildung teil.

In ihrer Eröffnungsrede forderte die Gesundheitsdezernentin der Stadt Frankfurt, Dr. Manuela Rottmann, mehr Sensibilität und mehr Wissen zu diesem Thema. Sie erinnerte an den Aktionstag der Weltgesundheitsorganisation (6. Februar 2011) „Null-Toleranz für weibliche Genitalverstümmelung“. Nur mit einem Netzwerk von Fachleuten und Migrantengruppen könne die schwierige Aufgabe dieses sehr

intimen Themas angegangen werden. Die Stadt Frankfurt will die Gesundheit von Migranten verbessern, deswegen unterhält sie das Angebot der Humanitären Sprechstunde im Gesundheitsamt und unterstützt diese Fortbildung – wie es sie zuvor noch nicht hier gegeben hat.

Bettina Renfro, Terre des Femmes, Städtegruppe Rhein-Main, forderte, diese Tradition der weiblichen Beschneidung endlich zu beenden. Sie legte die psychologischen und medizinischen Folgen dieser lange tradierten und heute immer noch in mehr als 30 afrikanischen Ländern geübten Praxis dar (siehe Abbildung). Aber: die weibliche Genitalbeschneidung sei nicht auf afrikanische Länder beschränkt, sondern werde auch in vielen Ländern Asiens vorgenommen, z.B. Indonesien, Malaysia, Jemen, Saudi Arabien, Irak, Oman. Spätkomplikationen umfassen Scheidenentzündungen, Narbenschmerzen und Sterilität, Blasenentleerungsstörungen, rezidivierende Harnwegsinfektionen sowie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und psychosexuelle Störungen.

Genitalverändernde Maßnahmen gestern ...

Die Berliner Gynäkologin Dr. med. Sabine Müller, die seit 1996 eine Spezialsprechstunde für (beschnittene) afrikanische Frauen anbietet, betonte, dass es Manipulationen an den Geschlechtsorganen zu allen Zeiten in allen Kulturen gegeben hat, aus rituellen, religiösen und kulturellen Gründen. Genitalverändernde Praktiken seien nicht nur bereits auf Höhlenzeichnungen aus der Steinzeit zu erkennen, sie fanden sich auch bei den Aborigines in Australien, auf einer 4.000 Jahre alten ägyptischen Stele oder einer 1.500 Jahre alten Maja-Zeichnung. Immer gehe es da-

bei um Kontrolle der Sexualität und Reproduktion, spätere Begründungen – auch in Europa und der „Ersten Welt“ – lauteten: Hygiene, AIDS- und Karzinom-Prävention. Während im beginnenden 21. Jahrhundert in der sogenannten „Dritten Welt“ die Rate der weiblichen Beschneidung langsam abnehme, nehmen genitalverändernde Praktiken – wie Rasuren, Genitalpiercings und auch Klitorisverkleinerung – in der Ersten Welt zu!

... und heute

In einem Workshop für Gynäkologen gab sie weitere medizinische Informationen. So werden drei Formen der weiblichen Genitalbeschneidung („Infibulation“) unterschieden: Typ I: teilweise oder völlige Entfernung der Klitoris, Typ II: darüber hinaus teilweise oder völlige Entfernung der kleinen Labien, Typ III: zusätzlich Zusammennähen der großen Labien mit Bedeckung der Urethral- und Vaginalöffnung unter Belassung einer oft nur stecknadelkopfgroßen Öffnung für Urin und Menstrualblut. Zusätzlich zu den o.g. möglichen Folgen für die Gesundheit, könne es zu Fistelbildungen und Abszessen kommen, insbesondere aber zu Geburtskomplikationen mit Gefahr für das Leben des Kin-

des und Verblutungsgefahr für die Mutter. Deswegen empfiehlt sie den Ärzten, sobald eine schwangere Frau mit Infibulation zur Vorsorge kommt, das Thema sensibel anzusprechen und sie zu einer Defibulation zu bewegen. Der Eingriff soll so gering wie möglich sein – „nur was sich mit Schleimhaut decken lässt“ – und vorzugsweise ab der 12. Schwangerschaftswoche in Lokalnarkose vorgenommen werden. Bei stark traumatisierten Frauen sei jedoch oft eine Vollnarkose nötig. In ihrer Praxis seien seit 15 Jahren weder postoperative Infektionen noch Wundheilungsstörungen aufgetreten. Sie warnte vor einem Kaiserschnitt als die schlechteste Lösung, da die Uterotomie bei der nächsten Geburt – evtl. in Afrika – aufplatzen und die Frau verbluten kann. Sie beklagte, dass die Defibulation bislang keine Kassenleistung sei und es keinen spezifischen ICD-Schlüssel gebe; man könne aber T 94.1G „Folgen von Verletzungen nicht näher bezeichneter Körperregionen“ nutzen. – Wichtig sei auch, die Frauen vor der Defibulation darauf hinzuweisen, dass danach der Urinstrahl hörbar sei, ein „Schandmal“ für in der Tradition des Sudan aufgewachsene Frauen, da beschnittene Frauen nicht im Strahl urinieren können.

Dr. med. Petra Tiarks-Jungk, Allgemeinmedizinerin im Amt für Gesundheit und Virginia Wangare Greiner schilderten im Anschluss ihre Erfahrungen in der seit 2002 bestehenden Afrika-Sprechstunde, die seit Öffnung für weitere Migranten im Jahre 2009 Humanitäre Sprechstunde heißt. In den letzten Jahren suchen viele Menschen aus Südost-Europa die Sprechstunde auf, insbesondere aus Bulgarien.

Kulturelle Unterschiede im Krankheitsverständnis ...

Die Arbeit mit den Migranten aus Afrika erfordert ein Einlassen auf eine ganz andere Kultur, ein anderes Gesundheits- und Medizinverständnis. So sehen Afrikaner eine Erkrankung oft als Strafe für eigene Verfehlungen oder auch von Fehlern von Familienmitgliedern („Punitivmedizin“). Dieser Gesundheits- und Krankheitsidee sind Vorstellungen von Prävention durch Gesundheitsverhalten vollkommen fremd. Ärztlicher, medizinischer Rat wird nur bei akuten Erkrankungen gesucht, mit großen Erwartungen an die westliche Medizin, die alles schnell richten könne („in Europa kann man zaubern“). Die Notwendigkeit für eine chronische Therapie wie z.B. bei Diabetes oder Hypertonie sei nur schwer vermittelbar mit entsprechend geringer compliance. In der Regel nehmen die Menschen parallel zur „westlichen Medizin“ noch traditionelle afrikanische Mittel.

... beeinflussen die compliance

Während bei der eher kargen Ernährung in Afrika Zucker und Öl hochgeschätzt waren, bedeutet die Beibehaltung dieser Ernährungsvorlieben in Deutschland mit dem umfassenden Angebot fast zwangsweise eine Fehl- und Überernährung mit allen ungünstigen Folgen für die Gesund-

Fortsetzung auf Seite 309

I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Strukturierte Kinder- und Jugendmedizin

3. Pädiatrisch-kinderpsychiatrisches Forum Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter (einschl. Autismus und Differentialdiagnosen)

Samstag, 07. Mai 2011, 09:00 – 13:00 Uhr **5 P**
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

Durchführung und Auswertung von internen Audits

Theoretische Grundlagen und Praxisbeispiele
Donnerstag, 12. Mai 2011, 09:00 – 17:00 Uhr **11 P**
Leitung: N. Walter, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: € 180 (Akademiemitgl. € 162)
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

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

Repetitorium Allgemeinmedizin

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse.
Samstag, 18. – Sonntag, 19. Juni 2011 **16 P**
Leitung: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: € 260 (Akademiemitgl. € 234)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
 Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,
 E-Mail: renate.hessler@laekh.de

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

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.

Vaskuläre Malformationen im Kindesalter

Interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltung für Kinderärzte, Kinderchirurgen und Dermatologen.
 In Kooperation mit der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie des Klinikums der J. W. Goethe Universität.
Samstag, 21. Mai 2011, 09:15 – 13:00 Uhr **5 P**
Leitung: Dr. med. R. Salgo, Frankfurt a. M.
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

Fachgebiet Arbeitsmedizin

In Kooperation mit dem Präventionsdienst Würzburg der BGW, der Hess. Arbeitsschutzverwaltung, dem LV Hessen des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte.
Nichts bleibt wie es war! – oder doch?
Neue Rechtsgrundlagen für Arbeits- u. Betriebsmediziner
Mittwoch, 15. Juni 2011, 14:00 – 19:00 Uhr **6 P**
Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)
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
Notfallmanagement in der niedergelassenen Praxis – Mega-Code-Training

Donnerstag: Intensivkurs / 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

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: € 220 (Akademiemitgl. € 198)

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

Rheumatologie

Rheuma an einem Tag

5 P

Mittwoch, 26. Okt. 2011, 15:00 Uhr – 19:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Max. Teilnehmerzahl: 30

Tagungsort: Bad Nauheim, Kerckhoff-REHA-Zentrum

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

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

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Repetitorium Innere Medizin 2011

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

Montag, 21. – Samstag, 26. Nov. 2011

insg. 51 P

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

Impfkurs – Fachgebiet Öffentliches Gesundheitswesen

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

11 P

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

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.wolfinger@laekh.de

Risikomanagement für Ärzte

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

Leitung: Dr. med. W. Merkle, Wiesbaden

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

Workshop „Psychiatrie und Philosophie“

Mittwoch, 16. Nov. 2011

11 P

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

Aktuelles aus Nephrologie und Nierentransplantation – Wissen für die Praxis

In Kooperation mit dem Zentrum für Innere Medizin Gießen des Uniklinikums Gießen und Marburg

Mittwoch, 14. Sep. 2011, 18:00 – 20:30 Uhr

Leitung: PD Dr. med. H.-W. Birk, Prof. Dr. med. R. Weimer, Gießen

Tagungsort: Klein-Linden, Bürgerhaus

Auskunft: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

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

E-Mail: andrea.floeren-benachib@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, 27. Mai – Sonntag, 29. Mai 2011	G13-G15
Freitag, 19. Aug. – Sonntag, 21. Aug. 2011	G1-G3
Freitag, 09. Sep. – Sonntag, 11. Sep. 2011	G4-G6
Samstag, 01. Okt. – Montag, 03. Okt. 2011	G7-G9
Freitag, 18. Nov. – Sonntag, 20. Nov. 2011	G10-G12
Samstag, 03. Dez. – Sonntag, 04. Dez. 2011	G13-G14
Samstag, 10. Dez. 2011	G15

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

Samstag, 20. Aug. 2011
 Samstag, 01. Okt. – Sonntag, 02. Okt. 2011
 Samstag, 10. Dez. – Sonntag, 11. Dez. 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, 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 28438-10,
 E-Mail: vonloeben@arztkolleg.de

Prüfarzt in Klinischen Studien

Freitag, 27. – Samstag, 28. Mai 2011 **18 P**
Leitung: Prof. Dr. med. S. Harder, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: € 440 (Akademiemitgl. € 396)
Tagungsort: Bad Nauheim, 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

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. Mai – 29. Mai 2011	20 Std.	20 P
Kurs B	09. Sep. – 11. 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.)

A2 Samstag, 10. Sep. – Samstag, 17. Sep. 2011
 B2 Samstag, 22. Okt. – Samstag, 29. Okt. 2011
 C2 Samstag, 26. Nov. – Samstag, 03. Dez. 2011
Leitung: Prof. Dr. med. H.-J. Woitowitz, Dr. med. D. Kobosil
Teilnahmebeitrag pro Kursteil: € 490 (Akademiemitgl. € 441)
Tagungsort: Bad Nauheim, 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

Curriculum Organspende (insg. 40 Std.)

Donnerstag/Freitag, 26./27. Mai 2011

Tagungsort: Rauischholzhausen, Schloß Rauischholzhausen
 Ferdinand-von-Stumm-Str., Ebsdorfergrund-Rauischholzhausen
 (Bitte bei Anmeldung angeben, ob Sie vor Ort kostenfrei übernachten möchten.)

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 Rauischholzhausen
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,
 Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,
 E-Mail: andrea.floeren-benachib@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**

Notfallmedizinische Fortbildung

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD

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

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

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,

Rehazentrum 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

Didaktik

Moderatorentaining

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

Freitag, 04. – Samstag, 05. Nov. 2011

Leitung: Dr. med. Wolfgang Zeckey, Fulda

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Teilnahmebeitrag: € 360 (Akademiemitgl. € 324)

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

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

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

Palliativmedizin

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

Teilnahmebeitrag: € 600 (Akademiemitgl. € 540)

Fallseminar Modul III **31. Okt. – 04. 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.wolfinger@laekh.de



Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

17. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

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.flören-benachib@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

Block 4: Freitag, 23. – Montag, 25. März 2011

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.flören-benachib@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 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!

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV

Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde gem. RöV 9 P

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!

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 I. Krahe, Akademie,

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

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de



Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

AK II Mittwoch, 26. Okt. – Freitag, 04. Nov. 2011 **80 P**
GK I Mittwoch, 18. Apr. – Freitag, 27. Apr. 2012
GK II Mittwoch, 22. Aug. – Freitag, 31. Aug. 2012
AK I Mittwoch, 31. Okt. – Freitag, 09. Nov. 2012
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 I. Krahe, Akademie,
 Fon: 06032 782-208, Fax: 069 97672-208,
 E-Mail: ingrid.krahe@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. Bönhof, 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. Bönhof
Aufbaukurs (periphere Arterien und Venen) **25 P**
Donnerstag, 16. – Freitag, 17. Juni 2011 (Theorie)
Samstag, 18. Juni 2010 (Praktikum)
Teilnahmebeitrag: € 380 (Akademiemitgl. € 342)
Abschlusskurs (periphere Arterien und Venen) **20 P**
Freitag, 25. – Samstag, 26. Nov. 2011 (Theorie + Praktikum)
Teilnahmebeitrag: € 320 (Akademiemitgl. € 288)
Auskunft und Anmeldung: Frau M. Jost,
 Fon: 069 97672-552, Fax: -555, E-Mail: marianne.jost@laekh.de

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

Supervision „Tabuzonen in der Kommunikation (PAT 10)“

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

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

Teilnahmegebühr: € 95

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

Teilnahmegebühr: € 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 (=Telearnphase).

Termin Präsenzphase: Samstag, 20.08.2011 und
Samstag 10.09.2011

Termin Telearnphase: 21.08.2011 bis 17.09.2011

Teilnahmegebühr: € 255

Das Geheimnis effizienter Patienteninformation „Weniger ist mehr!“ (PAT 13)

Inhalte: Der Workshop „Weniger ist mehr!“ hat zum Ziel, die Effektivität von Patienteninformationsmedien zu prüfen und den Teilnehmer/innen im Workshop die Grundlagentechniken zur Beurteilung der Effizienz von Patienteninformationen durch praktische Umsetzungsbeispiele zu vermitteln.

Termin: Mittwoch, 17. August 2011, 14:30 – 18:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 70

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

Teilnahmegebühr: € 95

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

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

Termin: Freitag, 27.05.2011, 10:00 bis

Samstag, 28.05.2011, 17:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 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)

Teilnahmegebühr: € 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

Teilnahmegebühr: € 95

Belastungs-EKG für Fortgeschrittene (MED 4)

Inhalte: Die Fortbildung richtet sich an Teilnehmer/innen, die ihren Kenntnisstand und ihre Fertigkeiten vertiefen möchten, sowie den Wissensstand zum Thema „pathologisches Ruhe- und Belastungs-EKG“ erweitern möchten. Grundkenntnisse zur Durchführung eines Ruhe-EKG's werden vorausgesetzt.

Termin: Samstag, 21.05.2011, 10:00 – 17:15 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Injektionen/Infusionen (MED 5)

Inhalte: Die Vorbereitung einer Injektion/Infusion, unter Beachtung von hygienischen Maßnahmen, steht neben den Übungen von Injektionstechniken im Mittelpunkt der Veranstaltung. Hierbei werden die rechtlichen Aspekte zu delegationsfähigen ärztlichen Leistungen sowie die aktuellen Forderungen der TRBA 250 berücksichtigt und als Lerninhalte vermittelt.

Termin: Samstag, 20.08.2011, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Notfallmanagement (MED 7) (20 Stunden)

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

Termin: Interessentenliste

Teilnahmegebühr: € 255

Arzneimittelversorgung (MED 11)

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

Termin: Interessentenliste, 8 Stunden

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184





Betriebsmedizinische Assistenz

Herz-Kreislauf und Ergometrie in der Arbeitsmedizin (BET 4)

Inhalte: Um vergleichbare und reproduzierbare Untersuchungsergebnisse bei der Ergometrie – bei vielen BG-Grundsätzen vorgeschrieben – zu erhalten, werden entsprechend den Empfehlungen des Ausschusses Arbeitsmedizin im „Leitfaden für Ergometrie“ die theoretischen und praktischen Kenntnisse vermittelt.

Termin: Freitag, 19.08.2011 bis Samstag, 20.08.2011, (10 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 150

Ansprechpartner: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

Ambulante Versorgung älterer Menschen

Organisation und Koordination in der ambulanten Versorgung (AVÄ 5)

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, 10:30 – 14:15 Uhr

Teilnahmegebühr: € 70

Hausbesuche und Versorgungsplanung (AVÄ 3)

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, 14:30 – 17:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 70

Wundmanagement (AVÄ 4)

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

Termin: Donnerstag 16.06.2011, 10:30 – 17:45 Uhr und

Freitag, 17.06.2011, 10:30 – 12:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 150

Krankheitsbilder und typische Fallkonstellationen (AVÄ 1)

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

Termin: Freitag, 17.06.2011, 12:45 – 17:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Geriatrisches Basisassessment (AVÄ 2)

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

Termin: Samstag 18.06.2011, 10:30 – 16:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

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

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

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 Lern-erfolgskontrolle

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

Wiedereinstieg in das Berufsleben (44 Stunden)

Ziel der Fortbildung ist es, mutig und selbstbewusst wieder in der Praxis einsteigen zu können. Erneuern Sie ihr eigenes Verständnis zum Beruf, bringen Sie sich die häufigsten Krankheitsbilder wieder in Erinnerung, Sie erfahren die Neuerungen der Abrechnung, das Wichtigste zum Thema Arbeits- und Praxishygiene und frischen Ihre Kenntnisse zur Blutentnahme und Präanalytik wieder auf.

Termin: ab Donnerstag 25.08.2011

Teilnahmegebühr: € 550

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

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 300

heit, berichtete Virginia Wangare Greiner, Kenianerin, die seit vielen Jahren in Deutschland lebt. Sie engagiert sich in Gruppen, organisiert Ernährungsseminare, Frauen- und Mutter-Kind-Treffs, unterstützt afrikanische Kirchengemeinden und Streetwork im Bahnhofsviertel („jeder dritte in Europa diagnostizierte HIV-Patient ist Afrikaner“). Die „afrikanische Community“ sei sehr stark, auch im Festhalten an Traditionen. Sie berichtete von einer genitalverstümmelten Frau, die in der Humanitären Sprechstunde Rat und Hilfe suchte, weil sie nach Afrika zurückgeschickt werden und selbst als „Beschneiderin“ der Tradition ihrer Mutter folgen sollte. Die Beschneidung der Frau werde in Afrika besonders durch Frauen-Geheimbünde weiter tradiert, die die Beschneidung als Initiationsritus, als „Fest“ pflegen.

Dies bestätigte auch Naana Otoo-Oyortey, Executive Director Forward, UK, die über die Rolle der kulturellen Gemeinden und der Sozialarbeiter und -pädagogen sprach. Beschnittene Frauen fühlen sich selbst eher als sauber und attraktiv, im gesellschaftlichen Wertesystem gelten sie als keusch und vor Promiskuität geschützt. Die Beschneidung ist ein sicherer Garant für die Möglichkeit einer guten Verheiratung mit hohem Brautpreis. Auch deswegen wird von Frauen selbst (Müttern und Großmüttern) das Fortbestehen dieser Tradition unterstützt unter bewusster Inkaufnahme erheblicher, teils lebensgefährlicher körperlicher Beeinträchtigungen. In den letzten Jahren ist dabei auch in Afrika ein Trend zur Medizinisierung zu beobachten, d.h. die Durchführung der Beschneidung durch Ärzte und Krankenschwestern – mit der Vorstellung, dass diese keine Schäden verursacht.

Ärzte hierzulande sollten sich mit der Problematik auseinandersetzen. Nur so und durch einen sensiblen Umgang mit dieser Frage können sie vielleicht verhindern, dass beschnittene Frauen erhebliche Gesundheitsrisiken erleiden, insbesondere unter der Geburt, und dass auch in Deutschland lebende Mütter ihre drei bis zwölf Jahre alten Töchter weiterhin in den Ferien zur Beschneidung in ihr Heimatland schicken. Es bleibt viel Aufklärungsarbeit zu tun. Mit der Fortbildung wurde ein Anfang gemacht.

Korrespondenzadresse*Dr. med. Petra Tiarks-Jungk**Amt für Gesundheit**Breite Gasse 28**60313 Frankfurt**Fon: 069 212-31560**E-Mail:**petra.tiarks-jungk@stadt-frankfurt.de***Umgang mit weiblicher Beschneidung**

Im Jahr 2001 hat sich die Landesärztekammer Hessen bereits mit diesem Thema befasst. Siehe Juni-Ausgabe 2001, Seite 272 „Umgang mit weiblicher Beschneidung – Aufklärung und Defibulation“.

Deutsche Gesellschaft für Angiologie schreibt Preise für junge Wissenschaftler aus

Die Deutsche Gesellschaft für Angiologie (DGA) vergibt 2011 zwei wissenschaftliche Preise: den Promotionspreis und den UCB Pharma Preis. Junge Wissenschaftler sind herzlich eingeladen, sich zu bewerben und ihre Arbeiten bis zum **30. Juni 2011** einzureichen.

Promotionspreis

Der Preis ist mit 2.500 Euro dotiert. Der Preisträger erhält eine dreijährige kostenlose Mitgliedschaft in der DGA inklusive des Bezuges der Fachzeitschrift VASA – European Journal of Vascular Medicine. Der Preis wird für eine Dissertation, die an einer deutschen Universität abgeschlossen wurde und sich mit der klinischen und experimentellen Angiologie und ihren Grenzgebieten befasst, vergeben. Bewerben können sich die Promovierten oder die Hochschullehrer, die die Arbeit betreut haben. Zur Teilnahme sind alle zugelassen, deren Promotionsverfahren innerhalb der letzten zwei Jahre abgeschlossen wurde.

UCB Pharma Preis

Der jährlich vergebene UCB Pharma Preis ist mit 10.000 Euro dotiert. Er wird für abgeschlossene Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der klinischen und experimentellen Angiologie vergeben. Die Arbeiten sollten im Jahr vor der Bewerbung in anerkannten deutsch- oder englischsprachigen Fachzeitschriften publiziert oder zur Publikation angenommen worden sein. Bewerben können sich Erstautoren bis 40 Jahre aus einem deutschsprachigen Land.

Die Bewerbungen beider Preise sind jeweils in dreifacher Ausführung an den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Angiologie, Professor Karl-Ludwig Schulte, Gefäßzentrum Berlin, Ev. Krankenhaus Königin-Elisabeth-Herzberge, Herzbergstr. 79, 10365 Berlin zu richten. Bewerbungsfrist ist der 30. Juni 2011.

Die Preisträger werden am 7. September 2011 im Rahmen der 40. Jahrestagung der DGA ausgezeichnet. Details zu den Ausschreibungen: www.dga.gefaessmedizin.de/Ausschreibungen-2011.88.o.html

Italienische Atmosphäre im Frankfurter Westend

Die Deutsch-Italienische Vereinigung bietet kulturellen Austausch

Aromatische Düfte, die fauchenden Kaffeemaschinen entsteigen. Dörfer, die sich wie Vogelnester an Bergkuppen schmiegen, temperamentvolle Städte und sonnenverwöhnte Küsten. Land der Künste, des guten Geschmacks und der kulinarischen Köstlichkeiten, aber auch Brutstätte der Mafia, Schauplatz von Eitelkeiten und politischen Intrigen: Alles dies und noch viel mehr ist Italien. Wer mitten im Rhein-Main-Gebiet italienische Atmosphäre atmen und die Kultur der Halbinsel südlich der Alpen besser kennen lernen möchte, wird im Frankfurter Westend fündig. In einer stilvollen Villa ist dort die Deutsch-Italienische Vereinigung e.V. zu Hause. Aus privater Initiative hervorgegangen, gilt die Vereinigung seit vielen Jahren als „un luogo d'incontro“, ein Ort des kulturellen Austauschs zwischen Deutschland und Italien.

Taucht Michelangelo in zeitgenössischen Skulpturen wieder auf? Wie wirkt sich das italienische Scheidungsrecht auf den deutsch-italienischen Rechtsverkehr aus?

Vorträge über deutsche und italienische Themen aus den Bereichen Literatur, Musik, Kunstgeschichte, Geschichte, Pädagogik, Rechtswissenschaft und Politik gehören zum festen Programm der Vereinigung. Darüber hinaus werden Ausstellungen, Konzerte italienischer Musik und Lesungen, u.a. von italienischen Autoren, veranstaltet und Studienreisen nach Italien angeboten.

Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Vermittlung der italienischen Sprache. So finden im Winter- und Sommersemester Sprachkurse für Anfänger und Fortgeschrittene unter der Leitung qualifizierter italienischer Lehrer statt. Italienische Laute wehen über die Flure, in den Kursräumen werden Verben konjugiert oder italienische Konversation geübt: Ausgehend von der Bedeutung, die die Sprache für das interkulturelle Verständnis hat, begann die Deutsch-Italienische Vereinigung ihre Aktivitäten vor fünfundvierzig Jahren mit italienischen Sprachkursen. Dr. Salvatore A. Sanna, aus Sardinien stammender Italiener und langjähriger Dozent für italienische

Sprache und Literatur an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt, hatte die Einrichtung im Oktober 1966 gemeinsam mit der Österreicherin Trude Müller ins Leben gerufen: Auftakt eines Jahrzehnte währenden ehrenamtlichen Engagements.

Noch heute gehört Sanna als Vorsitzender dem Vorstand der Vereinigung an, die Menschen unterschiedlichen Alters und aus verschiedenen Berufen zu ihren Mitgliedern zählt. An sie und alle anderen, an der italienischen Kultur Interessierten richtet sich das Angebot des Hauses in der Arndtstraße, das sich seit 1992 im Besitz der „Frankfurter Stiftung für deutsch-italienische Studien“ befindet. Die Stiftung unterstützt Forschungsvorhaben, wissenschaftliche Studien und zahlreiche Publikationen. Ihr wichtigstes Förderprojekt ist die 1979 gegründete wissenschaftliche Zeitschrift „Italienisch“, Organ des Deutschen Italianistenverbandes e.V., deren Redaktion unter der Leitung von Dr. Caroline Lüderssen sich ebenfalls im Haus der Stiftung befindet.

Zu einem Forum italienischer Künstler der Moderne in Deutschland hat sich die der Deutsch-Italienischen Vereinigung angeschlossene Frankfurter Westend Galerie entwickelt. Auch Arbeiten deutscher Künstler, die in enger Verbindung zu Italien stehen, werden hier gezeigt. Unter dem Titel „Dall'interno all'esterno“ („Von innen nach außen“) stellt die Galerie vom 14. Mai bis 15. Juli 2011 Werke des italienischen Malers Enrico Della Torre aus.

Weitere Informationen unter: Deutsch-Italienische Vereinigung e.V., Arndtstr. 12. 60325 Frankfurt a.M., Tel. 069 746752, E-Mail: div@div-web.de Homepage: <http://www.div-web.de/>

Einladung zum Austritt aus dem Alltag – Surreale Dinge in der Schirn Frankfurt

Zugegeben – da ist endlich nicht nur auf dem Kalender der Frühling eingeleitet, denn auch das Wetter bemüht sich mit strahlendem Sonnenschein und zweistelligen Temperaturen redlich, Stubenhocker an die frische Luft zu locken. Warum sollte man sich also dem künstlichen Licht geschlossener Räume aussetzen, wenn es draußen doch so viel zu tun gäbe?

Ganz einfach: Weil die Besucher der Frankfurter Kunsthalle Schirn derzeit mit zahlreichen neuen Ein- und Ausblicken der surrealen Art belohnt werden.

Nachdem der erste Ansturm auf die Mitte Februar eröffnete Schau „Surreale Dinge“ abgeebbt ist, muss man sich nicht mehr in lange Warteschlangen stellen, um das Ticket zum „Austritt aus der Realität“ zu ergattern.

Im Treppenhaus treffen teils amüsierte, teils leicht verschreckte Besucher auf zerstückelte Textilpuppen, zerrissene Kleider und samtene dunkelrote sowie pelzige Wandverkleidungen, die bestens auf die skurrilen Objekte in den Schauräumen einstimmen.

Oben angekommen, trifft man neben den „Stars“ der Szene von Salvador Dalí über Alberto Giacometti bis Man Ray auch unbekannte Künstler wie Kurt Seligmann oder Wolfgang Paalen und eine angenehme Überraschung: Künstlerinnen.

So unterschiedlich die gezeigten Objekte bezüglich der verwendeten Materialien und Techniken sein mögen, können sie durch die ihnen gemeinsame psychologische Wirkung doch auf einen Nenner gebracht werden. Durch die seit 1900 bekannten Forschungen Sigmund Freuds beeinflusst, war erklärtes Ziel der seit den 1920er Jahren auch als Gruppe agierenden Surrealisten, Unbewusstes und Verdrängtes abzubilden. Definiert wurde ihr Motto



Man Ray, *Cadeau*, 1921/1974
© Man Ray Trust, Paris/VG Bild-Kunst, Bonn (2010),
Fotograf: Jürgen Diemer

vom vor allem schriftstellerisch tätigen André Breton, der 1924 in seinem Manifest des Surrealismus bekundete, er glaube „an die künftige Auflösung dieser scheinbar so gegensätzlichen Zustände von Traum und Wirklichkeit in einer Art absoluter Realität, wenn man so sagen kann: Surrealität“.

Diese „Überrealität“ setzten die Künstler begeistert um indem sie ihre Werke mit komplett irritierenden Titeln versahen. Diese verstärkten stets die Wirkung der ohnehin verwirrenden Objekte, in denen Alltagsgegenstände durch Hinzufügen oder Entfernen eines wesentlichen Bestandteils unbrauchbar gemacht wurden: So hatte beispielsweise Man Ray ein stilisiertes Bügeleisen mit Nägeln bespickt, wodurch er bereits davon ausgehen konnte, seine Betrachter in Grübeln zu versetzen – mit dem Titel „Geschenk“ sorgte er aber für weitere Desorientierung. Wollte doch sicher niemand sein teures Ausgehhemd oder den Lieblingsrock damit malträtieren. Bewusst weggelassen hat Marcel Marien in seiner „unauffindbaren“ Brille ein zweites Glas. Obwohl das einzeln gefasste Glas tatsächlich mit Bügeln versehen ist, würde es – so eng, wie die Bügel zueinander stehen – auch keinem kurzsichtigen Zyklopen bei der Lektüre von Freuds Traumdeutung helfen können.

Zur besseren Übersicht wurden die Kunstwerke in Themen-Gruppen geordnet. Etwas sperrigere Objekte wie Dalís zum Fetisch umfunktionierter roter Stöckelschuh seiner Muse Gala werden einzeln präsentiert, während kleinformatige Bronzen auf stilisierten schwarzen Tischen gruppiert wurden.

Ein Raum ist der Erotik gewidmet – in ihm amüsieren die von der Künstlerin Mimi Parent angefertigte Peitsche aus Frauenhaar, ein Turm aus Frauenbrüsten sowie eine Puppe mit einem ebenso freizügig wie garantiert unbequem gestalteten BH, der die Brüste mittels an den Brustwarzen angebrachten Klammern hebt. Ironie dieses „Abendkleids mit Büstenhalter-Collier“: Entworfen wurde das Kleid von einer Frau – Meret Oppenheim.

Der Objekt gewordene schwarze Humor der Surrealisten findet sich in einem weiteren Raum wieder – dort bringt neben dem weltberühmten Hummertelefon Salvador Dalís ein ungenießbares, blau lackiertes Baguette die Betrachter zum Schmunzeln. Zu ihnen gesellt sich eine Sänfte, die sich erst auf den zweiten Blick als Schub-



Jean Benoît
Antiquité du XXIème siècle
(*Antiquität des 20. Jahrhunderts*), 1965
Lederrugbyball, Stacheldraht, 25 x 35 x 22 cm,
Courtesy Galerie Les Yeux Fertiles, Paris



Marcel Mariën
L'introuvable (Das Unauffindbare), 1937
Glas, Plexiglas, 11 x 27 x 18 cm,
Sammlung Sylvio Perlstein, Antwerpen,
© VG Bild-Kunst, Bonn 2010

karre entpuppt, die vom spanischen Künstler Oscar Domínguez kurzerhand mit pinkfarbenem Satin „aufgehübscht“ wurde. Eine Inkunabel der surrealistischen Objektkunst rundet die Schau ab: Jean Benoît's mit Stacheldraht umwickelten Rugby-Ball

möchte sicher auch der hartgesottene Leistungssportler nicht werfen, geschweige denn fangen...

Es macht Spaß, all diese surrealen Objekte anzusehen, die Dalí selbst am treffendsten als „vom praktischen und rationalen Standpunkt aus absolut nutzlos“ charakterisierte. Und wer nach seinem surrealistischen Streifzug durch die Schirn-Kunsthalle nach einer Kaffeepause unter freiem Himmel lechzt, wird rund um die Galerie garantiert leicht fündig.

Die Ausstellung läuft noch bis zum 29. Mai 2011.

Weitere Informationen unter:
www.schirn.de

Sabine Botte



Salvador Dalí
Hummer – oder aphrodisisches Telefon, 1936,
Metall, Kunststoff, Gips, 18 x 12,5 x 30,5 cm
© Museum für Kommunikation Frankfurt
Fotografie: © Salvador Dalí, Fundació
Gala-Salvador Dalí / VG Bild-Kunst, Bonn

Bildquelle – Pressebereich der Schirn:
<http://www.schirn.de/presse/pressebilder/surreale-dinge-skulpturen-und-objekte-von-dali-bis-man-ray.html>

Ausschreibung

Deutscher Forschungspreis für Allgemeinmedizin 2011 – Dr. Lothar Beyer Preis –

Die Dr. Lothar Beyer-Stiftung im Deutschen Institut für Allgemeinmedizin schreibt mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) den Deutschen Forschungspreis für Allgemeinmedizin 2011 aus.

Das Ausschreibungsthema ist in diesem Jahr: **Entscheidungsfindung in der Hausarztpraxis.**

In der allgemeinmedizinischen Praxis treffen Hausärztinnen und Hausärzte zusammen mit ihren Patientinnen und Patienten täglich gesundheitliche Entscheidungen. Medizinisches Wissen und klinisches Urteil gehen in den idealerweise gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozess ebenso ein wie die Erfahrungen und Präferenzen der Patienten. Hausärztliche Beratungsstrategien basieren auf aktuellen wissenschaftlich begründeten Ergebnissen und leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur Information und angemessenen Erwartungsbildung der Patienten.

Der Forschungspreis wird im Hauptwettbewerb für herausragende, abgeschlossene oder weit fortgeschrittene Forschungsarbeiten im Rahmenthema ausgeschrieben. Zusätzlich können

allgemeinmedizinische Dissertationen oder geplante Forschungsvorhaben zur Bewerbung um einen Förderpreis eingereicht werden.

Der **1. Preis** ist mit **20.000 Euro**, der 2. Preis mit 7.500 Euro und der 3. Preis mit 5.000 Euro dotiert. Förderpreise können mit einem Betrag von 3.000 Euro verliehen werden. Das Preiskomitee behält sich vor, einzelne Preisklassen zu teilen oder zusammenzulegen.

Bei der Vergabe des Preises werden folgende Kriterien bewertet:

- Relevanz des Themas für die hausärztliche Versorgungspraxis
- Methodische Reife
- Bedeutung des Forschungsansatzes für die allgemeinmedizinische Theoriebildung.

Bewerbungsschluss ist der 17. Juli 2011.

Die kompletten Ausschreibungsunterlagen finden Sie unter: www.degam.de

Akademische Feier zum 90. Geburtstag von Professor em. Dr. med. Otto Hövels

Am 2. April 2011 fand in der Universitätsklinik Frankfurt zu Ehren von Professor em. Dr. Otto Hövels, langjähriger Leiter des Frankfurter Zentrums für Kinderheilkunde und früherer Dekan der Medizinischen Fakultät des Frankfurter Universitätsklinikums, eine akademische Feierstunde statt. Diese wurde von seinen Weggefährten, Freunden, Schülern und Nachfolgern gestaltet, zur Freude des 90-jährigen Jubilars und der ganzen „Hövelsschen Fange-meinde“.

90 Jahre – eine lange Zeit voller Veränderungen

Professor Pfeilschifter, Dekan der Medizinischen Fakultät, brachte den Zuhörern das Leben und Werk von Otto Hövels im Kontext mit den politischen und gesellschaftlichen Verhältnissen anhand vieler Beispiele nahe, unterstützt durch alte Fotos. Geboren am 26. März 1921, in Mülheim-Ruhr, wuchs Otto Hövels in einer Eisenbahnerfamilie auf – der Vater war in der Gewerkschaft engagiert – und wurde christlich-evangelisch erzogen. Dies prägte seine Persönlichkeit nachhaltig. Bald kamen die Wirren der 1930 Jahre, das Notabitur und der Krieg. In Trimestern Fronturlaubspausen absolvierte Otto Hövels sein Medizinstudium in Göttingen, gleichsam à tempo, erhielt 1945 die „Notapprobation“ und promovierte noch im gleichen Jahr. Nach der Medizinalassistentenzeit in Göttingen bis 1948 wurde er Assistenzarzt in Frankfurt bei Professor Dr. Bernhard de Rudder und habilitierte sich 1953. Bereits damals, aber auch in seinem ganzen weiteren wissenschaftlichen Oeuvre beschäftigte er sich mit Themen, die auch heute noch sehr aktuell sind und mit Umwelt- und Sozialmedizin beschrieben werden können. Waren dies zu Zeiten des Mangels zunächst Themen wie Rachitisprophylaxe und richtige Ernährung, so kam in den fetten 1970er Jahren das heute mehr denn je drängende Thema Adipositas im Kindesalter hinzu.

1956 bis 1965 arbeitete und forschte er in der Städtischen Kinderklinik in Nürnberg,



einer der damals größten Kinderkliniken Deutschlands, deren Leitung er seit 1963 innehatte. 1965 nahm er den Ruf an die Frankfurter Universitätskinderklinik an, als Ordinarius und Nachfolger seines verehrten Lehrers de Rudder. Von 1971 bis 1975 war er Dekan und ärztlicher Direktor. In dieser politisch sehr turbulenten Zeit der Nach-68er-Jahre trieb er den Umbau von der Ordinarien- zur Gremienuniversität voran und förderte – obwohl selbst Ordinarius – die Demokratisierung der Universität. Auf Pfeilschifters Frage, wie Hövels dies alles rückblickend sehe, habe er die knappe Antwort erhalten: „Es musste getan werden“.

Hövels hat unendlich viel für die Entwicklung der Kinderheilkunde geleistet, nicht nur in Frankfurt sondern weit darüber hinaus. Er war Mitglied und Ehrenmitglied vieler Fachgesellschaften, so der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie, der Gesellschaft zur Bekämpfung der Mucoviszidose, der Deutschen und der Ungarischen Gesellschaft für Kinderheilkunde, der Schweizer Gesellschaft für Pädiatrie, der Société française de la pédiatrie etc. und erhielt das Bundesverdienstkreuz Erster Klasse: Sein Abschiedsgeschenk an die Kinderheilkunde war die Ausrichtung der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde 1985 in der neu wieder aufgebauten Alten Oper. Auch nach seiner Emeritierung 1985 setzte er sich unermüdlich für die Kinderhilfestiftung ein und war von 1982 bis 1992 Vorsitzender deren Kuratoriums.

Darüber hinaus engagiert Hövels sich in der evangelischen Kirche und pflegt lite-

rarische Neigungen im Sinne von Paul Gerhardt, dem großen Lyriker des evangelischen Kirchenlieds. Aber auch die Familie kam nicht zu kurz, jährliche Urlaube auf Teneriffa mit der großen Familie pflegten die Bande.

Adipositas und Vitamin D – heute aktueller denn je

Professor Böhles, Leiter der Abteilung Allgemeine Pädiatrie I des Zentrums für Kinderheilkunde, eröffnete den wissenschaftlichen Teil des Symposiums mit dem Thema Rachitis und Vitamin D, einem der wesentlichen wissenschaftlichen Arbeitsgebiete von Hövels.

Beginnend mit alten Beschreibungen aus dem 17. Jahrhundert, als man sehr wohl schon die heilende Wirkung von Lebertran bei Rachitis erkannte, und dem späten 19. Jahrhundert, als die Bedeutung des Lichts klar wurde, schilderte Böhles, wie die Wissenschaft die beiden als heilend erkannten Prinzipien – Ernährung (Chemie) und Licht (Physik) zusammenbrachte. Nachdem gezeigt werden konnte, dass durch UV-Bestrahlung von Milch die darin enthaltene Vitamin-D-Vorstufe in die Wirkstufe (1, 25 Dihydroxycholecalciferol) umgewandelt wird und diese Umwandlung auch in der belichteten Haut stattfindet, gab es Mitte letzten Jahrhunderts wohl kaum einen Haushalt ohne „Höhensonne“.

Vitamin D blieb weiterhin eine interessante Substanz und erlebt gerade in den letzten Jahren eine wissenschaftliche Renaissance. Der Fokus des Interesses liegt heute



mehr auf dem Vitamin-D-Rezeptor, der inzwischen in mehr als 30 Zielgeweben nachgewiesen wurde und regulierende und modulierende Wirkungen in zahlreichen Sys-

temen entfaltet, nicht nur auf den Calcium-, Phosphat- und Knochenstoffwechsel sondern auf viele andere Organe. So ist heute die präventive Funktion von Vitamin D bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Tumorentstehung bekannt. Insbesondere die antiproliferative Wirkung auf Tumorzellen aber auch seine regulierende Wirkung auf das Immunsystem stehen jetzt im Mittelpunkt des Interesses. Im Grunde war dies auch schon den alten Pädiatern – ganz ohne Biochemie – bekannt. Diese wussten, dass Kinder mit Rachitis besonders infektionsgefährdet sind. Hier schließt sich wieder der Kreis zu Hövels' wissenschaftlichem Werk. Auch zu dem weiteren von Hövels bearbeiteten Thema, der Adipositas, gibt es Bezüge, denn heute weiß man, dass adipöse Kinder niedrigere Vitamin D-Spiegel aufweisen. „Vitamin D und Vitamin D-Mangel sind wie ein Eisberg. Die klassische Rachitis ist nur die Spitze. Die Gänze des Eisbergs haben wir in vollem Umfang noch nicht erfasst“, so Böhles.

Pädiatrie ist Präventivmedizin – „Pädiatrie ist präventive Geriatrie“

Professor Kieslich, Neuropädiater und Leiter der Kinderschutzambulanz, setzte den Reigen sozialpädiatrischer Themen fort mit seinem Vortrag „Prävention und Kinderschutz im Wandel der Zeit“. In der Prävention – primär, sekundär und tertiär – ist in den letzten Jahrzehnten viel getan und erreicht worden: sauberes Wasser, Zahnprophylaxe, Vitamin K-Gabe bei Neugeborenen, Jod-Anreicherung im Speisesalz,

Impfungen, Neugeborenen-Screening, Hör- und Sprach-Screening, Vorsorgeuntersuchungen. Aktuell ist Tertiärprävention sehr notwendig, u.a. bei drohender Beeinträchtigung des Kindeswohls durch Vernachlässigung, sexuelle Gewalt oder körperliche Misshandlung. Ursachen liegen heute häufig in der Überforderung von Familien. Allein in Frankfurt am Main erreichten im letzten Jahr das Jugendamt ca. 1.000 berechnete Meldungen zu Kindeswohlgefährdung. Die 2010 in der Universitätsklinik eröffnete Kinderschutzambulanz bietet als zentrale Anlaufstelle mit durchgehender Ansprechbarkeit in Kooperation verschiedener Fachzentren eine interdisziplinäre Hilfeplanung für die Kinder und ihre Familien. Der Bedarf ist größer als erwartet: in den ersten fünf Monaten wurden dort bereits 68 Fälle bearbeitet – in früheren Jahren sind in den Akten der Kinderklinik ca. zehn Fälle pro Jahr dokumentiert.

Weitere aktuelle Herausforderungen in der Pädiatrie sind – neben der bereits genannten Adipositas – der Drogen- aber auch der Medienkonsum. Es bleibt für Pädiater immer viel zu tun, ganz in dem Wissen: Pädiatrie ist präventive Geriatrie.

Hövels' Konzepte: Kinder brauchen die Eltern – eine Klinik braucht ein Team

Abschließend warf Professor Dr. Dietrich Hofmann, Hövels' Nachfolger in zweifacher Hinsicht – in der Kinderklinik und der Kinderhilfestiftung – anhand eines Rückblicks auf die Entwicklung der Kinderklinik unter Hövels' Leitung einen sehr persönlichen Blick auf dessen Leistungen. Gleich zu Beginn seiner Zeit in Frankfurt führte Hövels – völlig revolutionär – die freie Elternbesuchszeit ein. Zuvor war diese auf jeweils zwei Stunden am Mittwoch und Sonntag Nachmittag begrenzt – bei Liegezeiten der Kinder von drei bis vier Wochen! Für heute unvorstellbar. Hövels wusste: Kinder brauchen die Eltern. Darüber hinaus gestaltete er – nicht zuletzt durch kluge und fördernde Personalpolitik – aus

dem damaligen städtischen Kinderkrankenhaus eine Universitäts-Kinderklinik mit verschiedenen Fachabteilungen. Hövels hatte Konzepte, die er zielgerichtet umsetzte. Zwei Ideen kennzeichneten laut Hofmann das Wirken von Otto Hövels': er hatte ein hochschulpolitisches Konzept und den Teamgedanken. Beide wirken zusammen. Sein hochschulpolitisches Ziel war die Umwandlung der Klinik vom Ordinarien- zum Departmentsystem. Und er setzte den Teamgedanken – nicht nur beim aktiven Fußballspiel (für Akademiker damals fast undenkbar!) – sondern auch in der Klinik erfolgreich um. Er führte gleichberechtigte wissenschaftliche Abteilungen ein, die im Team zusammen arbeiteten, in Oberärztkonferenzen und im neu gebildeten Direktorium. „Wir vom ZKI“ (Zentrum für Kinderheilkunde) feierten gemeinsam, organisierten nationale und internationale pädiatrische Fußballspiele und Musikereignisse, gepaart mit wissenschaftlichen Symposien. Schon früh erkannte Hövels die Notwendigkeit des gesellschaftlichen Engagements für die Pädiatrie: er förderte die Kinderhilfestiftung, öffnete die Türen zu wichtigen Persönlichkeiten und stellte Verbindungen zu Förderern her. Nur so waren Erweiterungsbauten der Kinderklinik und vieles andere möglich.

Hofmann dankte nicht nur seinem Vorgänger, sondern auch seinem Freund in schwerer Stunde. Für Hövels war die Tätigkeit am Krankenbett, die Beziehung zu den Kindern immer die zentrale Grundlage seines Wirkens – und nicht der Befund aus dem Labor. In diesem Sinne gilt Hofmanns Dank einem echten Pädiater alter Schule. Dem stimmte die Fangemeinde mit minutenlangen standing ovations zu. Dank einem großen, weitsichtigen Mann, Lehrer, Förderer, Freund – Pädiater.

Anschrift der Verfasserin

PD Dr. med. Ursel Heudorf

Amt für Gesundheit

Breite Gasse 28, 60313 Frankfurt

E-Mail: ursel.heudorf@stadt-frankfurt.de

Bei akutem Abdomen auch an seltene Ursachen denken!

Aus der Arbeit der Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungen bei der Landesärztekammer Hessen

W. Rösch, J. Pausch, J. Juncker

Als Ursache akuter Bauchschmerzen kommen weit über 100 Diagnosen infrage; eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit lässt zumindest rasch entscheiden, ob operativ vorgegangen werden muss oder ob unter ständiger Beobachtung eine konservative Therapie eingeleitet werden kann. Auch wenn 95 % aller Fälle von akutem Abdomen auf nur sechs Ursachen zurückzuführen sind, nämlich Nahrungsmittelvergiftung, Entzündung (Appendizitis, Diverticulitis, Cholezystitis, Salpingitis, Pankreatitis, Pyelonephritis), Perforation (Ulcus, Divertikel), Nieren- oder Gallensteine, mechanischer Ileus sowie Torsion oder Volvulus, sollte auch an seltene Ursachen gedacht werden, wie die folgende Kasuistik zeigt.

Kasuistik

Die 54-jährige Patientin erkrankte auf der Rückfahrt von einer Urlaubsreise plötzlich an heftigen abdominellen Schmerzen, die eine stationäre Aufnahme in einem auf der Strecke liegenden Krankenhaus erforderlich machten. Weder endoskopisch noch durch eine Ultraschalluntersuchung ließ sich am Wochenende eine Schmerzsache finden, sodass die Patientin am Montag in das Heimatkrankenhaus verlegt werden konnte. Die Verlegungsdiagnose lautete Verdacht auf akute Cholezystitis, differentialdiagnostisch alkoholtoxische Pankreatitis.

Bei der Aufnahmeuntersuchung im Heimatkrankenhaus fand sich ein diffuser Druckschmerz des gesamten Abdomens mit Abwehrspannung, sonographisch konnte wiederum kein pathologischer Befund erhoben werden. Laboruntersuchungen ergaben eine deutliche Entzündungskonstellation mit Leukozytose und einem CRP-Wert von 201 mg/l.

Eine am Aufnahmetag durchgeführte CT-Untersuchung zeigte eine deutliche Schwellung der Jejunalschleimhaut, weshalb eine endoskopische Untersuchung des oberen Verdauungstraktes veranlasst wurde. Dabei zeigte sich 40 cm distal des Bulbus duodeni eine erythematöse Entzündung mit massiver Faltenreduktion und multiplen flächigen Ulcera. Aufgrund des makroskopischen Aspektes wurde differentialdiagnostisch ein Morbus Crohn und eine intestinale Ischämie erwogen, obwohl sich laborchemisch kein Laktatanstieg als Hinweis auf eine Ischämie fand. Histologisch fand sich eine floride entzündliche Infiltration, vereinbar mit einem Morbus Crohn, wobei das Fehlen von Epitheloidzell-Granulomen und Riesenzellen in der vorliegenden Biopsie einen Morbus Crohn nicht ausschloss.

Ein am selben Tag durchgeführtes Angio-CT erbrachte eine langstreckige Entzündung im Jejunalbereich, eine Wandverdickung des Dünndarms bis auf 1 cm sowie eine Vergrößerung multipler mesenterialer Lymphknoten. Außerdem wurde eine Teilthrombosierung und Stenose der A. mesenterica superior beschrieben. Auffallend war ferner, dass sich an der Innenseite der Darmwand eine Mehranreicherung des Kontrastmittels zeigte, was als Gegenargument gegen eine Ischämie interpretiert wurde.

Nach wenigen Tagen kam es unter einer Therapie mit Prednisolon und Mesalazin zu einer Besserung des Befindens, die Behandlung der abdominellen Beschwerden mit Novalgin und Dolantin konnte beendet werden. Auffällig war lediglich, dass sich

immer nach Nahrungsaufnahme abdominelle Beschwerden entwickelten. Die Entzündungskonstellation ging kontinuierlich zurück, die Leukozytenzahl normalisierte sich, das C-reaktive Protein sank von 201 auf 10 mg/l.

Eine nach einer Woche durchgeführte Enteroskopie erbrachte eine lokale Besserung der initial gesehenen entzündlichen Veränderungen, Ulzera waren nicht mehr zu sehen. Daraufhin wurde die Patientin in gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen, obwohl sie immer noch über postprandial auftretende abdominelle, insbesondere epigastrische Schmerzen klagte, die jedoch unter einer Schmerzmedikation gut zu beherrschen waren. Zwei Wochen später wurde sie wiederum in einem anderen Krankenhaus wegen rezidivierender Bauchschmerzen bei stärkerer körperlicher Anstrengung, beim Laufen und nach Nahrungsaufnahme stationär aufgenommen. Der vordiagnostizierte Morbus Crohn wurde mit Cortison und Azathioprin behandelt.

Im Angio-CT stellte sich eine Stenose der A. mesenterica superior dar, duplexsonographisch zeigte sich im Truncus coeliacus ein normales Flussverhalten, im Bereich der A. mesenterica superior wurde ein eindeutig pathologischer Befund erhoben. Die CT-Angiographie ergab ferner einen Verschluss der distalen A. mesenterica sup. einschließlich der abgehenden Darmarkaden. Daraufhin erfolgte eine Coeliaco-Mesentericographie mit Stent-Anlage im Bereich der Mesenterica-Stenose und eine intraarterielle Lysetherapie mit nachfolgender Prostavasinerfusion für 48 Stunden. Wegen bestehender Spasmen, Ste-



Abb. 1: Partielle Thrombose der Arteria mesenterica superior

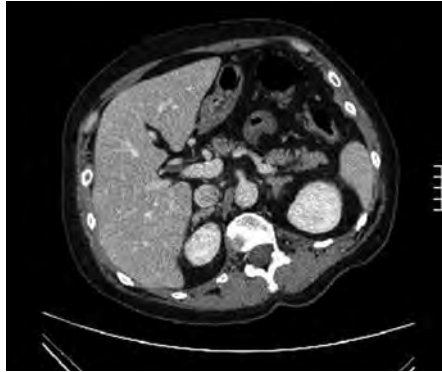


Abb. 2: Massive Wandverdickung des Jejunums

nosen im Bereich der Gefäßarkaden sowie intraarterieller Thromben wurde eine Nachbehandlung mit Prostavasin und Heparin empfohlen. Die Schmerzen verschwanden schließlich, zur Sekundärprävention wurde eine Therapie mit ASS und Plavix für neun bis zwölf Monate eingeleitet. In der Erholungsphase verbesserte sich auch die Darmperistaltik.

Als Risikofaktoren für die arteriosklerotischen Veränderungen der Mesenterialgefäße muss ein Nikotinabusus angesehen werden, daneben bestand eine Hyperlipidämie sowie eine arterielle Hypertonie. Nach 14-tägigem Aufenthalt konnte die Patientin weitgehend beschwerdefrei entlassen werden, nachdem noch eine Hæmatomausräumung in der Leiste erforderlich geworden war. Die Patientin beanstandet die Fehldiagnose eines Morbus Crohn und die sich daraus ableitende unnötige Therapie mit Cortison bzw. Immunsuppressiva.

Gutachterliche Stellungnahme

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass der Patientin durch die „Fehldiagnose“ Morbus Crohn und die entsprechende Behandlung kein Schaden entstanden ist. Die Diagnose war durch den makroskopischen Aspekt, die CT-Untersuchung mit einer Verdickung der Wand des Jejunums

und insbesondere die histologische Bestätigung – vereinbar mit der Diagnose eines Morbus Crohn – sozusagen aufgeklärt worden. Auch die Angio-CT hatte die zunächst in den Raum gestellte Differentialdiagnose einer Darmischämie eher als unwahrscheinlich dargestellt. Hinzu kommt, dass eine arterielle Durchblutungsstörung im Dünndarm meist mit blutigen Durchfällen und einer Durchwanderungsperitonitis einhergeht. Die Letalität eines Mesenterialinfarkts liegt dadurch bei 80 bis 100 %. Gegen einen Morbus Crohn sprach allerdings die Lokalisation; bevorzugt betroffen sind terminales Ileum und Colon. Das Krankheitsbild entwickelt sich eher schleichend und ohne diffuse Abwehrspannung, sieht man von den Fällen eines „hot Crohn“ einmal ab.



Abb. 3: Stent-Implantation in die A. mesenterica sup.

Das makroskopische Erscheinungsbild einer Dünndarmischämie erinnert zunächst an eine Colitis ulcerosa, erst nach einigen Tagen bis Wochen an einen Morbus Crohn, wenn es sich um eine Perfusionsischämie und keinen arteriellen Verschluss handelt.

Der initiale Angio-CT-Befund dürfte mit der Mehranreicherung des Kontrastmittels auf submucöse Haematome zurückzuführen sein, wie sie als „thumbprintings“ von der ischämischen Colitis geläufig sind. Der entscheidende therapeutische Impuls erfolgte durch die zweite Angio-CT bzw. die darauf folgende Coeliako-Mesentericographie mit Stenting der Stenose der A. mesenterica superior und nachfolgender Lyse- bzw. Prostavasintherapie. Erfahrungsgemäß kommt es bei der reinen Mucosaischämie zu einer Restitutio ad integrum, wenn die Durchblutung wiederhergestellt ist. Verlaufsbeobachtungen müssen zeigen, ob sich einige Monate nach dem akuten Ereignis nicht doch noch eine ischämische Striktur ausbildet, falls die Ischämie tiefere Wandschichten betroffen haben sollte.

Die Patientin hat in mehrfacher Hinsicht Glück gehabt: zum einen betraf die Ischämie offensichtlich nur die Darmperipherie, zum anderen ist es nicht zu einer Infektion der ischämischen Schleimhaut gekommen, die durch die Kortisontherapie noch erleichtert worden wäre. Ursache des Geschehens ist zweifelsfrei die Kombination aus Nikotinabusus, Hyperlipidämie und arterieller Hypertonie.

Zusammenfassend kann somit festgehalten werden

Die „Fehldiagnose“ eines Morbus Crohn ist in Teilen nachvollziehbar, nachdem zwei konsiliarisch tätige Fachdisziplinen,

nämlich Radiologie und Pathologie, diese Arbeitshypothese unterstützt haben. Allerdings hätte das klinische Bild mit den postprandial sich verstärkenden Bauchschmerzen im Sinne einer Angina abdominalis den Verdacht auf eine Darmischämie lenken müssen. Ungewöhnlich ist sicher das jugendliche Alter der Patientin. Es bleibt zu hoffen, dass durch eine vernünftige Lebensweise sowie eine medikamentöse Senkung der Blutfettwerte in Verbindung mit einer effizienten Hochdrucktherapie keine weitere Progression der Arteriosklerose im Bereich der mesenterialen Strombahn eintritt.

Juristische Stellungnahme

Die Diagnose Morbus Crohn war, wie inzwischen eindeutig festgestellt, falsch, ebenso wie die darauf gegründete Therapie. Durch diese Fehldiagnose ist die Patientin in akute Lebensgefahr geraten. Zu ihrem Glück hat sich dieses Risiko nicht, verwirklicht, sodass der Schaden im Ergebnis nur in der verzögerten sachgerech-

ten Behandlung mit den damit verbundenen Schmerzen und Missempfindungen bestand.

Die nachträgliche Feststellung einer Fehldiagnose begründet aber noch keine Haftung, auch dann nicht, wenn ein gravierender Schaden eintritt als im vorliegenden Fall. Zur Beurteilung stand die Frage, ob aufgrund der Symptomatik und der danach veranlassten Diagnostik den behandelnden Ärzten aus der maßgebenden Sicht ex ante diese objektiv fehlerhafte Diagnose zum Vorwurf gemacht werden konnte. Das wäre hier der Fall gewesen, wenn sich aus der richtigen Auswertung der gefertigten Computertomographie des Abdomens mit Gefäßdarstellung Anhaltspunkte für eine Stenosierung der Arteria mesenterialis superior ergeben hätten, die gegebenenfalls in Verbindung mit den vorstehend aufgezeigten Gesichtspunkten (z.B. Lokalisation) eine weitergehende Abklärung erfordert hätten.

Die Gutachterkommission hat zur Beantwortung dieser Frage die Einholung eines radiologischen Ergänzungsgutachtens zur Interpretation des computertomographischen Befundes beschlossen. Zu der Ausführung ist es dann nicht mehr gekommen, da die Beteiligten in Ansehung des Feststellungsrisikos einen Abfindungsvergleich geschlossen haben.

Fazit

Durchblutungsstörungen und akute Gefäßverschlüsse im Bauchraum sind zwar selten, aber häufig lebensbedrohlich. Es empfiehlt sich deshalb immer, zur Diagnosefindung bei akutem Abdomen möglichst viele Fachdisziplinen mit einzubinden. Intensität der Schmerzen und „atypische Verlaufsformen“ können wichtige Hinweise liefern, doch ist Eile geboten, um irreparable Schäden zu vermeiden.

Korrespondenzadresse

Professor Dr. med. Wolfgang Rösch, Frankfurt (Anschrift ist der Redaktion bekannt)

Die ROTE LISTE® 2011 erschien im April

- **Buchform noch immer gefragt**
- **Neu: Zusätzliche Angabe von ATC-Code**

Fast jeder kennt sie, in kaum einer Arztpraxis fehlt sie – die ROTE LISTE®. Bereits zum 51. Mal erschien das Buch im April 2011. Als unverzichtbares Arbeitsmittel für die tägliche Praxis ist sie selbst in Zeiten des Internets ein Bestseller in Buchform. Jährlich erscheint das Werk, zu dem Ärzte und Apotheker stets dann greifen, wenn sie präzise Informationen zu Arzneimitteln benötigen. Erstmals wird bei dieser Auflage der ATC₁-Code* gemäß amtlichem ATC-Index für Deutschland bei den Präparaten angegeben. Diese Klassifikation ergänzt die bisherige Einteilung in 88 Hauptgruppen (Indikations- und Wirkstoffgruppen).

* ATC₁ = **A**natomisch-**T**herapeutisch-**C**hemisches Klassifikationssystem

Die ROTE LISTE® 2011 in Zahlen

Auflage: **285.000**

Seitenanzahl: **2.352**

Präparateinträge: **8.280**

Darreichungsformen: **10.180** (davon **6.288** rezeptpflichtige)

Preisangaben: **33.737**

Die ROTE LISTE® 2011, ISBN-13: 978-3939192503, Preis: € 78,00 inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten, bei Rhenus Medien Logistik GmbH & Co. KG, Landsberg, E-Mail: kaufbestellung@rote-liste.de, www.rote-liste.de

Sicherer Verordnen

Valproinsäure – Migräneprophylaxe

Nach einer Information der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) ist Valproinsäure im Off-Label-Use zur Prophylaxe von Migräneanfällen zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Bedacht werden sollte jedoch:

- Valproinsäure ist teratogen, bei Frauen im gebärfähigen Alter muss eine wirksame Kontrazeption durchgeführt werden.
- Das Auftreten von suizidalem Verhalten unter der Therapie mit Valproinsäure bedingt eine sorgfältige Überwachung von depressiven Patienten.
- Valproinsäure ist zur Migräneprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen nicht wirksam.
- Valproinsäure darf nur von Fachärzten für Nervenheilkunde, für Psychiatrie o.ä. verordnet werden.
- Von 24 Herstellern Valproinsäure-haltiger Arzneimittel haben derzeit nur AWD, pharma, Dolorgiet, Hexal, IIP-Institut für industrielle Pharmazie und TAD Pharma dem Off-Label-Use zugestimmt – cave: haftungsrechtliche Konsequenzen bei einer Verordnung anderer Fertigarzneimittel, auf idem-Feld ankreuzen!

Quelle: AkdÄ Drug Safety Mail 2010-130

Augentropfen – Anwendungsregeln

Nachfolgend einige Regeln zur Anwendung von Augentropfen, über die Patienten informiert sein sollten:

- Vor einer Anwendung Hände waschen.
- Augentropfen auf Umgebungstemperatur erwärmen.
- Unterlid des betreffenden Auges leicht nach unten abziehen.
- Kopf weit nach hinten beugen und Blick nach oben richten.
- Mit der Tropfspitze nicht Lidrand, Augenoberfläche oder Finger berühren.
- Augen nach Applikation langsam schließen, nicht zukneifen.
- Augapfel für einige Sekunden bewegen.
- Einige Minuten leichten Druck auf nasalen Augenwinkel ausüben (Verschluss der Tränenkanälchen).

- eine Packung Augentropfen nicht von mehreren Personen benutzen.

Quelle: Dtsch.Apo.Ztg. 2010; 150: 5256

NSAID – Kardiovaskuläre Risiken

In einer Metaanalyse wurden die kardiovaskulären Risiken nicht-steroidaler Antiphlogistika (NSAID) untereinander verglichen. Aufgrund mangelnder Studien (und mangelnder Zusammenarbeit mit einem Hersteller) konnten nur Celecoxib, Diclofenac, Etoricoxib, Ibuprofen, Lumiracoxib, Naproxen und Rofecoxib analysiert werden, über das Risiko anderer NSAID kann keine Aussage gemacht werden.

Herzinfarktrisiko: Rofecoxib → Lumiracoxib → Ibuprofen → Celecoxib, andere NSAID: nicht signifikant.

Schlaganfallrisiko: Ibuprofen → Diclofenac → Lumiracoxib, andere NSAID: nicht signifikant, leicht erhöht bei Naproxen und Etoricoxib.

Kardiovaskulärer Tod: Etoricoxib → Diclofenac, andere NSAID: nicht signifikant, bis auf Naproxen jedoch leicht erhöht.

Naproxen schneidet in Bezug auf die untersuchten Risiken gut ab, allerdings muss ein höheres gastrointestinales Risiko im Vergleich zu Diclofenac berücksichtigt werden. Grundsätzlich muss bei einer symptomatischen Behandlung der Grundsatz „primum non nocere“ verstärkt gelten: Insbesondere bei älteren Patienten mit kardiovaskulären Risiken sollten niedrige Dosierungen und eine einmalige tägliche Anwendung (= Verringerung der Beeinflussung auf den Prostaglandinmetabolismus) bevorzugt werden.

Aufgrund der derzeitigen Diskussion zur Toxizität von Paracetamol oder der bekannten UAW von Opioiden sollte eine individuell unterschiedliche Wirksamkeit und Verträglichkeit von Analgetika weiterhin als Ordnungsmaßstab für die Schmerztherapie bevorzugt berücksichtigt werden.

Quelle: Brit.med.J. 2011; 342:c7086

MMR-Impfstoff und Autismus

Ein Artikel, publiziert 1998 in einer renommierten medizinischen Fachzeitschrift und erst im Februar 2010 zurückgezogen, hatte nicht nur persönliche Konsequenzen für den Autor. Es konnte nachgewiesen werden, dass seine Hypothese, ein MMR-Impfstoff sei ursächlich verantwortlich für das Auftreten von Autismus und Enterokolitis (sog. „Wakefield-Syndrom“), auf zwölf zeitlich und diagnostisch manipulierten Krankengeschichten beruhte. Zusätzlich tragen auch seine Ko-Autoren eine gewisse Maß an Schuld, da sie die Studie nicht gründlich genug überprüften.

In einer neuen Aufarbeitung dieses Wissenschaftsbetruges werden zusätzlich noch weit kritischere Folgen diskutiert: bis heute haben sich die Durchimpfungsraten in Großbritannien noch nicht vollständig von ihrer 80 %igen Reduktion aus 2003 erholt. Das erste Mal seit 14 Jahren mussten im Jahr 2008 Masern in Großbritannien wieder als endemisch erklärt werden. Bis heute sind Eltern verunsichert.

Dies gilt auch in Deutschland, nachdem von Impfgegnern die Mär einer Verursachung von Autismus durch einen Masern-Mumps-Röteln-Impfstoff verbreitet wurde. Nach einem Mumpsausbruch in Essen 2010 stellte sich heraus, dass von 71 infizierten Kindern 68 nicht geimpft waren.

Von allen prophylaktischen Maßnahmen sind die Ergebnisse von Impfungen wissenschaftlich am besten gesichert – ebenso wie ihre unerwünschten, meist lokal begrenzten Wirkungen. Es bleibt nicht nachvollziehbar, wenn Ärztinnen/Ärzte oder medizinisches Personal wie Hebammen generell von Impfungen abraten.

Quelle: Brit.med.J. 2011; 342: 64-6, 77-82

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 3/2011

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

Feilschen muss man können!

Klaus Britting

„Einen schönen guten Morgen!“, ruft Schubert gut gelaunt, als er das Sportgeschäft betritt. Er will mir heute mal zeigen, wie man richtig feilscht. „Was kostet der Hometrainer dort?“, sagt er zu dem jungen Verkäufer. „348 Euro, unser Superangebot!“, fällt ihm das Verkaufstalent sofort ins Wort.

„348 Euro?“, ruft Schubert mit trainiertem Entsetzen, „der hat doch letzte Woche noch 298 gekostet, dafür bekomme ich bei ‚Sportworld‘ ja zwei.“ Der Verkäufer findet den Scherz nicht so lustig, bemüht sich aber, sachlich zu bleiben: „Aber nicht in dieser Spitzenqualität, mein Herr!“ „Gut, 270 Euro und ich nehme ihn sofort mit“, erwidert Schubert. „Unmöglich!“, sagt der Verkäufer, „der Preis ist ohnehin sehr günstig.“ „Haben Sie den auch mit verchromtem Rahmen?“, fragt Schubert in der Hoffnung auf eine negative Antwort, die ihm einen psychologischen Vorteil in der weiteren Verhandlungsführung verschaffen soll. „Selbstverständlich“, antwortete der Verkäufer trocken. Nun muss Schubert sich etwas Neues einfallen lassen.

„Die Kugellager sind in dieser Preisklasse doch sicher aus Titan?“ Der Verkäufer ist von Schuberts Frage sichtlich überrascht. „Kugellager aus Titan...?“, starrt er ihn ungläubig an. „Das glaube ich nicht, das heißt ... ich weiß es nicht ... da muss ich den Chef fragen.“ Die überfallartige Frage

ist gelungen. Der Verkäufer tuschelt mit dem Chef, der dann auch zögernd auf Schubert zutritt. „Nein, ich denke, aus Titan sind die Kugellager nicht.“ „Wirklich schade“, sagt Schubert mit einer so starken Leidensmiene, dass der Verkäufer ihm spontan ein Glas Wasser anbietet. „Schade schade“, murmelt Schubert vor sich hin, „bei Titan hätte ich den Preis akzeptiert, aber so ...“ Sein betrübtes Gesicht lässt den Chef nun aber handeln: „320 Euro sind der äußerste Preis, den ich Ihnen einräumen könnte ...“ „Gut, für 280 nehme ich ihn“, kontert Schubert. Sie einigen sich dann auf 300 Euro.

Als Schubert bezahlt hat, fällt ihm ein, dass sein Neffe, für den der Hometrainer als Hochzeitsgeschenk bestimmt ist, ihn eigens gebeten hat, auf keinen Fall einen schwarzen Sattel zu nehmen. So sagt er eher beiläufig: „Den schwarzen Sattel kann ich doch sicher tauschen gegen einen farbigen. Sie haben hier ja welche in blau.“ Der Chef zögert zunächst, meint dann aber sehr freundlich: „Gerne!“ Er geht zum Regal und bringt ihm den leuchtend blauen Sattel: „49 Euro.“ „Nein, ich will ihn nicht kaufen, sondern nur tauschen gegen den schwarzen“, entgegnet Schubert, etwas verwirrt.

„Das ist schon der Tauschpreis, denn normal kostet der blaue 64 Euro. Ich habe

Ihnen 15 Euro für den schwarzen Sattel bereits angerechnet.“ Schubert erschrickt, denn er muss wegen des morgigen Hochzeitstages den Hometrainer sofort mitnehmen. „Aber warum soll denn der schwarze Sattel 49 Euro weniger wert sein als der blaue?“, sagt er fast flehend zu dem Chef des Ladens. „Weil schwarz niemand will!“, erwidert der und lächelt.

Nun kommt Schubert ins Schwitzen, denn die Zeit läuft ihm davon. Da erbarmt sich der Chef: „Ich mache Ihnen jetzt ein Angebot. Sie zahlen nur 49 Euro für den blauen Sattel und bekommen den schwarzen von mir als Zugabe, also umsonst – kostenlos!!!“ Schubert greift sofort zu, weil er seiner Nichte für ihr altes Fahrrad nun einen neuen Sattel schenken kann. Stolz schaut er zu mir und flüstert: „Feilschen muss man können!“

Schubert verlässt das Geschäft mit Hometrainer und Zweitsattel, ich will mich noch etwas umsehen, da ruft der Chef grinsend zu seinem Verkäufer: „War doch gut, dass wir den Hometrainer gestern um 30 Euro erhöht haben, und den blauen Ladenhüter sind wir auch los. Feilschen muss man können!“

Anschrift des Verfassers

Klaus Britting, Busdorf

(Anschrift ist der Redaktion bekannt)

Landesärztekammer Hessen

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Helga Freese, Bensheim, am 28. Juni.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Edelgard Fornfeist, Heuchelheim, am 14. Juni.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Albrecht Morgenroth, Kassel, am 2. Juni,
Dr. med. Dagmar Schatt-Klingenschmitt, Kassel, am 25. Juni.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Klaus Gary, Limburg, am 1. Juni.

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

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Birgit Helene Ilse Ditzfurth-Sturm, Frankfurt

* 7.5.1944 † 8.2.2011

Ursula Gerda Henrich, Bensheim

* 6.7.1942 † 8.10.2010

Peter Hoffmann, Dietzhölztal

* 28.8.1948 † 7.3.2011

Dr. med. Lutz Maischein, Darmstadt

* 8.5.1919 † 27.2.2011

Medizinaldirektor a.D. Dr. med. Dietrich Metz, Fulda

* 26.10.1918 † 15.1.2011

Dr. med. Horst Ottmers, Kassel

* 1.3.1922 † 9.3.2011

Dr. med. Gerhard Ziegenhagen, Königstein

* 28.3.1950 † 15.7.2010

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis Nr. HS/K/6962, ausgestellt am 1.9.2004, für Regina Baier, Kassel,

Arztausweis Nr. 060014422, ausgestellt am 12.10.2009, für Oliver Dechert, Offenbach,

Arztausweis Nr. HS/F/14931, ausgestellt am 18.3.2008, für Christine Heinrich, Basel,

Arztausweis Nr. HS/D/3886, ausgestellt am 29.1.2002, für Dr. med. Peter Jessen, Breuberg,

Arztausweis Nr. HS/M 03/2008, ausgestellt am 3.1.2008, für Dr. med. Elke Knauf, Bad Wildungen,

Arztausweis Nr. HS/F/10282, ausgestellt am 3.8.2001, für Wilfried Köhler, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/D/4762, ausgestellt am 24.1.2006, für Dr. med. Markus Johannes Langheinrich, Roßdorf,

Arztausweis Nr. 060016483, ausgestellt am 7.4.2010, für Valentina Saratowa, Gießen,

Arztausweis Nr. HS/D/4107, ausgestellt am 28.2.2003, für Georg Töpfer, Groß-Umstadt,

Arztausweis Nr. HS/K/9780, ausgestellt am 23.10.2007, für Dr. med. Amma Yeboah, Fulda.

Richtige Antworten

Zu den Multiple Choice-Fragen „Akutes Nierenversagen auf der Intensivstation“ in der März-Ausgabe 2011, Seite 137

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

Abschlussfeier anlässlich der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Winter 2011

Alle erfolgreichen Absolventen der Winterprüfung erhalten ihr Prüfungszeugnis im Rahmen einer Abschlussfeier bei der jeweiligen Bezirksärztekammer. **Medizinische Fachangestellte**, die mit der Note „sehr gut“ im schriftlichen und im praktischen Teil abgeschlossen haben, werden besonders geehrt. Der Vorsitzende überreicht persönlich das Prüfungszeugnis. Außerdem erhalten sie zusammen mit einem wertvollen Buchgeschenk ein persönliches Schreiben des Präsidenten der Landesärztekammer Hessen.

Zur Abschlussfeier waren auch die auszubildenden Ärztinnen und Ärzte und die Berufsschullehrer/innen sehr herzlich eingeladen.

Bei der Abschlussprüfung Winter 2011 haben **drei Medizinische Fachangestellte** den **praktischen und den schriftlichen Teil** der Abschlussprüfung mit der Note „sehr gut“ abgeschlossen.

Auszubildende	Punkte schriftl. Teil/ prakt. Teil	Ausbildungspraxis
Mäding, Janine	92,00 / 98,00	Gemeinschaftspraxis Dr. med. E. Brüning, Dr. med. C. Arkan, Dr. med. D. Debertshäuser, Dr. med. D. Grapentin und Dr. med. R. Porcher, Seligenstadt
Neupel, Svitlana	93,00 / 96,00	Gemeinschaftspraxis Dr. med. H.-U. Preisendörfer, Dr. med. M. Bolczek, H. J. W. Lange, E. Mauerer und Dr. med. H. Zappe, Neu-Isenburg
Pöhlmann, Rebecca	93,00 / 92,00	Gemeinschaftspraxis Dr. med. A. Missalla, Dr. med. U. König und U. Daur-Staufenberg, Offenbach

Landesärztekammer Hessen
Abt. Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Sabrina Zinser, tätig bei Dr. med. F. Weisenborn und
Dr. med. A. Ladwig, Eltville

Pia Woitke, tätig bei S. Schmitt, Bensheim

Heike Schader, tätig bei S. Schmitt, Bensheim

Nadine Hartlich, tätig bei Dr. med. C. Naegle, Gelnhausen

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

Christine Brühl, seit 17 Jahren tätig bei Prof. h.c. Med. Univ. Sofia
Dr. med. N. Otto, Rodgau

Verena Pokorny, seit 12 Jahren tätig bei Dr. med. M. Grün,
Mücke-Ruppertenrod

Carina Rossi Klöckner, seit 19 Jahren tätig bei C. Naegle, Gelnhausen

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

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

Eleonore Lutter, seit 41 Jahren tätig bei S. Sietzke, Mörfelden-
Walldorf, vormals in verschiedenen Praxen tätig

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

43. Internationaler Seminarkongress Grado/Italien

vom 28. August bis 2. September 2011

**Collegium Medicinae Italo-Germanicum in
Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer**

Zertifiziert von der Bayerischen Landesärztekammer

28. August 2011, 16:00 Uhr, **Eröffnungsvortrag: „Zukunft
der hausärztlichen Versorgung“** (Dr. von Ascheraden).

Themen: Dermatologie, Gastroenterologie, Hals-, Nasen-
Ohrenheilkunde, Notfallmedizin – Theorie, Pädiatrie für Allge-
meinmediziner, Interdisziplinäre Gespräche, Themen täglich
wechselnd.

Kurse (mit Zusatzgebühr): Balint-Gruppe, Notfallmedizin –
Praxis, Orthopädie/Manualmedizin (33 P insges.).

Das Gesamtprogramm kann angefordert werden:

Frau Del Bove

Fon: 030 400456-415 oder

E-Mail: cme@baek.de

Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Winter 2011

Hiermit geben wir Ihnen die Ergebnisse der Abschlussprüfung für **Medizinische Fachangestellte** im Winter 2011 bekannt:

191 Prüflinge haben am Schriftlichen Teil der Abschlussprüfung teilgenommen, von denen **167** bestanden haben. Folgende Ergebnisse wurden erzielt:

Schriftlicher Teil:	
Note sehr gut	3
Note gut	16
Note befriedigend	46
Note ausreichend	102
Note mangelhaft	23
Note ungenügend	1

222 Prüflinge haben am Praktischen Teil der Abschlussprüfung teilgenommen, von denen **177** bestanden haben. Folgende Ergebnisse wurden erzielt:

Praktischer Teil:	
Note sehr gut	19
Note gut	33
Note befriedigend	52
Note ausreichend	73
Note mangelhaft	36
Note ungenügend	9

190 Prüflinge haben die Prüfung insgesamt bestanden.

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

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

Nach derzeitigen Erkenntnissen der Prüferinnen und Prüfer weist das auf Defizite in der betrieblichen Ausbildung in der Ausbildungsstätte hin. Entweder die Auszubildende hat nicht die erforderlichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten laut Ausbildungsrahmenplan erworben oder es fehlt ihr die erforderliche Berufserfahrung (vgl. § 1 Abs. 3 Berufsbildungsgesetz). Laut Ausbildungsordnung soll die MFA als Allroundkraft ausgebildet werden. Spezialisierungen können bei der Prüfung nicht berücksichtigt werden. Die Prüfung bezieht sich auf allgemeine medizinische Inhalte und Basistätigkeiten von Medizinischen Fachangestellten. Die Prüfungsinhalte des prak-

tischen Teils der Prüfung sind im Internet veröffentlicht (www.laekh.de) unter dem Stichwort „Stichwortverzeichnis“ und sollten regelmäßig von auszubildenden Ärztinnen und Ärzten während der Ausbildung eingesehen werden.

Für spezialisierte Fachpraxen, die die Vermittlung der erforderlichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten entsprechend der Prüfungsordnung nicht vollständig leisten können, ist zu empfehlen, eine Kooperation mit einer allgemeinärztlichen Praxis einzugehen und die Auszubildende zur Hospitation zu entsenden. Leider berichten nicht wenige Prüflinge, dass ihre Ausbilder zur Hospitation keine Zustimmung erteilen würden.

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

Um die geforderte Prüfungsleistung erbringen zu können, von der das Bestehen der Abschlussprüfung abhängt, ist eine umfangreiche Ausstattung im Bereich Medizin, Labor, Verwaltung und Abrechnung erforderlich. Aus diesem Grund wurde als Prüfungsort die den Prüflingen von der Überbetrieblichen Ausbildung bekannte Carl-Oelemann-Schule gewählt. Bei der guten

Ausstattung der Carl-Oelemann-Schule kann man die Prüfungssituation so praxisnah wie möglich gestalten. Die Prüflinge profitieren von der guten Ausstattung, die von Prüferinnen und Prüfern sehr gelobt wurde.

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

Auch Prüflinge aus Facharztpraxen erzielen bei der praktischen Prüfung gute bis sehr gute Leistungen, wie die beigefügte Tabelle der Prüflinge mit der Note 1 und 2 in der Winterprüfung 2011 belegt.

Ein Prüfling aus einer Laser-Augenklinik war stolz auf 73 Punkte, die sie in der praktischen Prüfung erzielt hat. Da während der Ausbildung wenig Gelegenheit für das praktische Üben von allgemeinen medizinischen Tätigkeiten war, sie sich aber rechtzeitig über die Prüfungsanforderungen informierte, hat sie eigeninitiativ sehr viele Fortbildungen und Prüfungsvorbereitungskurse mit Unterstützung ihrer Ausbildungsstätte besucht.

Wir danken den Prüferinnen und Prüfern der Winterprüfung 2011 für das Engagement und die Mitwirkungsbereitschaft herzlich.

Landesärztekammer Hessen

Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

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

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

Prüflinge mit der Note „gut“ im Praktischen Teil Auflistung der Facharztrichtungen der Ausbilder								
1.	Facharztrichtung	Darmstadt	Frankfurt	Gießen	Kassel	Marburg	Wiesbaden	Gesamt LÄKH
	Allgemeinmed./Prakt.Arzt/Arbeitsmedizin	0	2	4	2	0	1	9
	Anästhesie	0	0	0	0	0	0	0
	Augenheilkunde	0	0	1	0	0	1	2
	Chirurgie/Unfall-/Herz-/Gefäß- ...	0	0	0	0	0	0	0
	Dermatologie	0	2	0	0	0	1	3
	Gynäkologie	0	0	0	0	0	1	1
	HNO	0	1	0	0	0	0	1
	Innere Medizin/Kardiologie/Nephrologie	3	4	1	1	0	1	10
	Kinder- und Jugendmedizin	0	1	0	0	0	0	1
	Labormedizin	0	0	0	1	0	0	1
	Neurologie & Psychiatrie/psych. Medizin	0	0	0	0	0	0	0
	Orthopädie	0	1	1	0	0	1	3
	Pathologie	0	0	0	0	0	0	0
	Plast. Chirurgie	0	0	0	0	0	0	0
	Pneumologie	1	0	0	0	0	0	1
	Radiologie	0	0	0	0	0	1	1
	Urologie	0	0	0	0	0	0	0
	Externe	0	0	0	0	0	0	0

**Mandatsniederlegung und Nachfolge
von Sitzen in der Delegiertenversammlung
der Landesärztekammer Hessen
für die Legislaturperiode 2008-2013**

Mandatsverzicht	mit Datum vom:	Nachrücker
Dr. med. Raoul Hecker Liste 7 MARBURGER BUND HESSEN	24. März 2011	Dr. med. Lars Bodammer Liste 7 MARBURGER BUND HESSEN

**Schreiben Sie uns
Ihre Meinung**

Hessisches Ärzteblatt
– Leserbriefe –

Redaktion Hessisches Ärzteblatt
Im Vogelsgesang 3
60488 Frankfurt

E-Mail: angelika.kob@laekh.de
Telefax 069 97672-247

Arbeitsschutz – Neue Regelungen für betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung seit 1. Januar 2011

Seit dem 1. Januar 2011 regelt die neue DGUV Vorschrift 2 die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung in Unternehmen, in denen mindestens ein Arbeitnehmer beschäftigt ist. Sie löst die bisherige Unfallverhütungsvorschrift BGV A2 ab und erweitert die Gestaltungsmöglichkeit für die Arbeitsschutzbetreuung.

Kleinere Unternehmen und Betriebe mit bis zu 50 Mitarbeitern, die an dem Unternehmermodell (AbBA – Alternative bedarfsorientierte Betreuung von Arztpraxen) der Landesärztekammer Hessen teilnehmen, sind von Änderungen jedoch nicht betroffen.

Die Neuerungen sind bedeutsam für Betriebe mit mehr als zehn Mitarbeitern, die der Regelbetreuung unterliegen. Die **Regelbetreuung** gliedert sich neuerdings in zwei Bausteine: eine Grundbetreuung und eine betriebsspezifische Betreuung.

Die **Grundbetreuung** umfasst Basisleistungen nach dem Arbeitssicherheitsgesetz, wie etwa die Unterstützung bei der Gefährdungsbeurteilung und bei grundlegenden Maßnahmen der Arbeitsgestaltung. Hier gelten neuerdings feste, einfach zu berechnende Einsatzzeiten für den Betriebsarzt und die Fachkraft für Arbeitssicherheit gemeinsam (ohne Wegezeiten und Zeiten der Vorsorgeuntersuchungen). Wie sich die Aufgaben und Einsatzzeiten im Einzelnen verteilen, legt der Arbeitgeber gemeinsam mit dem Betriebsarzt und der Fachkraft für Arbeitssicherheit fest. Die BGW empfiehlt dabei, die Einsatzzeiten jeweils zur Hälfte auf diese beiden Arbeitsschutzexperten aufzuteilen.

Die ergänzende **betriebsspezifische Betreuung** ergibt sich aus dem individuellen Bedarf im Betrieb, den der Unternehmer anhand eines Leistungskatalogs ermittelt. Dabei kann es bspw. um arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen der Mitarbeiter/innen, die Weiterentwicklung des betrieblichen Gesundheitsmanagements, die Einführung neuer Arbeitsverfahren oder den Umgang mit dem demographischen Wandel gehen.

Weitere Informationen zur Reform der Unfallverhütungsvorschrift erhalten Sie auch auf der Internetseite der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) www.bgw-online.de (Suchbegriff „Arbeitsschutzbetreuung“), und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung www.dguv.de inklusive Download der Vorschrift.

Für weitere Informationen – vor allem zur unverändert wählbaren **bedarfsorientierten Alternativbetreuung von Arztpraxen** – steht Ihnen die fachkundige Stelle an der Bezirksärztekammer Wiesbaden, Fon: 0611 97748-25, gerne zur Verfügung. Die regelmäßigen Kursangebote an der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen für 2011 finden Sie unter www.laekh.de/aerzte/betriebsaerztlichebetreuungvonarztpraxen.de

Barbara S. Sebastian

CHECKLISTE

Empfehlungen für die Einstellung von auszubildenden Medizinischen Fachangestellten

- ☐ Bewerbungs- und Einstellungsverfahren spätestens im Herbst des Vorjahres durchführen
- ☐ Offizielle Einstellungstermine beachten: zwischen dem 1. August und dem 1. September eines jeden Jahres

Hinweis: Die Ausbildung endet im Normalfall mit Bestehen der Abschlussprüfung im Sommer und damit regelmäßig vor Ablauf des im Berufsausbildungsvertrages eingetragenen Endes.

- ☐ Ausbildungsmöglichkeiten prüfen (Anzahl der Fachkräfte im Verhältnis zur Anzahl der Auszubildenden)
- ☐ Arbeitserlaubnis oder Aufenthaltsberechtigung bei der Beschäftigung nichtdeutscher Auszubildenden prüfen
- ☐ Berufsausbildungsvertrag bei der zuständigen Bezirksärztekammer* anfordern oder direkt im Internet ausfüllen unter www.laekh.de
- ☐ Jugendarbeitsschutzuntersuchung durchführen lassen
- ☐ Anmeldung zur Berufsschule vornehmen
- ☐ Ausbildungsplan für die Ausbildungsstätte erstellen
- ☐ Berufsausbildungsvertrag (Ausfertigung für Landesärztekammer Hessen einschl. Antrag auf Eintragung ...), Kostenübernahme-Erklärung, ggf. Deckblatt des Muster-Ausbildungsplans oder Kopie des selbst erstellten Ausbildungsplans bei der zuständigen Bezirksärztekammer* zur Eintragung einreichen
- ☐ Verkürzung der Berufsausbildungszeit bei entsprechender schulischer oder beruflicher Vorbildung beantragen
- ☐ Ausbildungsnachweis aushändigen und erläutern
- ☐ über Schweigepflicht aufklären
- ☐ Berufskleidung (Kittel) beschaffen
- ☐ über Immunisierungsmaßnahmen gegen Hepatitis B unterrichten und diese kostenlos durchführen (BGR-TRB 250 „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“)
- ☐ Arbeitszeiten festlegen
- ☐ bei Krankenversicherung anmelden
- ☐ Lohnsteuerkarte vorlegen lassen
- ☐ Bankverbindung einrichten
- ☐ Rentenversicherungsnachweis bei der Deutschen Rentenversicherung beantragen

Bei der hier abgebildeten Checkliste handelt es sich um einen Auszug. Der komplette Abdruck der Checkliste sowie Informationen zu den einzelnen o.g. Punkten ist über unsere Homepage www.laekh.de über „Medizinische Fachangestellte/Arztshelfer/innen“ abzurufen.

Landesärztekammer Hessen
Ausbildungswesen:
Medizinische Fachangestellte

* Eine Ausnahme gilt für den Bereich der Bezirksärztekammer Gießen. Anstelle der Bezirksärztekammer ist mit der Sachbearbeiterin, Sandina Gall, in der Landesärztekammer Hessen, Fon: 069 97672-168 Kontakt aufzunehmen (s. Bericht über „Modellprojekt“, Hessisches Ärzteblatt Ausgabe 12/2002, S. 727).

Meldedaten der Landesärztekammer Hessen



Landesärztekammer Hessen
– Meldewesen –
Postfach 90 06 69
60446 Frankfurt

Sehr geehrte Kollegin,
sehr geehrter Kollege,

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

Sie können uns nachstehendes Formular über-
senden per Post, online über das Formular
Adressänderungen unter www.laekh.de,
per Mail an meldewesen@laekh.de oder selbst-
verständlich per Fax 069 97672-128.

Vielen Dank!

Mitgliedsnummer			
Name			
Vorname(n)			
ggf. Geburtsname			
Titel/Akademische Grade			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Privatadresse	seit		
	Straße		
	Postleitzahl		
	Ort		
	Fon		
	Fax		
	Mobiltelefon		
	E-Mail		
	Homepage	http://www.	
Dienstadresse	seit		
	Straße		
	Postleitzahl		
	Ort		
	Dienststelle		
	Fon		
	Fax		
	Mobiltelefon		
	E-Mail		
	Homepage	http://www.	
Datum	Unterschrift des Mitgliedes		



Kassenärztliche Vereinigung Hessen

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

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt	Internistin/Internist – fachärztlich –
Darmstadt	Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Groß-Umstadt	Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater (Überörtlicher Berufsausübungs- gemeinschaftsanteil)
--------------	---

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Lampertheim	Chirurgin/Chirurg (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Bensheim	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Mörfelden-Walldorf	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Rüsselsheim	Augenärztin/Augenarzt
Mörfelden-Walldorf	Chirurgin/Chirurg

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-Innenstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt am Main-Nordend	Frauenärztin/Frauenarzt
Frankfurt am Main-Gallusviertel	Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater
Frankfurt am Main-Nordend	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main-Bornheim	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

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

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Hattersheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Bad Soden am Taunus	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Schwalbach am Taunus

Ärztin/Arzt für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie oder
Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische
Medizin

Hofheim am Taunus

Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut
(Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Friedrichsdorf	Augenärztin/Augenarzt (Überörtlicher Berufsausübungs- gemeinschaftsanteil)
----------------	--

Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach am Main-Innenstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Offenbach am Main-Bürgel	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Offenbach

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

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

Planungsbereich Landkreis Gießen

Gießen	Diagnostische Radiologin/ Diagnostischer Radiologe (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Buseck	Psychiaterin und Psychotherapeutin/ Psychiater und Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

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

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Lahntal	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Marburg	Orthopädin/Orthopäde
Neustadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Wetter	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

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

Planungsbereich Waldeck-Frankenberg

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

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Nauheim Hautärztin/Hautarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Ober-Mörlen Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Gießen, Bachweg 1, 35398 Gießen** zu senden.

Planungsbereich Kassel-Stadt

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

Planungsbereich Landkreis Kassel

Habichtswald Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Naumburg Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Baunatal Augenärztin/Augenarzt
Hofgeismar Augenärztin/Augenarzt
Wolfhagen Kinderärztin/Kinderarzt
Landkreis Kassel Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin
Landkreis Kassel Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Spangenberg Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Eschwege Frauenärztin/Frauenarzt

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Kassel, Karthäuserstraße 7-9, 34117 Kassel** zu senden.

Planungsbereich Wiesbaden

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

Planungsbereich Limburg-Weilburg

Limburg-Weilburg Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Wiesbaden, Abraham-Lincoln-Straße 36, 65189 Wiesbaden**, zu senden.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Körperschaft des Öffentlichen Rechts, vermittelt für ihre Mitglieder

Praxisvertreter/-innen für Praxisvertretungen im Land Hessen.

Ärzte, die einen Vertreter benötigen und Ärzte, die selbst eine Vertretung übernehmen möchten, werden gebeten, sich an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt/M., Fon: 069 79502-604** zu wenden.

Der Arzt, der sich in seiner Praxis vertreten lässt, hat sich nach § 20 Berufsordnung der Ärzte in Hessen zu vergewissern, dass der Vertreter die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Vertretung erfüllt.

Durch die KV Hessen für ungültig erklärte Ausweise/Stempel:

Stempel Nummer 40 76297 00, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Vorder-taunus (Dr. med. Sabine Schlenkrich, Bad Homburg v.d.H..)

Verstehen und Helfen – Erkenntnisse aus dem Krankheitserlebnis Diabetes mellitus

(mit einem Begleitwort des Pressesprechers der Deutschen Diabetes Gesellschaft [DDG] PD Dr. Rainer Lundershausen), Dr. Hermann Raabe, Shaker Media GmbH, Aachen. 2008. 272 Seiten. Hardcover. ISBN 978-3-86858-117-1. Euro 25,50.

Die in Erstauflage erschienene Monographie „Verstehen und Helfen – Erkenntnisse aus dem Krankheitserlebnis Diabetes mellitus“ von Dr. Hermann Raabe ist ein Buch besonderer Brisanz. Andere zum Diabetes mellitus verfasste Fachbücher oder Ratgeber für Ärzte wie Betroffene geben überwiegend auf der Basis klinisch-naturwissenschaftlicher Erkenntnisse weitgehend emotionsfrei klar fundierte Behandlungsanleitungen oder Hilfestellung zum Umgang mit der Krankheit mit dem Ziel der Stoffwechselregulation.

Eine völlig andere Ausgangsposition bezieht der Autor, indem er die mit der Diagnose Diabetes mellitus als Krankheitstrauma empfundene emotionale Belastung und permanente psychologische Auseinandersetzung mit der lebensbegleitenden Krankheit und ihren Folgen in den Vordergrund seines individuellen Erlebnisberichtes rückt. In subtiler Form werden die vielfältigen und komplexen psychischen, somatischen wie sozialen Auswirkungen des Diabetes mellitus auf das Leben der davon Betroffenen und ihre individuelle Integrität dargestellt. Hierbei geht es dem Autor um ein ganzheitliches Verständnis für Menschen mit Diabetes, die mit der metabolischen Störung zugleich in eine psychosoziale Schieflage mit Folgen für die Lebensquali-

tät und Lebensplanung geraten sind.

Als jahrzehntelang diabetologisch tätiger Arzt und seit Kindheit selbst an Diabetes erkrankt ist der Autor in besonderer Weise prädestiniert, die Komplexität der ganz persönlichen Auseinandersetzung mit der chronischen Krankheit Diabetes auf naturwissenschaftlich-rationaler wie emotional-psychologischer Ebene darzustellen. Es ist dem Verfasser zuzustimmen, dass diese durch die Krankheitsdiagnose ausgelöste und nur schwer wieder zu regulierende biopsychosoziale Dysbalance in der klassischen diabetologischen Schulmedizin nicht den erforderlichen Platz einnimmt und hierfür wenig geeignete Regularien vorliegen.

Das Buch gliedert sich in drei Abschnitte: Krankheitsbewältigung, Alltagsbewältigung und Fortschritt durch Wandel, die alle unter dem zentralen Imperativ „Leben lernen und Leben mit Diabetes mellitus“ nachgeordnet sind. Stehen im ersten Abschnitt die Verarbeitung und Überwindung des durch die Diagnosestellung Diabetes ausgelösten psychischen Traumas im Vordergrund einschließlich der Sorge um mögliche Diabetesfolgen, wird im zweiten Abschnitt die aktive Auseinandersetzung mit der Krankheit Diabetes unter Alltags- und Berufsbedingungen breitspektral dargestellt. Fazit ist die optimistische Erkenntnis, dass der Mensch mit Diabetes bei krankheitsgerechtem Verhalten subjektiv wie objektiv voll leistungsfähig ist. Der dritte Abschnitt charakterisiert die sensible Interaktion zwischen Betroffenen mit dem insbesondere durch gesellschaftliche Strukturen und Organisationen geprägten so-

zialen Umfeld, einschließlich der Arzt-Patienten-Beziehungen. Fortschritt wird erreicht durch zunehmendes gegenseitiges Verständnis und Wandel im Verhaltensmuster. Neben dem unstrittig persönlich vom Betroffenen zu erbringenden Anteil bei der Krankheitsbewältigung wird hierfür die Rolle der familiären wie gesellschaftlichen Akzeptanz und Integration hervorgehoben.

Zielgruppe der Monographie sind die in der Diabetologie tätigen Ärzte sowie Diabetesberaterinnen und -assistentinnen sowie die Millionen Menschen mit Diabetes mellitus. Hierbei soll Verständnis geweckt werden für die konfliktreiche psychologische Situation der vom Diabetes betroffenen Menschen und andererseits den an Diabetes Erkrankten aus persönlicher Erfahrung Hilfestellung bei der Überwindung von Resignation und Frustration sowie Akzeptanz der Erkrankung gegeben werden. Dieses Anliegen ist umfassend, eindrucksvoll und nachvollziehbar gelungen.

Der geistig-kulturelle Anspruch des Autors zeigt sich in der Einbeziehung vielfältiger Zitate aus der klassischen Literatur und Philosophie in die Textgestaltung. Für den mehr medizinisch-wissenschaftlich interessierten Leser wird eine reichhaltige Literaturzusammenstellung angeboten. Der Monographie ist ein breiter Leserkreis zu wünschen.

*Professor Dr. med. Harald Schmechel
Sprecher der AG Diabetologie
der Landesärztekammer Thüringen
(Nachdruck mit freundlicher
Genehmigung des Ärzteblattes Thüringen)*