

Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

7 | 2011

Juli 2011

72. Jahrgang



- **114. Deutscher Ärztetag in Kiel:**
Deutliche ethische Positionierung
- **Die Bezirksärztekammer
Wiesbaden stellt sich vor**
- **Die Carl-Oelemann-Schule der
LÄK Hessen für Aufbau eines
Qualitätsmanagements vom
TÜV Hessen zertifiziert**
- **Zertifizierte Fortbildung:
Herztransplantation –
update 2011**
- **Sarkopenie**
Muskulärer Abbau im höheren
Lebensalter

Geriatric-Patientin beim Krafttraining

© Prof. Dr. med. Rupert Püllen
AGAPLESION Frankfurter Diakonie-Kliniken

Hessisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Bekanntmachungen
der Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R.
und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen K.d.ö.R.

Impressum**Herausgeber:**

Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M.
Fon: 069 97672-0
Internet: www.laekh.de
E-Mail: info@laekh.de

Schriftleitung (verantwortlich):

Prof. Dr. Toni Graf-Baumann
Vertreter des Präsidiums: 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
Armin Beck, Flörsheim
Monika Buchalik, Hanau
Dr. med. Alfred Halbsguth, Frankfurt
Dr. med. Brigitte Hentschel-Weiß, Groß-Gerau
Prof. Dr. med. Dietrich Höffler, Darmstadt
Dr. med. Hans-Martin Hübner, Langgöns
PD Dr. med. Ute Maronna, Frankfurt
Karl Matthias Roth, Fischbachtal
Prof. Dr. med. Michael Tryba, Kassel
Dr. med. Gösta Strasding, Frankfurt
Prof. Dr. med. Max Zegelman, Frankfurt

Arzt- und Kassenarztrecht:

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

Anschrift der Redaktion:

Angelika Kob
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M.
Fon: 069 97672-147, Fax: 069 97672-247
E-Mail: angelika.kob@laekh.de

Redaktionsschluss:

fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Grüner-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**

Jetzt muss es besser werden!

396

Fortbildung

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen, Teil 26: Fichte

397

Zertifizierte Fortbildung: Herztransplantation – update 2011

404

Medizinisches Kreuzworträtsel

414

Sicherer Verordnen

433

Landesärztekammer Hessen

114. Deutscher Ärztetag in Kiel: Deutliche ethische Positionierung

398

Die Bezirksärztekammer Wiesbaden stellt sich vor

400

Ausbilden, Qualität bieten und Zukunft sichern – durch Ärzte und für Ärzte

402

Aktuelles

Sarkopenie – Muskulärer Abbau im höheren Lebensalter

415

8. Kasseler Gesundheitstage äußerst erfolgreich

419

Parlando

Gemeinsame Liebe zur Musik / „Süße Lügen“

420

Arzt- und Kassenarztrecht

Entwicklungen im Arztrecht 2009/2010

422

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim

425

Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim

431

Satire

Machen Sie doch mal Individualurlaub!

434

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

435

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

436

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

451

Bücher

453

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 Verlags.

Jetzt muss es besser werden!



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

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wieder einmal liegt ein ereignisreicher und mit Beschlüssen voll gepackter Deutscher Ärztetag hinter uns. Im hohen Norden hatten Delegierte und Beobachter des 114. Deutschen Ärztetages die Gelegenheit, den ers-

ten Auftritt des neuen Bundesgesundheitsministers Daniel Bahr vor der ärztlichen Öffentlichkeit zu beobachten. Wie nicht anders zu erwarten, gab es in seiner Rede keine großen inhaltlichen Änderungen zu seinem Amtsvorgänger Dr. med. Philipp Rösler. Auch Daniel Bahr will den Dialog mit den Ärzten pflegen und wird hoffentlich auf unsere Ideen und Vorschläge eingehen. Dennoch vernahmen wir mit einer gewissen Skepsis die Formulierung des neuen Ministers, die GOÄ werde „angegangen“. Aus Sicht der Ärzteschaft muss die GOÄ zwingend in dieser Legislaturperiode novelliert werden. Eine neue GOÄ muss nicht nur angegangen, sondern zügig in Kraft gesetzt werden. Seitens der Bundesärztekammer wurden dazu umfangreiche betriebswirtschaftlich und medizinisch fundierte Vorarbeiten geleistet. Der neu gewählte Bundesärztekammerpräsident Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, dem ich auch an dieser Stelle im Namen der hessischen Kolleginnen und Kollegen gratuliere, kann hier auf die Unterstützung der hessischen Ärzteschaft zählen.

Von den Beschlüssen des Deutschen Ärztetages möchte ich an dieser Stelle nur den Passus zur Sterbehilfe in der neuen (Muster-)Berufsordnung aufgreifen, der es uns Ärzten nicht gestattet, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten. Der Anstoß für die jetzt verabschiedete Formulierung kam aus Hessen, wo die Delegiertenversammlung am 26. März 2011 in ihrer Resolution eine ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung ausdrücklich abgelehnt hatte. Daran schließt

unsere Forderung, die Palliativmedizin in noch stärkerem Umfang zu fördern, unmittelbar an. An allen 36 medizinischen Fakultäten müssen entsprechende Lehrstühle etabliert werden und zwar als vollfinanzierte Lehrstühle. Auch die bestehenden Stiftungsprofessuren müssen von den Ländern in reguläre Lehrstühle überführt werden.

Unmittelbar vor dem 114. Deutschen Ärztetag wurde der Arbeitsentwurf für das Versorgungsstrukturgesetz veröffentlicht. Darin wurden einige Kritikpunkte der Ärzte aufgegriffen, nicht zuletzt soll jetzt die Verpflichtung der Selbstverwaltungspartner entfallen, für Ärzte Richtlinien zur Dokumentation der ärztlichen Behandlungsdiagnosen zu erarbeiten (ambulante Kodierlinien). Damit ist den Vertragsärztinnen und -ärzten die Sorge genommen, noch mehr Aufwand in die ohnehin überbordende Bürokratie stecken zu müssen. Auch die Regelungen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Praxis sind zu begrüßen. So soll die Möglichkeit für Vertragsärztinnen, sich im zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung vertreten zu lassen auf zwölf Monate verlängert werden. Für die Erziehung von Kindern oder die Pflege von Angehörigen werden die Möglichkeiten, Entlastungsassistenten zu beschäftigen, verbessert. Ebenfalls positiv ist die Möglichkeit für Kassenärztliche Vereinigungen, den vertragsärztlichen Notdienst auch durch Kooperationen und organisatorische Verknüpfungen mit Krankenhäusern sicherzustellen.

Die aktuelle EHEC-Krise zeigt jedoch, dass auch ein hochwertiges Gesundheitssystem wie das unsrige schneller als gedacht an seine Grenzen geraten kann. In etlichen Krankenhäusern stehen zwar technisch hochmoderne Intensiveinheiten zur Verfügung, in denen jedoch wegen Personalmangel nicht alle Betten betrieben werden können. Bundesweit fehlen nicht nur mehrere tausend Krankenhausärzte, sondern unter anderem auch Intensiv- und OP-

Fachpflegekräfte. Jahrzehnte voller ständiger Einspariktate haben ihre Spuren hinterlassen. Unser Land muss nicht nur die Versorgung in ländlichen Gebieten sicherstellen, sondern sich auch kritisch fragen, ob die medizinische Versorgung bei Katastrophen gewährleistet werden kann. Bereits 2003 forderte der Deutsche Ärztetag den Bund und die Länder auf, im Hinblick auf die staatliche Daseinsfürsorge für die medizinischen Versorgungsmöglichkeiten bei Großschadensereignissen und Katastrophen besondere Vorkehrungen zu treffen. Dazu bedarf es neben gesetzlichen Grundlagen einer ausreichenden Refinanzierung, um beispielsweise Notärztinnen und Notärzte weiterhin aus den Kliniken bereitstellen zu können, ausreichende Reservekapazitäten in den Krankenhäusern zu sichern und notwendige Arzneimittel und Sanitätsmaterialien dezentral und rasch verfügbar zu bevorraten.

Eine genügende Anzahl weitergebildeter Ärztinnen und Ärzte wird nicht nur in Krisensituationen, sondern in der alltäglichen Krankenhaus- und Praxisrealität benötigt. Die Krankenhäuser sollten zur Facharztweiterbildung verpflichtet werden und dafür z.B. einen DRG-Zuschlag erhalten. Gleichzeitig sollten geeignete Anteile der Facharztweiterbildung in Praxen erfolgen können, deren Kosten ebenfalls – vergleichbar zur Förderung der Allgemeinmedizin – refinanziert werden müssen. Auch diese Maßnahmen können ihren Beitrag zur Förderung des dringend benötigten ärztlichen Nachwuchses beitragen. Nicht zuletzt sind die Länder gut beraten, der Forderung der Delegierten des 114. Ärztetages Folge zu leisten, zeitnah an jeder medizinischen Fakultät einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin einzurichten.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen

Teil 26: Fichte (*Picea abies* L. KARSTEN) *Alexander H. Jakob*



Fichtenzweige mit Blüten

Die Fichte ist bei uns als Weihnachts- und Tannenbaum bekannt und wird auch als Rottanne von der Weiß- oder Edeltanne unterschieden. Erstere kennzeichnet sich durch ihre rötlichbraune Rinde, während

von Wunden eingesetzt, was heutzutage keine Rolle mehr spielt.

Die Spitzen des immergrünen Baumes können aufgrund ihres Gehaltes an ätherischen Ölen und der daraus resultierenden sekretolytischen und durchblutungs-

die Weißtanne (*Abies alba*) eine silberweiße Rinde aufweist und insbesondere in Bergwäldern von Mittel- und Hochgebirgen wächst.

Der schlanke Baum findet sich auch in Hessen häufig. Das am Stamm auf fallende Baumharz wurde im Altertum für die Behandlung

fördernden Wirkung innerlich oder in Form von Bädern bei Erkrankungen der Atemwege und äußerlich bei muskulären Beschwerden angewandt werden.

Fichtenspitzenauszüge mit Honig sind ein Beispiel für die innerliche, Fichtennadelöle und -bäder für die äußerliche Anwendung.

Anwendungsbeschränkungen sind zum Beispiel beim Asthma bronchiale zu beachten.

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Alexander H. Jakob

Facharzt für Allgemeinmedizin

– Naturheilverfahren –

– Akupunktur –

Stierstädter Straße 8a

61350 Bad Homburg v.d.H.

E-Mail: drjakob@gmx.de

Bei lästigen Bescheinigungen und Anfragen – Vogel-Strauß-Politik hilft nicht!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

bitte reagieren Sie auf Anfragen von Patienten, die um eine ärztliche Bescheinigung bitten. Wenn Sie keine Zeit dafür aufbringen können z.B. eine Bescheinigung für eine private Krankenversicherung auszufüllen, können Sie auch eine Kopie der entsprechenden Unterlagen dem Patienten zukommen lassen. Dieser kann die Unterlagen dann selbst an seine Krankenversicherung weiterleiten.

Immer wieder müssen wir uns mit berufsrechtlichen Fragen befassen, bei denen Kollegen beschuldigt werden, weil sie entweder Bescheinigungen nicht erstellt haben oder aber die se-

lektive Schweigepflichtsentbindung für eine Bescheinigung nicht ausreichend beachtet haben. Auch wenn es verständlich ist – ein Ignorieren dieser Anforderungen hilft nicht; senden Sie im Zweifelsfall eine Kopie der entsprechenden Unterlagen dem Patienten zu.

Noch schlimmer ist es, wenn Sie Behördenanfragen, wie zum Beispiel bei Anträgen auf Schwerbehinderung, ignorieren. Nachhaltiger Ärger ist vorprogrammiert. Am besten suchen Sie einen Weg, den bürokratischen Aufwand möglichst klein zu halten.

Ihr

Peter Zürner

114. Deutscher Ärztetag in Kiel: Deutliche ethische Positionierung



v.l.: Träger der Paracelsus-Medaille 2011: Heinz Angstwurm, Gisela Fischer, die Enkelin des jüngst verstorbenen Herbert Britz, Ulrich Gottstein mit Jörg-Dietrich Hoppe (Foto: Manuel Maier)

Freundlicher Dialog zwischen Ärzeschaft und Politik

Wie sein Amtsvorgänger hob auch der neue Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr, FDP, die „Kultur des Vertrauens“ zwischen Politik und Ärzteschaft hervor. Ärztinnen und Ärzte könnten sich auf die Kontinuität der Dialogbereitschaft verlassen, unterstützt er auf dem 114. Deutschen Ärztetag in Kiel. U.a. will Bahr die Attraktivität des freien Arztberufes in Deutschland mit dem Versorgungsstrukturgesetz stärken. Aus aktuellem Anlass dankte Bahr ausdrücklich allen Ärzten und Pflegekräften, die mit großem persönlichem Einsatz den Menschen derzeit bei der Bewältigung der EHEC-Krise Hilfe leisteten.

Hessischer Arzt auf dem 114. Deutschen Ärztetag in Kiel mit Paracelsus-Medaille ausgezeichnet

Für seine herausragende ärztliche Tätigkeit sowie sein politisches und soziales Engagement wurde der Frankfurter Facharzt für Innere Medizin Professor Dr. med.

Ulrich Gottstein auf der Eröffnungsveranstaltung des Deutschen Ärztetages mit der höchsten Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft, der Paracelsus-Medaille, geehrt.

Der scheidende Bundesärztekammerpräsident Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe hob in seiner Laudatio Gottsteins Einsatz für den Frieden und die Verhütung des Atomkrieges hervor. Gottstein ist Gründungsmitglied der Deutschen Sektion von IPPNW (International Physicians for the Prevention of Nuclear War – Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkriegs/Ärzte in sozialer Verantwortung e.V.).

Keine Hilfe zur Selbsttötung

„Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ Mit dieser Neuformulierung des Paragraphen 16 der (Muster-)Berufsordnung hat der 114. Deutsche Ärztetag in Kiel unmissverständlich klar

gestellt, dass Ärztinnen und Ärzte keine Beihilfe zum Suizid leisten dürfen. Es müsse „jetzt für jeden klar sein, dass Ärzte keinen Suizid unterstützen dürfen, denn Töten gehört nicht in das Handwerkszeug von Ärztinnen und Ärzten“, unterstrich Bundesärztekammerpräsident Hoppe.

Palliativmedizin

Der Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen stand im Mittelpunkt der Beratungen über die künftige Ausgestaltung der Palliativmedizin. Mit dem Ziel einer nachhaltigen und flächendeckenden Integration der Palliativmedizin in die ambulante und stationäre Versorgung forderte der Ärztetag den weiteren Ausbau von Lehrstühlen für Palliativmedizin an den medizinischen Fakultäten. Eine zielgerichtete Aus-, Weiter- und Fortbildung müsse auf evidenzbasierten, auch aus öffentlichen Mitteln zu fördernden Forschungsergebnissen im Bereich der Palliativmedizin beruhen. Der Gesetzgeber sei gefordert, eine qualitativ hochwertige allgemeine ambulante Palliativversorgung zu ermöglichen, sowie der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung kassenübergreifende Verträge zu Grunde zu legen oder eine integrierte palliativmedizinische Versorgung in einer gemeinsamen Vertragsform zu fördern.

Präimplantationsdiagnostik

Mit großer Mehrheit hat der Deutsche Ärztetag einem Memorandum zur Präimplantationsdiagnostik zugestimmt. Danach soll diese frühzeitige Diagnosemöglichkeit seltener, genetisch bedingter Krankheiten und Behinderungen unter engen Voraussetzungen erlaubt sein. Damit hat sich die deutsche Ärzteschaft eindeutig vor der Entscheidung des Bundestages über einen neuen gesetzlichen Rahmen für die PID am 30. Juni 2011 positioniert. Bisher schien die PID in Deutschland zwar

gesetzlich verboten, wurde jedoch vom Bundesgerichtshof mit Urteil vom 6. Juni 2010 für rechtlich zulässig erklärt.

Organspende

Die Delegierten des 114. Deutschen Ärztetages haben sich dafür ausgesprochen, die Information der Bevölkerung über die Möglichkeiten der Organspende und der Transplantationsmedizin zu intensivieren, um auf diese Weise die Zahl der Spenderorgane zu erhöhen. Allerdings müsse dabei das Selbstbestimmungsrecht der Bürger gewahrt bleiben. Der Deutsche Ärztetag folgte dem Vorschlag der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer, die das „Modell einer Informations- und Selbstbestimmungslösung mit Erklärungspflicht“ – eine Zusammenführung von Aspekten der derzeit geltenden Zustimmungslösung und der so genannten Widerspruchslösung – entwickelt hat. Das Konzept soll nun von der BÄK konkretisiert und in die anstehenden parlamentarischen Beratungen des Bundestages über eine Novellierung des Transplantationsgesetzes eingebracht werden.

GOÄ soll umgehend reformiert werden

Mit Nachdruck hat der Deutsche Ärztetag die Regierungskoalition aufgefordert, die Reform der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) schnell auf den Weg zu bringen und noch in dieser Legislaturperiode zu implementieren. Die GOÄ, nach der privatärztliche Leistungen abgerechnet werden, dient dem Interessenausgleich zwischen Arzt und Patient. Durch das Festlegen von Mindestsätzen werden die notwendigen Voraussetzungen einer qualitätsgesicherten Patientenversorgung gewährleistet. Damit die GOÄ diese Doppelschutzfunktion erfüllen kann, müsse sie dringend aktualisiert werden, erklärte der Deutsche Ärztetag. Grundlage der GOÄ-Novelle soll

ein entsprechendes Konzept der Bundesärztekammer sein.

Korrekturen am Versorgungstrukturgesetz gefordert

Zur Bekämpfung des zunehmenden Ärztemangels und der damit verbundenen Engpässe in der Versorgung hat der Deutsche Ärztetag schnelle gesetzliche Regelungen und Maßnahmen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung gefordert. Auch die Attraktivität des Arztberufes müsse gesteigert werden. Die Delegierten des Ärztetages begrüßten das Vorhaben der Koalition, mit dem Versorgungstrukturgesetz dem Ärztemangel entgegenzutreten zu wollen. Zugleich sprachen sie sich für eine sektorübergreifende Versorgungsplanung aus, bei der die Ärztekammern als das zentrale Bindeglied zwischen allen Ebenen der ärztlichen Versorgung stärker beteiligt werden müssten.

Ärzteschaft hat gewählt: Neue Führungsspitze der Bundesärztekammer

Mit Spannung wurde der Ausgang der Wahlen des neuen Vorstandes der Bundesärztekammer erwartet: Am 2. Juni wählten die Delegierten Dr. med. Frank Ulrich

Montgomery zum neuen Präsidenten der Bundesärztekammer (BÄK). Der 59-jährige Radiologe tritt damit die Nachfolge von Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe an, der nach zwölf Jahren als Präsident der Bundesärztekammer nicht mehr für dieses Amt kandidiert hatte. In Kiel wurde Hoppe zum Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages gewählt. Vizepräsidenten wurden Dr. med. Martina Wenker, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, und Dr. med. Max Kaplan, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer. Als weitere Ärzte wählte der Ärztetag Dr. med. Rudolf Henke und Dr. med. Ellen Lundershausen in den Vorstand der Bundesärztekammer.

Montgomery erklärte vor dem Ärztetageparlament, dass er für eine Verbesserung der materiellen Grundlagen ärztlicher Tätigkeit in Klinik und Praxis sowie für bessere Arbeitsbedingungen für Ärzte kämpfen wolle.

Ein weiterer Bericht mit hessischen Eindrücken folgt in der August-Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes.

Katja Möhrle

Die Bezirksärztekammer Wiesbaden stellt sich vor



Team der Bezirksärztekammer Wiesbaden. v.l.: Marianne Müller, Sylvia Conrad, Barbara Sebastian, Vorsitzender: Dr. med. H.C. Piper, stellv. Vorsitzender: Dr. med. M. Weidenfeld, Karin Pätzel, Monika Wiche

Auf die Bitte, etwas zur Entwicklung und heutigen Aufstellung der Bezirksärztekammer Wiesbaden zu schreiben, war für die gut 60 Jahre zurückreichende Historie erst einmal „Akten entstauben im Keller“ angesagt! Hier zunächst der so gewonnene Blick zurück:

Die selbständige Ärztekammer Wiesbaden wurde nach Kriegsende im Amt des Präsidenten von dem Wiesbadener praktischen Arzt Dr. med. Wilhelm Cuntz (1888-1957) geführt, der zugleich Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung in Wiesbaden war. Für seine Verdienste um die Organisation der Ärzteschaft wurde ihm 1952 das Bundesverdienstkreuz durch den Bundespräsidenten Theodor Heuss verliehen. Die gesetzlich verfasste Landesärztekammer Hessen entstand dann mit der ersten Versammlung der hessischen Delegierten am 10. März 1956.

Das Amt des Vorsitzenden der Bezirksärztekammer Wiesbaden wurde nun durch den Arzt Dr. med. Günter Kneip übernommen

und bereits im Jahr 1957 auf den Wiesbadener Gynäkologen Dr. med. Wolfgang Cyran übertragen. Er hatte dieses Amt in den nächsten 23 Jahren inne. Dr. Cyran kandidierte aus Altersgründen für das Amt des Vorsitzenden im Jahr 1980 nicht mehr, um sich seiner Praxis, reicher Vortragstätigkeit und wissenschaftlicher Forschung sowie der medizinischen Journalistik zu widmen.

Dr. med. Ulrich Lang hat seine Nachfolge 1980 – wiederum als ein Wiesbadener Gynäkologe – angetreten. Dr. Lang führte die Geschicke der Bezirksärztekammer Wiesbaden neben weiteren Ehrenämtern (Aufsichtsrat des Versorgungswerkes, Zytologiekommision, IVF/ET-Kommision usw.) bis zum Jahr 2008. Damit war die Bezirkskammer Wiesbaden mehr als 50 Jahre fest in Gynäkologenhand! Dr. Lang setzte sich in einzigartiger Weise für den Erhalt der Bezirksärztekammern ein und es ist auch seinem Engagement zu verdanken, dass die sechs Bezirksärztekammern namentlich in der Hauptsatzung der

Landesärztekammer Hessen verankert sind. Für seine über fast drei Jahrzehnte reichenden Verdienste in der Landesärztekammer Hessen wurde Dr. Lang im März 2010 das Bundesverdienstkreuz am Bande verliehen.

Zum Aktuellen: Dr. med. H. Christian Piper, nach 25-jähriger Klinikttätigkeit, zuletzt an den Dr. Horst-Schmidt-Kliniken Wiesbaden, nun seit zehn Jahren niedergelassen in internistisch-nephrologischer Gemeinschaftspraxis mit Dialyse in Wiesbaden und Bad Schwalbach, war bereits mehrere Jahre stellvertretender Vorsitzender. Dr. Piper hat 2008, nachdem Dr. Lang sich aus Altersgründen einer Wiederwahl nicht mehr stellte, den ehrenamtlichen Vorsitz der Bezirksärztekammer Wiesbaden nach einstimmiger Wahl übernommen. Er ist seit mehreren Wahlperioden Kammerdelegierter, viele Jahre in der Weiterbildungskommission der LÄKH und anderen Kammerausschüssen tätig sowie Vorsitzender von Facharztprüfungskommissionen. Stellvertretender Vorsitzender ist der in Wiesbaden am MEDICUM niedergelassene Urologe Dr. med. Michael Weidenfeld, hinzu kommen als weitere fachliche Beisitzer Dr. med. Alessandra Carella (FÄ für Psychiatrie/-therapie), Dr. med. Adelheid Rauch (FÄ für Arbeitsmedizin) und Dr. med. Egbert Reichwein (FA für Allgemeinmedizin).

Die Bezirkskammer Wiesbaden ist seit fast 40 Jahren im Haus der Ärzte, bis 2010 im Eigentum der Kassenärztlichen Vereinigung, gutnachbarlich angesiedelt. Der Verkauf der Immobilie hat bislang am Standort der Bezirksstelle nichts geändert. In Stadtrandlage von Wiesbaden, verkehrsgünstig und zentral erreichbar, mit Blick bis hin zum angrenzenden Rheingau und dem Taunus, steht dort das Team der Mitarbeiterinnen täglich für die ca. 3.900 Ärzte im Bezirk Wiesbaden und für das ärztliche Meldewesen der Bezirksärztekammer Darmstadt (ca. 4.100 Ärzte) „ihre Frau“.

Das Wiesbadener Team besteht aus:

- Barbara Sebastian (Abteilungsleitung/Sekretariat/Fachkundige Stelle)
- Sylvia Conrad (Ärztl. Meldewesen/BezÄK Wiesbaden/Vertretung Sekretariat)
- Karin Pätzler (Ärztl. Meldewesen/BezÄK Darmstadt)
- Marianne Müller und Monika Wiche (MFA-Ausbildungswesen für den Bereich der Louise-Schroeder-Schule in Wiesbaden, der Adolf-Reichwein-Schule in Limburg und der Saalburg-Schule in Usingen)

Darin spiegeln sich die spezifischen Service- und Verwaltungsaufgaben einer Bezirksärztekammer laut Geschäftsordnung wieder, d.h. das Meldewesen und Überwachung nach den Vorgaben der Berufsordnung der Ärzte. In der MFA-Ausbildungsbetreuung, wofür auch viele Ausbilder, Ausbildungsbetreuer und ärztliche Lehrkräfte tätig werden, wirkt die Bezirksärztekammer über die gesamte Ausbildungszeit bis hin zur Abschlussfeier in allen Schritten federführend neben der Berufsschule mit.

Schlichtungen unter ärztlichen Berufsangehörigen werden vom Vorsitzenden aufgenommen oder vor dem eigenständigen Schlichtungsausschuss nach eigener Satzung verhandelt. Nicht zuletzt, um gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden. Patientenbeschwerden fallen zumeist dem Vorsitzenden im persönlichen Gespräch oder Schriftwechsel mit den Betroffenen und Beteiligten zu. Schwerwiegende Rechtsfälle und Vorkommnisse werden dem Präsidium, der Rechtsabteilung oder der Gutachter- und Schlichtungsstelle der Landesärztekammer übergeben. Beratungen für Niederlassungswillige, vorwiegend für den privatärztlichen Bereich, in Fragen der Fort- und Weiterbildung von Ärzten und in beruflichen Vertragsfragen übernehmen die sachkundigen Vorstandsmitglieder oder der Vorsitzende nach jeweiliger Situation.

Mitwirkung bei der ärztlichen Fortbildung zu Kammerfragen ist eine weitere, gern gepflegte Aufgabe der Bezirksärztekammer Wiesbaden, z.B. in Kooperation mit der Medizinischen Gesellschaft Wiesbaden e.V. bzw. dem Verein Nassauischer Ärzte e.V. in Limburg. Themen waren seit 2008, dem Beginn der jetzigen Wahlperiode: ‚Verhalten bei häuslicher Gewalt‘, ‚Leistungen des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen‘, ‚Informationsveranstaltung für neue Kammermitglieder‘ sowie ‚Der Arzt als Ausbilder und Arbeitgeber‘.

In der Region bindet sich die Kammer in die Ausbildungsinitiativen der Agentur für Arbeit, Förderprogramme für die MFA-Ausbildung (z.B. EQ - Einstiegsqualifizierung, JAMBA - Junge alleinerziehende Mütter in Berufsausbildung, Ausbildungsbegleitende Hilfen etc.), die Entwicklungsförderung des regionalen Gesundheitsmarktes durch die IHK Wiesbaden und öffentliche Gesundheitsinitiativen, wie Grippe-Impfaktionen und Gesundheitstage, ein.

Als neue, zentrale Aufgabe für die hessischen Ärztinnen und Ärzte hat die Bezirksärztekammer Wiesbaden die Organisation der ‚Alternativen bedarfsorientierten Betreuung von Arztpraxen (AbBA)‘ als einen

neuen Kammerservice übernommen. Seit Sommer 2010 ist die ‚Fachkundige Stelle‘ für die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung von Arztpraxen in Hessen, ein Kooperationsmodell mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), unter der Leitung von Barbara Sebastian eingerichtet worden. Bisher haben 175 Ärzte den Einsteigerkurs (Unternehmerschulung) unter der Leitung des Wiesbadener Arbeitsmediziners Professor Dr. Th. Weber absolviert. In 2011 werden insgesamt acht Kurse angeboten, Auskünfte hierzu erhalten Sie unter 0611 97748-25 oder ‚www.laekh/aerzte/betriebsaerztliche-betreuung-von-arztpraxen.de‘

Das Wiesbadener Mitarbeiterteam, der Vorsitzende und der weitere Vorstand engagieren sich für diese vielseitigen Aufgaben mit fundierten Fachkenntnissen und langjähriger Erfahrung. Sie stehen anfragenden Ärzten, Auszubildenden und Bürgern im Sinne des aktiv gelebten Servicegedankens mit Rat und Tat jederzeit zur Seite.

*Dr. med. H. Christian Piper
Vorsitzender der Bezirksärztekammer
Wiesbaden*

Ausbilden, Qualität bieten und Zukunft sichern – durch Ärzte und für Ärzte

Die Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer Hessen für Aufbau eines Qualitätsmanagements vom TÜV Hessen zertifiziert



Michael Wehmeyer, TÜV Hessen, überreichte das Zertifikat an Silvia Happel, Schulleiterin der Carl-Oelemann-Schule
Foto: Jennifer Dänzel

„Qualität bedeutet Aufwand. Und dieser Aufwand hat sich gelohnt. Mit der Zertifizierung durch den TÜV Hessen ist die Carl-Oelemann-Schule vom „Export-“ zum „Topmodell“ geworden“, erklärte Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach bei der feierlichen Übergabe des Zertifikates an die Carl-Oelemann-Schule (COS) der Landesärztekammer.



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

Als erste Einrichtung für die Aus- und Fortbildung Medizinischer Fachangestellter im Zuständigkeitsbereich einer Ärztekammer wurde die Schule für den Aufbau eines internen Qualitätsmanagement-Systems nach DIN EN ISO 9001:2008 vom TÜV Hessen zertifiziert. „Eine hohe Auszeichnung für die Qualität von Organisation, Prozessabläufen sowie für die Orientierung

an Ärzten und an dem Qualifikationsbedarf Medizinischer Fachangestellter“, so von Knoblauch zu Hatzbach weiter. Innerhalb eines Jahres hatte die Carl-Oelemann-Schule unter der Leitung von Dipl. Päd. Silvia Happel während des laufenden Schulbetriebes mit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern das Qualitäts-Management-System aufgebaut.

Zertifizierung ist wichtiger Meilenstein

Ausbilden und Zukunft sichern – und zwar durch Ärzte für Ärzte: Um gerade auch angesichts des zunehmenden Ärztemangels Leistungen in der Patientenversorgung delegieren zu können, seien Ärztinnen und Ärzte auf qualifizierte und verantwortungsbewusste Mitarbeiter/innen angewiesen, betonte Professor Dr. med. Alexandra Henneberg, Vorsitzende des Vorstandes der Carl-Oelemann-Schule. Nicht mehr Anlernberuf („Sprechstundenhilfe“), sondern anspruchsvoller Ausbildungsberuf mit dreijähriger Lehre: Die



Prof. Dr. Alexandra Henneberg



Silvia Happel, Prof. Dr. Alexandra Henneberg

Medizinische Fachangestellte sei längst zu einer Mitarbeiterin in der Praxis geworden, auf die sich Ärzte verlassen könnten, fügte Henneberg hinzu und hob die vielseitigen Fortbildungsmöglichkeiten im Modulsystem an der Carl-Oelemann-Schule hervor.

„Die von der hessischen Ärzteschaft vor 30 Jahren gegründete Schule hat immer auf Qualität in der Berufsausbildung geachtet“, sag-



Dr. Lothar Hofmann

te Dr. med. Lothar W. Hofmann, Vorsitzender des Ausschusses Überbetriebliche Ausbildung der Carl-Oelemann-Schule, und lobte das 17-köpfige Team für sein Engagement bei der Einführung des Qualitätsmanagements. Um jährlich ca. 3.000 Schülerinnen und Schüler ausbilden zu können, sei eine stringente, durchdachte Organisationsstruktur erforderlich. „Wir sind stolz auf die Schule. Ihre Zertifizierung ist ein weiterer wichtiger Meilenstein.“ Neben der verbesserten Qualität von Betriebsabläufen und positiven betriebswirtschaftlichen Auswirkungen sei der Zertifizierungsprozess auch mit einem weiteren entscheidenden Aspekt verbunden, fügte Silvia Happel hinzu: So erwarteten Arbeitsagenturen und Fördermittelgeber, die Teilnehmerinnen mit Zuschüssen unterstützen, heute einen Nachweis über die Zertifizierung.

Verbesserung der Versorgungsqualität

„Wieder einmal die ersten. Und jetzt auch beim Qualitätsmanagement“, stellte Dipl.



Rosmarie Bristrup

Päd. Rosmarie Bristrup, Bereichsleiterin des Referates Fachberufe im Gesundheitswesen der Bundesärztekammer, anerkennt fest. Mit ihrem breit gefächerten, modularisierten Fortbildungsangebot für Medizinische Fachangestellte leiste die Carl-Oelemann-Schule einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung. Dass die von der hessischen Ärzteschaft getragene COS nun auch Vorreiterin bei den heutigen „Megathemen“ Qualität und Qualitätssicherung sei, habe u.a. einen berufspolitischen Stellenwert. Im Zuge von Bologna habe Deutschland, wie andere Länder auch, im Bildungswesen einen Qualitätsrahmen entwickelt. Nach der Devise „Vertrauen ist gut, Kontrolle besser“, werde geprüft, ob Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität stimmen: „Auf das Ergebnis kommt es an.“ Daher habe die Bundesärztekammer auch die Mustercurricula für die Fortbildung Medizinischer Fachangestellter entwickelt, an deren Erarbeitung die Carl-Oelemann-Schule der Landesärz-

tekammer Hessen maßgeblich beteiligt gewesen sei.

Wertschätzung und Bürokratieabbau

„Qualität ist kein Zufall; sie ist das Ergebnis angestrebten Denkens“, fasste Sabine Ridder, Präsidentin des Verbandes medizinischer Fachberufe zusammen. Heute sei es immer schwieriger, geeignete Auszubildende zu finden. Mit ihrem hochwertigen Angebot leiste die COS einen wichtigen Beitrag zu deren Qualifizierung. Zugleich bedeute Qualität aber auch, sich in den anderen hinein zu versetzen, fügte Ridder hinzu und forderte Wertschätzung für die Auszubildenden.



Sabine Ridder

Als Fluggast setze sie ihr volles Vertrauen in die Einhaltung eng beschriebener Vorgaben, sagte MBA Claudia Welz-Spiegel in ihrem Festvortrag. In Bildungseinrichtungen sei das Befolgen solcher Vorgaben zwar nicht lebensnotwendig, verleihe aber eine verbindliche Sicherheit. Ursprünglich

für die Industrie entwickelt, sei die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001: 2008 inzwischen auch auf dem Dienstleistungssektor weit verbreitet.



Claudia Welz-Spiegel

„Heutiges Qualitätsmanagement ist auf Kundenzufriedenheit und bestmögliche Effektivität der Abläufe ausgerichtet“, hob die erfahrene Qualitätsmanagerin, die den Zertifizierungsprozess der Carl-Oelemann-Schule begleitet hat, hervor. Erfassung aller Abläufe, Analyse von Prozessen, Bürokratieabbau und lösungsorientierte Bearbeitung von Problemen – und dies alles unter aktiver Einbeziehung der Mitarbeiter: So beschrieb Welz-Spiegel den Zertifizierungsprozess. In vielen Diskussionen im Gesundheitssystem werde die zunehmende Bürokratisierung kritisiert. „Damit steht u.a. auch die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen im kritischen Blick.“ Doch zu Urecht: „Aufräumen und neu sortieren hilft, für die Zukunft Zeit zu sparen!“

Katja Möhrle

Fotos: Katja Möhrle

Auf dem 114. Deutschen Ärztetag in Kiel wurde der Informationsfilm „Medizinische Fachangestellte – fortbilden und durchstarten“ der Bundesärztekammer gezeigt. Drehorte waren die Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer Hessen und eine hessische Arztpraxis. Sie finden den Film im Medienpool der Bundesärztekammer unter www.fortbildung-mfa.de

VNR 2760602011078210008

Herztransplantation – update 2011

A. Rieth, M. Richter, K. Classen, V. Mitrovic, C.W. Hamm, T. Walther

Zusammenfassung

Die Herztransplantation (HTX) ist die Therapie der Wahl für ausgewählte Patienten mit fortgeschrittener, therapierefraktärer Herzinsuffizienz. Für die Indikationsstellung wird neben einer irreversiblen Schädigung der Herzfunktion eine gravierende Einschränkung der Lebensqualität in Verbindung mit dem Nachweis einer stark reduzierten kardiopulmonalen Kapazität mittels Spiroergometrie vorausgesetzt. Ziel der HTX ist eine Verbesserung des Befindens ebenso wie der Prognose. Die chirurgische Technik ist weitgehend standardisiert und besteht in der Regel in einer orthotopen Implantation des Spenderherzens in biatrialer oder bicavalen Technik.

Kritischer Punkt ist die Ischämiezeit zwischen Ex- und Neuimplantation, die vier Stunden nicht überschreiten sollte. Mit der immunsuppressiven Therapie wird noch während der Implantation begonnen, und sie muss lebenslang fortgeführt werden. Komplikationen im Langzeitverlauf sind hauptsächlich Gefäßschäden im transplantierten Herzen (Transplantatvaskulopathie) und Tumorerkrankungen. Dennoch wird die Lebensqualität als überwiegend gut wahrgenommen. Der fortbestehende Mangel an Spenderorganen führt zu langen Wartezeiten und ungünstigen Transplantationsergebnissen, so dass die Versorgung mittels mechanischer Kreislaufunterstützung (LVAD) als alternatives Thera-

pieverfahren für Patienten mit therapierefraktärer Herzinsuffizienz zunehmend an Bedeutung gewinnt.

1. Einleitung

Die öffentliche Wahrnehmung der Organtransplantation und im speziellen der Herztransplantation (HTX) wird zunehmend von der Tatsache eines gravierenden Mangels an geeigneten Spenderorganen geprägt. Tatsächlich wurden in Deutschland im Jahr 2010 nur 393 Herzen transplantiert, während der Bedarf mit 929 aktiven Kandidaten auf den deutschen Wartelisten zum 31. Dezember 2010 deutlich höher lag. Im Jahr 2009 verstarben 169 Patienten auf der Warteliste [1].

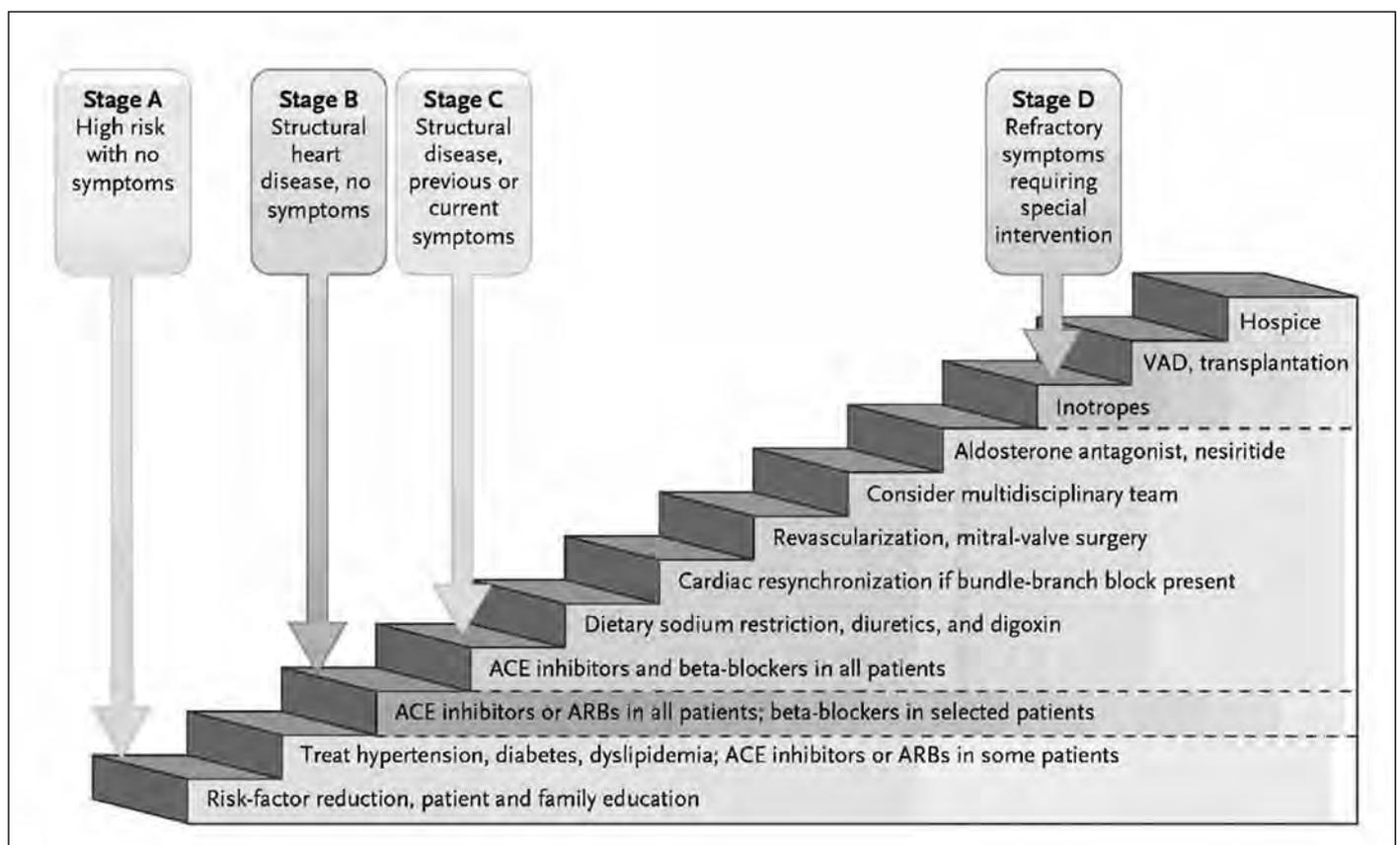


Abb. 1: Therapiecascade bei Herzinsuffizienz: erst nach Ausschöpfung aller anderen Therapiemöglichkeiten kommen bei einer selektierten Patientengruppe erweiterte Interventionen zum Einsatz (Jessup, M. et al, NEJM 2003) mit freundlicher Genehmigung der Massachusetts Medical Society

Nichtsdestotrotz ist die HTX immer noch die Therapie der Wahl bei ausgewählten Patienten mit weit fortgeschrittener, therapierefraktärer Herzinsuffizienz (Abb. 1). Diese Tatsache scheint in der Bevölkerung relativ wenig Aufmerksamkeit zu erhalten, wodurch unter anderem der Mangel an Organspende, die immer noch verbreiteten Vorurteile der Organspende gegenüber und die insgesamt im europäischen Vergleich niedrige Organspenderate zu erklären sind. Der ausgesprochen schlechten Prognose von Patienten mit Herzinsuffizienz (Überlebensrate nach Erstdiagnose: 35 % nach fünf Jahren [2], im Terminalstadium noch deutlich schlechter) steht die im Vergleich dazu deutlich günstigere Prognose nach HTX (Überlebensrate > 70 % nach fünf Jahren [3]) gegenüber.

Nicht nur die Organknappheit, auch der Eingriff an sich, der aufgrund seiner Komplexität und seiner lebenslangen Konsequenzen eine Sonderstellung im Arsenal medizinischer Maßnahmen einnimmt, erfordern eine sehr differenzierte und kritische Patientenauswahl. Die primäre Patientenselektion findet häufig zunächst über eine interdisziplinäre Herzinsuffizienzambulanz, die meist kardiologisch geleitet wird, statt. Durch speziell für die Therapie der Herzinsuffizienz geschulte und erfahrene Ärzte wird dann die grundsätzliche Indikation gestellt, weiterhin werden Komorbiditäten abgeklärt.

Frühzeitig ist dann eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Kardiologen und Kardiochirurgen unerlässlich; in der interdisziplinären HTX-Konferenz unter Beteiligung weiterer Berufsgruppen (u.a. Psychokardiologie, Nephrologie) wird die definitive Indikation zur Transplantation gestellt. Nach einem festgelegten Screeningprogramm zum Ausschluss präexistenter Tumor- und Infektionskrankhei-

ten kann ein Patient bei der zuständigen Organisation Eurotransplant (ET) gemeldet werden („Listung“) und es beginnt eine oft jahrelange Warteperiode mit vierteljährlicher Reevaluation im HTX-Zentrum. Bei akuter Zustandsverschlechterung im Sinne einer kardialen Dekompensation ist eine Änderung des Wartelistenstatus von elektiv („T“) auf hochdringlich („HU“) möglich, wenn von ET genau festgelegte hämodynamische Kriterien erfüllt werden. Aber auch bei Patienten auf der HU-Liste beträgt die Wartezeit derzeit zwischen ein und 20 Wochen. Dies stellt die Ärzte, die die schwer kranken herzinsuffizienten Patienten auf der Intensivstation therapieren, immer wieder vor große medizinische, psychologische und ethische Herausforderungen. Nur im kontinuierlichen Dialog aller beteiligter Fachdisziplinen mit den entsprechenden Patienten und deren Angehörigen können diese kritischen Situationen, insbesondere die Unsicherheit, ob und wann ein entsprechendes Spenderorgan verfügbar ist, erfolgreich bewältigt werden.

2. Patientenselektion

Wenngleich die Auswahl eines Patienten zur HTX stets eine höchst individuelle Entscheidung und nur teilweise zu standardisieren ist, so existiert doch eine valide Evidenz zu Eignungskriterien bzw. HTX-Kontraindikationen. Eine entscheidende Rolle spielt für die Indikation die Spiroergometrie mit Nachweis einer stark eingeschränkten kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit mit entsprechend schlechter Prognose.

Das Transplantationsgesetz (TPG) regelt seit 1997 in der Bundesrepublik Deutschland die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und seit der Änderung 2007 auch von Geweben [5]. Die Bundesärztekammer stellt laut Gesetz den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wis-

senschaft in Richtlinien fest unter anderem für „die Regeln zur Aufnahme in die Warteliste nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 einschließlich der Dokumentation der Gründe für die Aufnahme oder die Ablehnung der Aufnahme“. Deutlich differenzierter und konkreter finden sich Ausführungen zu Selektionskriterien in den Leitlinien der International Society of Heart and Lung Transplantation (ISHLT) von 2006 sowie in der aktuellen Fachliteratur [6, 7].

2.1 Indikationen zur Herztransplantation

Weltweit akzeptierte Grundbedingungen für eine HTX sind eine irreversible kardi-ale Schädigung sowie

- Akute Herzinsuffizienz: kardiogener Schock und Behandlung mit Inotropika oder mechanischer Kreislaufunterstützung
- Chronische Herzinsuffizienz mit persistierenden Symptomen (NYHA III-IV) trotz maximaler, optimierter medikamentöser Therapie, wenn folgende Kriterien (zum Teil) erfüllt sind:
 - LVEF \leq 30 %, stark erweiterter linker Ventrikel (LVEDD > 70 mm)
 - prognostische Einschränkung in der Spiroergometrie: maximal erreichte Sauerstoffaufnahme $\dot{V}O_2 < 12$ ml/kg/Min. unter β -Blocker-Therapie und < 14 ml/kg/Min. ohne β -Blocker; dabei sind auch der Prozentsatz des erreichten $\dot{V}O_2$ -Werts vom Soll (Weber-Klassifikation: schwere Einschränkung < 50 %) sowie das ventilatorische CO_2 -Äquivalent ($\dot{V}E/\dot{V}CO_2$) zu berücksichtigen
 - Ausschluss einer fixierten pulmonalen Hypertonie mittels Rechtsherzkatheteruntersuchung
- Intraktable Angina pectoris bei Patienten mit schwerer Koronarer Herzkrankheit, die nicht revaskularisiert werden können

- Intraktable, lebensbedrohliche ventrikuläre Arrhythmien.

2.2 Kontraindikationen zur Herztransplantation

Zu den Kontraindikationen zählen relevante Nebenerkrankungen, die insbesondere unter der nach einer Transplantation zwingend notwendigen Immunsuppression problematisch wären. Weiterhin gelten Erkrankungen mit einer stark lebenslimitierenden Prognose als Ausschlusskriterium.

- Absolute Kontraindikationen
 - a. systemische Erkrankung mit einer Lebenserwartung < zwei Jahren trotz HTX, z.B. auch maligne Erkrankung innerhalb der letzten fünf Jahre
 - b. AIDS mit häufigen opportunistischen Erkrankungen
 - c. irreversible, schwere renale oder hepatische Dysfunktion, wenn nur eine HTX geplant ist
 - d. schwere obstruktive Lungenerkrankung mit $FEV_1 < 1$ l/Min.
 - e. fixierte pulmonale Hypertonie
 - f. aktiver Drogen- Alkoholmissbrauch, aktives Rauchen
- Relative Kontraindikationen
 - a. Alter > 70 Jahren
 - b. Aktive Infektionskrankheit (ausgenommen driveline-Infektion bei Trägern von intra-/paracorporalen Linksherzunterstützungssystemen)
 - c. aktives gastrointestinales Ulcusleiden
 - d. Fortgeschrittener Diabetes mellitus mit Spätsyndrom (Neuropathie etc.)
 - e. schwere periphere Gefäßkrankheit (Knöchel-Arm-Index < 0,7) ohne Revaskularisationsmöglichkeit
 - f. schwere cerebrale Erkrankung/symptomatische unbehandelte Carotisstenose

- g. unbehandeltes abdominales Aortenaneurysma > 60 mm
- h. morbide Adipositas (BMI > 35 kg/m²) oder Kachexie (BMI < 18 kg/m²)
- i. mäßig eingeschränkte Nieren-/Leberfunktion
- j. schwer einstellbare arterielle Hypertonie
- k. irreversible neurologische oder neuromuskuläre Erkrankung
- l. aktive psychische Erkrankung oder psychosoziale Instabilität
- m. mangelhafte Adhärenz.

3. Pulmonale Hypertonie (PH)

Der pulmonalvenösen Hypertonie in Folge einer chronischen Linksherzinsuffizienz (= post-kapilläre PH) kommt im Bezug auf die HTX eine besondere Bedeutung zu. Ein transplantiertes Herz stammt in der Regel aus einem gesunden Kreislauf mit normalem Lungengefäßdruck und -gefäßwiderstand. Wird dieses bzw. dessen rechter Ventrikel nach der HTX mit einem irreversibel erkrankten Lungengefäßbett des Empfängers konfrontiert, dann kann die fixierte PH des Empfängers zu einem refraktären Rechtsherzversagen und damit zum Scheitern der gesamten Therapie führen.

Bei Patienten mit schwerer, weit fortgeschrittener Herzinsuffizienz ist die PH eine häufige Folge der gestörten Hämodynamik. Entwickelt sich in der pulmonalarteriellen Vaskulatur eine eigenständige Erkrankung mit Remodeling der Gefäße, dann liegt eine sogenannte „reaktive“ Form (out-of-proportion-PH) vor, die u.U. zur HTX-Kontraindikation werden kann. Dies ist der Grund für regelmäßige Rechtsherzkatheterdiagnostik, die bei jedem HTX-Kandidaten auf der Liste in regelmäßigem Abstand (i.d.R. alle sechs Monate) wiederholt werden muss. Findet sich eine PH mit Überschreiten der Toleranzgrenzen, dann

muss eine mögliche Reversibilität des pulmonalarteriellen Gefäßwiderstandes nachgewiesen werden. Gelingt dies, dann kann der Kandidat auf der Liste bleiben; andernfalls müssen weitere Schritte folgen (intensivierte medikamentöse Therapie bis hin zur Implantation eines Linksherzunterstützungssystems, um das linke Herz zu entlasten und die PH zur Rückbildung zu bringen). Im Falle eines Nichterreichens der Zielkriterien bei fixierter PH muss der Patient von der Liste genommen und einer 2. Alternative wie z.B. einer mechanischen Kreislaufunterstützung als Dauertherapie oder einer medikamentös-konservativen Behandlung zugeführt werden.

4. Mechanische Kreislaufunterstützung

Untrennbar mit dem Thema HTX verbunden ist die mechanische Kreislaufunterstützung (mechanical circulatory support, MCS). Zu unterscheiden sind hierbei Kurzzeitsysteme von ganz unterschiedlicher Komplexität, von der intraaortalen Ballonpumpe über eine temporäre komplette Herz-Lungenunterstützung mittels extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO) bis hin zu dauerhaft implantierbaren para- oder intracorporalen Systemen. Diese dienen in der Regel einer isolierten Linksherzunterstützung („left ventricular assist device“, LVAD), können aber auch bis hin zum kompletten Herzersatz durch ein implantierbares Kunstherz („total artificial heart“, TAH) reichen.

Jedes HTX-Zentrum sollte auch über die Möglichkeit verfügen, Patienten mit akutem oder chronischem Herzkreislaufversagen diese potentiell lebensrettende Therapiemöglichkeit anzubieten. Die Indikationen für MCS können sehr unterschiedlich sein:

- Notwendigkeit zur akuten Kreislaufunterstützung bei kardiogenem Schock,

beispielsweise bei akutem Myokardinfarkt mit fatalem Verlust kontraktile Myokards, einer fulminanten Myokarditis oder bei Pumpversagen nach einem operativen Eingriff unter Einsatz der Herz-Lungenmaschine

- protrahierte Schocksituation ohne Möglichkeit zur Entwöhnung von der Katecholamintherapie und mit drohendem irreversiblen Multiorganversagen
- terminal herzinsuffiziente Patienten mit ausgeschöpfter medikamentöser Therapie und soweit indiziert Stimulations-therapie (kardiale Resynchronisations-therapie, CRT), die unter bestimmten Voraussetzungen durch eine elektive Behandlung mit intrakorporalen Pumpensystemen eine deutliche Verbesserung der Prognose und der Lebensqualität erfahren können [8]
Hier gelten allerdings ähnliche Kontraindikationen wie für HTX.

5. Geschichte der Herztransplantation

1905 beschrieb Alexis Carrel die experimentelle Transplantation eines Welpenherzens in den Halsbereich eines ausgewachsenen Hundes. Sie sahen als erste die pathologischen Veränderungen während einer Abstoßungsreaktion (Rejektion) und schrieben sie einer „biologischen Inkompatibilität“ zwischen Spender und Empfänger zu [9]. In der Mitte der 1940er Jahre begannen Demikhov und Simitsyn aus Russland Experimente, in denen es ihnen gelang, heterotope HTX und HLTX (Herz-Lungen-TX) durchzuführen; ihre Arbeit blieb jedoch bis 1962 im Westen unbekannt [10]. 1960 berichteten Lower und Shumway von der Stanford Universität über die orthotope Herztransplantation an Hunden; die Tiere überlebten zwischen sechs und 21 Tagen [11]. Sie erkannten schon damals, dass ein längeres Überleben nur erreicht werden kann, wenn die

Abstoßung des Spenderorgans unter Kontrolle gebracht wird.

1967 bereiteten sich einige Zentren, vor allem in den USA, darauf vor, die erste Herztransplantation am Menschen durchzuführen. Sie wurden jedoch alle von Christiaan Barnard überrascht, dem am 3. Dezember 1967 die erste erfolgreiche HTX am Menschen gelang [12]. Die Implantation erfolgte nach der Technik, die Lower und Shumway entwickelt hatten. Der Empfänger, Louis Washkansky, der an einer koronaren Herzkrankheit litt, überlebte 18 Tage und verstarb an einer Pneumonie. Die erste Herztransplantation in der Bundesrepublik wurde am 13. Februar 1969 unter der Leitung von Rudolph Zenker an der Chirurgischen Universitätsklinik München von Fritz Sebening, Werner Kliner, Hans Meisner und Eberhard Struck durchgeführt.

In den 70er Jahren ließ der anfängliche HTX-Enthusiasmus nach; erst mit der Einführung des Ciclosporins 1981 als wirksames Medikament zur Unterdrückung der Abstoßungsreaktion kam es mit verbesserten Ergebnissen wieder zu einer Zunahme der Transplantationen.

6. Technik der Herztransplantation

6.1 Organpräservierung

Das zu explantierende Herz wird mit einer kristalloiden kardioplegischen Lösung stillgestellt. Hierzu wird die Aorta des Organ-spenders abgeklemmt, und die Koronarien werden über einen Aortenwurzelkatheter mit kardioplegischer Lösung perfundiert. Es erfolgt außerdem noch eine topische Kühlung des Organs. Nach Entnahme wird es zum Transport in kalte kardioplegische Lösung gegeben und zweifach steril verpackt in einer Kühlbox transportiert, wobei der direkte Kontakt des Organs mit Eis vermieden werden muss, um Schädigungen des Gewebes zu verhindern. Zirka vier Stunden verbleiben an Zeit zwischen Klemmen der Aorta beim Organspender und Wiedereröffnen der Hauptschlagader nach Implantation des Organs beim Empfänger.

6.2 Organentnahme und Spenderpräparation

Bei der Herzentnahme unterscheidet man prinzipiell zwischen zwei Szenarien: Erstens: Herzexplantation ohne Entnahme der Lunge als Donororgan. Zweitens: zeit-

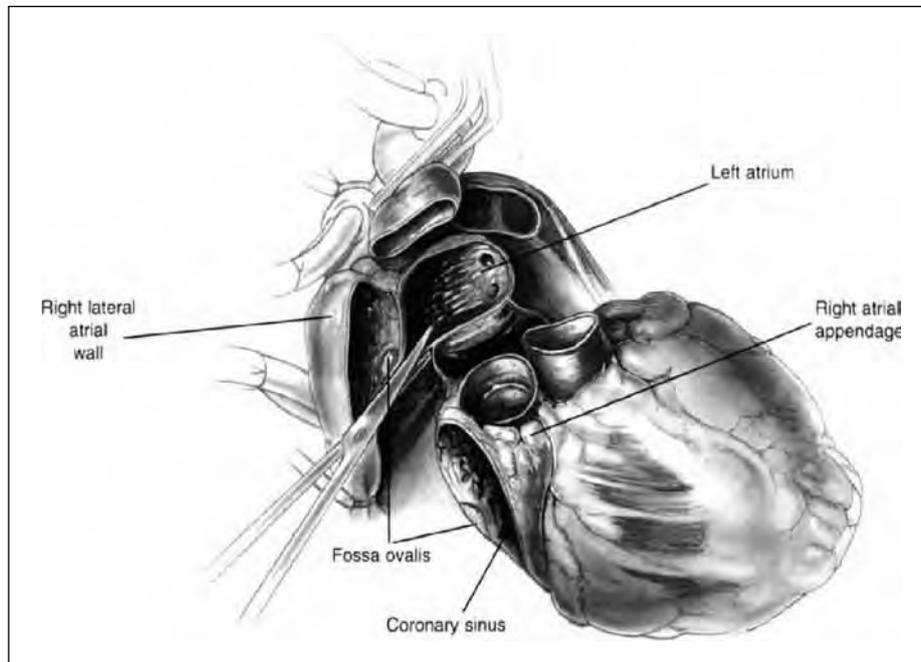


Abb. 2: Excision des erkrankten Herzens (Bolman III- Operative Techniques in Thoracic and Cardiovascular Surgery) mit freundlicher Genehmigung des Elsevier-Verlages

gleiche Entnahme einer oder beider Lungen als Donororgan [13].

Werden die Lungen ebenfalls als Transplantat entnommen, so sollten sich die thorakalen Entnahmehirurgen gemeinsam über die „Verteilung“ der Vorhofmanschette verständigen. Die komplette Hinterwand des linken Vorhofes kann normalerweise im Donor belassen werden, ohne dass es bei der Implantation zu Problemen hinsichtlich eines zu kleinen Vorhofes kommt. Weiterhin muss genügend Gewebe als Nahtring um die Lungenvenen belassen werden.

6.3 Implantationstechnik

Lower und Shumway entwickelten als erste eine Methode, mit der es möglich war, das Herz zu transplantieren. Diese Technik sollte später als sogenanntes biatriales Vorgehen in die Literatur eingehen und wird als traditioneller Standard angesehen [14-21].

Die Implantation des Herzens beginnt im Bereich des linken Herzohrs/Einmündung

der linken oberen Lungenvene und wird dann über die Anastomosierung des gesamten linken Vorhofes, dann des rechten Vorhofes, der Arteria Pulmonalis und der Aorta fortgeführt. Nach Fertigstellung der Nähte schließt sich eine ausreichend lange Reperfusionzeit an. Parallel dazu beginnt die immunsuppressive Therapie. Nun wird das Herz mit Volumen belastet, und die Herz-Lungen-Maschine wird in ihrem Fluss kontinuierlich reduziert, bis sie abgeschaltet werden kann. Nach Abgang von der Herz-Lungen-Maschine werden die Kanülen entfernt. Es schließt sich eine sorgfältige Blutstillung an. Häufig müssen dann noch vorhandene Schrittmacher- oder Defibrillatoraggregate explantiert werden. Das immunsuppressive Protokoll beginnt bereits im OP. Typische Komplikation nach biatrialer Herztransplantation ist das Auftreten einer signifikanten Insuffizienz der AV-Klappen, insbesondere der Trikuspidalklappe. Die Vorhöfe, und hier vor allem der rechte, sind bei Anwendung der Standardtechnik vergrößert, was zu Abnorma-

litäten im Kontraktionsverhalten führen kann. Bei ungenügender Schonung des Sinusknotens, können Rhythmusstörungen und Erregungsleitungsstörungen auftreten, die eine evtl. Schrittmacherimplantation nach sich ziehen.

Eine Modifikation der biatrialen Herztransplantation stellt die bicavale Technik dar, bei der – wie der Name bereits impliziert – die Vv. cavae direkt oder mit cuff anastomosiert werden [22-24]. Als Komplikationen der bicavalen Technik gelten (seltene) Stenosen der V. cava vor allem im Bereich der Anastomosen. Das Ausmaß der AV-Klappeninsuffizienz soll jedoch geringer sein als bei der konventionellen Technik. Die total orthotope Technik impliziert, dass die Gefäße möglichst alle separat End- zu -Seit anastomosiert werden, um eine genaue anatomische Rekonstruktion des situs zu erreichen; sie findet kaum Anwendung. Die Schwierigkeit dieses Verfahrens liegt bei den Pulmonalvenenanastomosen: schlechte Zugangsmöglichkeit im Falle einer Blutung und aufgrund der schwieriger anzulegenden Anastomosen oftmals verlängerte Ischämiezeit [25, 26].

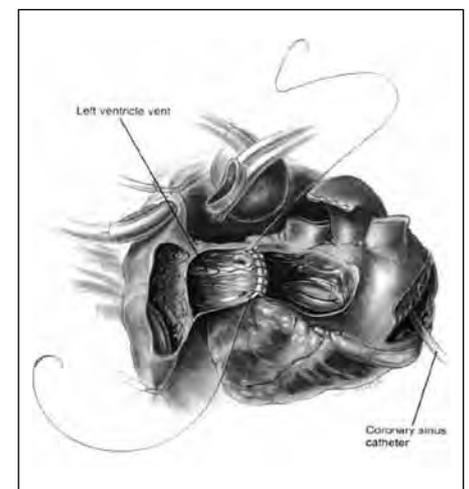


Abb. 3: Implantation des Herzens mit begonnener Anastomose des linken Vorhofs. (Bolman III- Operative Techniques in Thoracic and Cardiovascular Surgery) mit freundlicher Genehmigung des Elsevier-Verlages

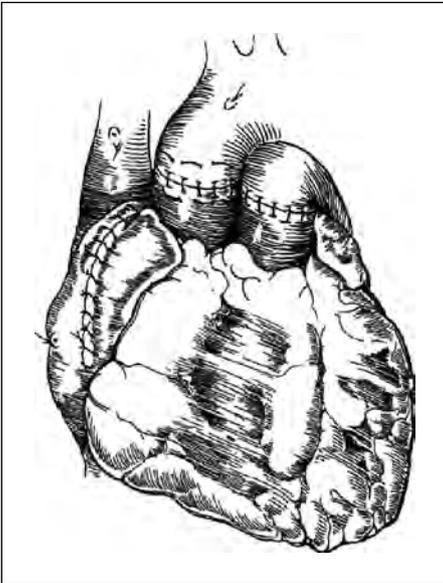


Abb. 4: situs nach Implantation des Herzens mit den von der Vorderseite aus sichtbaren Nähten (Bolman III- Operative Techniques in Thoracic and Cardiovascular Surgery) mit freundlicher Genehmigung des Elsevier-Verlages

Die heterotope Herztransplantation, bei der das Herz des Empfängers in situ verbleibt und das Spenderherz „Huckepack“ implantiert wird, spielt im klinischen Alltag allenfalls noch eine untergeordnete Rolle.

7. Ergebnisse nach Herztransplantation

Die Situation der Herztransplantation in Deutschland ist durch einen Mangel an Organ Spendern gekennzeichnet. Fast doppelt so viele Patienten werden jährlich bei Eurotransplant in Leiden als Kandidaten für eine Herztransplantation gelistet, wie Spenderherzen zur Verfügung stehen. Dies führt dazu, dass fast ausschließlich Transplantationen an Empfängern durchgeführt werden, die bei Eurotransplant in Leiden unter der höchsten Dringlichkeitsstufe (HU = high urgency) gelistet sind. Diese Patienten sind entsprechend schwerst krank mit Vorschädigungen an anderen Organsystemen oder bereits Träger von Herzunterstützungssystemen (LVAD). Da-

durch haben die HU Patienten ein höheres Mortalitätsrisiko nach Transplantation als elektiv (T = transplantable) gelistete Patienten. Dieses drückt sich auch in den schlechteren Ergebnissen nach Herztransplantation in Deutschland im weltweiten Vergleich aus (Abb. 5).

8. Immunsuppression

Vorrangiges Ziel nach Herztransplantation ist der Erhalt der Organfunktion und die Verhinderung des immunologisch bedingten Transplantatverlustes durch akute oder chronische Abstoßungsreaktionen, um irreversible Schäden des transplantierten Organs zu vermeiden und den Langzeitverlauf positiv zu beeinflussen. Körperfremde Antigene induzieren bei immunkompetenten Empfängern eine spezifische, adaptive Immunantwort. Das allogene Transplantat ist bis zu seiner Abstoßung oder Akzeptanz ein fortwährender immunogener Stimulus. HLA-Moleküle und andere Proteine, in denen sich Spender

und Empfänger unterscheiden, sind hierfür verantwortlich. Entscheidend für den Erfolg ist also eine adäquate und individuell gesteuerte Immunsuppression. Dazu gehört die Induktionstherapie oder Abstoßungsprophylaxe zu Beginn der Transplantation und eine lebenslang durchzuführende Basisimmunsuppression (Erhaltungs- oder Langzeittherapie). Sie besteht in der Regel aus einer Kombination von Medikamenten, die an unterschiedlichen Stellen in die Immunregulation eingreifen. Bei der Induktionstherapie werden monoklonale (Basiliximab oder Daclizumab) und polyklonale (ATG, ALG) Lymphozyten-Antikörper sowie hochdosiertes Kortison eingesetzt. Anti-T-Zell-Antikörper hemmen die Proliferation aktivierter T-Zellen. Die Notwendigkeit einer Induktionstherapie ist umstritten, so dass sie in nur ca. 50 % der Zentren durchgeführt wird.

In den ersten drei Monaten nach Transplantation ist erfahrungsgemäß die immu-

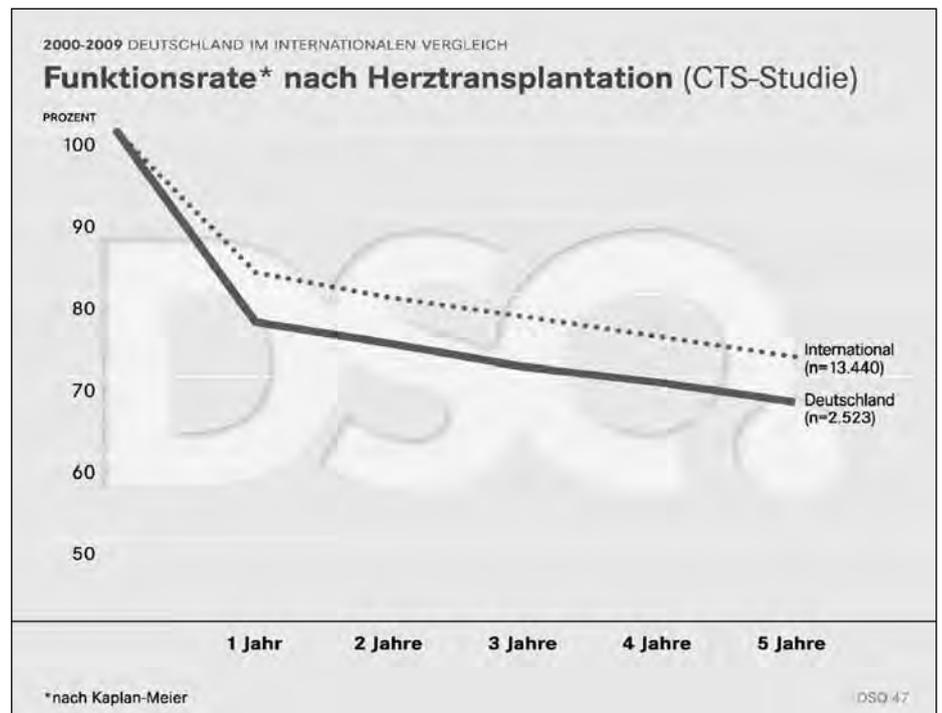


Abb. 5: Funktionsrate nach HTX in Deutschland im internationalen Vergleich (Quelle: Deutsche Stiftung Organspende, DSO)

nologische Antwort beim Empfänger am stärksten. Akute Abstoßungsreaktionen treten in dieser Zeit am häufigsten auf. Daher werden in dieser Phase Immunsuppressionsspiegel im oberen therapeutischen Bereich angestrebt und Immunsuppressiva mit unterschiedlicher (synergistischer) Wirkungsweise in Kombination eingesetzt.

Drei Hauptgruppen von Immunsuppressiva kommen für die Langzeittherapie nach einer Herztransplantation zur Anwendung:

- Calcineurin-Inhibitoren (CNI, Cyclosporin A oder Tacrolimus)

Die Calcineurin-Inhibitoren, Cyclosporin A und Tacrolimus, verhindern die Aktivierung von T-Lymphozyten über eine Inhibition der Interleukin-2-Synthese. Beide Substanzen binden an Immophiline. Die Proliferation von aktivierten T-Lymphozyten wird limitiert. Es kommt nicht zur Ausreifung der T-Lymphozyten zu zytotoxischen Zellen. Tacrolimus ist zudem in der Lage, die Aktivierung von B-Zellen zu reduzieren.

- Antimetaboliten (Azathioprin oder Mycophenolat in zwei Darreichungsformen MMF-Mycophenolat Mofetil oder EC-MPS-Mycophenolsäure)

Azathioprin führt zur Hemmung der Proteinsynthese und Proliferation der T-Zellen und verhindert so die Zellteilung von Lymphozyten. Auch der Antimetabolit Mycophenolat führt zu einer selektiven Proliferationshemmung der B- und T-Lymphozyten durch Hemmung der DNA-Synthese in Lymphozyten.

- Proliferationssignalhemmer (CSI, Everolimus oder Sirolimus = Rapamycin)
Everolimus und Sirolimus binden an das Immunophilin. Dieser Komplex inhibiert mTOR (mammalian target of rapamycin), eine Kinase, die zur Interleukin-2-Rezeptor-vermittelten Signaltransduktion

notwendig ist und unterdrücken somit die T-Zellvermehrung.

- Glucocortikoide
Steroide hemmen die Immunantwort unspezifisch. Sie beeinflussen die Zytokin-Synthese, verhindern die Entwicklung der Monozyten zu Makrophagen (hemmen die Migrations- und Phagozytosefähigkeit). Sie wirken offenbar „membranstabilisierend“ (z.B. antiödematös) und verändern damit die Durchlässigkeit für verschiedene Substanzen. Sie verhindern den Entzündungsprozess im transplantierten Organ – und damit den Untergang der Endothelzellen.

Medikamente aus diesen Gruppen werden meist kombiniert, um eine optimale Immunsuppression zu erzielen und die Nebenwirkungen zu reduzieren (Abb. 5). Die Kombination Tacrolimus und Mycophenolat ist in den letzten Jahren am häufigsten eingesetzt worden. Zumindest in Bezug auf die akuten Abstoßungsreaktionen ha-

ben sich die Ergebnisse durch den Einsatz dieser neueren Immunsuppressiva deutlich verbessert.

Bezüglich der Steroide nach Herztransplantation herrscht keine einheitliche Meinung. Jedes Zentrum verfolgt aus verschiedenen Gründen patientenindividuell sein eigenes Protokoll. Ein erfolgreiches Transplantat überleben kann sowohl mit als auch ohne Steroide nachgewiesen werden. Das Ziel in unserem Zentrum ist, nach zirka einem halben bis einem Jahr eine stabile und steroidfreie Immunsuppression mittels Zweifach-Kombination zu erreichen.

Im Laufe der Zeit kommt es zur Adaptation des Empfängers an sein Spenderorgan und zur Abnahme der immunologischen Reaktivität. Eine Reduktion der immunsuppressiven Therapie wird zur Minimierung unerwünschter Wirkungen angestrebt, sollte jedoch nur unter engmaschiger Kontrolle erfolgen. Aufgrund der engen thera-

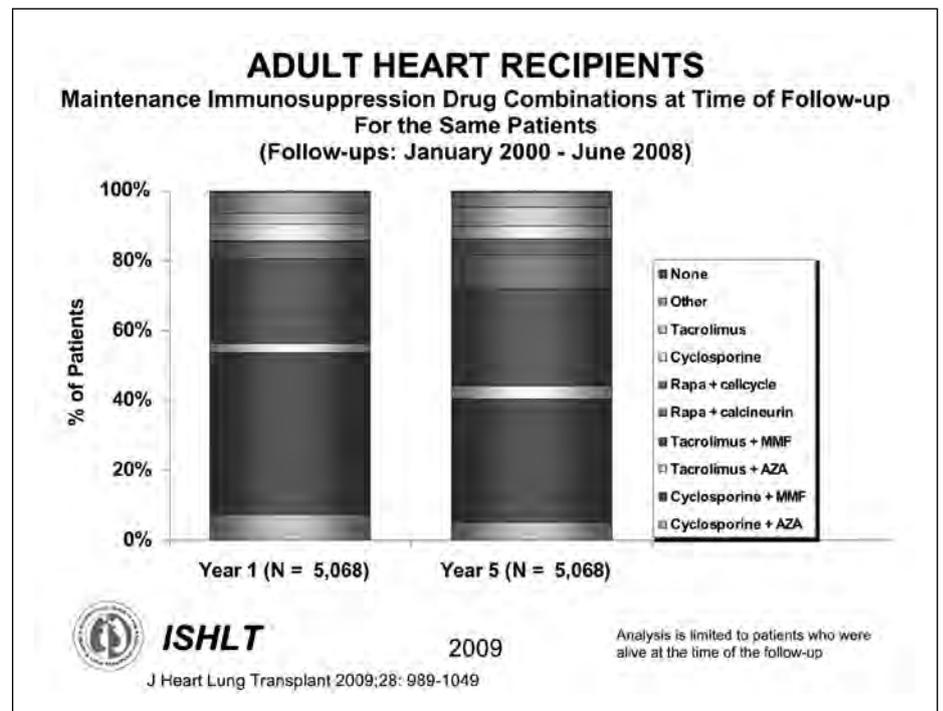


Abb. 6: gebräuchliche Kombinationen von Immunsuppressiva (Quelle: Datenbank der International Society for Heart and Lung Transplantation)

peutischen Breite der Immunsuppressiva ist ein pharmakologisches Monitoring unerlässlich. In der Praxis wird meist die Tal-Spiegelbestimmung (Blutentnahme kurz vor erneuter Medikamenteneinnahme) durchgeführt.

Von essentieller Bedeutung ist die absolut zuverlässige und konsequente regelmäßige Einnahme der Immunsuppression durch den Patienten [28-33].

8.1 Unerwünschte Arzneimittelwirkungen der Immunsuppressiva

Die immunsuppressive Therapie führt neben der erwünschten Wirkung der Verhinderung der Organabstoßung auch zu einer Abschwächung der Immunantwort gegenüber anderen Krankheitserregern jeglicher Art. Diese Immundefizienz mit der Folge einer Infektanfälligkeit für Viren, Bakterien und Pilzen ist die Folge des notwendigen aber aggressiven und über einen längeren Zeitraum verabreichten immunsuppressiven Protokolls. Sorgfalt und primärer Schutz der Patienten (beispielsweise Vermeidung des direkten Kontaktes bei Grippeepidemien) sowie gegebenenfalls prophylaktische frühzeitige therapeutische Maßnahmen durch gezielte Antibiotika-Therapie, Virostatika-Therapie (dominierend das CMV-Virus) und antifugale Medikamente verhindern schwerwiegende Komplika-

In der Kerckhoff-Klinik in Bad Nauheim werden seit Ende der achtziger Jahre Herztransplantationen durchgeführt. Im Jahr 2007 wurden von der Hessischen Landesregierung Fördergelder zum Aufbau des Hessischen Zentrums für die Transplantation thorakaler Organe und Kunstherztherapie in Bad Nauheim zur Verfügung gestellt. Derzeit entsteht auf dem Kliniksgelände der Neubau des Transplantationszentrums, mit dessen Fertigstellung ca. 2012 gerechnet wird. Unter anderem wird hier die größte Intensivstation Hessens entstehen, wo dann beispielsweise Patienten mit kritischer Kreislaufsituation zur Akutversorgung mittels Pumpe oder dringlicher HTX-Listung aufgenommen werden können. Im Jahr 2010 wurden in der Kerckhoff-Klinik zehn Herzen transplantiert. Die Abteilung für Thoraxchirurgie wird voraussichtlich Ende des Jahres 2011 mit der Transplantation von Lungen beginnen.

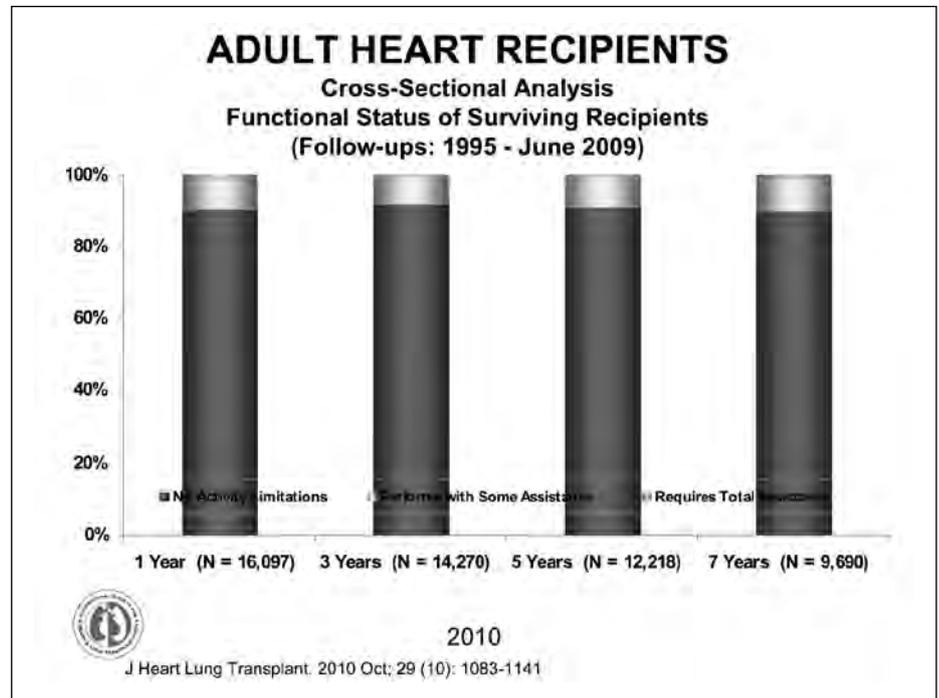


Abb. 7: noch sieben Jahre nach Herztransplantation zeigen ca. 90 % der Patienten keine Einschränkung ihrer Aktivitäten (Quelle: Datenbank der International Society for Heart and Lung Transplantation)

kationen. Weitere unerwünschte Wirkungen sind vor allem bei der Antikörper-Therapie allergische Reaktionen, Fieber, Anaphylaxie, Serumkrankheit, Immunkomplex-Nephritis und monoklonale Gammopathien. Im Vordergrund der Nebenwirkungen von Calcineurininhibitoren steht die Nephrotoxizität, Arterielle Hypertonie, Hyperlipdämie, Hyperglycämie und Neurotoxizität. Gastrointestinale Beschwerden treten häufiger bei Mycophenolat auf.

Durch Nebenwirkungen wie Knochenmarksuppression, Leukozytopenie, gelegentlich Thrombozytopenie und Anämie sind regelmäßige Blutbildkontrollen erforderlich. Eine Photosensibilisierung, die zur Manifestation von Hauttumoren beiträgt und gehäuftes Auftreten von Neoplasien vor allem lymphoproliferative Erkrankungen und Hautkrebs fordern ein engmaschiges Screening.

8.2 Komplikationen im Langzeitverlauf

In der Langzeit-Behandlung herztransplantierten Patienten steht heute die Behandlung der Nebenwirkungen der Immunsuppressiva und der Begleiterkrankungen im Vordergrund. Zehn Jahre nach Herztransplantation leidet ein Teil der Patienten unter typischen Komplikationen: Transplantatvaskulopathie (TVP oder CAV, cardiac allograft vasculopathy) als Ausdruck einer chronischen Abstoßungsreaktion bei ca. 50 %; Krebserkrankungen bei ca. 30 %

(überwiegend Hautkrebs); Stoffwechselerkrankungen und Nephropathien. Tumor-erkrankungen und die TVP sind die Haupttodesursache bei den Langzeitüberlebenden nach Herztransplantationen. Regelmäßige Herzkatheteruntersuchungen zum Ausschluss einer TVP oder stenosierenden KHK sowie nichtinvasive kardiologische Kontrolluntersuchungen sind zwingend erforderlich, um entsprechend therapeutisch zu reagieren und das Transplantat-überleben zu verlängern.

Korrespondenzadressen

Dr. med. Andreas Rieth
Oberarzt Kardiologie
Herzinsuffizienzambulanz
(Direktor: Professor Dr. C.W. Hamm)
Kerckhoff-Klinik GmbH
Benekestr. 2-8, 61231 Bad Nauheim
E-Mail: a.rieth@kerckhoff-klinik.de
Fon: 06032 996-0 (Zentrale)

Dr. med. Manfred Richter
Oberarzt Herzchirurgie
Leiter Transplantationsprogramm
(Direktor: Professor Dr. T. Walther)
Kerckhoff-Klinik GmbH
Benekestr. 2-8, 61231 Bad Nauheim
E-Mail: m.richter@kerckhoff-klinik.de
Fon: 06032 996-0 (Zentrale)

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. Juli 2011

Literatur

1. Eurotransplant: ET year 2010
2. Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure. The Rotterdam Study. G.S. Bleumink et al.; *European Heart Journal* (2004) 25, 1614-1619
3. ISHLT-registry
4. DSO-Jahresbericht 2010
5. Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz - TPG) vom 5. November 1997 (BGBl. I S. 2631)
6. Selection of Cardiac Transplantation Candidates in 2010; D. Mancini, MD; K. Lietz, MD, PhD; *Circulation*. 2010;122:173-183
7. Listing Criteria for Heart Transplantation: International Society for Heart and Lung Transplantation Guidelines for the Care of Cardiac Transplant Candidates-2006; *The Journal of Heart and Lung Transplantation*; Mehra, M. et al. 1025, Volume 25, Number 9
8. 2010 Focused Update of ESC guidelines on device therapy in heart failure; *European Heart Journal* doi:10.1093/eurheartj/ehq337
9. Carrel, Guthrie CC. The transplantation of veins and organs. *Am J Med*. 1905;10:1101
10. Demikhov VP. Experimental Transplantation of Vital Organs. In: Consultants Bureau. New York; 1962
11. Lower RR, Dong E, Shumway NE. Studies on the orthotopic homotransplantation of the canine heart. *Surg Forum*. 1960;11:18
12. Barnaard CN. A human cardiac transplant: An interim report of a successful operation performed at Groote Schuur Hospital, Capetown. *SAfr Med J*. 1967;41:1271
13. Bolman III. Operative Techniques in Thoracic and Cardiovascular Surgery, Vol 4, Issue 2, May 1999, pp98-113
14. Lower RR, Stofer RC, Shumway NE. Homovital transplantation of the heart. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1961;41:196-204
15. Shumway NE. Transplantation of the Heart. *Surg Gynecol Obstet*. 1963;117:361-2
16. Shumway NE, Lower RR. Special Problems in Transplantation of the Heart. *Ann N Y Acad Sci*. 1964;120:773-7
17. Shumway NE, Lower RR, Stofer RC. Transplantation of the heart. *Adv Surg*. 1966;2:265-84
18. Shumway NE, Angell WW, Wuerflein RD. Progress in transplantation of the heart. *Transplantation*. 1967;5:Suppl:900-3
19. Stinson EB, Dong E, Jr., Schroeder JS, Harrison DC, Shumway NE. Initial clinical experience with heart transplantation. *Am J Cardiol*. 1968;22:791-803
20. Shumway NE. Transplantation of an unpaired organ, the heart. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1969; 63:1032-3
21. Lower RR, Dong E, Shumway NE. Studies on the orthotopic homotransplantation of the canine heart. *Surg Forum*. 1960;11:18
22. Tsilimingas NB. Modification of bicaval anastomosis: an alternative technique for orthotopic cardiac transplantation. *Ann Thorac Surg*. 2003;75:1333-4
23. Sievers HH, Weyand M, Kraatz EG, Bernhard A. An alternative technique for orthotopic cardiac transplantation, with preservation of the normal anatomy of the right atrium. *Thorac Cardiovasc Surg*. 1991;39:70-2
24. Sarsam MA, Campbell CS, Yonan NA, Deiraniya AK, Rahman AN. An alternative surgical technique in orthotopic cardiac transplantation. *J Card Surg*. 1993;8:344-9
25. Blanche C, Czer LS, Valenza M, Trento A. Alternative technique for orthotopic heart transplantation. *Ann Thorac Surg*. 1994;57: 765-7
26. Dreyfus G, Jebara V, Mihaileanu S, Carpentier AF. Total orthotopic heart transplantation: an alternative to the standard technique. *Ann Thorac Surg*. 1991;52:1181-4
27. Kendall SW, Ciulli F, Mullins PA, Biocina B, Dunning JJ, Large SR. Total orthotopic heart transplantation: an alternative to the standard technique. *Ann Thorac Surg*. 1992;54: 187-8
28. Ertl, Björn (2007): Koronare Transplantatavaskulopathie nach Herztransplantation in Abhängigkeit vom immunsuppressiven Therapieschema. Dissertation, LMU München: Medizinische Fakultät
29. Baran DA, Zucker MJ et al. A prospective, randomized trial of single-drug versus dual-drug immunosuppression in Heart Transplantation (*Circ Heart Fail*. 2011;4:129-137)
30. Land.W „Tumoren- und Organtransplantation“
31. Krukemeyer M.G., Lison A.E. Transplantationsmedizin de Gruyter Berlin. New York, 1-23
32. Transplantation: 27 November 2001 – Volume 72 – Issue 10 – pp 1662-1665; *Clinical Transplantation*
33. Hosenpud, Jeffrey D.; Bennett, Leah E., Mycophenolate Mofetil Versus Azathioprine in Patients Surviving the Initial Cardiac Transplant Hospitalization: An Analysis of the Joint Unos/ISHLT Thoracic Registry

Multiple Choice-Fragen (Nur eine Antwort ist richtig)

? 1.) Welche Aussage zur Herztransplantation trifft zu?

1. Mehr als 50 % aller Patienten auf der deutschen HTX-Warteliste konnten im Jahr 2010 mit einem passenden Spenderorgan versorgt werden.
2. Eine HTX wird schon frühzeitig bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz in Erwägung gezogen.
3. Die Indikation zur HTX wird meist vom niedergelassenen Kardiologen gestellt.
4. Im Status „HU“ ist die Wartezeit auf eine HTX i.d.R. deutlich kürzer als im Status „T“.
5. Die Prognose des Patienten wird durch eine HTX nur wenig gebessert, es bessert sich hauptsächlich die Lebensqualität.

? 2.) Welche Aussage trifft nicht zu?

1. In Deutschland regeln das Transplantationsgesetz von 1997 sowie Richtlinien der Bundesärztekammer die Rahmenbedingungen der Organtransplantation.
2. Die Schwere der Herzinsuffizienzsymptome gibt für die HTX-Indikation den Ausschlag.
3. Die Aussicht auf eine Erholung der Herzfunktion schließt eine HTX i.d.R. aus.
4. Die Spiroergometrie spielt eine entscheidende Rolle für die Indikationsstellung zur HTX.
5. Auch eine intractable Angina pectoris bei schwerer KHK kann im Falle einer fehlenden Revaskularisationsmöglichkeit u.U. eine HTX-Indikation darstellen.

? 3.) Welche der folgenden Erkrankungen gelten als absolute HTX-Kontraindikationen?

- a) schwere obstruktive Lungenerkrankung mit $FEV_1 < 1 \text{ l/Min.}$
- b) fixierte pulmonale Hypertonie.
- c) Alter > 70 Jahren.
- d) aktiver Drogen-/Alkoholmissbrauch, aktives Rauchen.
- e) morbide Adipositas ($BMI > 35 \text{ kg/m}^2$) oder Kachexie ($BMI < 18 \text{ kg/m}^2$).

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

? 4.) Warum ist eine fixierte pulmonale Hypertonie für die HTX so problematisch?

1. Drohendes Lungenversagen post OP.
2. Drohendes Linksherzversagen des Spenderherzens.
3. Drohendes Rechtsherzversagen des Spenderherzens.
4. Eingeschränkte Lungenkapazität nach HTX.
5. Intraoperatives Blutungsrisiko erhöht.

? 5.) Welche Aussage zur Geschichte der HTX ist richtig?

1. Lower und Shumway gelang 1960 die erste HTX am Menschen.
2. Die erste Herztransplantation in der Bundesrepublik wurde 1967 durchgeführt.
3. Bereits 1905 konnte die Abstoßungsreaktion nach einer Transplantation erfolgreich behandelt werden.

4. Die erste erfolgreiche HTX am Menschen erfolgte nach einer Technik, die Christiaan Barnard entwickelt hatte.
5. Der weltweit erste herztransplantierte Patient überlebte 18 Tage.

? 6.) Welche Zeitspanne sollte zwischen Klemmen der Aorta beim Organspender und Wiedereröffnen der Hauptschlagader nach Implantation des Herzens beim Empfänger nicht überschritten werden?

1. Zirka vier Stunden.
2. Maximal 120 Minuten.
3. Acht Stunden.
4. Zehn bis zwölf Stunden.
5. Der HTX-Erfolg ist relativ unabhängig von der Ischämiezeit.

? 7.) Welche Aussage zur HTX-Implantationstechnik trifft nicht zu?

1. Die Anastomosierung beginnt im Bereich des linken Vorhofs.
2. Nach Fertigstellung der Nähte kann das Spenderorgan unmittelbar seine volle Pumpleistung aufnehmen.
3. Die sogenannte biatriale Technik wurde von Lower und Shumway entwickelt.
4. Komplikationen der sogenannten bicavalen Technik sind selten.
5. Bei ungenügender Schonung des Sinusknotens kann evtl. eine Schrittmacherimplantation notwendig werden.

? 8.) Die HTX in Deutschland

- a) ist durch einen Mangel an Organ Spendern gekennzeichnet.

- b) hat im weltweiten Vergleich bessere Überlebenszahlen.
 c) findet überwiegend bei „T“-gelisteten Patienten statt.
 d) zeichnet sich durch eine Bevorzugung der Patienten mit den besten Voraussetzungen für eine HTX bei der Organvergabe aus.
 e) wird ohne Mitwirkung von Eurotransplant durchgeführt.

1. Nur Aussagen a, b und d treffen zu.
 2. Alle Aussagen treffen zu.
 3. Nur Aussagen a, c und e treffen zu.

4. Nur Aussage a trifft zu.
 5. Nur Aussagen a und d treffen zu.

9.) Welche Kombination von Immunsuppressiva ist in den letzten Jahren nach HTX am häufigsten eingesetzt worden?

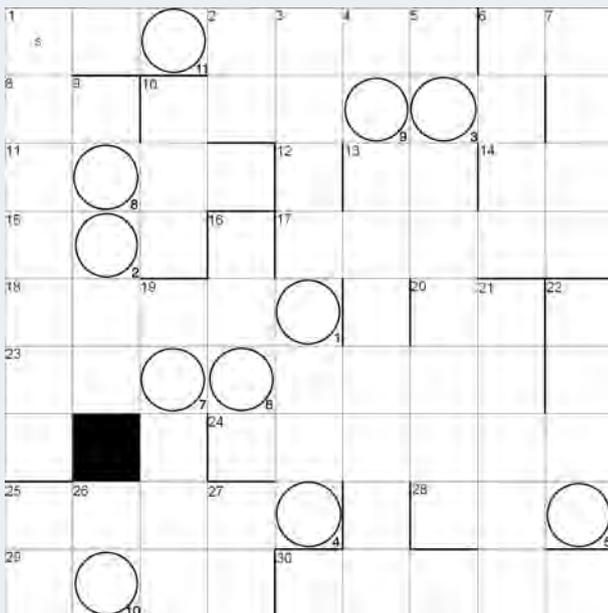
1. Tacrolimus und Cyclosporin A.
 2. Tacrolimus und Mycophenolat.
 3. Cyclosporin A und Mycophenolat.
 4. Cyclosporin A und Azathioprin.
 5. Cyclosporin A und Everolimus.

10.) Welches sind die Haupttodesursachen bei den Langzeitüberlebenden nach Herztransplantation?

- a) Immunkomplex-Nephritis.
 b) Allergische Reaktionen.
 c) Tumorerkrankungen.
 d) Akute Abstoßungsreaktionen.
 e) Transplantatvasculopathie.

1. Alle richtig
 2. Nur a, b und d richtig
 3. Nur b und e richtig
 4. Nur a und c richtig
 5. Nur c und e richtig

Medizinisches Kreuzworträtsel



Lösungswort:

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

Waagrecht

1 Erbliche Gefäßerkrankung mit Livedo racemosa an der Haut und Infarkten im Gehirn; Syndrom (Eponym) • 6 Abk. für Galactocerebrosidase • 8 Abk. für Tuberkulinreaktion • 10 Adenome der Hypophyse, Nebenschilddrüse und Pankreasinseln sind Kennzeichen dieser Erkrankung (Syndrom; Eponym) • 11 Der dem intervillösen Raum angrenzende obere Fibrinstreifen der Plazenta: ...-Fibrinoid (Eponym) • 12 Tocopherol: Vitamin ... • 13 Normwertige Schilddrüsenhormone im Blut: ...thyreot • 14 Leichtmetall, das in Pulverform als Wundbehandlungsmittel eingesetzt wird (Chem. Elementsymbol) • 15 Incontinentia pigmenti: ...-Syndrom (Eponym) • 17 Glutenbedingte Enteropathie: Einheimische ... • 18 Arzneimittelmenge • 20 Abk. für intradermal • 23 Ein klinisches Zeichen bei der Untersuchung der dysplastischen Säuglingshüfte (Eponym) • 24 Kugeliges Gebilde aus verschluckten Haaren • 25 Komplikation eines Alkoholentzugs • 28 Abk. für Multiple Endokrine Neoplasien • 29 Impressionfraktur bei Schulterluxation: ...-Sachs-Läsion (Eponym) • 30 Besondere Anfallsform bei Säuglingen: ...-Nick-Salaam-Krämpfe

Senkrecht

1 Pfeifendes Atemgeräusch • 2 Einteilung der Aortenaneurysmen nach ...-Bakey (Eponym) • 3 Postmyokardinfarkt-Syndrom mit Fieber und Brustschmerzen (Eponym) • 4 Protonenpumpenhemmer in der Therapie des Ulcus ventriculi • 5 Nervenscheidentumor • 6 Chloramphenicol-Vergiftung bei Säuglingen: ...-Syndrom • 7 Einstülpung der Harnblase in die vordere Scheidenwand: Cysto... • 9 Erbliche Bilirubinstoffwechselstörung: ...-Syndrom (Eponym) • 10 Abk. für die Weltgesundheitsorganisation • 16 Vererbter Granulozytendefekt mit erhöhter Infektanfälligkeit und IgE-Erhöhung im Blut (Syndrom; Eponym) • 19 Systemische Form der juvenilen rheumatoiden Arthritis: ...-Syndrom (Eponym) • 21 Trennkost • 22 Renales Ausscheidungsprodukt • 25 Abk. für Diskushernie • 26 Teil der Gebärmutter: ...leiter • 27 Abk. für Interleukin

Sarkopenie

Muskulärer Abbau im höheren Lebensalter

Rupert Püllen

Selbstständigkeit im höheren Lebensalter erfordert vor allem gute kognitive und gute motorische Fähigkeiten. Während die Demenz als wesentliche Ursache kognitiver Funktionseinbußen eine große öffentliche Aufmerksamkeit erfährt, gilt dies für die entsprechenden motorischen Defizit-Syndrome bislang nicht. Ein bedeutendes Syndrom, das in vielen Fällen einer motorischen Beeinträchtigung im höheren Lebensalter zugrunde liegt, ist die Sarkopenie.

Definition

Der Begriff Sarkopenie wurde 1989 von I. Rosenberg eingeführt, um die alterskorrelierte Abnahme der Muskelmasse zu beschreiben [10]. „Sarkopenie“ leitet sich aus dem griechischen ab und bedeutet soviel wie „Mangel an Fleisch“ (altgriechisch „sarx“= Fleisch und „penia“= Mangel).

Eine allgemein akzeptierte Definition, die sich im klinischen Alltag und in der Forschung einsetzen ließ, fehlte lange Zeit. Zur Erarbeitung einer solchen Definition wurde 2009 die European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) etabliert. Zu dieser Arbeitsgruppe gehörten Vertreter folgender Fachgesellschaften: European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS), European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), International Academy of Nutrition and Aging (IANA) und die International Association of Gerontology and Geriatrics.

Die Arbeitsgruppe einigte sich auf eine Definition, die im Jahr 2010 publiziert wurde [5]. Danach spielen folgende Kriterien für die Diagnose Sarkopenie eine Rolle:

1. Geringe Muskelmasse
2. Geringe Muskelkraft
3. Geringe körperliche Leistungsfähigkeit (z.B. geringe Ganggeschwindigkeit)

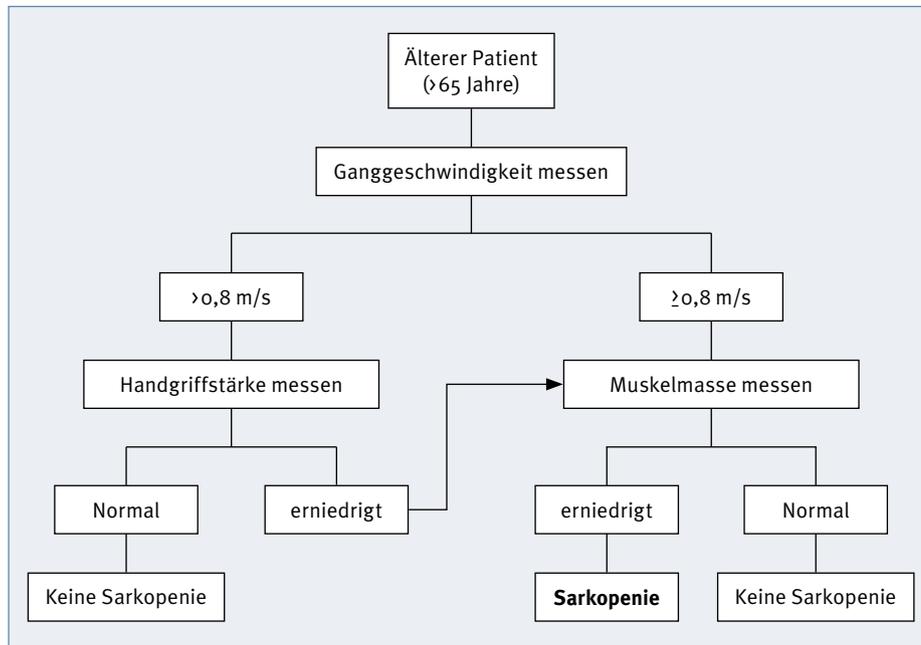
Die Diagnose einer Sarkopenie erfordert den Nachweis des Kriteriums 1 plus eines weiteren Kriteriums (2 oder 3). Im Gegensatz zur früheren Definition reicht der Nachweis einer reduzierten Muskelmasse nicht aus; es muss auch eine funktionelle muskuläre Einbuße nachweisbar sein. Gerade aus geriatrischer Sicht ist der funktionelle Aspekt wichtig, da Muskelmasse und muskuläre Funktion nicht linear korrelieren. Wenn also bei reduzierter Muskelmasse Kraft und Funktion in Ordnung sind, lässt sich die Diagnose Sarkopenie nicht stellen.

Diagnostik

Nach der neuen Konsensus-Definition reichen klinische Parameter alleine nicht, um die Diagnose einer Sarkopenie zu stellen. Eine reduzierte Muskelmasse, unverzichtbares Diagnosekriterium einer Sarkopenie, lässt sich nicht zuverlässig durch klinische Untersuchungen wie die Messung von Wadenumfang oder Oberarmumfang diagnostizieren. Beide Messungen wurden zwar zur Abschätzung der Muskelmasse eingesetzt, doch sind diese klinischen Werte

wenig prädiktiv für das Vorliegen einer Sarkopenie [9]. So wird gerade bei älteren Menschen abgebaute Muskelmasse durch Fettgewebe ersetzt. In diesen Fällen bleiben trotz Muskelabbaus Waden- und Oberarmumfang gleich.

Deshalb müssen zum Nachweis einer geringen Muskelmasse technische Verfahren eingesetzt werden. Der Goldstandard sind Computertomographie und Kernspintomographie. Aufgrund ihres Aufwandes eignen sich diese Verfahren jedoch kaum für den klinischen Alltag; sie werden bei Forschungsvorhaben eingesetzt. Weniger aufwändige Verfahren zur Abschätzung der Muskelmasse sind DXA (Dual energy X-ray Absorptiometrie) und die Bioimpedanzanalyse. Mit der DXA gelingt die Unterscheidung zwischen Fettgewebe und fettfreiem Gewebe und damit eine Abschätzung der Muskelmasse. Die Strahlenbelastung ist gering. Eine Alternative bietet die Bioimpedanz-Analyse, die auch mit tragbaren Geräten durchgeführt werden kann. Bei beiden Verfahren gilt die Muskelmasse als erniedrigt, wenn der gemessene



Algorithmus zur Diagnostik Sarkopenie der europäischen Konsensusgruppe [5]

Wert niedriger ist als zwei Standardabweichungen gesunder junger Menschen.

Die beiden anderen Diagnosekriterien der Sarkopenie lassen sich durch einfache klinische Tests ermitteln. Als Maß für die Muskelkraft hat sich die Handgriffstärke bewährt. Zwar besitzt die Muskelkraft der unteren Extremität für Stand und Gang die größere Bedeutung, doch haben Untersuchungen belegen können, dass die einfach zu ermittelnde Handgriffstärke eine zuverlässige Aussage über die Entwicklung der Alltagsaktivitäten (ADL) erlaubt [4]. Die Handgriffstärke gilt als vermindert, wenn sie bei Männern < 30 kg und bei Frauen < 20 kg beträgt; diese Referenzwerte variieren in Abhängigkeit vom Körpergewicht. Die körperliche Leistungsfähigkeit kann durch Teile des geriatrischen motorischen Assessments abgeschätzt werden; der Timed up & go-Test, der modifizierte Rombergtest (Stehen im Semitandem- und Tandemstand) und der Five chair rise Test (fünfmaliges Erheben von einem Stuhl) geben Hinweise auf Balance, Gehfähigkeit und Leistungsfähigkeit. Besondere Be-

deutung besitzt die Ganggeschwindigkeit. Wenn die Ganggeschwindigkeit unter $0,8$ Meter/Sekunde fällt, so deutet dies auf eine eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit hin. Da die Ganggeschwindigkeit besonders leicht zu ermitteln ist, eignet sie sich als initiale Screening-Untersuchung, um Patienten mit einer Sarkopenie zu identifizieren. Die Abbildung 1 zeigt das von der Konsensus-Arbeitsgruppe vorgeschlagene Diagnose-Schema Sarkopenie.

Ein klinisch-chemischer Parameter, der eine Sarkopenie belegen kann, steht nicht zur Verfügung. Eine gewisse Bedeutung besitzt das Serum-Kreatinin, da dies mit der Muskelmasse korreliert. So kann ein erniedrigter Serum-Kreatininwert (z.B. $< 0,8$ mg/dl) auf eine Sarkopenie hinweisen. Auf der anderen Seite ist bei Vorliegen einer Sarkopenie der Serum-Kreatininwert ein unzuverlässiger Parameter der Nierenfunktion. Bei einer geringen Muskelmasse kann auch bei eingeschränkter renaler Funktion der Serum-Kreatininwert im Referenzbereich bleiben und damit eine gute Nierenfunktion vortäuschen.

Ätiologie und Pathogenese

Wie andere geriatrische Syndrome lässt sich die Sarkopenie nicht auf eine einzelne Ursache zurückführen; in aller Regel kommen zahlreiche Faktoren zusammen. Zum einen spielt der Alterungsprozess eine Rolle: Auch ohne eine spezifische Erkrankung nimmt die Muskelmasse vom 45. bis zum 90. Lebensjahr um etwa 50 % ab. Ein weiterer Aspekt ist eine unzureichende Ernährung, insbesondere ein nutritiver Proteinmangel. Ein Lebensstil mit nur geringer körperlicher Bewegung kann zur Entwicklung einer Sarkopenie beitragen. Zahlreiche chronische Erkrankungen wie eine COPD, eine Herzinsuffizienz oder eine fortgeschrittene Niereninsuffizienz korrelieren mit einem Abbau von Muskelmasse und -funktion [4]. Aber auch Medikamente wie beispielsweise Glukocorticoide können einen Muskelabbau begünstigen.

Muskelbiopsien zeigen, dass eine Sarkopenie überwiegend die Typ II-Muskelfaser betrifft; ihre Zahl und Größe nehmen ab. Die Typ I-Fasern sind kaum betroffen. Hormonelle Änderungen können zur Entwicklung einer Sarkopenie beitragen wie beispielsweise eine Abnahme der Produktion von Androgenen und Östrogen oder Wachstumshormon. Bei Frauen scheinen katabole Stimuli, so das zelluläre Interleukin 6, bei der Entwicklung einer Sarkopenie eine Rolle zu spielen [8]. Der Verlust von alpha-Motoneuronen im Rückenmark wurde ebenfalls als möglicher pathogenetischer Faktor genannt.

Epidemiologie und Bedeutung

Eine Sarkopenie ist häufig. Ihre Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter. Je nach benutzter Definition wird bei den 60- bis 70-jährigen ihre Prävalenz mit 5-13 % angegeben; bei den über 80-jährigen steigt sie auf bis zu 50 % [5].

Ihre Bedeutung erlangt die Sarkopenie durch die enge Korrelation mit mehreren klinisch bedeutsamen Parametern: So geht eine Sarkopenie einher mit einem erhöhten Risiko körperlicher Beeinträchtigung und schlechter Lebensqualität. Personen mit ausgeprägter Sarkopenie haben im Vergleich zu Personen mit normaler Muskelmasse ein 79 % höheres Risiko, in den Alltagsaktivitäten eingeschränkt zu sein [7]. Zudem korreliert eine Sarkopenie mit erhöhter Mortalität [5].

Von besonderer klinischer Bedeutung ist eine Sarkopenie bei adipösen Patienten. Zum einen erschwert die Adipositas die Diagnose einer Sarkopenie. Die oft durch den Muskelabbau bei Sarkopenie bedingte Gewichtsabnahme wird durch die begleitende Adipositas überdeckt. Zum anderen sind adipöse Sarkopenie-Patienten in besonderem Maße von Immobilität und Stürzen bedroht, da die beeinträchtigte Muskulatur ein größeres Körpergewicht tragen muss.

Therapie

Medikamente zur gezielten Behandlung einer Sarkopenie stehen gegenwärtig nicht zur Verfügung. Therapeutische Anstrengungen zielen darauf, den weiteren Abbau von Muskelmasse zu verhindern und die funktionellen Folgen geringer Muskelmasse zu lindern. Bei der Therapie einer Sarkopenie sind deshalb viele Aspekte zu berücksichtigen. Der erste Schritt besteht darin, begünstigende Faktoren eines weiteren Muskelabbaus, wie beispielsweise eine Glukokortikoidtherapie, zu beseitigen, sofern dies möglich ist. Das zentrale Element einer Sarkopenie-Therapie ist Krafttraining. Auch bei älteren Personen lässt Krafttraining die Muskelmasse zunehmen und verbessert zudem die Muskelkraft. Zu diesem Ergebnis kommen Metaanalysen klinischer Studien [11].

Die Rolle der Ernährung bei Sarkopenie lässt sich gegenwärtig noch nicht klar definieren. Eine proteinararme Ernährung kann die Entwicklung eines Muskelabbaus begünstigen und somit zur Entstehung einer Sarkopenie beitragen. Ob eine bestehende Sarkopenie allein durch Gabe von Protein gebessert werden kann, ist bislang unklar; Studienergebnisse zu dieser Fragestellung sind widersprüchlich [11].

Vitamin D hat eine große Bedeutung bei der Muskelkraft. Die Skelettmuskulatur verfügt über Vitamin D Rezeptoren und benötigt Vitamin D zu optimaler Funktion. Niedrige Konzentrationen von 25-Hydroxy-Vitamin D korrelieren bei älteren Personen mit geringer Muskelkraft. In einer Untersuchung konnte Muskelkraft gesteigert werden, wenn die Konzentration von 25-Hydroxy-Vitamin D von 10 auf 40 nmol/l erhöht wurde [6]. Dieser Aspekt hat auch eine klinische Bedeutung, da eine Kraftminderung der unteren Extremität mit einem 4,4-fach erhöhten Sturzrisiko einhergeht [1]. Eine Metaanalyse aus acht randomisierten klinischen Studien konnte einen dosisabhängigen Effekt einer Vitamin D Gabe auf das Sturzrisiko belegen: Während tägliche Vitamin D Gaben bis 600 IU

ohne Effekt bleiben, korreliert eine Dosis von 700 - 1000 IU mit einer Reduktion des Sturzrisikos um 19 % [3]. Angesichts der guten Verträglichkeit und der geringen Kosten ist bei geringer Muskelkraft und nach Stürzen stets die Indikation einer Vitamin D Gabe zu prüfen.

Bei hypogonadalen Männern kann Testosteron zwar Muskelmasse und Muskelkraft erhöhen, doch geht die Testosterongabe mit einer erhöhten kardialen Letalität einher [2]. Deshalb kann die Testosterongabe nicht allgemein bei dieser Indikation empfohlen werden.

Perspektiven

Die neu entwickelte Definition der Sarkopenie bietet eine gute Grundlage, diesem geriatrischen Syndrom den Stellenwert zu geben, der ihm wegen seines Einflusses auf die Alltagsfähigkeit zukommt. Mit dieser Definition lassen sich Patienten mit Sarkopenie identifizieren; dies ist Voraussetzung, Studien zur therapeutischen Beeinflussung einer Sarkopenie zu konzipieren und durchzuführen. Doch unabhängig von künftigen Therapiestrategien lässt sich auch bereits jetzt einiges zur Verhinderung des muskulären Abbaus beitragen. Dazu zählt vor allem Vermeiden von Im-

mobilität. Dazu gehört auch muskuläres Training, insbesondere nach akuten Erkrankungen und nach Operationen, so wie es in geriatrischen Einrichtungen praktiziert wird. Angesichts der demographischen und sozialen Entwicklung kommt diesen Aufgaben eine hohe Priorität zu.

Literatur

1. AGS Panel: Guideline for the Prevention of Falls in Older People. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 664-672
2. Basaria S et al: Adverse Events Associated with Testosterone Administration *N Engl J Med* 2010; 363:109-22
3. Bischoff-Ferrari et al: Fall prevention with supplemental and active forms of vitamin D: a meta-analysis of randomised controlled trials *BMJ* 2009; 339:b3692
4. Brass EP, Sietsema KE: Considerations in the Development of Drugs to Treat Sarcopenia *J Am Geriatr Soc* 2011; 59: 530-535
5. Cruz-Jentoft, A.J. et al: Sarcopenia: European Consensus on Definition and Diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People; *Age and Ageing* 2010; 39: 412-423.
6. Holick MF: Vitamin D Deficiency *N Engl J Med* 2007; 357: 266-281
7. Janssen I: Influence of Sarcopenia on the Development of Physical Disability: The Cardiovascular Health Study. *J Am Geriatr Soc*; 2006; 54: 56-62
8. Payette H, Roubenoff R, Jacques PF, Dinarello CA; Wilson PWF, Abad LW, Harris T: Insulin-Like Growth Factor-1 and Interleukin 6 predict Sarcopenia in Very Old Community-Living Men and Women: The Framingham Heart Study. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 1237-43;
9. Rolland Y, Lauwers-Cances V, Cournot M, Nourhashemi F, Reynish W, Riviere D, Vellas B, Grandjean H: Sarcopenia, Calf Circumference, and Physical Function of Elderly Women: A Cross-Sectional Study. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 1120-1124
10. Rosenberg I: Summary comments: epidemiological and methodological problems in determining nutritional status of older persons. *Am J Clin Nutr* 1989; 50: 1231-1233
11. Sayer AA: Sarcopenia *BMJ* 2010; 341: c4097

Anschrift des Verfassers

PD Dr. med. Rupert Püllen

Medizinisch-Geriatrie Klinik

AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE-KLINIKEN (Chefarzt PD Dr. R. Püllen)

Holzhausenstraße 72-92

60322 Frankfurt/M

Fon: 069 959375311

E-Mail: rupert.puellen@fdk.info

Vorsorge für Unfall – Krankheit – Alter

Gesundheitsnetz Frankfurt/Main stellt Broschüre zur Patientenverfügung vor

Ein selbstbestimmtes Leben führen, bis zum letzten Moment nicht „anderen zur Last fallen“, in Würde sterben, das wünschen sich viele Menschen – egal, ob sie gerade eine schwere Krankheit durchleben oder bei bester Gesundheit sind. Deshalb möchten sie für Situationen, in denen der eigene Wille nicht mehr geäußert werden kann, vorsorgen. Für solche Situationen können die eigenen Wünsche schriftlich in einer Patientenverfügung festgelegt werden, die für Ärztinnen und Ärzte bindend ist und Angehörige entlasten kann.

Über die rechtlichen, medizinischen und ethischen Fragestellungen rund um das Verfassen einer Patientenverfügung informierte das Gesundheitsnetz Frankfurt/Main am 25. Mai im Depot der Frankfurter Rundschau im Rahmen einer Podiumsdiskussion. Wibke Köppler (Fachanwältin für Medizinrecht, Partnerin der Kanzlei Oelemüller & Partner Rechtsanwältinnen GbR, Frankfurt am Main), Professor Dr. med. Ulrich Finke (Facharzt für Allgemein Chirurgie, Viszeralchirurgie, Orthopädie- und Unfallchirurgie, Notfallmedizin und Intensivmedizin, Chefarzt der Chirurgie des St. Katharinen-Krankenhauses und Vorsitzender des Arbeitskreises „Medizin und Ethik“), Dr. med. Martin Dürsch (Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunkt Kardiologie) und Dr. med. Ingmar Hornke (Facharzt für Anästhesiologie und Palliativmedizin, Leitender Arzt und Geschäftsführer der PalliativTeam Frankfurt gGmbH) diskutierten und informierten über die verschiedenen Aspekte rund um die Erstellung einer Patientenverfügung. Moderiert wurde die Diskussion von Dr. med. Christiane Kunz (Fachärztin für Allgemeinmedizin, Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt und Pressesprecherin des Gesundheitsnetzes Frankfurt/Main).

Die Diskutierenden hatten es sich für diesen Abend zum Ziel gesetzt, nicht nur zu informieren, sondern auch dazu anzuregen, bei dem Verfassen einer Patientenverfügung differenziert vorzugehen, sich „nicht zu reduzieren auf Kreuzchen“, sondern in sich zu gehen und sich darüber Gedanken zu machen, was man wirklich möchte, was passieren soll, wenn man über mögliche Behandlungsschritte nicht mehr selbst entscheiden kann. Die Zuhörer wurden dazu angeregt, diese Fragen ausführlich mit dem Arzt bzw. der Ärztin des Vertrauens zu besprechen und gemeinsam mit ihm oder ihr schriftlich festzuhalten.

Um Patientinnen und Patienten dabei zu unterstützen, hat das Gesundheitsnetz Frankfurt/Main nun die Broschüre „Vorsorge für Unfall – Krankheit – Alter: Vollmacht erteilen durch Verfügungen“ erstellt, die an diesem Informationsabend ebenfalls vorgestellt wurde. Sie wurde durch Initiative der Ärztenossenschaft PriMa eG (Marburg) und in Kooperation mit dem Klinikum Frankfurt Höchst, dem Schulungsverein Frankfurt Nord, dem Krankenhaus Sachsenhausen, dem PalliativTeam Frankfurt, dem Amt für Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main und dem Evangelischen Hospiz Frankfurt am Main erstellt. Die Broschüre enthält Formulare für eine Patientenverfügung, für eine Vollmacht, für eine Konto- und Depotvollmacht und für eine Betreuungsverfügung sowie einen Patientenausweis, auf dem vermerkt werden kann, wo eine Vollmacht bzw. eine Patientenverfügung hinterlegt ist.

Die Broschüre ist erhältlich über das Gesundheitsnetz Frankfurt e.G. Höchster Schlossplatz 1, 65929 Frankfurt-Höchst, Fon: 069 25788008, E-Mail: info@gesundheitsnetz-frankfurt.de, www.gnef.de

Katja Kölsch

8. Kasseler Gesundheitstage äußerst erfolgreich



Besucheransturm im Foyer der Stadthalle

Am 8./9. April 2011 fanden im Kongress Palais Kassel – Stadthalle die 8. Kasseler Gesundheitstage statt. Nahezu 11.000 Besucher, 23 Informations- und Fortbildungseminare sowie 140 Aussteller waren der quantitative Rahmen.

Bereits im Rahmen der Kongress-Eröffnung am Abend des 7. April hat der Vorsitzende der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Professor Dr. med. Ernst-Gerhard Loch, auf die Notwendigkeit der ständigen Fortbildung in allen Bereichen der sich schnell weiter entwickelnden Medizinberufe hingewiesen. Der Hessische Staatsminister für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung, Dieter Posch, betonte in seiner Einführungsrede die wirtschaftliche Bedeutung der Gesundheitsindustrie für die Region Nordhessen: Euro 3,1 Mrd. Bruttowertschöpfung, ca. 65.000 Beschäftigte!

Aufgabe der Kasseler Gesundheitstage ist, Informationen über Krankheits-Prävention sowie über moderne Untersuchungs- und Behandlungsverfahren medizinischen Laien zu vermitteln und – in Zusammenarbeit mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen und der Carl-Oelemann-

Schule – Fortbildung für Ärzte/innen und medizinische Assistenz- und Pflegeberufe anzubieten. Speziell für Lehrer und Schüler wurden die Möglichkeiten der Sucht- und Gewaltprävention, aber auch der Überlastungs- und „Burnout“-Prophylaxe aufgezeigt. Besonders interessierte Schülerinnen und Schüler die Video-Präsentation „Rauchen macht krank, Rauchen ist tödlich“. Darüber hinaus konnten sich Schulabsolventen über Ausbildungsgänge und Karrierechancen in Medizinberufen im Rahmen einer Ausbildungsbörse informieren, eine Einrichtung, der man zukünftig wesentlich mehr Raum und Zeit einräumen sollte. Auf der Praxis- und Weiterbildungsbörse wurden frei werdende Arztpraxen angeboten, niederlassungswillige Ärzte/innen aber zeigten wenig Interesse. Anregungen über gesunde Ernährung konnten man sich nicht nur auf einem großen Markt mit Bio-Artikeln im Foyer der Stadthalle holen, vielmehr demonstrierte HR-Chefkoch Meikel Petrana in einem großen Koch-Studio auf der Bühne des Blauen Saales, wie man aus frischem Gemüse und (Geflügel-)Fleisch leckere und gut bekömmliche Gerichte einfach zubereiten kann; gerne ließ er sich dabei von jungen Kochinteressierten assistieren. Den abschließenden Kochwettbewerb Schüler gegen Landfrauen konnten die erfahrenen

Landfrauen denkbar knapp für sich entscheiden.

Während die DMP-Seminare der LÄKH und der KV-Hessen recht gut besucht waren, war die Resonanz auf EKG-Grundkurs (einschließlich Defibrillator-Anwendung), Akupunktur-Schnupperkurs, Einführungskurse „e-Learning“ und Wundmanagement erstaunlich gering; ob es wohl am strahlenden Sonnenschein gelegen hat, der Kolleginnen und Kollegen lieber in den Frühling als in Fortbildungsseminare gelockt hat? Hier wird man sich Gedanken machen müssen, ob und welche Themen Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis wirklich interessieren.

Im Gegensatz zu den Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte fand der „Intensivpflege-tag“ für medizinische Pflege- und Assistenzberufe, welcher vom Bildungsinstitut des Klinikum Kassel in Zusammenarbeit mit dem Bibliomed-Verlag organisiert worden war, außergewöhnlichen Zuspruch: mehr als 150 Teilnehmer/innen blieben trotz des schönen Frühlingwetters bis zum Ende am Nachmittag. Auch die Video-Demonstrationen moderner „Schlüsselloch-Operationen und -Interventionen“ vom Herzkatheterismus über Rectum-Resektion bis zur blutungsarmen Prostata-Resektion stießen auf großes Interesse.

Die Kasseler Gesundheitstage sind nun eine wichtige Gesundheits-Veranstaltung, die weit über den Raum Kassel hinaus ihre Bedeutung hat und zukünftig auch in die Nachbarregionen ausstrahlen wird. Die 9. Kasseler Gesundheitstage werden am 2. und 3. März 2012 stattfinden.

Anschrift des Verfassers

Professor Dr. med. Hansjörg Melchior,
Kassel
(Anschrift ist der Redaktion bekannt)
E-Mail: hansjoerg.melchior@web.de

Gemeinsame Liebe zur Musik

EMSOC 2011 vom 29. Juli bis 8. August zu Gast in Gießen/Konzerte in Gießen und Frankfurt

„You love music? You're in medicine?“ Mit diesen Fragen wirbt das European Medical Students` Orchestra & Choir (EMSOC) auf Plakaten für „EMSOC 2011“: Vom 29. Juli bis zum 8. August 2011 sind rund 90 Medizinstudenten, aber auch Studierende anderer Fächer, aus ganz Europa in Gießen zu Gast. Zehn Tage lang werden sie dort gemeinsam musizieren, sich austauschen, neue Freundschaften schließen und das Gastgeberland näher kennen lernen. Unter der Leitung des Gießener Universitätsmusikdirektors Stefan Eberbach wird ein anspruchsvolles Programm einstudiert: Gustav Mahlers 10. Sinfonie und das Deutsche Requiem von Johannes Brahms. Höhepunkt des Treffens sind die beiden Abschlusskonzerte am 6. August in der Frankfurter Heiliggeistkirche und am 7. August im Stadttheater Gießen, jeweils 20 Uhr. Mit den Erlösen der Konzerte soll ein Musiktherapiezimmer in dem neu erbauten Kinderhospiz Mitteldeutschland finanziert werden.

„Es ist eine ganz besondere Verbindung, die durch die gemeinsame Liebe zur Musik entsteht“, unterstreicht Alexander Inder-



*Organisationsteam von EMSOC 2011
(von links nach rechts: Julia Dittmer,
Sarah Hübner, Falk Schumacher, Hannah Kreutzer,
Alexander Indermark, Stefan Altmann,
Johanna Dießel), April 2011*

mark, einer der Organisatoren der diesjährigen Veranstaltung, Chormitglied und „Senior“-Partner des Projekts. Seit dem Ende der 90er Jahre hat er schon an Begegnungen u.a. in Spanien, Italien, Lettland, Slowenien und Großbritannien teilgenommen – zunächst als Medizinstudent, später dann als fertiger HNO-Arzt. Orchester und Chor der „European Medical Students“ waren unabhängig voneinander in den Jahren 1994 und 1996 gegründet worden. Nach Jahren eigenständiger Auftritte in Städten wie Barcelona, Budapest, Heidelberg und Riga musizierten Chor und Orchester im Jahr 2009 erstmals zu-

sammen in der Slowenischen Philharmonie in Ljubljana. Damit war das einzigartige Ensemble „EMSOC“ geboren und wird seither als gemeinsames Projekt von Studenten aus 19 Ländern weitergeführt.

Dass die Wahl des Veranstaltungsortes in diesem Jahr auf Gießen fiel, ist der Initiative Gießener Studenten zu verdanken. Einer von ihnen ist Stefan Altmann, Cellospieler, wie Indermark Mitorganisator von „EMSOC 2011“ und als Student des Bauingenieurwesens nach eigenen Worten der „Exot“ des Projekts. Eine absolute Ausnahmeerscheinung ist er dennoch nicht, denn das von Medizinstudenten gegründete „EMSOC“ ist, wie Altmann und Indermark betonen, für Studenten aller Fachrichtungen und andere Interessierte offen.

Zusammen wohnen, essen und proben: Die Teilnehmer von „EMSOC 2011“ werden in einer Gießener Jugendherberge untergebracht und studieren die Musikstücke in Räumen der Universität ein. Bei Planung und Durchführung des Projekts ist das siebenköpfige Gießener Organisationsteam (neben Altmann und Indermark vier Studentinnen der Humanmedizin und eine Studentin der Veterinärmedizin) auf Sponsoren angewiesen und hat einen Verein gegründet, um Spendenquittungen ausstellen zu können. Unterstützt wird „EMSOC 2011“ von der Justus-Liebig-Universität Gießen, der Stadt Gießen und dem Stadttheater Gießen. Die Schirmherrschaft für das Projekt hat Professor Joybrato Mukherjee, Präsident der Justus-Liebig-Universität, übernommen. Für die Konzerte im Stadttheater Gießen und in der Frankfurter Heiliggeistkirche muss keine Miete gezahlt werden. Doch für Unterkunft, Verpflegung etc. entfällt auf jeden Teilnehmer der zehntägigen Veran-



EMSOC-Konzert in der Philharmonie von Ljubljana, August 2009

staltung eine Gebühr von 295 Euro. „Vor allem für Studenten aus osteuropäischen Ländern, die u.a. für ihre Anreise keine Billigflieger nutzen können, eine hohe Summe“, wissen Altmann und Indermark: „Wir freuen uns daher über Spenden oder über Patenschaften für Teilnehmer.“

Auch sind noch Mitwirkende willkommen: Gesucht werden Männer- und Altstimmen für den Chor, sowie eine Trompete, Oboen, Bratschenunterstützung, Kontrabässe und eine Harfe für das Orchester.

Katja Möhrle

Informationen, Programm und Spendenkonto unter www.emsocio.org

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte per Mail an Alexander.Indermark@emsocio.org

„Süße Lügen“

Edo Zanki und die Söhne Mannheims besangen die „Süßen Lügen“ von Liebenden. „Sie flüstert all die Dinge, die er so gerne hört ...“. „Ganz gleich was morgen ist, ganz gleich ob du mich mal vergisst, es tut viel zu gut, um falsch zu sein ... komm' lüg bitte weiter!“

Die Lüge und das falsche Lächeln gehören mittlerweile zu unserem Alltag. Unseren Mitarbeitern bringen wir bei, am Telefon zu lächeln. Wir wissen Bescheid! Lächeln vermittelt Nähe, Authentizität und Interesse für unseren Gesprächspartner, selbst am Telefon. So haben wir uns mittlerweile daran gewöhnt, dass die Verkäuferin und die Bedienung im Restaurant uns anlächeln.

Natürlich wissen wir, dass dieses Lächeln „professionell“ geschult ist und bei Leibe nicht Ausdruck einer persönlichen Wertschätzung; es ist ein Willkommenssignal uns als konkreter Person gegenüber.

Beim Menschen ist das Lächeln in allen Kulturen, in allen Erdteilen ein Zeichen der guten Laune und des Willkommens. Es ist die mimische Signalgebung des Friedens und der Entspannung. Verstört und verärgert sind wir bei Zynismen oder dem verächtlichen Lachen.

Höflichkeit, Liebe zur Wahrheit und ehrliches Lachen sind jedoch nicht immer möglich. Die „kommerzielle Nutzung“ des

Lächelns ist nicht ganz neu, neu ist höchstens die systematische Schulung von Personal im Kundenverkehr, im Urlaub, in der Boutique oder im Kaufhaus.

David Foster Wallace schrieb in seinem Buch „Schrecklich Amüsant – aber in Zukunft ohne mich“: „Verzweiflung kann einen auch bei einem ... Alltagsphänomen überkommen, nämlich bei dem so genannten professional smile, dem mittlerweile pandemischen Servicelächeln im Dienstleistungssektor ... Alle knipsen bei meinem Anblick ihr professional smile an ... in Banken, Restaurants, am Schalter der Fluggesellschaft usw.. Jeder kennt dieses Lächeln, es gleicht einer Art Verspannung der unteren Gesichtsmuskulatur bei gleichzeitiger unzureichender Beteiligung der Augenpartie und bedeutet nichts weiter als den Versuch, durch Sympathiekundgebung die eigenen Interessen zu fördern“. Und weiter David Foster Wallace: „Gleichwohl birgt inzwischen auch die Abwesenheit des professional smile nichts als Verzweiflung.“

Wir wissen, bei der Bedienung in einem Kiosk, im Restaurant, oder wo auch immer, führt das Fehlen des professionellen Lächelns zu dem als potentiell vernichtend empfundenen Gefühl des Nichtwillkommens. Es erniedrigt und erbittert. David Foster

Wallace meinte, „das professional smile hat inzwischen meine Abneigung gegen unfreundliche Blicke verändert: Beim Verlassen eines Tabakladens in Manhattan ärgere ich mich weniger über den miesen Charakter des Kassenmenschen oder seine Unfreundlichkeit als über seine fehlende Professionalität.“

Wir stecken in der Falle. Uns ist bewusst, dass das Lächeln professionell, kommerziell und berechnend ist. Der Chef der Firma richtete seine Mitarbeiter darauf aus, mittels des netten Lächelns ihre jeweiligen Interessen durchzusetzen, im Zweifelsfalle uns als Kunden zu gewinnen, zu halten, ihre Umsätze zu erhöhen.

Wir alle sind vermutlich nicht völlig frei von solchen Überlegungen in unseren eigenen Betätigungsfeldern, seien sie kommerzieller oder nicht-kommerzieller Art. Aber ohne Lächeln? Das geht auch nicht und so können wir nur mit Zanki sagen: ihr süßen Lügen, ich weiß um euch, aber ich will euch weiter hören; bitte lächelt weiter, bitte verführt mich weiter, bitte lasst mich weiter interessant, willkommen und attraktiv bleiben, ich gebe euch dafür mein Geld, meine Zuneigung, ich gebe selbst meinen Widerstand auf! Aber bitte, bitte, lügt weiter, lächelt mich bloß weiter an.

Dr. med. Siegmund Drexler

Entwicklungen im Arztrecht 2009/2010

Eine Rechtsprechungsübersicht für den Zeitraum Januar 2009 bis Juni 2010

Thomas K. Heinz

I. Berufsrecht

Im Berichtszeitraum ist eine deutliche Zunahme berufsrechtlicher Urteile festzustellen. So hat das OVG Lüneburg (MedR 2009, 483) entschieden, dass im Rahmen des Widerrufs ärztlicher Approbation wegen Unwürdigkeit die Approbationsbehörde grundsätzlich von der Richtigkeit tatsächlicher Feststellungen in einem rechtskräftigen Strafurteil ausgehen darf. Zudem kann die Behörde bei der Entscheidung über die Rechte eines Bewerbers als Arzt auch strafrechtliche Verurteilungen berücksichtigen, die zwar nicht mehr in ein Führungszeugnis aufgenommen, aber weiterhin im Bundeszentralregister enthalten sind (OVG Lüneburg, NJW 2010, 1768). Auch ist der Widerruf der Approbation wegen Unwürdigkeit nach einer Verurteilung wegen mehrfach vorsätzlicher Körperverletzung rechtens (VG Mannheim, NJW 2010, 692). Gegenstand dieser Entscheidung waren zahlreiche Fälle vorsätzlicher Körperverletzungen, die dadurch begangen wurden, dass zum Zwecke der Abrechnung gegenüber den Krankenkassen Impfungen durchgeführt wurden, die nicht medizinisch indiziert bzw. über die die Patienten nicht sachgerecht aufgeklärt wurden. Auch der strafbare Versuch eines Schwangerschaftsabbruches im Privatbereich des Arztes führte zu einem Widerruf der Approbation (VG Gelsenkirchen, BeckRS 2009, 41435). Als unwürdig mit der Folge des Approbationswiderrufes wurde auch eine Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe wegen sogenannter „Kick-Back-Zahlungen“ erachtet (OVG Münster, MedR 2009, 751). Zwar führt nicht jedes Steuervergehen zu Annahmen der Unwürdigkeit; hat ein Arzt indes mehr als zehn Jahre vorsätzlich fehlerhafte Einkommenssteuerklärungen im Zusammenhang mit seiner

Praxis abgegeben, kann dies seine Unwürdigkeit zur Ausübung des Arztberufes begründen (OVG Lüneburg, GesR 2010, 101). Als berufswidrig wurde ebenfalls angesehen, wenn ein hoch verschuldeter Arzt über mehrere Jahre ohne Berufshaftpflichtversicherung seine Praxis betreibt (Bezirksberufsgericht für Ärzte in Stuttgart, MedR 2009, 693).

II. Ärztliche Werbung

Im Hinblick auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist eine weitere Liberalisierung der Werbemöglichkeiten festzustellen. So ist die Werbung einer Zahnarztpraxis mit dem Qualitätssiegel „McDent“ noch als rechtmäßig erachtet worden (BVerwG, NJW 2010, 547). Es ist auch zulässig, wenn ein Arzt in einem Supermarkt auf seine Praxis aufmerksam macht, sofern dies nicht allzu marktschreierisch geschieht (VG Minden, GesR 2009, 301). Zulässig ist weiter die Bezeichnung „Hausarztzentrum“, durch die die Gemeinschaftspraxis zweier Hausärzte beworben wird (OVG Münster, ArztR 2009, 165). Rechtskonform handelt weiter ein Arzt, der in seinen Praxisräumen eine gewerbliche Ernährungsberatung durchführt, sofern er diese Tätigkeit von seiner freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit in zeitlicher, organisatorischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht getrennt hält (Landesberufsgericht für Heilberufe beim OVG Münster, GesR 2009, 555). Allein der Wunsch des Patienten, sämtliche Leistungen aus einer Hand zu erhalten, reicht hingegen nicht aus, um eine Verweisung durch einen Augenarzt an einen bestimmten Optiker sowie eine Abgabe und Anpassung der Brille durch den betreffenden Augenarzt zu rechtfertigen (BGH NJW 2009, 3582). Sofern allerdings für gehbe-

hinderte Patienten Wege vermieden werden sollen, oder sofern in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen mit ortsansässigen Hilfsmittellieferanten gemacht wurden, soll die Koppelung von ärztlicher und gewerblicher Tätigkeit möglich sein (BGH, ebenda). Empfindlich reagiert die Rechtsprechung nach wie vor auf irreführende, weil nicht existente Bezeichnungen, wie z.B. „Praxis für Zahnheilkunde und Implantologie“ oder „Zahnärzte für Kieferorthopädie“ (OLG Karlsruhe, GesR 2010, 334).

III. Arzthaftung

1. Behandlungsfehler

In mehreren Entscheidungen wird die Rechtsprechung bestätigt, wonach Diagnosefehler, die auf einer Fehlinterpretation erhobener Befunde zurückzuführen sind, nur zurückhaltend als Behandlungsfehler zu werten sind, mit der Begründung, dass Irrtümer bei der Diagnosestellung sich nicht zwingend auf ein pflichtwidriges Verhalten des behandelnden Arztes zurückführen lassen, weil die Symptome einer Erkrankung nicht immer eindeutig sind, sondern auf unterschiedliche Ursachen hinweisen können. Ein Fehler liegt mithin erst dann vor, wenn die diagnostische Bewertung für einen gewissenhaften Arzt nicht mehr vertretbar erscheint. Im Übrigen konkretisiert die Rechtsprechung die Behandlungsfehlerhaftung im Wesentlichen anhand medizinischer Einzelfragen. So stellt das OLG Frankfurt (GesR 2009, 575) klar, dass bei der Verwendung einer subkutanen Schmerzmittelpumpe diese fachgerecht nachgefüllt werden muss. Auch die Überdosierung von Medikamenten stellt einen Behandlungsfehler dar (OLG Frankfurt, NJW-RR 2009, 1103); ebenso wie die Nicht-Desinfektion vor einer Injektion (OLG Naumburg, GesR 2010,

73). Das Nichtverschieben einer angesetzten Operation trotz der Einnahme von Aspirin wird nicht als Behandlungsfehler gesehen (OLG Zweibrücken, GesR 2009, 405).

2. Aufklärungsfehler

Gerichtsurteile zu Aufklärungsfehlern haben im Berichtszeitraum deutlich zugenommen. Oftmals ist es für den Arzt nicht verifizierbar, ob der Patient die Aufklärung auch verstanden hat. So hat das OLG Frankfurt (GesR 2009, 529) entschieden, dass einem Arzt im Praktikum, zumal einer anderen Fachrichtung, nicht ohne Weiteres unterstellt werden kann, er habe die notwendigen Kenntnisse und sei daher nicht aufklärungsbedürftig. Auch einigermaßen medizinisch versierte Patienten bedürfen daher der Aufklärung. Dies gilt allerdings nicht für die Risikoaufklärung bezüglich eines Lagerungsschadens bei einem im operativen Fach langjährig berufserfahrenen Arzt (OLG Koblenz, GesR 2010, 70). Derselbe Senat (ArztR 2009, 105) verneint die Haftung wegen unzureichender Aufklärung, weil der Patient bestätigt hatte, den Aufklärungsbogen gelesen und verstanden zu haben. Bei ausländischen Patienten hat der Arzt darzulegen und zu beweisen, dass der Patient der Aufklärung sprachlich folgen konnte (KG, ZMGR 2009, 109), was am Besten vorab durch entsprechendes Nachfragen beim Patienten im Beisein von Mitarbeitern geschieht.

Eine Anzahl von Entscheidungen befasst sich mit der Person des Aufklärenden und des Operateurs. Sofern einem Patienten – auch einem gesetzlich Versicherten – vor der Operation ein bestimmter Operateur in Aussicht gestellt wird, beschränkt sich seine Einwilligung in den Eingriff auf das Tätigwerden dieser Person. Sofern der „zugesagte“ Operateur den Eingriff nicht vornimmt, haftet der Klinikträger wegen

eigenmächtiger und rechtswidriger Heilbehandlung (OLG Köln, MedR 2009, 478). Wird eine Patientin durch Täuschung über die Qualifikation des Operateurs zu einer nicht indizierten Schönheitsoperation veranlasst, begründet dies ebenfalls die Haftung (OLG Nürnberg, VersR 2009, 786).

Fortgesetzt wird die Rechtsprechung, wonach es Aufgabe des den Eingriff durchführenden Arztes ist, sich einer wirksamen Einwilligung seines Patienten zu versichern (OLG Frankfurt, MedR 2009, 532). Daher hat sich ein Operateur zu vergewissern, dass die von einem anderen Arzt durchgeführte Aufklärung des Patienten ausreichend und korrekt ist, sei es im Gespräch mit dem Patienten zuvor, sei es durch Einblick in die Krankenakte oder nach Rücksprache mit den Kollegen, die aufgeklärt haben. Dies gilt natürlich nicht, wenn der Patient über ausreichende eigene Kenntnisse verfügt und daher nicht aufklärungsbedürftig ist (OLG Köln, NJW-RR 2009, 960; OLG Koblenz, GesR 2010, 70).

Im Hinblick auf die Vielzahl der ergangenen Entscheidungen im Zusammenhang mit den verschiedenen Aufklärungsarten nur einige grundsätzliche Ausführungen: So sind die Anforderungen an die Risikoaufklärung bei diagnostischen Eingriffen ohne therapeutischen Eigenwert grundsätzlich strenger (BGH, NJW 2009, 1209). Es ist weiter aufzuklären, dass keine Standardmethoden angewendet werden, sondern Neuland betreten wird (OLG Brandenburg, MDR 2009, 568). Über das Risiko eines Misserfolges des beabsichtigten Eingriffs muss nicht unter Angabe konkreter Prozentzahlen aufgeklärt werden, es sei denn, der Patient fragt nach (OLG Naumburg, NJW 2010, 1758). In der Rechtsprechung nun uneinheitlich bewertet wird die Frage, ob im Falle einer Zahnextraktion über das Risiko einer Nervläsion auf zu-

klären ist (dafür: OLG Koblenz, VersR 2005, 1118; dagegen: OLG Köln, VersR 2009, 834). Selbstverständlich ist es pflichtwidrig, wenn der Patient über das Risiko einer Nichtbehandlung unzureichend aufgeklärt wird (BGH, MedR 2010, 101). – Im Fall des BGH ging es nach einer Gehirntumoroperation darum, dass der Patient, der eine erneute stationäre Aufnahme trotz schlechten Zustands abgelehnt hatte, nicht deutlich genug über das Risiko eines Schlaganfalls wegen Dehydration aufgeklärt worden war.

3. Haftung für Dritte und Verkehrssicherungspflichten

Im besprochenen Zeitraum beschäftigt sich eine Anzahl von Entscheidungen wieder einmal mit dem „Gitterthema“. So hat das OLG Koblenz (VersR 2009, 365) entschieden, dass unruhig schlafende Patienten im Rahmen des Möglichen und Zumutbaren vor der Gefahr zu schützen sind, sich bei einem Sturz aus dem Bett zu verletzen, wobei das Anbringen von Gittern nur unter besonderen Umständen angezeigt ist (im Ergebnis ebenso OLG Naumburg, Ur. v. 17. Dezember 2009 – 1 U 41/09 –). Des Weiteren ist sicherzustellen, dass Patienten in geriatrischen Abteilungen einer Reha-Klinik beim Verlassen des Bettes nicht nur deshalb stürzen, weil es an ordnungsgemäßem medizinischem bzw. pflegerischem Verhalten fehlt (OLG Oldenburg, VersR 2009, 1120). Andererseits müssen die im Behandlungszimmer wartenden Patienten, die sich stets an Anweisungen des Personals gehalten haben, nicht ohne Weiteres überwacht werden (OLG Naumburg, ArztR 2009, 308). Es ist auch nicht erforderlich, auf dem Klinikgelände ein 50 bis 60 cm tiefes Wasserbecken, das von einer 18 cm hohen Einfassung umrahmt und leicht zu sehen ist, abzusichern (OLG Koblenz, MDR 2009, 1277).

Ein seit Jahren diskutiertes Thema ist der Einsatz dritter Personen, insbesondere wenn es sich hierbei um nichtärztliches Personal handelt. Nach einem Urteil des OLG Dresden (MDR 2009, 410) können nach entsprechender Aufklärung intravenöse Injektionen auf medizinisch-technische Assistenten delegiert werden, sofern es sich um erfahrene und fachgerecht ausgebildete Kräfte handelt und wenn für eine regelmäßige Kontrolle und Überwachung durch Ärzte Sorge getragen wird.

IV. Prozessuales

Im Berichtszeitraum bestimmt das Beweisrecht den gerichtlichen Schwerpunkt. Die Zulässigkeit des Selbständigen Beweisverfahrens im Arzthaftungsrechtsstreit dürfte zwischenzeitlich als unbestritten gelten. Diese Verfahrensart ist allerdings nur zulässig, wenn der Antragsteller unter Benennung gewisser Anhaltspunkte die Behauptung eines ärztlichen Behandlungsfehlers aufstellt. Die schlichte Fragestellung im klägerischen Vortrag „ob ein Behandlungsfehler vorliegt“, ist als sogenannter Ausforschungsbeweis unzulässig (OLG Oldenburg, VersR 2009, 805; OLG Köln, VersR 2009, 1515). Ausreichend ist hingegen der Vortrag, ob beispielsweise „eine eingesetzte Hüftgelenkprothese hinreichend an die körperlichen Besonderheiten des Patienten angepasst wurde.“

Im Rahmen der medizinischen Sachverhaltsaufklärung holen die Gerichte regelmäßig Sachverständigengutachten ein. Unklarheiten, Zweifel oder Widersprüche müssen von Amts wegen soweit als möglich aufgeklärt werden. Daher hat sich das Gericht auch mit einem von einer Partei vorgelegten Privatgutachten auseinandersetzen, wenn sich daraus ein Widerspruch zum gerichtlich eingeholten Gutachten ergibt (BGH, VersR 2009, 1406).

Allerdings ist die Behandlerseite im Rahmen ihres Prozessvortrages nicht gehalten, ein dem gerichtlichen Sachverständigengutachten entgegen stehendes Privatgutachten in das Verfahren einzuführen, weil das Gericht von sich aus Zweifel und Unklarheiten in den Ausführungen des Gerichtsgutachtens zu klären hat und zwar auch zugunsten der Behandlerseite (BGH, VersR 2009, 499). Gegebenenfalls sind mehrere, weitere Gutachten verschiedener Fachrichtungen einzuholen (BGH, NJW-RR 2009, 409). Im Übrigen darf, wenn seitens des Arztes das Vorbringen des Patienten substantiiert bestritten wird, das Gericht eine Verurteilung nicht allein auf ein als Parteigutachten vorgelegtes Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen stützen (OLG Frankfurt, GesR 2009, 196).

Im Rahmen der Beweislastumkehr hat der BGH (NJW-RR 2010, 833) wiederholt entschieden, dass das Unterlassen der gebotenen Therapie im Falle der Nichterhebung medizinisch gebotener Befunde, nicht Voraussetzung eines groben Behandlungsfehlers mit der Folge der Beweislastumkehr zugunsten des Patienten ist. Das OLG Naumburg (VersR 2010, 216) unterstreicht, dass das Unterlassen einer Desinfektion vor einer Injektion als grober Behandlungsfehler zu sehen ist, auch bei einem notärztlichen Einsatz im häuslichen Umfeld. Im Übrigen können grobe Behandlungsfehler mit der Folge der Beweislastumkehr auch von Hebammen begangen werden, was deren Haftung deutlich verschärft (OLG Koblenz, VersR 2010, 365).

4. Schmerzensgeldpauschalen

Spürbare Veränderungen im Rahmen der Schmerzensgeldpauschale lassen sich im Berichtszeitraum nicht feststellen. Die zugesprochenen Höchstpauschalen lie-

gen, wie in den Vorjahren, zwischen Euro 500.000,00 (OLG Celle, VersR 2009, 500; OLG Stuttgart, MedR 2010, 114) und Euro 600.000,00 bei schwersten Geburtsschäden (OLG Jena, VersR 2009, 1676). Im Rahmen eines groben Behandlungsfehlers werden Euro 180.000,00 zuerkannt, da infolge einer verspäteten und fehlerhaften Bandscheibenoperation tiefgreifende Lähmungserscheinungen der unteren Körperteile mit Sexualstörungen und depressiven Verstimmungen einher gingen (OLG Jena, VersR 2009, 1676). Eine operationsbedingte dauerhafte Armlähmung wird mit einer Pauschale von Euro 65.000,00 zugunsten eines Neugeborenen abgegolten (LG Darmstadt, ArztR 2009, 329). Ein grober Behandlungsfehler bei einer 37-jährigen Patientin, der den Verlust der Gebärmutter, anhaltende psychische Beeinträchtigungen, Darmprobleme und Erschöpfungszustände nach sich zog, führt zu einem Schmerzensgeld in Höhe von Euro 40.000,00 (OLG München, GesR 2009, 324). Eine psychiatrische Fehldiagnose auf Verdacht von Kindesmisshandlung wird mit Schmerzensgeld von Euro 20.000,00 belegt, da die Kindeseltern kurzzeitig psychiatrisch untergebracht und ihnen die Kinder entzogen waren (LG München I, FamRZ 2009, 1629). Eine unterlassene Desinfektion vor einer notärztlichen Injektion wird als grober Behandlungsfehler gewertet und eine Pauschale von Euro 10.000,00 zugesprochen (OLG Naumburg, GesR 2010, 73).

Anschrift des Verfassers

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

I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

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 **9 P**

Inhalt: Grundlagen, Organisation, Wechselwirkung, Qualitätssicherung, Praktische Übungen, Indikationsstellung, Stand der Technik

Dienstag: Hautkrebsscreening **11 P**

Inhalt: Häufigkeit, Ätiologie, Anamnese, Krankheitsbilder, Praktische Übungen, Dokumentation

Mittwoch: Medizinische Rehabilitation 16-Std.-Kurs gem. neuer Reha-Richtlinie (§135 Abs.2 SGB V) **21 P**

oder
Notfallmanagement in der niedergelassenen Praxis – Mega-Code-Training **10 P**

Inhalt: BLS, Tipps & Tools, ACLS, ERC Guidelines, Praktische Übungen, Mega-Code im Praxisteam

Donnerstag: Intensivkurs / Hygiene in Arztpraxen **10 P**

Inhalt: Rechtliche Grundlagen, Händehygiene, Dienst- u. Schutzkleidung, Hygieneplan, Reinigungs- u. Desinfektionsmaßnahmen, Aufbereitung von Medizinprodukten

Freitag: EKG-Refresher-Kurs **10 P**

Inhalt: Grundlagen, P-Welle, QRS-Komplex, ST-Strecke, Infarkt-EKG, Herzrhythmusstörungen, Schrittmacher-EKG, mitgebrachte EKG-Kurven werden besprochen

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

Schnittstelle Medizin und Physiotherapie

In Zusammenarbeit mit dem Dt. Verband für Physiotherapeuten.

Samstag, 27. Aug. 2011

Leitung: Prof. Dr. med. A. Henneberg, Frankfurt a. M.

H.-Y. Massuger, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 80 (Akademiemitgl. € 72)

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

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

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

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

25. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

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

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

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

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

55 P

Leitung: PD Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt a. M.

PD Dr. med. S. Fichtlscherer, Frankfurt a. M.

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

Teilnahmebeitrag: € 550 (Akademiemitgl. € 495)

Tagungsort: Frankfurt a. M., Universitätsklinikum

Seminarraum der Pneumologie, Haus 15 B, 4. Stock

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

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

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de





Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

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

Das Gesundheitswesen und die Ausübung des ärztlichen Berufes in Deutschland

Seminar insbesondere für Ärzte, die in Deutschland eine ärztliche Tätigkeit beginnen.

Samstag, 17. Sep. 2011

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

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

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

E-Mail: veronika.wolffinger@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

Impfkurs – Fachgebiet Öffentliches Gesundheitswesen

Vorgesehene Themen: Mikrobiologisch-immunologische Impfbasics und kleine Impfstoffkunde; Rechtliche Grundlagen, allgemeine fachliche Regeln, STIKO-Empfehlungen; Schutzimpfungen im Kindes- und Jugendalter; Impfungen versch. Zielgruppen; Impfungen im Arbeitsleben (einschl. Unfallchirurgie); Impfungen im Reiseverkehr; Malariaprophylaxe; Kassenärztl. Abrechnung von Impfungen; Impffördernde Praxisorganisation; Vor- und Nachteile von Impfungen; Neue Entwicklungen; Impfklausur: Anonyme Erfolgskontrolle mit anschl. Besprechung der Ergebnisse und Abschlussdiskussion.

Die Teilnehmer werden gebeten, ihren Impfpass zwecks Überprüfung des eigenen Impfstatus mitzubringen. (Impfung auf eigene Verantwortung).

Samstag, 08. Oktober 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

Repetitorium Frauenheilkunde

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

Montag, 24. – Freitag, 28. Okt. 2011

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

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

Teilnahmebeitrag: € 495 (Akademiemitgl. € 445)

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

Tagungsort: Bad Nauheim, 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

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

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

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

Frauenheilkunde

MIC I – Kurs

Termin: auf Anfrage

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

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

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

E-Mail: melanie.turano@laekh.de





6. Wiesbadener Symposium zu entzündlichen Erkrankungen des ZNS

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

Neues zur Pathophysiologie und Therapie der Multiplen Skelorse
Mittwoch, 16. Nov. 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

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Samstag, 16. – Sonntag, 17. Juni 2012 **16 P**

Leitung: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: € 260 (Akademiemitgl. € 234)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
 Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,
 E-Mail: renate.hessler@laekh.de

II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Std.)

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

Freitag, 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, 07. Dez. 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

Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005
 Kurs B **09. Sep. – 10. Sep. 2011** **20 Std.** **20 P**

Weiterbildungsordnung ab 1999
 Block 17 Kurs B wird anerkannt
Teilnahmebeitrag: auf Anfrage
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. Weitowitz, Dr. med. D. Kobosil
Teilnahmebeitrag pro Kursteil: € 490 (Akademiemitgl. € 441)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,
 Fon: 06032 782-283, Fax: 069 97672-67283,
 E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Aktuelle Diabetologie

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

Mittwoch, 07. Sep. 2011, 15:30 – 20:00 Uhr **6 P**

Teil 5: Herz, Blutdruck und Gefäße
Leitung: Dr. med. M. Braun, Schlüchtern
Teil 6: Auge, Niere, Fuß
Leitung: C.-D. Möller, Frankfurt a. M.
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

Weiterer Termin 2011: Mittwoch, 30. Nov. 2011, Teile 1 u. 2 **6 P**





Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Modul III: **Freitag, 01. – Samstag, 02. Juli 2011** **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

Curriculum Organspende (insg. 40 Std.)

Kriseninterventionsseminar (8 Std.)

(Für Teilnehmer, die bereits den theoretischen Teil absolviert haben.)

Mittwoch 17. Aug. 2011

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Leitung: Dr. med. W. O. Bechstein, Ffm., Dr. med. U. Samuel, Mainz
Teilnahmebeitrag: € 330 (Akademiemitgl. € 297)
 excl. Getränke am Abend in Schloß Rauschholzhausen
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,
 Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,
 E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

Didaktik

Moderatorentaining **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

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

Mittwoch/Donnerstag, 07./08. Dez. 2011 **16 P**

Leitung: Prof. Dr. med. V. Kretschmer, Rostock
Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)
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

Prüfarzt in Klinischen Studien

Freitag, 15. – Samstag, 16. Juni 2012

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

Medizinische Rehabilitation

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

Termin: auf Anfrage

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

Teilnahmebeitrag: € 200 (Akademiemitgl. € 180)

Tagungsort: Bad Nauheim

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

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

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Notfallmedizinische Fortbildung

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD **27 P**

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

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

Teilnahmebeitrag: € 400 (Akademiemitgl. € 360)

Notfallmedizinisches Intensivtraining

in der niedergelassenen Praxis

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

Leitung: Dr. med. A. Dorsch, Haimhausen

Teilnahmebeitrag: € 240 (Akademiemitgl. € 216)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

WH-Seminar Leitender Notarzt

Samstag, 27. Aug. 2011

Leitung: G. John, Wiesbaden

Tagungsort: Wiesbaden

WH-Seminar Leitender Notarzt

Samstag, 01. Okt. 2011

Leitung: D. Kann, K.-H. Krütt, Kassel

Tagungsort: Kassel

Seminar Leitender Notarzt

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

Leitung: D. Kann, K.-H. Krütt, Kassel

Tagungsort: Kassel

Teilnahmebeitrag: € 740 (Akademiemitgl. € 666)

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, Postfach 1720, 35007 Marburg,

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





Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

17. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

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

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

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

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

Leitung: Prof. Dr. med. W. Schüffel, Marburg,
Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

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

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

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

Leitung: Dr. Nawid Peseschkian, Wiesbaden

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

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

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

Palliativmedizin

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

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

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 Vor-
aussetzungen 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 Perso-
nen 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





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: 07. Okt. 2011
Telelernphase: 08. 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 C 10./11. Sep. 2011 in Wiesbaden **20 P**
 Schmerzen bei vaskulären Erkrankungen; Schmerzen bei viszeralen Erkrankungen; Tumorschmerz; Schmerzen im Alter; Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen
Leitung: Prof. Dr. med. W. Jost, Wiesbaden
 Dr. med. U. Nickel, Bad Kreuznach
Block B 05./06. Nov. 2011 in Kassel **20 P**
 Neuropathische Schmerzen; Kopfschmerzen
Leitung: Prof. Dr. med. M. Tryba/Dr. med. M. Gehling, Kassel
Teilnahmebeitrag: pro Teil € 240 (Akademiemitgl. € 216)
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,
 Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,
 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Ultraschallkurse

Abdomen
Leitung: Dr. med. J. Böhnhof, Prof. Dr. med. C. Dietrich,
 Dr. med. H. Sattler, Dr. med. W. Stelzel
Abschlusskurs **29 P**
Samstag, 05. Nov. 2011 (Theorie)
 + 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.), € 250 (Akademiemitgl. € 225)
Gefäße
Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Dr. med. J. Böhnhof
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

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1)

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

Termin: Freitag, 25.11.2011, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)

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

Termin: Samstag, 26.11.2011, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Beschwerde- und Konfliktmanagement (PAT 4)

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

Termin Kassel: Mittwoch, 21.09.2011, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Std.)

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 5)

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

Termin: Stufe 1: Samstag, 05.11.2011, 10:00 – 16:30 Uhr

Stufe 2: Samstag, 12.11.2011, 09:30 – 17:30 Uhr (16 Std.)

Teilnahmegebühr: € 185

Privatliquidation – Grundlagen und Übungen am PC (PAT 6)

Inhalte: Die Veranstaltung richtet sich an Mitarbeiter/innen in der niedergelassenen Arztpraxis, die sich das notwendige Grundwissen zur korrekten Honorarabrechnung aneignen wollen oder bereits vorhandene Kenntnisse vertiefen/auffrischen wollen.

Termin: Interessentenliste, samstags 09:00 – 17:00 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 Praxisteam durch stressfreies, patientenorientiertes Telefonieren.

Termin: Samstag, 13.08.2011, 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 (=Telelernphase).

Patientenbetreuung / Praxisorganisation

Termin Präsenzphase: Samstag, 19.11.2011 und
Samstag 10.12.2011

Termin Telelernphase: 20.11. bis 17.12.2011

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, 17.08.2011, 14:30 – 18:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 70

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Schwerpunkt Medizin

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

Aktualisierungskurs nach § 18a RöV (MED 2)

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

Termin: Freitag, 26.08.2011 bis Samstag, 27.08.2011 (16 Std.)

Teilnahmegebühr: € 245

Herz und Lunge (MED 3)

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

Termin: Interessentenliste, samstags 8 Stunden

Teilnahmegebühr: € 95

Notfallmanagement in der Arztpraxis (MED 6)

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

Termin: Mittwoch, 07.09.2011, 09:30 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Notfallmanagement (MED 7)

(20 Stunden)

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

Termin: Interessentenliste

Teilnahmegebühr: € 255

Impfungen (MED 10)

Inhalte: Impfkalender der STIKO/Indikationsimpfung, Impfmüdigkeit, Kontraindikationen, Impfkomplicationen, Impfschäden, Impfmanagement, Praktische Übungen

Termin: Mittwoch, 23.11.2011, 09:00 bis 16:15 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95





Schwerpunkt Medizin

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 Praxisassistenz“.

Termin: Interessentenliste, 8 Stunden

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

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: 25.08. – 27.08.2011 und 15.09. – 17.09.2011 (6 Tage)

Teilnahmegebühr: € 550

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

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, 10.08.2011, 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, 10.08.2011, 14:30 – 16:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 70

Wundmanagement (AVÄ 4)

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

Termin: Donnerstag, 11.08.2011, 10:30 – 17:45 Uhr und

Freitag, 12.08.2011, 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, 12.08.2011, 12:45 Uhr – 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

Ambulante Versorgung älterer Menschen

Termin: Samstag 13.08.2011, 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 ernährungstherapeutische 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

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, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, 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



Sicherer Verordnen

Kalziumantagonisten und Knöchelödeme

Zu den unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) von Kalziumantagonisten zählen Knöchelödeme, die auf eine diuretische Therapie nicht ansprechen und Grund für einen Therapieabbruch sein können. Nach einer Metaanalyse treten diese Ödeme bei einer Kombinationstherapie mit einem ACE-Hemmer, einem Sartan und eventuell auch mit Aliskiren (Rasilez®) signifikant seltener auf.

Nachdem genügend antihypertensiv wirkende Medikamente mit unterschiedlichem Wirkmechanismus verfügbar sind, sollten auftretende Knöchelödeme nicht primär Grund sein für eine zusätzliche Therapie mit einem Blocker des Renin-Angiotensin-Systems. Vor einer Behandlung einer aufgetretenen UAW eines Arzneistoffes mit einem weiteren Arzneistoff (mit eventuellen neuen UAW) sollte immer erst an eine Möglichkeit des Absetzens des betroffenen Arzneistoffes gedacht werden.

Quelle: *Am.J.Med.* 2011; 124: 128-35

Topisch appliziertes Tacrolimus – multiple aktinische Keratosen

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) berichtet über einen Patienten mit atopischem Ekzem (Neurodermitis) seit seiner Kindheit, bei dem nach langjähriger Therapie mit einer Tacrolimus-haltigen Salbe (Protopic®) multiple aktinische Keratosen auftraten. Nachdem diese Keratosen als Carcinoma in situ gelten (mit späterem Übergang in ein invasives spinözelluläres Karzinom), wurde die Behandlung mit Protopic abgebrochen, eine Fettcreme sowie eine Imiquod-haltige Creme (Aldara®) verordnet.

Die AkdÄ empfiehlt wegen möglicher Risiken wie Lymphome und Hautkrebs Erkrankungen eine Anwendung von Tacrolimus (und auch Pimecrolimus, Elidel®) nur als Zweitlinientherapie, keine Anwendung bei Immunsupprimierten und bei Kindern unter zwei Jahren, keine Sonnenlichtexposition der Haut sowie regelmäßige Untersuchungen auf suspekte Hautveränderungen.

Eine französische Empfehlung war weitreichender: Protopic-Salbe sei aufgrund ihres negativen Nutzen-Schadens-Profiles zur Vorbeugung bei atopischen Hauterkrankungen nicht geeignet. Die Klage des Herstellers wurde vom Landgericht Paris vor kurzem abgewiesen.

Quellen: *AkdÄ Drug Safety Mail* 2011-147; *Pharma-Brief* 2011, Nr. 2-3, S. 8

Pregabalin – Abhängigkeitspotential

Die AkdÄ verweist am Beispiel von Fallberichten auf ein mögliches Abhängigkeitspotential von Pregabalin (Lyrica®). Tagesdosen von 3.000-7.500 mg lassen auf eine Abhängigkeit schließen, die pharmakologisch nachvollziehbar ist (GABA-erger Arzneistoff wie z.B. Benzodiazepine, Barbiturate). Die AkdÄ empfiehlt beim Einsatz in den zugelassenen Indikationen (neuropathische Schmerzen, partielle Anfälle und generalisierte Angststörungen) die Patienten auf die Gefahr einer Abhängigkeit hinzuweisen. Insbesondere bei Suchterkrankungen in der Vorgeschichte sollte auf Zeichen einer Abhängigkeitsentwicklung geachtet werden.

Quelle: *Dt. Ärztebl.* 2011; 108 (4): C 143

Resistenzen gegen Antibiotika

Anlässlich des Weltgesundheitsstages der WHO 2011 wurde auf zunehmende Resistenzen gegen Antibiotikatherapien hingewiesen. Gründe seien neben Patienten, die wegen der Verbesserung der Symptome vorzeitig eigenmächtig eine Therapie abbrechen, auch mangelnde Hygienestandards in Krankenhäusern. In einer Fernsehserie wurden auch Ärzte beschuldigt, Antibiotika unsachgemäß zu verordnen. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) stellte demgegenüber einen leichten Rückgang der Verordnungen von Antibiotika seit 2007 fest. Nach Zahlen des Arzneiverordnungsreportes stiegen jedoch insgesamt in den Jahren 2008 und 2009 die Verordnungen. Zusätzlich verweist das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) auf Antibiotikaresistenzen in der Lebensmittelkette, z.B.

Resistenzen gegen Fluorochinolone bei Salmonellen im Hühnerfleisch.

Auch wenn Deutschland bei Antibiotikaverordnungen im europäischen Vergleich im unteren Drittel liegt, sollten wir uns an den Nationen orientieren, die mit weniger Verordnungen auskommen (wie z.B. Holland, Schweiz).

Bei jeder Verordnung dieser therapeutisch so überzeugenden Arzneistoffe sollte daher die Indikationsstellung streng überprüft, alternative Verordnungen z.B. bei Kindern erwogen (Stichwort: Bedarfsrezept für die Eltern) und bei den Patienten auf die notwendige Einnahmedauer hingewiesen werden. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) bietet in seiner Online-Bibliothek Hintergrundinformationen zu Resistenzentwicklungen an.

Quellen: www.aerzteblatt.de/nachrichten/45348, *Dtsch. Med. Wschr.* 2010; 135:1791

Therapie der Hypertonie in der Schwangerschaft

Nach neuen Empfehlungen sollte eine antihypertensive Behandlung in der Schwangerschaft erst ab Blutdruckwerten >150-155 mmHg systolisch und >100 mmHg diastolisch durchgeführt werden. Bei mittelschwerer und schwerer Hypertonie mit und ohne Proteinurie gelten Labetalol (in D nicht mehr im Handel), α -Methyldopa (Presinol®, Generika), Metoprolol (Beloc®, Generika) und retardiertes Nifedipin (Adalat®, Generika) als Mittel der Wahl. Bei bedrohlich hohen Blutdruckwerten wird nicht-retardiertes Nifedipin oral empfohlen, bei erforderlicher i.v. Therapie Urapidil (Ebrantil®, Generika).

Quelle: *Arzneimittelbrief* 2011; 45: 6

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:

Rheinisches Ärzteblatt 5/2011

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

Machen Sie doch mal Individualurlaub!

Klaus Britting

Ich mag keine Massenreisen und fahre immer auf eigene Faust in den Urlaub. Unser Reisebüro am Ort hatte aber groß plakatiert: „Individualurlaub für Individualisten“. Und weil mich meine Frau immer wieder darauf hinwies, wie angenehm es sei, nicht selbst fahren zu müssen, schaute ich mir das Angebot näher an. 14 Tage mit einem Komfortbus in die Provence zu einem günstigen Preis. Eine kleine Bungalowanlage mit wenig Touristen, einem Pool, viel Ruhe und der Möglichkeit, die umliegenden Städte zu besichtigen, ohne lang einen Parkplatz suchen zu müssen. Avignon, Nîmes, Aix-en-Provence! Ich buchte.

Als wir kurz vor 19 Uhr am Treffpunkt eintrafen, wartete schon eine Mensentraube vor dem Bus. Erstaunlich, wie viele Leute diese modernen Reisebusse heute aufnehmen können, dachte ich spontan. Dann sah ich den Bauschuttunternehmer, der uns hinter das Haus einen Schutthaufen legen will und eine Frau, mit der wir uns öfter streiten, weil sie ihre Bulldogge stets ohne Leine ausführt. Dass ich nun auch

ausgerechnet unseren Hausnachbarn in der wartenden Menge entdeckte, verursachte einen kleinen Schock. Eigentlich wollte ich gleich umkehren, doch meine Frau sagte: „Nun stell dich nicht so an, schließlich haben wir ja bezahlt!“ Also suchten wir uns Sitzplätze fern von weniger angenehmen Leuten.

Eine Nachtfahrt hat gewiss ihre Reize, wenn man astronomisch interessiert ist und bei klarem Himmel fährt. Beides war nicht der Fall. Ich bekam dennoch kein Auge zu und war am Morgen hundemüde. Ein Rundblick im Bus klärte schnell, dass unter den fünfzig Reisenden viele bekannte Gesichter waren, die wir nicht unbedingt alle auch noch im Urlaub sehen wollten. „Die werden wir im Süden kaum noch spüren“, sagte meine Frau beruhigend. Die Gespräche im Bus wurden immer lauter und interessanter. So erfuhren wir von den dramatischen Streitereien eines befreundeten Ehepaares, den Alkoholproblemen des Tierarztes, der Spielsucht eines pensionierten Lehrers und dem jahrelangen Liebesverhältnis unse-

res Tankstellenpächters mit der Bäckerfrau. Spät am Abend erreichten wir unser Ziel und fanden im Dunkeln endlich die Nummer unseres „Bungalows“, der sich als Zwei-Zimmer-Appartement in einem Reihenhaus entpuppte. „Dann brauchen wir für die Endreinigung nicht so viel Zeit“, rief meine Frau erfreut.

Als ich am nächsten Morgen aus der Haustür trat, sah ich buntes Treiben wie auf dem Jahrmarkt. Eine längere Ladenstraße lief durch die Reihenhaussiedlung. „Oh wie praktisch, hier kriegt man ja alles“, freute sich meine Frau. „Hallo, wie geht's?“, hallte es von links. Ich war erstaunt über die Sprachkenntnisse der Provençalen, doch es war der Filialleiter unserer Sparkasse, der zum Einkaufen ging. „So schlecht kann das nicht sein, wenn der auch mitgefahren ist“, meinte meine Frau. Wir wanderten dann zum Pool, den wir erst nicht fanden, weil er von hunderten Touristen umlagert war. Im Becken gab es zwar noch einige Stehplätze, aber mir war nicht mehr danach zumute. Schnell entflohen wir dem Gewühle und gingen zur Haltestelle der örtlichen Buslinie. Dort trafen wir ein nettes deutsches Ehepaar.

Ich fragte: „Na, was sagen Sie zu dem Treiben hier?“ Der Mann lächelte: „Ja, wir schauen uns so was manchmal an und freuen uns anschließend, allein mit dem Auto unterwegs zu sein.“ „Mit dem Auto?“, fragte ich. „Ja“, sagte er, „wir lassen den Wagen hier im Ort stehen, fahren mit dem Bus nach Avignon und wieder zurück und von hier dann mit dem Wagen zu unserer Pension, ein paar Kilometer entfernt, wo wir heute übernachten. Herrlich, so herum zu fahren, wohin man will. Machen Sie doch auch mal Individualurlaub!“

Anschrift des Verfassers

Klaus Britting, Busdorf

(Anschrift ist der Redaktion bekannt)

Professor Ulrich Gottstein: „Helfen tut nur eines: Prävention“

Träger der Paracelsus-Medaille appelliert an deutsche Ärzteschaft

Professor Dr. med. Ulrich Gottstein ist auf dem 114. Deutschen Ärztetag in Kiel mit der höchsten Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft, der Paracelsus-Medaille, geehrt worden. Auch gegen Widerstand sei der Frankfurter Facharzt für Innere Medizin stets mutig für „Ärzte für Humanitas“, für Menschen in Krisengebieten und für die Palliativmedizin eingetreten, unterstrich der scheidende Bundesärztekammerpräsident Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe in der Laudatio.

In seiner stellvertretend für die diesjährigen Empfänger der Paracelsus-Medaille vorgetragenen Dankesrede brachte Gottstein die Sorgen zum Ausdruck, die ihn derzeit besonders bewegen: Kriege und Terrorismus, die Klimakrise und Zerstörung der Umwelt und die Risiken durch Atomwaffen und Atomstrahlung. „Wir werden Euch nicht helfen können!“ zitierte er die ärztliche antinukleare Friedensbewegung IPPNW (International Physicians for the Prevention of Nuclear War – Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkriegs/Ärzte in sozialer Verantwortung e.V.), deren deutsche Sektion Gottstein mitinitiiert und -gegründet hat. Die Aussage gelte bis zum heutigen Tag für alle Opfer von Atomwaffen, ob sie im Krieg oder durch Terroristen oder bei Test-Explosionen verstrahlt, oder Opfer radioaktiver Verstrahlung aus Kernkraftwerken werden, erklärte Gottstein: „Helfen tut nur eines: Prävention“. Seit dreißig Jahren fordere IPPNW das Verbot und die Zerstörung aller Atomwaffen und deren internationale Ächtung durch den Weltgerichtshof. „Dankbar wären wir deutschen Ärzte, wenn unsere Forderung von der Bundesärztekammer und dem Deutschen Ärztetag mitgetragen würde“, sagte der Paracelsus-Medaillen-Träger in Kiel.

Auch die Aufrechterhaltung des ärztlichen Ethos bei der Lebens- und Sterbebegleitung von Patienten sowie die weitere Stärkung der stationären und ambulanten Palliativmedizin liege ihm am Herzen, fügte Gottstein hinzu. Für Ärzte müsse es bei der Betreuung Schwerstkranker und Leidender weiterhin darum gehen, „nicht das Sterben in die Hand zu nehmen, sondern das Leben loszulassen, wenn es an der Zeit ist“, wie dies auch Bischof Wolfgang Huber als Ethiker und aus christlichem Glauben geschrieben habe. Abschließend erklärte Gottstein, es sei ihm eine ganz besondere Freude gewesen, die Paracelsus-Medaille aus der Hand von Professor Hoppe entgegen zu nehmen.

Gottstein, am 28. November 1926 in Stettin geboren, studierte ab 1947 zunächst in Berlin und später in Göttingen und Heidelberg Medizin. Nach Staatsexamen und Promotion im Dezember 1952 war er von 1953 bis 1954 Assistent am Physiologischen Institut der Universität Heidelberg und im Jahre 1955 an der Universitäts-Augenklinik Heidelberg. Seine Weiterbildung begann er im Fach Innere Medizin und Neurologie an der II. Medizinischen Universitätsklinik München. Den Facharzt für Innere Medizin erlangte er im Jahre 1960, gleichzeitig wurde er zum Privatdozent für Innere Medizin an der Universität München ernannt.

Nach seinem Wechsel an die Universität Kiel im Jahre 1962 wurde Gottstein dort leitender Oberarzt an der Medizinischen Universitätsklinik und 1966 zum außerplanmäßigen Professor ernannt. 1971 erfolgte seine Berufung zum Chefarzt der Medizinischen Abteilung des Bürgerhospitals in Frankfurt am Main sowie zum



Honorarprofessor an der Frankfurter Universität. Bis zu seiner Pensionierung im Jahre 1991 hatte er die Chefarztstelle inne.

Gottstein war Gründungspräsident der Deutschen Gesellschaft für Angiologie, sowie Gründungsmitglied der Internationalen Gesellschaft für Hirnkreislaufforschung. Außerdem ist er Gründungsmitglied des Fördervereins für das Evangelische Hospital für Palliative Medizin in Frankfurt und förderte maßgeblich den gleichzeitigen Aufbau eines ambulanten Palliativdienstes. Seit vielen Jahren arbeitet er zunächst im Arbeitskreis, jetzt in der StäKo „Palliativmedizin“ der LÄKH als Mitglied mit.

Gottsteins herausragendes Engagement wurde mit zahlreichen Ehrungen – darunter u.a. 2003 mit der Fachbereichsplakette Medizin des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität, 2006 mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber und 2008 mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse – gewürdigt.

Katja Möhrle
Foto: Manuel Maier

Landesärztekammer Hessen

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Professor Dr. med. Dietrich Höffler, Weiterstadt, am 15. August,
Dr. med. Hans Joachim Landzettel, Darmstadt, am 24. August.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Hans-Dietloff Schmidt, Frankfurt, am 7. August.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Heinrich von Knorre, Marburg, am 7. August.

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Kurt-Georg Berger, Friedrichsdorf
* 9.8.1949 † 6.5.2011

Dr. med. Dr. med. dent. Eberhard Kanehl, Hochheim
* 12.4.1934 † 14.4.2011

Professor Dr. med. Hans Juergen Kuschke, Bad Nauheim
* 24.10.1921 † 21.3.2011

Dr. med. Norbert Mikulla, Hanau
* 3.12.1919 † 16.1.2011

Dr. med. Heinz-Friedrich Moog, Zierenberg
* 9.1.1920 † 3.11.2010

Dr. med. Paul Planz, Heusenstamm
* 29.6.1924 † 14.8.2010

Dr. med. Heinrich Quilisch, Herborn
* 25.9.1925 † 24.3.2011

Dr. med. Karl Joachim Rothmann, Darmstadt
* 23.9.1936 † 10.4.2011

Dr. med. Emely Salzig, Geisenheim
* 5.1.1927 † 17.4.2011

Dr. med. Willi Schmidt, Rosbach
* 27.1.1925 † 26.9.2010

Dr. med. Werner Seitz, Friedberg
* 12.11.1922 † 23.4.2011

Dr. med. Thomas Augustinus Sellier, Bensheim
* 12.2.1955 † 19.4.2011

Dr. med. Klaus Teutloff, Schenkengsfeld
* 12.9.1932 † 19.3.2011

Dr. med. Fritz Zeller, Gießen
* 21.7.1911 † 1.5.2011

Richtige Antworten

zu den Multiple Choice-Fragen „**Diagnostik und Therapie im vorderen Mediastinum: Ein Up-Date.**“ in der Mai-Ausgabe, Seite 289

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

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis Nr. 060017801, ausgestellt am 5.8.2010 für Dr. med. Malgorzata Bernacka, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/14165, ausgestellt am 11.4.2007 für Dr. med. Eugen Breuer, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/10556, ausgestellt am 30.1.2002 für Dr. med. Caroline Faul-Burbes, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060018713, ausgestellt am 20.10.2010 für Dr. med. Benjamin Funk, Egelsbach,

Arztausweis (ohne weitere Angaben), ausgestellt für Dr. med. Benjamin Göbel, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/M/111/86, ausgestellt am 19.12.1986 für Ernst-Otto Hagel, Niestetal,

Arztausweis Nr. 060019422, ausgestellt am 29.12.2010 für Dr. med. Inga Kayser, Langen,

Arztausweis Nr. HS/K/9443, ausgestellt am 11.10.2006 für Marc Naumann, Wetter,

Arztausweis Nr. HS/D/5391, ausgestellt am 8.8.2008 für Dale Smith, Oberursel,

Arztausweis Nr. 060010106, ausgestellt am 27.11.2008 für Vuk Stefanovic, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/W/81/92, ausgestellt am 24.6.1992 für Dr. med. Matthias Stein, Gießen,

Arztausweis Nr. 060013859, ausgestellt am 26.8.2009 für Dr. med. Andrea Tytko, Limburg.

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Ina Klouster, tätig bei Dr. med. J. Geisz, Wetzlar

Carolin Schultz, tätig bei Dr. med. H.-J. Wolfring, Dr. med. N. Ebert und Dr. med. (I) U. von Goßler, Seligenstadt

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

Christa Enders, seit 15 Jahren tätig bei Dr. med. D. Schepp und Dr. med. M. Schmidt, vormals Praxis Dr. med. D. Schepp, Ortenberg

Margit Müller, seit 16 Jahren tätig bei Dr. med. D. Schepp und Dr. med. M. Schmidt, vormals Praxis Dr. med. D. Schepp, Ortenberg

Isabel Franz, seit 19 Jahren tätig bei Dr. med. D. Schepp und Dr. med. M. Schmidt, vormals Praxis Dr. med. D. Schepp, Ortenberg

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

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

Claudia Berninger, tätig bei R. Wenzel, Kassel

und zum **mehr als 40-jährigen Berufsjubiläum**

Marlies Harf, seit 45 Jahren tätig bei Dr. med. W. Schnell, vormals Praxis Dr. med. H. Schnell, Kirchhain

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

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

Cornelia Pfeil, tätig bei Dr. med. E. Zscherpe, Frankfurt a.M.

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

Einschulungstermine der Berufsschulen

Die Sommerferien enden in diesem Jahr am 6. August 2011. Die Einschulungstermine der Berufsschulen liegen somit Anfang August (Ausnahme Berufsschule in Korbach!).

Aus nachfolgender Aufstellung können Sie das konkrete Einschulungsdatum der für Ihre Auszubildende zuständigen Berufsschule entnehmen:

Bezirksärztekammer	Berufsschule/Einschulungstermine
Darmstadt	Martin-Behaim-Schule Alsfelder Str. 23, 64289 Darmstadt 8. August 2011, 9:00 Uhr, Raum 313
	Karl Kübel Schule Berliner Ring 34 – 38, 64625 Bensheim 8. August 2011, 9:30 Uhr, Raum N206
	Berufliche Schulen des Kreises Groß-Gerau Darmstädter Str. 90, 64521 Groß-Gerau 8. August 2011, 8:15 Uhr
	Berufliche Schulen des Odenwaldkreises Erbacher Str. 50, 64720 Michelstadt 8. August 2011, 8:30 Uhr, Sporthalle des Hessen Campus in der Nähe der Theodor-Litt-Schule, Geschw.-Scholl-Str.
Frankfurt	Julius-Leber-Schule Seilerstr. 32, 60313 Frankfurt 8. August 2011, 8:30 Uhr
	Kaufmännische Schulen I der Stadt Hanau Ameliastr. 50, 63452 Hanau 8. August 2011, 10:00 Uhr, Eingangshalle
	Kinzig-Schule Berufliche Schulen des Main-Kinzig-Kreises In den Sauren Wiesen 17, 36381 Schlüchtern 8. August 2011, 8:00 Uhr
	Theodor-Heuss-Schule Buchhügelallee 86, 63071 Offenbach 8. August 2011, 9:15 Uhr, Pausenhalle
	Konrad-Adenauer-Schule Auf der Hohlmauer 1-3, 65830 Kriftel 9. August 2011, 8:00 Uhr
	Max-Eyth-Schule Am Hirschsprung, 63303 Dreieich 8. August 2011, 9:00 Uhr, Aula
Gießen	Willy-Brandt-Schule Karl-Franz-Str. 14, 35392 Gießen/Lahn 8. August 2011, 9:30 Uhr
	Max-Eyth-Schule In der Krebsbach 8, 36304 Alsfeld 9. August 2011, 8:30 Uhr

Bezirksärztekammer	Berufsschule/Einschulungstermine
	Käthe-Kollwitz-Schule Frankfurter Str. 72, 35578 Wetzlar 8. August 2011, 8:00 Uhr
	Kaufmännische Berufsschule Am Gradierwerk 4-6, 61231 Bad Nauheim 8. August 2011, 9:00 Uhr
Kassel	Willy-Brandt-Schule Brückenhofstr. 90 34132 Kassel 9. August 2011, 8:30 Uhr
*	Hans-Viessmann-Schule Stresemannstr. 12, 34537 Bad Wildungen 9. August 2011, 7:45 Uhr, Raum 314
	Kreisberufs- und Berufsfachschule Waldeck-Nord Kasseler Str. 17, 34497 Korbach 22. Juni 2011, 8:30 Uhr, Pausenhalle
	Eduard-Stieler-Schule Brüder-Grimm-Str. 5, 36307 Fulda 8. August 2011, 8:00 Uhr, Eingangshalle
	Berufliche Schulen des Landkreises Hersfeld-Rotenburg Am Obersberg, 36251 Bad Hersfeld 10. August 2011, 7:45 Uhr
	Berufliche Schulen des Werra-Meißner-Kreises Südring 35, 37269 Eschwege 8. August 2011, 7:45 Uhr, Eingangshalle
Marburg	Kaufmännische Schulen der Stadt Marburg Leopold-Lucas-Str. 20, 35037 Marburg 8. August 2011, 8:30 Uhr
Wiesbaden	Louise-Schroeder-Schule Brunhildenstr. 55, 65189 Wiesbaden 9. August 2011, 9:00 Uhr
*	Adolf-Reichwein-Schule Heinrich-von-Kleist-Str., 65549 Limburg/Lahn 10. August 2011, 7:45 Uhr
*	Saalburg-Schule Wilhelm-Martin-Dienstbach-Str., 61250 Usingen 10. August 2011, 7:55 Uhr

An dieser Stelle möchten wir alle Ausbildungspraxen nochmals darum bitten, ihre neuen Auszubildenden immer **sofort** nach Vertragsabschluss zum Besuch der Berufsschule **anzumelden**. Den Berufsschulen wird hierdurch die Klassenbildung und Stundenplanung zu Beginn des Schuljahres erleichtert. Auszubildende, die mit ihrer Ausbildung erst nach Beginn des Berufsschuljahres anfangen, **sollten** nach Möglichkeit **von Anfang an am Berufsschulunterricht teilnehmen**. Versicherungsschutz besteht.

Am Einschulungstag findet grundsätzlich kein Unterricht statt. Es erfolgt lediglich Zuweisung zu den Klassen, Vorstellen der Lehrer, Bekanntgabe des Stundenplans, Ausgabe der Bücher etc. Berufsschulen, an denen bereits am Einschulungstag Unterricht erteilt wird, sind mit * gekennzeichnet.

Immer wieder aktuell: Unseriöse Ärzteverzeichnisse und Adressbuchschwindel

Immer wieder erreichen die Landesärztekammer Hessen Mitteilungen und Anzeigen von Mitgliedern, die über Aktivitäten von Anbietern dubioser Ärzteverzeichnisse informieren. Oftmals hat der Arzt schon versehentlich ein Formular unterschrieben und sich hierdurch unnötige Kosten aufgebürdet.

Wir wollen Sie daher im Folgenden für die Gefahren derartiger Anschreiben sensibilisieren, um Sie vor zukünftigen Vertragsschlüssen zu schützen. Vor allem bei Praxisgründungen können diese ungewollten Vereinbarungen zu großen Belastungen führen.

Wie gehen die Anbieter unseriöser Ärzteverzeichnisse vor?

Es gibt mehrere Vorgehensweisen, die von den Betreibern solcher Ärzteverzeichnisse genutzt werden, um mit dem Arzt einen Vertrag abzuschließen. Die zwei gängigsten Vorgehensweisen sowie ein neues Modell möchten wir Ihnen kurz vorstellen.

1. Bei der derzeit am Häufigsten vorkommenden Variante erhält der Arzt ein Datenblatt, das von der Aufmachung an ein Schreiben einer Behörde oder eines Registers erinnert. Auf diesem Datenblatt sind in den meisten Fällen der Name, die Praxisdaten und gegebenenfalls auch die Fachrichtung angegeben.

Der Arzt wird in dem Datenblatt ferner gebeten, seine Daten zu überprüfen und Korrekturen und Ergänzungen dem Anbieter des Ärzteverzeichnisses mitzuteilen. In einem der Landesärztekammer Hessen bekannten Fall wurde ein Arzt als Heilpraktiker aufgeführt und so verleitet, das korrigierte Datenblatt zurück zu schicken.

Zusätzlich findet sich auf dem Datenblatt ein Fließtext in einer kleineren Schriftgröße, in dem die Vertragsdauer von zwei Jahren sowie der von dem Arzt zu zahlende Betrag von jährlich bis zu über 1.000,00 Euro aufgeführt sind.

Wenn der Arzt nunmehr das, gegebenenfalls korrigierte, Datenblatt an der dafür vorgesehenen Stelle unterschrieben hat, erfolgt mit Rücksendung des Datenblattes an den Anbieter des Ärzteverzeichnisses ein Vertragsschluss über die kostenpflichtige Eintragung in ein Ärzteverzeichnis für die Dauer von mindestens zwei Jahren.

Nach Ablauf einer gegebenenfalls vertraglich vereinbarten Widerrufsfrist erhält der Arzt dann die Rechnung für das erste Jahr.

Aktuell wurden wir auf ein ähnliches Modell aufmerksam gemacht, bei dem ein Unternehmen anbot, den Arzt in eine Liste gegen unerwünschte Werbung per Telefon, Fax, E-Mail und Post aufzunehmen. Werbetreibende könnten dann in diese Liste Einsicht nehmen und ihre Werbesendungen an den Arzt einstellen.

In einem Fließtext bot das Unternehmen ferner an, gegen Zahlung einer höheren jährlichen Bearbeitungspauschale die Daten an Werbetreibende zu übermitteln und diese aufzufordern, die Werbesendung einzustellen. Mit Unterschrift unter das zugeschickte Formular veranlasste der Arzt nicht die kostenlose Eintragung in die Liste, sondern schloss den kostenpflichtigen Vertrag ab.

2. In einer weiteren Variante erhält der Arzt von einem Anbieter eines Ärzteverzeichnisses einen Brief in Form einer Rechnung, mit dem ein bereits geschlossener Vertrag suggeriert wird.

Sollte die Rechnung beglichen werden, sei es versehentlich oder in der irrigen Vorstellung, vorher einen Vertrag geschlossen zu haben, erfolgt der Vertragsschluss zwischen dem Anbieter des Ärzteverzeichnisses und dem Arzt.

Welche Möglichkeiten haben Sie, wenn ein solcher Vertrag geschlossen wurde?

Unter Umständen kann in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Anbieter der Ärzteverzeichnisse ein Widerrufsrecht mit einer Frist von zwei Wochen nach Vertragsschluss vorgesehen sein, das Sie ausüben sollten.

Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung nach § 123 BGB anzufechten. Auch kann in Einzelfällen eine Irrtumsanfechtung nach § 119 BGB eröffnet sein. Die Anfechtung muss jedoch in jedem Fall ausdrücklich und schriftlich erfolgen. Bitte beachten Sie, dass es Ihnen obliegt, die Anfechtungsgründe nachzuweisen.

In der Vergangenheit hat die Rechtsprechung Eintragungsofferten derartiger Branchenverzeichnisanbieter als wettbewerbswidrig beurteilt (beispielsweise BGH, Urteil vom 8. Juli 2004, Az.: I ZR 142/02). Falls der Betreiber des Ärzteverzeichnisses trotz des Widerrufs oder der Anfechtung weiterhin auf der Forderung besteht, kann eine gerichtliche Auseinandersetzung daher eine Option sein. Zu bedenken ist jedoch, dass ein ausländischer Gerichtsstand vereinbart sein könnte. Es erscheint uns daher ratsam, spätestens bei einer gerichtlichen Auseinandersetzung einen Rechtsanwalt hinzu zu ziehen.

Neben Widerruf und Anfechtung sollten Sie nicht vergessen, den Vertrag, gegebenenfalls hilfsweise, per Einschreiben zu kündigen, da er sich ansonsten automatisch verlängern könnte.

Bereits überwiesenes Geld sollten Sie mit Verweis auf Ihre Anfechtung zurückfordern.

Wie können Sie seriöse Anbieter von unseriösen unterscheiden?

Vor der Unterschrift sollten Sie unbedingt das gesamte Datenblatt sowie gegebenenfalls die Rückseite durchlesen. Auch wenn auf den ersten Blick eine Zahlungspflicht nicht ersichtlich ist, kann diese dennoch drohen. Sie sollten auch misstrauisch werden, wenn

- sich der Sitz des Verlages im Ausland befindet,
- sich der in den AGB aufgeführte Gerichtsstand im Ausland befindet,
- auf die entstehenden Kosten lediglich in einem Fließtext hingewiesen wird,
- die Kommunikation ausschließlich über eine Faxnummer erfolgen soll oder
- das Schreiben an ein Schreiben einer Behörde oder eine Rechnung erinnert.

Bitte bedenken Sie, dass oftmals Ihre Angestellten die Schreiben der Anbieter von Ärzteverzeichnissen öffnen. Eine Sensibilisierung für die Problematik und Schulung könnte daher erforderlich sein.

Welche Möglichkeiten stehen Ihnen zudem noch zur Verfügung?

Sie können die Schreiben der Betreiber von Ärzteverzeichnissen gerne an die Landesärztekammer Hessen zur Kenntnis hereinreichen. Sollte es sich um unseriöse Angebote handeln, werden wir das Schreiben an den Deutschen Schutzverband gegen Wirtschaftskriminalität weiterleiten. Dieser kann Ärzte zwar nicht vertreten, hat jedoch die Möglichkeit wettbewerbsrechtliche Schritte einzuleiten.

Sollten Sie sich unsicher sein, ob das Angebot seriös ist oder nicht, können Sie selbstverständlich mit der Landesärztekammer Hessen Rücksprache halten.

Aufgrund §§ 5, 6a, 8, 10 und 17 Abs. 1 Nr. 7 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66-87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. März 2010 (GVBl. I S. 123), i.V.m. § 5 Abs. 6e der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBl. 9/1995, S. 293-295), zuletzt geändert durch Satzung vom 1. Dezember 2008 (HÄBl. 1/2009, S. 72) hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. März 2011 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen vom 13. Dezember 1993 (HÄBl. 1/1994, S. 30-31), zuletzt geändert am 8. Dezember 2010 (HÄBl. 1/2011, S. 58), wird wie folgt geändert:

Das Kostenverzeichnis als Anlage zur Kostensatzung wird wie folgt geändert:

Im Gebührenabschnitt I. wird das Kapitel 3. „Ausbildungswesen: Arzthelfer/innen/Medizinische Fachangestellte“ wie folgt neu gefasst:

Gebührenpunkt	Gegenstand	Gebühr
3.	Berufsbildung: Medizinische Fachangestellte/Arzthelfer/innen	Euro
3.1	Berufsausbildung	
3.1.1	Eintragung des Berufsausbildungsvertrages in das Berufsausbildungsverzeichnis	25,00
3.1.2	Zweitausfertigung Arzthelfer/inbrief und Prüfungszeugnis je	10,00
	Berichtsheft – Ersatzexemplar bei Verlust	4,00
3.1.3	Zwischenprüfung	50,00
3.1.4	Abschlussprüfung	180,00
	Wiederholungsprüfung je	80,00

Aufgrund § 17 Absatz 1 Nr. 4 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66-87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. März 2010 (GVBl. I S. 123), i.V.m. § 5 Absatz 6 Buchstabe „d“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBl. 9/1995, S. 293-295), zuletzt geändert durch Satzung vom 1. Dezember 2008 (HÄBl. 1/2009, S. 72), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. März 2011 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen

Gebührenpunkt	Gegenstand	Gebühr
3.1.5	Nicht besetzt	
3.1.6	Nicht besetzt	
3.1.7	Überbetriebliche Ausbildung	
3.1.7.1	Pauschalgebühr	595,00
3.1.7.2	Pauschalgebühr, sofern der Berufsausbildungsvertrag von einem Pflichtmitglied der Landesärztekammer Hessen abgeschlossen wurde	380,00
3.2	Berufliche Fortbildung: Medizinische Fachangestellte/Arzthelfer/innen	
3.2.1	Fortbildung 2 bis 30 Std.	von 30,00 bis 500,00
3.2.2	Qualifizierungs-Lehrgänge 30 bis 400 Std.	von 300,00 bis 2.000,00
3.2.3	Prüfungsgebühren/ Teilnahme an Lernerfolgskontrolle	von 50,00 bis 150,00

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Juli 2011 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. März 2011 beschlossene und vom Hessischen Sozialministerium am 15. Juni 2011 (Geschäftszeichen: -V1-18b-2120-) gemäß § 17 Abs. 2 des Hessischen Heilberufsgesetzes genehmigte Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 15. Juni 2011



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

I.

Die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 15. August 2005 (HÄBl. Sonderheft 10/1995, S. 1-73), zuletzt geändert durch Satzung vom 8. Dezember 2010 (HÄBl. 1/2011, S. 55), wird wie folgt geändert:

1.) Im Inhaltsverzeichnis wird der „Abschnitt B: Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen“ wie folgt neu gefasst:

„Abschnitt B: Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen

1. Gebiet Allgemeinmedizin
2. Gebiet Anästhesiologie
3. Gebiet Anatomie
4. Gebiet Arbeitsmedizin

5. Gebiet Augenheilkunde
6. Gebiet Biochemie
7. Gebiet Chirurgie
 - 7.1 FA Allgemeinchirurgie
 - 7.2 FA Gefäßchirurgie
 - 7.3 FA Herzchirurgie
 - 7.4 FA Kinderchirurgie
 - 7.5 FA Orthopädie und Unfallchirurgie
 - 7.6 FA Plastische Chirurgie
 - 7.7 FA Thoraxchirurgie
 - 7.8 FA Viszeralchirurgie
8. Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
 - SP Gynäkologische Onkologie
 - SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
9. Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
 - 9.1 FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
 - 9.2 FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen
10. Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten
11. Gebiet Humangenetik
12. Gebiet Hygiene und Umweltmedizin
13. Gebiet Innere Medizin
 - 13.1 FA Innere Medizin
 - 13.2 FA Innere Medizin und Angiologie
 - 13.3 FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
 - 13.4 FA Innere Medizin und Gastroenterologie
 - 13.5 FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
 - 13.6 FA Innere Medizin und Kardiologie
 - 13.7 FA Innere Medizin und Nephrologie
 - 13.8 FA Innere Medizin und Pneumologie
 - 13.9 FA Innere Medizin und Rheumatologie
14. Gebiet Kinder- und Jugendmedizin
 - SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie
 - SP Kinder-Kardiologie
 - SP Neonatologie
 - SP Neuropädiatrie
15. Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
16. Gebiet Laboratoriumsmedizin
17. Gebiet Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
18. Gebiet Mund-Kiefer-Gesichts chirurgie
19. Gebiet Neurochirurgie
20. Gebiet Neurologie
21. Gebiet Nuklearmedizin
22. Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen
23. Gebiet Pathologie
 - 23.1 FA Neuropathologie
 - 23.2 FA Pathologie
24. Gebiet Pharmakologie
 - 24.1 FA Klinische Pharmakologie
 - 24.2 FA Pharmakologie und Toxikologie
25. Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin
26. Gebiet Physiologie
27. Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie
 - SP Forensische Psychiatrie
28. Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
29. Gebiet Radiologie

- SP Kinderradiologie
- SP Neuroradiologie
- 30. Gebiet Rechtsmedizin
- 31. Gebiet Strahlentherapie
- 32. Gebiet Transfusionsmedizin
- 33. Gebiet Urologie“

2.) Im Abschnitt B wird die Tabelle „Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen“ wie folgt neu gefasst:

Gebiete	FA- und SP-Kompetenz
1. Allgemeinmedizin	FA Allgemeinmedizin
2. Anästhesiologie	FA Anästhesiologie
3. Anatomie	FA Anatomie
4. Arbeitsmedizin	FA Arbeitsmedizin
5. Augenheilkunde	FA Augenheilkunde
6. Biochemie	FA Biochemie
7. Chirurgie	7.1 FA Allgemeinchirurgie 7.2 FA Gefäßchirurgie 7.3 FA Herzchirurgie 7.4 FA Kinderchirurgie 7.5 FA Orthopädie und Unfallchirurgie 7.6 FA Plastische und Ästhetische Chirurgie 7.7 FA Thoraxchirurgie 7.8 FA Viszeralchirurgie
8. Frauenheilkunde und Geburtshilfe	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe Schwerpunkte: <ul style="list-style-type: none"> • Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin • Gynäkologische Onkologie • Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
9. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	9.1 FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde 9.2 FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen
10. Haut- und Geschlechtskrankheiten	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten
11. Humangenetik	FA Humangenetik
12. Hygiene und Umweltmedizin	FA Hygiene und Umweltmedizin
13. Innere Medizin	13.1 FA Innere Medizin 13.2 FA Innere Medizin und Angiologie 13.3 FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie 13.4 FA Innere Medizin und Gastroenterologie

	13.5	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
	13.6	FA Innere Medizin und Kardiologie
	13.7	FA Innere Medizin und Nephrologie
	13.8	FA Innere Medizin und Pneumologie
	13.9	FA Innere Medizin und Rheumatologie
14. Kinder- und Jugendmedizin		FA Kinder- und Jugendmedizin Schwerpunkte: • Kinder-Hämatologie und -Onkologie • Kinder-Kardiologie • Neonatologie • Neuropädiatrie
15. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
16. Laboratoriumsmedizin		FA Laboratoriumsmedizin
17. Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie		FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
18. Mund-Kiefer-Gesichts-chirurgie		FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
19. Neurochirurgie		FA Neurochirurgie
20. Neurologie		FA Neurologie
21. Nuklearmedizin		FA Nuklearmedizin
22. Öffentliches Gesundheitswesen		FA Öffentliches Gesundheitswesen
23. Pathologie	23.1	FA Neuropathologie
	23.2	FA Pathologie
24. Pharmakologie	24.1	FA Klinische Pharmakologie
	24.2	FA Pharmakologie und Toxikologie
25. Physikalische und Rehabilitative Medizin		FA Physikalische und Rehabilitative Medizin
26. Physiologie		FA Physiologie
27. Psychiatrie und Psychotherapie		FA Psychiatrie und Psychotherapie Schwerpunkt: • Forensische Psychiatrie
28. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
29. Radiologie		FA Radiologie Schwerpunkte: • Kinderradiologie • Neuroradiologie
30. Rechtsmedizin		FA Rechtsmedizin
31. Strahlentherapie		FA Strahlentherapie
32. Transfusionsmedizin		FA Transfusionsmedizin
33. Urologie		FA Urologie

3.) In Abschnitt B wird folgendes geändert:

a) Nach der Tabelle „Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen“ beginnt die Aufzählung der Gebiete mit „1. Gebiet Allgemeinmedizin“.

b) Das „Gebiet Allgemeinmedizin“ erhält folgende Fassung:

„1. Gebiet Allgemeinmedizin

Definition:

Die Allgemeinmedizin umfasst die lebensbegleitende hausärztliche Betreuung von Menschen jeden Alters bei jeder Art der Gesundheitsstörung, unter Berücksichtigung der biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen ihrer gesundheitlichen Leiden, Probleme oder Gefährdungen und die medizinische Kompetenz zur Entscheidung über das Hinzuziehen anderer Ärzte und Angehöriger von Fachberufen im Gesundheitswesen. Sie umfasst die patientenzentrierte Integration der medizinischen, psychischen und sozialen Hilfen im Krankheitsfall. Dazu gehören auch die Betreuung von akut oder chronisch Erkrankten, die Vorsorge und Gesundheitsberatung, die Früherkennung von Krankheiten, die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, die Zusammenarbeit mit allen Personen und Institutionen, die für die gesundheitliche Betreuung der Patienten Bedeutung haben, die Unterstützung gemeindenaher gesundheitsfördernder Aktivitäten, die Zusammenführung aller medizinisch wichtigen Daten des Patienten.

Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin

(Allgemeinarzt/Allgemeinärztin)

Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Allgemeinmedizin nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte sowie des Weiterbildungskurses.

Weiterbildungszeit:

60 Monate bei einem Weiterzubefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären internistischen Patientenversorgung (Basisweiterbildung) im Gebiet Innere Medizin, davon können bis zu
 - 18 Monate in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung (auch 3 Monats-Abschnitte) angerechnet werden, die auch im ambulanten Bereich ableistbar sind
- und
- 24 Monate Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung, davon können bis zu
 - 6 Monate in Chirurgie oder in Kinder- und Jugendmedizin (auch 3 Monats-Abschnitte) angerechnet werden
- und
- 80 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Psychosomatische Grundversorgung

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in den Inhalten der Basisweiterbildung aus dem Gebiet Innere Medizin:

- der Gesundheitsberatung, der Früherkennung von Gesundheitsstörungen einschließlich Gewalt- und Suchtprävention, der Prävention, der Einleitung und Durchführung rehabilitativer Maßnahmen sowie der Nachsorge

- der Erkennung und Behandlung von nichtinfektiösen, infektiösen, toxischen und neoplastischen sowie von allergischen, immunologischen, metabolischen, ernährungsabhängigen und degenerativen Erkrankungen auch unter Berücksichtigung der Besonderheiten dieser Erkrankungen im höheren Lebensalter
- den Grundlagen der Tumorthherapie
- der Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten
- der Indikationsstellung, sachgerechten Probengewinnung und -behandlung für Laboruntersuchungen und Einordnung der Ergebnisse in das jeweilige Krankheitsbild
- geriatrischen Syndromen und Krankheitsfolgen im Alter einschließlich der Pharmakotherapie im Alter
- psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen einschließlich der Krisenintervention sowie der Grundzüge der Beratung und Führung Suchtkranker
- Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen
- ernährungsbedingten Gesundheitsstörungen einschließlich diätetischer Behandlung sowie Beratung und Schulung
- Durchführung und Dokumentation von Diabetikerbehandlungen
- den Grundlagen hereditärer Krankheitsbilder einschließlich der Indikationsstellung für eine humangenetische Beratung
- der Indikationsstellung und Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen
- den Grundlagen der Arzneimitteltherapie
- der Erkennung und Behandlung akuter Notfälle einschließlich lebensrettender Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen und Wiederbelebung
- der Bewertung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, der Arbeitsfähigkeit, der Berufs- und Erwerbsfähigkeit sowie der Pflegebedürftigkeit
- der intensivmedizinischen Basisversorgung

den weiteren Inhalten:

- der primären Diagnostik, Beratung und Behandlung bei allen auftretenden Gesundheitsstörungen und Erkrankungen im un- ausgelesenen Patientengut
- der Integration medizinischer, psychischer und sozialer Belange im Krankheitsfall
- der Langzeit- und familienmedizinischen Betreuung
- Erkennung und koordinierte Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter
- interdisziplinärer Koordination einschließlich der Einbeziehung weiterer ärztlicher, pflegerischer und sozialer Hilfen in Behandlungs- und Betreuungskonzepte, insbesondere bei multimorbiden Patienten – der Behandlung von Patienten in ihrem familiären Umfeld und häuslichen Milieu, in Pflegeeinrichtungen sowie in ihrem weiteren sozialen Umfeld einschließlich der Hausbesuchstätigkeit
- gesundheitsfördernden Maßnahmen, z.B. auch im Rahmen gemeindenaher Projekte
- Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen
- der Erkennung von Suchtkrankheiten und Einleitung von spezifischen Maßnahmen
- der Erkennung, Beurteilung und Behandlung der Auswirkungen von Umwelt und Milieu bedingten Schäden einschließlich Arbeitsplatzeinflüssen

- der Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Störungen
- den für die hausärztliche Versorgung erforderlichen Techniken der Wundversorgung und der Wundbehandlung, der Inzision, Exzision, Exstirpation und Probeexzision auch unter Anwendung der Lokal- und peripheren Leitungsanästhesie

Definierte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aus der Basisweiterbildung aus dem Gebiet Innere Medizin:

- Elektrokardiogramm
- Ergometrie
- Langzeit-EKG
- Langzeitblutdruckmessung
- spirometrische Untersuchungen der Lungenfunktion
- Ultraschalluntersuchungen des Abdomens und Retroperitoneums einschließlich Urogenitalorgane
- Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse
- Doppler-Sonographien der Extremitäten versorgenden und der extrakraniellen Hirn versorgenden Gefäße
- Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial
- Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung
- Proktoskopie“

c) Im Gebiet 12. wird der Unterabschnitt „12.1. Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin“ gestrichen.

d) Die nach dem Gebiet „1. Gebiet Allgemeinmedizin“ folgenden Gebiets- und Facharztbezeichnungen erhalten die sich aus dem Inhaltsverzeichnis ergebenden neuen Ordnungszahlen.

4.) In Abschnitt B wird im Gebiet „4. Gebiet Arbeitsmedizin“ im Absatz „Weiterbildungszeit“ der erste Gliederungspunkt wie folgt neu gefasst:
 „• 24 Monate Innere Medizin und/oder Allgemeinmedizin“.

5.) In Abschnitt B wird im Gebiet „7. Gebiet Chirurgie“ folgendes geändert:

a) Im Gebiet „7. Gebiet Chirurgie“ werden die Absätze „Weiterbildungsziel“ und „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung im Gebiet Chirurgie ist die Erlangung von Facharztkompetenzen 7.1 bis 7.8 nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte, die auf der Basisweiterbildung (gemeinsame Inhalte der Facharztweiterbildungen) aufbauen.

Basisweiterbildung für die Facharztkompetenzen 7.1 bis 7.8

Weiterbildungszeit:

24 Monate Basisweiterbildung bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 6 Monate Notfallaufnahme
- 6 Monate Intensivmedizin in der Chirurgie oder in einem anderen Gebiet, die auch während der spezialisierten Facharztweiterbildung abgeleistet werden können
- 12 Monate Chirurgie, davon können
 - 6 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden“.

- b) Die Silbenfolge „Visceral“ wird ersetzt durch die Silbenfolge „Viszeral“.
- c) Die Bezeichnung „7.1 Facharzt/Fachärztin für Allgemeine Chirurgie“ wird ersetzt durch die Bezeichnung „7.1. Facharzt/Fachärztin für Allgemein Chirurgie“.
- d) In den Unterabschnitten „7.1 Facharzt/Fachärztin für Allgemein Chirurgie“ und „7.8 Facharzt/Fachärztin für Viszeralchirurgie“ wird in den Absätzen „Weiterbildungszeit“ jeweils hinter dem Wort „Anästhesiologie“ ein Komma und das Wort „Anatomie“ eingefügt.
- e) In den Unterabschnitten „7.1 Facharzt/Fachärztin für Allgemein Chirurgie“, „7.2 Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie“, „7.3 Facharzt/Fachärztin für Herzchirurgie“, „7.4 Facharzt/Fachärztin für Kinderchirurgie“, „7.5 Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie“, „7.6 Facharzt/Fachärztin für Plastische und Ästhetische Chirurgie“, „7.7 Facharzt/Fachärztin für Thoraxchirurgie“ und „7.8 Facharzt/Fachärztin für Viszeralchirurgie“ wird am Ende der Absätze „Weiterbildungszeit“ jeweils folgender neuer Satz angefügt: „Werden im Gebiet Chirurgie 2 Facharztkompetenzen erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 9 Jahre.“

6.) Das Gebiet „13. Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ wird wie folgt geändert:

- a) Die Worte „und Allgemeinmedizin“ werden jeweils bei allen gleichlautenden Wortfolgen gestrichen.
- b) Im Gebiet „13. Gebiet Innere Medizin“ werden die Absätze „Definition“ und „Weiterbildungsziel“ wie folgt neu gefasst:

„Definition:

Das Gebiet Innere Medizin umfasst die Vorbeugung, (Früh-)Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung sowie Rehabilitation und Nachsorge der Gesundheitsstörungen und Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe, des Gefäßsystems, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, des Immunsystems, des Stütz- und Bindegewebes, der Infektionskrankheiten und Vergiftungen sowie der soliden Tumore und der hämatologischen Neoplasien. Das Gebiet umfasst auch die Gesundheitsförderung und die Betreuung unter Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Wechselwirkungen und die interdisziplinäre Koordination der an der gesundheitlichen Betreuung beteiligten Personen und Institutionen.

Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin ist die Erlangung von Facharztkompetenzen 13.1 bis 13.9 nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte.“

- c) Im Gebiet „13. Gebiet Innere Medizin“ wird der Absatz „Gemeinsame Inhalte der Basisweiterbildung für die im Gebiet enthaltenen Facharztkompetenzen 12.1, 12.2 oder 12.3.1 bis 12.3.8:“ wie folgt ersetzt:

„Basisweiterbildung für die Facharztkompetenzen 13.1 bis 13.9:

Weiterbildungszeit:

36 Monate in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin bei einem Befugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der Gesundheitsberatung, der Früherkennung von Gesundheitsstörungen einschließlich Gewalt- und Suchtprävention, der Prävention, der Einleitung und Durchführung rehabilitativer Maßnahmen sowie der Nachsorge
- der Erkennung und Behandlung von nichtinfektiösen, infektiösen, toxischen und neoplastischen sowie von allergischen, immunologischen, metabolischen, ernährungsabhängigen und degenerativen Erkrankungen auch unter Berücksichtigung der Besonderheiten dieser Erkrankungen im höheren Lebensalter
- den Grundlagen der gebietsbezogenen Tumorthherapie
- der Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten
- der Indikationsstellung, sachgerechten Probengewinnung und -behandlung für Laboruntersuchungen und Einordnung der Ergebnisse in das jeweilige Krankheitsbild
- geriatrischen Syndromen und Krankheitsfolgen im Alter einschließlich der Pharmakotherapie im Alter
- psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen einschließlich der Krisenintervention sowie der Grundzüge der Beratung und Führung Suchtkranker
- Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen
- ernährungsbedingten Gesundheitsstörungen einschließlich diätetischer Behandlung sowie Beratung und Schulung
- Durchführung und Dokumentation von Diabetikerbehandlungen
- den Grundlagen hereditärer Krankheitsbilder einschließlich der Indikationsstellung für eine humangenetische Beratung
- der Indikationsstellung und Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen
- der gebietsbezogenen Arzneimitteltherapie
- der Erkennung und Behandlung akuter Notfälle einschließlich lebensrettender Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen und Wiederbelebung
- der Bewertung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, der Arbeitsfähigkeit, der Berufs- und Erwerbsfähigkeit sowie der Pflegebedürftigkeit
- der intensivmedizinischen Basisversorgung

Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren:

- Elektrokardiogramm
- Ergometrie
- Langzeit-EKG
- Langzeitblutdruckmessung
- spirometrische Untersuchungen der Lungenfunktion
- Ultraschalluntersuchungen des Abdomens und Retroperitoneums einschließlich Urogenitalorgane
- Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse
- Doppler-Sonographien der Extremitäten versorgenden und der extrakraniellen Hirn versorgenden Gefäße
- Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial
- Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapie, enterale und parenterale Ernährung
- Proktoskopie“

- d) In dem Unterabschnitt „13.1 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin“ werden die Absätze „Weiterbildungszeit“ und „Weiterbildungsinhalt“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungszeit:

60 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin
- 24 Monate stationäre Weiterbildung in Innerer Medizin oder in den Facharztkompetenzen 13.1 bis 13.9 in mindestens 2 verschiedenen Facharztkompetenzen, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung abgeleistet werden können

Werden im Gebiet Innere Medizin 2 Facharztkompetenzen erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- den Inhalten der Basisweiterbildung
- der Vorbeugung, Erkennung, Beratung und Behandlung bei auftretenden Gesundheitsstörungen und Erkrankungen der inneren Organe
- der Erkennung und konservativen Behandlung der Gefäßkrankheiten einschließlich Arterien, Kapillaren, Venen und Lymphgefäße und deren Rehabilitation
- der Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Stoffwechselliden einschließlich des metabolischen Syndroms und anderer Diabetes-assoziiierter Erkrankungen
- der Erkennung und Behandlung der Krankheiten der Verdauungsorgane einschließlich deren Infektion, z. B. Virushepatitis, bakterielle Infektionen des Intestinaltraktes
- der Erkennung und Behandlung maligner und nicht maligner Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des lymphatischen Systems
- der Erkennung und Behandlung von soliden Tumoren
- der Erkennung sowie konservativen Behandlung von angeborenen und erworbenen Erkrankungen des Herzens, des Kreislaufs, der herznahen Gefäße, des Perikards
- der Erkennung und konservativen Behandlung der akuten und chronischen Nieren- und renalen Hochdruckerkrankungen sowie deren Folgeerkrankungen
- der Erkennung und Behandlung der Erkrankungen der Lunge, der Atemwege, des Mediastinums, der Pleura einschließlich schlafbezogener Atemstörungen sowie der extrapulmonalen Manifestation pulmonaler Erkrankungen
- der Erkennung und konservativen Behandlung der rheumatischen Erkrankungen einschließlich der entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen wie Kollagenosen, der Vaskulitiden, der entzündlichen Muskelerkrankungen und Osteopathien
- der interdisziplinären Zusammenarbeit insbesondere bei multimorbiden Patienten mit inneren Erkrankungen
- der interdisziplinären Indikationsstellung zu chirurgischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Maßnahmen
- den gebietsbezogenen Infektionskrankheiten einschließlich der Tuberkulose
- der gebietsbezogenen Ernährungsberatung und Diätetik einschließlich enteraler und parenteraler Ernährung
- der Symptomatologie und funktionellen Bedeutung von Altersveränderungen sowie Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters und deren Therapie

- den geriatrisch diagnostischen Verfahren zur Erfassung organbezogener und übergreifender motorischer, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen
- der Behandlung schwerstkranker und sterbender Patienten einschließlich palliativmedizinischer Maßnahmen
- der intensivmedizinischen Basisversorgung

Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

- Echokardiographien sowie Doppler-/Duplex-Untersuchungen des Herzens und der herznahen Gefäße
- Mitwirkung bei Bronchoskopien einschließlich broncho-alveolärer Lavage
- Ösophago-Gastro-Duodenoskopien einschließlich interventiveller Notfall-Maßnahmen und perkutaner endoskopischer Gastrostomie (PEG)
- untere Intestinoskopien einschließlich endoskopischer Blutstillung, davon
 - Proktoskopien
 - Therapie vital bedrohlicher Zustände, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung bedrohter Vitalfunktionen mit den Methoden der Notfall- und Intensivmedizin einschließlich Intubation, Beatmungsbehandlung sowie Entwöhnung von der Beatmung einschließlich nichtinvasiver Beatmungstechniken, hämodynamisches Monitoring, Schockbehandlung, Schaffung zentraler Zugänge, Defibrillation, Schrittmacherbehandlung
 - Selbstständige Durchführung von Punktionen, z.B. an Blase, Pleura, Bauchhöhle, Liquorraum, Leber, Knochenmark einschließlich Knochenstanzen“

e) In dem Unterabschnitt „13.2 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Angiologie“ wird der Absatz „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin
- 36 Monate Weiterbildung in Angiologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung abgeleistet werden können
 - können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin 2 Facharztkompetenzen erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

f) In dem Unterabschnitt „13.3 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie“ wird der Absatz „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin
- 36 Monate Weiterbildung in Endokrinologie und Diabetologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung abgeleistet werden können

- können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin 2 Facharztkompetenzen erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

g) In dem Unterabschnitt „13.4 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie“ wird der Absatz „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin
- 36 Monate Weiterbildung in Gastroenterologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung abgeleistet werden können
 - können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin 2 Facharztkompetenzen erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

h) In dem Unterabschnitt „13.5 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie“ wird der Absatz „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin
- 36 Monate Weiterbildung in Hämatologie und Onkologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung abgeleistet werden können
 - 6 Monate in einem hämatologisch-onkologischen Labor
 - können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin 2 Facharztkompetenzen erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

i) In dem Unterabschnitt „13.6 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie“ wird der Absatz „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin
- 36 Monate Weiterbildung in Kardiologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung abgeleistet werden können
 - können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin 2 Facharztkompetenzen erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

j) In dem Unterabschnitt „13.7 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie“ wird der Absatz „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin
- 36 Monate Weiterbildung in Nephrologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung abgeleistet werden können
 - 6 Monate in der Dialyse
 - können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin 2 Facharztkompetenzen erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

k) In dem Unterabschnitt „13.8 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie“ wird der Absatz „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin
- 36 Monate Weiterbildung in Pneumologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung abgeleistet werden können
 - können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin 2 Facharztkompetenzen erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

l) In dem Unterabschnitt „13.9 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie“ wird der Absatz „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungszeit:

72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin
- 36 Monate Weiterbildung in Rheumatologie, davon
 - 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung abgeleistet werden können
 - können bis zu 18 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden

Werden im Gebiet Innere Medizin 2 Facharztkompetenzen erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“

m) In den Unterabschnitten „13.2 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Angiologie“, „13.3 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie“, „13.4 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie“, „13.5 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie“, „13.6 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie“, „13.7 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie“, „13.8 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie“ und „13.9 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie“ wird in den jeweiligen Absätzen „Weiterbildungsinhalt“ im ersten Spiegelstrich das Wort „gemeinsamen“ vor den Worten „Inhalten der Basisweiterbildung“ gestrichen.

7.) Im Gebiet „14. Gebiet Kinder- und Jugendmedizin“ werden im Schwerpunkt „Neuropädiatrie“ die Absätze „Weiterbildungszeit“ und „Weiterbildungsinhalt“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungszeit“:

36 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon können

- bis zu 12 Monate während der Facharztweiterbildung abgeleistet werden
- 6 Monate in Neurologie angerechnet werden
- bis zu 24 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet/angerechnet werden

„Weiterbildungsinhalt“:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

- der Vorbeugung, Erkennung, konservativen Behandlung und Rehabilitation von Störungen und Erkrankungen einschließlich Neoplasien des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems und der Muskulatur
- der Erkennung angeborener Fehlbildungen des zentralen Nervensystems, der Störungen der Motorik und der Sinnesfunktionen sowie assoziierter Erkrankungen
- der Erkennung und Behandlung entzündlicher, traumatischer und toxischer Erkrankungen und Schäden des Nervensystems und ihrer Folgen
- der Behandlung zerebraler Anfälle und Epilepsien
- neuromuskulären Erkrankungen und Muskelerkrankungen
- vaskulären Erkrankungen des zentralen Nervensystems und der Muskulatur
- neurometabolischen, -degenerativen und -genetischen Erkrankungen
- der Behandlung von Zerebralpareesen
- Stadieneinteilung und Verlauf der intrakraniellen Drucksteigerung und des zerebralen Komats sowie der Hirntoddiagnostik
- der Beurteilung mentaler, motorischer, sprachlicher und psychischer Entwicklungsstörungen sowie von Behinderungen und ihrer psychosozialen Folgen
- der Indikationsstellung zur neuroradiologischen Untersuchung des Nervensystems und der Muskulatur
- der Erstellung von Therapie-, Rehabilitations- und Förderplänen und deren Koordination, z.B. im medizinisch-funktionstherapeutischen, psychologisch-pädagogischen und sozialen Bereich
- der Bewertung der Anwendung von Rehabilitationsverfahren, Bewegungstherapien einschließlich Laufbandtherapien, krankengymnastischen Verfahren, Logopädie, Ergotherapie, Hilfsmittelversorgung, Sozialmaßnahmen und neuropsychologischen Therapieverfahren

Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren:

- Elektroenzephalogramm, Polygraphie und elektrophysiologische Untersuchungen, z.B. Elektromyographie, Elektroneurographie, visuell, somatosensibel, motorisch und akustisch evozierte Potenziale
- Ultraschalluntersuchungen des zentralen und peripheren Nervensystems und der Muskulatur“

8.) Im Gebiet „15. Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ wird folgendes geändert:

a) Der Absatz „Weiterbildungszeit“ wird wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungszeit“:

60 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 12 Monate in Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie und/oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, davon können
 - 6 Monate in Neuropädiatrie angerechnet werden
- können bis zu 30 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet/angerechnet werden“

b) In dem Absatz „Weiterbildungsinhalt“ wird nach dem Spiegelstrich „– der Indikationsstellung und Methodik neuroradiologischer und elektrophysiologischer Verfahren einschließlich der Beurteilung und Einordnung in das Krankheitsbild“ folgender neuer Spiegelstrich angefügt:

„– der Zusatz-Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung als integralem Bestandteil der Facharztkompetenz einschließlich der Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit“

9.) Im Gebiet „20. Gebiet Neurologie“ wird der Absatz „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungszeit“:

60 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 24 Monate in der stationären neurologischen Patientenversorgung
- 12 Monate in Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie und/oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- 6 Monate in der intensivmedizinischen Versorgung neurologischer Patienten
- können bis zu 12 Monate im Gebiet Innere Medizin und/oder in Allgemeinmedizin, Anatomie, Neurochirurgie, Neuropathologie, Neuroradiologie, und/oder Physiologie angerechnet werden
- können bis zu 24 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet/angerechnet werden“

10.) Im Gebiet „25. Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin“ wird der Absatz „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungszeit“:

60 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 12 Monate in der stationären Patientenversorgung im Gebiet Chirurgie und/oder in Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Neurochirurgie und/oder Urologie
- 12 Monate in der stationären Patientenversorgung im Gebiet Innere Medizin, Anästhesiologie, Kinder- und Jugendmedizin und/oder Neurologie
- können bis zu 24 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden“

11.) Im Gebiet „27. Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ wird der Absatz „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungszeit“:

60 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

Landesärztekammer Hessen

- 12 Monate in Psychiatrie und Psychotherapie, davon können
 - 6 Monate Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie angerechnet werden
- 12 Monate im Gebiet Allgemeinmedizin oder Innere Medizin davon können
 - 6 Monate in anderen Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung angerechnet werden
- können bis zu 24 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet/angerechnet werden“

12.) Im Gebiet „30. Gebiet Rechtsmedizin“ wird der Absatz „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungszeit:

- 60 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon
- 6 Monate im Gebiet Pathologie
 - 6 Monate in Psychiatrie und Psychotherapie oder Forensische Psychiatrie
 - können 6 Monate im Gebiet Pathologie oder in Anatomie, Öffentliches Gesundheitswesen, Pharmakologie und Toxikologie, Psychiatrie und Psychotherapie oder Forensische Psychiatrie angerechnet werden“

13.) Im Gebiet „31. Gebiet Strahlentherapie“ wird der Absatz „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungszeit:

- 60 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon
- 12 Monate in der stationären Patientenversorgung, davon können
 - 6 Monate in einem anderen Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung angerechnet werden
 - können bis zu 12 Monate in Radiologie und/oder Nuklearmedizin angerechnet werden“

14.) Im Gebiet „32. Gebiet Transfusionsmedizin“ wird der Absatz „Weiterbildungszeit“ wie folgt neu gefasst:

„Weiterbildungszeit:

- 60 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon
- 24 Monate in der stationären Patientenversorgung im Gebiet Chirurgie, Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Neurochirurgie und/oder Urologie, davon können

- 6 Monate im ambulanten Bereich in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung angerechnet werden
- können bis zu 12 Monate in Laboratoriumsmedizin angerechnet werden, davon können
 - 6 Monate in Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie angerechnet werden“

15.) In Abschnitt C „Zusatz-Weiterbildungen“ wird die Zusatz-Weiterbildung „Physikalische Therapie und Balneologie“ wie folgt geändert:

- a) Nach dem Satz „Die Bezeichnung „Badearzt“ oder „Kurarzt“ kann geführt werden, wenn der Arzt/die Ärztin in einem amtlich anerkannten Kurort tätig ist.“ wird folgender neuer Satz „Die Bezeichnung „Badearzt“ oder „Kurarzt“ dürfen auch Ärzte führen, die in einem amtlich anerkannten Kurort tätig sind und die 240 Stunden Kurs-Weiterbildung in Physikalische Therapie und Balneologie nachweisen.“ angefügt.
- b) Der Absatz „Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung“ wird wie folgt neu gefasst:
„Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung“.

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Juli 2011 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. März 2011 beschlossene und vom Hessischen Sozialministerium am 23. Mai 2011 (Geschäftszeichen: -V1-18b-2120-) gemäß § 35 Abs. 1 des Hessischen Heilberufsgesetzes genehmigte Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 25. Mai 2011



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

Spendenaufwurf zugunsten der Berufsschulen mit Klassen für Medizinische Fachangestellte“

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die Berufsschulen, an denen Klassen für Medizinische Fachangestellte eingerichtet sind, wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie Geräte (z.B. EKG-Gerät, Blutdruckmessgerät, Zentrifuge, Mikroskop, Photometer), die Sie in Ihrer Praxis nicht mehr benötigen, den Berufsschulen zur Verfügung stellen würden. Die Geräte müssen funktionsfähig sein. Als Kontaktpersonen stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen der jeweils für Sie zuständigen Bezirksärztekammer zur Verfügung, die die Vermittlung übernehmen werden.

Darüber hinaus sind die Berufsschulen stets dankbar für Geldspenden.

Da die öffentlichen Mittel immer knapper werden, müssen zunehmend Anschaffungen, die sinnvoll und für die Ausbildung vorteilhaft wären, unterbleiben! Erkundigen Sie sich, ob Sie im Einzelfall eine Spendenquittung erhalten können.

Vor allem infolge der neu geordneten Ausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten müssen Berufsschulen nach Lernfeldern unterrichten, was im Endeffekt auch mehr Praxisbezug erfordert.

Ich danke Ihnen im Voraus.

Dr. med. Detlev Steininger, Darmstadt
Vorsitzender des Berufsbildungsausschusses

Aufgrund §§ 5, 6a, 8, 10 und 17 Abs. 1 Nr. 7 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66-87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. März 2010 (GVBl. I S. 123), i.V.m. § 5 Abs. 6t der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBl. 9/1995, S. 293-295), zuletzt geändert durch Satzung vom 1. Dezember 2008 (HÄBl. 1/2009, S. 72) hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. März 2011 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Satzung der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung

I.

Die Satzung der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung vom 3. Dezember 2003 (HÄBl. 1/2004, S. 53-54), geändert am 5. Dezember 2007 (HÄBl. 1/2008, S. 49-50), wird wie folgt geändert:

- 1.) § 7 wird gestrichen.
- 2.) Die Anlage zu § 7 wird gestrichen.

II.

Übergangsbestimmung

Kammerangehörige, die sich nachweislich am 31. Dezember 2011 in der Fortbildung zum Erwerb des Freiwilligen Fortbildungszertifikats nach § 7 der

Satzung der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung befinden, können diese nach der bisher gültigen Satzung abschließen und bis spätestens 31. Dezember 2016 das Freiwillige Fortbildungszertifikat erwerben.

III.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Januar 2012 in Kraft. Artikel 2 der Satzung tritt am 1. Januar 2017 außer Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. März 2011 beschlossene Änderung der Akademiesatzung wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 25. Mai 2011



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

Aufgrund §§ 2, 3 und 11 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66, 242), zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. März 2010 (GVBl. I S. 123), i.V.m. §§ 2, 5 Absatz 6 Buchstabe „r“, 13 Absatz 2 und 16 der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBl. 9/1995, S. 293-295), zuletzt geändert durch Satzung vom 1. Dezember 2008 (HÄBl. 1/2009, S. 72), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. März 2011 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Meldeordnung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Meldeordnung der Landesärztekammer Hessen vom 1. Juli 1996 (HÄBl. 8/1996, S. 262-264); zuletzt geändert am 8. Dezember 2010 (HÄBl. 1/2011, S. 57), wird wie folgt geändert:

§ 8 Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt neu gefasst:

„Ebenso können Berufsangehörige, die ihren Beruf nicht ausüben, aber zuletzt in Hessen ärztlich tätig waren oder ihre Hauptwohnung in Hessen haben, und Berufsangehörige, die zuletzt ihren Beruf in Hessen ausgeübt haben und nun außerhalb der Bundesrepublik Deutschland tätig sind, freiwilliges Mitglied werden.“

II.

Neubekanntmachung

Der Präsident wird ermächtigt, die Meldeordnung in der sich aus dieser Satzung ergebenden Fassung mit neuem Datum bekannt zu machen und Unstimmigkeiten des Wortlauts zu beseitigen.

III.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Juli 2011 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. März 2011 beschlossene Änderung der Meldeordnung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 25. Mai 2011



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

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 übersenden per Post, online über das Formular Adressänderungen unter www.laekh.de, per Mail an meldewesen@laekh.de oder selbstverständlich 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	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Darmstadt	Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Bensheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Bensheim	Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)

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-Ginnheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt am Main-Eschersheim	Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt am Main-Höchst	Kinderärztin/Kinderarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt am Main-Westend	Kinderärztin/Kinderarzt
Frankfurt am Main-Westend	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main-Eschersheim	Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Hofheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Kelkheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Hattersheim	Internistin/Internist – fachärztlich -
Sulzbach	Frauenärztin/Frauenarzt
Bad Soden	Hautärztin/Hautarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach am Main-Innenstadt	Orthopädin/Orthopäde (Überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Offenbach am Main-Innenstadt	Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Gelnhausen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Bruckköbel	Kinderärztin/Kinderarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Bad Homburg	Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
-------------	---

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

Planungsbereich Landkreis Gießen

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

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

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

Planungsbereich Landkreis Marburg-Biedenkopf

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

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Bad Zwesten	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Gudensberg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

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

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

Planungsbereich Landkreis Fulda

Großenlüder Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Fulda Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Fulda HNO-Ärztin/HNO-Arzt
Fulda Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin

Planungsbereich Hersfeld-Rotenburg

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

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Kassel Augenärztin/Augenarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Kassel Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Kassel Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Kassel Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Landkreis Kassel

Wolfhagen Kinderärztin/Kinderarzt

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Eschwege Frauenärztin/Frauenarzt
Witzenhausen Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Großalmerode Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Eschwege Augenärztin/Augenarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

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 Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Wiesbaden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Wiesbaden Augenärztin/Augenarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Wiesbaden Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Wiesbaden Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater

Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

Oestrich-Winkel Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Rheingau-Taunus-Kreis Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Limburg-Weilburg

Hadamar Orthopädin/Orthopäde
Limburg HNO-Ärztin/HNO-Arzt

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

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

Praxisvertreter/-innen für Praxisvertretungen im Land Hessen.

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

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

Durch die KV Hessen für ungültig erklärte Ausweise/Stempel:

Bereitschaftsdienstausweis Nr. 4098, ausgestellt am 2.1.2000, für Kai Götte, Usingen,

Bereitschaftsdienstausweis Nr. 6541, ausgestellt am 30.8.2004, für Dr. med. Jens Ulrich Nefflen, Heidelberg.

Prometheus LernAtlas der Anatomie.

Thieme Verlag, Stuttgart.

Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem: 2. überarb. und erw. Auflage 2007. 600 Seiten. ISBN 978-3-13-139522-1, Euro 69,95.

Innere Organe: 2. überarb. und erw. Auflage 2009. 482 Seiten. ISBN 978-3-13-139532-0. Euro 49,95.

Kopf, Hals und Neuroanatomie: 2. überarb. und erw. Auflage 2009. 541 Seiten. ISBN 978-3-13-139542-0. Euro 54,95.

Das Medizinstudium basiert in den vorklinischen Semestern hauptsächlich auf dem Fach Anatomie. Zu Beginn des Studiums hat man die Qual der Wahl für welches Anatomiebuch bzw. für welchen Atlas man sich entscheidet. Entweder fällt die Entscheidung nach Vorgabe des entsprechenden Dozenten oder aber man folgt den Ratschlägen klinisch älterer Semester bzw. fertiger Mediziner, die den Bezug zur Anatomie aus ihrer Anwendung beurteilen. Ich habe mich für den Prometheus, einen dreibändigen Lernatlas der Anatomie in der 2. Auflage vom Georg Thieme Verlag, entschieden.

Als Lernatlas ist er die ideale Verbindung von Anatomiebuch und Atlas, weil er die höchstanschaulichen Darstellungen eines Anatomie-Atlanten mit den theoretischen Hintergründen eines Anatomie-Lehrbuches vorbildlich verknüpft.

Die drei Bände gliedern sich in Band I: „Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem“, Band II: „Kopf, Hals und Neuroanatomie“ und Band III: „Innere Organe“. Jeder dieser Bände ist dann nochmals in mehrere, sich farblich voneinander abhebende Kapitel unterteilt, pro Doppelseite ergibt sich eine Lerneinheit. Diese bauen systematisch aufeinander auf. In einer Einheit finden sich Zeichnungen, sowie deren sehr gute anatomische und funktionelle Erläuterungen. Wo es passt, sind auch noch klinische Bezüge eingearbeitet. Ganz nach den

neuen Anforderung der ÄPO lernt man Muskeln nicht nur nach den typischen vier Punkten: Ursprung, Ansatz, Funktion und Innervation, sondern es werden gleichzeitig auch die Symptome bei Ausfall dieser Muskeln beschrieben. Tabellen und Listen fassen zusätzlich noch einmal das Wichtigste zusammen und erleichtern so die optimale Examensvorbereitung. Überzeugt hat mich der Prometheus durch seine qualitativ sehr hochwertigen Zeichnungen und seine Übersichtlichkeit. Diese entsteht u.a. durch die Unterteilung in Funktionsgruppen. So wird die Unterarmmuskulatur z.B. in oberflächliche und tiefe Flexoren unterteilt. Durch diese Einteilung kann man alle Flexoren sehen, auch wenn sie anatomisch eigentlich von den Oberflächlichen verdeckt wären. Auch das „stückchenweise“ lernen wird durch diese Einteilung ermöglicht.

Besonders hilfreich zum Erlernen von Ansatz und Ursprung der Muskeln sind die Schemazeichnungen jeweils auf der linken Seite. Hierdurch werden die Standardfunktionen: Flexion und Extension sowie Pro- und Supination auf besonders einprägsame Weise veranschaulicht. Dies ist bei reinen Anatomiezeichnungen häufig nur sehr schwer nachzuvollziehen.

Für eine neue Ausgabe des Prometheus wäre es wünschenswert, Merksätze zu den einzelnen Lerneinheiten einzuarbeiten, um dem Leser das Lernen noch weiter zu erleichtern.

Der Preis von fünfzig bis siebzig Euro pro Band führt dazu, dass man sich als Medizinstudent die Anschaffung genau überlegt. Allerdings ist der Prometheus ein Atlas, den man auch nach seiner Vorklinikzeit noch als Nachschlagewerk benutzen wird. Nicht zuletzt durch seine vorzüglichen Darstellungen und sein besonders ausführliches Inhaltsverzeichnis sowie Register. Somit lohnt sich die Anschaffung.

Antonia Uthoff, Rostock

Norbert Ulfig: Kurzlehrbuch Embryologie.

2. überarbeitete Auflage, nach dem neuen GK 1. 2009. X. 170 Seiten mit 121 Abbildungen und 9 Tabellen. Thieme Verlag, Stuttgart. ISBN 978-3-13-139582-5. Euro 22,95.

Das Buch ist in dem typischen „Kurzlehrbuchstil“ vom Thieme Verlag gehalten. Vor jedem Kapitel steht ein klinisches Fallbeispiel und innerhalb des Kapitels folgen weitere klinische Bezüge zu diesem Thema. Dazu findet sich im direkten Bezug ein „Lern-Coach“, der jeweils einen kurzen Überblick über das Thema und Tipps zu dessen Erarbeitung gibt. Am Ende steht ein „Check-up“, der darauf hinweist, was man jetzt zu diesem Thema wissen sollte. Zusätzliche Merkkästchen weisen auf Prüfungsschwerpunkte hin. Dieser systematische Aufbau hebt prüfungsrelevante Schwerpunkte hervor und wirkt lernmotivierend.

Zu Anfang des Buches werden die wichtigsten Begriffe für das Verständnis des nachfolgenden Kapitels der „Allgemeinen Embryologie“ definiert. Die darauf folgenden Kapitel befassen sich mit „speziellen“ Gebieten der Embryologie, wie zum Beispiel dem Nervensystem.

In Kombination mit der Vorlesung des Autors zum Fach Embryologie ist dieses Kurzlehrbuch verständlich und auch ausreichend für die Prüfungsvorbereitung. Als alleiniges Lernmedium reicht es allerdings nicht aus, dafür ist es zu kurz gehalten. Der Preis von 22,95 Euro entspricht dem studentischen Budget.

Zum besseren Verständnis wären noch mehr Zeichnungen wünschenswert, vor allem im Bereich ZNS. Ein Bildverweis aber das Fehlen, des dazu gehörigen Bildes, ist irritierend. So wird auf eine Abbildung 2.22 auf Seite 32 verwiesen, die es jedoch im Buch nicht gibt. Auch das unvollständige Sachverzeichnis erschwert es, Begriffe die an späterer Stelle des Bu-

ches noch einmal vorkommen und deren Definition einem nicht mehr geläufig ist, noch einmal nachzuschlagen.

Antonia Uthoff, Rostock

Gisela Boeck: **Kurzlehrbuch Chemie**. 2. überarbeitete Auflage. 2008. IX. 225 Seiten, mit 146 zum Teil farbigen Abbildungen. Thieme Verlag, Stuttgart. ISBN 978-3-13-135522-5. Euro 22,95.

Das Kurzlehrbuch Chemie von Gisela Boeck in der 2. Auflage befasst sich mit der anorganischen und organischen Chemie.

Es folgt dem typischen Aufbau der Thieme Kurzlehrbuchreihe. Zu Anfang der Kapitel steht ein Lerncoach, der mit einer knappen Inhaltsangabe auf das Thema vorbereitet und auf die Schwerpunkte aufmerksam macht. Innerhalb des Kapitels erleichtern Merkkästchen und farbige Hervorhebungen das Lernen. Der Check-up am Ende ermöglicht eine effektive Selbstkontrolle. Auch die Übungsaufgaben zu jedem Thema, mit den Lösungen am Ende des Buches, verhelfen zu einer guten Selbstkontrolle. Die klinischen Bezüge am Anfang der Kapitel und auch innerhalb derselben vermitteln den Sinn des Faches innerhalb des Medizinstudiums und wirken somit sehr motivierend. Obwohl es ein Kurzlehrbuch ist, verlangt dieses Buch keinerlei Vorkenntnisse im Fach Chemie. Das Buch fängt wirklich mit den „Basics“ der Chemie an und erklärt diese in einer einfach zu verstehenden Sprache. Besonders die gewählten Beispiele helfen das Gelesene gut zu verstehen. Für den Che-

miekurs der Vorklinik reicht dieses Buch vollkommen aus. Ich selbst lerne und verstehe allerdings besser, wenn ich viele Aufgaben löse. Deshalb hat sich für mich die zusätzliche Anschaffung des Übungsheftes von Gisela Boeck gelohnt, um eine optimale Klausurvorbereitung zu ermöglichen. Der Preis von 22,95 Euro ist durch die hohe Qualität des Buches völlig gerechtfertigt.

Antonia Uthoff, Rostock

Oliver Erens: **Zauberei für Dummies**. Wiley Verlag, Weinheim. 2011. 362 Seiten. Euro 19,95.

Zaubern und verzaubern – und das mit ärztlichem Sachverstand

Manche träumen davon, Jungfrauen durch die Lüfte schweben zu lassen. Andere würden viel dafür geben, Kaninchen aus dem Zylinder ziehen oder Nachbarn mit raffinierten Kartenspielertricks beeindrucken zu können. Aber wie? Den Zauberer um die Ecke fragen? Seit diesem Frühjahr gibt es eine empfehlenswertere Alternative: Oliver Erens neues Zauberbuch „Zauberei für Dummies“ – erschienen in einer Reihe „die ihren Lesern praktische, spaßige und leicht verständliche Anleitungen für Beruf und Freizeit gibt – ist ein Füllhorn voller Kunststücke und illusionistischer Tricks“. Seit er im Alter von elf Jahren auf einem Kindergeburtstag zum ersten Mal einem Zauberer begegnete, ist der 1967 in Heidelberg geborene Arzt Erens vom Virus der Zauberei befallen. Ein Freund seines Vaters machte ihn früh mit dem Magischen

Zirkel, einem bundesweit rund 3.000 Mitglieder zählenden Verein bekannt. Mit Erfolg bestand der damals 16-jährige die Aufnahmeprüfung in den illustren Kreis und wurde zu Deutschlands jüngstem Zauberer. Auch wenn er sie nicht zu seinem Beruf gemacht hat, ist die Magie noch heute sein liebstes Hobby.

Erens studierte an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt und an der Vanderbilt University in Nashville, Tennessee Medizin. Nach seiner Promotion in der Kardiologie und der Approbation in Hessen war er zunächst in einer internistischen Hausarztpraxis in Dreieich tätig. Seit 13 Jahren ist er für die Öffentlichkeitsarbeit der Landesärztekammer Baden-Württemberg verantwortlich und seit 2007 Chefredakteur des dortigen Ärzteblattes. Auf Medizinischen Kongressen verblüffte Erens seine Kollegen schon früh mit raffinierten Seiltricks, brachte Münzen zum Verschwinden und ließ sie an unverhofften Stellen wieder auftauchen. Neben Publikationen in den Zeitschriften des Magischen Zirkels – „Magie“ und „Magische Welt“ – rief der zaubernde Arzt einen eigenen Fachverlag ins Leben, den Zauberbuchverlag, und veröffentlichte 1995 sein erstes, inzwischen vergriffenes Buch unter dem Titel „Inside Card-Magic“.

In seinem jüngsten Buch befasst Erens sich mit allen Sparten der Zauberkunst, u.a sind darin Kunststücke mit Spielkarten, Münzen und Seilen, aber auch Mentalmagie – scheinbare Gedankenleserei oder Vorhersagen – enthalten. Auch moderne Medien kommen zum Einsatz, so ein unterhaltsames Zauberkunststück mit dem Smartphone.

Katja Möhrle