



# Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

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

11 | 2012

November 2012

73. Jahrgang

- **Zertifizierte Fortbildung:**  
Diagnose? Leicht gemacht!
- **Herz in Gefahr**
- **Einführung einer Meldepflicht**  
für gramnegative Erreger mit  
erworbener Carbapenem-  
Resistenz in Hessen
- **Peer-Review in der**  
Intensivmedizin
- **„Neue“ Patientenrechte**  
Deutliche Haftungsverschärfung  
für die Ärzteschaft
- **Gesundheit und Prävention in der**  
Arbeitswelt

Ein Mann erleidet einen Herzinfarkt

© kmiragaya, Fotolia.com

**Wichtig: Sonderheft zu 11/2012**  
Änderung der Satzung und  
Vorsorgungsordnung des  
Vorsorgungswerkes der  
Landesärztekammer  
Hessen

**Hessisches Ärzteblatt**

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

**Impressum****Herausgeber:**

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

**Schriftleitung (verantwortlich):**

Prof. Dr. med. 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. med. Klaus-Reinhard Genth

**Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:**

Katja Möhrle, M. A.

**Redaktions-Beirat:**

Prof. Dr. med. Erika Baum, Biebental  
Armin Beck, Flörsheim  
Monika Buchalik, Hanau  
Prof. Dr. med. Ulrich Finke, Offenbach  
Dr. med. Brigitte Hentschel-Weiß, Groß-Gerau  
Prof. Dr. med. Dietrich Höffler, Darmstadt  
Dr. med. Hans-Martin Hübner, Langgöns  
Prof. Dr. med. Manuela Koch, Marburg  
Dr. med. Snjezana Krückeberg, Bad Homburg  
Martin Leimbeck, Braunsfeld  
PD Dr. med. Ute Maronna, Frankfurt  
Dr. med. Edgar Pinkowski, Pohlheim  
Karl Matthias Roth, Fischbachtal  
Christian Sommerbrodt, Wiesbaden  
Dr. med. Gösta Strasding, Frankfurt  
Prof. Dr. med. Michael Tryba, Kassel  
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-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig  
Fon: 0341 710039-90, Fax: 0341 710039-74 u. -99  
Internet: www.l-va.de, E-Mail: lk@l-va.de

**Verlagsleitung:**

Dr. Rainer Stumpe

**Anzeigenendisposition:**

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 2012 vom 1.1.2012 gültig.

**Bezugspreis / Abonnementspreise:**

Der Bezugspreis im Inland beträgt 123,00 € inkl. Versandkosten (12 Ausgaben), im Ausland 123,00 € zzgl. Versand, Einzelheft 12,75 € 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**

Erhalt der Trägervielfalt in Hessen **720**

**4. Hessisches Gründer- und Abgeberforum der KV Hessen in Kassel** **722**

**Fortbildung**

Zertifizierte Fortbildung: Diagnose? Leicht gemacht! **723**

Sicherer Verordnen **747**

Aktuelle Risikoinformationen des Paul-Ehrlich-Institutes und des BfArM **748**

**Medizinisches Kreuzworträtsel** **731**

**Aktuelles**

Herz in Gefahr

Deutsche Herzstiftung startet bundesweite Herzwochen zur koronaren Herzkrankheit **732**

Einführung einer Meldepflicht für gramnegative Erreger

mit erworbener Carbapenem-Resistenz in Hessen **734**

Weibliche Genitalbeschneidung – Prävention und Opferschutz in Hessen **738**

**Landesärztekammer Hessen**

Peer-Review in der Intensivmedizin – Qualitätssicherung von Ärzten für Ärzte **740**

Der medizinische Gutachter – Brückenschlag zwischen Arzt und Juristen **742**

**Arzt- und Kassenarztrecht**

Bericht über die Arbeit der Gutachter- und Schlichtungsstelle im Jahre 2011 **743**

„Neue“ Patientenrechte – Deutliche Haftungsverschärfung für die Ärzteschaft **744**

**Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim** **749**

**Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim** **755**

**Ansichten und Einsichten**

Der Weg der Palliativmedizin in Frankfurt am Main **757**

Reihe Gesundheit und Prävention in der Arbeitswelt: Psychische Gesundheit/psychische

Erkrankung als Ursache für Probleme und Ausfallzeiten am Arbeitsplatz und

als Folge von arbeitsplatzassoziierten Stressoren (Teil 1) **760**

Ein Unwetter an Ausscheidungen, eine Flut von Anträgen **762**

**Parlando**

Die Liebe des Dichters zur harten Münze / TRIEST ist einen Besuch wert **763**

**Briefe an die Schriftleitung** **766**

**Von hessischen Ärztinnen und Ärzten** **771**

**Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen** **772**

**Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen** **777**

**Sonderheft zu 11/2012**

**Änderung der Satzung und Versorgungsordnung  
des Versorgungswerkes der LÄK Hessen**

**787-833**

*In dieser Ausgabe finden Sie in einigen PLZ-Gebieten eine Beilage des Zentrums für  
Angewandte Hypnose, für deren Inhalt der Werbungtreibende verantwortlich ist.*

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

## Erhalt der Trägervielfalt in Hessen



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

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Nun liegt es vor, das mit Spannung erwartete Konzept zum Erhalt öffentlicher Krankenhaussträgerschaft, das Sozialminister Stefan Grüttner im September in Wiesbaden vorstellte (die 17-seitige Kurzausga-

be des Konzepts steht auf der Homepage des hessischen Sozialministeriums zum Download zur Verfügung). Schließlich steht einigen der 43 kommunalen Krankenhäuser in Hessen das Wasser bis zum Hals. Besonders betroffen sind die Krankenhäuser in Südhessen. Vieles scheint für das – sicher noch zu diskutierende und zu vertiefende – Konzept zu sprechen. Danach könnte eine öffentlich-rechtliche Stiftung für die bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung der hessischen Bevölkerung gegründet werden. Auf diese Weise sollen künftige Gewinne nur der Gesundheitsversorgung zugutekommen. Dies halte ich eigentlich für eine Selbstverständlichkeit. Ein parallel zu gründender Zweckverband soll als Solidargemeinschaft die Verpflichtung der einzelnen Kommunen übernehmen, Krankenhäuser zu betreiben, während das operative Geschäft von einer darunter angesiedelten Holdinggesellschaft, an der Zweckverband und Stiftung Anteile halten, gesteuert wird. Auf diese Weise sollen operative Entscheidungen ermöglicht werden, die nur auf fachlicher Grundlage getroffen werden. An dieser Stelle wird es spannend. Werden sich die verantwortlichen Lokal-

politiker tatsächlich wie gefordert zumindest in Teilen von ihrem Einfluss auf das örtliche Management verabschieden? Gerade dieser lokalpolitische Einfluss, den z.B. Stadtverordnete in Aufsichtsgremien auf die Leitung eines Krankenhauses nehmen – böse Zungen sprechen von Kirchturmdenken –, gilt nach Überzeugung vieler Gesundheitsökonomien als eines der Übel, unter denen kommunale Krankenhäuser leiden. Soweit die ökonomische Sichtweise. Dagegen ließe sich aber auch einwenden, dass das Patientenwohl nicht zuletzt aufgrund lokalpolitischer Mitsprache bisher in kommunalen Krankenhäusern Vorrang vor wirtschaftlichen Interessen hat.

Ich hoffe, dass sich die Träger der hessischen, kommunalen Krankenhäuser ernsthaft mit dem vorliegenden Konzept auseinandersetzen und ihre Vorstellungen in die Diskussion mit einbringen. Gemeinhin allerdings erwächst aus gemeinschaftlichem Handeln Stärke. Die juristischen und hier besonders die gesellschafts- oder kommunalrechtlichen Fragen vermag ich nicht zu beurteilen, will aber dessen ungeachtet die eine oder andere Überlegung anstellen.

Der Verbleib der Altschulden, die dem Vorschlag nach nicht mehr in Gänze, sondern nur zum Teil bei den Kommunen verbleiben und zum Teil von der neuen Holding übernommen würden, wirft weitere Fragen auf. Ist dieser Anreiz für die zum Teil dramatisch verschuldeten Kommunen ausreichend, um vom Verkauf ihrer Krankenhäuser Abstand zu nehmen oder nehmen zu können? Wie sehen die Erfolgs-

aussichten für eine neue Holding aus, die gleich mit Schulden an den Start gehen muss?

Davon abgesehen bleibt die Frage, die natürlich nicht in Hessen gelöst werden kann, nach der zukünftigen und zwar ausreichenden Finanzierung der Krankenhäuser weiter offen. Nach wie vor werden Tarifsteigerungen nicht voll refinanziert.

Des Weiteren steht in Hessen die Umstellung der Investitionsförderung (die im Übrigen bekanntermaßen bundesweit nicht ausreichend bemessen ist und wohl auch zur wirtschaftlichen Schieflage einiger Häuser beigetragen hat) von einer Einzelförderung auf jährliche pauschalierte Zuwendungen bevor. Auch dies wirft Fragen nach der Gestaltung des Übergangs auf.

Das Konzept sieht besonders bei den so genannten Tertiärleistungen beachtliche Einsparpotentiale, was kaum jemand bezweifeln wird. Hoffentlich führt dies jedoch nicht zu Übertreibungen, denn Schlagzeilen wie jene im Zuge der Übernahme der Damp-Kliniken durch Helios über die – mittlerweile zurückgenommenen – Kündigungen der Service-Mitarbeiter sind kaum hilfreich. Kam doch ein im Mai 2010 vorgelegtes Forschungsgutachten des Deutschen Krankenhausinstituts zu dem Schluss: „Erfolg ist in kommunalen Krankenhäusern im Wesentlichen eine Frage der Wertschätzung der Mitarbeiter und der Qualität der Führung. Hohe soziale Kompetenz, sozialer Anspruch und absolute Verlässlichkeit stehen dabei im Vordergrund. Nachhaltigkeit und Kontinuität bestimmen dabei das Bild kommunaler Krankenhäuser und tragen wesentlich zur Zielerreichung bei.“

Diese auch für andere Kliniken und Klinikverbünde beispielhafte Qualität kommunaler Krankenhäuser muss unbedingt erhalten bleiben! Die Fürsorge für die Patienten und damit auch die ärztliche Versorgung dürfen keinesfalls einer rein ökonomisch ausgerichteten Krankenhausführung geopfert werden.

Wertschätzung sollte jedoch nicht nur Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in Krankenhäusern, ob Arzt oder Reinigungskraft, sondern auch den niedergelassenen

Vertragsärztinnen und Vertragsärzten entgegengebracht werden. Pauschale Verunglimpfungen, provozierende Honorarverhandlungen oder gezielte Medienkampagnen sind dazu nicht angetan.

Umso mehr freue ich mich, dass einem unserer hessischen Kollegen eine besondere Wertschätzung entgegen gebracht wurde. Professor Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, Direktor des Frankfurter Instituts für Allgemeinmedizin des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität Frankfurt,

wurde zum neuen Vorsitzenden des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen berufen. Fehlende Langeweile ist ihm garantiert.

*Ihr*



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

## Ihr „Heißer Draht“ zum Präsidenten

### Telefonsprechstunde mit Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

Sie haben Ideen, Vorschläge, Lob oder auch Kritik? Wie kann sich die Landesärztekammer noch besser für Sie und Ihre Anliegen engagieren?

Die „Telefonsprechstunde“ bietet Ihnen die Möglichkeit, direkt mit Kammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach Kontakt aufzunehmen.

Am Dienstag, 13. November, wird der Präsident der Landesärztekammer Hessen von 19:00 bis 20:00 Uhr unter der **Tel.-Nr. 069 97672-777** für Sie erreichbar sein.

Die nächsten Telefonsprechstunden sind:  
20. November, 27. November, 11. Dezember und  
18. Dezember 2012 jeweils von 19:00 – 20:00 Uhr.

**Wir bringen Sie  
zusammen!**

Foto: Scherer

**PRAXISFORUM**

SUCHE PRAXIS

BIETE PRAXIS

**17. Nov. 2012  
Kassel  
10 – 14 Uhr**

## 4. Hessisches Gründer- und Abgeberforum

- ✓ Für Ärzte und Psychotherapeuten, die ihre Praxis abgeben wollen!
- ✓ Für Ärzte und Psychotherapeuten, die sich niederlassen wollen!
- ✓ Für Klinikärzte!
- ✓ Für Weiterbildungsassistenten!

Das erwartet Sie: ... Praxisbörse ... Fachvortrag ... individuelle Beratung ... Meeting Point ...

### Veranstaltungsort:

Kongress Palais Kassel  
Holger-Börner-Platz 1 /  
Eingang Aschrottplatz, Kolonnadensaal  
34119 Kassel

### Nähere Infos und Anmeldung:

Online über [www.kvhessen.de](http://www.kvhessen.de),  
per E-Mail an: [praxisforum@kvhessen.de](mailto:praxisforum@kvhessen.de) oder  
per Fax an: (05 61) 7008-4747

**Wir freuen uns auf Sie!**

## Zertifizierte Fortbildung



**Ulrich Klaus Fetzner · Prof. Dr. Arnulf Hölscher**

Universitätsklinikum Köln, Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie, Köln

VNR 2760602012100910003

## Diagnose? Leicht gemacht!

### Mit Anamnese und Untersuchung zum Erfolg

#### Zusammenfassung

Trotz des rasanten Zuwachses von Verfahren und Qualität technischer Diagnostik („Zeitalter der Videokapselendoskopie“) verlieren die Befragung und körperliche Untersuchung des Patienten keineswegs an Bedeutung. Im Gegenteil – sie erfahren einen Bedeutungszuwachs: Diagnostisch nicht weiterführende, unnütze oder gar in die Irre führende technische Diagnostik ist kostspielig und kann insbesondere auch mit Risiken/Belastungen für den Patienten verbunden sein. Anamnese und Untersuchung bleiben somit unverzichtbare Basis des ärztlichen Handelns. Der erfahrene Hausarzt kann über 90% der Diagnosen allein anhand einer sorgfältigen Anamneseerhebung stellen. Der vorliegende Beitrag soll dazu beitragen, das Wissen zur allgemeinen Anamnese und klinischen Untersuchung praxisbezogen aufzufrischen.

#### Schlüsselwörter

Anamnese · Klinische Untersuchung · Diagnose · Differentialdiagnose · Dokumentation

## Allgemeine Anamneseerhebung

Fachbegriffe sollten im Patientengespräch vermieden oder erklärt werden

Suggestivfragen sind möglichst immer zu vermeiden

Nur der Patient selbst kann den Arzt von der Schweigepflicht entbinden

Die meisten Diagnosen können von erfahrenen Klinikern allein anhand einer sorgfältigen, strukturierten und gezielten Anamnese sowie einer klinischen Untersuchung gestellt werden. Eine nachfolgende gezielte technische Diagnostik dient in diesem Falle lediglich der Diagnosesicherung bzw. der Differentialdiagnose. Eine sorgfältige Anamnese und eine gründliche klinische Untersuchung bilden zudem die erste Grundlage eines Vertrauensverhältnisses, d. h. einer guten Arzt-Patient-Beziehung, einer „persönlichen Medizin“.

Die allgemeinmedizinische Praxis weist fachspezifische Besonderheiten des Patient-Arzt-Kontakts auf:

- Beim Erstkontakt handelt es sich um das „unausgelesene Krankengut“, der Arzt ist häufig „Erstdiagnostiker“ einer Erkrankung.
- Trotz der Rolle des Allgemeinmediziners als „tragende Säule der sozialen Sicherheit“ ist er gezwungen, Anamnese, Untersuchung, Diagnostik und Beratung/Behandlung/Versorgung in kurzer Zeit zu bewerkstelligen.
- Der Einsatz technischer Hilfsmittel bezüglich der Diagnostik ist begrenzt.

## Allgemeine Anamneseerhebung

Einen Überblick über Aufgaben bzw. Bereiche und Ziele der Anamnese gibt **Tab. 1**.

### Anamnesetechnik

Wichtig für die Anamneseerhebung ist eine ruhige, ungestörte Atmosphäre. Professionelles Auftreten, Zuverlässigkeit, Sorgfalt und Empathie sollten selbstverständlich sein. Jüngste Befragungen haben ergeben, dass Kompetenz, Verlässlichkeit und das Sich-etwas-Zeit-Nehmen die Charaktereigenschaften sind, die sich Patienten am meisten von ihrem Arzt wünschen. Eine besondere Herausforderung

für den Arzt sind aggressive, demütige, traurige, fordernde und hypochondrische Patienten. Fachbegriffe sollten im Gespräch vermieden oder erklärt werden. Wer als Mediziner etwas – auch noch so Komplexes – wirklich selbst verstanden hat, kann es auch mit einfachen Worten dem Patienten erklären. Dies sollte eine der Hauptkompetenzen des allgemeinärztlich/internistisch tätigen Arztes sein.

Das Anamnesegespräch besteht aus einem Wechsel von offenen Fragen (Sondierungsfragen) des Arztes, einem freien Bericht des Patienten, gezielten Fragen und Auswahlfragen bzw. geschlossenen Fragen. Die Mischung strukturiert das Gespräch. Sie lässt dem Patienten einerseits genug Raum, hilft aber auch, ausschweifende Berichte abzukürzen. Suggestivfragen sind möglichst immer zu vermeiden. Die gewonnenen Informationen sollten in kurzen Abständen zusammengefasst werden. Damit überprüft der Arzt, ob er die Angaben seines Gegenübers richtig verstanden bzw. interpretiert hat. Letztlich bestimmt der Patient wie, wie viel und was er preisgibt oder nicht.

Die ärztliche Schweigepflicht über jegliche Inhalte des ärztlichen Gesprächs mit einem Patienten ist eine Selbstverständlichkeit. Grundsätzlich kann nur der Patient selbst den Arzt von dieser Schweigepflicht entbinden.

### Schematische Anamnese

Es hat sich bewährt, das Anamnesegespräch nach einem Schema zu strukturieren und zu dokumentieren, um möglichst vollständige und reproduzierbare Angaben zu erhalten. Das Schema sollte folgende Bausteine beinhalten:

- Patientendaten,
- aktuelle Beschwerden,
- Begleitbeschwerden,
- Eigenanamnese,
- Systemanamnese,
- Medikamentenanamnese,
- Genussmittel-/Drogenanamnese,
- biographische/sozioökonomische Anamnese,
- Sexualanamnese,
- Familienanamnese und
- spezielle Anamnese.

Wie umfangreich die Befragung ausfällt, hängt zum einen von der Schwere des Krankheitsbildes, der Konsultationssituation und zum anderen vom Patientenwunsch ab. „Knappe und gezielte, aber vollständige“ Erfassung lauten die scheinbar unvereinbaren Prämissen der modernen leistungsverdichteten Medizin,

**Tab. 1 Aufgaben und Ziele der Anamnese**

<b>Informationsbereich</b>	Erfragung von Symptomen <sup>a</sup> (Beschwerden, subjektive Befunde aus Patientensicht)
<b>Interaktionsbereich</b>	Initiierung und Festigung eines Vertrauensverhältnisses, Aufbau einer Patient-Arzt-Beziehung
<b>Interpretationsbereich</b>	interaktive Einordnung, Deutung und Bewertung des Erfragten aus Sicht des Arztes
<b>Integrationsbereich</b>	interdisziplinäre Integration des Erfragten in das Gesamtbild des Patienten („der ganze Mensch und sein Umfeld, z. B. die Familie, zählen“)
<b>Gesundheitsberatung</b>	Anwalt und Berater des Patienten im Gesundheitsdschungel

<sup>a</sup>Leitsymptom (engl. „focal point“): besonders hervorstechendes, definierbares, organspezifisches Symptom bzw. für eine bestimmte Erkrankung besonders typische Symptomkonstellation (Syndrom). Leitsymptom ist also ein Symptom mit diagnostisch hoher Vorhersagekraft.

insbesondere beim heutzutage hausärztlich tätigen Kollegen.

In der Allgemeinmedizin ist es grundsätzlich nicht möglich und auch nicht immer notwendig und sinnvoll, eine komplette und ausgedehnte Anamnese zu erheben. Mit zunehmender klinischer Erfahrung und auch wachsender richtiger ärztlicher Intuition gelingt ein effektives, praktikables problemorientiertes Vorgehen. Dies sollte aber dennoch die grundlegenden Bausteine des vorgestellten Schemas einschließen und lediglich fallspezifische Schwerpunkte beinhalten. Die „Verinnerlichung“ eines solchen Schemas reduziert mögliche Befragungslücken und das Übersehen eines möglicherweise abwendbaren gefährlichen Krankheitsverlaufs.

### Patientendaten

Die Erfassung der Patientendaten kann bereits vom Assistenzpersonal erledigt werden: Patientennamen, Geschlecht, Geburtsdatum und Alter müssen immer neu überprüft und abgeglichen werden. Berufs- und Wohnortangabe sind vor allem für die langfristige hausärztliche Betreuung wichtig.

### Aktuelle (Haupt-)Beschwerde

Der Patient sollte seine Gründe für den Arztbesuch zunächst frei und ohne Unterbrechung schildern können. Relevantes, das der Patient schildert, muss präzisiert werden: was, seit wann, wo, wie stark, Verlauf, Zusammenhänge, Begleitemotionen, frühere Beschwerden, Therapieversuche.

Der Hauptgrund, einen Arzt zu konsultieren, sind Schmerzen. Daher ist die präzise Schmerzanamnese (sofern erforderlich) der wichtigste Teil bei der Beschreibung der Hauptbeschwerde. Die Schmerzanamnese umfasst Lokalisation, Ausstrahlung, Beginn, Dauer, Verlauf, Qualität, Charakter, Intensität, Umstände, Begleitbeschwerden, Depressivität bei chronischen Schmerzen, Besserung, Beeinflussbarkeit der Schmerzen.

Bei Frauen im gebärfähigen Alter sollte stets nach einer möglicherweise bestehenden Schwangerschaft gefragt werden.

### Begleitbeschwerden

Begleitbeschwerden passen oft zu der erhobenen Hauptbeschwerde und werden von den Patienten oft nicht spontan angegeben. Sie helfen bei der Differentialdiagnose, daher sollte gezielt genauer nachgefragt werden. Negatives muss je nach vermutetem Krankheitsbild (Arbeitsdiagnose) gezielt erfragt und auch

dokumentiert werden, beispielsweise Fieber und Kopfschmerz ohne Nackensteifigkeit oder ein schmerzloser Ikterus.

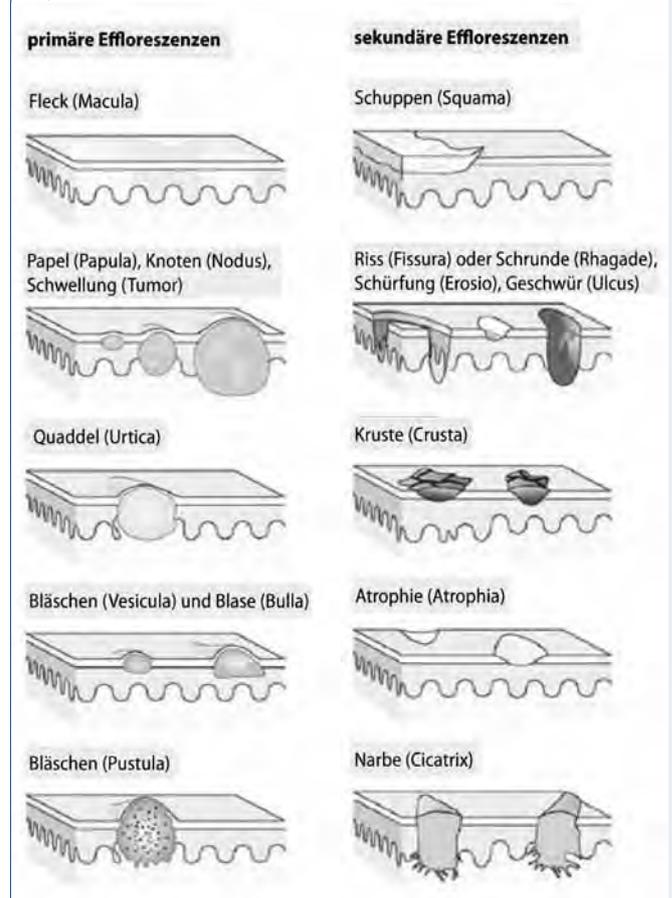
### Eigenanamnese

Die Eigenanamnese ist die gesundheitliche Vorgeschichte des Patienten. Sie ist bei einfachen hausärztlichen Konsultationen sehr kurz zu halten. Bei schweren Erkrankungen oder einer Erstkonsultation (vor allem vor stationären Aufnahmen) sollte sie jedoch mit aller Gründlichkeit und Vollständigkeit erfolgen. Dabei sind alle Vorerkrankungen, Operationen und diagnostischen Eingriffe relevant. Nicht selten sind die Angaben der Patienten ungenau, dies sollte jedoch stets auch so dokumentiert werden, z. B. „Herzoperation 1994“. Interpretationen ohne besseren Wissens wie beispielsweise „Bypass-Operation“ müssen unbedingt unterbleiben. Präzisierungen können nur anhand aussagekräftiger Vordokumente (Arztbriefe, Operationsberichte) erfolgen. Oft sind Krankenhausaufenthalte, Kuren, Rehabilitationen oder Fehlzeiten in der Schule den Patienten gut erinnerlich.

Explizit sollte nach Infektionserkrankungen gefragt werden. Dabei gibt es oft Missverständnisse. Patienten verneinen beispielsweise die Frage nach einer Hepatitis, erwähnen aber später eine „ansteckende Gelbsucht“. Hier muss gegebenenfalls mehrfach nachgefragt und erklärt werden.

Die Frage nach Allergien ist der kleinste gemeinsame Nenner jeder Eigenanamnese und muss bei „neuen, unbekanntem“ Patienten vor jeder Medikamenten-Rezeptierung erfolgen! Allergien werden von Patient und Arzt oft unterschiedlich definiert. Schwerste Allergien auf Penizillin beschreiben die Betroffenen oft nur als „Unverträglichkeit“, harmlose Nebenwirkungen (z. B. Diarrhö) dagegen als Allergie.

Abb. 1 Effloreszenzen



Der Patient sollte seine Gründe für den Arztbesuch frei und ohne Unterbrechung schildern können

Bei Frauen im gebärfähigen Alter sollte stets nach einer Schwangerschaft gefragt werden

## Allgemeine Anamneseerhebung

Tab. 2 Organbezogene Systemanamnese

Organe / Organsysteme	Orientierende Fragen an den Patienten
Lunge, Atemwege, Kehlkopf	Atemnot, Husten, Auswurf (Farbe, Konsistenz), Heiserkeit, Stimmveränderungen
Herz	Brustschmerz, Atemnot, Ödeme (z. B. Beine), nächtliches Wasserlassen, Herzrasen, Herzrhythmusstörungen
Kreislauf	Schwarzwerden vor Augen, Synkopen, Schwindel, Blässe, Extremitätenschmerz, Zyanose, Ödeme
Leber	Juckreiz, gelbe Haut, Bauchwassersucht
Nervensystem psychisch	Depressivität, Angst, Agitiertheit, Schlafstörungen, Gedächtnisstörungen, Stimmung, Intellekt, Persönlichkeitsveränderungen, Verhalten, Alltagsbewältigung, Konzentration, Antrieb, Denken, Emotionen
Nervensystem somatisch	Bewusstseinsstörungen, Vigilanz, Gefühlsstörungen, Lähmungen, Störungen des Geschmacks und des Geruchs, Gehstörungen, Kopfschmerz, Muskelschwäche, Veränderungen von Sprechen und/oder Verstehen, Rigor, Spastik, Krämpfe, Tremor, Störungen des Gleichgewichts
Augen	Sehstörungen (Visus, Gesichtsfeld, Blitze etc.), Sehhilfen, Photophobie, Schmerzen, Doppelbilder, Tränenträufeln
Ohren	Hörstörungen, Ohrgeräusche, Ausfluss, Ohrenschmerzen
Magen, Darm	Übelkeit, Erbrechen, Appetitstörung, Bauchschmerz, Gewichtsverlust, Diarrhö, Obstipation, Stuhlabnormalitäten (Konsistenz, Blut, Entfärbung Teer, Schleim), Refluxbeschwerden (z. B. Sodbrennen, Schmerz hinter dem Brustbein, Bronchitis), Meteorismus, Schluckbeschwerden, Fötur, Nahrungsmittelunverträglichkeiten
Niere	Flankenschmerz, Harnabnormalitäten (Menge, Farbe, Trübung), Schmerzen beim Wasserlassen, Trinkmenge pro Tag
Allgemeinsymptome	Fieber, Gewichtsverlust (gewollt, ungewollt, Zeitraum), Mattigkeit, Infektanfälligkeit, Nachtschweiß, Leistungsfähigkeit, Lymphknotenschwellungen
Bewegungsapparat	Gelenkschmerz, Gelenkschwellung, Beweglichkeitsveränderungen, Morgensteifigkeit, Wirbelsäulenschmerz (HWS, BWS, LWS), Rückenschmerz, Extremitätenschmerz
Endokrine Organe	Durst, Libido, Herzrasen, Schwitzen, Gewichtszunahme/-abnahme, Struma
Geschlechtsorgane, Brustdrüse	Schwangerschaft?, Harnverhalt, Inkontinenz, erektile Dysfunktion, Menstruationsstörungen, Blutungen, Brennen beim Wasserlassen, Dyspareunie (Schmerzen beim Geschlechtsverkehr), Mammaveränderungen
Haut	Juckreiz, Trockenheit, Pigmentveränderungen, Ausschlag, Schuppen, Haarausfall, Hautveränderungen
Immunsystem	Infektneigung, Allergien
Blut	Neigung zu blauen Flecken, Blässe, Infektneigung
Vegetativum	Schwitzen, Schlaf, Appetit, Sexualität

Eigenanamnestisch werden auch Hilfsmittel (Sehhilfen, Hörgeräte, Prothesen, Gehhilfen) erfasst. Liegt kein aktueller vollständiger Impfpass vor, muss eine Impfanamnese erhoben werden.

### Ernährungsanamnese

Die Ernährungsanamnese beinhaltet besondere Ernährungsgewohnheiten (Vegetarismus, Veganismus, Diäten) genauso wie eventuelle Nahrungsmittelunverträglichkeiten.

### Systemanamnese

Gelegentlich werden Erkrankungen vergessen oder nicht erwähnt, weil der Patient sie nicht

in Zusammenhang mit dem aktuellen Arztbesuch bringt. Daher sollte sich, jedoch nur bei Angemessenheit und vorhandenem Zeitbudget, an die Eigenanamnese eine Anamnese mit orientierenden Fragen zu allen Organsystemen anschließen (■ Tab. 2).

### Medikamentenanamnese

Die Orientierung über die Präparate, die der Patient einnimmt, ist essenziell. Bei der Frage nach eingenommenen Medikamenten stellt sich nicht selten heraus, dass der Patient wichtige Erkrankungen noch gar nicht angegeben hat. Vor allem „Herztabletten“, „Blutdrucktabletten“ oder vermeintlich harmlose Medikamente wie Acetylsalicylsäure oder pflanzliche Pharmaka werden oft quasi als selbstverständlich betrachtet. Auch können diese seitens des Patienten als harmlos eingestuft und „kaum erwähnenswerte“ Medikamente relevante Nebenwirkungen haben, beispielsweise Analgetika, diverse pflanzliche Präparate, Laxanzien oder Antikonzeptiva.

### Genussmittel-/Drogenanamnese

Der erfahrene Hausarzt weiß, dass zwischen dem hier Gesagten und der Realität oft Welten liegen. Je besser die Patient-Arzt-Beziehung ist, umso freier berichtet der Patient von seinen tatsächlichen Gewohnheiten hinsichtlich Alkohol- und Nikotinkonsum oder gar vom Gebrauch anderer, „bewusstseinerweiternder“, meist aber vielmehr bewusstseins einschränkender und gesundheitsgefährdender Substanzen. Die Maßeinheit „Pack year“ (Packungsjahr) ist gleichbedeutend mit dem „Gebrauch“ einer Schachtel Zigaretten pro Tag über den Zeitraum von einem Jahr. Der Wert erleichtert die individuelle Risikoabschätzung und ist mittlerweile gut etabliert. Ein Beispiel: Raucht ein Patient zwei Schachteln pro Tag über zehn Jahre, so legt man seinem Risikoprofil 20 Pack years zugrunde.

Vermutet der Arzt einen Substanzmissbrauch, wird er die Fragen vertiefen und auch die körperliche Untersuchung darauf ausrichten, beispielsweise auf Tremor, Aszites, Rasselgeräusche, Polyneuropathie achten und bei Bedarf eine weitergehende Diagnostik veranlassen (z. B. Röntgenthorax bei langjährigem Nikotinabusus). Bei Verdacht auf Drogenmissbrauch müssen Dauer, Art, Menge, Art und Beschaffung der Drogen erfragt werden. Hier sind obligat auch die sozioökonomische Anamnese sowie Fragen im Hinblick auf mögliche infektiologische Erkrankungen zu vertiefen.

### Biographische/sozioökonomische Anamnese

Ein „Blick in das Leben“ der Patienten kann Hinweise auf positive und negative Einflüsse, Gefährdungen und Krankheitsursachen geben. Aspekte der biographischen, sozioökonomischen Anamnese sind Familienstand, Schulbildung/Ausbildung, Beruf (Berufskrankheiten), finanzielle Situation, soziales Gefüge, Wohnsituation (vor allem bei älteren Menschen), Haustiere, Lebensgewohnheiten, wichtige Ereignisse und Wendepunkte im Leben („life events“), Reisen, Fernreisen, Sportarten.

### Sexualanamnese

Sexuelle Störungen sind keine seltene Konsultationsursache. Häufig sind sie aber auch Folge anderer gesundheitlicher Probleme oder müssen im Rahmen einer Beratung bei anstehenden operativen Maßnahmen angesprochen werden. So hat beispielsweise ein Mann Sorge wegen einer möglichen erektilen Dysfunktion nach Prostataresektion. Die Annahme, dass Sexualität nur bei Jugendlichen und Erwachsenen bis zum mittleren Lebensalter eine Rolle spielt, ist unsinnig. Allerdings ist es stets angezeigt, hier besonders taktvoll vorzugehen und die persönlichen Grenzen des Patienten zu akzeptieren.

### Familienanamnese

Bei positiver Familienanamnese gilt für zahlreiche Erkrankungen eine erhöhte Disposition als gesichert. Vor allem nahe Verwandte wie Großeltern, Eltern, Geschwister und Kinder des Patienten werden berücksichtigt. In seltenen Fällen ist eine Stammbaumanalyse erforderlich, beispielsweise bei Hämophilie oder im Rahmen einer Kinderwunschberatung. Der Arzt fragt nach Erkrankungen und außergewöhnlich frühen Todesfällen, bekannten Erbkrankheiten und dem aktuellen Gesundheitszustand der Verwandten.

### Spezielle Anamnese

Bei manchen Infektionskrankheiten oder Intoxikationen muss auch das Umfeld in die Behandlung einbezogen werden, beispielsweise bei Läusebefall, Meningitis, Salmonellen, HIV-Infektion, Mykosen oder Lebensmittelvergiftung. Eventuell besteht eine behördliche Meldepflicht schon bei Verdacht.

### Allgemeine Aspekte

Die Anamnese findet grundsätzlich unter vier Augen statt. Es gibt Ausnahmen („Fremdanamnese“): Einbeziehung von Angehörigen, ärztlichen Kollegen, Dritten bei Notfällen, Sprach-

**Tab. 3 BMI-Klassifikation nach der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE)**

Klassifikation	Männlich	Weiblich
Untergewicht	<20	<19
Normalgewicht	20–25	19–24
Übergewicht	25–30	24–30
Adipositas	30–40	30–40
massive Adipositas	>40	>40

barrieren, Demenz oder eingeschränktem Hör- und Sprachvermögen sowie forensische Anwesenheit Dritter bei gynäkologischer Anamnese und Untersuchung. Der Patient muss – von Notfällen abgesehen – stets gefragt werden, ob er damit einverstanden ist, weitere Personen hinzuzuziehen. Jugendlichen und Kindern sollte schon vor dem 14. Lebensjahr ermöglicht werden, auf Wunsch auch allein mit dem Arzt zu sprechen.

Eine sorgfältige Anamnese erfordert Zeit und Geduld und sie muss der Konsultationsursache angemessen sein. Zeit und Geduld sind durch die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen stark bedroht und eingeschränkt. Aus der gegebenen Situation jedoch dennoch das Beste zu machen, kann heute als wichtigster Eckpfeiler guten ärztlichen Handelns gesehen werden. Es bleibt sehr zu hoffen, dass das Sprechen mit dem Patienten ebenso wie das Ansehen, Berühren und Untersuchen auch von unseren Leistungsträgern als nicht minder wichtig erachtet wird als das schematische Anordnen einer Magnetresonanztomographie, Ankreuzen gewünschter Laborbefunde oder das Aufsetzen eines Schallkopfs. Professionelle Anamnesegespräche wirken einer Entfremdung und einem Verlorensein des Patienten in einer technisierten, hochspezialisierten und von Patienten zunehmend als unmenschlich empfundenen Medizin entgegen.

### Allgemeine klinische Untersuchung

Eine strukturierte körperliche Untersuchung spart nicht nur Zeit und Kosten, um wichtige Befunde zu erheben, sondern erhöht auch das Vertrauen des Patienten in die Fähigkeiten des behandelnden Arztes. Bereits die bloße Berührung des Patienten bei der Untersuchung hat einen erwiesenen therapeutischen Wert. Die Befunderhebung findet fast immer in der folgenden Reihenfolge statt: Inspektion, Palpation, Perkussion, Auskultation und Funktionsprüfungen.

Ein „Blick in das Leben“ des Patienten kann aufschlussreich sein

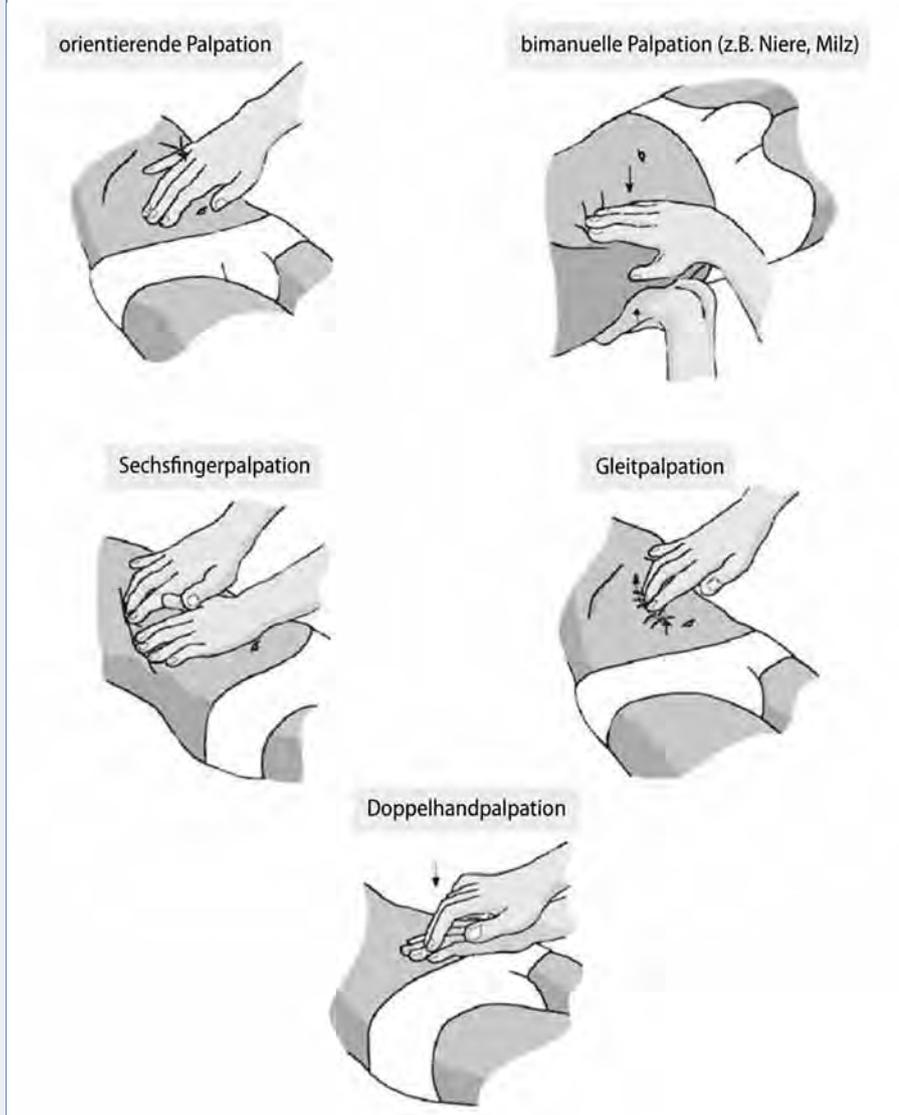
Sexuelle Störungen sind häufig Folge anderer gesundheitlicher Probleme

In seltenen Fällen ist eine Stammbaumanalyse erforderlich

Die Anamnese findet grundsätzlich unter vier Augen statt

## Allgemeine Anamneseerhebung

Abb. 2 Palpation des Abdomens



Herztöne sind physiologisch,  
Herzgeräusche pathologisch

Durch die bimanuelle Perkussion  
lässt sich Gewebe bis in etwa  
5 cm Tiefe beurteilen

## Perkussion

Durch die bimanuelle Perkussion lässt sich Gewebe bis in etwa 5 cm Tiefe grob beurteilen.

Physiologische Schallqualitäten sind:

- tympanitischer Klopfeschall,
- sonorer bzw. ungedämpfter Klopfeschall und
- Schenkelschall.

Tympanitisch ist der Klopfeschall über Hohlorganen oder luftgefüllten Darmschlingen. Sonor ist er über lufthaltigen Geweben wie beispielsweise über der gesunden Lunge. Ein Schenkelschall entsteht über dichten, flüssigkeitsreichen Geweben wie Leber oder Herz.

Als pathologisch gelten:

- hyposonorer bzw. gedämpfter Klopfeschall (z. B. Thoraxerguss) und
- hypersonorer Klopfeschall (z. B. Pneumothorax).

Mit der abgrenzenden Perkussion werden Organ- oder Befundgrenzen ermittelt. Bei der vergleichenden Perkussion werden beispielsweise rechter und linker Lungenlappen im Seitenvergleich beurteilt. Klopfeschmerz ist ein wertvoller diagnostischer Hinweis.

## Auskultation

Als Normalbefunde bei der Auskultation der Lunge gelten ein vesikuläres Atemgeräusch in der Lungenperipherie und ein bronchiales Atemgeräusch über dem Bronchialbaum und der Trachea. Pathologische Atemgeräusche sind häufig diagnostisch wegweisend:

- bronchiales Atemgeräusch in der Lungenperipherie, z. B. Pneumonie,
- „Lederknarren“, z. B. Pleuritis,
- Rasselgeräusche, z. B. Lungenödem,
- expiratorischer Stridor, z. B. Asthma,
- Giemen, Brummen, Pfeifen, z. B. chronisch-obstruktive Lungenerkrankung.

Herztöne sind physiologisch, Herzgeräusche pathologisch. Allerdings können funktionelle Geräusche beispielsweise bei Jugendlichen, Schwangeren und Sportlern ohne Krankheitswert auftreten.

## Funktionsprüfung

Funktionsprüfung bedeutet, dass der Patient aktiv zur Mitarbeit aufgefordert wird, beispielsweise bei der Untersuchung der Kraftgrade.

Die Befunde können aber auch passiv erhoben werden, z. B. anhand des Bewegungsumfangs der Gelenke. Dabei wird vor allem auf Kraftminderungen, schmerzhafte Bewegungen und Bewegungseinschränkungen geachtet.

## Inspektion

Bei der Inspektion achtet der Arzt auf die Gesamterscheinung (Habitus), den Allgemeinzustand, die Körpersprache, Bewegungsabläufe, Hautveränderungen (■ Abb. 1), den Körpergeruch und Foetor ex ore.

## Palpation

Bei der Palpation werden nicht nur Körperstrukturen abgetastet, sondern auch der Puls gefühlt und die Körpertemperatur überprüft (■ Abb. 2). Das Gewebe wird auf Konsistenz, Elastizität, Oberfläche, Resistenz, Verschieblichkeit und Druckschmerzhaftigkeit untersucht. Gleichzeitig kann dabei der Hautturgor beurteilt werden.

## Allgemeine Anamneseerhebung

### Auskultation

Das Körpergewicht sollte regelmäßig in der Praxis kontrolliert werden. Bei unbeabsichtigtem, raschem Gewichtsverlust muss an einen Tumor, eine chronische Infektionserkrankung oder an eine chronische Entzündung gedacht werden. Eine kurzfristige Gewichtszunahme kann ein Hinweis auf Ödeme sein. Übergewicht, Adipositas, Untergewicht und Anorexie (Erkrankung, kein Symptom) sind keine fest definierten Begriffe. Sie sollten immer im Zusammenhang mit dem Allgemeinzustand und der Leistungsfähigkeit des Patienten betrachtet werden. Übergewicht spielt eine erhebliche Rolle bei der Disposition einer Unzahl von Erkrankungen annähernd aller Organsysteme. Die Gewichtsklassifikation orientiert sich am Body-Mass-Index (BMI; **Tab. 3**). Der BMI errechnet sich aus Körpergewicht (kg) geteilt durch Quadrat der Körpergröße (m<sup>2</sup>).

### Blutdruck

Die einmalige Blutdruckmessung ist eine Momentaufnahme. Eine Blutdruckmessung muss unter optimalen und reproduzierbaren Bedingungen mehrfach erfolgen. Die Manschettengröße muss an den Patienten angepasst sein. Die Messung sollte in Ruhe, im Sitzen und im Seitenvergleich beider Arme durchgeführt werden.

### Puls

In der Regel wird der Puls palpatorisch eine Minute lang an der Arteria radialis ermittelt. Dabei kann gleichzeitig der Füllungszustand des Kreislaufs grob beurteilt werden.

### Temperatur

Das Verfahren der Temperaturmessung und die Uhrzeit sollten immer dokumentiert werden. Die rektale Messung ist nach wie vor die zuverlässigste Methode, um die Körperkern-

temperatur zu erfassen, allerdings ist dieses Messverfahren in der Praxis nur eingeschränkt möglich. Sublinguale oder orale Werte liegen etwa 1°C unter den Rektalwerten, ebenso axilläre Werte. Messungen im äußeren Gehörgang sind ungenau.

Als Normwert gilt eine rektal gemessene Temperatur von 36,5–37,5°C. Temperaturen über 38°C rektal gelten als Fieber. Jedes Grad Temperaturerhöhung erhöht den Puls um etwa zehn Schläge.

## Allgemeine Anamneseerhebung

Der Arzt hat grundsätzlich eine Dokumentationspflicht hinsichtlich Diagnostik und Therapie. Wie genau und wie umfangreich die Dokumentation sein muss, ist jedoch nicht geregelt. Eine durchdachte, gute Dokumentation erleichtert dem Praktiker umgekehrt den eigenen Überblick über seine Patienten, die Abrechnung bzw. Liquidation und die Korrespondenz mit Dritten. Die Vorteile elektronischer Dokumentationssysteme überwiegen heute die ursprünglichen Sicherheitsbedenken.

Anhand der Dokumentation muss sich ein externer Gutachter und Facharzt einen ausreichenden Überblick über die stattgefundene Konsultation und Behandlung machen können. Die Dokumentation hat entsprechend wahrhaft, zeitnah und vollständig zu erfolgen.

Als Kardinalfehler gilt, in Anamnesebögen „Diagnosen“ des Patienten und Interpretationen des Arztes zu schreiben. Bei der Anamnese wird nur dokumentiert, was der Patient in seiner Sprache sagt. Zwei Beispiele: „Der Patient gibt Schmerz hinter dem Brustbein an“ und nicht „Der Patient gibt Angina pectoris an“. „Der Patient gibt an, vor einigen Jahren einmal gelb geworden zu sein“ und nicht „Zustand nach Hepatitis“.

Bei akuten Erkrankungen sollten unbedingt Datum und präzise Uhrzeit vermerkt werden.

Sublinguale oder orale Werte liegen etwa 1°C unter den Rektalwerten

Der BMI errechnet sich aus Körpergewicht (kg) geteilt durch Quadrat der Körpergröße (m<sup>2</sup>)

In der Regel wird der Puls an der Arteria radialis ermittelt

## Korrespondenzadresse



**Ulrich Klaus Fetzner**  
Universitätsklinikum Köln,  
Klinik und Poliklinik für Allgemein-,  
Viszeral- und Tumorchirurgie  
Kerpener Str. 62, 50937 Köln  
E-Mail: ulrich.fetzner@uk-koeln.de

Ulrich Fetzner studierte in Würzburg, Zürich und Bern Humanmedizin. Seine Weiterbildung zum Facharzt für

Viszeralchirurgie begann er in Bad Neustadt an der Saale, wechselte dann zur Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie des Universitätsklinikums Köln. Seine Interessen liegen neben der klinischen, operativen Chirurgie v.a. in der Tumorpathologie und Tumorchirurgie, insbesondere aber auch in der Gestaltung und Entwicklung von Lehre und in der Verbesserung von Aus- und Weiterbildung in der gesamten Medizin.

## Interessenkonflikt

Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Redaktionell bearbeitet von  
cognomedic GmbH

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

? **1.) Zu den Besonderheiten der allgemeinmedizinischen Praxis gehört nicht:**

1. unausgelesenes Krankengut
2. Anamneseerhebung unter Zeitdruck
3. Gesundheitsberatung
4. begrenzter Einsatz technischer Diagnostik
5. lückenlose Krankenuntersuchung

? **2.) Was gehört nicht zu einer schematischen Anamnese in der hausärztlichen Praxis?**

1. strukturiertes Anamnesegespräch
2. Dokumentation des Anamnesegesprächs
3. komplette Anamneseerhebung
4. Vorgehen nach einem „inneren Schema“
5. Überprüfung der Patientendaten

? **3.) Ein 48-jähriger Patient berichtet, dass er seit 30 Jahren täglich 10 Zigaretten raucht. Wie viele „pack years“ verbucht der Patient?**

1. 10
2. 15
3. 30
4. 45
5. 48

? **4.) Um wie viele Grad Celsius unterscheidet sich die axillär gemessene Körpertemperatur durchschnittlich von der rektal gemessenen?**

1. Axillärer Wert entspricht rektalem Wert.
2. Axillärer Wert ist 1°C höher als rektaler Wert.
3. Axillärer Wert ist 1°C niedriger als rektaler Wert.
4. Axillärer Wert ist 2°C höher als rektaler Wert.

5. Axillärer Wert ist 2°C niedriger als rektaler Wert.

? **5.) Welcher Hautbefund zählt zu den sekundären Effloreszenzen?**

1. Papel
2. Fissur
3. Pustel
4. Makula
5. Urtika

? **6.) Bis in etwa welche Tiefe kann Gewebe durch die Perkussion beurteilt werden?**

1. bis etwa 1 cm Tiefe
2. bis etwa 3 cm Tiefe
3. bis etwa 5 cm Tiefe
4. bis etwa 8 cm Tiefe
5. bis etwa 10 cm Tiefe

? **7.) Wie berechnet sich der BMI (Body-Mass-Index)?**

1. Körpergewicht abzüglich Lebensalter
2. Körpergröße abzüglich 100
3. Körpergewicht geteilt durch Körperfettanteil
4. Körpergewicht geteilt durch Quadrat der Körpergröße
5. Körpergröße geteilt durch Quadrat des Körpergewichts

? **8.) Bezüglich der Dokumentationspflicht des Arztes ist falsch:**

1. Form und Umfang der Dokumentation sind gesetzlich geregelt und festgelegt.
2. Die Anamnese muss in den Worten des Patienten wiedergegeben werden.
3. Anhand der Dokumentation muss sich ein externer Gutachter ein Bild über die Behandlungssituation machen können.

4. Die Dokumentation sollte zeitnah erfolgen.
5. Die Vorteile elektronischer Dokumentation scheinen heute die ursprünglichen Sicherheitsbedenken zu überwiegen.

? **9.) Wie wird der physiologische Klopfeschall über Hohlorganen beschrieben?**

1. sonorer Klopfeschall
2. Schenkelschall
3. hypersonorer Klopfeschall
4. tympanitischer Klopfeschall
5. gedämpfter Klopfeschall

? **10.) Ein 21-jähriger Patient mit grip-palem Infekt hat 39°C Fieber. Seine Herzfrequenz liegt normalerweise bei etwa 60 Schlägen pro Minute. Welche Herzfrequenz ist allein aufgrund des Fiebers ungefähr zu erwarten?**

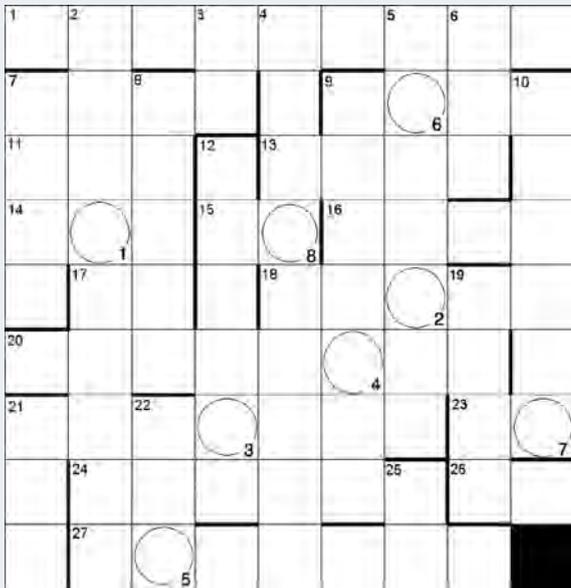
1. 40
2. 60
3. 80
4. 100
5. 120

Literatur beim Verfasser

Über die Vorgehensweise der online-Fortbildung mit Abgabeschluss informiert Sie unser Mitglieder Portal unter <https://portal.laekh.de>

Mit Absenden des Fragebogens bestätige ich, dass ich dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert habe.

## Medizinisches Kreuzworträtsel



### Waagrecht

1 Cervicothorakales Grenzstrangganglion= Ganglion ... • 7 Sella turcica mit verdicktem und erhöhtem Dorsum sellae: ...-Variante (Eponym) • 9 Blutgefäß • 11 Foudroyant verlaufende Histiocytoz X bei Säuglingen: ...-Letterer-Siwe-Krankheit (Eponym) • 13 Demenz mit frontalbetonter Hirnatrophie (Eponym) • 14 Naevus • 15 Wiederkehrende Entzündung= ...-infektion • 16 Beginn der Brustentwicklung in der Pubertät: ...-arche • 17 Abk. für den Musculus Tibialis anterior • 18 Statistischer Begriff: Spannweite (Engl.) • 20 Mediator der allergischen Entzündung • 21 Wirkstoff, der in Zahnimplantaten vorkommt • 23 Knochen • 24 Netzhaut • 26 Muskelschmerz: ...algie • 27 Teil des Verdauungsapparates (dtsh.)

### Senkrecht

2 Grübchen über der Handgelenk-Radialseite zwischen den Sehnen des Daumens • 3 Abk. für die Maßeinheit Pfund • 4 Antidiarrhoikum, das über die Hemmung der Opiatrezeptoren wirkt (Wirkstoff) • 5 Chir. Handlungsfertigkeit: OP-... • 6 Degenerative Erkrankung der Halbgelenke zwischen zwei Wirbelkörpern: ...arthrose • 7 Gefäßäste • 8 Erster Wirbelkörper • 9 Lebensnotwendiger Nahrungsbestandteil • 10 Cutis hyperelastica: ...-Danlos-Syndrom (Eponym) • 12 Zwischenprodukt in der Pyrimidinsynthese • 19 Pseudohypertrophie der Waden bei progressiver Muskeldystrophie Duchenne: ...waden • 21 Miserere: ...erbrechen • 22 Paariges Bauchorgan • 25 Abk. für Abstoßungsreaktion

### Lösungswort:

1 2 3 4 5 6 7 8

Sie sollten mindestens  
doppelt so viel Wasser  
wie Bier trinken!

Das ist unmöglich!  
Ich trinke täglich  
vier Liter Bier!



Me 1562

### Cartoons von Wolfgang Willnat

Wolfgang Willnat gehört zu den renommierten Cartoonisten. Seine Zeichnungen finden sich in vielen Zeitungen und Zeitschriften.

Er veröffentlichte bisher rund 50 eigene und illustrierte über 200 andere Bücher. Er stellt sich mit großem und teilweise hintergründigem Witz auf viele verschiedene Metiers ein u.a. auf „Jagen im Wild(t)raum“ und „Herzlichen Glückwunsch zum Jagdschein“, zum „Kuh-len Landleben“ und zu medizinischen Comics.

Berühmt sind u.a. seine Kuh-Typen, die wir Ihnen in den nächsten Heften vorstellen.

Wir werden ab jetzt versuchen, regelmäßig Cartoons von ihm im Hessischen Ärzteblatt zu veröffentlichen, leider nur in schwarz-weiß.

Professor Dr. Toni Graf-Baumann



## Herz in Gefahr

Deutsche Herzstiftung startet bundesweite Herzwochen zur koronaren Herzkrankheit

**Aufruf an Hessens Ärzte zur Unterstützung der Kampagne**

Die koronare Herzkrankheit (KHK) zählt weltweit zu den häufigsten Herzerkrankungen. Millionen von Menschen leiden an Verengungen der Herzkranzgefäße. Allein in Deutschland sind nach Angaben des Instituts für Herzinfarktforschung in Ludwigshafen rund 5,5 Mio. Menschen von einer KHK betroffen. Die Patientenorganisation Deutsche Herzstiftung sieht dringlichen Aufklärungsbedarf und hat die KHK zum Thema der Herzwochen 2012 gewählt. Unter dem Motto „Herz in Gefahr“ läuft die Kampagne vom 1. bis zum 30. November.

Gemeinsam mit niedergelassenen Kardiologen, Internisten, Herzchirurgen, Allgemeinmedizinern, Arbeitsmedizinern und Fachärzten anderer Fächer will die Deutsche Herzstiftung während der Herzwochen über die koronare Herzkrankheit aufklären und erreichen, dass die Bevölkerung mehr über die lebensbedrohlichen Folgen der koronaren Herzkrankheit und zugleich über die Möglichkeiten der Vorbeugung,

Diagnostik und Therapie der KHK erfährt. Aus diesem Grund ruft die Patientenorganisation mit Sitz in Frankfurt Hessens 31.941 Ärztinnen und Ärzte dazu auf, die Kampagne zu unterstützen, indem sie ihre Patientinnen und Patienten über die koronare Herzkrankheit aufklären. Dazu bietet die Herzstiftung ein kostenloses Aktionspaket speziell für Ärzte an. Es besteht aus der Experten-Broschüre „Herz in Gefahr – Koronare Herzkrankheit erkennen und behandeln“ (s. Kasten), einem Wartezimmer-Plakat und einem handlichen Ratgeber mit Tipps für Patienten zum Thema KHK und Risikofaktoren ([www.herzstiftung.de/khk-paket.html](http://www.herzstiftung.de/khk-paket.html)).

Auch bietet die Herzstiftung einen neuen Ärzte-Newsletter ([www.herzstiftung.de/herzwochen.html](http://www.herzstiftung.de/herzwochen.html)) an.

### KHK in Hessen: Über 9.700 Gestorbene jährlich

„Obwohl die koronare Herzkrankheit weit verbreitet ist, wissen viele Menschen nichts

oder nur sehr wenig mit dieser Volkskrankheit anzufangen. Ihnen ist nicht bekannt, dass der Herzinfarkt ein Ergebnis der KHK ist – das wollen wir nun mit den Herzwochen ändern“, sagt Professor Dr. med. Thomas Voigtländer, Vorstandsmitglied der Deutschen Herzstiftung und Kardiologe am Cardioangiologischen Centrum Bethanien CCB Frankfurt/Main. Jährlich werden in Deutschland rund 665.000 Patienten wegen einer KHK in Krankenhäuser eingeliefert, allein in Hessens Kliniken über 47.800. Über 9.700 Menschen sterben in Hessen jedes Jahr an dieser Krankheit, bei der es infolge einer Verengung der Herzkranzgefäße zu einer Mangel durchblutung des Herzens kommt und die im schlimmsten Fall zum Herzinfarkt und zur Herzschwäche führt. Am akuten Herzinfarkt sterben in Hessen jährlich über 3.500 Menschen (Quelle: Ernst Bruckenberg, Herzbericht 2010, Hannover 2011).



Professor Dr. med.  
Thomas Voigtländer  
CCB Frankfurt am Main

### Patienten müssen in der Frühphase (stabile Angina pectoris) zum Arzt

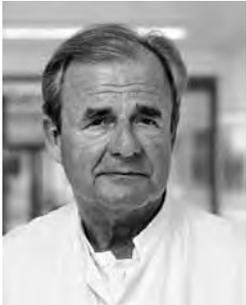
„Wir erleben leider zu häufig, dass die KHK erst dann ernst genommen wird, wenn sie zu einem Herzinfarkt geführt hat. Dabei lassen sich die KHK und ihre Symptome frühzeitig – das heißt schon in der Frühphase der stabilen Angina pectoris – erkennen und durch Lebensstiländerung oder Medikamente wirksam behandeln“, bemerkt der Herzspezialist Professor Dr.

## EXPERTEN-RATGEBER

Der Experten-Ratgeber *Herz in Gefahr – Koronare Herzkrankheit erkennen und behandeln*, den die Deutsche Herzstiftung zu den Herzwochen herausbringt, informiert allgemeinverständlich mit Beiträgen von renommierten Kardiologen, Herzchirurgen und Pharmakologen über die Vorbeugung sowie über aktuelle Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten. Der Band eignet sich sehr gut als Nachschlagewerk für Ärzte und Patienten.



Der Ratgeber ist gegen drei Euro in Briefmarken erhältlich bei: Deutsche Herzstiftung e.V., Vogtstraße 50, 60322 Frankfurt/Main.



Professor Dr. med.  
Thomas Meinertz

Foto: W&B /  
Ronald Frommann

med. Thomas Meinertz, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Herzstiftung. Ein weiteres Problem: Viele Patienten meinen nach einer Stent-Implantation oder Bypass-Operation,

sie seien gesund, weil sie keine Beschwerden haben. „Ihnen ist nicht bewusst, dass sie noch immer an einer chronischen Herzkrankung leiden und deshalb ihren Lebensstil ändern und auf Dauer ihre Medikamente einnehmen müssen. Hier besteht dringlicher Aufklärungsbedarf“, betont Professor Meinertz.

Beeinflussbare Risikofaktoren (Rauchen, Bluthochdruck, Cholesterin, Diabetes) und nichtbeeinflussbare (Alter, Genetik) spielen für die Entstehung der KHK eine wichtige Rolle. Ziel der Kampagne ist es deshalb, die Öffentlichkeit für die Ursachen und Gefahren sowie für die Wichtigkeit der Vorbeugung, Erkennung und Behandlung der KHK zu sensibilisieren. Herzspezialisten informieren über den heutigen Stand der Medizin und über wichtigste Entwicklungen.

Unterstützt werden die Herzwochen von Aktionspartnern wie Kliniken, Herzzentren, niedergelassenen Kardiologen, Krankenkassen, Apotheken, Gesundheitsämtern, Volkshochschulen und Betrieben. Es finden über 1.000 Veranstaltungen wie Vorträge, Seminare, Telefonaktionen und Gesundheitstage statt. Termine können unter [www.herzstiftung.de/herzwochen.html](http://www.herzstiftung.de/herzwochen.html) abgerufen oder unter Tel. 069 955128-333 erfragt werden.

Michael Wichert, Pressesprecher  
Deutsche Herzstiftung e. V.

# Herz in Gefahr!

Kennen Sie Ihre Risikofaktoren?

- Rauchen
- Bluthochdruck
- Cholesterin
- Diabetes
- Bewegungsmangel
- Stress
- Übergewicht

Ein gesunder Lebensstil und die Ausschaltung der Risikofaktoren sind die beste Strategie für ein gesundes Herz und ein langes, gutes Leben.



Deutsche Herzstiftung  
[www.herzstiftung.de](http://www.herzstiftung.de)



Plakat zur Kampagne

E-Mail: [lk@l-va.de](mailto:lk@l-va.de)  
Home: [www.l-va.de](http://www.l-va.de)

## ANZEIGENSCHLUSS

Ausgabe 12/2012: 5. November 2012

# Einführung einer Meldepflicht für gramnegative Erreger mit erworbener Carbapenem-Resistenz in Hessen

Anja M. Hauri<sup>1</sup>, M. Kaase<sup>2</sup>, K.-P. Hunfeld<sup>3</sup>, P. Heinmüller<sup>4</sup>, J. Fitzenberger<sup>4</sup>, A. Wirtz<sup>4</sup>

## Meldepflicht für Carbapenem-resistente gramnegative Erreger (CRGN Erreger)

Mit Verordnung vom 29. November 2011 weitete der Hessische Sozialminister die Meldepflicht von Erregernachweisen nach § 7 Abs. 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes auf den Nachweis gramnegativer Erreger mit erworbener Carbapenem-Resistenz wie beispielsweise Enterobacteriaceae, *Pseudomonas aeruginosa* oder *Acineto-*

*bacter baumannii* aus [1]. Die zu meldenden Tatbestände wurden in einem Ausführungserlass präzisiert (Kasten). Ein wichtiger Punkt dieses Erlasses ist die Nachmeldung der, erst zu einem späteren Zeitpunkt vorliegenden, labordiagnostischen Ergebnisse, z.B. zum molekularbiologischen Nachweis einer Carbapenemase.

Anlass hierfür war die in den letzten Jahren beobachtete weltweite Zunahme von

Berichten über gramnegative Erreger mit erworbener Carbapenem-Resistenz (z.B. Pseudomonaden, *Acinetobacter spp.* oder *Stenotrophomonas maltophilia* und Enterobacteriaceae wie *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.* oder *Enterobacter spp.*). Carbapeneme haben bisher auch dann gegen diese Erreger gewirkt, wenn alle anderen Präparate aus der therapeutisch wichtigen Gruppe der  $\beta$ -Lactame unwirksam waren. Aktuell veröffentlichte die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) Empfehlungen zu Hygienemaßnahmen bei Infektion oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen [2].

Das ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) veröffentlichte 2011 zwei Berichte zur Ausbreitung Carbapenemase-produzierender-Enterobacteriaceae bzw. der New Delhi Metallo- $\beta$ -Laktamase und ihrer Varianten in Europa [3;4]. Diese empfehlen u.a. die Einführung einer Meldepflicht an den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Berichtet wurde auch über eine bereits existierende Meldepflicht für NDM-1 – oder allgemeiner – für Carbapenem-produzierende Enterobacteriaceae in Belgien, Tschechien, Frankreich, Griechenland, den Niederlanden, Polen, Portugal, Schweden und in den UK [4].

## Labordiagnostik

Die Grundlagen einer Carbapenem-Resistenz sind speziesabhängig unterschiedlich. Die derzeit bedeutendste Entwicklung ist dabei die weltweite Ausbreitung bestimmter Carbapenemasen. Die Gene für Carba-

## Zu meldende Tatbestände (Meldekriterien) bei gramnegativen Erregern

1. Jeder molekularbiologische Nachweis einer Carbapenemase.
2. Phänotypische Resistenznachweise (Kultur mit Antibiogramm):
  - a. *Pseudomonas aeruginosa*  
wenn gegenüber allen drei folgenden Antibiotika eine Resistenz vorliegt: Imipenem und Meropenem und Ceftazidim.
  - b. *Enterobacteriaceae* (sofern nicht anderweitig genannt)  
wenn gegenüber mindestens einem der folgenden Antibiotika eine Resistenz vorliegt: Imipenem oder Meropenem oder Ertapenem.
  - c.
    - *Proteus spp.*
    - *Morganella spp.*
    - *Providencia spp.*
    - *Serratia spp.*,
 wenn eine Resistenz vorliegt gegen: Imipenem und zusätzlich gegen Ertapenem oder Meropenem. (Bei diesen Erregern ist eine isolierte MHK-Erhöhung für Imipenem bei unauffälligen MHKs für Meropenem und – sofern durchgeführt – für Ertapenem durch andere Mechanismen als Carbapenemasen bedingt. Eine isolierte MHK-Erhöhung für Imipenem erfordert keine Meldung.)
  - d.
    - *Acinetobacter baumannii-complex*
    - *Enterobacter spp.*
    - *Citrobacter spp.*,
 wenn eine Resistenz vorliegt gegen: Imipenem oder Meropenem. (Eine alleinige Resistenz gegenüber Ertapenem ist nicht zu melden.)

**Nicht zu melden** sind Spezies mit intrinsischer Carbapenem-Resistenz. Hierzu zählen z.B.:

- *Stenotrophomonas maltophilia*
- *Elizabethkingia meningoseptica*
- *Chryseobacterium indologenes*
- *Burkholderia cepacia*

<sup>1</sup> Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen, Dillenburg

<sup>2</sup> NRZ für gramnegative Krankenhauserreger, Ruhr-Universität Bochum

<sup>3</sup> Zentralinstitut für Labormedizin, Mikrobiologie & Krankenhaushygiene, Krankenhaus Nordwest, Frankfurt am Main

<sup>4</sup> Hessisches Sozialministerium, Wiesbaden

penemasen liegen fast immer auf Plasmiden, d.h. innerhalb mobiler genetischer Elemente, welche die schnelle Weiterverbreitung der Resistenz sowohl innerhalb einer Spezies als auch zwischen den verschiedenen gramnegativen Spezies ermöglichen. Dies wiederum begünstigt die Entstehung multiresistenter Erreger, deren Resistenzspektren die Grenzen der therapeutischen Möglichkeiten erreichen und als hygienische Notfälle bezeichnet werden.

Die mikrobiologische Diagnostik auf das Vorliegen von Carbapenemasen ist schwierig und aufwendig [5]. Carbapenemasen bedingen nicht immer einer Erhöhung der MHK (Minimale Hemmkonzentration) bis in den resistenten Bereich. Auch formal sensible Stämme können Carbapenemasen bilden. Die Erkennung von Carbapenemasen in solchen Isolaten beeinflusst trotz in vitro Sensibilität u.U. die Therapieempfehlung, vor allem aber müssen auch bei diesen leicht zu übersehenden Isolaten strikte Hygienemaßnahmen eingeleitet werden [5]. Der Nachweis erworbener Carbapenemasen mit ausreichender Sensitivität und Spezifität erfordert derzeit neben der Testung von Leitsubstanzen (z.B. Ertapenem) die Bestätigung mittels molekularbiologischer Methoden, die bislang nur in wenigen Laboratorien vorgehalten werden.

Für die zeitnahe Einleitung von krankenhaushygienischen Maßnahmen, aber auch für therapeutische Entscheidungen ist es wichtig, dass mikrobiologische Labore Carbapenem-Resistenzen zeitnah mit hoher Sensitivität identifizieren [3]. Gleichermaßen ist es wichtig, dass die Anwesenheit von Carbapenemasen vor Ort oder z.B. in Referenzlaboratorien zeitnah bestätigt wird [3]. Empfehlungen bezüglich der Kriterien zur Durchführung von Spezialtests wurden z.B. vom Clinical Laboratory

Standards Institute (CLSI) veröffentlicht, weitere Entwicklungen sind zu erwarten [5]. Mikrobiologische Laboratorien in Deutschland haben die Möglichkeit, bei V.a. das Vorliegen von Carbapenemasen die Isolate zur weiteren Abklärung z.B. an das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für gramnegative Krankenhauserreger einzusenden. Das NRZ bietet derzeit die Untersuchung auf Carbapenemasen kostenlos an. Einsendekriterien werden auf der Homepage des NRZ definiert (<http://memiserf.med-mikro.ruhr-uni-bochum.de/nrz/>).

### Erste Nachweise und weltweite Ausbreitung ausgewählter Carbapenemasen

**Klebsiella pneumoniae**-Carbapenemasen (KPC) wurden erstmals im Jahr 1996 in den USA identifiziert [6]. Nach Kenntnis ihres ersten Auftretens in New York verbreiteten sich Carbapenemase-bildende *Klebsiella pneumoniae* schnell in weiteren Krankenhäusern der Stadt und des Umlandes von New York. Es folgten Berichte über Nachweise aus Südamerika, China, Israel, Frankreich und Griechenland und in 2008 erstmalig auch aus Deutschland [7]. Der Indexpatient des Ausbruchs 2008 in Süddeutschland stammte aus Griechenland und hatte den multiresistenten *K. pneumoniae*-Stamm vermutlich von dort mitgebracht. Neben *Klebsiella pneumoniae* wurde KPC auch in weiteren Enterobacteriaceae und auch in Nonfermentern (*P. aeruginosa* und *A. baumannii*) nachgewiesen [3]. KPC sind inzwischen in vielen Ländern der Welt endemisch, u.a. dem Nordosten der USA, Griechenland, Israel, Kolumbien und Puerto Rico [3].

**OXA-48 Carbapenemasen** wurden im Jahr 2004 erstmals in *Klebsiella pneumoniae*-Isolaten aus der Türkei beschrieben [8]. Im Weiteren wurde diese Carbapenemase auch in Enterobacteriaceae aus Belgien,

Israel, Indien, Großbritannien, Argentinien, dem Libanon und in 2009 auch in Deutschland detektiert [9].

**VIM-Carbapenemasen** und die **New Delhi-Metallo- $\beta$ -Laktamase (NDM)** gehören zur Familie der Metallo- $\beta$ -Laktamasen. Die häufigsten Metallo- $\beta$ -Laktamasen sind VIM-Carbapenemasen, die bereits auf allen Kontinenten nachgewiesen wurden, häufig insbesondere in Südeuropa [3]. Die NDM-1 wurde erstmalig in 2008 in Isolaten von *Klebsiella pneumoniae* und *Escherichia coli* identifiziert. Beide Isolate stammten von einem Patienten, der nach einem Krankenhausaufenthalt in New Delhi nach Schweden zurück kehrte [10]. Auf eine im September 2010 durchgeführte Umfrage des ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) in 29 europäischen Ländern berichteten 13 Länder über insgesamt 77 NDM 1-Fälle [4]. Von 55 Fällen mit einer Reiseanamnese, hatten sich 31 zuvor in Indien oder Pakistan aufgehalten und fünf in einem Land der Balkanregion, bei 13 Fällen handelt es sich möglicherweise um nosokomiale Übertragungen. Die Autoren folgern, dass die NDM 1-Resistenz sich in Europa ausbreitet und dabei noch häufig mit medizinischen Behandlungen im Ausland assoziiert ist, aber auch, dass nosokomiale Übertragungen in Europa von zunehmender Bedeutung sind.

### Erste Zahlen aus Hessen

Im Zeitraum 1. Januar – 30. September 2012 wurden von den hessischen Gesundheitsämtern 284 Meldungen an das Hessische Landesuntersuchungsamt übermittelt, welche den Meldekriterien entsprechen. Diese Meldungen sind in den Tabellen 1-4 dargestellt. Die Darstellung der Meldungen erfolgte nach der Zugehörigkeit der Patientenwohnortkreise zu den vier hessischen MRE (Multiresistente Erreger)-Netzwerken und nicht nach den

Tabelle 1: *Pseudomonas aeruginosa*

MRE-Netzwerk	Alle Fälle	Davon mit Ausschluss Carbapenemase	Fälle mit Wohnort Hessen	Inzidenz (Fälle mit Wohnort Hessen/ 100.000 E.)	VIM-1		VIM-2		
					Alle Fälle	Wohnort Hessen	Alle Fälle	Wohnort Hessen	Wohnort außerhalb D
Südhessen	15	2	14	1.3	1	1	0	0	0
Rhein-Main	90	6	85	3.1	0	0	4	4	0
Mittelhessen	61	5	51	4.9	0	0	1	0	1
Nord(ost)hessen	31	0	29	2.4	3	3	1	0	1
Hessen	197	13	179	3.0	4	4	6	4	2

Fallzahlen, Inzidenz und Ergebnisse der molekularbiologischen Untersuchung auf Carbapenemasen für Carbapenem-resistente *Pseudomonas aeruginosa*, Hessen, 2012, Stand 2.10.2012

Tabelle 2: *Acinetobacter baumannii*-Komplex

MRE-Netzwerk	Alle Fälle	Davon mit Ausschluss Carbapenemase	Fälle mit Wohnort Hessen	Inzidenz (Fälle mit Wohnort Hessen/ 100.000 E.)	OXA-23			OXA-72	OXA-58
					Alle Fälle	Wohnort Hessen	Wohnort außerhalb D	Wohnort außerhalb D	Wohnort Hessen
Südhessen	6	1	6	0.6	3	3	0	0	1
Rhein-Main	17	0	10	0.4	3	1	2	1	0
Mittelhessen	5	0	3	0.3	1	0	1	0	0
Nord(ost)hessen	3	0	2	0.2	0	0	0	0	0
Hessen	31	1	21	0.3	7	4	3	1	1

Fallzahlen, Inzidenz und Ergebnisse der molekularbiologischen Untersuchung auf Carbapenemasen für Carbapenem-resistente *Acinetobacter baumannii* Komplex, Hessen, 2012, Stand 2.10.2012

Tabelle 3: *Klebsiella spp.*

MRE-Netzwerk	Alle Fälle	Davon mit Ausschluss Carbapenemase	<i>K. oxytoca</i>	<i>Klebsiella pneumoniae</i>						
				Wohnort Hessen	Alle Fälle	Wohnort Hessen	Wohnort außerhalb D	Carbapenemase		
			KPC-3					NDM-1/6	OXA-48	VIM-1
Südhessen	4	0	0	3	4	0	1	0	1	0
Rhein-Main	13	0	1	13	9	3	0	1	4	0
Mittelhessen	4	0	0	4	2	2	0	0	1	0
Nord(ost)hessen	11	0	0	11	8	3	2	0	0	2
Hessen	32	0	1	31	23	8	3	1	6	2

Fallzahlen und Ergebnisse der molekularbiologischen Untersuchung auf Carbapenemasen für Carbapenem-resistente *Klebsiella spp.*, Hessen, 2012, Stand 2.10.2012

Tabelle 4: weitere *Enterobacteriaceae*

MRE-Netzwerk	Alle Fälle	Davon mit Ausschluss Carbapenemase	<i>Alicycigenes faecalis</i>	<i>Citrobacter koseri</i>	<i>Enterobacter spp.</i>	<i>Escherichia coli</i>		<i>Proteus mirabilis</i>	<i>Serratia marcescens</i>	
			Wohnort Hessen	Wohnort Hessen	Wohnort Hessen	Alle Fälle	Wohnort außerhalb D	Wohnort Hessen	Wohnort Hessen	VIM-4
Südhessen	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
Rhein-Main	12	1	0	1	6	4	1	0	0	0
Mittelhessen	5	1	1	0	1	1	0	1	1	1
Nord(ost)hessen	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Hessen	20	3	1	1	9	6	1	1	1	1

Fallzahlen und Ergebnisse der molekularbiologischen Untersuchung auf Carbapenemasen für weitere Carbapenem-resistente *Enterobacteriaceae*, Hessen, 2012, Stand 2.10.2012

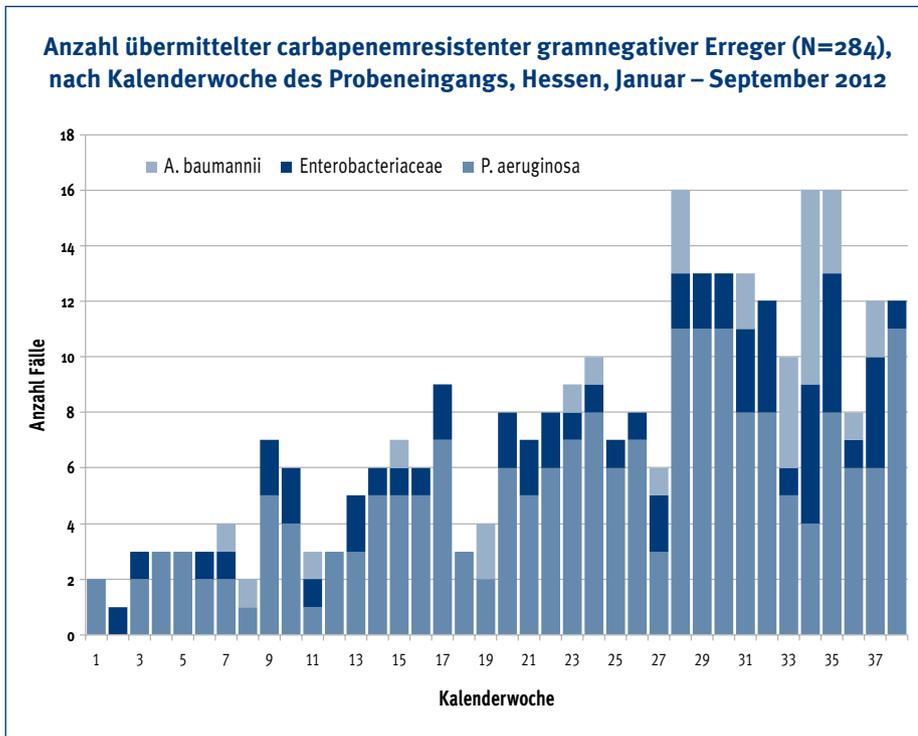


Abbildung 1: Anzahl übermittelter Carbapenem-resistenter gramnegativer Erreger (N=284). Nach Kalenderwoche der Probenahme, Hessen, Januar – September 2012, Stand 2.10.2012

Standorten der behandelnden Krankenhäuser. Die Nachweise der CRGN Erreger erfolgten ganz überwiegend im Rahmen stationärer Aufenthalte. 180 (63 %) Meldungen betrafen männliche Patienten. Das Alter der Patienten betrug zwischen zwei Monaten und 89 Jahren.

In Abbildung 1 ist die Anzahl der übermittelten Meldungen nach Kalenderwoche (Datum des Probeneinganges im Labor) dargestellt. Gut erkennbar ist der sukzessive Anstieg wöchentlicher Meldungen in der ersten Jahreshälfte. Dies entspricht einer – zu erwartenden – Einführungsphase der Meldepflicht. Mehr oder weniger unvollständig sind derzeit auch die auf Landesebene vorliegenden (Detail-)Informationen zu den übermittelten Fällen. Dies betrifft sowohl die Ergebnisse einer – mög-

licherweise – durchgeführten molekularbiologischen Diagnostik zum Ausschluss eines Carbapenemase-Verdachtens als auch Informationen zum Vorliegen einer Infektion oder Kolonisation. Diese sind jedoch erforderlich um Unterschiede in regionalen Nachweishäufigkeiten oder auch über die Zeit beurteilen zu können.

### Danksagung

Wir danken allen meldenden Laboren, Ärzten und Gesundheitsämtern für die zur Verfügung gestellten Informationen.

### Korrespondenzadresse

Dr. Anja Hauri, MSC (Epi)  
Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen  
Wolframstraße 33, 35683 Dillenburg  
E-Mail: anja.hauri@hlpug.hessen.de

### Literatur

- [1] Verordnung über die Ausdehnung der Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSGMeldeVO) vom 29. November 2011. Der hessische Sozialminister, (2012).
- [2] Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:1311–1354.
- [3] European Centre for Disease Prevention and Control. Risk assessment on the spread of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae (CPE) through patient transfer between healthcare facilities, with special emphasis on cross-border transfer. Stockholm: ECDC; 2011.
- [4] European Centre for Disease Prevention and Control. Updated ECDC risk assessment on the spread of New Delhi metallo- $\beta$ -lactamase and its variants within Europe. Stockholm: ECDC; 2011.
- [5] Kaase M. Carbapenemase-Detektion bei Enterobacteriaceae im mikrobiologischen Labor. Mikrobiologie 2010;37:234-40.
- [6] Yigit H, Queenan AM, Anderson GJ, Domenech-Sanchez A, Biddle JW, Steward CD et al. Novel carbapenem-hydrolyzing beta-lactamase, KPC-1, from a carbapenem-resistant strain of *Klebsiella pneumoniae*. Antimicrob Agents Chemother 2001 April;45(4):1151-61.
- [7] RKI. *Klebsiella pneumoniae*-Carbapenemase in Deutschland nachgewiesen! Epi Bull 2008 May 30;22:173-4.
- [8] Poirel L, Heritier C, Tolun V, Nordmann P. Emergence of oxacillinase-mediated resistance to imipenem in *Klebsiella pneumoniae*. Antimicrob Agents Chemother 2004 January; 48(1):15-22.
- [9] RKI. Antibiotikaresistenz: Nachweis von OXA-48-Carbapenemasen in *Klebsiella pneumoniae*-Isolaten aus Süddeutschland. Epi Bull 2010 April 14;14.
- [10] Yong D, Toleman MA, Giske CG, Cho HS, Sundman K, Lee K et al. Characterization of a new metallo-beta-lactamase gene, bla (NDM-1), and a novel erythromycin esterase gene carried on a unique genetic structure in *Klebsiella pneumoniae* sequence type 14 from India. Antimicrob Agents Chemother 2009 December;53(12):5046-54.

# Weibliche Genitalbeschneidung – Prävention und Opferschutz in Hessen

Petra Diabaté

„...Trotz der Hand, die fest über meinen Mund geschlossen war, schrie ich vor Schmerz – denn dies war nicht ein gewöhnlicher Schmerz, sondern eine sengende Flamme, die durch meinen ganzen Körper schoss. Einige Augenblicke später blickte ich auf meine Hüften und sah sie in einer roten Lache von Blut. Was man mir vom Körper geschnitten hatte, wusste ich nicht – ich wollte es auch nicht wissen. Ich weinte nur und rief um Hilfe nach meiner Mutter. Der schlimmste Schock kam, als ich mich umsaß und merkte, dass sie neben mir stand. Ja, sie war es, in voller Lebensgröße – es konnte keinen Zweifel geben. Mitten zwischen diesen Fremden stand sie, sprach mit ihnen und lächelte sie an, als habe sie nicht eben erst an der Abschächtung ihrer Tochter teilgenommen...“

*Die ägyptische Ärztin, Frauenrechtlerin und Autorin Nawal al Sadawi über ihre Beschneidung als Sechsjährige in ihrem Buch „Tschador. Frauen im Islam“ (1980).*

Rund 150 Millionen Frauen weltweit sind nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von der weiblichen Genitalbeschneidung (female genital mutilation – FGM) betroffen. Die archaische Praxis ist traditionell vor allem in vielen afrikanischen Ländern verbreitet, in geringem Umfang auch in Teilen Asiens und Lateinamerikas. Im Zuge der Migration wird die weibliche Beschneidung heute auch in die Einwanderungsländer getragen. In Deutschland leben schätzungs-

weise mindestens 20.000 betroffene Frauen, rund 5.000 Mädchen sind akut gefährdet, Opfer zu werden. Aufgrund großer Einwanderungsgruppen aus Ländern, in denen die weibliche Beschneidung traditionell praktiziert wird, gibt es viele betroffene Frauen und potentiell gefährdete Mädchen in Hessen.

Sie sind die Zielgruppe des Projekts gegen weibliche Genitalbeschneidung, das das Frankfurter Beratungszentrum FIM – Frauenrecht ist Menschenrecht e.V. – im November 2010 gestartet hat. Mit einem menschenrechtsbasierten Ansatz berät und unterstützt FIM seit mehr als 30 Jahren Migrantinnen und ihre Familien aus Afrika, Asien, Lateinamerika sowie Mittel- und Osteuropa.

## Enttabuisierung und Überzeugungsarbeit: Ein innovatives Projekt gegen die Frauenbeschneidung in Migranten-Communities im Rhein-Main-Gebiet

Traditionell ist das Thema FGM mit einem großen Tabu belegt. In Deutschland kommt dazu, dass vielfach Unkenntnis und fehlende Sensibilisierung eine adäquate Unterstützung der Betroffenen und wirksame Prävention verhindern. Der innovative Präventions- und Hilfeansatz des Projektes von FIM zielt daher auf Aufklärung und Veränderungen in ethnischen Communities im Rhein-Main-Gebiet und in Hessen ab, in denen weibliche Genitalbeschneidung traditionell praktiziert wird.

### 1. Aufklärung und Gewaltprävention

Zentrales Anliegen des Projektes ist es, das Thema FGM zu enttabuisieren und die

Stimmen für das unverhandelbare Recht jedes Menschen auf körperliche und seelische Unversehrtheit – in Deutschland wie in den Herkunftsländern – zu stärken. Gemeinsam mit afrikanischen Netzwerken, Vereinen und Kirchengemeinden initiiert und unterstützt FIM Diskussionen und Entscheidungsprozesse gegen die weibliche Genitalbeschneidung und sensibilisiert für die schwerwiegenden Folgen. In verschiedenen Veranstaltungen und Gruppen werden intensiv Themen zu Gesundheit, Körperlichkeit und Menschenrechten, aber auch Integration, Empowerment und Partizipation in der Gesellschaft behandelt.

Ziel ist, hier lebende Mädchen vor einer Beschneidung zu bewahren – sowohl in Europa als auch im Heimatland. Denn konkret gefährdet sind die Mädchen oft besonders bei einem Urlaub im Heimatland der Eltern.

### 2. Beratung und Unterstützung

Aus Scham, aus Angst oder schlichtweg, weil sie nicht wissen, wo sie sich hinwenden können, suchen viele Betroffene keine Hilfe. Um sie bei der Bewältigung der körperlichen und seelischen Folgen zu unterstützen, baut FIM ein breites Hilfsnetz für betroffene Frauen auf. Gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten, Hebammen und Therapeutinnen und Therapeuten gewährleistet es eine gute medizinische und psychologische Betreuung der betroffenen Mädchen und Frauen.

Sie können als Ärztin oder Arzt mithelfen, von weiblicher Genitalbeschneidung Betroffene zu unterstützen und ihre Kinder zu schützen, indem Sie die betroffenen Familien aufklären bzw. auch an FIM ver-

## Weibliche Genitalbeschneidung

### Fakten

- Unter weiblicher Genitalbeschneidung versteht man alle Praktiken, bei denen die weiblichen äußeren Geschlechtsorgane aus nicht-medizinischen Gründen teilweise oder ganz entfernt oder anderweitig verletzt werden.
- Weibliche Genitalbeschneidung hat keinen medizinischen Nutzen, fügt Mädchen und Frauen erheblichen Schaden zu und stellt eine schwere Menschenrechtsverletzung an Mädchen und Frauen dar.
- Der Eingriff erfolgt meist ohne Narkose und unter katastrophalen hygienischen Bedingungen. Die WHO unterscheidet vier Formen der Genitalbeschneidung:
  - I) **Klitoridektomie:** Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris und, in sehr seltenen Fällen, nur der Klitorisvorhaut.
  - II) **Exzision:** Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris und der inneren Schamlippen mit oder ohne Exzision der äußeren Schamlippen.
  - III) **Infibulation:** Verengung der Vaginalöffnung mit Bildung eines deckenden Verschlusses, indem die inneren und/oder äußeren Schamlippen aufgeschnitten (oder ausgeschabt) und zusammen gefügt werden, mit oder ohne Entfernung der Klitoris. (Infibulierte Frauen müssen für den Geschlechtsverkehr und zur Entbindung wieder aufgeschnitten (defibuliert) werden. Zum Teil werden sie anschließend wieder zugenäht (reinfibuliert).
  - IV) **Andere:** Alle weiteren Praktiken, die die weiblichen Genitalien aus nicht-medizinischen Gründen schädigen bzw. verletzen (z.B. Piercing, Dehnung, Verätzung).
- Die weibliche Genitalbeschneidung (FGM) wird traditionell in mindestens 28 Ländern Afrikas praktiziert. Betroffen sind der ganze Sahelgürtel und Ägypten, nicht aber die maghrebischen Staaten. Zu den Verbreitungsgebieten zählen auch einige Länder Asiens (Indonesien, Malaysia, Indien) und des Nahen Ostens (Vereinigte Arabische Emirate, Oman, Jemen, Iran) und Teile Lateinamerikas.
- Die Beschneidung findet in der Regel vor der Pubertät statt. Aber es gibt auch Beschneidungen von Säuglingen und von Frauen, die bereits 30 Jahre alt und verheiratet sind.

### ... und Folgen

- **Mögliche akute Komplikationen**
  - **Infektion:** Lokalinfektion, Allgemeininfektion, Septischer Schock (bis Tod), HIV-, Hepatitis-etc. Infektion, Tetanus, Gangrän
  - **Blutung:** Starker Blutverlust (bis Verblutung), Anämie, hypovolämischer und traumatischer Schock
  - **Verletzung:** Verletzung von Nachbarorganen wie Darmausgang, Harnröhre, Harnblase, größere Arterien, Vaginalwand mit der Gefahr von Fistelbildung, Frakturen
  - **Harnwege:** Harnverhalt, Dysurie
  - **Psychisches Trauma**
- **Mögliche chronische bzw. Langzeitkomplikationen**
  - Behinderungen beim Wasserlassen, Harnwegsinfektionen, Nierenbeckenentzündung, Inkontinenz, Steinbildung
  - Menstrualstauungen, Dysmenorrhoe, „Unterleibsentzündungen“ bis Infertilität/Sterilität
  - Vereiterung, Keloide, Narbenverziehungen, Dermoidzysten, Neurinome, Vaginalstenose
  - Dyspareunie, Apareunie, funktionale Sexualstörungen auch beim Mann
  - Erhöhtes Risiko von Komplikationen bei der Entbindung und erhöhtes Sterberisiko von Neugeborenen
  - Trauma (mit einer Vergewaltigung verglichen), Verlust des Urvertrauens, Angst, Depressionen, psychosomatische Erscheinungen

weisen. Gerne stehen wir Ihnen für weitere Fragen und Auskünfte zur Verfügung.

### Wenn Sie Interesse an einem Workshop zum Thema FGM haben, wenden Sie sich bitte an:

Petra Diabaté, M.A.

Projektkoordinatorin

FIM e.V. (Frauenrecht ist Menschenrecht)

Varrentrappstraße 55, 60486 Frankfurt

Tel.: 069 970979724, E-Mail:

petra.diabate@fim-beratungszentrum.de

www.fim-frauenrecht.de

### Literatur

*AG Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit, AG FIDE e.V., Dr. Christoph Zerm (Gynäkologe): Weibliche Genitalbeschneidung – Umgang mit Betroffenen und Prävention. Empfehlungen für Angehörige des Gesundheitswesens und weitere potentiell involvierte Berufsgruppen. Als PDF-Datei unter: [integra-netzwerk.de/Dokumente/Gesundheit](http://integra-netzwerk.de/Dokumente/Gesundheit). Hier finden Sie auch weitere Dokumente der Bundesärztekammer zum Thema.*

## Ausschreibung Dr. Georg-Preis

Bei der nächsten Versammlung des Vereins Rheinisch-Westfälischer Augenärzte im Februar 2013 in Bochum soll erneut der **Wissenschaftspreis im Wert von 10.000 Euro** verliehen werden. Wie auf der Mitgliederversammlung am 21. Januar 2004 beschlossen wurde, haben sich die Bestimmungen zur Vergabe dieses Preises verändert, um besonders den wissenschaftlichen Nachwuchs zu fördern.

Bei gegebenen Voraussetzungen mögen sich Interessenten entsprechend den Vergaberichtlinien unter Beschreibung ihrer besonderen Verdienste bis zum **23. November 2012** beim stellvertretenden Vorsitzenden des Vereins: Professor Dr. Norbert Bornfeld, Universitäts-Augenklinik, Hufelandstraße 55, 45122 Essen, schriftlich bewerben.

# Peer-Review in der Intensivmedizin – Qualitätssicherung von Ärzten für Ärzte

## Kooperationsprojekt zwischen der Landesärztekammer Hessen und der Ärztekammer des Saarlandes

Die markanten Fortschritte in der Intensivmedizin werden seit einigen Jahren durch Qualität sichernde Maßnahmen begleitet. In Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern Hamburg und Baden-Württemberg haben Intensivmediziner ein Auditierungsverfahren entwickelt, das die Qualität der medizinischen Versorgung auf Intensivstationen bewertet. Ähnlich wie bei Zertifizierungsverfahren durch die Fachgesellschaften werden die Gespräche und die Begehung der Intensivstation ausschließlich von speziell geschulten Ärzten und Pflegekräften durchgeführt, die im gleichen Umfeld arbeiten und über fachspezifische Kenntnisse und Erfahrung in dem zu evaluierenden Bereich verfügen. Diese Vorgehensweise wird als „Peer-Review-Verfahren“ bezeichnet.

Die Landesärztekammer Hessen wird in Kooperation mit der Ärztekammer des Saarlandes dieses Verfahren für die Intensivmedizin durchführen. Die Zusammenarbeit auf dem Fortbildungssektor erweitert das Leistungsspektrum beider Partner. Das Peer-Review eignet sich in besonderer Wei-

se als gemeinsames Projekt. Die Kooperation vergrößert die Zahl der teilnehmenden Kliniken und eröffnet für die Ärztinnen und Ärzte aus Hessen und dem Saarland die Teilnahme an diesem Verfahren.

Das Peer-Review-Verfahren ist Teil einer unbürokratischen Qualitätsinitiative, die von der Bundesärztekammer intensiv verfolgt wird und bereits mit einem Curriculum für die Ausbildung von Peers unterlegt ist (siehe Download-Bereich auf der Internetseite der Bundesärztekammer). Der Deutsche Ärztetag plädiert in seinen jüngsten Entschlüssen nachdrücklich für „die verstärkte Etablierung hochwertiger Peer-Review-Verfahren im deutschen Gesundheitswesen und unterstützt dies mit der Qualifizierung zukünftiger Peers.“ (Deutsches Ärzteblatt 109; 24: B 1086).

### Pilotprojekt für Intensivmedizin

Peer-Review-Verfahren unterscheiden sich von herkömmlichen Auditierungsmethoden in zwei entscheidenden Punkten: Freiwilligkeit des Verfahrens und ausdrückliche

Zielsetzung eines persönlichen Erkenntnisgewinns für alle beteiligten Ärzte und Pflegekräfte. Die Grundlage hierfür bildet der Informationsaustausch zwischen den auditierenden (Peers) und den besuchten ärztlichen Kollegen, die sich freiwillig und auf Augenhöhe begegnen. In der Intensivmedizin sind Peer-Review-Verfahren seit Ende 2006 in der Entwicklung und werden maßgeblich vom Netzwerk Qualität in der Intensivmedizin (NeQuI) vorangetrieben. Die fachliche Hoheit ist zwischenzeitlich in die Hände der DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) übergegangen.

Als Kooperationspartner für die flächendeckende Einführung von Peer-Review-Verfahren stehen die Ärztekammern der Bundesländer mit ihrer methodischen Kompetenz zur Verfügung. Die Landesärztekammer Hessen unterstützt die Qualitätsinitiative und entwickelt derzeit die erforderlichen Konzepte. Im ersten Schritt soll das Peer-Review-Verfahren als Pilotprojekt in der Intensivmedizin ausgerollt werden. Das Projekt wird fachlich durch die Nationale Steuerungsgruppe der DIVI begleitet.

## Ingrid zu Solms-Wissenschaftspreis für Medizin der Ingrid zu Solms-Stiftung

Ausschreibung für eine richtungsweisende, wissenschaftliche Originalarbeit (begutachtete Habilitationsschrift bzw. nach internationalen peer-review Kriterien begutachtete und akzeptierte Publikationen) einer jungen Forscherin (bis 40 Jahre), die auf dem Gebiet der Grundlagenforschung der klinischen Medizin oder der ärztlichen Psychotherapie arbeitet.  
Dotations: Euro 10.000

Die Bewerbungen mit Zusammenfassung, Lebenslauf und Publikationsliste sind elektronisch (per E-Mail) bis 15. Januar 2013 zu richten an: Professor Dr. Simone Fulda, Universitätsklinik Frankfurt am Main, [simone.fulda@kgu.de](mailto:simone.fulda@kgu.de)  
Betreff: Wissenschaftspreis Medizin  
Die Ausschreibungsbedingungen finden Sie unter: [www.ingrid-zu-solms-stiftung.de](http://www.ingrid-zu-solms-stiftung.de)

Die Landesärztekammer Hessen verfolgt mit diesem Vorstoß das Ziel, die intensivmedizinischen Einheiten an den hessischen Kliniken in ihren Bemühungen um das Qualitätsmanagement zu unterstützen. Intensivstationen weisen ein Höchstmaß an ärztlicher, pflegerischer und physiotherapeutischer Patientenbetreuung auf, verfügen über eine große Prozessdichte und verursachen hohe Kosten. Schlechte Ergebnisse, die den etwa vorhandenen Schwächen in der Struktur und in der Organisation, der fehlenden Anwendung evidenzbasierter Medizin, oder Hygienemängeln und Sonstigem geschuldet sind, entwerten den materiellen und personellen Aufwand. Das Pilotprojekt fokussiert somit auf einen Bereich im Krankenhaus, der hohe Anforderungen an das Qualitäts- und Risikomanagement stellt und von einer SWOT-Analyse (Stärken, Schwächen, Chancen, Gefahren) erheblich profitieren kann.

## Erkenntnisgewinn für Ärzte und Pflegekräfte

Im Peer-Review-Verfahren auf der Intensivstation richtet sich ein Großteil des Augenmerks auf die ärztliche und die pflegerische Behandlung der Patienten unter Berücksichtigung von definierten Qualitätsindikatoren. Diese Indikatoren werden in regelmäßigen Zeitabständen von der DIVI geprüft, überarbeitet oder ergänzt. Sie dienen zur Statuserhebung des allgemeinen Behandlungsprozesses und liefern die Ansatzpunkte für eine Verbesserung der stationären Behandlungsqualität. Der besondere Reiz des Verfahrens liegt für die Leistungserbringer auf der Intensivstation in der Auditierung und Fremdbetrachtung „von außen“ durch intensivmedizinisch versierte und im Peer-Review-Verfahren geschulte Ärzte und Pflegekräfte in gehobenen Positionen (z.B. Chefarzte, Oberärzte, Pflegeleitungen).

Ca. vier bis sechs Wochen vor dem eintägigen Review vor Ort wird ein strukturierter Fragebogen (100 Fragen zu Struktur, Prozessen und Ergebnis) von der zu visitierenden Klinik ausgefüllt und an die Reviewer zur Vorbereitung auf den Besuch versandt. Am Peer Review vor Ort nehmen idealerweise zwei Ärzte und eine Pflegekraft (gegebenenfalls auch ein Vertreter der Landesärztekammer) teil. Nach einem ausführlichen Gesprächsaustausch zwischen den verantwortlichen Führungskräften und den „Besuchern“ werden die Strukturen und Prozesse auf der Intensivstation in einer Visite begutachtet mit der Intention Schwächen und Fehler zu entdecken, aber zugleich auch Stärken und Chancen hervorzuheben. Transparenz in der Analyse und zugleich Vertraulichkeit im Review zählen zu den kollegialen Prinzipien, die dem fachlichen Austausch zugrunde liegen. Zum Abschluss des Besuchs werden die Ergebnisse zusammengefasst und später der Klinik- bzw. Stationsleitung in einem schriftlichen Bericht übergeben.

In den Schulungen der Landesärztekammer Hessen erlernen die interessierten Ärzte und Pflegekräfte die Grundlagen für eine standardisierte Bewertung von Indi-

katoren zur Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität kennen. Darüber hinaus werden die Regeln für einen respektvollen Umgang, eine zielorientierte Gesprächsführung und für den Fall von Konflikten vermittelt.

Diese Veranstaltungen umfassen insgesamt je 16 Unterrichtseinheiten und sind als Blended-Learning-Maßnahme (E-Learning- und Präsenzphase) konzipiert. Die Telelernphase des ersten Seminars hat am 12. Oktober 2012 begonnen und endet mit einer Lernerfolgskontrolle. Ihr schließt sich dann die Präsenzphase am 9./10. November 2012 im Fortbildungszentrum in Bad Nauheim an (siehe Seite 750).

### Kontakt Daten

*Professor Dr. med.*

*Hans-Bernd Hopf, Langen*

*Projektgruppe Peer-Review*

*Intensivmedizin Hessen*

*E-Mail: h-b.hopf@asklepios.com*

*Professor Dr. med.*

*Clemens-Alexander Greim, Fulda*

*Nationale Steuerungsgruppe*

*Peer-Review der DIVI*

*E-Mail: sek.anaesth@klinikum-fulda.de*

## Der medizinische Gutachter – Brückenschlag zwischen Arzt und Juristen

Ärztliche Gutachtertätigkeit eröffnet ein weites Feld an verantwortungsvoller und äußerst abwechslungsreicher Betätigung. Die Begutachtung erfolgt auf vielfältigen Beobachtungsfeldern, verflochten mit verschiedenen Rechts- und Sozialgebieten. Für den ärztlichen Gutachter ist ein hohes Maß an Kompetenz notwendig, um zu verhindern, dass aufgrund von Defiziten Berührungspunkte entstehen, die zur Zurückhaltung gegenüber der Gutachtertätigkeit führen können.

Der modulare Kurs ist nach dem Curriculum „Grundlagen der medizinischen Be-

gutachtung“ der Bundesärztekammer aufgebaut. Er richtet sich sowohl an Anfänger im Begutachtungswesen, als auch an Kolleginnen und Kollegen die bereits über Erfahrungen verfügen. Er dient der Aktualisierung und Vertiefung bereits vorhandener Kompetenzen.

Im Modul I geht es um die Rolle des Gutachters, seine Verantwortlichkeit und Haftung, um den formalen Aufbau von Gutachten und die verschiedenen rechtlichen Grundlagen wie Schweigepflicht, Befangenheit und Vertragsverhältnisse. Daran schließt sich die Beurteilung der Leistungs-

fähigkeit im Arbeits- und Erwerbsleben an, wobei Referenten aus den verschiedenen Versicherungszweigen jeweils Grundzüge, Schutzzweck und Besonderheiten vorstellen und anschließend Fallbeispiele von den Teilnehmern ausgearbeitet und mit den Referenten diskutiert werden.

Im Modul II wird speziell auf die Kausalitäts- und Beweisregeln im Straf-, Zivil- und Sozialrecht eingegangen sowie auf die Begutachtung fraglicher ärztlicher Behandlungsfehler. Darauf aufbauend werden Gemeinsamkeiten und Differenzen in der gesetzlichen und privaten Unfallversicherung behandelt mit einem Exkurs in die Grenzen und Fallstricke der Begutachtung sowie Fragen der Honorierung (GOÄ, JVEG, privatwirtschaftliche Abrechnung).

Das Modul III befasst sich mit den Besonderheiten der Pflegeversicherung sowie speziellen Fragen aus den Bereichen der forensischen Psychiatrie, der Rechtsmedizin und der psychosomatischen Störungen sowie der Begutachtung von Migranten. Den Abschluss bildet ein Referat über die ärztliche Begutachtungspraxis aus richterlicher Sicht, in dem an Hand von Fallballspielen immer wiederkehrende Fehler und Schwierigkeiten bei der Verständigung zwischen Juristen und Medizinern aufgezeigt werden.

Die Module bauen inhaltlich aufeinander auf, sodass insgesamt ein grundlegender Einblick in die Begutachtungskunde gewährleistet ist. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, mit den Referenten direkt in Kontakt zu treten, um sich aktiv als Gutachter bzw. Gutachterin einzubringen (s. Seite 752).

*Professor Dr. med. Hansjürgen Bratzke  
Direktor des Instituts für Rechtsmedizin  
im Klinikum der J. W. Goethe –  
Universität, Frankfurt a.M.*

## Bericht über die Arbeit der Gutachter- und Schlichtungsstelle im Jahre 2011

Auch im Jahre 2011 war die Gutachter- und Schlichtungsstelle für eine erhebliche Zahl von Patienten Anlaufstelle für Beschwerden wegen einer behaupteten Fehlbehandlung durch Klinikärzte und niedergelassene Ärzte.

Im abgelaufenen Jahr wurden bei der Gutachter- und Schlichtungsstelle 772 Anträge gestellt. Hinzu kommen die noch nicht abgeschlossenen Verfahren aus den Vorjahren. Insgesamt konnten 888 Verfahren erledigt werden. In 296 Fällen war eine Begutachtung aus unterschiedlichen Gründen nicht nötig, davon in 92 Fällen wegen Desinteresses des Antragstellers. 592 Gutachten wurden eingeholt, die in 280 Fällen von einer Kommission nachgeprüft wurden, was zu einer erhöhten Richtigkeitsgewähr beitrug. In 144 Fällen wurden Behandlungsfehler bejaht, davon in allen Fällen auch die Ursächlichkeit des Fehlers für den Schaden. In 448 Fällen wurde ein Behandlungsfehler verneint.

Etwa ein Drittel der Beanstandungen der Patienten betraf die Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt. Hier wurden besonders häufig Orthopäden Behand-

lungsfehler vorgeworfen. Im klinischen Bereich richteten sich die meisten Vorwürfe gegen Chirurgen, insbesondere der Unfallchirurgie. Am meisten wurden Mängel bei der Implantation eines künstlichen Hüftgelenks vorgebracht, hinzu kamen Beschwerden nach Schulter- oder Knieoperationen oder Knochenbrüchen. Aus dem Fachgebiet der Chirurgie insgesamt rührten 252 Fälle her, aus dem Fachgebiet Frauenheilkunde 39 und aus dem Fachgebiet Innere Medizin 74. Die anderen Anträge verteilten sich auf die übrigen Fachgebiete. Erfreulich ist, dass im Bezirk der Landesärztekammer Hessen – anders als auf Bundesebene, wo ein relativ hoher Anteil der nachgewiesenen Behandlungsfehler im Zusammenhang mit Brustkrebs stand – die Behandlungsvorwürfe aus den Fachgebieten Frauenheilkunde und Geburtshilfe zurückgegangen sind.

Bedauerlich ist, dass die Versicherungen wie in den Jahren zuvor die Teilnahme der bei ihnen versicherten Ärzte häufig von der Einbeziehung anderer Ärzte bzw. medizinischer Einrichtungen abhängig machen. Das ist zwar oft nicht unverständlich, wenn die Behandlung durch mehrere Ärzte

schadensursächlich gewesen sein kann. Der Patient ist aber mitunter gezwungen, mehrere Ärzte zu beteiligen, gegen die er eigentlich nicht vorgehen wollte.

Für die Juristen der Gutachter- und Schlichtungsstelle hat sich der Arbeitsaufwand auch im Jahre 2011 weiter erhöht. Dies beruht darauf, dass, wie sich aus den oben wiedergegebenen Zahlen ergibt, nach einer sehr hohen Zahl von Kommissionssitzungen Kommissionensentscheidungen zu verfassen waren. Von den Patienten, aber auch auf Behandlerseite wird zunehmend anwaltliche Unterstützung in Anspruch genommen. Die Mitwirkung von Rechtsanwälten führt in der Regel dazu, dass der Kampf härter, oft allerdings auch mit mehr Sachverstand, insbesondere bei der Einschaltung von Fachanwälten für Medizinrecht, geführt wird und dass das Verfahren einem Verfahren vor den ordentlichen Gerichten sehr nahe kommt.

*Dr. jur. Katharina Deppert  
Vorsitzende der Gutachter- und  
Schlichtungsstelle bei der  
Landesärztekammer Hessen  
Vors. RichterIn am BGH a. D.*

### Ausschreibung Wissenschaftlicher Preis der Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie

Der Preis soll an Kollegen aus Hessen für hervorragende Publikationen auf dem Gebiet der Gastroenterologie vergeben werden. Bei den Arbeiten kann es sich um wissenschaftliche Veröffentlichungen, Fortbildungsarbeiten, Doktorarbeiten oder Habilitationsschriften aus den Jahren 2011/2012 handeln. Die Thematik kann aus der Inneren Medizin, Chirurgie, Pädiatrie, Radiologie, Pathologie oder anderen Gebieten mit Nähe zur Gastroenterologie kommen.

Die Arbeiten sind bis zum 12. November 2012 an den Vorsitzenden der Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft, Professor Dr. med. S. Zeuzem, Direktor

der Medizinischen Klinik 1, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main, in fünffacher Ausfertigung (und Lebenslauf) einzureichen.

Die Preisverleihung wird anlässlich des Jahresvortrags der Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie, am Mittwoch, dem 5. Dezember 2012, um 17:30 Uhr in der Villa Bonn, Siesmayerstraße 12, 60323 Frankfurt am Main stattfinden. Der Preisträger wird gebeten, in einem 15-minütigen Referat über die Preisarbeit zu berichten.

# „Neue“ Patientenrechte

## Deutliche Haftungsverschärfung für die Ärzteschaft

Thomas K. Heinz

Am 23. Mai 2012 hat das Bundeskabinett den Gesetzesentwurf zur Stärkung der Patientenrechte beschlossen. Am 1. Januar 2013 soll das Patientenrechtegesetz (PRG), das u.a. BGB und SGB V modifiziert, in Kraft treten. Sinn und Zweck dieses Gesetzes soll es sein – so die Bundesregierung – die Position der Patienten gegenüber Leistungserbringern, wie Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen zu stärken. Patientenrechte sind in Deutschland derzeit noch in einer Vielzahl von Vorschriften in verschiedenen Rechtsbereichen verteilt – und zum Teil auch lückenhaft – geregelt. In den Gebieten Behandlungs- und Arzthaftungsrecht findet sich noch relativ wenig im Gesetz, mit der Folge, dass die Praxis bisher überwiegend noch „Richterrecht“ ist. Dies erschwert es allen Beteiligten, die Rechte zu kennen und vor allem den Patientinnen und Patienten, diese Rechte einzufordern. Es ist insbesondere für Nicht-Juristen sehr schwierig, sich einen Überblick über Rechte und Ansprüche zwischen Patienten und Ärzten zu verschaffen. Durch die Neuregelung sollen die verstreuten Patientenrechte gebündelt sowie die Patientenstellung im Gesundheitssystem gestärkt werden. Ob die Kodifizierung der Rechtsprechung ein Mehr an Rechtssicherheit bringt, bleibt allerdings abzuwarten und darf bezweifelt werden. Das neue Gesetz enthält zudem einigen Zündstoff und verschärft nicht zuletzt die Haftung des Arztes erheblich. Nachfolgend sollen die wesentlichen Neuerungen, kurz skizziert werden.

### Behandlungsvertrag

Der Behandlungsvertrag wird als neuer Dienstvertragstyp in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) eingefügt. Erfasst werden Behandlungen im Bereich der Humanme-

dizin durch Angehörige der Heilberufe und damit primär Behandlungen durch (Zahn) Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Darüber hinaus sollen aber auch Behandlungen durch Angehörige anderer Heilberufe, deren Ausbildung nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG durch Bundesgesetz (Hebammen, Masseur und medizinische Bademeister, Ergotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten u.a.) geregelt ist, oder Heilpraktiker fallen. Die Neuregelung bestimmt nicht, wer die Behandlung in Person durchführt. Die Norm regelt nur, dass die eine Vertragspartei als vertragscharakteristische Leistung eine medizinische Behandlung zusagt. Diese Person wird in den Vorschriften durchgängig als *Behandelnder* bezeichnet. Der die Behandlung Zusagende und der die Behandlung tatsächlich Durchführende können identisch sein, müssen es jedoch nicht.

Die neu in das BGB einzufügenden §§ 630 a ff BGB regeln alle Rechte und Pflichten, die mit einer ärztlichen Behandlung im Zusammenhang stehen. Dazu zählen etwa das *Aufklärungsgespräch* und die *Einsicht in die Patientenakte*. Die Patienten sollen durch die Neuregelung eine deutlich bessere Grundlage erhalten als bisher, ihre Rechte einzufordern. So kann der Patient jederzeit Einsicht in seine Krankenunterlagen verlangen, soweit dem nicht erhebliche therapeutische Gründe oder Rechte Dritter entgegenstehen. Die Einsichtnahme ist unverzüglich zu gewähren. Der Patient kann Abschriften verlangen, muss aber dem Arzt hierfür die Kosten erstatten. Die Bestimmung kodifiziert damit lediglich die ständige Rechtsprechung der Instanzgerichte. Im Fall des Todes des Patienten stehen die Rechte seinen Erben

zu, soweit sie vermögensrechtliche Interessen des Patienten geltend machen und die Einsichtnahme nicht dem ausdrücklichen oder mutmaßlichen Willen des Verstorbenen widerspricht. Dies gilt für die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen des Verstorbenen geltend machen (§ 630 g BGB).

### Information und Aufklärungspflichten

Bereits *zu Beginn* der Behandlung muss der Arzt den Patienten und, falls nötig, in deren Verlauf alle für die Behandlung wesentlichen Umstände verständlich erläutern, insbesondere die Diagnose, Therapie und die Zukunft nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Auch dies ist an sich nicht neu und wird durch die Rechtsprechung (unter dem Stichwort „rechtzeitige Aufklärung“) seit Jahren so gehandhabt. Zudem ist der Arzt verpflichtet, alle für die Einwilligung wesentlichen Umstände darzulegen, speziell über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiko des Eingriffs sowie über dessen Notwendigkeit. Dasselbe gilt bezüglich der Notwendigkeit, Dringlichkeit und Eignung zur Diagnose oder zur Therapie sowie die Erfolgsaussichten von Diagnose und Therapie. Schließlich kann auch die *Medikation* den Behandelnden dazu verpflichten, über die Dosis, etwaige Unverträglichkeiten und Nebenfolgen zu informieren. Der Behandelnde ist zudem verpflichtet, den Patienten über *erkennbare Behandlungsfehler zu informieren*, soweit dies zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren vom Patienten erforderlich ist (§ 330 c BGB).

Die von der Rechtsprechung bislang ebenfalls geforderte *wirtschaftliche Informa-*

*tionspflicht* wird nun ebenfalls kodifiziert. Sofern dem Arzt bekannt ist, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch Dritte nicht gesichert ist, ist er gehalten, seinen Patienten vor Behandlungsbeginn schriftlich zu informieren. Diese Informationspflicht gilt dann nicht, wenn die Behandlung unaufschiebbar ist, erhebliche therapeutische Gründe der Patienteninformation entgegenstehen, der Patient auf diese ausdrücklich verzichtet hat oder er aufgrund eigener Fachkenntnisse keiner Information bedarf. Die schriftliche Informationspflicht soll auch für IGeL-Angebote gelten.

## Behandlungsfehler

Niedergelassene Ärzte und Kliniken werden verpflichtet, *Fehler*, die bei der Behandlung unterlaufen oder beinahe unterlaufen sind, zu *dokumentieren und auszuwerten*. Auf diese Weise sollen Risiken erkannt und minimiert werden können. Das Verfahren bei Behandlungsfehlern soll zudem zu Gunsten des Patienten vereinfacht werden.

Die Länder und die ärztliche Selbstverwaltung werden mit dem Gesetz aufgefordert, Schlichtungsverfahren zu vereinfachen. Es sollen Arzthaftungskammern an den Landgerichten eingerichtet werden, mit Richtern, die sich speziell mit Prozessen zum Arzthaftungsrecht befassen. Bislang gibt es diese Spezialkammern nur vereinzelt.

Besteht der Verdacht auf einen Behandlungsfehler, so werden die *Krankenkassen* verpflichtet, ihre Versicherten zu *unterstützen*.

Die von den Gerichten entwickelten Beweislastverteilungsregeln werden in das BGB übernommen. Liegt ein *grober Behandlungsfehler* vor und ist dieser *grundsätzlich geeignet*, den eingetretenen Scha-

den herbeizuführen, wird *vermutet*, dass der Fehler schadensursächlich war. Das gilt auch dann, wenn der Arzt keinen medizinisch gebotenen Befund erhoben oder gesichert hat, soweit der Befund hinreichend wahrscheinlich ein Ergebnis erbracht, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte, und wenn das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre. Im Rahmen der Beweislast gilt für Behandlungs- und Aufklärungsfehler gleichermaßen: Ein *Behandlungsfehler* wird *vermutet*, wenn ein allgemeines Behandlungsrisiko eingetreten ist, das für den Arzt voll beherrschbar war und das zur Verletzung von Körper, Gesundheit, Freiheit,

sexuelle Selbstbestimmung ein oder eines sonstigen Rechts des Patienten geführt hat. Zivilprozessual bedeutet dies für den Arzt, dass er die (gesetzliche) *Vermutung widerlegen* muss.

Zudem muss der Arzt nun *beweisen*, dass er eine Einwilligung des Patienten eingeholt und den Anforderungen gemäß aufgeklärt hat. Genügt die Aufklärung dem nicht und hätte sich der Patient bei ordnungsgemäßer Aufklärung in einem ernsthaften Entscheidungskonflikt über die Vornahme des Eingriffs befunden, wird nun per legem *vermutet*, dass der Patient nicht zugestimmt hätte.

## Dokumentation

Nach der Neuregelung besteht die Verpflichtung, in der Patientenakte sämtliche fachliche, für die derzeitige und künftige Behandlung wesentliche Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligung und Aufklärung. Die **Dokumentation** hat *in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang* mit der Behandlung zu erfolgen. Bisher galt dies nicht für Routinemaßnahmen; diese konnten nach der Rechtsprechung der Instanzgerichte auch noch längere Zeit nach der Behandlung dokumentiert werden. Hat der Arzt eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis nicht in der Patientenakte aufgezeichnet, oder hat er diese entgegen gesetzlichen Vorgaben nicht aufbewahrt, wird *vermutet*, dass er diese Maßnahmen nicht getroffen hat. Dies ist eine tief einschneidende Änderung zur bisherigen Rechtspraxis. Bislang war es dem Arzt überlassen, wie er seine Aufzeichnungen führt; nachteilige Auswirkungen, wie

nun in der Neuregelung festgeschrieben, hatte der Arzt nicht zu befürchten. Die nun per Gesetz fingierte „Unterlassungsvermutung“, stellt daher eine nicht zu unterschätzende *Haftungsverschärfung* dar. *Berichtigungen und Änderungen* von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt (§ 630 f BGB). Die Akte ist für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht.

## Qualifikation

Eine weitere deutliche Haftungsverschärfung ist die *mangelnde Qualifikation*. War der Arzt für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht geeignet oder nicht befähigt, wird *vermutet*, dass die mangelnde Eignung oder die mangelnde Befähigung für den Eintritt des Schadens ursächlich war. Bislang besteht eine solche Vermutung nicht; eine Haftung erwächst nach derzeitiger Rechtslage nur dann, wenn der Arzt den Patienten nicht darüber *aufklärt*, dass ihm die entsprechende Qualifikation für den Eingriff fehlt.

## Einwilligung

Hier gilt die bisherige Rechtslage. Sofern der Patient einwilligungsunfähig ist, ist ebenfalls wie bisher, die Einwilligung eines Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung vorliegt, die den Eingriff gestattet und auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft. Kann eine Einwilligung für einen unaufschiebbaren Eingriff nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf dieser ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn er dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht. Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass der Patient oder der zur Einwilligung Berechtigte vor der Einwilligung aufgeklärt worden ist.

## Hausarztzentrierte Versorgung

Der Versicherte kann seine Erklärung zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung binnen zwei Wochen *widerrufen*. Auch für die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung und der integrierten Versorgung wird ein Widerrufsrecht eingeführt.

## Unterstützung durch die Krankenkassen

Bislang *konnten* die Krankenkassen ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen unterstützen. Die Kann-Regelung wird nun in eine Soll-Regelung umgewandelt, mit der Folge, dass die Kassen nun grundsätzlich zur Unterstützung verpflichtet sind, es sei denn, es sprechen besondere gewichtige Gründe dagegen.

## Anschrift des Verfassers

Rechtsanwalt und  
Fachanwalt für Medizinrecht  
Dr. Thomas K. Heinz  
Cronstettenstraße 66  
60322 Frankfurt

## Sicherer Verordnen

### Flupirtin – Abhängigkeit und Lebertoxizität

Bereits 1992 wurde in der damaligen Preisvergleichsliste zu Flupirtin (z.B. Katadolon®) angemerkt, dass zur Frage einer Abhängigkeit von diesem Analgetikum noch länger dauernde Erfahrungen abzuwarten seien. 2009 publizierte die AkdÄ einen Fallbericht über eine langjährige Abhängigkeit von Flupirtin bei einer 33-jährigen Patientin, über 44 ähnliche Fälle sind der AkdÄ bekannt.

2012 startete eine Werbekampagne zu Flupirtin bei Rückenschmerzen. Eine propagierte sog. Reanalyse ist nicht überprüfbar, da unveröffentlichte Studien berücksichtigt wurden. In Anbetracht des Abhängigkeitspotentials und insbesondere der Lebertoxizität von Flupirtin (bis hin zu tödlichem Leberversagen) sollte dieser in seiner Wirkung nur schlecht belegte Alt-Arzneistoff nur zurückhaltend, wenn überhaupt, verordnet werden – trotz Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie (DGS).

Quellen: [www.akdae.de](http://www.akdae.de), [arzneitelegramm](http://arzneitelegramm) 2012; 43(7): 61-2

### Neue Impfempfehlungen der STIKO

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI) hat ihre Impfempfehlungen aktualisiert.

Bei der Meningokokken-Impfung wird auf die erweiterte Zulassung der 4-valenten Impfstoffe auf Kinder ab dem ersten Lebensjahr verwiesen und der zu impfende Personenkreis erweitert auf Reisende in Länder mit hohem Infektionsrisiko und auf Personen mit erhöhtem Risiko für diese Infektion. Auch bei der Mumpsimpfung wurde die Empfehlung erweitert auf Personen, die mit erkrankten Kindern zusammentreffen könnten und auf alle nach 1970 Geborenen mit unklarem Impfstatus.

Für praktisch tätige Ärztinnen und Ärzte sind die neu aufgenommenen Empfehlungen zu Nachholimpfungen für Personen mit unvollständigem oder unbekanntem Impfstatus von großem Interesse. Im Zweifelsfall rät die STIKO zum Nachimpfen,

denn sie sieht praktisch kein Risiko durch „Überimpfen“. Deshalb rät die STIKO auch zur Verwendung von Kombinationsimpfstoffen. Nur sehr selten kann es nach Ansicht der STIKO zu lokalen, selbstlimitierten Unverträglichkeitsreaktionen an der betroffenen Extremität kommen (Arthus-Phänomen). Eine vorherige serologische Titerbestimmung wird aufgrund häufig unzureichender Sensitivität und Spezifität der Labortests nicht als notwendig erachtet. Einwilligungserklärungen in 15 Sprachen und weitere Informationen unter [www.rki.de/](http://www.rki.de/) impfen, eine englischsprachige Version der STIKO-Empfehlungen findet sich unter [www.rki.de/en](http://www.rki.de/en).

### Übersicht zum rechtlichen Rahmen bei Off-Label-Use

Vor allem in der Intensivtherapie Neugeborener beträgt der Anteil an Off-Label-Anwendungen eines Arzneistoffes über 90 %, bei Erwachsenen sollen in Kanada mehr als 10 % der Verordnungen Off-label sein.

#### Definitionen

**Off-Label-Use:** Arzneimittel bereits zugelassen in D, Anwendung außerhalb der Zulassung für andere Indikationsgebiete, Dosierungen oder Patientengruppen

**Unlicensed Use:** Arzneimittel in D (noch) nicht zugelassen, Einzelimport für individuelle Patienten möglich (mit Genehmigung der gesetzlichen Krankenkasse)

**Compassionate Use:** Arzneimittel in klinischer Prüfung oder mit Zulassungsantrag, aus humanen Erwägungen für lebensbedrohliche Erkrankungen eingesetzt, vom Hersteller kostenlos abzugeben

In der Praxis bestehen viele Unsicherheiten zu diesem Thema. In einer neuen Übersicht wird der rechtliche Rahmen beleuchtet.

a) *Nach dem Arzneimittelgesetz kann ein Arzt ein Arzneimittel Off-label verordnen. Er muss es, wenn es medizinischem Standard entspricht. Allerdings hat er eine intensiviertere Pflicht zur Aufklärung auch über das mögliche Auftreten bisher noch*

*unbekannte Risiken und zur Beobachtung des Behandlungsverlaufes. Nur in geringem Maß haben auch der „mündige Patient“ und der pharmazeutische Hersteller eine Eigenverantwortung.*

b) *Ein Off-label-Use ist grundsätzlich keine Leistung der GKV. Ausnahmen gelten unter engen Voraussetzungen (ausreichende Belege eines Nutzens, keine Therapiealternative, Zustimmung des Gemeinsamen Bundesausschusses, niedergelegt in den Arzneimittelrichtlinien) für schwerwiegende Erkrankungen. Bei lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankungen sind die Anforderungen an ausreichende Belege verringert – Hinweise mit niedrigerem Evidenzgrad können ausreichen.*

Quellen: *Dtsch.med.Wschr.* 2012; 137(28/29): 1444, *dto.* 2012; 137(30): 1519-23

### Erhöhtes Krebsrisiko bei Calcitonin-haltigen Nasensprays in der Menopause

Die europäische Arzneimittelagentur EMA – angeschlossen hat sich auch die kanadische Arzneimittelbehörde – hat empfohlen, Calcitonin-haltige Nasensprays (Karil®, Generika) zur Therapie der Osteoporose in der Menopause vom Markt zu nehmen. Grund war ein bis zu 2,4 Prozent erhöhtes Risiko für maligne Erkrankungen bei nasaler Anwendung. Das Nutzen-Risiko-Verhältnis für die Behandlung einer Hyperkalzämie bei Tumorerkrankungen und bei Morbus Paget (Injektionslösungen) sei weiterhin positiv. Die Behandlungsdauer sollte sich jedoch in der letztgenannten Indikation auf drei Monate bis maximal sechs Monate beschränken.

Quellen: [www.bfarm.de](http://www.bfarm.de), [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)

Dr. Günter Hopf

Nachdruck aus:  
*Rheinisches Ärzteblatt* 9/2012

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

# Aktuelle Risikoinformationen des Paul-Ehrlich-Institutes und des BfArM

## Schwerwiegende neue Nebenwirkungen und Vorsichtsmaßnahmen bei der Anwendung sowie Indikationsscheinschränkung bei Tavanic® (Levofloxacin) und Generika

Sanofi Aventis Deutschland GmbH informiert in einem Rote-Hand-Brief über neue Maßnahmen nach einer Bewertung aller Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit von Levofloxacin im Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) der europäischen Arzneimittelagentur (EMA). **Danach sind bestimmte Anwendungsgebiete von Levofloxacin** (akute bakterielle Sinusitis, akute Exazerbation einer chronischen Bronchitis, ambulant erworbene Pneumonie, kompliziert Haut- und Weichteilinfektionen) **auf die Situation einzuschränken, in denen andere Antibiotika**, die für die Erstbehandlung der entsprechenden Infektion üblicherweise empfohlen werden, **als nicht indiziert erachtet werden**. Des Weiteren wurden **neue schwerwiegende Nebenwirkungen** (hypoglykämisches Koma, ventrikuläre Arrhythmie und Torsade-de-pointes, ventrikuläre Tachykardie, die zum Herzstillstand führen kann, tödliche Fälle von akutem Leberversagen, benigne intrakranielle Hypertonie, vorübergehender Sehverlust, Pankreatitis, Verschlimmerung der Symptome einer bestehenden Myasthenia gravis, Bänder- und Muskelrisse, Hörverlust) und entsprechende Warnhinweise in die Produktinformation aufgenommen.

### Todesfälle bei Kindern – genetischer Polymorphismus bei Codein

Nach Berichten der US amerikanischen Zulassungsbehörde FDA über Todesfälle nach Einnahme von Codein bei Kindern teilt das BfArM mit, dass aus Deutschland im Zeitraum von 1978 bis August 2012 für Codein eine Todesfallmeldung im Kindes-

alter vorliegt. Bei zwei dreijährigen einjährigen Zwillingen, die im Rahmen einer Erkältung mit Codein behandelt wurden, kam es zu einer Codeinvergiftung, die bei einem Zwilling zum Tode führte. Beide Kinder gehörten zu den sogenannten „Ultra-rapid“-Metabolisierern, die aufgrund eines genetischen Polymorphismus eine hohe Aktivität des Enzyms CYP2T6 aufweisen. Dadurch wird Codein sehr schnell zu Morphin umgewandelt und es werden hohe Morphinkonzentrationen im Blut erreicht. In der Folge können lebensgefährliche Nebenwirkungen, insbesondere ausgeprägte Atemdepressionen auftreten. In diesem Zusammenhang weist das BfArM auf die genaue Einhaltung der Dosierungsanleitung für Codein-haltige Arzneimittel hin. **Insbesondere bei kleinen Kindern sollte die Codein-Dosis so niedrig und die Dauer der Behandlung so kurz wie möglich sein.**

### Xgeva® (Denosumab): Schwere symptomatische Hypokalzämie

Der Hersteller Amgen GmbH informiert in einem Rote-Hand-Brief über das Auftreten von schweren Fällen von symptomatischer Hypokalzämie mit tödlichem Ausgang unter der Behandlung von Xgeva®. Xgeva® ist ein monoklonaler Antikörper, der die Verlangsamung der Knochenzerstörung bewirkt, welche durch sich im Knochen ausbreitende Metastasen verursacht wird. Daher wird Xgeva® bei Erwachsenen mit Krebserkrankungen angewendet, um schwerwiegende Komplikationen zu verhindern, die durch Knochenmetasta-

sen verursacht werden. **Eine Hypokalzämie – ggf. mit tödlichem Ausgang – kann zu jedem Zeitpunkt während der Behandlung mit Xgeva® auftreten. Die Fachinformation wurde entsprechend geändert und Empfehlungen zur Minimierung des Risikos aufgenommen.**

### Potentiell tödliche Wechselwirkungen zwischen Zostex® (Brivudin) und Zytostatika bzw. Antimykotika

Die Berlin Chemie Menarini AG weist in einem Rote-Hand-Brief darauf hin, die Wichtigkeit der Kontraindikation einer gleichzeitigen Anwendung von Zostex® und antineoplastischen 5-Fluoropyrimidinen (5-Fluorouracil [5-FU], Capecitabin, Floxuridin, Tegafur) oder antimykotisch wirksamen 5-Fluoropyrimidinen (Flucytosin), auch in topischer Zubereitung und in Kombination zu Arzneimitteln wegen des hohen Risikos der potentiell tödlichen Wechselwirkungen zu beachten. Brivudin hemmt irreversibel auch die Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD), ein für den Metabolismus von 5-Fluoropyrimidinen notwendiges Enzym. Da mindestens vier Wochen notwendig sind, um die physiologischen DPD-Plasmaspiegel nach Zostex®-Gabe wieder herzustellen, müssen zwischen der letzten Einnahme von Zostex® und einem Therapiebeginn mit 5-FU-haltigen Arzneimitteln auch mindestens vier Wochen vergehen.

*Dr. med. Wolfgang LangHeinrich  
Referat Pharmakotherapie der  
KV Hessen*

## Schnelle Anmeldung zu Veranstaltungen der Akademie jederzeit online möglich!

Lassen Sie sich kostenfrei im Mitglieder Portal der Landesärztekammer registrieren unter <https://portal.laekh.de> oder informieren Sie sich im Veranstaltungskalender der Landesärztekammer unter [www.laekh.de/Aerzte/Veranstaltungskalender](http://www.laekh.de/Aerzte/Veranstaltungskalender).

Telefonische Informationen: Frau C. Ittner, Akademie, Fon: 06032 782-223

## I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise auf Seite 754!

### Bad Nauheimer Interdisziplinäre Tage

**Samstag, 03. Nov. 2012**

**09:00 – 13:30 Uhr**

**Kopf- und Gesichtsschmerzen** **6 P**

Themen: Migräne; Chronische Kopfschmerzen; Trigemino autonome Kopfschmerzen und andere seltene Kopfschmerzen; Gesichtsschmerzen; Psychosomatik der Kopfschmerzen

**Leitung:** Dr. med. J. M. Klotz, Fulda

**14:00 – 18:00 Uhr**

**Gesundheitliche Belastungen durch Fluglärm (s. Seite 770) und flugverkehrsbedingte Umweltverschmutzung** **5 P**

Themen: Fluglärm: Messen und Berechnen; Fluglärm und Belästigung; Fluglärm und Gesundheit – Literaturübersicht; Flugverkehrsbedingte Luftschadstoffe und Gesundheit

**Leitung:** Prof. Dr. med. Thomas Eikmann, Gießen  
PD Dr. med. Ursel Heudorf, Frankfurt

**Teilnahmebeitrag:** jeweils (vormittags/nachmittags) € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

**Auskunft und Anmeldung:** Frau K. Baumann, Akademie,  
Fon: 06032 782-281, Fax: 069 97672-67281,  
E-Mail: [katja.baumann@laekh.de](mailto:katja.baumann@laekh.de)

### Begegnungen im Blauen Hörsaal Datenschutz im ärztlichen Alltag

**Rechte und Pflichten des Arztes und Krankenhauses beim Umgang mit Patientendaten**

**Mittwoch, 14. Nov. 2012, 17:00 Uhr** **3 P**

**Leitung:** Prof. Dr. med. K.-R. Genth

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

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

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

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

E-Mail: [christina.ittner@laekh.de](mailto:christina.ittner@laekh.de)

### Aktuelles aus der Arbeitsmedizin

**Samstag, 17. Nov. 2012, 09:00 – 14:00 Uhr**

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

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

**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](mailto:luise.stieler@laekh.de)

### Repetitorium Innere Medizin 2012

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

**Montag, 19. – Samstag, 24. Nov. 2012** **insg. 51 P**

**Montag: Gastroenterologie**

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

**Kardiologie**

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

**Dienstag: Kardiologie**

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

**Pneumologie**

Prof. Dr. med. C. Vogelmeier

**Mittwoch: Angiologie**

Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle

**Nephrologie**

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

**Donnerstag: Internist. Hämatologie / Onkologie**

Prof. Dr. med. A. Neubauer

**Internistische Intensivmedizin**

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

**Freitag: Endokrinologie/Diabetologie**

Dr. med. C. Jaursch-Hancke /

Prof. Dr. med. Dr. phil. P. H. Kann

**Rheumatologie**

Prof. Dr. med. U. Lange

**Samstag: Fallseminar**

Dr. med. R. Brandt, Prof. Dr. med. K. Haag,

Prof. Dr. med. W. Faßbinder,

Dr. med. M. Zieschang, Dr. med. I. Tarner

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





### Ärztliches Peer-Review

Freitag, 12. Okt. – 08. Nov. 2012 – Telelernphase (s. Seite 740)

**Freitag, 09. Nov. – Samstag, 10. Nov. 2012 – Präsenzphase 15 P**

**Leitung:** Prof. Dr. med. C.-A. Greim, Fulda,  
Prof. Dr. med. H.-B. Hopf, Langen

**Teilnahmebeitrag:** € 360

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

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

**Mittwoch, 28. Nov. 2012, 14:00 – 19:00 Uhr 6 P**

**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](mailto:barbara.sebastian@laekh.de)

**Weitere Termine 2012:** 12. Dez.

### Strukturierte fachspezifische Fortbildungsreihe Kinderheilkunde und Jugendmedizin

**Sportmedizin – Aktuelle Aspekte:**

**Metabolik, Orthopädie, Pulmologie**

**Samstag, 8. Dezember 2012, 09:00 – 16:00 Uhr**

**Leitung:** Prof. Dr. med. A. Fuchshuber, Bad Nauheim,  
Prof. Dr. med. N. Gordjani, Offenbach,  
Dr. med. H.-U. Rhodius, Gelnhausen

**Teilnahmebeitrag:** € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

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

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

E-Mail: [melanie.turano@laekh.de](mailto:melanie.turano@laekh.de)

### Repetitorium Allgemeinmedizin

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

**Samstag, 15. – Sonntag, 16. Juni 2013 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](mailto:renate.hessler@laekh.de)

### Die Ausübung des Arztberufes in Hessen

Einführungsseminar für Ärztinnen und Ärzte, die (nach Zuzug aus anderen Ländern, längerer Berufspause oder auch nach Bestehen der ärztlichen Prüfung) in Hessen eine ärztliche Tätigkeit in Krankenhaus oder Praxis neu beginnen.

**Themen:** Strukturen und Finanzierung des Gesundheitswesens, Pflichten bei Infektions- und Berufskrankheiten, ärztliche Körperschaften, Fort- und Weiterbildung, Berufsordnung, Altersversorgung und Versicherungen für Ärzte

**Freitag, 16. Nov. 2012, 15:00 – 18:30 Uhr und**

**Samstag, 17. Nov. 2012, 09:00 – 14:30 Uhr**

**10 P**

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

**Teilnahmebeitrag:** € 90

(inkl. Mahlzeiten, Getränke u. Kursunterlagen)

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

### 7. Wiesbadener Symposium zu entzündlichen Erkrankungen des ZNS

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

**Autoimmunenzephalitiden – differenzialdiagnostisch und therapeutisch wichtige und seltene Erkrankungen**

**Mittwoch, 28. Nov. 2012, 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](mailto:hannelore.noll@hsk-wiesbaden.de)

### Basiskurs Sexualmedizin – Einführung in die sexualmedizinische Diagnostik und Beratung

Der Kurs vermittelt Basiskompetenzen in der Erkennung von und Beratung bei sexuellen Störungen. Ein weiteres Ziel ist die Überweisungskompetenz bei tiefer gehenden sexuellen Störungen.

**Modul I Samstag, 15. – Sonntag, 16. Dez. 2012**

**Modul II Samstag, 16. – Sonntag, 17. Feb. 2013**

**Modul III Samstag, 27. – Sonntag, 28. Apr. 2013**

**Der Kurs ist nur als Ganzes buchbar.**

**48 P**

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

**Teilnahmebeitrag gesamt:** € 880 (Akademiemitgl. € 792)

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

**Auskunft und Anmeldung:** Frau K. Baumann, Akademie,

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

E-Mail: [katja.baumann@laekh.de](mailto:katja.baumann@laekh.de)



## II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise auf Seite 754!

### 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.)

<b>Freitag, 25. – Sonntag, 27. Jan. 2013</b>	<b>G1-G3</b>
<b>Freitag, 08. – Sonntag, 10. Feb. 2013</b>	<b>G4-G6</b>
<b>Freitag, 19. – Sonntag, 21. Apr. 2013</b>	<b>G7-G9</b>
<b>Freitag, 28. – Sonntag, 30. Juni 2013</b>	<b>G10- G12</b>
<b>Samstag, 24. – Sonntag, 26. Aug. 2013</b>	<b>G13-G14</b>
<b>Samstag, 14. Sep. 2013</b>	<b>G15</b>

#### II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

<b>Sonntag, 11. Nov. 2012</b>	<b>GP</b>
<b>Samstag, 09. – Sonntag, 10. Feb. 2013</b>	<b>GP</b>
<b>Sonntag, 30. Juni 2013</b>	<b>GP</b>
<b>Sonntag, 15. Sep. 2013</b>	<b>GP</b>

#### Prüfungsvorbereitungskurse für die Prüfung vor der Ärztekammer

**Samstag, 10. Nov. 2012**

**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](mailto: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](mailto:bauss@daegfa.de)

### Krankenhaushygiene

**Modul I: Montag, 18. – Freitag, 22. Feb. 2013, Gießen**

**Leitung:** Prof. Dr. med. T. Eikmann

Termine für Module II bis V in Planung

**Teilnahmebeitrag:** je Modul € 650 (Akademiemitgl. € 585)

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

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

E-Mail: [heike.cichon@laekh.de](mailto:heike.cichon@laekh.de)

### Medizinische Rehabilitation

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

**Mittwoch, 10. Apr. 2013, 13:30 – 20:45 Uhr** **21 P**

**Leitung:** Dr. med. W. Deetjen, Gießen

**Teilnahmebeitrag:** € 200 (Akademiemitgl. € 180)

**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](mailto:renate.hessler@laekh.de)

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

„Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen (G35)“ ist in den Kurs B2 integriert.

**B2** Samstag, 27. Okt. – Samstag, 03. Nov. 2012 **60 P**

**C2** Samstag, 01. Dez. – Samstag, 08. Dez. 2012 **60 P**

**A1** Samstag, 26. Jan. – Samstag, 02. Feb. 2013

**B1** Samstag, 16. März – Samstag, 23. März 2013

**C1** Samstag, 13. Apr. – Samstag, 20. Apr. 2013

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

**Leitung:** Prof. Dr. med. D. Groneberg,

Prof. Dr. med. H.-J. Weitowitz

### Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen (G35)

Integriert in den Kurs B2 der arbeitsmedizinischen Weiterbildung zum Facharzt für Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin

**Freitag, 02. Nov. 2012, 09:00 – 16:30 Uhr** **insg. 16 P**

**Samstag, 03. Nov. 2012, 09:00 – 16:15 Uhr**

**Leitung:** Dr. med. U. Klinsing

Dr. med. R. Snethlage, Bad Nauheim

**Teilnahmebeitrag:** € 280 (Akademiemitgl. € 252)

**Auskunft und Anmeldung:** Frau L. Stieler, Akademie,

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

E-Mail: [luise.stieler@laekh.de](mailto: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.

**Mittwoch, 28. Nov. 2012, 15:30 – 20:00 Uhr** **6 P**

**Teil 3/4**

**Leitung:** Dr. J. Liersch, Gießen/Dr. med. R. Wellhöner, Kassel

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

**Termine 2013:** **20.03.2013** Teile 5 / 6, **19.06.2013** Teile 1 / 2,

**25.09.2013** Teile 3 / 4, **27.11.2013** Teile 5 / 6





## Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer (s. Seite 742)

Modul I **Freitag, 01. – Samstag, 02. März 2013** **12 P**

Modul II **Freitag, 26. – Samstag, 27. Apr. 2013** **12 P**

Modul III **Freitag, 21. – Samstag, 22. Juni 2013** **16 P**

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

**Teilnahmebeitrag:** Modul I/II je € 174 (Akademiemitgl. € 157)

Modul III € 232 (Akademiemitgl. € 208)

**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](mailto:renate.hessler@laekh.de)

## Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

### Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

**Kurs C** **16. Feb. 2013** **10 Std.** **10 P**

Psychosomatische Grundversorgung unter speziellen Gesichtspunkten der Allgemeinmedizin – verbale Interventionstechniken Entscheidungsfindung, Prävention, Hausbesuch, Multimorbidität und Priorisierung, Sterbebegleitung, Angehörigengespräche, professionelles Selbstverständnis

**Leitung:** Prof. Dr. med. Erika Baum, Marburg

Dr. med. Robert Gerst, Baden-Baden

**Kurs A** **07./08. Juni 2013** **20 Std.** **20 P**

Psychosomatische Grundversorgung – Theorie: Kenntnisse in psychosomatischer Krankheitslehre, Anamnese, Befunderhebung, Diagnose und Klassifizierung, Abgrenzung psychischer Störungen von Neurosen und Psychosen, psychische Störungen

**Leitung:** Dr. med. Wolfgang Hönnmann, Frankfurt a. M.

**Kurs B** **20./21. Sept. 2013** **20 Std.** **20 P**

Psychosomatische Grundversorgung – Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken: verbaler Inhalt und Körpersprache des Patienten/des Arztes, klientenzentriertes Gespräch, Techniken: Konfrontation, Interpretation, paradoxe Reaktion, Wahrnehmung des latenten Konfliktes

**Leitung:** Dr. med. Wolfgang Hönnmann, Frankfurt a. M.

### Weiterbildungsordnung ab 1999

Block 16: Kurs A wird anerkannt / Block 17: Kurs B wird anerkannt

**Teilnahmebeitrag:** 10 Std. € 150 (Akademiemitgl. € 135),

20 Std. € 300 (Akademiemitgl. € 270)

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

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

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

E-Mail: [renate.hessler@laekh.de](mailto:renate.hessler@laekh.de)

## Notfallmedizinische Fortbildung

### WH-Seminar Leitender Notarzt

**13 P**

**Samstag, 10. Nov. 2012**

**Leitung:** D. Kann, N. Schmitz, Kassel

**Teilnahmebeitrag:** € 240

**Tagungsort:** Kassel

### Kurs Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

**Mittwoch, 06. – Samstag, 09. Feb. 2013**

**Leitung:** Dr. med. E. Wranze-Bielefeld, Dautphetal

**Teilnahmebeitrag:** € 480 (Akademiemitgl. € 430)

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

**Auskunft und Anmeldung:** Frau V. Wolfinger, Akademie,

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

E-Mail: [veronika.wolfinger@laekh.de](mailto:veronika.wolfinger@laekh.de)

## Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

### 18. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35 100 / 35 110). Es handelt sich um eine integrierte Veranstaltung.

Enthalten sind hierin die erforderlichen Anteile von 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balint), 30 Stunden Interventionstechniken, 20 Stunden Wissen, d. h. insgesamt 80 Stunden.

**Die Balintgruppenarbeit (Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung) ist in jeden Block inkludiert und somit bereits in den Teilnahmegebühren enthalten.**

**Freitag, 09. – Sonntag, 11. Nov. 2012**

**20 P**

### 19. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

**Freitag, 18. – Sonntag, 20. Jan. 2013**

**Freitag, 08. – Sonntag, 10. März 2013**

**Freitag, 12. – Sonntag, 14. Apr. 2013**

**Freitag, 21. – Sonntag, 23. Juni 2013**

**Freitag, 23. – Sonntag, 25. Aug. 2013**

**Freitag, 08. – Sonntag, 10. Nov. 2013**

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

**Teilnahmebeitrag:** pro Block (20 h) € 330 (Akademiemitgl. € 297)

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

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

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

## Palliativmedizin

### Fallseminar Modul III:

**Montag, 19. – Freitag, 23. Nov. 2012**

**40 P**

### Basiskurs:

**Dienstag, 04. – Samstag, 08. Dez. 2012**

**40 P**

### Teilnahmebeiträge:

Modul III € 700 (Akademiemitgl. € 630)

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



**Spezielle Schmerztherapie**

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer

**Block B 03./04. Nov. 2012 in Kassel 20 P****Leitung:** Prof. Dr. med. M. Tryba/Dr. med. M. Gehling, Kassel**Teilnahmebeitrag pro Block:** € 240 (Akademiemitgl. € 216)**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Zinkl, Akademie,

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

E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)**Termine 2013:**Block A **09./10.03.2013** in Bad NauheimBlock D **08./09.06.2013** in Bad NauheimBlock C **14./15.09.2013** in Bad NauheimBlock B **02./03.11.2013** in Kassel**Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RÖV****Kenntniskurs** (Theoretische und Praktische Unterweisung)**Samstag, 10. Nov. 2012 8 P****Samstag, 19. Jan. 2013****Samstag, 30. Nov. 2012****Leitung:** Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.**Teilnahmebeitrag:** gesamt € 140 (Akademiemitgl. € 126)**Theoretische Unterweisung:** € 100 (Akademiemitgl. € 90)**Praktische Unterweisung:** € 50 (Akademiemitglieder € 45)**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen**Grundkurs****Samstag, 16. – Sonntag, 17. Feb. 2013 20 P**

Praktikumstermine zur Auswahl:

Montag, 18. Feb. 2013 oder Dienstag, 19. Feb. 2013

**Leitung:** Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.**Teilnahmebeitrag:** € 300 (Akademiemitglieder € 270)**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Praktikum: Hochwaldkrankenhaus Bad Nauheim

**Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde****Mittwoch, 20. Feb. 2013 8 P****Samstag, 23. März 2013 in Kassel 8 P****Samstag, 12. Okt. 2013****Teilnahmebeitrag:** auf Anfrage**Leitung:** Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.**Teilnahmebeitrag:** € 130 (Akademiemitgl. € 117)**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen  
Kassel, Kongress Palais – Stadthalle**Spezialkurs Röntgendiagnostik****Samstag, 17. – Sonntag, 18. Aug. 2013**

Praktikumstermine auf Anfrage

**Leitung:** Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.**Teilnahmebeitrag:** € 300 (Akademiemitgl. € 270)**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Praktikum: Krankenhaus Nordwest, Frankfurt

**Spezialkurs Computertomographie**

Termine in Planung

**Spezialkurs Interventionsradiologie**

Termine in Planung

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

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

E-Mail: [melanie.turano@laekh.de](mailto:melanie.turano@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.

**Frühjahr 2013 Hessen**Modul I **Freitag, 18. – Samstag, 19. Jan. 2013**Modul II/III **Freitag, 01. – Samstag, 02. Feb. 2013**Modul IV und Wahlthema **Freitag, 15. – Samstag, 16. Feb. 2013**Modul V **Freitag, 01. – Samstag, 02. März 2013****Leitung:** D. Paul, Frankfurt a. M.**Teilnahmebeitrag pro Wochenende:** € 165**Auskunft und Anmeldung:** Frau I. Krahe, Akademie,

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

E-Mail: [ingrid.krahe@laekh.de](mailto:ingrid.krahe@laekh.de)**Sozialmedizin (insg. 320 Std.)**

Mit Wirkung vom 01.06.2012 müssen alle Teilnehmer zuerst die erforderlichen Grundkurse absolvieren um anschließend mit den Aufbaukursen abzuschließen. Von dieser Regelung ausgenommen bleibt aber die Reihenfolge innerhalb der Grund- und Aufbaukurse.

Für die Teilnehmer, die vor dem Stichtag (01.06.2012) bereits mit einem Aufbaukurs begonnen haben, werden Übergangsbestimmungen eingeräumt, so dass diese, ausgenommen der neuen Regelung, die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ erwerben können.

**AK II Mittwoch, 06. Feb. – Freitag, 15. Feb. 2013 80 P****GK I Mittwoch, 10. Apr. – Freitag, 19. Apr. 2013 80 P****GK II Mittwoch, 21. Aug. – Freitag, 30. Aug. 2013 80 P****AK I Mittwoch, 30. Okt. – Freitag, 08. Nov. 2013 80 P****Leitung:** Ltd. Med. Dir. 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](mailto:claudia.cordes@laekh.de)**Ärztliches Qualitätsmanagement**

Dieser Kurs wird gem. Curriculum der BÄK in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen angeboten. Er umfasst insgesamt 200 Fortbildungsstunden und erfüllt die Voraussetzungen für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ gem. 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 I: **Dienstag, 12. – Samstag, 16. Feb. 2013**Block II a: **Mittwoch, 17. – Samstag, 20. Apr. 2013**Block II b: **Mittwoch, 19. – Samstag, 22. Juni 2013**Block III a: **Mittwoch, 25. – Samstag, 28. Sep. 2013**Block III b: **Donnerstag, 14. – Samstag, 16. Nov. 2013****Leitung:** N. Walter / Dr. med. H. Herholz, Frankfurt a. M.**Teilnahmebeitrag:** Block I: € 990 (Akademiemitgl. € 891)

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

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

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen**Auskunft und Anmeldung:** Frau H. Cichon, Akademie,

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

E-Mail: [heike.cichon@laekh.de](mailto:heike.cichon@laekh.de)



## Ultraschallkurse

### Abdomen

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

**Abschlusskurs** 29 P

**Samstag, 03. Nov. 2012 (Theorie)**  
+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 320 (Akademiemitgl. € 288)

**Grundkurs** 40 P

**Samstag, 19. und Sonntag, 27. Jan. 2013 (Theorie)**  
+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 440 (Akademiemitgl. € 396)

**Aufbaukurs** 40 P

**Samstag, 20. und Sonntag, 28. Apr. 2013 (Theorie)**  
+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 440 (Akademiemitgl. € 396)

**Abschlusskurs** 29 P

**Samstag, 02. Nov. 2013 (Theorie)**  
+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 320 (Akademiemitgl. € 288)

### Gefäße

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

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

**Freitag, 23. – Samstag, 24. Nov. 2012 (Theorie + Praktikum)**

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

**Interdisziplinärer Grundkurs** 29 P

**Donnerstag, 14. – Freitag, 15. Feb. 2013 (Theorie)**

**Samstag, 16. Feb. 2013 (Praktikum)**

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

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

**Donnerstag, 13. – Freitag, 14. Juni 2013 (Theorie)**

**Samstag, 15. Juni 2013 (Praktikum)**

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

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

**Freitag, 29. – Samstag, 30. Nov. 2013 (Theorie + Praktikum)**

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

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

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

## Ernährungsmedizin (100 Std.)

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer **insg. 100 P**

**Teil I** Freitag, 08. – Samstag, 09. Feb. 2013

**Teil II** Freitag, 22. – Samstag, 23. Feb. 2013

**Teil III** Freitag, 08. – Samstag, 09. März 2013

**Teil IV** Freitag, 12. – Samstag, 13. Apr. 2013

**Teil V** Freitag, 14. – Samstag, 15. Juni 2013

plus Hospitation, plus Klausur

**Leitung:** Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. J. Stein, Frankfurt a. M.

Dr. med. K. Winckler, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** € 1.500 (Akademiemitgl. € 1.350)

**Tagungsorte: Teil I bis IV: Bad Nauheim, FBZ der LÄKH Hessen**

**Teil V und Hospitation: Frankfurt a. M.,**

Krankenhaus Sachsenhausen

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

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

E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

## Hämotherapie

### Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

**Donnerstag/Freitag, 08./09. Nov. 2012** 16 P

**Leitung:** PD Dr. med. Y. Schmitt, Darmstadt

**Tagungsort:** Darmstadt, Klinikum Darmstadt, Grafenstr. 9

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

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

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

E-Mail: [heike.cichon@laekh.de](mailto:heike.cichon@laekh.de)

## Verkehrsmedizinische Qualifikation

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer

**Freitag, 28. – Samstag, 29. Juni 2013** 16 P

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

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

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄKH Hessen

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

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

E-Mail: [renate.hessler@laekh.de](mailto:renate.hessler@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 die AGB und etwaige Teilnahmevoraussetzungen! Verbindliche Anmeldung sind auch im Internet unter <https://portal.laekh.de> oder auf der Homepage der Akademie [www.akademie-hessen.de](http://www.akademie-hessen.de) schnell und kostenfrei möglich.

**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, in Elternzeit oder ohne ärztliche Tätigkeit beträgt der jährliche Beitrag € 50 danach € 100. Weitere Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Fon: 06032 782-204, E-Mail: [cornelia.thriene@laekh.de](mailto:cornelia.thriene@laekh.de)





## Prüfungsvorbereitungskurse

Zur Vorbereitung auf die Winterprüfung finden nachfolgende Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende zum/zur Medizinischen Fachangestellten statt.

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

**Termin:** Sa., 08.12.2012, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Std.)

**Gebühr:** € 75

### **Abrechnung: GOÄ / UV / -GOÄ (PVK 2)**

**Termin:** Sa., 19.01.2013, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Std.)

**Gebühr:** € 75

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

**Termin:** Fr., 01.02.2013, 09:30 – 17:45 Uhr (9 Std.)

Sa. 02.02.2013, 09:30 – 17:45 Uhr (9 Std.)

Hinweis: Diese beiden Termine sind vorrangig für die Teilnehmer/innen, die ihre praktische Abschlussprüfung im Frühjahr 2013 absolvieren.

**Gebühr:** € 95

### **Medizinische Fachkunde (PVK 4)**

**Termin:** Sa., 24.11.2012 und Sa., 01.12.2012,

jeweils 10:00 – 16:30 Uhr (insgesamt 14 Std.)

**Gebühr:** € 125

### **Praktische Laborkunde und EKG-Übungen (PVK 5)**

**Termin:** Sa., 26.01.2013, 09:15 – 17:30 Uhr (9 Std.)

**Gebühr:** € 75

### **Praxisorganisation Teil 1**

#### **Verwaltung und Wirtschaftskunde (PVK 6)**

**Termin:** Sa., 15.12.2012, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Std.)

**Gebühr:** € 75

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

## Schwerpunkt Medizin

### **Belastungs-EKG für Fortgeschrittene (MED 4)**

**Inhalte:** Die Fortbildung richtet sich an Teilnehmer/innen, die ihren Kenntnisstand und ihre Fertigkeiten vertiefen möchten sowie den Wissensstand zum Thema „pathologisches Ruhe- und Belastungs-EKG“ erweitern möchten. Grundkenntnisse zur Durchführung eines Ruhe-EKGs werden vorausgesetzt. Die Veranstaltung wird unter ärztlicher Leitung durchgeführt.

**Termin:** Interessentenliste, samstags, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Std.)

**Gebühr:** € 95

**Information:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

### **Notfallmanagement (MED 7)**

Die Fortbildung wird anerkannt bei der Qualifizierung „Nichtärztliche Praxisassistenz“ und „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“.

**Inhalte:** Die Fortbildung bereitet insbesondere auf Notfälle in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- und Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen vor.

**Termin:** Do., 24.01.2013 – Sa., 26.01.2013 (insgesamt 20 Stunden)

**Gebühr:** € 255

**Information:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

### **Impfungen (MED 10)**

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

**Termin:** Mi., 30.01.2013, 09:30 – 16:45 Uhr (8 Std.)

**Gebühr:** € 95

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

## Schwerpunkt Medizin

### **Injektionen/Infusionen (MED 5)**

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

**Termin:** Sa., 01.12.2012, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Std.)

**Gebühr:** € 95

**Information:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

## Schwerpunkt Patientenbetreuung / Praxisorganisation

### **„Flops“ vermeiden – Knigge-Kurs für Auszubildende (PAT 13)**

**Inhalte:** Besonders zu Beginn der Berufsausbildung müssen Auszubildende viele Regeln lernen, unter anderem berufliche Umgangsformen und die angemessene Wahl der Kleidung. Der Workshop hat das Ziel, „Fettnäpfchen“ zu erkennen und zu vermeiden und wenn sie doch passieren, dann panikfrei mit diesen umzugehen. Dies wird in vielen praktischen Übungen trainiert.

**Termin in Kassel:** Mi., 28.11.2012, 14:00 – 18:00 Uhr

**Termin in Frankfurt:** Mi., 05.12.2012, 14:00 – 18:00 Uhr

**Gebühr:** € 70

**Information:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

### **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:** Sa., 15.12.2012, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Std.)

**Gebühr:** € 95

**Information:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

### **Schulungen und Training im Praxisteam –**

#### **Qualitätsmanagement (PAT 9)**

Schulungen, Trainings und Belehrungen sind feste Bestandteile eines QM-Systems in der Arztpraxis und im Krankenhaus. Die Motivierung des Teams zur aktiven Mitarbeit steht im Zentrum der Fortbildung.

**Inhalte:**

- Rhetorik und Ausdruckspsychologie
- Visualisierungstechniken
- Didaktische Aspekte
- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess in der Planung, Durchführung und Kontrolle von Schulungs- und Trainingsmaßnahmen

**Termin:** Interessentenliste, mittwochs, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Std.)

**Gebühr:** € 95

**Information:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

### **Privatliquidation – Grundlagen und Übungen am PC (PAT 14)**

**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:** Sa., 24.11.2012, 09:00 – 17:00 Uhr (9 Std.)

**Gebühr:** € 95

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





### Erwerb der Sachkenntnis gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV für Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte (SAC 1)

**Inhalte:** Mikrobiologie und Grundlagen der Epidemiologie, Infektionsprophylaktische Maßnahmen zum Schutz des Patienten und des Personals, Fehlerquellen und Probleme, Handhabung und Aufbereitung von Medizinprodukten, Qualitätsmanagement, rechtliche Aspekte

**Termin in Marburg:** ab Fr., 11.01.2013

**Teilnahmegebühr:** € 410 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

### Palliativversorgung für Medizinische Fachangestellte

Die Fortbildungen „PAL“ werden anerkannt beim Qualifizierungslehrgang „Palliativversorgung“. Nähere Informationen hierzu finden Sie in unserem Fortbildungsprogramm und auf unserer Homepage.

Die begleitende und beratende Versorgung und die Organisation der medizinischen Belange der Patienten und ihrer Angehörigen im Rahmen der ärztlichen Delegation bilden den Schwerpunkt der Qualifizierung, die aus den nachfolgenden Bausteinen besteht:

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

**Termin:** Fr., 22.02.2013, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Std.)

**Gebühr:** € 95

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

**Termin:** Sa., 15.12.2012, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Std.)

**Gebühr:** € 95

#### **Kommunikation mit Schwerkranken (PAL 1)**

**Termin:** Do., 17.01.2013, 09:30 – 17:45 Uhr (8 Std.)

**Gebühr:** € 95

#### **Symptomkontrolle in der Palliativversorgung (PAL 2)**

**Termin:** Fr., 18.01.2013 und Sa. 19.01.2013, jeweils 09:30 – 16:45 Uhr (insgesamt 16 Std.)

**Gebühr:** € 185

#### **Therapeutische und pflegerische Maßnahmen (PAL 3)**

**Termin:** Fr., 08.02.2013, 10:15 – 16:45 Uhr und Sa. 09.02.2013, 09:30 – 15:00 Uhr (insgesamt 13 Std.)

**Gebühr:** € 185

#### **Sterben und Trauer (PAL 4)**

**Termin:** Fr., 15.03.2013 – Sa., 16.03.2013, jeweils 09:30 – 15:00 Uhr (insgesamt 12 Std.)

**Gebühr:** € 150

#### **Ethik und Recht (PAL 5)**

**Termin:** Fr., 12.04.2013, 09:30 – 15:00 Uhr (6 Std.)

**Gebühr:** € 95

#### **Palliativmedizinische Zusammenarbeit und Koordination (PAL 6)**

**Termin:** Sa., 13.04.2013, 09:30 – 16:45 Uhr (8 Std.)

**Gebühr:** € 95

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

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

**Inhalte theoretischer Teil:** Anatomie und Röntgenanatomie, Röntgenaufnahmetechnik, Spezieller Strahlenschutz, Dokumentationspflichten, Rechtsvorschriften, Richtlinien und Empfehlungen  
**Inhalte praktischer Teil:** praktische Übungen zur Einstellung und Belichtung von Röntgenaufnahmen, praktische Übungen zur Qualitätssicherung, Demonstrationen

**Termin:** ab Fr., 22.02.2013

**Teilnahmebeitrag:** € 950 zzgl. € 50 Prüfungsgebühr

**Information:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

### Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung Aufstiegsfortbildung

Die Aufstiegsfortbildung richtet sich an Medizinische Fachangestellte oder Arzthelfer/innen, die spezifische Fach- und Führungsaufgaben im Praxisteam oder in mittleren Gesundheitseinrichtungen bereits übernommen haben oder eine leitende Position anstreben. Durch die Kombination von 300 Stunden Pflichtteil und 120 Stunden medizinischen Wahlteil hat der/die Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung Kompetenzen sowohl im Bereich des Praxismanagement, wie auch in den Bereichen Patientenkoordination und Medizin. Eine Tätigkeitsbeschreibung finden Sie auch unter: [www.fortbildung-mfa.de](http://www.fortbildung-mfa.de)

Als medizinischer Wahlteil werden u.a. Fortbildungskurse gemäß den Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Gerne übersenden wir Ihnen das Fortbildungsprogramm der Carl-Oelemann-Schule, in dem u.a. die Qualifizierungslehrgänge, die als Wahlteil angeboten und anerkannt werden, beschrieben sind.

Der Pflichtteil der Aufstiegsfortbildung umfasst folgende Module:

- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Patientenbetreuung und Teamführung
- Risikopatienten und Notfallmanagement
- Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien
- Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
- Qualitätsmanagement
- Durchführung der Ausbildung
- Lern- und Arbeitsmethodik

**Beginn:** ab Do., 18.04.2013

**Teilnahmegebühr Pflichtteil:** € 1.480

**Prüfungsgebühren:** € 200

Es besteht die Möglichkeit der Teilnahme an einzelnen Modulen. Teilnahmegebühr auf Anfrage.

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

### Bekanntgabe von Prüfungsterminen

#### **Aufstiegsfortbildung Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung**

Teilprüfung	Anmeldeschluss
14.02.2013	24.01.2013
26.09.2013	05.09.2013
Abschlussprüfung	Anmeldeschluss
21.03.2013 – 23.03.2013	28.02.2013
29.08.2013 – 31.08.2013	08.08.2013

### ALLGEMEINE HINWEISE

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

**Veranstaltungsort:** soweit nicht anders angegeben, finden die Veranstaltungen im Seminargebäude 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](mailto:gaestehaus@fbz-hessen.de)



# Der Weg der Palliativmedizin in Frankfurt am Main

Einführungsvortrag am 24. August 2012 im Markus Krankenhaus, Frankfurt

## Feier zum 15. Jahrestag der Eröffnung des Evangelischen Hospitals für Palliativmedizin

Ulrich Gottstein

Sehr verehrte Frau Alt-Oberbürgermeisterin Dr. Petra Roth, liebe Frau Pröpstin Gabriele Scherle, liebe Frau Pfarrerin Esther Gebhardt und liebe Frau Dr. Berg, und alle sehr geehrten Damen und Herren!

### Die ersten Schritte zur Gründung eines Hospizes

Sind es wirklich erst 15 Jahre Palliativmedizin in Frankfurt, sind es nicht schon bald 16 Jahre, denn wir nahmen im November 1996 im neu gebauten Hospital in der Rechneigrabenstraße die ersten Patienten auf! Oder sind es gar 20 Jahre? 1992, nach Beendigung meiner Tätigkeit als Chefarzt der Medizinischen Klinik des Bürgerhospitals begann ich mit den ersten Schritten zur Gründung eines palliativmedizinisch geführten Hospizes, die zum Aufbau des Evangelischen Hospitals für Palliativmedizin führten.

Frau Pfarrerin Esther Gebhardt hatte mich angerufen, ob ich bei der Gründung eines Hospizes behilflich sein könne. Sie hatte schon ein oder zwei Jahre zuvor den Wunsch, die Evangelische Kirche solle für schwerst- kranke Menschen auf ihrem letzten Weg, die nicht mehr in einem kurativen Krankenhaus behandelt werden können oder möchten, eine schöne Pflegeeinrichtung schaffen, wie das in England schon seit Jahren in Hospizen geschah.

Ich hatte eigentlich die beginnende Freizeit nach Ende meiner geliebten Chefarzt- tätigkeit noch stärker als bisher der ärztlichen Friedensarbeit in der IPPNW (Internationale Ärzte für die Verhütung des Atom- krieges) widmen wollen, aber ich hatte auch die traurigen Abschiedsworte mehrerer meiner älteren und nicht gesunden

Patienten im Gedächtnis und Herzen: „Wir sind so traurig, dass Sie das Bürgerhospital verlassen. Wir hatten so gerne einmal unter Ihrer Obhut sterben wollen“. Und nun wurde ich gebeten, genau für solche Kranke, deren Leiden nicht mehr heilend oder verbessernd behandelt werden können, eine Einrichtung schaffen zu helfen, wo sie optimal ärztlich und pflegerisch versorgt werden würden, bis das Lebenslicht erlöschen werde. Also sagte ich „Ja“.

### Hospize wurden von den Krankenkassen nicht finanziert

Zunächst galt es, die notwendigen Erkundungen zu unternehmen, also Besuche bei den Krankenkassen und Wohlfahrtsverbänden, beim Ministerium in Wiesbaden, aber vor allem auch bei bestehenden oder im Aufbau befindlichen Hospizen in Deutschland. Mir gelang es, einen wunderbaren Mithelfer zu gewinnen, den (leider bereits 2006 verstorbenen) Bundesbankdirektor i.R. Thomas Buch. Auf meine Frage, ob er mir helfen könne, lautete seine Antwort: „Eigentlich sehr gern, aber ich bin gläubiger Katholik“, woraufhin ich antwortete: „das ist wunderbar, dann werden ein gläubiger Katholik und ein gläubiger Protestant im gleichen Geist ökumenisch zusammen arbeiten“. Und so geschah es.

Wir besuchten gemeinsam mehrere Hospize. Nur wenige waren finanziell abgesichert. Das traf aber positiv auf das ambulante Christophorus Hospiz in Mainz zu, das von der Stadt und einem Verein sowie der Katholischen Kirche unterstützt wurde. Schwerst- und Sterbenskranke konnten in ihren Wohnungen besucht und beraten

werden. In München besuchten wir ein weiteres Ambulantes Christophorus Hospiz sowie das stationäre Johannes Hospiz, mit dem Leitenden Arzt Dr. Binsack. Es gehörte zum Katholischen „Krankenhaus der Barmherzigen Brüder“. Dort gab es eine 15-Betten Abteilung. Von anderen stationären kleinen Hospizen erfuhren wir, dass die Finanzierung äußerst schwierig war und nur mit Tricks ermöglicht wurde, wie Ummeldungen der Patienten in den „neuen Wohnsitz“ und Betreuung durch die Hausärzte gegen Kassenschein. Von mehreren Hospizen erfuhren wir, dass sie nach einigen Monaten oder ein bis zwei Jahren wieder schließen mussten. Dieses Schicksal traf selbst zwei Hospize der Evangelischen Kirche in Norddeutschland, aber auch ein Frankfurter Hospiz in Bockenheim, das von einem wohlthätigen Ehepaar gegründet worden war. Es konnte sich nicht halten. Der Grund war, dass damals die Krankenkassen die Hospize nicht finanzierten, weil sie den Status eines Pflegeheimes hatten, wenn auch eines besonderen. Daher kamen für sie nur die Wohlfahrtsverbände auf.

### Das St. Christophorus Hospice bei London

In England war es anders gewesen. Dort war es der Krankenschwester und späteren Ärztin Dr. Cecile Saunders gelungen, großzügige Spender und Stiftungen zu gewinnen. Sie hatte viele Schwerst- kranke auf ihrem letzten Lebensweg begleitet und deren große Not, den „totalen Schmerz“ wie sie es nannte (körperlich, seelisch, spirituell und psychosozial) täglich erlebt. In der Nähe Londons konnte sie bereits 1967 das „St. Christophorus Hospice“ gründen,

# Ansichten

das erst Jahre später zum Vorbild der Hospizbewegung in anderen Ländern, so auch in Deutschland wurde.

Ich musste also leider der Frau Pfarrerin Esther Gebhardt und den Mitgliedern des Vorstands des Ev. Regionalverbands erklären, dass wir kein stationäres Hospiz in Frankfurt errichten können. Ich würde mich aber bemühen, stattdessen eine klinische Einrichtung, die von den Krankenkassen in üblicher Weise finanziert werden würde, genehmigt zu bekommen.

## Voraussetzung zur Gründung eines palliativ-medizinischen Hospitals

Vom Wiesbadener Ministerium und den Krankenkassen erhielt ich die Auskunft, dass wir ein Hospital für Palliativmedizin mit 20 Betten nur dann errichten dürften, wenn ein Frankfurter Krankenhaus sich bereit erklärt, auf eigene 20 Betten zu verzichten. Verständlicherweise erhielt ich bei meinen Anfragen bei den Klinikvorständen und Verwaltungsdirektoren nur Absagen, auch anfangs vom Markus Krankenhaus, aber der damalige Verwaltungschef des Bethanien Krankenhauses, Herr Bernd Weber, erklärte mir gegenüber seine Bereitschaft, an seiner Klinik unseren Wunsch zu erfüllen, falls ich bei Markus keinen Erfolg haben würde. Desgleichen war der Verwaltungsdirektor des Bürgerhospitals zur Kooperation bereit. Mit dieser Auskunft konnte ich wieder zum Verwaltungschef des Markus Krankenhauses gehen, und nun wurden erneute Überlegungen angestellt. Ich erhielt die vorläufige Zustimmung.

Damit konnte ich die Gespräche im Wiesbadener Ministerium wieder aufnehmen und erreichen, dass unser geplantes Evangelisches Hospital für Palliativmedizin mit 20 Betten in den Bettenbedarfsplan des

Landes Hessen aufgenommen werden würde.

Frau Pfarrerin Gebhardt und der Vorstand des Ev. Regionalverbands waren glücklich, so auch Herr Oberkirchenrat Jürgen Telschow, der nun mein Berater und Helfer bei den Verhandlungen mit dem Architekturbüro und der Bauleitung wurde. Er sowie die Verwaltung des Markus Krankenhauses arbeiteten einen Kooperationsvertrag aus. Auf die Einzelheiten kann ich hier nicht eingehen. Ganz besonders eng gestaltete sich weiterhin die Zusammenarbeit mit Herrn Buch, mit dem wir alle Baupläne, die Zimmer und Nebenräume und die so schön gewordene Kapelle besprachen, sowie mit Herrn Steinhilber, der als Geschäftsführer aus dem Diakonischen Werk, später Herr Helmut Ulrich, alles Administrative zu erledigen hatte.

Unter unseren Augen entstand der **Neubau in der Rechneigrabenstraße**. Nun ging es daran, Ärzte und Schwestern zu gewinnen und einzustellen. Zu meiner Freude meldete sich gleich ein junger Internist, der sowohl im Krankenhaus Gelnhausen, als auch im Markus Krankenhaus eine gute Ausbildung erhalten hatte. Er war vor mehreren Jahren mein Student im Bürgerhospital gewesen und hatte oft auf unserer Intensivstation Nachtdienste gemacht. Er war an der Möglichkeit, eine Palliativmedizin einzurichten sehr interessiert. Es war Dr. Axel Elsner, für den ich im St. Christophorus Hospice nahe London eine vier wöchige Hospitation erbitten konnte. Er erhielt von der dortigen ärztlichen Leitung ein sehr gutes Zeugnis und kam mit den dort gewonnenen Erfahrungen mit Freude zu uns. Dr. Elsner wurde unser erster Leitender Arzt. Er kannte aus dem Markus Krankenhaus die Anästhesistin Dr. Angelika Berg, die gern in unser Team kommen wollte und dann 2003 die ärztliche Leitung

unseres Hospitals übernahm, als sich Dr. Elsner nach sieben anstrengenden Aufbaujahren Palliativmedizin eine weniger intensive Tätigkeit suchte, um dann zwei Jahre später eine eigene Facharztpraxis zu eröffnen. Unser Ärzteteam konnte durch eine weitere erfahrene Narkose-Ärztin und gleichzeitig Psychotherapeutin, Frau Dr. Sybille Aust, erweitert werden. So waren wir bald ärztlich sehr gut aufgestellt. Unter der Pflegedienstleitung von Frau Glähn, später Frau Boß gelang es, sehr engagierte Schwestern, Pfleger und Ehrenamtliche zu gewinnen. Dazu verhalfen auch unsere Palliativpfarrerin Frau Öttinger, später die Pfarrer Brodt und Dietrich.

Bald nach Eröffnung unseres Hospitals gründeten wir einen **Förderverein für das Evangelische Hospital für Palliativmedizin** und gewannen als Vorsitzenden den Alt-Bürgermeister und Rechtsanwalt Dr. Jürgen Moog, später den Kirchenvorstand der Katharinen Kirche, Herrn Bernhard Klinzing, und als Schriftführer Herrn Thomas Buch und als Schatzmeister meinen Freund Professor Dr. jur. Theodor Heinsius, Chefsyndikus der Dresdner Bank a.D., später Herrn Dr. jur. Jürgen Than. Als Beisitzer gewannen wir Herrn Pfarrer Dr. Frase, Leiter des Diakonischen Werks und den Industrie Geschäftsführer a.D. Josef Felder. Es gelang uns, großzügige Spenden zu erhalten, insbesondere vom Rotary Club Frankfurt/Main, aber auch von der Metzler Bank sowie der Polytechnischen Gesellschaft und einzelnen großzügigen Persönlichkeiten. Ohne diese Unterstützungen hätten wir unser Hospital nicht so großzügig einrichten und führen können.

**In Deutschland gab es bereits 1983 eine kleine 5-Betten Station an der Chirurgischen Universitäts-Klinik Köln, die mit „Palliativpatienten“ belegt wurde. Sie war**

von der Margrit Scheel-Stiftung finanziert. Eine ebenfalls 5-Betten Palliativ Station, verbunden mit einem ambulanten Palliativdienst, gab es vorbildlich am **Malteser Krankenhaus in Bonn**, unter der Leitung von Professor Dr. E. Klaschik, der 15 Jahre später Gründungspräsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativ Medizin wurde, in enger Zusammenarbeit mit seinem damaligen Oberarzt Friedemann Nauck, später Direktor der Abteilung Palliativmedizin der Universitätskliniken Göttingen. Herr Buch und ich besuchten diese Einrichtung ausführlich, und wir erhielten viele gute Ratschläge. Eine enge und freundschaftliche Verbindung blieb bestehen.

**Als wir 1996 unser Palliativmedizinisches Hospital eröffneten, waren wir die erste Palliativmedizinische klinische Abteilung in Hessen und die dritte in Deutschland.**

### Was aber wurde damals von der deutschen Ärzteschaft unter dem Ausdruck „palliativ“ verstanden?

Man benutzte das Wort vorwiegend in der Chirurgie und Bestrahlungstherapie, wenn nicht kurativ operiert oder bestrahlt werden konnte, sondern ein Tumor nur verkleinert werden konnte, oder ein operativer Eingriff nur palliativ abgeschlossen werden konnte, wie z.B. eine Anastomosen-Operation bei einem Gallenblasen- oder Colon-Carcinom. Wir aber wollten uns dem ganzen Menschen widmen, nicht nur einem Organ, und uns den vielfältigen Beschwerden der Kranken, die unter weit fortgeschrittener Krebskrankheit litten, widmen. Wir wollten den Kranken mit ihrem „totalen Schmerz“, wie ihn Cecile Saunders genannt hatte, helfen, also körperlich durch optimale Therapie der Schmerzen und quälenden Beschwerden, seelisch, psychotherapeutisch, spirituell, psychosozial. Die Kranken sollten befreit sein von

unerträglichen Schmerzen, sie sollten sich gut aufgehoben wissen, sie sollten ihre seelischen Nöte mit der Pfarrerin oder Pfarrer, sowie andere Sorgen mit der Psychotherapeutin und mit der Sozialhelferin und vor allem mit den Ärztinnen und Ärzten und Schwestern ohne Zeitnot besprechen können, sie sollten wissen, dass man ihnen Tag und Nacht helfen werde, dass sie auch auf ihrem letzten Lebensabschnitt noch Freuden und Besuche haben dürften, und wir versprachen ihnen, dass sie keine Angst etwa vor einem Erstickungstod haben müssten.

### In den Medien wurden wir als „Sterbehospiz“ beschrieben

Nun hätte man erwarten können, unser Hospital würde nach der Eröffnung mit Anmeldungen überhäuft, aber das war zunächst nicht der Fall. Dafür gab es klare Gründe: Die Ärzteschaft, die Medien und die Bevölkerung kannten den Ausdruck „palliativ“ nicht. Sie glaubten, unsere Klinik sei ein „Sterbehospiz“. In vielen Vorträgen und Publikationen habe ich dann erklärt, dass „palliativ“ aus dem Lateinischen kommt (pallium= der Mantel). Ein Mantel umhüllt den Menschen, tut ihm wohl, und schützt vor Regen und Kälte, kann aber das Wetter nicht verbessern. So schützt die Palliativmedizin vor Schmerzen und quälenden Beschwerden und tut dem Kranken gut, kann aber die Krankheit nicht verbessern. Und wir erklärten, dass es bei uns nicht heißt: „da kann man nichts mehr machen“, sondern wir behandeln intensiv weiter, aber mit einer anderen Zielsetzung: der Verbesserung der Lebensqualität durch Linderung von Schmerzen und körperlichen und seelischen Qualen, unter Vermeidung einer Lebensverlängerung um jeden Preis. Und ich erklärte, dass auch 15-25 % der Kranken unter der neuen Therapie noch einmal nach Hause entlas-

sen werden könnten, wo sie und ihre Angehörigen ambulant weiter beraten werden könnten.

### Stationäre Palliativmedizin und Hospize in Frankfurt

Unser Evangelisches Hospital für Palliativmedizin in der Rechnergrabenstraße, das seit 2009 im Markus Krankenhaus unter dem Namen „Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin“ weiter geführt wird, wurde nicht nur ein Segen für inzwischen über 5.000 Kranke, sondern auch ein Schrittmacher für die Anerkennung und damit Ausbreitung der Palliativmedizin in Deutschland, speziell in Hessen und in Frankfurt. So entstanden in den vergangenen Jahren im Nordwest Krankenhaus ein Palliativmedizinisches Zentrum und in weiteren Frankfurter Kliniken palliativmedizinische Stationen. Zwei stationäre Hospize, das „Hospiz St. Katharina“ am St. Katharinen Krankenhaus, und das „Evangelische Hospiz“ in der Rechnergrabenstraße, sowie ambulante Hospizvereine, wie das im Frankfurter Bürger-Institut, sind segensreiche Einrichtungen geworden.

Heute feiern wir „15 Jahre Palliativmedizin in Frankfurt“. Allen bisherigen und jetzigen Schwestern, Pflegern, Ehrenamtlichen und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie den Ärztinnen und Ärzten, der Frankfurter Evangelischen Kirche und dem Agaplesion Markus Krankenhaus gebühren unser herzlicher Dank und alle guten Wünsche. Sie, meine Damen und Herren, werden es mir gestatten, dass ich besonders Frau Dr. Angelika Berg danke, die mit nie ermüdendem Engagement, mit hoher Kompetenz und Mitmenschlichkeit ein Engel der Palliativmedizin in Frankfurt wurde.

*Professor Dr. med. Ulrich Gottstein  
Gründungs- und Ehrenvorstandsmitglied*

Reihe: Gesundheit und Prävention in der Arbeitswelt

# Psychische Gesundheit/psychische Erkrankung als Ursache für Probleme und Ausfallzeiten am Arbeitsplatz und als Folge von arbeitsplatzassoziierten Stressoren (Teil 1)

Peter Laß-Tegethoff

Die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz beziehungsweise der Effekt einer eingetretenen oder drohenden psychischen Erkrankung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit eines Menschen rückt zunehmend in den Blickpunkt des Interesses der Politik, der Krankenkassen, der Unternehmer und der beteiligten Arztgruppen. Im März 2012 fand in Berlin der 10. Deutsche Neurologen- und Psychiatertag statt, dort ging es nur um dieses Thema, Gesundheitsminister Bahr hatte die Schirmherrschaft für die Veranstaltung des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN) übernommen, hatte einen Mitarbeiter in die Veranstaltung entsandt.

Aus verschiedenen Blickrichtungen kann das Thema betrachtet werden. Die Politik sieht mit Sorge auf die Demographie, das Durchschnittsalter steigt, das Renteneintrittsalter wurde deshalb angehoben, die Arbeitskraft qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter soll geschützt und erhalten werden. Der Anteil psychischer Erkrankungen an vorzeitigen Berentungen ist hoch und in den letzten Jahren zunehmend. Bei den Männern sind 27 % der krankheitsbedingten Frühberentungen, bei den Frauen 38 % aller Diagnosen, die zur Frühberentung führen, psychische Erkrankungen. (Quelle: Vortrag Professor Siegrist, Institut für Medizinische Soziologie der Heinrich Heine Universität Düsseldorf).

Offenbar hat das Leistungsvermögen also entscheidend mit der psychischen Gesundheit der Betroffenen zu tun: Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer müssen konzentriert und belastbar sein, eine höhere Informationsdichte in kürzerer Zeit verarbeiten, zunehmend Verantwortung übernehmen, definierten Qualitätsansprüchen nachweisbar genügen. Beurteilungen in kurzen Zeitintervallen sind üblich geworden, davon hängt oft die weitere berufliche Karriere ab. Leistungsvorgaben können gnadenlos und unentschuldigbar sein, wenn sie nicht erfüllt werden.

Nicht selten dokumentiert sich der steigende Druck in einer Arbeitsunfähigkeit mit einer Diagnose aus Kapitel F des ICD 10, (psychische Störungen), am häufigsten Anpassungsstörungen, Angsterkrankungen, depressive Episoden. Und diese bedingen dann statistisch gesehen überdurchschnittlich lange Arbeitsunfähigkeitszeiten im Vergleich mit anderen Diagnosen.

So sind in der Rangliste der Arbeitsunfähigkeits-Diagnosen (AU) die Muskel-Skelett-Erkrankungen auf Platz eins (21,7 %), danach Atemwegserkrankungen (15,8 %), Verletzungen (14,3 %) und bereits an vierter Stelle psychische Erkrankungen (12,1 %). Quelle: DAK AU-Daten 2010.

Innerhalb der psychischen Erkrankungen sind es depressive Episoden F 32, die am

häufigsten diagnostiziert werden (27,2 %), danach Reaktionen auf Belastungen F 43 mit 23,2 %, alkoholassoziierte Störungen F 10 interessanterweise nur zu 4,2 % laut Statistik.

Was können Ärztinnen und Ärzte, hier im besonderen Psychiaterinnen und Psychiater, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Nervenärzte/Neurologen beitragen?

Vorneweg ist es Versorgungsrealität, dass Wartezeiten für den Erstkontakt im Bereich acht bis zwölf Wochen liegen. Danach sollte entschieden werden, welche Maßnahmen notwendig sind. Ob es mit einer Behandlung der Grunderkrankung genug ist oder ob Faktoren aus dem Arbeitsplatz heraus eine so tragende Rolle spielen, dass eine Form von „Coaching“, also personen- und arbeitsplatzspezifische Beratung, vonnöten ist.

Tritt das ein, dann ist das zeitaufwändig, schwierig und nicht im Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten.

Die Frage kommt auf, ob hierfür im Regelfall die spezifische Qualifikation der Ärztin/des Arztes vorliegt. Es gibt Curricula, die eine solche Zusatzqualifikation ermöglichen, wenige haben sie absolviert, andererseits ist die Ausbildung der Kolleginnen

und Kollegen schon umfangreich, man möchte nicht die Tendenz fördern, „für alles“ eine zusätzliche Qualifikation einzuführen. Die hessische Ärztekammer kennt keinen solchen Zusatztitel im Sinne der Weiterbildungsordnung.

### NUP Tag, Berlin, März 2012

Die Betriebs- und Arbeitsmedizin, vertreten durch den Präsidenten der Gesellschaft für Betriebs- und Werksmedizin, Dr. med. Wolfgang Panter, sieht psychische Erkrankungen als zahlenmäßig ansteigend, würde sich deshalb eine abgesprochene Zusammenarbeit mit der Ebene nervenärztlicher Versorgung wünschen. Besonders wichtig erscheinen die Themen Wartezeit (bis es überhaupt zum Erstkontakt kommt), Prognose, ferner Risikoeinschätzung hinsichtlich spezifischer Arbeitsfähigkeit am konkreten Platz unter Medikamenten bzw. durch das erkrankungsimmanente Risiko. Deutlich wurde auch, dass Werksärzte in der Regel keine Psychiater sind und dass möglicherweise diesbezüglicher Fortbildungsbedarf für die Arztgruppe besteht.

Von der Arbeitgeberseite kam Dr. Mladen Petkovic, Vorstand der Bosch Gruppe, Werk Eisenach, zu Wort. Man sei sich der zunehmenden Zahl „leistungsgewandelter“ Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bewusst. Ziel der Unternehmensleitung sei ein Beitrag zum gesundheitserhaltenden Arbeitsplatz, wo möglich. Er richtete die Bitte an die Ärztinnen und Ärzte, in begründeten Fällen in einen Dialog mit dem zuständigen Werksarzt zu treten, ferner überlegte Zurückhaltung beim Ausstellen von Attesten über Einschränkungen, etwa im Drei-Schicht-Bereich oder hinsichtlich der Anforderungen an den Arbeitsplatz zu üben, ohne ein Bild davon zu haben, was das für diesen Men-

schen an dieser Stelle zur Folge haben kann.

### Welche Rolle spielen Ärztinnen und Ärzte in der Interessenkonstellation?

Die Standortbestimmung der mit dem Thema befassten Ärztinnen und Ärzte kann einander widerstrebende Interessen zu Tage fördern. Es sollte daher die Auftragslage erkennbar bleiben, konkret, ob es sich um einen Auftrag zur Behandlung eines Erkrankten handelt, dem Schutz des Betroffenen vor Chronifizierung, aber auch vor Druckausübung von Seiten des Arbeitgebers (und der Krankenkassen, die bei psychiatrischen, also „F Diagnosen“ frühzeitig bei Versicherten selbst intervenieren, etwa in Form von Telefonanrufen zu Hause, Nichtakzeptanz hausärztlicher Arbeitsunfähigkeitsatteste, Wiedereingliederungsvorschläge an die Versicherten, die nicht mit dem behandelten Arzt abgesprochen sind).

Auf der anderen Seite muss auch möglich sein, unsere Kompetenz den Unternehmen, Vorständen oder Krankenkassen, ob fallunabhängig oder fallbezogen, ohne Behandlungsauftrag anzubieten im Sinne einer sozialpolitischen oder betriebswirtschaftlichen Intervention oder Prophylaxe. Dann jedoch wäre zu vermeiden, an gleicher Stelle auch Betroffene zu beraten oder zu behandeln.

Derzeit ist die Kompetenz im Bereich Coaching, Beratung, sowie arbeitsplatzbezogener Prävention stark von Psychologen besetzt und dominiert, wir Ärzte haben da Nachholbedarf. Da wir an entscheidender Stelle aber Schnittstellen bilden durch die Abgrenzung von und Überschneidung mit körperlichen Erkrankun-

gen, medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten haben und über die Befähigung zur Attestierung von Arbeitsunfähigkeit verfügen, wäre eine stärkere ärztliche Beteiligung insgesamt mehr als plausibel. Ob sich das mit Leben füllen lässt, hängt sehr vom noch freizusetzenden Zeitkontingent der Kolleginnen und Kollegen ab und vom Vorhandensein ausreichenden Nachwuchses in den Fächern, die beteiligt sind.

Möglicherweise stoßen die Überlegungen hier schon an das Thema eines weiteren Teils der Reihe, nämlich über die Belastbarkeit der Ärztinnen und Ärzte in unserer eigenen Arbeitswelt. Hierzu folgt ein eigener Beitrag.

Unrealistisch wäre die Annahme, so etwas („Coaching“ und ähnliches) wäre im ambulanten Sektor innerhalb der kassenärztlichen Versorgung zu leisten, ohne hierfür neue finanzielle Ressourcen zu schaffen. Unrealistisch wohl auch, dass die Kostenträger dem so zustimmen würden.

### Ausblick

Mit der jetzt begonnenen Reihe soll der Blick auf das Arbeitsumfeld unserer Patientinnen und Patienten gerichtet werden, weil dies einen ganz entscheidenden Teil in unserer Lebensrealität darstellt und aus demographischer und arbeitsbiographischer Sicht in der Verdichtung von Aufgaben und längerer Lebensarbeitszeit relevanter werden wird.

### Anschrift des Verfassers

Peter Laß-Tegethoff  
Frankfurter Straße 71  
35625 Hüttenberg, E-Mail:  
tegethoff@neuropraxis-rechtenbach.de

# Ein Unwetter an Ausscheidungen, eine Flut von Anträgen

## Der sachliche Teil

Seit der Empfehlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, dass die Patienten im Notwendigkeitsfall von der Möglichkeit Gebrauch machen sollten, einen Antrag auf eine Langzeitverordnung eines Heilmittels zu stellen, damit die Verordnung nicht budgetrelevant ist, ist einige Zeit vergangen.

Leider müssen wir beobachten, dass die Krankenkassen oft nicht auf den Antrag eingehen, sondern nur betonen, dass sie auf den Genehmigungsvorbehalt verzichten, wenn die Verordnung außerhalb des Regelfalls ist.

Das ist an der Sache vorbei geantwortet.

Oder es werden – nicht vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen – eine Aufzählung von Angaben verlangt (ausführlicher

Bericht, Prognose, bisheriger Verlauf, usw.), vorher könne man den Antrag nicht bearbeiten. Gerne auch Therapiebericht des Krankengymnasten, der – das dürfte kein Geheimnis sein – immer die Notwendigkeit weiterer Therapie bescheinigt und von daher kein Kriterium sein kann.

Weitere Variante: Verweis auf eine Vereinbarung zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und der Krankenkasse, bei welchen Diagnosen dauerhafte Physiotherapie als unstrittig angenommen wird, ohne aber den Antrag des Patienten konkret zu bescheiden.

Ich habe aber auch Patienten, die mit mir diskutieren, warum sie einen Antrag stellen sollten. Das geht hin bis zu „Ihr Budget ist doch Ihr Problem“. Gerade aber diejenigen Patienten, die zu solchen kon-

troversen Diskussionen fähig sind, sind besonders geeignet, sich dann mit den Kostenträgern auseinander zu setzen. Natürlich mit unserer Unterstützung.

Das ganze Verfahren wäre komplett unnötig, wenn die Heilmittel im Vertrauen auf die Notwendigkeit ohne Regressandrohung verordnet werden könnten. Auf diesen Tag warten wir.

### Anschrift des Verfassers

*Peter Laß-Tegethoff*

*Frankfurter Straße 71*

*35625 Hüttenberg, E-Mail:*

*tegethoff@neuropraxis-rechtenbach.de*

**Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten und Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.**

## Asklepios Paulinen Klinik als erste Klinik Wiesbadens mit silbernem Zertifikat

### „Aktion saubere Hände“ ausgezeichnet

#### Hände-Desinfektion hilft Leben retten

Als erste Klinik der Region Mainz/Wiesbaden wurde jetzt der Asklepios Paulinen Klinik (APK) das silberne Zertifikat für die „Aktion saubere Hände“ verliehen. Damit wird deutschlandweit das besondere Engagement in Bezug auf Qualität und Nachhaltigkeit der Händehygiene in Krankenhäusern ausgezeichnet. Bewertet wurden unter anderem die Ausstattung und Fortbildungen auf dem Gebiet der Händedesinfektion sowie die Entwicklung der Häufigkeit der Händedesinfektion.

Die „Aktion saubere Hände“ ist eine bundesweite Kampagne zur Verbesserung des Handdesinfektions-Verhaltens in deutschen Kliniken und wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Die APK hat sich von Anfang an aktiv an den Maßnahmen zur Optimierung des Hygiene-Verhaltens in Krankenhäusern beteiligt.

## Interessenkonflikt

Autoren sind aufgefordert, mögliche Interessenkonflikte offenzulegen. Eine entsprechende Erklärung ist dem Manuskript beizufügen: „Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben.“, oder: „Die Autoren XX und YY erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben. ZZ ist für die Firma ABC tätig.“ oder: „Die Arbeit wurde durch die Firma ABC unterstützt.“

LÄKH

# Die Liebe des Dichters zur harten Münze

## „Goethe.Auf.Geld“ – ein Ausstellung im Geldmuseum der Bundesbank

Er war niemand, der den Taler zweimal umdrehen musste. Als Johann Wolfgang von Goethe am 28. August 1749 „mit dem Glockenschlage zwölf“ in Frankfurt am Main das Licht der Welt erblickte, landete er auf den sanften Kissens eines begüterten Elternhauses. Der Vater, ein studierter Jurist, lebte von den Erträgen seines Vermögens. Als geborene Textor entstammte auch die Mutter einer ebenso angesehenen wie gutbetuchten Frankfurter Familie. Frei von finanziellen Nöten widmeten sich die gebildeten Bewohner des Hauses am Großen Holzgraben schöngestigen Interessen. Schon als Kind ließ sich Johann Wolfgang von den Gute-Nacht-Geschichten seiner Mutter zum Ersinnen eigener Märchen inspirieren. Die 2.000 Bände umfassende väterliche Bibliothek machte ihn früh mit der europäischen Literatur vertraut.

Obwohl der junge Goethe dem Drängen seines Vaters nachgebend Rechtswissenschaften studierte und seine Leidenschaft zeitlebens dem Schreiben galt, schienen seinem Wissensdurst keine Grenzen gesetzt: Goethe war Dichter, Literaturwissenschaftler, Naturforscher, Jurist, Thea-

terleiter, Staatsmann – und Finanzminister des Herzogtums Sachsen-Weimar-Eisenach. „Goethe.Auf.Geld.“ ist eine Ausstellung überschrieben, die bis zum 9. Dezember 2012 im Geldmuseum der Deutschen Bundesbank in Frankfurt zu sehen ist. Der Dichturfürst und das Geld im Wandel der Zeiten, die auch vor der Geldentwertung nicht Halt machten: Zu den Exponaten zählt u.a. ein Tausend-Millionen-Mark-Schein aus Frankfurt, der auf der einen Seite das Goethehaus, auf der anderen ein Porträt des Dichters zeigt.

### Der Teufel und das Papiergeld

Aus dem Fundus der Münz- und Banknotensammlung der Deutschen Bundesbank schöpfend, setzt sich die Ausstellung mit Goethe und seinem Verhältnis zum schnöden Mammon auseinander. Von seinen Eltern habe Goethe gelernt, Ökonomie walten zu lassen, erzählte Professor Dr. Anne Bohnenkamp-Renken, Leiterin des Frankfurter Goethehauses, im Rahmen der diesjährigen Goethe-Festwoche „Goethe und das liebe Geld“ in Frankfurt. Er sei gewohnt gewesen, dass genau Buch über die Ausgaben geführt werde. Diese Gewohnheit sollte ihm bei seiner späteren Tätig-

keit als Finanzminister zugutekommen: Als Geheimer Legationsrat am Hofe von Herzog Carl August verfasste der gebürtige Frankfurter unzählige Aktenvermerke zu Steuerfragen und war verantwortlich für den Silberbergbau in Ilmenau.

Ein Zuckerschlecken war die Position des Finanzministers damals wie heute nicht. Das Etikett „hoch verschuldet“, das derzeit Ländern wie Griechenland, Italien oder Portugal tragen, haftete zu Goethes Zeiten auch dem Kleinstaat Sachsen-Weimar-Eisenach an. Während Herzog Carl August mit dem Gedanken an die Einführung von Papiergeld spielte, um die Lücken in der Staatskasse zu stopfen, riet ihm Goethe aus Furcht vor einer Inflation dringend von dem Vorhaben ab. „Jeder Münzfuß, er sey welcher er wolle, muß fest sein“, schrieb er in einem Gutachten zur Münz- und Währungspolitik. Nicht von ungefähr machte der Dichter im zweiten Teil seiner Tragödie „Faust“ den Teufel persönlich zum Erfinder des mit Lug und Trug einhergehenden Papiergeldes. Auch der Hoffnung auf ungebremstes Wachstum setzte Goethe mit dem Scheitern des Faust ein Ende.

## Ein vorausschauender Haushälter

In beruflichen und privaten Angelegenheiten erwies sich der Dichturfürst als scharf kalkulierender Rechner. Seine Frankfurter Bürgerrechte gab er zurück, um Steuern zu sparen. 1783 sanierte Goethe mit der „Großen Steuerreform“ den Etat des hoch verschuldeten Kleinstaates Sachsen-Weimar-Eisenach und wurde von Carl August nobel für sein erfolgreiches Wirken entlohnt: Bezog er in den ersten Jahren noch 1.200 Taler jährlich, waren es im Alter von 66 Jahren üppige 3.000 Taler. Auch für sein schriftstellerisches Schaffen handelte

der Verfasser von Werken wie „Götz von Berlichingen“, „Die Leiden des jungen Werthers“ und „Hermann und Dorothea“ hohe Honorare aus.

Ein Dichter mit Geschäftssinn: Goethe wechselte häufig seine Verleger, feilschte und brachte es fertig, bei dem Verlag Cotta, dem er den Zuschlag für die Ausgabe seines Gesamtwerkes erteilt hatte, die Beteiligung an einer möglichen Auflagenerhöhung zu erwirken. Obwohl zeitlebens ein großzügiger Gastgeber, achtete Goethe auch in persönlichen Dingen darauf, dass die Kasse stimmte. Sein Landgut in

Apolda verkaufte er nach fünf Jahren wieder mit dem Argument, dass es nicht an Besuchen gefehlt habe und die Kosten einer wohl besetzten Tafel das Defizit vermehrt hätten. Anne Bohnenkamp-Renzen fasste Goethes Beziehung zum Monetären trocken zusammen: „Er hat sich selbst auch immer Rechenschaft darüber abgelegt, wo das Geld blieb und war ein vorausschauender Haushälter.“

Informationen zur Ausstellung „Goethe. Auf.Geld“ unter [www.bundesbank.de](http://www.bundesbank.de)

*Katja Möhrle*

## TRiest ist einen Besuch wert

Möchten Sie eine italienische Stadt entdecken, die abseits der üblichen Reiserouten liegt? Dann empfehle ich Ihnen eine Reise nach Triest im Nordosten Italiens, wenige Kilometer von der slowenischen Grenze entfernt. Die Geschichte der Stadt ist bewegt. Vor dem Ersten Weltkrieg war es Teil des K-und-K-Reiches und der öster-

reichische Zugang zum Mittelmeer. Hier lag die österreichische Marine. War die Region früher „Julisch Venetien“ bezeichnet worden, ist Triest seit der Vereinigung mit Friaul die Hauptstadt dieser Region.

Das Hinterland von Triest ist bergig, fruchtbare Kalk-Lehm-Böden ermöglichen den

Anbau von Wein. Das Klima ist mediterran, es zeichnet sich durch heiße, trockene Sommer und milde, regenreiche Winter aus. Das Wort Triest erfolgte, parallel zur Gründung Aquileias. Dort bestand eine Siedlung mit dem Namen Tergeste, was sich von dem Wort Terg, Markt, ableitet. Tergeste war römische Kolonie und ein wichtiger Hafentort Roms. Abgesehen von wiederholten Besetzungen durch Venedig und der napoleonischen Periode war Triest bis Ende des Ersten Weltkriegs Habsburgisch. Heute ist der größte Anteil der Bevölkerung von Triest (etwas über 200.000 Einwohner) italienisch, es leben noch etwa 15 – 20 Prozent Slawen und noch rund fünf Prozent deutschsprachige Menschen hier. Viele Triestiner waren mehrsprachig. Schnitt die Neuordnung Europas mit der Gründung eines slawischen Balkanstaates Österreich vom Mittelmeer ab, so hat seit 1922 unter Mussolini eine Nationalisierung und Italianisierung der Region stattgefunden.

Der Hafen von Triest ist einer der großen italienischen Häfen und der bedeutendste Seehafen der oberen Adria. Er ist Umschlagplatz für Güter in Richtung Österreich, Bayern, Tschechien und der Slowakei.

Das Herz der Stadt bildet die „Piazza dell'Unità d'Italia“, er grenzt einseitig ans Meer. Der große rechteckige Marktplatz ist von restaurierten Gebäuden umgeben. Auf drei Seiten stehen neoklassizistische Prachtbauten, die Rathaus, Regionalregierung, Hotel und andere Beherbergungen. In der Mitte steht ein Brunnen, 1750 von Mazzoleni errichtet. Die damals bekannten vier Kontinente werden dargestellt. Daneben steht eine Säule mit dem Bildnis Kaiser Karls VI., dessen linke Hand auf den Hafen zeigt. Unmittelbar daneben steht auf der Piazza Verdi das Opernhaus aus dem Jahre 1798. Hier fanden mehrere Uraufführungen von Opern von Verdi statt. Hinter der Piazza dell'Unità befindet sich das alte historische Viertel der Kernstadt Triest. Dort finden sich Monumente mit Resten der Stadtmauer (Arco di Riccardo) die aus dem Anfang unserer Zeitrechnung

stammt. Auf der Anhöhe am San Giusto Hügel ist die Kathedrale, ein Bauwerk, dessen Wurzeln im fünften Jahrhundert anfangen. Oberhalb des Kirchenhügels ist eine mächtige Burg, das Kastell von San Giusto, das zwischen 1470 und 1630 entstand. In der näheren Umgebung sind das Schloss Miramare sehenswert und verschiedene Museen.

Viele wunderbare Kaffeehäuser locken mit köstlichen Kuchen und Kaffeespezialitäten zum Besuch. Erwähnenswert wäre das „Caffè Tommaseo“ oder das „Caffè degli Specchi“ (Spiegelcafé), welches vielleicht das bekannteste Café in Triest ist. Diese Kaffeehauskultur ist über die K- und K-Zeit erhalten worden.

Triest hat trotz seiner bescheidenen Größe eine beachtliche literarische Präsenz entwickelt. Besonders zu nennen wäre Italo Svevo.

Svevo, eigentlich Ettore Schmitz genannt, hat hier den auch in Triest spielenden Roman *La Coscienza di Zeno* geschrieben.

ben, einen modernen Roman. Italo Svevo unterrichtete James Joyce, der jahrelang in Triest lebte in Deutsch und Italienisch. Die Lektüre von „Zeno Cosini“ bietet eine Fülle wertvoller Betrachtungen über menschliche Verhaltensweisen und ist eine Quelle von Weisheit und Humor.

Duino, ein Nachbarort von Triest, war Anlass für die „Duineser Elegien“, die Rilke anlässlich eines Aufenthaltes dort verfasste. Wenn italienische Reiseziele vorgestellt werden, so ist die Region um Triest herum selten im Vordergrund. Ein Besuch in Triest zeigt welche Vielfältigkeiten der Kultur sich innerhalb der Grenzen Italiens verbergen und wie unvollständig die Blicke auf Italien sind, wenn diese kulturellen Unterschiede nicht zur Kenntnis gelangen. Italien ist mehr als die Toskana und Rom. Die Mischung aus italienischem Flair, österreichischem „Schmäh“ und istrich-kroatischer Kultur schafft ein einzigartiges Wohlfühlaroma. Triest ist einen Besuch wert!

*Dr. med. Siegmund Drexler*

## AIDS AUFKLÄRUNG

### Die AIDS-Aufklärung e.V. Frankfurt informiert

Aufgrund eines gemeinsamen Transmissionsweges sind weltweit zahlreiche HIV/HBV- bzw. HIV/HCV-Koinfektionen zu verzeichnen. In Deutschland sind ca. 15 % aller HIV-Infizierten auch mit HCV infiziert; die Prävalenz bei HBV liegt bei 0,3-0,5 %. Allerdings ist die Infektionshäufigkeit mit HBV weniger besorgniserregend, da durch die Möglichkeit einer vorbeugenden Impfung gegen das Virus die Infektionszahlen gering gehalten werden können. Im Gegenteil dazu sind die Infektionszahlen bei HCV in den vergangenen Jahren insbesondere in großen Ballungszentren gestiegen.

Auch in unserem Beratungsalltag spürt man bei Anrufern und Testpatienten vermehrt die Besorgnis über diese Erkrankung und dem damit gesteigerten Interesse an Informationen. Aus diesem Grund haben wir im Mai diesen Jahres unser HIV-Testangebot durch den HBs-Ag- und Anti-HCV-Test ergänzt, um den Bedarf unseres Klientel besser entsprechen zu können.

Neben den regulären Testtagen von Montag bis Mittwoch zwischen ca. 13-17 Uhr und Donnerstag zwischen ca. 9-13 Uhr (mit Terminvereinbarung) wollen wir unsere Testzeiten erweitern und flexibler für unsere Testpatienten gestalten. Ab dem **17. Oktober 2012** werden wir nun auch **mittwochs** zwischen **18-20 Uhr** eine **offene Sprechstunde** ohne Terminvereinbarung anbieten. Aus diesem Grund sind wir auf der Suche nach einem/er engagierten Arzt/Ärztin, der/die uns ehrenamtlich in unserer Testtätigkeit unterstützt.

Für nähere Informationen diesbzgl. können Sie uns unter der 069 762933 oder unter [info@aidsonaufklaerung.de](mailto:info@aidsonaufklaerung.de) von Montag bis Donnerstag zwischen 9-17 Uhr sowie Freitag 9-15 Uhr kontaktieren.

*AIDS-Aufklärung*

## Die NORAH-Studie zu Fluglärmwirkungen

(Hessisches Ärzteblatt 2012 73: 447-452)

Die hier unterzeichnende Ärzteschaft weist mit Nachdruck darauf hin, dass die vorhandenen Studien und Forschungsgrundlagen bereits ausreichend sichere Erkenntnisse darüber bieten, welche Auswirkungen Fluglärm und Emissionen auf die betroffene Bevölkerung haben.

Die Resolution des 115. Deutschen Ärztetages 2012 fordert die Politik unmissverständlich auf, „die Bevölkerung vor den Folgen des Flugverkehrs durch Flugzeugabgase und Lärmemissionen nachhaltig und umfassend zu schützen“ und betont weiter, „es ist nicht hinnehmbar, wirtschaftliche Interessen wider besseres Wissen flächendeckend zu Lasten der Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung durchzusetzen.“

Diese Forderung ergibt sich, so der Deutsche Ärztetag, aus der „aktuellen wissenschaftlichen Evidenz“, die eindeutig ist. Die Entschließung des Deutschen Ärztetages weist klar auf die deutlich zu hohen Grenzwerte im Fluglärmgesetz hin, die in einem offensichtlichen Widerspruch zu vorhandenen Erkenntnissen von nationalen sowie internationalen Studien stehen.

Um jetzt politisch handlungsfähig zu sein, sind nach Auswertung der vorhandenen aktuellen Studienlage weitere Studien, wie z.B. die NORAH-Studie nur kontraproduktiv, da diese auf Jahre ausgelegt sind und so ein erforderliches und sofortiges Handeln zum Schutz der Bevölkerung mit dem Hinweis auf laufende Studien verzögert wird. Es ist absurd, wenn in Kenntnis wissenschaftlich belegter Risiken des Fluglärms und der Abgase für die Gesundheit der betroffenen Menschen die Belastung erst rücksichtslos gesteigert wird, um anschließend die zu erwartenden Auswirkungen in einer Studie zu erfassen.

Insbesondere nach Inbetriebnahme der neuen Landebahn Nordwest, seit dem 21. Oktober 2011, durch den Frankfurter Flughafen sind tagtäglich weitere, mehr als 100.000 Menschen, einer massiven, maximalen Belastung durch Flugzeugabgase und Lärmemissionen schutzlos ausgeliefert.

Zudem verstößt die NORAH-Studie gegen die Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von „Guter epidemiologischer Praxis“ der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie. Diese legt u.a. eindeutig fest: Epidemiologische Studien müssen im Einklang

mit ethischen Prinzipien durchgeführt werden und Menschenwürde sowie Menschenrechte akzeptieren.

Mit der NORAH-Studie wird gegen diese Leitlinie vorsätzlich verstoßen. Der Bevölkerung wird eine scheinbare, nicht vorhandene Fürsorge vorgetäuscht, um die gesundheitsgefährdenden Fluglärmbelastungen nach Belieben weiter zu steigern.

Die Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen beschreibt u.a. in ihren Grundsätzen: „...Aufgabe des Arztes ist es, an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlage im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.“

Um weiteren Schaden von der betroffenen Bevölkerung abzuwenden, sehen wir es als unsere ärztliche Pflicht an, auf diese Umstände hinzuweisen, wie auch zu fordern, dass die Politik durch sofortige geeignete Maßnahmen die Rahmenbedingungen zum ausreichenden Schutz schafft und umgehend, und nicht erst in sechs Jahren auf der Grundlage einer ethisch fragwürdigen Studie, realisiert.

*Dr. med. Jaqueline Ahr (Anästhesistin) • Professor Dr. med. Andre Ahr (Gynäkologe) • Dr. med. Peter Augst (Dermatologe) • Bäuml Sabine (Allgemeinmedizinerin) • Dr. med. Petra Becker (Allgemeinmedizinerin) • Dr. med. Rita Beerboom (Gynäkologin) • Dr. med. Thomas Beerboom (Urologe/Androloge) • Dr. med. dent. Joachim Bell (Zahnarzt) • Dr. med. dent. Frank Berger (Zahnarzt) • Dr. med. Winfried Blum (Chirurg) • Dr. med. Karl Böttger (Internist) • Dr. med. Stefan Böttger (Arbeits-/Umweltmediziner) • Angelika Borgmeyer-Bremm (Kinder und Jugendlichen Psychotherapie) • Dr. med. Berthold Brunner (Radiologe) • Privat Dozent Dr. med. Rainer Bürger (Urologe) • Dr. med. Hannes Bürkle (Hals/Nasen/Ohrenarzt) • Dr. med. dent. Klaus-Peter Dauth (Zahnarzt) • Dr. med. Irmgard Derwein-Popp (Kinderärztin) • Dr. med. dent. Werner Dettmer (Zahnarzt) • Dr. med. Hans-Friedrich Döring (Dermatologe) • Dr. med. Andreas Doermer (Chirurg) Dr. med. dent. Frauke*

Doden-Stegbauer (Zahnärztin) • Professor Dr. med. Rafael Dudziak (Anästhesist/Intensivmediziner) • Dr. med. dent. Helmut Emmer (Zahnarzt) • Dr. med. Stefan Fleckenstein (Unfallchirurg und Orthopäde) • Knut Frederking (Chirurg) • Dr. med. Daniela Freise (Allgemeinmedizinerin) • Stefanie Gödeke-Daub (Allgemeinmedizinerin) • Dr. med. Joachim Götting (Augenarzt) • Dr. med. dent. Burghard Hahn (Zahnarzt) • Privat Dozentin Dr. med. Elke Hattingen (Neuroradiologin) • Dr. med. Tomas Heinrich (Gynäkologe) • Dr. med. dent. Jürgen Heßler (Zahnarzt) • Dr. med. Ralf Hilpert (Gynäkologe) • Dr. med. Ulrich Höpfner (Internist) • Dr. med. Martin Hötter (Neurologe) • Dr. med. Jürgen Hoffart • Dr. med. Eberhard Hubracht • Dr. med. dent. Hück (Zahnarzt) • Dr. med. Christiane Jakubowski (Internistin) • Dr. med. Rainer Jakubowski (Radiologe) • Professor Dr. med. Dieter Jonas (Urologe) • Professor Dr. med. rer. Dipl. Psycholog. Jochen Jordan (Psychocardiologe) • Professor Dr. med. Martin Kaltenbach (Internist/Kardiologe) • Dr. med. dent. Manfred Kappes (Zahnarzt/Oralchirurg) • Dr. med. Karin Kernhof (Psychotherapeutin) • Dr. med. Kareem Khan (Internist/Arbeitsmediziner) • Norbert Kohout (Gynäkologe) • Matthias Knoch (Zahnarzt) • Jochen Krauß (Unfallchirurg/Notarzt) • Mela Krauß (Ärztin) • Dr. med. Brigitte Krummel-Lorenz (Internistin/Rheumatologin) • Dr. med. Arno Lang (Internist) • Dr. med. dent. Elena Leyendecker (Zahnärztin) • Dr. med. dent. Milivoj Krstic (Zahnarzt/Oralchirurg) •

Dr. med. Elke Magnus (Internistin/Psychotherapeutin) • Dr. med. Verena Malschau-Damm (Internistin) • Dr. med. Harry Mark (Allgemeinmediziner) • Dr. med. Barbara Merle (Ärztin) • Dr. med. Steffen Merle (Internist) • Dr. med. Heiner Mersmann (Pädiater) • Dr. med. Jens Miklitza (Hals/Nasen/Ohrenarzt) • Dr. med. dent. Christoph Müller (Zahnarzt) • Professor Dr. med. Thomas Münzel (Internist/Kardiologe) • Dr. med. dent. Alexander Muthesius (Zahnarzt) • Dr. med. dent. Ingmar Nick (Zahnarzt/Oralchirurg) • Gerhardt Nieder (Psychotherapeut) • Dr. med. Gerda Noppene (Internistin) • Dr. med. Ute Nüsse (Allgemeinmedizinerin) • Dr. med. Cristina Panijel-Rath (Allgemeinmedizinerin) • Nicole Platt (Zahnärztin) • Dr. med. dent. Hubertus Platt (Zahnarzt) • Dr. med. Alexander Popp (Gynäkologe) • Privat Dozent Dr. med. Dr. med. dent. Rainer Rahn (Arzt/Zahnarzt/Oralchirurg) • Dr. med. Burkhard Reiche (Internist) • Dr. med. Elisabeth Reiche (Allgemeinmedizinerin) • Claudia Reiche (Gynäkologin) • Dr. med. Hans Dieter Rixen (Allgemeinmediziner) • Dr. med. Winfried Roos (Urologe/Androloge) • Dr. med. Nasrin Sabat (Gynäkologin) • Dr. med. Hermann Schmid (Urologe) • Professor Dr. med. Ernst Scheuermann (Internist/Nephrologe) • Dr. med. dent. Friedrike Scheuermann (Zahnärztin) • Dr. med. Johanna Scheuermann (Internistin/Gastroenterologin) • Dr. med. Christa Schlierf (Internistin/Psychotherapie) • Dr. Ingrid Schmidt (Zahnärztin/Kieferorthopädin) • Dr. Timm-Peter Schmidt

(Zahnarzt/Kieferorthopäde) • Dr. med. Michael Schneider (Zahnarzt) • Dr. med. Kosta Schopow (Internist) • Dr. med. dent. Gisbert Schulz Freywald (Zahnarzt/Oralchirurg) • Dr. med. Ingrid Seelbach-Lenhardt (Psychotherapeutin) • Dr. med. Maria Seidel-Wiesel (Ärztin) • Professor Dr. med. Volker Seifert (Neurochirurg) • Professor Dr. med. Wolf Singer (Hirnforscher) • Dr. med. dent. Ferdinand Stegbauer (Zahnarzt) • Dr. med. Wolfgang Steinhoff (Dermatologe) • Dr. med. Christiane Stephan-Seffer (Allgemein-/Sportmedizinerin) • Dr. med. Guido Stöppel (Internist) • Dr. med. Nicola Strnad-Trojan (Pädiaterin) • Dr. med. Rainer Strnad (Radiologe) • Dr. med. Konrad Stubbig (Anästhesist/Schmerztherapeut) • Privat Dozent Dr. med. Claudius Teupe (Internist/Kardiologe/Intensivmediziner) • Dr. med. Annette Teupe (Ärztin) • Dr. med. Thene'e (Internist) • Professor Dr. med. Jörg Trojan (Internist/Gastroenterologe) • Dr. med. dent. Mathias Varnai (Zahnarzt) • Dr. med. dent. Joachim Weiß (Zahnarzt) • Dr. med. dent. Karin Weiß (Zahnärztin) • Professor Dr. med. Manfred Wiesel (Urologe) • Dr. med. Miriam Wiesenhütter (Anästhesistin) • Dr. med. Michael Wilk (Allgemeinmediziner) • Hagen Winkelmann (Zahnarzt) • Dr. med. dent. Peter Wüst (Zahnarzt) • Wolfgang Wüst (Zahnarzt) • Professor Dr. med. Rolf Zander (Arzt/Physiologe) • Dr. med. Benedikt Ziegler (Internist/Arbeitsmediziner) • Dr. med. Marie Christine Zuccaro (Gynäkologin)

## Kommentar

In der Juli-Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes hatte ich über die Vorträge zur NORAH-Studie (Noise Related Annoyance, Cognition, and Health) im Rahmen der letztjährigen Tagung Flughafenhygiene des Amtes für Gesundheit, Frankfurt, berichtet [1]. Auftraggeber und Studienleiter hatten die Grundzüge der großen Untersuchung zu Lärmwirkungen dargelegt.

In der aktuellen Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes wenden sich 117 Ärzte in einem Leserbrief gegen diese Studie [2] – mit im Wesentlichen drei Argumenten:

1. *Der 115. Deutsche Ärztetag habe in einer Resolution [3] die Politik auf Grundla-*

*ge der „aktuellen wissenschaftlichen Evidenz“ unmissverständlich auffordert, „die Bevölkerung vor den Folgen des Flugverkehrs durch Flugzeugabgase und Lärmmissionen nachhaltig und umfassend zu schützen“. Die NORAH-Studie ist nach Auffassung der den Leserbrief unterzeichnenden Ärzte jetzt kontraproduktiv, da „so ein erforderliches und sofortiges Handeln zum Schutz der Bevölkerung mit dem Hinweis auf laufende Studien verzögert wird“.*

Es ist gutes ärztliches Handeln, Gefahren aufzuzeigen und Prävention anzumahnen und zu fordern. Dies hat der Deutsche

Ärztetag getan. Ebenso gutes ärztliches Handeln ist, das eigene ärztliche Tun kritisch zu hinterfragen und nach neuen Kenntnissen zu suchen, um diese gegebenenfalls in das weitere ärztliche Tun einzubeziehen. In der Begründung zur Resolution des Deutschen Ärztetages wird darauf verwiesen, dass „es aus vielen Studien klare Hinweise und Belege für die schädigenden Wirkungen der Flugemissionen gibt“, es wird nicht festgestellt, dass weitere Studien nicht mehr durchgeführt werden sollen.

Neue Studien bringen durchaus neue Erkenntnisse: so zeigte beispielsweise Schreckenber, einer der Studienleiter der NORAH-Studie, in der im Auftrag des da-

maligen Regionalen Dialogforum durchgeführten Lärmbelastungsstudie erstmals deutlich höhere Belastungsraten bereits bei viel niedrigeren Lärmpegeln als bei den zuvor publizierten größeren Meta-Studien (sog. EU-Kurve) [4, 5]. Dieses zunächst kritisierte Ergebnis wurde inzwischen in weiteren Untersuchungen bestätigt. Hätte man sich weiterhin auf die vorhandenen alten Daten gestützt und diese weiteren Untersuchungen nicht durchgeführt, wären wichtige Argumente für den Lärmschutz nicht vorhanden.

Die NORAH-Studie ist Folge einer Expertenanhörung im April 2010 [6] sowie einer mündlichen Anhörung zur Fluglärmbelastung in der Rhein-Main-Region im Hessischen Landtag im September 2010 [7]. Auf beiden Anhörungen waren Akteure aus der Medizin, der Lärmwirkungsforschung und der Akustik vertreten, auch Unterzeichner des Leserbriefes. Erst nachdem hier weiterer Forschungsbedarf eindeutig festgestellt worden war, wurde die NORAH-Studie in Auftrag gegeben.

Darüber hinaus haben viele Beiträge in dem letztjährigen Sonderheft *Noise and Health*, das sich mit dem „State of the Art“ der Wirkungen des Straßen- und Flugverkehrslärms befasste, festgestellt, dass es weiteren Forschungsbedarf gibt, insbesondere auch für prospektive Studien [z.B. 8-11]. Genau dieses wird in der NORAH-Studie umgesetzt.

Unabhängig von dem weiteren Forschungsbedarf ist den Autoren des Leserbriefes und dem Deutschen Ärztetag zuzustimmen, dass viele Daten bereits vorliegen, die ein präventivmedizinisches-ärztliches Handeln begründen können und müssen.

Nicht unerwähnt darf in diesem Zusammenhang bleiben, dass die Landesärztekammer Hessen bereits im Jahre 2006 – vorbereitet von dem Ausschuss „Umwelt

und Medizin“ – eine Resolution zu Fluglärm verabschiedet hat [12]. Sie hat Untersuchungen zu den gesundheitlichen Risiken des Flughafens gefordert [13] und Sorge getragen, dass Untersuchungen nicht nur in der Region vorgenommen werden, sondern sie hat auch Vertreter des Ausschusses Umwelt und Medizin in die regionalen Foren entsandt, um hier z.B. zur Vorbereitung der damaligen Lärmbelastungsstudie die ärztliche Expertise der Kammer mit einzubringen. Hierüber wurde im Hessischen Ärzteblatt berichtet [14, 15].

2. *Die NORAH-Studie verstößt nach Auffassung der unterzeichnenden Ärzte gegen die Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von „Guter epidemiologischer Praxis“ der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie.*

Dieses Argument ist nicht nachvollziehbar. Die Studie wird aufwändig mit einer externen und darüber hinaus internen Qualitätssicherung durchgeführt. Der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie, Professor Dr. med. Hajo Zeeb, Universität Bremen, ist interner Qualitätssicherer der NORAH-Studie und achtet darauf, dass die Regeln der guten epidemiologischen Praxis eingehalten werden. Alles dies ist auf der Internetseite der NORAH-Studie und auch des Umwelthauses einzusehen. Es ist nicht nachvollziehbar, wie es dennoch zu einer solchen fachlich falschen Aussage der Unterzeichner des Briefes kommen kann.

3. *Die NORAH-Studie ist nach Auffassung der unterzeichnenden Ärzte „ethisch fragwürdig“, sie werde nicht im Einklang mit ethischen Prinzipien durchgeführt.*

Auch dies kann nicht nachvollzogen werden, denn die Studie wurde den zuständi-

gen Ethikkommissionen sowie weiteren zuständigen Institutionen wie dem Hessischen Sozialministerium, dem Hessischen Datenschutzbeauftragten und dem Bundesdatenschutzbeauftragten vorgelegt und von diesen gebilligt.

Die Ethik-Kommissionen haben einer Veröffentlichung der Stellungnahmen nicht zugestimmt. Allen Interessierten gegenüber aber gilt das Angebot, die Stellungnahmen nach tel. Absprache im Umwelthaus einzusehen. Nach Information des Umwelthauses hat bis heute (8. Oktober 2012) keiner der Unterzeichner des Briefes dieses Angebot wahrgenommen.

Die Leiter der Studie waren nicht nur bereit, über die Studie im Rahmen unserer Tagung Flughafenhygiene zu berichten; sie waren und sind weiter bereit, die Module und das Neue daran den Ärzten der Region vorzustellen. Nach Informationen des Umwelthauses wurden mehrere Einladungen des Umwelthauses zu solchen Gesprächen leider nicht angenommen.

Statt also sich gegen eine gut vorbereitete, von Ethikkommissionen, Datenschützern und dem Umweltbundesamt befürwortete, mit wissenschaftlich gut begründeten Fragestellungen unter strenger interner und externer Qualitätssicherung durchgeführte Studie zu wenden, sollten gerade Ärzte die Teilnahme an dieser Studie unterstützen – und sich parallel präventivmedizinisch für eine Reduzierung der Verkehrslärmbelastung für die Bevölkerung einsetzen.

PD Dr. med. U. Heudorf,  
Amt für Gesundheit, Frankfurt

Die Referenzen finden Sie auf unserer Homepage [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

## (Flug-)Lärm und kein Ende

Als belästigend, störend oder gesundheitsgefährdend empfundene Geräusche werden als Lärm bezeichnet. Lärm ist ein umweltmedizinisches Problem und muss sowohl im Rahmen der Prävention von Krankheiten wie auch der Beeinträchtigung der Lebensqualität beachtet werden. Mit einem verkehrsintensiven Autobahn- und Schienennetz sowie dem internationalen Flughafen Frankfurt am Main ist die Rhein-Main-Region besonders von Geräuschbelastungen betroffen.

Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) setzt sich seit Jahren ausdrücklich für den Schutz der Bevölkerung vor Lärm ein. In der Fluglärmkommission sowie im Forum Flughafen und Region (Fluglärm, Flughafen- und Region) wird sie dabei von dem Ausschuss „Umwelt und Medizin“ vertreten, der das Präsidium der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) in allen umweltmedi-

zischen und hygienischen Fragen berät. Nach der Stellungnahme des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen zum Flughafen- und Region vom September 2002 verabschiedete das Präsidium am 1. Februar 2006 auf Bitten des Ausschusses eine Lärmresolution, in der auf die Notwendigkeit der Reduktion des Fluglärms im Rhein-Main-Gebiet unter präventivmedizinischen Aspekten hingewiesen und die konsequente Einhaltung eines Nachtflugverbots ohne Ausnahmen gefordert wurde. Das Hessische Ärzteblatt veröffentlichte im Dezember 2006 die Ergebnisse einer Studie zur Belästigung durch Fluglärm im Umfeld des Frankfurter Flughafens.

Am 24. März 2012 richtete die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer an die Landesregierung und die Betreiber des Rhein-Main-Flughafens in Frankfurt den Appell, die Gesundheit der in der Re-

gion lebenden Menschen zu wahren und sie vor Lärm zu schützen. Insbesondere forderten die Ärztevertreter, dass die nächtliche Ruhe durch ein Nachtflugverbot zwischen 22:00 Uhr und 6:00 Uhr eingehalten werden solle. Die Akademie der Landesärztekammer Hessen plant derzeit eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema Lärm.

Als Reaktion auf den in der Juli-Ausgabe 2012 des Hessischen Ärzteblattes erschienenen Artikels „Die NORAH-Studie zu Fluglärmwirkungen“ von PD Dr. med. Ursel Heudorf ist ein Leserbrief zur Fluglärmproblematik in der Redaktion eingegangen, den wir in dieser Ausgabe abdrucken. Leserbriefe geben ausschließlich die Meinung des/der Verfasser und nicht der Redaktion wider.

*Katja Möhrle  
Landesärztekammer Hessen*

## Kommentar der an der NORAH-Studie beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler

Fluglärm, aber auch Straßen- und Schienenlärm sind wichtige Umweltexpositionen, von denen ein immer größerer Teil der Bevölkerung betroffen ist. Dass sich viele Betroffene durch Lärm belästigt fühlen, ist unstrittig. Abhängig von der Schallintensität, der Tageszeit und der Wirksamkeit von Schallschutzmaßnahmen im häuslichen Umfeld kann die Lebensqualität erheblich beeinträchtigt sein. In jüngerer Zeit gibt es außerdem verstärkt Hinweise auf gesundheitliche Beeinträchtigungen bis hin zur Auslösung von Krankheiten wie hohem Blutdruck, Herzinfarkten, Schlaganfällen, Herzschwäche. In mehreren Studien wurden Lernbeein-

trächtigungen bei Kindern beobachtet. Es bleiben aber noch viele offene Fragen zu den lärmbezogenen Krankheitsrisiken, zur Einschränkung von Lebensqualität und zur kognitiven Entwicklung von Kindern. Insbesondere bestehen erhebliche Forschungslücken hinsichtlich der Beziehung zwischen Belastung durch einzelne oder kombinierte Verkehrslärmquellen und Lärmwirkung, hinsichtlich besonders beeinträchtigter Bevölkerungsgruppen, der Auswirkungen von Belastungsänderung im Zuge eines Flughafenbaus und hinsichtlich konkreter Ansatzpunkte für einen wirksamen Schutz der Bevölkerung.

Genau hier setzt die NORAH-Studie an. Ein erfahrenes, interdisziplinäres Team von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus allen beteiligten Fachgebieten (Akustik, Medizin, Epidemiologie, Psychologie) untersucht über mehrere Jahre die Wirkungen von Fluglärm, Straßenverkehrslärm und Bahnlärm auf Belästigung, Lebensqualität, Blutdruckregulation, Schlafstörungen und Krankheitsrisiken in der Wohnbevölkerung sowie Beeinträchtigungen des Lernens bei Schulkindern. Viele Teiluntersuchungen werden in mehreren Untersuchungswellen über drei Jahre durchgeführt, so dass Änderungen (z.B. durch die Verlegung von Flugrouten) gemessen

und abgebildet werden können. Die NORAH-Studie bezieht neben Frankfurt (Inbetriebnahme einer neuen Landebahn) mit Berlin-Brandenburg bewusst einen weiteren Standort mit ein, an dem sich während des Studienzeitraumes die Lärmbelastung für einen großen Teil der Bevölkerung verändert hat oder verändern wird.

Der umfassende Studienansatz mit sechs Teilstudien setzt die Empfehlungen der öffentlichen Anhörung im September 2010 im Hessischen Landtag und einer Konferenz in Kelsterbach im April 2010 um.

In einem wissenschaftlichen Beirat verantworten erfahrene und unabhängige Experten aller beteiligten Fachrichtungen die externe Qualitätssicherung, überwachen die sorgfältige Durchführung aller Studienteile und stellen sicher, dass zu jedem Zeitpunkt alle Qualitätsstandards der beteiligten Fachdisziplinen, insbesondere die Leitlinien der Guten Epidemiologischen Praxis eingehalten werden.

Unser gemeinsames Ziel ist es, mit der NORAH-Studie eine zuverlässige und belastbare Datenbasis zur genauen Be-

schreibung und präzisen Beurteilung der spezifischen gesundheitlichen Risiken durch Fluglärm zu schaffen und dabei den Straßen- und Schienenlärm angemessen mit zu berücksichtigen. Damit wollen wir eine Grundlage für die notwendige weitere Verbesserung des Schutzes der Bevölkerung vor Verkehrslärm schaffen. Die NORAH-Studie wird wichtige neue Erkenntnisse erbringen, für welche spezifischen Krankheiten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen erhöhte Risiken durch Verkehrslärm bestehen und welche Gruppen innerhalb der Bevölkerung besonders gegen schädliche Wirkungen des Lärms geschützt werden müssen.

Der 115. Deutsche Ärztetag forderte in diesem Jahr mit Recht, dass die Bevölkerung bestmöglich gegen die schädlichen Wirkungen des Fluglärms geschützt werden muss. Obwohl Forschung zweifellos notwendig ist, darf dies für niemanden zur Ausrede für Untätigkeit werden! Es wäre ein Missbrauch der NORAH-Studie, wenn wirksame Präventionsmaßnahmen mit dem Hinweis auf die laufende Studie verzögert zur Anwendung kämen.

Wir sind uns als Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unserer hohen Verantwortung gegenüber der Bevölkerung bewusst. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der NORAH-Studie danken wir herzlich für ihre Unterstützung und ihr großes Engagement.

Für diese wichtige Forschung bitten wir um die Unterstützung der betroffenen Bevölkerung, der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen und der Patientinnen und Patienten.

**NORAH-Studienteam:** Prof. Dr. Rainer Guski, Ruhr-Universität Bochum • Dipl.-Psych. Dirk Schreckenberg, ZEUS GmbH • Prof. Dr. med. Andreas Seidler, MPH, TU Dresden • apl. Prof. Dr. Maria Klante, TU Kaiserslautern • Dipl.-Ing. Ulrich Möhler, Möhler und Partner Ing. • Dr. Uwe Müller, Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt e.V. • Prof. Dr. med. Thomas Eikmann, Justus-Liebig-Universität Gießen

**Wissenschaftlicher Beirat Qualitätssicherung:** PD Dr. Mark Brink, ETH Zürich • Prof. Dr. Kerstin Giering, Fachhochschule Trier • Prof. Dr. med. Christian Hamm, Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim • Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH, Universitätsmedizin Greifswald • Dr. Irene van Kamp, Institute of Public Health and the Environment der Niederlande • PD Dr. Christian Maschke, Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (LUGV) Brandenburg

Fortbildung

siehe Seite 749

## „Gesundheitliche Belastungen durch Fluglärm und luftverkehrsbedingte Umweltverschmutzung“

**Leitung:** Professor. Dr. med. Thomas Eikmann und Priv.-Doz. Dr. med. Ursel Heudorf, Ausschuss Umwelt und Gesundheit, LÄKH

**Wann:** 3. November 2012 nachmittags

**Wo:** Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Bad Nauheim

### 1. Fluglärm: Messen und Berechnen

Dr. Ullrich Isermann  
Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR)  
Institut für Aerodynamik und Strömungstechnik

### 2. Fluglärm und Belästigung

Dirk Schreckenberg  
SCR Schreckenberg Consulting & Research

### 3. Fluglärm und Gesundheit – Literaturübersicht

Priv.-Doz. Dr. Ursel Heudorf  
Amt für Gesundheit  
Abteilung Medizinische Dienste und Hygiene

### 4. Flugverkehrsbedingte Luftschadstoffe und Gesundheit

Dr. rer. nat. Irene Tesseraux

## Aus der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Herr Kuni, Sie werden uns fehlen!

Professor Dr. med. Horst Kuni hat am 6. August 2012 sein Mandat in der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen niedergelegt, das er seit 1968 ununterbrochen ausübte.

1972 bis 1976 war er als Beisitzer im Präsidium der Kammer tätig. Seit 1978 bis 2008 und seit 2009 bis heute kämpfte Horst Kuni als stellvertretender Vorsitzende der Bezirksärztekammer Marburg für den Erhalt dieser Servicestelle der Landesärztekammer.

Als Mitglied im Weiterbildungsausschuss setzte sich Horst Kuni für eine Entrümpe-

lung des Weiterbildungskataloges bei der Umsetzung der neuen Musterweiterbildung ein.

Über 20 Jahre konnte ich in der Delegiertenversammlung erleben, dass Delegierte aller Gruppierungen aufmerksam die oft kämpferischen Redebeiträge von Horst Kuni verfolgten. Seine Stimme hatte immer Gewicht.

Horst Kuni pflegte Ecken und Kanten, war hart in der Sache und ein detaillierter Kenner von Satzung und Geschäftsordnung. Immer wieder hat er die Sitzungsleitung in

Verfahrensfragen belehrt und hatte – fast immer – recht.

Wir brauchen streitbare und kämpferische Geister für die Anliegen der Ärzte in Klinik und Praxis.

Hier kann uns Horst Kuni Vorbild sein.



*Mit Dank für die geleistete Arbeit  
Peter Zürner*

### Frankfurter Mediziner zum Vorsitzenden der Gesundheitsweisen gewählt

**Professor Dr. med. Ferdinand M. Gerlach**, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität, wurde vom Bundesminister für Gesundheit Daniel

Bahr zum neuen Vorsitzenden des Sachverständigenrats Gesundheit berufen. Er löst den renommierten Finanzwissenschaftler Professor Dr. Eberhard Wille, Universität Mannheim, ab. Die

Ernennung erfolgte auf Vorschlag des Gremiums und gilt bis zum 14. Juli 2014. Gerlach ist bereits seit 2007 Ratsmitglied und fungierte seit 2011 als stellvertretender Vorsitzender. Der interdisziplinär besetzte Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen umfasst sieben Mitglieder und gilt als wichtigstes Expertengremium der deutschen Gesundheitspolitik. Professor Gerlach leitet seit 2004 das Institut für Allgemeinmedizin des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität Frankfurt. Der 51-jährige ist



zudem Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Mit seiner aktuellen Berufung ist er der erste Allgemeinmediziner an der Spitze der Gesundheitsweisen.

### Berufung in den Deutschen Ethikrat

**Professor Dr. med. Leo Latasch**, Ärztlicher Leiter der Frankfurter Rettungsdienste und Bereitschaftsarzt in der Frankfurter Flughafenklinik, wurde als Mitglied in den Deutschen Ethikrat berufen. Die-

ses Gremium ist ein unabhängiger Sachverständigenrat, der die ethischen, gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen, medizinischen und rechtlichen Fragen sowie die voraussichtlichen Folgen für Individuum und Gesellschaft verfolgt, die sich im Zusammenhang mit der Forschung und den Entwicklungen insbesondere auf dem Gebiet der Lebenswissenschaften und ihrer Anwendung auf den Menschen ergeben.



Latasch ist Mitglied im Direktorium des Zentralrats der Juden in Deutschland, ist der einzige Vertreter jüdischen Glaubens in diesem Gremium und neben Theologen, Juristen und Wissenschaftlern einer der wenigen Mediziner.

### Norgine Gastro Award 2012

Zum dritten Mal wurde auch in diesem Jahr der NorGA (Norgine Gastro Award) verliehen, ein Preis für herausragende gastroenterologische Arbei-

ten. Zwei Gewinner konnten sich durchsetzen, **Priv.-Doz. Dr. med. Oliver Pech**, Leiter der Endoskopie und Oberarzt der HSK Wiesbaden sowie

Prov.-Doz. Dr. Jutta Keller vom Israelitischen Krankenhaus Hamburg. Oliver Pech vergleicht in seiner Arbeit die endoskopische und die chirurgische Resektion von mukosalen Barrettkarzinomen in zwei „High Volume“-Zentren.



## Landesärztekammer Hessen

### Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

### Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

### Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Homi Irani, Hofheim, am 3. Dezember,  
Dr. med. Lida Schneider, Frankfurt, am 18. Dezember,  
Dr. med. Jacob Kerem-Weinberger, Offenbach, am 28. Dezember.

### Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

### Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Udo Bell, Gießen, am 8. Dezember.

### Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

### Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Gernot Kaiser, Spangenberg, am 13. Dezember.

### Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

### Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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

E-Mail: [lk@l-va.de](mailto:lk@l-va.de)  
Home: [www.l-va.de](http://www.l-va.de)



# ANZEIGENSCHLUSS

Ausgabe 12/2012: 5. November 2012

## Wir gedenken der Verstorbenen

Professor Dr. med. Wolfram Aust, Kassel

\* 12.8.1932 † 6.8.2012

Dr. med. Annemarie Budan, Kassel

\* 22.10.1918 † 1.12.2011

Dr. med. Claus Eberhard Friedel, Schwalmstadt

\* 14.8.1934 † 14.7.2012

Dr. med. Karin Grün, Frankfurt

\* 25.10.1956 † 28.8.2012

Sebastian Hampe, Bad Soden-Salmünster

\* 9.2.1979 † 13.8.2012

Dr. med. Armin Kühnert, Rödermark

\* 25.5.1933 † 23.8.2012

Dr. med. Michael Nauck, Alsfeld

\* 22.3.1940 † 13.3.2012

Dr. med. Herbert Seidl, Eltville

\* 18.12.1918 † 8.5.2012

Medizinaldirektor i.R. Dr. med. Heinz Wunderlich, Raunheim

\* 22.11.1917 † 8.12.2011

## Anmeldung der Auszubildenden zur Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am 6. März 2013

Auszubildende, die an der Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am 6. März 2013 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

**21. November und 28. November 2012**

unter Einreichung des für die Anmeldung erforderlichen Anmeldeformulars bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden.

Es wird gebeten, das Anmeldeformular **rechtzeitig und vollständig** ausgefüllt einzureichen, da anderenfalls die Teilnahme der Auszubildenden an der Zwischenprüfung 2013 nicht garantiert werden kann.

Gemäß den Bestimmungen des Berufsbildungsgesetzes bitten wir um Vorlage der **ärztlichen Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nach § 33 Abs. 1 des Jugendarbeitsschutzgesetzes** spätestens am Tag der Anmeldung der Auszubildenden zur Zwischenprüfung, sofern nicht bereits geschehen. Dies gilt nur für Auszubildende, die bei Beendigung des 1. Ausbildungsjahres das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Landesärztekammer Hessen  
Abt. Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

## Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis-Nr. 060021700, ausgestellt am 27.7.2011 für Mustafa Balci, Rüsselsheim,

Arztausweis-Nr. 060012485, ausgestellt am 24.4.2009 für Dr. med. Bettina Beinhauer, Mühlthal,

Arztausweis-Nr. 060019121, ausgestellt am 1.12.2010 für Privatdozent Dr. med. Nils Ewald, Gießen,

Arztausweis-Nr. 060010826, ausgestellt am 14.1.2009 für Dr. med. Martina Götz, Kronberg,

Arztausweis-Nr. 060026928, ausgestellt am 21.8.2012 für Dr. med. Robert Günther, Mainz,

Arztausweis-Nr. 060025549, ausgestellt am 10.4.2012 für Dr. med. Stephanie Heimann, Dreieich,

Arztausweis-Nr. 060013082, ausgestellt am 17.6.2009 für Dr. med. Markus Hofer, Marburg,

Arztausweis-Nr. HS/D/5141, ausgestellt am 6.7.2007 für Dr. med. Sabine Kimmel, Darmstadt,

Arztausweis-Nr. HS/W/758/2007, ausgestellt am 15.2.2007 für Herta Gisela Mehta, Taunusstein,

Arztausweis-Nr. 060018437, ausgestellt am 27.9.2010 für Carsten Müller-Ehring, Marburg,

Arztausweis-Nr. HS/D/4925, ausgestellt am 2.10.2006 für Dr. med. Ardeschir Parsia-Parsi, Groß-Umstadt,

Arztausweis-Nr. 060012525, ausgestellt am 27.4.2009 für Florian Richter, Mainz,

Arztausweis-Nr. 060026327, ausgestellt am 22.6.2012 für Dr. med. Elisabeth Schäufole, Hanau,

Arztausweis-Nr. HS/F/15169, ausgestellt am 3.7.2008 für Dr. med. Marie-Louise Steil, Frankfurt.

## Richtige Antworten

zu den Multiple Choice-Fragen „**Nebenwirkungen der medikamentösen Tumorthherapie**“ in der September-Ausgabe 2012, Seite 583

Frage 1	<b>2</b>	Frage 6	<b>4</b>
Frage 2	<b>5</b>	Frage 7	<b>1</b>
Frage 3	<b>4</b>	Frage 8	<b>5</b>
Frage 4	<b>2</b>	Frage 9	<b>4</b>
Frage 5	<b>4</b>	Frage 10	<b>5</b>

## Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Nicole Wüscher, tätig bei H. Wetzel, Bensheim  
Bettina Christ, tätig bei Dr. med. V. Hinz, Bad Orb  
Jessica Venskus, tätig bei Dr. med. U. Korff-Fox und B. Schmidt, Hanau  
Isabel Gil Garcia, tätig bei Dr. med. W. Bundschuh, Darmstadt

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

Franziska Klingelhöfer, seit 13 Jahren tätig bei G. Sältzer und Dr. med. M. Bruno, Dillenburg  
Alexandra Carl, seit 23 Jahren tätig bei Dr. med. C. Pöhls und Dr. med. S. Rohde, vormals Praxis Dr. med. C. Pöhls, Hofgeismar  
Carmen Kulpe, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. C. Pöhls und Dr. med. S. Rohde, vormals Praxis Dr. med. C. Pöhls, Hofgeismar  
Anja Friede, seit 14 Jahren tätig bei Dr. med. C. Pöhls und Dr. med. S. Rohde, vormals Praxis Dr. med. C. Pöhls, Hofgeismar

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

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

Sigrid Engelmann, tätig bei Dr. med. F. Mainert-Quitau und Dr. med. T. Quitau, vormals Praxis Dr. med. E. Schneider, Wiesbaden  
Evelin Kosch, tätig bei Dr. med. W. Donsbach und Dr. med. S. Pons, vormals Praxis Dr. med. univ. S. Molnar und Dr. med. W. Donsbach, vormals Praxis Dr. med. univ. S. Molnar, Mörfelden-Walldorf  
Maria Aberiadis-Kopp, tätig bei Dr. med. U. Korff-Fox und B. Schmidt, Hanau  
Angela Eren, tätig bei Dr. med. R. Lorenz, Bad Wildungen

und zum **mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum**

Carmen Ludwig, seit 30 Jahren tätig bei G. Sältzer und Dr. med. M. Bruno, Dillenburg  
Susanne Jordan, seit 30 Jahren tätig bei Dr. med. C. Pöhls und Dr. med. S. Rohde, vormals Praxis Dr. med. C. Pöhls, Hofgeismar  
Petra Müller, seit 27 Jahren tätig bei Dr. med. C. Pöhls und Dr. med. S. Rohde, vormals Praxis Dr. med. C. Pöhls, Hofgeismar  
Beate Reisinger, seit 30 Jahren tätig bei Dr. med. H. Hennighausen und R. Bock, Wabern  
Ingrid Leck, seit 30 Jahren tätig bei Dr. med. H. Hennighausen und R. Bock, Wabern

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

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

Helga Steubing, tätig bei ARTEMIS MVZ Dillenburg GbR, vormals Praxis Dr. med. Tegmeier, Dillenburg

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

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

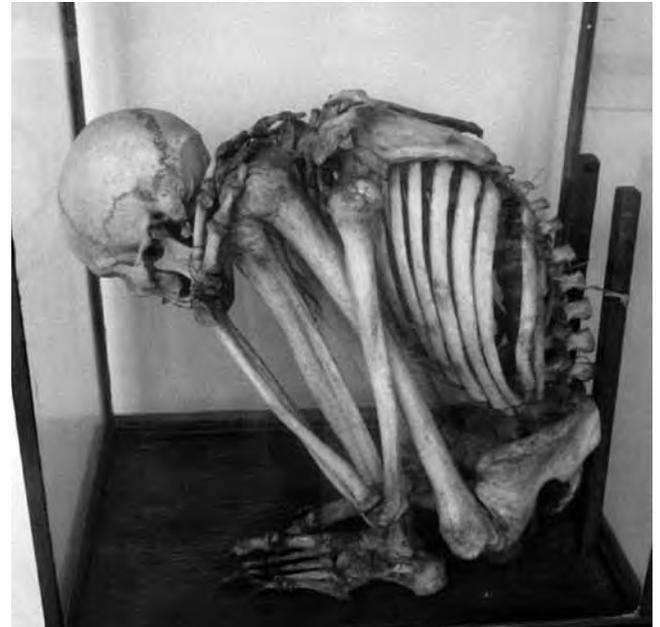
Christel Hennighausen, tätig bei Dr. med. H. Hennighausen und R. Bock, Wabern

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

## Tote Objekte – lebendige Geschichte(n)

– 200 Jahre Anatomische Sammlung in Marburg –

Tagung am 23./24. November 2012 mit Sonderausstellung



*Hockendes Skelett*

1812 begann der Anatom Christian Heinrich Büniger mit dem Aufbau der Marburger Anatomischen Sammlung für Lehr- und Studienzwecke. Seine Nachfolger setzten ihren Ausbau bis ca. 1900 fort. Die Sammlung, die den Krieg unbeschadet überstand, repräsentiert damit ein Stück Wissenschaftsgeschichte insbesondere des 19. Jahrhunderts. Seit 1990 ist sie als Museum Anatomicum auch der Öffentlichkeit zugänglich.

Die Tagung möchte die Bedeutung dieser einzigartigen Sammlung würdigen und sie zugleich in den Verbund der zahlreichen weiteren Sammlungen der Philipps-Universität stellen. Unter dem Motto „Tote Objekte – lebendige Geschichte(n)“ werden einzelne Präparate und Stücke präsentiert und die vielseitig mit ihnen verbundenen wissenschaftshistorischen und kulturellen Geschichten rekonstruiert.

Neben der Anatomischen Sammlung sind weitere universitäre Sammlungen vertreten: Geburtsmedizinische Sammlung, Zoologische Sammlung, Archäologische Sammlung, Völkerkundliche und Religionskundliche Sammlung, Pharmacognostische Sammlung, Sammlung der Leichenpredigten.

Das Programm der Tagung mit Ort und Zeit ist abrufbar unter [www.uni-marburg.de/fb20/evbb/aktuelles](http://www.uni-marburg.de/fb20/evbb/aktuelles)

Die Tagung ist von der Landesärztekammer Hessen als Fortbildungsveranstaltung zertifiziert.

**Einladung zur  
12. ordentlichen Delegiertenversammlung  
der Landesärztekammer Hessen  
14. Legislaturperiode 2008 – 2013**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur 12. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Legislaturperiode 2008 – 2013 lade ich Sie für

**Samstag, den 24. November 2012, 10:00 Uhr s.t.,**

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

**TAGESORDNUNG**

1. **Begrüßung**
2. **Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung**
3. **Genehmigung des Beschlussprotokolls der 11. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 5. September 2012**
4. **Bericht des Präsidenten**
5. **Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung**
  - a) Bericht des Vorsitzenden
  - b) Änderung der Akademiesatzung
6. **Haushaltsvoranschlag**
  - a) Haushaltsvoranschlag 2013
  - b) Hilfsfonds-Richtsätze 2013
7. **Versorgungswerk**
  - a) Jahresabschluss 2011
    - Bericht der Vorsitzenden des Vorstandes über das Geschäftsjahr 2011
    - Bericht über die Jahresabschlussprüfung
    - Feststellung des Jahresabschlusses des Versorgungswerkes
    - Entlastung des Vorstandes
  - b) Erhöhung der Renten zum 1. Januar 2013, Erhöhung der erworbenen Anwartschaften
  - c) Bestellung der Wirtschaftsprüfer für den Jahresabschluss 2012
8. **Änderung der Kostensatzung**
9. **Medizinische Fachangestellte**
  - a) Übertragung von Aufgaben nach BQFG an die Ärztekammer Westfalen-Lippe
  - b) Wechsel von Mitgliedern des Berufsbildungsausschusses der LÄKH
10. **Wahl der Delegierten zum 116. Deutschen Ärztetag 2013 in Hannover**
11. **Kinderbetreuung während ärztlicher Veranstaltungen**
12. **Nachwahl Finanzausschuss**
13. **Änderung der Berufsordnung**
14. **Änderung der Weiterbildungsordnung**
15. **Konvergenzverfahren (Muster-)Fortbildungssatzung**
16. **Änderung der Fortbildungssatzung**
17. **Verschiedenes**

Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten.

Frankfurt am Main, den 10. Oktober 2012

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Martin Leimbeck  
Vizepräsident

## Abschlussfeier der Bezirksärztekammer Darmstadt für Medizinische Fachangestellte der Abschlussprüfung Sommer 2012

Am 24. August 2012 fand im Festsaal des historischen Gasthofes „Zum Goldenen Löwen“ in Darmstadt-Arheilgen ab 17 Uhr die feierliche Zeugnisübergabe für die Medizinischen Fachangestellten der Abschlussprüfung Sommer 2012 mit insgesamt 250 Personen statt.

Anwesend waren die Absolventinnen nebst Familienangehörigen und Freunden, zahlreiche auszubildende Ärztinnen und Ärzte, Vertreter des Berufsverbandes „Medizinische Fachberufe e.V.“, Schulleiter, Lehrkräfte, Mitglieder der Prüfungsausschüsse, Dr. med. Harald Wirth als Ausbildungsberater für den Bereich Darmstadt sowie als Ehrengast Dr. med. Peter Pfuhl (Vorgänger von Erich Lickroth als 1. Vorsitzender der Bezirksärztekammer Darmstadt).

Erwähnenswert ist, dass neben den Ärztinnen und Ärzten aus 13 auszubildenden Praxen auch eine Ausbilderin aus Nordbaden – außerhalb des Bereiches der BezÄK Darmstadt – anwesend war.

Erich Lickroth, der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Darmstadt, begrüßte die Gäste und betonte in seiner Ansprache die wertvolle Arbeit der Medizinischen Fachangestellten.

Grußworte von:

- Oberstudienrätin Ulrike Rüger, Leiterin der Karl-Kübel-Schule, Bensheim
- Studienrätin Gabriele Schulz, Lehrkraft an den Beruflichen Schulen Odenwaldkreis
- Jutta Hartmann, Vorsitzende Landesverband Ost – Verband Medizinischer Fachberufe e.V.

Erich Lickroth nahm die Zeugnisübergabe vor, wobei 70 MFA's eine Rose erhielten. Den 13 MFA's mit der Note „Gut“ im praktischen Teil wurde jeweils ein Blumenstrauß überreicht.

Umrahmt wurde die Veranstaltung durch die seit Jahren bewährte musikalische Unterhaltung des Dr. Oliver Christ und fand großen Anklang.

Der Umtrunk mit kleinem Imbiss wurde gerne angenommen und bot Gelegenheit zu zahlreichen Gesprächen. Die Feier endete gegen 20 Uhr.

*Bezirksärztekammer Darmstadt*

### Schreiben Sie uns Ihre Meinung

#### Hessisches Ärzteblatt

– Leserbriefe –  
Redaktion Hessisches Ärzteblatt  
Im Vogelsong 3  
60488 Frankfurt

E-Mail: [angelika.kob@laekh.de](mailto:angelika.kob@laekh.de)  
Telefax 069 97672-247



Aus der Rechtsabteilung

Folge 3

## Richtungsweisendes Urteil des Bundesgerichtshofs zur Zahlungspflicht bei überraschenden Entgeltklauseln in Branchenverzeichnissen

Weiterhin erreichen die Landesärztekammer Hessen regelmäßig Mitteilungen von Kammerangehörigen, die von der fortgesetzten Tätigkeit von Anbietern dubioser Ärzteverzeichnisse berichten.

Nachdem die Landesärztekammer Hessen bereits im Hessischen Ärzteblatt 7/2011 mit dem Artikel „Immer wieder aktuell: Unseriöse Ärzteverzeichnisse und Adressbuchschwindel“ auf die Gefahren derartiger Anschreiben solcher Anbieter aufmerksam gemacht und mögliche Reaktionen und Verhaltensweisen aufgezeigt hat, möchten wir Sie in diesem Zusammenhang nunmehr auch auf ein aktuelles und richtungsweisendes Urteil des Bundesgerichtshofs hinweisen.

Mit Urteil vom 26. Juli 2012, Aktenzeichen VII ZR 262/11, hat der Bundesgerichtshof (BGH) entschieden, dass eine Entgeltklausel auf dem Eintragungsfeld eines Branchenverzeichnisses gemäß § 305c Abs. 1 BGB nicht Vertragsbestandteil geworden ist und eine Zahlungspflicht des Unterzeichners nicht vorliegt.

Auf dem Formular, das Gegenstand des Urteils des BGH war, befanden sich auf der linken Seite unter der Aufforderung „Bitte gegebenenfalls streichen/korrigieren“ mehrere Zeilen, die für Unternehmensdaten vorgesehen waren. Sodann folgte eine Unterschriftenzeile, die mit einem X deutlich hervorgehoben war. In vergrößerter Schrift wurde ferner die Rücksendung des Formulars umgehend erbeten. Auf der rechten Seite des Formulars befand sich eine umrahmte Längsspalte, in der in einem Fließtext u.a. auf die Vertragslaufzeit von zwei Jahren sowie die jährlichen Nettokosten in Höhe von 650 Euro hingewiesen wurde.

Nach Ansicht des BGH macht der ungewöhnliche äußere Zuschnitt der Entgeltklausel und ihre Unterbringung an unerwarteter Stelle die Bestimmung zu einer ungewöhnlichen und damit überraschenden Klausel, mit der auch ein gewerblicher Vertragspartner den Umständen nach vernünftiger Weise nicht zu rechnen braucht. Die Entgeltklausel weiche insofern von den Erwartungen des Vertragspartners deutlich ab. Auch seien derartige Eintragungen angesichts einer Vielzahl kostenlos angebotener Einträge nicht nur gegen Vergütung zu erwarten.

Auch aus der Bezeichnung des Formulars ergebe sich nicht hinreichend deutlich, dass es sich um ein Angebot zum Abschluss eines entgeltlichen Vertrages handelt. Der Hinweis auf die Vergütung gehe in dem umgebenden Fließtext vielmehr unter. Eine Kenntnisnahme durch den durchschnittlich aufmerksamen gewerblichen Adressaten sei daher nicht zu erwarten gewesen.

Nachdem bisher die Rechtsprechung in derartigen Fällen uneinheitlich war, ist diese klarstellende Entscheidung des Bundesgerichtshofs zu begrüßen und bietet eine gute Grundlage, unberechtigten Ansprüchen von Anbietern unseriöser Ärzteverzeichnisse entgegenzutreten.

Sollten Sie eine entsprechende Eintragungsofferte unterschrieben haben, welche der dem BGH vorgelegten entspricht, sollten Sie mit Verweis auf dieses Urteil einer Zahlungsaufforderung des Anbieters entgegenzutreten.

Da der Vertrag mit Wegfall der Zahlungsverpflichtung jedoch nicht endet, empfehlen wir Ihnen, den Vertrag ebenfalls wegen arglistiger Täuschung nach § 123 BGB anzufechten. Hilfsweise sollten Sie den Vertrag kündigen, da er sich ansonsten automatisch verlängern könnte. Bitte beachten Sie, dass Ihre Vertragskündigung als Einschreiben übersendet werden muss, um ihre Wirkung zu entfalten.

Besteht der Anbieter weiterhin auf einer Zahlung, und kommt es zu einer gerichtlichen Auseinandersetzung, empfehlen wir Ihnen, die Hilfe eines Rechtsanwaltes in Anspruch zu nehmen.

Sie können die Schreiben von Anbietern von Ärzteverzeichnissen gerne an die Landesärztekammer Hessen hereinreichen. Sollte es sich um unseriöse Angebote handeln, werden wir auch weiterhin diese Schreiben an den Deutschen Schutzverband gegen Wirtschaftskriminalität weiterleiten. Sofern Sie unsicher sind, inwieweit die Eintragungsofferte seriös ist, bieten wir Ihnen gerne an, mit uns Rücksprache zu halten.

Ihre Rechtsabteilung

### Mandatsniederlegung und Nachfolge von Sitzen in der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen für die Legislaturperiode 2008 – 2013

Mandatsverzicht	mit Datum vom:	Nachrücker
Professor Dr. med. Manuela Koch Liste 1 „Fachärzte Hessen“	21.9.2012	Professor Dr. med. Uwe Wagner Liste 1 „Fachärzte Hessen“

### Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen aufgrund der Delegiertenversammlung vom 05. September 2012:

Siehe amtliche Bekanntmachung im mitversandten Sonderheft zu Hessisches Ärzteblatt 11/2012, Seiten 787 – 833

LÄK

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 Landkreis Darmstadt-Dieburg

Groß-Bieberau	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
---------------	--

#### Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Bürstadt	Frauenärztin/Frauenarzt
Lampertheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Lampertheim	Frauenärztin/Frauenarzt

#### Planungsbereich Odenwaldkreis

Michelstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Höchst	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

#### Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Bischofsheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt Internistin/Internist – hausärztlich –
Groß-Gerau	Radiologin/Radiologe (Hälftiger Versorgungsauftrag, Überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Groß-Gerau	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)

#### Planungsbereich Landkreis Offenbach

Rödermark	Augenärztin/Augenarzt
-----------	-----------------------

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Darmstadt, Pallaswiesenstraße 174, 64293 Darmstadt** zu senden.

#### Planungsbereich Frankfurt am Main

Nied	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Gallusviertel	Augenärztin/Augenarzt
Alt-Bornheim	Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Höchst	Orthopädin/Orthopäde
Eschersheim	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Ginnheim	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Innenstadt	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Bahnhofsviertel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)

#### Planungsbereich Offenbach am Main

Innenstadt	Orthopädin/Orthopäde (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil, Hälftiger Versorgungsauftrag)
------------	---

#### Planungsbereich Hochtaunuskreis

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

#### Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

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

#### Planungsbereich Main Taunus Kreis

Kelkheim	Frauenärztin/Frauenarzt
Bad Soden	Hautärztin/Hautarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

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

#### Planungsbereich Landkreis Gießen

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

#### Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

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

## Kassenärztliche Vereinigung Hessen

### Planungsbereich Landkreis Marburg-Biedenkopf

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

### Planungsbereich Vogelsbergkreis

Antrifttal	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Homberg (Ohm)	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

### Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Nauheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Bad Nauheim	Psychotherapeutisch tätige/r Ärztin/Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Bad Vilbel	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Bad Vilbel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Friedberg	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Rosbach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

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

Fulda	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Petersberg	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Gersfeld	Frauenärztin/Frauenarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

### Planungsbereich Stadt Kassel

Kassel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Kassel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Kassel	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
--------	---

### Planungsbereich Landkreis Kassel

Baunatal	Chirurgin/Chirurg (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	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Wiesbaden	Hautärztin/Hautarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Wiesbaden	Psychotherapeutisch tätige/r Ärztin/Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Wiesbaden	Hautärztin/Hautarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)

### Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

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

### Planungsbereich Limburg-Weilburg

Limburg	Hautärztin/Hautarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Weilburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung 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.