



# Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

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

7 | 2013

Juli 2013

74. Jahrgang



- **116. Deutscher Ärztetag in Hannover**
  - Klares Votum für den Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems
  - Hessische Stimmen zum Deutschen Ärztetag
- **Der Missbrauch von Schmerzmitteln und NSAR im Sport**
- **Zertifizierte Fortbildung: „Differenzialdiagnostik und Therapie des akuten Kreuzschmerzes“**
- **Es muss nicht immer die Prostata sein**
- **Aufgaben und Arbeitsweise der Gutachter- und Schlichtungsstelle (GUS) bei der Landesärztekammer Hessen**
- **Grüne Eruptionen in gepflegter Parklandschaft**
- **Basiskurs Schwangerschaftskonflikt-Beratung**

Stefan Rohrer, Miniatus Floridus, 2012  
Auto, Stahl, Lack (330 x 260 x 365 cm)  
Blickachsen 9,  
Ausstellungsort: Kurpark Bad Homburg

*Courtesy Stiftung Blickachsen gGmbH,  
Bad Homburg, und Künstler*

**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, Biebertal  
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, Braunfels  
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 und Dipl. Soz. Maren Siepmann,  
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

**Anzeigendisposition:**

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

**Druck:**

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

**Layout-Design:**

Kathrin Artmann, Schwäbisch-Hall  
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen

Zzt. ist Anzeigenpreisliste 2013 vom 1.1.2013 gültig.

**Bezugspreis / Abonnementspreise:**

Der Bezugspreis im Inland beträgt 125,50 € inkl. Ver-  
sandkosten (12 Ausgaben), im Ausland 125,50 € zzgl.  
Versand, Einzelheft 13,00 € zzgl. 2,50 € Versandkosten.  
Kündigung des Bezugs 2 Monate vor Ablauf des Abonne-  
ments. Für die Mitglieder der Landesärztekammer  
Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag  
abgegolten.

ISSN: 0171-9661

# Hessisches Ärzteblatt

**Editorial**

Verantwortung und Solidarität **504**

**Aktuelles**

Klares Votum für den Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems **505**

Hessische Stimmen zum 116. Deutschen Ärztetag **511**

Notfallvorsorge ohne Grenzen **555**

**Fortbildung**

Der Missbrauch von Schmerzmitteln und NSAR im Sport **517**

Zertifizierte Fortbildung:

„Differenzialdiagnostik und Therapie des akuten Kreuzschmerzes“ **527**

Medizinisches Zahlenrätsel **537**

Sicherer Verordnen **538**

Zusätzliche Überwachung von Arzneimitteln **539**

Es muss nicht immer die Prostata sein **551**

Basiskurs „Schwangerschaftskonflikt-Beratung“ **554**

Reisemedizin und die Lust am Reisen **561**

**Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim 541**

**Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim 547**

**Arzt- und Kassenarztrecht**

Aufgaben und Arbeitsweise der Gutachter- und Schlichtungsstelle (GUS)  
bei der Landesärztekammer Hessen **540**

**Parlando**

Grüne Eruptionen in gepflegter Parklandschaft **564**

Frankfurt liest ein Buch **565**

**Ansichten und Einsichten**

Madeleine Albright: Winter in Prag. Erinnerungen an meine Kindheit. **557**

**Briefe an die Schriftleitung 562**

**Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen Teil 1 515**

**Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen Teil 2 567**

**Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen 576**

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.

## Verantwortung und Solidarität



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

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nun liegt die Kammerwahl für die hessischen Ärztinnen und Ärzte hinter uns. Mein Dank gilt allen Kolleginnen und Kollegen, die ihre Stimme abgegeben und dadurch die demokra-

tische Legitimation der Landesärztekammer Hessen bestätigt haben. Die diesjährige Wahlbeteiligung lag mit 41 % geringfügig unter der des Jahres 2008 mit 41,87 %. Die Wahlergebnisse finden Sie ab Seite 515. Natürlich ist eine höhere Wahlbeteiligung wünschenswert, doch immerhin liegt die Wahlbeteiligung in Hessen im Vergleich zu den anderen Landesärztekammern im oberen Drittel. Die Delegierten, die am 31. August 2013 zur ersten konstituierenden Sitzung zusammen kommen werden, werden wie auch die Delegierten der nun auslaufenden Legislaturperiode mit Engagement ihre Verantwortung wahrnehmen.

Eine der größten, wenn nicht gar die größte Aufgabe für die kommende Legislaturperiode wird die Reformierung der Weiterbildung darstellen. Dieses Thema stand auch im Mittelpunkt des vor wenigen Tagen zu Ende gegangenen Deutschen Ärztetags in Hannover, zu dem Sie einen ausführlichen Bericht auf den nächsten Seiten in der vorliegenden Ausgabe finden.

Dabei wird es sicher noch spannende und zum Teil auch kontroverse, aber hoffentlich immer konstruktive Auseinandersetzungen geben, denn uns allen liegt die zukünftige Gestaltung der ärztlichen Weiterbildung am Herzen. Die Weiterbildung zukunftsfest zu gestalten, ist eine ureigene Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung. Dies liegt nicht nur im Interesse unserer

Mitglieder, sondern hat auch erhebliche Konsequenzen für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung, für die wir Verantwortung tragen.

Verantwortung und Solidarität sind besonders in diesen Tagen, in denen wir schon wieder eine Jahrhundertflut bewältigen müssen, unverzichtbar. Dem Engagement und der Hilfsbereitschaft unzähliger Helfer gebührt höchster Respekt. Gerade junge Menschen leisteten unter der Nutzung moderner sozialer Netze wertvolle Hilfe. Ein Zeichen ärztlicher Solidarität setzte die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und gab in ihrer Vertreterversammlung am 6. Juni einen Betrag von insgesamt bis zu 1,5 Millionen Euro frei, um vom Hochwasser betroffene Praxisinhaber, deren Schaden unverschuldet nicht durch eine Versicherung gedeckt ist, schnell und unbürokratisch zu unterstützen.

Bewunderung verdient auch die vielfach zu beobachtende Gelassenheit der vom Hochwasser betroffenen Menschen, die sich Ihrem Schicksal stellen.

Apropos Schicksal, gibt es dafür Verantwortliche oder gar Schuldige? Die Suche nach ihnen läuft bereits. Ohne das Ergebnis vorweg zu nehmen, darf sicher angenommen werden, dass mehr und besser koordinierte Vorsorge zumindest einen Teil der Hochwasserschäden hätte vermeiden können, zumal es mehr als einen einsamen Rufer in der (Wasser-)Wüste gibt. Auch wenn es ein menschliches Bedürfnis ist, alles zu kontrollieren und zu planen, müssen wir aber doch erkennen, dass es immer auch höhere Gewalten geben wird, die sich einer menschlichen Steuerung entziehen.

Das Thema Katastrophenvorsorge ist jedoch ein eigenes Thema und verdient eine genaue Betrachtung. Wird der Staat hier seinen Verpflichtungen noch gerecht? Sind beispielsweise die Feuerwehren aus-

reichend ausgestattet? Kenner der Szene verneinen diese Frage.

Das erinnert mich stark an die Lage im Gesundheitswesen, das neudeutsch so gerne als Gesundheitswirtschaft tituliert wird. Die viel beschworenen Überkapazitäten, die ökonomisch beseelte Kritiker in großem Ausmaß sowohl bei den Krankenhäusern als auch bei den niedergelassenen (Fach-)Ärzten ausmachen, lassen sich vergleichsweise leicht abbauen, sei es durch nicht auskömmliche Krankenhausbudgets, unzureichende Investitionsmittel der Länder, gedeckelte KV-Budgets, gleitende Punktwerte, zunehmende bürokratische Aufgaben und Hindernisse und vieles mehr. Doch was passiert, wenn diese einmal abgebauten Versorgungsmöglichkeiten dann doch gebraucht werden? Schon die Grippewelle Anfang des Jahres brachte die Krankenhäuser im Rhein-Main-Gebiet an den Rand ihrer Leistungsfähigkeit. Eine größere Epidemie, einen Chemieunfall oder Ähnliches möchte ich mir gar nicht vorstellen. Bei aller berechtigten Kritik verfügen wir in Deutschland noch über ein hervorragendes System der Gesundheitsversorgung, das nicht leichtfertig kaputtgespart oder saniert werden sollte. Einmal zerschlagene Strukturen lassen sich kaum bzw. nur mit größten Mühen und Kosten wieder aufbauen. Als Ärztinnen und Ärzte sind wir zu einem sachgerechten Einsatz der vorhandenen Mittel verpflichtet. Die Zurverfügungstellung dieser Mittel fordern wir jedoch jetzt und auch zukünftig mit unverminderter Deutlichkeit ein.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach  
Präsident

# Klares Votum für den Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems

## 116. Deutscher Ärztetag in Hannover



Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery



Tribüne des DÄT mit Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

Zum Auftakt des 116. Deutschen Ärztetages in Hannover wagte sich die Sonne hinter den Wolken am niedersächsischen Himmel hervor. So als wolle sie die harmonische Atmosphäre im Kuppelsaal des Kongress-Centrums auch vor den Toren ins passende Licht rücken. Schon zum dritten Mal war Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr

zu Gast bei dem jährlich tagenden Parlament der deutschen Ärzteschaft. „Wir arbeiten hervorragend zusammen“, lobte Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), die Arbeitsebene von Ärzteschaft und Politik. Auch was den Wunsch nach einer Fortsetzung und Stärkung des dualen Systems

von gesetzlicher und privater Krankenversicherung betraf, waren sich Bahr und Montgomery einig.

„Wir sind es unseren Kindern schuldig, nicht nur an uns, sondern auch an sie zu denken. Deshalb müssen wir in einer älter werdenden Gesellschaft mit zunehmenden

den medizinischen Chancen und Möglichkeiten das jetzige Krankenversicherungssystem fortentwickeln“, erklärte Montgomery, der in Hannover das Reformkonzept der Bundesärztekammer über die künftige Finanzierung des Krankenversicherungssystems vorstellte. Darin fordert die BÄK unter anderem, die Finanzautonomie der gesetzlichen Krankenkassen wiederherzustellen. Der derzeitige Versichertenanteil soll zu einem festen, einkommensunabhängigen und von den Kassen autonom festzulegenden Gesundheitsbeitrag weiterentwickelt werden.

Um die finanziellen Folgen der zukünftigen demografischen Entwicklung abzufedern, schlägt die BÄK in ihrem Konzept außerdem die Einrichtung eines Gesundheits Sparkontos für jedes in Deutschland geborene Kind vor. Die von Rot-Grün propagierte „Bürgerversicherung“ bezeichnete Montgomery dagegen als „Turbolader“ in die Zwei-Klassen-Medizin. Auch Bahr sprach sich vehement gegen die Bürgerversicherung aus, die den Versicherten zum „Bittsteller einer Einheitskasse“ mache.

### Ärztliche Korruption und Patientenrechtegesetz

Offenkundig durch die bevorstehenden Bundestagswahlen inspiriert, schüttete Bahr ein wahres Füllhorn von Segnungen aus, die das Gesundheitswesen in der zurückliegenden Legislaturperiode erfahren habe. Die Redezeit großzügig überziehend, listete der Minister alle Erfolge und Gesetzesinitiativen seiner Partei auf – von den ursprünglichen Defiziten im Gesundheitswesen hin zu den Milliardenüberschüssen der Krankenkassen, vom Arzneimittelspargesetz und der Abschaffung der Praxisgebühr bis hin zum Versorgungsstrukturgesetz, das dazu beitragen sollte, die ärztliche Versorgung auf dem Land zu verbessern. Als Bahr jedoch das Patientenrechtege-

setz pries, stieß er bei seinen Zuhörern auf wenig Gegenliebe. Das hinderte ihn nicht daran, weitere kritische Töne anzuschlagen. So habe ihn der Organspendenskandal sehr geärgert; die Manipulationen an den Wartelisten hätten das Vertrauen in die Organspende tief erschüttert. Bahr rechtfertigte außerdem sein Vorhaben, staatsanwaltliche Ermittlungen gegen korrupte Ärzte zu ermöglichen. Dagegen machte Montgomery eine groß angelegte Kampagne der Krankenkassen für die zahlreichen Medienberichte über ärztliche Korruption und Behandlungsfehler verantwortlich.

### Paracelsus-Medaille für Professor Voitowitz

Mit Prof. Dr. med. Hans-Joachim Voitowitz, dem ehemaligen langjährigen Leiter der Klinik für Arbeitsmedizin der Justus-Liebig-Universität zu Gießen, wurde in diesem Jahr wieder ein hessischer Arzt mit der Paracelsus-Medaille, der höchsten Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft, ausgezeichnet. Montgomery unterstrich in seiner Laudatio Voitowitz' großes Enga-

gement in klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit. Der Schwerpunkt seiner Arbeit habe in der Prävention von Berufserkrankungen, vor allem Krebserkrankungen von Berufstätigen, gelegen. Als einer der Ersten habe Voitowitz vor Asbest und dessen Auswirkungen auf die Gesundheit gewarnt.

### Bürgerversicherung abgelehnt

Als sich die Delegierten in den Nachmittagsstunden mit den gesundheitlichen Auswirkungen von Armut auf die Gesundheit auseinandersetzten, war der politische Gastredner bereits wieder zurück nach Berlin gereist. In einer Entschließung sprach sich der Deutsche Ärztetag dafür aus, das Krankenversicherungssystem unter Beibehaltung der Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung fortzuentwickeln. Die Finanzautonomie der gesetzlichen Krankenkassen solle wieder hergestellt werden. Nach intensivem Meinungsaustausch wurde die von SPD und Bündnis 90/Die Grünen geplante Bürgerversicherung mit großer Mehrheit abgelehnt.



v.l.n.r.: Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Prof. Dr. med. Hans-Joachim Voitowitz, Prof. Dr. med. Dr. h. c. Karsten Vilmar

## Wer arm ist, stirbt früher

Armut macht krank: Das stellte Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck vom Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in seinem Gastvortrag unmissverständlich klar. Nach Erhebungen des Robert-Koch-Instituts unterscheide sich die Lebenserwartung von Männern, die einer höheren Einkommensschicht angehörten, und solchen, die in relativer Armut lebten, zu Ungunsten von Männern der ärmeren Bevölkerungsschicht um 10,8 Jahre. Bei Frauen belaufe sich der Unterschied auf immerhin 8,4 Jahre.

Die großen Probleme heißen Adipositas, Bewegungsmangel und Alkoholkonsum. Auch psychische Auffälligkeiten sind bei ärmeren Bevölkerungsgruppen verbreiteter als in besser gestellten Schichten. Eine alarmierende Entwicklung, die auf dem Deutschen Ärztetag mit Besorgnis diskutiert wurde. Ärzte könnten sozial benachteiligten Personen insbesondere Unterstützung beim Erkennen von Belastungsfaktoren und der Erschließung von Hilfsangeboten bieten, aber das Problem nicht alleine lösen, hieß es in Hannover.

Die Delegierten forderten u.a. den Ausbau von Schuluntersuchungen und Gesundheitsförderungsangeboten an Kindertagesstätten und an Schulen, eine Verbesserung der Informationen zu Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, Vorsorgeangebote für Langzeitarbeitslose, flächendeckende Hilfe für Wohnsitzlose und die Sicherstellung einer adäquaten medizinischen Versorgung für Migranten ohne ausreichenden Versicherungsschutz sowie verstärkte Präventionsangebote für ältere Menschen. Auch begrüßte der Deutsche Ärztetag die im Präventionsgesetz vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung.

**PD Dr. med. Andreas Scholz:**

*„Der Vortrag Prof. von dem Knesebecks hat versucht, die Zusammenhänge zu beleuchten. Aber... sind nicht eigentlich (neben dem Genannten noch; Anm. d. V.) ganz andere Ursachen verborgen: Suchterkrankungen, psychiatrische Erkrankungen ...?“*

*Ja, wir Ärzte sollen uns für Prävention stark machen. Aber wir dürfen uns nicht von Krankenkassen vereinnahmen lassen. Klares Signal vom DÄT: Wir wollen uns nicht darauf beschränken, nur Tropfen auf den heißen Stein zu kleckern.“*



PD Dr. med. Andreas Scholz

## Ökonomisierung – ein gefährlicher Trend

Ökonomie dürfe nur Mittel zum Zweck, nicht aber der Zweck an sich sein, hatte BÄK-Präsident Montgomery in seiner Eröffnungsrede erklärt und vor einem ungebremsten Preiswettbewerb im Gesundheitswesen gewarnt. Eine Mahnung, der sich auch Prof. Dr. med. Giovanni Maio, Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Freiburg, anschloss. „Menschlichkeit und Effizienz sind keine Gegensätze, Ökonomie und Medizin

sind keine Antipoden. Medizin muss gut organisiert sein; ökonomisches Denken muss eine Selbstverständlichkeit sein,“ hob er in seinem Vortrag hervor. Doch handele es sich bei Medizin und Ökonomie um zwei verschiedene Logiken. „Je patientennäher der Bereich ist, um den es geht, desto größer ist die Gefahr der Kollision.“ Ärzte liefen Gefahr, sich innerlich zu verändern – von der Ökonomie gekapert zu werden, sagte Maio. Ökonomie dürfe jedoch nicht das ärztliche Handeln bestimmen, da dann „der Mensch mit seiner Befindlichkeit und die psychosoziale Dimension des Krankseins zu sehr vernachlässigt“ werde. Maio betonte, dass Ökonomen lernen müssten, medizinisch zu denken, um zu wissen, wann das ökonomische dem medizinischen Denken Platz zu machen habe.

## GOÄ-Novelle ohne Verzögerungen gefordert

Der Deutsche Ärztetag forderte die Politik auf, die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) auf Grundlage der von der Ärzteschaft geleisteten Vorarbeiten ohne weitere zeitliche Verzögerung umzusetzen. Da die Inflation in Deutschland seit 1996 insgesamt 30,4 Prozent betrage, der Punktwert in der GOÄ allerdings gleich geblieben sei, müsse als Übergangslösung ein Inflationsausgleich geschaffen werden.

## DÄT beschließt (Muster-)Fortbildungsordnung

Die von Dr. Max Kaplan, BÄK-Vizepräsident und Vorsitzender des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung, vorgestellte, überarbeitete (Muster-)Fortbildungsordnung wurde von den Delegierten des Deutschen Ärztetages angenommen. Veränderte berufliche Rahmenbedingungen, Techniken wie „blended-e-learning“ oder die Einführung von ärztlichen Peer Review Verfahren hätten eine Überarbeitung notwendig

gemacht, teilte Kaplan mit. Unter anderem sei eine eindeutige Regelung zur Handhabung beruflicher Unterbrechungszeiten aufgrund von Mutterschutz, Elternzeit, Pflegezeit oder Erkrankung aufgenommen worden, mit der sich die Frist zur Erlangung eines Fortbildungszertifikats entsprechend verlängere. Die Delegierten beschlossen außerdem, dass Interessenkonflikte des Veranstalters einer Fortbildung, der wissenschaftlichen Leistung und der Referenten gegenüber den Teilnehmern der Fortbildungsmaßnahme offen zu legen seien. Ärztliche Fortbildung müsse frei von wirtschaftlichen Interessen sein. Trotz der in Teilbereichen der Fortbildungsordnung vorgenommenen Änderungen sei es gelungen, eine möglichst schlanke Fortbildungsordnung beizubehalten, freute sich Kaplan.

**Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg:**  
*Ich interessiere mich dafür, wie wir das Arztbild nach Außen gestalten. Am Rande warne ich allerdings davor, die alten Feindbilder – Pharmaindustrie – wieder hochzuziehen. Wie soll das in der Praxis funktionieren? Soll ich meinen Patienten den Firmennamen eines*



Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg

*Medikaments explizit sagen und im Wartezimmer aufhängen? Wenn wir alles transparent machen, lenken wir doch erst den Verdacht auf uns. Keine gute Idee. Wer an Anwendungsbeobachtungen teilnimmt, muss das mit seinem Gewissen ausmachen. Aber wir sollten uns nicht der Öffentlichkeit falsch präsentieren.*

## Weiterbildung soll attraktiver werden

Nachdem der 115. Deutsche Ärztetag in Nürnberg 2012 eine Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) um eine inhaltliche Neuausrichtung hin zu einer kompetenzbasierten Weiterbildung beschlossen hatte, stellte Dr. med. Franz-Joseph Bartmann, Vorsitzender der Weiterbildungs-gremien der Bundesärztekammer, mit gewohnter Präzision in Hannover die bisherigen Ergebnisse des Reformkonzepts vor. Anstelle der bisherigen kleinteiligen Spiegelstrich-Aufzählungen werden darin die Inhalte der Weiterbildung in Kompetenzblöcken abgebildet. Auf diese Weise soll die MWBO strukturierter und praxisbezogener werden. Auch sei geplant, die Richtzahlen für definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren zu reduzieren und diese stärker an didaktischen Anforderungen sowie der Versorgungsqualität auszurichten, berichtete Bartmann. Ziel der Überarbeitungen sei es, Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung schon zu Beginn ihrer Weiterbildung mehr Planungssicherheit zu bieten. Damit soll die ärztliche Weiterbildung flexibler und attraktiver werden.

Der Deutsche Ärztetag beauftragte die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern, die vorgelegten Vorschläge für die Überarbeitung der MWBO der Berufsverbände und Fachgesellschaften noch

im laufenden Jahr in einem Konvergenzverfahren zu beraten. Eine beschlussreife Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung soll möglichst dem 117. Deutschen Ärztetag 2014 vorgelegt werden. Außerdem forderte das Ärzteparlament Ärztekammern und Weiterbilder dazu auf, Regelungen zu schaffen, die eine strukturierte Weiterbildung auch im Rahmen von Teilzeittätigkeiten und im Verlauf von Schwangerschaften sicherstellen. Die Weiterbildung soll auch künftig regelmäßig evaluiert werden. Die Bundesärztekammer wurde beauftragt, die nächste bundesweite Befragung zur Qualität der Weiterbildung im Jahr 2015 durchzuführen.

## Eklat abgewendet, Ärztetag gerettet

Was dann kam, war spannend wie ein Krimi: Im Streit um die künftigen Regelungen zur ambulanten ärztlichen Weiterbildung kam es am Mittwochnachmittag zu einem verbalen Schlagabtausch zwischen dem Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Dr. med. Andreas Köhler und Dr. med. Andreas Botzlar, dem zweiten Vorsitzenden des Marburger Bund Bundesverbandes. Während Köhler, der als Gastredner auf dem Deutschen Ärztetag aufgetreten war, versicherte, dass sich die KBV bei den Inhalten der Weiterbildung nicht in die Hoheit der Kammern einmischen wolle, konterte Botzlar: „Mir fehlt der Glaube an das, was da geschrieben steht.“ Nur über „unsere Leiche“ komme der, von einer ambulanten „Pflichtweiterbildung“ sprechende Antrag der KBV durch, wettete der MB-Vize.

Damit schien die aufgeheizte Stimmung im Konferenzsaal auf eine Explosion zuzusteuern. Niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte lieferten sich heftige Wortgefechte, bis Montgomery den Kontrahenten mit ruhiger Stimme Einhalt gebot und die Gründung einer Arbeitskreises zur Lö-

sung des gordischen Knotens bekanntgab. Für Stunden zogen sich dessen Teilnehmer zurück, um am nächsten Vormittag einen Kompromiss zu präsentieren.

„Weißer Rauch ist aufgestiegen“, kündigte BÄK-Präsident Montgomery das Ergebnis des Spitzengesprächs an. Das Wort „Pflichtweiterbildung“ kommt in der neuen Formulierung des Antrages nicht mehr vor. Dafür heißt es nun: „In einer Muster-Weiterbildungsordnung müssen nur in der ambulanten Versorgung vermittelbare Kompetenzen und Inhalte in der ambulanten Versorgung, nur in der stationären Versorgung vermittelbare Kompetenzen und Inhalte in der stationären Versorgung vermittelt werden.“ Mit großer Mehrheit stimmten die Delegierten der Forderung nach einer angemessenen Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung im klinischen und im niedergelassenen Sektor sowie dem Antrag der Arbeitsgruppe mit dem Titel „IV – 38 neu“ zu. Der Eklat war damit abgewendet und der Ärztetag gerettet.

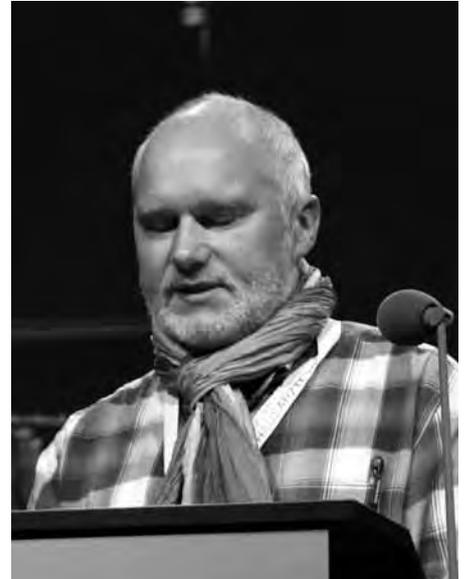
In einem weiteren Beschluss forderten die Delegierten die Bundesländer auf, ihren Zuschuss für Forschung und Lehre an den Universitätskliniken künftig in vollem Umfang automatisch um die jeweiligen tariflichen Entgeltsteigerungen anzupassen.

## Hessen setzt Akzente

Zu den unter dem Tagesordnungspunkt „Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik“ verabschiedeten Beschlüssen gehörte der von PD Dr. med. Andreas Scholz, Hessen, mit unterzeichnete Entschließungsantrag zur dauerhaften Sicherung der Krankenhausfinanzierung. Der Deutsche Ärztetag forderte ein volle Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen, um auch bereits defizitären Häusern eine adäquate Stellenbesetzung zu ermöglichen. Außerdem zählte Scholz u.a. zu den Mit-



*Dr. med. Susanne Johna*



*Dr. med. Detlev Steininger*

unterzeichnern der vom DÄT verabschiedeten Anträge auf dauerhafte Sicherung der Krankenhausfinanzierung, Bereitstellung der Mittel für eine zentrale Gutachterstelle zur Prüfung ausländischer Arztdiplome durch die Länder, Unterstützung der Einführung des Simulatortrainings als sinnvolle Ergänzung in der kompetenzorientierten Weiterbildung, Erarbeitung eines Konzepts zur Steigerung von Meldungen über unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen

gen sowie der Forderung nach einer fairen Aufwandsentschädigung im Praktischen Jahr. PD Dr. med. Andreas Scholz, Dr. med. Matthias Moreth, Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak und Dr. med. Titus Freiherr Schenk zu Schweinsberg hatten den vom DÄT angenommenen Antrag auf ärztliche Teilhabe am Belegungsmangement im Krankenhaus mitunterzeichnet. Auch die ebenfalls von Scholz unterzeichneten Anträge auf zusätzliche Vergütung

von Personalentwicklungskosten, z.B. über DRGs und den EBM, sowie auf eine Neukonzeption der Evaluation der Weiterbildung wurden von dem Ärzteparlament angenommen.

Das galt auch für die von Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke, Hessen, mit unterzeichnete Forderung, wonach Menschen nach einer Psychotherapie nicht benachteiligt werden dürfen. Der DÄT wies darauf hin, dass die Zahl der diagnostizierten psychischen Erkrankungen ebenso steige wie die Zahl der Arbeitsunfähigkeits- und Krankentage sowie Frühberentungen aufgrund psychischer Störungen.

Auch der unter dem Tagesordnungspunkt „Tätigkeitsbericht“ eingereichte Antrag von Dr. med. Detlev Steininger, Hessen, auf „Schaffung einer Argumentationsmöglichkeit für den beschuldigten Arzt im Heilregeressverfahren“ wurde angenommen.

### Weiterentwicklung des Themas Priorisierung

Prof. Dr. med. Jan Schulze, Präsident der sächsischen Ärztekammer, informierte die Delegierten über die Ergebnisse der Arbeitsgruppe Priorisierung. So sei u.a. ein Konsens zur Definition von Priorisierung als die „ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit einer vorab definierten Menge von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder anderen Objekten vor anderen“ erzielt worden. Der Deutsche Ärztetag sprach sich dafür aus, das Thema „Priorisierung“ weiterzuentwickeln, um den gesellschaftlichen Diskurs voranzutreiben.

### Zulassung zum Medizinstudium

Lebhaft wurde in Hannover über mögliche Änderungen bei der Zulassung zum Medizinstudium diskutiert. Ist der hohe Notendurchschnitt als Zugangsvoraussetzung

angesichts des wachsenden Ärztemangels noch zeitgemäß? Die Mehrheit der Ärztevertreter zeigte sich davon überzeugt, dass den Merkmalen soziale Kompetenz und Engagement im medizinischen Bereich ein höherer Stellenwert bei der Vergabe von Medizinstudienplätzen beigemessen werden müsse als bisher. Die Kultusministerkonferenz wurde aufgefordert, die Kriterien für die Vergabe von Studienplätzen zu überprüfen. In Zusammenarbeit mit den Ärztekammern sollen geeignete Instrumente zur Auswahl der Medizinstudenten entwickelt werden.

### Sparsam haushalten

Der beträchtliche Aufgabenumfang der Bundesärztekammer ist mehr denn je nur durch eine sparsame Haushaltsführung zu gewährleisten. Die Delegierten genehmigten den Haushaltsvoranschlag der Bundesärztekammer für das Geschäftsjahr 2013/2014 in Höhe von 18.589.000 Euro; zugleich forderten sie die BÄK in einem Beschlussantrag dazu auf, in der Haushaltsplanung das strukturelle Defizit ab dem Geschäftsjahr 2014/2015 durch Senkung der Ausgaben zu beheben.

### Haftungsrisiken, Regresse, EBM

Um Geld ging es u.a. auch am letzten Tag des Kongresses. Das Ärzteparlament forderte die Bundesregierung dazu auf, ohne Zeitverzug Regelungen gegen einen weiteren Anstieg der zuletzt dramatisch angewachsenen Haftpflichtversicherungsprämien für Ärzte zu treffen. Die Delegierten sprachen sich für eine Absenkung der Versicherungssteuer für ärztliche Haftpflichtversicherungen von derzeit 19 Prozent auf elf Prozent aus. Außerdem forderte das Ärzteparlament, dass die im Rahmen der Ausbildung von Notfallsanitätern auftretenden Haftungsrisiken und Risiken im Bereich der Aufklärung nach dem Patientenrechtgesetz gesetzlich geregelt werden müssten, um verbleibende Haftungsrisiken bei den ausbildenden Krankenhäusern und Ärzten auszuschließen.

Trotz der begrüßenswerten Absicht des Gesetzgebers, die Regressgefahr für niedergelassene Ärzte zu verringern, fordern die Delegierten des Deutschen Ärztetags weitere Maßnahmen. Die Angst vor einem möglichen Regress wurde als eines der Haupthindernisse für eine Niederlassung bezeichnet.

Darüber hinaus rief das Ärzteparlament den Gesetzgeber dazu auf, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu einer „wirklichen Gebührenordnung“ für den vertragsärztlichen Bereich umzugestalten.

### Deutschkenntnisse und berufliche Rahmenbedingungen

Dass gute Deutschkenntnisse für die Ausübung des ärztlichen Berufes hierzulande entscheidend sind, wurde einmal mehr auch auf dem Deutschen Ärztetag in Hannover deutlich. Die Delegierten forderten Bund und Länder auf, bundeseinheitliche Kriterien für den Nachweis der für die ärztliche Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache festzulegen. Vor allem junge Ärztinnen und Ärzte verlangen eine bessere Vereinbarung von Beruf und Familie. Dafür setzte sich auch das Ärzteparlament ein und rief die Arbeitgeber im Gesundheitswesen dazu auf, arbeitsplatznahe und mit der Arbeit zu vereinbarende Kinderbetreuungseinrichtungen für die Kinder ihrer Mitarbeiter einzurichten. Zudem soll auf den Internetseiten der Bundesärztekammer eine Rubrik eingerichtet werden, auf der Beispiele von in Teilzeit ausgeübten ärztlichen Leitungsfunktionen anonymisiert veröffentlicht werden sollen. In einem weiteren Beschluss stimmten die Delegierten für den garantierten Erhalt des Arbeitsplatzes von Ärzten, die an hu-

manitären Hilfseinsätzen teilnehmen, und die Gewährung einer Freistellung vom Dienst für die Dauer des Hilfseinsatzes. Die Bundesregierung wurde zu einer entsprechenden gesetzlichen Regelung aufgefordert.

### Vertrauen in die Organspende

„Tausende Patienten verdanken ihr Überleben der Transplantationsmedizin und der Bereitschaft von Menschen, Organe zu spenden. Diesen Menschen kann ich mit gutem Gewissen sagen: Nie war die Transplantationsmedizin sicherer als heute“, betonte BÄK-Präsident Montgomery. Die Organspende verdiene Vertrauen, weil deutlich geworden sei, dass die von Selbstverwaltung und Gesetzgeber nach dem Transplantationskandal ergriffenen Maßnahmen für mehr Kontrolle und Transparenz bei der Organspende funktionieren.

### Rauchen adé

Am Weltnichtrauchertag, 31. Mai, sprach sich der Deutsche Ärztetag für ein umfassendes Tabakwerbeverbot in Deutschland aus und rief die Bundesregierung dazu auf, eine entsprechende Gesetzesinitiative auf den Weg zu bringen. Außerdem wurde der Gesetzgeber aufgefordert, Medikamente zur Raucherentwöhnung nicht mehr von der gesetzlichen Arzneimittelversorgung auszuschließen.

### Verschiedenes

Der Deutsche Ärztetag stimmte für die häufigere Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sowohl im ambulanten Sektor als auch in Krankenhäusern.

Außerdem plädierten die Delegierten für eine Zusammenarbeit von Hausärzten und

Betriebsärzten bei der beruflichen Wiedereingliederung. Gemeinsame Fortbildungsmaßnahmen zum betrieblichen Eingliederungsmanagement sollen die Kooperation auf diesem Gebiet verbessern.

Nach einem weiteren Beschluss des Ärzteparlaments sollen niedergelassene Ärzte die jeweils effektivsten Impfstoffe einsetzen können, ohne durch Rabattverträge auf bestimmte Mittel festgelegt zu sein. Auch forderte der Deutsche Ärztetag, dass sich die Bedingungen für Ärzte bei der Behandlung Opiatabhängiger verbessern müssten. Künftig dürfe die so genannte Substitutionsbehandlung, bei der Ärzte ihren Suchtpatienten Methadon verschreiben, keine Kriminalisierung der behandelnden Ärzte mehr zur Folge haben.

*Katja Möhrle*

*Fotos: Manuel Maier*

## Hessische Stimmen zum 116. Deutschen Ärztetag

### 1. Wie bewerten Sie die Reden von Bundesgesundheitsminister Bahr und BÄK-Präsident Prof. Montgomery zum Auftakt des 116. DÄT? Welche Signale für die Zukunft des Gesundheitswesens gingen von diesen aus?

#### Dr. med. Klaus König:

Nichts Neues. Bahr möchte wieder gewählt werden. Keine neuen Signale.

#### Dr. med. Peter Zürner:

Der Gesundheitsminister listete die „Erfolge“ seiner Amtszeit auf, hielt eine reine Wahlkampfrede und versäumte so, Akzente für eine Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik zu setzen. Präsident Montgo-

mery verzichtete in seiner Rede darauf, aktuelle Fehlentwicklungen zu kritisieren und suchte den Schulterchluss mit Bahr. Hier hätte ich mir etwas mehr parteipolitische Zurückhaltung gewünscht.

#### PD Dr. med. Andreas Scholz:

Stopp den allgemeinen Diffamierungen der deutschen Ärztinnen und Ärzte! Dieses Signal ging von den Reden aus.

#### Martin Leimbeck:

Zu Bahr: Wahlkampf pur, nicht Neues. Zu Montgomery: Kaum Interessenvertretung, zu zahm, Wahlkampfunterstützung der FDP. Die Reden waren nicht mitreißend und enthielten keine Visionen.

#### Prof. Dr. med. Cornelia Krause-Girth:

Die Ärzteschaft stützt mehrheitlich liberale Gesundheitspolitik und ist gegen die Bürgerversicherung. Bahr liegt auf der Mehrheitslinie.

#### Dr. med. Gabriel Nick

Bahr jeder Ahnung: Soviel zum Bundesgesundheitsminister. Montgomerys Rede war dagegen in Ordnung.

### 2. Mit großer Mehrheit hat der 116. DÄT die Einführung einer Bürgerversicherung abgelehnt und die Reformschritte der BÄK für eine umfassende Finanzreform des deutschen Gesundheitssystems beschlos-

### sen. Halten Sie den Fortbestand des dualen Krankenversicherungssystems für wichtig? Ist das BÄK-Konzept aus Ihrer Sicht tragfähig?

#### Peter Laß-Tegethoff:

Ein Fortbestand des dualen Finanzsystems im deutschen Gesundheitswesen ist so lange wichtig, wie in der gesetzlichen Krankenkasse ein Flatrate-System mit den KVen bestehen bleibt und Honorar nur verteilt wird, anstatt feste Preise zu machen. So lange wird das System nur mit der zweiten Säule PKV zu erhalten sein. Gäbe es eine Bürgerversicherung mit festen Honoraren, dann wäre das kein Problem. Es wäre aber naiv anzunehmen, dass der EBM in absehbarer Zeit auf feste Preise umzustellen wäre.

#### Martin Leimbeck:

Die Einbeziehung aller Einkommensarten für die Solidarversicherung ist unabdingbar. Das duale System muss mangels Alternativen weiter bestehen. Bei dem BÄK-Konzept handelt es sich nur um eine Richtungs-idee.

#### PD Dr. med. Andreas Scholz:

Das BÄK-Konzept wirft neue Elemente in das politische Gespräch; es ist wichtig, eine gewisse Konkurrenz der Kassen zu ermöglichen, was bei einer Rahmenkasse nicht möglich wäre.

#### Dr. med. Klaus König:

Der Erhalt des dualen Systems ist dringend notwendig.

#### Dr. med. Susanne Johna:

Die Abschaffung des dualen Systems würde durch fehlende Konkurrenz sicher zu einer Verschlechterung der Versorgung der Bevölkerung führen. Der Aufbau einer Teil-Kapitaldeckung in der GKV durch die steuerfinanzierte Finanzierung von Kindern ist eine gute Idee.



Dr. med. Klaus König

Foto: Manuel Maier

#### Prof. Dr. med. Cornelia Krause-Girth:

Nein – aber das ist eine Minderheitsmeinung.

### 3. Welche/r Tagesordnungspunkt/e des DÄT war/en für Sie besonders wichtig? Sind Ihre Erwartungen durch die Beschlüsse zu den entsprechenden Themen erfüllt worden?

#### Martin Leimbeck:

Die wichtigsten Themen waren für mich Fortbildung und Weiterbildung, doch leider sind meine Erwartungen hier nicht erfüllt worden. Ganz wichtig außerdem der Tagesordnungspunkt „Armut und Gesundheit“: Die Ergebnisse sind erschreckend für eine reiche Republik!

#### Dr. med. Peter Zürner:

Dass es nach heftigen und kontroversen Diskussionen gelungen ist, eine Resolution zur Förderung der Weiterbildung in der ambulanten Medizin mit breiter Mehrheit zu verabschieden, ist ein Meilenstein. Gemeinsam mit dem Sachstandsbericht zur neuen Musterweiterbildungsordnung wird

die Weiterbildung komplett neu organisiert. Es werden zu erwerbende Kompetenzen definiert, die dort erworben werden können, wo die entsprechend kompetenten Kollegen arbeiten. Dieses Konzept auszuarbeiten und mit Leben zu füllen, wird einer der Schwerpunkte in der Kammerarbeit der nächsten Jahre werden.

Ein weiteres Highlight des Ärztetages war für mich der Vortrag von Prof. G. Maio „Wie viel Markt verträgt die Medizin“. Er erarbeitet die Widersprüche in den Logiken von medizinischen und ökonomischen Handeln und erklärt, wieso in der Logik des ökonomischen Handelns die Beziehungen zu den Patienten wegrationalisiert werden und die ärztliche Tätigkeit entwertet wird. Maio schloss seinen Vortrag mit der Forderung, dass die Fürsorge nicht monetarisiert werden dürfe. Wir müssen lernen, unsere Ärztlichen Werte und unser Ethos wieder offensiver zu vertreten. Auch das ist eine zentrale Aufgabe der Ärztekammer.

#### Dr. med. Susanne Johna:

TOP IV – die (Muster)Weiterbildungsordnung. Leider war die Diskussion jedoch auf das Thema Ambulante Weiterbildung fokussiert und nicht auf inhaltliche Systematik, Entschlackung, Reduktion von Pflichtzeiten etc. Eine weitere Erschwerung der Erlangung eines Facharzt-Titels muss unbedingt vermieden werden.

### 4. Zu TOP II „Gesundheitliche Auswirkungen von Armut“: Sehen Sie Möglichkeiten der Ärzteschaft, die Zusammenhänge zwischen Armut und Gesundheit zu beeinflussen?

#### Martin Leimbeck:

Ja! Wir müssen aufzeigen, anprangern sowie die ethisch-moralischen Ansprüche an die Ärzteschaft der Gesellschaft zurück-



Martin Leimbeck

Foto: Katja Kölsch

spiegeln und ihre Umsetzung auch für die Armen erwarten.

**Prof. Dr. med. Cornelia Krause-Girth:**

Begrenzt, aber es ist wichtig, die Chance als Multiplikator und Früherkennung wahrzunehmen und Missstände offenbar zu machen.

**PD Dr. med. Andreas Scholz:**

Definitiv. Aber es wurde deutlich, dass die wirklichen Ursachen und Zusammenhänge einer gründlichen Erforschung bedürfen.

**Peter Laß-Tegethoff:**

Die Ärzteschaft kann einen kleinen Teil beitragen, dass Armut nicht zwangsläufig schlechtere Gesundheit bewirkt. Dies durch Aufklärung, Ausschöpfen aller Möglichkeiten, auch armen Menschen medizinische Hilfe zu gewähren. Das Grundproblem ist aber, dass es diese Armut nicht geben sollte. Zum Beispiel darf es nicht sein, dass Menschen nicht von Vollzeitarbeit leben können in Deutschland.

**Dr. med. Egbert Reichwein:**

Nein.

**Dr. med. Gabriel Nick:**

Unter den jetzigen Rahmenbedingungen sehe ich leider keine Möglichkeiten der Einflussnahme.

**5. Wie bewerten Sie die geplanten Änderungen der Musterweiterbildungsordnung? Trägt die Neugestaltung/ Kompetenzorientierung Ihrer Meinung nach zu einer Verbesserung und Modernisierung der Weiterbildung in Deutschland bei?**

**Peter Laß-Tegethoff:**

Was das Umstellen auf die Kompetenzorientierung angeht, bin ich skeptisch, ob das viel ändert. Zunächst wird ja nur in der Nomenklatur umgestellt, ich setze mehr auf die Vermittlung relevanter Inhalte durch Öffnung auch des ambulanten Sektors für die Weiterbildung.

**Dr. med. Klaus König:**

Die Folge ist eine Reduzierung z.B. von Operationen. Wichtig ist, dass die Ziele definiert werden. Klinikchefs müssen nach Leistung beurteilt und Falschzeugnisse vermieden werden.

**Dr. med. Susanne Johna:**

Die Grundidee einer Kompetenzorientierung ist zu begrüßen. Wichtig ist, zu starke persönliche Abhängigkeiten der Weiterzubildenden von den Weiterbildungs-Ermächtigten zu verhindern. Ob eine Verbesserung erzielt wird, kann zum jetzigen Zeitpunkt der Planung noch nicht abschließend beurteilt werden.

**6. Wie haben Sie die Debatten um die Finanzierung der (ambulanten) Weiterbildung empfunden?**

**Dr. med. Egbert Reichwein:**

Furchtbar.



Dr. med. Peter Zürner

Foto: Katja Möhrle

**Dr. med. Klaus König:**

Die Standpunkte lagen weit auseinander und wurden übertrieben laut dargeboten. Gott sei Dank ist es schließlich zu einem Kompromiss gekommen.

**Dr. med. Susanne Johna:**

Selbstverständlich muss Weiterbildung finanziert werden. Die große Gefahr ist jedoch, dass die Krankenkassen nach dem Motto „Wer die Kapelle bezahlt, bestimmt auch, welche Musik gespielt wird“ Einfluss auf die Inhalte der Weiterbildung nehmen wollen. Das muss unbedingt vermieden werden.

**Peter Laß-Tegethoff:**

Der gefundene Kompromiss ist immerhin insofern ermutigend, dass die „Lager“ überhaupt einen Kompromiss gefunden haben. Aber wie es finanziert werden soll, bleibt offen. So ein Lagerdenken ist unsinnig, weil wir alle letztlich in dem System überleben wollen. Da war ich doch etwas naiver vorher, dachte, dass man nicht so engstirnig sein kann, überhaupt eine Konfrontation zwischen den „Sektoren“ aufzubauen. Aber hier habe ich dann dazu gelernt.

**PD Dr. med. Andreas Scholz:**

Es bleibt unklar, wie eine Volumenausweitung im ambulanten Bereich stattfinden soll und wie sich diese auf den Kassenbeitrag auswirken wird.

**7. Wie sieht Ihr Fazit des 116. DÄT aus?****Dr. med. Peter Zürner:**

Ein sehr lebendiger Ärztag mit starker Beteiligung der Delegierten. Die gesellschaftlichen Themen Ökonomisierung und Armut

wurden kompetent thematisiert. Eine Reform der Musterweiterbildungsordnung mit stärkerer ambulanter Komponente ist auf gutem Weg und Montgomery hat den Ärztag souverän geleitet.

**Prof. Dr. med. Cornelia Krause-Girth:**

Wichtige Veränderungen im Hinblick auf die Weiterbildung, Praktisches Jahr, Bekräftigung bestimmter Aufgaben bzgl. Ärztlicher Psychotherapie und Arbeitsmedizin. Sehr positiv waren die Entscheidungen zum Thema Menschenrechte.

**Dr. med. Klaus König:**

Eine erfolgreiche Tagung mit Ansätzen für neue Wege. Was lange wärt, wird endlich gut!

**Martin Leimbeck:**

Lager – und Ideologiegerangel. Keine Verständigung. Überwiegend schade um das Geld und die Zeit!

*Die Fragen stellte Katja Möhrle*

## Online-Umfrage zum Schnittstellenmanagement gestartet – Ärzte sind eingeladen, ihr Wissen einzubringen

Ein organisiertes Schnittstellenmanagement kann zur Optimierung der sektorenübergreifenden Versorgung beitragen. Es bietet einen Rahmen, um die Übergänge zwischen Praxis und Krankenhaus so zu gestalten, dass eine gute Patientenversorgung ohne Hemmnisse im Behandlungsverlauf gewährleistet werden kann. Dadurch kann die Patientensicherheit erhöht werden.

Aus diesem Grund hat eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe im Auftrag der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) unter Moderation des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) entsprechende Empfehlungen zum ärztlichen Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren erarbeitet. Seit März 2012 steht die erste Auflage der Checklisten allen Interessenten kostenlos zur Verfügung. Sie umfasst Kriterien für die Einweisung bzw. Aufnahme in das Krankenhaus sowie Entlassungsvorbereitung und Entlassung aus der Klinik. Die Checklisten sollen Medizinern in Krankenhaus und Praxis als Orientierungshilfe für die Gestaltung des Schnittstellenmanagements in der eigenen Einrichtung dienen.

**Online-Umfrage**

Unter <http://leitlinienportal.aeqz.de/umfrage/index.php?sid=43173&lang=de> können die Checklisten bis zum **16. August 2013** kritisch begutachtet werden. Ärzte aus ambulanten und stationären Einrichtungen sind eingeladen, ihre Erfahrungen zurückzumelden, um die Checklisten noch praxistauglicher

zu gestalten. Dabei besteht die Möglichkeit, die Praktikabilität und Notwendigkeit der einzelnen Abschnitte und Empfehlungen der Checklisten zu evaluieren. Außerdem möchten die Autoren der Checklisten von den Teilnehmern erfahren, ob in ihren Einrichtungen bereits ein organisiertes Schnittstellenmanagement etabliert ist.

**Material und Wissen zum Schnittstellenmanagement**

Ab Ende Mai erhalten Ärzte und andere Interessierte auf der ARZTBIBLIOTHEK ([www.arztbibliothek.de/schnittstellenmanagement](http://www.arztbibliothek.de/schnittstellenmanagement)) wichtige und nützliche Informationen rund um das Thema ärztliches Schnittstellenmanagement. Das Wissensportal wird neben den Checklisten weitere Tools, Projekte, Links und Dokumente bieten.

**Informationen im Internet**

- Online-Umfrage: <http://leitlinienportal.aeqz.de/umfrage/index.php?sid=43173&lang=de>
- Checklisten zum ärztlichen Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren: <http://www.aeqz.de/mdb/edocs/pdf/info/checklisten-schnittstellenmanagement.pdf> oder <http://daris.kbv.de/daris/link.asp?ID=1003765232>
- ARZTBIBLIOTHEK: [www.arztbibliothek.de/schnittstellenmanagement](http://www.arztbibliothek.de/schnittstellenmanagement)

**Fragen zum Projekt und zur Umfrage:**

Lena Mehrmann, M.Sc. (ÄZQ), Tel.: 030 4005-2504,  
E-Mail: [Schnittstellenmanagement@aezq.de](mailto:Schnittstellenmanagement@aezq.de)

## Ergebnis der Wahl zur Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen

### 15. Wahlperiode 2013-2018

Gemäß § 15 Absatz 3 der Satzung zur Wahl der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen vom 10. April 2007 (HÄBL. 5/2007, S. 335-336) gebe ich hiermit das endgültige Wahlergebnis bekannt:

<b>Wahlberechtigt gemäß Wählerverzeichnis:</b>	<b>33.250</b>
Abgegebene Stimmen:	13.633
Ungültige Stimmen:	70
Gültige Stimmen:	13.563
<b>Wahlbeteiligung:</b>	<b>41,00%</b>

Liste 1:	<b>Fachärzte Hessen</b>	3.529 Stimmen = 22 Sitze
Liste 2:	<b>Liste ÄrztINNEN Hessen</b> (Fachärztinnen, Hausärztinnen, angestellte Ärztinnen, niedergelassene Ärztinnen, Ärztinnen in Weiterbildung, u.a.)	1.387 Stimmen = 8 Sitze
Liste 3:	<b>Marburger Bund</b>	3.514 Stimmen = 21 Sitze
Liste 4:	<b>LISTE ÄLTERER ÄRZTE</b>	1.082 Stimmen = 6 Sitze
Liste 5:	<b>„Öffentlicher Gesundheitsdienst“</b>	178 Stimmen = 1 Sitz
Liste 6:	<b>Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte (LDÄÄ)</b>	1.194 Stimmen = 7 Sitze
Liste 7:	<b>Hessenmed – Die Netzärzte</b>	221 Stimmen = 1 Sitz
Liste 8:	<b>DIE HAUSÄRZTE</b> (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie)	2.176 Stimmen = 13 Sitze
Liste 9:	<b>Liste der kleinen Fachgebiete</b>	282 Stimmen = 1 Sitz
		<b>13.563 Stimmen = 80 Sitze</b>

Die folgenden Kandidatinnen und Kandidaten der Wahlvorschläge wurden gewählt:

<b>Liste 1: Fachärzte Hessen</b>	12.	Dr. med. Klaus Heckmann	
1.	Dr. med. Klaus König	13.	Michael Waldeck
2.	Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg	14.	Dr. med. Sabine Dominik
3.	Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach	15.	Dr. med. Michael Repschläger
4.	Dr. med. Susan Trittmacher	16.	Professor Dr. med. Ulrich Finke
5.	Dr. med. Alfred Möhrle	17.	Dr. med. Klaus-Wolfgang Richter
6.	Dr. med. Detlef Oldenburg	18.	Dr. med. Siegfried Möller
7.	Christine Hidas	19.	Dr. med. Hans-Martin Hübner
8.	Dr. med. Wolf Andreas Fach	20.	Peter Laß-Tegethoff
9.	Dr. med. Peter Zürner	21.	Prof. Dr. med. Uwe Wagner
10.	Dr. med. Edgar Pinkowski	22.	Dr. med. Wiegand Müller-Brodmann
11.	Dr. med. Michael Weidenfeld		

**Liste 2: Liste ÄrztINNEN Hessen**

(Fachärztinnen, Hausärztinnen, angestellte Ärztinnen, niedergelassene Ärztinnen, Ärztinnen in Weiterbildung, u.a.)

1. Monika Buchalik
2. Dr. med. Bettina Conrad
3. Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke
4. Dr. med. Doris Grether
5. Birgit Cremer
6. Dr. med. Alessandra Carella
7. Jutta Willert-Jacob
8. Dr. med. Andrea Grunewald

**Liste 3: Marburger Bund**

1. Dr. med. Susanne Johna
2. Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Scholz
3. Dr. med. Lars Bodammer
4. BMedSci Frank Seibert-Alves
5. Anne Kandler
6. Dr. med. Kolja Deicke
7. Silke Engelbrecht
8. Dr. med. Gerhard Schreiner
9. Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak
10. Dr. med. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg
11. Stephan Hermann Bork
12. Dr. med. Matthias Moreth
13. Rainer Ibing
14. Dr. med. H. Christian Piper
15. Dr. med. Karlhans Baumgartl
16. Dr. med. Helge-Lothar Förster
17. Dr. med. Stefan Hornung
18. Dr. med. Cordula Röhm
19. Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph
20. Joachim Odenwald
21. Yvonne Jäger

**Liste 4: LISTE ÄLTERER ÄRZTE**

1. Dr. med. Jürgen Glatzel
2. Dr. med. Gabriel Nick
3. Prof. Dr. med. Frank-Lothar Welter
4. Dr. med. Burckhard Dietz-Magel
5. Dr. med. Hansjoachim Stürmer
6. Dr. med. Michael Gehrke

**Liste 5: „Öffentlicher Gesundheitsdienst“**

1. Dr. med. Henrik Reygers

**Liste 6: Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte (LDÄÄ)**

1. Dr. med. Rolf Teßmann
2. Dr. med. Brigitte Ende

3. Dr. med. Christof Stork
4. Sabine Riese
5. Prof. Dr. med. Jutta Peters
6. Dr. med. Barbara Jäger
7. Dr. med. Bernhard Winter

**Liste 7: Hessenmed – Die Netzärzte**

1. Dr. med. Lothar Born

**Liste 8: DIE HAUSÄRZTE**

(Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie)

1. Dr. med. Dieter Conrad
2. Dr. med. Günter Haas
3. Michael Thomas Knoll
4. Michael Andor
5. Dr. med. Gerd Zimmermann
6. Erich Lickroth
7. Dr. med. Detlev Steininger
8. Dr. med. Sabine Olischläger
9. Dr. med. Egbert Reichwein
10. Dr. med. Eckhard Starke
11. Armin Beck
12. Wolf Eckert
13. Dr. med. Lothar Hofmann

**Liste 9: Liste der kleinen Fachgebiete**

1. Dr. med. Adelheid Rauch

Einwendungen gegen die Rechtsgültigkeit der Wahl kann jeder Wahlberechtigte binnen zwei Wochen nach der Bekanntgabe des Wahlergebnisses im Staatsanzeiger für das Land Hessen beim Hessischen Sozialministerium, Dostojewskistraße 4, 65187 Wiesbaden, erheben.

Die Einwendungen können nur darauf gestützt werden, dass gegen das Gesetz oder gegen die aufgrund des Gesetzes erlassenen Durchführungsverordnungen oder Wahlvorschriften verstoßen worden ist und dass der Verstoß geeignet war, das Ergebnis der Wahl zu beeinflussen (§ 16 Abs. 1 und 2 der Satzung zur Wahl der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen).

Frankfurt am Main, den 6. Juni 2013

Landesärztekammer Hessen  
gez.: Holger Tanzki  
Der Wahlleiter

## Zertifizierte Fortbildung

## Redaktion

W. v. Heymann, Bremen  
M. Fischer, Rosenheim

© Klaus Rüschoff, Springer Medizin



**W. von Heymann**  
Orthopädische Praxisgemeinschaft, Bremen

VNR 2760602013076460007

## Differenzialdiagnostik und Therapie des akuten Kreuzschmerzes

### Zusammenfassung

Im Jahr 2010 hat die Bundesärztekammer (BÄK) zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) eine Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz herausgegeben. Im vorliegenden Beitrag werden die Inhalte dieser Leitlinie gezielt und umfassend dargestellt sowie mit neueren Studienergebnissen in Beziehung gesetzt. Daraus lassen sich für den Manualmediziner relevante Standards der Diagnostik und Therapie des akuten Kreuzschmerzes ableiten.

### Schlüsselwörter

Leitlinien · Kreuzschmerz · Akuter Schmerz · Schmerzmanagement · Manipulation

### Differential diagnostics and therapy of acute low back pain

### Abstract

In 2010 the German Medical Council (BÄK) in collaboration with the Federal Association of Physicians in Legal Insurance (KBV) and the Collaboration of Scientific Medical Societies of Specialists (AWMF) published guidelines on low back pain. In this article the contents of these guidelines are extensively described and also related to the results of recent studies. This will develop the opportunity for manual medicine physicians to apply relevant standards in the diagnostics and treatment of acute low back pain.

### Keywords

Guidelines · Low back pain · Acute pain · Pain management · Manipulation therapy

### Nachdruck aus:

Manuelle Medizin 2013 • 51:77–88  
Mit freundlicher Genehmigung der  
Springer Verlag GmbH

**Der Kreuzschmerz steht in Deutschland als Ursache für Frühinvalidität an dritter Stelle**

**Generell wird zwischen dem spezifischen und dem nichtspezifischen Kreuzschmerz unterschieden**

## Lernziele

Nach dem Studium dieses Beitrags wissen Sie,

- welche ökonomische Bedeutung der Kreuzschmerz hat.
- welche Empfehlungen die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz gibt.
- wie der akute Kreuzschmerz heute diagnostisch erfasst und abgegrenzt werden kann.
- was die aktuelle Literatur zur Evidenz diagnostischer und therapeutischer Ansätze beinhaltet.
- welche Therapiemöglichkeiten der Manualmediziner beim akuten Kreuzschmerz hat.

## Einleitung

Kreuzschmerz (Synonyma: Lumbago oder Lumbalsyndrom) wird eine schmerzhaftige Störung der Wirbelsäule im Bereich zwischen dem Unterrand des **Rippenbogens** und dem Kreuzbein genannt, wobei aufgrund der übergreifenden muskulären und fasziellen Strukturen besonders nach kaudal keine exakte Abgrenzung in Bezug auf intervertebrale und sakroiliakale Gelenke erfolgen kann. Als untere Begrenzung wird daher der Unterrand der **Glutealmuskulatur** definiert. Kreuzschmerz ist ein sehr verbreitetes, allgemeines Problem der Medizin und außerdem eine erhebliche Herausforderung für die nationalen Gesundheitssysteme speziell der Industrieländer. 1998 betrug die Gesamtausgaben in den USA 90 Mrd. Dollar. Die durchschnittlichen Fallkosten stiegen (inflationsbereinigt auf 2005) in der Zeit zwischen 1997 und 2005 von 4795 Dollar auf 6096 Dollar [11]. Im Jahr 2009 wurden die direkten Kosten der Wirbelsäulenschäden in Deutschland insgesamt auf mehr als 9 Mrd. EUR beziffert [9]. Diese direkten Kosten betragen jedoch in den Industrieländern nur etwa 15% der wirklichen Gesamtkosten, die auch die Arbeitsunfähigkeit und die Invalidität mit umfassen müssen. Der Kreuzschmerz steht in Deutschland an erster Stelle als Ursache für Arbeitsunfähigkeit und an dritter Stelle als Ursache für Frühinvalidität [5].

Der chronische Kreuzschmerz verursacht somit hohe indirekte Kosten durch Produktionsausfall. Nichteffective Behandlungen müssen daher vermieden werden, um die mit dem chronischen Kreuzschmerz assoziierten Kosten zu vermindern [11].

Kreuzschmerz wird derzeit als häufigste Krankheitsursache angegeben. Heute wird der Kreuzschmerz (mehr pragmatisch als neurophysiologisch begründet) in eine relative lange akute Phase von 6 Wochen, eine subakute Phase bis zur 12. Woche und den chronisch-rezidivierenden Kreuzschmerz nach 12 Wochen eingeteilt [5]. Statistisch gesehen sind Frauen häufiger betroffen als Männer (4:3); der Altersgipfel liegt bei 50–60 Jahren. Auch der **Bildungsgrad** scheint von Bedeutung zu sein: Personen mit niedrigerer Bildung haben ein höheres Risiko. Während die Prävalenz in der deutschen Bevölkerung bei 34% liegt, sind Menschen bis zu 9 Jahren Schulausbildung zu 47% betroffen, die mit mehr als 12 Jahren Schulausbildung nur zu 27% [5]. Die Rückfall- und **Chronifizierungsraten** sind beträchtlich. In einer repräsentativen Schweizer Studie über 5 Jahre betrug die Prävalenz von Rücken- oder Kreuzschmerz anfangs 33%, bei den nachfolgenden Kontrollen 38%, bei einer durchschnittlichen Rückfallquote von 69%. Die Rückfälle nahmen dabei entsprechend dem vorherigen Auftreten im Laufe der Jahre zu – von 46,9% nach dem 1. Jahr auf 88,1% nach 5 Jahren [14].

Personen mit körperlicher Erschöpfung, Depression, Vermeidungsängsten und posttraumatischem Stress scheinen häufiger betroffen zu sein [5].

Normalerweise kehren 80% der Patienten mit einem akuten Kreuzschmerz innerhalb eines Monats an ihren Arbeitsplatz zurück. Etwa 7% allerdings entwickeln einen chronischen Kreuzschmerz. Diejenigen jedoch, die keine adäquate Behandlung erfahren, entwickeln in mehr als 60% einen chronischen Kreuzschmerz oder häufige Rezidive. Insofern ist es äußerst wichtig, durch eine angemessene Behandlung eine Chronifizierung zu vermeiden [5].

Da es sehr verschiedene pathogenetische Mechanismen für den Kreuzschmerz gibt, existiert keine einzelne Diagnose. Vielmehr wird generell zwischen dem spezifischen und dem nichtspezifischen Kreuzschmerz unterschieden. Zu den spezifischen Formen gehören strukturelle Schäden wie

- Spondylitis,
- andere Infekte der Wirbelsäule,
- rheumatoide Inflammationen der Wirbelsäule,
- Osteoporose mit Sinterungsfrakturen,
- Tumoren, Metastasen,
- Spondylolisthesis,
- Spinalstenose,
- Diskushernie und
- andere Wurzelkompressionen.

Diese alle zusammen machen als spezifische Diagnosen nur etwa 15% aller Ursachen des Lendenkreuzschmerzes aus. Was passiert bei den verbleibenden 85%?

**Osteophyten** an thorakalen und lumbalen Wirbelkörpern erhöhen die Stabilität der Wirbelsäule, vermindern aber die Beweglichkeit. Bei einer bekannten strukturellen Instabilität – auch durch Höhenminderung der Intervertebralaräume – sind sie als Zeichen der Adaptation, weniger der Degeneration zu sehen. Allerdings täuschen sie eine ca. 10% höhere Knochendichte vor, stärken aber den Wirbel nicht gegenüber Kompressionskräften [2].

**Degenerative Prozesse**, sichtbar in bildgebenden Verfahren, wie Veränderungen an den Bandscheiben, Spondylarthrosen u. Ä., die zunächst nur eine strukturelle Änderung gegenüber der Norm darstellen, machen doppelt so viele Fälle aus. Nur wenn man auch diese 30% zu den spezifischen Diagnosen hinzurechnet, sind 45% der Fälle durch sog. spezifische Diagnosen repräsentiert – wobei im Einzelfall der Zusammenhang zwischen den degenerativen Veränderungen und dem Schmerz gar nicht bewiesen sein muss. Insofern bleibt sicher die Mehrzahl aller Fälle heute immer noch nichtspezifisch, man könnte auch sagen: „bisher nicht ausreichend spezifiziert“. Es handelt sich dabei sicherlich um eine Mischung verschiedener Untergruppen, die zukünftig genauer definiert und quantifiziert werden müssen [5]. Diese Mehrzahl der nichtspezifischen Fälle wird unter dem Begriff eines biopsychosozialen Konzepts geführt, d. h. einem Zusammenwirken von biologisch-somatischen Faktoren mit der psychologischen und sozialen Gesamtsituation des Betroffenen:

*Mit dem derzeitigen medizinischen Wissen ist es nicht möglich, die Klassifikation nach Ursache des Kreuzschmerzes noch weiter zu differenzieren. Die Trennschärfe differenzialdiagnostischer Methoden zur Beurteilung muskulärer Strukturen bei der Schmerzentstehung ist nicht ausreichend belegt. [5]*

Für die Therapie des akuten nichtspezifischen Kreuzschmerzes wird eine Reihe von Verfahren angegeben. Diese reichen von der Beratung und Aufklärung des Patienten mit Anweisung zur Eigenaktivität und Entspannung über die Verordnung von reinen Schmerzmitteln, nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) bis hin zur Anwendung der Verfahren der manuellen Medizin. Keiner dieser Therapieansätze konnte bisher wirklich eine Überlegenheit gegenüber anderen nachweisen [5, 11].

Die im Oktober 2010 herausgegebene **Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Kreuzschmerz** [5] hat versucht, bezüglich des Phänomens Kreuzschmerz, seiner Diagnostik, Therapie und Prävention etwas mehr Klarheit zu schaffen. Die Ergebnisse sind sicher lesenswert und sehr umfangreich auf Literatur basiert, in ihren Handlungsanweisungen für Diagnostik und Therapie jedoch eher beschränkt – weiterhin ist vieles unzureichend belegt (evidenzbasiert). In ihrer praktischen Konsequenz sind einige Empfehlungen sogar gelegentlich widersinnig. Hier ist von einer Neuauflage nach Bewertung neuerer Untersuchungen eine größere Klarheit zu erhoffen.

## Analyse möglicher Ursachen des sog. nichtspezifischen Kreuzschmerzes

Die sichere Zuordnung muskulärer Schmerzphänomene beim akuten Kreuzschmerz ist kompliziert. Physiologisch erfolgt auf eine Schmerzzuleitung jedweder Ursache (somatisch, vegetativ, viszeral) eine Reaktion des Organismus zur Gefahrenabwehr, zum Schutz. Diese Antworten

**Die Mehrzahl der nichtspezifischen Fälle wird unter dem Begriff eines biopsychosozialen Konzepts geführt**

### Die neuroplastischen Reaktionen werden in periphere und zentrale Sensibilisierung unterschieden

### Der M. multifidus hat effektivere Verbindungen zu höheren Zentren als der M. gastrocnemius

der **motorischen Systemaktivierung** treten als Reflex unmittelbar in Sekunden, als neuroplastische Reaktionen in Minuten, Stunden, Tagen oder Monaten ein. Die neuroplastischen Reaktionen werden in periphere (außerhalb von Rückenmarks und Gehirn) und zentrale (ab dem Hinterhorn des Rückenmarks) Sensibilisierung unterschieden [13, 16]. Diese Veränderungen der Nervenfunktionen, die dann zum Bild der Chronifizierung führen, treten also meist viel früher ein als nach den pragmatisch als akut definierten 6 Wochen. Im Rahmen dieser peripheren und zentralen Sensibilisierung öffnen sich bis dahin sog. **stumme Synapsen** zu benachbarten Segmenten [19].

Für den akuten Kreuzschmerz bedeutet dies: Die zum tiefen lumbalen Abschnitt des M. multifidus gehörenden Spinalganglien und Rückenmarkssegmente werden um 2–3 Segmente nach kranial erweitert. Außerdem erregt eine schmerzhaft Reizung des M. multifidus mehr Hinterhornneurone als die des M. gastrocnemius und erzeugt heftigeren Schmerz. Insgesamt hat der M. multifidus effektivere Verbindungen zu höheren Zentren als der M. gastrocnemius. Das kann zumindest teilweise die hohe Prävalenz nichtspezifischer Kreuzschmerzen erklären [19, 20]. Zusätzlich ist eine mit zunehmender Zeitdauer des Kreuzschmerzes auch zunehmende Aufhebung der Segmentgrenzen des Schmerzes bei der klinischen Untersuchung festzustellen. Dies wird auf die vielsegmentale nozireaktive Sensibilisierung der **Fascia thoracolumbalis** zurückgeführt [20].

Daraus leitet sich der Vorschlag ab, beim nichtspezifischen Kreuzschmerz die somatisch-muskulären Schmerzen durch motorische Systemaktivierung wie folgt einzuteilen [19]:

- durch erregte nichtmuskuläre Gewebsnozizeptoren – z. B. bei segmentaler Dysfunktion,
- durch sekundäre muskuläre Tonussteigerungen durch anhaltenden Nozizeptoreinstrom bei Erregung anderweitiger Muskelnozizeptoren – z. B. bei Bewegungskontrolldysfunktion,
- durch übertragene Schmerzen (Nozizeptor dort, wo der Schmerz wahrgenommen wird, nicht erregt) – z. B. durch Triggerpunkt,
- durch Funktionsstörungen absteigender zentralnervöser, schmerzhemmender Systeme – bei psychogenem Stress.

Neben der motorischen Systemaktivierung bei Nozizeption kennen wir die **autonome Systemaktivierung** [12]. Daraus ergeben sich wieder andere Reflexmuster für Kreuzschmerz

- mit thermischen und taktilen Dysästhesien auf der Grundlage von Vasokonstriktion, Pilo- und Sudomotorik sowie Muskeltrophik und
- als „mixed pain syndrome“ (nozizeptiver und neuropathischer Schmerz) lumbal und lumbosakral.

Bei einer bereits eingetretenen peripheren Sensibilisierung lassen sich weitere strukturelle Ursachen für einen akuten, dann sekundären Kreuzschmerz beschreiben:

- in Verbindung mit aktivierter Spondylarthrose,
- bei Vorliegen einer seronegativen Spondylarthritis und
- bei erosiver Osteochondrose (Modic-Endplattenveränderungen; [5])

Bei einer bereits eingetretenen zentralen Sensibilisierung [1, 21, 23] sind weitere Pathomechanismen für einen sekundären, nichtspezifischen Kreuzschmerz möglich:

- als Konvergenzreaktion aus dem Hirnstamm (trigeminal, okulomotorisch) oder hoch zervikal mit plurisegmentaler myofaszialer Fehlsteuerung (speziell der Fascia thoracolumbalis),
- als viszerosomatisch verursachte Head-Zone oder
- als generalisierte enzephalische Störung (Fibromyalgiesyndrom).

Somit ergeben sich auf rein somatischer Ebene aus Anatomie und Neurophysiologie 12 Untergruppen des nichtspezifischen Kreuzschmerzes, die soweit möglich gegeneinander abgegrenzt werden sollten.

Sehr häufig ist klinisch die reversible **segmentale Dysfunktion** zu finden, auch als Blockierung bezeichnet. Als Substrat dieser Dysfunktion beschreibt man heute den in eine bis drei Richtungen schmerzhaften nozireaktiven Tonus der tiefen, autochthonen, mono- bis bisegmentalen Muskulatur.

Dabei ist die Rotation in eine Richtung beeinträchtigt, in die andere nicht. Auch Seitneigung und/oder Inklinatlon/Reklination können in eine Richtung beeinträchtigt sein. Bei Schmerz in mehr als 3 Bewegungsrichtungen handelt es sich nicht mehr um eine reversible Dysfunktion, sondern um eine strukturelle oder entzündliche Läsion. Als weiteres Kriterium muss ein positionsbezogener **Schmerzprovokationstest** positiv sein [5].

Auch wenn historisch zumeist ein intervertebrales oder sakroiliakales Gelenk (SIG) im Zentrum der Vorstellungen über die Blockierung stand, so muss heute umfassender von einem segmentalen oder auch mehrsegmentalen pathologischen Reflexgeschehen ausgegangen werden [10]. Dieses kann an sonst völlig normalen Gelenken auftreten, allerdings auch bei Vorliegen degenerativer oder entzündlicher Veränderungen im nichtentzündlichen Stadium. Entscheidend für die exakte Diagnose ist der eindeutige Befund schmerzfreier Bewegungsrichtungen in dem (oder den) betroffenen Gelenk(en).

Es gibt auch Patienten mit akutem Kreuzschmerz ohne eindeutige Zeichen einer segmentalen Funktionsstörung, jedoch mit **Bewegungskontrollstörungen**. Bei Bewegungsdysfunktionen liegen typischerweise schmerzhafte Bewegungseinschränkungen vor, die im Zusammenhang mit verschiedenen Gewebestrukturen wie Facettengelenken, Muskulatur, SIG oder Bandscheibe stehen können. In der Bewegungskontrolldysfunktion dagegen ist die Beweglichkeit nicht eingeschränkt, der Rücken schmerzt aber bei gehaltenen Positionen. Das können ergonomische oder Haltungsprobleme sein. Bisher wurde eine Serie aus 6 reliablen Bewegungstests entwickelt und validiert, um diese Patientengruppe zu untersuchen und zu behandeln. Damit lassen sich diese Patienten von gesunden Personen zuverlässig unterscheiden. Es besteht wohl ein Zusammenhang zwischen Bewegungskontrolldysfunktion und Körperwahrnehmung: Die 2-Punkte-Diskrimination korreliert mit der verschlechterten Bewegungskontrolle des Rückens [17] – als Zeichen einer bereits eingetretenen Sensibilisierung.

Während für die akute, reversible segmentale Dysfunktion und die Bewegungskontrolldysfunktion als pathomechanische Untergruppen des akuten Kreuzschmerzes hinreichend Studien zur Verfügung stehen [5, 10, 11, 17], ist die Datenlage für die anderen hier vorgestellten Pathomechanismen des nichtspezifischen Kreuzschmerzes noch hypothetisch. Zur Verbesserung der Evidenz sind weitere Studien erforderlich.

In Abgrenzung von den biologisch-somatischen Faktoren werden in der NVL Kreuzschmerz folgende psychosozialen Faktoren beschrieben [5]:

- Keine Copingstrategie
- Verhaltensprobleme
- Ängstliche, depressive, überforderte oder verschlossene Persönlichkeit
- Psychologische Komorbidität/ Dysfunktionale Familie
- Soziale Isolation: keine Freunde, arbeitslos
- Mobbing; schwere und/oder monotone Arbeit
- Fehlende Kompensation für Arbeitsunfälle oder Berufserkrankung

Diese psychosozialen Faktoren werden auch als „**yellow flags**“ bezeichnet.

## Praktisches diagnostisches Vorgehen bei akutem Kreuzschmerz

Neben der allgemeinen Anamnese über Vorerkrankungen und die aktuellen Beschwerden, die immer schon zu den ärztlichen Aufgaben gehört hat, wird heute eine systematische Schmerzanalyse empfohlen [16]. Sie besteht aus

- Schmerzanamnese,
- Lebensgeschichte,
- klinischen Befunden,
- Ergebnissen bildgebender Verfahren und Labordiagnostik und
- Erfassung individueller psychosozialer Einflussfaktoren.

### Schmerzanamnese

Die Schmerzanamnese beginnt mit einer sehr detaillierten Exploration des **subjektiven Schmerzerlebens** des Patienten. Hierzu können durchaus auch Fragebögen (z. B. Roland-Morris-Fragebogen) verwendet werden.

**Bei Schmerz in mehr als 3 Bewegungsrichtungen handelt es sich um eine strukturelle oder entzündliche Läsion**

**Die 2-Punkte-Diskrimination korreliert mit der verschlechterten Bewegungskontrolle des Rückens**

### Lebensgeschichte

Im Rahmen der Lebensgeschichte interessieren besonders alle Erkrankungen ähnlicher Art, Operationen, Erkrankungen des Abdomens (inkl. kleines Becken), aber auch **belastende Lebensumstände**.

### Klinische Befunde

#### Lebensgeschichte

Die erste körperliche Untersuchung gilt dem Ausschluss ernsthafter Strukturschäden, die als „red flags“ in folgenden 4 Kategorien auffallen [5]:

- Fraktur
  - Schwerwiegendes Trauma, z. B. durch Autounfall oder Sturz aus Höhe, Sportunfall
  - Bagateltrauma (z. B. Husten, Niesen oder schweres Heben bei älteren oder potenziellen Osteoporosepatienten)
  - Systemische Steroidtherapie
- Tumor
  - Höheres Alter
  - Tumorleiden in der Vorgeschichte
  - Allgemeine Symptome: Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit, rasche Ermüdbarkeit
  - Schmerz, der in Rückenlage zunimmt
  - Starker nächtlicher Schmerz
- Infektion
  - Allgemeine Symptome: Fieber, Appetitlosigkeit, rasche Ermüdbarkeit
  - Durchgemachte bakterielle Infektion
  - i.v.-Drogenabusus
  - Immunsuppression
  - Konsumierende Grunderkrankungen
  - Infiltrationsbehandlung an der Wirbelsäule
  - Starker nächtlicher Schmerz
- Radikulopathie/Neuropathie
  - Straßenförmig in ein oder beide Beine ausstrahlende Schmerzen, ggf. verbunden mit Taubheit, Schwäche oder Kribbelparästhesien im Schmerzausbreitungsgebiet
  - Kaudasyndrom: plötzlich einsetzende Blasen-/Mastdarmstörung oder Gefühlsstörung perianal/perineal
  - Ausgeprägtes oder zunehmendes neurologisches Defizit (Reflexausfälle, Lähmung, Sensibilitätsstörung) der unteren Extremität
  - Nachlassen des zunächst starken Schmerzes und zunehmende Lähmung bis zum kompletten Funktionsverlust des Kennmuskels (Nervenwurzeltod)

#### Manuelle Untersuchung

Die Funktionspalpation nach den Regeln der manuellen Medizin wie auch nach der orthopädischen Propädeutik [10, 16] umfasst nach der o. g. Untersuchung:

- Mobilitätsprüfungen regional (Schober-Test, Seitneigung) und segmental (Relation Dornfortsätze, Vorlaufphänomen (■ **Abb. 1**), am SIG: Spine-Test)
- Irritationspunkte oder -zonen paravertebral, myofaszial und tief muskulär
- Provokationstest auf Schmerz oder Schmerzfreiheit bei Bewegung (■ **Abb. 2**)

#### Technische Untersuchungen

Nur bei Vorliegen von „red flags“ sind unmittelbar auch technische Untersuchungen wie **bildgebende Verfahren** oder Laboruntersuchungen angezeigt. Ansonsten sollte 6 Wochen lang leitliniengerecht therapiert und bei Therapieversagen dann eine einmalige Bildgebung durchgeführt werden.

#### Standardisierte psychosoziale Prüfungen

So früh wie möglich ist die psychosoziale Situation zu erfassen („yellow flags“): bei erfolgloser leitliniengerechter Therapie 4 Wochen (bei Arbeitsunfähigkeit schon nach 2 Wochen), spätestens jedoch 12 Wochen nach dem Beginn der Beschwerden. Diese Prüfung sollte interdisziplinär

Die psychosoziale Situation ist so früh wie möglich zu erfassen



**Abb. 1** ▲ Mobilitätsprüfung der Lende mit dem nicht sicher segmental zuzuordnenden Vorlaufphänomen: Sofern sich beim Vorbeugen die Höhe der Daumen gegeneinander verschiebt, liegt in dieser Gegend eine einseitige Mobilitätsminderung vor. (Mit freundl. Genehmigung von J.M. Werner)



**Abb. 2** ▲ Bei vorgefundener Irritation einseitig in der Lende wird über den Schmerzprovokationstest geprüft, welche Richtungen schmerzhaft und welche nicht schmerzhaft sind. Nur bei freier Richtung besteht eine Indikation zur manuellen Therapie. (Mit freundl. Genehmigung von J.M. Werner)

när (medizinisch, psychologisch, sozial) erfolgen. Hierbei besteht eine hohe Evidenz für einen negativen Einfluss durch

- Depressivität, Distress (vor allem berufs-/arbeitsbezogen),
- schmerzbezogene Kognitionen (z. B. Katastrophisieren, Hilf-/Hoffnungslosigkeit, Angst-Vermeidungs-Verhalten) sowie
- passives Schmerzverhalten (z. B. ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten).

Gedankenunterdrückung, überaktives Schmerzverhalten und Somatisierungsneigung haben eine moderate Bedeutung, Persönlichkeitsmerkmale oder Psychopathologien spielen kaum oder gar keine Rolle [5].

## Therapiemöglichkeiten bei akutem Kreuzschmerz

Bei Vorliegen spezifischer Ursachen, wie oben skizziert und durch „red flags“ aufgefallen, ist eine gezielte Behandlung durch den zuständigen Facharzt erforderlich. Dies betrifft allerdings nur etwa 15% aller Patienten. Die NVL Kreuzschmerz gibt für den akuten, nichtspezifischen Kreuzschmerz die Fortführung der Alltagsbewegungen und die **Edukation** des Patienten (Dauer: 2,5 h) als wichtigste Therapien an. Mit weniger Evidenz werden traditionelle NSAR empfohlen. Manuelle Verfahren „können“ angewendet werden [5].

Dieses Konzept klingt relativ deprimierend – man berät den Patienten über die Harmlosigkeit seiner Beschwerden, hält ihn zeitaufwendig zu Eigenaktivität und -training sowie zur Entspannung an und wartet 6 Wochen. Allenfalls können noch traditionelle NSAR verordnet werden, keine COX-2-Hemmer. Bei psychosozialen Risikofaktoren ist dann eine kognitive Verhaltenstherapie angezeigt.

Zu den manuellen Verfahren heißt es, es gäbe noch keine Evidenz für oder gegen deren Indikation. Neuere Studien unterstützen allerdings die Indikation zu manuellen Techniken, insbesondere zur Manipulation [11, 22]. Ein systematischer Review empfiehlt die Manipulation als Therapie der Wahl beim akuten Kreuzschmerz, wenn Eigenaktivität und Beratung nicht wirken [6].

Zur gezielten Indikation von Manipulationen beim akuten Kreuzschmerz wird ein **Prädiktionsschema** mit 5 Variablen angeboten [7]:

1. Dauer der Beschwerden weniger als 16 Tage: Patienten mit akuten Symptomen reagieren besser auf Manipulationen [7].
2. Asymmetrische Hüftrotation (ein Hüftgelenk mit weniger als 35° Rotation in eine Richtung) sind bei Kreuzschmerzpatienten mit besserem Manipulationserfolg assoziiert [7].
3. Verminderte lumbale Beweglichkeit gilt als guter Prädiktionsfaktor für erfolgreiche Manipulation beim akuten Kreuzschmerz [7, 11].
4. Keine Symptomatik unterhalb des Kniegelenks: Hier gelten Manipulationen generell als kontraindiziert [7].

**Neuere Studien unterstützen die Indikation zu manuellen Techniken**



**Abb. 3** ▲ Die in der MWE-Studie [11] erfolgreich eingesetzte Manipulationstechnik der homonymen Rotationstraktion über den Dornfortsatz (sog. Finger-Hakelzug-Technik). (Mit freundl. Genehmigung von J.M. Werner)



**Abb. 4** ▲ Sanfte Mobilisation in Form einer myofaszialen Releasetechnik im Bereich der Fascia thoracolumbalis. (Mit freundl. Genehmigung von J.M. Werner)

### Die lumbale Manipulation kann ohne Vorliegen von Kontraindikationen als Therapie der Wahl angesehen werden

5. Die Überzeugung, die Berufstätigkeit sei aus Angst vor Schmerz zu vermeiden, spricht gegen eine erfolgreiche Manipulation. Ein Fragebogen quantifiziert die Angst des Patienten vor Aktivität [8]. Angst-Vermeidungs-Überzeugungen bedingen wohl ein kognitives Schema, das den Betroffenen bestimmte Bewegungen vermeiden lässt [15].

In einer randomisierten Doppelblindstudie [11] bei akutem, nichtspezifischem Kreuzschmerz mit segmentaler Dysfunktion zeigten sich ein signifikant besseres Ergebnis bei 1- bis 2-maliger Manipulation (■ **Abb. 3**) gegenüber Diclofenac und eine deutliche klinische Überlegenheit gegenüber Paracetamol. Ohne Vorliegen von Kontraindikationen gegenüber einer lumbalen Manipulation kann daher diese als Therapie der Wahl angesehen werden. Kontraindikationen ergeben sich aus den o. g. „red flags“ wie auch aus einer möglicherweise schmerzhaften **Probebewegung**, die daher vor einem manipulativen Impuls durchgeführt werden muss.

Als besondere Wirkungen der Impulsmanipulation sind bisher nachgewiesen:

- Eine anhaltende Inhibition der A $\delta$ -Faser-vermittelten Modulation der Hinterhornreizschwelle [4]
- Eine C-Faser-vermittelte anhaltende Hypalgesie der unteren Extremität unabhängig von positiver oder neutraler Erwartungshaltung des Patienten [3]
- Ein deutlicher Anstieg der Endocannabinoide [18]

Sogar bei Patienten mit nichtspezifischem Kreuzschmerz über mehr als 6 Wochen mit Zeichen einer peripheren oder zentralen Sensibilisierung ergibt sich jeweils eine gute Besserung durch Behandlung mit 1-maliger Manipulation sowie durch 7-malige McKenzie-Physiotherapie [22].

Bei Vorliegen von Kontraindikationen gegen eine Impulsmanipulation können andere Verfahren der manuellen Therapie (Mobilisationen, neuromuskuläre, myofasziale und andere Weichteiltechniken) angewendet werden (■ **Abb. 4**).

In jedem Fall sollte der Patient zur schmerzadaptierten Fortführung seiner Alltagsaktivitäten angehalten werden. Als **Rezidivprophylaxe** sollte ein regelmäßiges Bewegungsprogramm mit dem Patienten entworfen werden, das diesem Spaß macht, zeitlich realisierbar und bezahlbar ist [5]. Dies muss kein Sport sein, auch ein entspanntes tägliches Spazierengehen über 90 min kann hilfreich sein. Nicht die Strecke, die Zeit ist wichtig.

## Fazit für die Praxis

- Bei akutem Kreuzschmerz müssen zunächst spezifische, strukturelle Ursachen ausgeschlossen werden.
- Beim akuten nichtspezifischen Kreuzschmerz kann versucht werden, zwischen den bekannten Untergruppen zu unterscheiden:
  - Segmentale Dysfunktion mit Mobilitätsminderung, Irritation und Provokationsschmerz, aber bei mindestens einer freien Richtung
  - Bewegungskontrolldysfunktion mit verschiedenen muskulären Schwächen und Dysbalancen, ggf. in Zusammenhang mit gestörter Körperwahrnehmung
  - Psychosozialer Stress mit somatischer Schmerz Wahrnehmung
  - Andere Untergruppen sind möglich, aber noch nicht ausreichend definiert
- Entsprechend dieser Diagnostik ergeben sich die therapeutischen Optionen. In der Untergruppe der segmentalen Dysfunktion steht dem Manualmediziner nach Ausschluss von Kontraindikationen die Manipulation als nachgewiesene Therapie der Wahl zur Verfügung.

## Korrespondenzadresse

**Dr. W. von Heymann**

Orthopädische Praxismgemeinschaft  
Schwachhauser Heerstr. 367, 28211 Bremen  
heyman@cosit.de

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

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

## Literatur

1. Arendt-Nielsen L, Mense S et al (2003) Messung von Muskelschmerz und Hyperalgesie. *Schmerz* 17:445–449
2. Al-Rawahi M, Luo J et al (2011) Mechanical function of vertebral body osteophytes, as revealed by experiments on cadaveric spines. *Spine* 36:770–777
3. Bialosky JE, Bishop MD et al (2008) The influence of expectation on spinal manipulation induced hypoalgesia: an experimental study in normal subjects. *BMC Musculoskelet Disord* 9:19–28
4. Bialosky JE, Bishop MD et al (2009) Spinal manipulative therapy has an immediate effect on thermal pain sensitivity in people with low back pain: a randomized controlled trial. *Phys Ther* 89: 1292–1303
5. Bundesärztekammer (BÄK) et al (2010) Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz. <http://www.kreuzschmerz-versorgungsleitlinien.de>
6. Dagenais S, Gay RE et al (2010) NASS Contemporary concepts in spine care: spinal manipulation therapy for acute low back pain. *Spine J* 10:918–940
7. Flynn T, Fritz J et al (2002) A clinical prediction rule for classifying patients with low back pain who demonstrate short-term improvement with spinal manipulation. *Spine* 27:2835–2843
8. George SZ, Fritz J et al (2001) A comparison of fear-avoidance beliefs in patients with lumbar spine pain and cervical spine pain. *Spine* 26:2139–2145
9. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2006) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin. <http://www.gbe-bund.de>
10. Heymann W (2011) Zur Diagnostik segmentaler Funktionsstörungen an der Wirbelsäule. *Manuelle Med* 49:25–39
11. Heymann W, Schloemer P et al (2012) Spinal HVLA-Manipulation in acute nonspecific LBP: a double blinded randomized controlled trial in comparison with diclofenac and placebo. *Spine* (Epub ahead of print)
12. Jänig W (2011) Functions of the autonomous nervous system: current concepts. In: King HH, Jänig W, Patterson MM (eds) *The science and clinical application of manual therapy*. Livingstone, Edinburgh
13. Jänig W (2011) Motorische Rückkopplungen und Schmerz. In: Fischer L, Peucker E (Hrsg) *Integrative Schmerztherapie*. Haug, Stuttgart, S 81–89
14. Kolb E, Canjuga M et al (2011) Course of back pain across 5 years. *Spine* 36:268–273
15. Leonhardt C, Lehr D et al (2009) Are fear-avoidance beliefs in low back pain patients a risk factor for low physical activity or vice versa? *GMS Psychosoc Med* 6:1–12
16. Locher H (2012) Von der Schmerzanalyse zur Diagnose bei Schmerzen am Bewegungsorgan. *Manuelle Med* 50:409–422
17. Luomajoki H, Saner J (2012) Bewegungskontrolldysfunktion als Subgruppe von unspezifischen Rückenschmerzen. *Manuelle Med* 50:387–392
18. McPartland JM, Giuffrida A et al (2005) Cannabimimetic effects of osteopathic manipulative treatment. *J Am Osteopath Assoc* 105:283–291
19. Mense S (2005) Neurobiologie des unspezifischen Rückenschmerzes. In: Hildebrand J, Müller G, Pflugsten M (Hrsg) *Lendenwirbelsäule: Ursache, Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen*. Urban & Fischer, München, S 124–138
20. Mense S, Taguchi T, Hoheisel U (2009) Was wissen wir über die Muskulatur als Nozigenator – und andere Überraschungen. (Vortrag im Rahmen der MWE-Jahreshauptversammlung, Oktober 2009, Isny)
21. Neuhuber WL (2005) M. longissimus als Vermittler zwischen kraniozervikalem Übergang und Becken. *Manuelle Med* 43:395–399
22. Petersen T, Larsen K et al (2011) The McKenzie method compared with manipulation when used adjunctive to information and advice in low back pain patients presenting with centralization or peripheralization: a randomized controlled trial. *Spine* 36:1999–2010
23. Sandkühler J (2009) Models and mechanisms of hyperalgesia and allodynia. *Phys Rev* 89:707–758

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

- ? **1.) Der Kreuzschmerz ist in Deutschland bei den Ursachen für Arbeitsunfähigkeit**
- an erster Stelle
  - an dritter Stelle
  - an fünfter Stelle
  - um die 10. Stelle
  - statistisch unbedeutend
- ? **2.) Ein 58-jähriger Kellner in der Spätschicht klagt über seit einigen Tagen scheinbar grundlos aufgetretenen heftigen Schmerz in der Lendenregion, die beiderseits ins Gesäß ausstrahlen. Bei welcher klinischen Verdachtsdiagnose ist kein Röntgenbild angezeigt?**
- Ermüdungsfraktur eines Lendenwirbels
  - Wirbelmetastase bei bekanntem Prostata-Karzinom
  - Lumbale Bewegungskontrolldysfunktion
  - Bakterielle Spondylodiszitis bei vereiterter Zahnwurzel
  - Wurzelreizung durch Foramenstenose beiderseits bei Reklination
- ? **3.) Welche Symptome oder Verhaltensweisen von berufstätigen Patienten mit chronischem Kreuzschmerz sind auf eine zentrale Sensibilisierung mit multisegmentaler Nozi-Rezeption zurückzuführen?**
- Psychosomatische Verfolgungsideen (Mobbing-Gefühle am Arbeitsplatz)
  - Zentrale Wahrnehmungsstörung mit Desorientierung zu Raum und Zeit
  - Sensibilitätsstörungen in beiden Beinen unterhalb der Kniegelenke
  - Unfähigkeit der exakten Schmerzlokalisation im Bereich der Lende
  - Therapieresistenz gegenüber einer Medikation nach dem WHO-Schema
- ? **4.) Die segmentale (durch Gelenk, Muskel oder Eingeweide verursachte) Dysfunktion als Ursache von nicht-spezifischem akuten Kreuzschmerz gehört zu der Untergruppe, die neurophysiologisch erzeugt wird durch eine**
- zentralnervöse, cortico-spinale Inhibitionsstörung
  - nozizeptiv-neuropathische Störung im autonomen Nervensystem
  - unspezifische Noziafferenz auf multizeptive Hinterhornneurone
  - Störung im dorsalen Rückenmark durch Öffnung stummer Synapsen
  - sympathische Gefäßversorgungsstörung im spinalen Hinterwurzelganglion
- ? **5.) Eine 35-jährige Mutter von drei kleinen Kindern trägt einen akuten Kreuzschmerz vor. Welches Symptom lässt an einen ernsten, strukturellen Schaden denken?**
- Kribbelparästhesien in der Lumbalregion
  - Beidseitiger Schmerz der ischiocruralen Muskeln
  - Einseitiger Verlust des Fersenstands
  - Diskontinuierlicher Beinschmerz ohne Kribbeln
  - Einseitiger Rotationsschmerz der Lende
- ? **6.) Eine 47-jährige Behindertenpädagogin klagt über akuten Kreuzschmerz, kann die Behinderten beim Transfer nicht mehr heben und ist arbeitsunfähig. Wann ist bei leitliniengerechter Therapie eine psychosoziale Evaluation überflüssig?**
- Bei Berufstätigen ist sie immer erforderlich
  - Wenn sie nach 2 Wochen wieder arbeitsfähig ist
  - Wenn sie nach 4 Wochen wieder arbeitsfähig ist
  - Wenn sie nach 12 Wochen wieder arbeitsfähig ist
  - Sie ist bei diesem Krankheitsbild immer überflüssig
- ? **7.) Ein 35-jähriger Büroangestellter, der den Betrieb für eine Steuerprüfung vorbereitet, bringt zur Konsultation wegen akuten Kreuzschmerzes eine 19 Monate alte, unauffällige Röntgenuntersuchung der LWS mit. Damals, noch in seiner Probezeit, habe da er das schon mal gehabt. Er fühle sich aber nicht arbeitsunfähig. Wann sind erneute/weitere bildgebende Untersuchungen erforderlich?**
- Wegen der in diesem Alter häufigen Diskus-Schäden sofort
  - Wenn nach 3 Tagen Diclofenac keine völlige Beschwerdefreiheit eintritt
  - Wenn nach manueller Mobilisation in 3 Tagen keine Beschwerdefreiheit eintritt
  - Wegen Schmerz trotz leitliniengerechter Therapie nach 12 Wochen
  - Wegen der hohen psychosozialen Arbeitsplatz-Belastung gar nicht
- ? **8.) Eine eindeutig diagnostizierte segmentale Dysfunktion der unteren Lendenwirbelsäule hat dann eine geringe Aussicht, durch eine manuelle Manipulation rückfallfrei beseitigt zu werden, wenn**
- der Test auf Mobilität, Irritation und Bewegungsprovokation positiv ist
  - die Beschwerden bereits länger als 8 Tage bestehen
  - die mobilisierenden Probestandlung nur in eine Richtung schmerzfrei ist
  - das Sitzbein als Hauptschmerzpunkt angegeben wird
  - der Patient Angst vor dem Verlust seines Arbeitsplatzes hat
- ? **9.) Der besondere therapeutische Wert einer Impuls-Manipulation zur Therapie der segmentalen Dysfunktion beim akuten Kreuzschmerz besteht darin, dass**
- nur das physikalisch-akustische Knackphänomen die erfolgreiche Überwindung der Adhäsionskräfte anzeigt
  - auch bei neutraler Erwartungshaltung des Patienten eine Hypoalgesie der unteren Extremität eintritt
  - der Arzt durch den engen physischen Kontakt mit dem Patienten einen Placebo-Effekt von knapp 80% auslöst
  - sich die Wartezeit in dieser Praxis durch die kurze Behandlungsdauer erheblich verkürzt und schnell Beschwerdefreiheit eintritt
  - nur durch den manipulativen Impuls die eingeklemmten meniskoiden Schleimhautfalten sicher reponiert werden

**?** 10.) Eine 39-jährige, alleinstehende Sekretärin (GKV-versichert) kommt innerhalb von 12 Monaten zum fünften Mal mit einer schmerzhaften, segmentalen Dysfunktion ohne strukturelle Schäden. Man habe ihr wegen des Verdachts auf Hypermobilität bereits intensiven Muskelaufbau per Heilmittel-Verordnung rezeptiert, aber das Budget sei aufgebraucht. Welche Prävention weiterer Schmerz-Episoden kann ihr empfohlen oder verordnet werden?

den kann ihr empfohlen oder verordnet werden?

- Aufnahme von Leistungssport dreimal wöchentlich in einem Verein
- Tägliches, entspanntes Spazierengehen über 90 Minuten
- Jahres-Abonnement in einem Sportstudio mit Aerobic/Spinning
- Stabilisierende Krankengymnastik (auf Privat-Rezept, außerhalb des GKV-Budgets)

- Keine, weil bei segmentaler Dysfunktion eine Prävention nicht evidenzbasiert ist

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

## Medizinisches Zahlenrätsel

Jedem Buchstaben der 11 Suchworte ist eine Zahl von 1-24 zugeordnet. Das Lösungswort ergibt sich aus der vorgegebenen Zahlenreihe.

Gelbe Bänder zwischen den Wirbelkörpern, die die Wirbelsäule stabilisieren	1	2	3	4	5	6	7	8	4	-	9	1	4	10	4		
Austretende Fasern aus dem Rückenmark	7	6	11	10	6	7	12	13	11	14	6	1					
Häufige Ursache für ausstrahlende Rückenschmerzen	15	2	16	17	13	16	18	11	19	1	4	18	16				
Eitrige Infektion an der Wirbelsäule	18	6	11	2	15	13	11	4	1	4	20	16	14	6	16	16	
Infektion der Bandscheibe	15	2	16	21	2	8	2	16									
Aufhebung der Muskeleigenreflexe	4	11	6	9	1	6	22	2	6								
Gängiges Analgetikum bei Kreuzschmerzen (Wirkstoff)	2	20	13	18	11	19	9	6	7								
Invasive Therapie von chronischen Rückenschmerzen	2	7	9	2	1	8	11	4	8	2	19	7					
Konservative Therapie von Rückenschmerzen	18	23	24	16	2	19	8	23	6	11	4	18	2	6			
Nervendehnungszeichen (Eponym)	1	4	16	6	3	13	6										
Eigenschaft eines ausstrahlenden Schmerzes, der zu keinem Dermatome passt	18	16	6	13	15	19	11	4	15	2	17	13	1	4	6	11	

### Schlüssel:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

### Lösungswort:

2	1	2	19	16	4	17	11	4	1	3	6	1	6	7	17	4	11	8	23	11	19	15	6	16	6

## Sicherer Verordnen

### Kontrastmittelinduzierte Nephropathie

Neue Empfehlungen zur Therapie einer kontrastmittelinduzierten Nephropathie (CIN, Anstieg des Serumkreatinins um mehr als 0,5 mg/dl bzw. eine relative Zunahme von über 25 % innerhalb von drei Tagen nach Kontrastmittelgabe) beinhalten keine Gabe von Acetylcystein (ACC) mehr. Auch hohe ACC-Dosen (1200 mg alle zwölf Stunden zweimalig vor und nach der Kontrastmittelgabe) wirkten nach einer neuen prospektiven und randomisierten Studie weder protektiv auf ein Auftreten einer CIN noch die Dialysehäufigkeit. Nun werden empfohlen: Gabe einer 0,9 % NaCl-Lösung (1 ml/kg/h) mindestens sechs Stunden vor bis zwölf Stunden nach Kontrastmittelgabe, alternativ auch 0,84 % Natriumbikarbonatlösung eine Stunde (3 ml/kg/h) vor und bis sechs Stunden (1 ml/kg/h) nach der Kontrastmittelgabe. Bei Patienten mit einer guten Compliance kann auch eine orale Hydratation erwogen werden. Besonders gefährdete Patienten: Alter über 70 Jahre, bekannte Nierenfunktions-einschränkung mit einer berechneten GFR < 60 ml/min.

Quelle: *Dtsch.med.Wschr.* 2013; 138: 71-8

### Protonenpumpenhemmer zur Prophylaxe

Protonenpumpenhemmer (PPI) werden zunehmend prophylaktisch eingesetzt. Am bekanntesten scheint die zusätzliche Einnahme eines PPI bei einer Dauertherapie eines Nicht-steroidalen Antiphlogistikums (NSAID) zu sein, um gastrointestinale unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) dieser Stoffe zu vermeiden. Dieses Prinzip hat jedoch einen gravierenden Nachteil: zusätzlich zu den UAW eines Arzneistoffes können sich die UAW des anderen addieren. Von PPI ist bekannt, dass sie u.a. eine Hypomagnesiämie, eine gesteigerte Fraktur- und Pneumonierate und einen Vitamin-B12-Mangel sowie Interaktionen mit z.B. Thrombozytenaggregationshemmern verursachen können. Dem Autor ist zuzustimmen, dass

- das individuelle Risiko für Ulzera, Stressläsionen und Blutungen evaluiert werden muss.

- PPI abgesetzt werden, wenn keine Indikation mehr vorliegt.
- durch eine versuchsweise Dosisreduktion eine niedrigstmögliche wirksame Dosis angestrebt werden soll.
- eine Intervalltherapie entsprechend der Risikosituation (z.B. bei Chemotherapie) angewandt wird.
- eine On-Demand-Therapie grundsätzlich vorzuziehen ist.

Auch wenn der Gemeinsame Bundesausschuss vor kurzem die Verordnung von fixen Kombinationen eines NSAID mit einem PPI bei Patienten mit hohem Risiko gastro-duodinaler UAW zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen zugestimmt hat, bleiben Zweifel am medizinischen Sinn dieser Kombination: sowohl die wirksame Dosis eines NSAID als auch die Dosis eines PPI sind immer individuell festzulegen, um eine Unter- bzw. Überdosierung einer der beiden Arzneistoffe zu vermeiden. Derzeit auf dem deutschen Markt: Vimovo®, eine fixe Kombination von 500 mg Naproxen und 20 mg Esomeprazol.

Quelle: *Internist* 2013; 54:366 – 371;  
*Dt. Ärztebl.* 2013; 110(11): C467

### Donepezil – malignes neuroleptisches Syndrom

Unsere Arzneimittelüberwachungsbehörde BfArM hat ein Stufenplanverfahren zu Donepezil-haltigen Arzneimitteln (Aricept®) eingeleitet: in Zukunft muss in den Fachinformationen und der Packungsbeilage auf ein mögliches Auftreten eines malignen neuroleptischen Syndroms hingewiesen werden. Dieses potentiell lebensbedrohliche Syndrom ist charakterisiert durch Hyperthermie, Muskelsteifigkeit, vegetative Instabilität, Bewusstseinsveränderungen und Erhöhung der Kreatinkinase, sowie nachfolgend Rhabdomyolyse und akutes Nierenversagen. Bereits bei Auftreten von unklarem hohem Fieber muss die Therapie mit Donepezil abgebrochen werden. Der Cholinesterasehemmer wird als Antidementivum eingesetzt und ist von umstrittener Wirksamkeit, vor allem von Kombinationen mit Antipsychotika ist abzuraten.

Quelle: *Pharm. Ztg.* 2013; 158 (9): 99

### Neue Arzneistoffe 2012 – kritische Einschätzungen

In Gegensatz zu oft überschwänglichen Werbeaussagen über die Wirksamkeit neuer Arzneistoffe bleibt eine französische kritische medizinische Zeitschrift bei ihrer Einschätzung, dass seit 2008 (!) kein neuer Arzneistoff einen Preis für einen generellen größeren therapeutischen Fortschritt verdient hat. 82 neue Wirkstoffe bzw. neue Indikationen alter Wirkstoffe wurden bewertet. Boceprevir (Victrelis®) bei chronischer Hepatitis C wurde ein wirklicher Vorteil attestiert, ebenso scheinen Abirateron (Zytiga®) nach Therapieversagen anderer Arzneistoffe bei Prostatakarzinom, Telaprevir (Incivo®) bei chronischer Hepatitis C und Trastuzumab (Abiraxane®) zur adjuvanten Therapie bei Brustkrebs vorteilhaft zu sein.

Nachdenklich stimmen Einschätzungen wie „nichts Neues“ für 42 und „nicht akzeptierbar“ für 15 neue Arzneistoffe oder Indikationen. In letztere Gruppe fallen u.a. Asenapin (Sycrest®) bei manischen Episoden bipolarer Störungen, Bevacizumab (Avastin®) bei fortgeschrittenem Ovarialkarzinom, Domperidon (Motilium®, Generika) bei gastrointestinalen Störungen, zwei Gliptine zur Therapie eines Diabetes Typ 2.

Wenn auch die Beurteilungen etwas streng erscheinen, sie sind vergleichbar mit der Nutzenbewertung des IQWiG, deutlich z.B. bei der Einschätzung von Gliptinen. Ob es bei der ersten Reaktion des Herstellers von Linagliptin (Trajenta®), das Präparat in Deutschland nicht anzubieten, bleiben wird?

Quellen: *Prescr. Internat.* 2013; 22 (136 und 137): 79 und 105-107

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:  
*Rheinisches Ärzteblatt* 5/2013

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

## Zusätzliche Überwachung von Arzneimitteln

Ab September 2013 gibt es eine Kennzeichnung von Arzneimitteln, die einer zusätzlichen Überwachung in der Pharmakovigilanz unterliegen.

Hierzu werden Fachinformation und Packungsbeilage durch einen kurzen Begleittext und ein schwarzes Dreieck, welches mit der Spitze nach unten zeigt, ergänzt.

Hiermit sollen die Patienten darüber informiert werden, dass unter anderem noch begrenzte Kenntnisse und Erfahrungen zu Risiken bei diesen Medikamenten vorliegen.

Es handelt sich dabei um

- alle nach dem 1. Januar 2011 zugelassenen Arzneimittel, die einen neuen Wirkstoff enthalten
- alle nach dem 1. Januar 2011 zugelassenen biologischen Arzneimittel wie Impfstoffe, monoklonale Antikörper oder aus Plasma gewonnene Arzneimittel
- Arzneimittel, für die nach der Zulassung weitere Daten erforderlich sind oder deren Zulassung bestimmten Bedingungen in Bezug auf ihre sichere und wirksame Anwendung unterliegt

Bisher sind neu zugelassene Arzneimittel oder Arzneimittel mit einem besonderen Sicherheitsprofil nicht ohne weiteres als solche erkennbar. Hiermit werden nun Ärzte, Apotheker und Patienten durch das schwarze Dreieck darauf aufmerksam gemacht, dass besonders bei diesen Arzneimitteln eventuell auftretende Nebenwirkungen gemeldet werden sollen. Das Ziel ist eine bessere Erfassung und Erkennung des Nebenwirkungspotentials von Medikamenten.

*Dr. med. Wolfgang LangHeinrich,  
Vorstandsbeauftragter  
Pharmakotherapie der KV Hessen*

### Vorsorge für Unfall – Krankheit – Alter

#### Gesundheitsnetz Frankfurt/Main (GNEFeG) stellt Broschüre zur Patientenverfügung vor

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

Über die rechtlichen, medizinischen und ethischen Fragestellungen rund um das Verfassen einer Patientenverfügung informierte das Gesundheitsnetz Frankfurt/Main (GNEF) in Kooperation mit dem Gesundheitsnetzwerk Rhein/Main am 18. April im Lindner Congress-Hotel Frankfurt im Rahmen einer Podiumsdiskussion. Dr. med. Almut Körner, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Palliativmedizin, Dr. med. Martin Dürsch, Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie, Thomas Sitte, Vorstandsvorsitzender der Deutschen PalliativStiftung und Facharzt für Anästhesie, Schmerztherapie, Palliativmedizin, Dr. med. Ira Nottmeier, Oberärztin für Anästhesie sowie Mitglied im Ethikkomitee des Klinikums Frankfurt Höchst, und Wibke Köppler, Fachanwältin für Medizinrecht, diskutierten und informierten über die verschiedenen Aspekte rund um die Erstellung einer Patientenverfügung. Dr. med. Carola Koch, Vorstandsvorsitzende des GNEF, hielt die Begrüßungsrede. Moderiert wurde die Diskussion von Dr. med. Christiane Kunz, Fachärztin für Allgemeinmedizin.

Die Experten beschrieben verschiedene Situationen, in denen eine Entscheidung über die weitere Behandlung von Patienten in Todesnähe

durch das vorherige Verfassen einer Patientenverfügung erleichtert werden kann. Die Patienten können darin selbst festlegen, wie ein für sie würdiges Lebensende gestaltet werden soll. Um Patientinnen und Patienten bei der schriftlichen Formulierung ihrer Vorstellungen zu unterstützen, hat das Gesundheitsnetz Frankfurt/Main die Broschüre „Vorsorge für Unfall – Krankheit – Alter: Vollmacht erteilen durch Verfügungen“ zusammengestellt, die an diesem Informationsabend ebenfalls vorgestellt wurde. Sie wurde mit Unterstützung der Ärztzogenossenschaft PriMa eG (Marburg), dem Klinikum Frankfurt Höchst, dem Schulungsverein Frankfurt Nord, dem Krankenhaus Sachsenhausen, dem PalliativTeam Frankfurt, dem Amt für Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main und dem Evangelischen Hospiz Frankfurt am Main erstellt.

Die Broschüre enthält Formulare für eine Patientenverfügung, für eine Vorsorgevollmacht, für eine Konto- und Depotvollmacht und für eine Betreuungsverfügung sowie einen Patientenausweis, auf dem vermerkt werden kann, wo eine Vollmacht bzw. eine Patientenverfügung hinterlegt ist.

Die Broschüre Unfall-Krankheit-Alter ist in den Mitgliedspraxen des GNEF sowie im Klinikum Höchst in Zusammenhang mit einer Beratung erhältlich.

Weitere Informationen unter [www.gnef.de](http://www.gnef.de)

*Katja Kölsch*

# Aufgaben und Arbeitsweise der Gutachter- und Schlichtungsstelle (GUS) bei der Landesärztekammer Hessen

(„Patient“ und „Arzt“ werden im Text als abstrakte Begriffe unabhängig vom Geschlecht benutzt.)

Gutachter- und Schlichtungsstellen der deutschen Ärztekammern gibt es seit 1975 – Übersicht mit allen Anschriften bei (1). Zwar gibt es im Detail Unterschiede zwischen den Einrichtungen verschiedener Landesärztekammern, das Grundprinzip der Arbeitsweise (vgl. unten) ist aber bei allen ähnlich, und alle Einrichtungen kooperieren in einer jährlichen „Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen“. Ein Behandlungsfehler im Sinne des Verfahrens vor den Gutachter- und Schlichtungsstellen liegt vor...

„...bei einem diagnostischen oder medizinischen Eingriff,

- der medizinisch nicht indiziert war,
- oder bei dem die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Praxis unter den jeweiligen Umständen erforderliche Sorgfalt objektiv außer Acht gelassen wurde, sowie beim Unterlassen eines nach diesem Maßstab medizinisch gebotenen Eingriffs.“<sup>a</sup> Behandlungsschaden (iatrogener Schaden) wird verstanden als:

„Oberbegriff für alle Gesundheitsschäden, die nicht durch krankheitsimmanente Komplikationen, sondern entweder durch vermeidbare Behandlungsfehler oder durch nicht vermeidbare, so genannte behandlungsimmanente Wirkungen entstanden sind.“ (1)

Seit 1979 werden die Daten der Einrichtungen aller Landesärztekammern zentral

erfasst und seit 2006 über das „Medical Error Reporting System“ (MERS) jährlich zu einer einheitlichen bundesweiten Statistik zusammengeführt und publiziert. Diese Statistik ist über die Internetseite der Bundesärztekammer (2) für jedermann frei zugänglich.

Die Zahl der an die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen gestellten Anträge ist von 10.280 im Jahre 2006 auf 11.107 im Jahre 2011 leicht gestiegen.

2011 wurden insgesamt 7.452 (67 % aller Anträge) Entscheidungen in der Sache getroffen. In 25,5 % von diesen wurden für Schäden kausale Fehler und in 5,2 % Fehler ohne solche Kausalität festgestellt. In 69,3 % wurden keine Fehler festgestellt.

Sowohl in Krankenhäusern als auch Praxen betrafen Anträge auf Feststellung von Behandlungsfehlern am häufigsten die Fachgebiete Chirurgie / Unfallchirurgie / Orthopädie und als behandelte Diagnosen Coxarthrose und Gonarthrose.

Die Gutachter- und Schlichtungsstelle bei der Landesärztekammer Hessen (5) (nachfolgend: GUS genannt.) besteht seit 1978. Sie steht derzeit unter dem Vorsitz von Frau Dr. Katharina Deppert (Vorsitzende Richter am BGH a.D.) und ist in ihrer Tätigkeit von der Kammer inhaltlich unabhängig und an keinerlei Weisungen gebunden. Sie wird im Sinne einer außergerichtlichen Schlichtung entweder auf Antrag eines Patienten (nach dessen Tod

auch der Erben) oder eines Arztes<sup>a</sup> tätig mit der Zielsetzung, zu klären, ob dem Arzt ein vermeidbarer Behandlungsfehler unterlaufen ist, der beim Patienten zu einem Behandlungsschaden geführt hat. Ist bereits ein gerichtliches Verfahren zum fraglichen Behandlungsfehler anhängig oder hat schon ein Gericht über diesen entschieden, wird die GUS nicht mehr tätig. Werden erst nach Anrufung der Gutachterstelle gerichtliche Verfahren eingeleitet, kann diese ihr eigenes Verfahren einstellen.

Verfahren der Gutachterstelle sind sowohl für Patient (oder dessen Erben) als auch Arzt freiwillig und kostenlos.<sup>b</sup> Für das Verfahren gelten die Grundsätze des Zivilprozessrechtes und die Beteiligten können sich durch bevollmächtigte Dritte vertreten lassen. Arzt oder die Gutachterstelle unterrichten auch den Haftpflichtversicherer des Arztes. Im Rahmen ihrer Verfahren beschafft die Gutachterstelle zunächst die erforderlichen Krankenunterlagen und beauftragt einen unabhängigen, erfahrenen Sachverständigen (gegen dessen Person können die Beteiligten binnen drei Wochen Einwände vorbringen.) mit der Begutachtung des Falles anhand dieser Krankenunterlagen etc. Falls nötig und zweckmäßig werden betroffene Patienten aber auch untersucht. Das Gutachten des Sachverständigen wird in Form eines Bescheides der Gutachterstelle den Beteiligten übermittelt. Diese können innerhalb eines Monats nach der Zustellung eine Entscheidung der Gutachterkommission (bestehend aus einem vorsitzenden Juristen und mindes-

<sup>a</sup> Dies kommt eher selten vor. Da ohnehin der Arzt für die Vorlage von Krankenunterlagen vom Patienten eine Entbindung von der Schweigepflicht einholen muss, wird oft dem Patienten empfohlen, sich selbst an die Gutachter- und Schlichtungsstelle zu wenden.

<sup>b</sup> Die Kosten trägt die Landesärztekammer Hessen, die Haftpflichtversicherer leisten dazu einen allgemein festgelegten Beitrag.

## Kinderbetreuung für Kinder von drei bis acht Jahren ab 1. Januar 2013

Freitag nachmittags und Samstag ganztags möglich!

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

### I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise auf Seite 546!

#### Curriculum Organspende (insg. 40 Std.)

##### Kriseninterventionsseminar (8 Std.)

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

**Mittwoch, 03. Jul. oder Mittwoch 04. Sep. 2013** **8 P**

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

**Teilnahmebeitrag:** insg. € 360 (Akademiemitgl. € 324)

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Flören-Benachib, Akademie,  
Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,  
E-Mail: [andrea.floeren-benachib@laekh.de](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)

#### 29. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

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

**Montag, 23. – Freitag, 27. Sep. 2013** **55 P**

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

**Teilnahmebeitrag:** € 550 (Akademiemitgl. € 495)

**Tagungsort:** Frankfurt a. M., Universitätsklinikum  
Seminarraum Zi. 330, Haus 11, 3. Stock

**Auskunft und Anmeldung:** Frau V. Wolfinger, Akademie,  
Tel.: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,  
E-Mail: [veronika.wolfinger@laekh.de](mailto:veronika.wolfinger@laekh.de)

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

**Mittwoch, 25. Sep. 2013, 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,  
Tel.: 0611 97748-25, Fax: -41,

E-Mail: [barbara.sebastian@laekh.de](mailto:barbara.sebastian@laekh.de)

**Weitere Termine 2013:** 30. Okt., 13. Nov., 11. Dez.

#### Repetitorium Frauenheilkunde

**Mittwoch, 04. – Samstag, 07. Sep. 2013**

##### Programmübersicht:

**Mittwoch:** Endokrinologie, Reproduktionsmedizin und lernpsychologische Prüfungsvorbereitung (Gruppe 1)

**Tagesleitung:** Prof. Dr. med. H.-R. Tinneberg, Gießen

**Donnerstag:** Gynäkologie, Urogynäkologie und lernpsychologische Prüfungsvorbereitung (Gruppe 2)

**Tagesleitung:** Prof. Dr. med. H.-R. Tinneberg, Gießen

**Freitag:** Geburtshilfe, incl. Pränataldiagnostik

**Tagesleitung:** N.N.

**Samstag:** Gynäkologische Onkologie

**Tagesleitung:** N.N.

**Gesamtleitung:** Prof. Dr. med. H.-R. Tinneberg, Gießen

**Teilnahmebeitrag:** auf Anfrage

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

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

Tel.: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,

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

#### Kommunikation bei Schadensfällen

**Samstag, 28. Sep. 2013, 09:00 Uhr – 16:30 Uhr** **10 P**

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

**Teilnahmebeitrag:** € 110 (Akademiemitgl. € 99)

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

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

Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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

#### Moderatorentaining

**Freitag, 04. – Samstag, 05. Okt. 2013** **20 P**

**Leitung:** Dr. med. Wolfgang Zeckey, Kassel

**Teilnahmebeitrag:** € 360 (Akademiemitgl. € 324)

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

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

Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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





### Bad Nauheimer Interdisziplinäre Tage

**Freitag, 13. – Samstag, 14. Sep. 2013**

Programm:

**Freitag, 13. Sep. 2013,**

**15:00 Uhr Kopf- und Gesichtsschmerzen**

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

**Samstag, 14. Sep. 2013,**

**09:00 Uhr Algurie – Dysurie – Inkontinenz**

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

**13:30 Uhr Gute Grenzen in der ärztlichen Behandlung – Wo-  
durch werden sie möglich? Wann sind Sie gefährdet?**

**Leitung:** Dr. med. M. Korte, Hanau; Beauftragter der  
„Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen  
Behandlungen“ der LÄKH

**Teilnahmebeitrag je Veranstaltung:**

€ 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

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

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

Tel.: 06032 782-281, Fax: 069 97672-67281,

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

### Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218 StGB

**Erwerb der Berechtigung zur Beratung** *(siehe Seite 554)*

**Samstag, 02. – Sonntag, 03. Nov. 2013**

**Teilnahmebeitrag:** € 300 (Akademiemitgl. € 270)

**Erfahrungsaustausch und Wiederholungsseminar**

Für Ärzte, die bereits die Berechtigung zur Beratung erworben  
haben und erneuern wollen.

**Samstag, 09. Nov. 2013**

**Teilnahmebeitrag:** € 150 (Akademiemitgl. € 135)

**Leitung:** Dr. med. A. Goldacker, Hanau

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

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

Tel.: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,

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

### Repetitorium Allgemeinmedizin

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffri-  
schung vorhandener Kenntnisse.

**Samstag, 14. – Sonntag, 15. Jun. 2014**

**Leitung:** Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** auf Anfrage

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

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

Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

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

### Impfkurs – Fachgebiet Öffentliches Gesundheitswesen

**Samstag, 05. Okt. 2013, 09:00 – 17:30 Uhr** **11 P**

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

**Teilnahmebeitrag:** € 160 (Akademiemitgl. € 144)

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

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

Tel.: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,

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

### Rheumatologie

**Rheuma an einem Tag**

**Mittwoch, 30. Okt. 2013, 15:00 – 19:00 Uhr** **6 P**

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

**Teilnahmebeitrag:** € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Kerckhoff-REHA-Zentrum

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

Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,

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

### Repetitorium Innere Medizin 2013

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffri-  
schung vorhandener Kenntnisse.

**Montag, 18. – Samstag, 23. Nov. 2013** **insg. 51 P**

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

**Teilnahmebeitrag insg.:** € 495 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI  
und der DGIM € 445), **Einzelbuchung pro Tag:** € 150 (Akademiemitgl.  
und Mitgl. des BDI und der DGIM € 135)

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

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

Tel.: 06032 782-227, Fax: 069 97672-227,

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

### Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der  
Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

**Freitag, 22. Nov. 2013, 13:00 Uhr – 21:00 Uhr** **11 P**

**Leitung:** Dr. med. P. Deppert, Bechthelm

Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

**Teilnahmebeitrag:** € 170 (Akademiemitgl. € 153), zzgl. € 70  
Schulungsmaterial

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

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

Tel.: 06032 782-287, Fax: 069 97672-67287,

E-Mail: [claudia.cordes@laekh.de](mailto:claudia.cordes@laekh.de)



## II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise auf Seite 546!

### Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Std.)

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

#### I. Teil Theorie (120 Std.)

**Samstag, 24. – Sonntag, 25. Aug. 2013** G13-G14  
**Samstag, 14. Sep. 2013** G15

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

**Sonntag, 15. Sep. 2013** GP  
**Samstag, 16. Nov. 2013 – Sonntag, 17. Nov. 2013** GP

#### Prüfungsvorbereitungskurse für die Prüfung vor der Ärztekammer

##### Termine in Planung!

**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,  
 Tel.: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,  
 E-Mail: [melanie.turano@laekh.de](mailto:melanie.turano@laekh.de)  
**oder** Frau A. Bauß, Deutsche Ärztesellschaft für Akupunktur e.V.  
 Tel.: 089 71005-11, Fax: -25, E-Mail: [bauss@daegfa.de](mailto:bauss@daegfa.de)

### Medizinische Rehabilitation

16-Stunden-Kurs gem. neuer Reha-Richtlinie (§135 Abs.2 SGB V)  
**Mittwoch, 09. Okt. 2013, 13:30 – 20:30 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,  
 Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,  
 E-Mail: [renate.hessler@laekh.de](mailto:renate.hessler@laekh.de)

### Geriatrische Grundversorgung

**Block I Freitag, 01. – Sonntag, 03. Nov. 2013**  
**Leitung:** PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt  
**Block II Freitag, 24. – Sonntag, 26. Jan. 2014**  
**Leitung:** Dr. med. P. Groß, Darmstadt  
**Block III Freitag, 14. – Samstag, 15. Feb. 2014**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. W. Vogel, Hofgeismar  
**Teilnahmebeitrag:** € 900 (Akademiemitgl. € 810)  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Flören-Benachib, Akademie,  
 Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,  
 E-Mail: [andrea.floeren-benachib@laekh.de](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)

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

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

**A2 Samstag, 14. Sep. – Samstag, 21. Sep. 2013** 60 P  
**B2 Samstag, 26. Okt. – Samstag, 02. Nov. 2013** 60 P  
**C2 Samstag, 30. Nov. – Samstag, 07. Dez. 2013** 60 P

**Leitung:** Prof. Dr. med. D. Groneberg, Prof. Dr. med. H.-J. Woitowitz  
**Teilnahmebeitrag pro Kursteil:** € 490 (Akademiemitgl. € 441)

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

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

**Freitag, 01. Nov. 2013, 09:00 – 16:30 Uhr** insg. 16 P  
**Samstag, 02. Nov. 2013, 09:00 – 16:15 Uhr**

**Leitung:** Dr. med. U. Klinsing / Dr. med. R. Snethlage, Bad Nauheim  
**Teilnahmebeitrag:** € 280 (Akademiemitgl. € 252)

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau L. Stieler, Akademie,  
 Tel.: 06032 782-283, Fax: 069 97672-67283,  
 E-Mail: [luise.stieler@laekh.de](mailto:luise.stieler@laekh.de)

### Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

**Modul I Freitag, 21. – Samstag, 22. März 2014**

**Modul II Freitag, 04. – Samstag, 05. Apr. 2014**

**Modul III Freitag, 09. – Samstag, 10. Mai 2014**

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

**Teilnahmebeitrag:** auf Anfrage

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

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

Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: [renate.hessler@laekh.de](mailto:renate.hessler@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, 25. Sep. 2013, 15:30 – 20:00 Uhr** 6 P

**Teil 3:** Die nichtmedikamentöse Diabetestherapie

**Teil 4:** Insulintherapie für die Praxis

**Leitung:** Dr. med. B. Fischer / Dr. J. Liersch, Gießen

**Teilnahmebeitrag:** € 30 (Akademiemitgl. kostenfrei)

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

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

Tel.: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

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

**weitere Termine 2013: 27.11.2013** Teile 5 / 6





## Krankenhaushygiene

<b>Modul I:</b>	<b>Montag, 02. – Freitag, 06. Sep. 2013,</b>	<b>40 P</b>
	<b>Gießen</b>	
	<b>Leitung:</b> Prof. Dr. med. T. Eikmann	
<b>Modul III:</b>	<b>Montag, 09. – Donnerstag, 12. Sep. 2013,</b>	<b>32 P</b>
	<b>Gießen</b>	
	<b>Leitung:</b> Prof. Dr. T. Chakraborty, Dr. med. H. Hossain	
<b>Modul V:</b>	<b>Dienstag, 17. – Freitag, 20. Sep. 2013,</b>	<b>32 P</b>
	<b>Bad Nauheim</b>	
	<b>Leitung:</b> PD Dr. med. Dr. med. habil. C. Brandt, PD Dr. med. habil. B. Jahn-Mühl	
<b>Gesamtkursleitung:</b>	Dr. med. K. H. Blum, Frankfurt	
<b>Teilnahmebeitrag:</b>	Modul I: € 650 (Akademiestmitgl. € 585) Modul II-VI: je € 520 (Akademiestmitgl. € 468)	
<b>Auskunft und Anmeldung:</b>	Frau H. Cichon, Akademie, Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209, E-Mail: <a href="mailto:heike.cichon@laekh.de">heike.cichon@laekh.de</a>	
<b>Termine für Modul II, IV und VI in Planung!</b>		

## Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

### Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

**Kurs B**      **20./21. Sep. 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. W. Hönnmann, Frankfurt a. M.

**Kurs C**      **08. Feb. 2014**      **10 Std.**

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

**Leitung:** Prof. Dr. med. E. Baum, Marburg,  
Dr. med. R. Gerst, Baden-Baden

**Kurs A**      **23./24. Mai 2014**      **20 Std.**

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

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

**Teilnahmebeitrag:** 10 Std. € 150 (Akademiestmitgl. € 135),  
20 Std. € 300 (Akademiestmitgl. € 270)

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau R. Heßler, Akademie,  
Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,  
E-Mail: [renate.hessler@laekh.de](mailto:renate.hessler@laekh.de)

## Notfallmedizinische Fortbildung

**Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD**      **29 P**

**Freitag, 27. – Sonntag, 29. Sep. 2013**

**Leitung:** Dr. med. R. Merbs, Friedberg, M. Leimbeck, Braunfels  
**Teilnahmebeitrag:** € 400 (Akademiestmitgl. € 360)

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

### Seminar Leitender Notarzt

**Samstag, 02. – Dienstag, 05. Nov. 2013**

**Leitung:** D. Kann, N. Schmitz, Kassel  
**Teilnahmebeitrag:** € 740 (Akademiestmitgl. € 666)  
**Tagungsort:** Kassel

### Wiederholungsseminar Leitender Notarzt

**Samstag, 28. Sep. 2013**      **10 P**

**Leitung:** G. John, Wiesbaden  
**Teilnahmebeitrag:** € 220  
**Tagungsort:** Wiesbaden

**Samstag, 23. Nov. 2013**      **13 P**

**Leitung:** D. Kann N. Schmitz, Kassel  
**Teilnahmebeitrag:** € 240  
**Tagungsort:** Kassel

**Auskunft und Anmeldung:** Frau V. Wolfinger, Akademie,  
Tel.: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,  
E-Mail: [veronika.wolfinger@laekh.de](mailto:veronika.wolfinger@laekh.de)

### Marburger Kompaktkurs „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“

Kursteile A-D gemäß Richtlinien der BÄK (80 Std.)

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

**Freitag, 04. – Samstag, 12. Okt. 2013**

**Leitung:** PD Dr. med. C. Kill, Marburg  
**Teilnahmebeitrag:** € 770 inkl. Verpflegung  
**Tagungsort:** Marburg, Universitätsklinikum Gießen/Marburg,  
Hörsaalgebäude 3, Conradstr.

**Auskunft und Anmeldung:** DRK Rettungsdienst Mittelhessen,  
Bildungszentrum, Postfach 1720, 35007 Marburg  
Tel.: 06421 950-220, Fax: -225, E-Mail: [info@bzmh.de](mailto:info@bzmh.de)

## Palliativmedizin

**Fallseminar Modul III:**      **Montag, 25. – Freitag, 29. Nov. 2013**  
**Basiskurs:**      **Dienstag, 03. – Samstag, 07. Dez. 2013**

### Teilnahmebeiträge:

Basiskurs:      € 600 (Akademiestmitgl. € 540)      **40 P**  
Fallseminar Modul III: € 700 (Akademiestmitgl. € 630)      **40 P**

**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,  
Tel.: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,  
E-Mail: [veronika.wolfinger@laekh.de](mailto:veronika.wolfinger@laekh.de)



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

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer. **32 P**  
**Freitag, 27. – Samstag, 28. Sep. 2013**  
**Freitag, 22. – Samstag, 23. Nov. 2013**  
**Leitung:** Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt a. M.  
**Teilnahmebeitrag:** € 480 (Akademiemitgl. € 432)  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau R. Heßler, Akademie,  
 Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,  
 E-Mail: [renate.hessler@laekh.de](mailto:renate.hessler@laekh.de)

**Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)**

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35 100/35 110). Es handelt sich um eine **i n t e g r i e r t e** 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.**

**19. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung**  
**Freitag, 23. – Sonntag, 25. Aug. 2013** **20 P**  
**Freitag, 08. – Sonntag, 10. Nov. 2013** **20 P**  
**Leitung:** P. E. Frevert, Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.  
**Teilnahmebeitrag:** pro Block (20 h) € 330 (Akademiemitgl. € 297)  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Flören-Benachib, Akademie,  
 Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,  
 E-Mail: [andrea.floeren-benachib@laekh.de](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)

**Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ als Blended-Learning-Veranstaltung**

**Einführungsseminar: Freitag, 11. Okt. 2013** **insg. 20 P**  
**Telelernphase: Samstag, 12. Okt. – Freitag, 22. Nov. 2013**  
**Präsenzphase: Samstag, 23. Nov. 2013**  
 – mit abschließender Lernerfolgskontrolle  
**Teilnahmebeitrag:** € 200 (Akademiemitgl. € 180)  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

**Aufbaumodul Tabakentwöhnung mit strukturiertem Therapieprogramm**

Das Modul baut auf das zwanzigstündige Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer auf, in dem Kenntnisse zur Tabakabhängigkeit und Beratungstechniken sowie Interventionstechniken zur Entwöhnung vermittelt werden.  
**Samstag, 07. Dez. 2013, 09:00 – 16:15 Uhr** **8 P**  
**Leitung:** Dr. W. Köhler, Frankfurt a. M.  
**Teilnahmebeitrag:** € 170 (Akademiemitgl. € 153)  
**max. Teilnehmerzahl:** 12  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau I. Krahe, Akademie,  
 Tel.: 06032 782-208, Fax: 069 97672-208,  
 E-Mail: [ingrid.krahe@laekh.de](mailto:ingrid.krahe@laekh.de)

**Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV**

**Kenntniskurs** (theoretische und praktische Unterweisung)

**Samstag, 30. Nov. 2013**

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

**Teilnahmebeitrag:** gesamt € 140 (Akademiemitgl. € 126)

**Theoretische Unterweisung:** € 100 (Akademiemitgl. € 90)

**Praktische Unterweisung:** € 50 (Akademiemitgl. € 45)

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

**Grundkurs**

Termine in Planung

**Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde**

**Samstag, 12. Okt. 2013**

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

**Teilnahmebeitrag:** € 130 (Akademiemitgl. € 117)

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

**Spezialkurs Röntgendiagnostik**

**Samstag, 17. – Sonntag, 18. Aug. 2013**

**Praktikum: Montag, 19. Aug. 2013 und Mittwoch, 21. Aug. 2013,**  
**jew. 14:00 – 18:00 Uhr**

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

**Teilnahmebeitrag:** € 300 (Akademiemitgl. € 270)

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

**Praktikum: Frankfurt, Krankenhaus Nordwest**

**Spezialkurs Computertomographie**

Termine in Planung

**Spezialkurs Interventionsradiologie**

Termine in Planung

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

Tel.: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,

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

**Spezielle Schmerztherapie**

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

**Block C 14./15. Sep. 2013** in Bad Nauheim **20 P**

**Leitung:** Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.

**Block B 02./03. Nov. 2013** in Kassel **20 P**

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

**Teilnahmebeitrag pro Block:** € 240 (Akademiemitgl. € 216)

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

Tel.: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

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



## Ultraschallkurse

### Abdomen

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

**Abschlusskurs** 29 P

**Samstag, 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 (periphere Arterien und Venen)** 20 P

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

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

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

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

## Hämotherapie

### Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

**Donnerstag, 07. – Freitag, 08. Nov. 2013** 16 P

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

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

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

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

Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,

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

### Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie

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

**Montag, 01. – Freitag, 05. Juli 2013** insg. 40 P

**Teilnahmebeitrag pro Tag:** € 140

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. von Loeben,  
Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz, Tel.: 06131 28438-16, Fax: -10,  
E-Mail: [vonloeben@artzkolleg.de](mailto:vonloeben@artzkolleg.de)

## Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

Mit Wirkung vom 1. Juni 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 (1. Juni 2012) bereits mit einem Aufbaukurs begonnen haben, werden Übergangsbestimmungen eingeräumt, so dass diese, ausgenommen der neuen Regelung, die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ erwerben können.

**GK II Mittwoch, 21. Aug. – Freitag, 30. Aug. 2013** 80 P

**AK I Mittwoch, 30. Okt. – Freitag, 08. Nov. 2013** 80 P

**AK II Mittwoch, 05. Feb. – Freitag, 14. Feb. 2014** 80 P

**GK I Mittwoch, 02. Apr. – Freitag, 11. Apr. 2014** 80 P

**GK II Mittwoch, 16. Juli – Freitag, 25. Juli 2014** 80 P

**AK I Mittwoch, 08. Okt. – Freitag, 17. Okt. 2014** 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,

Tel.: 06032 782-287, Fax: 069 97672-67287,

E-Mail: [claudia.cordes@laekh.de](mailto:claudia.cordes@laekh.de)

## Verkehrsmedizinische Qualifikation

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

**Freitag, 27. – Samstag, 28. Jun. 2014**

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

**Teilnahmebeitrag:** auf Anfrage

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

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

Tel.: 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! Eine verbindliche Anmeldung ist auch im Internet unter <https://portal.laekh.de> schnell und kostenfrei möglich.

**Kinderbetreuung:** Für Kinder von drei bis acht Jahren Freitag nachmittags und Samstag ganztags möglich! Telefonische Informationen: Frau C. Ittner, Akademie, Tel.: 06032 782-223.

**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. Der Jahresbeitrag der Akademie-Mitgliedschaft beträgt € 100. Während der Zeit der Weiterbildung sowie in Elternzeit oder ohne ärztliche Tätigkeit € 50. Für Studenten der Medizin ist die Mitgliedschaft kostenfrei. Der Jahresbeitrag gilt unabhängig vom Eintrittstag für das laufende Kalenderjahr. Weitere Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Tel.: 06032 782-204, E-Mail: [cornelia.thriene@laekh.de](mailto:cornelia.thriene@laekh.de)





## Schwerpunkt Patientenbetreuung / Praxisorganisation

### 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., 31.08.2013, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Std.)

**Gebühr:** € 95

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

### Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 5)

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

**Termin:** Sa., 09.11.2013, 10:00 – 16:30 Uhr und  
Sa., 16.11.2013, 09:15 – 17:30 Uhr (16 Stunden)

**Gebühr:** € 185

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

### Privatliquidation – Grundlagen und Übungen am PC (PAT 6)

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

**Termin:** Sa., 30.11.2013, 09:15 – 17:30 Uhr (9 Std.)

**Gebühr:** € 95

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

### Englisch für Gesundheitsberufe (PAT 7)

**Inhalte:** Die Fortbildung baut auf Schulenglisch-Grundkenntnissen auf. Sie ist ebenso geeignet für Teilnehmende, die den Umgang mit der englischen Sprache lange nicht mehr geübt haben und den Wiedereinstieg durch anwendungsbezogene Übungen mit fachbezogenem Vokabular finden möchten.

**Termine:** 24.08.2013, 14.09.2013 und 21.09.2013  
jeweils von 09:45 Uhr bis 16 Uhr

**Gebühr:** € 255

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

### Wiedereinstieg in das Berufsleben (PAT 10)

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

**Termin:** Interessentenliste, 6 Termine (insgesamt 44 Std.)

**Gebühr:** € 550

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

### Telefongespräche mit schwierigen Patienten (PAT 11)

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

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

**Gebühr:** € 95

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

### Kultursensible Betreuung in der Arztpraxis (PAT 13)

**Inhalte:**

- Interkulturelle Aspekte in der Praxissituation
- Migration in Deutschland und deren Auswirkung auf die Arztpraxis
- Kommunikation im Praxisalltag
- Institutionen und Kontaktpartner für Fragen im Praxisalltag
- Erarbeitung von Lösungsstrategien anhand von Fallbeispielen

**Termin:** Interessentenliste (8 Stunden)

**Gebühr:** € 95

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

## Schwerpunkt Medizin

### Sonderkurs zur Fortgeltung der Fachkunde und der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz für medizinisches Assistenzpersonal Aktualisierungskurs nach § 18a RöV (MED 2)

**Inhalte:** Der vorliegende Sonderkurs richtet sich an alle Personen, die die Frist zur Aktualisierung versäumt haben und damit die Fachkunde oder die Kenntnisse im Strahlenschutz derzeit nicht mehr nachweisen können.

**Termin:** Fr., 13.09.2013 und Sa., 14.09.2013 (insgesamt 16 Std.)

**Gebühr:** € 245 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

### Herz und Lunge (MED 3)

Die Fortbildung wird anerkannt bei der Qualifizierung „Nichtärztliche Praxisassistenten“.

**Inhalte:** Neben der theoretischen Vermittlung der am häufigsten durchgeführten Messverfahren werden vielfältige praktische Übungen durchgeführt:

- Ruhe-EKG
- Langzeitmessung-EKG
- Langzeitblutdruckmessung
- Spirometrie, Inhalationstherapie.

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

**Gebühr:** € 95

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

### 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:** Sa., 14.09.2013, 09:15 – 16:30 Uhr (8 Std.)

**Gebühr:** € 95

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

### Injektionen/Infusionen (MED 5)

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

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

**Gebühr:** € 95

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

### Notfalltraining (MED 6)

**Inhalte:** Im Rahmen eines Gruppentrainings wird das gesamte Praxisteam rund um den Notfall geschult. Durch praxisorientiertes Training mit dem gesamten Notfallequipment werden Ängste und Hemmschwellen abgebaut und Sicherheit für die Notfallversorgung geschaffen.

**Termin:** Sa., 31.08.2013, 09:15 – 17:30 Uhr (9 Std.)

**Gebühr:** € 95

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

### Impfungen (MED 10)

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

**Termin:** Mi., 06.11.2013, 09:30 – 16:45 Uhr (8 Std.)

**Gebühr:** € 95

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

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

**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:** ab Fr., 15.11.2013 (insgesamt 30 Std.)

**Gebühr:** € 410 inkl. Lernerfolgskontrolle

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





## NEU: Elektronische Praxiskommunikation und Telematik

Der Qualifizierungslehrgang hat das Ziel, den sach- und funktionsbezogenen Umgang mit aktuellen Kommunikationsmedien zu erlernen. Durch konkrete praxisbezogene Fallbeispiele und Anschauungsmaterialien lernen die Fortbildungsteilnehmer telemedizinische Anwendungen kennen.

**Inhalte:** Der Lehrgang mit insgesamt 80 Stunden besteht aus zwei Kurs-teilen:

### Teil 1 (Kurs-Nr. EPA 1)

- Datenschutz und Datensicherheit (20 Std.)
- Informations- und Kommunikationstechnologie (20 Std.)

### Teil 2 (Kurs-Nr. EPA 2)

- Telemedizinische Grundlagen (20 Std.)
  - strukturierte Behandlungsprogramme
  - technische und rechtliche Rahmenbedingungen
- Telemedizinische Anwendungen (20 Std.)
  - u.a. Telekardiologie, Telediabetes, Teleradiologie

### Termine und Gebühren

EPA 1: 23.08.2013 – 24.08.2013 und 12.09.2013 – 14.09.2013

**Gebühr:** € 480

EPA 2: 27.09.2013 – 28.09.2013 und 31.10.2013 – 02.11.2013

**Gebühr:** € 480

Weitere Informationen zum Lehrgangsverlauf und den Zugangsvoraussetzungen finden Sie auf unserer Homepage.

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

## Durchführung der Ausbildung (FAW 2)

**Inhalte:** Die 40-stündige Fortbildung richtet sich an alle, die an der Planung, Durchführung und Kontrolle in der Berufsausbildung zum/ zur Medizinischen Fachangestellten mitwirken. Die Teilnahme an der Fortbildung führt zum Erwerb von Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten und entspricht der Qualifikation: **Ausbildungsbefähigung**.

Die Fortbildung wird bei der Aufstiegsfortbildung „**Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung**“ als Wahlteil anerkannt.

**Termin:** Fr. 01.11.2013 – Sa. 02.11.2013 und

Do. 14.11.2013 – Sa. 16.11.2013 (insgesamt 40 Std.)

**Gebühr:** € 480

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

## Ernährungsmedizin (ERM – 120 Stunden)

**Die nachfolgenden Themen werden als Blockveranstaltung vermittelt:** Überblick über Ernährungs- und Stoffwechselphysiologie, Ernährungspyramide nach Vorgabe der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Ernährung in besonderen Lebensabschnitten, Krankheitsbilder und mögliche ernährungstherapeutische Maßnahmen, angewandte Ernährungsmedizin, Kooperation und Koordination

**Termin:** ab Mo., 26.08.2013

**Gebühr:** € 950 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

**Zusätzlich sind die Themen:** Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1), Wahrnehmung und Motivation (PAT 2) sowie Moderation (PAT 3) zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden.

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

## Klinikassistent (120 Stunden)

Die Fortbildung „Klinikassistent“ umfasst 100 Unterrichtsstunden sowie ein 20-stündiges Praktikum. Die zur Klinikassistent Fortgebildeten sollen in Aufgaben unterstützen und entlasten, die an nichtärztliches Personal zu delegieren sind und nicht dem pflegerischen Aufgabenbereich zugeordnet werden.

**Inhalte:** DRG-Kodierung, Grundlagen krankenhauserrelevanter Gesetzgebung, Aufbau- und Ablauforganisation im Krankenhaus, Dokumentation und Verwaltung von Patientenakten, EDV, Formular- und Abrechnungswesen, Gesprächsführung, Praktikum

**Termin:** ab 31.10.2013

**Gebühr:** € 1.180 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

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

**Termin:** ab 17.10.2013

**Gebühr 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

## 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)



*Fortsetzung von Seite 540*

tens zwei ärztlichen Mitgliedern) darüber beantragen. Mit Zustellung der schriftlich begründeten Kommissionsentscheidung endet das Verfahren bei der Gutachterstelle. Das Verfahren bei der GUS schließt für alle Beteiligten den Rechtsweg nicht aus. Bei Unzufriedenheit mit dessen Ergebnis steht den Beteiligten zur Verfolgung ihrer Ansprüche der Zivilrechtsweg weiterhin offen.

Die wichtigsten Vorteile der Verfahren bei der GUS liegt für Patienten darin, dass solche Verfahren (einschließlich der beauftragten fachlich-wissenschaftlichen Gutachten) für ihn kostenlos sowie in der Regel wesentlich kürzer sind als der Weg vor ordentlichen Gerichten. Auch die Haftpflichtversicherer der Ärzte akzeptieren in aller Regel die Entscheidungen der Gutachter- und Schlichtungsstelle, verzichten dagegen auf Rechtsmittel und entschädigen relativ rasch. Die Gutachter- und Schlichtungsstellen genießen sowohl in der Anwaltschaft als auch bei den Haftpflichtversicherern der Ärzte hohe Akzeptanz, und ihre Tätigkeit vermeidet viele langwierige Rechtsstreite vor den Gerichten.

Den Ärzten, gegen die Ansprüche erhoben werden, bleiben in der Regel ebenfalls Klagen, Prozesse und auch viele Auseinandersetzungen mit den eigenen Haftpflichtversicherungen erspart. Die Feststellungen und Bewertungen der Sachverständigen im Rahmen der Verfahren der Gutachterstelle und auch die einschlägige bundesweite statistische Aufbereitung bieten wichtige Informationen zur Analyse aufgetretener Fehler und systematischer Fehlerprävention. Leider wird dieses Erkenntnismaterial bislang noch nicht in optimaler Weise genutzt. (In Veranstaltungen der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung und in Artikeln des Hessi-

schen Ärzteblattes stellen wir deshalb regelmäßig auch anonymisierte Beispielfälle der Gutachter- und Schlichtungsstelle zum Zwecke ärztlicher Fortbildung vor.)

Die Gutachter- und Schlichtungsstelle der Landesärztekammer Hessen erhielt im Jahre 2008 insgesamt 773 neue Anträge, 779 Verfahren wurden abgeschlossen. In 256 Fällen (34,8 %) war aus verschiedenen Gründen (in 102 Fällen verloren beispielsweise die Antragsteller das Interesse an der Weiterführung des Verfahrens.) keine abschließende Begutachtung möglich. 523 fachliche ärztliche Gutachten wurden eingeholt – 261 davon wurden von der Kommission überprüft. In 113 Fällen (21,6 % aller begutachten Fälle) wurden Behandlungsfehler anerkannt und mit einer Ausnahme auch als ursächlich für den zu beurteilenden Schaden angesehen. In 410 Fällen wurde ein Behandlungsfehler nicht bestätigt. 2012 gingen 993 Anträge neu ein, 992 Verfahren wurden abgeschlossen – davon 555 (60,2 %) durch Entscheidungen in der Sache und ca. 40 % durch Einstellungen. 127 mal (22,9 %) wurden für Behandlungsschäden ursächliche Behandlungsfehler und in weiteren drei Fällen nur ein Aufklärungsmangel festgestellt.

63,2 % der von Sachentscheidungen betroffenen Ärztinnen und Ärzte waren im Krankenhaus und 36,8 % in Praxen tätig. In rund 40 % der Fälle waren die Fachgebiete Unfallchirurgie, Orthopädie, Chirurgie und Neurochirurgie betroffen.

Dies steht in guter Übereinstimmung mit Angaben zur allgemeinen Inzidenz behandlungsbedingter Patientenschäden im wissenschaftlichen Schrifttum. Scheppokat und Neu (6) beschreiben z.B., dass behandlungsbedingte Patientenschäden aus Krankenhausbehandlungen zu 48 % Operationen, 19 % Medikationen und 14 % Intensivmaßnahmen betreffen. Daraus darf natürlich nicht abgeleitet werden, dass ärztliche Fehler in den chirurgischen Disziplinen wesentlich häufiger als z.B. in der Inneren Medizin auftraten. Operative Eingriffe stellen auffällige, abgegrenzte und in der Regel recht genau dokumentierte Ereignisse dar, und die Patienten haben häufig konkrete (und möglicherweise nicht immer realistische) Erwartungen hinsichtlich des Ergebnisse oder Erfolges einer Operation. Wird das erhoffte Ergebnis durch einen operativen Eingriff (beispielsweise bei den besonders häufig gerügten Indikationen Coxarthrose oder Gonarthrose) nicht erreicht oder treten zeitnah Kompl-

kationen auf, liegt für den betroffenen Patienten die Vermutung eines ursächlichen Zusammenhanges und ggf. eines Behandlungsfehlers natürlich näher als etwa bei ungünstigem Verlaufe einer länger dauernden internistischen Therapie. Es überrascht deshalb auch nicht, dass Behandlungsfehler bei Operationen besonders häufig geltend gemacht werden und zur Begutachtung kommen. In der Regel sind Behandlungsfehler und deren Kausalität für Behandlungsschäden bei Operationen oder invasiven diagnostischen Prozeduren gutachterlich auch leichter zu entdecken und zu beweisen als bei konservativer Therapie. Behandlungsfehler in den Gebieten Psychiatrie oder Psychotherapien beispielsweise kommen trotz der hohen Zahl entsprechender Patientenkontakte und Krankenhaustage bei den Ärztekammern vergleichsweise selten zur Prüfung.

Die Gesamtzahl der von der Gutachter- und Schlichtungsstelle der Landesärztekammer Hessen zu bearbeitenden Behandlungsfehlervermutungen stieg in den letzten Jahren kontinuierlich aber moderat an, wobei der Anteil der Verfahren, die nicht durch Sachentscheidungen abgeschlossen werden konnten, offenbar etwas zunimmt. Bemerkenswert konstant ist die Quote von ca. 20 – 25 % (2008: 22 %, 2011: 24 %, 2012: 23 %) der festgestellten Behandlungsfehler an allen Entscheidungen, und sie unterscheidet sich auch kaum von der bundesweiten (25,5 % in 2011).

Gelegentlich wird unterstellt, die Gutachterkommissionen bei den Ärztekammern entschieden im Zweifel eher zugunsten der Ärzte und gegen Patienteninteressen. Gemäß Sozialgesetzbuch (§ 66 SGB V)<sup>c</sup>

unterstützen seit 1995 die gesetzlichen Krankenkassen (Begutachtung durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen) ihre Versicherten bei der Verfolgung von Ansprüchen aufgrund von Behandlungsfehlern – der rein privatärztliche Bereich wird davon allerdings nicht mit erfasst.<sup>d</sup> Im Unterschied zu den Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern werden aber auch mögliche Behandlungsfehler aus Zahnmedizin und der Pflege geprüft, und die Krankenkassen verfolgen auch eigene Schadenersatzansprüche gegen die Leistungserbringer. Im Jahre 2011 wurden vom MDK bundesweit 12.686 Behandlungsfehlerwürfe überprüft. (3) 67 % dieser Fälle betrafen den stationären, 33 % den ambulanten Sektor. Insgesamt 1.765 Begutachtungen entfielen auf Zahnmedizin und Pflege. Somit verbleiben 10.921 Ärzte in Krankenhaus und Praxen betreffende Fälle – also fast exakt die gleiche Anzahl und Verteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wie bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern. Ähnlich wie bei den Einrichtungen der Ärztekammern kommen auch beim MDK die meisten Fälle aus den Fachgebieten Orthopädie/Unfallchirurgie und Chirurgie. Die gesamte ‚Fehlerbestätigungsquote‘ des MDK liegt mit 32,1 % nur wenig höher als die der Kommissionen bei den Ärztekammern (2011 bundesweite Quote 25,9 %). Für die am häufigsten betroffenen Fächer, Orthopädie /Unfallchirurgie (Quote 30,2 %) und Chirurgie (Quote 29,2 %), ist die Differenz jedoch geringer. Andere Fachgebiete liegen teilweise noch niedriger: HNO (22,7 %) oder Innere (27,2 %). Die höchsten ‚Fehlerbestätigungsquoten‘ des MDK – Zahn-

medizin (42,8 %) und die Pflege (50,8 %) – betreffen Bereiche, mit denen sich die Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern nicht zu befassen haben. Trotz methodischer Einschränkungen ergibt dieser Vergleich also keinerlei ‚Verdachtsmomente‘ hinsichtlich einer strukturellen Benachteiligung von Patienteninteressen seitens der Gutachter- und Schlichtungsstellen der Kammern. Sie können von ärztlichen Behandlungsfehlern betroffenen Patienten nach wie vor uneingeschränkt empfohlen werden.

#### **Anschrift der Verfasser:**

*Dr. med. Roland H. Kaiser und  
Manuel Maier*

*Landesärztekammer Hessen,  
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt*

#### **Literatur**

- 1) Bundesärztekammer  
Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern – Ein Wegweiser  
[www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)
- 2) Bundesärztekammer  
Statistische Erhebungen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen (seit 2006 jährlich)  
[www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)
- 3) Medizinischer Dienst der Krankenkassen  
Begutachtung von Behandlungsfehlern durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung – Ergebnisse 2011  
Pressegespräch 2.9.2012, Berlin
- 4) Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz) BR-Drs:007-13  
[www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)
- 5) Landesärztekammer Hessen  
Satzung der Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungsfehler im Bereich der Landesärztekammer Hessen vom 2.5.1995 in der Fassung vom 7.12.2004  
[www.laekh.de](http://www.laekh.de)
- 6) Scheppokat K. D., Neu J.  
Medizinische Daten und Qualitätsmanagement, Deutsches Ärzteblatt 2007; 104(46) A 3172 – 3177

<sup>c</sup> Durch das am 1. Februar 2013 auch vom Bundesrat beschlossene neue „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ (4) wird die diesbezügliche bisherige ‚Kann-Vorschrift‘ im § 66 SGB V zur ‚Soll-Vorschrift‘ verschärft. Dies könnte zu einem Anstieg der Behandlungsfehler-Verfahren beim MDK führen.

<sup>d</sup> Um in Hessen unnötige gleichzeitige parallele Bearbeitung von Fällen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und die Gutachter- und Schlichtungsstelle bei der Landesärztekammer zu vermeiden, tauschen sich beide Einrichtungen aus, welche Fälle ihnen zur Überprüfung vorliegen.

# Es muss nicht immer die Prostata sein

## Miktionsstörungen des älteren Mannes

Prof. Dr. med. Hansjörg Melchior

Miktionsstörungen des älteren Mannes – nächtlicher Harndrang („Nykturie“) erschwerter Miktionsauslösung („Dysurie“), abgeschwächter Harnstrahl, ggf. Restharnbildung, überfallartiger („imperativer“) Harndrang – sind die klassischen Leitsymptome einer Blasenauslassobstruktion durch eine Prostatavergrößerung, sei es durch eine gutartige Prostatavergrößerung („Benigne Prostatahyperplasie“ = BPH) oder ein Prostatakarzinom. Aus diesem Grunde ist auch zunächst die differentialdiagnostische Abklärung einer Prostataerkrankung die erste Aufgabe bei einer derartigen Symptomatik.

Aber es muss nicht immer die Prostata sein, die für eine derartige Symptomatik verantwortlich zu machen ist. Medikamente, die gerade in der Altersmedizin häufig angewendet werden, können ebenso zu Miktionsstörungen führen wie Stoffwechsel- oder neurologisch-psychiatrische Erkrankungen – Diabetes mellitus, Depressionen, Hirnleistungsstörungen (Demenz), Schlaganfall oder Neuropathien –, die möglicherweise klinisch nicht vordergründig erkennbar sind. Umso wichtiger sind die Erhebung einer exakten Medikamentenanamnese sowie eine gezielte neurologische und psychiatrische Exploration. Die Abgrenzung obstruktiver Blasenentleerungsstörungen aufgrund einer Prosta-

taveränderung gegenüber nichtobstruktiven Miktionserkrankungen ist nicht immer einfach, zumal auch gerade die Größe der Prostata nicht immer mit dem Obstruktionsgrad korreliert. Hier gibt es keine sicheren differentialdiagnostischen Kriterien mit Ausnahme einer „urodynamischen“ Untersuchung, einer speziellen Form der Blasenfunktionsdiagnostik.

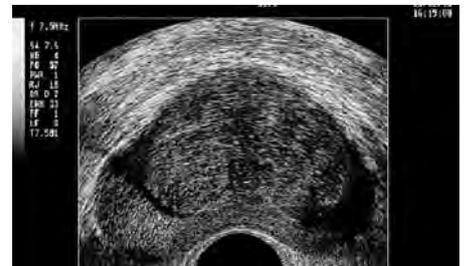
### Prostata-Vergrößerung

Bereits der Hausarzt kann mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln der

- Anamnese, inklusive der Medikamentenanamnese und der Frage nach neurologischen Ausfällen oder psychi(atri)schen Symptomen,
- Quantifizierung der Symptomatik (IPSS),
- körperlichen, grob-neurologischen und digitorektalen Untersuchung (DRU),
- Urinanalyse und -kultur,
- Bestimmung von Serum-Kreatinin und -PSA,
- Sonographie von Nieren, Harnblase, Prostata,

die Differentialdiagnose obstruktive versus nicht-obstruktive Blasenfunktionsstörung treffen und insbesondere ein Prostata-Karzinom weitgehend ausschließen (DRU, PSA!); ihm kommt die wichtige Entscheidung zu, ob er den Patienten selbst weiterbehandeln will und kann oder ob er ihn zu einem Facharzt (Urologe) überweisen will. Eine Überweisung zum Facharzt ist erforderlich bei Verdacht auf Prostata-Ca (Prostata vergrößert, Prostata-Palpation suspekt, PSA  $\geq 3$  ng/ml oder gegenüber der Voruntersuchung angestiegen, unabhängig vom Absolut-Wert!), rezidivierende Harnwegsinfektionen, Hämaturie, auffälliger Sonographiebefund der Harnblase (Konturunregelmäßigkeiten, Reflexionsschatten o.ä.) oder der Nieren (Hohl-

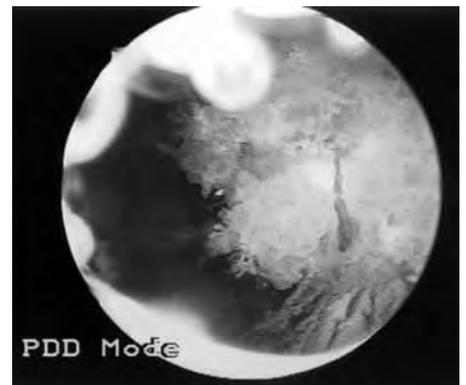
raumsystem dilatiert, Konturunregelmäßigkeiten), Nierenfunktionsstörung (Serum-Kreatinin erhöht), Restharnbildung  $> 50$  ml. Eine urodynamische Untersuchung (simultane Blasendruck- und Harnflussmessung) zur Abklärung des Obstruktionsgrades der Prostata kann nur ein Facharzt mit entsprechender technischer Ausstattung durchführen. Aber selbst die Interpretation der Untersuchungs-Ergebnisse bedarf besonderer Kenntnisse und Erfahrungen.



Prostatahyperplasie im transrektalen Ultraschall



Sonographie-Befund eines Blasen Tumors



Papillärer Blasen Tumor (endoskopische Aufnahme)

Blasenauslassobstruktion	42,5%
Detrusorinsuffizienz	28,0%
Reduzierter Miktionswiderstand	20,5%
Normale Blasenfunktion	10,0%

Blasenentleerungsstörungen bei alten Männern: urodynamische Befunde (Diokno et al.)

## Medikamentöse Nebenwirkungen auf die Blasenfunktion

Die Zahl der Medikamente ist groß, die in der Altersmedizin routinemäßig zur Anwendung kommen und die die Blasenfunktion beeinflussen (können):

ACE-Hemmer
$\alpha$ -Adrenergika
$\alpha$ -Rezeptorenblocker
Antazida
Anticholinergika
Analgetika
Antidepressiva
Antiemetika
Antiepileptika
Antihistaminika
Antiparkinsonmittel
$\beta$ -Blocker
Cholinergika
Digitalis
Diuretika
Kalzium-Antagonisten
Narkotika
Neuroleptika
Prostaglandin-Inhibitoren
Psychopharmaka
Sedativa
<i>Liste der Medikamenten-Gruppen, die einen Einfluss auf die Blasenfunktion haben (können)</i>

Insbesondere Antidepressiva, Narkotika, Neuroleptika und Sedativa beeinträchtigen die Detrusorfunktion bis hin zur Detrusorlähmung mit der Folge der Restharnbildung oder gar Harnverhalt! Gerade bei solchen geriatrischen Patienten wäre eine operative Intervention an der Prosta-

ta kontraindiziert und hätte ggf. fatale Folgen!

## Neurologische und psychiatrische Ursachen

Die bei Ärzt/innen wie bei Laien weit verbreitete Ansicht, dass Miktionsstörungen im Alter in erster Linie die Folge von Hirnleistungsstörungen im Rahmen der altersbedingten Involutionsprozesse sei und schicksalhaft hingenommen werden müssen, ist nicht richtig und bedarf der dringenden Korrektur. Vielmehr sind es oft multifaktorielle Ursachen, die die Blasenfunktion der willkürlichen Kontrolle dieser Patienten entziehen. Multimorbidität mit Multimedikation und daraus resultierende Nebenwirkungen auf die Funktion des unteren Harntraktes, Immobilität und taktile Bewegungseinschränkung mit der Unfähigkeit, rechtzeitig die Toilette zu erreichen und sich der Kleider zu entledigen, Degeneration der Blasen- und Beckenbodenmuskulatur mit konsekutiven Funktionseinbußen sind neben den zerebrokortikalen Veränderungen mit dem Verlust der willkürlichen Kontrolle des primären Reflexzentrums der Blasenfunktion für Miktionsstörungen im Alter verantwortlich.

### Die 4 großen „I“ im Senium:

Intellektueller Abbau
Immobilität
Inkontinenz
Isolation

Dennoch ist das Spektrum der Ursachen von Blasenfunktionsstörungen der älteren Männer vielfältig. Im Vordergrund können irritative und/oder obstruktive Symptome stehen: häufiger Harndrang, plötzlicher, oft überfallartiger (imperativer) Harndrang mit oder ohne unwillkürlichen Urinabgang, nächtliches Wasserlassen, abgeschwäch-

ter Harnstrahl, Gefühl der unvollständigen Blasenentleerung, unterbrochener Harnstrahl, verzögerter oder erschwelter Start der Blasenentleerung; in ganz schweren Fällen kann es sogar zur Harnverhaltung kommen. Man muss einfach wissen, dass mit zunehmender Einschränkung der Hirnleistungsfähigkeit auch das, was man als Kind erlernt hat, verloren gehen kann: die Kontrolle und der willkürlichen Steuerung der Blasen- und Darmfunktion. Das bedeutet, dass der oder die Betroffene nicht mehr in der Lage ist, bei nicht ausreichend gefüllter Blase zur Toilette zu gehen und prophylaktisch sich zu entleeren, und andererseits bei einsetzendem Harn- oder Stuhldrang diesen nicht mehr längere Zeit unterdrücken kann, bis die rettende Toilette erreicht ist. Die klassischen Symptome einer solchen „Altersblase“ sind der überfallartige Harndrang, ggf. mit Einnässen, und das nächtliche Einnässen (Harn-Inkontinenz).

Solche Miktionsstörungen sind weder eine Domäne der operativen noch der medikamentösen Therapie. Ältere Menschen haben im Allgemeinen einen ganz fest gefügten Lebensrhythmus mit fixen Ess- und Trinkgewohnheiten. Demnach haben sie auch feste Zeiten der vollen Blase oder des regelmäßigen Stuhlganges. Sie müssen lernen, ihren Lebensrhythmus dem Blasen- und/oder Darmrhythmus anzupassen; wenn um 8:30 Uhr Frühstückzeit ist, ist mit Sicherheit gegen 11:00 Uhr die Blase voll und der Toilettengang unausweichlich. Warum dann um 10:30 Uhr in die Stadt zum Einkaufen oder Spazieren gehen und nicht erst um 11:30 Uhr, nachdem die volle Blase um 11:00 Uhr entleert wurde? Dies lernen die Patient/innen durch das **Toilettraining**.

Vorraussetzung für ein Toilettraining ist allerdings die Erstellung eines Miktionspro-

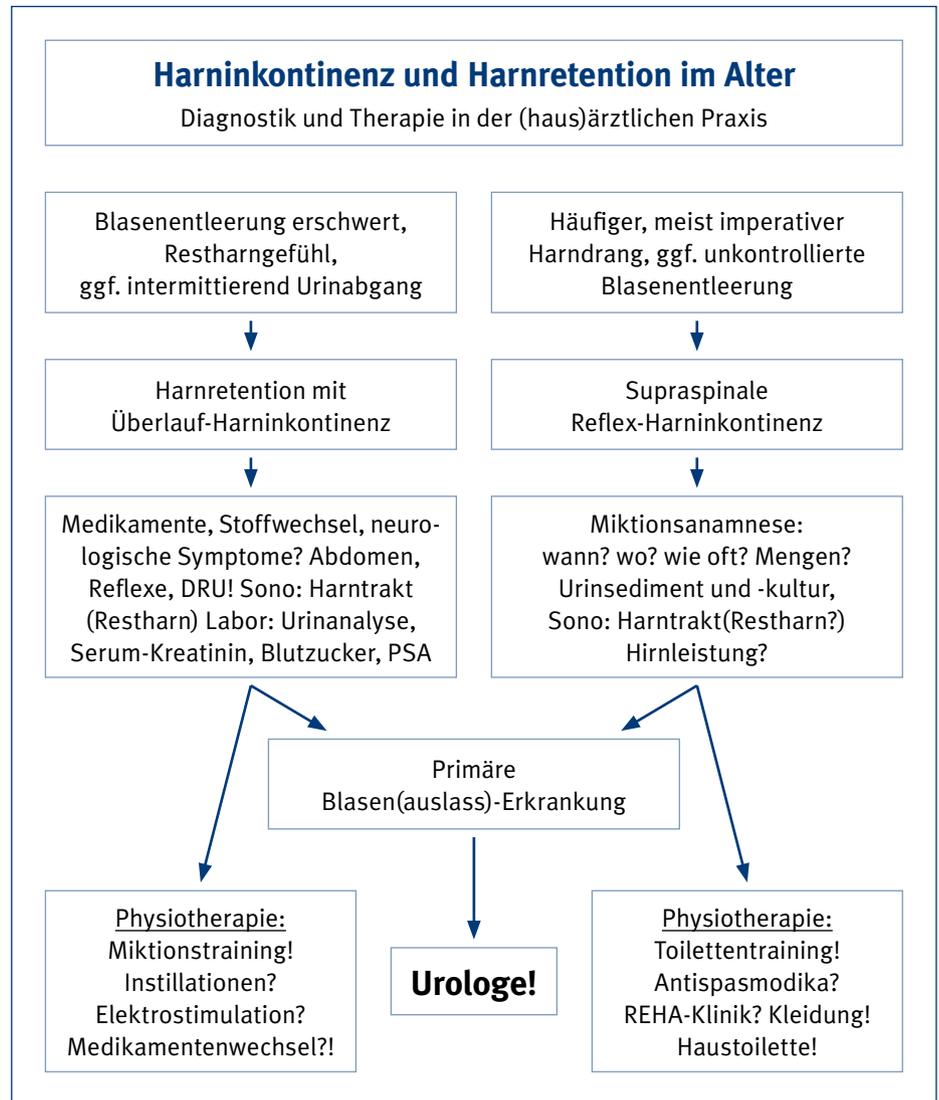
**Toilettentraining**

- Erstellung eines Miktionsprotokolls
- Bestimmung der Miktionsintervalle und der Miktionsvolumina
- Erstellung eines Miktionsplanes und Übung des Miktionsrhythmus
- Miktionsvolumina <200ml  
→ Antispasmodikum (Restharn?)
- Miktionsintervalle <3 Std.  
→ Antispasmodikum (Restharn?)
- Antispasmodikum  
→ Neuer Miktionsplan und Übung des neuen Miktionsrhythmus!
- Restharn >100ml  
→ Suprapubischer Katheter! (ggf. Selbstkatheterismus) + Training!
- Geeignete Kleidung auswählen (Klettverschlüsse!)

tokolls mit Eintragung der Miktionszeiten und -volumina sowie der Zeiten und Mengen der Flüssigkeitsaufnahme über einen Zeitraum von ungefähr zwei Wochen. Entsprechende Tabellen sind in den meisten Apotheken erhältlich.

Wenn die Miktionsintervalle und die Miktionsvolumina klein sind, kann man durch Antispasmodika (Oxybutinin, Propiverin, Tolterodin, Trosipiumchlorid) die Blasenkapazität vergrößern und damit die Miktionsintervalle verlängern. Was aber bleibt, ist sowohl die Unfähigkeit der prophylaktischen Blasenentleerung bei nicht hinreichend gefüllter Blase wie auch der unkontrollierte Urinverlust (Einnässen, „Inkontinenz“) bei einsetzendem Harndrang; der überfallartige („imperative“) Harndrang kommt unverändert, nur später. Aus diesem Grunde berichten die meisten Patienten, dass die Medikamente unwirksam seien und nicht helfen würden.

Toilettentraining ist eine wichtige pflegerische Aufgabe mit ärztlicher Unterstüt-



*Harnretention und Überlauf-Harninkontinenz im Alter: Diagnostik und Therapie in der (haus)ärztlichen Praxis (Algorithmus).*

zung! Das wiederum schließt nicht aus, dass bei eindeutigen Zeichen der Blasen-auslassobstruktion durch eine Prostata-veränderung nicht auch zusätzlich eine operative Intervention notwendig sein kann.

**Zusammenfassung**

Blasenentleerungsstörungen bei älteren Männern mit oder ohne Restharn, mit oder ohne Reizblasensymptomatik, mit oder ohne Inkontinenz sind nicht zwangsläufig die Folge einer Blasen-auslassobstruktion durch eine Prostataerkrankung; fast eben-

so häufig ist die Ursache in medikamentösen Nebenwirkungen der Altersmedizin, in Stoffwechselerkrankungen oder im neurologisch-psychiatrischen Bereich zu suchen. Aus diesem Grunde sollte die Indikation zur Prostata-Operationen bei alten Männern stets kritisch geprüft werden.

**Anschrift des Verfassers**

Prof. Dr. med. Hansjörg Melchior  
Terrasse 15  
34117 Kassel  
hansjoerg.melchior@web.de

LÄKH-Seminar

## Basiskurs „Schwangerschaftskonflikt-Beratung“

2./3. November 2013

Nach langer Pause wird die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen am 2. und 3. November 2013 wieder ein Basis-Seminar „Schwangerschaftskonflikt-Beratung“ durchführen.

Bei den Vorbereitungen dazu arbeiten wir mit dem Hessischen Sozialministerium und dem Regierungspräsidium Kassel als übergeordneten Behörden zusammen.

Wir werden mit sachverständigen Referenten verschiedene juristische Aspekte des fristgerechten und verspäteten Schwangerschaftsabbruchs erörtern.

In das Basisseminar werden aktuelle Informationen aus dem Sozialministerium und dem Regierungspräsidium in Kassel einfließen und – erstmalig – werden wir hören, wie der präventive Aspekt durch einen nachhaltigen Sexualkundeunterricht in Hessens Schulen vom Kultusministerium gesehen wird.

Ein weiteres juristisches Kapitel werden wir bei der Besprechung rechtlicher Gesichtspunkte im Zusammenhang mit der Aufdeckung von kindlichen Missbildungen nach der zwölften Schwangerschaftswoche aufschlagen.

Die verschiedenen Formen der modernen Pränataldiagnostik werden ebenso Thema

sein, wie die nichtoperativen Methoden des Schwangerschaftsabbruchs.

Schwangerschaftskonfliktberater sind verpflichtet, mit juristischen, psychologischen und Sozialberatern Kontakt zu halten, wir haben deshalb auch Stellungnahmen der Beratungsstellen der Pro Familia, des Sozialdienstes katholischer Frauen, des Diakonischen Werkes, des Caritasverbandes, der Organisation „Donum vitae“ und der Beratungsstelle AKGG (Kassel) ins Programm aufgenommen bzw. für das Programm angefragt.

Bei allen diesen sachlichen Facetten der Schwangerschaftskonfliktberatung wollen wir auch innehalten und über die Form der Herrschaft über das Leben, die wir mit unseren medizinischen Fortschritten erworben haben, nachdenken, über die Frage: Was haben wir alles in der Hand?

Frauenärzte sind Vorsorgeärzte. Ein ganz wichtiger Teil ihrer Arbeit ist die Vorsorge gegen, der stete Versuch der Vermeidung von unerwünschten Schwangerschaften, denken wir nur an die Teenagersprechstunde. Dann aber ist jedem erfahrenen Berater das Schicksal von Frauen geläufig, die mit ihrem Problem erst spät in der Schwangerschaft zu uns finden, so dass wir uns heimlich fragen: Warum denn jetzt erst? Wir werden deshalb auch über anonyme und vertrauliche Geburt, die Erfah-

rungen mit der Babyklappe und den Weg der Adoption sprechen.

Aktuell diskutieren wir in den Städten und Gemeinden über „frühe Hilfen“ für junge Familien und vergessen dabei häufig, dass die Hilfen noch früher, nämlich schon während der Schwangerschaft, angeboten werden müssten. Wir werden die Vertreter der Jugend- und Sozialämter nach ihren Möglichkeiten fragen und müssten dann eigentlich auch noch in unsere Gesellschaft hineinfragen: Wir gehen wir heute mit unseren schwangeren Frauen um?

Schlusspunkt unseres Seminarprogramms wird ein Blick auf diejenigen Frauen in unserem Land sein, die einen anderen kulturellen Hintergrund haben als den mitteleuropäischen, der ja schon facettenreich genug ist.

Alle zusammengeführten Vorträge und Diskussionsbeiträge der beiden Seminartage werden ein Handbuch mit dem Titel „Schwangerschaftskonfliktberatung 2013“ ergeben, das noch nicht alle denkbaren Teilaspekte berühren kann, aber doch einen Anfang macht.

Fortgeschrittenen-Seminare zum Thema finden alle drei Jahre statt. Der nächste Termin dafür ist der 9. November 2013.

*Dr. med. Axel Goldacker*

## Notfallvorsorge ohne Grenzen

**Bundesgesundheitsminister Bahr und Gesundheitsminister doc. MUDr. Leoš Heger, CSc. unterzeichnen das Deutsch-Tschechische Rettungsdienstabkommen**

Die Gesundheitsminister hatten das binationale Abkommen, das am 4. April 2013 unterzeichnet wurde, als großen Wurf gefeiert. Damit gebe es nun die Möglichkeit, dass deutsche und tschechische Ärzte, Rettungssanitäter und Rettungsassistenten im Nachbarland Hilfe leisten. Denn bisher endete jeder Rettungseinsatz an der Ländergrenze. Mit dem Abkommen sei nun geregelt, dass derjenige Rettungsdienst hilft, der dem Unfallort am nächsten ist.

Das Rettungsdienstabkommen ist nicht nur das erste Abkommen im Bereich Rettungsdienst, welches das Tschechische Gesundheitsministerium überhaupt unterzeichnete, sondern gleichzeitig das erste Abkommen im Gesundheitswesen zwischen der Tschechischen Republik und der Bundesrepublik Deutschland bzw. zwischen den Gesundheitsministerien beider Länder.

Die Realisierung des Rahmenabkommens ist auf deutscher Seite „in den Händen“ der Freistaaten Sachsens und Bayerns. In der Tschechischen Republik sind die fünf Regionen Reichenberg (Liberecký), Aussig (Ustecký), Karlsbad (Karlovarský), Pilsen (Plzeňský) und Südböhmen (Jihočeský) beteiligt.

Nach Inkrafttreten des deutsch-tschechischen Vertrags über die gegenseitige Hilfeleistung bei Katastrophen und schweren Unglücksfällen vom 15. Januar 2003 wird es nun möglich, eine wesentliche Lücke in der Daseinsvorsorgeplanung der Notfallversorgung, des Rettungsdienstes, der Katastrophenmedizin und des Katastrophenschutzes zu schließen.

Auch wenn es danach bereits zur grenzüberschreitende Zusammenarbeit und gegenseitige Hilfeleistung bei Katastrophen



*Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr und Gesundheitsminister doc. MUDr. Leoš Heger, CSc.*

und schweren Unglücksfällen, Beispiele Chemnitz – Karlsbad, Integrierte Leitstelle Nordoberpfalz – regionaler Rettungsdienst Pilsen, so ließen die weiteren Kooperationsmaßnahmen und binationale Abkommen für den Rettungsdienst auf sich warten.

Es kann nicht genug darauf hingewiesen werden, dass die Beseitigung der zwischenstaatlichen Regelungslücke besonders dem seit 28. Juni 2010 im Amt befindlichen Kabinett des tschechischen Ministerpräsidenten Petr Nečas und dem Gesundheitsminister doc. MUDr. Leoš Heger, CSc. zu verdanken ist. Heger war bis zu seiner Berufung in das Amt des Ministerpräsidenten Chefarzt der Radiologie und Direktor des Universitätsklinikums Königgrätz (Hradec Králové). Beide sind bekannt für ihre Bemühungen um noch bessere deutsch-tschechische Beziehungen, wie dies nicht zuletzt in der Rede von Nečas vor dem Bayerischen Landtag am 21. Februar 2013 besonders zum Ausdruck kam.

Noch im März 2010 hieß es im Projektbericht „Grenzüberschreitender Katastrophenschutz und Wiederaufbauhilfe in der Erstphase in Deutschland“ des Deutschen Roten Kreuzes:

„So planen das Sächsische Ministerium des Innern und das Bayerische Staatsministerium des Innern, auf Grundlage des o. g. Vertrages seit langem den Abschluss zweier inhaltsgleicher Vereinbarungen über die gegenseitige Hilfeleistung bei Katastrophen und schweren Unglücksfällen mit dem Ministerium des Innern der Tschechischen Republik. Durch den politischen Wechsel in der Tschechischen Republik ist das Verfahren ins Stocken geraten, dessen Fortsetzung ist jedoch geplant.“

Nun gilt es das deutsch-tschechische Rahmenabkommen im Rettungsdienst mit Leben zu erfüllen. Die diesbezüglichen Schritte wurden bereits unternommen. Sachsen hat beispielsweise bereits mit dem Aus-

tausch zur Organisation und Durchführung Rettungsdienst mit Tschechien begonnen. Weitere auf dem Weg befindliche Maßnahmen sind die Auswertung der Sprachkurse, best practice Beispiele und die Konzeptionen für die zukünftige grenzüberschreitende Zusammenarbeit. Ähnliches gilt für Bayern.

Besonderer Erwähnung bedarf, dass auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit die erste Deutsch-Tschechische Rettungsdienstakademie vom 18. bis 19. November 2011 in Regensburg stattfand. Wie Thomas Ilka, Staatssekretär, Bundesministerium für Gesundheit, betonte, waren sich beide Seiten der Dringlichkeit, ein verbindliches rechtliches Dach für die Zusammenarbeit zu schaffen, bewusst.

Mgr. Eva Karásková, Leiterin des Referats Internationale Angelegenheiten und EU, Gesundheitsministerium der Tschechischen Republik, wies darauf hin, dass die Vertiefung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zwischen der Tschechischen Republik und der Bundesrepublik Deutschland im Bereich Rettungsdienst schon seit mehreren Jahren Gegenstand der Verhandlungen zwischen den zuständigen Behörden beider Staaten – dem Gesundheitsmi-

nisterium der Tschechischen Republik einerseits und dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Bayerischen Staatsministerium des Innern und dem Staatsministerium des Innern des Freistaates Sachsen andererseits sei.

Nach beider Auffassung definiere der Rahmenvertrag die im Bereich Rettungswesen verwendeten Grundbegriffe und die Grundsätze der Zusammenarbeit, regle die Stellung des rettungsdienstlichen Personals und der Rettungsfahrzeuge beim grenzüberschreitenden Einsatz, ermögliche die grenzüberschreitende Aus- und Einfuhr von Betäubungsmitteln und trifft Festlegungen zur Nutzung von Flugzeugen, zur Kostenerstattung, zur Haftung, zum Schadenersatz usw. Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Bereich Rettungsdienst erfolge auf der Grundlage des Antrags einer Seite auf Zusammenarbeit und der Akzeptanz dieses Antrags durch die andere Seite.

Die Koordination der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit soll über die zuständigen Leitstellen beider Staaten erfolgen. Der Rahmenvertrag werde die gegenseitige Anerkennung der Berechtigung und

Befähigung zur Ausübung des Rettungsdienstes auf dem Hoheitsgebiet des jeweils anderen Staates ermöglichen (es bedarf keiner Anerkennung der Qualifikation, keiner Berufserlaubnis oder Mitgliedschaft in Berufskammern).

Ebenso werde er die gegenseitige Anerkennung von den innerstaatlichen Vorschriften entsprechenden technischen Zulassungen, Führerscheinen und Berechtigungen, Pilotenscheinen für Hubschrauber, Gerätetechnik, Genehmigungen und anderen Anforderungen ermöglichen.

Das deutsch-tschechische Rahmenabkommen im Rettungsdienst in Verbindung mit dem deutsch-tschechischen Vertrag über die gegenseitige Hilfeleistung bei Katastrophen und schweren Unglücksfällen schafft nun die Voraussetzungen, dem probaten Beispiel von EUREGIO Maas-Rhein in der grenzüberschreitenden Notfallrettung und dem grenzüberschreitender Katastrophenschutz zu folgen.

Herrn MUDr. Ivan Pfeifer CSc., Prag, danke ich für einige wertvolle Hinweise.

*Dr. med. Michael Popovič*

Die Tickets für das Charity Rock Konzert der Ärzteband

## „The Lickin' Boyz“

am 13. September 2013 mit Special Guests Henni Nachtsheim (Badesalz) und Emil Ferrari (Comedian) im Musiklokal Südbahnhof Frankfurt sind ab sofort online über [www.suedbahnhof.de](http://www.suedbahnhof.de) erhältlich.

Beginn: 20 Uhr (Einlass 19 Uhr) | Eintritt: 19,70 € | Infohotline: 0177 4704370 oder [helmutgolke@gmx.de](mailto:helmutgolke@gmx.de)

**Der Gesamterlös geht an das Kinderpalliativteam Südhessen.**

Weitere Informationen unter [www.groovingdoctors.net](http://www.groovingdoctors.net)

# Madeleine Albright: Winter in Prag. Erinnerungen an meine Kindheit im Krieg.

vorgestellt von Dr. med. Michael Popović

Anlässlich des Erscheinens der deutschen Übersetzung ihres Buches „Winter in Prag“ im April 2013 (Siedler Verlag) war die ehemalige amerikanische Außenministerin Madeleine Albright am 17. April 2013 in der ausgebuchten Deutschen Nationalbibliothek in Frankfurt im Gespräch mit Felicitas von Lovenberg, der verantwortlichen Redakteurin für Literatur und Literarisches Leben der Frankfurter Allgemeinen Zeitung.

Die am 15. Mai 1937 in Prag geborene Amerikanerin wurde erst spät damit konfrontiert, eine andere zu sein, als sie dachte. Im Alter von neunundfünfzig Jahren, Madeleine Albright war gerade für das Amt der Außenministerin nominiert, erfuhr sie von einem amerikanischen Journalisten und Verwandten aus der Tschechischen Republik, die die Shoah überlebt hatten, dass sie jüdischer Herkunft sei und ein Großteil ihrer Familie in den Lagern der Nationalsozialisten ermordet wurde. Ihre Eltern hatten ihre Kinder, so auch Madeleine, bis zu deren Tod nichts von dieser Familienkatastrophe berichtet.

Wie die Großeltern und Eltern Albrights, die Körbels, war auch die Familie von Stefan Zweig nicht religiös, Zweig selbst bezeichnete sich später als „Juden aus Zufall“. Saul Friedländer äußerte sich jüngst zu diesem Phänomen in NU (Jüdisches Magazin für Politik und Kultur) wie folgt: „Wir waren keine gläubigen Juden, befolgten auch keine der orthodoxen jüdischen Lebensregeln. Meine Familie war ein typisches Beispiel des assimilierten europäischen Bürgertums.“ Diesen Eindruck vermittelt auch Albright und versucht zu erklären, warum ihre Eltern nicht nur keine gläubigen Juden waren, sondern sie als

Kleinkind im Londoner Exil katholisch taufen ließen. Der Autorin selbst bleibt es ein Rätsel, warum ihr die Eltern ihre jüdische Herkunft verschwiegen. Mit Übernahme des Amtes als Außenministerin hatte Albright ihren Standort neu zu bestimmen.

Und so behandelte dieser Abend auch die Frage, wie verändert sich der Blick auf die Zeit, die Geschichte, wenn man die persönliche und die familiäre Biographie überdenken muss: was heißt es „ein Produkt seiner Zeit“ zu sein. Wären politische Entscheidungen anders ausgefallen, wenn das Wissen des Historikers vorhanden gewesen wäre? Im Gespräch wurde deutlich, dass die Zeit ein moralisches Dilemma darstellen kann.

An diesem Abend trug Madelaine Albright – die für ihre legendären Broschen bekannt ist und diese auch zur Übermittlung politischer Botschaften einsetzt – eine preziose Brosche in Form einer Kuckucksuhr. „Ich würde gern die Zeit anhalten“, sagte sie dazu, „deshalb trage ich eine Uhr, deren Zeiger sich nicht bewegen.“ Über den diplomatischen Einsatz ihrer berühmten Broschen hat sie sogar ein Buch geschrieben. Da sie ihre Broschen anlassbezogen und nicht zufällig auswählt, wird die Frage erlaubt sein, ob die Uhr des zeitlosen Kuckucks eine Metapher für den Brutparasitismus und die daraus resultierende „Heimatlosigkeit“ dieses Vogels sein könnte, womit sich ein Bogen spannen ließe zu den im Buch beschriebenen Verbrechen gegen die Menschlichkeit: Holocaust und Vertreibung.

Mit „Winter in Prag“ ist Madelaine Albright in Zusammenarbeit mit ihrem altbekannten Ghostwriter Bill Woodward, ihrem

Mitarbeiterteam und Menschen, die ihr halfen, mehr über ihre Familie und ihre Geschichte in Erfahrung zu bringen, ein fesselndes, bewegendes und auch anrührendes Werk mit dem Untertitel „Erinnerungen an meine Kindheit im Krieg“ gelungen. Da die Politikerin nicht auf persönliche Erinnerungen für die Zeit ihrer frühen Kindheit zurückgreifen kann, nutzt sie für das über 542 Seiten umfassende biographische Geschichtsbuch als historische Quellen überwiegend die in vielen Kisten aufbewahrten alten Papiere und Dokumente aus dem Nachlass Ihrer Eltern, vor allem teils unveröffentlichte (Roh-)Manuskripte ihres Vaters, die sie in ihrer Garage lagern hatte. Ergänzt durch weitere Quellen, deren Auswahl durch eine subjektive Betrachtungsweise beschränkt ist, gerät das Buch zu einer historisierenden Biographie, die eng mit der Geschichte der Tschechoslowakei, „wo die Demokratie zwischen 1939 und 1948 zweimal unterging“, verquickt und von der Tradition der panslawistischen „Jungtschechen“, vor allem T. G. Massaryk und Edvard Beneš, geprägt ist. Hierauf fußend macht Madeleine (Madlenka) Albright dem Auditorium klar, dass sie keine Zweifel hat, aber sie lässt uns wissen, wie klar sie das politische, das moralische Dilemma dahinter sieht. Das gelte auch für ihr persönliches Leben. Deshalb urteilt sie nicht über die, die sie mit einer nur halbweisen Geschichte leben ließen. Sondern erzählt, was ihre Eltern nicht erzählen konnten (FAZ, Feuilleton, Madeleine Albright, Die stolze Amerikanerin, 20.4.2013).

Madeleine Albright bewundert ihren Vater, der als Diplomat für Beneš gearbeitet habe und überzeugter Demokrat gewesen

# Ansichten

sei: „Ich habe alles von meinem Vater zu übernehmen versucht. Ich war die perfekte Tochter. Das bin ich heute noch, obwohl er tot ist. Er war jemand, der sich sehr für die Demokratie engagierte.“ Dem ist hinzuzufügen, dass dies nur für das demokratische Gemeinwesen galt, das den Tschechoslowakismus auf die Fahnen geschrieben hatte und dem Neoslawismus von Masaryk und seinem Schüler Beneš folgte. Und der Vater Albrights, Josef Körbel, war ein gelehriger Schüler von beiden, deren treuer Anhänger. Hier darf nicht verschwiegen werden, dass Madeleine Albright historisierender Roman, wenn nicht von Halbwahrheiten, so doch von einer mehr als unvollständigen Quellenlage ausgeht, auch wenn die Anmerkungen 324 Zitate enthalten.

Das Buch folgt in seiner Gliederung dem Zeitablauf der historischen Ereignisse. Nach einem kurzen Hinweis auf die Besetzung Prags durch die Hitler-Truppen werden „Geschichten aus Böhmen“ erzählt. Beachtlich ist der Hinweis darauf, dass die „tschechischen“ Ländereien unter den Přemysliden aufblühten und sich Prag zu einem Musterbeispiel der Vielfalt entwickelte: Slawen, Germanen, Juden, Italiener, später auch Roma lebten in den engen Häusern der Stadt... (Anmerkung: Dies war das 13. Jh.). Nicht unerwähnt bleibt Karl IV., der als deutscher König und König von Böhmen 1348 die erste Universität des heiligen römischen Reiches in Prag gründete.

Auf der zweiten Seite der „Vorgeschichte“ führt Albright aus, dass sie ein Leben lang an die Tugenden einer demokratischen Regierung glaubte, an die Notwendigkeit, sich gegen das Böse zu stellen und an den jahrhundertalten Wahlspruch der Tschechen „Pravda vítězí“ – „Die Wahrheit wird siegen“. Nach Anatole France kann die

Wahrheit aber auch eine Keule sein, mit der man andere erschlägt.

Das Kapitel „Der Wettstreit“ erzählt von dem Wiederaufleben der nationalen Identifikation in den tschechischen Gebieten und dem „Wetteifern der tschechischen und deutschen Nationalisten“. Nur angerissen wird die Entwicklung des Panlawismus und des Prager Aufstandes nach dem Slawenkongress 1848 in Prag, der schon damals letztlich Vertreibungen gefordert hatte, wenn er eine Zielsetzung verbreitete, der zufolge „neben allen Türken aus Europa, allen Italienern vom Ostufer der Adria und allen Finnen von der karelischen Nase bei Petersburg alle Millionen Deutschen östlich der Isthmuslinie Triest-Stettin vertrieben werden sollten.“ 1979 zitiert Professor Dr. Wilfried Schlaw dazu Karl Marx aus der „Neuen Oderzeitung“: „Panlawismus ist eine Bewegung, die ungeschehen zu machen strebt, was eine Geschichte von tausend Jahren geschaffen hat, die sich nicht verwirklichen kann, ohne die Türkei, Ungarn und eine Hälfte Deutschlands von der Karte Europas wegzufügen, die, sollte sie diese Resultate erreichen, ihre Dauer nicht sichern kann, außer durch die Unterjochung Europas.“ Später kam es in Böhmen zu der Parteienbildung von „Altschechen“ und „Jungtschechen“ die über die weiteren Strategien in der Habsburger Monarchie zur Durchsetzung slawischer/tschechischer Autonomie stritten, bei denen letztlich T. G. Masaryk obsiegte und der in verklärter Weise dargestellt wird. Die Rolle der „tschechischen Juden“ dieser Zeit wird ausführlicher beschrieben, die der „deutschen Juden“ nur randständig erwähnt.

Besonders schmerzlich ist, dass beispielsweise die Rolle des „Prager Kreises“ im gesamten Buch unerwähnt bleibt. Er traf

sich im Prager Café Arco, hatte den kulturellen Ausgleich und das wechselseitige Verständnis zwischen deutschböhmischen und tschechischen Autoren, Künstlern, Intellektuellen zum Ziel, und gelangte damit zu einer neuen Qualität kulturellen Mittlertums (KROLOP). Dem „Prager Kreis“ gehörten Max BROD, Franz KAFKA, Rainer Maria RILKE, der Philosoph Felix WELTSCH, Oskar BAUM, die jungen Autoren wie Franz WERFEL und Willy HAAS und später Johannes URZIDIL, Josef MÜHLBERGER und Ludwig WINDER an. In diesem Kontext spielte der von Josef MÜHLBERGER und Johannes STAUDA von 1928 bis 1931 herausgegebene „Witiko, Zeitschrift für Kunst und Dichtung“ eine exponierte Rolle, dessen Programm sich gleichermaßen von den nationalistischen, antisemitischen und völkischen Bestrebungen abgrenzte und sich in die Tradition utraquistischer Vermittlung, i. s. der gemäßigten Mittelströmung innerhalb der böhmischen Kirchenreformation des 15. Jahrhunderts, mit dem Ziel eines innerböhmischen Ausgleichs, stellte. Er scheiterte an der ethnozentrischen Fixierung und politischen Macht der Chauvinisten.

Und genau dies ist der von Albright nicht erwähnte Problemkreis, der im Kapitel „Die Linde“ hätte dargestellt werden müssen. Sie schildert die beherzten Aktivitäten, die während des Ersten Weltkriegs von Masaryk im Exil entfaltet wurden, nicht jedoch, dass bereits 1918/19 u. a. in den elf Beneš-Memoranden, vor allem in Nummer drei, die Weichen für die Unterdrückung und Benachteiligung der deutschen Bevölkerung in der neuen Tschechoslowakischen Republik wurden. Die Forderungen der Deutschen nach dem Selbstbestimmungsrecht wurden 1919 sogar mit militärischer Gewalt unterdrückt.

Einen breiten Raum nimmt die tschechische Sichtweise über das Zustandekommen

des Münchener Abkommens vom 30. September 1938 ein. Vollkommen unberücksichtigt ist das Ergebnis der Mission von Lord Walter Runciman of Doxford, der nach seinem Besuch in der Tschechoslowakei in einem persönlichen Brief am 21. September 1938 an den tschechoslowakischen Präsidenten Beneš u. a. folgendes schrieb: „[...] I have been left with the impression that Czechoslovak rule [...] has been marked by tactlessness, lack of understanding, petty intolerance and discrimination [...].“

Dieses Schreiben und der Runciman-Report an Premierminister Chamberlain sind äußerst relevant für das Zustandekommen des Münchner Abkommens vom 29. September 1938. Runcimans Auftrag war es, sich im Namen der britischen Regierung unter Arthur Neville Chamberlain ein objektives Bild von dem Problem zwischen tschechoslowakischem Staat und Sudeten-deutscher Partei zu machen und eine Empfehlung zum weiteren Handeln abzugeben.

Belgrad, die Schlüsselstadt des Balkans, war nach dem ersten Weltkrieg Hauptstadt des neu gegründeten Königreichs der Serben, Kroaten und Slowenen. Hier spielte der Panslawismus eine große Rolle und die „Deosmanisierung“ wurde mustergültig betrieben. In Belgrad war Albrights Vater 1937-1938 Presseattaché der tschechoslowakischen Botschaft und während des Slawenkongresses (1946) tschechoslowakischer Botschafter. Auch diese Zeit dürfte für die Quellen von Frau Albright, den schriftlichen Nachlass ihres Vaters, von maßgeblicher Bedeutung gewesen sein.

In weiteren Kapiteln beschreibt Albright die Besetzung des „Sudetenlandes“ durch die Truppen der Nationalsozialisten und den Terror gegen den Tschechischen Wi-

derstand. In Erinnerung gerufen werden dem Leser die Verhältnisse im Konzentrationslager Theresienstadt, unter denen Juden und Widerstandskämpfer zu leiden hatten und die von dort aus erfolgenden Transporte in die Konzentrationslager Birkenau und Auschwitz.

Ohne jeden Zweifel ist es erforderlich, die Gräueltaten der menschenverachtenden Verbrechen der Nationalsozialisten unvergessen zu machen, und hier ist das Buch von Madeleine Albright, auch wegen persönlicher und familiärer Betroffenheit, bedeutsam. Aufschlussreich sind die Erzählungen über die Angriffe der nationalsozialistischen Streitkräfte auf England, währenddessen die tschechische Exilregierung erfolgreiche Diplomatie bei den Alliierten und Josef Stalin im Hinblick auf ein siegreiches Kriegsende betrieb. Ausführlich beschrieben werden die mehrfach täglich ausgestrahlten tschechischen Rundfunksendungen über den BBC, die überwiegend von Albrights Vater Josef Körbel konzipiert und durchgeführt wurden.

Die Verhandlungserfolge Benešs, angeblich erst ab 1940 mit dem Ziel der Vertreibung der Deutschen aus der Tschechoslowakei, die Konferenzen von Jalta und Potsdam und die Rückkehr der tschechischen Exilregierung zunächst nach Kaschau (Kaschauer (Regierungs)-Programm), dann nach Prag werden ebenso beschrieben, wie die Tatsache, dass die amerikanischen Streitkräfte von Eisenhower den Befehl erhielten von Pilsen nicht weiter nach Prag vorzurücken, um der Sowjetarmee nicht ins Gehege zu kommen. Die dann folgenden Verbrechen an den Deutschen während des Prager Aufstandes nach dem Selbstmord Hitlers und bei den wilden Vertreibungen Mai bis August 1945, vor dem Potsdamer Abkommen, werden dagegen nur andeutungsweise erwähnt.

Es muss angenommen werden, dass die ehemalige US-Außenministerin mit ihrem langjährigen Redenschreiber und Coautor Bill Woodward den gleichen Zugang zu historischen Quellen hatte, wie z. B. der US-Historiker Prof. Ray M. Douglas.

Jüngst hat sich dieser an der Colgate University, New York State, lehrende amerikanische Historiker mit genau der Geschichte auseinandergesetzt, die den Gegenstand und die Ausgangslage des Buches von Madeleine Albright darstellen.

Hierzu heißt es in einer Rezension (tagesspiegel 13.3.2012):

„... Die Geschichte der „Sudetendeutschen“, zu denen die Deutschböhmen der 1918 zerfallenen Donaumonarchie wurden, bildet ein besonders bedrückendes Kapitel in Douglas' Studie. Diese Bevölkerungsgruppe wurde gezwungen, mehrfach ihre Staatszugehörigkeit zu wechseln, um am Ende als Nazis stigmatisiert und aus ihrem jahrhundertalten Siedlungsgebiet vertrieben zu werden. Douglas macht einmal mehr deutlich, dass die Vertreibungen aus der Tschechoslowakei mitnichten als Folge der Annexionspolitik des NS-Regimes zu erklären sind. Vielmehr wurden sie vom Präsidenten der Vor- wie der Nachkriegszeit, dem erklärten Nationalisten Edvard Benes, seit jeher erhofft und seit 1938 politisch in die Wege geleitet, insbesondere durch enge Zusammenarbeit mit Stalin.“

Eine derartige Einschätzung ist bei Albright allenfalls ansatzweise dann zu finden, wenn sie auf ihren Freund „Vaclav Havel“ und seine Ausführungen zu diesem Problem im Jahr 1992 zu sprechen kommt. So möchte ich auf Bill Clinton verweisen, der in seiner und Albrights Regierungszeit sagte: „Wir sollten niemals aus den Augen verlieren, dass der Weg zur Tyrannei mit der Zerstörung der Wahrheit beginnt.“

# Ansichten

Am Ende des Werkes werden die kommunistischen Aktivitäten der Vasallen Josef Stalins, allen voran Klement Gottwald, nachvollziehbar beschrieben, die zur schleichen- den Entmachtung der nichtkommunistischen Regierungsmitglieder und letztlich am 10. März 1948 zum „dritten Prager Fenstersturz“ führten, bei dem Jan Masaryk zu Tode kam. Ein von den Kommunisten behaupteter Selbstmord konnte erst nach der samtenen Revolution ausgeschlossen werden. Nach der Machtübernahme durch die Kommunisten ging der tschechoslowakische Botschafter im Jugoslawien Titos, der Vater Albrights, mit Familie in das US-amerikanische Exil. „Madlenka“ Albright ist da elf Jahre alt.

## Zusammenfassung:

Die Liebe zu dem Land der Tschechen, Deutschen und Juden wird verletzt durch die Strategie, jene mundtot zu machen, die den einseitig dargestellten politischen Entwicklungen und Geschehnissen historische Belege für die andere Seite der Medaille gegenüberstellen. So sind große Passagen des Buches wenig geeignet einen notwendigen Diskurs zu fördern. Verständigung, Ausgleich und gemeinsame Zukunftsgestaltung im „Herzen Europas“

werden ebenso erschwert, wie gegenteilige Effekte gefördert werden: Polarisierung, Chauvinismus und Unterdrückung von Minderheiten. Dem Rezensenten drängt sich der Eindruck auf, dass Albright die Aufarbeitung der zweifachen Opferrolle – einerseits Münchener Abkommen und Nazigewalt gegen „die Tschechen“, Nazi-verbrechen an den jüdischen Mitbürgern (Shoah) andererseits – misslingt. Nach Peter Menasse, NU-Chefredakteur und ehemaliger Prokurist des Jüdischen Museums in Wien kann man heute, vor allem bei jungen Menschen, nicht mehr zielführend Aufklärung mit der Shoah betreiben, die Juden sollten sich aus der Opferrolle herausbegeben, die Antisemitismus-Keule gehöre weggepackt. Für Saul Friedländer ist die heutige Argumentation mit der Rolle der Opfer der Shoa „unerträglich und politisch sehr gefährlich, weil man eine Vergangenheit ausnützt, die tragisch ist, um dann politisches Kapital daraus zu schlagen“. Demgegenüber resultiert bei Albright im Sinne der tschechoslowakistischen Schule der „Jungtschechen“ Masaryks und vor allem Benešs, die sie von ihrem Vater übernommen hat, der Generalschuldvorwurf gegen die Deutschen mit der aus ihrer Sicht gerechtfertigten Vertreibung der fast 3,5

Millionen Deutschen aus Böhmen, Mähren, Böhmisches-Schlesien und Prag, weil man mit diesen Deutschen nach dem Sieg über die Nazis nicht mehr zusammenleben konnte. Der Vater Albrights, Josef Körbel, kehrte an der Seite von Beneš und seiner Exilregierung als Sieger über die Nazis und als Verfechter des Tschechoslowakismus in die ČSR zurück.

Madeleine „Madlenka“ Albright und ihrem Team ist es gleichwohl gelungen, mit dem „Winter in Prag“ einen fesselnd geschriebenen historisierenden Roman mit politisierender Biographie der Öffentlichkeit zu präsentieren, der allerdings einer kritischen Diskussion bedarf. Wie hat schon das Mitglied des „Prager Kreises“ Franz Werfel gesagt: „Die einzige Überlegenheit des Verfolgten ist es, nicht der Verfolger zu sein.“

*Präsentation anlässlich der Erstausgabe  
der deutschen Übersetzung  
Dr. med. Michael Popovič, Eppstein*

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

## Reisemedizin und die Lust am Reisen

Die Lust am Reisen ist in Deutschland ungebrochen. Im Jahr 2012 waren es über 52 Millionen Auslandsreisen, davon ca. jede zehnte in Gebiete, in denen mit besonderen Gesundheitsgefährdungen gerechnet werden muss. Hieraus ergeben sich an den idealerweise in die Reisevorbereitung einbezogenen Mediziner eine Fülle von häufig sehr komplexen Fragestellungen, denen in einer kompetenten reisemedizinischen Beratung begegnet werden muss. Primäres Ziel sollte dabei sein, den Reisenden in der Durchführung seines Reisevorhabens zu unterstützen und ihm die Verwirklichung seiner Reiseträume zu ermöglichen, dies aber unter Minimierung der gesundheitlichen Risiken. Hierzu gehört eine individuell auf das Reisevorhaben und die Person des Reisenden abgestellte Gefahrenanalyse, die dann zu einem Maßnahmenkatalog führt, in dem Impfungen und die Beratung zur Malariaprophylaxe zwar eine wesentliche, aber bei weitem nicht die einzige Rolle spielen. Die Gefährdungen ergeben sich zum einen aus den besonderen Bedingungen des Zielgebietes wie Klima, Entfernung, medizinische und soziale Infrastruktur des Reiselandes. Zum anderen spielen aber besonders die individuellen Bedingungen des geplanten Vorhabens und die Voraussetzungen des Reisenden eine entscheidende Rolle. Was hat der Reisende unterwegs vor (Strandurlaub – Abenteuerurlaub – Arbeitseinsatz), wie gelangt er in sein Zielgebiet (Flugzeug – Kreuzfahrtschiff – Auto), wie ist die Reise strukturiert (organisierte Gruppentour – individuell geplante Ruck-

sackreise), welche gesundheitlichen Voraussetzungen bringt der Reisende mit (Fitnessgrad – chronische Erkrankungen – Alter), sind für die medizinische Reisevorbereitung wesentliche Gesichtspunkte.

Rechnung zu tragen ist auch der Entwicklung, dass berufliche Reisen mit den besonderen Vorschriften für die medizinische Vorbereitung, die Gruppe älterer und chronisch kranker Reisenden auch in entferntesten Weltgegenden mit teilweise abenteuerlichen Vorhaben sowie die Zahl junger Reisender im Praktikantenstatus oder im Rahmen eines freiwilligen sozialen Jahres zunehmen und einer intensiven reisemedizinischen Unterstützung bedürfen.

Viele Kollegen, die sich qualifiziert mit Reisemedizin befassen möchten oder sich im Rahmen ihrer Dienstaufgaben damit befassen müssen, suchen nach Fortbildungsmöglichkeiten, um den sehr komplexen medizinischen Problemstellungen Reisender gerecht zu werden.

Neben dem aus medizinischen Gründen steigendem Bedarf an reisemedizinischen Leistungen sind durchaus auch wirtschaftliche Gründe anzuführen, sich als Arzt in der Praxis verstärkt mit reisemedizinischen Fragen zu befassen. Viele Leistungen der Reisevorbereitung sind primär keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und sind somit privatärztlich abzurechnen.

Die Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim bietet in diesem Jahr hierzu zum einen erneut ein reisemedizinisches Basisseminar an, das

sich an dem 32-stündigen Curriculum der Bundesärztekammer zur „Reisemedizinischen Gesundheitsberatung“ orientiert. Im Kurs, der an zwei Wochenenden (27./28. September und 22./23. November) stattfindet, werden u.a. die Bereiche Geomedizin, Impfungen, Kontakt mit Gifttieren, Malariaprophylaxe, Tauchmedizin, Höhenmedizin, Flugmedizin, medizinische Probleme bei Langzeitaufenthalten und Arbeitseinsätzen, Reisen von Risikopatienten sowie auch die Abrechnung reisemedizinischer Leistungen behandelt. Im Kurs wird vor allem auf eine sehr praxisnahe Vermittlung des notwendigen Wissens mit der Möglichkeit eines intensiven Erfahrungsaustausches mit reisemedizinischen Experten in Kleingruppen Wert gelegt.

Zum anderen wird speziell für die Zielgruppe Arbeits- und Betriebsmediziner ein zweitägiger Kurs angeboten (1./2. November 2013), in dem ergänzend zum oben genannten Basisseminar die speziellen Fachkenntnisse vermittelt werden, die für die Feststellung der Tauglichkeit für Arbeitsaufenthalte im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen gefordert werden. Dieser Kurs ist integriert in die arbeitsmedizinische Weiterbildung, kann aber auch von bereits fertig weitergebildeten Arbeits- und Betriebsmedizinern als Fortbildungsmaßnahme besucht werden (siehe Veranstaltungsankündigungen, Interessenten für einen oder beide Kurse werden gebeten, sich umgehend anzumelden).

*Dr. med. Ulrich Klinsing*

## Zum Beitrag: Kinder als Patienten im allgemeinärztlichen Notdienst

(Hessisches Ärzteblatt 5/2013, S. 378)

Sehr geehrte Damen und Herren, in diesem Artikel schreiben Sie in einem herausgehobenen Kasten: Zur Akutversorgung sollte vorhanden sein: unter anderem Fastjekt Injektor / Fastjekt junior bei allergischen Notfällen. Dies ist zweifelsfrei richtig, denn in unserer Praxis haben wir damit schon Leben gerettet. Es wäre nichts besonderes, wenn nicht folgender Fall sich bei uns zugetragen hätte.

Im August 2008 kam eine Patientin nach einem Bienenstich zu uns, die ein massives allergisches Exanthem mit Atemnot und beginnende Schockzeichen aufwies.

Nach der notfallmedizinischen Versorgung mittels Antiallergika, Cortison i.v. wie auch Adrenalin verdünnt, konnten wir die Patientin im stabilisierten Zustand dem Notarzt übergeben. Nahezu drei Jahre später wurde die Patientin erneut gestochen, kam wieder zu uns und wir injizierten ihr diesmal sofort den Fastjekt Injektor. Auf diese Weise kupierten wir den gefährlichen Verlauf und konnten die Patientin nach Überwachung aus unserer ambulanten Behandlung entlassen. Da wir den Injektor über Sprechstundenbedarf bezogen hatten, kam jetzt der Dank meiner lieben KV in Form eines Regressbescheides für

den Fastjekt Injektors über 81,83 € vom Teamleiter Prüfung mit der Begründung, solche Medikamente sind nur auf den Patienten selbst zu verordnen.

Die Moral von der Geschichte: Wenn ein Patient mit einer lebensbedrohlichen Allergie auftaucht, erstens ein Rezept ausstellen, ihn zur Apotheke schicken und wenn er noch lebt, dann injizieren. Welch furchtbare Zeit, Welch furchtbare Institutionen.

*Mit freundlichen Grüßen*

*Dr. med. Jürgen Rabe, Dreieich*

*(volle Anschrift ist der Redaktion bekannt)*

## Zum Umgang miteinander

Wie manche anderen Kollegen und Kolleginnen mache ich die Erfahrung, dass es schwer oder unmöglich sein kann, jemanden zu finden, der zur Übernahme einer ärztlichen Praxis bereit ist. Die Gründe hierfür sind hinreichend bekannt und bedürfen folglich keiner Erwähnung oder gar Erörterung an dieser Stelle. Doch die Frage, warum es offensichtlich mit der Freude, die ich 1984 spürte, als ich in die Niederlassung ging, für die jetzige Generation so schwierig geworden ist, lässt sich nicht so leicht hinweg rücken, untrennbar im Übrigen mit der Frage verknüpft, ob mit guten Gründen zur Niederlassung geraten werden kann. Wenn ich auch viele beglückende Erfahrungen in meinem Beruf gemacht habe und mache und auch im Rückblick meine Entscheidung zur Niederlassung als die für mich richtige, eine, die ich nicht

bedauere, sehen kann, nehme ich mit Sorge wahr, wie von der Politik und den Krankenkassen (nicht ohne dass dies auf manche unserer Patienten abfärbte) mit uns Ärzten umgegangen wird – auch leider, wie wir Ärzte manchmal miteinander umgehen – und ich fürchte, dass dieser Umgang uns selbst verändert, in einer Weise, die für uns und unsere Patienten nicht gut ist: es erfordert schon große charakterliche Stärke, dem Bild, das andere von uns zeichnen, nicht ähnlich zu werden, zunächst in kleinen Schritten, kaum bemerkbar. Um konkret zu werden: Will der Krankenkassenfunktionär im Falle einer eigenen schweren Krankheit einen Leistungserbringer oder einen Arzt? Dann sollte er seine Worte (\*tönender Geist\*!) bedenken. Wo sind wir hingekommen, wenn in einem Arztbrief einer Klinik im Kopf der Kauf-

männische Direktor über dem Chefarzt steht? Ich glaube, dass sich unsere Gesellschaft nicht leisten kann, so mit uns Ärzten umzugehen, uns zu ermüden, wo sie unsere besondere Einsatzfreude braucht. Und auf Politiker, die unverständig weitreichende Entscheidungen treffen und nicht in der Lage sind, unerwünschte Folgen dieser ihrer Entscheidungen als solche zu erkennen, geschweige denn, sie zu verantworten, kann ich zumindest gut verzichten. Womit wir wieder bei den unbesetzbaren Praxen sind.

Soviel zum Grund meines Schreibens. Aber es gibt auch einen Anlass, betreffend den Umgang der Kassenärztlichen Vereinigung mit uns. Nicht verschweigen aber will ich, dass es mit deren MitarbeiterInnen auch gute Erfahrungen gibt.

Vor einigen Jahren kam es in der näheren Umgebung zu einer Erkrankung eines Schülers an einer eitrigen Meningitis, die prophylaktische Behandlungen von Kontaktpersonen mit Rifampicin erforderlich machte. Eine Packung – die kleinste – mit 50 Kapseln Rifampicin kostet ~ 88 €, die prophylaktische Behandlung einer Kontaktperson erfolgt mit vier Kapseln. Ich hatte ungefähr zehn Personen zu behandeln, so dass ich eine Packung als Sprechstundenbedarf bestellte. Gegen die Regressforderung – Rifampicin sei nun einmal kein

Sprechstundenbedarf – legte ich mit dem Hinweis, dass das andere mögliche Vorgehen, jeder der Kontaktpersonen eine Packung aufzuschreiben, unschwer zu errechnen, ~ 880 € gekostet und zur Vernichtung von 460 Kapseln geführt hätte, Widerspruch ein. Diesem wurde nicht stattgegeben. Ich habe durchaus Verständnis dafür, dass es Regelungen gibt, was Sprechstundenbedarf sei und was nicht, für eine im Einzelfall so unsinnige, die Solidargemeinschaft belastende, den Sinn der Regelung konterkarierende und den sparsa-

men Arzt bestrafende auf dem Wortlaut beharrende Entscheidung habe ich es allerdings nicht! Es geht mir hier um das Prinzip, nicht um 88 €.

Hoffen wir trotz allem auf Ärzte, die sich durch solch widrige Bedingungen nicht unterkriegen lassen und die mutiger und angemessener entscheiden als hier entschieden wurde.

*Dr. med. Rüdiger Lorenz, Bad Wildungen  
Kinderarzt, Neuropädiatrie, Psychotherapie  
(volle Anschrift ist der Redaktion bekannt)*

Kommentar der Redaktion:

## Meningokokkeninfektion; antibiotische Behandlung von Kontaktpersonen

Sobald eine Meningokokkeninfektion gesichert ist, besteht die medizinische Notwendigkeit einer prophylaktischen Antibiose der Kontaktpersonen zum betroffenen Patienten. Der Wunsch, dass Antibiotikum (Rifampicin, Ciprofloxacin) über eine Verordnung im Rahmen des Sprechstundenbedarfs zu Lasten der AOK Hessen beziehen zu können, um anschließend in kleinen Mengen die relevante Dosierung an die Kontaktpersonen zur Prophylaxe

einer Meningokokkeninfektion herauszugeben, wurde immer wieder an die Kasernenärztliche Vereinigung Hessen herangetragen.

Bereits vor vielen Jahren gab es deshalb Bestrebungen, mit den Krankenkassen in Hessen vertragliche Regelung dazu abzuschließen.

Die Krankenkassen haben allerdings eine solche Regelung mit der Begründung abgelehnt, dass die empfohlene prophylak-

tische antibiotische Behandlung über den öffentlichen Gesundheitsdienst, also die Gesundheitsämter, zur Verfügung gestellt werden müsse. Somit ist weder die Einzelverordnung auf Name des Patienten noch der Bezug über Sprechstundenbedarf als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung möglich.

Die Gesundheitsämter haben entsprechende Antibiotika vor Ort zur Verfügung zu stellen.

## Im Reisefieber, aber herzkrank: Was sollten Herzpatienten beachten?

Deutsche Herzstiftung bietet kostenloses Reise-Set mit wichtigen Empfehlungen, Tipps und Sicherheitsverhalten

Millionen von Menschen in Deutschland sind von Herz-Kreislauf-Erkrankungen betroffen. Viele von ihnen wollen oder können auf das Reisen nicht verzichten, sind sich aber unsicher, ob eine Reise für sie ratsam oder zumutbar ist. Eine Hilfe bie-

tet das kostenfreie Reise-Set der Deutschen Herzstiftung mit praktischen Reisetipps und Empfehlungen für Herzpatienten je nach Art der Herzkrankheit unter [www.herzstiftung.de/sicher-reisen](http://www.herzstiftung.de/sicher-reisen)

# Grüne Eruptionen in gepflegter Parklandschaft

„Blickachsen 9 RheinMain“



Stefan Rohrer, *Miniatus Floridus*, 2012  
Auto, Stahl, Lack (330 x 260 x 365 cm)  
Blickachsen 9,  
Ausstellungsort: Kurpark Bad Homburg  
Courtesy Stiftung Blickachsen gGmbH,  
Bad Homburg, und Künstler

Zum Auftakt eine Eruption in Grün: Aus dem Nichts scheint der froschfarbene Mini Cooper auf der Rasenfläche zwischen den Büsten von Kaiser Friedrich III. und seiner Gemahlin Victoria Kaiserin Friedrich gestrandet zu sein. Wie langstielige Blüten schießen roter Sitz, Lenkrad und Reifen aus seinem zu einem Blätterkelch aufgeplatzten Dach hervor. Augenzwinkernder Abgesang auf das Automobil oder versöhnliche Liaison von Natur und Technik? „Miniatus Floridus“ hat Stefan Rohrer seine Arbeit aus Blech, Stahl und Lack betitelt – eine von 90 Skulpturen internationaler Künstler aus 15 Ländern, die im Rahmen der neunten Auflage der „Blickachsen“-Ausstellung in Bad Homburg und weiteren Städten im Rhein Main Gebiet zu sehen sind. Nahezu die Hälfte von ihnen dort, wo die 1997 von der Homburger Galerie Scheffel ins Leben gerufene Ausstellungsreihe ihren Ausgang genommen hat – im

Kurpark und im landgräflichen Schlosspark Bad Homburgs. Ihr Name geht auf die Blickachsen zurück, die der renommierte Gartenarchitekt Peter-Joseph Lenné Mitte des 19. Jahrhunderts im Homburger Kurpark angelegt hatte.

Die Idee, die herrliche Parkanlage mit ihren an englische Gärten erinnernden, weitläufigen Wiesen, majestätischen Bäumen, verwunschenen Plätzen und geradlinigen Wegen alle zwei Jahre in eine Ausstellungslandschaft zu verwandeln, besticht und zieht ungebrochen in ihren Bann. Weitere Blickachsen-Exponate befinden sich am Limes, im Kloster Eberbach, an der Frankfurter Universität und am Rhein-Main-Flughafen, in Darmstadt und Eschborn. Partner der diesjährigen Exposition, die bis zum 6. Oktober gezeigt wird, ist die Fondation Marguerite et Aimé Maeght in Saint-Paul-de-Vence in Frankreich.

## Einladung zu meditativem Verweilen

Außer Sichtweite und doch nur wenige Schritte von dem am Rande des Parks ge-

legenen „Schmuckplatz“ mit explodierendem Mini Cooper entfernt, breitet sich eine Rasenfläche wie ein riesiger Teppich aus. Hier hat sich die überdimensionale, bronzene Skulptur des niederländischen Bildhauers Henk Visch sitzend niedergelassen. Nackt, weder Mann noch Frau, und trotz ihrer fast elefantösen Gliedmaßen verletzlich wirkend. Die roten Augen in dem anmutig geneigten Gesicht oszillieren zwischen Melancholie und Nachdenklichkeit. So rätselhaft die Figur mit dem Titel „Not God but I will help you“ auch erscheinen mag, lädt sie doch zugleich zum meditativen Verweilen ein. Ebenso wie die, sich vordergründiger Interpretation verschließenden, streng geometrischen Figuren des Künstlers Hans Steinbrenner, die zu einer Gruppe angeordnet im Blickfeld des ehrwürdigen Standbildes von Dr. med. Max Oskar Bircher-Benner, dem Vater der „neuen Ernährungslehre“, stehen.

Ungewohnte Perspektiven schaffen, neue Bezüge herstellen und die Exponate mit ihrer Umgebung kommunizieren lassen – das gelingt der „Open-Air“-Ausstellung in



Henk Visch, *Not God but I will help you*, 2011  
Bronzeguss, Ex. 2/4 (360 x 430 x 140 cm)  
Blickachsen 9, Ausstellungsort: Kurpark Bad Homburg  
Courtesy Stiftung Blickachsen gGmbH, Bad Homburg, und Künstler

einem virtuosen Spiel mit verschiedenen Bedeutungsebenen. Mal ernst, mal heiter und verspielt; im Falle der hoch auf der Bad Homburger Spielbank thronenden Parkbank auch voll verschmitzter Ironie. Dagegen fügen sich die in unmittelbarer Nähe der Tennisplätze gelegenen, kugelförmigen Skulpturen aus weißem Marmor und schwarzem Granit des japanischen Künstlers Masayuki Koorida fast symbiotisch in die sie umgebenden, gestaltete Parklandschaft ein. Selbst das dumpfe Ploppen der Tennisbälle vermag den Eindruck erholsamer Stille nicht zu stören.

### Anmaßend oder beschaulich

Soeben noch in die Betrachtung der glänzenden, offenkundig das Yin- und Yang Prinzip symbolisierenden Plastiken („Twist“) Kooridas versunken, wird der Spaziergänger einige Meter weiter beim Anblick von Caspar Bergers hoch aufragender Skulptur „Ego Vivo / Self-portait 25“ jäh der Be-



Arman, *Traction avant, traction après*, 1991  
Bronzeguss (157 x 553 x 386 cm)  
Sammlung Corice Arman,  
Trustee Arman Marital Trust, New York, USA  
Blickachsen 9,  
Ausstellungsort: Kurpark Bad Homburg  
Courtesy Stiftung Blickachsen gGmbH,  
Bad Homburg, und Künstler

schaulichkeit entrissen. Wie ein riesiger Knochen, Phallus oder Arm mit geballter Faust reckt sich diese in den Himmel – anmaßend und aggressiv zugleich. Ganz anders Armans von Vergänglichkeit erzählender, ausgebrannter und rostzerfressener Citroen „Traction avant, traction après“, der sich ungeachtet seines desaströsen Zustandes automobile Grandezza bewahrt hat. So unterschiedlich wie die Künstler der „Blickachsen 9 RheinMain“ sind auch ihre Werke – von Efeu überwucherten Buchstaben über eine ins Ungewisse schreitende Frauengestalt bis hin zu einem riesigen schwarzen Schwan am Kurpark-Teich. Unter freiem Himmel laden sie den Besucher fernab jedes musealen Rahmens zur unmittelbaren Auseinandersetzung ein.

Weitere Informationen unter  
[www.blickachsen.de](http://www.blickachsen.de)

Katja Möhrle

## Frankfurt liest ein Buch

Unter dem Titel „Frankfurt liest ein Buch“ veranstaltet der Schöffling Verlag zusammen mit der Stadt Frankfurt und einem eigens hierfür gegründeten Verein eine Lesereihe seit 2010. Das erste vorgestellte Buch war „Kaiserhofstraße 12“ des Frankfurter Autors Valentin Senger. Im Jahre 2011 wurde Wilhelm Genazinos „Abschaffel“ vorgestellt. Im Jahre 2012 stand der Roman „Straßen von Gestern“ von Silvia Tennenbaum im Mittelpunkt.

Das Jahr 2013 stellte den Autor Siegfried Kracauer in den Focus. Mit dem im Suhrkamp Verlag erschienenen Buch „Ginster“ befassten sich insgesamt 72 Veranstaltungen an 50 Veranstaltungsorten, die

über Frankfurt verteilt waren. Mehr als 50 Kooperationspartner haben sich daran beteiligt. An Medienpartnern traten hr2 Kultur, Journal Frankfurt, die Frankfurter Rundschau und das Rhein-Main-TV in Aktion. Für das Jahr 2014 ist das Lesen des Werkes „Die Vollidioten“ von Eckhard Henscheid, einem historischen Roman aus dem Jahre 1972, geplant.

Bundesweit wurde die Initiative „Frankfurt liest ein Buch“ als kreative Anregung bewertet, die Menschen stärker für das Lesen zu interessieren und Bücher, die nicht mehr im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses stehen, stärker in die Aufmerksamkeit zu bringen.

Die Bücher behandeln Frankfurt und Umgebung als Handlungsort. Die Autoren haben einen Bezug zur Stadt Frankfurt.

„Die Vollidioten“ ist der Debutroman von Eckhard Henscheid, Jahrgang 1941, und es erschien zuerst 1973 als Produkt eines Selbstverlagmodells. Leser, Bekannte und Freunde finanzierten das Buch vorab, danach erschien es im Verlag Zweitausend-eins.

Eckhard Henscheid, vielen bekannt als Autor der Zeitschriften „Titanic“ und „Pardon“ und als Initiator der „Neuen Frankfurter Schule“ stellte den Roman als ersten Teil der Trilogie des laufenden Schwach-

sinns voran. Der zweite Teil „Geht in Ordnung – sowieso – genau –“ und der dritte Teil „Die Mätresse des Bischofs“ mit Illustrationen von Robert Gernhardt und F.W. Bernstein, sind gleichfalls bei Zweitauflage erschienen.

Im Mittelpunkt des 237 Seiten langen Romans stehen Menschen aus dem Frankfurter Nordend. Sieben Tage lang ereignet sich scheinbar Banales. Ein junger Mann verliebt sich. Überwältigt von Gefühlswirbeln entsteht Verwirrung und Missverständnis. Der Erzähler der Geschichte,

sein ständiger Begleiter, verbringt Zeit mit ihm und anderen Personen, in Frankfurter Lokalen, wo sie nach Lösungen und Interpretationen der Ereignisse suchen. Scheinbar nichts will gelingen. Jeder Tag ist eine neue Herausforderung. Die Finanzierung des Lebens ist ein schwieriges Thema. Der Erzähler, zwischen der Chronistenrolle und der Rolle eines Dirigenten der Ereignisse, entwickelt sich nach und nach zum mächtigsten der tätigen „Vollidioten“.

Der Titel „Die Vollidioten“, so Henseid in einem Kommentarband, bezieht sich

auf Dostojewskis Roman „Der Idiot“. Der Roman steckt voller Personen der Frankfurter Zeitgeschichte um 1970, einschließlich der Handelnden in den Studentenunruhen, der musikalischen Szene und aus der Politik.

Die Wiederentdeckung, sowohl des Romans, als auch der Veranstaltungsreihe „Frankfurt liest ein Buch“, stellt eine Horizonterweiterung und einen Gewinn für die Leserschaft dar.

*Dr. med. Siegmund Drexler*

### Anmerkung der Redaktion:

Es wurde leider versäumt für den im Juni erschienenen Beitrag „Antibiotikaphylaxe – ja oder nein?“ drei weitere Autoren zu nennen. Wir bitten dies zu entschuldigen. Die vollständige Autorenliste des genannten Artikels umfasst:

W. Rösch, K. H. Holtermüller, H.-J. Becker, H. Gießler

### 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



**Bezirksärztekammer Darmstadt**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

**Bezirksärztekammer Frankfurt**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

**Bezirksärztekammer Gießen**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

**Goldenes Doktorjubiläum**

Dr. med. Wolfgang Furch, Bad Nauheim, am 29. August.

**Bezirksärztekammer Kassel**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

**Goldenes Doktorjubiläum**

Dr. med. Jürgen Kottenhahn, Korbach, am 21. August.

**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.

### Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Rolf Bauer, Schmitten  
\* 10.8.1941 † 29.3.2013

Dr. med. Gisela Braunert, Kassel  
\* 30.3.1927 † 2.1.2013

Edeltraud Flösser, Frankfurt  
\* 20.6.1956 † 23.7.2012

Med.Dir. Dr. med. Regina Freymann, Bad Homburg  
\* 7.1.1924 † 7.1.2013

Dr. med. Helmut Hans Geering, Oberursel  
\* 10.11.1919 † 13.1.2012

Ursula Horstmann, Bad Homburg  
\* 29.5.1918 † 29.5.2012

Dr. med. Fevzi Imirzalioglu, Ortenberg  
\* 20.11.1924 † 21.1.2013

Med.Dir. i.R. Dr. med. Josefine Isert, Niestetal  
\* 4.7.1924 † 11.4.2013

Dr. med. Helmut Jost, Weilmünster  
\* 28.10.1919 † 15.12.2010

Dr. med. Maria Lausberg, Vöhl  
\* 12.1.1911 † 22.12.2009

Dr. med. Ottmar Mantz, Offenbach  
\* 4.2.1928 † 10.12.2012

Dr. med. Eberhard Meltzer, Gersfeld  
\* 3.12.1921 † 1.10.2012

Dr. med. Edith Permand, Frankfurt  
\* 17.7.1956 † 26.3.2013

Suat Guengoer Piroglu, Schlagenbad  
\* 1.1.1932 † 17.2.2013

Dr. med. Hans-Joachim Schäfer, Marburg  
\* 27.10.1928 † 20.4.2013

Dr. med. Joachim Schilling, Rotenburg  
\* 30.5.1920 † 10.2.2013

Dr. med. Werner Stula, Petersberg  
\* 9.3.1940 † 26.11.2012

Dr. med. Hella Treskow, Melsungen  
\* 28.10.1911 † 18.12.2012

Gisela Zahn, Neckarsteinach  
\* 26.5.1914 † 5.12.2012

Dr. med. Peter Zilz, Darmstadt  
\* 4.5.1929 † 22.2.2013

### Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Susanne Greibel, tätig bei Dr. med. C. Busch, Dr. med. C. Schuckart,  
Dr. med. H. Mewes und R. Reyes Garcia, Marburg

Heike Freye, tätig bei Dr. med. A. Friedrich und M. Glauert, Niestetal

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

Manuela Garbitz, seit 35 Jahren tätig bei Dr. med. R. Froelich, Hess.  
Lichtenau, vormals in verschiedenen niedergelassenen Praxen tätig

Claudia Pfaff, seit 32 Jahren tätig bei Dr. med. R. Froelich, Hess.  
Lichtenau, vormals in verschiedenen niedergelassenen Praxen tätig

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

### Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis-Nr. 060027352, ausgestellt am 1.10.2012  
für Mohammad Abousdirra, Frankfurt,

Arztausweis-Nr: 060020656, ausgestellt am 19.4.2011  
für Dr. med. Ronald Beck, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060024064, ausgestellt am 13.1.2012  
für Dr. med. Franziska Berg, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 060026563, ausgestellt am 16.7.2012  
für Rajesh Christudhas, Frankfurt,

Arztausweis-Nr: 060015430, ausgestellt am 20.1.2010  
für Alexandra-Dikohrey Diall, Mainz,

Arztausweis-Nr. 060015609, ausgestellt am 2.2.2010  
für Ralf Esser, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060027806, ausgestellt am 6.11.2012  
für Carmen Teresa Hartung, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060025519, ausgestellt am 10.4.2012  
für Martin Jessie, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060024477, ausgestellt am 1.2.2012  
für Dr. med. Christof Kugler, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060017154, ausgestellt am 9.6.2010  
für Thomas Middendorf, Hamburg,

Arztausweis-Nr. 060013953, ausgestellt am 3.9.2009  
für Axel Hoffmann-Poßmann, Heppenheim,

Arztausweis-Nr. 060014068, ausgestellt am 15.9.2009  
für Dr. med. Thomas Stuhler, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060017810, ausgestellt am 6.8.2010  
für Carolin Zwick, Haiger.

## Einschulungstermine der Berufsschulen

Die Sommerferien enden in diesem Jahr am **16. August 2013**. Die Einschulungstermine der Berufsschulen liegen somit **Mitte August**.

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

Bezirksärztekammer	Berufsschule / Einschulungstermine
Darmstadt	Martin-Behaim-Schule Alsfelder Str. 23, 64289 Darmstadt <b>19. August 2013, 9:00 Uhr, Raum 313</b>
	Karl Kübel Schule Berliner Ring 34-38, 64625 Bensheim <b>19. August 2013, 9:30 Uhr, Raum N 206</b>
	Berufliche Schulen des Kreises Groß-Gerau Darmstädter Str. 90, 64521 Groß-Gerau <b>19. August 2013, 8:15 Uhr, Aula</b>
	Berufliche Schulen des Odenwaldkreises Erbacher Str. 50, 64720 Michelstadt <b>19. August 2013, 8:30 Uhr, Campus-Halle, Geschw.-Scholl-Str., Michelstadt</b>
Frankfurt	Julius-Leber-Schule Seilerstr. 32, 60313 Frankfurt <b>19. August 2013, 8:30 Uhr</b>
	Kaufmännische Schulen I der Stadt Hanau Ameliast. 50, 63452 Hanau <b>19. August 2013, 10:00 Uhr</b>
	Kinzig-Schule Berufliche Schulen des Main-Kinzig-Kreises In den Sauren Wiesen 17, 36381 Schlüchtern <b>19. August 2013, 8:15 Uhr, Pausenhalle</b>
	Theodor-Heuss-Schule Buchhügelallee 86, 63071 Offenbach <b>19. August 2013, 9:15 Uhr, Pausenhalle</b>
	Konrad-Adenauer-Schule Auf der Hohlmauer 1-3, 65830 Kriftel <b>20. August 2013, 8:00 Uhr, Foyer</b>
	Max-Eyth-Schule Am Hirschsprung, 63303 Dreieich <b>19. August 2013, 9:00 Uhr, Aula</b>
Gießen	Willy-Brandt-Schule Karl-Franz-Str. 14, 35392 Gießen/Lahn <b>19. August 2013, 9:30 Uhr</b>
	Max-Eyth-Schule In der Krebsbach 8, 36304 Alsfeld <b>20. August 2013, 8:30 Uhr</b>

Bezirksärztekammer	Berufsschule / Einschulungstermine
	Käthe-Kollwitz-Schule Frankfurter Str. 72, 35578 Wetzlar <b>19. August 2013, 8:00 Uhr</b>
	Kaufmännische Berufsschule Am Gradierwerk 4-6, 61231 Bad Nauheim <b>19. August 2013, 9:00 Uhr</b>
Kassel	Willy-Brandt-Schule Brückenhofstr. 90, 34132 Kassel <b>20. August 2013, 08:30 Uhr, Aula</b>
*	Hans-Viessmann-Schule Stresemannstr. 12, 34537 Bad Wildungen <b>20. August 2013, 7:45 Uhr, Raum 214</b>
	Kreisberufs- und Berufsfachschule Waldeck-Nord Klosterstr. 11, 34497 Korbach <b>20. August 2013, 8:00 Uhr</b>
	Eduard-Stieler-Schule Brüder-Grimm-Str. 5, 36307 Fulda <b>19. August 2013, 8:00 Uhr – Eingangshalle –</b>
	Berufliche Schulen des Landkreises Hersfeld-Rotenburg Am Obersberg, 36251 Bad Hersfeld <b>21. August 2013, 7:45 Uhr, Aula</b>
	Berufliche Schulen des Werra-Meißner-Kreises Südring 35, 37269 Eschwege <b>19. August 2013, 7:45 Uhr, - Eingangshalle -</b>
Marburg	Kaufmännische Schulen der Stadt Marburg Leopold-Lucas-Str. 20, 35037 Marburg <b>19. August 2013, 8:30 Uhr, Aula</b>
Wiesbaden	Louise-Schroeder-Schule Brunhildenstr. 55, 65189 Wiesbaden <b>20. August 2013, 9:00 Uhr</b>
*	Adolf-Reichwein-Schule Heinrich-von-Kleist-Str., 65549 Limburg/Lahn <b>21. August 2013, 7:45 Uhr</b>
*	Saalburg-Schule Wilhelm-Martin-Dienstbach-Str., 61250 Usingen <b>21. August 2013, 8:00 Uhr</b>

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

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

## „Eine Herausforderung, die ich gerne angenommen habe“

### Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung – Prüfung in Bad Nauheim



Erfolgreiche „Fachwirtinnen“: Abschlussprüfung am 23. März 2013

Durchhaltevermögen und Disziplin haben sich für neun Teilnehmerinnen der Fortbildung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“ gelohnt. Die Freude war groß als Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg, Vorsitzende des Vorstandes der Carl-Oelemann-Schule, am Samstag, 23. März 2013 den Absolventinnen zur bestandenen Prüfung gratulierte. Dafür hatten sich die jungen Frauen ein ganzes Jahr an vielen Wochenenden in Bad Nauheim mit Themen wie Betriebswirtschaftliche Praxisführung, Notfallmanagement, Arbeits- und Gesundheitsschutz, Durchführung der Ausbildung, Qualitätsmanagement, Patientenbetreuung und Teamführung und Einsatz von Infor-

mations- und Kommunikationstechnologien beschäftigt. Mit einer Projektarbeit bewiesen sie, dass sie das Gelernte in eigenen Projekten umsetzen können.

„Die Projektarbeit war für mich eine Herausforderung, die ich gerne angenommen habe“, so Katrin Pipp, eine der Absolventinnen. Der Erfolg in der Fortbildung und das Bestehen der Prüfung habe ihr Selbstwertgefühl gestärkt. Als positiven Nebeneffekt der Fortbildung freut sich Frau Pipp über neue Freundschaften, die im Laufe der Fortbildung geknüpft wurden.

„Die größte Herausforderung war“ für Yvonne Heise, ebenfalls Absolventin der Prüfung, „das Zeitmanagement“. Neben dem Berufsalltag und privaten Verpflichtungen musste sie wie alle Teilnehmerinnen genügend Zeit zur Anfertigung der Projektarbeit finden. „Ich hatte bislang keine Erfahrung mit der Erstellung einer Arbeit in solch einem Rahmen. Deshalb war es für mich sehr hilfreich, dass ich das Gelernte aus der Weiterbildung direkt in der Projektarbeit umsetzen konnte“, so Frau Heise. Besonders freut sie sich über die finanzielle und zeitliche Unterstützung durch ihren Arbeitgeber: „Dies ist eine große Anerkennung für mich und meine Arbeit.“

Das Interesse an der Aufstiegsfortbildung ist groß. Wegen der starken Nachfrage bietet die Carl-Oelemann-Schule voraussichtlich im November 2013 einen zusätzlichen Lehrgang an.

Gabriele Brüderle-Müller

### „Spendenaufwurf zugunsten der Berufsschulen mit Klassen für Medizinische Fachangestellte“

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die Berufsschulen, an denen Klassen für Medizinische Fachangestellte/Arzthelfer/innen eingerichtet sind, wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie Geräte (z. B. EKG-Gerät, Blutdruckmessgerät, Zentrifuge, Mikroskop, Photometer), die Sie in Ihrer Praxis nicht mehr benötigen, den Berufsschulen zur Verfügung stellen würden. Die Geräte müssen funktionsfähig sein.

Als Kontaktpersonen stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen der jeweils für Sie zuständigen Bezirksärztekammer zur Verfügung, die die Vermittlung übernehmen werden.

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

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

*Ich danke Ihnen im Voraus.*

*Renate Schwarz, Kassel  
Vorsitzende des Berufsbildungsausschusses*

### Bekanntmachung

In der Sitzung des Berufsbildungsausschusses am 13. Februar 2013 fand eine Nachwahl der/des stellvertretenden Vorsitzenden statt. Der bisherige Vorsitzende Herr Dr. Steininger ist aus beruflichen Gründen zurückgetreten. Als stellvertretender Vorsitzender wurde Herr Dr. Karlhans Baumgartl, für die laufende Amtsperiode vom 16. März 2011 bis 15. März 2015, nachgewählt.

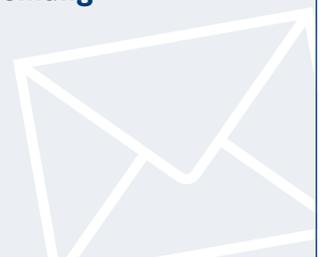
*Roswitha Barthel  
Assessorin*

*Leiterin der Abteilung Medizinische Fachangestellte*

### Schreiben Sie uns Ihre Meinung

**Hessisches Ärzteblatt**  
– Leserbrief –  
Redaktion Hessisches Ärzteblatt  
Im Vogelsang 3  
60488 Frankfurt

E-Mail: [angelika.kob@laekh.de](mailto:angelika.kob@laekh.de)  
Telefax 069 97672-247



Aufgrund § 17 Abs. 1 Heilberufsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66 – 87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. Mai 2012 (GVBl. I S. 126), i.V. m. § 5 Abs. 6p der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBl. 9/1995, S. 293-295), zuletzt geändert durch Satzung vom 1. Dezember 2008 (HÄBl. 1/2009, S. 72), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. März 2013 folgende Änderung der Geschäftsordnung des Finanzausschusses beschlossen:

## Änderung der Geschäftsordnung des Finanzausschusses

### Artikel 1

Die Geschäftsordnung des Finanzausschusses in der Fassung vom 1. Februar 1991, geändert durch Beschlüsse der Delegiertenversammlungen vom 09. März 1996, vom 10. November 2001 und vom 26. November 2005 wird wie folgt neu gefasst:

#### Gliederung

- § 1 Zusammensetzung
- § 2 Amtsdauer
- § 3 Aufgaben
- § 4 Einberufungen, Beschlussfähigkeit, Öffentlichkeit

#### § 1 Zusammensetzung

- (1) Der Finanzausschuss ist ein Ausschuss der Delegiertenversammlung und besteht aus sieben Mitgliedern der Delegiertenversammlung, die von der Delegiertenversammlung gewählt werden.
- (2) Die Mitglieder des Finanzausschusses dürfen nicht
  - dem Präsidium
  - dem Vorstand des Versorgungswerkes
  - dem Ausschuss „Hilfsfonds“
  - dem Vorstand der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung angehören und
  - nicht Vorsitzender einer Bezirksärztekammer sein.
- (3) Der Finanzausschuss wählt aus seiner Mitte den Vorsitzenden und den stellvertretenden Vorsitzenden.

#### § 2 Amtsdauer

- (1) Die Amtsdauer des Finanzausschusses entspricht der der Delegiertenversammlung. Bis zur Neuwahl bleibt der Finanzausschuss im Amt.
- (2) Scheidet ein Mitglied während der Legislaturperiode aus, so erfolgt eine Nachwahl in der nächsten Delegiertenversammlung für den Rest der Legislaturperiode.

#### § 3 Aufgaben

- (1) Der Finanzausschuss nimmt Stellung zur Haushaltsplanung und Wirtschaftsführung der Landesärztekammer Hessen. Seine Empfehlungen hat das Präsidium, soweit sie nicht im Haushaltsplan berücksichtigt werden, mit dem Haushaltsplan der Delegiertenversammlung vorzulegen.
- (2) Titelüberschreitungen im Investitions- und Verwaltungshaushalt, die nicht durch entsprechende Erträge gedeckt bzw. mit anderen Aufwendungen ausgleichsfähig sind, müssen dem Finanzausschuss umge-

hend, im Einzelfall auch nachträglich, zur Stellungnahme vorgelegt werden. Der Finanzausschuss ist befugt, diesen Titelüberschreitungen zuzustimmen.

Der Finanzausschuss informiert die Delegiertenversammlung über Vorgänge gemäß § 3 Abs. 2 in der nächsten Sitzung.

Titelüberschreitungen, die 10 % des Gesamthaushaltes übersteigen, haben außerordentliche Bedeutung. In diesen Fällen fordert der Finanzausschuss das Präsidium auf, eine außerordentliche Delegiertenversammlung einzuberufen oder diese auf die Tagesordnung der nächsten Delegiertenversammlung zu setzen. Das Präsidium muss der Delegiertenversammlung einen entsprechenden Nachtragshaushalt zur Verabschiedung vorlegen.

Titelüberschreitungen gelten von der Delegiertenversammlung spätestens mit der Verabschiedung des Jahresabschlusses als genehmigt.

- (3) Der Finanzausschuss wird über wesentliche Geschäftsvorfälle mit finanziellen Auswirkungen zeitnah unterrichtet.

Dies sind insbesondere

- Erwerb, Veräußerung oder Belastung von Grundstücken, grundstücksgleichen Rechten oder Rechten an Grundstücken
- Investitionen, sofern diese im Einzelfall 25.000 € übersteigen
- Abschluss von Pacht- und Mietverträgen, wenn die jährlichen Verpflichtungen der Landesärztekammer Hessen aus dem einzelnen Vertrag 25.000 € übersteigen
- Wesentliche Personalmaßnahmen
- Aufnahme und Kündigung von Darlehen
- Vermögensanlagen
- Jahresabschlüsse aller Beteiligungen mit mittel- und unmittelbaren Auswirkungen auf den Haushalt der Landesärztekammer Hessen
- Einsichtnahme zu besonderen Vorgängen

Er hat das Recht, dazu weitere Informationen anzufordern.

- (4) Der Finanzausschuss berät über die vom Präsidium erstellte und mit einem Prüfvermerk versehene Jahresrechnung und legt diese mit einem Bericht der Delegiertenversammlung vor.

Der Finanzausschuss spricht entsprechende Empfehlungen an das Präsidium und die Delegiertenversammlung aus.

- (5) Der Vorsitzende des Finanzausschusses trägt der Delegiertenversammlung die Stellungnahme des Finanzausschusses zum Jahresabschluss und zum Haushaltsplan der Landesärztekammer Hessen vor. Er hat in Fragen des Finanzgebarens der Landesärztekammer Hessen jederzeit das Recht, der Delegiertenversammlung zu berichten.

#### § 4 Einberufungen, Beschlussfähigkeit, Öffentlichkeit

- (1) Der Vorsitzende des Finanzausschusses oder sein Stellvertreter lädt die Mitglieder zu den Sitzungen des Finanzausschusses ein. Der Präsident, der Vizepräsident und die Geschäftsführung der Landesärztekammer Hessen sind zu den Sitzungen des Finanzausschusses einzuladen. Die Einladung erfolgt schriftlich unter Mitteilung der Tagesordnung und Übersendung der dazugehörigen Unterlagen unter Einhaltung einer Frist von 14 Tagen. Der Finanzausschuss kann einen Sachverständigen, auf den der Finanzausschuss sich einigt, zu den Sitzungen hinzuziehen, sofern ein Mitglied dies wünscht.

Auf Beschluss des Finanzausschusses tagt dieser im Einzelfall intern.

- (2) Der Finanzausschuss tagt nach Bedarf, mindestens aber zweimal jährlich. Er ist jederzeit auf Verlangen von mindestens drei Mitgliedern des Finanzausschusses oder durch das Präsidium einzuberufen.
- (3) Der Finanzausschuss ist beschlussfähig, wenn mehr als die Hälfte seiner Mitglieder anwesend ist.

- (4) Die Beschlüsse des Finanzausschusses werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.
- (5) Über jede Sitzung ist ein Ergebnisprotokoll zu erstellen. Dieses ist vom Vorsitzenden und dem Protokollführer zu unterzeichnen. Das Protokoll ist den Mitgliedern des Finanzausschusses, dem Präsidium und der Geschäftsführung unverzüglich zu übermitteln.
- (6) Die Sitzungen des Finanzausschusses sind nicht öffentlich. Über sie ist Stillschweigen zu bewahren.

#### Artikel 2

Die Änderungen der Geschäftsordnung treten am 1. Juli 2013 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. März 2013 beschlossene Änderung der Geschäftsordnung des Finanzausschusses wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 24. April 2013



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

Aufgrund § 17 Abs. 1 Heilberufsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66 – 87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. Mai 2012 (GVBl. I S. 126), i.V. m. § 5 Abs. 6f der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL. 9/1995, S. 293-295), zuletzt geändert durch Satzung vom 1. Dezember 2008 (HÄBL. 1/2009, S. 72), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. März 2013 folgende Satzung beschlossen:

## Satzung zur Änderung der Haushalts- und Kassenordnung

#### Artikel 1

Die Haushalts- und Kassenordnung vom 28. August 1995 (HÄBL 10/95), geändert am 3. Dezember 2001 (HÄBL 1/2002) und am 3. Dezember 2003 (HÄBL 1/2004), wird wie folgt neu gefasst:

#### Gliederung

Präambel

- § 1 Haushaltsplan
- § 2 Aufstellung des Haushaltsplans
- § 3 Durchführung des Haushaltsplans
- § 4 Kassenwesen
- § 5 Rechnungslegung
- § 6 Rechnungsprüfung
- § 7 Feststellung des Jahresabschlusses und Entlastung des Präsidiums

#### Präambel

Die Haushalts- und Kassenordnung ist die Rechtsgrundlage für die sinnge-  
mäßige Umsetzung der §§ 105 ff. insbesondere § 110 Hessische Landeshaus-

haltsordnung (LHO). Sie wird von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen beschlossen. Mit ihr werden neben dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, die Beitragsstabilität, die aufwands- und periodengerechte Zuordnung der finanziellen Mittel verfolgt. Des Weiteren soll die Landesärztekammer mit dem notwendigen und angemessenen Eigenkapital zur Finanzierung zukünftiger Investitionen ausgestattet werden.

#### § 1 Haushaltsplan

- (1) Der Haushaltsplan dient der Feststellung und Deckung des Finanzbedarfs, der zur Erfüllung der Aufgaben der Landesärztekammer Hessen im Haushaltsjahr voraussichtlich notwendig ist. Der Haushaltsplan ist Grundlage für die Haushaltsführung. Dabei sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten.
- (2) Der Haushaltsplan muss alle im Geschäftsjahr der im Rahmen der Aufgabenerfüllung der Landesärztekammer Hessen zu erwartenden Erträge und voraussichtlich anfallenden Aufwendungen enthalten. Er ist in Erträgen und Aufwendungen unter Berücksichtigung von Zuführungen und Entnahmen von Rücklagen sowie Ergebnisvorträgen auszugleichen.
- (3) Aufwendungen im Haushaltsplan können für gegenseitig oder einseitig deckungsfähig erklärt werden, wenn ein sachlicher Zusammenhang besteht. Aufwendungen, die ohne nähere Angabe des Verwendungszweckes veranschlagt sind, dürfen nicht für deckungsfähig erklärt werden.
- (4) Der Haushaltsplan besteht aus:
  - Investitionshaushalt
  - Verwaltungshaushalt
  - Planbilanz
 jeweils für das Geschäftsjahr sowie einer 5-Jahres-Vorausschau  
– Stellenplan für das Geschäftsjahr.
- (5) Die Gliederung des Verwaltungshaushaltes und der Planbilanz orientiert sich an den Grundsätzen des HGB. Dabei ist das Schema gemäß der Anlage zur Haushalts- und Kassenordnung zu beachten. Die Erträge sind nach dem Entstehungsgrund, die Aufwendungen nach den Zwecken, getrennt zu veranschlagen und zu erläutern.

- (6) Das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen unterliegt aufgrund der Teilrechtsfähigkeit einer getrennten Buchführung und Bilanzierung. Die Haushalts- und Kassenordnung gilt nicht für das Versorgungswerk.

## § 2 Aufstellung des Haushaltsplanes

- (1) Das Präsidium der Landesärztekammer Hessen stellt den Haushaltsplan als Voranschlag der Aufwendungen und Erträge rechtzeitig auf.
- (2) Bei der Aufstellung des Haushaltsplanes wirkt der Finanzausschuss mit. Der Entwurf des Haushaltsplanes ist ihm vor der Beschlussfassung im Präsidium rechtzeitig zuzuleiten. Der Finanzausschuss erhält den Entwurf des Haushaltsplanes gleichzeitig mit dem Präsidium. Der Vorsitzende des Finanzausschusses trägt dem Präsidium, vor dessen Beschlussfassung über den Haushaltsplan, die Stellungnahme des Finanzausschusses und dessen Vorschläge zur Änderung des Haushaltsplanes vor.
- (3) Die Delegiertenversammlung beschließt vor Ablauf des Geschäftsjahres den Haushaltsplan für das folgende Geschäftsjahr.
- (4) Der von der Delegiertenversammlung beschlossene Haushaltsplan mit Anlagen ist an zwei aufeinander folgenden Wochen für die Kammerangehörigen auszulegen. Dies soll im amtlichen Mitteilungsblatt bekannt gegeben werden.
- (5) Ist der Haushaltsplan zu Beginn des Haushaltsjahres noch nicht beschlossen, so dürfen Aufwendungen nur in der Höhe getätigt werden, zu denen die Landesärztekammer Hessen rechtlich verpflichtet ist bzw. die zur Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebes notwendig sind.

## § 3 Durchführung des Haushaltsplanes

- (1) Der von der Delegiertenversammlung genehmigte Haushaltsplan ist die Grundlage für die Aufwendungen der Landesärztekammer Hessen in diesem Geschäftsjahr. Dabei ist die Geschäftsführung dem Präsidium dafür verantwortlich, dass die Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit beachtet werden.
- (2) Über- und außerplanmäßige Aufwendungen dürfen vom Präsidium nur dann geleistet oder eingegangen werden, wenn sie unvorhergesehen sind und ein unabweisbares Bedürfnis besteht.
- (3) Der Kaufmännische Geschäftsführer hat dem Präsidium und dem Finanzausschuss bis zum 30. September jedes Jahres über den Stand der Haushaltsansätze zum 30. Juni zu berichten.
- (4) Titelüberschreitungen im Investitions- und Verwaltungshaushalt, die nicht durch entsprechende Erträge gedeckt bzw. mit anderen Aufwendungen ausgleichsfähig sind, müssen dem Finanzausschuss umgehend, im Einzelfall auch nachträglich, zur Stellungnahme vorgelegt werden. Der Finanzausschuss ist befugt, diesen Titelüberschreitungen zuzustimmen. Der Finanzausschuss informiert die Delegiertenversammlung über Vorgänge gemäß § 3 Abs. 4 in der nächsten Sitzung. Titelüberschreitungen, die 10 % des Gesamthaushaltes übersteigen, haben außerordentliche Bedeutung. In diesen Fällen fordert der Finanzausschuss das Präsidium auf, eine außerordentliche Delegiertenversammlung einzuberufen oder diese auf die Tagesordnung der nächsten Delegiertenversammlung zu setzen. Das Präsidium muss der Delegiertenversammlung einen entsprechenden Nachtragshaushalt zur Verabschiedung vorlegen. Titelüberschreitungen gelten von der Delegiertenversammlung spätestens mit der Verabschiedung des Jahresabschlusses als genehmigt.
- (5) Eine allgemeine Rücklage soll gebildet werden. In ihr sind mindestens so viel Mittel anzusammeln, dass der regelmäßige Bedarf an Betriebsmitteln für sechs Monate gedeckt wird.

Ergibt die Rechnungslegung nach Entnahme aus der allgemeinen Rücklage einen Fehlbetrag, so ist dieser spätestens in den Haushaltsplan für das zweitnächste Geschäftsjahr einzustellen. Ein nach Zuführung in die allgemeine Rücklage verbleibender Überschuss ist in den nächsten festzustellenden Haushaltsplan als Ertrag einzustellen.

- (6) Zur Verwendung weiterer Überschüsse nach Zuführung in die allgemeine Rücklage können zweckgebundene Rücklagen gebildet werden.

## § 4 Kassenwesen

- (1) Das Präsidium legt fest, bei welchen Kreditinstituten Konten geführt werden.
- (2) Unterschriftsberechtigt für die Konten sind jeweils zwei vom Präsidium festzulegende Personen gemeinsam.
- (3) Die Tageskassen sollen jeweils höchstens je 2.500 € enthalten. Das Kassenbuch wird laufend geführt. Es ist mindestens einmal zum Monatsende abzuschließen. Mindestens einmal jährlich ist eine unvermutete Kassenbestandsaufnahme durch eine vom Finanzausschuss beauftragte Person durchzuführen.
- (4) Zahlungen bedürfen der schriftlichen Anordnung der dazu Berechtigten. Die Anordnungsbefugnis darf nicht Bediensteten übertragen werden, die Kassenaufgaben wahrnehmen. Details sind in einer Verfahrensweisung geregelt.
- (5) Über die Aufnahme von Krediten im Rahmen des Haushaltsplanes entscheidet grundsätzlich das Präsidium. Ausgenommen sind kurzfristige, aus Liquiditätsgründen notwendige Überziehungen des Girokontos bis zu 50.000 €. Details sind in einer Verfahrensweisung geregelt.

## § 5 Rechnungslegung

- (1) Die Buchführung hat nach den Grundsätzen ordnungsgemäßer Buchführung und Bilanzierung zu erfolgen.
- (2) Der Jahresabschluss ist in den ersten sechs Monaten des folgenden Geschäftsjahres vom Präsidium zu erstellen. Die Jahresrechnung besteht aus der Bilanz sowie der Gewinn- und Verlustrechnung. Beizufügen ist ein Lagebericht sowie eine Vergleichsrechnung bzw. Gegenüberstellung mit dem Haushaltsplan in Soll und Ist.
- (3) Der Jahresabschluss (Bilanz und Gewinn- und Verlustrechnung) hat unter Beachtung der Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung und Bilanzierung ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage zu vermitteln.
- (4) Das Präsidium ist verpflichtet, den von ihm festgestellten Jahresabschluss der Delegiertenversammlung rechtzeitig vorzulegen. Davor ist der geprüfte Jahresabschluss dem Finanzausschuss zur Stellungnahme vorzulegen.

## § 6 Rechnungsprüfung

- (1) Der Jahresabschluss ist unter Einbeziehung der Buchführung durch einen Wirtschaftsprüfer oder eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft zu prüfen.
- (2) Die Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung, die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sind ebenfalls zu prüfen.

## § 7 Feststellung des Jahresabschlusses und Entlastung des Präsidiums

Über die Feststellung des Jahresabschlusses und die Entlastung des Präsidiums entscheidet die Delegiertenversammlung.

**Anlage zu § 3 Abs. 4 der HKO****Systematische Gliederung des Haushaltsplanes****Investitionshaushalt**

- I Immaterielle Wirtschaftsgüter
- II Bauten, Grundstücke
- III Betriebs- und Geschäftsausstattung

**Verwaltungshaushalt****A Erträge**

- I Kammerbeiträge
- II Übrige Erträge

**B Aufwendungen**

- I Personalaufwand
- II Aufwandsentschädigungen etc. im Rahmen der Kammertätigkeit
- III Abschreibungen
- IV Sonstige Aufwendungen

Ergebnis vor neutral  
 Neutrales Ergebnis  
 Finanzergebnis und Steuern  
 Jahresergebnis  
 Gewinn-/Verlustvortrag  
 Zuführung zu/Entnahme aus Rücklagen  
 Bilanzgewinn/-verlust

Aufwandstitel gemäß § 3 (4)

Investitionshaushalt I, II, III  
 Verwaltungshaushalt B I, II, III, IV

**Artikel 2**

Diese Satzung tritt am 1. Juli 2013 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. März 2013 beschlossene Satzung zur Änderung der Haushalts- und Kassenordnung wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 15. Mai 2013



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

Aufgrund § 17 Absatz 1 Nr. 4 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66-87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. Mai 2012 (GVBl. I S. 126), i.V.m. § 5 Absatz 6 Buchstabe "d" der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBl. 9/1995, S. 293-295), zuletzt geändert durch Satzung vom 1. Dezember 2008 (HÄBl. 1/2009, S. 72), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. März 2013 folgende Satzung beschlossen:

## Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen

**I.**

Die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 15. August 2005 (HÄBl. Sonderheft 10/1995, S. 1-73), zuletzt geändert durch Satzung vom 3. April 2012 (HÄBl. 5/2012, S. 336), wird wie folgt geändert:

- 1.) **Im Abschnitt B wird im Gebiet „1. Allgemeinmedizin“, Unterabschnitt „Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin (Allgemeinarzt/Allgemeinärztin) der Absatz „Weiterbildungszeit“ wie folgt gefasst:**

„Weiterbildungszeit:

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

- 36 Monate in der stationären internistischen Patientenversorgung (Basisweiterbildung) im Gebiet Innere Medizin, davon können bis zu
  - 18 Monate in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung (auch 3 Monats-Abschnitte) angerechnet werden, die auch im ambulanten Bereich ableistbar sind
 (Abweichend davon können im Rahmen des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin bis zu 36 Monate in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung angerechnet werden, wenn bereits eine Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung erworben wurde.)

und

- 24 Monate Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung, davon können außer im Rahmen des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin bis zu
  - 6 Monate in Chirurgie oder in Kinder- und Jugendmedizin (auch 3 Monats-Abschnitte) angerechnet werden

und

- 80 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Psychosomatische Grundversorgung“

- 2.) **Im Abschnitt B wird im Gebiet „1. Allgemeinmedizin“, Unterabschnitt „Facharzt / Fachärztin für Allgemeinmedizin (Allgemeinarzt / Allgemeinärztin) folgendes geändert:**
- a) **Der Absatz „Weiterbildungszeit“ wird wie folgt gefasst:**
- „Weiterbildungszeit:  
60 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon
- 36 Monate in der stationären internistischen Patientenversorgung (Basisweiterbildung) im Gebiet Innere Medizin, davon können bis zu
    - 18 Monate in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung (auch 3 Monats-Abschnitte) angerechnet werden, die auch im ambulanten Bereich ableistbar sind
- und
- 24 Monate Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung, davon können bis zu
    - 6 Monate in Chirurgie oder in Kinder- und Jugendmedizin (auch 3 Monats-Abschnitte) angerechnet werden
- und
- 80 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Psychosomatische Grundversorgung“
- b) **Nach dem Absatz „Weiterbildungsinhalt“ wird folgender neuer Absatz angefügt:**
- „Spezielle Übergangsbestimmungen:  
Kammerangehörige, die im Rahmen des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin mit der 24 monatigen Weiterbildung in der hausärztlichen Versorgung vor dem 1. Januar 2017 begonnen, aber noch nicht abgeschlossen haben, können diese innerhalb der nächsten 4 Jahre nach den bisher geltenden Bestimmungen des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin abschließen.“
- 3.) **Im Abschnitt B wird im Gebiet „13. Gebiet Innere Medizin“, Unterabschnitt „13.2 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Angiologie (Internist und Angiologe / Internistin und Angiologin)“ nach dem Absatz „Weiterbildungsinhalt“ folgender neuer Absatz angefügt:**
- „Spezielle Übergangsbestimmungen:  
Kammerangehörige, die die Schwerpunktbezeichnung Angiologie bzw. die Facharztbezeichnung Innere Medizin und Schwerpunkt Angiologie besitzen, sind berechtigt, stattdessen die Facharztbezeichnung Innere Medizin und Angiologie zu führen.“
- 4.) **Im Abschnitt B wird im Gebiet „13. Gebiet Innere Medizin“, Unterabschnitt „13.3 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie (Internist und Endokrinologe und Diabetologe / Internistin und Endokrinologin und Diabetologin)“ nach dem Absatz „Weiterbildungsinhalt“ der Absatz „Übergangsbestimmung“ durch folgenden neuen Absatz ersetzt:**
- „Spezielle Übergangsbestimmungen:  
Kammerangehörige, die die Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie bzw. die Facharztbezeichnung Innere Medizin und Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie besitzen, sind berechtigt, stattdessen die Facharztbezeichnung Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie zu führen.“
- 5.) **Im Abschnitt B wird im Gebiet „13. Gebiet Innere Medizin“, Unterabschnitt „13.4 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie (Internist und Gastroenterologe / Internistin und Gastroenterologin)“ nach dem Absatz „Weiterbildungsinhalt“ folgender neuer Absatz angefügt:**
- „Spezielle Übergangsbestimmungen:  
Kammerangehörige, die die Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie bzw. die Facharztbezeichnung Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie besitzen, sind berechtigt, stattdessen die Facharztbezeichnung Innere Medizin und Gastroenterologie zu führen.“
- 6.) **Im Abschnitt B wird im Gebiet „13. Gebiet Innere Medizin“, Unterabschnitt „13.5 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie (Internist und Hämatologe und Onkologe / Internistin und Hämatologin und Onkologin)“ nach dem Absatz „Weiterbildungsinhalt“ folgender neuer Absatz angefügt:**
- „Spezielle Übergangsbestimmungen:  
Kammerangehörige, die die Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Internistische Onkologie bzw. die Facharztbezeichnung Innere Medizin und Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie besitzen, sind berechtigt, stattdessen die Facharztbezeichnung Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie zu führen.“
- 7.) **Im Abschnitt B wird im Gebiet „13. Gebiet Innere Medizin“, Unterabschnitt „13.6 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie (Internist und Kardiologe / Internistin und Kardiologin)“ nach dem Absatz „Weiterbildungsinhalt“ folgender neuer Absatz angefügt:**
- „Spezielle Übergangsbestimmungen:  
Kammerangehörige, die die Schwerpunktbezeichnung Kardiologie bzw. die Facharztbezeichnung Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie besitzen, sind berechtigt, stattdessen die Facharztbezeichnung Innere Medizin und Kardiologie zu führen.“
- 8.) **Im Abschnitt B wird im Gebiet „13. Gebiet Innere Medizin“ Unterabschnitt „13.7 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie (Internist und Nephrologe / Internistin und Nephrologin)“ nach dem Absatz „Weiterbildungsinhalt“ folgender neuer Absatz angefügt:**
- „Spezielle Übergangsbestimmungen:  
Kammerangehörige, die die Schwerpunktbezeichnung Nephrologie bzw. die Facharztbezeichnung Innere Medizin und Schwerpunkt Nephrologie besitzen, sind berechtigt, stattdessen die Facharztbezeichnung Innere Medizin und Nephrologie zu führen.“
- 9.) **Im Abschnitt B wird im Gebiet „13. Gebiet Innere Medizin“ Unterabschnitt „13.8 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie (Internist und Pneumologe / Internistin und Pneumologin)“ nach dem Absatz „Weiterbildungsinhalt“ folgender neuer Absatz angefügt:**
- „Spezielle Übergangsbestimmungen:  
Kammerangehörige, die die Schwerpunktbezeichnung Pneumologie bzw. die Facharztbezeichnung Innere Medizin und Schwerpunkt Pneumologie besitzen, sind berechtigt, stattdessen die Facharztbezeichnung Innere Medizin und Pneumologie zu führen.“

## Landesärztekammer Hessen

- 10.) Im Abschnitt B wird im Gebiet „13. Gebiet Innere Medizin“ Unterabschnitt „13.9 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie (Internist und Rheumatologe / Internistin und Rheumatologin)“ nach dem Absatz „Weiterbildungsinhalt“ folgender neuer Absatz angefügt:

„Spezielle Übergangsbestimmungen:

Kammerangehörige, die die Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie bzw. die Facharztbezeichnung Innere Medizin und Schwerpunkt Rheumatologie besitzen, sind berechtigt, stattdessen die Facharztbezeichnung Innere Medizin und Rheumatologie zu führen.“

- 11.) Im Abschnitt B wird im Gebiet „13. Gebiet Innere Medizin“ nach dem Unterabschnitt „13.9 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie (Internist und Rheumatologe / Internistin und Rheumatologin)“ der Unterabschnitt „Übergangsbestimmungen für das Gebiet Innere Medizin“ aufgehoben.

### II.

#### In-Kraft-Treten

Artikel I Nr. 2 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2017 in Kraft. Im Übrigen tritt diese Satzung am 1. Juli 2013 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. März 2013 beschlossene und vom Hessischen Sozialministerium am 10. Juni 2013 (Geschäftszeichen: -V2B-18b-2120-) gemäß § 35 Abs. 1 des Hessischen Heilberufsgesetzes genehmigte Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 12. Juni 2013



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

## Kassenärztliche Vereinigung Hessen

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

### Planungsbereich Darmstadt-Stadt

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

### Planungsbereich Landkreis Bergstraße

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

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Darmstadt, Pallaswiesenstraße 174, 64293 Darmstadt** zu senden.

### Planungsbereich Frankfurt am Main

Alt-Bornheim	Anästhesistin/Anästhesist (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Bockenheim	Anästhesistin/Anästhesist
Innenstadt	Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)

### Planungsbereich Offenbach

Süd-Ost	Orthopädin/Orthopäde
Bieber	Kinderärztin/Kinderarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil mit Anstellung (über 10-20 Std. pro Woche)

### Planungsbereich Hochtaunuskreis

Friedrichsdorf	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut
----------------	---

## Kassenärztliche Vereinigung Hessen

### Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

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

### Planungsbereich Landkreis Offenbach

Obertshausen	Chirurgin/Chirurg (Überörtlicher 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

Heuchelheim	Orthopädin/Orthopäde (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Heuchelheim	Ärztin für Psychotherapeutische Medizin/ Arzt für Psychotherapeutische Medizin (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

### Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Ehringhausen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Solms	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Wetzlar	HNO-Ärztin/HNO-Arzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

### Planungsbereich Landkreis Marburg-Biedenkopf

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

### Planungsbereich Vogelsbergkreis

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

### Planungsbereich Wetteraukreis

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

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

### Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Melsungen	Augenärztin/Augenarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
-----------	--

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

### Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden	Frauenärztin/Frauenarzt (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.

## Durch die KV Hessen für ungültig erklärte Arztausweise / Stempel

Stempel Nummer 410073500, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Alsfeld (Jochen Müller, Alsfeld).