

Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

10 | 2013

Oktober 2013

74. Jahrgang



- Präsidiumswahlen: Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach als LÄKH-Präsident bestätigt – Monika Buchalik ist neue Vizepräsidentin
- Diabetes-Präventionstag in Frankfurt/Main
- Kammern in Hessen – Freiheit in Verantwortung
- Freie Berufe: Ehrung der besten Absolvent/innen
- MRE-Netz: Gemeinsam gegen multiresistente Erreger
- Im Einsatz gegen die Flut
- Interview: Vorstellung des Integrationsfachdienstes Darmstadt-Dieburg
- Initiative Substitutionstherapie

Maria von Heider-Schweinitz
Kleine Jüdin, 1938
Öl auf Leinwand, 105 x 76 cm
Privatbesitz

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, Braunsfels
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-Gruener-Straße 62, 04107 Leipzig
Fon: 0341 710039-90, Fax: 0341 710039-74 u. -99
Internet: www.l-va.de, E-Mail: lk@l-va.de

Verlagsleitung:

Dr. Rainer Stumpe

Anzeigendisposition:

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

Druck:

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

Layout-Design:

Kathrin Artmann, 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. Versandkosten (12 Ausgaben), im Ausland 125,50 € zzgl. Versand, Einzelheft 13,00 € zzgl. 2,50 € Versandkosten. Kündigung des Bezugs 2 Monate vor Ablauf des Abonnements. Für die Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

ISSN: 0171-9661

Hessisches Ärzteblatt

**Editorial**

Patientenwohl versus Allgemeinwohl

740

Aktuelles

Präsidiumswahlen: Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach mit überwältigender Mehrheit als Präsident der hessischen Ärztekammer bestätigt / Neue Vizepräsidentin ist Monika Buchalik
Professor Ulrich Finke: Rede an das neue Ärzteparlament
Diabetes-Präventionstag in Frankfurt: Mehr als 400 Besucher informierten sich über gesunde Ernährung und Bewegungsmöglichkeiten
Kammern in Hessen: Freiheit in Verantwortung
Freie Berufe: Ehrung der besten Absolventinnen und Absolventen
MRE-Netz Mittelhessen: Gemeinsam gegen multiresistente Erreger
Im Einsatz gegen die Flut
Initiative Substitutionstherapie: Versorgungsengpass droht

741

745

746

749

750

751

780

781

Fortbildung

Zertifizierte Fortbildung: Verbrennungen
Medizinisches Kreuzworträtsel
Sicherer Verordnen
Leberschäden im Zusammenhang mit Flupirtin
Interaktionen mit Cytochrom-P450: Die Wechselwirkung der Betablocker

754

766

767

768

777

Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Bad Nauheim

769

Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim

775

Briefe an die Schriftleitung

783

Parlando

Kämpferinnen gegen Konventionen
Kennst Du das Land, wo die Zitronen blühen?

784

785

Interview

Wenn Menschen mit Behinderung von Arbeitslosigkeit bedroht sind
Gespräch mit Susanne Schätzle, Integrationsfachdienst Darmstadt-Dieburg

786

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

Dr. med. Edgar Pinkowski ist neuer Sprecher der „Fachärzte Hessen“
Nachrufe

788

789

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

790

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

795

*In dieser Ausgabe finden Sie in einigen PLZ-Gebieten eine Beilage der
AMD TÜV Arbeitsmedizinische Dienste GmbH, für deren Inhalt der
Werbungtreibende verantwortlich ist.*

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

Patientenwohl versus Allgemeinwohl



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

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

an dieser Stelle möchte ich meiner Freude und meinem Dank Ausdruck verleihen, dass mir die Delegiertenversammlung, das hessische Ärzteparlament, mit einer großen Mehrheit erneut das Vertrauen ausgesprochen hat und mir so die Gelegenheit gibt, der Landesärztekammer weitere fünf Jahre als Präsident vorzustehen und damit den Anliegen der Kolleginnen und Kollegen und unseren Patientinnen und Patienten zu dienen. Dafür bitte ich Sie auch in den nächsten Jahren um Ihre kollegiale Unterstützung.

Während beim Schreiben dieser Zeilen sowohl die hessische Landtagswahl als auch die Bundestagswahlen noch vor uns liegen, ist das Wahlergebnis beim Erscheinen der vorliegenden Ausgabe des Hessischen Ärzteblatts schon bekannt. Obwohl das Thema Gesundheit für die Bürgerinnen und Bürger von größter Wichtigkeit ist – dies spiegelt sich erneut in den jüngsten Ergebnissen einer Umfrage des Marktforschungsinstituts Allensbach, denen zu Folge Ärzte gefolgt von Krankenschwestern das höchste Ansehen bei der Bevölkerung genießen – belegte die Gesundheit in den Wahlprogrammen der Parteien nur einen untergeordneten Platz. Den meisten Raum nahm die Frage ein, ob eine sogenannte Bürgerversicherung das bewährte System der dualen Versicherung, nämlich einer-

seits die gesetzliche Krankenversicherung und andererseits die Private Krankenversicherung, ablösen solle. Dieser primär fiskalische Aspekt ließ keinen Raum für Fragen nach der eigentlichen Versorgung der Bevölkerung.

Die Rahmenbedingungen für eine adäquate Versorgung verdienen jedoch höchste Aufmerksamkeit und bedürfen dringend einer grundlegenden Überarbeitung. Dies betrifft nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern alle Bereiche der gesundheitlichen Versorgung. Das Primat der Ökonomie und damit der Ökonomisierung hat tiefe Wurzeln geschlagen, Regulierung und Bürokratismus drohen, alles zu strangulieren. Ärztinnen und Ärzte, die ihrem beruflichen Ethos zufolge dem Wohle ihrer Patienten verpflichtet sind, sehen sich äußeren Zwängen gegenüber, die diese urärztliche Haltung zurückdrängen. Dies mag den Protagonisten vielleicht gar nicht bewusst sein. Budgets und Budgetierung sind sowohl den Klinikärztinnen und -ärzten als auch den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen als stetige Bedrohung für ihr ärztliches Handeln jedoch sehr wohl im Bewusstsein. Wohlgerne hier rede ich nicht der Verschwendung von Ressourcen das Wort. Ein indikations- und sachgerechter Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel ist nicht nur im Interesse der Gemeinschaft, sondern selbstverständlich auch im Interesse des einzelnen Patienten. Und doch gab und gibt es immer wieder Situationen, in denen die persönlich empfundene Verpflichtung dem eigenen Patienten gegenüber nicht mit Budgetzwängen oder Verteilungsregeln zusammenpasst.

Wem ist der Arzt mehr verpflichtet, dem Einzelwohl des Patienten oder dem Gemeinwohl der Gesellschaft? Was heißt eigentlich Gemeinwohl? Lässt sich dieses eindeutig bestimmen? Der Dominikaner und Hochschulprofessor Wolfgang Ockenfels hält den Begriff des Allgemeinwohls für so allgemein, „dass er auf philosophischem Wege nicht konkret definierbar ist“. Nach Nell-Breuning, Nestor der katholischen Soziallehre, ist das Gemeinwohl ebenso wie das Einzelwohl ein sogenannter Dienstwert, also kein Wert an sich. Doch geht das Gemeinwohl niemals einem Einzelwohl voran.

Stellt sich diese Frage überhaupt noch oder haben wir womöglich schon den Punkt erreicht, den Kühn und Simon schon vor zwölf Jahren formulierten: „Geld wäre nicht mehr Mittel zum Zweck der Versorgung von Kranken, sondern die Versorgung von Kranken wäre Mittel zum Zweck der Erzielung und Optimierung von Erlösen.“

Eine vertiefte Diskussion kann an dieser Stelle leider nicht geführt werden.

Wie denken Sie darüber? Wie erleben Sie diese Konflikte in der täglichen Praxis? Leserbriefes sind zur Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt herzlich willkommen.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

Präsidiumswahlen: Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach mit überwältigender Mehrheit als Präsident der hessischen Ärztekammer bestätigt / Neue Vizepräsidentin ist Monika Buchalik



Die neugewählte Präsidiumsspitze mit Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach und Monika Buchalik
Foto: Katja Möhrle

Die erste und konstituierende Sitzung der Wahlperiode 2013 – 2018 war mit Spannung erwartet worden. Während vor den Fensterscheiben die letzten Sonnen-

den Hausärzten, hervorgegangen war, von den neuen Ärztevertretern am 31. August 2013 in geheimen Wahlen beantwortet werden sollten.

strahlen im August über die Baumkronen tanzten, lag im Inneren des Fortbildungszentrums in Bad Nauheim ein Knistern in der Luft. Wer wird künftig an der Spitze der hessischen Ärzteschaft stehen, wie wird die Kräfteverteilung im neuen Präsidium der Landesärztekammer Hessen aussehen? Fragen, die nach den Kammerwahlen im Juni, aus denen die Liste der Fachärzte als stärkste Kraft, dicht gefolgt vom Marburger Bund und

Silberne Ehrenplakette für Prof. Dr. med. Karl Huth

Vor dem Urnengang der Delegierten wurde zunächst der Frankfurter Internist Prof. Dr. med. Karl Huth für seine herausragenden Leistungen mit der Ehrenplakette in Silber der Landesärztekammer Hessen ausgezeichnet. Dass der ehemalige Leitende Arzt des Frankfurter Diakonissen-Krankenhauses und Chefarzt der Abteilung Innere Medizin auf der ersten Sitzung des neuen Ärzteparlaments geehrt werde, habe einen besonderen Sinn, erklärte Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach: „Wir alle leben von Beispielen.“ Huth, Jahrgang 1933, der sich besonders für die berufliche Integration und die Fort- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten engagiert hatte, habe seinen Beruf immer als Berufung empfunden. Durch sein langjähriges Wirken für die hessische Ärzteschaft und durch sein Handeln zum Wohle der Pati-



LÄKH-Präsident von Knoblauch zu Hatzbach überreicht die Ehrenplakette der Kammer in Silber an Professor Karl Huth (rechts), zusammen mit einem Blumenstrauß. Foto: Maren Siepmann

enten habe sich der unter anderem maßgeblich an der Durchführung von AiP-Seminaren beteiligte, leidenschaftliche Arzt große Verdienste erworben.

Von Knoblauch zu Hatzbach und Buchalik an die Spitze gewählt

Und dann war es soweit: Namentlich von Dr. med. Alfred Möhrle, dem Ehrenpräsidenten der Landesärztekammer und Leiter des Wahlausschusses, aufgerufen, reichten sich die Delegierten vor den Wahlkabinen ein und gaben ihre Stimmen ab. Mit überwältigender Mehrheit (63 von 76 Stimmen bei acht Enthaltungen und fünf Gegenstimmen) wählten sie den bisherigen Amtsinhaber, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach (66), Liste der Fachärzte, im ersten Wahlgang erneut zum Präsidenten der hessischen Ärztekammer. Ein Gegenkandidat war nicht aufgestellt worden. Der

Facharzt für Innere Medizin aus Marburg steht bereits seit 2008 an der Spitze der ärztlichen Selbstverwaltung und beginnt nun seine zweite Amtsperiode. „Berufspolitik heißt für mich, Verantwortung übernehmen – für Ärztinnen und Ärzte und zum Wohle der uns anvertrauten Patienten“, sagte von Knoblauch zu Hatzbach vor den Delegierten. „Wichtig ist, dass Ärztinnen und Ärzte in der Öffentlichkeit wahrgenommen werden und wir unsere Interessen – gerade auch in Zeiten, in denen die Ärzteschaft gelegentlich in das Fadenkreuz unberechtigter Kritik zu geraten scheint – nach außen gemeinsam vertreten. Der Arztberuf ist ein freier Beruf und muss es bleiben. Dafür ist eine starke Vertretung unserer Mitglieder notwendig.“ Von Knoblauch kündigte an, sich in der kommenden Legislaturperiode besonders für eine gute, zukunftsorientierte Weiterbildung und für die Berufsbedingungen junger Ärztinnen und Ärzte zu engagieren.

Heftig wurde dagegen das zweite Amt im Vorstand der Ärztekammer umkämpft – wenn auch in sachlich-fairer Atmosphäre. Zur Wahl des Vizepräsidenten traten zwei Kandidatinnen an: Monika Buchalik, in Einzelpraxis in Maintal-Hochstadt niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin (Liste der ÄrztINNEN), und Dr. med. Susanne Johna (Marburger Bund), Fachärztin für Innere Medizin und Oberärztin im Neurologischen Rehabilitationszentrum Wiesbaden.

Mit 41 von 76 Stimmen setzte sich Buchalik gegen Johna durch, die 34 Stimmen erhalten hatte. Buchalik übernimmt die Aufgaben des bisherigen Vizepräsidenten Martin Leimbeck (Liste der Hausärzte), der nach zwei Legislaturperioden im Amt nicht erneut kandidierte. Als Themen, für die sie sich besonders einsetzen werde, nannte Buchalik die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Prävention, Palliativmedizin, ärztlicher Bereitschaftsdienst sowie die ärztliche Fort- und Weiterbildung.

Nachdem das Ärzteparlament beschlossen hatte, die Zahl der Präsidiumsmitglieder in der neuen Legislaturperiode von bisher neun auf elf Mitglieder zu erhöhen, wählten die Delegierten insgesamt neun Beisitzer:

1. Michael Andor, Facharzt für Allgemeinmedizin (Liste der Hausärzte), 36 von 76 Stimmen
2. Dr. med. Susanne Johna, Fachärztin für Innere Medizin (Marburger Bund), 63 Stimmen von 76 Stimmen
3. Dr. med. Jürgen Glatzel, Facharzt für Orthopädie (Liste Älterer Ärzte), setzte sich mit 42 von 76 Stimmen gegen Dr. med. Bernhard Winter (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte) durch, der 31 Stimmen erhalten hatte.
4. Dr. med. Peter Zürner, Internist, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Arzt für Physikalische Therapie und Rehabilitation (Liste der Fachärzte), 61 von 76 Stimmen

5. Michael Thomas Knoll, Facharzt für Allgemeinmedizin (Liste der Hausärzte), 53 von 76 Stimmen
6. Dr. med. H. Christian Piper, Facharzt für Innere Medizin (Marburger Bund), 57 von 7 Stimmen
7. Dr. med. Edgar Pinkowski, Facharzt für Anästhesie (Liste der Fachärzte), 51 von 76 Stimmen
8. Dr. med. Lars Bodammer, Facharzt für Innere Medizin (Marburger Bund), 55 von 76 Stimmen
9. Dr. med. Wolf Andreas Fach, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie (Liste der Fachärzte), 58 von 76 Stimmen.

Während Andor, Dr. Glatzel, Dr. Pinkowski und Dr. Zürner bereits in der zurückliegenden Wahlperiode dem Präsidium angehört hatten, bekleiden die fünf weiteren Vorstandsmitglieder künftig erstmalig ein Vorstandsamt in der Landesärztekammer. Mit Dr. Johna, Dr. Piper und Dr. Bodammer zählen nun drei Mitglieder des in

der zurückliegenden Wahlperiode nicht im Präsidium der Landesärztekammer Hessen vertretenen Marburger Bundes zum Vorstand der Landesärztekammer von 2013 bis 2018.

Standing Ovations für Martin Leimbeck

Mit Standing Ovations ehrten und verabschiedeten die Delegierten Martin Leimbeck, der die Kammer in den zurückliegenden neun Jahren hoch engagiert und mit großer Sachkompetenz als Vizepräsident mit geführt hatte.

Als „Meister des Multitasking“ bezeichnete von Knoblauch zu Hatzbach den niedergelassenen Landarzt: „Ich habe Sie oft bewundert, wie Sie das alles auf die Reihe bekommen.“ Der alte und neue Ärztekammerpräsident dankte Leimbeck im Namen der Delegiertenversammlung für sein Engagement für die hessischen Ärztinnen und Ärzte.

Zu Beginn seines berufspolitischen Wirkens habe er sich immer gewundert, war-



Mit Standing Ovations wird Martin Leimbeck verabschiedet, der als Vizepräsident neun Jahre die Kammer mit geführt hat. Foto: Maren Siepmann

um ein freier Beruf „verkammert“ sei, erklärte der frühere Vizepräsident in seinen Dankesworten. „Inzwischen verstehe ich es. Es hat sehr viele Vorteile, wenn man sich für den eigenen Berufsstand einsetzt.“ Den hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Landesärztekammer sprach Leimbeck ein ausdrückliches Lob aus: „Sie sind absolut loyal und sehr, sehr engagiert für unsere Sache. Vielen, vielen Dank.“

Vorsitzende der Bezirksärztekammern gewählt

Auch die Vorsitzenden der sechs Bezirksärztekammern (BezÄK) wurden gewählt: In der Bezirksärztekammer **Darmstadt** sind Erich Lickroth (Liste der Hausärzte) als Vorsitzender und Dr. med. Karlhans Baumgartl (Marburger Bund) als Stellvertreter der Vorsitzender im Amt bestätigt worden. Beisitzerinnen sind Dr. med. Silke Engelbrecht (Marburger Bund), Dr. med. Brigitte Hentschel-Weiß (Liste ÄrztINNEN) und Christine Hidas (Liste der Fachärzte).

Dr. med. Wolfgang Seher wurde zum Vorsitzenden und Dr. med. Detlef Oldenburg (Liste der Fachärzte) zum Stellvertretenden Vorsitzenden der Bezirksärztekammer **Frankfurt** gewählt. Beisitzer/innen sind Prof. Dr. med. Jutta Peters (Demokratische Ärztinnen und Ärzte), Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke (Liste ÄrztINNEN) und BmedSci Frank Seibert-Alves (Marburger Bund).

Als Vorsitzender der Bezirksärztekammer **Gießen** wurde Dr. med. Hans-Martin Hübner (Liste der Fachärzte) bestätigt. Der neue Stellvertretende Vorsitzende heißt Peter Laß-Tegethoff (Liste der Fachärzte). Beisitzer/innen sind Sabine Riese (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte), Jutta Willert-Jacob (Liste ÄrztINNEN) und PD Dr. med. Andreas Scholz (Marburger Bund).

Auch an der Spitze der Bezirksärztekammer **Kassel** ist vor den Wahlen nach den Wahlen: Dr. med. Lothar Werner Hofmann (Liste der Hausärzte) hat weiter das Amt des Vorsitzenden und Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph (Marburger Bund) das Amt des Stellvertretenden Vorsitzenden inne. Beisitzer ist Dr. med. Peter Zürner (Liste der Fachärzte).

In der Bezirksärztekammer **Marburg** wurden Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak

(Marburger Bund) zum neuen Vorsitzenden und Dr. med. Lothar Born (Liste Hessenmed – die Netzärzte) zum Stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Beisitzer sind Dr. med. Wiegand Müller-Brodmann (Liste der Fachärzte) und Prof. Dr. med. Frank-Lothar Welter (Liste Älterer Ärzte).

Neuer Vorsitzender der Bezirksärztekammer **Wiesbaden** ist Dr. med. Michael Weidenfeld (Liste der Fachärzte Hessen), zum Stellvertretenden Vorsitzenden wurde Dr. med. Egbert Reichwein (Liste der Hausärzte) gewählt. Beisitzer/innen sind: Dr. med. Adelheid Rauch (Liste der kleinen Fachgebiete), Dr. med. Christof Stork (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte) und Dr. med. H. Christian Piper (Marburger Bund).

Schlichtungsausschüsse der Bezirksärztekammern

Die Besetzung des Schlichtungsausschusses der BezÄK **Darmstadt**: Mitglieder: Dr. med. Wolfgang König, Dr. med. Joachim Klotz, Dr. med. Emanuel Finkenwirth; Stellvertreter: Dr. med. Hans Stiegelmeier, Dr. med. Detlev Steininger, Dr. med. Wolfgang Cikrit, Dr. med. Johannes Scheufele, Christiane Keller, Dr. med. Marc Dehos.

Die Besetzung des Schlichtungsausschusses der BezÄK **Frankfurt**: Mitglieder: Christiane Hoppe, Dr. med. Alfred Möhrle, Dr. Sabine Olischläger; Stellvertreter: Dr. med. Hansjoachim Stürmer, Birgit Cremer, Dr. med. Sabine Dominik, Dr. med. Michael Gehrke, Professor Dr. med. Alexandra Henneberg, Dr. med. Matthias Moreth.

Die Besetzung des Schlichtungsausschusses der BezÄK **Gießen**: Mitglieder: Dr. med. Marlies Renate Igel-Thorn, Dr. med. Burckhard Dietz-Magel, Dr. med. Rita Pinkowski; Stellvertreter: Dr. med. Karlfried Kainer, Dr. med. Carmen Brosig, Monika Deutscher, Dr. med. Heinrich Cassel.

Die Besetzung des Schlichtungsausschusses der BezÄK **Kassel**: Mitglieder: Prof. Dr. med. Hansjoerg Melchior, Dr. med. Helmut Greger, Dr. med. Jochen Schaller; Stellvertreter: Dr. med. Michael Donges, Dr. med. Klaus Meyer, Dr. med. Wolfgang Weber, Dr. med. Bär-Palmié, Michael Urban, Dr. med. Herbert Nelke.

Die Besetzung des Schlichtungsausschusses der BezÄK **Marburg**: Mitglieder: Dr. med. Otto Diefenbach, Dr. med. Klaus Uffelman, Dr. med. Wilfried Zimmermann; Stellvertreter: Dr. med. Karl-Eckhardt Henkel, Uwe Hüttner, Dr. med. Dipl.-Biologe Gerd-Ewald von Manteuffel, Dr. med. Kurt Petersen, Dr. med. Monika Rosenthal, Dr. (H) Karol Stiebler.

Die Besetzung des Schlichtungsausschusses der BezÄK **Wiesbaden**: Mitglieder: Dr. med. Ursula Stüwe, Dr. med. Harald Daake, Dr. med. Klaus Heckmann; Stellvertreter: Prof. Dr. med. Klaus Kleinschmidt, Dr. med. Alessandra Carella, Dr. med. Lutz Mauersberg, Prof. Dr. med. Franz-Josef Prott, Dr. med. Siegfried Möller, Dr. med. Helge Riegel.

Mitglieder des Finanz- und Hilfsfonds-Ausschusses

Im Anschluss stimmten die Delegierten über die neue Besetzung des Finanzausschusses der Landesärztekammer ab. Gewählt wurden

- Christine Hidas, Liste der Fachärzte (50 von 76 Stimmen)
- Stephan Hermann Bork, Marburger Bund (mit 50 von 76 Stimmen)
- Armin Beck, Liste der Hausärzte (mit 49 von 76 Stimmen)
- Dr. med. Sabine Dominik, Liste der Fachärzte (48 von 76 Stimmen)
- Dr. med. Helge-Lothar Förster, Marburger Bund (mit 46 von 76 Stimmen)

- Prof. Dr. med. Jutta Peters, Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte (mit 37 von 76 Stimmen)
- Dr. med. Gabriel Nick, Liste Älterer Ärzte (mit 36 von 76 Stimmen).

In den Hilfsfonds-Ausschuss wählte die Delegiertenversammlung Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph (Marburger Bund), Dr. med. Peter Zürner (Liste der Fachärzte)

und Dr. med. Jürgen Glatzel (Liste Ältere Ärzte).

Am Ende der konstituierenden Delegiertenversammlung hieß der langjährige Delegierte Prof. Dr. med. Ulrich Finke, Liste der Fachärzte, die neuen Kolleginnen und Kollegen willkommen. Er appellierte zugleich an die Geschlossenheit des Ärzteparlaments und sprach sich für maßvolles Auftreten nach außen, gepflegte Streit-

kultur im Innern, aber auch eindeutige Botschaften an die Gesellschaft aus.

Am 5. September 2013 hat Dr. med. Günter Haas (Liste der Hausärzte) sein Mandat niedergelegt. Nachrücker ist Dr. med. Philip Sängler (ebenfalls Liste der Hausärzte).

Die vollständige Rede von Professor Finke folgt im Anschluss.

Katja Möhrle

Professor Ulrich Finke: Rede an das neue Ärzteparlament

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir stehen am Beginn einer neuen Legislaturperiode der Landesärztekammer Hessen. Dazu seien einige Gedanken geäußert:

1. Wir sind Ärzte – und dies in erster Linie. Dies ist besonders im Alltagsgeschehen zu berücksichtigen – werden wir doch als solche im Innen- aber besonders im Außenverhältnis wahrgenommen. Dies sollten wir ungeachtet aller – berechtigten – Eigeninteressen der verschiedenen Gruppierungen, Parteien oder Fraktionen nicht vergessen und immer in das Zentrum unseres Handelns stellen. Zahlreiche Menschen, die Öffentlichkeit, besonders aber unsere Patienten erwarten dies von uns.

2. Als ein Parlament von Ärzten sollten wir versuchen, die persönlichen Interessen unter die der Sache zu stellen, nicht wie in der großen Politik, – wir haben schließlich genügend gemeinsame Interessen. Die Politik, die Krankenkassen, verschiedene Körperschaften, nicht zuletzt auch unsere Patienten werden immer wieder versuchen, uns auseinander zu dividieren und uns gegeneinander auszuspielen.

Dies sollten wir vermeiden durch Geschlossenheit, maßvolles Auftreten nach außen, gepflegte Streitkultur im Innern, aber auch eindeutige Botschaften an die Gesellschaft. Schließlich haben ärztliche Leistungen ihren Wert, der von unseren Patienten zwar geschätzt, insgesamt viel zu wenig wahrgenommen und schließlich aus ökonomischen Gründen ständig herabgemindert wird.

Es ist an uns, diesen Wert in der Öffentlichkeit überzeugend darzustellen. Dies gelingt uns aber nur durch Geschlossenheit und gemeinsame Vertretung der Interessen aller Ärztinnen und Ärzte, der angestellten Ärzte im Krankenhaus und außerhalb, der niedergelassenen Allgemeinärzte, der niedergelassenen Fachärzte, der Ärzte in Weiterbildung, der Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung – letztendlich aller ärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen.

Noch eine Trennung sollten wir vermeiden: das Auseinanderdividieren in Niedergelassene und Krankenhaus-Kollegen. Vielmehr sollten wir uns auf die gemeinsame Aufgabe konzentrieren: die Behandlung unserer Patienten. Wenn sich hier die Ärzteschaft in ihrer Gesamtheit geschlossen einig ist, können Gesellschaft, Politik und

damit letztlich auch die Krankenkassen vor den berechtigten Interessen nicht die Augen verschließen.

Wie schon gesagt, gibt es Mediziner und Ärzte. Der Mediziner ist eher der Techniker, während der Arzt den Menschen in seiner Gesamtheit sieht. Der Mediziner sieht die Krankheit, der Arzt den Menschen.

Viele von Ihnen sind neu in unserer Mitte – seien Sie in der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen herzlich willkommen. Auch oder gerade Ihnen möchte ich sagen, nach 17 Jahren Zugehörigkeit zu dieser Kammer, dass das Engagement für die Landesärztekammer, die Kammern der Ärzteschaft und ihre eigenen Interessen sich lohnt – in dieser Reihenfolge. Damit möchte ich Sie bitten, partei- oder gruppenspezifische Interessen im Zweifel hinter die gemeinsame Sache zu stellen – die Mitarbeiter der Landesärztekammer, die Kolleginnen und Kollegen, die Sie vertreten sollen – nicht zuletzt die uns anvertrauten Patienten werden Ihnen das langfristig danken.

Prof. Dr. med. Ulrich Finke

Diabetes-Präventionstag in Frankfurt: Mehr als 400 Besucher informierten sich über gesunde Ernährung und Bewegungsmöglichkeiten

Fragebogenaktion des Projekts „Fit und gesund älter werden“ ergibt
mittleres bis erhebliches Diabetesrisiko bei ca. 40 Prozent der Befragten



Eröffnung mit Stadträtin Dr. Renate Sterzel, Dr. Carola Koch, Minister Stefan Grüttner, Chefarzt Christian-Dominik Möller, Präsident Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Birgit Büttner und Moderatorin Katja Möhrle
Foto: Katja Kölsch

Frankfurt von einer erheblichen Erkrankungsrate der Bevölkerung ausgegangen werden muss: „Wenn fast zehn Prozent der hessischen Bevölkerung an Diabetes leidet, bedeutet dies für Frankfurt knapp 70.000 Betroffene.“ Glücklicherweise befindet sich die Mainmetropole aber in Bezug auf die Behandlung in einer komfortablen Situation. So hob Sterzel unter anderem die Vernetzung des Bürgerhospitals mit dem Clementine Kinderhospital zum Diabeteszentrum Rhein-Main hervor. Das Zentrum mache eine ganzheitliche Betreuung von Diabetes von der Geburt bis ins Alter möglich.

„Wir freuen uns über jeden Menschen, der gesund bleibt. Deshalb wollen wir alles tun, um diesen Zustand möglichst lange zu erhalten“, unterstrich Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), bei der Eröffnung des öffentlichen Diabetes-Präventionstages „Fit und gesund älter werden“. „Diabetes mellitus liegt in Hessen an zweiter Stelle der chronischen Erkrankungen; deshalb war es nie wichtiger als heute, mit diesem Projekt einen aktiven Beitrag zur Prävention zu leisten.“

Nach Offenbach, dem Landkreis Bad Hersfeld-Rothenburg und Kassel war Frankfurt am Main die vierte Station des von der Presseabteilung der Landesärztekammer konzipierten Diabetes-Präventionsprojekts „Fit und gesund älter werden“ unter der Schirmherrschaft des Hessischen Sozialministers Stefan Grüttner. Höhepunkt der Aktion in der Mainmetropole, für die Oberbürgermeister Peter Feldmann die Schirm-

herrschaft übernommen hatte, war der Präventionstag. Bei sommerlichen Temperaturen und strahlendem Sonnenschein, der erst am späten Nachmittag von einem Gewitter abgelöst wurde, kamen über 400 Besucherinnen und Besucher zu der von Katja Möhrle, Leiterin der LÄKH-Presseabteilung, moderierten Veranstaltung.

Diabetes-Erkrankungen in Hessen und Frankfurt

Staatsminister Stefan Grüttner wies zum Auftakt auf die alarmierende Entwicklung der Diabetes-Typ-2-Erkrankungen insbesondere unter demografischen Gesichtspunkten hin: „Wir werden zunehmend älter, und auch die Gefahr von zunehmenden Diabetes-Erkrankungen steigt. Daher ist es wichtig, dass Wissenschaft, Medizin und Politik sich verständigen, um gemeinsam präventiv vorgehen zu können.“ Stadträtin Dr. Renate Sterzel, die Oberbürgermeister Peter Feldmann im Dominikanerkloster vertrat, stellte dar, dass auch in

Im Juni 2013 war das Diabetes-Präventionsprojekt der Landesärztekammer Hessen mit einer Fragebogenaktion in zwölf Frankfurter Arztpraxen und auf Stationen des Bürgerhospitals gestartet. 263 Bürgerinnen und Bürger nahmen an der anonym ausgewerteten Befragung teil. Ergebnis: Immerhin 202 der 263 Befragten weisen ein leicht erhöhtes bis erhebliches Risiko auf, an Diabetes zu erkranken. Davon haben 104 Frauen und Männer ein leicht erhöhtes Risiko; ein mittleres bis erhebliches Risiko weisen 98 Personen auf.

Ein gesunder Lebensstil als Schlüssel zum Erfolg

Dass insbesondere bei Diabetes-Typ-2 Präventionsprogramme äußerst wirkungsvoll sind, erläuterte Birgit Büttner von der Knappschaft. „Durch frühzeitige Lebensstilintervention – in erster Linie die richtige Ernährung und Bewegung – kann für fast 60 Prozent der Betroffenen der Ausbruch der Krankheit verhindert oder hinausge-



Reges Interesse am „Markt der Möglichkeiten“

Foto: Jasmin Völker

zögert werden.“ Christian-Dominik Möller, ärztlicher Ansprechpartner des Projekts in Frankfurt, Chefarzt der Klinik für Diabetologie und Ernährungsmedizin des Bürgerhospitals und Vorstandsmitglied des Ärztenetzwerks Schulungsverein Frankfurt-Nord, ergänzte, dass „ein aktiver Lebensstil, Steigerung alltäglicher Bewegung und Nahrungsumstellung nicht nur in der Vorbeugung, sondern auch in der Therapie des manifesten Diabetes äußerst wichtig“ sind.

„Nur durch Wissen hat ein Patient die Möglichkeit, seinen Gesundheitszustand eigenverantwortlich zu erhalten“, hob Dr. med. Carola Koch, Vorstandsvorsitzende des Gesundheitsnetzes Frankfurt/Main (Gnef eG) und ebenfalls ärztliche Ansprechpartnerin des Projekts in Frankfurt, hervor. Der Zusammenschluss von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen leiste durch Information und Aufklärung hierfür einen Beitrag.

Zu den Kooperationspartnern der Landesärztekammer für das Frankfurter Projekt zählten neben Arztpraxen und dem Bürgerhospital Frankfurt am Main auch das Gesundheitsnetz Frankfurt/Main (GNEF eG),

der Schulungsverein Frankfurt-Nord (SFN), das Amt für Gesundheit der Stadt Frankfurt, der Landessportbund Hessen (lsb h), die Deutsche Gesellschaft für Ernährung – Sektion Hessen, die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung (HAGE), der Landesverband Hessen des Deutschen Diabetikerbundes, die Knappschaft und Knappschaftsklinik Bad Soden-Salmünster sowie die hessische Fachvereinigung für Diabetes (HFD). Medienpartnerin ist die Frankfurter Rundschau.

Vorträge, Vorführungen, Snacks und vieles mehr

Wie die Vorbeugung aussehen kann, führte der Präventionstag in entspannter Atmosphäre und mit einem abwechslungsreichen Programm aus Experten-Vorträgen (Rupert Falk, Facharzt für Innere Medizin; Dr. Ulrike Kreinhoff, DGE-Sektion Hessen; CHA Dr. med. Harald Hake, Klinikum Frankfurt Höchst GmbH; CHA Christian-Dominik Möller, Bürgerhospital Frankfurt am Main), einer lebhaften Podiumsdiskussion unter der Leitung von Jutta Rippegather (Frankfurter Rundschau), einem Markt der Möglichkeiten und Unterhaltung vor. In der Aktiven Pause riss der Sportwissenschaftler und Trainingstherapeut Thorsten Passmann die Zuhörer mit einer schwungvollen Bewegungseinlage von den Stühlen. Mit Titeln wie „Bewegung vor dem Fernseher“ oder „Sturm der Diäten: aber wie kann ich dauerhaft abnehmen?“ lockten die Workshops zahlreiche Interessierte an. Außerdem hatten die Besucher die Gelegenheit, sich an verschiedenen Ständen über Ernährung, die Zubereitung gesunder Snacks und Angebote von Sportvereinen zu informieren. Neben Blutdruck- und Blutzuckermessung wurde auch die angebotene Augen-

und Fußdiagnostik von vielen Bürgerinnen und Bürgern wahrgenommen. Außerdem standen aktive Angebote wie eine Laufanalyse im Running Mobil, E-Bike fahren, Nordic Walking und Square Dance auf dem Programm.

Mit der unterhaltsamen Zubereitung gesunder Snacks sorgte TV-Koch Mirko Reeh für ein besonderes Highlight der Veranstaltung. Musikalische Unterhaltung bot die Senioren-Rockband „Sandrock 55“ aus Offenbach unter der künstlerischen Leitung des Frankfurter Musikers Manfred Häder. Die Square-Dance Gruppe „Beaux + Belles“ aus Frankfurt fegte nicht nur im Vortragssaal über das Parkett, sondern motivierte auch im Innenhof des Klosters Besucher zum Mittanzen.

Den Gewinnern des Gewinnspiels winkten ein Fahrrad, ein Kochkurs mit Mirko Reeh, ein signiertes Hörbuch von Dr. med. Eck-



TV-Koch Mirko Reeh kocht gesund

Foto: Jasmin Völker

art von Hirschhausen, eine von der Knappschaft zur Verfügung gestellte Pulsuhr und Eintrittskarten für ein Rockkonzert. Evaluert wird die Präventions-Veranstaltung von der HAGE.

Fortführung des Projekts

Das Projekt in Frankfurt soll nicht mit dem Präventionstag enden. „In Zukunft wollen wir das Projekt hessenweit auch in Verwaltungen und weiteren Einrichtungen fortsetzen“, erklärte von Knoblauch zu Hatzbach. In Zusammenarbeit mit Kliniken und niedergelassenen Ärzten seien außerdem Angebote für fremdsprachige Mitbürger sowie Projekte für Kinder und Jugendliche in Schulen vorstellbar. Das Projekt dient auch der besseren Vernetzung aller Beteiligten vor Ort und in ganz Hessen.

Für weitere Auskünfte wenden Sie sich bitte an Katja Möhrle (Tel.: 069 97672-188 oder E-Mail: katja.moehrle@laekh.de). Informationen zu dem Projekt unter: www.laekh.de (Diabetes-Prävention)

Maren Siepmann

Kammern in Hessen: Freiheit in Verantwortung

Wie geht es weiter nach der Landtagswahl?



Vertreter hessischer Kammern im Gespräch mit Politikern

Foto: Lisa Farkas

Wie kann den Herausforderungen des technologischen Fortschritts, demografischen Wandels oder dem Fachkräftemangel vonseiten der Politik begegnet werden? Und welche Rolle sollen dabei in Zukunft die Kammern spielen? Kurz vor den Wahlen wurden diese Fragen im Dialog von Vertretern der Landtagsfraktionen und den 15 in Hessen aktiven Kammerorganisationen diskutiert.

Bereits zum zweiten Mal fand am 27. August 2013 die Veranstaltung „Kammern in Hessen: Freiheit in Verantwortung“ statt, diesmal in Räumlichkeiten des Hessischen Landtags. Nach der Begrüßung durch Landtagspräsident Norbert Kartmann referierten als Vertreter der Kammerorganisationen Erika Fink, Präsidentin der Landesapothekerkammer, und Prof. Dr. Mathias Müller, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft hessischer Industrie- und Handelskammern, in kurzen Einführungsvorträgen über die Bedeutung einer engen Zusammenarbeit mit der Politik. Während Fink hierbei die Notwendigkeit von Kammern generell und deren Verortung im Gefüge von Politik, Wirtschaft und Mitgliedern thematisierte, rückte Müller insbesondere den Fachkräftemangel in den Fokus. In der sich anschließenden Podiumsdiskussion

griffen auch die Politiker diese Themen auf. Für alle Parteien stand dabei die Zukunftsfähigkeit des Kammerwesens außer Frage. Anlässlich der Aussage Janine Wisslers, Vorsitzende der Landtagsfraktion Die Linke, dass über eine Abschaffung der Pflichtmitgliedschaft bei den Linken diskutiert werde, das Thema aber nicht im Vordergrund stehe, entbrannte eine leidenschaftliche Debatte. Ohne Ausnahme plädierten Kammervereine und die anderen Parteien für den Erhalt des Kammersystems. Eine Kammermitgliedschaft, die auf rein freiwilliger Basis beruhe, führe dazu, dass eine große Zahl kleiner Betriebe sich den Beitrag nicht leisten können, erläuterte Fink. „Eine Abschaffung der Pflichtmitgliedschaft ist auch eine Abschaffung der Kammern“, bekräftigte Ulrich Caspar, Vorsitzender der Landtagsfraktion der CDU. Das Stichwort Transparenz müsse jedoch beim Thema Pflichtmitgliedschaft eine größere Rolle einnehmen. Das wurde sowohl von dem Vorsitzenden der Landtagsfraktion der SPD, Thorsten Schäfer-Gümbel, als auch von Bündnis 90/Die Grünen, Tarek Al-Wazir, gefordert. Sie bezogen sich unter anderem auf die Auseinandersetzung mit Quotenregelungen, denen sich die Kammern nicht versperren sollten.

In seinem Vortrag stellte Müller beunruhigende Zahlen zum Fachkräftemangel vor. So fehlen laut Fachkräftemonitor ab 2015 jährlich 100.000 Fachkräfte. Dass die Bundesregierung in diesem Fall bereits erste Lösungs- und auch Umsetzungsversuche gestartet hat, um dieser Entwicklung entgegenzutreten, machte Wolfgang Greilich, Vorsitzender der Landtagsfraktion der FDP, deutlich. Die Ansätze müssten jedoch weiter ausgebaut werden. Greilich plädierte für eine Änderung der Zuwanderungsregelung, um ausländische Fachkräfte effektiv binden zu können.

Problematischer seien allerdings die Menschen, die über keine Qualifikation verfügen. Dies betreffe in der Altersgruppe von 29 bis 37 Jahren knapp 90.000 und bis zum 64. Lebensjahr sogar 400.000 Menschen, wie Schäfer-Gümbel darlegte. Es müssten Lösungsmöglichkeiten für das Problem erarbeitet werden, dass momentan ein Fünftel der Schüler keinen oder nur einen sehr schlechten Schulabschluss haben, unterstrich Al-Wazir. Eine sinnvolle Verteilung des Geldes in Maßnahmen wie Ausbildungsverbünde und nicht für sogenannte Warteschleifen, in denen Jugendliche eher abgeschoben werden, forderte Wissler.

Dass etwas getan werden muss, darüber sind sich die Parteien einig und sehen in den Kammern, die selbst Bildungswerke betreiben, eine wichtige Säule. Der Dialog zwischen Politik, Wirtschaft und Kammern müsse weiter intensiviert werden, um gemeinsam an Lösungen arbeiten zu können. An der Aufgabenverteilung zwischen Politik und Kammern solle dabei festgehalten werden.

Maren Siepmann

Freie Berufe: Ehrung der besten Absolventinnen und Absolventen

Wirtschaftsminister Rentsch lobt die Leistungsbereitschaft

Eine kleine Wissensfrage musste sein: „Welche berühmte Persönlichkeit hat heute Geburtstag?“, wollte Präsident Dr. Giesbert Schulz-Freywald zum Auftakt der ersten Bestenehrung des Verbandes Freier Berufe in Hessen (VFBH) am 28. August von seinen Zuhörern wissen. „Goethe“, tönte es von verschiedenen Plätzen in den Kurhaus-Kolonnaden, die an diesem Nachmittag von fröhlicher Erwartungshaltung aufgeladen schienen. 60 junge Frauen und Männer, die ihre Abschlussprüfung mit der Gesamtnote 1, also „Sehr gut“, in den Ausbildungsberufen Medizinische/r Fachangestellte/r, Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r, Rechtsanwaltsfachangestellte/r und Steuerfachangestellte/r abgeschlossen haben, waren mit Ausbildern und Familienangehörigen zu der Feier mit Sektempfang nach Wiesbaden gekommen.

Verantwortungsvolle Berufe

Kleider in unterschiedlichen Farben und Formen, kunstvolle oder lässige Frisuren, festliche Anzüge: Die jungen Absolventinnen und Absolventen, die von Dr. Karin Hahne, Geschäftsführendes Präsidiumsmitglied der Freien Berufe, namentlich auf

die Bühne gebeten wurden, verwandelten die Rotunde der Kolonnaden in ein buntes Aquarell. Dr. Giesbert Schulz-Freywald lobte ihre Leistungen und verwies darauf, dass sie einen verantwortungsvollen Beruf ausgewählt hätten. „Jeder von Ihnen bekommt Einblick in sehr persönliche Belange von Patienten, Mandanten und Klienten. Das ist sicher

nicht immer leicht und erfordert ein hohes Verantwortungsbewusstsein“, unterstrich er in seiner Glückwunschede.

Elf Medizinische Fachangestellte hatten ihre Abschlussprüfungen im Winter 2012 und im Sommer 2013 als Beste bestanden: Jeannine Kögler, Elena Hahn, Franziska Wolf, Anna Pössniker, Carla Johanna Schmidthals, Nadine Spahn, Marcus Zawadil, Dorothea Kamm, Ann-Christin Saltenberger, Victoria Loscha und Frank Hertter. Auch der hessische Wirtschaftsminister Florian Rentsch (FDP) gehörte zu den Gratulanten und überreichte den erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen ihre Urkunden: „Ich hoffe, die Bestenehrung wird zu einer schönen Tradition werden, denn Sie haben Anerkennung für das von Ihnen Geleistete verdient. Sie haben Fleiß, Ausdauer und Engagement auf Ihrem bisherigen beruflichen Weg bewiesen. Sie können zu Recht stolz auf sich sein.“

Gemeinwohlorientierung

Die Freien Berufe bezeichnete Rentsch als wichtigen Teil der Gesellschaft. Dabei betonte er besonders die Gemeinwohlorien-

tierung, die gerade auch in der Verantwortung für eine gute Ausbildung der jungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihren Ausdruck finde. „Bis 2018 suchen wir mindestens 100.000 Fachkräfte in Hessen“, fügte der Minister hinzu. „Die Hauptstellschraube liegt bei uns selber.“ Als beispielhaft erwähnte er die mit Madrid geschlossene Partnerschaft des Landes Hessen. Ziel sei es, in dem von einer Jugendarbeitslosigkeit von 67 % betroffenen Spanien Fachkräfte anzuwerben. Umgekehrt stelle Hessen das erfolgreiche duale Ausbildungssystem in Madrid vor. Bisher hätten bereits 50 Ausbildungsplätze für junge Madrilenen in Hessen gefunden werden können. „Wir hoffen, dass die jungen Leute in ihrer Heimat Werbung für das duale System machen. Es bietet das ideale Rüstzeug für ein berufliches Leben“, sagte der Minister. Mit den Worten „Sie sind die Herausragenden Ihres Jahrgangs“, wandte sich Rentsch nochmals an die jungen Absolventinnen und Absolventen: „Ihre Leistungsbereitschaft ist der Schlüssel für Ihre Zukunft.“

Ziel: Ausbildungszahlen erhöhen

Mit der „Bestenehrung“ will der VFBH junge Menschen dazu ermutigen, sich für einen Ausbildungsberuf in dem Berufszweig „Freier Beruf“ zu entscheiden. „Der Bedarf an gut ausgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Arzt-, Zahnarzt- und tierärztlichen Praxen, Anwaltskanzleien, Steuer- und Wirtschaftsberatungsbüros etc. steigt stetig“, bekräftigte Verbandspräsident Schulz-Freywald. „Primäres Ziel der politischen Bildungsarbeit in den Freien Berufen ist es daher, die Ausbildungszahlen zu erhöhen. Der Fachkräftebedarf in Hessen soll zukunftsicher abgedeckt werden, damit junge Frauen und Männer eine solide Berufsperspektive erhalten.“

Katja Möhrle

MRE-Netz Mittelhessen: Gemeinsam gegen multiresistente Erreger

Nach Einschätzung der Europäischen Gesundheitsbehörde (ECDC) stellen multiresistente Erreger (MRE) die bedeutendste Krankheitsbedrohung Europas dar. Jährlich erkranken in Europa ca. drei Millionen Menschen an Infektionen mit multiresistenten Erregern, dabei kommt es zu geschätzten 50.000 Todesfällen. Um dieser gesundheitlichen Bedrohung effektiv und umfassend entgegenzutreten zu können, haben sich die fünf mittelhessischen Landkreise Gießen, Lahn-Dill, Limburg-Weilburg, Marburg-Biedenkopf und Vogelsberg, das Regierungspräsidium Gießen sowie das Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen (Direktor: Prof. Dr. med. Thomas Eikmann) im Februar 2011 zum MRE-Netz Mittelhessen zusammengeschlossen. Unter der Zielsetzung, alle vorhandenen und erforderlichen Maßnahmen zur Erkennung, Behandlung und Bekämpfung multiresistenter Erreger optimal nutzen und flächendeckend umsetzen zu können, wurden die medizinischen und pflegerischen Einrichtungen (stationär und ambulant) in den beteiligten Landkreisen angeschrieben und zur Mitgliedschaft und aktiven Mitarbeit im MRE-Netz Mittelhessen aufgerufen.

Als erstes konkretes Projekt wurde eine wissenschaftliche Erhebung zum Umgang mit MRSA in Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten im Raum Mittelhessen durchgeführt. Insgesamt haben sich 284 der 341 angeschriebenen Einrichtungen (83%) an dieser Ist-Stand-Analyse beteiligt.

Die ausgewerteten Daten, die die Identifikation vordringlicher Handlungsfelder der Netzwerkarbeit ermöglichten, wurden zwischenzeitlich publiziert und anlässlich der Auftaktveranstaltung des MRE-Netz Mittelhessen am 21. März 2012 in der Kongresshalle in Gießen vorgestellt.

Die mit mehr als 300 Teilnehmern gut besuchte und vom hessischen Sozialminister Stefan Grüttner eröffnete Auftaktveranstaltung diente neben der Wahl des Vorstandes (Vorsitzender: Prof. Dr. med. Thomas Eikmann, Geschäftsführer Iskender Isikci) und der Konstituierung des Fördervereins (Vorsitzender: Regierungspräsident Dr. Lars Witteck) auch dem fachlich-wissenschaftlichen Austausch, insbesondere aber der Initialisierung der Arbeitsgruppen und Fachausschüsse.

In den Arbeitsgruppen der Akteure haben sich Mitglieder aus allen relevanten Bereichen des Gesundheits- und Pflegewesens (Krankenhaus, Niedergelassene Medizin, Dialyse, Stationäre Pflege, Ambulante Pflege, Rettungsdienst) zusammengeschlossen. Darüber hinaus konnten externe Experten für die aktive Mitarbeit in den Fachausschüssen Antibiotika-Therapie und Patientenfürsprache gewonnen werden. Beide Themenbereiche sind in bisherigen MRE-Netzen in Deutschland fachlich nicht vertreten.

Bei der Umsetzung der inhaltlichen Arbeit hat das MRE-Netz Mittelhessen der Versuchung widerstanden, bestehende Emp-

fehlungen einfach zu übernehmen und als verbindlich einzuhalten den Akteuren im Sinne eines „top-down“-Ansatzes vorzugeben. Vielmehr war es erklärtes Ziel, dass alle Akteursgruppen des Gesundheits- und Pflegewesens ihre jeweiligen Empfehlungen zu den Themenbereichen Hygiene, Screening, Sanierung und Überleitung eigenständig erarbeiten, sich also quasi ihre eigenen „Spielregeln“ im Umgang mit MRE-Problematik selbst verordnen. Durch diese „bottom-up“-Strategie lässt sich eine gesteigerte Identifikation mit den erarbeiteten Empfehlungen und eine bessere Umsetzung der Handlungsrichtlinien im Arbeitsalltag erwarten.

Dass fachgerechte Empfehlungen zu den genannten Themenbereichen geeignet sind, die Weiterverbreitung multiresistenter Erreger zu verhindern, ist unstrittig und hinlänglich nachgewiesen. Allerdings greifen die dort beschriebenen Maßnahmen überwiegend erst dann, wenn der resistente Erreger schon entstanden und präsent ist. Daher ist es für das MRE-Netz Mittelhessen ein weiteres zentrales Anliegen, auch zu kausalen Lösungsansätzen der MRE-Problematik beizutragen.

Diesem Gedanken folgend, hat das MRE-Netz Mittelhessen mit der Einrichtung des Fachausschusses Antibiotika-Therapie und des geplanten Fachausschusses Veterinärmedizin gezielt zwei Problembereiche in den Fokus genommen, die als wesentliche Ursachen der MRE-Entstehung gelten: Der exzessive, vielfach zweckfremde Einsatz von Antibiotika in der (industriellen) Tiermast und die vielfach unkritische, oft fehlerhafte Antibiotika-Verordnung (fehlende Indikation, unzureichende Dauer und Dosierung der Behandlung) in der Humanmedizin. Zahlreiche wissenschaftliche Studien belegen, dass diese Problematiken in ihrer Dimension und Bedeutung für die Resistenzentstehung und -verbreitung ausgesprochen ernst genommen werden müssen und keinesfalls unterschätzt werden dürfen. Zwischenzeitlich liegen erste Ausarbeitungen des von Prof. Dr. Reiniers Mutters (Krankenhausthygieniker, UKGM, Standort Marburg) geleiteten Fachausschusses zur rationalen Antibiotika-Therapie vor. Gedacht ist perspektivisch daran, mit einer „Antibiotika-Hotline“ auch individuelle Fragestellungen telefonisch fachkompetent und kurzfristig beantworten zu können und hierdurch einen Beitrag zur Qualitäts-Steigerung für den ambulanten Sektor leisten zu können.

Fortbildungen des MRE-Netzes Mittelhessen

Die Bedeutung, die das MRE-Netz Mittelhessen der rationalen Antibiotika-Therapie beimisst, verdeutlicht darüber hinaus die Tatsache, dass dieses Thema als zentraler Bestandteil aller bisherigen ärztlichen Fortbildungen des MRE-Netzes Mittelhessen aufgegriffen wurde.

So stellte Prof. Dr. med. Alexander Friedrich (Groningen), einer der Pioniere im Kampf gegen multiresistente Erreger in Deutschland und Gründer des MRSA-Netzwerkes Twente-Münsterland (Eursafety-

Health-net), in seinem Vortrag anlässlich der ersten Fortbildungsveranstaltung am 5. Oktober 2012 in Marburg eindrucksvoll die Ursachen und Auswirkungen einer fehlerhaften Antibiotika-Therapie dar und ging hierbei auch sehr anschaulich auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Problematik im Ländervergleich zwischen Holland und Deutschland ein. Flankiert und unterstützt wurde er dabei durch den Vortrag von Mutters (Marburg), der in seinem Beitrag „Multiresistente Erreger – zwischen Selektionsdruck und Hygiene“ verdeutlichte, dass die korrekte Anwendung von Antibiotika in Klinik und Praxis sowie geeignete Hygienemaßnahmen die unverzichtbaren strategischen Mittel für den erfolgreichen Kampf gegen multiresistente Erreger darstellen. Mit dem Thema „Hygiene in der Arztpraxis, was tun bei MRE?“ wurden den mehr als 100 Teilnehmern der gut besuchten Veranstaltung darüber hinaus erstmals die wesentlichen Inhalte der von der Arbeitsgruppe Niedergelassene Medizin des MRE-Netz Mittelhessen ausgearbeiteten Empfehlungen zur Hygiene präsentiert.

Auch auf der aktuell letzten überregionalen ärztlichen Fortbildung am 17. April in Aßlar wurde das Thema der rationalen Antibiotika-Therapie erneut aufgegriffen und außerdem die Empfehlungen der Arbeitsgruppe Niedergelassene Medizin zu den Themen Screening und Sanierung vorgestellt. Im Mai und Juni 2013 fanden die Fortbildungsveranstaltungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen statt. Hierbei kam erstmals das „Tour-Konzept“ des MRE-Netzes Mittelhessen zur Anwendung: Die Fortbildungsveranstaltung mit Präsentation der Empfehlungen der Arbeitsgruppen „Ambulante“ beziehungsweise „Stationäre Pflege“ wurde inhaltsgleich an je einem Ort der fünf beteiligten Landkreise durchgeführt. Im Sinne

kurzer Wege und möglichst optimaler Multiplikator-Wirkung soll dieses Konzept auch für zukünftige Fortbildungsveranstaltungen genutzt werden.

Die Fortbildungsveranstaltungen konnten – trotz des Verzichtes auf eine Unterstützung durch die Pharma-Industrie und Dank der unentgeltlichen Bereitstellung von Veranstaltungsräumlichkeiten durch Krankenhäuser und Kommunen – bisher kostenfrei gestaltet werden.

Die Arbeitsgruppe Niedergelassene Medizin im MRE-Netz Mittelhessen

In der Arbeitsgruppe Niedergelassene Medizin sind überwiegend Hausärztinnen/Hausärzte, aber auch ein Zahnarzt und ein Chirurg aus dem Raum Mittelhessen sowie ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen engagiert. Prof. Dr. med. Erika Baum, Leiterin der Abteilung für Allgemeinmedizin an der Philipps-Universität Marburg und niedergelassene Hausärztin in Biebertal, ist gewählte Sprecherin der AG und vertritt deren Positionen und Interessen innerhalb der Gremien des MRE-Netz Mittelhessen. Als Vertreter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes koordiniert Dr. Martin Just (Landkreis Marburg-Biedenkopf) die Aktivitäten der Arbeitsgruppe.

Die Richtschnur der inhaltlichen Arbeit folgte im wesentlichen drei grundsätzlichen Vorgaben:

1. Die zu erarbeitenden Empfehlungen müssen praktikabel und praxisgerecht sein und dabei im Einklang mit den Leitlinien der Fachgesellschaft und den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) stehen.
2. Die Empfehlungen sollen umfassend, jedoch knapp und eindeutig formuliert sowie mit konkreten Hinweisen zur Umsetzung versehen sein.

3. Die Darstellung der Empfehlungen soll übersichtlich sein und dadurch eine schnelle und gezielte Orientierung im Praxis-Alltag ermöglichen.

Als erstes konnte der Vorschlag für einen Einrichtungsübergreifenden Überleitungsbogen fertiggestellt und als Beitrag zur Erarbeitung einer hessenweiten Vorlage in eine Arbeitsgruppe beim Hessischen Sozialministerium eingebracht werden. Mittlerweile liegt ein einseitiger Überleitungsbogen vor, der landesweit zur Anwendung kommen soll.

Intensiv und in Teilen kontrovers wurde über die erforderlichen Hygiene-Maßnahmen diskutiert. Bei der fachlichen Auseinandersetzung wurde einerseits zwar deutlich, dass die Einhaltung der Standardhygiene auch im Umgang mit MRE im Regelfall ausreichend ist. Andererseits offenbarte sich aber, dass über Umfang und Ausgestaltung der Standardhygiene vielfach unterschiedliche Auffassungen existieren. Wesentliche Maßnahmen der Standardhygiene wurden daher auch dann in die Hygieneempfehlungen aufgenommen, wenn sich im konkreten Fall für den Umgang mit MRE kein von der Routine abweichendes Vorgehen empfiehlt (zum Beispiel Indikationen und Durchführung der Hände- und Flächenhygiene). Die Ausarbeitungen wurden am Muster der tabellarisch gestalteten Reinigungs- und Desinfektionspläne orientiert, die in Praxen weit verbreitet und etabliert sind. Zusätzlich soll die gewählte inhaltliche Untergliederung (Personalhygiene, Allgemeine Hygiene, Hygiene bei Diagnostik und Therapie, Organisation) der schnellen und gezielten Informationsgewinnung dienen.

Bezüglich des MRSA-Screenings bestand Einigkeit, neben den Indikationen auch praktische Hinweise für die Durchführung in die Empfehlungen aufzunehmen und auf Indikationen für das Angehörigen- und Mit-

arbeiter-Screening einzugehen, da hierzu immer wieder Fragen im Praxisalltag auftauchen.

Angesichts der Tatsache, dass die MRSA-Sanierung mit erheblichem Aufwand verbunden ist, war der Arbeitsgruppe Niedergelassene Medizin daran gelegen, die erforderlichen Einzelmaßnahmen umfänglich, konkret und Laien-verständlich darzustellen, um den Erfolg der Sanierungsbehandlung nicht durch „handwerkliche Fehler“ zu gefährden.

Unabhängig von der Möglichkeit, dass die unzureichende Honorierung, die fehlende Kostenübernahme durch die Krankenversicherung wie auch der administrative Aufwand erhebliche Hindernisse bei der konsequenten Umsetzung der erforderlichen und empfohlenen Maßnahmen darstellen können, bleibt festzuhalten, dass die MRE-Problematik zunehmend Einzug im ambulanten Bereich hält, und dass sich die betroffenen Akteure in Medizin und Pflege verantwortungsvoll diesem Thema stellen müssen.

Die von der AG Niedergelassene Medizin ausgearbeiteten Empfehlungen waren die ersten, die vom erweiterten Vorstand des MRE-Netz Mittelhessen verabschiedet wur-

den. Sie werden in Kürze auf der Homepage des MRE-Netz Mittelhessen (www.mre-netz-mittelhessen.de) verfügbar sein und als praktikable, praxisgerechte Empfehlungen den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen fachlich fundierte Handlungssicherheit im Alltag geben.

Perspektiven

Zwischenzeitlich sind nahezu alle Krankenhäuser, viele Altenpflegeheime sowie ambulante Pflegedienste der Region Mitglieder im MRE-Netz Mittelhessen. Zukünftige Anstrengungen zielen darauf ab, weitere Mitglieder in den genannten Bereichen zu rekrutieren. Ganz besonders wird der Erfolg der Arbeit des MRE-Netzes Mittelhessen auch davon abhängig sein, die niedergelassenen Medizinerinnen und Mediziner flächendeckend für die (kostenfreie) Mitgliedschaft im MRE-Netz Mittelhessen zu gewinnen. In diesem Sinne: Herzlich willkommen!

Dr. Martin Just

*Fachdienstleitung Gesundheitsaufsicht
und Infektionsschutz
Fachbereich Gesundheit
Landkreis Marburg-Biedenkopf*

Redaktion

P. Biberthaler, München
T. Gössling, Braunschweig
T. Mittlmeier, Rostock
D. Nast-Kolb, Essen

Zertifizierte Fortbildung

© Klaus Rüschhoff, Springer Medizin



H. Sorg · C. Betzler · H.O. Rennekampff · P.M. Vogt

Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Schwerbrandverletzentrum Niedersachsen,
Medizinische Hochschule Hannover

VNR 2760602013092910001

Verbrennungen

Zusammenfassung

Die Therapie von Verbrennungswunden unterliegt einem definierten Management, welches in die Prähospitalphase, das Schockraummanagement und die klinische Phase eingeteilt werden kann. Ein entscheidender Faktor für die Versorgung eines Verbrennungspatienten ist die adäquate Einschätzung des Verbrennungsausmaßes. Am Unfallort muss auf die Sicherung der Vitalfunktionen, die Anlage großlumiger Zugänge, den Beginn der Flüssigkeitssubstitution, die Entscheidung zur Intubation und eine ausreichende Analgesie geachtet werden. Die Aufnahme des Patienten im Schockraum sollte einem standardisierten Protokoll unterliegen, das von einem interdisziplinären Team rasch und effektiv durchgeführt wird. Das Schockraummanagement basiert auf einer mechanischen Reinigung und anschließenden exakten Bewertung der Verbrennungen, dem Monitoring der Vitalfunktionen, der Diagnostik und Therapie eines Inhalationstraumas sowie von Begleitverletzungen und der schweregradgerechten Versorgung der Brandwunden.

Schlüsselwörter

Verbrennungen · ABSI („abbreviated burn severity index“) · Flüssigkeitssubstitution · Inhalationstrauma · Brandverletzentren

Nachdruck aus:

Unfallchirurg 2012 · 115:635–648

DOI 10.1007/s00113-012-2239-3

© Springer-Verlag 2012

Mit freundlicher Genehmigung der

Springer Verlag GmbH

Lernziele

Nach Absolvierung dieser Lerneinheit,

- können Sie das **Verbrennungsausmaß** sowie die **Verbrennungstiefe** einschätzen und bereits eine **Prognose für den Patienten** abgeben,
- sind Sie noch am **Unfallort** in der Lage, die **Indikation zur Versorgung des Patienten** in einem **Brandverletztzentrum** zu stellen,
- können Sie die **notwendigen Maßnahmen zur Versorgung eines Brandverletzten im Schockraum** ergreifen,
- kennen Sie die **weiteren Möglichkeiten zur konservativen und operativen Versorgung von Verbrennungsverletzungen**.

Hintergrund

Verbrennungen, Verbrühungen oder Verätzungen sind schwere Schädigungen der Haut und tiefer liegender Strukturen, welche mit nachhaltigen negativen Auswirkungen auf den gesamten Organismus einhergehen können. Verbrennungen entstehen durch Berührung heißer Gegenstände, durch Flüssigkeiten, Dämpfe, Gase oder offenes Feuer sowie durch Explosion, elektrischen Strom, Blitzschlag, Bestrahlung.

Trotz erheblicher Fortschritte in der Verbrennungsmedizin bleibt die Prognose von Schwerstbrandverletzten jedoch weiterhin unbefriedigend.

Epidemiologie

In westlichen Industrieländern beträgt die Inzidenz thermischer Verletzungen 5–10%. In Deutschland erleiden jährlich etwa 20.000 Patienten eine thermische Verletzung unterschiedlichen Schweregrades [1].

Bei Brandverletzten handelt es sich unter Berücksichtigung der bundesweit 17 Mio. Krankenhauspatienten im Jahr um eine kleine Gruppe mit jedoch hohem Betroffenheitsgrad. In Deutschland werden etwa 4000 brandverletzte Patienten stationär und davon wiederum 1200 intensivpflichtig in **Brandverletztzentren** behandelt [1].

Das Verhältnis Männer zu Frauen beträgt etwa 3:1, das Ausmaß der verbrannten Körperoberfläche (VKOF) im Durchschnitt 27%. Als häufigste Begleitverletzung wird mit 31% das Inhalationstrauma diagnostiziert. Durch den verursachten Lungenschaden verschlechtert sich wie bei höherem Alter die Überlebensprognose drastisch [1].

In Deutschland erleiden jährlich etwa 20.000 Patienten eine thermische Verletzung unterschiedlichen Schweregrades

Häufigste Begleitverletzung bei Verbrennungen ist das Inhalationstrauma

Burns

Abstract

The treatment of burn wounds is subject to a defined management which can be divided into preclinical treatment, emergency room management, and the clinical phase. A decisive factor for the care of a burn patient is correct assessment of the extent of the burn injury. At the location of the accident, vital functions, i.v. catheters, fluid management, the decision for intubation, and sufficient pain control are crucial. The admission of patients to the emergency room should be subject to a standardized protocol, which is quickly and effectively performed by an interdisciplinary team. Emergency room management consists of a mechanical cleaning and subsequent accurate assessment of the extent of the burn injury, monitoring of vital functions, diagnosis and treatment of an inhalation injury as well as associated injuries, and the appropriate care of the burn wounds.

Keywords

Burns · Abbreviated burn severity index · Fluid therapy · Smoke inhalation injury · Burn centers

Tab. 1 Bestimmung der verbrannten Körperoberfläche mit der Neunerregel. (Nach [3])

	VKOF (%)	
	Erwachsener	Kind
Kopf und Hals	9	16
Arme	Je 9	Je 9
Thorax (ventral und dorsal)	Je 9	Je 8
Abdomen (ventral und dorsal)	Je 9	Je 8
Beine	Je 18	Je 17
Genitale	1	

VKOF verbrannte Körperoberfläche

Tab. 2 Einteilung der Verbrennungstiefe

Grad	Klinisches Bild	Verbrennungstiefe	Abheilung
I	Rötung Ödem Druckschmerzhaftigkeit	Oberflächliche Epithelschädigung (Epidermis) ohne Zelltod	Innerhalb 1 Woche narbenlose Abheilung
II a	Blasenbildung Roter feuchter Wundgrund Ödem Stark schmerzhaft	Schädigung der Epidermis und papillärer Dermisanteile unter Erhalt der Haarfollikel und Hautanhangsgebilde	Innerhalb 2 bis 3 Wochen kaum Narben
II b	Blasenbildung Heller / weißer Wundgrund Minderperfusion Ödem Schmerzhaft	Weitgehende Schädigung der Dermis (retikulärer Anteil)	>3 bis 4 Wochen ausgeprägte Narben
III	Gewebe nach Débridement weiß Keine Schmerzen	Vollständige Zerstörung von Epidermis und Dermis inklusive der Hautanhangsgebilde	Keine Heilung ohne plastisch-chirurgische Maßnahmen
IV	Verkohlung Lyse (chemische Schädigung)	Zerstörung weitgehender Schichten mit Unterhautfettgewebe, Muskeln, Sehnen, Knochen, Gelenken und anderen benachbarten Strukturen	Keine Heilung ohne plastisch-chirurgische Maßnahmen

Hinsichtlich der Altersverteilung handelt es sich

- bei 6% der Betroffenen um Kinder und Jugendliche (unter 10 bis 19 Jahren),
- bei 65% um Erwachsene (20 bis 59 Jahre) und
- bei 29% um Ältere (über 60 Jahre).

Am häufigsten ereigneten sich die thermischen Verletzungen im **häuslichen Bereich** (67%) sowie bei der Arbeit (**Arbeitsunfall**, 21%). Als Unfallzusammenhänge wurden jedoch auch Suizid (3%), Verkehrsunfälle (2%) und kriminelle Handlungen (1%) festgestellt. Häufigste Unfallursachen waren die direkte Einwirkung einer Flamme (57%) sowie Verbrühungen (23%) [1].

Einschätzung des Verbrennungstraumas

Um die Schwere einer Verbrennung beurteilen zu können, orientiert man sich an

- der flächenhaften Ausdehnung der verbrannten Körperoberfläche (VKOF) in Prozent (■ **Tab. 1**),
- der Verbrennungstiefe (■ **Tab. 2**) und
- der Lokalisation der thermischen Schädigung.

Zudem sind das Lebensalter, Begleiterkrankungen, ein erlittenes Inhalationstrauma sowie das Geschlecht für die Prognose entscheidend [2].

Häufigste Unfallursachen waren die direkte Einwirkung einer Flamme mit 57% sowie Verbrühungen mit 23%

Tab. 3 Berechnung des ABSI

1 Punkt je 10% VKOF						
1 Punkt für das Vorliegen von Verbrennungen III. Grades						
1 Punkt für das Vorliegen eines Inhalationstraumas						
1 Punkt je 20 Lebensjahre						
1 Punkt für weibliches Geschlecht						
1 Punkt für schwerwiegende Begleiterkrankungen						
Gesamtpunktzahl	2–3	4–5	6–7	8–9	10–11	>11
Überlebenswahrscheinlichkeit (%)	99	95	80–90	50–70	20–40	0–20
ABSI „abbreviated burn severity index“, VKOF verbrannte Körperoberfläche						

Verbrannte Körperoberfläche

Für ihre Einschätzung setzten sich die **Neunerregel** nach Wallace ([3]; ■ **Tab. 1**) oder die Handflächenregel durch. Für Kinder und Kleinkinder gibt es modifizierte Scores. Bei der Einschätzung mit der Handflächenregel wird die Handfläche des Patienten als etwa 1% seiner Körperoberfläche entsprechend angenommen. Bei der Beurteilung des Verbrennungsausmaßes werden oberflächliche erstgradige Verbrennungen nicht berücksichtigt.

Prognose

Die Überlebenswahrscheinlichkeit kann mit dem ABSI („abbreviated burn severity index“) gut eingeschätzt werden. Dieser von Tobiasen et al. [4] eingeführte Score bewertet die Prognose des Brandverletzten detailliert durch Punktvorgabe anhand mehrerer Faktoren (■ **Tab. 3**).

Verbrennungstiefe

Sie wird in 4 Schweregrade eingeteilt (■ **Tab. 2**), welche sich neben dem akuten klinischen Bild ganz maßgeblich an der Regenerationsfähigkeit des Epithels orientieren (■ **Abb. 1**). Die klinische Beurteilung der Verbrennungstiefe ist in der Akutphase häufig erschwert und vielfach erst nach 2 bis 3 Tagen möglich.

Verbrennungen I. Grades. Sie entsprechen dem klinischen Bild eines Sonnenbrandes (■ **Abb. 1a**). Die epidermale Regeneration geht von dem erhaltenen Stratum basale aus und erfolgt narbenlos.

Verbrennungen II. Grades. Sie werden in oberflächlich (IIa) und tief (IIb) unterteilt. Bei der **oberflächlichen Verbrennung** (Grad IIa) sind die Epidermis zerstört und das Corium teilweise verletzt (■ **Abb. 1b**, ■ **Abb. 3a,c**). Die Stammzellen der Haarfollikel sowie der Schweiß- und Talgdrüsen sind noch erhalten und dienen der Regeneration. Diese Verbrennungen imponieren klinisch durch eine Blasenbildung bzw. weisen einen rötlichen feuchten Wundgrund auf. Sie sind äußerst schmerzhaft und heilen unter konservativen Maßnahmen mit geringer Narbenbildung ab.

Die Zerstörung tieferer Dermisanteile mit dem weitestgehenden Verlust der Hautanhangsgebilde zeichnet Grad-IIb-Verbrennungen aus (■ **Abb. 1c**). Die **Glasspatelprobe** ist aufgrund der nicht mehr vorhandenen Rekapillarisierung negativ, der Wundgrund ist bläulich (Nekrose), und das Schmerzempfinden ist reduziert oder sogar bereits aufgehoben. Tiefe zweitgradige Verbrennungen heilen nur sehr langsam und unter kräftiger Narbenbildung ab, weshalb sie einer operativen Versorgung bedürfen.

Verbrennungen III. Grades. Sie sind durch eine vollständige Zerstörung von Epidermis und Dermis und der darin enthaltenen regenerationsfähigen Strukturen charakterisiert. Bei der klinischen Untersuchung imponieren trockene, weißlich-gelbliche Hautfetzen von lederartiger Konsistenz mit vollständig aufgehobener Rekapillarisierung, fehlender Schmerzempfindlichkeit, Ausfall von Haaren und Nägeln und einer bis tief ins subkutane Fettgewebe bzw. auf die Muskelfaszie reichenden **Nekrosebildung** (■ **Abb. 1d**). Die Regeneration ist ausgeschlossen, es wird lediglich **Granulationsgewebe** gebildet.

Die Handfläche des Patienten entspricht laut Handflächenregel etwa 1% seiner Körperoberfläche

Die Überlebenswahrscheinlichkeit lässt sich mit dem ABSI gut einschätzen

Die Schweregradeinteilung der Verbrennungstiefe orientiert sich am akuten klinischen Bild sowie der Regenerationsfähigkeit des Epithels

Tiefe zweitgradige Verbrennungen heilen nur sehr langsam und unter kräftiger Narbenbildung ab und müssen deshalb operativ versorgt werden

Bei Verbrennungen Grad III ist die Regeneration ausgeschlossen

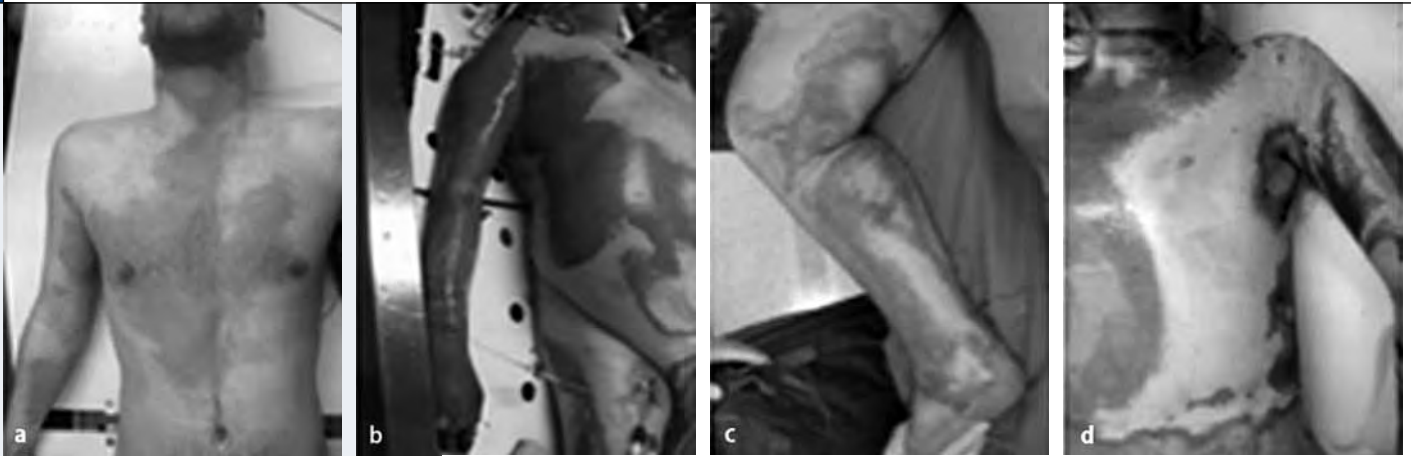


Abb. 1 ▲ Beispiele unterschiedlicher Verbrennungsgrade, **a** Verbrennung Grad I im Bereich des Oberkörpers, Hauptsymptom: starke Rötung der Haut, **b, c** typische Grad-II-Verbrennungen, **b** eher Grad-IIa-Verbrennung: Schädigung der Epidermis unter Blasenbildung mit noch rotem Wundgrund, **c** Grad IIa/IIb: Dermis-schädigung und teilweise heller Wundgrund, **d** charakteristischer Aspekt einer avitalen Grad-III-Verbrennung mit weißlicher lederartiger Wundoberfläche. (Nach [5])

Bei Verbrennungen >20% VKOF bei Erwachsenen bzw. >10% bei Kindern ist von einem Schockgeschehen auszugehen

Ab dem 2. Tag nach der Verbrennung wird der Volumenersatzlösung Humanalbumin zugesetzt



Abb. 2 ▲ Entkleideter Schwerbrandverletzter (intubiert und beatmet, unter kardiopulmonaler Überwachung) mit überwiegend zweitgradigen Verbrennungen und etwa 45% VKOF (verbrannte Körperoberfläche) im Aufnahmebad einer Schwerbrandverletzteneinheit zur mechanischen Reinigung und v. a. bei drittgradigen Verbrennungen ggf. Escharotomie, operativer Nekrektomie und primärer Defektdeckung. (Nach [5])

Baxter-Formel werden 4 ml/kgKG/%VKOF/24 h (KG: Körpergewicht) Ringer-Lösung innerhalb der ersten 24 h über entsprechende Zugänge infundiert, wobei die Hälfte des errechneten Bedarfs innerhalb der ersten 8 h verabreicht wird. In der Rückresorptionsphase und bei möglicher Persistenz des Ödems ab dem 2. Tag nach der Verbrennung wird der Volumenersatzlösung aufgrund der im Interstitium gebundenen Proteine Humanalbumin zugesetzt (5%ig; %VKOF × kgKG). Der tatsächliche Volumenbedarf muss allerdings an die kardiopulmonale Situation des brandverletzten Patienten angepasst werden [z. B. PiCCO-Messung (PiCCO: „pulse contour cardiac output“)].

Therapie der Verbrennung

Prähospitalphase

Die Vitalfunktionen des Patienten sollten durch eine **adäquate Organperfusion** und **Sauerstoffversorgung** aufrechterhalten werden. Hierzu werden mehrere großlumige Zugänge zur Gewährleistung einer adäquaten Flüssigkeitszufuhr und Verabreichung von Medikamenten angelegt.

Bei Verbrennungen >20% VKOF bei Erwachsenen und >10% VKOF bei Kindern ist von einem Schockgeschehen mit verminderter nutritiver Organperfusion und konsekutiver Gewebshypoxie auszugehen.

Die Schocktherapie des Schwerbrandverletzten sieht eine Volumengabe von balancierten Vollelektrolytlösungen vor. Initial werden **kristalloide Lösungen** bevorzugt verwendet, denn Kolloide strömen in das interstitielle Kompartiment ab und verstärken aufgrund der osmotischen Wirkung die Zunahme des Gewebsödems. Daher sind kolloidale Lösungen [Hydroxyethylstärke (HES), Hyper-HES, Albumin, Dextrane, Gelatine] zur initialen Flüssigkeitstherapie kontraindiziert. Nach der **Parkland-**

Tab. 4 Indikationen zum Transfer des Verletzten in ein Brandverletztzentrum

Alle Patienten mit Verbrennungen an Gesicht / Hals, Händen, Füßen und den Axillae, über großen Gelenken, in der Anogenitalregion oder an komplizierter Lokalisation

Ab 15% zweitgradig verbrannter Körperoberfläche

Ab 10% drittgradig verbrannter Körperoberfläche

Verbrennung

Mit mechanischer Begleitverletzung

Mit Inhalationstrauma

Mit präexistenten Begleiterkrankungen

Patienten im Alter von 0 bis 16 Jahren und über 60 Jahren

Alle Patienten mit Elektrounfällen

Ab 15% zweitgradig verbrannter Körperoberfläche

Inhalationstrauma, Sauerstoffgabe und Intubation

Die thermische Wirkung von **heißer Luft** und die darin enthaltenen schwer **toxischen Reizgase** (Salzsäure, Phosgen, Ammoniak, Nitrosegase) führen zu schwerwiegenden Schädigungen der Atemwege mit interstitiellem, alveolären Transsudat [1, 6, 7]. Bei Bränden mit großer Rauchentwicklung sollte immer auch eine Kohlenmonoxidintoxikation (CO) bedacht werden, die sich klinisch durch Verwirrheitszustände des Patienten mit Kopfschmerzen, Schwindel und Unruhe zeigt. Bei höheren COHb-Konzentrationen (Hb: Hämoglobin) kommt es zu rosiger Hautfarbe mit Bewusstseinsstörungen und schließlich Atemlähmung. Hierbei kann die pulsoxymetrisch gemessene Sauerstoffsättigung eine Hypoxie aufgrund der Dyshämoglobinämie nicht erfassen. Konventionelle Pulsoxymeter sind daher nicht aussagekräftig und täuschen eine nicht vorhandene Sicherheit vor. Zur Messung der partiellen arteriellen Sauerstoffsättigung sind daher nur Pulsoxymeter mit 8-Wellenlängen-Absorptionstechnologie geeignet.

Therapie der Wahl bei Verdacht auf CO-Vergiftung ist die Gabe von reinem Sauerstoff, ggf. mit Intubation und nachfolgender PEEP-Beatmung (PEEP: „positive end-expiratory pressure“). Die Halbwertszeit für COHb liegt unter normobarer Zufuhr von 100% O₂ bei etwa 75 min [6, 8].

Die Applikation von Kortikoiden (inhalativ wie systemisch) muss bei Brandverletzten vermieden werden. Die generelle prophylaktische Intubation bei fehlender Dyspnoe ist nicht indiziert.

Analosedierung

Eine ausreichende Analgesie mit Anxiolyse und Sedierung ist beim Brandverletzten unbedingt erforderlich. Eine Narkoseeinleitung ist nicht zwingend notwendig.

Die Analosedierung kann mit **(S)-Ketamin** und **Midazolam** erfolgen. Ersteres wird in Form von Boli oder kontinuierlich i.v. appliziert. Eine zusätzlich titrierende Sedierung mit Midazolam (Boli von 1–2 mg; initiale Gesamtdosis je nach Allgemeinzustand etwa 0,05–0,2 mg/kgKG) ist wertvoll. Ziel ist der schlafend-weckbare Patient.

Morphin wird initial in einer Gesamtdosis von 0,05–0,1 mg/kgKG titrierend i.v. injiziert und die Dosis bei Bedarf erhöht [6].

Transport und Auswahl des Zielkrankenhauses

Nach der Erstversorgung und der Einschätzung der Verbrennungstiefe und des Verbrennungsausmaßes muss der Patient in ein geeignetes Zielkrankenhaus transportiert werden. Hierbei müssen die Indikationen für die Versorgung in einem Schwerbrandverletztzentrum [9] beachtet werden (■ **Tab. 4**). In der Akutphase kann jedes Akutkrankenhaus mit chirurgischer und anästhesiologischer Fachabteilung als Zielkrankenhaus berücksichtigt werden, um die Vitalfunktionen des Patienten zu stabilisieren. Der zeitnahe Sekundärtransport in ein Brandverletztzentrum muss jedoch weiterhin erwogen werden.

Die Erstversorgung im Akutkrankenhaus sollte hier nur der Stabilisierung der Vitalparameter dienen. Zögert sich die Verlegung in ein Brandverletztzentrum hinaus, muss auch die Escharotomie (s. unten) zur Verhinderung eines progredienten Kompartmentsyndroms durchgeführt werden. Vor der Verlegung findet eine obligate **telefonische Kontaktaufnahme** mit der aufnehmenden Verbrennungsklinik statt. Die **zentrale Vermittlungsstelle** für Schwerbrandverletzte der Berufsfeuerwehr Hamburg (Tel. 040/428513998) kann Auskunft über die Aufnahme-

Bei Bränden mit großer Rauchentwicklung sollte immer auch eine Kohlenmonoxidintoxikation bedacht werden

Therapie der Wahl bei Verdacht auf CO-Vergiftung ist die Gabe von reinem Sauerstoff

Ziel der Sedierung ist der schlafend-weckbare Patient

In der Akutphase kann jedes Akutkrankenhaus mit chirurgischer und anästhesiologischer Fachabteilung als Zielkrankenhaus berücksichtigt werden

Tab. 5 Schockraumprotokoll zur Erstversorgung Schwerbrandverletzter (Mindestanforderung)

Intubation	
Bronchoskopie bei Verdacht auf das Vorliegen eines Inhalationstraumas	
Monitoring der Vitalparameter	Blutdruck Herzfrequenz Sauerstoffsättigung Körpertemperatur
Vollständiges Entkleiden des Patienten	
Überprüfen der Zugänge	
Umfassende körperliche Untersuchung	Strommarken Hämatome Neurologischer Status Frakturen
Bei kardiopulmonaler Instabilität oder Unmöglichkeit der nichtinvasiven Blutdruckmessung	Anlage eines arteriellen Katheters durch nicht verbrannte Haut
Anlage eines mehrlumigen zentralvenösen Katheters (5 Lumen) unter sterilen Kautelen durch unverletzte Haut und Messung des ZVD	
Blutentnahme für die Labordiagnostik mit Bestimmung von	Großes Blutbild Blutgase mit COHb Gerinnungsprofil (INR, aPTT, Fibrinogen, Antithrombin usw.) Elektrolyte Leberprofil (GOT, GPT, yGT, AP, Cholinesterase, Bilirubin) Nierenprofil (Kreatinin, Harnstoff, Albumin, Gesamtprotein) Schilddrüsenprofil (fT3, fT4, TSH) Hepatitis- und HIV-Serologie Alkohol- und Drogenscreening Blutgruppe und Kreuzblut Bei Stromunfällen: CK, CK-MB, Troponin, Myoglobin
Entnahme von Abstrichen von allen Wundarealen, Nase, Mund, Leiste, Axillae insbesondere bei länger zurückliegendem Trauma (>24 h) oder Zuverlegung aus einem primärvorsorgenden Krankenhaus	
Rasur sämtlicher Haare über den verbrannten Arealen mit konventionellen Rasierern oder Akkurasiergeräten; bei Verbrennungen im Gesicht auch das Haupthaar, jedoch keine Wimpern oder Augenbrauen	
Vollständige Oberflächenreinigung des Patienten mit warmer, desinfizierender Lösung; Festhaftende Partikel vorsichtig entfernen; Bei Verätzungen ausschließlich Spülung mit lauwarmem Wasser, um eine fortschreitende Reaktion der auslösenden Substanz zu reduzieren	
Bestimmung des genauen Verbrennungsausmaßes und der Verbrennungstiefe und Dokumentation (Zeichnung, Dokumentationsbogen, Fotos)	
Adaptation des Volumenbedarfs an die klinische Situation des Patienten mit balancierten Vollelektrolytlösungen	
Anlage eines transurethralen Blasenkatheters bei VKOF > 20%; Urinstatus und exakte Bilanzierung	
Ggf. Tetanusauffrisch- oder Simultanimpfung	
Anlage einer Magensonde (jedoch früher Wechsel auf eine Duodenalsonde zur frühen enteralen Ernährung nach Aufnahme auf die Intensivstation)	
12-Kanal-EKG	
Ggf. Escharotomie/Fasziotomie	
Röntgen des Thorax in 2 Ebenen	Anzeichen für Inhalationstrauma Lage des Tubus, ZVK und der Magensonde
Bei Verdacht auf Begleitverletzungen fortführende bildgebende Diagnostik	CT-Traumascan Sonographie des Abdomens usw.
Bestimmung von Ausgangsgewicht und Körpergröße	
Verbinden aller verbrannten Arealen mit Silbersulfadiazin- oder Polyhexanidgelverbänden, alloplastischem Material (Biobrane®, Suprathel®) und Fettgaze, halbelastischen Binden	
Lagerung im Verbrennungsbett mit mehrlagiger Schaumstoffmatratze und ggf. Wärmezufuhr; Lagerungswechsel beachten	
Einleitung konsiliarärztlicher Maßnahmen	Augenarzt HNO-Arzt Neurochirurg Unfallchirurg

AP alkalische Phosphatase, **aPTT** arterielle partielle Thromboplastinzeit, **CK** Kreatinkinase, **CK-MB** Kreatinkinase Typ „muscle brain“, **COHb** mit Kohlenmonoxid (**CO**) besetztes Hämoglobin (**Hb**), **CT** Computertomographie, **EKG** Elektrokardiogramm, **fT3** freies Trijodthyronin, **fT4** freies Thyroxin, **yGT** Gammaglutamyltransferase, **GOT** Glutamat-Oxalazetat-Transaminase, **GPT** Glutamat-Pyruvat-Transaminase, **HIV** „human immunodeficiency virus“, **HNO** Hals-Nasen-Ohren, **INR** „international normalized ratio“, **TSH** Thyreoidea stimulierendes Hormon, **VKOF** verbrannte Körperoberfläche, **ZVD** zentraler Venendruck, **ZVK** zentraler Venenkatheter

kapazität der Zentren erteilen. Im Einzelfall empfiehlt es sich, mit Hilfe der lokalen Rettungsleitstelle die Verlegung in die regional zuständige Verbrennungsklinik zu planen. Für den Transport werden die Verbrennungswunden am besten mit Polyhexandigel, Fettgazen und sterilem Wundverband versorgt. Während des Transports sollten die Auskühlung des Patienten unbedingt vermieden und entsprechende Wärmemaßnahmen ergriffen werden.

Schockraummanagement

Die Aufnahme eines Schwerbrandverletzten im Schockraum muss nach einem **standardisierten Protokoll** verlaufen, um eine reibungslose und interdisziplinäre Zusammenarbeit zu gewährleisten [9]. In Anwesenheit eines kompletten Aufnahmeteam, bestehend aus Aufnahmearzt (z. B. plastischer Chirurg), Fachpfleger, einem Springer sowie zusätzlich Anästhesist und Anästhesiepflege, erfolgt die Aufnahme in einen auf 38°C vorgeheizten Schockraum [10]. Sollte dies nicht möglich sein, müssen die Körpertemperatur des Patienten kontinuierlich überwacht und entsprechende Wärmungsmaßnahmen ergriffen werden. Die Übergabe des Patienten vom erstversorgenden Notarzt an den Aufnahmearzt im Schockraum sollte mit Hilfe einer Aufnahmecheckliste durchgeführt werden, um alle wichtigen Daten zu erfassen. Das weitere Vorgehen gliedert sich nach einem klinikindividuellen Schockraumprotokoll zur Erstversorgung schwerbrandverletzter Patienten, welches mindestens die in **Tab. 5** genannten Punkte umfassen sollte.

Monitoring des Brandverletzten und Versorgung der Wunden

Die intensivmedizinische Therapie entspricht in ihren Grundzügen derjenigen bei einer schnell verlaufenden Sepsis, bei der Probleme seitens des Atemwegs, der Beatmung und des Kreislaufs den Verlauf schwer aggravieren können. Die Initialtherapie erfolgt daher bedarfsadaptiert unter Beachtung der in **Tab. 6** zusammengefassten Richtgrößen. Katecholamine sind möglichst zu vermeiden, um ein Nachtiefer der Verbrennungswunden durch die periphere Vasokonstriktion zu verhindern. Alternativ kann Dobutamin zur Steigerung der kardialen Inotropie und des Herzzeitvolumens eingesetzt werden.

Die Verbrennungstiefe und das Verbrennungsausmaß bestimmen die Einleitung primär konservativer oder operativer Maßnahmen zur Versorgung von Verbrennungsverletzungen [2, 11]. Die Akutversorgung und die erste Einschätzung des Verbrennungsausmaßes erfolgen im Aufnahmebad (Hydrotherapie; **Abb. 2**) des Patienten. Hier werden in Analgosedierung oder Intubationsnarkose die verbrannte Kleidung entfernt, der Patient desinfizierend gewaschen, grober Schmutz abgebürstet sowie verbrannte Haut entfernt. Bei ausgedehnten Verbrennungen werden die Körperhaare im geschädigten Areal entfernt (Ausnahme: Wimpern und Augenbrauen), um nachfolgenden Infektionen vorzubeugen.

Die Lokalbehandlung erstgradiger Verbrennungsverletzungen erfolgt mit **panthenolhaltigen Externa**. Bei Sonnenbrand müssen eine UV-Karenz (UV: ultraviolettes Licht) eingehalten und auf eine adäquate Flüssigkeitszufuhr und Schmerzmedikation geachtet werden.

Verbrennungen Grad IIa mit vorhandener Rekapillarisation des dermalen Wundbetts und erhaltener Regenerationsfähigkeit der Epidermis können mit farblosen Polyhexandigelverbänden (Lavasept®, Octenidingel) oder innerhalb der ersten 24–48 h mit Hilfe temporärer **Dermisersatzmaterialien** [Biobrane® (**Abb. 3a,b**); Suprathel® (**Abb. 3c,d**)] versorgt werden. Polyhexandigel hat eine angenehme kühlende Wirkung und wirkt bakterizid gegen die häufigsten Keime in Verbrennungswunden. Hauptnebenwirkung sind Knorpelwachstumsstörungen, weshalb es nicht an oder in Gelenken angewendet werden darf.

Verbrennungsverletzungen Grad IIb und höher stehen meist zur operativen Versorgung an, wobei zunächst eine temporäre Abdeckung mit **Fettgaze** zur Schmerzlinderung und Reduktion des Infektrisikos erfolgen kann. Vorübergehend, und insbesondere bei der drittgradigen Verbrennung bis zur definitiven operativen Versorgung, kann auch **Sulfadiazinsilber** (Flammazine®, Flammacerium®) zum Einsatz kommen. Bei geplanter Sekundärverlegung oder nicht sicherer Einschätzung

Tab. 6 Zielgrößen in der ersten Therapiephase von Brandverletzten

Kein Anstieg von Hb oder Hkt
MAP > 65 mmHg, ggf. höher
Stundendiurese mindestens 0,5 ml/kgKG
CVP 10–15 mmHg, ggf. 20 mmHg
SO ₂ zentralvenös > 70%
CVP „central venous pressure“, Hb Hämoglobin, Hkt Hämatokrit, kgKG Kilogramm Körpergewicht, MAP mittlerer arterieller Blutdruck, SO₂ Sauerstoffsättigung

Während des Transports sollten die Auskühlung des Patienten unbedingt vermieden und entsprechende Wärmemaßnahmen ergriffen werden

Die Übergabe des Patienten vom erstversorgenden Notarzt an den Aufnahmearzt im Schockraum sollte mit Hilfe einer Aufnahmecheckliste erfolgen

Statt den möglichst zu vermeidenden Katecholaminen kann Dobutamin zur Steigerung der kardialen Inotropie und des Herzzeitvolumens angewendet werden

Die Akutversorgung und die erste Einschätzung des Verbrennungsausmaßes erfolgen im Aufnahmebad

Polyhexandigel hat eine angenehme kühlende Wirkung und wirkt bakterizid gegen die häufigsten Keime in Verbrennungswunden

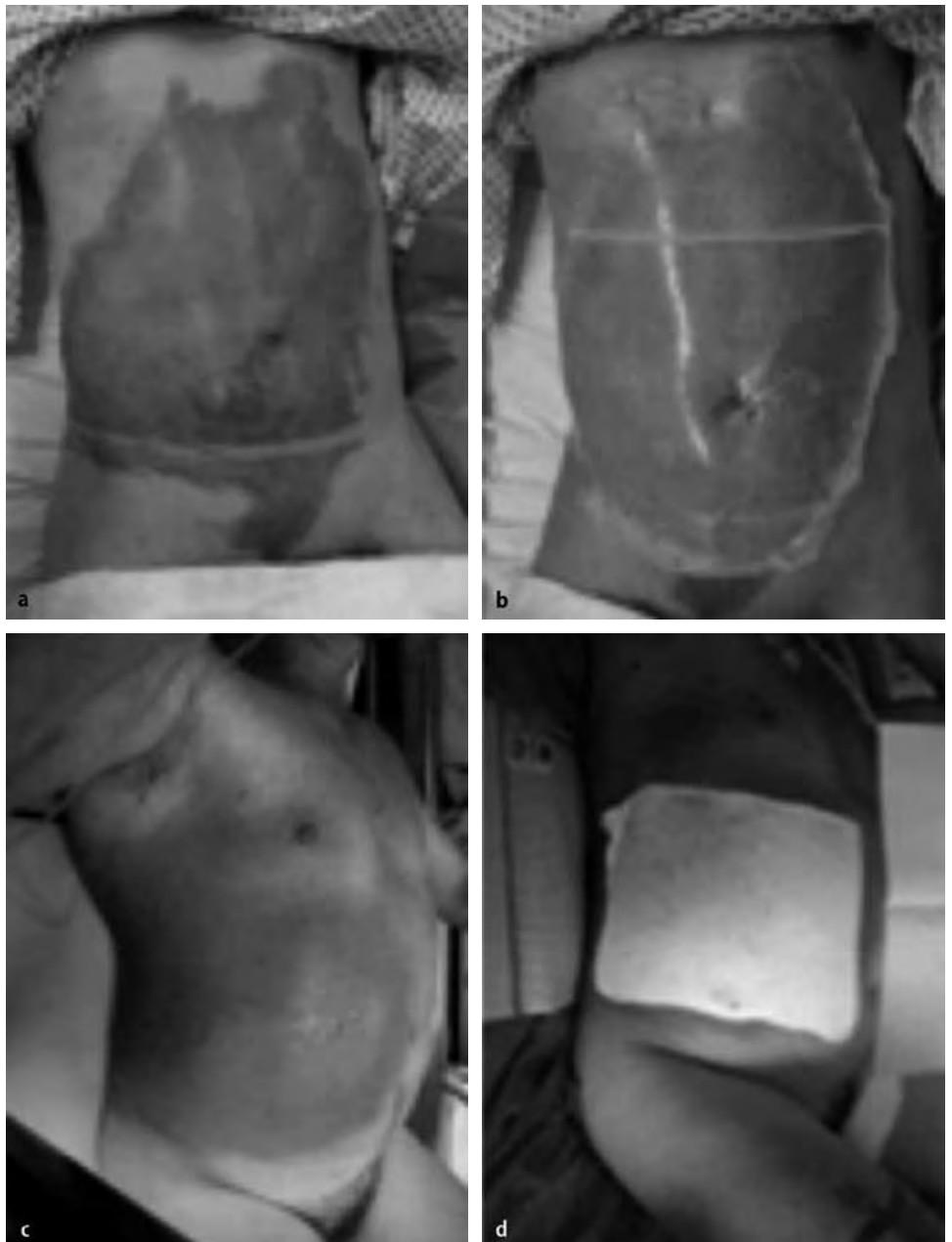


Abb. 3 ▲ Grad-IIa-Verbrennungen des Abdomens bei Aufnahme (a,c) und nach sofortiger Versorgung der Verbrennungswunden mit Biobrane® (b) oder Suprathel® (d). (Nach [5])

Eine prophylaktische Applikation von Antibiotika ist bei frischen Verbrennungen nicht erforderlich

des Verbrennungsgrades sollte es jedoch nicht angewendet werden, da dadurch die Einschätzung deutlich erschwert wird. Zudem bildet es bei Grad-IIa-Verbrennungen mit dem Wundexsudat einen Pseudoschorf, der dem Unerfahrenen aufgrund seiner schmutzig weiß-gelblichen Farbe eine putride Oberflächeninfektion vortäuschen kann. Die lokal-topische Anwendung von Sulfadiazin-silber zeigt ein breites Wirkspektrum gegen typische Verbrennungskeime. Hauptnebenwirkung, insbesondere bei großflächiger Anwendung, ist die nach 3 Tagen auftretende **Leukozytopenie**.

Eine prophylaktische Applikation von Antibiotika ist bei frischen Verbrennungen nicht erforderlich, da es sich um keimarme, nicht infizierte Wunden handelt. Hier sollten die Ergebnisse der bei der Aufnahme entnommenen Abstriche und deren Antibiogramme abgewartet werden, um dann eine gezielte Therapie einzuleiten.



Abb. 4 ◀ Schwerbrandverletzter Patient mit typischen Escharotomieschnitten im Bereich des Thorax (a) und an der Lateral-seite des Oberschenkels (b). (Nach [5])

Plastisch-chirurgische Versorgung

Escharotomie

Entlastungsschnitte (Escharotomie; ■ Abb. 4) werden bei großflächigen zirkulären Verbrennungen der Extremitäten oder des Thorax aufgrund der durch sie entstehenden Einschnürung mit konsekutiver Minderperfusion notwendig. Die Indikation hierfür stellt der Verbrennungschirurg, die Maßnahme muss ggf. bereits bei der Aufnahme im Schockraum durchgeführt werden. Mit Hilfe eines Elektroauters (Monopolargerät) werden die Schnitte im Dermisniveau, jedoch ohne vollständige Durchtrennung von subkutanem Fettgewebe oder Muskelfaszie vorgenommen (■ Abb. 4).

Die Schnittführung richtet sich nach funktionellen Strukturen. So wird am Arm entlang der lateralen Axillarlinie von Akromion bis zum Processus styloideus radii inzidiert. Wird eine mediale Inzision notwendig, verläuft diese entlang der medialen Linie, am Olekranon ventral des Epicondylus medialis. An der Hand wird der Schnitt palmar am radialeseitigen Daumenballen geführt. Über den Metacarpalia werden 2 bis 3 Inzisionen gesetzt. Die Langfinger werden, mit Ausnahme des Kleinfingers, ulnarseitig eröffnet.

Bei auftretendem **Kompartmentsyndrom** muss jedoch eine Fasziotomie in üblicher Art und Weise und v. a. rechtzeitig zur Vermeidung von Schädigungen weiterer funktioneller Strukturen (Nerven, Blutgefäße) im Operationssaal durchgeführt werden.

Nekrektomie

Die frühe Abtragung der Verbrennungsnekrosen reduziert das Wundinfektionsrisiko und vermindert die Ausschüttung von Toxinen aus den Nekrosen. Die Nekrektomie beginnt bereits am Aufnahme- oder spätestens dem 1. posttraumatischen Tag mit Hals, Thorax und Rumpf gefolgt von den Extremitäten und Händen. Die tangentielle Nekrektomie erfolgt bei erhaltenem subdermale Gefäßplexus (Grad IIb) mit Hilfe von Weck- oder Humbey-Messern oder Dermatomen. Die Abtragung erfolgt schichtweise bis zum Vorliegen eines gut durchbluteten Wundgrundes, jedoch ohne das subkutane Fettgewebe zu erreichen.

Die Indikation zur ggf. bereits bei der Aufnahme im Schockraum erforderlichen Escharotomie stellt der Verbrennungschirurg

Die Schnittführung bei der Escharotomie richtet sich nach funktionellen Strukturen

Die tangentielle Nekrektomie erfolgt als schichtweise Abtragung bis zum Vorliegen eines gut durchbluteten Wundgrundes

Höhergradige Verbrennungsverletzungen sollten epifaszial nekrektomiert werden

Höhergradige Verbrennungsverletzungen, welche keine durchbluteten Dermisanteile mehr aufweisen, sollten epifaszial, d. h. unter En-bloc-Entfernung des subkutanen Fettgewebes, nekrektomiert werden. Die gute Durchblutung der Muskelfaszie bietet einen adäquaten Wundgrund zur Deckung des Defekts mit Hauttransplantaten. Goldstandard hierfür bleibt die **autologe Spalthauttransplantation**. Die Haut wird mit einem Dermatom in einer Schichtdicke von etwa 0,2–0,3 mm gewonnen. Nach Entnahme der Spalthaut wird diese maschenförmig vergrößert (gemesht), mit einem Flächengewinn von 1:1,5–1:3. Im Gesichtsbereich müssen nicht vergrößerte Spalthauttransplantate möglichst vom behaarten Kopf verwendet werden.

Fazit für die Praxis

- Die Schwere einer Verbrennung wird anhand der flächenhaften Ausdehnung der verbrannten Körperoberfläche, der Verbrennungstiefe und der Lokalisation der thermischen Schädigung bestimmt.
- Die Verbrennungsschwere, das Lebensalter, Begleiterkrankungen, Begleitverletzungen, insbesondere das Inhalationstrauma, sowie das Geschlecht sind für die Prognose entscheidend.
- Primäre Maßnahmen in der Prähospitalphase sind die Sicherung der Vitalfunktionen, die Anlage mehrerer großlumiger i.v.-Zugänge sowie eine ausreichende Sedierung des Patienten.
- Die Übergabe im Schockraum sowie die Schockraumversorgung sollten nach standardisiertem Protokoll ablaufen.
- Die weitere Versorgung hängt entscheidend von der Verletzungsschwere ab und kann konservativ (bis Grad IIa) oder operativ (Grad IIb und höher) erfolgen.
- Bei höhergradigen Verletzungen ist häufig eine plastisch-chirurgische Versorgung erforderlich.

Korrespondenzadresse

Dr. H. Sorg

Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Schwerbrandverletzent Zentrum Niedersachsen, Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover
sorg.heiko@mh-hannover.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seine Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin (1999) Leitlinien für thermisch/chemische Verletzungen. Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin, Berlin, <http://www.verbrennungsmedizin.de/leitlinien-verletzungen.php>. Zugriffen: 04.06.2012
2. Gregory H von, Gazyakan E, Germann G, Öhlbauer M (2005) Die Akutversorgung Brandverletzter. Die qualifizierte Erstbehandlung bestimmt den Erfolg der weiteren Therapie-maßnahmen. *Kliniker* 34:241–248
3. Hettiaratchy S, Papini R. (2004) Initial management of a major burn: II. Assessment and resuscitation. *BMJ* 329:101–103
4. Tobiasen J, Hiebert JM, Edlich RF (1982) The abbreviated burn severity index. *Ann Emerg Med* 11:260–262
5. Sorg H, Betzler C, Rennekampff HO, Vogt PM (2010) Seminar Plastische Chirurgie. *Med Hochschule Hannover* 1:1–25
6. Adams HA, Vogt PM (2010) Die notfall- und intensivmedizinische Grundversorgung des Schwerbrandverletzten. *Anasth Intensivmed* 51: 90–112
7. Hoppe U, Klose R (2005) Das Inhalationstrauma bei Verbrennungspatienten: Diagnostik und Therapie. *Intensivmedizin* 42:425–439
8. Weaver LK, Howe S, Hopkins R, Chan KJ (2000) Carboxyhemoglobin half-life in carbon-monoxide-poisoned patients treated with 100% oxygen at atmospheric pressure. *Chest* 117: 801–808
9. Vogt PM, Mailänder P, Jostkleigrewe F et al (2007) Zentren für Schwerbrandverletzte in der Bundesrepublik Deutschland – Versorgungsstrukturen und Bedarf. *Chirurg BDC* 46:411–413
10. Lönnecker S, Schoder V (2001) Hypothermia in patients with burn injuries: influence of prehospital treatment. *Chirurg* 72:164–167
11. Barrow RE, Herndon DN (2007) History of treatments of burns. In: Herndon DN (Hrsg) *Total burn care*, Bd 3. Elsevier, Edinburgh London New York, S 1–8

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

Multiple Choice-Fragen (Nur eine Antwort ist richtig)

- 1. Eine 78-jährige Rentnerin hat sich bei einem Küchenbrand im Bereich des ventralen Thorax, Mammæ bds. und Bauch überwiegend IIb-gradige, im Bereich des gesamten rechten Arms eher IIa-gradige Verbrennungsverletzungen zugezogen. Ein Inhalationstrauma liegt nicht vor. Welche Überlebenswahrscheinlichkeit hat die Patientin?**
- Der ABSI-Score ist mit diesen Angaben nicht zu berechnen.
 - Die Patientin erreicht 4 Punkte nach ABSI. Dies entspricht ca. 5% Sterbewahrscheinlichkeit
 - Aufgrund des Alters ist die Überlebenswahrscheinlichkeit als äußerst schlecht (<1%) zu beurteilen.
 - ernste Bedrohung des Lebens mit 50-70% nach ABSI-Score
 - Weibliches Geschlecht ist eine Prädisposition zu verbessertem Überleben
- 2. Welche Aussage ist richtig?**
- Die Volumensubstitution eines Brandverletzten kann man nach der Parkland-Baxter-Formel berechnen.
 - Ein 95 kg schwerer Mann mit 25% verbrannter Körperoberfläche benötigt nach der Parkland-Formel in den ersten 12h ca. 15l Gela-tinelösung zur Volumensubstitution.
 - Die Parkland-Baxter Formel berücksichtigt die kardiopulmonale Situation des Patienten.
 - Die Handflächenregel zur Bestimmung des Verbrennungsausmaßes gilt für Kinder wie Erwachsene und geht immer von der Hand des Untersuchers aus.
 - Nach der Neunerregel von Wallace hat eine komplette untere Extremität ca. 9% der Körperoberfläche.
- 3. Sie kommen als Notarzt an eine Unfallstelle auf einem Autobahnrastplatz. Vor Ort zeigt sich folgendes Bild: Vor einem brennenden LKW liegt ein bewusstloser Mann mit schweren Verbrennungen. Laut Polizeiangaben kam es durch eine Gaskartusche, mit welcher der etwa 55-jährige LKW-Fahrer Essen erwärmen wollte, zu einer Gasexplosion im Führerhaus des LKW. Nach Befragung anderer LKW-Fahrer war der Verunfallte zunächst noch ansprechbar. Nach initialem Bodycheck zeigen sich überwiegend drittgradige Verbrennungen von ca. 75% der Körperoberfläche und der Verdacht auf eine Unterarmfraktur links. Das Gesicht ist verrußt, Nasenhaare und Wimpern sind verbrannt. Noch vor Ort entscheiden Sie sich zur Intubation. Der Patient ist kardiopulmonal stabil. Für den Transport zur weiteren optimalen Versorgung entscheiden Sie sich für welche der folgenden Kliniken.**
- Nach dem ABSI-Score hat der Patient eine Überlebenswahrscheinlichkeit von 85% und kann daher in ein beliebiges Krankenhaus verlegt werden.
 - Da keine erstgradigen Verbrennungen vorliegen, kann der Patient ins nächstgelegene Krankenhaus (Grundversorgung) gebracht werden.
 - Ich fliege ins Städtische Klinikum, die haben eine Intermediate Care Station.
 - Da der Patient privatversichert ist, kann er in eine kleine, nur 5km entfernte orthopädisch-unfallchirurgische Privatklinik.
 - Für das o.g. Verletzungsausmaß muss der Patient in einem Brandverletztzentrum behandelt werden.
- 4. Welche Aussage ist falsch?**
- Beim Auftreten eines Sonnenbrandes (Verbrennung I°) kann die Haut mit Panthenolhaltigen Externa gepflegt werden.
 - Die autologe Keratinozytenkultivierung stellt die Methode der Wahl (Goldstandard) zur Defektdeckung von Verbrennungsverletzungen dar.
 - Bei drittgradigen Verbrennungen kann eine epifasziale Nekrektomie mit temporärer Deckung von Fremdhaut notwendig werden.
 - Escharotomieschnitte verlaufen nicht direkt über Gefäß-Nervenbündeln.
 - Ein Kompartmentsyndrom der unteren Extremität kann trotz ordentlicher Anlage der Escharotomieschnitte nicht ausgeschlossen werden.
- 5. Verbrennungsverletzungen III. Grades zeichnen sich aus durch?**
- Rosiger, gut perfundierter Wundgrund mit Blasenbildung.
 - Verkohlte Hautareale.
 - Blasenbildung ohne Rötung.
 - Abheilung ohne Narbenbildung.
 - Die Wunde schmerzt nicht.
- 6. Welche Aussage zur Versorgung eines Brandverletzten in der Prähospitalphase ist richtig?**
- Bei Verbrennungen des Gesichtes muss sofort der ganze Kopf (incl. Augenbrauen & Wimpern) rasiert werden.
 - Die Analgosedierung des Patienten kann vernachlässigt werden.
 - Die Anlage mehrerer großlumiger Gefäßzugänge stellt eine adäquate Versorgung des Patienten, insbesondere für die Gabe von Flüssigkeit und Schmerzmitteln, dar.
 - Die körperliche Untersuchung kann direkt am Ort des Vorfindens des Verletzten begonnen werden.
- 7. Welcher der folgenden Patienten hat eine dringende Indikation zur Vorstellung bzw. Behandlung in einem Verbrennungszentrum? Welche Aussage ist richtig?**
- 93-jähriger dementer Bewohner eines Altenheimes mit blasenbildender Verbrühungsverletzung an Abdomen, Genitalen und Oberschenkel.
 - 16-jähriges Mädchen mit einem Sonnenbrand an Schultern, Thorax, Abdomen, Armen und Oberschenkel bds..
 - 22-jähriger Handwerker nach Explosions-trauma durch einen Gasofen in einem geschlossenen Raum mit Verbrennung von ca. 25% IIa°-IIb°.
 - 45-jährige Verkäuferin mit stecknadelkopfgroßen Verbrennungen im Bereich des linken Zeigefingers sowie im Bereich der linken Brust, welche beim Aufbau der elektrischen Weihnachtsbeleuchtung im Laden entstanden sind.
 - 48-jähriger sonst gesunder Mann mit Verbrennungen von ca. 23% IIa° im Bereich des Abdomens.
- Ausschließlich Patient 3 aufgrund des Verdachtes eines Inhalationstraumas.
 - Der Patient aus dem Altenheim kann in jeder Klinik adäquat versorgt werden.
 - Patienten 1, 3, 4 und 5 erfüllen die Indikation zur Behandlung in einem Zentrum.
 - Nach den Kriterien zur Aufnahme und Behandlung in einem Verbrennungszentrum müssen alle Patienten in ein Zentrum verlegt werden.
 - Patienten 2 und 5 müssen dringend und schnellstmöglich im Zentrum versorgt werden.
- 8. Die Versorgung 2b-gradiger Verbrennungsverletzungen erfolgt am besten mit?**
- Direktes Auflegen von cold packs zur Kühlung und der Vermeidung des Nachtiefens der Verbrennung.
 - Panthenol-Salbenverband oder Octenidingel.
 - Die Verbrennung kann mit Panthenol bis zur Entwicklung eines Pseudoschorfes mit anschließendem Debridement behandelt werden.
 - Eine eindeutige Einschätzung erstgradiger Verbrennungen kann erst nach ca. 6-7 Tagen vorgenommen werden. Bis dahin sollte keine Behandlung erfolgen.
 - Das tangential Debridement und die autologe Spalthaut-Transplantation ist die Therapie der Wahl.

? 9. In der Initialphase der Versorgung eines Schwerbrandverletzten ist auf folgendes zu achten?

- a) Rechtzeitige Anmeldung des Patienten für eine RehaMaßnahme.
- b) Die Sauerstoffgabe ist nur bei Verdacht auf ein Inhalationstrauma notwendig.
- c) Eine Stundendiurese von 1,5-2,25ml/kg Körpergewicht ist nicht ausreichend.
- d) Der mittlere arterielle Blutdruck sollte über 65mmHg liegen.
- e) Bei zirkulärer Verbrennung der Oberschenkel reicht die klinische Untersuchung zum Ausschluss eines Kompartmentsyndroms bei Aufnahme aus.

? 10. Welche Aussage ist falsch?

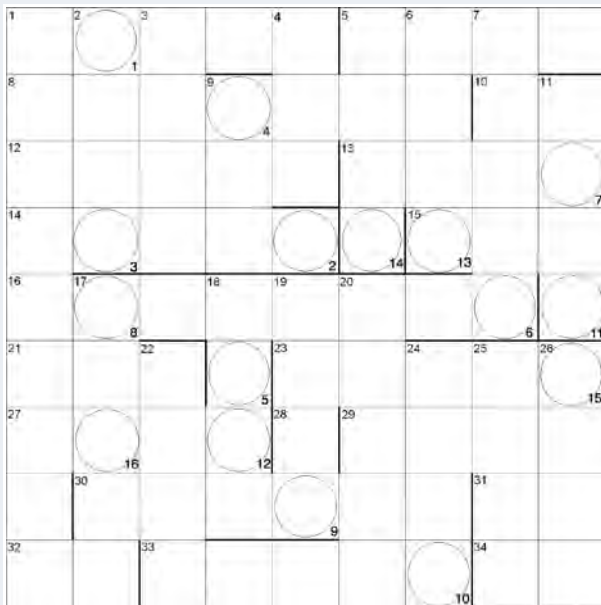
- a) Eine CO-Vergiftung kann nur in geschlossenen Räumen bei auf dem Boden liegenden Personen auftreten.
- b) Das an Hämoglobin gebundene CO hat eine Halbwertszeit von ca. 75min bei Beatmung mit FiO₂ 1,0.
- c) Bei Verdacht auf ein Inhalationstrauma reicht in der Prähospitalphase die Verwendung eines konventionellen Messgerätes zur Bestimmung der Sauerstoffsättigung nicht aus.
- d) Die Gabe von 100% Sauerstoff und die PEEP-Beatmung stellen die Therapie der Wahl bei

Verdacht auf Inhalationstrauma mit CO-Vergiftung dar.

- e) Die inhalative sowie intravenöse Gabe von hochdosierten Glukokortikoiden beim Inhalationstrauma ist obsolet.

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

Medizinisches Kreuzworträtsel



Lösungswort:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

Waagrecht

1 Nichtkontagiöse Hauterkrankung meist auf dem Boden einer Überempfindlichkeit • 5 Hand-Arm-Typ der progressiven spinalen Muskelatrophie, Duchenne-...-Krankheit (Eponym) • 8 Eine Faustregel zur Errechnung des Geburtstermins (Eponym) • 10 Abk. für Leistenbruch • 12 Untersuchungsmethode zur Diagnostik von akralen Durchblutungsstörungen an der Hand, ...-Test (Eponym) • 13 Andere Bezeichnung für die Dermatomyositis: ...-Krankheit • 14 Darstellung des linken Herzens nach Kontrastmittelinjektion: ...kardiogramm • 15 Teil des Fußes • 16 Kardioselektiver Betablocker (Wirkstoff) • 21 Eiter (lat.) • 23 Autosomal rezessiv erbliche Störung der Ausscheidung von konjugiertem Bilirubin in die Galle: ...-Johnson-Syndrom (Eponym) • 27 Von Synovialzotten abstammende freie Gelenkkörperchen, Corpora oryzoidea = ...körperchen • 28 Vitamin, das den Knochenaufbau fördert: Vitamin ... • 29 Wurm aus der Nematodenfamilie Oxyuridae • 30 Follikulitis meist im Gesicht von Männern = ...flechte • 31 Abk. für den Esmarch-Handgriff • 32 Abk. für Lymphknoten • 33 Embryonale Vorstufe der Schwann'schen Zelle = ...blast • 34 Abk. für mesiobukkal

Senkrecht

1 Gängiger ACE-Hemmer (Wirkstoff) • 2 Viszerale Leishmaniose in tropischen Gebieten: ...-Azar • 3 Einstülpung der Harnblase in die vordere Scheidenwand: Zysto... • 4 Abk. für das Syndrom der multiplen endokrinen Neoplasien • 5 Schmerzempfindung bei nur leichter Berührung: ...dynie • 6 Somatoforme autonome Funktionsstörung im Bereich des unteren Gastrointestinaltrakts: ...darmsyndrom • 7 Abweichende Zustandsform eines Gens • 9 Abk. für Gigaelektronenvolt • 11 Leitungssystem • 17 Kongenitale Augenbewegungsstörung aufgrund einer Abduzenskernanlagestörung mit Retraktionsnystagmus, Stilling-...-Duane Syndrom (Eponym) • 18 Anatomische Gelenkform des Hüftgelenkes, Articulatio cotylica = ...gelenk • 19 Sphincter ampullae hepatopancreaticae (Eponym) • 20 Lichtung eines Hohlorgans oder Gefäßes • 22 Entzündung der Speicheldrüse: ...adenitis • 24 Im Zusammenhang mit schnellen Luftdruckwechsel auftretende Gesundheitsstörung: ...trauma • 25 Im klinischen Zustand unverändert: Status ... • 26 Spezielle bipolare EKG Ableitung im sog. Kleinen Herzdreieck (Eponym)

Sicherer Verordnen

Tetrazepam – Ruhen der Zulassung ab 1. August 2013

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat nach einem nicht einstimmigen europäischen Verfahren zur Risikobewertung das Ruhen der Zulassung Tetrazepam-haltiger Arzneimittel (Musaril®, Generika) zum 1. August 2013 angeordnet. Grund für diese Maßnahme waren Berichte über schwerwiegende und lebensbedrohliche Hautreaktionen (wie zum Beispiel Stevens-Johnson-Syndrom) und Kontaktdermatitiden, auftretend zu jedem Zeitpunkt der Therapie und nicht vorhersehbar. Das Nutzen-Risiko-Verhältnis wird auch aufgrund eines unsicheren therapeutischen Nutzens negativ beurteilt.

Aufgrund eines strukturellen Unterschiedes von Tetrazepam im Vergleich zu anderen Benzodiazepinen besteht keine Kreuzreaktion, so dass andere Benzodiazepine weiter eingenommen werden können.

Das Absetzen von Tetrazepam sollte bei Patienten mit bereits länger andauernder Therapie mit Tetrazepam (mehr als eine Woche) schrittweise erfolgen, um Absetzphänomene zu vermeiden.

Quellen: Bull. AM-Sicherheit 2013 (2), 03-11; Pharm. Ztg. 2013; 158(26): 105

Olmesartan – Zöliakie ähnliche Durchfälle

Der Angiotensin-II-Rezeptorblocker Olmesartan kann schwere, Zöliakie ähnliche Durchfälle mit Atrophie und Entzündung der Dünndarmmukosa verursachen. Bei 22 Patienten in den USA besserten sich Histologie und Symptome nach Absetzen des Arzneistoffes, bei erneuter Exposition kam es bei zehn Patienten wieder zu ähnlichen Symptomen. Diese als Dechallenge beziehungsweise Rechallenge bezeichnete Vorgehensweise gilt allgemein als beweisend für einen Kausalzusammenhang zwischen Arzneistoff und aufgetretener unerwünschter Wirkung (UAW). Sollte es unter der Einnahme von Olmesartan zu

Durchfall oder Gewichtsverlust kommen (auch erst nach längerer Einnahme auftretend), sollte an diese seltene UAW gedacht werden. Ein Absetzen und Abwarten scheint gerechtfertigt.

Quelle: www.aerzteblatt.de/nachrichten/55047

Fluorochinolone – akutes Nierenversagen

Nach einer kanadischen Fall-Kontroll-Studie können Fluorochinolone bei Männern zwischen 40 und 85 Jahren auch nach kurzzeitiger Therapie ein akutes Nierenversagen auslösen. Das Risiko war circa zweifach erhöht, wobei unter Ciprofloxacin (Ciprobay®, Generika) das höchste Risiko bestand (RR 2,76, 2,03-3,76). In Kombination mit einem ACE-Hemmer oder Angiotensin-Rezeptorblocker verdoppelte sich das Risiko. Bei Patienten mit vorgeschädigten Nieren (wahrscheinlich auch bei Frauen, obwohl diese Studie nur Männer erfasste) sollte diese UAW bei der Wahl eines Antibiotikums eine Rolle spielen, auch wenn diese UAW selten aufzutreten erscheint.

Quelle: CMAJ 2013; doi:10.1503/cmaj 121730

Quetiapin – Herzmuskelschäden

Nach einer Empfehlung einer Arzneimittelkritischen medizinischen Zeitschrift sollte bei Auftreten einer Dyspnoe oder anderer Zeichen eines Herzmuskelschadens unter der Therapie des Neuroleptikums Quetiapin (Seroquel®) die Therapie abgebrochen und ein EKG geschrieben werden. Von den chemisch verwandten atypischen Neuroleptika Clozapin und Olanzapin sind Kardiomyopathien und Myokarditiden bis hin zu Todesfällen bereits bekannt.

Quelle: Prescr. Internat. 2013; 22:184

Allgemeine Impfpflicht für Masern?

Eine circa fünffach höhere Anzahl von Maserninfektionen im ersten Halbjahr 2013,

der Tod eines 14-jährigen durch eine Panenzephalitis nach einer Ansteckung im Alter von fünf Monaten im Wartezimmer eines Kinderarztes, mehrere ungeimpfte Schüler einer Waldorfschule in Erfstadt erkrankt: Masern sind in Deutschland aufgrund fehlender Impfprogramme immer noch nicht ausgerottet (wie zum Beispiel in den USA oder Skandinavien).

Die Zeit drängt: Ab August besteht ein Rechtsanspruch auf einen Kitaplatz. Zumindest die Kleinsten sollten ausreichend geschützt werden, ein Nachweis einer zweimaligen Impfung bei der Anmeldung in eine Kita wäre sinnvoll.

Eine Impfpflicht auch für Ältere wird scheitern (obwohl dringend geboten, Impfschutz nur bei jedem fünften 18- bis 29-jährigen und jedem zweiten 30- bis 39-jährigen), genauso wie eine verstärkte Aufklärung wenig Erfolg verspricht: Zu festgefahren ist die irrationale Angst der Impfgegner. Zumindest in Arztpraxen und Krankenhäusern sollte jedoch einer Ansteckung entgegen gewirkt werden. Wird eine Maserninfektion bekannt, kann durch Mundschutz und sofortige Impfung auch innerhalb der Inkubationszeit die Infektionsgefahr minimiert bzw. der Krankheitsverlauf gemildert werden.

Der typische späte Tod (zehn Jahre und mehr nach der Infektion) eines Kindes durch eine Maserninfektion sollte jeden verantwortungsbewussten Arzt alarmieren. Warum also zum Beispiel nicht bei der Impfung eines Kleinkindes auch gleich die Eltern nach ihrem Impfschutz fragen?

Dr. med. Günter Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 8/2013

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

Leberschäden im Zusammenhang mit Flupirtin

Flupirtin ist ein zentral wirksames, nicht opioides Analgetikum. Es ist zugelassen zur Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen, wie schmerzhaften Muskelverspannungen der Halte- und Bewegungsmuskulatur, Spannungskopfschmerzen, Tumorschmerzen, Dysmennorrhoe sowie Schmerzen nach traumatologischen/orthopädischen Operationen und Verletzungen. Nach der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Kreuzschmerz soll Flupirtin nicht angewendet werden zur Behandlung von akuten und chronischen nicht spezifischen Kreuzschmerzen, unter anderem da die Datenlage für eine Wirksamkeit in dieser Indikation unzureichend ist.

Seit 2007 wurde zunehmend über Leberschäden im Zusammenhang mit der Verordnung von Flupirtin, darunter auch schwere Verläufe mit Leberversagen und Notwendigkeit einer Transplantation beziehungsweise mit Todesfolge berichtet. Flupirtinhaltige Präparate sollten nur in den zugelassenen Indikationen verordnet werden. Entsprechend der Fachinformation sollten Patienten mit vorbestehender Lebererkrankung und/oder Alkoholabusus Flupirtin nicht einnehmen. Während der Behandlung muss regelmäßig die Leberfunktion überwacht werden. Bei pathologischen Leberfunktionswerten oder klinischen Symptomen, die auf eine Leber-

erkrankung hindeuten, ist die Behandlung zu beenden. Die gleichzeitige Gabe mit anderen potenziell hepatotoxischen Arzneimitteln ist zu vermeiden. Patienten müssen darüber aufgeklärt werden, auf Symptome einer Leberschädigung zu achten, wie beispielsweise Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Erschöpfung, dunkler Urin, Gelbsucht oder Juckreiz. Wenn eines der genannten Symptome auftritt, sollte Flupirtin abgesetzt und unverzüglich ärztlicher Rat eingeholt werden.

*Dr. med. Wolfgang Langheinrich
Vorstandsbeauftragter
Pharmakotherapie der KV Hessen*

Versorgung älterer multimorbider Patienten stärken

Strukturierte curriculäre Fortbildung „Geriatrische Grundversorgung“ erstmals an der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen angeboten



Die Förderung von Selbstständigkeit und Lebensqualität sind in der Betreuung geriatrischer Patienten von zentraler Bedeutung

*Foto: Daniel Bühl,
Agaplesion Elisabethenstift*

Die demografische Entwicklung in Deutschland wird es mit sich bringen, dass Ärztinnen und Ärzte der meisten Fachrichtungen zunehmend mit der Behandlung betagter multimorbider Patienten betraut sind. In den Weiterbildungsgängen vieler Fachgebiete sind geriatrische Themen und die besonderen Probleme des älteren und multimorbiden Patienten jedoch nicht ausreichend berücksichtigt. An der Geriatrie interessierte Ärztinnen und Ärzte können jedoch durch die Zusatz-

dass sie nur von wenigen Fachärzten gewählt wird. Vor diesem Hintergrund hat die Bundesärztekammer im Jahr 2012 das 60-stündige Basiscurriculum „Geriatrische Grundversorgung“ entwickelt. Dieses richtet sich an die Ärzte aller Fachgebiete, die die Zusatzbezeichnung Geriatrie nicht erwerben wollen, ihre Kenntnisse über wesentliche Aspekte bei der Behandlung älterer Menschen aber vertiefen möchten.

Unter der wissenschaftlichen Leitung von PD Dr. med. Mathias Pfisterer, Dr. med. Patricia Groß (Darmstadt), und Professor Dr. Werner Vogel (Hofgeismar) bietet die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung die neue Fortbildungsqualifikation im Rahmen eines auf drei Wochenenden verteilten Blockseminars an.

Schwerpunktthemen der curriculären Fortbildung sind: Besonderheiten des alten Patienten, geriatrische Syndrome und Altersspezifika ausgewählter Erkrankungen, Geriatrisches Basis-Assessment, Arzneimitteltherapie und nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen, rechtliche und ethische Grundlagen sowie Fallbeispiele aus der eigenen Praxis.

Termine: 1.11. – 3.11.2013 (Block I); 24.1. – 26.1.2014 (Block II); 14.2. – 15.2.2014 (Block III)
16.5. – 18.5.2014 (Block I); 27.6. – 29.6.2014 (Block II); 26.9. – 27.9.2014 (Block III)

Weitere Informationen: akademie@laekh.de

weiterbildung „Geriatrie“ im Rahmen einer 18-monatigen Weiterbildung profunde Kenntnisse in der Behandlung multimorbider geriatrischer Patienten erwerben. Die Zusatzweiterbildung Geriatrie ist allerdings inhaltlich so umfangreich,

Modellprojekt: Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

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 774!

Gastroenterologisches Fallseminar

In Kooperation mit der Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie.

Mittwoch, 02. Okt. 2013, 17:30 – 20:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. S. Zeuzem,
Prof. Dr. med. J. Trojan, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Frankfurt a. M., Universitätsklinikum,
Theodor-Stern-Kai 7, Haus 22, 1. OG, Hörsaal 22-2

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Fenner, Universitätsklinikum,
Tel.: 069 6301-87686, Fax: 069 6301-83776,
E-Mail: regine.fenner@kgu.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

Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218 StGB

Erwerb der Berechtigung zur Beratung **16 P**

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

Aktuelles aus der Arbeitmedizin

Samstag, 16. Nov. 2013, 09:00 – 14:00 Uhr

Leitung: Dr. med. M. Kern, Frankfurt

Teilnahmebeitrag: € 25 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Tel.: 06032 782-283, Fax: 069 97672-67283,

E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Moderatorentaining

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

Freitag, 28. – Samstag, 29. Mär. 2014

Leitung: Dr. med. Wolfgang Zeckey, Fulda

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

Fachgebietsveranstaltung Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie, Pädiatrie, Pathologie

Interdisziplinäres Forum Frankfurt 2013:

Allergologie und Pneumologie

6 P

Samstag, 05. Okt. 2013, 09:00 – 14:00 Uhr

Leitung: Dr. med. P. Kardos, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Frankfurt a. M., Nordwestkrankenhaus,

Kommunikationszentrum, Steinbacher Hohl 2-26, Raum Taunus

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

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

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Strukturierte fachspezifische Fortbildung „Kinder- und Jugendmedizin“

Samstag, 16. Nov. – Sonntag, 17. Nov. 2013

Themen: Kinder-Orthopädie, Diabetes und Adipositas,
Infektiologie, Dermatologie

Leitung: Prof. Dr. med. A. Fuchshuber, Bad Nauheim
Prof. Dr. med. N. Gordjani, Offenbach

Teilnahmebeitrag: pro Halbtage € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

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

Rheumatologie

Rheuma an einem Tag **6 P**

Terminänderung: Mittwoch, 04. Dez. 2013, 15:00 – 19:00 Uhr

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



Bad Nauheimer Interdisziplinäre Tage**Samstag, 16. Nov. 2013**

Themen:

09:00 – 13:00 Uhr: Was der Radiologe und der Allgemeinmediziner voneinander wissen sollten**Leitung:** Prof. Dr. med. M. Düx, Frankfurt a. M.**Teilnahmebeitrag:** € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)**13:00 – 14:30 Uhr: Freddy Mercury – ein Leben mit AIDS****Leitung:** Prof. Dr. med. D. Steinhilber, Frankfurt a. M., Prof. Dr. med. T. Dinger, Frankfurt a. M.**Teilnahmebeitrag:** € 25 (Akademiemitgl. kostenfrei)**15:30 – 18:15 Uhr: Aids Update****Leitung:** Dr. med. D. Charrier, Steinbach**Teilnahmebeitrag:** € 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**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, Bechtheim

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**Repetitorium Allgemeinmedizin**

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

Samstag, 14. – Sonntag, 15. Jun. 2014 **16 P****Leitung:** Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a. M.**Teilnahmebeitrag:** € 260 (Akademiemitgl. € 234)**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen**Auskunft und Anmeldung:** Frau R. Heßler, Akademie,

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

E-Mail: renate.hessler@laekh.de**Repetitorium Innere Medizin 2013**

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

Montag, 18. – Samstag, 23. Nov. 2013**insg. 51 P**Themenübersicht:**Montag Rheumatologie** **9 P**

Prof. Dr. med. U. Lange

Internistische Intensivmedizin

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

Dienstag Internistische Hämatologie / Onkologie **9 P**

Prof. Dr. med. L. Bergmann,

Prof. Dr. med. A. Neubauer

Pneumologie

Prof. Dr. med. C. Vogelmeier

Mittwoch Angiologie **9 P**

Dr. med. F. Präve

Nephrologie

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

Donnerstag Gastroenterologie **9 P**

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

Kardiologie

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

Freitag Kardiologie **9 P**

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

Endokrinologie / Diabetologie

Dr. med. C. Jaurisch-Hancke,

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

Samstag Fallseminar **6 P****Gesamtleitung:** Prof. Dr. med. W. Faßbinder, Fulda**Teilnahmebeitrag insg.:** € 495 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDIund 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**II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung**

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise auf Seite 774!

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

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

Modul I Freitag, 21. – Samstag, 22. Mär. 2014 **12 P****Modul II Freitag, 04. – Samstag, 05. Apr. 2014** **12 P****Modul III Freitag, 09. – Samstag, 10. Mai 2014** **16 P****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

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Std.)

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

Freitag, 31. Jan. – Sonntag, 02. Feb. 2014	G1 – G3
Freitag, 28. Mär. – Sonntag, 30. Mär. 2014	G4 – G6
Freitag, 04. Jul. – Sonntag, 06. Jul. 2014	G7 – G9
Freitag, 12. Sep. – Sonntag, 14. Sep. 2014	G10 – G12
Freitag, 14. Nov. – Sonntag, 16. Nov. 2014	G13 – G15

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Samstag, 16. Nov. – Sonntag, 17. Nov. 2013	GP
Samstag, 22. Feb. – Sonntag, 23. Feb. 2014	GP
Samstag, 29. Mär. – Sonntag, 30. Mär. 2014	GP
Samstag, 27. Sep. – Sonntag, 28. Sep. 2014	GP
Samstag, 06. Dez. – Sonntag, 07. Dez. 2014	GP

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

oder Frau A. Bauß, Deutsche Ärztesgesellschaft für Akupunktur e.V.

Tel.: 089 71005-11, Fax: -25, E-Mail: bauss@daegfa.de

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

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

B2 Samstag, 26. Okt. – Samstag, 02. Nov. 2013 60 P

C2 Samstag, 30. Nov. – Samstag, 07. Dez. 2013 60 P

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

A1 Samstag, 25. Jan. – Samstag, 01. Feb. 2014

B1 Samstag, 08. Mär. – Samstag, 15. Mär. 2014

C1 Samstag, 05. Apr. – Samstag, 12. Apr. 2014

Teilnahmebeitrag pro Kursteil: auf Anfrage

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg,

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

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

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

Freitag, 01. Nov. 2013, 09:00 – 16:30 Uhr insg. 16 P

Samstag, 02. Nov. 2013, 09:00 – 17:30 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

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

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

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

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

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

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

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

Kurs B 19./20. Sep. 2014 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.

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

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

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

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Geriatrische Grundversorgung

Block I Freitag, 01. – Sonntag, 03. Nov. 2013 24 P

Leitung: PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt

Block II Freitag, 24. – Sonntag, 26. Jan. 2014 22 P

Leitung: Dr. med. P. Groß, Darmstadt

Block III Freitag, 14. – Samstag, 15. Feb. 2014 14 P

Leitung: Prof. Dr. med. W. Vogel, Hofgeismar

Teilnahmebeitrag: Block I: € 360 (Akademiemitgl. € 324), Block II: € 330 (Akademiemitgl. € 297), Block III: € 210 (Akademiemitgl. € 189)

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

Aktuelle Diabetologie

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

Mittwoch, 27. Nov. 2013, 15:30 – 20:00 Uhr 6 P

Teil 5: Herz, Blutdruck und Gefäße

Teil 6: Auge, Niere, Fuß

Leitung: Dr. med. M. Braun, Schlüchtern

Dr. med. M. Eckhard, Bad Nauheim

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

weitere Termine 2014: Teil 1/2 26. Mär., Teil 3/4 25. Jun.,

Teil 5/6 24. Sep., Teil 1/2 26. Nov.



Palliativmedizin

Fallseminar Modul III:

Montag, 25. – Freitag, 29. Nov. 2013 40 P

Basiskurs:

Dienstag, 03. – Samstag, 07. Dez. 2013 40 P

Teilnahmebeiträge:

Basiskurs: € 600 (Akademiemitgl. € 540)
Fallseminar Modul III: € 700 (Akademiemitgl. € 630)

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.wolffinger@laekh.de

Basiskurs Sexualmedizin – Einführung in die sexualmedizinische Diagnostik und Beratung

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

Modul I Samstag, 14. – Sonntag, 15. Dez. 2013

Modul II Samstag, 15. – Sonntag, 16. Feb. 2014

Modul III Samstag, 26. – Sonntag, 27. Apr. 2014

Der Kurs ist nur als Ganzes buchbar.

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

Teilnahmebeitrag gesamt: € 880 (Akademiemitgl. € 792)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

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

E-Mail: katja.baumann@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

Termine für dieses Jahr sind bereits komplett ausgebucht!

20. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Freitag, 17. Jan. – Sonntag, 19. Jan. 2014 20 P

Freitag, 28. Feb. – Sonntag, 02. Mär. 2014 20 P

Freitag, 16. Mai – Sonntag, 18. Mai 2014 20 P

Freitag, 11. Jul. – Sonntag, 13. Jul. 2014 20 P

Freitag, 19. Sep. – Sonntag, 21. Sep. 2014 20 P

Freitag, 21. Nov. – Sonntag, 23. Nov. 2014 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

Notfallmedizinische Fortbildung

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD

29 P

Freitag, 28. Feb. – Sonntag, 02. Mär. 2014

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

Teilnahmebeitrag: € 400 (Akademiemitgl. € 360)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Seminar Leitender Notarzt

40 P

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

Leitung: D. Kann, N. Schmitz, Kassel

Teilnahmebeitrag: € 740 (Akademiemitgl. € 666)

Tagungsort: Kassel

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt

Samstag, 23. Nov. 2013

13 P

Leitung: D. Kann N. Schmitz, Kassel

Teilnahmebeitrag: € 240

Tagungsort: Kassel

Kurs Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

33 P

Mittwoch, 12. – Samstag, 15. Feb. 2014

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

Teilnahmebeitrag: € 480 (Akademiemitgl. € 432)

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.wolffinger@laekh.de

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

Marburger Kompaktkurs „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“

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

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.

Marburger Intensivseminar Management Großschadenslagen

Wiederholungsseminar und Fachweiterbildung für Leitende Notärzte und Organisatorische Leiter Rettungsdienst

Freitag, 18. – Samstag, 19. Okt 2013

Leitung: Dr. med. E. Wranze-Bielefeld, PD Dr. med. C. Kill, L. Schäfer, Marburg

Teilnahmebeitrag: € 255

Tagungsort: Marburg

Auskunft und Anmeldung: DRK Rettungsdienst Mittelhessen, Bildungszentrum, Postfach 1720, 35007 Marburg

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



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

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
Termine 2014: Samstag, 22. Feb.

Grundkurs

Samstag, 22. – Sonntag, 23. Mär. 2014

Praktikum: Montag, 24. und Dienstag, 25. Mär. 2014

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

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
Termine 2014: Samstag, 12. Apr., Samstag, 27. Sep. 2014

Spezialkurs Röntgendiagnostik

Samstag, 20. Sep. – Sonntag, 21. Sep. 2014

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

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

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.

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. Jul. – Freitag, 25. Jul. 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

Curriculum Suchtmedizinische Grundversorgung (50 Std.)

Kursteil 1: Freitag, 17. Jan. – Samstag, 18. Jan. 2014

Kursteil 2: Freitag, 31. Jan. – Samstag, 01. Feb. 2014

Kursteil 3 / Wahlthema: Freitag, 14. Feb. – Samstag, 15. Feb. 2014

Kursteil 4: Freitag, 28. Feb. – Samstag, 01. Mär. 2014

Teilnahmebeitrag: je Wochenende € 165

Veranstaltungsort: Frankfurt a. M., Bürgerhospital (Kursteile 1-3)

Friedrichsdorf, salus klinik (Kursteil 4)

Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,

Tel.: 06032 782-208, Fax: 069 97672-208,

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Ärztliches Qualitätsmanagement

Dieser Kurs wird gem. dem Curriculum der BÄK in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen angeboten.

Er umfasst insg. 200 Fortbildungsstunden und erfüllt die Voraussetzungen für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ gem. der Weiterbildungsordnung der LÄKH. Der Kurs besteht aus Präsenzphasen, einer E-Learning-Phase, Selbststudium sowie einem Teilnehmerprojekt, das überwiegend in Eigeninitiative / Heimarbeit zu bearbeiten ist.

Block I: Di., 18. – Sa., 22. Feb. 2014

Block II a: Mi., 14. – Sa., 17. Mai 2014

Block II b: Mi., 09. – Sa., 12. Jul. 2014

Block III a: Mi., 08. – Sa., 11. Okt. 2014

Telelernphase: So., 12. Okt. – Mi., 19. Nov. 2014

Block III b: Do., 20. – Sa., 22. Nov. 2014

Leitung: N. Walter / Dr. med. H. Herholz, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: Block I: € 990 (Akademiemitgl. € 891),

Block II a + b: je € 750 (Akademiemitgl. € 675)

Block III a + b: je € 750 (Akademiemitgl. € 675)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

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

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Krankenhaushygiene

Termine für 2014 in Planung!

Gesamtleitung: Dr. med. K.-H. Blum, Frankfurt
Teilnahmebeitrag: Modul I: € 650 (Akademiemitgl. € 585)
 Modul II-VI: je € 520 (Akademiemitgl. € 468)
Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
 Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer

Block B Samstag, 02. – Sonntag, 03. Nov. 2013 20 P
 in Kassel

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

Block A Freitag, 07. – Samstag, 08. Mär. 2014 20 P
 in Bad Nauheim

Leitung: Dr. med. K. Böhme, Kassel
 Dr. med. T. Wiehn, Friedrichsdorf

Block D Freitag, 09. – Samstag, 10. Mai 2014 20 P
 in Bad Nauheim

Leitung: Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt a. M.

Block C Freitag, 12. – Samstag, 13. Sep. 2014 20 P
 in Bad Nauheim

Leitung: C. Drefahl, Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.

Block B Freitag, 07. – Samstag, 08. Nov. 2014 20 P
 in Kassel

Leitung: PD 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

Verkehrsmedizinische Qualifikation

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

Freitag, 27. – Samstag, 28. Jun. 2014 16 P

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

Teilnahmebeitrag: € 250 (Akademiemitgl. € 225)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

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

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Ultraschallkurse

Abdomen

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Dr. med. W. Schley

Abschlusskurs 29 P

Samstag, 02. Nov. 2013 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.), € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Grundkurs 40 P

Samstag, 18. und Sonntag, 26. Jan. 2014 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 440 (Akademiemitgl. € 396)

Aufbaukurs 40 P

Samstag, 22. und Sonntag, 30. Mär. 2014 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 440 (Akademiemitgl. € 396)

Abschlusskurs 29 P

Samstag, 01. Nov. 2014 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.), € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Tagungsort:

Theorie: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Praktikum: Kliniken im Rhein-Main-Gebiet

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)

€ 320 (Akademiemitgl. € 288)

Interdisziplinärer Grundkurs 29 P

Donnerstag, 20. – Freitag, 21. Feb. 2014 (Theorie)

Samstag, 22. Feb. 2014 (Praktikum)

€ 440 (Akademiemitgl. € 396)

Aufbaukurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße) 25 P

Donnerstag, 12. – Freitag, 13. Jun. 2014 (Theorie)

Samstag, 14. Jun. 2014 (Praktikum)

€ 380 (Akademiemitgl. € 342)

Abschlusskurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße) 20 P

Freitag, 28. – Samstag, 29. Nov. 2014 (Theorie + Praktikum)

€ 320 (Akademiemitgl. € 288)

Tagungsort:

Theorie: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Praktikum: Frankfurt am Main, Krankenhaus Nordwest

Auskunft und Anmeldung: Frau J. Schwab,

Tel.: 06032 782-211, Fax: 069 97672-67211,

E-Mail: juliane.schwab@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 AGBs und etwaige Teilnahmevoraussetzungen! Eine verbindliche Anmeldung ist auch im Internet unter <https://portal.laekh.de> schnell und kostenfrei möglich.

Modellprojekt: 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





Für MFA-Auszubildende im 1. Ausbildungsjahr

Ab Oktober 2013 starten wieder die Fortbildungen „**Flops – vermeiden**“ für die Auszubildenden an verschiedenen Veranstaltungsorten in Hessen. Der Flyer zur Fortbildung steht zum „Download“ auf der Homepage der Carl-Oelemann-Schule für Sie bereit.

Themen des 5-stündigen Workshops im Überblick:

- Der erste Eindruck macht's!
- Der richtige Gruß!
- Das berufliche Outfit – richtig ausgewählt!
- Sauber und ordentlich, ist doch klar!
- Profi werden bedeutet Lob und Kritik aussprechen und annehmen!

Termin Kurs 13_PAT 14_1: **09.10.2013**
14:00 bis 18:30 Uhr
Veranstaltungsort: DOXS eG,
Schenkendorfstraße 6-8 in Kassel

Termin Kurs 13_PAT 14_2: **01.11.2013**
14:00 bis 18:30 Uhr
Veranstaltungsort: Bezirksärztekammer,
Wilhelminenplatz 8 in Darmstadt

Termin Kurs 13_PAT 14_3: **20.11.2013**
14:00 bis 18:30 Uhr
Veranstaltungsort: Landesärztekammer Hessen,
Im Vogelsang 3 in Frankfurt

Termin Kurs 13_PAT 14_4: **04.12.2013**
14:00 bis 18:30 Uhr
Veranstaltungsort: Bezirksärztekammer,
Wilhelmstraße 60 in Wiesbaden

Termin Kurs 13_PAT 14_5: **11.12.2013**
14:00 bis 18:30 Uhr
Veranstaltungsort: Carl-Oelemann-Schule,
Carl-Oelemann-Weg 5 in Bad Nauheim

Teilnahmegebühr: jeweils € 70,00

Information: Karin Jablotschkin, Tel.: 06032 782-184, Fax: -180

Schwerpunkt Medizin

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., 23.11.2013, 08:30 – 16:00 Uhr (8 Std.)

Gebühr: € 95

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

Schwerpunkt Medizin

Impfungen (MED 10)

Inhalte: Impfkalender der STIKO/Indikationsimpfung, Impfmündigkeit, 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

Arzneimittelversorgung (MED 11)

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

Inhalte: Unterstützung der Patienten bei der Anwendung von Arzneimitteln, Grundlagen der Arzneimitteltherapie im Alter, Unterstützung des Arztes bei speziellen Pharmakotherapien, Erfassung der Eigenmedikation des Patienten

Termin: Interessentenliste (8 Std.)

Gebühr: € 95

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

Wundmanagement Aufbaufortbildung (MED 12)

Inhalte: In der Aufbaufortbildung werden die Entstehung und Behandlung von Dekubitus anhand konkreter Fallbeispiele behandelt sowie die Kompressionstherapie und Auswahl und Umgang mit Produkten der modernen Wundversorgung. In vielen praktischen Übungen können die Inhalte geübt werden.

Termin: Sa., 02.11.2013, 09:30 – 15:00 Uhr (9 Std.)

Gebühr: € 95

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

Prüfungsvorbereitungskurse

Termine zur Vorbereitung auf die Winterprüfung:

Abrechnung: EBM (PVK 1)

Im Kurs werden die Lerninhalte in den Fächern „Abrechnung“ und „Formularwesen“ wiederholt und vertieft.

Termin: Sa., 07.12.2013, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Std.)

Gebühr: € 75

Medizinische Fachkunde (PVK 4)

Im Kurs werden prüfungsrelevante Themenbereiche besprochen und mit Hilfe aktiver Übungen wiederholt.

Termin: Sa., 23.11.2013 und Sa., 30.11.2013
jeweils 10:00 – 16:30 Uhr (insgesamt 14 Std.)

Gebühr: € 125

Information: Elvira Günther, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

Klinikassistent (120 Stunden)

Die Fortbildung „Klinikassistent“ umfasst 100 Unterrichtsstunden sowie ein 20-stündiges Praktikum. Die zur Klinikassistenten 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 krankenhausrelevanter 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





Schwerpunkt Patientenbetreuung / Praxisorganisation

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

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.

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 7. November 2013

Gebühr Pflichtteil: € 1.480

Prüfungsgebühren: € 200

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

Information: Monika Kinscher, Tel.: 06032 782-187, Fax: -180

Onkologie

Nach der „Onkologievereinbarung“ können bei der Behandlung von Onkologiepatienten in begründeten Fällen Medizinische Fachangestellte hinzugezogen werden. Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Onkologiepatienten in onkologischen Schwerpunktpraxen wird in Modulform angeboten. Die Module können einzeln gebucht werden.

Spezielle onkologische Grundlagen,

Krankheitsbilder und Therapien (ONK 1)

Termin: Mi., 16.10.2013 bis Sa., 19.10.2013 (insgesamt 28 Stunden)

Gebühr: € 350

Dokumentation und rechtliche Grundlagen (ONK 2)

Termin: Fr., 22.11.2013, 10:15 – 15:00 Uhr (5 Std.)

Gebühr: € 70

Therapeutische und pflegerische Interventionen (ONK 3)

Termin: Fr., 22.11.2013, 15:15 – 18:30 Uhr und

Sa. 23.11.2013, 08:30 – 16:45 (insgesamt 13 Std.)

Gebühr: € 185

Psychoonkologische Grundlagen (ONK 4)

Termin: Sa., 07.12.2013, 10:15 – 18:30 Uhr (9 Std.)

Gebühr: € 95

2-tägige Onkologiefortbildung: Mammakarzinom

Die Fortbildung richtet sich besonders an Teilnehmerinnen, die bereits die Qualifizierung „Fortbildung in der Onkologie“ besucht haben. Sie steht auch anderen Personen aus medizinischen Fachberufen offen.

Termin: Fr., 01.11.2013, 10:30 – 17:00 Uhr und

Sa., 02.11.2013, 09:00 – 13:00 Uhr

Gebühr: € 150

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

2-tägige Onkologiefortbildung: Uroonkologie

Die Fortbildung richtet sich besonders an Teilnehmerinnen, die bereits die 120/130-stündige Qualifizierung „Fortbildung in der Onkologie“ besucht haben. Sie steht auch anderen Personen aus medizinischen Fachberufen offen.

Termin: Fr., 15.11.2013, 10:30 – 17:45 Uhr und

Sa., 16.11.2013, 09:00 – 12:15 Uhr

Gebühr: € 150

Information: Elvira Keller, Tel.: 06032 782-185, Fax: -180

ALLGEMEINE HINWEISE

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

Veranstaltungsort: Soweit nicht anders angegeben, finden die Veranstaltungen im 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



Interaktionen mit Cytochrom-P450

Die Wechselwirkungen der Betablocker

Abstract:

Für die Einschätzung des jeweiligen Interaktionspotentials der Betablocker auf Ebene der Cytochrom-P450-Enzyme (CYP) ist das Verhalten der einzelnen Substanzen zum Isoenzym CYP2D6 von entscheidender Bedeutung (Tab 1). Unabhängig weiterer Medikamente kann das klinische Ansprechen der Patienten auf Standarddosierungen einiger Betablocker stark voneinander abweichen. Dies ist auf den genetischen Po-

lymorphismus von CYP2D6 zurück zu führen. Anhand der beiden aktuellen Leitsubstanzen der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Bisoprolol und Metoprolol werden die pharmakokinetischen Besonderheiten dargestellt.

Einleitung:

Die beiden Leitsubstanzen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Bisoprolol und Metoprolol zeigen ein stark un-

terschiedliches Verhalten zu Cytochrom-P450-Enzymen. Während die Verstoffwechselung von Bisoprolol weitgehend unabhängig der Cytochrome erfolgt, wird Metoprolol nahezu ausschließlich über das Isoenzym CYP2D6 abgebaut. Gleichzeitig hemmt Metoprolol dieses Enzym, wodurch Wechselwirkungen mit anderen Wirkstoffen, die über CYP2D6 abgebaut werden, möglich sind.

Substrat von CYP2D6:

Das Antidepressivum Fluoxetin ist ein starker CYP2D6-Hemmer (Abb 1). Eine Kombination mit Metoprolol hat zur Folge, dass die sogenannte AUC (Fläche unter der Konzentrations-Zeit-Kurve, area under the curve) des Betablockers um 400 – 600% steigen kann. Sollte die Standarddosis nicht entsprechend reduziert werden, drohen unter anderem eine unerwünschte Blutdrucksenkung und Bradykardie. Sollte das Antidepressivum im Verlauf der Therapie abgesetzt werden, droht ein Therapieversagen wegen subtherapeutischer Metoprolol-Plasmaspiegel, da der Abbau nun nicht mehr gehemmt wird. Folglich sind Dosiserhöhungen zu erwägen. Der Metabolismus von Bisoprolol ist von einer Komedikation mit CYP2D6-Hemmern unabhängig.

Hemmung von CYP2D6:

Metoprolol hemmt in klinisch relevantem Maß CYP2D6. Nimmt ein Patient unter Metoprolol-Therapie beispielsweise den nicht rezeptpflichtigen Hustenstillen Dextromethorphan ein, so können zentralnervöse Nebenwirkungen von Dextromethorphan wie Schwindel, Dysphorie oder Müdigkeit verstärkt auftreten. Grund hierfür ist, dass der Hauptabbauweg des Antitusivums über CYP2D6 durch diesen Betablocker gehemmt wird. Im Gegensatz dazu hat Bisoprolol keinen Einfluss auf die Biotransformation von Dextromethorphan.

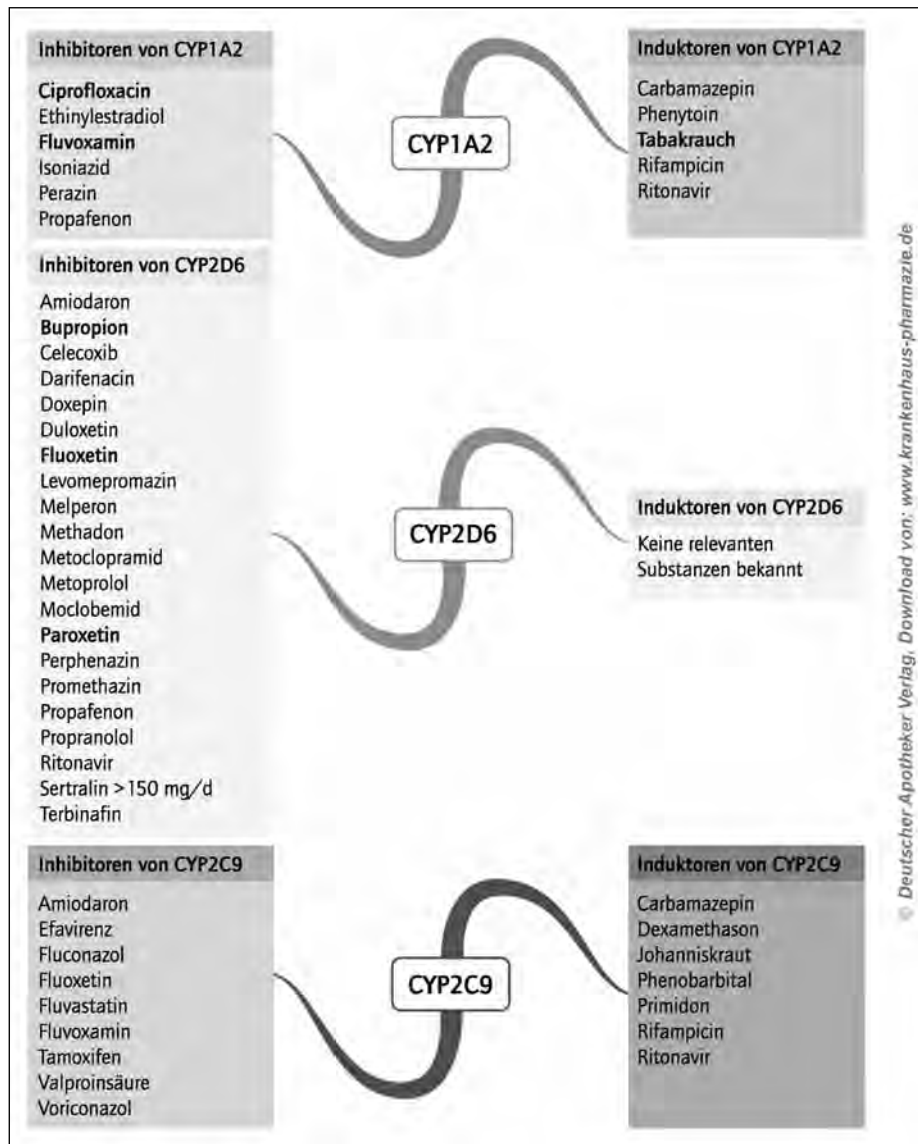


Abb. 1: Auswahl von modulierenden Substanzen (stark wirkende fettgedruckt) mit klinisch relevanter Wirkung auf einzelne CYP450-Isoenzyme (Stand: 02/2013) [Quelle: mediQ-Interaktionsprogramm].

Tab. 1: Übersicht der Cytochrom-P450-assoziierten Interaktionen von Betablockern (Stand: 1/2013)

Übersicht der Cytochrom-P450-assoziierten Interaktionen von Betablockern

Substanz (Beispiel für Handelspräparat)	CYP450: Metabolisierung und modulierende Wirkungen ^[1]	Interaktion durch CYP450- Modulatoren	Interaktions- risiko	Bemerkungen	Pharmakogenetik ^[2]
Atenolol (Tenormin)	Unbeteiligt	Nicht bekannt	✓		CYP2D6: 7–10% der Mitteleuropäer und Afroamerikaner sind langsame Metabolisierer (Poor metabolizer; PM), bei Asiaten sind es 1–2%, 1–10% der Mitteleuropäer sind ultraschnelle Meta- bolisierer (Ultrarapid metabolizer; UM), bei Nordafrikanern und Orientalen sind es 10–29%.
Bisoprolol (Concor)	Nicht relevant	Nicht relevant	✓	Leitsubstanz der Kassen- ärztlichen Bundesvereinigung	
Carvedilol (Dilatrend)	■ Substrat von CYP2D6 und CYP2C9	CYP2D6-Inhibitoren	CHECK	Nichtselektiver Betablocker	
Metoprolol (Beloc)	■ Substrat von CYP2D6 ■ Mittelstarker Inhibitor von CYP2D6	CYP2D6-Inhibitoren und -Induktoren	CHECK	Leitsubstanz der Kassen- ärztlichen Bundesvereinigung	
Nebivolol (Nebilet)	■ Substrat von CYP2D6	CYP2D6-Inhibitoren	CHECK		
Propranolol (Dociton)	■ Substrat von CYP1A2 und CYP2D6 ■ Mittelstarker Inhibitor von CYP2D6	CYP2D6-Inhibitoren CYP1A2-Inhibitoren und -Induktoren	!	Nichtselektiver Betablocker	



Vor einer Kombinationstherapie ist die Anwendung eines Interaktionsprogramms unverzichtbar!

CHECK

Es gibt mehrere klinisch bedeutsame Interaktionen.

Die Anwendung eines Interaktionsprogramms ist ratsam.



Es sind vereinzelte Interaktionen zu beachten.



Vor einer Kombinationstherapie ist die Anwendung eines Interaktionsprogramms zu empfehlen.

Die aufgeführten Daten bewerten allein die Eigenschaften der Substanzen auf Ebene der Metabolisierung über Cytochrom-P450-Isoenzyme. Da Interaktionen nur im klinischen Kontext richtig interpretiert werden können, ist es offensichtlich, dass die Interaktionstabelle keine eindeutigen Schlüsse zulässt, sondern lediglich wichtige Hinweise vermittelt^[3]. Eine pharmakologische Bewertung, beispielsweise hinsichtlich Wirksamkeit, Zulassungsstatus oder Kontraindikationen, bleibt mit Ausnahmen (siehe Spalte „Bemerkungen“) unberücksichtigt.

Quellen: 1. mediQ-Interaktionsprogramm; Haupt- und relevante Abbauewege: 2. Benkert O. et al. Compendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 8. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2010; 3. Masche U. et al. Zytocrome und andere Proteine und ihre Bedeutung für pharmakokinetische Arzneimittelinteraktionen. 4. Auflage, WIL. Informed-Vergags AG, 2009.

Pharmakogenetik:

Unabhängig von weiteren Medikamenten kann das klinische Ansprechen der Patienten unter Standarddosierungen von Metoprolol interindividuell stark abweichen. Ursache hierfür ist, dass die Bildung funktionsfähiger CYP2D6-Enzyme genetisch bedingt variiert. Je nach Status unterscheidet sich die Eliminationsgeschwindigkeit bis um den Faktor 100. Es werden abhängig von der Metabolisierungsaktivität vier Typen unterschieden.

- Langsame Metabolisierer (Poor metabolizer; PM)
» stark reduzierter Stoffwechsel
- Intermediäre Metabolisierer (Intermediate metabolizer; IM)
» reduzierter Stoffwechsel
- Extensive Metabolisierer (Extensive metabolizer; EM)
» normaler Stoffwechsel
- Ultraschnelle Metabolisierer (Ultrarapid metabolizer; UM)
» beschleunigter Stoffwechsel

Bei einem Patienten mit PM-Status ist der Abbau von Metoprolol unter Standarddosierung soweit reduziert, dass das Risiko für Bradykardie, Hypotonie und andere unerwünschte Arzneimittelwirkungen deutlich erhöht ist. Bei einem Patienten mit UM-

Status ist hingegen der Abbau dieses Betablockers dermaßen beschleunigt, dass für therapeutische Effekte ggf. eine über die Zulassung hinaus gehende Tagesdosis benötigt wird. Die Interaktionstabelle enthält Angaben zur Häufigkeit von genetischen Polymorphismen, auch unter Berücksichtigung ethnischer Gruppen. Die Bio-transformation von Bisoprolol ist unabhängig vom Metabolisierungsstatus des Patienten.

Fazit:

Auf Ebene der Cytochrom-P450-Isoenzyme bietet Bisoprolol (Verordnungszahl 2011: 677,5 Mio definierte Tagesdosen, DDD) überzeugende Vorteile gegenüber der zweiten Leitsubstanz der KBV, Metoprolol (2011: 900,8 Mio DDD). Zum einen ist der Abbau von Bisoprolol weitgehend unabhängig von den Cytochromen, auf der anderen Seite sind keine hemmenden Einflüsse auf diese bekannt. Verschiedene Metoprololhaltige Präparate sind zur Migräneprophylaxe zugelassen. Hier empfiehlt sich eine Überprüfung auf Wechselwirkungen mit Hilfe einer Interaktionsdatenbank. Bei Ausbleiben des klinischen Erfolgs resp. unerwarteten Nebenwirkungen unter Standarddosierung sollte auch an genetische Polymorphismen gedacht werden.

Anschrift des Verfassers:

Holger Petri
Fachapotheker für Arzneimittelinformation
Fachapotheker für Klinische Pharmazie
Zentral-Apotheke der Wicker Kliniken
Tel.: 05621 803 290
Fax: 05621 803 841
E-Mail: petri@werner-wicker-klinik.de
Werner-Wicker-Klinik,
Orthopädisches Schwerpunkt-klinikum
Werner Wicker KG
Im Kreuzfeld 4
34537 Bad Wildungen-Reinhardshausen

Literatur beim Verfasser

Siehe auch folgenden Link im Internet:
[http://www.aerzteblatt.de/archiv/132954/Rahmenvorgaben-nach-84-Abs-7-SGB-V-Arzneimittel-fuer-das-Jahr-2013-vereinbart-zwischen-dem-Spitzenverband-Bund-der-Krankenkassen-\(GKV-Spitzenverband\)-und-der-Kassenaerztlichen-Bundesvereinigung-nachst?s=betablocker](http://www.aerzteblatt.de/archiv/132954/Rahmenvorgaben-nach-84-Abs-7-SGB-V-Arzneimittel-fuer-das-Jahr-2013-vereinbart-zwischen-dem-Spitzenverband-Bund-der-Krankenkassen-(GKV-Spitzenverband)-und-der-Kassenaerztlichen-Bundesvereinigung-nachst?s=betablocker)

Dieser Beitrag stellt den zweiten Artikel einer Serie dar, die in regelmäßigen Abständen erscheinen wird.

Ihr „Heißer Draht“ zum Präsidenten

Telefonsprechstunde mit Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

Sie haben Ideen, Vorschläge, Lob oder Kritik? Wie kann sich die Landesärztekammer noch besser für Sie und Ihre Anliegen engagieren? Die „Telefonsprechstunde“ bietet Ihnen die Möglichkeit, direkt mit Kammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach Kontakt aufzunehmen.

Der Präsident der Landesärztekammer Hessen wird an folgenden Terminen, jeweils von 19 bis 20 Uhr, unter der Telefonnummer 069 97672-777 für Sie erreichbar sein:

Dienstag, 1. Oktober 2013
 Dienstag, 5. November 2013
 Dienstag, 10. Dezember 2013

Im Einsatz gegen die Flut

Naturkatastrophen erschrecken die Menschen seit jeher. In diesem Jahr erinnern wir uns an die Bilder der Juniflut. Betroffene standen plötzlich vor den Scherben ihrer Existenz. Bei all diesen persönlichen Schicksalen ist es ein Trost, dass Fachleute der Feuerwehr, des THW und der Bundeswehr unterstützen. Auch in der Landesärztekammer Hessen gibt es Experten, die bei solchen Katastrophen ihr Können und Wissen einsetzen. Die Kammer unterstützt dieses soziale Engagement und stellt Mitarbeiter für einen solchen Einsatz frei. So war [REDACTED], Fachinformatiker für Systemintegration in der EDV-Abteilung, in einem der betroffenen Gebiete im Einsatz.



Zwei THW-Helfer im Schutzanzug saugen Heizöl ab.

Foto: [REDACTED]

Als Truppführer in der Fachgruppe Öl des THW Ortsverbandes Frankfurt wurde ich im Juni für den Einsatzort Deggendorf angefordert. Deggendorf liegt in Bayern im Donautal, in der Nähe der Mündung der Isar.

Innerhalb weniger Stunden verloren die Menschen dort durch einen Dambruch ihr Hab und Gut. Pegelstände von bis zu acht Metern waren messbar. Beißende Gerüche von Müll, Gülle und vor allem abertausende Liter Öl erschwerten die Hilfsarbeiten. Die Feuerwehr musste Öl beziehungsweise Öl-Wasser-Gemisch aus Kellern, Tankstellen und Heiztanks abpumpen, mittels Tankfahrzeugen zu einer nahegelegenen Sammelstelle transportieren und dort in insgesamt fünf sogenannte Vorlagebehälter füllen, von denen jeder bis zu 50.000 Liter Fassungsvermögen hat. Unsere Aufgabe war es, das Öl-Wasser-

Gemisch zu separieren. Hierfür kam eine spezielle Separations-Anlage zum Einsatz. Diese pumpte das Öl-Wasser-Gemisch aus den Vorlagebehältern und trennte das Öl vom Wasser. Danach wurde das gereinigte Wasser zurück zur Kläranlage geleitet sowie das daraus gewonnene verunreinigte Öl von Entsorgern abtransportiert.

Drei Wochen lief die Anlage unter Volllast. Die höchste Tagesleistung während dieses Zeitraumes war die Annahme und Reinigung von 411.000 Litern verunreinigtem Öl-Wasser-Gemisch.

Rein statistisch gesehen ist Deggendorf alle 200 Jahre von einem Hochwasser betroffen.

Dieser Einsatz ging sowohl körperlich als auch psychisch an die Substanz. Über 30 Grad Hitze erschwerten die Arbeit zusätz-

lich. Durch das Tragen der Sicherheitsschuhe den ganzen Tag über waren die Füße mit Blasen versehen. Außerdem war unsere Gruppe auf einen derartigen Einsatz nicht vorbereitet. Die Fachgruppe Öl ist auf die Arbeit mit Schweröl spezialisiert, das um einiges zähflüssiger ist. Wir mussten daher vieles improvisieren, was nicht immer einfach war.

Es war für mich mein bislang größter Einsatz, den ich nicht vergessen werde. Ich bin froh, dass ich dabei sein durfte, um zu helfen.

[REDACTED], Stabsstelle
EDV und Organisation der LÄKH

Versorgungsengpass droht

Mehr Ärzte zur Versorgung Opiatabhängiger in der Substitutionstherapie gesucht!

Etwa 200.000 Menschen in Deutschland konsumieren Schätzungen zufolge illegale opiathaltige Substanzen, die sie intravenös (iv) injizieren oder auf andere riskante Weise konsumieren. Für diese opiatabhängigen Menschen gibt es mit der Substitutionstherapie eine effizienzbasierte erfolgreiche Behandlungsform. In den vergangenen zehn Jahren ist die Zahl der Substitutionspatienten, die diese Therapie in Anspruch nehmen, auf heute 75.400 angestiegen. Der Bedarf wächst weiter, aber die Zahl behandelnder Ärzte stagniert, so dass ein Versorgungsengpass droht.

Substitutionsbehandlung – eine Erfolgsgeschichte mit Zukunftsängsten

Die Substitutionstherapie verbessert die Compliance, verhindert Neuinfektionen mit HIV und Hepatitis und trägt deutlich zur Senkung der Mortalitätsrate bei. Darüber hinaus kann die Substitutionsbehandlung die Grundlage für eine gänzliche Opiatfreiheit schaffen. Studien zeigen, dass ohne Substitution oder nach Abbruch einer Substitution zwei- bis dreimal häufiger Todesfälle auftreten als während der Substitution (Degenhardt et al. 2011).

Positiv ist auch der Effekt auf die Mortalitätsrate. „Neudiagnostizierte HIV-Infektionen bei iv-Drogenkonsumenten verringern sich kontinuierlich“, weiß Dirk Schäffer, Leiter Fachbereich Drogen und Strafvollzug in der Deutschen AIDS-Hilfe und verweist auf Studien des Robert-Koch-Instituts (RKI). Danach hat sich der Anteil der iv-Drogenkonsumenten an der Gesamtzahl der HIV-Neuinfektionen im Jahr 2011 auf 3,2 Prozent vermindert. Dieser Wert hatte bis zum Jahr 2000 noch bei 10,1 Prozent (RKI 2011) gelegen.

„Die Substitutionstherapie leistet als ganzheitliches Konzept einen maßgeblichen

Beitrag zur Resozialisierung heroinabhängiger Menschen in die Arbeitswelt und Gesellschaft. Sie senkt die Kriminalitätsrate und auch volkswirtschaftlich ist sie nachweislich effektiv“, resümiert Heino Stöver vom Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit (akzept) und Mitinitiator der Initiative Substitutionstherapie.

Versorgungsengpass droht – insbesondere auf dem Lande

Trotz der beschriebenen Erfolge der Substitutionsbehandlung sehen sich die Verantwortlichen der Hilfe für Drogenabhängige in Deutschland zusehends mit Problemen und Versorgungsengpässen konfrontiert. Insbesondere im kleinstädtischen und ländlichen Bereich ist nach Meinung der Fachleute bereits heute die medizinische Versorgung von Opiatkonsumenten nicht mehr sichergestellt. Während sich die Zahl der Patienten in den vergangenen zehn Jahren verdoppelt habe, sei statistisch gesehen die Anzahl der Ärzte in diesem Zeitraum

auf dem gleichen Niveau geblieben. Dies bedeute, dass die Anzahl der Patienten pro Arzt stetig steige.

„Die negative Berichterstattung und rigide gesetzliche sowie kassenrechtliche Rahmenbedingungen tragen dazu bei, dass sich kaum Mediziner von diesem Indikationsgebiet angesprochen fühlen. Mit dem Wissen, dass in den nächsten Jahren viele aktuell substituierende Ärzte aufgrund ihres Alters in den Ruhestand gehen werden, sind strategische Maßnahmen umso dringender erforderlich“, so Stöver.

Kritische Passivität verlassen – die Initiative Substitutionstherapie

Genau an dieser Stelle will die Initiative Substitutionstherapie ansetzen und für diese effektive evidenzbasierte Therapieform werben. Erklärtes Ziel ist es, die Substitutionstherapie besser zu erklären und mehr Ärztinnen und Ärzte für die Substitutionstherapie von behandlungsbedürftigen

Ein breites Bündnis

Zum Initiativkreis Substitutionstherapie (IKS)

Im Initiativkreis Substitutionstherapie haben sich medizinische Fachgesellschaften, die Bundesärztekammer, Wissenschaftler und Fachverbände der Drogen- und AIDS-Arbeit sowie Patientenorganisationen und Partner der Industrie zusammengeschlossen. Den Initiatoren um Markus Backmund, Heino Stöver und Dirk Schäffer ist es gelungen, auch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Mechthild Dyckmans, sowie Gesundheitspolitiker aller Bundestagsfraktionen als Unterstützer zu gewinnen. Mit der seit Mai 2013 laufenden Kampagne sollen in gemeinsamen Aktionen Ärztinnen und Ärzte für die Substitutionstherapie von immer mehr behandlungsbedürftigen opiatabhängigen, chronisch kranken Menschen gewonnen werden. Kontakt per E-Mail: initiativkreis@bitte-substituieren-sie.de

Die Initiatoren

Prof. Dr. med. Markus Backmund, Vorsitzender, Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin; Prof. Dr. Heino Stöver, Vorsitzender, Akzept e.V.; Dirk Schäffer, Leiter Fachbereich Drogen und Strafvollzug, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.; unterstützt von Sanofi (educational grant)

tigen opiatabhängigen, chronisch kranken Menschen zu gewinnen. „Wir wollen aufzeigen, dass diese Arbeit so erfolgreich und befriedigend sein kann wie kaum eine andere somatisch-medizinische Behandlung“, betont Markus Backmund, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) und Mitinitiator der Initiative.

Darüber hinaus gilt es in einem nächsten Schritt, Vorbehalte und Vorurteile gegenüber diesem Indikationsgebiet sowohl in der Fachöffentlichkeit als auch in der allgemeinen Öffentlichkeit zu reduzieren: Opiatabhängigkeit ist eine behandlungsbedürftige, schwere chronische Erkrankung (Bundesärztekammer 2010). Und ihre Behandlung ist ein Menschenrecht (WHO 2009).

„Wir wollen mit dieser vernetzten Initiative über die nachweislichen Erfolge der Substitutionstherapie aufklären. Es geht uns aber auch darum, alle im Suchthilfesystem Tätigen enger miteinander zu verbinden. Dazu bauen wir ein Mentoren-Netzwerk auf, damit die neuen Kollegen von Anfang an gut eingebunden sind und auf sicherem Boden einen medizinischen und auch gesellschaftlich wichtigen Beitrag leisten können“, führt Markus Backmund weiter aus.

Starthilfe für zukünftige Unterstützer und neue Substitutionsmediziner

Die Website der Initiative Substitutionstherapie – www.bitte-substituieren-sie.de –

bietet ausführliche Hintergrundinformation zum Thema. Ein Mentoren-Netzwerk steht neuen Substitutionsmediziner mit Rat und Tat zur Seite. Darüber hinaus kann über die Website kostenfrei ein umfangreiches Starter-Paket mit wichtigen Informationen und praktischen Hilfen für die Praxisarbeit bezogen werden. Für Unterstützer der Initiative und solche, die es werden wollen, stehen ebenfalls kostenfrei diverse Kampagnenmaterialien, wie Informationsbroschüre, Plakate, Internetbanner und Anzeigendruckvorlagen, zur Verfügung, mit denen die Initiative weiter beworben werden kann.

Dirk Schäffer



Zum Beitrag: „Kinder als Patienten im allgemeinärztlichen Notdienst“

(Hessisches Ärzteblatt 5/2013, S. 373)

Zu dem anschaulichen und praxisnahen Artikel sollte ergänzend angemerkt werden, dass bei Kindern unter zwei Jahren im Rahmen einer Meningitis-erkrankung eine Nackensteife nicht immer auftritt. Somit schließt in dieser Altersgruppe das Fehlen einer Nackensteife eine Meningitis nicht aus.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Christian Lüders
Arzt für Allgemeinmedizin
(vollständige Adresse ist der
Redaktion bekannt)

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

Me 1322



„Rüdiger ist in seinen Arzt ganz verliebt, weil der ihm Ruhe, Ruhe und nochmals Ruhe verordnet hat.“

Kämpferinnen gegen Konventionen

Künstlerin sein! – Eine Ausstellung im Frankfurter Museum Giersch

Pastellfarben wölbt sich die Krempe des Sommerhuts über der Stirn. Doch der prüfende, seitlich gerichtete Blick der jungen Frau kontrastiert seltsam mit der locker-dekorativen Kopfbedeckung. Ihre hellgrünen Augen spiegeln Willenskraft; zugleich geht ein geheimnisvolles Leuchten von ihnen aus. Otilie Wilhelmine Roedersteins „Selbstportrait mit weißem Hut“ stammt aus dem Jahr 1904. 14 Jahre später zeigt eine erneutes Selbstportrait die gealterte Künstlerin in düsteren Farben. Haltung und Blickrichtung sind dieselben, doch ihrem Blick unter der gerunzelten Stirn fehlt jegliche Strahlkraft. Er wirkt hart und unnachgiebig zugleich.

Roederstein entsprach in keiner Weise dem damaligen Ideal der fügsamen Frau. 1859 in Zürich geboren und 1937 in Hofheim am Taunus gestorben, musste sie nach eigenen Worten „schwere Kämpfe“ mit den eigenen Eltern ausfechten, um entgegen der gesellschaftlichen Konvention eine Ausbildung als Malerin beginnen zu können. Schon früh zeigte sich vor allem ihre Stärke als Portraitistin; nach kurzer Zeit konnte sie von ihrer Arbeit leben. Roederstein arbeitete in Zürich, Berlin, Paris, bevor sie sich 1891 mit ihrer Lebensgefährtin, der Chirurgin Dr. Elisabeth Winterhalter, zunächst in Frankfurt am Main und später in Hofheim am Taunus niederließ. Wie Winterhalter setzte sie sich für die Gleichberechtigung der Frau ein und eröffnete in Hofheim ein Lehr-Atelier, das ausschließlich Schülerinnen aufnahm. Dort unterrichtete sie unter anderem die Malerin, Sammlerin und Kunsthändlerin Hanna Becker vom Rath.

Gleichberechtigt im Kunstbetrieb

„Künstlerin sein!“ – so lautet der Titel einer Ausstellung mit Werken von drei bedeutenden Künstlerinnen der Rhein-Main-Region, die vom 15. September 2013 bis zum 26. Januar 2014 im Frankfurter Museum Giersch zu sehen ist. Neben Otilie W. Roederstein gehören die Malerin Maria von Heider-Schweinitz und die Bildhauerin Emy Roeder zu den um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert lebenden Frauen, die sich als Künstlerinnen durchsetzen konnten. Alle drei traten mit jeweils eigener künstlerischer Bild- und Formsprache dafür ein, gleichberechtigt im Kunstbetrieb ihrer Zeit wahrgenommen und anerkannt zu werden. Damit nahmen sie eine Vorreiterrolle in einer von Männern beherrschten Domäne – der Kunst- und Kulturszene des Rhein-Main-Gebietes – ein, in der in den nachfolgenden Jahrzehnten Frauen als Künstlerinnen und Galeristinnen zunehmend an Einfluss gewannen.

Eindrucksvoll ist der Lebenslauf der Bildhauerin und Zeichnerin Emy Roeder. 1890 in Würzburg geboren, erhielt sie ihre künstlerische Ausbildung in Würzburg, München und – als Schülerin des Bildhauers Bernhard Hoetger – von 1912 bis 1915 in Darmstadt. Parallel zu der Fortführung ihrer Studien im Meisteratelier von Hugo Lederer arbeitete sie in den 1920er Jahren als erfolgreiche Bildhauerin in Berlin. 1933 folgte Roeder ihrem Mann, dem Berliner Bildhauer Herbert Garbe, nach Rom. Während er nach einem Jahr nach Berlin zurückkehrte, setzte sie ihre künstlerische Tätigkeit in Rom, Frankreich, Bayern und in Florenz fort. 1937 wurde ihre Plastik

„Die Schwangere“ beschlagnahmt und als „entartete Kunst“ in München gezeigt. 1950 kam Roeder nach Deutschland zurück; von vorübergehenden Auslandsaufenthalten unterbrochen lebte und arbeitete sie bis zu ihrem Tod 1971 in Mainz. Roeder, die besonders für ihre ausdrucksstarken, ernsten Portraits von Frauen und Müttern bekannt ist, zählt zu den führenden Künstlern des bildhauerischen Expressionismus.

Das Bild zieht in seinen Bann: Ein schmales, fast schon verhärmtes Mädchengesicht in kräftigen Blau-, Geld- und Rottönen gemalt. Die großen dunklen Augen drücken Schmerz und Hoffnungslosigkeit aus. Und dennoch ist Maria von Heider-Schweinitz' Portrait der „Kleinen Jüdin“ aus dem Jahr 1938 von bedrückender Anmut und Schönheit. Von Heider-Schweinitz, 1894 in Darmstadt geboren, studierte Bildhauerei, bevor sie sich durch die Bekanntschaft mit Karl Schmidt-Rottluff der Malerei zuwandte und zu seiner Schülerin mit Atelier im Frankfurter Städel wurde. 1938 erteilten ihr die Nationalsozialisten Berufsverbot; im Zweiten Weltkrieg ging ein großer Teil ihrer teilweise in Pommern und Sachsen eingelagerten Bilder für immer verloren. Nach den Kriegsjahren bezog die Künstlerin wieder ein Atelier in Frankfurt und stellte unter anderem bei Hanna Becker vom Rath aus. 1971 starb Maria von Heider-Schweinitz in Frankfurt am Main, fast 81-jährig, an Herzversagen.

Katja Möhrle

„Die kleine Jüdin“ von Maria von Heider-Schweinitz ist auf dem Titelblatt dieser Ausgabe zu sehen.

Kennst Du das Land, wo die Zitronen blühen?

Mit dem Fahrrad von Hessen nach Italien

Wer würde diese Frage verneinend beantworten wollen? Im Zeitalter der Mobilität kennt man mit Sicherheit viele Menschen aus Italien, isst mit Vorliebe italienisch, und war, nicht zuletzt, verschiedentlich in Italien. Der Vorschlag der besten aller Ehefrauen, nach Italien zu reisen, und dies per Fahrrad, war sofort zustimmungsfähig. Ja, er rief Begeisterung hervor. Als sie noch ergänzte: „Wir fahren durch ganz Italien durch, bis nach Sizilien“, verstummte ich vor Hochachtung – vor dieser Frau und vor dem Projekt. Zusätzlich argumentierte sie: „In Südtirol, in der Toskana, in Venedig, in Ligurien (Cinqueterre), waren wir, auch schon mal in Triest, aber Italien kennen?“ Wir haben vieles gesehen, manches erlebt, erfahren, Italienisch leidlich sprechen gelernt. Doch kennen, nein, wir kennen es nicht gut.

Der Trip sollte auch nicht auf zwei oder drei Wochen begrenzt sein; wir sollten uns und die Reise, den „Konsum“ entschleunigen, uns also Zeit lassen. Bleiben, wo es uns besonders gefällt, baden gehen, ein Gleichgewicht finden zwischen dem aktiven Radfahren und dem entspannten Genießen, dem „Nichtstun“, oder, auf Italienisch, dem „dolce far niente“. So ganz ohne Argument und Vorschlag wollte ich nicht dastehen, nicht die Karten völlig aus der Hand geben. Ich sagte: „Sehr gut, wie wäre es durch Sizilien zu radeln, dann per Schiff nach Sardinien, dann wieder per Schiff nach Korsika? Nach dem Durchfahren – ich dachte an die Strecke der ersten

drei Etappen der diesjährigen Tour de France – setzen wir über nach Genua und kehren Ende Oktober mit dem Zug nach Hause zurück.“ Für den Größenwahn war immer schon ich zuständig.

Wir waren uns einig, so wenig wie möglich vorzuplanen, nur wenige Regeln sollten eingehalten werden. Wir wollten zu Hause losfahren, unterwegs Freunde in München besuchen, dann über Kärnten nach Norditalien, als erste italienische Stadt Triest besuchen und dort einige Tage verbringen.

Am 12.8.2013 ging es los. Über den Spessart, zum Main, an der Tauber entlang, ins Altmühltal, über das Urdonautal an die Donau. Dann von Ingolstadt über Landshut nach Salzburg, Spittal, Villach nach – endlich in Italien – Tarvisio. Von dort dem Radweg Alpen – Adria folgend, über Udine nach Triest. Erste Eindrücke sind: Die Italiener gehen respektvoller mit Radfahrern um. Wir wurden kaum angehupt, nicht bedrängt. Einmal hat eine fremde Person unsere geparkten Räder, es fing zu nieseln an, mit einem auseinander geschnittenen Plastikmüllsack schützend abgedeckt. Haben wir bisher nicht erlebt.

Das italienische Essen ist öfter aus wenigen Komponenten zusammengesetzt, die Produkte frischer, weniger fett, Sahne fehlt. Außer am Meer kein Fisch. Der Italiener frühstückt kaum. Ein Espresso, un caffè, und eine Süßigkeit, oft ein Hörnchen, ein Stückchen Kuchen, reichen für den Vormit-

tag. Unsere Gewohnheiten bei der „prima colazione“, dem Frühstück, erscheinen den Einheimischen grausig. Das Mittagessen ist üppig, pranzo mit Namen. Das Abendessen, la cena, ist häufig spät, in aller Regel mehrgängig, enthält ein antipasto, ein primo, meist mit Nudeln, ein secondo, mit Fisch oder Fleisch, und ein dolce, danach un caffè. Nie trinkt man einen Cappuccino nach dem Abendessen.

Jede Region ist stolz auf ihre regionalen Speisen und regionalen Weine. Zum Beispiel ist das „Frico“ ein Gericht nördlich von Udine, Kartoffeln mit einem Käse, namens Montasio überbacken. Es wird ein Käse unterschiedlicher Reife verwendet. Dazu gibt es Gemüse, z. B. Bohnen und Polenta. Der in Deutschland so beliebte Prosecco hat seinen Namen von einem Ort in der Nähe von Triest. Ursprünglich war es eine Rebensorte. Heute ist es ein regional geschützter Wein.

Erste Zwischenbilanz der Tour: es funktioniert! Mit den Menschen kann man ins Gespräch kommen. Bei sparsamem Gepäck muss man häufiger Wäschewaschen. Bisher wurde nichts gestohlen, erstaunlicherweise bisher keine Panne an den Rädern und Reifen. Es geht weiter, wenn die Gesundheit hält! Marken, Apulien, Kalabrien und Basilikata: Die nächsten Zwischenziele rufen, wir können es schon hören.

Dr. med. Siegmund Drexler

Wenn Menschen mit Behinderung von Arbeitslosigkeit bedroht sind

Das Beratungsangebot des Integrationsfachdienstes

Marion Fehner (Name geändert), die seit sechs Monaten von einer Mitarbeiterin des Integrationsfachdienstes (IFD) Darmstadt-Dieburg beraten wird, hatte große Angst, nach einer schweren Krebserkrankung und einer damit einhergehenden Depression ihre Arbeit zu verlieren: „Früher war ich sehr ehrgeizig und habe viel und sehr gerne gearbeitet. Aber ich musste lernen, meine Kräfte einzuteilen und die für meine Gesundheit so wichtigen Ruhepausen einzuhalten.“

Geholfen hat der 46-jährigen Psychologin, die in der Nähe von Darmstadt arbeitet, Susanne Schätzle, Leiterin des Integrationsfachdienstes. Dessen Träger ist die IB-Behindertenhilfe, ein Verbund des deutschlandweit tätigen Internationalen Bundes (IB).

In der Reha-Klinik hatte Marion Fehner von dem kostenfreien Angebot erfahren und vereinbarte daraufhin direkt einen Termin bei der IFD-Beraterin. In einem ersten Gespräch ging es um die Beantragung eines Schwerbehindertenausweises, der neben einem gültigen Arbeitsvertrag die einzige Bedingung für die längerfristige Inanspruchnahme eines IFD darstellt.

In mehreren Gesprächen, die teilweise in der Beratungsstelle, aber auch am Arbeitsplatz selber stattfanden, wurden die Anforderungen und die anfallenden Tätigkeiten mit der Arbeitsfähigkeit von Marion Fehner abgestimmt. Die Einbeziehung der Vorgesetzten war dabei ebenso hilfreich wie Gespräche mit den Kollegen, in denen es vor allem darum ging, Ängste abzubauen und gemeinsam an einer Lösung zu arbeiten.

Der moderne Arbeitsmarkt verlangt von Arbeitnehmern zunehmende Flexibilität und Belastbarkeit. Insbesondere Menschen mit psychischen oder physischen Beeinträchtigungen, oft nach einer Krankheit oder einem Unfall, können nicht immer die

volle Arbeitsleistung erbringen. Seit 2001 wurden in Deutschland flächendeckend Integrationsfachdienste installiert, um in allen Fragen der beruflichen Stabilisierung und/oder Eingliederung von schwerbehinderten Menschen Ansprechpartner zu sein.

Im Gespräch mit Susanne Schätzle

Im Interview spricht Susanne Schätzle, Leiterin des Integrationsfachdienstes Darmstadt-Dieburg, über die Aufgaben und Einsatzfelder rund um die berufliche Integration von Menschen mit Behinderungen. Das Gespräch mit Schätzle führte ihre Mitarbeiterin Eva Kirchhoff (Sozialarbeiterin und Integrationsfachkraft).

Worin besteht Ihre Hauptaufgabe?

Susanne Schätzle: Das Wichtigste an unserer Arbeit ist die Kommunikation. Denn oft geht es nicht nur um die gesundheitlichen Aspekte. Behinderung macht vielen Menschen Angst – vor sozialer Ausgrenzung und dem Verlust materieller Sicherheit. Und deshalb tragen wir dazu bei, dass der Arbeitsplatz eines von Krankheit oder Behinderung betroffenen Menschen möglichst lange erhalten bleibt. Insgesamt sind unsere Aufgaben sehr vielfältig, weil wir jeden Menschen, der unseren Integrationsfachdienst in Anspruch nimmt, individuell beraten. Für die Mitarbeiter des IFD gehört Mutmachen zum Alltag. Wir möchten erreichen, dass Menschen genügend Vertrauen und Stabilität erlangen, um sich zukünftig in schwierigen Situationen besser selber behelfen können.

Mit welchen Fragen kommen Menschen zu Ihnen in die Beratung?

Schätzle: Ein großer Teil unserer Arbeit besteht in der Unterstützung im Umgang mit Behörden und Anträgen. Darüber hinaus gehen wir häufig in die Betriebe der schwerbehinderten Menschen. Dies kann beispielsweise so aussehen, dass wir im Gespräch

mit dem Mitarbeiter, der Geschäftsführung oder der Personalabteilung neue Aufgaben finden, die angesichts der gesundheitlichen Situation besser zu bewältigen sind. An anderer Stelle kann es darum gehen, innerbetriebliche Ansprechpartner zu bestimmen, damit Fragen und Konflikte in Zukunft schneller und direkt geklärt werden können. Wenn allerdings eine einfache Arbeitsplatzanpassung nicht mehr realistisch erscheint, gibt es andere Möglichkeiten, über die wir aufklären.

Was unternehmen Sie konkret?

Schätzle: Viele Menschen werden durch einen Unfall oder von einer Erkrankung überrascht. Sie stellen sich die Frage, ob sie in ihrem bisherigen Beruf weiter tätig sein können. Wir helfen den Betroffenen, die möglichen finanziellen Konsequenzen abzuwägen und leisten bei der Beantragung einer Rente Unterstützung. Leider wird der Integrationsfachdienst oft erst eingeschaltet, wenn es bereits massive Konflikte am Arbeitsplatz gibt und wenn auf Grund dessen eine Kündigung droht. Auch deshalb informieren wir regelmäßig über die Möglichkeiten des Dienstes, damit Arbeitnehmer, aber auch Arbeitgeber, Interessensverbände und Behindertenvertreter uns einschalten, bevor das Kind quasi in den Brunnen gefallen ist.

Auf wessen Seite stehen Sie?

Schätzle: Eine erhebliche Verschlechterung der Arbeitsleistung eines schwerbehinderten Menschen führt immer zu einer Belastung der betrieblichen Abläufe. Die Gefährdung des Arbeitsplatzes ist oft die Konsequenz.

Der Integrationsfachdienst sollte deshalb eine möglichst neutrale Position einnehmen. Wir bringen die verschiedenen Seiten, Arbeitnehmer wie Arbeitgeber sowie weitere Beteiligte zusammen, um die Arbeitskraft und die Qualifikation weitestgehend zu erhalten. Dies könnte man als eine klassische „Win-Win-Situation“ bezeichnen.

Wie funktioniert das eigentlich mit dem besonderen Kündigungsschutz für Schwerbehinderte?

Schätzle: Grundsätzlich möchte ich betonen, dass niemand verpflichtet ist, seinen Arbeitgeber über eine Schwerbehinderung zu unterrichten – außer, sie stünde in einem direkten Zusammenhang mit der auszuübenden Tätigkeit.

Ist die Schwerbehinderung bekannt und es kommt zur Kündigung, besteht der einzige Unterschied darin, dass das Integrationsamt der Kündigung zustimmen muss. Tatsächlich wird 75 Prozent aller Anträge auf Kündigung eines schwerbehinderten Menschen stattgegeben. Umso mehr hat der Integrationsfachdienst die Aufgabe, präventiv zu arbeiten. Und im Falle einer unausweichlichen Kündigung begleiten wir den Kündigungsprozess und helfen bei der Entwicklung einer neuen beruflichen Perspektive.

Welche Vorteile oder Nachteile hat denn ein Schwerbehindertenausweis?

Schätzle: Viele Menschen scheuen die Beantragung eines Schwerbehindertenausweises. Dazu gibt es rein rational betrachtet keinen Grund, denn im Prinzip bringt der Ausweis mehr Vorteile für die Betroffenen. Neben dem eben genannten besonderen Kündigungsschutz gibt es diverse Leistungen, die in Anspruch genommen werden können, zum Beispiel Hilfsmittel, zusätzliche Urlaubstage oder die Beratungsleistung durch den Integrationsfachdienst.

Gibt es in ganz Deutschland Integrationsfachdienste?

Schätzle: Seit dem Jahr 2001 werden IFDs flächendeckend in ganz Deutschland angeboten, allein in Hessen sind es aktuell 35 Dienste.

Die IB-Behindertenhilfe unterhält im Rhein-Main-Gebiet drei Fachdienste, in Darmstadt, Hanau und Oberursel, hinzu kommen weitere Träger, mit denen wir uns selbstverständlich austauschen, um die Arbeit



Susanne Schätzle, Leiterin des Integrationsfachdienstes Darmstadt-Dieburg Foto: Eva Kirchhoff

effektiv im Sinne der betroffenen Menschen zu gestalten.

Viele Unternehmer klagen über die Ausgleichsabgabe, die sie entrichten müssen, wenn sie keine oder nicht genügend schwer behinderte Menschen einstellen. Was passiert mit diesen Geldern?

Schätzle: Unser Fachdienst wird letztlich durch die Ausgleichsabgabe bezahlt. Deshalb sagen wir den Unternehmen, für die wir ebenfalls Ansprechpartner sind, sie sollten die Dienstleistung abrufen, die sie mit der Abgabe bereits bezahlt haben. Wir bieten Betriebsberatungen zu vielen Themen rund um die berufliche Integration von Menschen mit Behinderungen an. Vor

allem kleine und mittlere Unternehmen sind dankbar, wenn wir sie zum Beispiel bei der Installation des gesetzlich vorgeschriebenen Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) unterstützen.

Schaffen Sie auch neue Arbeitsstellen für behinderte Menschen?

Schätzle: Manche IFD's sind auch für die Vermittlung in Arbeit zuständig. Am besten klären Interessierte dies telefonisch oder informieren sich im Internet über die einzelnen Leistungen des örtlichen Integrationsfachdienstes.

Die IB-Behindertenhilfe bietet in Darmstadt und Hanau die Möglichkeit der „Unterstützten Beschäftigung“ an, die von der Agentur für Arbeit finanziert wird. Zumeist junge Menschen, mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen, können sich damit in Arbeitsstellen ausprobieren und beweisen, um eine längerfristige Anstellung zu erreichen. Diese Menschen nach der Vermittlung in einen Job noch ein Stück des Weges zu begleiten, gehört zu den weiteren Aufgaben des IFD Darmstadt-Dieburg.

Frau Schätzle, was bedeutet für Sie Erfolg in der Arbeit zu haben?

Schätzle: Wenn am Ende einer Beratungs- oder Begleitungszeit das Arbeitsverhältnis stabil ist und alle Beteiligten zufrieden darüber sind, dann haben wir gute Arbeit geleistet.

Kurzinformation

- Der Integrationsfachdienst finanziert sich aus Mitteln der Ausgleichsabgabe über die Integrationsämter, Rentenversicherer und Agenturen für Arbeit. Die Inanspruchnahme der Dienste ist für Arbeitnehmer und Arbeitgeber kostenlos.
- Das zuständige Integrationsamt finden Interessierte im Internet unter: www.integrationsaemter.de.
- Weitere Integrationsfachdienste finden sich auf der Homepage unter: www.integrationsaemter.de/ifd. Ebenso werden hier die speziellen Angebote für Menschen mit Hörbehinderungen aufgeführt.
- Kontaktadresse: Integrationsfachdienst Darmstadt-Dieburg (Internationaler Bund), Frankfurter Straße 73, 64293 Darmstadt, Fon: 06151 9762-56/-81, E-Mail: IFD-Darmstadt-Dieburg@Internationaler-Bund.de

Dr. med. Edgar Pinkowski ist neuer Sprecher der „Fachärzte Hessen“

In ihrer jüngsten Sitzung haben Hessens fachärztliche Berufsverbände Dr. med. Edgar Pinkowski an ihre Spitze gewählt. Pinkowski kündigte einen intensiven Dialog mit den fachärztlichen Berufsverbänden in Hessen an. „Mein Ziel ist es, die berufspolitische Arbeit der fachärztlichen Berufsverbände zu intensivieren. Wir Fachärzte müssen stärker als bisher deutlich machen, wofür wir stehen und dass wir uns die schleichende, politisch gewollte Eliminierung aus dem Gesundheitssystem nicht bieten lassen werden.“ Er machte deutlich, dass die politische Ausrichtung

der Fachärzte Hessen im engen Schulterschluss mit der fachärztlichen Fraktion in der Vertreterversammlung der KV Hessen und der Facharztliste in der Ärztekammer definiert werden müsse. „In den nächsten Wochen und Monaten wird es für uns vor allem darum gehen, die Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz unserer Praxen durch die Bürgerversicherung deutlich zu machen. Hier setzen wir auf einen hohen Mobilisierungseffekt in den fachärztlichen Praxen und hoffen, dass wir auch unsere Mitarbeiterinnen darüber aufklären können, was uns droht. Die Beteuerungen des

einen politischen Lagers, die Bürgerversicherung bringe keine nachteilige Honorarentwicklung mit sich, sind nicht glaubwürdig.“

Dr. Pinkowski ist als Anästhesist in Pohlheim bei Gießen niedergelassen und engagiert sich seit Jahren berufspolitisch. Aktuell ist er Mitglied des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen sowie der Vertreterversammlung der KV Hessen.

*Dr. med. Detlef Oldenburg
Sprecher der Facharztfraktion in der
Vertreterversammlung der KV Hessen*

InSiM

Einladung zum 11. Interdisziplinären Simulations-Symposium in der Medizin (InSiM) am Fr/Sa 18. und 19. Oktober 2013

Ausbildungszentrum der Berufsfeuerwehr Frankfurt,
Feuerwehrstr. 1, 60435 Frankfurt am Main
Freitag 9:00 bis 18:00 Uhr; Samstag 9:00 bis 15:30 Uhr

17. Oktober Vor-InSiM-Aktivitäten: Halbtägige Seminare zu verschiedenen Themen (13:00 bis 17:30)

Programm und Anmeldung bitte hier: www.insim.info

Kontakt: Dr. med. Marcus Rall
INPASS – Institut für
Patientensicherheit & Teamtraining GmbH
Friedrich-Naumann-Str.13, D-72762 Reutlingen
E-Mail: marcus.rall@inpass.de
www.inpass.de

AGape Förderpreis 2013



Der Förderverein AGape e.V. verleiht in November diesen Jahres zum drittenmal einen eigenen Förderpreis. Ausgezeichnet werden soll damit wieder ein innovatives, in der Praxis umgesetztes, alltagsrelevantes kommunales Projekt aus dem Bereich der Alter(n)smedizin / Gerontologie / Altenhilfe (also z.B. zu den Themen Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Pflege, etc.)

Für die Verleihung des Preises gelten folgende Richtlinien:

Einreichfrist	31. Oktober 2013
Preisverleihung	im Rahmen des Wiesbadener Geriatrie Kolloquiums (23. November 2013)

Über die Einreichunterlagen und weitere Bedingungen informieren Sie sich bitte hier:

Förderverein AGape e.V.
Sekretariat der Medizinischen Klinik II
Geisenheimer Straße 10, 65197 Wiesbaden
Fon: 0611-8472802
E-Mail: info@agapeonline.de, www.agape-foerderverein.de

Abschied von Professor Dr. med. Hans-Dieter Taubert

(10. August 1931 – 24. Juli 2013)

Am 24. Juli 2013 ist Professor Dr. med. Hans-Dieter Taubert gestorben, kurz vor Vollendung seines 82. Lebensjahres. Taubert, der in München Humanmedizin studierte und 1956 dort promovierte, erkannte sehr früh, dass eine qualifizierte Grundlagenforschung in der gynäkologischen Endokrinologie nur mit naturwissenschaftlichen Methoden möglich ist. 1967 wurde er als Universitätsprofessor auf den Lehrstuhl für gynäkologische Endokrinologie

an der Universitätsfrauenklinik Frankfurt/Main berufen. 1972 wurde er Leiter der Abteilung für gynäkologische Endokrinologie. Von 1993 bis 1997 war Hans-Dieter Taubert geschäftsführender Direktor des Zentrums für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Goethe-Universität Frankfurt, bevor er 1999 emeritiert wurde. Sein Interesse an der Anwendung von Sexualhormonen zur Kontrazeption sowie im Klimakterium war die Grundlage für die

beiden Standardwerke „Kontrazeption mit Hormonen“ und „Das Klimakterium“. Außerdem widmete er sich der gynäkologischen Mikrochirurgie und hier besonders der rekonstruktiven Tubenchirurgie. Dabei wurde weltweit zum ersten Mal bei der Referertilisierung am Menschen Fibrinkleber erfolgreich eingesetzt.

*Professor. Dr. med. Rudolf Baumann
Langen*

Professor Dr. med. Hans-Helmut Jansen †

(17. Juni 1926 – 27. Juli 2013)

Der ehemalige Direktor des Pathologischen Instituts am Klinikum Darmstadt, Professor Dr. med. Hans-Helmut Jansen, ist am 27. Juli 2013 nach Vollendung des 87. Lebensjahres gestorben. Er leitete das Institut 23 Jahre, von 1968 bis 1991. Was Hans-Helmut Jansen auszeichnete, war die unermüdliche Aufklärungsarbeit gegenüber der Ärzteschaft und der Politik bezüglich

der Bedeutung klinischer Sektionen für die Qualitätssicherung.

Aufgewachsen in Bochum, überlebte er als Soldat die Schlacht um den Hürtgenwald (Nordeifel), einer der schwersten Kämpfe des Zweiten Weltkrieges überhaupt. Von 1946 bis 1952 studierte er Medizin in Düsseldorf, Freiburg und Zürich. Einem brei-

ten Publikum bekannt wurde er durch die mit seiner Frau Rosemarie (ebenfalls Dr. med.) erarbeitete Monographie „Der Tod in Dichtung, Philosophie und Kunst“ (Darmstadt: Th. Steinkopff, 2. Auflage, 1989).

*Professor Dr. med. Gerhard Mall
Leiter des Institutes für Pathologie am
Klinikum Darmstadt*

Landesärztekammer Hessen

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. Zoltan Cseke, Biebertal, am 15. Oktober.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. habil. Eberhardt Unger, Fulda, am 28. Oktober.

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.

Richtige Antworten

Zu den Multiple Choice-Fragen „**Nichtsteroidale Antirheumatika und Gastrointestinaltrakt**“ in der Januar-Ausgabe 2013, Seite 19

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

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Walter Auerhammer, Riedstadt
* 13.5.1944 † 21.7.2013

Dr. med. Hans Feigel, Darmstadt
* 23.7.1917 † 6.7.2013

Erwin Wolfgang Fink, Lauterbach
* 4.5.1958 † 27.7.2013

Dr. med. Wolfgang Fremder, Mörfelden-Walldorf
* 20.5.1921 † 29.7.2013

Martha Gudrun Gehl, Marburg
* 30.12.1930 † 28.7.2013

Dr. med. Franz Roucek, Hattersheim
* 11.3.1914 † 8.7.2013

Dr. med. Walther Schieferstein, Dreieich
* 5.2.1925 † 27.6.2013

Medizinaldirektorin i.R. Dr. med. Ursula Schucht, Groß-Umstadt
* 3.7.1922 † 14.6.2013

Dr. med. Editha Schulz, Körle
* 4.1.1939 † 3.7.2013

Dr. med. Ulrich Storck, Bad Endbach
* 6.4.1934 † 22.7.2013

Herzwochen 2013 – Das schwache Herz: Diagnose und Therapie der Herzinsuffizienz heute

Unter dem Motto „Das schwache Herz“ finden vom
1. – 30. November 2013
die Herzwochen statt.

Mit der Aufklärungskampagne möchte die Deutsche Herzstiftung
Menschen bundesweit auf die Erkennungsmerkmale
von Herzinsuffizienz aufmerksam machen.

Mit mehr als 1100 Veranstaltungen wie Vorträge,
Seminare, Telefonaktionen und Gesundheitstage lädt die
Deutsche Herzstiftung im November dazu ein, sich über
Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Herzschwäche
zu informieren mit dem Ziel, eine höhere Lebensqualität und
Lebenserwartung für die Betroffenen zu ermöglichen.

Mehr Informationen erhalten Sie unter:
www.herzstiftung.de/herzwochen.html oder unter der
Tel.: 069 955128333

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis-Nr. 060019805, ausgestellt am 28.1.2011
für Volker Burkhardt, Bad Soden-Allendorf,

Arztausweis-Nr. HS-F-14763, ausgestellt am 15.1.2008
für Dr. med. Andrea Sibylle Claussen, Kelkheim,

Arztausweis-Nr. 060030559, ausgestellt am 19.7.2013
für Tanja Dambor, Bad Hersfeld,

Arztausweis-Nr. 060018463, ausgestellt am 27.9.2010
für Jutta Deuchert, Usingen,

Arztausweis-Nr. 060013662, ausgestellt am 11.8.2009
für Dr. med. Bettina Fischbacher, Kassel,

Arztausweis-Nr. 060021359, ausgestellt am 1.7.2011
für Dr. med. Theodor Francks, Wiesbaden,

Arztausweis-Nr. 060012503, ausgestellt am 27.4.2009
für Jasmin Gruber, Münster,

Arztausweis-Nr. 060030469, ausgestellt am 10.7.2013
für Dr. med. Galina Günther, Hattersheim,

Arztausweis-Nr. 060025322, ausgestellt am 29.3.2012
für Elisabeth Lindenkreuz, Darmstadt,

Arztausweis-Nr. 060020079, ausgestellt am 22.2.2011
für Prof. Dr. med. Harald Morr, Weilburg,

Arztausweis-Nr. 060020080, ausgestellt am 22.2.2011
für Dr. med. Ursel Morr-Strathmann, Weilburg,

Arztausweis-Nr. 060030610, ausgestellt am 24.7.2013
für Dr. med. Ingrid Wezel, Frankfurt/Main.

38. practica

Unter dem Motto „**Mehr als Lotse und Gatekeeper**“ findet vom
23.10. – 26.10. in Bad Orb

die diesjährige practica – Europas größtes Seminarkongress
für Hausärztinnen und Hausärzte sowie deren
Praxismitarbeiterinnen statt.

Über 150 verschiedene Seminarangebote sollen helfen, hausärztliche
Loslösungskompetenzen zu stärken und die Hausarztpraxis als Ort
der Versorgung weiter zu etablieren. Das Programm enthält neben
bewährten Klassikern eine große Auswahl an neuen Themen,
die erfahrene Referenten präsentieren.

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.practica.de

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Heike Seidel, tätig bei Dr. med. M. Küster, Hattersheim

Olga Brestel, tätig bei Dr. med. W. Müller, Fulda

Milena Wyschkowski, tätig bei N. Peslis, Eschwege

Manuela Utke, tätig bei Dr. med. H.-L. Zienau, Darmstadt

Annette Weber-Götz, tätig bei Dr. med. P. Küster-Fleischhacker, Oberursel

Perihan Soy, tätig bei Dres. med. P. und D. Nischwitz,

Dr. med. U. Gronemeier, Dr. med. T. Sennerich, Dr. med. J. Born und

Dr. med. H. Lehnert, Flörsheim

Sandra Kratz, tätig bei Dr. med. H.-J. Ewers und Dr. med. T. Faust, Offenbach

Monika Nosti, tätig bei Dr. med. H.-J. Ewers und Dr. med. T. Faust, Offenbach

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

Andrea Ruhwedel, seit 18 Jahren tätig bei Dr. med. M. Uffelman und M. Dickeler, Frankenu

Andrea Rau, seit 12 Jahren tätig bei S. Wettich-Boufarra und Dr. med. J. Okon, Schöneck

Patricia Fedtke, seit 12 Jahren tätig bei S. Wettich-Boufarra und Dr. med. J. Okon, Schöneck

Christina Scheller-Niedermeyer, seit 12 Jahren tätig bei S. Wettich-Boufarra und Dr. med. J. Okon, Schöneck.

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

Zum **25-jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir den Arzthelferinnen

Renate Oldenburg, tätig bei Dr. med. Joachim Wolf, Rotenbu

und zum **mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum**

Karin Wickert, seit 35 Jahren tätig bei Dr. med. M. Uffelman und M. Dickeler, Frankenu

Ute Hüppe, seit 26 Jahren tätig bei Dr. med. M. Uffelman und M. Dickeler, Frankenu

und zum **40-jährigen Berufsjubiläum**

Monika Mormann, tätig bei Dr. med. A. Dingel, M. Ackermann, H. Bidzan und M.-M. Kaumann, Volkmarsen

Kerstin Balser-Becker, tätig bei Dr. med. H. Hammermann und Dr. med. C. Thörmer, vormalis Praxis Dres. med. E. und H. Hammermann, vormalis Praxis Dr. med. E. Hammermann, Gießen.

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

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

Dagmar Matheè, tätig bei Dr. med. M. Uffelman und M. Dickeler, Frankenu

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

Beate Janetzko, seit 12 Jahren tätig bei S. Wettich-Boufarra und Dr. med. J. Okon, Schöneck

Cornelia Post, seit 12 Jahren tätig bei S. Wettich-Boufarra und Dr. med. J. Okon, Schöneck

Waltraud Geisler, seit 21 Jahren tätig bei Dr. med. M. Uffelman und M. Dickeler, Frankenu.

In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde diesen Helferinnen eine Urkunde ausgehändigt.

Wir gratulieren dem Helfer zum **mehr als 40-jährigen Berufsjubiläum**

Gerhard Kriebel, seit 50 Jahren tätig bei Dr. med. R. Klose und S. Stöckl, vormalis in verschiedenen Praxen tätig, Wiesbaden.

In Anerkennung seiner treuen Dienste wurde diesem Helfer eine Ehrenurkunde ausgehändigt.

AOK Hessen: Hepatitis C-Vertrag jetzt hessenweit

Wie bereits Anfang des Jahres berichtet, bietet die AOK Hessen einen Vertrag zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung im Rahmen der chronischen Hepatitis-C-Behandlung an. Ziel des Vertrages ist es, die Ausheilungsrate bei chronischer Hepatitis C durch die Steigerung von Therapieabschlüssen, im Rahmen der Tripel-Therapie (Proteasehemmer und Standardtherapie) zu erhöhen. Dazu wurden spezielle Adhärenzprogramme entwickelt, die den Patienten in der Therapieumsetzung unterstützen sollen. Der Vertrag war zunächst auf das Rhein-Main Gebiet begrenzt. Nach Abschluss der Pilot-

phase können ab sofort alle interessierten niedergelassenen Fachärzte für Innere Medizin mit Zusatzqualifikation Infektiologie oder Zusatzbezeichnung Gastroenterologie (und ggf. Schwerpunkt Hepatologie) mit Praxissitz in Hessen an dem Vertrag teilnehmen.

Alles Wichtige zum Vertragsabschluss sowie Informationen zur Vergütung finden Sie auf www.aok-gesundheitspartner.de/hessen → Arzt und Praxis → Ausschreibungen und Vertragsabsichten.

Ausbildungsrahmenplan, Ausbildungsplan, schriftlicher Ausbildungsnachweis

Am 1. August 2006 ist die neue Ausbildungsverordnung zum/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006 in Kraft getreten. Das Berufsbild wurde modernisiert und den Belangen der heutigen Arztpraxis und anderen medizinischen Einrichtungen angepasst.

Duales Ausbildungssystem

Die Ausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten wird im dualen System durchgeführt, d. h. Ausbildungsstätte und Berufsschule wirken bei der Durchführung der Berufsausbildung zusammen. Die beiden Lernorte haben dafür gesonderte Grundlagen, die inhaltlich und zeitlich aufeinander abgestimmt sind. Die Ausbildungsstätte muss die **notwendigen beruflichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten (berufliche Handlungsfähigkeit)** auf der Grundlage des **Ausbildungsrahmenplans** vermitteln und die Berufsschule vermittelt überwiegend theoretisches Wissen auf der Grundlage des **Rahmenlehrplans**. Die **Inhalte für die Zwischen- und Abschlussprüfung** werden an beiden Lernorten vermittelt. Es sind die im Ausbildungsrahmenplan „aufgeführten Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten sowie der im Berufsschulunterricht zu vermittelnde Lehrstoff, soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist“.

Ausbildungsrahmenplan

Der Ausbildungsrahmenplan hat eine sachliche und eine zeitliche Gliederung. Er ist für jede Ausbildungsstätte verbindlich. Alle Inhalte müssen vermittelt werden. Es ist nicht zulässig, die Ausbildungsinhalte auf das Fachgebiet des Auszubildenden einzuschränken. In diesem Fall müsste der Auszubildenden Gelegenheit gegeben werden, in einer allgemeinmedizinischen oder internistischen Praxis zu **hospitieren**. Gemäß § 27 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz gilt eine Ausbildungsstätte, in der die erforderlichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten nicht in vollem Umfang vermittelt werden können, nur dann als geeignet, wenn dieser Mangel durch Ausbildungsmaßnahmen **außerhalb** der Ausbildungsstätte behoben wird. Durch die Überbetriebliche Ausbildung in der Carl-Oelemann-Schule, die deshalb Bestandteil der betrieblichen Ausbildung ist, werden die Auszubildenden in Hessen bei der Erfüllung ihrer Ausbilderpflichten unterstützt. In insgesamt drei Lehrgängen werden diejenigen Ausbildungsinhalte ergänzt bzw. vertieft, die in einigen Ausbildungsstätten nur schwer zu vermitteln sind.

Zeitvorgaben

Die zeitliche Gliederung des Ausbildungsrahmenplans für die Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten erfolgt auf der Grundlage der Zeitrahmenmethode. Die zu vermittelnden Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten zu den einzelnen Ausbildungsberufspositionen sind in zwei Ausbildungs(zeit)blöcke unterteilt. Der erste Block umfasst den Ausbildungszeitraum „**Vor der Zwischenprüfung**“ (1. bis 18. Ausbildungsmonat), der zweite den „**Nach der Zwischenprüfung**“ (19. bis 36. Ausbildungsmonat). Aus der zeitlichen Gliederung ist zu ersehen, in welchem der beiden Ausbildungsblöcke die einzelnen Inhaltsabschnitte schwerpunktmäßig zu vermitteln sind. Dabei wird für die Vermittlung der Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten ein variabler Zeitraum angegeben (z. B. „... von vier bis sechs Monaten ...“). Fachübergreifende Ausbildungsinhalte, zum Beispiel „Assistenz bei ärztlicher Diagnostik“, sind laut Ausbildungsrahmenplan „während der gesamten Ausbildungszeit“ zu vermitteln.

Die Zeitrahmenmethode ist in erster Linie eine pädagogisch orientierte Umsetzungshilfe, die der Ausbildungsstätte einen großen Gestaltungsspiel-

raum bietet. Sie soll den Verantwortlichen in den Praxen und Institutionen helfen, den erforderlichen betrieblichen **Ausbildungsplan** aufzustellen. Die zeitliche Abfolge sollte dabei gegenüber der Gewichtung, welche die Intensität der Vermittlung zum Ausdruck bringt, zweitrangig sein.

Im Rahmen der zeitlichen Gliederung erfolgt eine Schwerpunktsetzung bei den zu vermittelnden Fertigkeiten, Kenntnissen und Fähigkeiten, die Kombination einzelner Positionen in einem bestimmten Zeitraum wird festgeschrieben. Die Bedeutung der Inhalte wird über die vorgesehenen Zeitanteile im Zeitrahmen pro Ausbildungsblock festgelegt sowie durch Fortführung und Vertiefung bereits vermittelter Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten im zweiten Ausbildungsblock besonders hervorgehoben.

Die Unterteilung des Ausbildungsrahmenplans in Zeitblöcke („Vor der Zwischenprüfung“ und „Nach der Zwischenprüfung“) sowie die Zuordnung der Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten zu den Zeitblöcken orientieren sich an Erfahrungswerten über den regelmäßigen Ablauf der Ausbildung. In dieses auf den Normalfall ausgerichtete Ordnungsschema können nicht alle denkbaren betrieblichen und individuellen Besonderheiten einbezogen werden. In der Ausbildungspraxis können Abweichungen von dem im Ausbildungsrahmenplan angegebenen Ausbildungsablauf erforderlich werden.

Ausbildungsplan

Ausbildung muss geplant werden. Dies gilt nicht nur für die Berufsschule. Auch die Ausbildungsstätte muss bei der Erfüllung ihrer Ausbildungsaufgabe geplant vorgehen. Vor Beginn der Ausbildung muss jeder Auszubildende Überlegungen anstellen, welche Ausbildungsinhalte am zweckmäßigsten an welchem Ausbildungsplatz und zu welchem Zeitpunkt vermittelt werden sollen. Die Ausbildungsordnung verpflichtet deshalb jeden Auszubildenden, unter Zugrundelegung des Berufsbildes sowie der Zeitrahmenmethode des Ausbildungsrahmenplanes, für jeden Auszubildenden einen Ausbildungsplan zu erstellen. Der Ausbildungsplan hat die Aufgabe, die sachliche und zeitliche Umsetzung der durch den Ausbildungsrahmenplan vorgegebenen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten in der einzelnen Ausbildungsstätte festzulegen. Da dieser der Ausbildungsstätte Spielräume lässt, muss der Ausbildungsplan den konkreten Ablauf der Ausbildung, in Ansehung der Person der Auszubildenden und der betriebspraktischen Besonderheit, wiedergeben. Der Ausbildungsplan ist mit dem Berufsausbildungsvertrag bei der Landesärztekammer Hessen einzureichen.

Schriftlicher Ausbildungsnachweis

Hierbei handelt es sich um einen neuen Begriff für „Berichtsheft“ nach dem neuen Berufsbildungsgesetz, das am 1. April 2005 in Kraft getreten ist.

Dem schriftlichen Ausbildungsnachweis ist zu entnehmen, welche Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten in der Ausbildungsstätte vermittelt worden sind. Er dient auch der Kontrolle, ob die Ausbildungsinhalte vollständig vermittelt wurden. Auszubildender und Auszubildende sollten deshalb darauf achten, dass alle vermittelten Ausbildungsinhalte erfasst werden. Das Führen des Ausbildungsnachweises ist eine Voraussetzung für die Zulassung zur Abschlussprüfung, zählt jedoch nicht zu den Prüfungsleistungen.

Auszubildender und Auszubildende sollen dem Ausbildungsnachweis ebenso wie die Landesärztekammer und (anlässlich der Abschlussprüfung) der Prüfungsausschuss entnehmen können, dass die im Ausbildungsrahmenplan vorgegebenen Ziele während der Ausbildung erreicht worden sind. In selte-

nen Fällen kann der Ausbildungsnachweis sogar die Funktion eines Beweismittels haben, wenn nämlich bei nicht bestandener Abschlussprüfung von dem Auszubildenden behauptet wird, der von ihm in der Prüfung verlangte Stoff sei während der Berufsausbildung nicht vermittelt worden. So könnte der Ausbildungsnachweis z. B. Beweismittel bei einer etwaigen Schadensersatzklage wegen unzureichender Ausbildung bei Nichtbestehen der Abschlussprüfung werden. Ein schlecht geführter Ausbildungsnachweis wird wohl regelmäßig als Indiz für eine nicht ordnungsgemäß durchgeführte Ausbildung gewertet werden müssen.

Formvorschriften für die Führung des Ausbildungsnachweises gibt es nicht. Die Eintragungen können elektronisch oder von Hand vorgenommen werden. Sicherlich entspricht die aufsatzartige Wiedergabe erlernter Stoffgebiete nicht den Vorstellungen des Ordnungsgebers vom Inhalt des Ausbildungsnachweises. Bei der gebotenen Kürze ist aber zu bedenken, dass der Ausbildungsnachweis eine weitere Funktion erfüllt, wenn er dem Auszubildenden als Nachbereitung des Erlernten und später als Nachschlagewerk dient. Deshalb kann es sinnvoll sein, einzelne Ausbildungstätigkeiten etwas genauer zu erläutern.

Gegenstand der Ausbildungsnachweisführung sind die erreichten Ausbildungsziele, die nicht unbedingt mit den gerade routinemäßig ausgeübten Tätigkeiten übereinstimmen müssen. Der Ausbildungsnachweis ist kein Tätigkeitsnachweis.

Zum zeitlichen Rhythmus der Eintragungen können deshalb keine Vorgaben gemacht werden. Der Ausbildungsnachweis ist immer dann zu ergänzen, wenn ein neuer Ausbildungsinhalt vermittelt wurde.

Die Ausbildungsordnung schreibt vor, dass dem Auszubildenden Gelegenheit zu geben ist, den Ausbildungsnachweis während der Ausbildungszeit zu führen. Der Auszubildende hat diesen regelmäßig durchzusehen.

Gemeinsam mit dem Berufsbildungsausschuss der Landesärztekammer Hessen haben wir einen Ausbildungsnachweis erstellt, der im Hinblick auf den Verlauf der Berufsausbildung mehr Transparenz bringen soll.

Seit dem Jahr 2000 werden die schriftlichen Ausbildungsnachweise während des Aufenthalts in der Carl-Oelemann-Schule zur Überbetrieblichen Ausbildung (Grundstufe im Zeitraum März bis Juli) von einer fachkundigen Person durchgesehen. Durch diese von Berufsbildungsausschuss und Präsidium beschlossene Maßnahme soll eine einzelfallbezogene Information über die Ausbildungsnachweisführung und ggf. eine frühzeitige Korrektur erreicht werden. Die Ausbildungsnachweise müssen deshalb zum Lehrgang Grundstufe der Überbetrieblichen Ausbildung mitgebracht werden!

Landesärztekammer Hessen

Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

** Wegen der besseren Lesbarkeit werden die Begriffe Auszubildender, Auszubildender jeweils in der männlichen und weiblichen Form mitgedacht.*

Schreiben Sie uns Ihre Meinung

Hessisches Ärzteblatt

– Leserbriefe –

Redaktion Hessisches Ärzteblatt

Im Vogelsong 3

60488 Frankfurt

E-Mail: maren.siepmann@laekh.de

Telefax 069 97672-247

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:

Hausärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Mittelbereich Lampertheim / Viernheim / Bensheim / Heppenheim / Bürstadt / Lorsch

Gorxheimertal	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Heppenheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Hirschhorn	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Neckarsteinach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Pfungstadt	Frauenärztin/Frauenarzt
Dieburg	Urologin/Urologe

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Neckarsteinach	Frauenärztin/Frauenarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Bensheim	Urologin/Urologe

Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Riedstadt	Frauenärztin/Frauenarzt
Rüsselsheim	Frauenärztin/Frauenarzt mit Anstellung (über 30 Std. pro Woche, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Raumordnungsregion Starkenburg

Erbach	Internistin/Internist – fachärztlich – Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie
--------	--

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.

Hausärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Mittelbereich Frankfurt

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

Planungsbereich Mittelbereich Hattersheim / Hofheim / Kelkheim

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

Planungsbereich Bad Homburg / Oberursel / Friedrichsdorf

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

Planungsbereich Mittelbereich Königstein / Kronberg / Schwalbach / Bad Soden / Eschborn

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

Planungsbereich Mittelbereich Hanau

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

Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Frankfurt am Main

Frankfurt-Bornheim	Hautärztin/Hautarzt
Frankfurt-Nordend	Internistin/Internist – fachärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt-Höchst	Kinderärztin/Kinderarzt
Frankfurt-Ostend	Neurologin und Psychiaterin/Neurologe und Psychiater
Frankfurt-Nordend	Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt-Westend	Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut
Frankfurt-Sachsenhausen	Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt-Zeilsheim	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Hanau	Augenärztin/Augenarzt
Bruchköbel	Frauenärztin/Frauenarzt

Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach-Innenstadt	Internistin/Internist – fachärztlich (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
----------------------	---

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Kelkheim	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
----------	--

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Dreieich	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin
Heusenstamm	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (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 Frankfurt, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt**, zu senden.

Hausärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Mittlere Bereich Friedberg/Bad Nauheim

Karben	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Häftiger Versorgungsauftrag)
Friedberg	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Planungsbereich Mittlere Bereich Lauterbach

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

Planungsbereich Mittlere Bereich Herborn

Mittenaar	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Häftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
-----------	---

Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Herborn	Ärztin für Psychotherapeutische Medizin/ Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Häftiger Versorgungsauftrag)
Wetzlar	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Häftiger Versorgungsauftrag)
Wetzlar	Orthopädin/Orthopäde (Häftiger Versorgungsauftrag)
Wetzlar	Orthopädin/Orthopäde (Häftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Braunfels	Orthopädin/Orthopäde (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Planungsbereich Landkreis Marburg-Biedenkopf

Marburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Häftiger Versorgungsauftrag)
---------	---

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Frankenberg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Häftiger Versorgungsauftrag)
-------------	---

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Vilbel	Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut (Häftiger Versorgungsauftrag)
Butzbach	Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Häftiger Versorgungsauftrag)
Friedberg	Hautärztin/Hautarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Raumordnungsregion Mittelhessen

Wetzlar	Internistin/Internist – fachärztlich – (Häftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
---------	--

Planungsbereich Raumordnungsregion Rhein-Main

Butzbach	Anästhesistin/Anästhesist (Häftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
----------	---

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

Hausärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Mittlere Bereich Witzenhausen

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

Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Stadt- und Landkreis Fulda

Fulda	Ärztin/Arzt für Neurologie/Psychiatrie (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
-------	---

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Fulda Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
(Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut
(Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Bad Wildungen Ärztin/Arzt für Kinder- und Jugendmedizin
(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.

Allgemeine fachärztliche Versorgung**Planungsbereich Wiesbaden**

Wiesbaden Hautärztin/Hautarzt
Wiesbaden Kinderärztin/Kinderarzt
(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Wiesbaden Orthopädin/Orthopäde
(Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Limburg-Weilburg

Limburg Frauenärztin/Frauenarzt
(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 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.

**Deutsche Akademie für
Flug- und Reisemedizin**



**European School of
Aviation Medicine**

Ausschreibung Wissenschaftspreis

Die Deutsche Akademie für Flug- und Reisemedizin gGmbH stiftet einen Preis zur Förderung der Forschung im Bereich Luft- und Raumfahrtmedizin, Reisemedizin und verwandte Forschungsgebiete.

Dieser Wissenschaftspreis wird jährlich für hervorragende wissenschaftliche Arbeiten verliehen und richtet sich besonders an den wissenschaftlichen Nachwuchs.

Der Preis besteht aus einer

**Urkunde und einer Prämie
in Höhe von 10.000 €**

Bewerbungen für den Wissenschaftspreis im Jahre 2014 müssen bis zum **28.02.2014** dem Wissenschaftlichen Beirat der Deutschen Akademie für Flug- und Reisemedizin gGmbH, Luft-hansa-Basis, 60546 Frankfurt, zugesandt werden.

Der Bewerber sollte

- darlegen, warum er sich um den Preis bewirbt,
- die Arbeit in dreifacher gebundener Ausfertigung mit Lebenslauf einreichen,
- nur eine Arbeit/Publication pro Ausschreibung einreichen,
- die Arbeit bisher nicht bei einer anderen Institution etc. zur Prämierung vorgelegt haben.