

Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

7 | 2009

Juli 2009

70. Jahrgang



- 112. Deutscher Ärztetag in Mainz
Der Tabubruch
- Zertifizierte Fortbildung:
Aktueller Stand der
Dünndarmendoskopie
- Wirkung eines komplexen
Trainings- und Therapie-
programms bei Patienten/innen
mit Erkrankung des Bewegungs-
apparates während einer
dreiwöchigen Rehabilitation
- Die Patientin heißt
„Schloss-Orgel“
- Hitzebedingte Gesundheits-
schäden im höheren Lebensalter
– Prävention in der Kommune

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.
Tel. 069 97672-0
Internet: www.laekh.de
E-Mail: info@laekh.de

Schriftleitung (verantwortlich):

Prof. Dr. Toni Graf-Baumann
verantwortlich für Mitteilungen der LÄK Hessen:
Dr. Michael Popović
verantwortlich für Mitteilungen der Akademie:
Prof. Dr. Ernst-G. Loch

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Katja Möhrle, M.A.

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. med. Erika Baum, Biebertal
Karl Matthias Roth, Wiesbaden
Dr. med. Alfred Halbsguth, Frankfurt
Prof. Dr. med. Dietrich Höffler, Darmstadt
Dr. med. Georg Holfelder, Frankfurt
Dr. med. Siegmund Kalinski, Frankfurt
Dr. med. Norbert Löschohorn, Seeheim-Jugenheim
Prof. Dr. med. Peter Osswald, Frankfurt
Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Gießen
Dr. med. Gösta Strasding, Frankfurt
PD Dr. med. Oskar Zelder, Marburg
Dr. med. Walter Schultz-Amling, Hofheim

Arzt- und Kassenarztrecht:

Dr. Katharina Deppert,
Gutachter- und Schlichtungsstelle
Dr. Alexander Schmid, Justitiar der LÄK Hessen

Anschrift der Redaktion:

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

Redaktionsschluss:

fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Tel. 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
Tel. 0341 710039-92
E-Mail: lk@l-va.de

Druck:

Druckhaus Dresden GmbH
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Layout-Design:

Kathrin Artmann, Heidesheim
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen

zzt. ist Anzeigenpreisliste Nr. 5 vom 1.1.2009 gültig.

Bezugspreis / Abonnementspreise:

Der Bezugspreis im Inland beträgt 104,50 €
(12 Ausgaben), im Ausland 104,50 € zzgl. Versand.
Kündigung des Bezugs 3 Monate vor Ablauf
des Abonnements. Für die Mitglieder der
Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis
durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

ISSN: 0171-9661

Hessisches Ärzteblatt



Editorial	444
Fortbildung	
Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen, Teil 5: Roßkastanie	445
Von hessischen Ärztinnen und Ärzten	
Paracelsus-Medaille für Professor Dr. med. Ernst Rebentisch	445
Landesärztekammer Hessen	
Der Tabubruch: 112. Deutscher Ärztetag in Mainz	446
Fortbildung	
Zertifizierte Fortbildung: Aktueller Stand der Dünndarmendoskopie	454
Multiple Choice-Fragen	460
Medizinisches Kreuzworträtsel	461
Fortbildung	
Wirkung eines komplexen Trainings- und Therapieprogramms bei Patienten/innen mit Erkrankung des Bewegungsapparates während einer dreiwöchigen stationären Rehabilitation	462
Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim	470
Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim	474
Historisches	
Die Patientin heißt „Schloss-Orgel“	477
Fortbildung	
MRE-Netzwerk Rhein-Main – Mitmachen lohnt sich!	479
Aktuelles	
Hitzebedingte Gesundheitsschäden im höheren Lebensalter – Prävention in der Kommune	480
Fortbildung	
Sicherer Verordnen	484
Arzt- und Kassenarztrecht	
Schweigepflicht: Herausgabe von Krankenunterlagen Verstorbener	485
Mit meinen Augen	
„Unfrisierte“ Bemerkungen vom Rand des Ärztetags	486
Satire Geh'n Sie doch zur Bäd Bänk!	487
Humoristisches Schneckenfrieden	487
Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	488
Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	494
Bücher	495

Mit dem Einreichen eines Beitrages zur Veröffentlichung überträgt der Autor 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.

Die Freiheit des Arztberufes – oder wie frei ist der Arztberuf noch?



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
(Bild pop)

Freiheit zu gestalten ist ein außerordentlich schwieriges Unterfangen, denn im Sinne des Philosophen Hegel birgt der Begriff „Freiheit“ immer zwei Seiten: Freiheit **von** etwas und Freiheit **für** etwas. Um also die Frage nach der Freiheit des Arztberufes zu beantworten, möchte ich zunächst einmal an die Grundsätze der ärztlichen Berufsausübung erinnern. „Primum nihil nocere“ – diesem Grundsatz der hippokratischen Tradition folgend sollen Ärztinnen und Ärzte den ihm anvertrauten Menschen helfen, vor allem aber darauf achten, ihnen nicht zu schaden. Wir Ärztinnen und Ärzte sind ausschließlich dem Wohl des Patienten und der Allgemeinheit verpflichtet. Diese Aussage ist identitätsstiftend, so dass sie allen anderen Regeln unserer Berufsordnung voransteht: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist keine Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“

Aufgrund unserer besonderen beruflichen Qualifikation erbringen wir unsere

Leistungen für die uns anvertrauten Patientinnen und Patienten eigenverantwortlich und fachlich unabhängig. Weitere Attribute des freien Arztberufes sind die hohe Professionalität und eine strenge Selbstkontrolle. So weit, so gut. Aber wie sieht es in der Realität aus?

Nicht nur die gesundheits- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen, sondern auch ein zentraler Werteverlust im Heilwesen führen zu einer Identitätskrise eines ganzen Berufsstandes. Das einstige Selbstverständnis, dass wir Ärztinnen und Ärzte ausschließlich dem Wohl des Patienten verpflichtet sind, ist nicht mehr selbstverständlich.

Unter ökonomischen Gesichtspunkten müssten wir die ambulante Versorgung in fünf bis zehn Minuten-Takten gestalten, im Sinne eines Projektmanagements Krankheit ausschließlich auf die körperliche Ebene reduzieren und all unsere Erfahrung, unser Können und Wissen in eine Leitlinie quetschen. Jedem wird sofort klar, dass dabei die psychosoziale Ebene vernachlässigt wird, und zwar nicht nur die unserer Patienten, sondern auch unsere eigene.

Auf dem Deutschen Ärztetag in Mainz haben wir deutlich gemacht, dass nur Ärztinnen und Ärzte in einem freien Beruf,

seien sie in eigener Praxis tätig oder in einem Krankenhaus angestellt, einen Mehrwert für die Vertrauensebene zwischen Patienten, Ärzten und Gesellschaft darstellen. Sie stehen auch für Innovation, Stabilität und Wettbewerb, und der Kompass nach dem ihr Handeln ausgerichtet ist, heißt „Humanität“.

Eines muss auch klar sein: eine vertrauensvolle und individuelle medizinische Versorgung kann es nicht für „lau“ geben. Ärztinnen und Ärzte können auf Dauer nur dann eine gesellschaftlich relevante Gruppe bleiben, wenn sie sich weiterhin als Teil unserer Gesellschaft verstehen und von dieser auch getragen werden. Gemeint ist ein Vertrag auf Gegenseitigkeit, also ein Geben und Nehmen, keine Ausbeutung, weder in der ambulanten, noch in der stationären Patientenversorgung.

Dafür müssen wir gemeinsam kämpfen, und dafür lohnt es sich zu kämpfen!

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch
zu Hatzbach, Präsident



ÜBERLEBEN AUF DER FLUCHT

Der Alltag im Flüchtlingslager – eine Ausstellung Eintritt frei

19.06. – 12.07.2009 • 10 bis 20 Uhr

Frankfurt am Main • Carlo-Schmid-Platz • Bockenheimer Warte

Infoabende zu **ÄRZTE OHNE GRENZEN**

01.07. 2009 und 08.07. 2009 jeweils 19:00 bis 21:30 Uhr

Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Haus 22 Medientechnik • Hörsäle H23-H23-4 • Theodor-Stern-Kai 7 • 60590 Frankfurt

Gruppenführungen bitte anmelden unter: <http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/flucht>



Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen

Teil 5: Roßkastanie (*Aesculus hippocastanum* L.) *Alexander H. Jakob*

Weitverbreitet sind in Hessen die oft stattlichen sommergrünen Bäume der Roßkastanie, deren Namen wohl historisch in der Verfütterung der Samen an Pferde zum Beispiel bei Atemwegserkrankungen begründet ist, womit schon ein Hinweis auf die pharmakologische Wirksamkeit dieser Baumsamen gegeben wird.

Die Samen der Roßkastanie enthalten mindestens drei Prozent Triterpensaponine, wobei der Hauptwirkstoff das Aescin ist, welches entzündungshemmende und antiexsudative, aber auch immunmodulatorische Eigenschaften hat. Diese Wirkung erklärt den Einsatz zur Linderung der Beschwerden bei der chronischen Veneninsuffizienz. Während für die

weitverbreitete Anwendung in topischer Form neben der Kühlung keine längerfristigen Effekte gezeigt werden konnten, ist für die orale Anwendung von standardisiertem Aescin in verschiedenen Studien der Wirksamkeitsnachweis geführt worden und bei entsprechenden Beschwerden kann neben der Kompressionstherapie diese medikamentöse Intervention durchaus in Betracht gezogen werden.

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Alexander H. Jakob
Facharzt für Allgemeinmedizin
 – Naturheilverfahren –
Stierstädter Straße 8a
61350 Bad Homburg v. d. H.
E-Mail: drjakob@gmx.de



Roßkastanie

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

Paracelsus-Medaille für Professor Dr. med. Ernst Rebentisch

Der ehemalige Generaloberstabsarzt der Bundeswehr und Facharzt für Chirurgie, Professor Dr. med. Ernst Rebentisch, ist auf dem 112. Deutschen Ärztetag in Mainz mit der Paracelsus-Medaille, der höchsten Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft, geehrt worden. Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, würdigte Rebentisch als Arzt, der sich in seiner langjährigen aktiven Tätigkeit herausragende Verdienste um die deutschen Ärztinnen und Ärzte, die medizinische Versorgung und das Gemeinwohl der Bevölkerung erworben habe. „Als Generaloberstabsarzt hat Rebentisch die Bundeswehr besonders geprägt“, sagte Hoppe.

Ernst Rebentisch wurde am 31. Januar 1920 in Offenbach am Main geboren und legte 1937 in Darmstadt das Abitur

ab. Nach langen Jahren im Kriegsdienst (1937–1945), Internierung und Zwangsverpflichtung zum Dienst in Kriegsgefangenen-Lazaretten nahm der gebürtige Hesse 1946 in München sein Medizinstudium auf, das er 1950 mit dem Staatsexamen abschloss. 1952 wurde Rebentisch an der Universität Mainz zum Dr. med. promoviert. Assistenzarztzeit und internistisches Pflichtjahr in Offenbach und Garmisch-Partenkirchen folgten; 1958 erhielt er seine Anerkennung als Facharzt für Chirurgie und wurde am 1. Februar 1959 Oberarzt der Chirurgischen Klinik des Kreiskrankenhauses Gelnhausen.

Rebentisch, der am 1. Oktober 1959 als Oberstabsarzt in die Bundeswehr eintrat, war von 1976 bis zum 31. März 1980 Generaloberstabsarzt und Inspekteur des Sanitäts- und Gesundheitswesens

der Bundeswehr in Bonn. 1975 wurde er zum Honorarprofessor für Wehr- und Katastrophenmedizin an der Technischen Universität München ernannt. 1980 begründete Rebentisch die Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin mit und war von 1980 bis 1991 Mitglied und Leiter des Ausschusses „Katastrophenmedizin“ und des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer. Er wurde u. a. mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse und dem Großen Bundesverdienstkreuz mit Stern ausgezeichnet.



Katja Möhrle

Der Tabubruch

112. Deutscher Ärztetag in Mainz

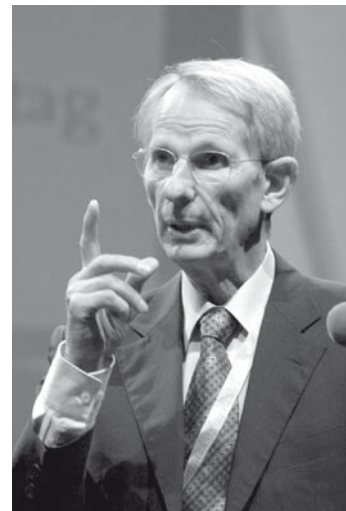
Priorisierung – schon lange ist ein Schwerpunktthema des Deutschen Ärztetages nicht mehr auf ein solch aufgelegtes mediales Echo gestoßen wie in diesem Jahr. „Von Mainz gehen noch immer gute Impulse aus“, stellte Professor Dr. med. Frieder Hessenauer, Präsident der gastgebenden Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, in seinem Grußwort zur Eröffnung des Ärztetages fest. Ob die Impulse des 112. Deutschen Ärztetages (DÄT) künftig auf fruchtbaren Boden fallen, oder die kritisch-ablehnenden Töne in der Öffentlichkeit auch auf längere Sicht überwiegen werden, bleibt abzuwarten. Bereits vor Beginn der viertägigen Veranstaltung hatte Bundesärztekammerpräsident Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe mit seiner Forderung nach



Dr. Klaus Theo Schröder

Priorisierung von Gesundheitsleistungen eine Debatte über den vernünftigen Umgang mit den begrenzten finanziellen Mitteln im deutschen Gesundheitswesen angestoßen „Wer sagt, die umfassende Gesundheitsversorgung ist sicher, sagt schlicht und einfach nicht die Wahr-

heit“, unterstrich er in seiner Rede in der Mainzer Rheingoldhalle. Dem gegenüber lehnte der rheinland-pfälzische Ministerpräsident Kurt Beck in seinem Grußwort jede Form von Priorisierung ab und sorgte zugleich für eine Begriffsvermischung, als er bekannte, das Wort Rationierung zu scheuen wie der Teufel das Weihwasser. In Zusammenhang mit Gesundheit sei Rationierung „ein furchtbares Wort“. „Wir Ärztinnen und Ärzte wollen keine Rationierung, keine Streichung von Leistungen“, rückte Hoppe richtig. Im deutschen Gesundheitswesen gebe es längst eine heimliche Rationierung, die politisch verschwiegen oder verschleiert werde. Gesetzgeberische Rationierungsentscheidungen und die sich daraus ergebenden Probleme würden in die sogenannte Mikroebene, also in die Arzt-Patienten-Beziehung verlagert, damit Patienten und die allgemeine Öffentlichkeit den Eindruck gewinnen, die Verantwortung für die Vorenthaltung von Leistungen liege bei den Ärztinnen und Ärzten. Der Politik warf der Bundesärztekammerpräsident vor: „Sie drehen uns den Hahn zu und machen uns für die Trockenheit verantwortlich.“ Da die Finanzausstattung des Gesundheitssystem nicht ausreiche, schlage die Bundesärztekammer ein mehrstufiges Priorisierungsmodell – d. h. die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen oder Verfahren vor anderen – vor, wie es in Schweden bereits angewandt werde. Priorisierung bedeute, dass bei bestimmten Krankheitsbildern Eingriffe und andere Maßnahmen nach mehrstufigen Rangreihen erfolgten, in denen Methoden, Krankheitsfälle, Krankengruppen, Versorgungsziele und Indikationen in einer Rangfolge angeordnet würden. Hoppe forderte darüber hinaus die Einrichtung eines Gesundheitsrates, der sich mit der Frage der Priorisierung von



Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe

Gesundheitsleistungen befassen solle. Die Verantwortung für die Verteilung liege dann allerdings bei der Politik.

„Von einer Unterfinanzierung oder Mangelverwaltung sind wir meilenweit entfernt“, widersprach Dr. Klaus Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, den Ausführungen Hoppes zur Situation des deutschen Gesundheitswesens. Schröder war stellvertretend für Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt nach Mainz gereist, die in diesem Jahr zum ersten Mal in ihrer Amtszeit einem Deutschen Ärztetag ferngeblieben war, um in Genf Gespräche über die Schweinegrippe zu führen. Zuvor hatte sie sich bereits vehement gegen Priorisierung ausgesprochen. Auch Schröder hob hervor, dass in dem solidarischen Gesundheitssystem der Bundesrepublik jeder die Hilfe erhalte, die er benötige. „Wir wollen, dass auch in Zukunft alle am medizinischen Fortschritt teilnehmen können, ohne private Zusatzversicherungen abschließen zu müssen.“ Schröder räumte allerdings ein, dass das Gesundheitssystem nicht ohne Mengensteuerung „gefahren“ werden könne. Es gehe daher um die Frage: „Wie können wir das System effizienter machen und

seine Potentiale ausschöpfen?“ Unterver-sorgte, ländliche Gebiete könnten durch finanzielle Anreize attraktiver gemacht werden; auch sei eine bessere Teamarbeit und Kooperation mit nichtärztlichem Personal, z.B. Schwester AGnES, wichtig. Es bedürfe dafür der sektorübergreifenden, integrierten Versorgung, als deren Grundlage er die elektronische Gesundheitskarte (eGK) und den durch sie zur Verfügung stehenden Datenbestand bezeichnete. Schröder sprach sich eindeutig für den Fortbestand der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) aus, die bei der Feinsteuerung der ärztlichen Versorgung vor Ort auch in Zukunft eine zentrale Funktion hätten. Ohne explizit auf die neuen Hausarztverträge einzugehen, bezeichnete er den erweiterten Wettbewerb im Gesundheitswesen – und damit auch Einzelverträge – als notwendige Ergänzung des Kollektivvertrags. Bei allen gebotenen Änderungen stehe die Freiberuflichkeit der Ärztinnen und Ärzte jedoch nicht zur Debatte, versicherte Schröder: „Wir stehen ohne Wenn und Aber zu dem System“: Für die Honorarreform fand der Staatssekretär anerkennende Worte; die zentralen Forderungen der Ärzteschaft seien umgesetzt worden und das Honorar des einzelnen Arztes nun kalkulierbar.

Mit der Feststellung, es habe am besten funktioniert, als es nur die Kollektivverträge zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegeben habe, widersprach Bundesärztekammerpräsident Hoppe den Worten des Staatssekretärs. Die heutigen Selektivverträge seien das Primäre; die KVen – gemäß dem Aschenputtel-Prinzip – nur noch dort gefragt, „wo Reste geblieben“ seien. Eine Entwicklung, die nochmals hinterfragt werden sollte. Hoppe warnte vor einer weiteren Beschneidung der freiberuflichen Berufsausübung der Ärzte und un-

terstrich, dass die Prinzipien des freien Berufes für alle Ärzte gelten, ganz gleich, ob sie in eigener Praxis oder als angestellte Ärzte in Krankenhäusern oder in Medizinischen Versorgungszentren tätig seien. Sie alle rief der Ärztekammerpräsident ausdrücklich zu Einigkeit auf. Er wisse, dass er mit seiner Forderung nach Priorisierung ein Tabu gebrochen habe – das Tabu des unbegrenzten Leistungsversprechens, erklärte Hoppe abschließend. Die Politik dürfe die Menschen nicht weiter über die Lage täuschen, sondern müsse endlich Farbe bekennen. „Ich will in der Gesellschaft eine Diskussion darüber anstoßen, wie viel sie bereit ist, für Gesundheit auszugeben“; sagte Hoppe und ertete für seine Rede „standing ovations“ auf dem Ärztetag.

Antwort auf Sturm der Entrüstung

Mit einem Sturm der Entrüstung und bewussten Fehlinterpretationen reagierten zahlreiche Medien, aber auch Politiker auf Hoppes Priorisierungsvorschlag. Gelassen kommentierte Hoppe die Äußerungen von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, die die Idee einer Rangliste aus der Ferne als „ziemlich menschen-

verachtend“ bezeichnet hatte. Wenn die finanzielle Ausstattung der Krankenkassen nicht verbessert werde, sei eine Einschränkung von Leistungen unausweichlich, erklärte Hoppe. Kranke sollten auch weiterhin behandelt werden; aber es könne nicht mehr die Behandlung jeder „Unpässlichkeit“ bezahlt werden. Im Übrigen hätten Länder wie Großbritannien und Schweden längst Priorisierungslisten eingeführt; Schmidt solle daher ihren Vorwurf der Menschenverachtung nochmals überdenken.

Auch viele hessische Delegierten äußerten Zustimmung zu Hoppes Vorschlägen. „Unbedingt, ja“, antwortete Dr. med. Jürgen Glatzel, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen, auf die Frage, ob es richtig gewesen sei, die Priorisierung auf dem DÄT zu thematisieren. „Absolut richtig. Professor Hoppe hat bewusst ein Tabu gebrochen, um endlich eine sachliche Diskussion in die Wege zu leiten“, lobte Dr. med. Georg Holfelder. „Ja“, unterstrich auch Michael Andor, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen. „Die begrenzten Mittel, die die Gesellschaft zur Verfügung stellt, müssen gerecht verteilt werden.“ Dr. med. Wolf-Andreas Fach, Vorsitzen-

ANZEIGE

Anwaltskanzlei Samira Bothe

Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht
Fachanwältin für Familienrecht

- **Vertragsarztrecht/ Kassenarztrecht:** Honorarkürzung, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Plausibilitätsprüfung, Arzneimittelregress, Zulassungsverfahren
- **ärztliches Berufsrecht**
- **Arzthaftungsrecht**
- **Vertragsgestaltung:** Praxisgemeinschaft, Gemeinschaftspraxis, neue Versorgungs- und Kooperationsformen

– Vertrauensanwältin der Stiftung Gesundheit –

Wilhelmstraße 2, 61231 Bad Nauheim,
Tel. 06032 / 92 73 73, Fax 06032 / 92 73 83
E-Mail: info@kanzlei-bothe.de, www.kanzlei-bothe.de





Professor Dr. med. Alexandra Henneberg

der der Bezirksärztekammer Frankfurt, bezeichnete die Wahl des Themas Priorisierung als richtig, kritisierte jedoch die mediale Vorbereitung und den Zeitpunkt. Dagegen hielt Professor Dr. med. Alexandra Henneberg Priorisierung für problematisch, da Randgruppen übersehen werden könnten. „Die deutsche Ärzteschaft hat einen absolut verkehrten Appell gesetzt, der ganz schlecht in der Öffentlichkeit ankam“, lehnte Dr. med. Sylvia Mieke das Schwerpunktthema ab, während PD Dr. med. Andreas Scholz den Vorstoß Hoppes positiv bewertete. Als Krankenhausarzt habe er das Gefühl, dass elementare Leistungen nicht mehr im DRG-System enthalten seien. Im niedergelassenen Bereich sehe es ähnlich aus.

Honorierung

An die Diskussionen über das Für und Wider schlossen sich lebhaftere, teilweise sogar erhitzte Debatten über die von Hoppe angesprochenen Selektivverträge und seinen Einsatz für den Erhalt der Kassenärztlichen Vereinigungen an. Vor allem die Hausärzte warfen dem Vorstand der Bundesärztekammer Parteilichkeit vor. Über die in einem Antrag aufgestellte und schließlich mit knapper Mehrheit wieder

gestrichene Behauptung, durch Selektivverträge werde „die teilweise Aufgabe der Therapiefreiheit durch monetäre Anreize gefördert“, entrüsteten sich zahlreiche Delegierte. Sie sahen durch die ursprüngliche Formulierung die Hausarztverträge diskreditiert. „Viele Kollegen fühlen sich aufgrund Ihrer Rede angegriffen“, warf die hessische Delegierte Dr. med. Sylvia Mieke dem Bundesärztekammerpräsidenten vor. Dr. med. Dieter Conrad, Vorsitzender des Hausärzteverbandes in Hessen, sprach von „Chaos pur“ in der Diskussion und im System.



Dr. med. Dieter Conrad

„Wir als Hausärzte wären dumm, wenn wir diese Gelegenheit nicht ergreifen würden“, urteilte er mit Blick auf die Hausarztverträge. Michael Andor bezeichnete die Debatte als „insuffizient“. Das Problem sei die Mittelbegrenzung und nicht die Art der Verträge.

Abfuhr für Patientenrechtsgesetz

Unterstützung seiner Thesen erfuhr der Präsident der Bundesärztekammer in dem Vortrag „Patientenrechte in Zeiten der Rationierung“ des Kölner Medizinrechtlers Professor Dr. Christian Katzenmeier. Angesichts des immer deutlicher

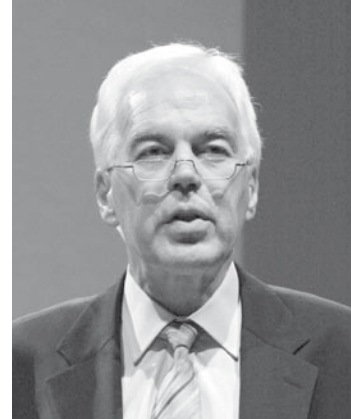
werdenden „Überhangs des theoretisch Machbaren über das praktisch Finanzierbare“ in der modernen Medizin, laute die zentrale Frage: „Wie gehen wir mit den knappen Mitteln um? Wie stellen wir eine gerechte Verteilung sicher?“, sagte Katzenmeier, der als Experte zum Thema „Patientenrechte“ auf den Ärztetag eingeladen worden war. Dem Staat werde letztlich nicht erspart bleiben, Regeln für den Umgang mit der Knappheit aufzustellen, zumal dem Arzt sonst die „Rolle eines Funktionärs austeilender Gerechtigkeit“ drohe, die den besonderen Charakter seines Dienstes grundlegend verändere. „Wenn sich das Haftpflichtrecht weiterhin an dem medizinisch Machbaren orientiert und damit tendenziell das Optimum fordert, während nach Sozialversicherungsrecht Leistungen nicht erbracht werden dürfen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dann droht die Gefahr eines Auseinanderdriftens beider Teilrechtsgebiete“, erklärte Katzenmeier. Dem politischen Vorhaben zur Einführung eines Patientenrechtsgesetzes erteilte der Direktor des Kölner Instituts für Medizinrecht eine deutliche Abfuhr. Obwohl es in Deutschland keine speziellen Regelungen gebe, habe die richterliche Spruchpraxis in den vergangenen Jahrzehnten ein effektives Patientenschutzrecht geschaffen. Man könne sich, so Katzenmeier, nicht des Eindrucks erwehren, dass Patientenrechte weniger durch Ärzte, als durch eine Gesundheitspolitik verkürzt würden, die sich weigere, sich des Problems der zunehmenden Ressourcenknappheit anzunehmen und dafür Lösungen zu erarbeiten. In dem von den Delegierten verabschiedeten Antrag heißt es, dass das ärztliche Haftungsrecht nicht missbraucht werden dürfe, um staatlich bedingte Versorgungsdefizite zu kaschieren. Der Ärztetag sprach sich gegen ein gesondertes

Patientenrechtsgesetz aus und forderte statt dessen die Sicherung grundlegender Patientenrechte in der Gesundheits- und Sozialgesetzgebung.

Der Arztberuf – ein freier Beruf

Ein weiterer Schwerpunkt des Ärztetages war das Thema Freiberuflichkeit. Einstimmig verabschiedeten die Delegierten den Hauptantrag des BÄK-Vorstandes, in dem es wörtlich heißt: „Ein Arzt, der frei darüber entscheiden kann, welche Therapie individuell die notwendige ist, mag für manchen Politiker unbequem sein, für die Patienten aber ist er die Garantie für eine seinen Bedürfnissen entsprechende Behandlung.“ Der Soziologe Professor Christoph Hommerich warnte als Gastredner vor dem riskanten Vertrauensverlust in zentrale gesellschaftliche Institutionen und Systeme. Auch das Gesundheitssystem bedürfe einer neuen Legitimation, wenn es Vertrauenswürdigkeit festigen oder auch wiederherstellen wolle. Besonderen Stellenwert wies Hommerich dabei dem zentralen Beruf im Gesundheitswesen – dem Arztberuf – zu und kritisierte zugleich dessen Trivialisierung als Dienstleister, Reparatuer, Restaurateur, Unternehmer und Fließbandarbeiter. Eine

zentrale Funktion im Gesundheitswesen habe die Arzt-Patienten-Beziehung. Deswegen müssten Bedingungen geschaffen werden, unter denen Ärzte Verantwortung übernehmen und Verantwortlichkeit entwickeln können. Hommerich bezeichnete die fachliche Unabhängigkeit des Arztes als „eine zentrale Voraussetzung dafür, dass wir dem Gesundheitssystem vertrauen“. Das Spezifische am Arztberuf als freier Beruf sei seine Weisungsunabhängigkeit von nichtärztlichen Dritten in fachlichen und medizinischen Fragen, betonte auch Professor Dr. med. Christoph Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer in seinem Vortrag „Der Beruf des Arztes – ein freier Beruf heute und in Zukunft“. Diese professionelle Autonomie diene einzig und alleine dem Interesse der Patienten. Freiheit und Verantwortung seien das Fundament der Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt und damit auch zwischen Ärzteschaft und Gesellschaft. Dass die Rahmenbedingungen für den freien Beruf heute allerdings nicht mehr stimmten, sei kein Zufall. „Das Gesundheitssystem soll destabilisiert, der Selbstverwaltung Versagen vorgeworfen und die angeblich rettende Staatsmedizin eingeführt werden“,



Professor Dr. med. Christoph Fuchs

sagte Fuchs und rief die Ärzteschaft dazu auf, sich zu wehren: „Die Zeit ist reif für einen Politikwechsel.“ Nötig sei ein klares Bekenntnis zum Arztberuf als freiem Beruf und zu der ärztlichen Selbstverwaltung. Durch die Vorträge und Beschlüsse sei das Bewusstsein des Arztberufes als freier Beruf gestärkt worden, urteilte der hessische Delegierte Dr. med. Klaus König. Die Patientenrechte sollten allen bewusst sein.

Bedarfsgerechte Versorgung von Behinderten

Mit Empathie diskutierten die Ärzteparlamentarier über die medizinische Ver-

ANZEIGE

Sucht, Depression, Angst, Burn-out

Zurück ins Leben

Beratung und Information

0800 32 22 32 2

(kostenfrei)

Unsere privaten Akutkrankenhäuser:


Schwarzwald, Weserbergland,

Berlin/Brandenburg

www.oberbergkliniken.de

Sofortaufnahme – auch im akuten Krankheitsstadium.
Hochintensive und individuelle Therapien für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte.

Wir helfen bei der Klärung der Kostenübernahme.


Oberberg

Psychotherapie · Psychiatrie · Psychosomatik

sorgung von Behinderten. Nach Angaben des Leitenden Arztes der Bodelschwingschen Anstalten Bethel in Bielefeld, Professor Dr. med. Michael Seidel, leben in Deutschland mehr als eine halbe Million Menschen mit geistiger oder mehrfacher körperlicher Behinderung, die aufgrund von Begleiterkrankungen einen erhöhten Bedarf an gesundheitlicher Versorgung haben. Dem gegenüber stehe die Tatsache, dass das deutsche Gesundheitssystem weder strukturell noch organisatorisch auf die Versorgung der Betroffenen eingerichtet sei. Gleichzeitig nehme die Anzahl der Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung zu, da auch dieser Personenkreis Anschluss an die demographische Entwicklung gefunden habe, berichtete Seidel. Besonders problematisch ist die Situation für die Patienten, wenn sie das Erwachsenenalter erreicht haben. Während für Kinder und Jugendliche noch ein gut organisiertes Netz von Sozialpädagogischen Zentren zur Verfügung stehe, breche die Versorgung bei den Erwachsenen ab, beklagte der Neurologe und Ärztliche Leiter des Kinderneurologischen Zentrums in Mainz, Dr. med. Helmut Peters. Dann gebe es nur noch wenige spezialisierte Einrichtungen der Behindertenhilfe, die ebenfalls unterfinanziert seien. Der Ärztetag forderte, dass Menschen mit Behinderung die Versorgung erhalten sollen, die sie aufgrund ihrer Behinderung zusätzlich benötigen. Dafür seien nicht nur zielgruppenspezifische Fachkenntnisse notwendig; auch das Vergütungssystem im ambulanten und stationären Sektor müsse besser an die Bedürfnisse Behinderter angepasst werden.

In einem engagierten Plädoyer sprach sich der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, für die Unterstützung von Arbeitgebern bei der Ein-



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

richtung behindertengerechter Arbeitsplätze aus. In dem Maße, wie es gelinge, behinderte Menschen in den Arbeitsmarkt zu integrieren, erwürben sie eigenständige sozialrechtliche Ansprüche und müssten nicht als „Almosenempfänger“ in Erscheinung treten. Der von den hessischen Delegierten und von Knoblauch als Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer vorgelegte Antrag zur Subventionierung von Arbeitsplätzen für behinderte Menschen wurde einstimmig vom DÄT angenommen.

Doch kein Kostenerstattungssystem

Die intensive Beschäftigung mit der Situation von Behinderten schien bei zahlreichen Delegierten ein Umdenken hinsichtlich des zu Beginn des Ärztetages gefassten Beschlusses über eine „generelle Einführung des Kostenerstattungsprinzips“ ausgelöst zu haben. Ursprünglich hatten die Ärztevertreter die Entscheidung damit begründet, dass ein solches System Transparenz garan-

tiere, die Patientenautonomie fördere und für eine „bewusste Einstellung“ der Versicherten zum Thema Gesundheit Sorge. Der Kritik von Professor Seidel, der darauf hinwies, in welche Not beispielsweise alleinerziehende Mütter durch Vorauszahlungen getrieben würden, schlossen sich etliche Delegierte an und warnten vor sozialen Härten. Auch Bundesärztekammerpräsident Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe gab zu bedenken, dass das Kostenerstattungssystem vor allem für arme Menschen eine Belastung sein könne, und schlug vor, das Thema nochmals gründlich zu überdenken. Der Ärztetag zog den Beschluss zurück und überwies ihn zur weiteren Befassung an den Vorstand der Bundesärztekammer. „Die Überweisung an den Vorstand war richtig“, urteilte Dr. med. Peter Zürner, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen.



Dr. med. Peter Zürner

Elektronische Gesundheitskarte

Wie bereits der 111. Deutsche Ärztetag in Ulm lehnte auch der diesjährige Ärztetag die elektronische Gesundheitskarte (eGK) in ihrer derzeitigen Form ab. Nachdem im vergangenen Jahr eine Neukonzeption des Projektes gefordert worden

war, stellte Dr. med. Franz-Joseph Bartmann, Telematik-Beauftragter der Bundesärztekammer den Sachstandsbericht des BÄK-Vorstandes zum eGK-Projekt vor. Darin wird konstatiert, dass die „ernüchternden Testergebnisse“ nicht geeignet gewesen seien, zur Steigerung der Akzeptanz der eGK beizutragen und die Gematik daher als Konsequenz das eGK-Projekt neu konzipiert habe. Dies bedeute, dass die Notfalldaten, das eRezept, die Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung und die Patientenakte zeitlich nach hinten geschoben worden seien. Die Bundesärztekammer, so heißt es in dem Bericht weiter, sei davon überzeugt, dass die eGK kommen werde und dass ein Boykott zu Ergebnissen führen werde, die nicht im Sinne von Ärzten und Patienten seien.

Leidenschaftlich und äußerst kontrovers diskutierten die Ärztevertreter den Sachstandsbericht. Dem Vorstand der BÄK wurde vorgeworfen, dass die zeitliche Verschiebung nicht funktionierender Anwendungen nicht als Neukonzeption bezeichnet werden könne. Kritik kam auch von hessischen Delegierten. Auf Antrag von Dr. med. Detlef Steininger, lehnte der DÄT die Einführung einer zwangsweisen Online-Infrastruktur für die eGK zum derzeitigen Zeitpunkt ab, da sie für die Pflichtenwendung nicht notwendig sei. Der Antrag von Dr. med. Peter Zürner, wonach Patientendaten, sofern eine zentrale Speicherlösung erforderlich sei, nur von Ärztekammern gehostet werden sollen, wurde zur weiteren Beratung an den BÄK-Vorstand überwiesen. Zürner hatte darauf hingewiesen, dass die Landesärztekammer Hessen zu dem Hosting ein Konzept entwickelt habe, das beispielhaft von den Ärztekammern eingesetzt werden könnte.

Nach ausführlichen Debatten sprach sich der Ärztetag für eine sorgfältige, ergebnisoffene Erprobung der elektronischen



Dr. med. Detlef Steininger

Gesundheitskarte im Rahmen eines 100.000er-Feldtests, der nicht Bestandteil des Online-Rollouts sein dürfe, aus und forderte einen zweistufigen Testansatz für das weitere Vorgehen.

Projekt Evaluation der Weiterbildung

Im Mittelpunkt der Diskussionen über die Weiterbildung stand EVA. Die Delegierten forderten Weiterbildungsbefugte und Weiterbildungsassistenten auf, sich an dem bundesweiten Projekt „Evaluation der Weiterbildung“, mit dem die Bundesärztekammer und 16 Landesärz-

tekammern die Qualität der Weiterbildung sichern und verbessern wollen, zu beteiligen. Da die Situation der Weiterbildung häufig für den Ausstieg junger Ärzte aus der Patientenversorgung oder ihre Abwanderung in das Ausland verantwortlich gemacht wird, soll die Online-Befragung dazu beitragen, die tatsächlichen Gründe für die Unzufriedenheit des ärztlichen Berufsnachwuchses zu ermitteln. Zugleich wollen die Ärztekammern mit der Umfrage die aktuelle Situation in den Weiterbildungsstätten darstellen. Die Befragung, aus deren Erkenntnissen man Anreize für die Motivation des Ärztenachwuchses entwickeln will, soll in einem zweijährigen Abstand wiederholt werden. Dem unter anderem von PD Dr. med. Andreas Scholz aus Hessen eingebrachten Beschlussantrag, wonach der 112. Ärztetag eine Verpflichtung jedes Weiterbilders sehe, sich zu beteiligen, stimmten die Delegierten ebenso zu wie der Forderung, dass die Ärztekammern die Chancen der Evaluation nutzen müssten. Überprüfung und Weiterentwicklung der ärztlichen Weiterbildung seien Daueraufgaben der Kammern. Der Antrag der hessischen Delegierten Professor Dr. med. Cornelia Krause-Girth, Ärzte in

ANZEIGE

RECHTSANWÄLTE

PROCHNOW & KONRAD

FACHANWÄLTE FÜR MEDIZINRECHT

Passavantstr. 28
D-60596 Frankfurt

Tel: 069 - 6971256 - 0
Fax: 069 - 6971256 - 11

Mail: info@prochnow-konrad.de
www.prochnow-konrad.de

<p>Tatjana Prochnow Rechtsanwältin Fachanwältin für Medizinrecht</p>	<p>Stefanie Konrad Rechtsanwältin Fachanwältin für Medizinrecht</p>
--	---

Vertragsarztrecht • Gesellschaftsrecht • Berufsrecht
Haftungsrecht • Liquidationsrecht • Werberecht

der Weiterbildung müssten einen von ihren Vorgesetzten unabhängigen Zugang zur Teilnahme an der Evaluation erhalten, z. B. über die Landesärztekammern, wurde an den Vorstand der BÄK überwiesen, da die Kammern derzeit nicht über Meldedaten von in Weiterbildung befindlichen Ärzten verfügen.

Weiterbildungsordnung

Auf Antrag u. a. von PD Dr. med. Scholz, wiederholte der DÄT seine Forderungen, die Weiterbildungsordnung schneller bundeseinheitlich umzusetzen, sie schneller an die medizinische Entwick-



PD Dr. med. Andreas Scholz

lung anzupassen und die Weiterbilder verstärkt in die Umsetzung einzubinden. Die Bundesärztekammer wurde aufgefordert, so schnell wie möglich eine Überarbeitung der Problemfelder der (Muster-)Weiterbildungsordnung vorzulegen. Unter anderem beschlossen die Delegierten, dass bei Nichtbeachtung der Pflichten des Weiterbilders dessen persönliche Eignung auszuschließen sei; dies gelte auch bei von der Ärztekammer gerügten Verstößen gegen die ärztliche Berufsordnung. Da die Weiterbildung in vielen Fächern nicht mehr ausschließlich in der Klinik durchgeführt werden könne, liege die Lösung in der Einbeziehung

qualifizierter Praxen in das Weiterbildungscurriculum, erklärte Dr. med. Klaus König als Delegierter der Landesärztekammer Hessen in seinem Antrag, dem die Delegierten mehrheitlich zustimmten. Bundesregierung und Bundesländer müssten ausreichende finanzielle Mittel für die Finanzierung der Weiterbildungsstätten zur Verfügung stellen.

Der DÄT forderte außerdem eine Überwindung der sektorbezogenen Regelungen des Förderprogramms Allgemeinmedizin. Zudem müsse das Förderprogramm enger mit dem Weiterbildungsgeschehen vor Ort verknüpft werden, um die hausärztliche Versorgung zu sichern. Die Delegierten betonten, dass der drohende Mangel an Hausärzten es notwendig mache, die Anzahl der Weiterbildungsassistenten deutlich und rasch zu erhöhen.

Nichtärztliche Heilberufe

Das Ärzteparlament schloss sich der u. a. von Dr. med. Klaus König und Dr. med. Alfred Möhrle (Hessen) in einem Antrag zum Ausdruck gebrachten Sorge über die aktuelle Beschlusslage der Hessischen Landesregierung an, Physiotherapeuten, Masseur und Medizinische Bademeister, vor allem auch Heilpraktiker, nach erfolgreicher Zusatzausbildung als „Osteo-



Professor Dr. med. Cornelia Krause-Girth

pathen“ anzuerkennen. Der DÄT forderte die Bundes- und Landesregierungen auf, mit der Bezeichnung „Osteopathie“ für die genannten Berufsgruppen nicht ein neues Berufsfeld zu schaffen, das ihnen aus Sicht des Patientenschutzes nicht zu vertretende Tätigkeiten ermögliche.

Auf Antrag von Professor Dr. med. Cornelia Krause-Girth beschloss der Deutsche Ärztetag außerdem, dass Medikamentenverordnungen nur durch Ärzte erfolgen dürften und nicht durch Heilberufsgruppen, die keine entsprechende medizinische und pharmakologische Ausbildung nachweisen können.

Versorgungsforschung

Eine auf dem DÄT vorgestellte Expertise der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft weist daraufhin, dass von pharmazeutischen Unternehmen finanzierte Arzneimittelstudien immer häufiger zu für den Auftraggeber positiven Ergebnissen gelangen. Daher sollen die Untersuchungen der Förderinitiative Versorgungsforschung, inwieweit sich verzerrte Studienergebnisse auf medizinische Leitlinien auswirken, fortgesetzt werden. PD Dr. med. Scholz übte deutliche Kritik daran, dass die Versorgungsforschung keine Ergebnisse zu der Situation an dem privatisierten Universitätsklinikum Gießen-Marburg vorweisen könne. Die im Mai veröffentlichten Vorschläge des Fritz Beske-Instituts zur Zahlung durch chronisch und psychisch Kranke wurden auf Antrag von Professor Dr. med. Krause-Girth von dem DÄT abgelehnt, da diese weder solidarisch noch gerecht seien.

Gegen Bachelorisierung des Medizinstudiums

Hessische Delegierte beteiligten sich auch an Anträgen rund um das Medizinstudium. So forderte der DÄT die zustän-

digen Ministerien auf, ausreichend Vorsorge für die kommenden Doppelabiture ab dem Jahr 2011 zu treffen, damit Abiturienten aus jeweils zwei Jahrgängen das Medizinstudium aufnehmen können. Außerdem wurden die Universitäten aufgefordert, zusätzlich zur Abiturnote mehr Auswahlkriterien für Studienplätze zu entwickeln, die sich an der Sozialkompetenz und Motivation für den Arztberuf der Bewerber orientieren. Eine weitere, ebenfalls vom DÄT verabschiedete Forderung bezog sich auf ein zeitliches Splitting des Zweiten Staatsexamens im Medizinstudium. Der theoretische Teil müsse künftig vor dem Praktischen Jahr stattfinden, der mündliche wie bisher danach. Einstimmig beschloss das Ärzteparlament auch den u. a. von den hessischen Delegierten



Dr. med. Susanne Johna

Dr. med. Susanne Johna und PD Dr. med. Andreas Scholz eingebrachten Antrag, mit dem der 112. Deutsche Ärztetag den Gesetzgeber auffordert, die Planung und Umstellung des Medizinstudiums auf das zweistufige Bachelor-/Master-Studiensystem unverzüglich zu stoppen. Ein künstliches und unnötiges Überstülpen des zweigliedrigen Systems führe ausschließlich zu Nachteilen für alle Beteiligten. Auf Antrag von Professor Dr. med. Cornelia Krause-Girth forderte der DÄT die Durch-

führung einer bundesweiten Erhebung zur Geschlechtsunabhängigkeit von Promotionsnoten, um mögliche Benachteiligungen aufzudecken und gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

Qualitätssicherung, Rettungsdienst, Palliativmedizin

Die sektorübergreifende Qualitätssicherung dürfe sich nicht auf Vergleiche zwischen Krankenhäusern und Arztpraxen beschränken, mahnte der DÄT an. Eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung lasse sich nur dann erfolgreich umsetzen, wenn das dafür vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragte und auf Bundesebene agierende Institut mit den bereits auf Landesebene existierenden Strukturen konstruktiv zusammenarbeite. Entschieden wandten sich die Delegierten gegen alle Bestrebungen, die Zwangsvoraussetzungen für die ärztliche Teilnahme am Rettungsdienst (Notarzttä-



Delegierte bei der Abstimmung

tigkeit) aufzuweichen und damit die Versorgungsqualität in Frage zu stellen. Die politisch Verantwortlichen wurden aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Bevölkerung in Notfällen durch eine ausreichende Zahl qualifizierter Notfallmediziner sichergestellt werde. Deutlich sprach sich der DÄT auch für eine Stärkung der ambulanten Palliativversorgung aus. Mit ihr waren die Ärztevertreter erneut Anträgen gefolgt, die hessische Delegierte mit unterzeichnet hatten.

Katja Möhrle
(alle Bilder pop)

ANZEIGE

Prof. Dr. Niels Korte**
Marian Lamprecht*
Constanze Herr*

KORTE
RECHTSANWÄLTE

Absage durch Hochschule oder ZVS?
– Klagen Sie einen Studienplatz ein!

Wir haben seit 1998 zahlreiche Mandate im Bereich Hochschulrecht erfolgreich betreut. Unsere Kanzlei* liegt direkt an der Humboldt-Universität. Prof. Dr. Niels Korte lehrt selbst an einer Berliner Hochschule.

Entfernung spielt keine Rolle – wir werden bundesweit für Sie tätig.

Zur Terminvereinbarung in Frankfurt: 069 – 50 50 27 572
oder 24 Stunden kostenfrei: 0800-226 79 226

* Unter den Linden 12
10117 Berlin-Mitte

** Rudower Chaussee 12
12489 Berlin-Adlershof

www.anwalt.info
Fax 030-266 79 661
kanzlei@anwalt.info

Achtung: Fristablauf für Wintersemester
teilweise schon zum 15.07.2009!

www.studienplatzklagen.com

Zertifizierte Fortbildung VNR 2760602009074180001

Aktueller Stand der Dünndarmendoskopie

Jörg G. Albert, Johannes Hausmann, Stefan Zeuzem

Einleitung

Mehr als ¼ Jahrhundert ist nach Einführung der flexiblen Endoskopie in den 1960er und 1970er Jahren verstrichen bis auch der Dünndarm mit einer endoskopischen Methode nicht-invasiv untersucht werden konnte. Inzwischen sind diagnostische und therapeutische endoskopische Verfahren zur Untersuchung des Dünndarms in der klinischen Routine etabliert. Damit können Erkrankungen wie die mittlere intestinale Blutung, der Morbus Crohn des Dünndarms oder die glutensensitive Enteropathie (Sprue) endoskopisch abgeklärt werden. Auch seltene Diagnosen wie beispielsweise hamartöse oder karzinomatöse Tumore, Metastasen, Divertikel, Gefäßmissbildungen und Nebenwirkungen therapeutischer Verfahren bzw. von Medikamenten können nun besser erkannt werden [1].

Historie

Der Dünndarm war jahrelang als die ‚black box‘ des Gastroenterologen angesehen worden, da eine endoskopische Untersuchung nur unter erhöhtem Risiko und mit hohem Aufwand möglich war. So ging die Sondenenteroskopie mit einem

großen technischen und personellen Einsatz einher, was dazu führte, dass diese Methode weltweit nur selten und nur in einzelnen Zentren eingesetzt wurde. Diese Methode ist inzwischen komplett verlassen worden. Mit der Push-Enteroskopie kann nur ein (kleiner) Teil des Dünndarms eingesehen werden und daher war früher lediglich mit der intraoperativen Enteroskopie der ganze Dünndarm einzusehen. Die Kapselendoskopie wurde im Jahr 2000 eingeführt und ist seit 2001 für das Produkt der Firma Given Imaging (PillCam SB, Given Imaging EMEA, Hamburg, Deutschland) CE zertifiziert. Hiermit kann der komplette Dünndarm auf einfache Weise untersucht werden [2]. Weitere Anbieter sind inzwischen am Markt (EndoCapsule, Olympus Europe GmbH, Hamburg, Deutschland; OMOM, Chongqing Jinshan Science, Beijing, China; MiroCam, IntroMedic, Seoul, Korea). Allerdings kann mit der Kapselendoskopie keine therapeutische Intervention erfolgen und auch Biopsien können nicht entnommen werden. Diese Möglichkeiten bietet die (Doppel-)Ballon- oder Push-and-Pull Enteroskopie [3] (Fujinon Europe, Willich, Deutschland);

(Tab. 1). Eine Alternative Ballonenteroskopie-Technik stellt das Monoballon-Enteroskopie-System (Olympus Europe, Hamburg, Deutschland) dar.

Vorbereitung des Patienten vor einer Endoskopie des Dünndarms

Für die Untersuchung des Dünndarms muss der Patient nüchtern sein. Außerdem kann eine orale Spüllösung die Sicht und die diagnostische Ausbeute einer Kapselendoskopieuntersuchung verbessern und wird auch vor einer Ballonenteroskopie empfohlen. Dabei werden die gleichen Spüllösungen eingesetzt, die auch zur Koloskopie verwendet werden. Hierbei scheint neben der Gabe von einem Liter Spüllösung am Vorabend die Spülung am Morgen des Untersuchungstages entscheidend zu sein, damit Gallenflüssigkeit, die über Nacht sezerniert wurde, am Morgen nicht die Sicht behindert. Die transanale Ballonenteroskopie erfordert eine Vorbereitung analog zu dem gewohnten Protokoll der Vorbereitung zu einer Koloskopie. Für die Durchführung einer Kapselendoskopie hat sich die orale Gabe von Simethicon kurz vor

	Intraoperative Enteroskopie	Push-Enteroskopie	Kapselendoskopie	(Doppel-)Ballon-Enteroskopie
Klinischer Einsatz seit	≈ 1970	≈ 1980	2001	2003
Länge/Durchmesser	≈ 2500 mm / ≈ 11 mm	≈ 2500 mm / ≈ 11 mm	z. B. 26 mm / 11 mm	2300 mm / 8,5–9,4 mm
Sichtbereich	ganzer Dünndarm	oberes Jejunum	ganzer Dünndarm in 80–90 %	ganzer Dünndarm in 70–80 %
Interventionsmöglichkeit/ Biopsie	+	+	–	+
Steuerbarkeit	+	+	–	+
Zugangsweg	oral, anal, via Inzision	oral	oral	oral, anal
Sedierung	Intubationsnarkose	Analgesedierung	keine	Analgesedierung
Mögliche Komplikationen	Ileus, Naht-Insuffizienz, Narkosekomplikationen	Perforation (< 1 %)	Retention (≈ 2–3 %, je nach Indikation)	Pankreatitis (< 1 %), Perforation (< 1 %)

Tabelle 1: Vergleich endoskopischer Techniken zur Untersuchung des Dünndarms.

der Einnahme der Kapsel zur Verbesserung der Sichtverhältnisse bewährt [4]. Mit Metoclopramid kann die Rate an kompletten Kapselendoskopie-Untersuchungen mit Eintritt der Kapsel in das Coecum erhöht werden [5], allerdings sind inzwischen auch durch eine auf acht Stunden verlängerte Aufzeichnungszeit in der Regel komplette Untersuchungen zu beobachten. Erythromycin wirkt prokinetisch und führt zu einer kürzeren Magenverweilzeit des Kapselendoskops, dies hat aber keinen Effekt auf die Anzahl kompletter Untersuchungen [6].

Diagnostik und Therapie der Dünndarm-Blutung

Die Indikation zur frühen Anwendung der Dünndarmendoskopie nach negativer bidirektionaler Endoskopie (Ösophago-Gastro-Duodenoskopie (ÖGD) und Koloskopie) ist bei persistierender Blutungssymptomatik oder allenfalls kurz zurückliegenden Symptomen durch Studien abgesichert: Im Vergleich mit den radiologischen Methoden stellt die Endoskopie derzeit die sensitivste Methode zum Nachweis einer Blutungsquelle im Dünndarm dar [7]. Um eine hohe Nachweisgenauigkeit zu erzielen, ist eine Auswahl der Patienten aber unumgänglich. Damit wird die Vortestwahrscheinlichkeit für eine Läsion im Dünndarm erhöht und es kommt regelhaft zu einem gewünschten Einfluss der Methode auf das klinische Management [8]. Der Dünndarmendoskopie sollten bei Verdacht auf eine intestinale Blutung daher immer eine ÖGD und eine Ileo-Koloskopie zum Ausschluss einer Blutungsquelle im oberen und unteren Intestinum vorausgehen. Dann wird eine Dünndarmendoskopie in weniger als 10% aller gastrointestinalen Blutungen zum Einsatz kommen [9]. Wenn beide wahrscheinlich auch vergleichbar in der Nachweisgenauigkeit sind, wird häufig

die Kapselendoskopie der flexiblen (Ballon-)Enteroskopie als primäre Untersuchungsmethode vorgezogen, da sie einfacher einzusetzen ist. Eine Enteroskopie folgt dann gezielt zur Therapie oder weiteren diagnostischen Abklärung, bspw. mittels Biopsie-Entnahme.

Ein früher Einsatz der Dünndarmendoskopie, also die Anwendung kurzfristig nach dem Ergebnis einer negativen ÖGD und Koloskopie, ist zu empfehlen, da damit die beste Aussagekraft der Methode erreicht wird.

Vor allem Patienten mit einer fortbestehenden Blutungssymptomatik profitieren von einer frühzeitigen Kapselendoskopie [10]. Wird dagegen bereits in der bidirektionalen Endoskopie eine mögliche, aber nicht als definitiv für die Symptomatik verantwortliche Blutungsquelle gefunden, so ist mit der Kapselendoskopie vergleichsweise selten der Hinweis auf eine weitere potentielle Blutungsquelle im Dünndarm zu erbringen (36% vs. 88%, $p < 0,01$) [11]. Vergleicht man die Kapselendoskopie direkt mit der Ballonenteroskopie, so scheint die diagnostische Aussagekraft ähnlich hoch, wenn die Ballonenteroskopie von oral und anal durchgeführt wird [12]. Die Auswahl der Methoden wird daher entsprechend des Aufwandes und

Serie 1 – Entzündliche Läsionen im Dünndarm

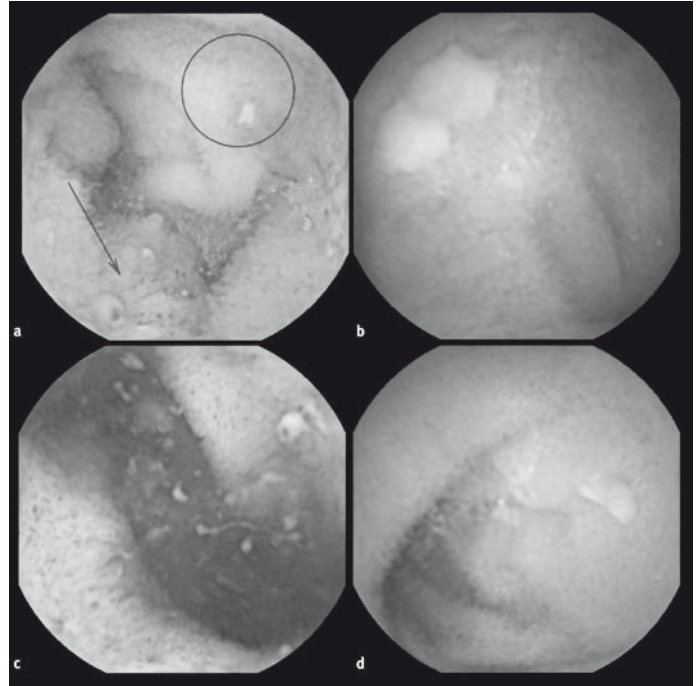


Abb. 1 a–d: Entzündliche Veränderungen im Dünndarm im endoskopischen Bild der Kapselendoskopie:

- A – aphthöses Ulcus (Kreis) und Erosionen mit granulierter Schleimhaut (Pfeil) bei einem Patienten mit M. Crohn
- B – Großes Ulcus des Ileums bei einer Patientin mit M. Bechterew. Zahlreiche weitere Ulcera waren nachweisbar. Ein letztmaliger NSAR-Gebrauch lag bereits mehrere Monate zurück.
- C – Erosionen und fibrinbelegte Ulceration im Ileum bei M. Crohn.
- D – Ulcus des Dünndarms.

der ggf. erforderlichen interventionellen Möglichkeiten getroffen.

Einschränkend ist zu bemerken, dass Läsionen in der bidirektionalen Endoskopie übersehen werden können, und die Wiederholung dieser Untersuchungen kann primär nicht entdeckte Befunde in bis zu 15% der Fälle aufspüren [13], [9]. Daher muss die Wiederholung dieser Untersuchungen mit in die diagnostische Überlegung einbezogen werden.

Als häufigste Ursache einer Dünndarmblutung werden Angiectasien gefunden (ca. 40% der Fälle, weitere Ursachen sind Ulcera oder Erosionen bei NSAR-Gebrauch (ca. 15%), Tumore und Metastasen (ca. 5%), der M. Crohn des Dünndarms (2%), das Meckel'sche oder

andere Dünndarm-Divertikel sowie selten Dünndarmvarizen oder andere Ursachen. Falls keine Blutungsquelle im Dünndarm nachzuweisen ist, ist eine Dünndarmblutung im späteren Verlauf unwahrscheinlich [14]. Blutungsrezidive sind bei Angiektasien häufig. Eine medikamentöse Behandlung ist mit Hormonen versucht worden, diese Therapie hatte in einer randomisierten Studie allerdings versagt [15]. Thalidomid muss als neue therapeutische Option noch geprüft werden [16]. Daher stellt die Argon Plasma Koagulation (APC), die endoskopisch durchgeführt werden kann, aktuell das am häufigsten eingesetzte Verfahren zur Behandlung der blutenden Angiektasien und zur Prophylaxe einer Rezidivblutung dar [17].

Bei der persistierenden Eisenmangelanämie, die bei Frauen in bis zu 5% auftritt und auch bei Männern nicht selten ist (unter 1%), muss u. a. eine glutensensitive Enteropathie (Sprue) als Ursache ausgeschlossen werden. Wenn in der bidirektionalen Endoskopie keine Ursache gefunden werden kann – was in etwa 1/3 der Fälle vorkommt – kann die Kapselendoskopie in bis zu 50% einen behandlungsbedürftigen Befund detektieren [18]. Dies ist eine deutlich höhere diagnostische Ausbeute, als mit radiologischen Methoden oder mit der Push-Enteroskopie erreicht wird [19].

Einsatz der Endoskopie bei entzündlichen Dünndarmerkrankungen

Die Dünndarmendoskopie ist signifikant genauer im Nachweis von aphtösen oder ulzerösen Läsionen als die Darstellung mit dem Kontrastmittel-Röntgen und hat eine deutliche Tendenz zu einer höheren Nachweisgenauigkeit von mukosalen Läsionen als die Schnittbildmethoden Computertomographie oder Magnetreso-

Serie 2 – Tumore des Dünndarms

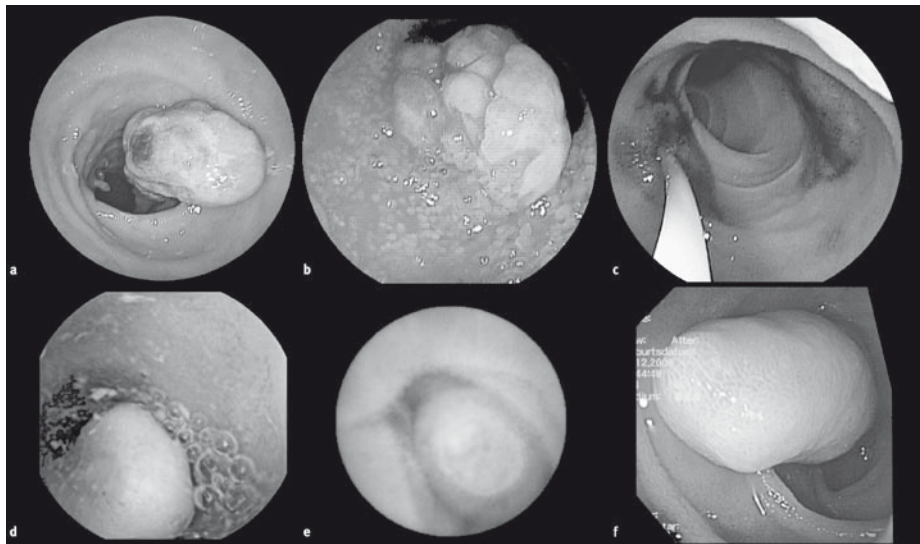


Abb. 2 a–f: Tumöröse Veränderungen im Dünndarm als Ursache einer intestinalen Blutungssymptomatik.

- A – Inflammatorischer Polyp im Ileum in der Doppelballonenteroskopie, ileo-koloskopisch nicht zu erreichen. Bei dem Patienten wurde aufgrund der persistierenden Blutungssymptomatik eine Dünndarmsegmentresektion durchgeführt (vgl. B, C).
- B – Weitere inflammatorische Läsionen im Ileum bei dem gleichen Patienten mit aktiver und persistierender, transfusionspflichtiger Blutung.
- C – Tusche-Markierung bei dem gleichen Patienten des nach oralwärts unauffälligen Dünndarms vor Resektion.
- D – Kapselendoskopisches Bild eines Karzinoids, operativ bestätigt.
- E – Melanometastase im Dünndarm in der Kapselendoskopie.
- F – Lipom des distalen Ileums bei Z. n. intestinaler Blutung vor endoskopischer Resektion. (hohe Ileoskopie)

nantzotomographie. Die endoskopischen Befunde entzündlicher Dünndarmerkrankungen sind allerdings keinesfalls pathognomonisch. Aus dem endoskopischen Bild können zwar Hinweise auf die Genese einer Ulzeration der Dünndarmmukosa gezogen werden. So werden Web-artige Ulzera, die quergestellt erscheinen als Hinweis auf eine NSAR-induzierte Enteropathie angesehen und längsgestellte, fissurale Ulzera und Aphthen mögen auf einen Morbus Crohn hinweisen. Eine für die Diagnosestellung ausreichende Spezifität der Bildbefunde ist aber nicht gegeben.

Komplex wird die Interpretation der Dünndarmbefunde auch dadurch, dass bei über 10% der Personen, die asymptomatisch sind und keine Medikamente

einnehmen, Veränderungen der Dünndarmschleimhaut nachweisbar sind [20]. Stets ist die Endoskopie daher als ein Baustein eines mehrdimensionalen diagnostischen Konzeptes zu sehen, deren weitere Elemente die Histologie, und natürlich die Anamnese und andere klinische Untersuchungen beinhalten.

Die Indikation zur Dünndarmendoskopie bei Patienten mit unklaren Bauchschmerzen in der Abgrenzung zu einem Reizdarmsyndrom kann mit Aussicht auf positive Befunde nur dann gestellt werden, wenn prädiktive Faktoren vorliegen: Erhöhte Inflammationsmarker [21], Durchfälle [22] oder ein Gewichtsverlust [23] dienen als hinweisende Befunde, die eine Untersuchung des Dünndarms sinnvoll erscheinen lassen. Bei positivem

Prädiktor können behandelbare Befunde im Dünndarm dann in etwa 6 bis 25 % erwartet werden.

Bei Verdacht auf Morbus Crohn des Dünndarms wurde ein Zugewinn an diagnostischer Information durch die Kapselendoskopie in 40 % (im Vergleich zur Dünndarm-Radiographie), 38 % (Computertomographie), 22 % (Magnetresonanztomographie), bzw. 15 % (Ileo-Koloskopie) gefunden [24]. Dabei kann die Nachweisgenauigkeit der Endoskopie für einen M. Crohn durch den Ausschluss einer NSAR-Einnahme und den Ausschluss einer Sprue sowie durch die Anwendung von bildmorphologischen Kriterien, die für die Diagnose M. Crohn sprechen, erhöht werden [25]. Außer zur Diagnosestellung ist der Einsatz der Dünndarmendoskopie zum Nachweis eines postoperativ auftretenden Rezidivs des M. Crohn [26] oder bei der nicht zu klassifizierenden chronisch-entzündlichen Kolitis z. B. auch bei Planung einer Kolektomie in ausgewählten Fällen sinnvoll [27]; hier sind aber für die Absicherung der Indikation weitere Studien zu fordern. Mit der Ballonenteroskopie können narbige Strikturen des Dünndarmes mit anhaltendem Erfolg dilatiert werden, und in einer Serie von zehn Crohn-Patienten war hierbei keine Komplikation eingetreten [28].

Die Diagnose der glutensensitiven Enteropathie (Sprue) kann durch die Dünndarmendoskopie in fortgeschrittenen Stadien mit einer ausgeprägten Zottenatrophie in über 90 % gestellt werden [29]. Die Histologie und die Serologie können dennoch nicht ersetzt werden, da die Endoskopie in weniger ausgeprägten Stadien unzuverlässig ist. Die wichtigste Indikation für die Dünndarmendoskopie bei Patienten mit Sprue ist daher die Suche nach Komplikationen der Erkrankung (fortgesetzter Blutverlust oder Ei-

senmangelanämie, Verdacht auf Neoplasie) und bei der refraktären Sprue zu sehen, wenn ein Enteropathie-assoziiertes T-Zell Lymphom ausgeschlossen werden muss [30]. Hierbei ist neben der Bildgebung naturgemäß die Histologie entscheidend [31].

Dieses Jahr erscheint eine Leitlinie zur Dünndarmendoskopie bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen von der ECCO (European Crohn's and Colitis Organization) und der OMED (World Organization of Digestive Endoscopy) [50].

Tumore und Metastasen

Primäre Tumore des Dünndarms und Metastasen sind vergleichsweise selten. In unkontrollierten Fallserien von Kapselendoskopie-Befunden treten sie in 5 bis 10 % auf – und manifestieren sich meist mit dem Symptom der intestinalen Blutung (in etwa $\frac{3}{4}$) oder einer Obstruktion. In 562 Kapselendoskopiebefunden waren Adenokarzinome (1,4 %), Karzinoide (1,8 %), gastrointestinale Stromatumore (GIST, 0,7 %) und Lymphome (0,9 %) gefunden worden und 13 % der Patienten waren weniger als 50 Jahre alt [32]. Die Dünndarmendoskopie ermöglicht die korrekte Diagnosestellung: Befunde, die in

der Kapselendoskopie erhoben werden, sind mit der Ballonenteroskopie einer gezielten Biopsieentnahme zugänglich.

Eine wichtige Indikation für die Dünndarmendoskopie stellt das Peutz-Jeghers Syndrom (PJS) dar, bei dem ein hohes Risiko für die Entstehung einer Obstruktion bei großen Polypen und die Entwicklung eines Dünndarmkarzinoms besteht [33]. Bisher war ein Screening-Enteroklysma nach Sellink alle zwei Jahre empfohlen worden. Deutlich sensitiver ist die Kapselendoskopie; eine Abtragung der Polypen kann mit der Ballonenteroskopie vorgenommen werden [34]. Auch bei der Familiären Adenomatösen Polyposis besteht ein erhöhtes Entartungsrisiko von Dünndarmpolypen, vorwiegend des Duodenums bzw. der Papille. Neben der obliquen Seitblick-Duodenoskopie erscheint eine Überwachung mit der Kapselendoskopie bei Patienten mit großen, zahlreichen und dysplastisch veränderten Polypen im Duodenum (Spigelman Klassifikation III und IV [35]) sinnvoll [36]. In früheren Stadien sind klinisch bedeutende Dünndarmpolypen wahrscheinlich zu selten.

Ob eine Dünndarmdiagnostik in jedem Fall eines intestinalen Lymphoms erfol-

ANZEIGE

- Praxisstrategie
- Rechtsberatung
- Wirtschaftsberatung



Punkte die Klarheit schaffen.

Bundesweit
06172 - 13 99 60
www.medizinanwaelte.de

Medizinanwälte

L & P

Lyck & Pätzold

gen soll, ist mit der aktuellen Datenlage nicht geklärt; eine Ausdehnungsdiagnostik scheint jedenfalls möglich und in vielen Fällen sinnvoll [37].

Komplikationen der Dünndarmendoskopie

Komplikationen der Kapselendoskopie sind selten. In durchschnittlich 2–3% der Fälle wird eine Retention der Kapsel beobachtet, abhängig von der Indikation und der Anamnese des Patienten. Bei bekanntem M. Crohn ist bspw. mit einer Retention in weit über 10% zu rechnen [38]. In den Fällen einer hohen Wahrscheinlichkeit für eine Stenose und wenn eine Stenose bereits klinisch vermutet wird, aber trotzdem eine Kapselendoskopie durchgeführt werden soll, dann kann die Durchführung einer sogenannten ‚Patency‘-Kapsel-Untersuchung sinnvoll sein. Hierbei wird eine auflösbare Kapsel identischer Größe eingenommen, die ca. 72 Stunden stabil ihre Struktur behält. Wird sie innerhalb dieses Zeitraums intakt ausgeschieden, dann kommt es

auch nicht zu einer Retention des Video-Kapselendoskops. Kann die Patency-Kapsel aber eine Engstelle des Darmes nicht überwinden, so kann sich die Patency-Kapsel auflösen.

Retinierte Video-Kapselendoskope verursachen selten einen Ileus und es wurden Fälle mit unkomplizierten Verläufen über neun Monate bis vier Jahre eines Kapselendoskops im Körper des Patienten beschrieben [39], [40], in einem Fall wurde allerdings die Desintegration einer Kapsel beschrieben [41]. Meist wird heutzutage eine endoskopische Entfernung einer retinierten Kapsel möglich sein. Die Aufklärung des Patienten sollte jedenfalls das Risiko einer Kapselretention beinhalten. Falls der Eintritt der Kapsel in das Kolon nicht in der Befundung des Kapselendoskopiefilms sichergestellt werden kann, sollte ein hohes Verdachtsmoment für eine Retention bestehen und ggf. eine Röntgenübersicht des Abdomens, z.B. zwei bis vier Wochen nach Einnahme in Erwägung gezogen werden.

Patienten mit Herzschrittmacher können wahrscheinlich trotz anfänglicher starker Bedenken mit der Kapselendoskopie komplikationslos untersucht werden [42] eine Überwachung wird dennoch in vielen Zentren durchgeführt. Einzelfälle von einer Aspiration der Kapsel sind beschrieben worden [43].

Bei der Doppelballonenteroskopie wird in weniger als 1% bei diagnostischem Einsatz und in knapp 5% bei therapeutischem Gebrauch eine Komplikation beobachtet [44]. Während eine klinisch unbedeutende Hyperamylasämie in etwa der Hälfte der Patienten nach der Untersuchung vorkommt, tritt eine klinisch bedeutende Pankreatitis in unter 1% der Fälle auf [44]. Hierbei könnte die Manipulation an der Papilla Vateri [45] oder die Druckerhöhung im Duodenum eine ursächliche Rolle spielen. Eine Perforation kommt im diagnostischen Einsatz kaum vor, muss allerdings bei der Resektion von Polypen oder der Behandlung von Strikturen in bis zu 5% erwartet werden [46].

Zusammenfassung und Ausblick

Nachdem in den 1960er Jahren die flexible Endoskopie des oberen und später unteren Intestinaltraktes eingeführt wurde und in den 1970ern auch das bilio-pankreatische System für die Endoskopie erschlossen wurde, ist nun der Dünndarm diagnostischen und therapeutischen endoskopischen Methoden zugänglich.

Entscheidend für eine erfolgreiche Behandlung des Patienten mit einer Dünndarmerkrankung ist das koordinierte Zusammenwirken der internistischen, der endoskopischen, radiologischen und chirurgischen Kompetenz. So kann die Kapselendoskopie mit hoher Genauigkeit die Abklärung einer Dünndarmblutung leis-

ANZEIGE

EHLERT

RECHTSANWÄLTE

Uwe Ehlert

Fachanwalt für Medizinrecht

Fachanwalt für Sozialrecht

Vertrauensanwalt der Stiftung Gesundheit

Vertragsarztrecht

ist meine Spezialisierung

Das Vertragsarztrecht umfasst insbesondere die Bereiche:

Honorarkürzung
Arzneimittelregresse
Zulassungsverfahren

Plausibilitätsprüfungen
Disziplinarverfahren
Abgabe / Übernahme einer Praxis

Frankfurter Str. 219 · 35398 Gießen
Tel. 0641/25036-0 · Fax. 0641/2503620
www.ehlert-rechtsanwaelte.de

ten, sie hilft bei Verdacht auf entzündliche Veränderungen im Dünndarm weiter und steht zur Überwachung/Screening bspw. beim Peutz-Jeghers-Syndrom als nicht-invasive Methode zur Verfügung. Die flexiblen Enteroskopietechniken erweitern das endoskopische Repertoire um die Möglichkeit der Histologiegewinnung und um die Option einer nicht-chirurgischen Therapie. Mit der modernen radiologischen Schnittbildtechnik werden die endoskopischen Methoden komplementär ergänzt und die moderne Chirurgie bietet – falls nötig – u. a. resektive Verfahren an.

Wichtige Forschungsaufgaben sind im Bereich der chronisch-entzündlichen Erkrankungen in der Untersuchung der Bedeutung von Dünndarmbefunden bei Patienten mit einer nicht-klassifizierten Kolitis zu sehen. Es sollten Kriterien erarbeitet werden, um die Auswahl der Patienten mit Verdacht auf einen M. Crohn des Dünndarms für die Dünndarmendoskopie zu verbessern. Außerdem ist es wichtig, den Einfluss eines Therapie-Monitoring („mucosal healing“) im Dünndarm auf die Prognose der Erkrankung zu

evaluieren. Ein Screening auf Dünndarmmetastasen bei Patienten mit Malignem Melanom scheint unter bestimmten Voraussetzungen sinnvoll [47], hier sind hinweisende klinische Befunde zu definieren. Kontrollierte Untersuchung zur Dünndarmendoskopie bei Verdacht auf eine gastrointestinale Beteiligung bei Systemerkrankungen wie Vaskulitiden oder Kollagenosen stehen noch aus. Der Einfluss der Dünndarmendoskopie auf die Prognose/Outcome des Patienten – bspw. bei der Dünndarmblutung – ist von großem Interesse.

Im Jahr 2007 wurde die Spiral-Enteroskopie (Endo-Ease Discovery™ SB, Spirus Medical Inc., Stoughton, USA) vorgestellt, die möglicherweise eine Zeitersparnis im Vergleich mit der Ballonenteroskopie bietet [48]. Ein weiteres Verfahren ist das ballongeführte NaviAid™ System (Smart Medical Systems Ltd., Ra'anana Israel) [49]; vergleichende Studien mit den etablierten Methoden stehen allerdings für diese Techniken noch aus. Die Zukunft könnte steuerbare Endoskopiekapseln bringen, und auch ein ‚one-stop-shopping‘ des gesamten Gas-

trointestinaltraktes mit einer langlebigen, doppelköpfigen Kapsel scheint mittelfristig möglich.

Korrespondenzadresse

*Dr. med. Jörg Albert
Medizinische Klinik 1
(Direktor: Professor Dr. S. Zeuzem)
Klinikum der J. W. Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt
<http://www.kgu-med1.de/>
E-Mail: joerg.albert@kgu.de
Tel.: 069 6301-5297
Fax: 069 6301-6448*

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

Einsendeschluss ist der 25. Juli 2009

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

„Hamer'sche Herde“ stellen keine rechtfertigende Indikation für ein Schädel-CT dar

Nach Information der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) kommt es immer wieder vor, dass Tumorpatienten in der Hamer'schen Lehre ihre letzte Zuflucht sehen. Nicht selten suchen diese Patientinnen und Patienten um eine native CT-Untersuchung nach, um sog. „Hamer'sche Herde“ zu entdecken, aus deren Vorhandensein dann eine Therapie abgeleitet werden könne. Bei diesen sog. Herden handelt es sich jedoch nur um Kreisartefakte, wie sie bei CT-Geräten älterer Bauart auftreten können, wenn diese technisch nicht einwandfrei arbeiten. Die Deutsche Röntgengesellschaft empfiehlt daher: Wenn Tumorpatienten im fortgeschrittenen Stadium auf die Überweisung zu einer CT-Untersuchung des Schädels drängen, sollte sehr genau hinterfragt werden, wer die Untersuchung wünscht und vor allem, welchem Zweck sie dienen soll. Eine CT-Untersuchung des Schädels mit dem Ziel der Detektion „Hamer'scher Herde“ stellt keine rechtfertigende Indikation gemäß der Röntgenverordnung dar.

LÄKH

Nachweis der Fortbildungsaktivitäten

Stichtag 30. Juni 2009

Der Countdown läuft – viele hessische Ärztinnen und Ärzte haben die anstehende Nachweisfrist für ihre Fortbildungsaktivitäten zum 30. Juni 2009 genutzt um ihre Fortbildungsbelege bei der Landesärztekammer Hessen erfassen zu lassen. Durch das außerordentlich hohe Postaufkommen zum Ende dieser Frist kann der Umstand eintreten, dass bis zum 30. Juni 2009 nicht alle Fortbildungsmaßnahmen im Punktekonto sichtbar sind. **Für den Nachweis der Fortbildungsaktivitäten gegenüber der KVH ist das Eingangsdatum der Unterlagen maßgeblich, nicht das Erscheinen im Punktekonto.**

LÄKH

Zertifizierte Fortbildung VNR 2760602009074180001

Aktueller Stand der Dünndarmendoskopie

(Hessisches Ärzteblatt 7/2009, Seite 454)

Literatur

- [1] Albert JG, Wiedbrauck F, Keuchel M. Endoskopie des Dünndarms. *Dtsch Med Wochenschr* 2008; 133: 1136–1141.
- [2] Iddan G, Meron G, Glukhovskiy A, Swain P. Wireless capsule endoscopy. *Nature* 2000; 405(6785): 417.
- [3] Yamamoto H, Sekine Y, Sato Y, Higashizawa T, et al. Total enteroscopy with a non-surgical steerable double-balloon method. *Gastrointest Endosc* 2001; 53(2): 216–20.
- [4] Albert J, Gobel C, Lesske J, Lotterer E, Nietsch H, Fleig WE. Simethicone for small bowel preparation for capsule endoscopy: a systematic, single-blinded, controlled study. *Gastrointest Endosc* 2004; 59(4): 487–91.
- [5] Selby W. Complete small-bowel transit in patients undergoing capsule endoscopy: determining factors and improvement with metoclopramide. *Gastrointest Endosc* 2005; 61(1): 80–5.
- [6] Caddy GR, Moran L, Chong AKH, Miller AM, Taylor AC, Desmond PV. The effect of erythromycin on video capsule endoscopy intestinal-transit time. *Gastrointest Endosc* 2006; 63(2): 262–6.
- [7] Triester SL, Leighton JA, Leontiadis GI, Fleischer DE, et al. A Meta-Analysis of the yield of Capsule Endoscopy compared to other diagnostic modalities in patients with obscure gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 2407–2418.
- [8] May A, Wardak A, Nachbar L, Remke S, Ell C. Influence of patient selection on the outcome of capsule endoscopy in patients with chronic gastrointestinal bleeding. *J Clin Gastroenterol* 2005; 39(8): 684–8.
- [9] Zuckerman GR, Prakash C, Askin MP, Lewis BS. AGA technical review on the evaluation and management of occult and obscure gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 2000; 118(1): 201–21.
- [10] Ge Z, Chen H, Gao Y, Hu Y, Xiao S. Best candidates for capsule endoscopy for obscure gastrointestinal bleeding. *J Gastroenterol Hepatol* 2007; 22(12): 2076–80.
- [11] Redondo-Cerezo E, Perez-Vigara G, Perez-Sola A, Gomez-Ruiz CJ, et al. Diagnostic yield and impact of capsule endoscopy on management of patients with gastrointestinal bleeding of obscure origin. *Dig Dis Sci* 2007; 52(5): 1376–81.
- [12] Chen X, Ran Z, Tong J. A meta-analysis of the yield of capsule endoscopy compared to double-balloon enteroscopy in patients with small bowel diseases. *World J Gastroenterol* 2007; 13(32): 4372–8.
- [13] Albert JG, Schülbe R, Hahn L, Heinig D, et al. Impact of capsule endoscopy on outcome in mid intestinal bleeding: A multi-centre cohort study in 285 patients. *Eur J Gastroenterol Hepat* 2008; 20: 971–977.
- [14] Lai LH, Wong GLH, Chow DKL, Lau JYW, Sung JY, Leung WK. Long-term follow-up of patients with obscure gastrointestinal bleeding after negative capsule endoscopy. *Am J Gastroenterol* 2006; 101(6): 1224–8.
- [15] Junquera F, Saperas E, Videla S, Feu F, et al. Long-term efficacy of octreotide in the prevention of recurrent bleeding from gastrointestinal angiodysplasia. *Am J Gastroenterol* 2007; 102(2): 254–60.
- [16] Dabak V, Kuriakose P, Kamboj G, Shurafa M. A pilot study of thalidomide in recurrent GI bleeding due to angiodysplasias. *Dig Dis Sci* 2008; 53(6): 1632–5.
- [17] Kwan V, Bourke MJ, Williams SJ, Gillespie PE, et al. Argon plasma coagulation in the management of symptomatic gastrointestinal vascular lesions: experience in 100 consecutive patients with long-term follow-up. *Am J Gastroenterol* 2006; 101(1): 58–63.
- [18] Apostolopoulos P, Liatsos C, Gralnek IM, Giannakouloupoulou E, et al. The role of wireless capsule endoscopy in investigating unexplained iron deficiency anemia after negative endoscopic evaluation of the upper and lower gastrointestinal tract. *Endoscopy* 2006; 38(11): 1127–32.
- [19] Annibale B, Capurso G, Baccini F, Lahner E, et al. Role of small bowel investigation in iron deficiency anaemia after negative endoscopic/histologic evaluation of the upper and lower gastrointestinal tract. *Dig Liver Dis* 2003; 35(11): 784–7.
- [20] Graham DY, Opekun AR, Willingham FF, Qureshi WA. Visible small-intestinal mucosal injury in chronic NSAID users. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005; 3(1): 55–9.
- [21] May A, Manner H, Schneider M, Ipsen A, Ell C. Prospective multicenter trial of capsule endoscopy in patients with chronic abdominal pain, diarrhea and other signs and symptoms (CEDAP-Plus Study). *Endoscopy* 2007; 39(7): 606–12.
- [22] Fidder HH, Nadler M, Lahat A, Lahav M, et al. The utility of capsule endoscopy in the diagnosis of Crohn's disease based on patient's symptoms. *J Clin Gastroenterol* 2007; 41(4): 384–7.
- [23] Shim K, Kim Y, Kim K, Kim Y, et al. Abdominal pain accompanied by weight loss may increase the diagnostic yield of capsule endoscopy: a Korean multicenter study. *Scand J Gastroenterol* 2006; 41(8): 983–8.
- [24] Triester SL, Leighton JA, Leontiadis GI, Gurusu SR, et al. A meta-analysis of the yield of capsule endoscopy compared to other diagnostic modalities in patients with non-stricturing small bowel Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 2006; 101(5): 954–64.
- [25] Albert JG, Martiny F, Krummenerl A, Stock K, et al. Diagnosis of small bowel Crohn's disease: a prospective comparison of capsule endoscopy with magnetic resonance imaging and fluoroscopic enteroclysis. *Gut* 2005; 54(12): 1721–1727.
- [26] Bourreille A, Jarry M, D'Halluin PN, Ben-Soussan E, et al. Wireless capsule endoscopy versus ileocolonoscopy for the diagnosis of postoperative recurrence of Crohn's disease: a prospective study. *Gut* 2006; 55(7): 978–83.
- [27] Mehdizadeh S, Chen G, Enayati PJ, Cheng DW, et al. Diagnostic yield of capsule endoscopy in ulcerative colitis and inflammatory bowel disease of unclassified type (IBDU). *Endoscopy* 2008; 40(1): 30–35.
- [28] Pohl J, May A, Nachbar L, Ell C. Diagnostic and therapeutic yield of push-and-pull enteroscopy for symptomatic small bowel Crohn's disease strictures. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2007; 19(7): 529–34.
- [29] Rondonotti E, Spada C, Cave D, Pennazio M, et al. Video Capsule Enteroscopy in the diagnosis of celiac disease: A multicenter study. *Am J Gastroenterol* 2007; 102(8): 1624–1631.
- [30] Daum S, Wahnschaffe U, Glasenapp R, Borchert M, et al. Capsule endoscopy in refractory celiac disease. *Endoscopy* 2007; 39(5): 455–8.
- [31] LePane CA, Barkin JS, Parra J, Simon T. Ulcerative jejunoileitis: a complication of celiac sprue simulating Crohn's disease diagnosed with capsule endoscopy (PillCam). *Dig Dis Sci* 2007; 52(3): 698–701.
- [32] Cobrin GM, Pittman RH, Lewis BS. Increased diagnostic yield of small bowel tumors with capsule endoscopy. *Cancer* 2006; 107(1): 22–7.
- [33] Spigelman AD, Murday V, Phillips RK. Cancer and the Peutz-Jeghers syndrome. *Gut* 1989; 30(11): 1588–90.
- [34] Mata A, Llach J, Castells A, Rovira JM, et al. A prospective trial comparing wireless capsule endoscopy and barium contrast series for small-bowel surveillance in hereditary GI polyposis syndromes. *Gastrointest Endosc* 2005; 61(6): 721–5.
- [35] Spigelman AD, Williams CB, Talbot IC, Domizio P, Phillips RK. Upper gastrointestinal cancer in patients with familial adenomatous polyposis. *Lancet* 1989; 2(8666): 783–5.
- [36] Burke CA, Santisi J, Church J, Levinthal G. The utility of capsule endoscopy small bowel surveillance in patients with polyposis. *Am J Gastroenterol* 2005; 100(7): 1498–502.
- [37] Flieger D, Keller R, May A, Ell C, Fischbach W. Capsule endoscopy in gastrointestinal lymphomas. *Endoscopy* 2005; 37(12): 1174–80.
- [38] Cheifetz AS, Kornbluth AA, Legnani P, Schmelkin I, et al. The risk of retention of the capsule endoscope in patients with known or suspected Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 2006; 101(10): 2218–22.
- [39] Baichi MM, Arifuddin RM, Mantry PS. What we have learned from 5 cases of perma-

- nent capsule retention. *Gastrointest Endosc* 2006; 64(2): 283–7.
- [40] Spada C, Shah SK, Riccioni ME, Spera G, et al. Video capsule endoscopy in patients with known or suspected small bowel stricture previously tested with the dissolving patency capsule. *J Clin Gastroenterol* 2007; 41(6): 576–82.
- [41] Fry LC, De Petris G, Swain JM, Fleischer DE. Impaction and fracture of a video capsule in the small bowel requiring laparotomy for removal of the capsule fragments. *Endoscopy* 2005; 37(7): 674–6.
- [42] Bandorski D, Irrnich W, Bruck M, Beyer N, Kramer W, Jakobs R. Capsule endoscopy and cardiac pacemakers: investigation for possible interference. *Endoscopy* 2008; 40(1): 36–39.
- [43] Tabib S, Fuller C, Daniels J, Lo SK. Asymptomatic aspiration of a capsule endoscope. *Gastrointest Endosc* 2004; 60(5): 845–8.
- [44] Mensink PBF, Haringsma J, Kucharzik T, Cellier C, et al. Complications of double balloon enteroscopy: a multicenter survey. *Endoscopy* 2007; 39(7): 613–5.
- [45] Lo SK, Simpson PW. Pancreatitis associated with double-balloon enteroscopy: how common is it? *Gastrointest Endosc* 2007; 66(6): 1139–41.
- [46] May A, Nachbar L, Pohl J, Ell C. Endoscopic interventions in the small bowel using double balloon enteroscopy: feasibility and limitations. *Am J Gastroenterol* 2007; 102(3): 527–35.
- [47] Albert JG, Gimm O, Stock K, Bilkenroth U, Marsch WCH, Helmbold P. Small-bowel endoscopy is crucial for diagnosis of melanoma metastases to the small bowel: a case of metachronous small bowel metastases and review of the literature. *Melanoma Res* 2007; 17(5): 335–338.
- [48] Akerman PA, Agrawal D, Cantero D, Pangtay J. Spiral enteroscopy with the new DSB overtube: a novel technique for deep peroral small-bowel intubation. *Endoscopy* 2008; 40(12): 974–8.
- [49] Adler SN, Bjarnason I, Metzger YC. New balloon-guided technique for deep small-intestine endoscopy using standard endoscopes. *Endoscopy* 2008; 40(6): 502–5.
- [50] Bourraille A, Ignjatovic A, Aabakken L, Loftus EV et al. Role of small bowel endoscopy in IBD. *Endoscopy* 2009; in press

Multiple Choice-Fragen (Nur eine Antwort ist richtig)

? 1.) Was wird in der Dünndarmendoskopie als häufigste Ursache einer mittleren intestinalen Blutung gefunden?

1. Ulcera
2. Erosionen
3. Tumore
4. Angiektasien
5. Morbus Crohn

? 2.) Welche Aussage zur Dünndarmendoskopie trifft zu?

1. Vor jeder Ballonenteroskopie sollte eine Kapselendoskopie erfolgen.
2. Die Kapselendoskopie ist nur indiziert, wenn mittels Ballonenteroskopie nicht alle Dünndarmabschnitte eingesehen werden können.
3. Bei V. a. intestinaler Blutung sollte der Dünndarmendoskopie immer eine ÖGD und Ileokoloskopie vorangehen.
4. Die Nachweisgenauigkeit einer im Dünndarm lokalisierten Blutungsquelle ist für die Ballonenteroskopie im Vergleich zur Kapselendoskopie deutlich höher.
5. Der ausschließliche Nachweis von Teerstuhl ohne frisches Blut ist keine Indikation zur Dünndarmendoskopie, da eine mittlere gastrointestinale Blutung sehr unwahrscheinlich ist.

? 3.) Welche Aussage zum Eisenmangel trifft zu?

1. Bei der Abklärung einer Eisenmangelanämie kann die Kapselendoskopie einen höheren Prozentsatz behandlungsbedürftiger Befunde detektieren als radiologische Methoden.
2. Ohne positiven Hämocult-Test besteht in der Regel keine Indikation zur Kapselendoskopie im Rahmen der Abklärung einer Eisenmangelanämie.
3. Einer Eisenmangelanämie bei jungen Männern liegt in aller Regel eine Blutung im mittleren Gastrointestinaltrakt zugrunde.
4. Eine glutensensitive Enteropathie (Sprue) führt nur selten zu einer manifesten Eisenmangelanämie.
5. Bei nachgewiesener Blutungsquelle im Dickdarm finden sich häufig weitere potentielle Blutungsquellen im Dünndarm.

? 4.) Welche Aussage zum Thema „Dünndarmendoskopie bei Morbus Crohn“ ist *nicht* richtig?

1. Die Kapselendoskopie hat im Rahmen der Diagnostik bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen keinen Stellenwert.
2. Der Befund der Dünndarmendoskopie bei Morbus Crohn ist in aller Regel nicht pathognomonisch.
3. Durch NSAR induzierte Ulcera lassen sich mittels Kapselendoskopie nur schlecht von Läsionen bei Morbus Crohn unterscheiden.
4. Die Dünndarmendoskopie ist beim Nachweis mukosaler Läsionen der Schnittbildgebung (CT, MRT) überlegen.
5. Der Einsatz der Dünndarmendoskopie ist zum Nachweis eines postoperativ auftretenden Rezidives bei Morbus Crohn sinnvoll.

? 5.) Welche Aussage ist richtig?

1. Nach Diagnosestellung eines kolorektalen Karzinoms sollte in Zukunft zum Ausschluss eines Zweitumors immer eine Dünndarmendoskopie durchgeführt werden.
2. Die Vorsorgekoloskopie sollte bei Patienten > 70 Jahre um eine Kapselendoskopie ergänzt werden.
3. Aufgrund der zunehmenden Häufigkeit intestinaler Metastasen nicht-kleinzelliger Bronchialkarzinome wird die Kapselendoskopie im Rahmen des Routine-Stagings als diagnostisches Mittel eingesetzt.
4. Eine wichtige Indikation für die Dünndarmendoskopie stellt das Peutz-Jeghers-Syndrom dar.
5. Keinen Stellenwert hat die Dünndarmendoskopie bei der Diagnosestellung von intestinalen Lymphomen.

? 6.) Welche Aussage zu Komplikationen der Kapselendoskopie ist richtig?

1. Die Indikation zur Kapselendoskopie muss sehr streng gestellt werden, da es häufig (> 10 %) zur Retention der Kapsel kommt.
2. Bei gesicherter Retention der Kapsel > 72 Stunden muss umgehend eine endoskopische oder chirurgische Extraduktion angestrebt werden.

3. Bei dem klinischen oder radiologischen Verdacht auf eine Stenose kann die Durchführung einer „Patency-Kapsel-Untersuchung“ als Testlauf vor einer Kapselendoskopie sinnvoll sein.
4. Die Patency-Kapsel ist deutlich kleiner (Durchmesser 6 mm) als herkömmliche Kapseln, bei jedoch schlechterer Bildqualität.
5. Herzschrittmacher stellen eine absolute Kontraindikation für die Durchführung einer Kapselendoskopie dar.

? 7.) Welche Aussage zur Durchführung der Dünndarmendoskopie trifft *nicht* zu?

1. Das Schlucken der Kapsel gelingt in der Regel Erwachsenen wie Teenagern und Jugendlichen problemlos.
2. Durch den Einsatz von Metoclopramid kann die Rate kompletter Kapselendoskopie-Untersuchungen (Eintritt der Kapsel in das Coecum während des Untersuchungszeitraums) gesteigert werden.
3. Im Rahmen der Kapselendoskopie muss der Patient vor Einnahme der Kapsel nüchtern bleiben.
4. Vor der Durchführung einer Ballonenteroskopie sollte eine Spüllösung zur Reinigung des Dünndarms eingesetzt werden.
5. Nach erfolgter Kapselendoskopie kann die Kapsel entsprechend den hygienischen Maßgaben aufbereitet und anschließend wieder verwendet werden.

? 8.) Welche Aussage zur Ballonenteroskopie trifft zu?

1. Eine Sedierung wird für die Durchführung der Ballonenteroskopie in der Regel nicht eingesetzt.
2. Mittels Ballonenteroskopie ist in der überwiegenden Zahl der Fälle (> 2/3) der gesamte Dünndarm einsehbar, wenn die Untersuchung von anal und oral erfolgt.
3. Das Ballonenteroskop lässt sich auf eine Gesamtlänge von bis zu 4,50 m ausziehen.
4. Die erste Ballonenteroskopie wurde bereits 1988 durchgeführt.
5. Die Ballonenteroskopie-Untersuchung beginnt immer von oral.

? 9.) Welche Aussage zu den Einsatzmöglichkeiten der Ballonenteroskopie trifft zu?

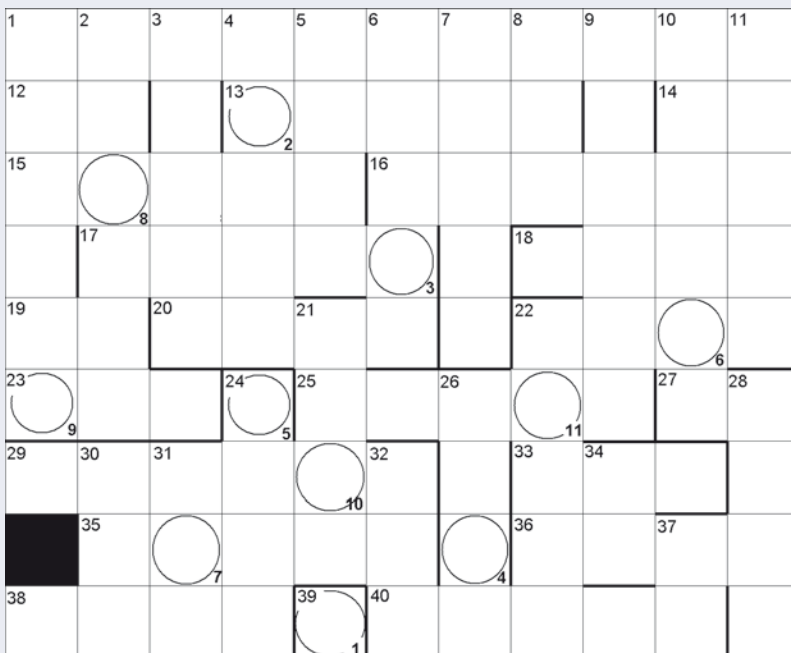
1. Interventionen sind bei der Ballonenteroskopie bisher auf die Möglichkeit der Biopsie-Entnahme beschränkt.
2. Dilatationsbehandlungen von Stenosen im Dünndarm sollten aufgrund der über die lange Distanz nur unpräzisen Steuerung nur in Ausnahmefällen durchgeführt werden.
3. Die Ballonenteroskopie eignet sich nicht zur Blutstillung.

4. Die Ballonenteroskopie ist primär ein diagnostisches Verfahren.
5. In der Kapselendoskopie detektierte suspekte Läsionen können mittels Ballonenteroskopie gezielt biopsiert werden.

? 10.) Welche Aussage zu den Komplikationen der Ballonenteroskopie ist richtig?

1. Die Komplikationsrate ist im Vergleich zur konventionellen Koloskopie deutlich niedriger.
2. Perforationen treten im Allgemeinen häufiger auf als Blutungskomplikationen.
3. Eine mögliche – wenn auch seltene Komplikation (< 1 %) – ist die Pankreatitis.
4. In fast allen Fällen lässt sich im Anschluss an die Untersuchung eine klinisch unbedeutende Hyperamylasämie beobachten.
5. Nach der meist zügigen Passage des Kolons ist bei der transanal Enteroskopie eine Sedierung nicht mehr notwendig, so dass „Sedierungs-assoziierte“ Komplikationen selten sind.

Medizinisches Kreuzworträtsel



Waagrecht

1 Gonosomale Trisomie mit Hochwuchs und Hypogonadismus: ...-Syndrom (Eponym) • 12 Ovum • 13 Lat.: Seele • 14 Abk. für: Motorische Einheit • 15 Angeborenes Fehlbildungssyndrom mit Turmschädel, Minderwuchs u. verzögerter geistiger Entwicklung: ...-Syndrom (Eponym) • 16 Angeborenes Fehlbildungssyndrom mit supravalvulärer Aortenstenose und Faunsgesicht: Williams-...-Syndrom (Eponym) • 17 Verzweigungen der untere Atemwege: ... bronchialis; lat.: Baum • 18 Oberflächliche Schlinge des Halsnervengeflechtes = ... cervicalis • 19 Abk. für Nukleinsäure • 20 Endabschnitt der Mitose und Meiose: ...phase • 22 Meist sporadisch auftretende Dysraphie mit Kurzhals, Tiefstand der Ohren u. Nackenhaargrenze: Klippel-...-Syndrom (Eponym) • 23 Reisekinetose = ...krankheit • 25 Pulmonaler Reflex, der bei Hypoventilation zur Engstellung der arteriellen Lungengefäße führt: ...-Liljestrand-Mechanismus (Eponym) • 27 Abk. für Sinusrhythmus • 29 Autosomal-rezessiv erbliche Mukopolysaccharidose mit Iduronidasemangel: Ullrich-...-Syndrom (Eponym) • 33 Gangliosidose durch angeborenen Mangel an Hexosaminidase A: Morbus ...-Sachs (Eponym) • 35 Autosomal-rezessiv erbliche Störung der Aufnahme von Bilirubin in die Leberzelle sowie der Bilirubinausscheidung: ...-Syndrom (Eponym) • 36 Einrenkung des luxierten Humeruskopfes über eine Stuhllehne beim sitzenden Patienten: ...-Manöver (Eponym) • 38 Unpaares Oberbauchorgan • 39 Vitamin, das mit Hilfe der Sonneneinstrahlung in der Haut gebildet wird • 40 Englische Bezeichnung für eine angeborene Bauchdeckenaplasie = prune ... syndrome

Senkrecht

1 Mitochondriale Erkrankung mit chronisch progressiver externer Ophthalmoplegie, Retinitis pigmentosa und kardialen Erregungsleitungsstörungen: ...-Sayre-Syndrom (Eponym) • 2 Fett-spaltendes Enzym • 3 Chemisch reaktionsträge • 4 Cicatrix • 5 Inneres Keimblatt des Embryoblasten = ...derm • 6 Generalisierte Tendomyopathie mit Fatigue-Symptomatik: ...myalgie • 7 Seltene x-chromosomal vererbte Muskeldystrophie = ...Dreifuß (Eponym) • 8 Angenehme Temperatur • 9 Gondadendysgenese mit weiblichem Phänotyp, Minderwuchs, inverser Haaransatz und Pterygium colli: Ullrich-...-Syndrom (Eponym) • 10 Erbechen • 11 Die Nieren betreffend • 21 Gutartiger Tumor im Uterus: ...myom • 22 Das Ungeborene betreffend • 24 Die größten Pyramidenzellen des Neocortex: ...-Riesenzellen (Eponym) • 26 Borreliose = ... disease (engl.) • 28 Bei Mädchen beschriebene, frühkindliche und langsam fortschreitende Demenz mit typischen zwanghaften Handwaschbewegungen: ...-Syndrom (Eponym) • 30 Chromosomenaberration mit kraniofazialer Dysmorphie und typischer katzenschreier Stimme = ... du chat-Syndrom • 31 Generalisierte Entzündung aller Gelenke = ...arthritis • 32 Häufige Geburtsverletzungen bei Zangenentbindungen: ...-Duchenne-Lähmung (Eponym) • 34 Abk. für autosomal-rezessiv • 37 Abk. für Lymphozyt

Lösungswort

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wirkung eines komplexen Trainings- und Therapieprogramms bei Patienten/innen mit Erkrankung des Bewegungsapparates während einer dreiwöchigen stationären Rehabilitation

Hermann Buhl, Esther Voll

Zusammenfassung

Zielstellung: Es wurde die Wirkung eines komplexen Belastungsprogramms in Verbindung mit konventionellen Physiotherapieformen von Patienten/innen mit Erkrankungen des Bewegungsapparates im Rahmen einer stationären Reha von drei Wochen Dauer untersucht. Das Ziel bestand in einer Verbesserung der Leistung durch Erhöhung der aeroben Kapazität, sowie die Körpergewebezusammensetzung und den Lipidstoffwechsel in Verbindung mit dem Herzfrequenz- und Blutdruckverhalten zu verändern.

Hintergrund: Die Zunahme der Zivilisationskrankheiten und besonders die des Bewegungsapparates sind überwiegend auf Bewegungsmangel, Ernährungsfehler und einen nicht optimalen Lebensstil zurückzuführen. Vor allem die aerobe Kapazität am Beispiel der relativen Wattleistung zeigt bei chronischen Patienten ein erschreckend geringes Niveau, welches z.T. noch unter dem von neun- bis zwölfjährigen Kindern liegt (s. Heft 1/09).

Methodik: 163 Patienten/innen (115 Männer und 48 Frauen) wurden in einer prospektiven randomisierten Querschnittsstudie untersucht. Ein komplexes Belastungsprogramm wurde mit ca. drei Stunden pro Tag festgelegt.

Messgrößen: Körpergewebezusammensetzung; absolute und relative Leistung auf dem Fahrradergometer; Lipidstoffwechsel; Herzfrequenz- und Blutdruckverhalten vor und nach dem Belastungsregime.

Ergebnis: Die absolute und relative Leistung erhöhte sich bei Männern und Frauen um 12–15%. Die Körpermasse bzw. die Fett- und Muskelmasse verringerte sich signifikant. Deutliche Verände-

rungen zeigte der Lipidstoffwechsel mit TG, Cholesterin, HDL- und LDL-Cholesterin. In allen Gruppen kam es zur Senkung des systolischen und diastolischen Blutdrucks; die Herzfrequenzen zeigten nur eine geringe Veränderung.

Schlussfolgerung: Patienten/innen sind im Rahmen eines Reha-Verfahrens durchaus in der Lage, eine gezielte körperliche Belastung von $2,6 \pm 0,3$ Std./Tag über drei Wochen zu absolvieren. Aus den Angaben des Fragebogens ging hervor, dass sich die Teilnehmer subjektiv besser gefühlt haben, eine deutlich geringere Schmerzempfindung spürten und über ein besseres Heilungspotential verfügten.

Einleitung

Das Dilemma einer Rehabilitationsklinik besteht darin, Patienten aufzunehmen, die zwar korrekt eine oder mehrere Diagnosen laut ICD-10 aufweisen und deshalb eine Rehabilitation beanspruchen können, sich aber darüber hinaus in einem reduzierten und z.T. mangelhaften körperlichen Allgemeinzustand befinden. Für die meisten Patienten ist die stationäre Reha ein therapeutischer Höhepunkt – aber eine Vorbereitung und erst recht eine langfristige Nachbereitung findet kaum statt [17]. Trotz aller Bemühungen der vergangenen Jahre hat sich die Einstellung der Bevölkerung zum verantwortungsbewussten Umgang mit der eigenen Gesundheit nicht wesentlich verändert. Nur 1/3 treibt mehr oder weniger regelmäßig Sport; der größere Teil absolviert nur gelegentlich eine körperliche Belastung oder gehört zu den Sportabstinenten. Besonders bedenklich ist dabei, wie LEYCK [1] herausfand, dass bereits bei den 25-jährigen diese nega-

tive Entwicklung beginnt. Zum letzteren Anteil gehören auch die meisten chronisch kranken Menschen, denen selbst z.T. von ärztlicher Seite oft mangels besseren Wissens fälschlicherweise geraten wird, sich zu schonen [8]. Damit beginnt ein folgenschwerer Kreislauf. Am Ende hat sich der Allgemeinzustand so verschlechtert, dass auch das Heilungspotential ihrer Erkrankung deutlich abgenommen hat. Es gibt aber nur noch wenige und schwere Krankheitsbilder, bei denen eine körperlich-sportliche Aktivität kontraindiziert ist [18].

Daraus wurde die Fragestellung zur vorliegenden Untersuchung abgeleitet, inwieweit eine Wechselwirkung zwischen einem guten Allgemein- und Leistungszustand, speziell der aeroben Leistungsfähigkeit einerseits und der Krankheitsverarbeitung durch den Patienten andererseits, besteht. In der vorliegenden Studie ergab sich allerdings das Problem, ob sich diese Veränderungen bereits nach drei Wochen eines gezielten Trainings im Rahmen einer stationären Reha nachweisen lassen und die Patienten diese auch in ihrer subjektiven Beurteilung im Patientenfragebogen am Ende bestätigen können.

Es war also notwendig, den Patienten/innen dieses Problem und die damit zusammenhängende Aufgabe, ein komplexes Belastungs- und Therapieprogramm zu absolvieren, eingehend zu erläutern und eine Zielvereinbarung abzuschließen [2]. Der Erfolg hing vor allem von der Motivation und Überzeugung der Patienten ab, sich nicht nur einmalig zu überwinden, sondern diese Anforderungen langfristig im Sinn eines veränderten Lebensstils zu verstehen und auch unter ihren

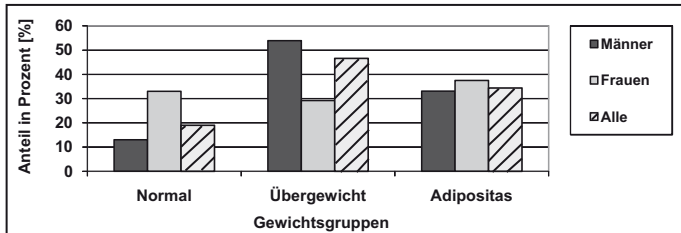


Abb. 1: Übersicht der Verteilung der Körpermasse aller Patienten/innen sowie geschlechtsspezifische Differenzierung innerhalb der Gewichtsgruppen

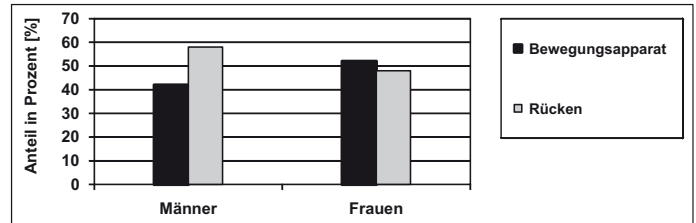


Abb. 4: Verteilung der Patienten/innen nach Geschlecht sowie nach Diagnosegruppen Bewegungsapparat und Rückenleiden

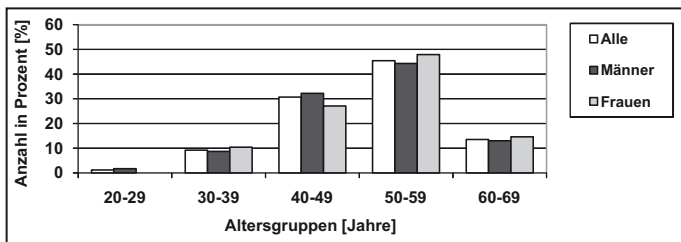


Abb. 2: Altersverteilung der Patienten unter Berücksichtigung des Geschlechts

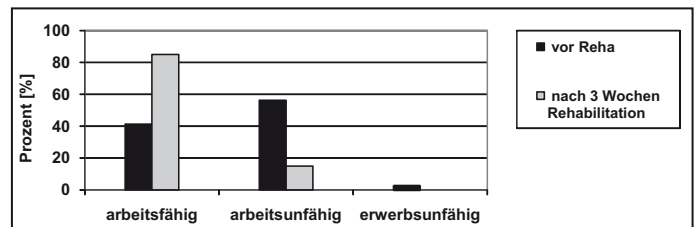


Abb. 5: Arbeitsfähigkeit der Patienten

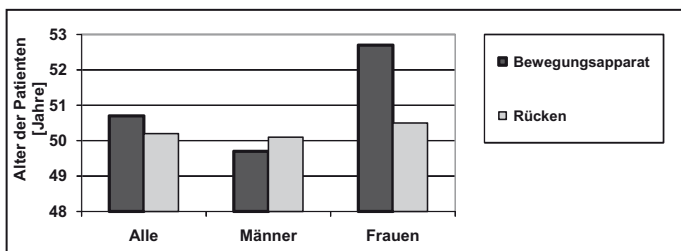


Abb. 3: Alter in Abhängigkeit von Diagnose und Geschlecht

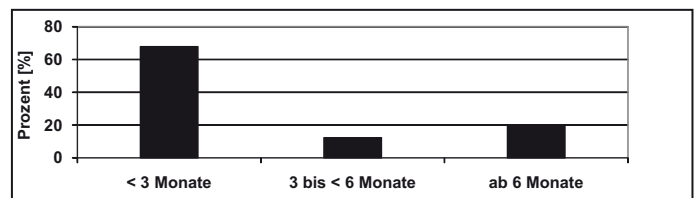


Abb. 6: Arbeitsunfähigkeitszeiten der arbeitsunfähigen Patienten

häuslichen Bedingungen fortzusetzen. Damit wäre der eigentliche Auftrag der Rehabilitation, den Heilprozess mit einer soliden Gesundheitserziehung zu verbinden, verwirklicht, wie es HOEHLE bereits 1996 von der LVA forderte [3].

Untersuchungsmethodik Patientendaten

In einer orthopädisch-internistischen Rehaklinik (s. Fußnote 1) wurde eine prospektive randomisierte Querschnittsstu-

die an Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates durchgeführt. Ausschlusskriterien waren Frischoperierte und akut interkurrente Zustände. Insgesamt konnten 163 Männer und Frauen erfasst werden, die im Rahmen einer dreiwöchigen Rehabilitation das vorgegebene Therapieprogramm vollständig erfüllten. In der Tab. 1 wurden die persönlichen Daten der Patienten zusammengefasst.

Weiterhin wurde die Körpermasse differenziert nach Normal- und Übergewicht sowie Adipositas und die Altersverteilung erfasst (Abb. 1, 2, 3). Die Diagnose „Bewegungsapparat“ wurde nach dem ICD-10-Schlüssel erstellt, wobei der Anteil „Rückenbeschwerden“ gesondert

hervorgehoben wurde (Abb. 4). Zusätzlich wurde die Arbeitsfähigkeit vor und nach der Rehabilitation erfasst und in der Abb. 5 dargestellt. Und schließlich wurde auch die Dauer aller arbeitsunfähigen Patienten ermittelt, die bei 68 % weniger als drei Monate, bei 10 % drei bis sechs Monate und 22 % mehr als sechs Monate betrug (Abb. 6).

Untersuchungsprotokoll

Nach der üblichen Aufnahme mit Anamnese, klinischen Status, EKG und Labor erfolgte die Bestimmung der Körpergewebezusammensetzung mit der BIA-Methode sowie zur Erfassung der aktuellen Leistungsfähigkeit eine Spiroergometrie mit Laktatdiagnostik.

1) Die Untersuchungen wurden 2003–2004 in der Rehaklinik Parkhöhe, Bad Wildungen, durchgeführt. Für die Unterstützung danken die Autoren dem ehemaligen Geschäftsführer Rolf-Peter Höhle.

Auf Grund dieser Ergebnisse wurde für jeden Patienten ein komplexer Therapieplan erstellt, der alle Festlegungen zur Physiotherapie, Ernährung, Gesundheitserziehung, wenn erforderlich der medikamentösen Therapie und zur Freizeitgestaltung erfasste. Als Schwerpunkt ist hervorzuheben, im Vergleich zu bisher bekannten und üblichen Maßnahmen, dass die Trainingstherapie in Form eines exakt festgelegten Belastungsprogramms für jeden Teilnehmer der Studie ausgearbeitet wurde, wobei individuelle Einschränkungen beachtet wurden. Alle Teilnehmer an der Studie wurden angewiesen, ihre subjektive Beurteilung der Belastung am Ende im Patientenfragebogen zusammenzufassen. Der Patientenfragebogen wurde in der vorliegenden Studie aus Platzgründen nicht dargestellt.

Belastungsprogramm

Der Zeitbedarf für das gesamte Therapieprogramm des Heilverfahrens lag bei 6 Std./Tag; davon sollten die Studienteilnehmer 3 Std. für das körperliche Aktivprogramm umsetzen. Für die passiven Therapieformen wurden 2–4 ÜE/Tag eingesetzt. Ausgehend von einer Sechstage-Woche und einem Ruhetag, erga-

ben sich 18 Std. Belastung/Woche bzw. 54 Std./18 Tage Reha.

Die Belastungsformen bestanden betont aus dem gerätegestützten Krafttraining, Ausdauer in Form von Ergometertraining, Schwimmen, Aquajogging, Marsch im Gelände und Kraftgymnastik mit und ohne Gerät, verbunden mit koordinativen Übungselementen. Die Durchführung lag in den Händen qualifizierter Sportlehrer und Physiotherapeuten, die gleichermaßen als Lehrer und Erzieher wesentlich den Erfolg der Studie sicherten.

Messverfahren

Herzfrequenz und das EKG sowie der Blutdruck (manuelle Messung) wurden als Ruhewerte nach 5 min in liegender Position bestimmt. Die Körpergewebezusammensetzung erfolgte mit der bioelektrischen Impedanz und dem Messgerät Akern STA/BIA der Fa. Medical, Karlsruhe. Mittels Reactance und Resistance wurde der Widerstand im Gewebe bzw. der Zelle bestimmt und damit Muskel- und Fettmasse, Körperwasser, Ma-

Tab. 1: Anthropometrische Daten der Patienten/innen

	MÄNNER	FRAUEN
Anzahl	115	48
Alter (Jahre)	49,9 ± 8,1	51,7 ± 8,5
Körperlänge (cm)	175,1 ± 6,7	162,2 ± 6,2
Körpermasse (kg)	88,5 ± 13,6	74,2 ± 12,7

germasse, Grundumsatz (wurde nicht verwendet) sowie der BMI bestimmt.

Im intravenösen Blut wurden die Messgrößen des Stoffwechsels Triglyzeride, Cholesterin, LDL, HDL, Glukose und Harnstoff bestimmt (Laborgemeinschaft Schotttdorf, Augsburg).

Die Spiroergometrie wurde auf dem FE der Fa. Ergoline mit dem Spirometer OXYGON-alpha der Fa. Jäger, Würzburg, durchgeführt. Es wurde eine stufenförmige Belastung gewählt, mit einer Stufendauer von 3 min und einer Steigerung von 25 W/Stufe bis zum subjektiven Abbruch. Die Parameter der Ventilation wurden fortlaufend gemessen; die Herzfrequenzen telemetrisch mit dem System der Fa. Polar erfasst; die Bestimmung des Laktats erfolgte mit 20 µl Blut aus dem hyperämisierten Ohrläppchen jeweils am Ende einer Belastungsstufe mit dem Messgerät Super GL Ambulance der Fa. Dr. Müller, Freital.

Die Blutdruckmessung wurde manuell vorgenommen und erfolgte ca. 30 s vor dem Stufenende.

Statistik

Aus einer Grundgesamtheit von 198 Patienten, die im Zeitraum der Studie die Primärdiagnose Erkrankung des Bewegungsapparates und speziell Rückenschmerz aufwiesen und mit dem o. g. Untersuchungsprotokoll erfasst wurden, konnte eine Stichprobe von 163 Patienten vollständig ausgewertet werden.

In der abhängigen Stichprobe wurden das arithmetische Mittel, die Varianz und

ANZEIGE

SINGER & SINGER
Rechtsanwälte und Steuerberater
Alles aus einer Hand: umfassende Rechts- und Steuerberatung für Ärzte

<p>Dr. med. Tobias Singer Rechtsanwalt und Arzt Schwerpunkt Arzt- und Medizinrecht Mitglied im Deutschen Anwaltverein DAV, der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im DAV und in der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.</p>	<p>Juliana Sophie Singer Rechtsanwältin und Steuerberaterin Fachanwältin für Steuerrecht Mitglied im Deutschen Anwaltverein DAV und der Arbeitsgemeinschaft der Fachanwälte für Steuerrecht e.V.</p>
--	---

Vertragsarztrecht: Honorarkürzung, Plausibilitätsverfahren, Wirtschaftlichkeitsprüfung, Disziplinarverfahren, etc.
Ärztliches Vertragsrecht: Vertragsgestaltungen bei Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften, MVZ-Gründung und -Betreuung, Übernahme von Vertragsarztsitzen, Konsiliarverträge, Chefarztverträge, etc.
Arzthaftungsrecht/Arztstrafrecht: Umfassende Bearbeitung von Arzthaftungsfällen, Vertretung auch im Ermittlungs-/Strafverfahren
Steuerberatung: Umfassende Steuerberatung speziell für Ärzte, Praxen und MVZ

Tel.: 06181-579 976 8 · Fax: 06181-906 755 2 · E-Mail: info@kanzlei-singer.de

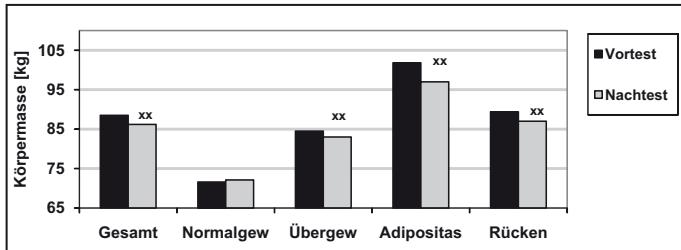


Abb. 7: Körpermasse der Männer

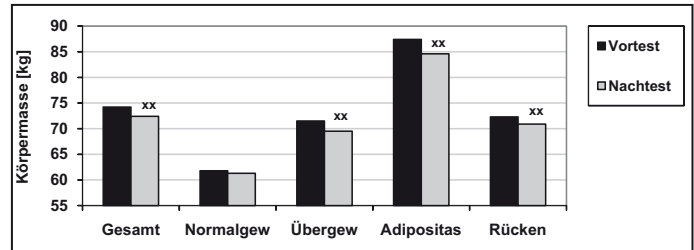


Abb. 8: Körpermasse der Frauen

die Standardabweichung bestimmt. Zur Anwendung kamen der Wilcoxon-Test, der T-Test und der Kolmogorow-Smirnov-Test.

Die Irrtumswahrscheinlichkeit p wurde mit einem Signifikanzniveau von 5% festgelegt (in den Abb. mit $\times \hat{=} p = 0,05$ bzw. $xx \hat{=} p = 0,01$ bezeichnet).

Ergebnisse

1 Belastungsprogramm

Die Vorgabe mit 3 Std./Tag und 54 Std./18 Tage wurde mit 2,6 \pm 0,3 Std./Tag und Woche bzw. mit 48 Std./18 Tage Reha erfüllt, d.h. 86% der Zielvorgabe. Ausfälle erfolgten nicht auf Grund mangelhafter Bereitschaft der Patienten die Trainings-

aufgaben zu erfüllen, sondern Klinikintern durch Terminverschiebungen, Ausfall von Personal und kurzzeitig interkurrente Beschwerden verschiedener Ursache.

2 Anthropometrische Daten

Alle nachstehend dargestellten Ergebnisse beziehen sich zunächst auf die Ge-

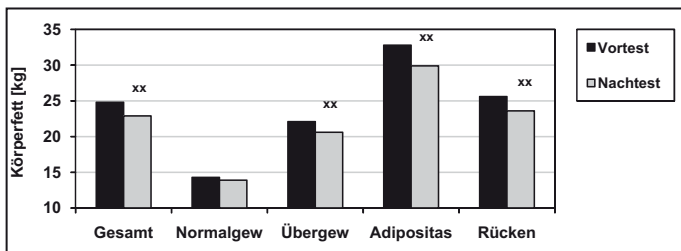


Abb. 9: Körperfett der Männer

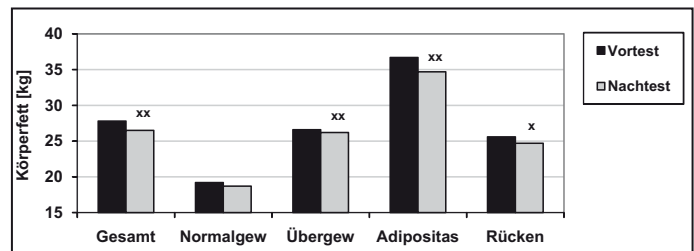


Abb. 12: Körperfett der Frauen

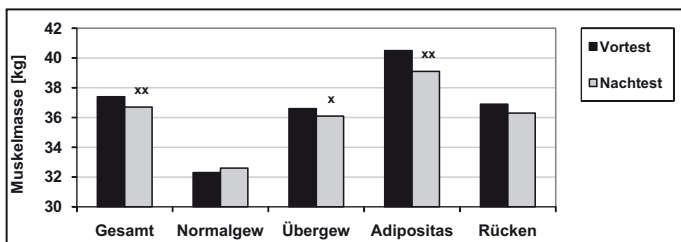


Abb. 10: Muskelmasse der Männer

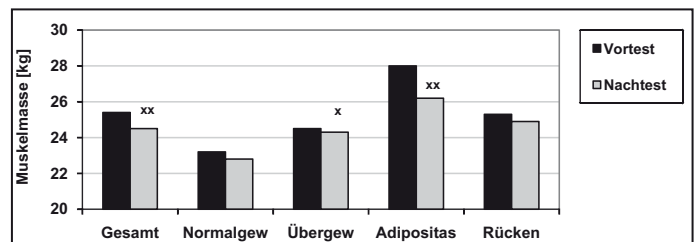


Abb. 13: Muskelmasse der Frauen

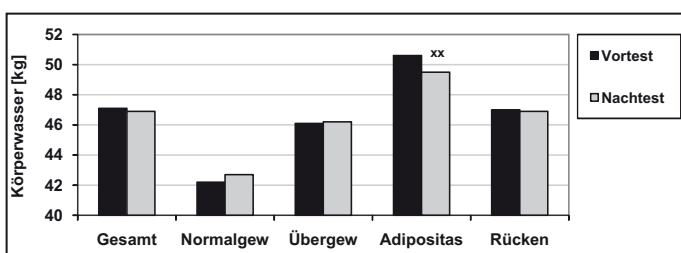


Abb. 11: Körperwasser der Männer

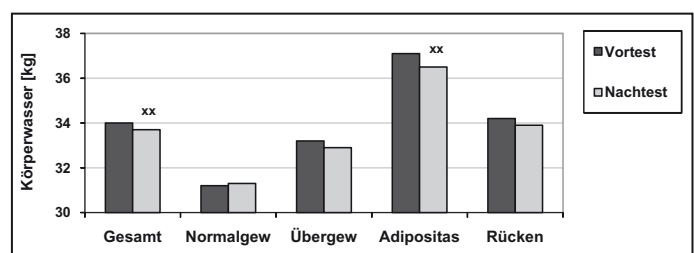


Abb. 14: Körperwasser der Frauen

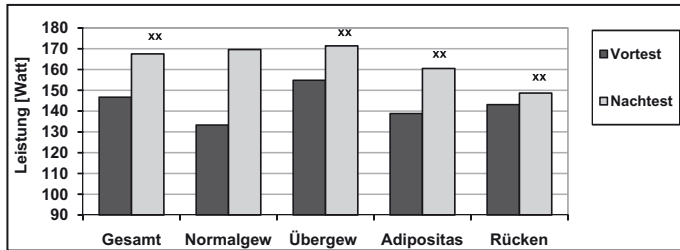


Abb. 15: Leistung der Männer

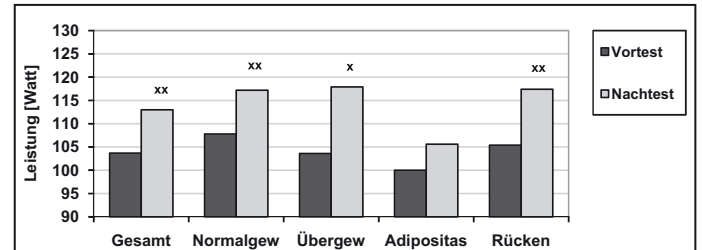


Abb. 16: Leistung der Frauen

samtheit aller Männer (n = 115) und aller Frauen (n = 48), die der Tab. 1 zu entnehmen sind. Auf Grund der Patientenprofile hinsichtlich Körperbau und Aufnahme-diagnose, wie in den Abb. 1 bis 4 dargestellt, erwies es sich als sinnvoll, die Ergebnisse differenziert nach Normal-, Übergewicht-, Adipositas- und Rückenpatienten zu betrachten.

Die Männer und Frauen reduzieren ihre Körpermasse signifikant bei Übergewicht, Adipositas und Rücken- nicht aber

bei Normalgewicht (Abb. 7 und 8). In beiden Geschlechtern ist die Gewichtsreduktion auf eine Verringerung der Fett- und Muskelmasse, aber nur einer marginalen Veränderung des Körperwassers zurückzuführen, wie den Abb. 9 bis 14 zu entnehmen ist.

3 Leistung

Die Leistung wurde mittels Stufentest bis zum subjektiven Abbruch erfasst. Für die Festlegung der individuellen Trainings-

intensitäten wurde die Leistung im Bereich der aerob-anaeroben Stoffwechselschwelle herangezogen und bei einer Laktatkonzentration von 3 mmol/l festgelegt.

Die absolute Leistung erhöhte sich sowohl bei den Männern und Frauen signifikant, mit Ausnahme der Normal-Männer bzw. Adipositas-Frauen (Abb. 15 und 16). Die Männer verbesserten sich im Mittel von 143 auf 167W bzw. von 1,6 auf 2,0W/kg KM. Die Frauen erhöhten

Tab. 2: Männer: Veränderungen von Leistung (W), rel. Leistung (W/kgKM) und Blutdruck (mmHg)

		GESAMT n = 115	NORMALGEWICHT n = 15	ÜBERGEWICHT n = 62	ADIPOSITAS n = 38	RÜCKENPAT. n = 67
Leistung (W)	vor	146,7 ± 42	133,3 ± 51	154,8 ± 41	138,8 ± 38	143,7 ± 45
	nach	168,0 ± 41	169,6 ± 63	171,4 ± 39	160,5 ± 33	167,8 ± 41
Leistung (W/kgKM)	vor	1,7	1,9	1,8	1,4	1,6
	nach	1,9	2,4	2,1	1,7	1,9
RR (mmHg) Ruhe	vor	139/90	132/84	135/88	148/93	139/90
	nach	130/85	128/76	125/84	138/88	132/85

Tab. 3: Frauen: Veränderungen von Leistung (W), rel. Leistung (W/kgKM) und Blutdruck (mmHg)

		GESAMT n = 115	NORMALGEWICHT n = 15	ÜBERGEWICHT n = 62	ADIPOSITAS n = 38	RÜCKENPAT. n = 67
Leistung (W)	vor	103,7 ± 23	107,8 ± 27	103,6 ± 24	100,0 ± 17	105,4 ± 25
	nach	113,0 ± 26	117,2 ± 30	117,9 ± 25	105,6 ± 324	117,4 ± 30
Leistung (W/kgKM)	vor	1,4	1,7	1,4	1,1	1,5
	nach	1,6	1,9	1,7	1,2	1,7
RR (mmHg) Ruhe	vor	130/85	125/83	130/83	137/89	130/84
	nach	123/80	117/76	122/82	129/82	120/76

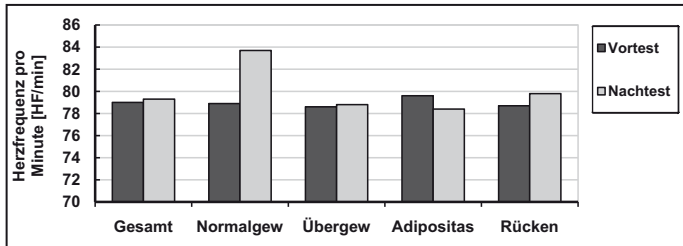


Abb. 17: Ruheherzfrequenz der Männer

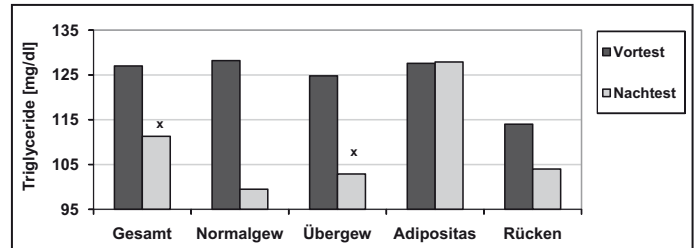


Abb. 19: Triglyceridwerte der Frauen

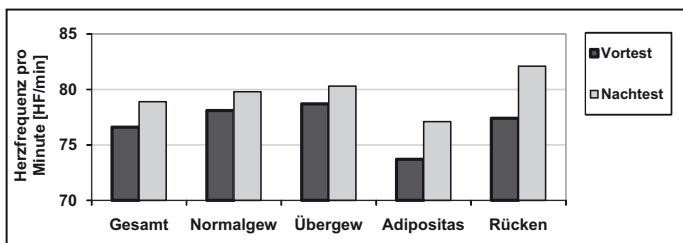


Abb. 18: Ruheherzfrequenz der Frauen

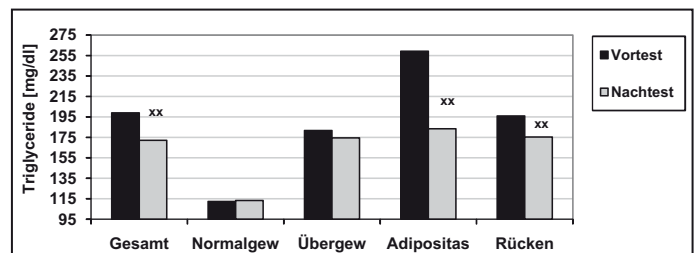


Abb. 20: Triglyceridwerte der Männer

ihre Leistung von 104 auf 114 W bzw. von 1,2 auf 1,4 W/kg KM. Das entsprach einem Zuwachs von 12–15%. Die relative Leistung zeigte jedoch, dass beide Geschlechter eine untere Leistungsgrenze für Erwachsene von 2 W/kg nicht erreichten, von zwei Ausnahmen bei den Männern abgesehen (Tab. 2 und 3).

Die Zunahme an aerober Kapazität zeigte sich auch im submaximalen Leistungsbereich der aerob-anaeroben Schwelle und entspricht in der Tendenz dem Zuwachs der absoluten Werte (s. Tab. 2 und drei).

4 Herzfrequenz

Die Herzfrequenzen der Männer und Frauen in Ruhe verändern sich nur geringfügig, bei den Frauen etwas deutlicher als bei den Männern, jedoch nicht signifikant zwischen Vor- und Endtest (Abb. 17 und 18).

5 Blutdruck

Der systolische und diastolische Blutdruck in Ruhe verringerte sich sowohl bei Männern und Frauen in allen Zielgrup-

pen, allerdings wurde nicht immer das Signifikanzniveau erreicht. Aus Platzgründen wurde auf die Wiedergabe der zahlreichen Abbildungen verzichtet und zur Übersicht eine tabellarische Zusammenstellung angefügt (Tab. 2 und 3). Der Blutdruck und die Herzfrequenzen wurden natürlich auch unter Belastungsbedingungen gemessen. Auffallend für beide Messgrößen waren die nur marginalen Veränderungen bei Patienten/innen.

Da sich im Leistungstest nicht alle Probanden voll motivieren konnten, die individuelle Maximalleistung erreichen zu wollen, ergab sich eine zu große Streuung der Belastungswerte, so dass hier auf die Darstellung dieser Werte verzichtet wurde.

6 Stoffwechsel

Triglyzeride

Ausgehend von einem angestrebten Referenzwert von 150 mg/dl lagen alle Frauen mit ihren Ruhewerten deutlich darunter und erreichten im Endtest sogar eine weitere Absenkung. Ausnahme sind

die adipösen Patienten, deren TG-Werte sich kaum veränderten (Abb. 19).

Die Männer lagen mit Ausnahme der Normalgruppe in Ruhe dagegen deutlich über diesem Referenzbereich, die Adipositas-Gruppe wies sogar bedenkliche pathologische Werte auf (Abb. 20). Aber auch hier erfolgte nach dem Training eine Verringerung, die in der Adipositas- und Rücken-Gruppe sogar statistisch zu sichern ist.

Cholesterin

Der Referenzbereich von 200 mg/dl wurde in Ruhe vor dem Training weder von den Männern noch Frauen erreicht, wobei die Männer im Mittel sogar 20–25 mg/dl über den Werten der Frauen lagen.

Nach dem Training gelang es in allen Zielgruppen der Männer und Frauen die Cholesterinspiegel signifikant zu senken, wobei nur die Frauen in den Referenzbereich kamen, mit Ausnahme der Normalgruppe, die noch einen grenzwertigen Befund erreichte.

Bei den Männern schafften es nur die Adipositas-Patienten unter 200 mg/dl zu

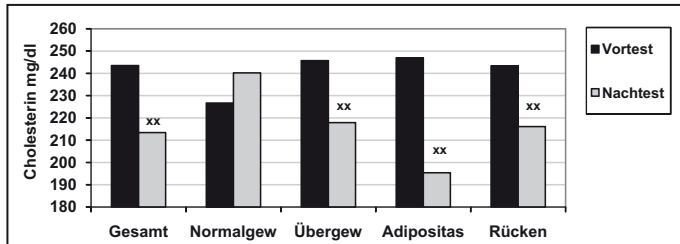


Abb. 21: Cholesterinwerte der Männer

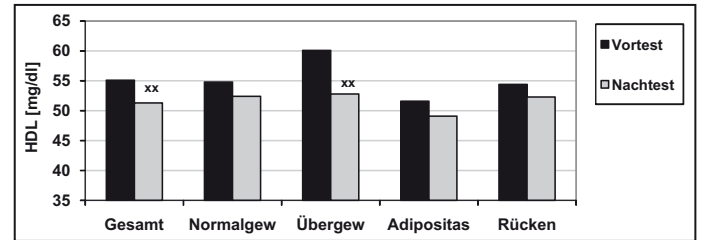


Abb. 25: HDL der Frauen

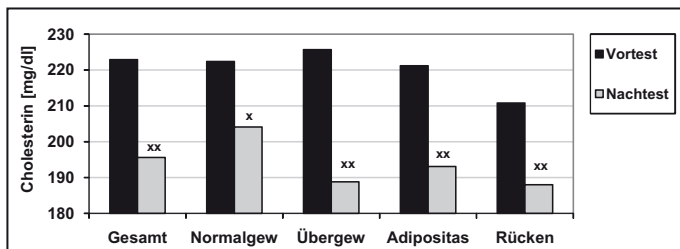


Abb. 22: Cholesterinwerte der Frauen

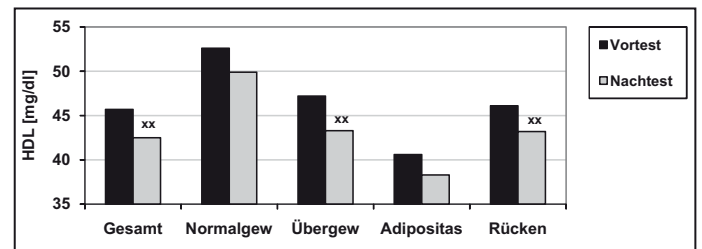


Abb. 26: HDL der Männer

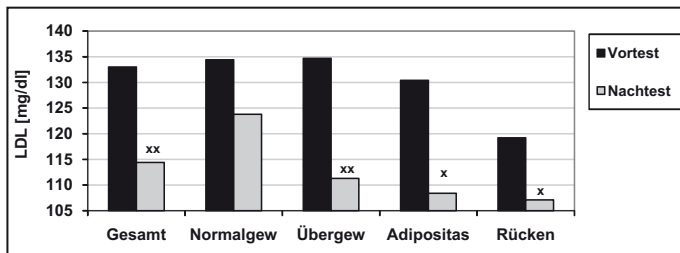


Abb. 23: LDL der Frauen

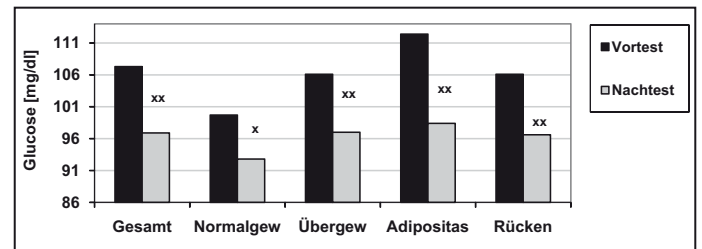


Abb. 27: Glucosekonzentration der Männer

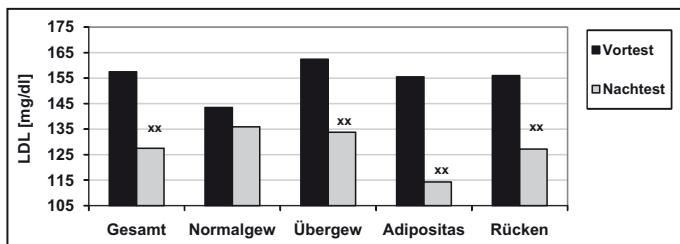


Abb. 24: LDL der Männer

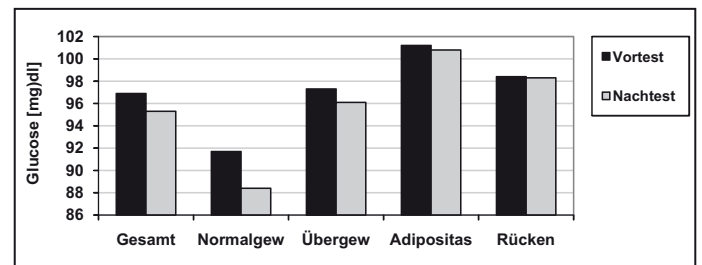


Abb. 28: Glucosekonzentration der Frauen

kommen, die Normalgruppe zeigte sogar eine leichte Zunahme (Abb. 21 und 22).

LDL

Die Zielwerte von 150 mg/dl (gegenwärtig werden bei vorliegenden ein bis zwei Risikofaktoren 130 mg/dl empfohlen) wurden in Ruhe vor dem Training von beiden Geschlechtern erreicht, wo-

bei die Männer durchweg höhere Werte aufwiesen und nur die Normalgruppe im Referenzbereich liegt. Die Frauen senken mit Ausnahme der Normalgruppe nochmals diese Werte und erreichen mit 105–115 mg/dl nahezu ideale LDL-Spiegel.

Auch die Männer reagieren mit signifikanten Senkungen auf die Belastung,

liegen aber mit 115–135 mg/dl weiterhin über den Frauenwerten (Abb. 23 und 24).

HDL

Der Zielwert von mindestens 55 mg/dl wird von beiden Geschlechtern nicht erreicht. Auch hier liegen die Frauen etwas über dem der Männer. Nach dem Training erfolgt jedoch keine Steigerung, wie

allgemein postuliert wird, sondern alle Gruppen der Männer und Frauen reduzieren ihre HDL-Spiegel (Abb. 25 und 26).

Blutglukose

Der Blutzucker als wichtiger Energielieferant einerseits, aber auch als Risikofaktor andererseits, wurde hier im Zusammenhang mit der Regulation des Fettstoffwechsels einbezogen.

Für Patienten/innen zeigte sich gleichermaßen, dass die Blutspiegel in allen Gruppen im Normalbereich von 70–110 mg/dl lagen. Auffallend für beide Geschlechter und in allen Gruppen war der Befund einer weiteren Absenkung, die bei den Männern sogar signifikant, nicht aber bei den Frauen war (Abb. 27 und 28).

Diskussion

Die Studie zeigte ungeachtet einiger Bedenken im Vorfeld, dass die geforderte Belastung zu hoch sei, insgesamt ein positives Ergebnis: Die aerobe Kapazität, gemessen an der ergometrischen **Leistung (Watt bzw. W/kgKM)** konnte innerhalb einer Reha von drei Wochen bei Patienten/innen mit Beschwerden des Bewegungsapparates und Übergewicht signifikant um 12–15% gesteigert werden. Diese Leistung geht einher mit einer Abnahme der Körpermasse, die wiederum auf eine Reduktion der Fett- und Muskelmasse und nur marginal auf eine Verschiebung von Körperwasser zurückzuführen ist.

Damit konnte belegt werden, dass mit den vorgegebenen Trainingsinhalten das Zielorgan Muskulatur effektiv aktiviert wurde. Insbesondere das gerätgestützte Kraftausdauertraining wurde von den überwiegend bewegungseingeschränkten Patienten gut angenommen [6, 7, 9–13]. Es führte zur Rekrutierung vieler bisher kaum genutzter Muskelgruppen und vergrößerte so die „Arbeits-

fläche“ für den Stoffwechsel beträchtlich. So erklären sich auch die geringen Veränderungen der Herzfrequenzen. Hauptsächlich standen die nervale Ansteuerung der Muskelzelle im Vordergrund und erst nachfolgend die energetische Versorgung. Dieser Befund ist typisch für ein gezieltes Krafttraining, bei dem strukturelle Veränderungen der Muskelzelle in der Regel durch eine zentral-nervale Ansteuerung vorbereitet werden.

Auch das **Lipidprofil** wurde durch das Training signifikant verändert. Sowohl die Triglyzeride, Cholesterin und LDL- bzw. HDL-Cholesterin konnten verringert werden. Allerdings mit Ausnahme der normalgewichtigen Männer, die mit einer Zunahme des Cholesterins reagierten. Auffallend verhielt sich das HDL-Cholesterin. In zahlreichen Arbeiten wird immer wieder darauf verwiesen, dass körperliche Aktivität zur Erhöhung des HDL-Cholesterins führt. Es finden sich aber auch die gegenteiligen Beobachtungen, wie im vorliegenden Fall. Zur Erklärung sei auf den nicht einfach zu verstehenden HDL-Stoffwechsel hingewiesen, der in enger Beziehung zum Verhalten der TG zu sehen ist. Die hier absolvierten Belastungen führten auch zu einer gesteigerten Lipolyse (s. TG-Spaltung). Diese aktiviert die Bildung vieler kleiner triglyzeridarmer, aber cholesterinreicher HDL-3-Partikel, aber auch in nascendi gebildeter größerer HDL-Partikel. Fallen nun reichlich Cholesterin und auch TG an und müssen auf dem Blutweg zur Leber transportiert werden, wird eine Konversion des HDL-3 zu HDL-2 ausgelöst, die durch die Aktivierung der Enzyme LPL, HTGL, CETP und PLTP reguliert wird. HDL-2 stellt aber die größte Fraktion des Gesamt-HDL. Im vorliegenden Fall ist aber diese Konversion nicht erforderlich, da offenbar wenig Cholesterin und auch TG anfallen und die Transportkapazität im Blut ausreicht bzw. abfällt [5, 16].

Blutglukose als zweites Energiesubstrat neben den Fettsäuren bewegt sich zwar im Referenzbereich, ist aber nur bei den Männern signifikant verringert, als Hinweis darauf, dass die Männer einen höheren Anteil an intensiven Belastungselementen absolviert haben als die Frauen. **Die kardiozirkulatorische Regulation** am Beispiel der Herzfrequenz und des Blutdrucks zeigte ein unterschiedliches Ergebnis. Die Herzfrequenzen führten wie bereits genannt, zu keinen signifikanten Anstiegen, wie vielleicht erwartet. Dagegen kommt es zu einer deutlichen, z. T. signifikanten Abnahme des Blutdrucks. Das dürfte auf eine bessere Kapillarisierung und verstärkte Mikrozirkulation und damit auf eine Verringerung des peripheren Widerstands zurückzuführen sein. Wesentlich trägt dabei auch eine aktivierte Endothelfunktion bei, die über die Erhöhung der NO-Synthese eine Gefäßdilataion auslöst und damit zur Senkung des peripheren Widerstands beiträgt.

Das komplexe Belastungsprogramm wurde mit 2,6 Std./Tag bzw. 48 Std./18 Tage des Reha-Aufenthalts realisiert;

Fortsetzung auf Seite 476

ANZEIGE

termidat.de

TERMINE NACH MASS
direkt online buchen

Gaus Softwaretechnik GmbH, Berlin
Tel. 030/83229303, Web: www.termidat.de

TerminLand®

Ihre
Online-Terminvergabe

Tel. 0611 / 9 777 3-18
www.Terminland.de

Schulz & Löw Consulting GmbH, Wiesbaden

I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Hygiene, Öffentliches Gesundheitswesen und Umweltmedizin

MRSA-Netzwerke in Hessen und anderswo – Voneinander lernen

Themen: (siehe HÄBL 06/09) 5 P

Mittwoch, 01. Jul. 2009, 14:00 – 18:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. Th. Eikmann siehe Seite 479
PD Dr. med. U. Heudorf

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,
Tel.: 06032 782-287, Fax: -228, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Herbstsymposium Osteoporose

Zielgruppe: Orthopäden und Unfallchirurgen; Allgemeinmediziner; Gynäkologen

Themen: (siehe HÄBL 06/09)

Samstag, 05. Sep. 2009, 09:00 – 15:30 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. S. Rehart, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. med. R. Hoffmann, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 110 (Akademiemitgl. € 99)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,
Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Strukturierte fachspezifische Fortbildung „Kinder- und Jugendmedizin“

Kinderchirurgie

Samstag, 29. Aug. 2009, 09:00 – 16:30 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. U. Rolle, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,
Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Weitere Termine 2009: 28. Nov.

Aktuelle Diabetologie

Gemeinsame Fortbildungsreihe für Hausärzte der LÄKH in Zusammenarbeit mit der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes (HFD), DMP-zertifiziert

Mittwoch, 30. Sep. 2009, 15:30 – 20:00 Uhr 5 P

Teil 1: Prävention: Chancen und Umsetzungsmöglichkeiten
Teil 2: Das Metabolische Syndrom und aktuelle therapeutische Strategien

Mittwoch, 18. Nov. 2009, 15:30 – 20:00 Uhr 5 P

Teil 1: Die nichtmedikamentöse Diabetestherapie
Teil 2: Insulintherapie für die Praxis

Leitung: Dr. med. C. Marck, Pohlheim

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,
Tel.: 06032 782-227, Fax: -229 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Chirurgie

Hepatobiliäre Chirurgie

Samstag, 12. Sep. 2009

Leitung: Prof. Dr. med. W.-O. Bechstein

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,
Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Weiterer Termin: 05. Dez. 2009

Update Herzschrittmacher- und Defibrillator-Therapie 2009

(siehe HÄBL 06/09) 6 P

Samstag, 19. Sep. 2009, 09:00 – 13:00 Uhr

Leitung: Dr. med. J. Sperzel, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 80 (Akademiemitgl. € 72)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
Tel.: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Fachgebiet Innere Medizin

Gastroenterologisches Fallseminar

In Zusammenarbeit mit der Rhein-Main Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie

Mittwoch, 7. Okt. 2009, 17:30 – 20:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. St. Zeuzem, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Frankfurt am Main, Universitätsklinikum

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,
Tel.: 06032 782-227, Fax: -229 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Repetitorium Innere Medizin 2009

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

Montag, 23. – Samstag, 28. Nov. 2009

Programmübersicht: (siehe HÄBL 06/09)

Leitung: Prof. Dr. med. W. Faßbinder, Fulda

Teilnahmebeitrag insg.: € 495 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 445)

Einzelbuchungen pro Tag: € 150 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 135)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,
Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Transfusionsmedizin

Planung, Durchführung und Auswertung von internen Audits,

Schwerpunkt Transfusionsmedizin 11 P

Mittwoch, 09. Sep. 2009, 09:00 – 17:00 Uhr

Leitung: Dr. Dipl.-Psych. Christine Kuch, Köln

Teilnahmebeitrag: € 180 (Akademiemitgl. € 162)

Max. Teilnehmerzahl: 10 Personen

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de



II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Stunden)

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

I. Teil Theorie (120 Stunden)

Freitag, 28. Aug. – Sonntag, 30. Aug. 2009	G1–G3
Freitag, 11. Sep. – Sonntag, 13. Sep. 2009	G1P–G3P
Freitag, 02. Okt. – Sonntag, 04. Okt. 2009	G4–G6

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen/Fallseminare (80 Stunden)

Samstag, 12. Sep. 2009	G13	Sonntag, 13. Sep. 2009	G14
Samstag, 03. Okt. 2009	G15	Sonntag, 04. Okt. 2009	G16

(Weitere Termine siehe HÄBl 06/09)
Leitung: Dr. med. W. Marić-Oehler, Bad Homburg
Teilnahmebeitrag: auf Anfrage
Tagungsort: Bad Nauheim,
 FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7
Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,
 Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de
 oder Frau A. Bauß, Deutsche Ärztesellschaft für Akupunktur e.V.
 Tel.: 089 71005-13, Fax: -25, E-Mail: bauss@daegfa.de

Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden

Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

Kurs B 11./12. Sep. 2009 20 Std. 20 P

Psychosomatische Grundversorgung – Vermittlung und Einübung verb. Interventionstechniken

Weiterbildungsordnung ab 1999

Block 17 Psychosomatische Grundversorgung – Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken

Kurs B wird anerkannt

Teilnahmebeitrag: 6 Std. € 50, 8 Std. € 60, 20 Std. € 155

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Tel.: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

Grundkurs A2 **Samstag, 12. Sep. – Samstag, 19. Sep. 2009** 60 P

Aufbaukurs B2 **Samstag, 31. Okt. – Samstag, 07. Nov. 2009** 60 P

Aufbaukurs C2 **Samstag, 28. Nov. – Samstag, 05. Dez. 2009** 60 P

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

Leitung: Prof. Dr. med. H.-J. Woitowitz

Dr. med. Dieter Kobosil

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Tel.: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Termine 2010: (s. HÄBl 06/09)

Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge – G 20 – Lärm als Blended-Learning-Veranstaltung (Kombination aus e-learning und Präsenzlernen)

Achtung Terminänderung!

Telelernphase: 08. Okt. 2009 – 04. Dez. 2009 **insg. 30 P**

Präsenzphase: 05. Dez. – 06. Dez. 2009

mit abschließender Lernerfolgskontrolle

Leitung: Dr. med. D. Kobosil, Bad Nauheim/R. Demare, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198)

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Tel.: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter (16 Std.) 16 P

Freitag, 20. Nov. – Samstag, 21. Nov. 2009

Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Interkulturelle Kompetenz für Heil- und Gesundheitsberufe

Modul 1: Migration – Integration (16 UE)

Modul 2: Östliches Europa, Balkan und GUS (16 UE)

Termine auf Anfrage

Leitung: Dr. med. U. Schreiber-Popović, Eppstein

Dipl.-Psych. U. Cramer-Düncher, Dreieich

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Palliativmedizin

Aufbaukurs Modul II **08. – 12. Jul. 2009** 40 P

€ 600 (Akademiemitgl. € 540)

Fallseminar Modul III **09. – 13. Nov. 2009** 40 P

€ 700 (Akademiemitgl. € 630)

Basiskurs **01. – 05. Dez. 2009** 40 P

€ 600 (Akademiemitgl. € 540)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Aufbaukurs Modul I **18. – 22. Nov. 2009** 40 P

– in Zusammenarbeit mit Lahn-Dill-Kreis

Tagungsort: Wetzlar,

Hospiz- u. Palliativakademie Mittelhessen, Charlotte-Bamberg-Str. 14

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Tel.: 06032 782-202, Fax: -229, E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Ärztliches Qualitätsmanagement

Termine 2009:

Block III **07. Sep. – 12. Sep. 2009** 48 P

Block IV **16. Nov. – 21. Nov. 2009** 48 P

Teilnahmebeitrag: € 1.100 (Akademiemitgl. € 990)

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Tel.: 06032 782-209, Fax: -229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de





Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Modul III: Freitag, 03. Jul. – Samstag, 04. Jul. 2009 **16 P**
Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: € 200 (Akademiemitgl. € 180)
Tagungsort: Bad Nauheim,
 FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,
 Tel.: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Impfkurs

Vorgesehenes Programm: Mikrobiologisch-immunologische Impfbasics und kleine Impfstoffkunde; Rechtliche Grundlagen, allgemeine fachliche Regeln, STIKO-Empfehlungen; Schutzimpfungen im Kindes- und Jugendalter; Impfungen versch. Zielgruppen; Impfungen im Arbeitsleben (einschl. Unfallchirurgie); Impfungen im Reiseverkehr; Malariaphylaxe; Kassenärztliche Abrechnung von Impfungen; Impffördernde Praxisorganisation; Praktische Impfübungen; Vor- u. Nachteile von Impfungen; Neue Entwicklungen; Impfklausur: Anonyme Erfolgskontrolle; Abschlussdiskussion.

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

Samstag, 10. Okt. 2009, 09:00 – 17:30 **11 P**
Leitung: Dr. med. H. Meireis, Wiesbaden
Teilnahmebeitrag: € 160 (Akademiemitgl. € 144)
Tagungsort: Bad Nauheim,
 FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltcher, Akademie,
 Tel.: 06032 782-211, Fax: -229, E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de

Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

15. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung
IV. 03. Jul. – 05. Jul. 2009 (Freitag 16.00 bis Sonntag 13.00) **20 P**
Weitere Termine 2009: 04. – 06. Sep. und 20. – 22. Nov.
Leitung: Prof. Dr. med. W. Schüffel, Marburg
 Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim,
 FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
Teilnahmebeitrag: Block (20h) € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Konferenz Psychosomatische Grundversorgung für Absolventen der Grundveranstaltung

Samstag, 31. Okt. 2009
Leitung: Prof. Dr. med. W. Schüffel, Marburg,
 Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.
Tagungsort: Frankfurt a. M.,
 Hospital zum Heiligen Geist GmbH, Lange Str. 4-6
Teilnahmebeitrag: € 160 (Akademiemitgl. € 144)
Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie,
 Tel.: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

32. Bad Nauheimer Psychotherapie-Tage 2009

Theorie und Praxis: (s. HÄBL 02/09)
Block 3: Freitag, 04. Sep. – Sonntag, 06. Sep. 2009
Block 4: Sonntag, 11. Okt. 2009
Leitung: Prof. h. c. Dr. med. Nossrat Peseschkian, Wiesbaden
Tagungsort und Anmeldung: Wiesbaden,
 Internat. Akademie für Positive und Transkulturelle Psychotherapie
 Kaiser-Friedrich-Residenz, Langgasse 38-40
 Tel.: 0611 3411-675 und -674, Fax: 0611 3411676

Notfallmedizinische Fortbildung

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst
Freitag, 02. Okt. – Sonntag, 04. Okt. 2009
Leitung: Dr. med. A. Dorsch, Heimhausen
 M. Leimbeck, Braunfels
Teilnahmebeitrag: € 400 (Akademiemitgl € 360)
Tagungsort: Bad Nauheim,
 FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
WH-Seminar Leitender Notarzt
Samstag, 31. Okt. 2009 Kassel
Seminar Leitender Notarzt
Samstag, 21. Nov. – Dienstag, 24. Nov. 2009 Kassel
Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,
 Tel.: 06032 782-202, Fax: -229, E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Marburger Kompaktkurs „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“: **80 P**

Kursteile A–D gem. den Richtlinien der BÄK (80 Std.)
 In Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Notfallmedizin des Uniklinikums Gießen/Marburg
Freitag, 02. Okt. – Samstag, 10. Okt. 2009
Leitung: Dr. med. C. Kill, Marburg
Tagungsort: Marburg,
 Klinikum Lahnberge, Baldingerstr.
Teilnahmebeitrag: € 550 (Akademiemitgl. € 495) **excl.** Verpflegung
Auskunft und Anmeldung: Zentrum für Notfallmedizin, Baldingerstraße, 35033 Marburg, Tel.: 06421 586-5980, Fax: -6996,
 E-Mail: sek1anae@med.uni-marburg.de

Medizinische Rehabilitation 16-Stunden-Kurs nach der neuen Reha-Richtlinie (§ 135 Abs. 2 SGB V)

Samstag, 04. Jul. 2009, 09:00 – 17:00 Uhr **21 P**
Samstag, 12. Sep. 2009, 09:00 – 17:00 Uhr **21 P**
Leitung: Prof. Dr. med. T. Wendt, Bad Nauheim
Teilnahmebeitrag: € 180 (Akademiemitgl. € 162)
Tagungsort: Bad Nauheim, Rehazentrum der DRV-Bund,
 Klinik Wetterau, Zanderstraße 30-32
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
 Tel.: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

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

(Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer) **32 P**
Freitag, 04. Sep. – Samstag, 05. Sep. 2009 und
Freitag, 02. Okt. – Samstag, 03. Okt. 2009
Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: € 480 (Akademiemitgl. € 432)
Tagungsort: Bad Nauheim,
 FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7,
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
 Tel.: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

AK II Mittwoch, 28. Okt. – Freitag, 06. Nov. 2009 **80 P**
Teilnahmebeitrag: pro Teil € 650 (Akademiemitgl. € 585)
Tagungsort: Bad Nauheim,
 FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,
 Tel.: 06032 782-287, Fax: -228, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de
 (Termine 2010 siehe HÄBL 06/09)



Spezielle Schmerztherapie

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)

Block C 19./20. Sep. 2009 Wiesbaden 20 Punkte

Schmerzen bei vaskulären Erkrankungen; Schmerzen bei viszeralen Erkrankungen; Tumorschmerz; Schmerzen im Alter; Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen.

Leitung: Dr. med. U. Nickel, Wiesbaden

Block B 31.Okt./01. Nov. 2009 Kassel 20 Punkte

Neuropathische Schmerzen; Kopfschmerzen

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

Teilnahmebeitrag pro Teil: € 240 (Akademiemitgl. € 216)

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RÖV

Spezialkurs für Röntgendiagnostiker

Samstag, 29. Aug.- Sonntag, 30. Aug. 2009 22 P

+ 1 Nachmittag nach Wahl in der Folgewoche f. Praktikum u. Prüfung im Uni-Klinikum Gießen

€ 280 (Akademiemitgl. € 252)

Kenntniskurse

(theoretische u. praktische Unterweisung auch einzeln buchbar)

Samstag, 26. Sep. 2009 13 P

€ 140 (Akademiemitgl. € 126)

Theoretische Unterweisung, vormittags

€ 100 (Akademiemitgl. € 90) **6 P**

Praktische Unterweisung, nachmittags

€ 50 (Akademiemitgl. € 45) **7 P**

Teilnehmerzahl: max. 36

Aktualisierungskurs

Samstag, 14. Nov. 2009 9 P

€ 120 (Akademiemitgl. € 108)

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

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltcher, Akademie,

Tel.: 06032 782-211, Fax: -229, E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de

Suchtmedizinische Grundversorgung (50 Std.)

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

Die Module sind inhaltlich so konzipiert, dass z. B. Modul I in Hessen Modul I in Rheinland-Pfalz entspricht.

Herbst 2009 Rheinland-Pfalz

Modul I Freitag, 25. Sep. – Samstag, 26. Sep. 2009 in Frankfurt a. M.

Modul II Freitag, 30. Okt. – Samstag, 31. Okt. 2009 in Landau

Modul III/IV Freitag, 11. Dez. – 12. Dez. 2009 in Lustadt

Modul V Freitag, 18. Dez. – Samstag, 19. Dez. 2009 in Lustadt

Teilnahmebeitrag pro Wochenende: € 165 (pro Kurs € 660)

Auskunft: Frau B. Kröhler, Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz,

Tel.: 06131 28438-15, Fax: -10, E-Mail: kroehler@artzkolleg.de

Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ als Blended-Learning-Veranstaltung (Kombination aus e-learning und Präsenzlernen)

Einführungseminar: 02. Okt. 2009

Teilelernphase: 02. Okt. – 13. Nov. 2009

Präsenzphase: 14. Nov. 2009

mit abschließender Lernerfolgskontrolle

Leitung: Dr. phil. nat. W. Köhler, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag inkl. Verpflegung: € 200 (Akademiemitgl. € 180)

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

Tel: 06032 782-281, Fax: -220, E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Ultraschallkurse

Abdomen

Leitung: Dr. med. J. Böhnhof, Dr. med. W. Stelzel

Abschlusskurs 29 P

Samstag, 07. Nov. 2009 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 230 (Akademiemitgl. € 207)

Gefäße

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

Abschlusskurs (Periphere Gefäße) 20 P

Freitag, 20. – Samstag, 21. Nov. 2009 (Theorie + Praktikum)

€ 290 (Akademiemitgl. € 260)

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Jost,

Tel.: 069 97672-552, Fax: -555, E-Mail: marianne.jost@laekh.de

ALLGEMEINE HINWEISE

Programme: Bitte haben Sie Verständnis, dass wir uns kurzfristige Änderungen vorbehalten müssen.

Anmeldung: Ihre unterschriebene Anmeldung gilt als verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung. Wenn wir Veranstaltungen kurzfristig absagen müssen, werden Sie von uns benachrichtigt. Bitte beachten Sie etwaige Teilnahmevoraussetzungen!

Teilnahmebeitrag: gilt inkl. Seminarunterlagen und Pausenverpflegung (sofern nicht anders angegeben).

Akademie-Mitgliedschaft: Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Teilnahmebeiträge für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Für Studenten der Humanmedizin ist die Mitgliedschaft kostenfrei. Während der Zeit der Weiterbildung beträgt der jährliche Beitrag € 45 danach € 90. Weitere Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Tel.: 06032 782-204, E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de.

Übernachtungsmöglichkeit: Teilnehmer von Veranstaltungen unserer Akademie können ein Sonderkontingent für Übernachtungen im Gästehaus in Anspruch nehmen. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an: Mirjana Redžić, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Tel.: 06032 782-140, Fax: 06032 782-250, E-Mail: mirjana.redzic@laekh.de.

Freiwilliges Fortbildungszertifikat der Akademie: Das hessische Mitglied muss mindestens 250 Fortbildungspunkte in 5 Jahren gemäß den in der Akademie gültigen Kriterien erwerben. Der Nachweis wird mit dem 5 Jahre gültigen freiwilligen Fortbildungszertifikat der Akademie und der Blauen Plakette bestätigt. Die erworbenen Punkte zählen auch als Pflichtpunkte im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes für die Kassenärztliche Vereinigung. Einen formlosen Antrag stellen Sie bitte bei der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Ingrid Krahe, Fax: 06032 782-228, E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass das Ausstellen einige Wochen in Anspruch nehmen kann.





Patientenbetreuung/Praxisorganisation

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 7)

Inhalte: Techniken der Kommunikation anwenden, Gesprächsführung insbesondere mit spezifischen Patientengruppen und betreuenden Personen beherrschen, Telefonkommunikation durchführen, Konfliktlösungsstrategien einsetzen, sich mit der Berufsrolle auseinandersetzen.

Termin: Freitag, 4.9.2009, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 4)

Inhalte: Kostenträger, Besonderheiten bei der Abrechnung mit den „Sonstigen Kostenträgern“, Aufbau und Systematik des EBM, Allgemeine Bestimmungen, wann darf ich welche Ziffer abrechnen, Umgang mit der Praxisgebühr, Besprechung sonstiger aktueller Themen.

Termin: Stufe 1: Samstag, 31.10.2009, 10:00 – 16:30 Uhr

Stufe 2: Samstag, 7.11.2009, 09:30 – 17:30 Uhr (16 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 185

Wahrnehmung und Motivation (PAT 11)

Inhalte: Modelle der Selbst- und Fremdwahrnehmung verstehen, Motivation und Bedürfnisse einschätzen, Patienten und betreuende Personen zur Mitwirkung motivieren, Besonderheiten spezifischer Patientengruppen berücksichtigen, soziales Umfeld einschätzen.

Termin: Samstag, 5.9.2009, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

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

Schwerpunkt Medizin

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

Aktualisierungskurs nach § 18a RöV (MED 11)

Der vorliegende Sonderkurs richtet sich an alle Personen, die die Frist bis zum 01. Juni 2007 zur Aktualisierung versäumt haben und damit die Fachkunde oder die Kenntnisse im Strahlenschutz derzeit nicht mehr nachweisen können.

Termin: Freitag, 9.10.2009 ab 9:00 Uhr bis Samstag, 10. Oktober 2009, 16:15 Uhr (16 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 245

Injektionen/Infusionen (MED 5)

Inhalte: Rechtliche Grundlagen, Grundlagen der Anatomie und Physiologie, Grundlagen der Pharmakologie, Maßnahmen zur Vorbereitung und Durchführung einer Injektion, Maßnahmen und Vorbereitung einer Infusion, Tuberkulin Hauttest, Praktische Übungen.

Die Veranstaltung wird unter ärztlicher Leitung durchgeführt.

Termin: Samstag, 5.9.2009, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

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

Aufbereitung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis (MED 10)

Erwerb der Sachkenntnis gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV für Arzthelferinnen und Medizinische Fachangestellte.

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

Termin: 11.9.2009 – 12.9.2009 und 17.9.2009 – 19.9.2009 (30 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 410

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

Ambulante Versorgung älterer Menschen

Krankheitsbilder und typische Fallkonstellationen (AVÄ1)

Inhalte: Altersmedizinische Grundlagen kennen, demenzielles Syndrom beschreiben, Diabetes mit Folgekrankheiten erläutern, Krankheiten mit erhöhtem Sturzrisiko beschreiben, Dekubitusrisiko einschätzen, Schwerstkranke und Palliativpatienten begleiten.

Termin: Freitag, 18.9.2009

Teilnahmegebühr: € 95

Geriatrisches Basisassessment (AVÄ 2)

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

Termin: Samstag, 19.9.2009, 09:30 – 15:00 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95

Hausbesuche und Versorgungsplanung (AVÄ 3)

Inhalte: Rechtliche und medizinische Rahmenbedingungen von Hausbesuchen beachten, häusliche Rahmenbedingungen einschätzen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen

Hausbesuchstasche kontrollieren, Hausbesuchsprotokoll führen, Versorgungs- und sozialrechtliche Anträge begleiten.

Termin: Mittwoch, 23.9.2009, 15:00 – 18:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 70

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

Ernährungsmedizin

Kooperation und Koordination (ERM 6)

Inhalte: Rolle und Funktion der MFA verstehen und im ernährungstherapeutischen Team kooperieren, externe Partner koordinieren, Qualitätsmanagement durchführen, Organisation/Dokumentation/Abrechnung durchführen.

Termin: Mittwoch 26.8.2009, 10:00 – 16:00 Uhr (6 Std.)

Teilnahmegebühr: € 95

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

Prävention im Kindes- und Jugendalter

Entwicklung und Familie (PRK 1)

Inhalte: Entwicklungspsychologische Grundlagen von Kindheit und Jugend kennen, systemische und dynamische Aspekte von Familie erkennen.

Termin: Samstag, 29.8.2009, 08:30 – 14:00 Uhr (6 Std.)

Teilnahmegebühr: € 95

Primäre Prävention in Kindheit und Jugend (PRK 2)

Inhalte: Einschlägige Begriffe erläutern, Gesundheits- und Krankheitskonzepte von Kindern und Jugendlichen unterscheiden, präventive Maßnahmen durchführen.

Termin: Donnerstag, 10.9.2009 ab 13:30 Uhr bis Samstag, 12.9.2009, 17:45 Uhr (26 Std.)

Teilnahmegebühr: € 350

Sekundäre Prävention in Kindheit und Jugend (PRK 3)

Inhalte: Bedeutung und Chancen von Früherkennungsuntersuchungen erläutern, bei präventiven Maßnahmen mitwirken.

Termin: Freitag, 25.9.2009, 13:30 – 16:45 Uhr (4 Std.)

Teilnahmegebühr: € 70

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





Schwerpunkt Onkologie und Palliativmedizin

Psychoonkologische Grundlagen (ONK 4)

Inhalte: Psychosoziale Auswirkungen von Krebserkrankungen reflektieren, Nachsorge/Rehamaßnahmen begleiten.

Termin: Donnerstag, 27. 8. 2009 ab 13:30 bis

Freitag, 28. 8. 2009, 13:30 Uhr (9 Std.)

Teilnahmegebühr: € 95

Palliativmedizinische Zusammenarbeit und Koordination (PAL 4)

Inhalte: Öffentlich und privatwirtschaftlich finanzierte sowie ehrenamtliche Institutionen kennen, Aufgaben- und Tätigkeitsbereich der Seelsorge, Pflegealternativen, Verordnungsformulare von Heil- und Hilfsmitteln, Kostenträger, Dokumentation, Verwaltung, Abrechnung, Rechtsgrundlagen, Ethische Aspekte.

Termin: Mittwoch, 2. 9. 2009 ab 10:00 Uhr bis

Freitag, 4. 9. 2009, 12:30 Uhr (20 Std.)

Teilnahmegebühr: € 255

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

Betriebsmedizinische Assistenz

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

Inhalte: Berufsgenossenschaftliche und staatliche Rechtsvorschriften, berufsgenossenschaftliche Grundsätze anwenden, Abrechnung, physikalische Grundlagen kennen und überwachen, leistungsphysiologische Grundbegriffe erklären, praktische Übungen.

Termin: Fr/Sa, 4. 9./5. 9. 2009 (10 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 150

Refresher-Workshop für die „Betriebsmedizinische Assistenz“:

Aktuelles in der Arbeits- und Betriebsmedizin

Ziel der Veranstaltung ist, die in den letzten zwei Jahren erfolgten Änderungen im Verordnungsbereich und deren Auswirkungen im praxisbezogenen Handlungsfeld vorzustellen.

Termin: Mittwoch, 30. 9. 2009, 10:00 – 17:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

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

Klinikassistenz (120 Stunden)

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

Termin: auf Anfrage

Teilnahmegebühr: € 1.190 inkl. Kolloquium

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

Neue Aufstiegsfortbildung zur

Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung

Die Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung erwirbt durch ihre Ausbildung die Kompetenzen, spezifische Fach- und Führungsaufgaben im Team des niedergelassenen Arztes oder anderer ambulanter Einrichtungen der medizinischen Versorgung zu übernehmen. Sie ist sowohl Fachkraft für administrative-verwaltungsbezogene Bereiche wie auch für medizinische Bereiche, die sie im Rahmen der Delegation durch den verantwortlichen Arzt bzw. der verantwortlichen Ärztin eigenständig durchführt. Die Fortbildung umfasst insgesamt 420 Unterrichtsstunden und gliedert sich in einen Pflichtteil von 300 Unterrichtsstunden und in einen medizinischen Wahlteil von 120 Unterrichtsstunden.

Der Pflichtteil besteht aus folgenden 8 Modulen:

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

siehe Seite 492

Beginn Pflichtteil: ab 27. 8. 2009

Teilnahmegebühr Pflichtteil: € 1.480

Prüfungsgebühren: € 150

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

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen an. Eine Bestätigung der Anmeldung erfolgt schriftlich.

Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Tel.: 06032 782-0, Fax: 06032 782-180
Homepage: www.carl-oelemann-schule.de

Veranstaltungsort: soweit nicht anders angegeben, finden die Veranstaltungen im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, 61231 Bad Nauheim, Carl-Oelemann-Weg 5, statt.

Übernachtungsmöglichkeit: Mit Eröffnung des Gästehauses der LÄKH können wir nun Übernachtungsmöglichkeiten direkt im Fortbildungszentrum bieten. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an:
Frau Mirjana Redžić, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Tel. 06032 782-140, Fax: 06032 782-250, E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de



Fortsetzung von Seite 469

das entsprach 86% der Zielstellung. Hinzu kamen die passiven Maßnahmen durch andere Therapieformen, für die ca. 3 Std./Tag benötigt wurden. Für die Haupt- und Zwischenmahlzeiten wurden 3 Std. und die Mittagsruhe 1 Std. in Anspruch genommen. Die Patienten/innen absolvierten somit einen Kliniktag von 10 Std., d. h. von 7 bis 17 Uhr. Hier setzte die Kritik von Fachleuten und Kollegen an, mit dem Argument, es sei zu wenig Zeit für die „innere Ruhe“ und Entspannung der Rehabilitanden berücksichtigt worden! Diese Auffassung teilen die Autoren nicht und wurden auch von der Geschäftsleitung unterstützt. Es ist ja gerade der bereits in der Einleitung genannte Zustand der Patienten, die aufgrund ihrer chronischen Erkrankung nur noch geringe körperliche Aktivitäten leisten. Und führt eine moderate, regelmäßige Belastung nicht viel besser zur Entspannung als falsch verstandene Schonung?

Entscheidend war jedoch die Beurteilung durch die Teilnehmer der Studie: In den Patientenfragebogen gab es nur positive Zustimmung, meist mit dem Zusatz verbunden, erstmals den eigenen Körper wieder selbstbestimmt zu fühlen und nicht wie bisher, von ihm und den Beschwerden bestimmt zu werden.

Es ist natürlich kein exakter experimenteller Beweis, dass eine stabile aerobe Kapazität sowie ein gut trainierter Muskelstatus weniger Schmerzen und ein höheres Heilungspotential bedingen. Aber kommt dem Urteil der Betroffenen nicht auch ein hohes Maß an Glaubwürdigkeit zu?

Das Ergebnis der Studie weist aber auch auf die in der Einleitung beschriebene Situation im Gesundheitswesen hin. Es ist

eine Illusion zu glauben, dass mit freundlichen Empfehlungen und gut gemeinten Kursangeboten verschiedenen Inhalts auch nur annähernd eine prinzipielle Veränderung von Verhaltensweisen und gar des Lebensstils der Masse der Bürger erreicht werden kann. NEUMANN u. Koll. [14] haben völlig recht, wenn sie feststellen, es müssen Strukturen und die Finanzierungsgrundlagen geändert sowie neue Prioritäten gesetzt werden, dass sich Gesundheit messen lässt und für den Einzelnen lohnt, gesund zu bleiben. Die Studie zeigt doch eindrucksvoll, wie groß der Aufwand sein sollte, um funktionelle und morphologische Veränderungen des Organismus auszulösen, um tatsächlich einen ernsthaften Beitrag zur Eindämmung der Zivilisationskrankheiten leisten zu können [4, 5]. Es wurde aber auch gezeigt, dass die Motivation und Bereitschaft es zu tun, tatsächlich vorhanden ist. Im gegenwärtigen Gesundheitssystem ist jedoch weder mittelfristig noch strategisch zu erkennen, dass an einer gesamtgesellschaftlichen Konzeption gearbeitet wird, die einen anderen Zugang zur Gesundheit fordert als bisher praktiziert.

Korrespondenzadresse

Professor Dr. med. habil. H. Buhl
Institut für Prävention und Sportmedizin
„PreMedical-Active“
Maritim Badehotel
Dr.-Marc-Straße 4
34537 Bad Wildungen

Literatur

1. Leyk, D. u. Mit. Sportaktivität, Übergewichtsprävalenz und Risikofaktoren. *Dtsch. Ärzteblatt* 2008; 105 (46): 793–800
2. Hibbeler, B. Damit Reha-Erfolge nicht verpuffen. *Dtsch. Ärzteblatt* 2009; 106 (15): C 584
3. Höhle, R.-P. Gesundheitsförderung aus der Sicht der Rehaklinik. *Mitteilungen der LVA Württemberg* 1996; 4: 169–171

4. Buhl, H. Funktionelle und morphologische Veränderungen des Organismus untrainierter Personen vor und nach 15 Wochen Training. *Medizin und Sport* 1981; 21: 302–306
5. Buhl, H. Zur Bedeutung der Ausdauerbelastungen für die Stoffwechselregulation und den zentralnervalen Aktivierungszustand beim Menschen. Univ. Leipzig 1983, Medizinische Fakultät, Habil.-Schrift
6. Meyer-Köhler, F. Präventive und rehabilitative Sporttherapie bei chronischen Rückenschmerzen. *Inaugural-Diss. Univ. Gießen* 2001, FB 04
7. Kuppardt, H.-J., Jeschke, D., Stei, P. Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit – eine wesentliche Therapiezielstellung in der klinischen Rehabilitation. *Dtsch. Z. Sportmed.* 2003; 54 (7–8): 48–59
8. Raspe, H., Kohlmann, T. Rückenschmerz – eine Epidemie unserer Tage. *Dtsch. Ärzteblatt* 1993; 90: 2165–2169
9. Schulz, C. Auswirkungen unterschiedlicher Trainingsformen – Kraft versus Ausdauer – auf die Körperzusammensetzung und kardiozirkulatorische Leistungsfähigkeit Übergewichtiger Frauen. *Inaugural-Diss. Univ. Gießen* 2006, Med. Fakultät
10. Stei, P. Auswirkungen eines zusätzlichen Ausdauer- und Krafttrainings während eines drei Wochen stationären Heilverfahrens bei Patienten mit chronisch degenerativem Wirbelsäulensyndrom. *Inaugural-Diss. TU München* 2001
11. Seiffert, A. u. Mit. Kraftausdauertraining in der kardialen Rehabilitation. *Dtsch. Z. Sportmed.* 1990; 41 (3): 84–92
12. Schmidt-Truchsess, A. u. Mit. Veränderungen der körperlichen Leistungsfähigkeit und kardiovaskulären Risikofaktoren durch ein niedrig dosiertes Ausdauertraining im Rahmen eines betriebsinternen Trainingsprogramms. *Phys. Rehab. Kur. Med.* 1992; 7: 39–46
13. Hille, H., Kienle, D., Kienle, H. Leistung, Puls und Stoffwechsel von Kurpatienten beim Gehen und beim Ergometertraining. *Med. Welt* 1981; 32 (28): 1119–1122
14. Neumann, N.-U., Bellinger, M., Frasch, K. Mühsamer Weg zum richtigen Lebensstil. *Dtsch. Ärzteblatt* 2008; 105 (51–52): C 2251–C 2253
15. Ritter, M. M., Richter, W. O. Physiologie des Lipoproteinstoffwechsels. *Der Lipidreport* 1994; 3 (1): 5–10
16. Frey, I., Berg, A. Körperliche Aktivität und High-density-Lipoproteine. *Der Lipidreport* 1996; 5 (1): 13–19
17. Deck, R., Träder, J.-H., Raspe, H. Identifikation von potentiell Reha-Bedarf in der Hausarztpraxis: Idee und Wirklichkeit. *Rehabilitation* 2009; 48: 73–83
18. Haber, P. Medizinische Trainingstherapie – eine unterschätzte Komponente der Langzeittherapie chronischer Erkrankungen. *Wiener Klin. Wschr.* 2009; 121: 165–167

Die Patientin heißt „Schloss-Orgel“

Ein bedeutendes hessisches Musikinstrument soll wiedererstehen

Ärzte sind bekanntlich kulturell interessiert, die meisten wenigstens, und ihr Interesse an Kunst und Kultur äußert sich nicht nur in Galerie- und Konzertbesuchen, sondern auch in eigener künstlerischer Tätigkeit. Wem dies mangels Zeit nicht möglich ist, kann u. a. durch sein Mäzenatentum wesentlich zum Kulturge-schehen beitragen.

Eine solche Gelegenheit bietet sich bei der geplanten Rekonstruktion der „Schloss-Orgel“, die aus ihrem rund 125 Jahre währenden Koma im Marburger Universitätsmuseum wieder erweckt werden soll. Was fehlt der scheinbar letal verletzten Patientin? Sie hat keine Lungen mehr, und auch ihre Stimmwerkzeuge sind nur noch zu 40 Prozent intakt. Mit anderen Worten, die Bälge fehlen, die die Orgel mit Luft versorgen, und auch von den ursprünglich 246 Orgelpfeifen sind nur noch etwa 100 vorhanden. Ansonsten ist die alte Dame aber noch überaus rüstig und hat ihr seit über vierhundert Jahren bestehendes prachtvolles Äußeres und vor allem die inneren Organe, die sog. Windlade und die Mechanik, original erhalten. Dabei ist die ‚restitutio ad integrum‘ der Königin der Instrumente nach Aussagen von Spezialisten verschiedenster Fachdisziplinen ohne weiteres möglich. Leider fehlt es bisher an finanzieller Unterstützung für eine Restaurierung, die immerhin etwa 150.000 Euro kosten soll.

Daher die Bitte des Verfassers (der seine Freizeit während der letzten Jahre seiner über dreißigjährigen Tätigkeit als Anatom in Marburg weitgehend der Erforschung dieser Orgel gewidmet hat) an die kulturell interessierte Kollegenschaft, mit einer Spende auf das „Orgel-Konto“ des Marburger Geschichtsvereins (Sparkasse Marburg-Biedenkopf, BLZ 53350000 Kto.-Nr. 72362) zur Wiederherstellung dieses frühen Glanzstücks hes-

sischer Orgelbaukunst und zur Bereicherung der Musikkultur Hessens beizutragen.

Die Anamnese der Patientin ist ebenso interessant wie kompliziert: geschaffen wurde sie zu der Zeit, als Hessen in drei Landgrafschaften aufgeteilt war. Hessen-Marburg, wo Landgraf Ludwig IV. (1537–1604) regierte, reichte damals noch von Biedenkopf bis Eppstein und Alsfeld bis Nidda und war damit nur wenig kleiner als Hessen-Kassel, das unter Landgraf Moritz dem Gelehrten (1572–1632) mit seiner Landeshauptstadt Kassel zu einer Kulturmetropole von europäischem Zuschnitt aufstieg. Ein Beweis für diese Be-

hauptung ist die Tatsache, dass ab 1599 der spätere „Vater der deutschen Music“, Heinrich Schütz (1585–1672) zunächst als Sängerknabe, dann nach einem Jura-Studium in Marburg und Aufenthalt am Marcus-Dom in Venedig als Zweiter Hoforganist am Kasseler Hof wirkte, bis ihn 1615 Kurfürst Johann Georg I. von Sachsen in einem trickreichen Verfahren nach Dresden abwarb, wo er bald zum Hofkapellmeister aufstieg.

Heinrich Schütz hatte ab 1599 die Kasseler Hofschule besucht und erhielt dort eine gediegene Bildung. Bereits als Schüler verfasste er mit anderen Mitschülern 1602 ein lateinisches „Epicidium“, ein Trauergedicht, auf den Tod eines Mitschülers, den Sohn des musikbegeisterten Grafen Simon VI. von Lippe. Die üb-



Abb. 1: Schon die Schauseite der Orgel hat nach Aussage von Fachleuten eine mächtige künstlerische Ausstrahlung

rigen Verfasser waren u. a. Christoph Cornett und Georg Schimmelpfennig, beide spätere Kasseler Hofkapellmeister, und Christoph Kegel, der wie Schütz Gabrieli-Schüler in Venedig wurde. Zu den adeligen Verfassern gehörte auch Diederich von dem Werder, später Kasseler Hofmarschall, Übersetzer aus dem Italienischen und Dichter bzw. Komponist von Kirchenliedern. Zu dieser musikalischen Elite ist offenbar auch Jost Burkhard Rau von Holzhausen zu rechnen, der Sohn des Gießener Festungskommandanten und späteren Marburger Landvogts, Rudolf Wilhelm Rau von Holzhausen. Rudolf Wilhelm Rau war ein besonders enger Vertrauter Landgraf Ludwigs IV. und dessen Ehefrau Hedwig, einer geborenen Herzogin von Württemberg. Selbst kin-



Abb. 2: Heinrich Schütz als junger Mann. Die Marburger Schloss-Orgel ist das einzige Instrument in Hessen, das seit der Zeit weitgehend original erhalten geblieben ist, als Heinrich Schütz in Marburg studierte bzw. 2. Hoforganist in Kassel war

derlos geblieben, nahm sich Landgräfin Hedwig der ältesten Tochter Raus besonders an, die den Vornamen Hedwig erhalten hatte. Hedwig Rau von Holzhausen, offenbar ähnlich musikalisch wie ihr Bruder Jost Burkhard, heiratete 1603 Johannes (Hans) von Bodenhausen, einen engen Vertrauten des Kasseler Landgrafen Moritz, der ihn zunächst zum Leiter der Hofschule und später zum Landvogt an der Eder mit Sitz in Frankenberg machte. Damals erwarb die Familie das Gut Amönau bei Wetter zwischen Marburg und Frankenberg. Kurz nachdem von Bodenhausen 1612 zum Regierungspräsidenten in Marburg ernannt worden war, wo er im ‚Forsthof‘ residierte, starb er jedoch bereits mit 42 Jahren und wurde neben seinem Schwiegervater in der Pfarrkirche St. Marien in Marburg beigesetzt.

Vielleicht zur Hochzeit Hans von Bodenhausens mit Hedwig Rau von Holzhausen (1603 in Gießen) oder 1604 anlässlich der Geburt des ersten Sohns in Amönau, der den Namen Moritz erhielt und offenbar ein Patenkind des Landgrafen war, scheint die Schloss-Orgel als ein großzügiges Geschenk der Landgrafen an die Familie von Bodenhausen gekommen zu sein. Nach dem Tode des Präsidenten ließ seine Frau auf Gut Amönau ein „Lusthäuschen“ errichten, wie es sich ihr Mann immer gewünscht hatte, um dort in Ruhe lesen und arbeiten zu können; es ist als „Rapunzelhäuschen“ durch eine Ubbelohde-Zeichnung in Grimms Märchen hessenweit bekannt. Dabei hat sie sich offenbar verschuldet, vor allem bei dem Wetteraner Schreinermeister Ludwig Althefer, der die Einrichtung des „Lusthäuschens“ und auch des Gutshauses geliefert hatte, wie man den Aufzeichnungen der Gutsherrin zwischen 1615–1617 entnehmen kann.

1620 stellen der „lahme Organist“ Wiegant Althefer und sein Bruder Ludwig die Orgel in der Stiftskirche der oberhessischen Ritterschaft in Wetter auf. Wiegant, der sich auf der Orgel verewigt hat (WIGANT ALTHEFER ME FECIT), erhält dafür einen Platz im Hospital in Wetter mit einer eigenen heizbaren Stube. Wegen der Inschrift hat man die Orgel lange diesen beiden Handwerkern zugeschrieben. Die ungewöhnlich hohe Qualität des Schnitzwerks des Gehäuses, die hervorragend gearbeiteten Orgelpfeifen und die sehr solide und routiniert konstruierte Windlade sprechen neben anderen Hinweisen jedoch dafür, dass der Licher Orgelbauer Georg Wagner (der 1626 auch einen Umbau an der Orgel der Marburger Pfarrkirche durchführte), der bedeutendste hessische Orgelbauer des 17. Jahrhunderts, gemeinsam mit einem Hofschreiner dieses großartige Kunstwerk geschaffen hat.



Abb. 3: Das „Lusthäuschen“ auf dem ehem. Bodenhausenschen Gut in Amönau bei Wetter wurde ab 1615 zum Andenken an den verstorbenen Gutsherren errichtet und von Schreinermeister Althefer ausgestattet, der 1620 dann die Orgel in der Stiftskirche Wetter aufstellte

Dessen weiterer Weg ist rasch erzählt: bis 1776 tat die kleine, sechs Register umfassende Orgel in Wetter trotz massiver Zerstörungen im Dreißigjährigen Krieg ihren Dienst, wurde dann nach Friedlos bei Bad Hersfeld verkauft, dabei umgebaut und leider auch ziemlich verschandelt und gelangte 1882 nach Marburg, wo sie von dem berühmten Konservator Ludwig Bickell eigentlich für die Schlosskapelle als Begleitinstrument vorgesehen war. Nach Bickells Tod 1901 zerschlug sich das Projekt, und so kommt es, dass die weitgehend original erhaltene Orgel ihrer Wiedererstehung entgegen harrt.

Die seit 2001 laufende wissenschaftliche Untersuchung des Instruments und seiner Herkunft mittels dendrochronologischer und kunsthistorischer Datierung, ausführlichen Begutachtungen und zwei eigens durchgeführten Symposien hat den für Hessen einzigartigen Charakter

dieser Orgel herausgestellt. Medizinisch gesprochen, die Evidenz-basierte Therapie ist äußerst viel versprechend, wird aber aufgrund des Versicherungsstatus der Patientin von der Kasse nicht übernommen. Dabei würde die Wiederher-

stellung dieser ebenso alten wie prachtvollen Königin der Instrumente und ihre Nutzung im Fürstensaal des Marburger Schlosses die Musikszene nicht nur in Marburg sondern in ganz Hessen in großartiger Weise bereichern.

Korrespondenzadresse

Professor a. D. Dr. med. Gerhard Aumüller
Emil von Behring-Bibliothek
für Geschichte und Ethik der Medizin
Bahnhofstraße 7
35032 Marburg

Fortbildung

MRE-Netzwerk Rhein-Main – Mitmachen lohnt sich!

Ursel Heudorf

Multiresistente Erreger (MRE) wie MRSA (multiresistenter Staphylococcus aureus), VRE (Vancomycinresistente Enterokokken) und ESBL (extended-spectrum-beta-lactamase bildende Enterobakterien) sind nach Einschätzung der Europäischen Gesundheitsbehörde (ECDC) die bedeutendste Krankheitsbedrohung in Europa.

Um diesen Problemen entgegen zu wirken, hat sich das MRE-Netzwerk Rhein-Main gegründet. Das MRE-Netzwerk Rhein-Main versteht sich als eine Informations-Plattform und als eine Hilfestellung für medizinische Einrichtungen – vom Krankenhaus über ambulante und stationäre Pflege bis hin zur Arztpraxis – und Patienten. Wichtige Informationen sind auf der Webseite des Netzwerks eingestellt www.mre-rhein-main.de (Abb. 1).

Das Netzwerk umfasst die Region der Städte Frankfurt, Offenbach und Wiesbaden sowie Kreise Main-Taunus-Kreis, Offenbach Land und Wetteraukreis. Das MRE-Netzwerk Rhein-Main hat zum Ziel,

- die Rate der MRE-Entstehung und deren Verbreitung in der Region zu vermindern
- die Behandlung und die Rehabilitation der MRE-besiedelten oder infizierten Patienten zu verbessern

Startseite	Gemeinsam gegen antibiotikaresistente Keime MRE-Netz Rhein-Main	Weitere Informationen
Hintergrund	Multiresistente Erreger (MRE) sind Bakterien, gegen die die meisten Antibiotika unwirksam sind. Dazu gehören u.a. MRSA (Methicillinresistenter Staphylococcus aureus), VRE (Vancomycinresistente Enterokokken) und ESBL (extended-spectrum-beta-lactamase bildende Enterobakterien).	Informationen zum MRE-Netz Rhein-Main
Häufig gestellte Fragen	Diese MRE haben sich in den letzten Jahren zu einem enormen Problem entwickelt. Nach Einschätzung der Europäischen Gesundheitsbehörde (ECDC) sind MRE die bedeutendste Krankheitsbedrohung in Europa. Die Rate der Infektionen mit diesem Keimen ist hoch und hat in den letzten Jahren teilweise rasant zugenommen. Jährlich erwerben ca. 3 Millionen Menschen in Europa eine Krankenhausinfektion mit etwa 50.000 Toten.	Multiresistente Keime – MRSA, MRE, VRE etc. Hessisches Ärzteblatt 11/2008
Präventionsstrategien	Um diesen Problemen wirksam entgegen zu wirken, wird das MRE-Netzwerk Rhein-Main gegründet. Unter der Schirmherrschaft des Hessischen Ministeriums für Arbeit, Familie und Gesundheit sowie der organisatorischen Leitung von sechs Gesundheitsämtern der Region (Städte Frankfurt, Offenbach und Wiesbaden sowie Kreise Main-Taunus-Kreis, Offenbach Land und Wetteraukreis) arbeiten medizinische Einrichtungen (Kliniken), Einrichtungen der ambulanten und der stationären Pflege (Pflegedienste und Altenpflegeheime), sowie die Landesärztekammer Hessen, die kassenärztliche Vereinigung, Einrichtungen des Rettungsdienstes und Krankentransports und Labore zusammen.	KV-Hessen: MRE Netz Rhein Main MRSA in Deutschland Epidemiologisches Bulletin 17/2009
Impressum/Kontakt		Informationen des RKI Bildung regionaler Netzwerke MRSA Richtlinie 1999

Abb. 1: Internetseite des MRE-Netzwerks (www.mre-rhein-main.de)

• einer Stigmatisierung von Menschen mit MRE entgegen zu wirken. Alle medizinischen Einrichtungen der Region sind aufgerufen, dem Netzwerk beizutreten und an der Bearbeitung der MRE-Problematik konstruktiv mitzuwirken. Interessierte sind zur **Fortbildung „MRSA-Netzwerke in Hessen und anderswo – voneinander lernen“** (siehe Seite 470) am 1. Juli 2009 in der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim eingeladen, auf welcher verschie-

dene Netzwerke vorgestellt werden (bitte melden Sie sich bei der Akademie an). Sind Sie neugierig geworden? Dann melden Sie sich. Es lohnt sich für Sie und Ihre Patienten.

Anschrift der Verfasserin

PD Dr. Ursel Heudorf
Amt für Gesundheit
Breite Gasse 28
60313 Frankfurt
E-Mail: ursel.heudorf@stadt-frankfurt.de

Hitzebedingte Gesundheitsschäden im höheren Lebensalter – Prävention in der Kommune

Ein Thema für den niedergelassenen Arzt? *Markus Heckenhahn*

Zusammenfassung

Der Klimawandel ist leider keine Fiktion, sondern Fakt. Es wird nicht nur durchschnittlich wärmer, auch die Häufigkeit von anhaltenden sommerlichen Hitzeperioden wird sehr wahrscheinlich weiter zunehmen. Dies ist von hoher medizinischer Relevanz, wie nicht zuletzt die hohe Exzessmortalität während der Hitzeperioden der vergangenen Jahre beweist. Welche Handlungsmöglichkeiten und Handlungsnotwendigkeiten in der Hitzeprävention sich auf kommunaler Ebene abzeichnen, ist Gegenstand dieser Darstellung. Dabei wird klar: Ohne Einbeziehung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in das Gesamtkonzept, der Entwicklung neuer Arbeitsformen sowie deren angemessenen Vergütung werden die gesundheitlichen Risiken des Klimawandels nicht zu bewältigen sein.

Einführung

Dem vierten Sachstandsbericht des Zwischenstaatlichen Ausschusses für Klimaänderungen der Vereinten Nationen (IPCC Intergovernmental Panel on Climate Change) [1] zufolge hat sich die globale

Erdoberflächentemperatur in den letzten einhundert Jahren im Mittel um 0,74 Grad Celsius erhöht. Eine Beschleunigung des mittleren Temperaturanstiegs ist zwischen 1950 und 2000 zu beobachten, die Erwärmung war hier annähernd zweimal so groß wie im gesamten Messzeitraum. Dieser Trend wird sich in den kommenden Jahrzehnten fortsetzen. Je nach Szenario geht das IPCC von einer weiteren Erhöhung der mittleren globalen Oberflächentemperatur zwischen 1,8 und 4,0 Grad Celsius (Varianz 1,1–6,4) bis 2100 aus. Verbunden mit der globalen Erderwärmung gilt zudem die Zunahme von Extremwetterereignissen wie extremer Hitze und Hitzewellen aber auch von Starkniederschlägen und Stürmen als sehr wahrscheinlich.

Die globalen Klimaentwicklungen spiegeln sich in den regionalen Klimaverhältnissen in Deutschland wider. So geht man besonders für Regionen Süd- und Mitteldeutschlands, aber auch für Hessen, von einer überdurchschnittlich erhöhten Eintrittswahrscheinlichkeit von Hitzewellen aus [2, 3, 4].

Das vermehrte Auftreten von Hitzewellen erhöht die Wahrscheinlichkeit hitzeasso-

ziierter Morbidität und Mortalität. Insbesondere für betagte, chronisch kranke und alleinlebende Menschen über 75 Jahre stellen Hitzewellen ein erhebliches gesundheitliches Risiko dar.

Hitzeassoziierte Gesundheitsrisiken

Die Hitzewelle 2003 brachte in weiten Teilen Europas bislang nie gemessene Tagestemperaturen von über 40 Grad Celsius bei einer ungenügenden nächtlichen Abkühlung nicht unter 20 Grad Celsius (sog. Tropennächte). Insbesondere bei Personen mit einer reduzierten Anpassungskapazität hatten die anhaltend hohen Umgebungstemperaturen häufig eine Überlastung der Thermoregulation des Körpers zur Folge. Betroffen sind in erster Linie ältere Menschen, da mit höherem Lebensalter die Fähigkeit zur Adaption an thermische Extreme altersphysiologisch nachlässt. Zudem ist das höhere Alter mit einem erhöhten Risiko chronisch zu erkranken oder eine Demenz zu entwickeln verbunden [5]. Aber auch Kinder unter vier Jahren, Personen mit Erinnerungs- oder Orientierungsstörungen, chronisch Kranke und Menschen unter bestimmter medikamentöser Behandlung, Personen mit fieberhaften Erkrankungen, Konsumenten von psychoaktiv wirkenden Drogen und Alkohol sind durch eine längere Hitzeexposition gesundheitlich bedroht [6].

Für den Sommer 2003 liegen europaweit zahlreiche epidemiologische Untersuchungen zum Einfluss der Hitzewelle auf die Mortalität vor [7–17], so auch aus Deutschland [18–21]. In allen untersuchten Fällen war die Hitzeexposition während der ersten Augushälfte mit einer deutlich erhöhten Exzessmortalität verbunden. Das höchste Mortali-

ANZEIGE

Studienplatzklage bundesweit Kompetenz und Erfahrung

Wir vertreten Sie gerne bundesweit mit guter Erfolgsquote in Studienplatzklagen außerhalb des ZVS-Verfahrens.
Auch Vertretung im hochschulinternen Verteilungsverfahren.

KANZLEI GEBHARDT & KLIEMANN

Universitätsstadt Bamberg

Ihr Ansprechpartner:
Rechtsanwalt Helmut Gebhardt

Es kann auch eine komplette Abwicklung per Telefon bzw. per Post erfolgen.
Eine persönliche Vorsprache in unserer Kanzlei ist nicht erforderlich,
ggf. Kostenübernahme durch Rechtsschutzversicherung.

www.wunschstudium.de
Tel.: 0951/50 99 9-0, Fax: 0951/50 99 9-11
E-Mail: studienplatzklage@gebhardtundkliemann.de
Friedrichstraße 7, 96047 Bamberg

tätsrisiko tragen danach Personen über 75 Jahre, die in sog. Wärmeinseln (Überwärmungsbereiche in stark besiedelten Gebieten) leben. Dabei scheinen die Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen ebenso von Hitzewellen bedroht zu sein wie Menschen, die in ihren Privatwohnungen leben [13, 16, 21–23].

Bisherige Präventionsstrategien

Vorreiter Frankreich

Als Reaktion auf die Hitzewelle 2003 entwickelte Frankreich als eines der ersten europäischen Länder einen umfassenden nationalen Präventionsplan. Die französischen Behörden definierten darin primärpräventive Maßnahmen zur bevölkerungsbezogenen Verhütung hitzeassoziiierter Krankheiten und Todesfälle. Hierzu gehört z. B. die Erstellung und regelmäßige Aktualisierung einer Liste gefährdeter Personen durch die zuständigen Behörden auf kommunaler Ebene, die Bereitstellung eines zentralen telefonischen Notrufdienstes für die Bevölkerung (Il-de-France) oder die Einrichtung öffentlich zugänglicher klimatisierter Aufenthaltsräume. Diese Maßnahmen wurden durch ein vierstufiges und bevölkerungsgerichtetes Hitzewarnsystem flankiert [24].

Bundesweiter Hitzewarndienst des Deutschen Wetterdienstes

In Deutschland entwickelte der Deutsche Wetterdienst (DWD) nach 2003 zunächst im Auftrag einzelner Bundesländer bis auf Landkreisebene hinabreichende Hitzewarnsysteme, so auch für Hessen. Seit Mai 2005 bietet der DWD den Hitzewarndienst auch bundesweit an. Entsprechende Warnhinweise werden regelmäßig auf den Internetseiten des DWD veröffentlicht ([### Kasten 1: Beispiel einer Hitzewarnung des Deutschen Wetterdienstes vom 22. Juli 2004 für Hessen](http://www.wettergefah-</p>
</div>
<div data-bbox=)

Hitzewarnung des DWD für Hessen für den 22. Juli 2004

Warnung:

Wegen starker Wärmebelastung erfolgt für den kommenden Tag eine regionalisierte Hitzewarnung (Warnstufe 1 bzw. 2). Solange eine entsprechende Wärmebelastung anhält, wird die Hitzewarnung täglich wiederholt. Aufgeführt sind jeweils nur diejenigen der kreisfreien Städte (Darmstadt, Frankfurt, Kassel, Offenbach, Wiesbaden) bzw. nur diejenigen der in den Regierungsbezirken (RP Darmstadt, RP Gießen, RP Kassel) ausgewählten Orte, für die die Kriterien der starken Wärmebelastung nach DWD erfüllt sind. Hinsichtlich zu treffender Maßnahmen und Zuständigkeiten wird auf den Erlass des Hessischen Sozialministeriums vom 22. Juni 2004 verwiesen.

Ort	Gefühlte Temperatur (°C)	Lufttemperatur (°C)	Warnstufe
Kreisfreie Städte			
Frankfurt am Main	34,1	26,3	1
Offenbach am Main	34,2	28,3	1
Darmstadt	34,0	28,0	1
Regierungsbezirk Darmstadt			
Dieburg	33,6	26,0	1
Hanau	34,0	26,0	1
Dietzenbach	34,7	25,5	1
...			

ren.de und www.dwd.de). Das Hitzewarnsystem des DWD basiert auf dem biometeorologischen Konzept der „gefühlten Temperatur“. In die Berechnung der gefühlten Temperatur gehen neben der Lufttemperatur auch Parameter wie Windgeschwindigkeit, Sonneneinstrahlung und Luftfeuchtigkeit ein, weil der Wärmeaustausch des Menschen mit der Atmosphäre maßgeblich durch deren Wechselwirkungen beeinflusst wird. Je höher demnach z. B. die Luftfeuchtigkeit, desto geringer ist die Lufttemperaturschwelle, ab welcher eine Hitzewarnung ausgerufen wird [25].

Die Hitzewarnungen erfolgen in zwei Stufen. Warnungen der Stufe 1 werden bei

Überschreiten des Schwellenwertes von 32 Grad Celsius gefühlter Temperatur 48 Stunden im voraus regionalisiert herausgegeben, wird der Wert von 38 Grad Celsius gefühlter Temperatur erreicht, erfolgt eine Warnung der Stufe 2 [26].

Hessisches Hitzewarnsystem

Das vom ehemaligen Hessischen Sozialministerium am 22. April 2008 erlassene hessische Hitzewarnsystem (Neufassung des Erlasses vom 22. Juni 2004) basiert auf dem Hitzewarndienst des DWD. Der Erlass regelt zum einen die Zuständigkeiten innerhalb der öffentlichen Verwaltung und des Gesundheitsdienstes des Landes Hessen für die Umsetzung des Hitze-

warnsystems. Zum anderen werden darin die Informationswege sowie ein Set erforderlicher präventiver Maßnahmen im Falle einer erfolgten regionalisierten Hitzewarnung (Stufe 1 bzw. 2) geregelt. Die Maßnahmen bei Warnstufe 1 adressieren vor allem Personen, die in Alten- und Pflegeheimen leben. Alle im Zuständigkeitsbereich der Hessischen Heimaufsicht tätigen Heime werden vom DWD im Falle einer Hitzewarnung direkt informiert. Die Heime sind daraufhin zur Einleitung aller notwendigen individualisierten Sofortmaßnahmen verpflichtet. Die Heimaufsicht hat die Qualität der durchgeführten Pflegeinterventionen stichprobenartig zu prüfen [26].

Da mit der Dauer und dem Ausmaß der Wärmebelastung das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko auch in weniger belasteten Bevölkerungsgruppen überproportional steigt, sind die Gesundheitsämter auf kommunaler Ebene verpflichtet, die niedergelassene Ärzteschaft, die Rettungsdienste, Krankenhäuser und Kliniken gezielt sowie die örtliche Bevölkerung massenmedial über die bestehenden Gesundheitsgefährdungen und über geeignete präventive Maßnahmen zu informieren.

Probleme massenmedial gestützter Hitzewarnungen

Die massenmedial gestützte gesundheitliche Aufklärung hat aber das Problem, nie genau zu wissen, ob und wenn ja wie ihre Adressaten die über Zeitung, Rundfunk, Fernsehen etc. angebotenen Informationen aufnehmen und verarbeiten und welche Schlüsse sie aus ihnen hinsichtlich ihres eigenen Gesundheitsrisikos ziehen. Das trifft für Ernährung- und Bewegungskampagnen ebenso zu wie für Hitzewarnungen und diesbezügliche Handlungsempfehlungen der Gesundheitsämter [27]. Das Informa-

tionssuchverhalten von Personen ist insbesondere in der Gruppe der über 60-jährigen zu heterogen, als dass sich daraus verlässliche Schlussfolgerungen über die Zielgruppenerreichung von medial vermittelten Gesundheitsinformationen treffen ließen [28]. Damit besteht trotz öffentlichkeitsgerichteter Warnsysteme und vorhandener Fachkompetenz im Gesundheitswesen die Gefahr, dass gerade die besonders von Hitze bedrohten Personen bzw. ihre Angehörigen im häuslichen Bereich nicht genügend erreicht werden und folglich auch potentiell vorhandene Präventionsangebote nicht in dem Maße angefordert werden wie es die Situation aus professioneller Sicht erfordern würde.

Die wirksame Prävention von hitzebedingten Gesundheitsrisiken muss damit neben der allgemeinen bevölkerungsbezogenen Aufklärung auch zugehende Präventionsangebote bereitstellen („Bring-Struktur“). Bislang fehlen aber derartige Angebote für den häuslichen Bereich, wohingegen die Prävention von hitzebedingter Morbidität und Mortalität im stationären Pflegebereich durch entsprechend geschultes Pflegepersonal und unter ständiger Aufsicht der Hessischen Heimaufsicht sichergestellt ist.

Aufsuchende Prävention im ambulanten Bereich – Was ist möglich?

Im ambulanten Bereich sind die Bedingungen für eine aufsuchende Prävention schwierig. Die Krankheitsprävention liegt dort zwar primär im Zuständigkeitsbereich der hausärztlichen Arbeit, der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung sieht aber ungeachtet dessen eine durch den Arzt selbst initiierte aufsuchende Prävention („Präventiver Hausbesuch“) nicht vor. Selbst wenn der niedergelassene Allgemeinmediziner

eine Gefährdung durch Hitze bei seinen Patienten feststellte und vom Patienten um einen Hausbesuch gebeten würde, bekäme er diese Leistung nicht als Einzelleistung vergütet, da Hausbesuche mit dem Regelleistungsvolumen bereits abgegolten sind. Ärztliche Eigeninitiative in der Primärprävention ist nicht gewollt. Erkennt ein Patient ein akutes Hitzesrisiko selbst nicht, muss die entsprechende Beratung, Diagnostik und Therapie damit ausbleiben.

Die ambulanten Pflegedienste wiederum können nur dann (präventiv) tätig werden, wenn zuvor bei einer Person eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des §14 SGB XI festgestellt und eine Eingruppierung in eine Pflegestufe erfolgt ist. Seniorinnen und Senioren, die keinen Leistungsanspruch nach SGB XI haben, jedoch zur Risikogruppe der hitzegefährdeten Personen zählen (z.B. chronisch Kranke, Alleinlebende, über 75-jährige [23]), können über die ambulante Pflege daher nicht erreicht werden.

Pflegedienste haben darüber hinaus nur eingeschränkt Zugang zu Personen mit einem Leistungsanspruch nach SGB XI: Daten der aktuellen Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes für das Land Hessen zufolge hat von den rund 131.000 pflegebedürftigen Personen in 2007 nur jede Vierte (35.660 ~ 27,17%) einen ambulanten Pflegedienst mit der Pflege beauftragt. Der weit größere Anteil der Personen (95.507 ~ 72,83%) wählten ausschließlich Pflegegeld (§ 37 SGB XI) und wurden von pflegerischen Laien versorgt [29]. Damit wird deutlich, dass die ambulante Pflege ein wichtiger Partner bei der Prävention von Hitzesrisiken ist, dass aber der Zugang zu einem großen Anteil der Risikogruppe über sie selbst dann nicht eröffnet werden könnte, wenn Hausärzte und Pflegedienste künftig noch enger kooperieren würden.

Eine gezielte, aufsuchende Hitzeprävention im ambulanten Sektor ist derzeit aufgrund der oben skizzierten leistungsrechtlichen Beschränkungen überhaupt nur im interdisziplinären Netzwerk – quasi als Querschnittaufgabe – leistbar. Gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten, Pflegediensten, Wohlfahrtsverbänden, Seniorenvertretern, Kirchen, Kommunen und ehrenamtlichen Helfern wird dies vom Gesundheitsamt Region Kassel in enger Kooperation mit dem Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda in den Jahren 2008–2013 im Rahmen eines vom Bundesforschungsministerium (BMBF) geförderten Programms zur Klimaanpassung in der Region Nordhessen (Klimzug-Nordhessen) nunmehr entwickelt und erprobt.

Prävention von Hitzekrankheiten im kommunalen Netzwerk

Ziel des BMBF-Modellprojektes PräKom¹ ist es exemplarisch für die Region Kassel Strategien zu entwickeln und zu erproben, die geeignet sind, ältere und hochaltrige Menschen in Zukunft in ihrem häuslichen Wohnumfeld vor drohenden Hitzekrankheiten und deren Folgen zu schützen. Erreicht werden sollen dabei gerade auch solche Personen, die nicht kontinuierlich in das Versorgungssystem eingebunden sind. Weil Seniorinnen und Senioren, die in Wärmeinseln („hot spots“) wohnen, in besonderem Maße durch Hitzewellen bedroht sind, wurden gemeinsam mit der Hochschule Fulda zunächst solche Wohngebiete in der Region Kassel identifiziert, in denen aufgrund ihrer klimatischen Bedingun-

gen, der vorherrschenden Bausubstanz und der Altersstruktur vor Ort ein besonderer Handlungsbedarf hinsichtlich der Prävention hitzeassoziierter Krankheiten besteht. Im Kasseler Stadtgebiet lassen sich Hochrisikogebiete auf Stadtteilebene gut abgrenzen, während im Landkreis Kassel dafür geschlossene Ortschaften/Ortsteile besonders geeignet sind [30].

In einigen der inzwischen als Hochrisikogebiet identifizierten Stadtteile/Ortschaften wird nun exemplarisch mit dem Aufbau von Netzwerkstrukturen durch das Gesundheitsamt Region Kassel begonnen. Wir erwarten über ein interdisziplinäres Netzwerk, dem neben medizinischen und pflegerischen Expertinnen und Experten, auch Träger der kommunalen Altenhilfe, der Kirchen, der Zivilgesellschaft etc. angehören, weit mehr und gezielter potentiell gefährdete Personen im Fall einer drohenden Hitzewelle direkt und indirekt erreichen zu können, als über herkömmliche Wege. Flankierend hierzu ist vorgesehen mit allen relevanten Akteuren gemeinsam Handlungsempfehlungen für ein systematisches Vorgehen im Bedarfsfall zu erarbeiten, die Gegenstand regelmäßiger Schulung von Professionellen und Laien werden sollen. Ergänzend dazu beabsichtigt das Gesundheitsamt Region Kassel auf der Grundlage des §7 des Hessischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD) (Prävention und Gesundheitsförderung) eine zugehende Hitzeprävention in Form präventiver Hausbesuche als ergänzendes Präventionsangebot zu implementieren zu evaluieren. Zur Einschätzung des individuellen Risikopotentials und als Basis gezielter Beratung von Betroffenen im Rahmen der präventiven Hausbesuche wird derzeit an der Hochschule Fulda ein hitzesensitives geriatrisches As-

essment entwickelt und im Anschluss daran vom Gesundheitsamt erprobt. Die Umsetzung einer daraus resultierenden spezifischen Beratung setzt dabei eine enge Vernetzung mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den örtlichen Versorgungsstrukturen zwingend voraus.

Fazit

Die Anpassung an den Klimawandel stellt die Gesundheitsversorgung vor neue Aufgaben. Aufgrund der Reglementierung aufsuchender, primärpräventiver Leistungen in den Sozialgesetzen V und XI erfordert die gezielte Prävention von hitzeassozierten Gesundheitsrisiken bei betagten Menschen die Entwicklung interdisziplinärer Arbeitsformen im ambulanten Bereich, insbesondere unter Einbeziehung der hausärztlich tätigen Ärzte sowie eine engere Verzahnung von professionellen Hilfen und bürgerschaftlichem Engagement. Für den öffentlichen Gesundheitsdienst ergeben sich daraus zukünftig Aufgaben in einer adäquaten Risikokommunikation und Informationsvermittlung, in der Koordination und Vernetzung gesundheitsrelevanter Akteure auf kommunaler Ebene sowie in der Prävention bei vulnerablen Bevölkerungsgruppen.

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

Anschrift des Verfassers

Markus Heckenhahn, M.Sc. Public Health
Gesundheitsamt Region Kassel
Wilhelmshöher Allee 19–21
34117 Kassel
E-Mail:
markus.heckenhahn@stadt-kassel.de

¹ Gezielte Prävention hitzebedingter Gesundheitsrisiken bei alten Menschen in der Kommune. <http://www.gesundheitsamt.stadt-kassel.de/>

Hitzebedingte Gesundheitsschäden im höheren Lebensalter – Prävention in der Kommune

(Hessisches Ärzteblatt 7/2009, Seite 480)

Literatur

1. IPCC – Zusammenfassung für politische Entscheidungsträger. In: Solomon S, Qin D, Manning M, Chen Z, Marquis M, Averyt KB, Tignor M, Miller HL (Hrsg.): Klimaänderung 2007. Wissenschaftliche Grundlagen. Beitrag der Arbeitsgruppe I zum Vierten Sachstandsbericht des Zwischenstaatlichen Ausschusses für Klimaänderung (IPCC), Cambridge University Press, Cambridge, United Kingdom und New York, NY, USA. Deutsche Übersetzung durch ProClim-, österreichisches Umweltbundesamt, deutsche IPCC-Koordinationsstelle, Bern/Wien/Berlin, 2007.
2. Bundeskabinett. Deutsche Anpassungsstrategie an den Klimawandel vom Bundeskabinett am 17. Dezember 2008 beschlossen. www.bmu.de (aufgerufen am 18. Dezember 2008)
3. Uphoff H, Hauri A. Klimafolgen im Bereich Gesundheitsschutz. In: Hessisches Landesamt für Umwelt und Geologie. Integriertes Klimaschutzprogramm Hessen. INKLIM 2012. Projektbaustein II: Klimawandel und Klimafolgen in Hessen. Abschlussbericht. 2005: 53–57
4. Deutscher Wetterdienst. Regionaler Klimawandel – Klimamodelle im Vergleich. www.dwd.de (aufgerufen am 6. Januar 2009)
5. Parry M. Assessment of potential effects and adaptation for climate change in Europe – the Europe ACACIA Project. Norwich: University of East Anglia. 2000
6. Robert Koch-Institut. Hitzewellen und extreme Klimaereignisse. Herausforderungen für das Gesundheitswesen. Epidemiologisches Bulletin. 2004; 25: 200–201
7. Robine JM, Cheung SL, Le Roy S, Van Oyen H, Herrmann FR. Report on excess mortality in Europe during summer 2003. EU Community Action Programme for Public Health, Grant Agreement 2005114. 2003 Heath Wave Project
8. Argaud L, Ferry T, Le QH, Marfisi A, Ciorba D, Achache P, Ducluzeau R, Robert D. Short- and Long-term Outcomes of Heatstroke Following the 2003 Heat Wave in Lyon, France. Arch Intern Med. 2007;167(20):2177–2183
9. Vandentorren S, Suzan F, Medina S, Pascal M, Maulpoix A, Cohen JC, Ledrans M. Mortality in 13 French Cities During the August 2003 Heat Wave. American Journal of Public Health 2004; 94 (9): 1518–1520
10. Michelozzi P, de’Donato F, Bisanti L, Russo A, Cadum E, DeMaria M, D’Ovidio M, Costa G, Peducci CA. The impact of the summer 2003 heat waves on mortality in four Italian cities. Eurosurveillance Vol 10, Issues 7–9 Jul-Sept 2005: 161–164
11. Simón F, Lopez-Abente G, Ballester E, Martínez F. Mortality in Spain during the heat waves of summer 2003. Eurosurveillance Vol 10, Issues 7–9 Jul-Sept 2005: 157–160
12. Nogueira PJ, Falcão J M, Contreiras MT, Paixão E, Brandão João, Batista I. Mortality in Portugal associated with the heat wave of august 2003: Early estimation of effect, using a rapid method. Eurosurveillance Vol 10, Issues 7–9 Jul-Sept 2005: 150–153
13. Garssen J, Harmsen C, de Beer J. The effect of the summer 2003 heat wave on mortality in the Netherlands. Eurosurveillance Vol 10, Issues 7–9 Jul-Sept 2005: 165–167
14. Hajat S, Kovats R S, Lachowycz K. Heat-related and cold-related deaths in England and Wales: who is at risk? Occup. Environ. Med. 2007; 64: 93–100
15. Kovats RS, Johnson H, Griffiths C. Mortality in southern England during the 2003 heat wave by place of death. National. Health Statistics Quarterly 2006; 29: 6–8
16. Hutter HP, Moshammer H, Wallner P, Leitner B, Kundi M. Heatwaves in Vienna: effects on mortality. Wien Klin Wochenschr: 2007; 119 (7–8): 223–227
17. Grizea L, Hussa A, Thommena O, Schindler C, Braun-Fahrlander C. Heat wave 2003 and mortality in Switzerland. Schweizer Medizinische Wochenzeitschrift 2005; 135: 200–205
18. Koppe C, Jendritzky G. Die Auswirkungen der Hitzewellen 2003 auf die Mortalität in Baden-Württemberg. Sozialministerium Baden-Württemberg, Stuttgart; 2004.
19. Hellmeier W, Stausberg J, Hoffmann B. Untersuchungen in NRW zu Auswirkungen der Hitzewelle 2003 auf die kurzfristige Mortalität. Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, Bielefeld/Münster, Abteilung Umweltmedizin, Umwelthygiene. Materialien Umwelt und Gesundheit Nr. 67. 2007
20. Zebisch M, Grothmann T, Schröter D, Hasse C, Fritsch U, Cramer W. Klimawandel in Deutschland. Vulnerabilität und Anpassungsstrategien klimasensitiver Systeme. Forsch.ber. 20141253-UBA-FB 000844
21. Heudorf U, Meyer C. Gesundheitliche Auswirkungen extremer Hitze – am Beispiel der Hitzewelle und der Mortalität in Frankfurt am Main August 2003. Gesundheitswesen 2005; 67: 369–374
22. Kovats RS, Hajat S. Health Stress an Public Health: A Critical Review. Annu. Rev. Public Health 2008. 29:41–44
23. Vandentorren S, Bretin P, Zeghnoun A, Mandereau-Bruno L, Croisier A, Cochet C, Ribéron J, Siberan I, Declercq B, Ledrans M. Heat-related mortality. August 2003 Heat Wave in France: Risk Factors for Death of Elderly People Living at Home. European Journal of Public Health. 2006, 16, 6. 583–591
24. Bosch X. France makes heatwave plans to protect elderly people. Lancet 2004; 363: 1708
25. Fouillet A, Rey G, Wagner V, Laaidi K, Empeur-Bissonnet P, Le Tertre A, Frayssinet P, Bessemoulin P, Laurent F, De Crouy-Chanel P, Jouglé E, He’mon D. Has the impact of heat waves on mortality changed in France since the European heat wave of summer 2003? A study of the 2006 heat wave. International Journal of Epidemiology 2008; 37: 309–317
25. Koppe CH, Jendritzky G, Pfaff G. Die Auswirkungen der Hitzewelle 2003 auf die Gesundheit. In: Deutscher Wetterdienst. Klimastatusbericht 2003. 152–162
26. Regierungspräsidium Gießen. Außergewöhnliche Hitzeperioden: Vorbereitung und Vorgehen stationärer Pflegeeinrichtungen. Hessische Heimaufsicht. 2007
27. Sheridan SC. A survey of public perception and response to heat warnings across four North American cities: an evaluation of municipal effectiveness. Int J Biometeorol. 2007; 52(1) 3–15
28. Borch, S, Wagner S. Motive und Kontext der Suche nach Gesundheitsinformationen – Theoretische Überlegungen und empirische Befunde anhand des telefonischen Gesundheitsveys. In: Roski, R. Zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation. Akteure – Audience Segmentation – Anwendungsfelder. VS Verlag für Sozialwissenschaften. 59–87
29. Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 2. Bericht: Pflegebedürftige im Ländervergleich. 2009
30. Georgy S, Blättner B. Mapping von soziodemografischen und klimatischen Risiko- und Hochrisikogebieten in Nordhessen. Interner Arbeitsbericht. 2009

Sicherer Verordnen

Paracetamol – Rezeptpflicht in höherer Dosierung

Seit 1. April 2009 sind Paracetamol-haltige Fertigarzneimittel (Ben-u-ron®, viele Generika) rezeptpflichtig, wenn die Packung mehr als 10 g Paracetamol enthält. Ursache für diese Einschränkung waren u. a. fatale Leberversagen (oft in missbräuchlicher Absicht). Diese Grenze gilt nicht für jeden Patienten: bereits unter Tagesdosen von circa 6 g Paracetamol wurden schwerwiegende Leberfunktionsstörungen beobachtet. Spezielle Präparate mit reduziertem Paracetamol-Gehalt für Säuglinge, Klein- und Schulkinder sollten strikt beachtet werden. Bei Gesunden oder Patienten mit Magenproblemen ist Paracetamol (einmalig bis 10 g/d, bei längerer Einnahme bis 7,5 g/d) jedoch gut verträglich und eine sinnvolle analgetische Alternative zu nicht-steroidalen Antiphlogistika.

Quelle: *Münch.med.Wschr.* 2009; 151:17

Sildenafil – Verhinderung sexueller UAW von SSRI

Die Therapie unerwünschter Wirkungen (UAW) von Arzneimitteln mit einem anderen Arzneimittel ist nicht unumstritten, kann jedoch sinnvoll sein (z. B. die zusätzliche Gabe Protonenpumpenhemmern zur Verhinderung von Ulzera bei längerer Einnahme von Nicht-steroidalen Antiphlogistika). Bekannte UAW von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) wie Fluoxetin (Fluctin®, viele Generika) sind sexuelle Dysfunktionen bei beiden Geschlechtern. Bei männlichen Patienten ist die Wirkung von Sildenafil (Viagra®) gegen diese UAW bekannt. Nach einer Studie scheint jedoch auch bei Frauen mit Depressionen, die unter der Einnahme eines SSRI unter Libidoverlust, Erregbarkeits- und Orgasmusstörungen litten, die zusätzliche Einnahme von Sildenafil wirkungsvoll zu sein. Bekannte, überwiegend dosisabhängige UAW von Sildenafil (u. a. Kopfschmerz, Flush, Sehstörungen, Schwindel, Synkopen) traten auch in der Studienpopu-

lation auf. Die Kontraindikationen von Sildenafil (u. a. Herz-Kreislaufkrankungen, instabile Angina pectoris, Schlaganfall/Herzinfarkt in der Anamnese) müssen bei einem Therapieversuch bei Frauen ebenfalls strikt beachtet werden.

Quelle: *Brit. med. J.* 2008; 337: 256

Lokale Glukokortikoide – UAW

In einer Übersichtsarbeit werden die Risiken einer lokalen Therapie mit Glukokortikoiden zusammengefasst. Dosis, Art des Glukokortikoids, Anwendungsdauer und Applikationsort sind die bestimmenden Faktoren für das Auftreten von UAW. Hautatrophien, maskierte Infektionen, erhöhter Augeninnendruck, Kontaktallergie gegen Steroide oder Zusatzstoffe (vier Gruppen kreuzallergener Glukokortikoide A, B, C, D1 und D2), bei chronischer Verabreichung: Steroidabhängigkeit und Reboundphänomen, auch bekannte systemische UAW wie Cushing-Syndrom (cave: z. B. Applikationsort Skrotum: circa 35% der Steroide werden resorbiert, erhöhte Resorption auch bei Kindern und alten Menschen). Zusätzliche lokale UAW: Steroidakne, Steroidrosacea, Hirsutismus, Pigmentierungsstörungen, verzögerte Wundheilung.

Die Autoren empfehlen u. a. für die Praxis:

- Auswahl der Stärkeklasse nach Diagnose, Lokalisation und Ausdehnung der Dermatoze, Zustand der Hornschicht
- bei Kindern und älteren Menschen in der Regel schwächere Steroide
- Kontraindikation der Steroide der Klasse III und IV im Gesicht und der Genitalregion sowie bei Kleinkindern
- bei chronischen Dermatosen: Intervalltherapie
- Anwendung nur einmal pro Tag
- Ausschleichen der Steroidtherapie bei ausgeprägten Dermatosen (Reboundphänomen).

Trotz der Vielzahl der Warnhinweise weisen die Autoren zu Recht darauf hin, dass die lokale Anwendung von Glukokortikoiden in der Dermatologie zum Standard

von Hauterkrankungen gehört und durch die jahrzehntelange Erfahrungen mit dieser Substanzklasse die Risiken bei sorgfältiger Anwendung überschaubar sind.

Quelle: *pharma-kritik* 2008; 30: 29

Wissenschaftsbetrug – „Gefakte“ Studien

Scott S. Reuben, dessen Arbeiten insbesondere zu Celecoxib (Celebrex®, Onsenal®) vielfach in der Fachliteratur zitiert wurden, hat zugegeben, die Daten zu 21 seiner Artikel frei erfunden zu haben. Er hat die Kombination von Celecoxib mit dem Antiepileptikum Pregabalin (Lyrica®) zur Therapie von refraktären Schmerzzuständen untersucht und „lyrisch“ (nomen est omen!) hervorgehoben, sie wirke besser als eine Opiattherapie.

Beide Präparate stammen zufällig vom gleichen pharmazeutischen Unternehmer, der sich beeilt hat, auf das unveränderte Risiko-Nutzen-Profil von Celecoxib in den zugelassenen Indikationen hinzuweisen. Wissenschaftlicher Betrug ist auch in Deutschland nicht unbekannt, so dass eine kritische Zurückhaltung bei Neueinführungen von Arzneimitteln nicht verkehrt sein kann. Erst wenn unterschiedliche voneinander unabhängige Autoren – unterstützt von Kommentaren aus medizinischen Zeitschriften ohne Werbeseiten – zum gleichen Ergebnis kommen, kann eine routinemäßige Verordnung erwogen werden. Vorher sollte ein neu entwickeltes Arzneimittel nur für therapieresistente Fälle reserviert sein und nur unter sorgfältiger Aufklärung und Beobachtung des Patienten verschrieben werden. Diese Frist gilt mindestens für die ersten fünf Jahre nach Markteinführung, bei Arzneistoffen mit neuen Wirkprinzipien tendenziell länger.

Quelle: *Brit.med. J.* 2009; 338:618

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus: Rheinisches Ärzteblatt 5/2009

Schweigepflicht: Herausgabe von Krankenunterlagen Verstorbener

Thomas K. Heinz

„Um zu vermeiden, dass eine Einsicht durch die Erben eines Verstorbenen aus sachfremden Gründen verweigert wird, muss die Behandlerseite zumindest darlegen, unter welchem allgemeinen Gesichtspunkt sie sich durch die Schweigepflicht an der Offenlegung der Unterlagen gehindert sieht.“

Mit diesem Leitsatz hat das OLG München (GesR 2009, 86) das Begehren des Erben auf Herausgabe von Krankenunterlagen eines verstorbenen Angehörigen beschieden. Der Fall:

Eine Ehefrau verlangt gegenüber dem Arzt Herausgabe von Krankenunterlagen ihres verstorbenen Ehemannes aus abgetretenem Recht. Der behandelnde Arzt verweigert die Herausgabe und beruft sich auf seine ärztliche Schweigepflicht. Der Münchner Senat stellt hierzu nachfolgende Grundsätze auf:

„Der Beklagte kann sich nicht auf seine Schweigepflicht berufen. Die Einsicht in die Behandlungsunterlagen entspreche dem mutmaßlichen Willen des verstorbenen Ehemannes. Die Schweigepflicht des Arztes gilt auch über den Tod des Patienten hinaus. Das Einsichtsrecht für Erben oder nahe Angehörige ist daher, anders als die Einsicht durch den Patienten selbst, grundsätzlich geeignet, die ärztliche Schweigepflicht zu berühren. Für seinen Bestand ist es unerlässlich, dass es aus einer feststehenden oder mutmaßlichen Einwilligung des Verstorbenen seine Rechtfertigung erfährt. Ohne eine solche Rechtfertigung kann von einer Pflicht des Arztes zur Offenlegung nicht ausgegangen werden. Die Entscheidung, ob eine mutmaßliche Einwilligung gegeben ist, obliegt dem Arzt. Dieser kann und muss auch nahen Angehörigen die Kenntnisnahme von Krankenun-

terlagen verweigern, soweit er sich bei gewissenhafter Prüfung seiner gegenüber dem Verstorbenen fortwährenden Verschwiegenheitspflicht an der Preisgabe gehindert sieht. Soweit von Seiten der ärztlichen Schweigepflicht ernstliche Bedenken gegen eine Einsicht von Erben oder Hinterbliebenen bestehen, kommt der Wahrung des Arztgeheimnisses der Vorrang zu. Der Arzt hat aber gewissenhaft zu prüfen, ob Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Verstorbene die vollständige oder teilweise Offenlegung der Krankenunterlagen gegenüber seinen Hinterbliebenen bzw. Erben mutmaßlich missbilligt haben würde; bei der Erforschung dieses mutmaßlichen Willens des verstorbenen Patienten spielen auch das Anliegen der die Einsicht begehrenden Personen – Geltendmachung von Ansprüchen – eine entscheidende Rolle. Es spricht einiges dafür, dass sich der Verstorbene einem solchen Anliegen – Verfolgung von Behandlungsfehlern – nicht verschlossen haben würde. Dies kann aber nicht als ausnahmslose Regel gelten. In Fällen dieser Art wird es allerdings nicht die Regel, sondern die Ausnahme sein, dass von einem Geheimhaltungswunsch des Patienten ausgegangen werden muss. Die Gewissensentscheidung des Arztes hinsichtlich der Offenlegung der Unterlagen gegenüber den Angehörigen wird all diese Gesichtspunkte zu berücksichtigen haben. Auch wenn die Entscheidung des Arztes ihrer Natur nach an sich nicht justiziabel ist, weil dies von vorneherein die Preisgabe des möglicherweise schutzbedürftigen Geheimnisses bedingen würde, muss sich der Arzt bewusst sein, dass er die Einsicht nur verweigern darf, wenn gegen diese von seiner Schweigepflicht her

mindestens vertretbare Bedenken bestehen können. Um der Gefahr zu begegnen, dass der Arzt aus sachfremden Gründen eine Einsicht verweigert, muss er zumindest darlegen, unter welchen *allgemeinen*

Gesichtspunkten er sich durch die Schweigepflicht an der Offenlegung der Unterlagen gehindert sieht, d.h. seine Weigerung auf konkrete oder mutmaßliche Belange des Verstorbenen stützen. Eine Begründung der Verweigerung kann nur in diesem allgemeinen Rahmen verlangt werden, da andernfalls, die damit zu rechtfertigende Geheimhaltung im Ergebnis unterlaufen würde“ (Anm.: so schon BGH NJW 1983, 2627).

Aus diesen Grundsätzen folgt, dass eine mutmaßliche Einwilligung des Patienten zur Einsichtnahme, die der Verfolgung von möglichen Behandlungsfehlern dient, in der Regel anzunehmen ist. Der Arzt muss eine Verweigerung der Einsicht nachvollziehbar begründen, ohne aber die Geheimhaltung unterlaufen zu müssen. Sofern die von ihm in diesem Rahmen angeführten Gründe nicht nachvollzogen werden können und eine Weigerung nicht rechtfertigen können, ist daher von einer mutmaßlichen Einwilligung auszugehen.

Anschrift des Verfassers
Rechtsanwalt und Fachanwalt
für Medizinrecht
Dr. Thomas K. Heinz
Cronstettenstraße 66
60322 Frankfurt
www.mmw-law.de



„Unfrisierte“ Bemerkungen vom Rand des Ärztetags *Siegmond Kalinski*



Mainz bleibt Mainz, wie es singt und lacht. Auf der dem eigentlichen Ärztetag traditionell vorangehenden öffentlichen KBV-Delegiertenversammlung demonstrieren die hessischen Augenärzte lauthals gegen die ihrer Meinung nach unläuteren Honorare.

Nachdem sie der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler jedoch ziemlich unwirsch darauf hinwies, die Verantwortung dafür trage doch ihre eigene KV, wurde es urplötzlich ganz still. So viel Chuzpe hatten die Ophthalmologen nicht erwartet, weiß doch jeder, dass die Gebührenordnung nicht Sache der KVen, sondern der KBV ist. Selbst Dr. Margita Bert, die Vorsitzende der KVH, die wahrlich schon einiges gewohnt ist, schien von dieser Äußerung „not amused“.

Dass der Rest der Versammlung in allgemeiner Harmonie verlief, hätte einen wundern können, wenn man nicht gewusst hätte, dass die, die Stimmrecht hatten und abstimmten, letztendlich ganz unter sich waren: Bis auf ganz wenige Ausnahmen waren es auch die, die in ihren KVen das Sagen haben. Die anderen waren nur Zuschauer, die weder reden noch singen durften – lachen war allerdings erlaubt ...

Im zweiten Teil der Delegiertenversammlung versuchte der KBV-Vorsitzende darzulegen, wie schwierig es ist, aus dem Mosaik aller möglichen Details das richtige Honorar zu berechnen. Also doch Sache der KBV! Verstanden haben nur wenige etwas von seinen Ausführungen – es war höhere Mathematik, was er anbot. Klar, dass anschließend alle davon überzeugt waren, dass Dr. Köhler der richtige Mann für diese Aufgabe sei. Schließlich ist er offenbar der einzige, der diese Berechnungen versteht. Seine Position dürfte somit absolut gesichert sein ...

Dann war er da, der große Tag der offiziellen Eröffnung des Ärztetags. In der Rheingold-

halle drängten sich die mehr oder weniger Offiziellen des Bundes und des Gastlands, vor allem aber die Hautevolee der deutschen Ärzteschaft, ergänzt durch die Mediziner, die jedes Jahr da sind nach dem Motto: Sehen und gesehen werden.

Wie gut, dass Ministerpräsident Kurt Beck eine Kabinettsitzung unterbrochen hatte, um den Ärzten seine Reverenz zu erweisen. Kurt Beck kennt die Nöte der Ärzte aus der eigenen Familie, seine Schwiegertochter ist praktizierende Landärztin, er lobte den guten Kontakt der Regierung zu den ärztlichen Landeskörperschaften und versprach weitere Unterstützung. Beck betonte, dass mehr Geld in das Gesundheitswesen fließen müsse – solche Töne gefielen dem prall gefüllten Saal. Der starke Applaus war Dank für Becks Worte.

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt hat ihr Versprechen aus Ulm nicht gehalten. Vor einem Jahr hatte sie zugesagt, wieder – zum achtenmal – zum Ärztetag zu kommen. Daraus ist nichts geworden, „internationale Verpflichtungen“ zwangen sie nach Genf. Die Anwesenden haben es bedauert. Das Rededuell zwischen der Gesundheitsministerin und dem Präsidenten der Bundesärztekammer, Professor Dr. Hoppe, insbesondere die Riposten Hoppes, waren immer das „Salz und Pfeffer“ in der Suppe des Ärztetags. Den Part der Gesundheitsministerin „sang“ jetzt Klaus-Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, der in seiner trockenen Art den Ärzten all das, was seine Ministerin schon vorher mehrmals gesagt hatte, auch nicht schmackhafter machen konnte. Es bleibt bei den beschlossenen Gesetzen und Verordnungen. Der Ton war der gleiche geblieben – nur der Pfeffer fehlte.

Das schien Klaus-Theo Schröder selbst zu spüren, so schnell, wie er anschließend weg-eilte. Sein rasches Gehen war aber auch die einzige Erklärung dafür, dass sich das KBV-Führungsquartett Köhler, Müller, Hellmann und Stahl urplötzlich von seinen Sitzen erhob und ähnlich schnell wie der Staatssekretär den Saal verließ – just in dem Moment, als

Professor Hoppe mit seinem Referat beginnen wollte. Möglicherweise wollten sie nur Herrn Schröder hinterhereilen, um ihn zu verabschieden, doch der Eindruck eines Affronts gegen Hoppe blieb bei vielen.

Die offizielle Eröffnung des 112. Deutschen Ärztetags hatte im wahrsten Sinn des Wortes mit Pauken und Trompeten begonnen. Die Trompeten als musikalische Umrahmung lieferte ein Luftwaffenmusikkorps, den Paukenschlag gab Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, der Präsident des Ärztetags und der Bundesärztekammer, mit seinem Vortrag „Verteilungsgerechtigkeit durch Priorisierung – Patientenwohl in Zeiten der Mangelverwaltung“. Das Wort „Priorisierung“, das man bisher weder im Duden noch in einem Fremdwörterlexikon findet, hat höchstwahrscheinlich noch eine steile Karriere vor sich. Manche denken schon an das „Unwort des Jahres“ ähnlich 1998 dem „Sozialverträglichen Frühableben“ des damaligen Präsidenten der Bundesärztekammer und des Ärztetags, Professor Karsten Vilmar.

Anders als beim Sprichwort „Erst die Arbeit, dann das Spiel“ beginnt die richtige Arbeit, beginnen die heißen Debatten beim Ärztetag erst nachher. Erneut konnte man sich davon überzeugen, wie zerstritten die Ärzteschaft ist. Die Fronten sind hinlänglich bekannt: Die angestellten versus die niedergelassenen Kollegen, Fach- gegen Hausärzte, Verbände mit den unterschiedlichsten und mit unvereinbaren Ansichten, kaum einer ließ ein gutes Haar am anderen. Aber oh Wunder, in einem Punkt waren sich alle einig: In der Ablehnung der eGK. Immerhin etwas, hätte man denken können.

Doch denkste! Das Ärzteparlament kann debattieren, solange es will, es ist bei den Medizinerinnen wie im wirklichen Leben – das letzte Wort hat immer die Regierung, hat hier das Gesundheitsministerium. Aller Ablehnung zum Trotz; der Beschluss der Delegierten betreffend die eGK wurde „relativiert“ – die elektronische Gesundheitskarte wird doch kommen. Da fragt man sich, was Beschlüsse des Ärzteparlaments eigentlich wert sind ...

Geh'n Sie doch zur Bäd Bänk! Klaus Britting

Es ist erfreulich, dass die Bundesregierung endlich dem Drängen weiter Bevölkerungs- und Gewerkschaftskreise nachgegeben hat. Die Bäd Bänk fürs Volk war schon lange fällig. Schließlich kann man nicht Bankern Milliarden nachwerfen und erklären, damit müsse man sich abfinden, weil diese Banken halt „systemrelevant“ seien. So, als sei der Konkurs unseres Nachbarn Egon Müller gar nichts wert! Der hat nicht so lang gebraucht wie die Banken. Es ist ihm gelungen, innerhalb von nur zwei Monaten sein ganzes Vermögen in einer staatlich lizenzierten Spielbank anzulegen. Sozusagen spielerisch. Doch nicht genug damit. Er konnte nach einem Anfangsgewinn auch seine Schwiegereltern dafür begeistern, ihm ihr Geld anzuvertrauen. Nun ruht deren Altersvorsorge ebenfalls in der Spielbank. Gut, er hat dabei nicht erwähnt, dass es sich um keine ganz normale Bank handelt. Doch was macht das für einen Unterschied?

Als der Gerichtsvollzieher immer öfter erschien, hab ich zu Müller gesagt: „Geh'n Sie doch zur Bäd Bänk!“ Er hat gar nicht gewusst, was das ist und gedacht, das wäre wieder so was Systemrelevantes, wo man sein Geld nur verlieren kann. Weil er eigentlich ein netter Mensch ist, bin ich mit ihm hingegangen. War das eine Überraschung, als ich dort Schulze traf! Der war früher bei unserer Sparkassenfiliale im Ort. Man hat ihn vor Jahren ersetzt durch zwei Automaten, von denen einer gern kommentarlos EC-Karten frisst und der andere pro Tag maximal 500 Euro ausspuckt, aber nicht sagt, warum er so knausrig ist. Angesichts solch unerfreulicher Zustände ist es nur verständlich, wenn Schulze nun die Leitung der Bäd-Bänk-Agentur übernommen hat. Die Bäd Bänk ist nämlich vernünftigerweise der Arbeitsagentur unterstellt worden. So konnte man die benötigten Mitarbeiter in Mengen gleich in der eigenen Klientel finden. Also, Schulze hat uns nett begrüßt und sofort gesagt: „Wenn Sie wollen, zeige ich Ihnen erst mal unsere Filiale.“

Wir gingen in den Flur. Schulze öffnete eine Doppeltür und sagte: „Hier sind die

klassischen Fälle, zum Beispiel ehemalige Hausbesitzer, die behaupten, ihre Hypotheken nicht mehr zahlen zu können.“ „Und was machen Sie mit denen?“, fragte ich. „Die kommen zuerst in eine große Wäscheschleuder und werden geschüttelt, bis auch der letzte Cent aus ihnen fällt. Anschließend müssen sie die Kleidung ablegen. Unsere praktische Bäd-Bänk-Couture aus herrlich luftigem Hybridpapier schaut doch nett aus, oder?“ „Und was machen Sie mit der richtigen Kleidung der Leute?“, fragte Müller vorsichtig. „Die verkaufen unsere Hartz-4-Empfänger auf Flohmärkten. So werden wir auch unserer sozialen Verpflichtung gerecht.“ Egon Müller wirkte auffallend blass.

Wir folgten Schulze ins nächste Zimmer. „Das hier sind alles Leute, die nicht rechnen können. Ihre monatlichen Raten liegen erheblich über ihren Einkommen.“ Und was passiert mit denen?“, wollte ich wissen. „Wir übernehmen die Schulden, setzen die Leute auf Diät, also kein Alkohol, kein Nikotin, kein Internet, keine Süßigkeiten, kein Sex.“ Was???,“ staunte ich. „Ja“, sagte Schulze etwas stolz, „was glauben Sie, wie gut das funktioniert? Jetzt arbeiten die meisten Ehefrauen in Nachbars oder gehen putzen und verdienen so das Geld für die Schuldentilgung!“

Im letzten Zimmer flüsterte Schulze schon beim Öffnen: „Alles Zocker!“ Müller zuckte zusammen. Schulze deutete in das Halbdunkel: „Der Mann im grauen Flanell dort hinten hat Millionen-Schulden und darf nicht mehr spielen. Er hält sich für Rothschild und ist jetzt nervenkrank. Unser Hauspsychiater meinte, wir sollten ihn bei einer normalen Bank unterbringen, im Börsenbereich. Doch da war er ja beschäftigt!“

Ich hab gar nicht gewusst, wie gemein Schulze grinsen kann.

Anschrift des Verfassers

Klaus Britting
Mölken 41
24866 Busdorf
Telefon 04621 489555



Schneckenfrieden

„Ach, wie ist die Menschheit hastig!
Ich bemerke nur dazu:
wen ich nicht mehr mag, dann rast ich
und behalte meine Ruh.“

Aus Prinzip bin ich nicht eilig,
schließlich komm ich doch ans Ziel.
Ich hab Zeit, darum verweil ich,
wenn ich nicht mehr weiter will.

Selbst im allerkleinsten Kreise
zieh ich glücklich meine Bahn.
Schließlich kommt's bei jeder Reise
auf die Perspektive an.“

Professor Dr. med. Wilhelm Theopold †

ANZEIGE

**ICH BIN
DOCH KEIN
UNTER-
NEHMER.**

Nicht?

DÖRNER® KARBOWY
Wir kommunizieren Medizin.
www.doerner-karbowy.de

Landesärztekammer Hessen

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Landesmedizinaloberrat i. R. Dr. med. Hans-Juergen Gronau,
Bad Sooden-Allendorf, am 24. August.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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

Verlust von Arztausweisen

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

Arztausweis Nr. HS-G-6970, ausgestellt am 30.12.2007, für Andreas Babietz, Gießen,

Arztausweis Nr. HS/K 6054, ausgestellt am 22.4.2003, für Dr. med. Christoph Büning, Kassel,

Arztausweis Nr. HS-F-11257, ausgestellt am 3.3.2003, für Dr. med. Wiebke Decking, Bergisch Gladbach,

Arztausweis Nr. HS-F-9695, ausgestellt am 30.8.2000, für Dr. med. Esther Werner EL-Gindi, Mainz,

Arztausweis Nr. HS-F-11290, ausgestellt am 13.3.2003, für Dr. med. Axel Gils, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060012197, ausgestellt am 31.3.2009, für Ghydaa Ghulam, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060011932, ausgestellt am 16.3.2009, für Hannah Glocker, Marburg,

Arztausweis Nr. HS/K 5873, ausgestellt am 6.8.2002, für Christoph Hauenstein, Kassel,

Arztausweis Nr. HS/K 5776, ausgestellt am 13.3.2002, für Dr. med. Ulrich Henning, Bad Wildungen,

Arztausweis Nr. 060010246, ausgestellt am 4.12.2008, für Dr. med. Susanne Ursula Hof, Wiesbaden,

Arztausweis Nr. 060010857, ausgestellt am 15.1.2009, für He-Jin Kim, Wiesbaden,

Arztausweis Nr. HS-F-14661, ausgestellt am 27.11.2007, für Kerstin Klingenberg, Seligenstadt,

Arztausweis Nr. HS-D-4971, ausgestellt am 27.10.2006, für Dr. med. Dorothee Löber, Frankfurt,

Arztausweis (ohne Angaben) für Ly Pham, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060011808, ausgestellt am 6.3.2009, für Dr. med. Lothar Wendel, Taunusstein,

Stempel Nummer 427513300, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Kassel (Dr. med. Heinrich Hasper, Kassel).

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Diana Gerth, tätig bei Dr. med. Peter Klecka, Melsungen

Julis Kaser, tätig bei Dr. med. Werner Stein, Neu-Isenburg

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

Melek Sahbaz, tätig in der Gemeinschaftspraxis Dr. med. K. Brudy, Dr. med. O. Weckert und S. Hahn, vormals Gemeinschaftspraxis Dr. med. K. Brudy und Dr. med. M. Geis, Ehringshausen

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

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

Erika Baumann, tätig bei Dr. med. M. G. Schuppman, Söhrewald

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

Elfriede Müller, seit 30 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis Dr. med. H. Conrad und M. Kiesow, vormals Praxis Dr. med. H. Conrad, Allendorf

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

Spendenauf Ruf zugunsten der Berufsschulen mit Klassen für Medizinische Fachangestellte

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die Berufsschulen, an denen Klassen für Medizinische Fachangestellte/Arzthelfer/innen eingerichtet sind, wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie Geräte (z. B. EKG-Gerät, Blutdruckmessgerät, Zentrifuge, Mikroskop, Photometer), die Sie in Ihrer Praxis nicht mehr benötigen, den Berufsschulen zur Verfügung stellen würden. Die Geräte müssen funktionsfähig sein.

Als Kontaktpersonen stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen der jeweils für Sie zuständigen Bezirksärztekammer zur Verfügung, die die Vermittlung übernehmen werden.

Darüber hinaus sind die Berufsschulen stets dankbar für **Geldspenden**. Da die öffentlichen Mittel immer knapper werden, müssen zunehmend Anschaffungen, die sinnvoll und für die Ausbildung vorteilhaft wären, unterbleiben!

Erkundigen Sie sich, ob Sie im Einzelfall eine Spendenquittung erhalten können.

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

Ich danke Ihnen im Voraus.

Dr. med. Detlev Steininger, Darmstadt
Vorsitzender des Berufsbildungsausschusses

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Volker Anders, Fulda
* 3.12.1938 † 12.4.2009

Hans-Ulrich Auras, Leun
* 10.7.1950 † 3.5.2009

Dr. med. Stephan Boecker, Frankfurt
* 3.8.1948 † 18.4.2009

Dr. med. habil. Rolf Böhmer, Kassel
* 29.7.1910 † 14.3.2009

Dr. med. Willi Büchner, Hanau
* 27.9.1930 † 9.3.2009

Dr. med. Ruth Canehl, Kassel
* 9.8.1924 † 21.3.2009

Dr. med. Guenther Ceppa, Fulda
* 20.4.1918 † 12.4.2009

Dr. med. Rudolf Drescher, Dreieich
* 1.9.1919 † 15.4.2009

Dr. med. Manfred Eckart, Offenbach
* 22.9.1933 † 29.4.2009

Alei Farghal, Ginsheim-Gustavsburg
* 5.7.1927 † 21.4.2009

Dr. med. Juergen Fenge, Selters
* 24.2.1945 † 11.5.2009

Dr. med. Edmund Feuerbach, Maintal
* 13.9.1917 † 21.4.2009

Medizinaldirektor a. D. Dr. med. Gerhard Frenzel, Marburg
* 8.12.1923 † 5.5.2009

Dr. med. Cornelia Grösch, Offenbach
* 8.1.1922 † 15.4.2009

Dr. med. Erwin Heck, Fritzlar
* 24.7.1914 † 25.7.2007

Dr. med. Hermann Kerger, Bad Nauheim
* 3.3.1906 † 12.4.2009

Professor Dr. med. Josef Klöss, Bad Homburg
* 1.12.1915 † 15.4.2009

Dr. med. Margot Löffke, Bad Wildungen
* 26.7.1928 † 14.3.2009

Dr. med. Hans Menz, Mainz-Kastel
* 24.8.1919 † 26.1.2009

Dr. Medic./Imp Cluj Silviu Muscan, Frankfurt
* 17.4.1923 † 9.4.2009

Professor Dr. med. Burkhard Pflug, Frankfurt
* 10.2.1939 † 4.3.2009

Dr. med. Guenter Renz, Wiesbaden
* 8.2.1924 † 28.4.2009

Dr. med. Gunther Sang, Dreieich
* 15.3.1923 † 23.3.2009

Dr. med. Ingrid Hannelore Schubart, Wiesbaden
* 3.11.1928 † 24.10.2008

Dr. med. Jörg Vetter, Wolfhagen
* 3.7.1919 † 24.4.2009

Dr. med. Walter Weise, Kassel
* 7.8.1949 † 13.3.2009

Einladung zu Vortrag und Diskussion

Die Menschen und die Krise

Mittwoch 1. Juli 2009, 17:30 Uhr
Universitätsklinikum
Hörsaal des Anatomischen Instituts, Haus 27
Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt

Die Menschen und die Krise Prof. Dr. Dr. Horst Eberhard Richter
Kinderkrebs um Atomkraftwerke Dr. Winfried Eisenberg

Einleitung: Prof. Dr. Ulrich Gottstein, Frankfurt
Moderation: Matthias Jochheim, IPPNW-Vorstand

Frankfurter Ärzte für Frieden und soziale Verantwortung – IPPNW
gemeinsam mit Medizinern für Menschenrechte/studentische IPPNW

Einschulungstermine der Berufsschulen

Die Sommerferien enden in diesem Jahr am **23. August 2009**. Die Einschulungstermine der Berufsschulen liegen somit **Mitte August (Ausnahme Berufsschule in Korbach)**.

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

Bezirks- ärztekammer	Berufsschule/Einschulungstermine
Darmstadt	Martin-Behaim-Schule Alsfelder Str. 23, 64289 Darmstadt 24. August 2009, 9:00 Uhr
	Karl Kübel Schule Berliner Ring 34-38, 64625 Bensheim 24. August 2009, 8:00 Uhr
	Berufliche Schulen des Kreises Groß-Gerau Darmstädter Str. 90, 64521 Groß-Gerau 24. August 2009, 9:15 Uhr
	Berufliche Schulen des Odenwaldkreises Erbacher Str. 50, 64720 Michelstadt 24. August 2009, 9:00 Uhr Raum 2.11
Frankfurt	Julius-Leber-Schule Seilerstr. 32, 60313 Frankfurt 24. August 2009, 8:30 Uhr
	Kaufmännische Schulen I der Stadt Hanau Ameliastr. 50, 63452 Hanau 25. August 2009, 9:00 Uhr
	Kinzig-Schule Berufliche Schulen des Main-Kinzig-Kreises In den Sauren Wiesen 17, 36381 Schlüchtern 24. August 2009, 8:15 Uhr
	Theodor-Heuss-Schule Buchhügelallee 86, 63071 Offenbach 24. August 2009, 9:00 Uhr
	Konrad-Adenauer-Schule Auf der Hohlmauer 1-3, 65830 Kriftel 25. August 2009, 8:00 Uhr.
	Max-Eyth-Schule Am Hirschsprung, 63303 Dreieich 24. August 2009, 9:45 Uhr
Gießen	Willy-Brandt-Schule Karl-Franz-Str. 14, 35392 Gießen/Lahn 24. August 2009, 9:30 Uhr
	Max-Eyth-Schule In der Krebsbach 8, 36304 Alsfeld 25. August 2009, 8:30 Uhr
	Käthe-Kollwitz-Schule Frankfurter Str. 72, 35578 Wetzlar 24. August 2009, 8:05 Uhr
	Kaufmännische Berufsschule Am Gradierwerk 4-6, 61231 Bad Nauheim 24. August 2009, 9:00 Uhr

Kassel	Willy-Brandt-Schule Brückenhofstr. 90, 34132 Kassel 25. August 2009, 11:00 Uhr
*	Hans-Viessmann-Schule Stresemannstr. 12, 34537 Bad Wildungen 28. August 2009, 7:45 Uhr, Raum 314
	Kreisberufs- und Berufsfachschule Waldeck-Nord Kasseler Str. 17, 34497 Korbach 10. Juli 2009, 8:30 Uhr – Pausenhalle –
	Eduard-Stieler-Schule Brüder-Grimm-Str. 5, 36307 Fulda 24. August 2009, 8:00 Uhr – Eingangshalle –
	Berufliche Schulen des Landkreises Hersfeld-Rotenburg Am Obersberg, 36251 Bad Hersfeld 26. August 2009, 7:45 Uhr
	Berufliche Schulen des Werra-Meißner-Kreises Südring 35, 37269 Eschwege 24. August 2009, 7:45 Uhr, – Eingangshalle –
Marburg	Kaufmännische Schulen der Stadt Marburg Leopold-Lucas-Str. 20, 35037 Marburg 24. August 2009, 8:30 Uhr, Pausenhalle im Hauptgebäude
Wiesbaden	Louise-Schroeder-Schule Brunnhildenstr. 55, 65189 Wiesbaden 25. August 2009, 9:00 Uhr
*	Adolf-Reichwein-Schule Heinrich-von-Kleist-Str., 65549 Limburg/Lahn 26. August 2009, 8:00 Uhr
*	Saalburg-Schule Wilhelm-Martin-Dienstbach-Str., 61250 Usingen 26. August 2009, 7:55 Uhr

An dieser Stelle möchten wir alle Ausbildungspraxen nochmals darum bitten, ihre neuen Auszubildenden immer **sofort** nach Vertragsabschluss zum Besuch der Berufsschule **anzumelden**. Den Berufsschulen wird hierdurch die Klassenbildung und Stundenplanung zu Beginn des Schuljahres erleichtert.

Auszubildende, die mit ihrer Ausbildung erst nach Beginn des Berufsschuljahres anfangen, **sollten** nach Möglichkeit von **Anfang an am Berufsschulunterricht teilnehmen**. Versicherungsschutz besteht.

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

Landesärztekammer Hessen
Abteilung: Medizinische Fachangestellte/Arzthelfer/innen

Berufsperspektive – aktualisiert!

Neu: Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung (siehe Seite 475)

Schon seit Mitte der 70er Jahre bietet die Carl-Oelemann-Schule die Aufstiegsfortbildung zum/zur Arztfachhelfer/in an. 1994 wurden die, in einzelnen Ärztekammern angebotenen Fortbildungen in einem gemeinsamen konzeptionellen Rahmen zusammengeführt und von der Bundesärztekammer allen Kammern als Durchführungsempfehlung zugeleitet.

Mit der Veränderung der Ausbildungsverordnung, ehemals Arzthelfer/in zur heutigen Medizinischen Fachangestellten war die Notwendigkeit gegeben, auch die Aufstiegsfortbildung in diesem anerkannten Ausbildungsberuf zu novellieren. Der/die Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung entspricht den gesetzlichen Grundlagen nach § 1 Abs. 4 des Berufsbildungsgesetzes und obliegt dem Zuständigkeitsbereich der einzelnen Landesärztekammern (§ 54 Berufsbildungsgesetz).

Das Rahmencurriculum der Bundesärztekammer beschreibt die Aufgaben und Funktionen wie folgt: „Die Fachwirtin in der ambulanten medizinischen Versorgung erwirbt die Kompetenz, Führungsfunktionen im Team des niedergelassenen Arztes oder anderer ambulanter Einrichtungen der medizinischen Versorgung wahrzunehmen. Sie führt anspruchsvolle und/oder spezialisierte Aufgaben in den Bereichen Medizin, Patientenbegleitung und Koordination sowie Praxisführung durch. Im Einzelnen ist sie zuständig für folgende Aufgabenbereiche, die sie im Rahmen der Delegation durch den verantwortlichen Arzt eigenständig durchführt:

- Patientenbetreuung und Teamführung
- Qualitätsmanagement
- Durchführung der Ausbildung
- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien
- Management von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
- Betreuung von Risikopatienten und Notfallmanagement.

Die Fachwirtin führt das im Berufsbild der Medizinischen Fachangestellten bzw. Arzthelferin angelegte „All-Round-Prinzip“ einer Fachkraft sowohl für den medizinischen wie auch den administrativen-verwaltungsbezogenen Bereich auf höherem Niveau, d. h. mit zusätzlichen Kompetenzen, fort.

Sie nimmt in herausgehobener Funktion/Position in kleineren und mittleren Gesundheitseinrichtungen, z. B. Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften oder Medizinischen Versorgungszentren innerhalb eines Teams spezifische Fach- und/oder Führungsverantwortung gegenüber nichtärztlichen Mitarbeitern wahr. Damit trägt sie zur Entlastung des Arztes wesentlich bei. ...“

Die neubearbeitete Aufstiegsfortbildung führt das Grundkonzept der Arztfachhelferin fort. Durch die neue Akzentuierung der Lerninhalte wird den Veränderungen in der Versorgung der Patienten und den damit verbundenen Prozessen im Praxisalltag Rechnung getragen.

Aktuelle Erfahrungsberichte von Teilnehmer/innen beschreiben den beruflichen und persönlichen Mehrwert der Aufstiegsfortbildung: Jennifer Steinbach (Abschlussjahr 2009 in der Carl-Oelemann-Schule) berichtet: „Nach mittlerweile 15 Berufsjahren in unterschiedlichen Sparten des Gesundheitswesens suchte ich in erster Linie eine Möglichkeit, meine Kenntnisse zu vertiefen und zu erneuern. Ich hatte regelmäßig unterschiedliche Seminare (z. B. Qualitätsmanagement) besucht, aber ich wollte darüber hinaus meine Kenntnisse aus der Ausbildung noch intensiver wieder auffrischen und erweitern. Gleichzeitig wollte ich meine beruflichen Perspektiven verbessern, ohne dabei einen Weg einzuschlagen, der mich zu weit



Teilnehmerinnen des Lehrgangs 2009 (alphabetisch):

Britta Bärwolf, Cornelia Bartel, Anna Dasbach, Nina Ellert, Rebecca Fromm, Stephanie Gombel, Nadine Hartlich, Katrin Hilger, Anna Knaus, Anna-Katharina Kunz, Maren Müller, Carolin Müller, Anne Oberlis, Simone Schäfer, Corinna Stahlecker, Jennifer Steinbach, Nadine Tober, Agnes-Maria Tappiel, Sabrina Wilbert

Foto: Silvia Happel

von meiner eigentlichen Arbeit in der Allgemeinarztpraxis entfernt. Viele der Weiterbildungen, die für Arzthelfer/innen angeboten wurden, gingen mir zu konkret in nur eine spezielle Richtung. Mein Arbeitgeber war es schließlich, der mich darauf aufmerksam machte, dass die Ärztekammer eine Aufstiegsfortbildung für Arzthelferinnen anbiete.

Aus heutiger Sicht hat sich die Weiterbildung für mich auf jeden Fall gelohnt, nicht nur in fachlicher, sondern auch in persönlicher Hinsicht. Schon während der zwei Jahre habe ich viele neue Ideen mit in meine „tägliche Arbeit“ genommen. Viele Dinge, die schon „immer so gemacht werden“, habe ich aus einem anderen Blickwinkel betrachtet. Teilweise waren es nur Kleinigkeiten, aber es ließ sich doch immer noch etwas verbessern. Durch die Übernahme von mehr Verantwortung und Initiative hat meine Arbeit ganz neuen Schwung bekommen.“

Ellen Rabenau (Abschlussjahr 2008 in der Carl-Oelemann-Schule) berichtet: „Die Inhalte der Weiterbildung fand ich sehr praxisnah und bei persönlichem Engagement auch gut umsetzbar. Durch die vermittelten Inhalte, die mir bisher aus dem Arbeitsalltag noch nicht bekannt waren, konnte ich mein Wissensspektrum erweitern und vorhandenes Wissen aktualisieren. In meiner bisherigen Tätigkeit habe ich die Ausbildung von Arzthelfer/innen/Medizinischen Fachangestellten aktiv begleitet. Aufgrund meines Interesses für diesen Aufgabenbereich in der Praxis, habe ich in der Fortbildung sprichwörtlich „an den Lippen der Dozentin geklebt“, um die vermittelten pädagogischen Inhalte und Tipps gut zu verstehen. Auch der Bereich Informations- und Kommunikationstechnologien, hat meine Kenntnisse bereichert. Von Hardwareoptionen über die Möglichkeiten des Einsatzes von Excel in der Praxis wurde nichts ausgelassen.

Da ich viele Jahre in einer Praxis verantwortlich war für das betriebswirtschaftliche Controlling, insbesondere im Bereich der Abrechnung, war es für mich spannend, neue Moderationstechniken kennen zu lernen. Neuerungen und Veränderungen im EBM konnte ich rasch mittels Power Point in Teambesprechungen präsentieren und als Handout ausgeben.

Bereits im Verlauf meiner Weiterbildung haben mir meine Arbeitgeber immer wieder die Möglichkeit gegeben, neu Erlerntes auszuprobieren.

Die Ausbildung zur Arzthelfer/in hat sich geändert. Die Carl-Oelemann-Schule bildet ab 2009 die Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung aus. Ich hatte bereits die Möglichkeit das neue Curriculum einzusehen und möchte deshalb an dieser Stelle alle Berufskolleginnen/-kollegen auf diese Weiterbildung aufmerksam machen. Mir scheint, hier ist fortentwickelt worden, was die bisherige Fortbildung bereits ermöglicht hat: Neues zu erfahren, Gelebtes zu vertiefen und neue berufliche Perspektiven zu schaffen.“

Die Aufstiegsfortbildung zum/zur Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung umfasst insgesamt 420 Stunden. Der Stundenumfang unterteilt sich in einen Pflichtteil von insgesamt 300 Stunden und einen Wahlteil von mindestens 120 Stunden.

Handlungs- und Kompetenzfelder des Pflichtteils:

• Lern- und Arbeitsmethodik	20 Stunden
• Patientenbetreuung und Teamführung	40 Stunden
• Qualitätsmanagement	40 Stunden
• Durchführung der Ausbildung	40 Stunden
• Betriebswirtschaftliche Praxisführung	40 Stunden
• Informations- und Kommunikationstechnologie	40 Stunden
• Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	40 Stunden
• Risikopatienten und Notfallmanagement	40 Stunden

Die Prüfung zum/zur Fachwirt/in besteht aus zwei Teilen: einem schriftlichen Teil, der in Form von zwei Teilprüfungen durchgeführt wird und einem praktisch-mündlichen Teil, der das Anfertigen einer handlungsübergreifenden Projektarbeit mit anschließendem Fachgespräch umfasst.

Als **medizinischer Wahlteil** wird die erfolgreiche Teilnahme an einem oder mehreren Qualifizierungslehrgängen anerkannt. Insgesamt sind 120 Stunden nachzuweisen. In der Carl-Oelemann-Schule werden folgende Lehrgänge angeboten, die als Wahlteil/e angerechnet werden:

- Ambulante Versorgung älterer Menschen
- Assistenz beim ambulanten Operieren
- Betriebsmedizinische Assistenz
- Case Management in der ambulanten Versorgung zur Spezialisierung bei chronischen Erkrankungen
- Ernährungsmedizin
- Klinikassistenz
- Onkologie
- Palliativmedizinische Versorgung durch die ärztliche Praxis
- Patientenbegleitung und Koordination
- Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen
- Prävention im Kindes- und Jugendalter
- Strahlenschutz gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 4 RöV.

Nach Abschluss der Aufstiegsfortbildung stellt die Landesärztekammer Hessen ein Prüfungszeugnis und einen Brief zum/zur Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung aus.

Am Lehrgang „Fachwirtin“ kann teilnehmen, wer die Abschlussprüfung als Arzthelfer/in bzw. Medizinische/r Fachangestellte/r bestanden oder einen vergleichbaren Abschluss erworben hat und bis zum Beginn der Fortbildung eine angemessene Dauer in der Tätigkeit einer/eines Arzthelfer/in/Arzthelfers bzw. Medizinischen Fachangestellten nachweisen kann. Die Gleichwertigkeit des beruflichen Abschlusses und die Anerkennung der Berufstätigkeit stellt auf Antrag die Carl-Oelemann-Schule im Zuständigkeitsbereich der Landesärztekammer Hessen fest.

Interessierte Personen die nicht den Gesamtlehrgang „Fachwirtin“ absolvieren möchten, jedoch Interesse daran haben, an einzelnen Modulen teilzunehmen, können sich im Rahmen der regulären Anpassungsfortbildung zu den Veranstaltungen anmelden.

Weitere Informationen und Beratung: Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, E-Mail: verwaltung.cos@laekh.de, Ansprechpartnerinnen: Monika Kinscher 06032 782-187 oder Elvira Keller 06032 782-185.

Aktuelle Förderausschreibung

Es ist das Ziel der Forschungsförderung des Mukoviszidose e.V. therapie-relevante Entwicklungen, die zu einer Verbesserung der Lebensqualität und/oder -spanne von Menschen mit Mukoviszidose führen können, zu beschleunigen. Dabei haben Projekte Vorrang, die eine routinemäßige klinische Anwendung beim Patienten in einem Zeitraum von 10 bis 15 Jahren erwarten lassen.

Nach einem Drei-Säulen-Modell werden die Bereiche **Schwerpunktförderung**, **Anschubförderung** und **Nachwuchsförderung** gefördert. Innerhalb der Schwerpunktförderung sind ausschließlich Projekte mit folgenden Themenschwerpunkten förderbar:

- Klinische Studien zur verbesserten Diagnostik und Therapie von chronischen Atemwegsinfekten, von Wachstums- und Gedeinstörungen sowie von relevanten Folgeerkrankungen (u. a. Diabetes, Osteoporose, Lebererkrankungen)
- Kompensation des Basisdefekts über Stoffe, die die Restfunktion des CFTR verstärken sowie alternative Ionenkanäle
- Entwicklung von neuen Anti-Infektiva/Anti-Inflammatorika
- Entwicklung von Tiermodellen

Innovative Ideen außerhalb dieser Schwerpunkte können innerhalb der Anschubförderung gefördert werden.

Das Antrags- und Genehmigungsverfahren wird durch die Mukoviszidose Institut gGmbH (MI) durchgeführt. In einem ersten Schritt sind Antragskizzen einzureichen, die wissenschaftlich vorgeprüft werden. Bei positiver Bewertung wird der Antragssteller aufgefordert, einen vollständigen Antrag einzureichen, der in einem externen Begutachtungsverfahren bewertet wird.

Der Mukoviszidose e.V. lädt dazu ein, für die oben beschriebene Förderausschreibung Neuanträge bis zum **31. Juli 2009** einzureichen. Das Gesamtfördervolumen für diese Ausschreibung beträgt für die Jahre 2009 bis 2011 **2,5 Millionen Euro**.

Weitere Informationen können Sie der Ausschreibung im „**Merkblatt Projektförderung**“ entnehmen. Auf dieser Seite finden Sie außerdem das zu verwendende **Kurzantragsformular**: <http://www.muko.info/185.o.html>

Die Mitarbeiter des MI sind gerne bei Fragen behilflich. Bitte wenden Sie sich an Dr. Sylvia Hafkemeyer (shafkemeyer@muko.info; Tel.: 0228 9878042) oder an Dr. Jutta Bend (jbend@muko.info; Tel.: 0228 9878047).

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

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

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Bensheim	Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, Gemeinschaftspraxisanteil)
Viernheim	Kinderärztin/Kinderarzt
Bensheim	Orthopädin/Orthopäde

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Babenhausen	Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
-------------	---

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Darmstadt, Wilhelminenplatz 7, 64283 Darmstadt** zu senden.

Planungsbereich Frankfurt am Main

Frankfurt am Main	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – Anästhesistin/Anästhesist
Frankfurt am Main	(Hälftiger Versorgungsauftrag, überörtlicher Berufsausübungs- gemeinschaftsanteil)
Frankfurt am Main/Nordend	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Frankfurt am Main/Westend	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Main-Taunus-Kreis	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Main-Taunus-Kreis	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Main-Taunus-Kreis	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Main-Taunus-Kreis	Orthopädin/Orthopäde (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Main-Taunus-Kreis	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt

Planungsbereich Hochtaunuskreis

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

Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach am Main	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
-------------------	--

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Landkreis Offenbach	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
---------------------	--

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

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Wetzlar	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin
---------	---

Planungsbereich Landkreis Gießen

Gießen	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin
--------	---

Planungsbereich Vogelsbergkreis

Lauterbach	Hautärztin/Hautarzt
------------	---------------------

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Gießen, Eichgärtenallee 6–8, 35394 Gießen** zu senden.

Planungsbereich Landkreis Fulda

Hünfeld	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist -hausärztlich
Fulda	Chirurgin/Chirurg (Hälftiger Versorgungsauftrag, Gemeinschaftspraxisanteil)
Fulda	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Kassel

Vellmar	Augenärztin/Augenarzt
Hofgeismar	Chirurgin/Chirurg (Gemeinschaftspraxisanteil)
Wolfhagen	Frauenärztin/Frauenarzt (Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Volkmarzen Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Kassel, Pfannkuchstraße 1, 34121 Kassel** zu senden.

Planungsbereich Limburg-Weilburg

Selters Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Limburg, Adelheidstraße 7, 65549 Limburg** zu senden.

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Marburg Chirurgen/Chirurg – Visceralchirurgie (Hälftiger Versorgungsauftrag, überörtlicher BAG-Anteil)

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Fritzlar Orthopädin/Orthopäde (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Marburg, Raiffeisenstraße 6, 35043 Marburg** zu senden.

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden Frauenärztin/Frauenarzt
 Wiesbaden Kinderärztin/Kinderarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
 Wiesbaden Orthopädin/Orthopäde
 Wiesbaden Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Hälftiger Versorgungsauftrag)
 Wiesbaden Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)
 Wiesbaden Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

Taunusstein Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)

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

Praxisvertretung

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Körperschaft des Öffentlichen Rechts – Landesstelle –

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 – Landesstelle – Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt/M., Telefon 069 79502-757

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.

Bücher

Patientenautonomie am Beispiel der Lebendorganspende, Band 6 aus der Reihe Medizin-Ethik-Recht erschienen bei Vandenhoeck & Ruprecht. ISBN 3-525-45712-X dokumentiert Ergebnisse des interdisziplinären Forschungsprojekts, das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft im Rahmen der Förderinitiative Bioethik unterstützt wurde und sich mit der Erfassung, Überprüfung und Definition einer freiwilligen Entscheidung für eine Lebendorganspende auseinandersetzt. € 24,90.

Die Autoren Schroth/Schneewind/Gutmann/Fateh-Moghadam haben in hochkomplexer, wissenschaftstheoretischer Betrachtung die unterschiedlichen Konzepte des Autonomiebegriffs aus psychologischer, rechtswissenschaftlicher und philosophischer Sicht herausgearbeitet und versucht, sie zueinander in Beziehung zu setzen.

Das seit dem 1. Dezember 1997 geltende Transplantationsgesetz regelt im Wesentlichen die drei wichtigen Aspekte: Es begrenzt den Spenderkreis auf volljährige Personen, die mit dem Empfänger blutsverwandt sind, bis zum Verwandtschaftsgrad 2. Ordnung oder ihm in besonderer, persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen. Zudem dürfen keine Anhaltspunkte für Organhandel vorliegen. Und es muss sicher gestellt sein, dass sich Spender und Empfänger freiwillig für die Durchführung einer Organtransplantation entschieden haben.

Zur Überprüfung der beiden letztgenannten Punkte wurde auf Länderebene von der LÄK eine Lebendspendekommission eingerichtet, die in einer Grauzone zwischen Beratung und Entscheidung angesiedelt ist, sich im Wesentlichen mit der Freiwilligkeit der Entscheidung auseinandersetzen muss und eine gutachterliche Stellungnahme abgibt.

Auf dieser Grundlage beschäftigen sich die vorliegenden Arbeiten mit dem Begriff der Freiwilligkeit als Ergebnis einer autonomen

Bücher

men Entscheidung, die einen komplexen Selbstorganisationsprozess voraussetzt und die Dyade des Spender-Empfängersystems berücksichtigt.

Anhand einer empirisch-psychologischen Studie wurden Konzepte entwickelt, die zur optimalen Erfassung von Kriterien dienen, welche die Patientenautonomie charakterisieren. Besonders bedeutsam sind dabei die Persönlichkeitsstruktur des Patienten, vor allem im Hinblick auf seine Auseinandersetzungs- und Differenzierungsfähigkeit, das Vorhandensein von Bewältigungsstrategien in Stresssituationen und eine umfassende Informiertheit. Ein wichtiger Faktor ist die Qualität der Spender-Empfängerbeziehung unter dem Gesichtspunkt von Bezogenheit und Autonomie. Unterschiedliche Ausprägungen von Patientenautonomie zwischen blutsverwandten, verheirateten und nicht verwandten Paaren wurden herausgearbeitet.

Die medizinrechtliche Perspektive ist auf die strafrechtlichen und verfassungsrechtlichen Grundlagen der Einwilligung in die Organspende gerichtet. Hier spielt das Selbstbestimmungsrecht des potentiellen Spenders eine zentrale Rolle, der in die Organspende einwilligen kann, vorausgesetzt er ist volljährig, einsichtsfähig und hinreichend aufgeklärt. Einschränkend wirksam sind ‚unstable‘ Entscheidungen oder ‚Willensmängel‘, die sich über Drohung, Zwang, Irrtum oder Täuschung konstituieren. Unwirksam ist eine Entscheidung, wenn sie an eine echte Bedingung geknüpft ist, was bei der Cross-Over-Spende bedeutsam sein kann. Nur eine gültige Einwilligung legitimiert den ärztlichen Eingriff.

Die rechtphilosophische Analyse des Freiwilligkeitsbegriffs stellt die Bedingungen der Möglichkeit von Autonomie ins Zentrum der Betrachtung. Hier steht die personale Autonomie, die als Fähigkeit verstanden werden kann, nach eigenen Werten getroffene Entscheidungen um zu setzen, im Spannungsfeld zum staatlichen Paternalismus. Über die Auseinandersetzung mit der kantischen Paternalismuskritik wird die Umsetzung eines ‚weichen paternalistischen Modells‘ als sinnvoll für Rahmenbedingungen autonomer Entscheidungen bei Lebendorganspenden erachtet. In der Praxis erweist sich dieser Ansatz jedoch als problematisch, wenn ein hoher Entscheidungsdruck auf dem Spender lastet, weil dieser dem potentiellen Empfänger sehr nahe steht, dem er mit seiner Lebendorganspende helfen kann.

Auf der Basis der vorgestellten Ergebnisse wird vorgeschlagen, einheitliche Standards für die Lebendspendekommission in materiell-inhaltlicher und prozedural-organisatorischer Hinsicht zu etablieren.

Aus paternalismustheoretischer Sicht wird ein Rechtsschutzverfahren gegen Kommissionsentscheidungen gefordert.

Ein Fazit fasst die Ergebnisse der Untersuchungen zusammen und entwirft ein Prozessmodell, mithilfe dessen sich die medizin-ethischen und juristischen Forderungen nach Respektierung der Patientenautonomie und des Prinzips des ‚informed consent‘ in der klinischen Praxis realisieren lassen.

Es ist ein spezielles Fachbuch für alle, die professionell in das Verfahren der Lebendorganspende involviert sind. Dabei ist es notwendig, sich immer wieder der Vielschichtigkeit und Tragweite einer solchen Entscheidung bewusst zu sein. Ich glaube allerdings nicht, dass ein noch so perfekt standardisiertes Verfahren die Entscheidungsträger davon entbinden kann, sich individuell mit jedem

Einzelfall auseinander zu setzen und Verantwortung für die getroffene Entscheidung zu übernehmen. Standardisierungen, Versachlichungen, Dokumentationen und Kontrollen führen im allgemeinen zu mehr Bürokratie nicht aber unbedingt zu besseren Ergebnissen.

Dr. med. Christine Linkert, Frankfurt

Gert Jacobi (Herausgeber): **Kindesmisshandlung und Vernachlässigung**. Verlag Hans Huber, Bern, 2008, 528 Seiten, gebunden: ISDN 345684543X. Euro 79,95.

In den letzten Jahren haben einige besonders beeindruckende Fälle schwerster Kindesmisshandlungen über ein breites Echo in den Medien, wenn auch nur für kurze Zeit, zu einer sehr intensiv geführten politischen Diskussion der Thematik beigetragen. Auch sind im vergangenen Jahr neben zahlreichen Fachartikeln zwei neue, deutschsprachige, medizinische Fachbücher zu diesem Thema erschienen. Das von Professor Dr. Gert Jacobi, langjähriger Lehrstuhlinhaber für das Fach Neuropädiatrie an der Universität Frankfurt, nun nach seiner Emeritierung herausgegebene Werk gibt auf über 500 Seiten umfassend den aktuellen Stand des Wissens in der Diagnostik, in der Pathophysiologie und über die Folgen physischer Misshandlungen und Vernachlässigungen bei Kindern wieder. Auch wenn die Darstellungen aus kinderärztlicher, kinderchirurgischer und kinderradiologischer Sicht mit über 1.000 Literaturstellen belegt werden, so sind erkennbar die langjährigen persönlichen Erfahrungen der Autoren als Kliniker und Gutachter in die Kapitel eingeflossen. Nicht nur in seinem Vorwort zeigt der Herausgeber auch seine Bereitschaft, sich mit den Fehlern im Case Management zahlreicher Fälle der vergangenen Jahre kritisch auseinander zu setzen. Wer ihn kennt, der weiß, dass er in der Diskussion seiner zahlreichen Fallbeispiele dem Leser trotz differenzierter Abwägungen kein klares Urteil schuldig bleibt. Auch scheut er sich nicht, umstrittene Themen wie die anonyme Geburt, Babyklappen oder Ehrenmorde aufzugreifen. Aber nicht alleine die eine oder andere persönliche Wertung macht die Lektüre spannend, sondern neben einer sehr lesenswerten Einführung in die Thematik unter historischer Perspektive auch die anderen Beiträge von Autoren aus so unterschiedlichen Fachbereichen wie Rechtsmedizin, Rechtswissenschaft („Kindesmisshandlung und die Problemfelder des Rechts“) oder Kinder- und Jugendpsychiatrie. Das Buch richtet sich nicht nur an Kinderärzte, Kinderchirurgen und Allgemeinärzte, sondern auch an Juristen, Familienhebammen und alle Mitarbeiter von Gesundheits- und Jugendämtern und anderen Sozialbehörden. Bei einem Preis von 79 € müsste es für alle erschwinglich sein. Der Umfang der Kapitel, die zahlreichen Zitate von Medienberichten und Literaturstellen sowie die qualitativ guten und überwiegend farbigen Abbildungen machen das Buch auch zu einem Nachschlagewerk für erfahrene Gutachter. Für den weniger Erfahrenen wären allerdings bei den radiologischen Abbildungen Pfeile zur Markierung der pathologischen Befunde didaktisch hilfreich.

*Priv.-Doz. Dr. L. Schrod
Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Städtische Kliniken Frankfurt Höchst*