Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

11 | 2008 November 2008 69. Jahrgang



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 Löschhorn, Seeheim-Jugenheim
Prof. Dr. med. Peter Osswald, Frankfurt
Prof. Dr. med. Konrad Schwemmle, 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. 0341710039-90, Fax 0341710039-74 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. 4 vom 1.1.2008 gültig.

Bezugspreis / Abonnementspreise:

Der Bezugspreis im Inland beträgt 100,50 E (12 Ausgaben), im Ausland 100,50 E 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

11 | 2008 • 69. Jahrgang

Hessisches **Ärzteblatt**



Editorial	692
Landesärzekammer Hessen	
40 Jahre Versorgungswerk der LÄK Hessen: Der Zukunft	
mit Voraussicht und als Chance begegnen	693
10 Jahre Hessisches Krebsregistergesetz – Rückschau und Ausblick	694
Fortbildung	
Zertifizierte Fortbildung: Implantat-assoziierte Infektionen in Orthopädie und Unfallchirurgie – Teil 2: Therapie	696
Medizinisches Kreuzworträtsel	706
Aktuelles	700
Multiresistente Keime – MRSA, MRE, VRE etc.	707
Historisches	, -,
Dr. Jörgen Schmidt-Voigt in frühen Jahren	710
Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim	713
Mittelhefter: Vom Online-Portal durch's Punktekonto	
zum Fortbildungszertifikat	717
Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim	723
Landesärztekammer Hessen	
Kurs "Ärzte mit Leitungsaufgaben im Rettungsdienst und seinen	
Schnittstellen" – nicht nur für 'ÄLRD'	725
Die globale Finanzmarktkrise	726
Fortbildung	
Sicherer Verordnen	727
Arzt- und Kassenarztrecht	
Die Entwicklung des Arzt- und Medizinrechts	70 0
der letzten zwölf Monate, Teil 1 Mit meinen Augen	728
Vom medizinischen Olymp zum medizinischen Alltag	721
Satire Lesen Sie den Beipackzettel!	731
Humoristisches Poeten	732
Von hessischen Ärztinnen und Ärzten	732
	733
Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	734
Bücher	738
Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	739

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.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!



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

Es war schon eine beeindruckende Szene, als sich am 25. September 2008 nahezu 130.000 Menschen zu der bisher mit Abstand größten Demonstration der Geschichte des deutschen Gesundheitswesens in Berlin vor dem Brandenburger

Tor trafen. Während die Abschlusskundgebung schon in vollem Gange war, strömten noch schier endlose Prozessionen dorthin. Waren die Kundgebungen der Niedergelassenen der zurückliegenden Zeit von großer Solidarität getragen, so gab diese Veranstaltung ein Beispiel der Gemeinsamkeit, der Solidarität, auch über unterschiedliche Arbeits- und Organisationsbereiche im Krankenhaus - Arbeitgeber und Arbeitnehmer, Angestellte und Beamte, medizinische Fachberufe aller Qualifikation und Hauspersonal/technische Dienste hinaus mit dem Ziel, die Qualität der stationären Versorgung zu erhalten und zu verbessern. Aber sie ließen auch keinen Zweifel daran, dass dies nicht unter gedeckeltem Budget möglich ist. Die Bedingungen für die im Krankenhaus Arbeitenden und so auch für die zu versorgenden Patienten haben sich in den letzten Jahren erheblich verschlechtert, dass die kurz vor der Veranstaltung vom BMG avisierte Finanzspritze allenfalls einer Verzögerung des Dahinsiechens des Systems dient. Es kann hier nicht die Aufgabe einer Bewertung sein, warum die Qualitätserhaltung eines unbestritten hervorragenden Gesundheitssystems den politisch Verantwortlichen weniger wichtig scheint als die Rettung von Banken, für die ohne Sicherheiten über Nacht eine staatliche Unterstützung mit zigfacher Summe der für das Gesundheitssystem in Aussicht gestellten Investitionen zugesagt wird.

Aber wie geht die Bundesregierung, das Bundesgesundheitsministerium mit dem sog. "Humankapital", das die humane Patientenversorgung unter humanen Bedingungen sicherstellen soll, um? Es ist nicht zu leugnen, dass die inzwischen unerträglichen Arbeitsbedingungen im Krankenhaus offenbar ignoriert werden und eine ökonomische Betrachtungsweise die menschlichen Bedürfnisse außer Acht lässt, sowohl die Belange der ihrer Hilfsbedürftigkeit wegen Abhängigen – der Patienten – als auch der in der Versorgung Tätigen, denen gegenüber eine Fürsorgepflicht gilt.

Was bedeutet das letztlich für die Ärztinnen und Ärzte? Verkürzung von Liegezeiten, arztfremde Tätigkeiten, überbordende Bürokratie und Personalmangel führen zu einer Leistungs- und Arbeitsverdichtung, die einer Ausbeutung nahe kommt. Wie soll unter diesen negativen Arbeitsbedingungen Freude am Beruf erhalten bleiben? Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung finden Bedingungen vor, die ihnen das Erreichen ihres Zieles erheblich erschwert. Ärztinnen können oftmals Familie und Berufsausübung insbesondere eine Weiterbildung nicht mehr vereinbaren. Krankenhausträ-

ger als Arbeitgeber müssen sich die Frage gefallen lassen, wie sie nun endlich die arbeitszeitrechlichen Regelungen für Krankenhauspersonal einzuhalten gedenken. Warum werden arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Untersuchungsmethoden zur Überprüfung des Ermüdungs- und Überlastungszustandes beim Personal in der stationären Versorgung nicht angewandt, so wie es beispielsweise bei LKW-Fahrern üblich ist. Ist die ärztliche Tätigkeit z. B. im OP oder in der Notfallambulanz keine gefahrgeneigte Tätigkeit?

Seit Jahren wissen wir, dass sich eine Ärztin, ein Arzt nach 24 Stunden Dienst in einem Zustand befinden, der dem mit einem Promill Alkohol entspricht. Neuere Untersuchungstechniken sind dazu in der Lage festzustellen, dass eine Eigenund Fremdgefährdung durch Marathondienste vorliegen können. Wir müssen im Einzelfall und generell von dem Instrument der Überlastungsanzeige Gebrauch machen.

Wir müssen in naher Zukunft unter Einbeziehung aller Beteiligten Konzepte entwickeln, die zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen am Krankenhaus führen, die Freude am Beruf erhalten und das Erreichen eines Weiterbildungszieles nicht unnötig verzögern.

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident

Shulland

40 Jahre Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen

Der Zukunft mit Voraussicht und als Chance begegnen

ach mehreren gescheiterten Lesungen, hitzigen Diskussionen und dem Einsatz externer Vermittler war es am 1. Ianuar 1968 auch in Hessen soweit: Rund zehn Jahre später als in den meisten anderen Bundesländern nahm das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen seine Arbeit als berufsständische Alters- und Hinterbliebenenversorgung aller Ärztinnen und Ärzte auf. Zu seinem 40-jährigen Bestehen hat das Versorgungswerk rund 25.000 aktive Mitglieder (1968: rund 2.800) und versorgt derzeit rund 6.600 Rentnerinnen und Rentner (1968: 6). Daran erinnerte die Vorstandsvorsitzende Dr. med. Brigitte Ende kürzlich beim Festakt zum 40-jährigen Jubiläum in der Akademie in Bad Nauheim.

Bei ihrem Blick auf Vergangenheit und Zukunft erläuterte Dr. Ende die Gründe für die hessische Besonderheit. 1957 wurden die Freiberufler durch die staatliche Rentenreform aus der gesetzlichen Rentenversicherung ausgeschlossen mit dem Hinweis, für diese Personengruppe gäbe es keinen Schutzbedarf. Da nun massenhaft Ärztinnen und Ärzte, aber auch Anwälte, Architekten und andere Freiberufler ohne systematische Altersabsicherung dastanden, wurden in allen Bundesländern zahlreiche berufsständisch organisierte Versorgungswerke mit Pflichtmitgliedschaft gegründet. In Hessen gab es aber bereits seit 1954 die Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV, in der die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Pflichtmitglieder waren. Diese fürchteten eine Doppelbelastung durch ein zweites Versorgungssystem. Derweil standen die angestellten Ärztinnen und Ärzte außen vor, wofür die hessische Landesärztekammer von den Deutschen Ärztetagen 1966 und 1967 sogar gerügt wurde.

Diese Umstände erzwangen schließlich vor 40 Jahren den hessischen Kompromiss: Die EHV mit ihrem Umlageverfahren, das im Bedarfsfall die sofortige Zahlungsauf-

nahme an Anspruchsberechtigte vorsieht, blieb für die Niedergelassenen erhalten. Für alle Ärztinnen und Ärzte kam das nach dem Kapitaldeckungsverfahren aufgebaute Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen hinzu. Heute spiegeln sich die rund 9.500 in freier Praxis und die rund 10.500 in Kliniken tätigen Ärztinnen und Ärzte in den Mitgliedszahlen des Versorgungswerkes wider. Das Versorgungswerk ist nach Angaben seiner Vorstandsvorsitzenden planvoll gewachsen und für die Aufgaben der Zukunft gewappnet. Seit Frühjahr 2007 ist es nach einer Änderung des hessischen Heilberufsgesetzes zudem teilrechtsfähig, d.h. das Versorgungswerk haftet nicht mehr für Verbindlichkeiten der Landesärztekammer und umgekehrt. Dies ermöglicht mehr Sicherheit in Haftungsfragen bei bleibender Verbindung zur Kammer. Oberster Souverän ist weiterhin die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen. Das Versorgungswerk wird von einem von der Delegiertenversammlung gewählten ehrenamtlichen Vorstand mit sieben Mitgliedern geleitet, der seinerseits für die Ressorts Kapitalanlagen und Versicherungsbetrieb zwei hauptamtliche Geschäftsführer bestellt hat.

Auf deutscher und europäischer Ebene ist das Versorgungswerk über seine Mitglied-

schaft in der Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungswerke (ABV) repräsentiert, deren Vorsitzender Dr. jur. Ulrich Kirchhoff ebenfalls nach Bad Nauheim gekommen war. Dr. Kirchhoff, der in seiner früheren Tätigkeit als Direktor des Versorgungswerks der Landesärztekammer Niedersachsen ebenfalls im Jahr 1968 für das hessische Versorgungswerk Geburtshilfe geleistet hatte, wies in seiner Ansprache auf Stärke, Qualität und Autonomie der berufsständischen Alters- und Hinterbliebenenversorgung hin. Gegen eine Bürgerversicherung wie sie manche Politiker anstrebten werden sich die freien Berufe nach Dr. Kirchhoffs Einschätzung mit aller Kraft zur Wehr setzen: "Wir wollen am liebsten in Ruhe gelassen werden!"

Größte Herausforderung der Zukunft ist für das Versorgungswerk eine wachsende Anzahl von Mitgliedern, die in den nächsten Jahrzehnten ins Rentenalter kommen, bei einer zugleich mäßig nachwachsenden Zahl von neuen Beitragszahlerinnen und -zahlern. Wirtschaftlich spiegelt sich diese erwartete Entwicklung in der gestiegenen Deckungsrückstellung des Versorgungswerkes. Dass die steigende Zahl älterer Menschen aber auch gesellschaftspolitisch und

Landesärztekammer Hessen



Blumen für die "Männer der ersten Stunde" (v. l.): Dr. Klaus-Rainer Tegtmeier, Gertrud Jungbluth neben ihrem Gatten Prof. Heinrich Jungbluth und Prof. Horst Joachim Rheindorf. Ganz rechts ABV-Hauptgeschäftsführer Michael Juna.



Dem Versorgungswerk verbunden: Zahlreiche Repräsentanten aus dem Aufsichtsministerium, aus Kammer, KV und anderen Einrichtungen konnte Vorstandsvorsitzende Dr. Brigitte Ende beim Festakt zum 40-jährigen Jubiläum in Bad Nauheim begrüßen.

wirtschaftlich eine Chance bedeutet, belegte Festrednerin Jeanette Huber vom Frankfurter Zukunftsinstitut in ihrem Festvortrag: Zukunftsforscherin Huber und ihre Kollegen sprechen angesichts der demographischen Entwicklung der nächsten Jahrzehnte von einer "Silbernen Revolution": Ältere Menschen bleiben im Vergleich zu ihren Vorgängern länger fit,

gesund und auch unternehmungslustig, trug Huber vor. Die Berufstätigkeit hört zunehmend nicht mehr mit einem Schlag beim Eintritt ins Rentenalter auf, sondern wird von den trendforscherisch als "Silver Ager" Bezeichneten zwar möglicherweise in reduziertem Maß, aber zum Teil auch weiter auf anderen Tätigkeitsfeldern fortgesetzt. Erst in höherem Lebensalter, so

Huber, werde die Berufstätigkeit Schritt für Schritt ,ausgeschlichen'.

Gabriele Juvan Fotos: Arendt/Versorgungswerk

Einen weiteren Beitrag des Versorgungswerkes zum Thema "Die globale Finanzmarktkrise" finden Sie auf Seite 726.

10 Jahre Hessisches Krebsregistergesetz – Rückschau und Ausblick

n fast allen entwickelten Staaten ist die Führung umfassender epidemiologischer Krebsregister seit vielen Jahrzehnten eine Selbstverständlichkeit. Eine Ausnahme bildete die Bundesrepublik Deutschland, in der es noch vor weniger als zwei Jahrzehnten nur regionale (Regierungsbezirk Münster), allenfalls auf der Ebene einzelner Bundesländer (Saarland, Hamburg, Gemeinsames Krebsregister der neuen Bundesländer) operierende Krebsregister gab. Dies, obwohl alle Verantwortlichen die Notwendigkeit eines solchen Registers und dessen Zielsetzungen bejahen: die dort gesammelten Daten bilden nicht nur die Grundlage für die Ursachenforschung,

sondern sind auch für die Entwicklung und Beurteilung von Präventiv- und Früherkennungsmaßnahmen (z.B. das Brustkrebsscreening) bis hin zur Versorgungsplanung unverzichtbar. Im November 1994 wurde daher das Bundeskrebsregistergesetz verabschiedet, das einen gemeinsamen Rahmen für die von allen Bundesländern bis zum 1. Januar 1999 einzurichtenden Krebsregister definierte.

Am 31. Oktober 1998, kurz vor dem Erreichen der "Deadline" war es dann auch in Hessen soweit, das hessische Ausführungsgesetz zum Krebsregistergesetz des Bundes wurde vom Landtag beschlossen. Es sieht die Einrichtung einer Vertrauens-

stelle bei der Landesärztekammer vor, sowie eine in der Verantwortung des Landes Hessen zu führende Registerstelle. Die Aufteilung des Meldeverfahrens auf zwei Institutionen ist der Erfüllung datenschutzrechtlicher Anforderungen geschuldet: die Vertrauensstelle bei der Landesärztekammer ist der direkte Ansprechpartner für die behandelnden Kollegen. Sie nimmt die namentlichen Meldungen der Erkrankten entgegen, prüft sie auf Vollständigkeit und Plausibilität, danach werden die medizinischen Daten nach ICD und ICD-O codiert. Anschließend werden die Personendaten nach einem bundeseinheitlichen Verfahren verschlüsselt (pseudonymisiert)

Landesärztekammer Hessen

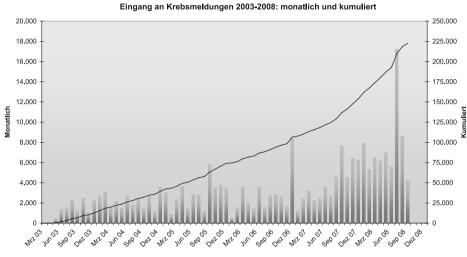


Abb. 1

und schließlich die Datensätze an die Registerstelle zur dauerhaften Speicherung weitergegeben. Nach Einpflegen der neuen Meldungen in den Datenbestand der Registerstelle werden die Daten in der Vertrauensstelle gelöscht, so dass der Bezug auf den konkreten Patienten nur während der relativ kurzen Bearbeitungszeit in der Vertrauensstelle möglich ist. Durch die Art der Verschlüsselung, die erwähnte Pseudonymisierung, ist einerseits sichergestellt, dass in der Registerstelle der Rückschluss auf den gemeldeten Patienten nicht mehr möglich ist, andererseits verschiedene Meldungen zum selben Patienten, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten von den beteiligten Ärzten (Hausarzt, niedergelassener Facharzt, Krankenhausarzt, Pathologe) oder im Falle des Versterbens von den Gesundheitsämtern erstattet werden, diesem sicher zugeordnet werden können.

Die Vertrauensstelle wurde kurz nach In-Kraft-Treten des Gesetzes bei der Landesärztekammer eingerichtet. Mit bescheidenem Budget nahmen ein Arzt und eine Medizinische Dokumentarin Mitte Dezember 1998 die Tätigkeit auf. Zwar konnten die Gesundheitsämter schnell zur Mitarbeit gewonnen werden, an die Einbindung der Ärzte und Krankenhäuser war in Anbetracht des geringen Budgets zu dieser Zeit jedoch nicht zu denken. In der Hoffnung auf

eine aufgabengerechte Ausstattung wurden dennoch die vorbereitenden Schritte eingeleitet. Umso größer war die Ernüchterung, als im Herbst 1999 Überlegungen der zuständigen Ministerin publik wurden, das zum Ende des Jahres auslaufende Gesetz nicht verlängern zu wollen. Erst auf entschiedene Interventionen der Landesärztekammer gelang es, das Ausführungsgesetz in letzter Minute, am 21. Dezember 1999, zunächst um zwei Jahre zu verlängern. Seitdem wurde das Gesetz unter neuem Namen (Hessisches Krebsregistergesetz) vom Hessischen Landtag alle fünf Jahre aktualisiert und verlängert. Das Gesetz in seiner heutigen Fassung sieht eine Meldepflicht für alle behandelnden Ärzte, auch für Pathologen, bei gleichzeitiger Informationspflicht der Patienten und einem Widerspruchsrecht

Nach dem Aufbau des erforderlichen Personalstammes und der Einrichtung der notwendigen Hard- und Software konnten ab dem Jahr 2003 die Ärzte in Praxis und Klinik zur Mitarbeit gewonnen werden. Die Entwicklung der Meldungen ist im nebenstehenden Diagramm dargestellt: dem verhaltenen Auftakt folgt eine kontinuierliche Zunahme der Meldungszahlen. Ein deutlicher Anstieg zeigt sich im Verlauf des Jahres 2007, da der Geltungsbereich des Gesetzes, das bis dahin auf den Re-

gierungsbezirk Darmstadt mit ca. 3,6 Mio. Einwohnern beschränkt war, auf ganz Hessen mit ca. 6 Mio. Einwohnern ausgeweitet wurde.

Für das Jahr 2008 werden in unserem Bundesland 100.000 Tumormeldungen erwartet, über 1.250 Arztpraxen und Klinikabteilungen sind inzwischen am Erfolg des Hessischen Krebsregisters beteiligt. Daneben erreichen die Vertrauensstelle jährlich aus den 26 Kreisgesundheitsämtern des Landes 60.000 Todesbescheinigungen, die zu ca. 30 % die Angabe einer Krebserkrankung der/des Verstorbenen enthalten. Gerade diese Informationen sind unerlässlich, um Überlebenszeiten für die verschiedenen Tumorentitäten zu berechnen.

Für die Zukunft ist geplant, einen automatisierten Abgleich der Patientenanschriften mit den Daten der Einwohnermelderegister durchzuführen. Dies ist notwendig, um bei Änderungen des Namens und der Anschrift Mehrfachzählung von Tumorerkrankungen zu vermeiden, stellt aber in Anbetracht der Verschlüsselung der Personendaten eine erhebliche Herausforderung für die beteiligten Informatiker dar. Daneben wird das Anwerben neuer - und auch "ermüdeter" ärztlicher Melder kontinuierlich fortgesetzt. Um die Mitarbeit der Ärzte zu verbessern ist eine Erhöhung Aufwandsentschädigung von derzeit 4,- Euro je Meldung im Gespräch. Nach zehn Jahren Krebsregistergesetz sieht die Landesärztekammer Hessen allen Anlass, mit Stolz auf das Erreichte zurückzublicken, und zukünftige Aufgaben mit

sieht die Landesärztekammer Hessen allen Anlass, mit Stolz auf das Erreichte zurückzublicken, und zukünftige Aufgaben mit Zuversicht und Tatkraft anzupacken. Wir danken allen beteiligten Ärzten, den Gesundheitsämtern und der Landesregierung für die konstruktive Unterstützung, ohne die dieser Erfolg nicht möglich gewesen wäre, und hoffen, auch in Zukunft auf Ihre Mitarbeit rechnen zu dürfen.

Manfred Sagner, stellv. Ärztlicher Leiter Dr. Werner Wächter, Ärztlicher Leiter Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregisters bei der Landesärztekammer Hessen

Zertifizierte Fortbildung VNR 2760602008093280008

Implantat-assoziierte Infektionen in Orthopädie und Unfallchirurgie Gerhard Walter

Teil 2: Therapie

Einleitung

Durch die Einführung neuer Implantate und Fixationstechniken in Orthopädie und Unfallchirurgie wurde die Operationsindikation in den letzten zehn Jahren erheblich ausgeweitet. Die Entwicklung des Kompressionsmarknagels und der winkelstabilen Platte in ihren verschiedenen Ausführungen erfolgte ursprünglich mit dem Ziel, auch am osteoporotischen Knochen des Hochbetagten Osteosynthesen anzulegen, die eine Frühmobilisation erlauben [31-33]. Von den deutlich verbesserten biologischen Eigenschaften der Materialien und den gewebeschonenden Verfahren profitieren auch Patienten mit septischen Komplikationen.

Winkelstabile Platten weisen gegenüber konventionellen Implantaten eine bis zu 30% höhere Ausreißfestigkeit auf. Sie wurden nach dem Prinzip des Fixateur interne entwickelt, bilden somit einen rigiden Verbund zwischen Platte und Schrauben, wodurch das Implantat nicht mehr unmittelbar dem Periost aufgepresst wird, sondern in einem geringen Abstand über dem Knochen schwebt. Dadurch wird die unfallbedingte prekäre Blutversorgung der Frakturzone durch den Eingriff nicht weiter verschlechtert und der iatrogene Schaden minimiert. In Verbindung mit der höheren Stabilität bieten sich somit die Vorteile des geringeren Operationstraumas der biologischen Osteosynthese, beide Faktoren sollten die Ausheilung fördern.

Voraussetzung zur Sanierung eines infizierten Falschgelenkes ist in erster Linie die Wiederherstellung einer maximalen Stabilität. Nur dann ist eine ausreichende Vaskularisation und Knochenneubildung möglich. Kann die Pseudarthrose zumin-

dest über vier bis sechs Wochen stabilisiert werden, so ist eine intakte Körperabwehr in der Lage, auch die bakterielle Rest-Kontamination zu eliminieren.

Gelingt eine suffiziente Ruhigstellung nicht, so entwickelt sich ein instabiles Totraumsystem mit rezidivierenden, traumatisch bedingten Gefäßzerreißungen und Mikrothrombosen, das auch niedrig virulenten Keimen optimale Vermehrungsbedingungen bietet. Humorale und zelluläre Abwehrmechanismen werden durch die ödematöse und gefäßarme Weichteilumgebung stark abgeschwächt. Fortschreitende Osteolysen, die Ausbildung von Abszessen und Fisteln sind die Folge [8,34].

Das klassische Konzept der Behandlung infizierter Pseudarthrosen ist mehrzeitig und kommt ohne die Anwendung des Fixateur externe und lokaler Antibiotika nicht aus [35,36]. Der äußere Festmacher weist jedoch eine Reihe von Nachteilen und Kontraindikationen auf, die seinen Einsatz bei Hochbetagten stark einschränken, wenn nicht gar kontraindiziert erscheinen lassen. Eine übungsstabile Versorgung ist weder am osteoporotischen Knochen noch bei adipösem Weichteilmantel möglich. Bei mangelnder Compliance oder Verwirrtheitszuständen ist die erforderliche mehrwöchige Liegedauer nicht zu erreichen. Der Vorschlag, infizierte Pseudarthrosen langer Röhrenknochen intramedullär zu stabilisieren wurde bereits 1986 von Klemm propagiert [37]. Das Verfahren fand damals keine Verbreitung, da die Entstehung einer Markrauphlegmone befürchtet wurde. Diese Komplikation ist jedoch selten und in der Regel gut zu beherrschen [38]. Auch haben sich die Implantate, die Operationstechnik und die perioperative Versorgung seitdem erheblich weiterentwickelt. Der Einsatz von Kompressionsmarknägeln aus Titan erlaubt inzwischen im Rahmen eines Stufenkonzeptes oft auch in verzweifelten Fällen ein Extremitäten erhaltendes Vorgehen.

Im Folgenden sollen die wichtigsten Anwendungsgebiete, die sich in den letzten Jahren der septischen Chirurgie erschlossen, kurz vorgestellt und anhand von Fallbeispielen erläutert werden.

Die Therapie der infizierten Pseudarthrose mit dem Kompressionsmarknagel

Von einer Pseudarthrose wird definitionsgemäß dann gesprochen, wenn die knöcherne Konsolidierung acht Monate postoperativ ausbleibt [39]. Durch die Verbesserung der operativen Techniken ist die Rate an Falschgelenken insgesamt rückläufig, dennoch ist gegenwärtig in 5 bis 10% der osteosynthetisch versorgten Knochenbruchverletzungen mit einer ausbleibenden Durchbauung zu rechnen. Nahezu die Hälfte aller Pseudarthrosen betreffen den Unterschenkel, 20% davon sind zusätzlich durch eine Infektion kompliziert [35]. Obwohl zahlenmäßig insgesamt selten, spielt ihre Behandlung an Kliniken mit einem großen unfallchirurgischen Krankengut eine wesentliche Rolle. Für den betroffenen Patienten bedeutet dies in der Regel schwer wiegende Konsequenzen beruflicher und privater Art. Eine mehrmonatige Behandlung ist üblicherweise erforderlich, häufig verbleiben Dauerschäden. Das klassische Therapiekonzept propagiert ein mehrstufiges Vorgehen mit vollständiger Me-

Tabelle 2: Infizierte Femur – und Tibia-Pseudarthrosen 2002–2007

Tibia	Anzahl	Alter (Mittelwert)	Alter (Bereich)	Revision [Anzahl]	Revision [%]
Männer	92	43	17-74	5	5
Frauen	28	47	17-77	1	4
Gesamt	120	44	17-77	6	5
Femur					
Männer	39	43	17-76	7	18
Frauen	17	50	30-87	2	12
Gesamt	56	45	17-87	9	16

tallentfernung, Pseudarthrosen-Ausräumung und temporärer oder dauerhafter Stabilisierung mit einem Fixateur externe [40]. Dieses Vorgehen hat sich seit etwa zwanzig Jahren bewährt und ist an vielen Zentren etabliert. Eine Konsolidierung und Infektberuhigung kann damit in bis zu 100% erzielt werden [41]. Auch in unserer Klinik ist es immer noch das Standardverfahren bei geeigneten Patienten. Diese werden aber nicht zuletzt durch die verbesserten Operationstechniken immer seltener. Klemm gibt in seiner Arbeit über 64 Femur und Tibia-Pseudarthrosen aus den Jahren 1970 bis 1977 einen Altersdurchschnitt von 27 Jahren an [37]. Die Auswertung von 176 Patienten, die zwischen 2002 und 2007 in der gleichen Abteilung behandelt wurden, ergaben ein Altersmittel von 44,3 Jahren, eine erhebliche Verschiebung zu Lasten der Älteren (Tabelle 2). Somit kommen zunehmend multimorbide Patienten zur Behandlung, die häufig mit allgemeinen und lokalen Risikofaktoren belastet und nicht für externe Verfahren geeignet sind.

In der eigenen Abteilung streben wir dann die frühestmögliche Versorgung mit einem Titan-Kompressionsmarknagel an. Das infizierte Implantat wird entfernt und der Markraum überbohrt. Dadurch wird zwar die endostale Blutversorgung gestört, sie erholt sich jedoch innerhalb weniger Tage. Reaktiv steigt die periostale Perfusion an, wodurch sich die Durchblutung von Kortikalis und Periost insgesamt erhöht [42,43]. Bohrmehl aus dem Markraum enthält Osteoblasten und pluripotente Stammzellen, die im Sinne einer Spongiosaplastik die Defektzone besetzen, sofern sie zuvor ausgeräumt wurde [44,45]. Als temporäre Stabilisierung verwenden wir in der Regel antibiotikahaltige Palacosstäbe, wobei die Wirkstoffe entsprechend dem Antibiogramm zugesetzt werden [46]. Nach klinisch eingetretener Infektberuhigung erfolgt die Reosteosynthese durch einen Titan-Kompressionsmarknagel mit 1 bis 2 mm größerem Durchmesser.

Postoperativ ist eine schmerzadaptierte Vollbelastung erlaubt. Im weiteren Verlauf wird eine frühe Metallentfernung empfohlen. Dabei wird der Markraum erneut überbohrt und gespült, um ein eventuell kontaminiertes, Metallabrieb enthaltendes Interface zu beseitigen. Das Verfahren verkürzt die sonst übliche mehrmonatige Heilbehandlung auf acht bis zehn Wochen und führt in einem hohen Prozentsatz zur knöchernen Konsolidierung.

Eigene Ergebnisse

Nach diesem Algorithmus wurden zwischen Februar 2002 und Oktober 2007 120 infizierte Tibia- und 56 Femurpseudarthrosen behandelt. An der Tibia kam es zu sechs Infektrezidiven, die einen erneuten mehrzeitigen Implantatwechsel

Tabelle 3: Ergebnisse nach zweizeitiger septischer HTEP Wechseloperation 2000–2007 (n=90)

Alter [Jahre] (Bereich)	Geschlecht (m/w)	Diabetiker	MRSA	Polymikrobiell	mehrfache Wechsel	Schaft- sprengung	Luxation	Früh- infektrezidiv	Girdlestone situation
66 (33-88)	52/38	17	12	27	31	14	6	3	6

erforderlich machten und damit zur Ausheilung gebracht werden konnten. Am Femur waren neun weitere Austauschoperationen und sechs additive Spongiosaplastiken erforderlich, bevor eine Konsolidierung eintrat (Tabelle 2, 3).

Fallbeispiel 1 (Abbildung 5-8)

46-jähriger Mann, offene distale Unterschenkel-Mehrfragmentfraktur re.; Tibia Pseudarthrose nach multiplen Revisionsoperationen. Verkürzung 2 cm, Außenrotations-Fehlstellung 22°, Varus Fehlstellung 10°. Markraumrevision, valgisierende und derotierende open wedge Osteotomie, Verlängerung mit dem Ringfixateur. Darunter rezidivierende Pinlnfekte, deshalb vorzeitige Metallentfernung und Verfahrenswechsel auf T2 Kompressionsmarknagel, problemlose Konsolidierung.

Abb. 6

Die Stabilisierung der infizierten Defektpseudarthrose mit winkelstabilen Implantaten

Der Einsatz von Kompressionsmarknägeln hat sich bei diaphysärer Instabilität an der unteren Extremität bewährt. zeitigt an Ober- und Unterarm jedoch unbefriedigende Ergebnisse [47]. Pseudarthrosen treten hier deutlich seltener auf, sind jedoch insbesondere bei ausgedehnten Weichteilschäden geläufig. Noch vor wenigen Jahren war dann die vollständige Entfernung der einliegenden Platten und die Montage eines Fixateur externe erforderlich. Am osteoporotischen Knochen wurde in vielen Fällen auf die Anlage von Gipsverbänden zurückgegriffen und die daraus resultierende Falschgelenkbildung als schicksalhaft akzeptiert.

Winkelstabile Implantate bieten die bereits erwähnten Vorteile der verbes-

> serten Ausreißfestigkeit und schädigen die periostale Durchblutung weniger. Sie sind für den Patienten deutlich komfortabler als der Fixateur externe, auch reduziert sich der pflegerische Aufwand erheblich. Sie kommen somit zur Therapie der epi-metaphysären Instabilität auch an der unteren Gliedmaße in Betracht. Häufig sind Platten mit frei wählbarer,



Abb. 7



Abb. 8

Abb. 5









Abb. 10

Abb. 9

multidirektionaler Schraubenlage hilfreich [48]. Sie bieten sowohl ausreichend
Stabilität als auch genügend Flexibilität,
um eine optimale Versorgung mehrfach
voroperierter und infektgeschädigter
Fragmente zu erlauben. In einem ersten
Schritt wird die Pseudarthrose ausgeräumt und als lokaler Platzhalter ein Antibiotikaträger implantiert. Die definitive
Stabilisierung nach erzielter Infektberuhigung erfolgt erforderlichenfalls zusammen mit einer Spongiosaplastik aus
der Spina iliaca posterior superior.

Eigene Ergebnisse

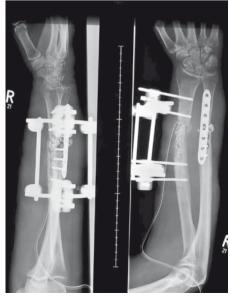
In den letzten fünf Jahren wurden 29 infizierte Defektpseudarthrosen nach diesem Schema versorgt. Betroffen waren Humerus (n=1), Radius (n=1), Ulna (n=3), Symphyse (n=1), proximales und distales Femur (n=19), Pilon tibiale (n=2) und Fibula (n=2). Additive Spongiosaplastiken wurden an der oberen Extremität und am Pilon angelegt (n=7), viermal wandten wir zusätzlich eine externe Ultraschall-Therapie an. In 26 Fällen trat die knöcherne Konsolidierung nach drei bis sechs Monaten ein. Zweimal kam es zu einem Ausbruch der winkelstabilen Schrauben aus Schenkelhals und Hüftkopf, sodass die

Implantation einer Endoprothese erforderlich gewesen wäre. Dazu konnten wir uns allerdings bei den bettlägerigen Patienten nicht entschließen, es wurde lediglich eine Metallentfernung vorgenommen und die Pseudarthrose belassen.

Fallbeispiel 2 (Abbildung 9-15)

40-jähriger Mann, Walzenquetschverletzung Unterarm re. mit drittgradig offenen Mehrfragmentfrakturen. Primär Fixateur

externe, Plattenosteosynthese nach Weichteildeckung. Infizierte Pseudarthrosen an Ulna und Radius, Nachweis von Staphylokokkus epidermidis. Infektpersistenz nach Teil-Metallentfernung. Revision, Ketteneinlage, Fixateur externe. Reosteosynthese mit winkelstabilen Implantaten und Spongiosaplastik nach Infektberuhigung. Konsolidierung unter adjuvanter Ultraschalltherapie. Klinischer und radiologischer Befund ein Jahr postoperativ.







699







Abb. 13

Abb. 14 Abb. 15

Rückfuß Arthrodese mit einem Titan Kompressionsmarknagel bei postinfektiöser Destruktion des oberen Sprunggelenkes

Schwere knöcherne Verletzungen des oberen Sprunggelenkes gehen nach operativer Versorgung bei Risikopatienten mit einer hohen Komplikationsrate einher. Nach Hochrasanztraumen mit entsprechenden Weichteilschäden ist mit dem Auftreten einer posttraumatischen Osteitis in 33% und einer Pseudarthroserate von 27% zu rechnen [49]. Bei offenen Frakturen liegt das Amputationsrisiko im weiteren Verlauf für Diabetiker bei 40% [50]. Bestehen bereits sekundäre Organschäden (dialysepflichtige terminale Niereninsuffizienz) und handelt es sich um multiresistente Erreger, so ist ein Extremitätenerhalt selten möglich.

Verletzungen in der distalen Tibia mit Gelenkbeteiligung bleiben trotz Einführung gewebeschonender Operationstechniken

und mehrzeitigem Vorgehen Problemfrakturen. Sie gehen in einem hohen Prozentsatz mit schweren Weichteilschäden einher, die bei vorbestehenden Durchblutungsstörungen häufig zu Infektkomplikationen führen. Es sind dann die vollständige Metallentfernung und eine radikale Sequestrektomie erforderlich. Bei intakten Perfusionsverhältnissen kann der daraus resultierende Knochendefekt nach erreichter Infektberuhigung über einen Segmenttransport rekonstruiert werden. Bei massiver posttraumatischer oder postinfektiöser Destruktion des oberen Sprunggelenkes bleibt als Rückzugsoperation nur die Anlage einer

Arthrodese. In der septischen Chirurgie erfolgt sie üblicherweise unter Einsatz eines äußeren Festmachers. Hierzu können ein Rahmen-, Hybrid- oder Ringfixateur verwendet werden. Bis zur Konsolidierung ist mit einer Tragezeit von etwa 14 Wochen zu rechnen. Dieses Vorgehen ist allerdings mit einer hohen Komplikationsrate behaftet und kann erfolgreich nur bei jüngeren Patienten mit stabilen Knochenverhältnissen angewandt werden. Am osteoporotischen Knochen oder bei mangelnder Compliance mit vorzeitiger Vollbelastung kommt es bereits nach drei bis vier Wochen zu einer Auslockerung insbesondere der distalen Knochenschrauben im Talus und Calcaneus mit nachfolgender Infektion. Das Verfahren ist somit für Risikopatienten kaum geeignet.

Im eigenen Vorgehen hat sich bei schwierigen Verläufen der Einsatz eines retrograd eingebrachten Kompressionsmarknagels bewährt. Die Zugänge sind weichteilschonend und werden frakturfern angelegt, das Implantat bietet eine ausreichende Stabilisierung der Defektzonen und der zu versteifenden Gelenke, so dass in der Regel eine Infektbeherrschung gelingt.

Eigene Ergebnisse

In den letzten fünf Jahren wurden 39 kombinierte Arthrodesen des oberen und unteren Sprunggelenkes mit Kompressionsmarknägeln vorgenommen, wodurch in allen Fällen stabile Verhältnisse erreicht werden konnten. Vier Patienten entwickelten im Behandlungsverlauf ein Infektrezidiv, so dass ein nochmaliger Wechsel erforderlich wurde. Im Anschluss kam es auch dann zu einer knöchernen Konsolidierung. Bei drei Patienten trat nach der Durchbauung acht bis zwölf Monate postoperativ ein Reinfekt auf, der durch eine ersatzlose

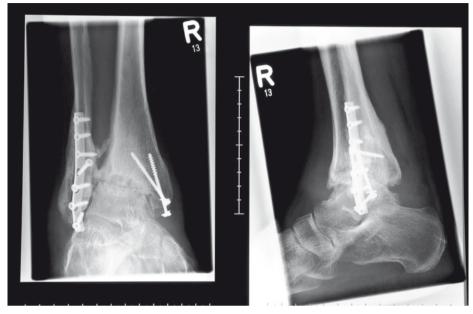


Abb. 16

Metallentfernung und Markraumrevision beruhigt werden konnte.

Fallbeispiel 3 (Abbildung 16–19)

53-jähriger Mann, OSG-Luxationsfraktur rechts 5/07, osteosynthetische Versorgung anderen Ortes. Refraktur, Dislokation und Infektion nach vorzeitiger Belastung. Nebendiagnosen: Alkoholkrankheit, Diabetes mellitus, Hepatitis C, makrozytäre Anämie, Untergewichtigkeit. Vollständige Metallentfernung, kombinierte Arthrodese O- und USG mittels retrogradem Kompressionsmarknagel. Vollbelastung und Konsolidierung sechs Monate postoperativ, Entfernung der proximalen Verriegelungsschrauben bei lokaler Irritation der kachektischen Weichteile.

Die Kniegelenksarthrodese mit dem Kompressionsmarknagel

Weltweit profitieren immer mehr Patienten von den Vorteilen der Kniegelenkendoprothetik. Viele Menschen konnten durch den Einsatz eines Kunstgelenkes

ihre Selbstständigkeit bewahren und wieder schmerzfrei gehen. Diese Erfolge drücken sich in einer steigenden Anzahl von Implantationen in den westlichen Industrieländern aus. Derzeit werden in Deutschland jährlich etwa 135.000 Eingriffe vorgenommen. Konstant ist die Rate der Infektkomplikationen zwischen 1 und 2%, die bei Risikopatienten jedoch höher liegt [51,52]. Problematisch wird gerade bei diesem Personenkreis das weitere Vorgehen. Nicht alle kommen für eine septische Wechseloperation in Betracht. Häufig sind der Streckapparat und die umgebenden Weichteile irreparabel geschädigt, sodass als Rückzugsoperation nur die Implantatentfernung und Anlage einer Kniegelenksarthrodese bleiben. Auch hier ist im Allgemeinen der Fixateur externe das Verfahren der Wahl, um eine stabile, belastbare Situation an der betroffenen Gliedmaße wiederherzustellen.

Es gelten am Knie aber die gleichen Bedingungen wie an den Sprunggelenken. Eine Tragedauer des äußeren Festmachers von 12 bis 14 Wochen ist zu veran-



Abb. 17

schlagen, in dieser Zeit ist lediglich eine Teilbelastung möglich und eine akribische Pflege unabdingbar. Die Erfolgsraten des Verfahrens bei Hochbetagten und Risikopatienten sind entsprechend schlecht, schwere Komplikationen wie Ausbruch der Knochenschrauben und eine ausbleibende Konsolidierung treten in bis zu 40 % aller Fälle auf [53].

Als Alternative steht auch hier die Marknagelarthrodese zur Verfügung. Ihr Einsatz bei postinfektiösen Defekten wird zwar von vielen Autoren abgelehnt, da sie die Gefahr einer Markraumphlegmone als zu groß erachten. Diese mögliche Komplikation muss im weiteren Verlauf stets berücksichtigt werden, die Patienten sind über die Symptome genau zu informieren und müssen sich bei Beschwerden umgehend wieder vorstellen.









Abb. 19

Der aus unserer Sicht entscheidende Vorteil des Verfahrens liegt in der Möglichkeit, den Nagel auszutauschen, sollte sich Infektrezidiv

entwickeln. Im Unterschied zu anderen intramedullären Implantaten können der Arthrodesennagel relativ unkompliziert entfernt oder gewechselt und der Markraum revidiert werden. Eine Auflösung der Knochenfusion ist dabei insbesondere nicht erforderlich.

Ausgehend von eingangs angestellten Überlegungen haben wir uns deshalb dazu entschlossen, dieses Verfahren dann einzusetzen, wenn ein Endoprothesenwechsel nicht mehr in Frage kommt. Anfangs allerdings zögerlich und nur bei Patienten mit unkompromitiertem Immunsystem. Aufgrund der guten Resultate haben wir die Methode zunehmend auch bei Risikopatienten angewandt, zunächst nur dann, wenn alternativ lediglich eine Amputation in Frage gekommen wäre.

Eigene Ergebnisse

Mit dem Kompressionsmarknagel wurden 44 Kniegelenkarthrodesen angelegt. Das Durchschnittsalter betrug 67 Jahre (Bereich 18 bis 87 Jahre), in 28 Fällen nach Explantation einer infizierten Kniegelenk-Totalendoprothese (KTEP), 14 Patienten litten an einer postinfektiösen Gelenkdestruktion, elf davon waren Diabetiker. Dreimal kam es nach Vollbelastung zu einem Implantatbruch, der durch einen einzeitigen Nagelwechsel folgenlos korrigiert werden konnte, zwei Amputationen wurden aufgrund eines frühen Infektrezidives und drohender Sepsis erforderlich. Vier Patienten sind operationsunabhängig mittlerweile verstorben. Nachdem seit 2005 ausschließlich Titannägel zum Einsatz kommen, sahen wir bis dato postoperative Komplikationen nicht mehr.

Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung des Eingriffes sind die akribische Ausräumung von infiziertem Knochen und Zement nach vorangegangenem Kniegelenkersatz, die Herstellung einer ausreichend breiten, spongiösen Kontaktzone zwischen Femur und







Abb. 20 Abb. 21 Abb. 22

Tibia sowie ein intakter Weichteilmantel. Ferner müssen Keimart und Resistenzmuster bekannt sein, wonach sich die obligatorische lokale und systemische antibiotische Behandlung im Intervall und postoperativ richtet.

Fallbeispiel 4 (Abbildung 20-26)

67-jähriger Patient, chronisch infizierte Revisions-KTEP, Fisteleiterung, Adipositas permagna. Implantatentfernung transossär, Palacosstab. Arthrodesennagel nach Infektberuhigung vier Wochen später. Reizlose Weichteile, Vollbelastung bei Entlassung.

Die modulare reverse Hybrid Prothese

Der Einsatz von modularen Endoprothesen in der septischen Chirurgie erlaubt ein radikales operatives Vorgehen am proximalen Femur. Besonders bei chronischen periprothetischen Infektionen besteht häufig eine ausgeprägte Osteitis im Bereich des Trochanter major. Bei der gebotenen konsequenten Sequestrektomie entstehen große Knochendefekte, die eine stabile Verankerung nicht-modularer Implantate sehr erschweren. Beinverkürzungen, rezidivierende Luxationen, Hämatome und Serome, die sich sekun-

där infizieren und zu Revisionseingriffen zwingen, sind die Folge.

Die modulare Technik erlaubt die Überbrückung auch langstreckiger Defekte und eine straffe muskuläre Stabilisierung der Prothesenkomponenten von Beginn an. Luxationen sind dadurch auch bei muskelschwachen Patienten selten und können, wenn sie vorkommen, oft konservativ behandelt werden. Die Hybridtechnik bietet die Vorteile der lokalen



Abb. 23

Antibiotikaapplikation und erlaubt dennoch die Regeneration des infektgeschädigten Knochens. Sie ist darüberhinaus komplikationsarm und kann auch bei Risikopatienten eingesetzt werden.

Eigene Ergebnisse

Im eigenen Vorgehen wurden bis zum Januar 2008 mit diesem Verfahren 90 zweizeitige septische HTEP-Wechsel vorgenommen [54]. Die perioperative Letalität



Abb. 24



Abb. 25

liegt derzeit bei o%, schwere Komplikationen wie Gefäß- oder Nervenverletzungen traten bisher nicht auf, die Rate tiefer Beinvenenthrombosen ist mit 2% gering. In drei Fällen kam es zu frühen Infektrezidiven, die durch eine weitere Wechseloperation beherrscht werden konnten. In sechs Fällen musste definitiv eine Girdlestone Situation angelegt werden.

Die in Tabelle 3 vorgestellten vorläufigen Ergebnisse betreffen wiederum ein hoch selektioniertes Krankengut mit multiplen Risikofaktoren und bedürfen einer weiteren Aufarbeitung. Als prognostisch besonders ungünstig erweisen sich vorangegangene Wechseloperationen bei Patienten mit Diabetes mellitus und einer Tumorerkrankung in der Anamnese.

Die entsprechende operative Erfahrung vorausgesetzt, ist die Methode auch zum Austausch von chronisch infizierten Revisionsendoprothesen geeignet. Die zementfreie Implantation femoraler Komponenten vermeidet die desolate Situation eines palacosverfüllten, lang-



Abb. 26

streckig infizierten und avitalen Oberschenkelknochens. Sie kann deshalb zum Einsatz in der septischen Revisionschirurgie empfohlen werden.

Zusammenfassung

Im ersten Teil des Artikels werden diagnostische Maßnahmen zur Abklärung implantat-assoziierter Infektionen dargestellt, womit zunehmend auch niedergelassene Kollegen befasst sind. Pathophysiologie, Klinik, bildgebende und mikrobiologische Untersuchungsmethoden werden aufgezeigt und in ihrer Relevanz nach dem derzeitigen Kenntnisstand bewertet. Auf die sozio-ökonomische Bedeutung von Infektkomplikationen wird hingewiesen und für eine effektive und rationelle Abklärung plädiert.

Im zweiten Teil werden die Vorzüge neuer Implantate und Operationstechniken in Orthopädie und Unfallchirurgie auch für Patienten mit septischen Komplikationen aufgezeigt. Der Einsatz von winkelstabilen Platten, Kompressionsmarknägeln

und modularen Prothesen ermöglicht in vielen Fällen eine komfortable und sichere Behandlung von Pseudarthrosen und periprothetischen Infektionen. Der Heilverlauf lässt sich oft deutlich abkürzen. Erforderlich ist ein subtiles intraoperatives Vorgehen, um eine weitere Gewebetraumatisierung zu vermeiden und trotzdem ein radikales Debridement vorzunehmen. Ferner müssen die Patienten über mögliche postoperative Komplikationen ausführlich aufgeklärt und überwacht werden. Die vollständige Metallentfernung nach klinisch und radiologisch dokumentierter Konsolidierung ist insbesondere bei Risikopatienten zu empfehlen. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, so lassen sich ermutigende Ergebnisse erreichen.

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Homepage www.laekh.de unter "Hessisches Ärzteblatt"

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Gerhard Walter
Chefarzt der Abt. Septische Chirurgie
Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik
Frankfurt am Main
Friedberger Landstraße 430
60389 Frankfurt am Main
Tel.: 069 475-2022
Fax: 069 475-4242
E-Mail: gerhard.walter@bgu-frankfurt.de
www.bqu-frankfurt.de

Den Auswertungsbogen für die CME-Fortbildung der Landesärztekammer Hessen finden Sie auf unserer Homepage www.laekh.de unter der Rubrik Hessisches Ärzteblatt (Erläuterung siehe März-Ausgabe, Seite 170).

Einsendeschluss ist der 25. November 2008

Multiple Choice-Fragen zu Teil 2: Therapie (Nur eine Antwort ist richtig)

1. Mit welchen Komplikationen muss bei der septischen Endoprothese Wechseloperation gerechnet werden?

- 1. Infektrezidiv
- 2. Beinlängendifferenz
- 3. Femurfraktur
- 4. Prothesenluxation
- 5. Alle Antworten sind richtig.

2. Welche Aussage über winkelstabile Implantate trifft nicht zu?

- Sie weisen eine höhere Ausreißfestigkeit auf.
- Sie können gewebeschonend eingesetzt werden.
- Durch die winkelstabilen Schrauben werden sie fest auf den Knochen gepresst und bieten dadurch eine höhere Stabilität.
- Sie wurden nach dem Prinzip des Fixateur externe entwickelt.
- Sie sind zur Versorgung von gelenknahen Frakturen geeignet.

3. Welche Aussage trifft zu? Der Fixateur externe ist für hochbetagte Patienten eher weniger geeignet, weil

- er sich am osteoporotischen Knochen schlecht verankern lässt.
- die Implantation und Explantation nur als ambulante Leistung abgerechnet werden kann, wofür ältere Patienten nicht geeignet sind
- er weichteilschonend auch bei sehr adipösen Patienten eingesetzt werden kann.
- er eine sofortige volle Belastung ermöglicht, die älteren Patienten in der Regel nicht gelingt.
- tägliche Verbandwechsel erforderlich sind, die eine ambulante Behandlung nicht erlauben.

4. Welche Aussage über Pseudarthrosen trifft zu?

- Sie sind fast immer durch eine Infektion verursacht.
- Sie lassen sich durch einen fachgerecht implantierten Fixateur externe in der Regel rasch ausbehandeln.
- Sie treten am häufigsten nach Frakturen am Unterschenkel auf.
- Sie kommen infolge der modernen Osteosyntheseverfahren nur noch sehr selten vor.
- Vielen Patienten ist nicht bewusst, dass sie an einer Pseudarthrose leiden.

5. Welche Aussage trifft zu? Die periprothetische Infektion nach Implantation einer Knie-TEP

- 1. tritt bei 10 bis 20 % der operierten Patienten auf.
- ist schwierig zu behandeln, so dass bei der Explantation ein irreparabler Defekt des Streckapparates verursacht werden kann.
- 3. lässt sich in der Regel durch einen einzeitigen Wechseleingriff lösen.
- 4. erfordert fast immer die Implantation eines Fixateur externe.
- 5. zwingt nur bei extrem risikobehafteten Patienten zur Anlage einer Arthrodese.

6. Welche Aussage über Kompressionsmarknägel trifft nicht zu?

- Sie können in der Regel weichteilschonend implantiert werden.
- 2. Sie bieten eine höhere Stabilität als herkömmliche intramedulläre Implantate.
- 3. Sie finden auch am osteoporotischen Knochen Verwendung.
- 4. Sie werden ausschließlich bei Risikopatienten eingesetzt.
- 5. Sie sind in der Regel primär belastungsstahil

7. Welche Operationsverfahren haben sich bei der Behandlung von infizierten Pseudarthrosen bewährt?

- 1. Fixateur externe
- 2. Kompressionsmarknagel
- 3. Winkelstabile Platte
- 4. Spongiosaplastik
- Kein Verfahren, da die Infektsituation das Einbringen von Implantaten verbietet.

8. Welche Aussage trifft nicht zu? Die klassische Behandlung infizierter Pseudarthrosen

- 1. ist mehrzeitig.
- 2. sieht die Anwendung lokaler Antibiotika vor.
- 3. sieht eine vollständige Metallentfernung vor.
- 4. beinhaltet die Montage eines Fixateur externe.
- 5. ist heute nur noch in Ausnahmefällen indiziert.

9. Welche Aussage über knöcherne Verletzungen des oberen Sprunggelenkes trifft nicht zu?

- Bei schweren Verletzungen mit ausgedehntem Weichteilschaden muss in einem Drittel der Fälle mit Infektkomplikationen gerechnet werden.
- 2. Die Versorgung mit einem Fixateur externe hat sich insbesondere bei Patienten mit mangelnder Compliance bewährt.
- 3. Bei offenen Frakturen ist das Amputationsrisiko für Diabetiker hoch.
- 4. Die Pseudarthroserate liegt bei Risikopatienten bei bis zu 30 %.
- 5. Bei ausgedehnten Defekten kann ein Segmenttransport notwendig werden.

7 10. Welche Aussage über modulare Endoprothesen trifft nicht zu?

- Ihr Einsatz erlaubt ein radikales operatives Vorgehen.
- 2. Sie können auch bei großen Knochendefekten eine stabile Verankerung ermöglichen.
- 3. Sie können in der Hybrid Technik mit einer zementierten Pfanne kombiniert werden.
- 4. Infektrezidive werden seit ihrer Einführung praktisch nicht mehr gesehen.
- Sie eignen sich auch zum Ersatz einer bereits gewechselten Endoprothese.

Literatur

Zum zertifizierten Fortbildungsbeitrag

Implantat-assoziierte Infektionen in Orthopädie und Unfallchirurgie

Teil 1: Diagnose (Hessisches Ärzteblatt 9/2008, Seite 565)
Teil 2: Therapie (Hessisches Ärzteblatt 11/2008, Seite 696)

- Gschwend N. Present state-of-the-art in elbow arthroplasty. Acta Orthop Belg 2002; 68:100 –117
- SooHoo NF, Zingmond DS, Ko CY. Comparison of Reoperation Rates Following Ankle Arthrodesis and Total Ankle Arthroplasty.
 J Bone Joint Surg Am 2007;89:2143–2149
- Schmelz A, Kinzl L, Einsiedel T. Osteitis. In fektionen des Bewegungsapparates. Chirurg 2006;77:943–961; quiz 962
- Gustilo RB, Anderson JT. Prevention of infection in the treatment of one thousand and twenty-five open fractures of long bones: retrospective and prospective analyses. J Bone Joint Surg Am 1976;58:453–458
- McGraw JM, Lim EV. Treatment of open tibial-shaft fractures. External fixation and secondary intramedullary nailing. J Bone Joint Surg Am 1988;70:900 –911
- Hestermann U, Thomas C, Oster P., FRAGILE"

 Der alte Mensch und die Chirurgie. Chirurg

 2005;76:28–34
- Geipel U, Herrmann M. Das infizierte Implantat. Teil 1. Bakteriologie. Orthopade 2004; 33:1411–1426; 1427–1418
- Hansis M, Arens S. Pathophysiologie der postoperativen Infektentstehung an Knochen und Weichteilen. Akt Traumatol 1996; 26:183–191
- McPherson EJ, Woodson C, Holtom P, et al. Periprosthetic total hip infection: outcomes using a staging system. Clin Orthop Relat Res 2002:8–15
- Maathuis PG, Neut D, Busscher HJ, van der Mei HC, van Horn JR. Perioperative contamination in primary total hip arthroplasty. Clin Orthop Relat Res 2005:136 –139
- 11. Donlan RM. Biofilms: microbial life on sur faces. Emerg Infect Dis 2002;8:881–890
- Patel R. Biofilms and antimicrobial resis tance. Clin Orthop Rel res Aug;(437):41-7 2005
- 13. Gristina AG. Biomaterial-centered infection: microbial adhesion versus tissue integrati on. Science 1987;237:1588–1595

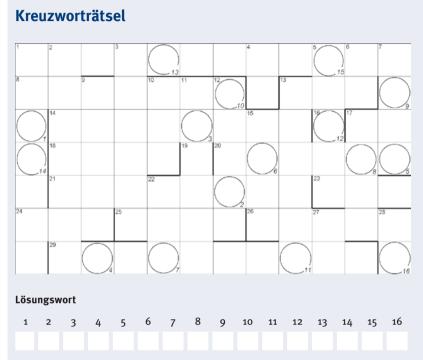
- Stewart PS, Costerton JW. Antibiotic resistance of bacteria in biofilms. Lancet 2001; 358:135–138
- Horn J, Schlegel U, Krettek C, Ito K. Infection resistance of unreamed solid, hollow slotted and cannulated intramedullary nails: an invivo experimental comparison. J Orthop Res 2005;23:810 –815
- Schlegel U, Perren SM. Surgical aspects of infection involving osteosynthesis implants: implant design and resistance to local infection. Injury 2006;37 Suppl 2:S67–73
- Zimmerli W, Waldvogel FA, Vaudaux P, Nydegger UE. Pathogenesis of foreign body infection: description and characteristics of an animal model. J Infect Dis 1982:146:487 – 497
- Oga M, Sugioka Y, Hobgood CD, Gristina AG, Myrvik QN. Surgical biomaterials and differential colonization by Staphylococcus epidermidis. Biomaterials 1988;9:285–289
- Neut D, van der Mei HC, Bulstra SK, Busscher HJ. The role of small-colony variants in failure to diagnose and treat biofilm infections in orthopedics. Acta Orthop 2007; 78:299 –308
- Tsukayama DT, Estrada R, Gustilo RB. Infection after total hip arthroplasty. A study of the treatment of one hundred and six infections. J Bone Joint Surg Am 1996;78:512–523
- Bauer TW, Parvizi J, Kobayashi N, Krebs V. Diagnosis of periprosthetic infection. J Bone Joint Surg Am 2006;88:869 –882
- Corstens FH, van der Meer JW. Nuclear medicine's role in infection and inflammati on. Lancet 1999;354:765–770
- 23. Straub R, Mack MG, Jacobi V, Proschek D, Vogl TJ. Die Magnetresonanztomografie in der Orthopadie. Orthopade 2006; 35:626 631
- 24. Goebel M, Rosa F, Tatsch K, et al. Diagnostik derchronischen Osteitisdes Extremitätenskeletts. Der Unfallchirurg 2007;110:859 –866
- Trampuz A, Zimmerli W. Prosthetic joint infections: update in diagnosis and treatment. Swiss Med Wkly 2005;135:243–251

- Trampuz A, Zimmerli W. Diagnosis and treat ment of infections associated with fracturefixation devices. Injury 2006;37 Suppl 2: \$59-66
- Zimmerli W, Trampuz A, Ochsner PE. Prosthetic-joint infections. N Engl J Med 2004; 351:1645–1654
- Schierholz JM, Morsczeck C, Brenner N, et al. Besonderheiten der implantatassoziierten Infektion in der orthopadischen Chirurgie. Von der Pathophysiologie zu massgeschnei derten Praventionsstrategien. Orthopade 2004;33:397 – 404
- Nast-Kolb D, Betz A, Schweiberer L. Der Wandel in der Unfallchirurgie der letzten 10 Jahre--ein Beitrag zur Infektionsprophylaxe. Chirurg 1991;62:846 –851
- Hofmann GO, Bar T, Buhren V. Osteosyn theseimplantat und fruher postoperativer Infekt: Sanierung mit oder ohne Materialent fernung? Chirurg 1997; 68:1175–1180
- 31. Fuchs S, Wolter D, Kranz H-W, Wenzl ME, Schmidt HGK. Titan-Fixateur-interne-Syste me mit multidirektionaler Winkelstabilität im Unterschenkel- und Fußbereich. Trauma und Berufskrankheit 2001; 3:S447–S453
- 32. Fuchs T, Meffert R, Raschke MJ. Innovationen in der operativen Frakturbehandlung Winkelstabilität. Orthopädie und Unfallchirurgie up2date 2006:184
- Mückley T, Bühren V. T2-Kompressions marknagel. Trauma und Berufskrankheit 2004; 6:S302-S306
- 34. Worlock P, Slack R, Harvey L, Mawhinney R. The prevention of infection in open fractures: an experimental study of the effect of fracture stability. Injury 1994;25:31–38
- 35. Kinzl L, Suger G. Infizierte Pseudarthrose. Orthopade 1996;25:478–483
- 36. Hochstein P, Heppert V, Grützner PA, Matschke S, Wentzensen A. Rekonstruktion und Stabilisierung nach fehlverheilten Frakturen und Pseudarthrosen im Femurbereich mit Marknagel und anderen Osteosyntheseverfahren (LISS-System). Trauma und Berufs krankheit 2003;5:s56–s61

- Klemm KW. Treatment of infected pseudarthrosis of the femur and tibia with an interlocking nail. Clin Orthop Relat Res 1986:174–181
- Court-Brown CM, Keating JF, McQueen MM. Infection after intramedullary nailing of the tibia. Incidence and protocol for manage ment. J Bone Joint Surg Br 1992;74:770 –774
- 39. Runkel M, Rommens PM. Pseudarthrosen. Unfallchirurg 2000;103:51– 63; quiz 63
- Kutscha-Lissberg F, Hebler U, Kalicke T, Arens S. Prinzipien chirurgischer Therapiekonzepte der postoperativen und chronischen Osteomyelitis. Orthopäde 2004;33:439 –454
- 41. Struijs PA, Poolman RW, Bhandari M. Infected nonunion of the long bones. J Orthop Trauma 2007;21:507–511
- Whiteside LA, Ogata K, Lesker P, Reynolds FC.
 The acute effects of periosteal stripping and medullary reaming on regional bone blood flow. Clin Orthop Relat Res 1978:266 –272
- 43. Reichert IL, McCarthy ID, Hughes SP. The acute vascular response to intramedullary reaming. Microsphere estimation of blood flow in the intact ovine tibia. J Bone Joint Surg Br 1995;77-B:490 –493

- 44. Chapman MW. The effect of reamed and nonreamed intramedullary nailing on fracture healing. Clin Orthop Relat Res 1998:S230 –238
- Trinkaus K, Wenisch S, Siemers C, Hose D, Schnettler R. Bohrmehl: Eine Quelle vitaler Zellen! Erste Ergebnisse von humanen Proben. Unfallchirurg 2005;108:650 –656
- 46. Öz M, Walter G, Hoffmann R. Temporäre intramedulläre Stabilisierung von infizierten Pseudarthrosen mit einem antibiotikahaltigem Zementstab. Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie;im Druck
- Brinker MR, O'Connor DP. Exchange nailing of ununited fractures. J Bone Joint Surg Am 2007;89:177–188
- Wolter D, Jürgens C, Wenzl M, Schümann U, Seide K. Titanfixateur-interne-Systeme mit multidirektionaler winkelstabiler Schrau benlage. Trauma und Berufskrankheit 2001; 3:S425–S428
- Endres T, Grass R, Biewener A, Barthel S, Zwipp H. Vorteile der minimal-invasiven Reposition, Retention und Ilizarov-(Hybrid) Fixation bei Pilon-tibiale-Frakturen unter besonderer Berücksichtigung von C2-/C3-Frakturen. Unfallchirurg 2004;107:273–284

- 50. White CB, Turner NS, Lee GC, Haidukewych GJ. Open ankle fractures in patients with diabetes mellitus. Clin Orthop Relat Res 2003:37– 44
- Jiranek WA, Hanssen AD, Greenwald AS. Antibiotic-loaded bone cement for infection prophylaxis in total joint replacement. J Bone Joint Surg Am 2006;88:2487–2500
- Niedhart C, Miltner O, Zilkens K-W, Niet hard FU. Bakterielle Osteitis. Der Orthopäde 2004;33:297–304
- 53. Bargiotas K, Wohlrab D, Sewecke JJ, et al. Ar throdesis of the knee with a long intramedullary nail following the failure of a total knee arthroplasty as the result of infection. J Bone Joint Surg Am 2006;88:553–558
- 54. Walter G, Bühler M, Hoffmann R. Der zwei zeitige septische Hüft-TEP-Wechsel beim periprothetischen Spätinfekt: Frühergebnis se nach Implantation einer modularen re versen Hybridprothese. Unfallchirurg 2007; 110:537–547



Waagerecht

1 Kardiale Malfunktion • 8 Kurzwirksamer intravenös verfügbarer kardioselektiver Betablocker (Wirkstoff) • 13 Sepsisparameter im peripheren Blut: ...calcitonin • 14 Stuhlerbrechen • 16 Retinol = Vitamin ... • 17 Abk für ein Blutgruppensystem • 18 Physiologische Neigung der Gebärmutter: ...versio uteri • 19 Marker für die Sekretionsleistung der Betazellen im Pankreas: ...-Peptid • 20 Schlängelung der Netzhautgefäße als Zeichen einer hochdruckbedingten Netzhautdurchblutungsstörung bei Aortenisthmusstenose (Syndrom, Eponym) • 21 Funktionelle Herz-Kreislauf-Beschwerden bei Darmerkrankungen (Syndrom, Eponym) • 23 Neurologisches Symptom beim Kleinhirninfarkt: ...-trie • 24 Abk. für Interkostalraum • 25 Säureschutzmantel der Haut = ...-Barriere (Eponym, Göttinger Physiologe 1898–1953) • 26 Größtes Stoffwechselorgan des menschlichen Körpers • 29 Apoplexia cerebri (dtsch.)

Senkrecht

1 In den Mastzellen gebildeter Blutgerinnungshemmer • 2 Anästhesiologischer Handgriff zum Offenhalten der oberen Luftwege (Eponym) • 3 Gürtelrose: Herpes ... • 4 Erregungsleitungsstörung zwischen Sinusknoten u. Vorhof = ...-Block (Abk.) • 5 Großer epileptischer Anfall: ...mal • 6 Abk. für Endokrine Orbitopathie • 7 Operativer Wundverschluss • 9 Neurologische Untersuchungsmethode der Schweißsekretion = ...-Test (Eponym) • 10 Geburtshilflicher Handgriff zur Feststellung der Höhe des Kindskopfes sub partu (Eponym) • 11 Männliche Keimdrüse (griech.) • 12 Vita (dtsch.) • 13 Unwillkürl. Hin- u. Herzucken der Augen um die Mittellage = ...nystagmus • 15 Trochanter major = großer ...hügel • 17 Akute Enzephalopathie mit Fettleberhepatitis bei Kindern, nach Acetylsalicylsäure-Einnahme beschrieben (Eponym, Syndrom) • 22 Abk. für Multiple Endokrine Neoplasie • 27 Chem. Elementsymbol für Barium • 28 Wiederkehrende Entzündung = ...infektion

© Özgür Yaldizli

Vorbildliche Aktivitäten in der Suchtprävention gesucht:

Diesjähriger landesweiter Wettbewerb "Suchtprävention – Der Impuls" am 1. September gestartet!



Die Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) führt auch in diesem Jahr den landesweiten Wettbewerb wieder mit Unterstützung der BARMER Hessen durch. Alle hessischen Institutionen wie Kindertagestätten und Schulen, Kommunen und Vereine sind nun aufgerufen, bis zum 30. November 2008 ihre suchtpräventiven Projekte und Aktivitäten einzureichen. Die BARMER Hessen stellt ein Preisgeld von insgesamt 2.500 Euro zur Verfügung. Die Hessische Sozialministerin, Silke Lautenschläger,

hat die Schirmherrschaft für den Wettbewerb übernommen, um die Bedeutung der Suchtprävention hervorzuheben und zu fördern.

Weitere Informationen und die Anmeldeformulare finden Sie unter: www.hls-online.org

V. Hessisches Schlaganfallsymposium

Aktuelle Probleme und Perspektiven

10. Dezember 2008

14:00 Uhr

Akademie der Landesärztekammer "Saal Frankfurt" in Bad Nauheim

Eine Veranstaltung der: Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen, Arbeitsgruppe Schlaganfall Hessen, in Zusammenarbeit mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen.

Das komplette Programm kann angefordert werden: Gabriele Müglich, Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen, Frankfurter Straße 10–14, 65760 Eschborn, E-Mail: gmueglich@gqhnet.de

Multiresistente Keime – MRSA, MRE, VRE etc.

Rückbesinnung auf bewährte Hygienemaßnahmen ist Gebot der Stunde Ursel Heudorf, Rolf Tessmann

RSA und andere multiresistente Keime standen auf der Agenda der gemeinsamen Fortbildung der Sektionen Umweltmedizin und Hygiene sowie Öffentliches Gesundheitswesen am 6. September 2008 in Bad Nauheim. Professor Thomas Eikmann, Institut für Hygiene und Umweltmedizin Universität Gießen, konnte erfreulich viele Fortbildungsteilnehmer begrüßen und forderte angesichts der zunehmenden Problematik der Multiresistenzen bei Krankheitskeimen in den Kliniken ein standardisiertes Vorgehen in allen Bereichen.

MRSA – bereits lange bekannt ...

PD Dr. Ursel Heudorf, Stadtgesundheitsamt Frankfurt, stellte den aktuellen Sachstand zu MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) inner- und au-Berhalb vom Krankenhaus vor. Deutschland ist eines der Länder mit dem stärksten Anstieg der MRSA-Problematik in den letzten Jahren; inzwischen sind mehr als 20 bis 25% der Staphylococcus aureus Nachweise in klinisch relevantem Material Methicillin-resistent. Diese Rate hatte Anfang der 1990er Jahre noch bei 1 bis 2% gelegen. Die Inzidenzdichte hat nach der KISS-Erhebung von 2004 bis 2007 um 50% auf einen MRSA-Fall (Aufnahme) pro 1.000 Patiententage zugenommen, die mittlere "MRSA-Last", die den Kolonisationsdruck in einem Krankenhaus aufzeigt, stieg im gleichen Zeitraum von 1,2 auf 1,6 MRSA-Tage/100 Patiententage.

Durch den Anstieg der MRSA-Problematik im Krankenhaus nimmt offenbar auch die Problematik in Altenpflegeeinrichtungen zu, auch wenn hier die Datenlage nicht so gut ist wie im klinisch stationären Bereich. Risikofaktoren sind eindeutig Verletzungen der Hautbarriere (Wunden, Ulcera, Decubiti und Katheter etc.) sowie Krankenhausaufenthalte in der Anamnese.

Was ist zu tun? Die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut von 1999 zum Umgang mit MRSA im Krankenhaus hat an Aktualität nichts verloren: im Krankenhaus sind intensive und eingreifende Hygienemaßnahmen vordinglich: Isolierung der Patienten, Schutz der Pflegenden (Handschuhe, Kittel, Mundschutz) und Flächendesinfektion. Zentraler Baustein der Hygiene ist und bleibt aber die gute Händedesinfektion. Patienten sollen entlassen werden, sobald ihr klinischer Zustand es zulässt. Dies stellt kein Risiko für gesunde Kontaktpersonen z.B. in der Familie dar.

Zum Umgang mit MRSA in Altenpflegeheimen sind die wesentlichen Maßnahmen in der im Jahre 2005 erschienen Richtlinie der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention "Infektionsprävention in Heimen" festgelegt: konsequent eingehaltene gute Standardhygienemaßnahmen sind die Basis für den Umgang mit besiedelten Bewohnern. Eine Einzelzimmerunterbringung ist nicht grundsätzlich erforderlich, kann aber bei Vorliegen der o.g. Risikofaktoren empfohlen werden. Eine Isolierung ist aus infektionsepidemiologischen Gründen nicht notwendig und steht dem rehabilitativen und Wohnungscharakter der Altenpflegeheime entgegen. Auch in Altenpflegeheimen ist eine gute Händehygiene das A und O der Prävention.

... doch mit neuer Variante

In den letzten Jahren wird zunehmend auch über caMRSA berichtet, einem *Staphylococcus aureus* mit, teilweise auch ohne Methicillin-Resistenz – mit dem lukS-lukF-Gen für Panton-Valentin-Leukozidin, einem Toxin, das schwere tiefe Haut- und Weichteilinfektionen bahnt.

Bislang ist dieser Keim eher in Gemeinschaften außerhalb von Krankenhäusern beschrieben, u.a. bei Sportlern mit Körperkontakt (z.B. Trikottausch beim Fußball) und bei Männern mit Geschlechtsverkehr mit Männern.

ESBL breiten sich aus ...

Professor Dr. Reinier Mutters, Hygieneinstitut Universität Marburg, berichtete über ESBL (extended spectrum ß-lactamase producing) Enterobacteriacaeae, gramnegative Enterobakterien mit ß-Laktamasen mit breitem Wirkungsspektrum, die nicht nur gegen Penicilline, Drittgeneration-Cephalosporine sondern auch gegen Chinolone und oft auch gegen Aminoglycoside resistent sind, so dass neben Carbapenemen bisweilen fast nur noch Colistin für die Therapie übrig bleibt.

Diese 1983 erstmals in Frankreich nachgewiesenen Keime haben sich inzwischen weltweit ausgebreitet. Mehr als 120 verschiedene auf Plasmiden codierte Enzyme können für die Resistenz verantwortlich sein. Über die Plasmide kann die Information der erweiterten Antibiotikaresistenz auch an andere Spezies weitergegeben werden, z.B. von E. coli auf Klebsiellen, Enterobacter oder Pseudomonaden. Dies und auch die sehr niedrigen maximalen Hemmkonzentrationen für die Antibiotika machen die Diagnostik sehr schwierig. Eine valide Diagnostik wird bislang nur von wenigen Zentren angeboten. ESBL-Infektionen in Kliniken sind immer mit erheblich verlängerter Liegedauer, bis zu 50% Therapieversagen und erhöhter Letalität verbunden. Darüber hinaus hat sich in den letzten Jahren bei E. coli und Klebsiellen ein CTX-M Typ (Cephotaxim-resistenter Typ München) entwickelt, der sich durch eine extrem hohe Kontagiosität auszeichnet. Die Umstellung auf andere Antibiotika alleine kann statt zu einer Problemminderung zu einer Problemverschiebung führen. So führte angesichts einer ESBL-Problematik bei Klebsiellen auf einer Intensivstation die Umstellung von Fortum auf Imipenem zwar zu einem Rückgang der ESBL-Klebsiellen, jedoch zu einem Anstieg der Imipenem-Resistenz bei Pseudomonaden. Vor diesem Hintergrund sind streng eingehaltene Standard-Hygienemaßnahmen eindeutig zu priorisieren (d.h. Händedesinfektion, Kittelpflege, Flächendesinfektion). In den USA wird eine strikte Isolierung empfohlen, die Professor Mutters aber - datenbasiert anhand eigener Untersuchungen und in Übereinstimmung mit anderen Experten - für nicht erforderlich hält, ebenso wenig wie eine Antibiotikagabe zur Sanierung. Hier lautete seine klare Auskunft: Antibiotika sind Therapeutika! Zur Sanierung von Darmkeimen sind sie weder erfolgreich noch hilfreich, da sie nur zu weiterem Resistenzdruck führen.

dazu kommen toxinbildende Clostridien ...

"Bakterium mutiert zur Giftfabrik", so die eingängige und durchaus zutreffende Meldung einer Tagszeitung zum toxinbildenden Clostridium difficile. Professor Mutters legte dar, dass die Besiedelung von gesunden Erwachsenen mit < 3 % angegeben wird. Hospitalisierte Patienten sind hingegen in 10 bis 25 % der Fälle mit diesem Erreger kolonisiert, bei längerer Verweildauer sind mehr als 50% kolonisiert. Clostridium difficile gilt damit als nosokomialer Erreger. Infektionen mit diesem Erreger treten insbesondere nach Antibiotikatherapien auf, die zu einer Reduktion der Normalflora des Darmes führen und dem Clostridium difficile einen Standortvorteil verschaffen. Clostridium difficile-assoziierte Diarrhoen (CDAD) weisen eine 30-Tage-Letalität von 6% auf und sind mit Liegezeitverlängerungen um 8 bis 35 Tage und damit auch einer erheblichen ökonomischen Belastung verbunden.

Seit 2001 ist in den USA, aber auch in Europa zunehmend eine neue Variante des altbekannten Erregers beschrieben, hochinfektiös und hochvirulent (Synonyme: North American PFGE type 1, UK PCR ribotype o27 oder Toxinotype III). Schon zwei Keime verursachten im Tierversuch eine manifeste schwere Infektion. Zunehmend sind dabei auch jüngere Menschen betroffen. Die Infektionen werden nicht nur im Krankenhaus erworben und stehen nicht unbedingt im Zusammenhang mit vorangegangenen Antibiotikatherapien. Im Herbst 2007 wurde dieser neue Keim erstmals auch in Deutschland nachgewiesen. Darüber hinaus sind inzwischen auch Resistenzen dieses Keimes gegen Fluorchinolone und Cephalosporine beschrieben. Als Therapie-Optionen bleiben derzeit nur Metronidazol (cave: in Spanien bereits 9% resistent) und in zweiter Linie Vancomycin (mit dem Risiko für VRE (s. u.), sowie nach den vorliegenden in-vitro Daten eventuell noch das neue Tigecyclin, während Probiotika sich nach Metaanalysen nicht bewährt haben.

Bleibt also auch hier ausschließlich die Hygiene als Präventivmaßnahme. Problem des sporenbildenden Keimes ist, dass die Sporen nicht nur durch Kontakt sondern auch leicht aerogen übertragen werden, sehr umweltresistent sind und durch die gängigen Hände- und Flächendesinfektionsmittel nicht inaktiviert werden. Deshalb ist neben striktester (Kontakt)Isolierung eine strikt patientenbezogene Nutzung von Medizinprodukten, täglicher Wechsel der Bettwäsche und ein Umstellen der Flächendesinfektion auf Sauerstoffabspalter unabdingbar. Ganz zentral ist aber die sachgerechte Händehygiene, d.h. ein zusätzliches intensives Händewaschen zur Verminderung der Sporenkonzentrationen auf den Händen vor der (gegen Bakterien und Viren, nicht aber gegen Sporen wirkenden) alkoholischen Händedesinfektion.

... und vancomycinresistente Enterokokkken (VRE)

Christiane Hofmann, wissenschaftliche Assistentin am Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Universität Gießen. berichtete über VRE, Vancomycinresistente Enterokokken, die nach MRSA und ESBL mit einer Häufigkeit von 12% Platz 3 der nosokomialen multiresistenten Infektionserreger in Deutschland einnehmen. Auch diese Keime wurden in den 1980er Jahren erstmal beschrieben und sind inzwischen weltweit verbreitet. Klinisch bedeutsam sind zwei transferable Glycopeptidresistenztypen, der VanA-Typ (Vancomycin- und Teicoplanin-Resistenz) und der VanB-Typ (Vancomycionresistenz). Innerhalb dieser beiden Glykopeptidresistenztypen dominiert bei den Enterokokken-Isolaten der VanA-Resistenztyp, dessen Hauptreservoir in E. faecium liegt. In den letzten Jahren kam es zu einem vermehrten Auftreten von epidemisch virulenten E. faecium-Stämmen, die dem klonalen Komplex CC17 angehören. Bei den CC17 E. faecium-Isolaten handelt es sich um krankenhaus-adaptierte Stämme die mit zusätzlichen Virulenzfaktoren ausgestattet sind, und daher über Standortvorteile und eine bessere Ausbreitungsfähigkeit im Vergleich zu anderen E. faecium-Stämmen verfügen.

Ungefähr 95% der VRE-Infektionen in Deutschland werden durch *E. faecium*, und 5% durch *E. faecalis* verursacht. Risikofaktoren für VRE-Kolonisationen sind: Aufenthalt auf Intensivstationen, medical devices (zentralvenöse oder Harnwegskatheter), hochgradige Immunsuppression, Breitspektrum-Antibiotika sowie die Nähe zu VRE-besiedelten/infizierten

Patienten. VRE werden vor allem in Urin, aber auch in Wundabstrichen und Stuhlproben sowie in Bronchialsekret, Blut und Sputum nachgewiesen. Gefürchtet sind der Transfer der Van-Resistenzgene von Enterokokken auf MRSA und die deutlich erhöhte Mortalität bei Immunsupprimierten. Denn VRE's besitzen bei immunsupprimierten Patienten im Vergleich zu vancomycinsensiblen Stämmen eine Sterblichkeitsrate von bis zu 58%. Hauptübertragungswege sind wieder die Hände, weshalb auch bei diesem multiresistenten Keim die Händedesinfektion. aber auch die anderen Hygienemaßnahmen unabdingbar sind, zur Verhütung weiterer Ausbrüche.

Da hilft nur noch Hygiene ...

Was diese Hygienemaßnahmen wie Kittelpflege und Mund-Nasenschutz beim Personal sowie die Isolierung des Patienten für den Pflegealltag aber auch für das Befinden der Patienten bedeuten, wurde in dem Vortrag von Kay Uwe Wucher, Hygienefachkraft und Lehrer für Pflegeberufe am Standort Gießen der Universitätsklinik Gießen-Marburg GmbH, deutlich. Die Hygieneforderungen stoßen oft an baulich-funktionale aber auch organisatorische und personelle Grenzen. Personelle Unterbesetzung und hoher Zeitaufwand für die Pflege erschweren die Umsetzung der Hygieneforderungen. Bei Patienten lösen diese oft Ängste, Verunsicherung bis hin zu Wut und Aggressionen aus. Diese Reaktionen sind gut nachvollziehbar, wenn man sich vorstellt, als Patient nur noch vermummte Menschen zu sehen, die man nicht (er)kennt, da sie sich im Wissen sich einmal bekannt gemacht zu haben nicht jedes Mal wieder mit ihrem Namen vorstellen. Dies führt zu Verunsicherung bei den Patienten, die oft durch kleine Unterschiede im Vorgehen des Personals noch gesteigert wird.

Wuchers Forderungen: klare Information und klares Verhalten aller an der Versorgung der betreffenden Patienten Beteiligter im Sinne eines berufsgruppen- übergreifenden therapeutischen Teams, klare Kommunikation, klare Strukturen und durchdachte Organisation helfen, Unsicherheiten und Abwehr und damit die Nichteinhaltung von notwendigen Hygienemaßnahmen zu vermeiden.

und Zusammenarbeit aller in Netzwerken

In ihrem abschließenden Referat "MRE aus Sicht des öffentlichen Gesundheitswesens" stellte PD Dr. U. Heudorf ein Zitat aus dem Report der ECDC (Europäische Gesundheitsbehörde) vor, wonach die bedeutendste Krankheitsbedrohung in Europa die multiresistenten Keime und die nosokomialen Infektionen darstellen. Jährlich erwerben etwa drei Millionen Menschen in Europa eine Krankenhausinfektion, und 50.000 versterben daran. Diese Zahl ist deutlich höher als die der geschätzt neu erworbenen HIV-Infektionen mit 28.000/Jahr.

Vor diesem Hintergrund hat die Gesundheitsministerkonferenz der deutschen Bundesländer im Jahre 2006 empfohlen, regionale Netzwerke zu gründen, die koordiniert durch den öffentlichen Gesundheitsdienst - das Ziel der Verminderung von MRSA sowie der Verbesserung der Versorgung von Patienten mit MRSA verfolgen. Da sich jedoch viele Probleme bei MRSA auf andere MRE übertragen lassen, können diese Netzwerke auch andere MRE umfassen. Als Vorbild wurde das EUREGIO Projekt MRSA-Net genannt, das sehr gute und umfangreiche Informationsmaterialien und Handlungsanweisungen erarbeitet hat (www.mrsanet.org). Standbeine eines solchen Netzwerkes sind u.a. ein runder Tisch mit allen Akteuren (Krankenhäuser, Rehabi-

litationskliniken, ambulante und stationäre Altenpflege, niedergelassene Ärzte, Rettungsdienst und Krankentransport, KV, Ärztekammer, Kassen und der Öffentliche Gesundheitsdienst), eine gute Abstimmung der in den verschiedenen Bereichen angemessenen und einzuhaltenden Hygienestandards, Fortbildung der Fachleute und aktive Aufklärungsarbeit in der Öffentlichkeit. Heudorf berichtete, dass derzeit ein solches Netzwerk im Rhein-Main-Gebiet vorbereitet wird und bat alle Anwesenden aus dieser Region um Teilnahme und Unterstützung. Die lebhaft geführte Abschlussdiskussion mit Dr. Markus Schimmelpfennig als Vertreter der Sektion öffentliches Gesundheitswesen, Professor Eikmann und PD Dr. Heudorf und zahlreichen Diskussionsbeiträgen aus dem Auditorium wurde von Professor Eikmann beschlossen mit Gedanken, wie der Bedarf an ausgebildeten Hygienikern, die derzeit gut bezahlte Mangelware sind, gedeckt werden kann; diskutiert werde neben einer neuen Facharztrichtung auch eine Akademisierung der Hygiene in der Pflege. Unabdingbar sei jedenfalls, dass die RKI-Richtlinie, die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (www.rki.de) den ihr angemessenen Stellenwert erhalte und als verbindlich einzuhaltender Hygienestandard etabliert und in den Einrichtungen umgesetzt werde. Nur so sind die eindrücklich geschilderten Herausforderungen zu meistern.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Ursel Heudorf
Stadtgesundheitsamt Frankfurt
Abteilung Medizinische Dienste
und Hygiene
Braubachstraße 18–22
60311 Frankfurt
E-Mail: ursel.heudorf@stadt-frankfurt.de

Dr. Jörgen Schmidt-Voigt in frühen Jahren

Studium und ärztliche Weiterbildung in der Zeit des Nationalsozialismus Hans Böckler



Zahlreiche Dokumente und Erinnerungen von Zeitzeugen weisen auf Dr. Jörgen Schmidt-Voigts mutiges und aufrechtes Verhalten in der NS-Zeit hin. Dabei hat der Einfluss des Vaters und der Schule, ver-

treten durch den Klassenlehrer Professor Otto Schumann, Spuren im Leben von Jörgen hinterlassen.

Seine Position als HJ-Arzt habe er benutzt, so Schmidt-Voigt, um "Sand in das Kugellager des Nationalsozialismus zu streuen", wobei die zusätzliche Bewertung seiner Aktivitäten als aktiver Widerstand doch als etwas überzogen erscheint. Es gehörte damals viel Mut und Überzeugungskraft dazu, mit offenen Worten und einer festen Haltung in dieser Zeit zu überstehen, und dies allein verdient hohe Anerkennung.

Im Oktober 2004 erinnerten Worte des Gedenkens in dieser Zeitschrift an den am 16. Juli verstorbenen Dr. Schmidt-Voigt. Dabei wurde auch auf seine langjährige Aktivität in der ärztlichen Weiterbildung und die Stiftung seiner Ikonensammlung an die Stadt Frankfurt hingewiesen. Anlässlich des 90. Geburtstages ist nun nachträglich ein Buch über den Stifter mit einem ausführlichen Beitrag über die frühen Jahre Schmidt-Voigts geplant, das nach Angaben des Ikonenmuseums als Herausgeber bis Ende des Jahres erscheinen soll. Die Zeit seines Studiums und der ärztlichen Fortbildung ist offensichtlich bislang weitgehend unbekannt. 1942 hatte ich einmal Kontakt mit Dr. Schmidt-Voigt in seiner Position als HJ Gebietsarzt. Erweiterte erfolgreiche Recherchen in zwölf Archiven trugen dazu bei, die damaligen Aktivitäten Schmidt-Voigts von vielen Seiten zu beleuchten.

Dabei zeigt der Einfluss der Schule eine Bestätigung durch umfassendes Aktenmaterial, das Studiendirektor a.D. Manfred Capellmann im Archiv des Lessing-Gymnasiums fand.

Ein im vergangenen Jahr zufällig aufgetauchtes Buch des ehemaligen Lessingschülers Richard Hey mit "Erinnerungen an Jörgen", beschreibt die lange Zeit unbekannten Aktivitäten Schmidt-Voigts als HJ-Kriegsgebietsarzt. Unter seiner persönlichen Leitung habe sich in der Residenz des Bannführers am Mainufer eine "antinazistische HJ-Einheit", die Gebietsfeldscherschar, regelmäßig getroffen. Dabei seien Vorträge von Jörgen über teilweise verbotene Themen der Literatur, Musik, Malerei und der jüdischen Kultur gehalten worden.

In schonungsloser Offenheit hätten Angehörige der Studentenkompanie über den Vernichtungskrieg im Osten und die Taten der Waffen-SS berichtet. Auch sei die Gruppe theoretisch und praktisch im Sanitätsdienst ausgebildet worden.

Diese auf Erinnerung eines einzelnen Zeitzeugen beruhenden Aussagen sollten durch weitere Recherchen abgeklärt werden. So fand sich im Staatsarchiv Wiesbaden die umfangreiche Entnazi-

fizierungsakte von Dr. Schmidt-Voigt, welche die in Heys Beitrag geschilderten Angaben weitgehend bestätigen. Es handelt sich bei den zahlreichen eidesstattlichen Erklärungen zur Entlastung nur um Aussagen von Personen, zu denen er längeren persönlichen Kontakt hatte. Jörgen war durch seine antinazistische Haltung dem langjährigen Klassenlehrer Professor Otto Schumann verbunden, wie aus den Akten hervorgeht. Der spätere Chef Schmidt-Voigts in der Universitäts-Kinderklinik Professor de Rudder, selbst nicht Mitglied in der NSDAP und informiert über die politische Haltung seines Mitarbeiters, sieht sich veranlasst, ihn zur Vorsicht zu mahnen. Als Zeitzeuge bezeichnete kürzlich mein medizinischer Fachkollege Dr. Horst Hamacher Dr. Schmidt-Voigt als einen fanatischen Gegner des Naziregims nach zahlreichen Treffen mit seiner Familie in der Kriegszeit. Auf ein früheres persönliches Problem als HJ-Führer weist ein Schreiben von Bannführer Heilar Rieper hin, in dem der Oberprimaner wegen seiner Haltung und Nichtteilnahme an Schulungen als Fähnleinführer abgesetzt wird.

Nach den vorliegenden Spruchkammerbescheiden wurde Schmidt-Voigt unter Berücksichtigung der vorliegenden Angaben als Mitläufer eingestuft.

Das Medizinstudium von Jörgen in Frankfurt und Marburg 1936 bis 1941 ist chronologisch mit zusätzlichen Daten auf der Studentenkarte eingetragen (s. Abb. 1). Im Rahmen des studentischen Ausgleichsdienstes wurde er der Sozialstelle der HJ als Kameradschaftsführer zugewiesen und mit Schreibarbeiten und Sanitätskursen beschäftigt. Nach eigenen Angaben boten die von ihm geleiteten Sanitätskurse die "Möglichkeit, einen kleinen Kreis Jugendlicher zu sammeln, um sie unter dem Schein fachlicher Sanitätsausbildung in einer Weise erzieherisch zu beeinflussen, die den Absichten der HJ zuwider lief". Diese illegale Erziehungstätigkeit war in sofern gewagt als der Vater, Oberstudienrat Schmidt-Voigt, als Nazigegner in gewissen Kreisen bekannt war.

Im dritten vorklinischen Semester stellte sich auch für stud. med. Schmidt-Voigt die Frage der Mitgliedschaft in der NSDAP. Nach intensiven Recherchen und nach schriftlicher Auskunft des Berlin Document Center, scheinen seine Angaben zum kollektiven Parteieintritt glaubwürdig.

Schon im ersten klinischen Semester begann er unter Leitung von PD Dr. Bennholdt-Thomsen, langjähriger Oberarzt der Universitätskinderklinik, mit einer umfangreichen wissenschaftlichen Arbeit, die später als seine Dissertation publiziert wurde. Die Arbeit befasste sich mit dem gegenwärtigen Eintritt und die Acceleration der Pubertätsentwicklung der männlichen Jugend einer Großstadt. Vier Tage nach der Approbation am 14. März 1941 fand schon das Kolloquium zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde statt. Sowohl die mündliche als auch die schriftliche Arbeit wurde mit der Note "sehr gut" beurteilt.

Im Hinblick auf die Weiterbildung als Internist war Dr. Schmidt-Voigt zunächst

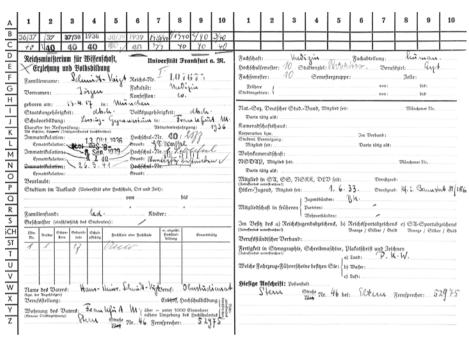


Abb. 1 Studentenkarte von Jörgen (Quelle: Universitäts-Archiv Frankfurt)

zeitlich uneingeschränkt als Assistent in der Medizinischen Universitätspoliklinik unter Leitung von Professor Max Gänsslen tätig. Der genaue Zeitraum und der Stand der folgenden Weiterbildung an der Universitätsklinik ist nicht exakt anzugeben, da trotz intensiver Recherchen auch im Archiv der zuständigen Landesärztekammer keine entsprechenden Unterlagen zu finden waren. Nach Angaben von Schmidt-Voigt war wohl die jugendärztliche Forschungsstelle der Hauptarbeitsplatz. Wegen der zusätzlichen Tätigkeit im KLV-Hilfskrankenhaus Eppstein und als Gebietsarzt war die Arbeit als Assistent in den letzten beiden Kriegsjahren gelegentlich zeitlich eingeschränkt. Ein Antrag Schmidt-Voigts vom 19. Januar 1942 auf Freistellung als Gebietsarzt wurde von der Reichsjugendführung abgelehnt. Ende 1943 wurde die ehemalige Erholungsstätte der evangelisch-reformierten Gemeinde in der Stadt Eppstein im Taunus in ein KLV Hilfskrankenhaus umgewandelt. Für die verbleibenden 1 1/2 Kriegsjahre fanden hier Kinder Auf-

nahme, die in den von der HJ geleiteten Lagern der Kinderlandverschickung erkrankt waren. Die Probleme der 1940 eingeschulten Kinder in KLV Lagern werden in meinem Nachtrag zu "Schule in der Kriegszeit" eingehend geschildert. Das neugegründete KLV Hilfskrankenhaus, damals angeblich das erste Jugendkrankenhaus in Deutschland, war räumlich und personell mit der jugendärztlichen Forschungsstelle der Universitätskinderklinik Frankfurt verbunden. Nach Aussagen von Kollegen war Schmidt-Voigt einigen zugewiesenen kranken Jugendlichen behilflich mit Krankschreiben und verlängertem Krankenhausaufenthalt.

Am 15. November 1944 traf in Eppstein ein Brief des Hauptbannführers an den Kriegsgebietsarzt ein mit dem Vorwurf mangelndem Westeinsatz.

Im Oktober 1940, noch im letzten Semester, übernahm Jörgen Schmidt-Voigt auf Veranlassung des Oberarztes Priv.-Doz. Dr. Bennholdt-Thomsen dessen HJ Position, zunächst als stellvertretender Kriegsgebietsarzt. Der langjährige Ober-

Historisches



Abb. 2 Aus dem Nachlass Schmidt-Voigt

arzt war inzwischen nach Prag gerufen worden. Als Gebietsarzt war Dr. Schmidt-Voigt nun für das gesamte damalige Gebiet Hessen-Nassau zuständig und unterstand damit rangmäßig direkt der Reichsjugendführung in Berlin.

Im September 1941 wurde die Gebietsfeldscherschar gegründet (s. Abb. 2), die unter persönlicher Leitung von Jörgen Schmidt-Voigt stand. Nach Angaben des engsten Mitarbeiters cand. med. Berglar-Schröer in einer Studenten-Kompanie wurde der Versuch unternommen, die etwa 50 Jungen entgegen Staat, Schule und manchmal auch gegen Elternhaus im christlichen, humanistischen, demokratischen Sinne zu erziehen. In einem Bericht über das erste Halbjahr, den mir Lena Schmidt-Voigt aus dem Nachlass zur Verfügung stellte, schreibt er: "Kenntnisse der Ersten Hilfe voraussetzend wurden zusammenhängende Themen der Medizin aus der Anatomie und Physiologie besprochen". Im gleichen Umfang wurden auch künstlerisch-geisteswissenschaftliche Themen bei der geplanten Ausbildung berücksichtigt.

Nach Auflösung der Einheit im Sommer 1943 erinnerten sich später noch zahlreiche Flakhelfer in Briefen an den "lieben Jörgen" an die positiv erlebte gemeinsame Zeit.

Probleme in der Nachkriegszeit als leitender Arzt im Krankenhaus Eppstein

In den letzten Kriegsmonaten suchten bei den zahlreichen Luftangriffen und der Zerstörung vieler Kliniken zunehmend auch Erwachsene das Hilfskrankenhaus Eppstein auf. Es hatte bei der Bevölkerung einen guten Ruf.

Bei Kriegsende am 8. Mai 1945 war das Haus zum großen Teil mit erwachsenen Patienten belegt. Auf Veranlassung des Bürgermeisters Fritz Maul wurde das damalige Hilfskrankenhaus von der Stadt Eppstein übernommen. Für die nunmehr geplante Erweiterung mit Neubauten war überwiegend der Landrat Heinrich Weiss, der Dr. Schmidt-Voigt seit 1943 persönlich kannte, verantwortlich. Nach einer Erklärung vom 28. November 1946 berichtet der Kreisdeputierte Weiss über eingehende Gespräche mit dem damaligen Gebietsarzt, zu einer Zeit, als er als früheres SPD- und Gewerkschaftsmitglied mehrfach wochenlang in Gestapogefängnissen festgehalten wurde. Nach der Entlassung habe er sich jedes Mal mit Schmidt-Voigt eingehend unterhalten und dabei dessen entschiedene Ablehnung des Nationalsozialismus festgestellt. Manchmal habe er ihn auch zur Vorsicht wegen seiner scharfen Äußerungen ermahnen müssen. Auch über die Aktivitäten in der HJ Feldschereinheit war Weiss informiert. Nach Kriegsende blieb er mit Dr. Schmidt-Voigt weiter in Verbindung. In seiner Amtstätigkeit als Landrat 1945/1946 weist Heinrich Weiss auf die vorübergehenden Probleme des leitenden Krankenhausarztes Schmidt-Voigt hin. Bei dem Zusammenbruch 1945 seien eine nicht unerhebliche Anzahl von

Bewohnern des Kreises, angeblich "aus Angst von ihm abgerückt".

Dr. Schmidt-Voigt habe trotz amtlicher Aufforderung seinen Weggang entschieden abgelehnt, da er ein reines Gewissen habe. So sei er durch seine Standhaftigkeit dem Krankenhaus Eppstein erhalten geblieben.

Noch am 14. November 1945 beantragt der Landrat für Dr. Schmidt-Voigt die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit bei der Ärztekammer in Frankfurt, zumal das Haus ständig mit 60 Betten aus allen Bevölkerungsschichten belegt sei. Der Vorsitzende der Ärztekammer in Frankfurt, Dr. Mündel, bestätigte am 13. Dezember 1948 nach Lizenzbeantragung die vorläufige Einsetzung von Dr. Schmidt-Voigt als praktischer Arzt in Eppstein nach rechtskräftiger Einstufung durch die Spruchkammer als Mitläufer.

Bei der Einweihung des Neubaues im Februar 1955 stellte der Hessische Innenminister Zinnkann fest: "Aus einer Kriegsnotwendigkeit entstanden, hat sich das ehemalige Hilfskrankenhaus in Eppstein/ Taunus dank seiner hervorragenden ärztlichen Leistungen zu einem allgemeinen Krankenhaus entwickelt, das aus dem Main-Taunus-Kreis nicht mehr fortzudenken ist". Dr. Schmidt-Voigt hatte inzwischen seit dem 30. November 1949 die vorläufige Anerkennung als Facharzt für Innere Erkrankungen und erweiterte das diagnostische und therapeutische Spektrum in seiner Klinik im Laufe der Zeit ständig.

Literatur und Archivakten beim Verfasser

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Hans Böckler Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Sportmedizin Ditmarstraße 36 60487 Frankfurt



I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Medizinische Versorgung und Befunderhebung nach Vergewaltigung

Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt in Kooperation mit der Landesärztekammer Hessen

Gefördert durch das Hessische Sozialministerium

Themen: Vorstellung eines neuen Dokumentationsbogens - Klärung von Sachfragen (rechtsmedizinische Fragestellungen, Abrechnungspraxis) - Die Rolle als sachverständige Gutachter/Zeugen in der Hauptverhandlung – Fallbeispiele – Untersuchung ohne vorherige Anzeigeerstattung - Hilfesystem vor Ort

Samstag, 08. Nov. 2008, 09:00 Uhr - 16:00 Uhr Leitung: Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim Teilnahmebeitrag: € 110 (Akademiemitgl. 99)

Veranstaltungsort: 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

15. Wiesbadener Geriatrie Kolloquium

In Zusammenarbeit mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen

Palliativmedizin in der Geriatrie

Themen: Palliativmedizin in der Geriatrie: Sinnvolle Ergänzung oder überflüssiges Angebot - Rechtliche Aspekte der Patientenautonomie -Schmerzerfassung bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz – Palliative Versorgung beim betagten Patienten - Möglichkeiten eines beseelten Arbeitens in der Palliativmedizin – Möglichkeiten einer Palliativbehandlung beim betagten Patienten aus Sicht der Physiotherapie – Wundversorgung bei komplexen Wunden in palliativ care – Angst und Panikattacken in der Palliativmedizin - Lebensqualität - auch am Lebensende - Plädoyer für eine würdevolle Palliativmedizin aus Sicht der LÄK Hessen

Samstag, 15. Nov. 2008, 09:00 c.t. - 16:30 Uhr Leitung: Dr. med. W. Knauf, Wiesbaden

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

Tagungsort: Wiesbaden,

Biebricher Schloss

Anmeldung bitte schriftlich an: Sekretariat Dr. med. W. Knauf,

Frau Schauß, Tel.: 0611 8472802, Fax: 0611 8472803,

E-Mail: c.schauss@asklepios.com

Hautkrebs-Screening

Diese Fortbildung zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen richtet sich in erster Linie an Allgemeinärzte und erfolgt nach den Richtlinien der KV. Mit dieser achtstündigen Fortbildungsmaßnahme werden Sie umfassend über die Diagnostik und medizinische Bedeutung des Hautkrebses informiert.

Freitag, 28.11.2008, 12:00 - 20.00 Uhr

Leitung: Dr. med. Ph. Deppert, Bechtheim

Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

Teilnahmebeitrag: € 170 (Akademiemitgl. € 153)

(inkl. Pausenverpflegung) zzgl. € 70 Schulungsmaterial

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

nächster Termin: Freitag, 05. Dez. 2008

Aktuelles aus der Arbeitsmedizin

Samstag, 1. Nov. 2008, 09:15 - 14:15 Uhr

Leitung: Ass. H. Bäder, Mainz

Dr. med. D. Kobosil. Bad Nauheim

Univ.-Prof. Dr. med. H.-I. Woitowitz, Gießen

Teilnahmebeitrag: € 25 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

9 P

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

Repetitorium Innere Medizin 2008

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung insg. 51 P

oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse

Unter der Gesamtmoderation von Prof. Fassbinder und Mitwirkung zahlreicher Referenten wird dabei das Gesamtgebiet der Inneren Medizin abgehandelt.

Montag, 10. Nov. - Samstag, 15. Nov. 2008

Programmübersicht:

9 P Montag, 10. Nov. 2008

Gastroenterologie

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

Kardiologie

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

Dienstag, 11. Nov. 2008

Kardiologie

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

Internistische Intensivmedizin

Prof. Dr. med. H. D. Walmrath Mittwoch, 12. Nov. 2008

Angiologie

Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle Pneumologie

Prof. Dr. med. C. Vogelmeier

Donnerstag, 13. Nov. 2008

Internist. Onkologie/Hämatologie

Prof. Dr. med. L. Bergmann/Prof. Dr. med. A. Neubauer

Nephrologie

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

Freitag, 14. Nov. 2008

Rheumatologie Prof. Dr. med. U. Lange/Prof. Dr. med. E. Märker-Hermann

Endokrinologie/Diabetologie

Dr. med. M. D. Brendel/Dr. med. C. Jaursch-Hancke

Samstag, 15. Nov. 2008 **Fallseminar**

Prof. Dr. med. W. Fassbinder/Prof. Dr. med. C. Hamm/

Prof. U. Lange

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

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

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

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

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

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



9 P

9 P

9 P

6 P



Interdisziplinäres Forum 2008 Lungen- und Bronchialheikunde

Rauchen und Lunge – Bronchialkarzinom Leitung: Dr. med. P. Kardos, Frankfurt a. M. Samstag, 29. Nov. 2008, 09:00 – 14:00 Uhr

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Frankfurt am Main, Nordwestkrankenhaus, Kommuni-

kationszentrum, Steinbacher Hohl 2–26, Raum Taunus **Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Zinkl, Akademie,

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

Strukturierte fachspezifische Fortbildung "Kinder- und Jugendmedizin"

Aspekte pädiatrischer Orthopädie und Traumatologie

Samstag, 29. Nov. 2008

Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiemitgl. € 45)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie, Tel: 06032 782-281, Fax: -228, E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Termine 2009: 14. Feb., 16. Mai, 29. Aug. und 28. Nov.

Chirurgie

Unfallchirurgie

Samstag, o6. Dez. 2008, 09:15 - 17:00 Uhr Leitung: PD Dr. med. Olaf Kilian, Gießen

Ösophagogastrale Chirurgie

Samstag, 14. März 2009

Leitung: Prof. Dr. med. W. Padberg, Gießen

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

Fortbildung für Assistenten in Weiterbildung und für Ärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Erkrankungen des weiblichen Genitale im Bereich der Adnexe

Mittwoch, 11. Feb. 2009, 09:00 – 16:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. W. Künzel, Gießen

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

Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

9 P

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

Termine 2009: 14. Feb., 16. Mai, 29. Aug. und 28. Nov.

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Samstag/Sonntag, 06./07. Juni 2009, jeweils 09:00 - 16:30 Uhr

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

Dr. med. H.-J. Wolfring, Seligenstadt

Teilnahmebeitrag: 260 € (Akademiemitgl. 234 €)

Teilnehmerzahl: mind. 25
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

Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218 StGB

Seminar zur Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218 StGB. Erfahrungsaustausch und Wiederholungsseminar für Ärzte, die bereits die Berechtigung zur Beratung erworben haben und erneuern wollen.

Samstag, 14. März 2009

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

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

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

17. Wartburggespräch

Ökologie des Selbst;

Beziehungsmedizin und Richtlinienmedizin

Sonntag 25. bis Dienstag 27. Januar 2009

Leitung: Prof. Dr. med. W. Schüffel, Marburg

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Musik und Medizin in der Literatur

<u>Dostojewski "Der Spieler"</u> (bereits belegt) Sonntag, 30. Nov. 2008, 11:00 – 13:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. phil. D. von Engelhardt, Lübeck

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Wiesbaden, Spielkasino

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

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





II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Stunden)

In Zusammenarbeit mit der Deutschen Ärztegesellschaft für Akupunktur e. V./DÄGfA bietet die Akademie den theoretischen Teil der Zusatzbezeichnung Akupunktur gemäß dem Curriculum der BÄK an.

I. Teil Theorie (120 Stunden) 2008

Freitag, 14. Nov. – Sonntag, 16. Nov. 2008	G4-G6	8 P/Tag
Freitag, 28. Nov Sonntag, 30. Nov. 2008	G7-G9	8 P/Tag
Freitag, 05. Dez Sonntag, 07. Dez. 2008	G10-G12	8 P/Tag

I. Teil Theorie (120 Stunden) Frühjahr 2009

Freitag, 16. Jan Sonntag, 18. Jan. 2009	G1-G3
Freitag, 13. Feb. – Sonntag, 15. Feb. 2009	G1P-G3P
Freitag, o6. März – Sonntag, o8. März 2009	G4-G6
Freitag, 24. April – Sonntag, 26. April 2009	G7-G9
Samstag, 09. Mai – Sonntag, 10. Mai 2009	G10-G11
Samstag, 16. Mai 2009	G12

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen/Fallseminare (80 Stunden)

Samstag, 17. Jan. 2009	G13
Sonntag, 18. Jan. 2009	G14
Samstag, 14. Feb. 2009	Psychosomatik 1
Sonntag, 15. Feb. 2009	Psychosomatik 1
Samstag, 07. März 2009	G15
Sonntag, 08. März 2009	G16
Samstag, 25. April 2009	G17
Sonntag, 26. April 2009	G18
Samstag, 09. Mai 2009	G19
Sonntag, 10 Mai 2009	G20
(weitere Kurse folgen)	

Leitung: Dr. med. W. Marić-Oehler, Bad Homburg

Teilnahmebeitrag: Einzelkurs € 200 (Akademie- od. DÄGfA-Mitgl. € 150), Blockbuchung G1-G3 (3 Kurse) € 525 (Akademie- od. DÄGfA-Mitgl. € 375) Blockbuchung G1P-G3P (3 Kurse) € 525 (Akademie- od. DÄGfA-Mitgl. € 375), G4-G12 (9 Kurse) € 200 pro Kurs (Akademie- od. DÄGfA-Mitgl. € 150 pro Kurs)

Bei Komplettbuchung der Kurse G4-G12 wird der Beitrag für G12 erlassen, sofern keine Stornierung erfolgt.

G13-G20 (9 Kurse) € 200 pro Kurs

(Akademie- od. DÄGfA-Mitgl. € 150 pro Kurs)

Bei Komplettbuchung der Kurse G13-G20 wird der Beitrag für G19 und G20 erlassen, sofern keine Stornierung erfolgt.

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

Tel.: 06032 782-281, Fax: -228, E-Mail: katja.baumann@laekh.de oder Frau A. Bauß, Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur e. V.

Tel.: 089 71005-13 Fax: -25, E-Mail: bauss@daegfa.de

Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Termine 2008

alte Weiterbildungsordnung ab 1999 (letztmalig 2008!)

15./16. Nov. 2008 Block 18 "Allgemeinärztl. Besonderheiten der Arzneibehandlung 12 Std./12 P

Termine 2009

neue Weiterbildungsordnung ab 1.11.2005

8 Std.
6 Std.
20 Std.
16 Std.
30 Std.

Teilnahmebeitrag: € 35 für den halben Tag (4 Std.), € 60 für den ganzen Tag (8 Std.), € 50 für 6 Std., € 95 für 12 Std., € 155 für 20 Std.

Anmeldeschluss: spätestens 14 Tage vor Seminarbeginn!

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.)

Aufbaukurs B2 Samstag, o8. - Samstag, 15. Nov. 2008 60 P Aufbaukurs C2 Samstag, 29. Nov. - Samstag, o6. Dez. 2008 60 P Teilnahmebeitrag pro Kursteil: € 490 (Akademiemitgl. € 441) Termine 2009:

Grundkurs A1 Samstag, 24. - Samstag, 31. Jan. 2009 Aufbaukurs B1 Samstag, 21. - Samstag, 28. Feb. 2009 Aufbaukurs C1 Samstag, 21. - Samstag, 28. März 2009 Grundkurs A2 Samstag, 12. - Samstag, 19. Sept. 2009 Aufbaukurs B2 Samstag, 31. Okt. - Samstag, 07. Nov. 2009 Aufbaukurs C2 Samstag, 28. Nov. - Samstag, 05. Dez. 2009

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

Curriculum "Gesundheit & Ethnisch-kulturelle Vielfalt"

Aufbaukurs 3: Afrika südlich der Sahara (ca. 16 UE)

19 P

Freitag, 14. - Samstag, 15. Nov. 2008

- gefördert durch das Hessische Sozialministerium -

Die Veranstaltung erfolgt in Zusammenarbeit mit der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen

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

Dr. med. U. Schreiber-Popović, Eppstein

Teilnahmebeitrag € 240 (Akademiemitgl. € 216)

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





Didaktik

Moderatorentraining

20 P

Freitag, 16. – Samstag, 17. Jan. 2009

Tagungsort: Bad Nauheim,

FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7 **Auskunft und Anmeldung:** Frau U. Dauth, Akademie

Tel.: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

Ernährungsmedizin

(100 Std.)

(Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer) insg. 100 P

 Teil I:
 23./24. Jan. 2009

 Teil II:
 06./07. Feb. 2009

 Teil III:
 20./21. Feb. 2009

 Teil IV:
 06./07. März 2009

 Teil V:
 20./21. März 2009

Teil VI: Hospitation (20 Std.) 27./28. März. 2009 plus 1 Tag

Klausur: 01. Apr. 2009

Leitung: Prof. Dr. med. Michael Krawinkel, Gießen

Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. Jürgen Stein, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 1.250 (Akademiemitgl. € 1.125)

Tagungsorte: Teil I bis V Bad Nauheim, FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7 Hospitation Frankfurt a. M. und Gießen Universitätskliniken

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

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

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter (16 Std.)

Freitag, 24. – Samstag, 25. April 2009 Freitag, 20. – 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

Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie

In Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung

in Rheinland-Pfalz

2009 in Rheinland-Pfalz:

Montag, 15. – Mittwoch, 17. Juni 2009 8 P/Tag

(zusätzlich zwei Tage Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter)

Teilnahmebeitrag: pro Tag € 140 ohne Verpflegung **Auskunft und Anmeldung:** Frau A. von Loeben,

Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz,

Tel.: 06131 82438-16, Fax: -10, E-Mail: vonLoeben@arztkolleg.de

2010 in Hessen:

Freitag, 11. – Sonntag, 13. Juni 2010 8 P/Tag

(zusätzlich zwei Tage Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter)
Teilnahmebeitrag: pro Tag € 150 (Akademiemitglieder € 135)

inkl. Verpflegung

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

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

Impfkurs

Samstag, 10. Oktober 2009

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. Hiltscher, Akademie,

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

Notfallmedizinische Fortbildung

Notfallmedizinisches Intensivtraining i. d. niedergel. Praxis 10 P

Samstag, 13. Dez. 2008, 10:00 – 18:00 Uhr Leitung: Dr. med. A. Dorsch, Haimhausen Bad Nauheim € 220 (Akademiemitgl. € 198)

Leitender Notarzt:

Samstag, 22. - Dienstag, 25. Nov. 2008 Kassel

Notdienst-Seminar:

Samstag, 14. / Sonntag, 15. und Samstag, 28. Feb. 2009 Samstag, 29. / Sonntag, 30. Aug. und Samstag, 12. Sep. 2009

Bad Nauheim

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst s. S. 725

Kurs "Ärzte mit Leitungsaufgaben im Rettungsdienst und seinen Schnittstellen" – nicht nur für "ÄLRD"

Kursmodul I (alleine)
Kursmodul II (alleine)
Kursmodul I + II

Mittwoch, 25. – Freitag, 27. Feb. 2009
Freitag, 27. – Samstag, 28. Feb. 2009
Mittwoch, 25. – Samstag, 28. Feb. 2009

Leitung: Dr. med. W. Lenz, Gelnhausen

Bad Nauheim

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

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

Bitte melden Sie sich direkt bei der Einrichtung an, bei der Sie den Kurs besuchen möchten.

Baby-Mega-Code-Training:

Leitung: G. Kliemann

Teilnahmebeitrag: € 140 (Akademiemitlg. € 126)
Tagungsort: Friedberg, Vitracon, Saarstraße 30

Anmeldung und Auskunft: J. Korn,

Tel.: 06031 687038-0, Fax: -1, E-Mail: jochen.korn@vitracon.de

Mega-Code Training

Sonntag, 16. Nov. 2008 Sonntag, 14. Dez. 2008

jeweils von 09:00 – 17:00 Uhr Tagungsort: Bad Nauheim,

Bildungseinrichtung der Johanniter, Schwalheimer Str. 84

Anmeldung und Auskunft: R. Pistor, Tel.: 06032 9146-31, Fax: -60,

E-Mail: rene.pistor@juh-wetterau.de

Mega-Code-Training:

ALS-Intensiv-Seminar:

Samstag, 01. Nov. 2008, 09:00 – 19:00 Uhr € 230

Leitung: Dr. med. V. Kürschner Tagungsort: Wiesbaden

Anmeldung und Auskunft: Frau A. Faust, Tel.: 0611 432-832,

E-Mail: anette.faust@hsk-wiesbaden.de

Palliativmedizin

Fallseminar Modul III o3. - o7. Nov. 2008

€ 650 (Akademiemitgl. € 585) 40 P

Basiskurs **02. – 06. Dez. 2008**

€ 550 (Akademiemitgl. € 495) 40 P

Termine für 2009 in Planung!

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

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



Landesärztekammer Hessen

Der Countdown läuft ...

Am 30. Juni 2009 müssen ca. 9.000 hessische Ärztinnen und Ärzte gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen nachweisen, dass sie in einem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum mindestens 250 Fortbildungspunkte gesammelt haben. Unkompliziert ist der Nachweis mit dem Fortbil-

dungszertifikat der Landesärztekammer Hessen. Wissenswertes zu den sozialrechtlichen Rahmenbedingungen sowie Informationen rund um das Fortbildungszertifikat sind für Sie auf den folgenden Seiten zusammengestellt.

Sozialrechtliche Rahmenbedingungen

Fortbildung ist ein integraler Bestandteil der ärztlichen Berufsausübung und für die meisten hessischen Ärztinnen und Ärzte selbstverständlich. Mit In-Kraft-Treten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) in 2004 wurde die Pflicht zur fachlichen Fortbildung bundesgesetzlich verankert: § 95d SGB V besagt, dass alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten, alle ermächtigen Ärzte und auch alle bei niedergelassenen Ärzten oder in Medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärzte (im folgenden Vertragsärzte genannt) gegenüber ihrer zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung einen Nachweis führen müssen, dass sie im Zeitraum von jeweils fünf Jahren wenigstens 250 Fortbildungspunkte erworben haben. Diese Mindestanforderung von 250 Fortbildungspunkten gilt auch für Teilzeitbeschäftigte.

Für Vertragsärzte, die am 30. Juni 2004 bereits zugelassen waren, beginnt der erste Nachweiszeitraum am 1. Juli 2004 und endet am 30. Juni 2009. Aufgrund einer Übergangsregelung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen können für den ersten Nachweis auch Fortbildungen, die nach dem 1. Januar 2002 begonnen wurden, berücksichtigt werden. Für Vertragsärzte, die nach dem 30. Juni 2004 zugelassen wurden, beginnt ihr Fünfjahreszeitraum mit dem Tag der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung.

Um der Nachweispflicht ihrer Fortbildungsaktivitäten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen nachzukommen, sollten die Vertragsärzte primär Fortbildungsbescheinigungen einer (Landes)Ärztekammer verwenden. Ebenso unproblematisch sind die Teilnahmebescheinigungen aus Qualitätszirkeln, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen anerkannt sind. Diese Nachweise werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ohne inhaltliche Prüfung – und damit gebührenfrei – anerkannt. Planen Vertragsärzte den Nachweis ihrer Fortbildungsaktivitäten mit anderen Bescheinigungen, z.B. mit

Zertifikaten der Fachgesellschaften, ist es empfehlenswert, sich mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in's Benehmen zu setzen. Zuständig ist die Abteilung "Ärztliche Fortbildung" in der Bezirksstelle Gießen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen.

Wenn Vertragsärzte den Nachweis innerhalb der sozialrechtlichen Fortbildungspflicht nicht rechtzeitig erbringen, müssen sie die Fortbildung innerhalb von zwei Jahren nachholen. Das Honorar wird so lange, bis die 250 Punkte erreicht sind, gekürzt. Und zwar für die ersten vier Quartale um 10%, ab dem fünften Quartal um 25%. Sind dann immer noch nicht ausreichend Fortbildungspunkte gesammelt, drohen Sanktionen bis hin zum Entzug der Zulassung.

Die in den hessischen Krankenhäusern angestellten Fachärztinnen und Fachärzte haben etwas länger Zeit, den gewünschten Nachweis ihrer Fortbildungsaktivitäten zu erbringen: Ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom Dezember 2005 verpflichtet sie ab dem 1. Januar 2006 zertifizierte Fortbildungsmaßnahmen zu absolvieren und dabei in fünf Jahren mindestens 250 Fortbildungspunkte zu sammeln. Für diese Kolleginnen und Kollegen gilt die Besonderheit, dass von der Gesamtpunktzahl mindestens 150 Punkte fachspezifisch sein müssen; unter fachspezifischer Fortbildung sind Fortbildungsinhalte zu verstehen, die dem Erhalt und der Weiterentwicklung der fachärztlichen Kompetenz dienen.

Die Nachweise über die Fortbildungsaktivitäten sind dem Ärztlichen Direktor des Krankenhauses vorzulegen. Eine wesentliche Aufgabe des Ärztlichen Direktors ist die Überwachung und Dokumentation der Fortbildungsaktivitäten der in seinem Krankenhaus tätigen Fachärztinnen und Fachärzte, denn in den Qualitätsberichten nach § 137 (1) SGB V muss die Krankenhausleitung dokumentieren, in welchem Umfang die Fortbildungsverpflichtungen erfüllt wurden.

Landesärztekammer Hessen

Vom Online-Portal durch's Punktekonto zum Fortbildungszertifikat

1. Der Registrierungsvorgang



Abb. 1: Über die Homepage der Landesärztekammer Hessen (www.laekh.de) gelangt man zum Online-Portal



Abb. 2: Wenn Sie noch kein Passwort haben, klicken Sie auf das Wort "Registrieren"



Abb. 3: Geben Sie Ihre Daten in das Anmeldeformular ein und klicken Sie auf das Wort "Registrieren"

Seit November 2007 können hessische Ärztinnen und Ärzte jederzeit Einsicht in ihr individuelles Punktekonto nehmen und den Stand ihrer Fortbildungspunkte verfolgen.

Der Zugang zum Punktekonto erfolgt über ein Online-Portal auf der Homepage der Landesärztekammer Hessen: www. laekh.de. Mit einem Mausklick auf den roten Button "Online-Portal" (s. Abbildung 1) öffnet sich ein Dialogfenster, über das sich die Mitglieder der Landesärztekammer Hessen entweder jederzeit passwortgeschützt in ihr Punktekonto einwählen können oder – falls sie das Portal zum ersten Mal betreten – sich registrieren lassen können (s. Abbildung 2).

Sofern Sie noch kein Passwort haben, klicken Sie, bitte, auf das Wort "Registrieren" und tragen Sie dann Ihre Daten in das Anmeldeformular ein (s. Abbildung 3). Sind Ihre Daten vollständig, vergewissern Sie sich, bitte, noch einmal, dass Ihre E-Mail-Adresse korrekt geschrieben ist und schicken dann Ihre Online-Anmeldung mit einem Klick auf die untere Zeile "Registrieren" ab. Eine erfolgreiche Online-Anmeldung löst zunächst eine Bestätigungs-E-Mail und dann einen Postbrief an Sie aus, mit dem Ihnen ein Passwort mitgeteilt wird. Sollten Sie bei Ihrer Anmeldung auf technische Probleme stoßen, helfen Ihnen unsere Mitarbeiterinnen in der Servicestelle Online-Kommunikation gerne weiter: portal@laekh.de.

Sobald Sie das Passwort erhalten haben, können Sie sich das erste Mal zum Punktekonto direkt anmelden: Beim ersten Login werden Sie aufgefordert, dass zugesandte Passwort durch ein persönliches zu ersetzen, so dass zukünftig nur noch Sie Einsicht in Ihr Punktekonto nehmen können.

Vom Online-Portal durch's Punktekonto zum Fortbildungszertifikat

2. Einsicht im Punktekonto nehmen



Abb. 4: Über das Online-Portal können Sie jederzeit in Kontakt mit Ihrer Kammer treten und z.B. Einsicht in Ihr Punktekonto nehmen.

3. Zertifikat beantragen



Abb. 5: Der Blick in Ihr Punktekonto zeigt Ihnen Punktestand und Veranstaltungsdaten. Sie können sich einen Kontoauszug drucken und/oder das Fortbildungszertifikat beantragen.



Abb. 6: Ein computergestütztes Programm ermöglicht Ihnen die Berechnung der Punktzahl in dem von Ihnen ausgewählten Zeitraum. Sie können von hier aus sowohl das Pflichtzertifikat als auch das freiwillige Akademie-Zertifikat beantragen.

Für ihre Mitglieder führt die Landesärztekammer Hessen kostenfreie Punktekonten. Hier können Ärztinnen und Ärzte ihre Punkte, die sie durch Teilnahme an zertifizierten Fortbildungsmaßnahmen erlangt haben, sammeln (s. Abbildung 4).

Die Fortbildungspunktekonten werden aus drei Quellen gespeist:

- Automatisch werden jedes Jahr zehn Punkte für das Selbststudium gutgeschrieben. Hierfür müssen die Ärztinnen und Ärzte keine Nachweise einreichen.
- 2. Seit Einführung des elektronischen Informationsverteilers (EIV) in 2006 und der Einheitlichen Fortbildungsnummer (EFN) können Ärztinnen und Ärzte Fortbildungspunkte erwerben, indem sie ihren EFN-Barcode in entsprechend codierte Teilnehmerlisten kleben. Der Veranstalter ist dann verpflichtet, die Teilnahme an der Veranstaltung dem EIV zu melden
- Alte Papier-Teilnahmebescheingungen werden hinsichtlich der Veranstaltungsdaten durch eine externe Firma ausgewertet. Diese Daten werden der Landesärztekammer Hessen elektronisch übermittelt, auf Plausibilität kontrolliert und dann in die Punktekonten übertragen.

Über das Online-Portal kann nicht nur das Punktekonto eingesehen, sondern auch ein Kontoauszug ausgedruckt sowie das Kammerzertifikat beantragt werden (s. Abbildung 5). Nach der Eingabe des gewünschten Fünfjahreszeitraumes kann jede Ärztin und jeder Arzt nun auch selbst prüfen, ob die Voraussetzungen für das Fortbildungszertifikat erfüllt sind und dann das Fortbildungszertifikat in der gleichen Online-Anwendung per Mausklick beantragen. Selbstverständlich kann das Fortbildungszertifikat unter Angabe des gewünschten Fortbildungszeitraumes auch per Fax (069 97672-555) oder auf dem Postweg angefordert werden.

In diesem Zusammenhang soll nicht unerwähnt bleiben, dass das freiwillige Akademie-Zertifikat weitergeführt wird. Beiden Zertifikaten ist gemeinsam, dass in einem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum mindestens 250 Punkte erreicht werden müssen. Im Gegensatz zum Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer Hessen werden bei dem freiwilligen Akademie-Zertifikat auch die Kategorien der erreichten Fortbildungspunkte berücksichtigt. Während bei dem Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer Hessen im Extremfall die notwendigen Punkte ausschließlich durch Online-Fortbildungen erreicht werden können, ist dieses Vorgehen bei dem freiwilligen Akademie-Zertifikat nicht möglich. Für die Ausstellung des freiwilligen Akademie-Zertifikates ist die Anrechenbarkeit von Fortbildungspunkten aus bestimmten Kategorien (z. B. Kat. D = Online-Fortbildungen) limitiert. Das freiwillige Akademie-Zertifikat kann weiterhin bei der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung beantragt werden und wird wie bisher mit der begehrten blauen Plakette verliehen.

Landesärztekammer Hessen

Übernahme der Fortbildungspunkte

Teilnehmerkste Verusstählug: ven: in: in: Sicher Leiter					
EPN (Borcode auficleben oder eindeutige Teilnehmen- informationen einmagen)	RAS.	Len	Referent.	Unterschrift Teilnehmer	
Appendix Topic Properties (Topic Properties (Top					
OUT THAT SERVICE GITS					

Abb. 7: Am schnellsten erhalten Sie Ihre Fortbildungspunkte, wenn Sie Ihren EFN-Barcode in eine codierte Teilnehmerliste kleben.



Abb. 8: Schicken Sie uns Ihre Unterlagen rechtzeitig, am besten jetzt!

Im Oktober 2007 wurde allen zu diesem Zeitpunkt kassenärztlich ermächtigten Ärztinnen und Ärzten angeboten, die seit dem 1. Januar 2002 erworbenen Fortbildungspunkte auf ihr persönliches Punktekonto zu übernehmen.

Alle Ärztinnen und Ärzte, die ihre Unterlagen noch nicht geschickt haben oder die weitere Teilnahmebescheinigungen einreichen möchten, können dies selbstverständlich auch weiterhin tun. Bitte, schicken Sie Ihre Unterlagen ab jetzt direkt an die Anerkennungsstelle der Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt. Um unnötigen Verwaltungsaufwand zu vermeiden, ist es wichtig, nur die Teilnahmebescheinigungen einzureichen, deren Veranstaltungsdaten noch nicht im Punktekonto erfasst wurden.

Schicken Sie Ihre Unterlagen rechtzeitig, am besten jetzt! Aufgrund der Vielzahl der Zusendungen kann der Verarbeitungsprozess mehrere Wochen in Anspruch nehmen. Wenn Sie also den Nachweis Ihrer Fortbildungsaktivitäten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen oder Ihrem Ärztlichen Direktor mit dem Kammer-Zertifikat erbringen möchten, sollten Sie ausreichend Zeit hinsichtlich der Meldefristen einplanen.

Die nachträgliche Erfassung der Fortbildungsaktivitäten ist für alle Beteiligten aufwendig, langwierig und teuer. Der sicherste Weg, die Fortbildungsaktivitäten zu erfassen, ist die Verwendung der codierten Teilnehmerlisten, die jedem Veranstalter mit dem Anerkennungsbescheid zur Verfügung gestellt werden sowie die Verwendung der EFN-Barcodes durch die Teilnehmer. Nachschub für die EFN-Barcodes können ebenfalls bei der Landesärztekammer Hessen bestellt werden: info@laekh.de.

Dr. med. Susan Trittmacher



Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

14. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

VI. 21. – 23. Nov. 2008 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr) 20 P

Teilnahmebeitrag: Block (20h) € 300 (Akademiemitgl. € 270)

15. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung 20 P

Das 15. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung 2009 ermöglicht Ihnen, in sechs Blockveranstaltungen zu je 20 Std.das Zertifikat "Psychosomatische Grundversorgung" zu erwerben. Es berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35 100/35 110). Es handelt sich um eine integrierte Veranstaltung. Enthalten sind hierin die erforderlichen Anteile von 30 Std. Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balint), 30 Std. Interventionstechniken, 20 Std. Wissen, d.h. insgesamt 80 Std. In den Teilnahmegebühren sind die Gebühren für die Balintgruppenarbeit (Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung) enthalten. Erwartet wird die Bereitschaft, eigene Patienten in deren Anwesenheit vorzustellen und das weitere Vorgehen ("Nächster Schritt") im Plenum zu besprechen, d.h. den Rat des Anderen einzuholen.

Sie können **jederzeit** am Curriculum teilnehmen. Es ist als Gruppenveranstaltung eingerichtet, deren Termine sich die Teilnehmer selber aussuchen. Auf diese Weise ist Flexibilität möglich. Die Mindestdauer der Teilnahme beträgt sechs Monate. Fehlende Zeitbeträge können zu anderenorts erworbenen Fortbildungsstunden aufgestockt werden.

Ehemalige Teilnehmer sind herzlich willkommen und können an Blöcken ihrer Wahl teilnehmen.

<u>l. 16. – 18. Jan. 2009 (Freitag 16:00 bis Sonntag 13:00)</u>

- A. Der Patient, seine Krankheit und die Interaktion: Herzneurose, Herzinfarkt; Einführung in die Balintgruppenarbeit.
- B. Inhalt und Techniken der Gesprächsführung/der Intervention/des Wissens: Austausch über Erwartungen/Erfahrungen von TeilnehmerInnen mit DozentInnen. Leistungen entsprechend der Psychosomatischen Grundversorgung, Aufbau und Ablauf des psychosomatischen Erstgespräches und Verlaufsgespräches: Das Bewegende Seminar. Was ist bei der Dokumentation zu berücksichtigen? Seelische Entwicklung I; Übertragung und Gegenübertragung.

II. 27. – 29. März 2009 (Freitag 16:00 bis Sonntag 13:00)

- A. Atemwegserkrankungen; chronische Schmerzerkrankungen; Verläufe; Balintgruppenarbeit.
- B. Bewegung und Symbol der Arzt-Patient-Beziehung; Chronifizierungspotential und salutogenetisches Potential. Dokumentationsanleitung entsprechend dem Bewegenden Seminar; Seelische Entwicklung II; Symptomentwicklung aus psychosomatischer Sicht und die Bedeutungen des Symbols.

III. 08. – 10. Mai 2009 (Freitag 16:00 bis Sonntag 13:00)

- A. Dermatologische Erkrankungen, gynäkologische Erkrankungen; Verläufe; Balintgruppenarbeit
- B. Stressbewältigung; PTSD akut/chronisch. Salutogenetisches Potential II. Haupttherapieverfahren in der Psychotherapie. Indikation und Prognose psychosomatischer Interventionen; Indikationen zur Überweisung.

IV. 03. – 05. Juli 2009 (Freitag 16:00 bis Sonntag 13:00) 20 P

- A. Das kranke Kind/der kranke Jugendliche und die Familie
- B. Merkmale des Familiengespräches; Gruppentechniken

V. 04. – 06. Sept. 2009 (Freitag 16:00 bis Sonntag 13:00)

- A. Magen-Darm-Erkrankungen; Suchtkrankheit im engeren und weiteren Sinne; Verläufe, Balintgruppenarbeit.
- B. Die psychosomatische Bedeutung von besonderen Entwicklungsabschnitten; hiermit zusammenhängende Lebensereignisse und Umgang damit: Schwangerschaft, Geburt, Schule, Partnerschaft, Trennung, Tod und Sinnkrisen. Spezielle Interventionsformen im Falle von Suchterkrankung.

VI. 20. – 22. Nov. 2009 (Freitag 16:00 bis Sonntag 13:00) 20

A: Der alte Mensch/der chronisch Kranke/der sterbende Mensch

B: Techniken ärztlicher Begleitung; das salutogenetisch geführte Gespräch **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)

Auskunft und Anmeldung Frau U. Dauth, Akademie,

Tel.: 06032 782-238, Fax: -229, E-Mail: ursula.dauth@laekh.de

Prüfarzt in klinischen Studien

Freitag, 19. - Samstag, 20. Juni 2009

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

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

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

Ärztliches Qualitätsmanagement

Block IV	10. – 15. Nov. 2008 € 1.010 (Akademiemitgl. € 909)	48 P
Termine 2	009:	
Block I	09. – 15. Feb. 2009 € 1.280 (Akademiemitgl. € 1.152)	56 P
Block II	20. – 25. Apr. 2009 € 1.100 (Akademiemitgl. € 990)	48 P
Block III	07. – 12. Sept. 2009 € 1.100 (Akademiemitgl. € 990)	48 P
Block IV	16. – 21. Nov. 2009 € 1.100 (Akademiemitgl. € 990)	48 P

EFQM-Assessorentraining

Neue Termine in Planung!

20 P

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

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

Samstag, 21. März 2009, 09:00 – 17:00 Uhr

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

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

(Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer)

Freitag, 04. - Samstag, 05. Sept. 2009 und

Freitag, 02. – Samstag, 03. Okt. 2009

Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: \leq 480 (Akademiemitgl. \leq 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.)

Termine 2009: AK I 25. März – 03. Apr., AK II 28. Okt. – 06. Nov.

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

Umweltmedizin

Neue Termine in Planung!

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Tel.: 06032 782-287, Fax: -228, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de





29 P

40 P

40 P

29 P

20 P

29 P

25 P

20 P

insg. 16 P

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 2008 Rheinland-Pfalz

Kursteil 3 **07. – 08. Nov. 2008** 12 P

Baustein III (Medikamente)/VI (illegale Drogen)

Kursteil 4 21. – 22. Nov. 2008 14 P

Baustein V – Motivierende Gesprächsführung V

Teilnahmebeitrag pro Wochenende: € 165 (pro Kurs € 660) **Auskunft:** Frau B. Kröhler, Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz,

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

Frühjahr 2009 Hessen:

Neue Termine in Planung!

Auskunft: Frau K. Baumann, Akademie,

Tel.: 06032 782-281, Fax: -228, E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Teil III 08. – 09. Nov. 2008 Kassel (Kurs bereits belegt) 20 P

Termine 2009

 Teil I
 07./08. März 2009
 20 Punkte

 Teil II
 09./10. Mai 2009
 20 Punkte

 Teil III
 19./20. Sept. 2009
 20 Punkte

 Teil IV
 31.10./01. Nov. 2009
 20 Punkte

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

Aktualisierungskurs gem. RöV

Samstag, 08. Nov. 2008, 09:00 - 16:15 Uhr

€ 110 (Akademiemitgl. € 99)

Geplante Termine 2009:

Aktualisierungskurse 31. Jan. und 14. Nov.

Kenntniskurse (theoret. u. prakt. Unterw.) 21. Feb. und 26. Sept.

Teilnehmerzahl: max. 24

Grundkurs 21./22. März (28./29. März)

Spezialkurs 29./30. Aug. (05./06. Sept.)

Spezialkurs CT und

Spezialkurs Intervention 20. Juni (27. Juni)

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. Hiltscher, Akademie,

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

Ultraschallkurse

Abdomer

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Dr. med. W. Stelzel, Frankfurt a. M.

Abschlusskurs Samstag, 01. Nov. 2008 (Theorie) + 2 × 5 Std. Praktikum

Samstag, 01. Nov. 2006 (Theorie)

€ 230 (Akademiemitgl. € 207) **Grundkurs**

Samstag, 17. und Sonntag, 25. Jan. 2009 (Theorie)

+ 2 × 5 Std. Praktikum

€ 400 (Akademiemitgl. € 360)

Aufbaukurs

Samstag, 21. und Sonntag, 29. März 2009 (Theorie)

+ 2 × 5 Std. Praktikum

€ 400 (Akademiemitgl. € 360)

Abschlusskurs

Samstag, 07. Nov. 2009 (Theorie) + 2 × 5 Std. Praktikum

€ 230 (Akademiemitgl. € 207)

Gefäße

9 P

Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Frankfurt a. M.

Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Abschlusskurs (hirnversorg. Gefäße)

21. und 22. Nov. 2008 (Theorie + Praktikum)

€ 290 (Akademiemitgl. € 260)

Interdisziplinärer Grundkurs

Donnerstag, 12. - Freitag, 13. Feb. 2009 (Theorie)

Samstag, 14. Feb. 2009 (Praktikum)

€ 400 (Akademiemitgl. € 360)

Aufbaukurs (Periphere Gefäße)

Donnerstag, 18. - Freitag, 19. Juni 2009 (Theorie)

Samstag, 20. Juni 2009 (Praktikum)

€ 350 (Akademiemitgl. € 315)

Abschlusskurs (Periphere Gefäße)

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

Verkehrsmedizinische Qualifikation (Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer)

Freitag, 19. Juni und Samstag, 20. Juni 2009

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

Teilnahmebeitrag: € 250 (Akademiemitgl. € 225)

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

ALLGEMEINE HINWEISE

Programme: Die Akademie muss sich kurzfristige Änderungen vorbehalten. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Anmeldung: Bitte melden Sie sich unbedingt schriftlich in der Akademie an. Bei der Vielzahl der Seminare gilt Ihre Anmeldung als angenommen, wenn wir keine Absage z.B. wegen Überbelegung schicken. Beachten Sie bitte jeweils die organisatorischen Angaben, insbesondere zu den Teilnahmevoraussetzungen! Wenn wir Veranstaltungen kurzfristig absagen müssen, finden Sie die Information darüber auf der Homepage der Kammer. Diejenigen, die sich mit Adresse bei uns angemeldet haben, benachrichtigen wir persönlich.

Teilnahmebeitrag für Seminare sofern nicht anders angegeben: € 50/halber Tag, € 90/ganzer Tag für Nicht-Mitglieder der Akademie, Akademiemitglieder kostenfrei (inkl. Seminarunterlagen und Pausenverpflegung).

Mitgliedschaft: Es besteht die Möglichkeit, am Tagungsbüro die Akademie-Mitgliedschaft zu erwerben. Dann gilt der reduzierte Teilnahmebeitrag. Ausnahme: Kurse und Veranstaltungen, für die der Teilnahmebeitrag vorher entrichtet werden muss; dann kann die Mitgliedschaft nur mit der Anmeldung beantragt werden, und nur dann gelten die reduzierten Teilnahmebeiträge. Der Jahresbeitrag für die Akademiemitgliedschaft beträgt € 90.

Übernachtungsmöglichkeit: Mit Eröffnung des Gästehauses der LÄKH können wir nun den Referenten und Teilnehmern Übernachtungsmöglichkeiten direkt im Fortbildungszentrum bieten. Für nähere Information wenden Sie sich bitte an:

Frau Mirjana Redzić, 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

Fortbildungszertifikat: Die angegebenen *Punkte P* gelten für den Erwerb des freiwilligen Fortbildungszertifikats der Akademie der LÄK Hessen (250 P in 5 Jahren), sowie für die gesetzlich vorgeschriebene Fortbildungspflicht. Den Antrag stellen Sie bitte an die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Frau Baumann, Fax: 06032 782-228. Das Ausstellen von Fortbildungszertifikaten dauert in der Regel 6–8 Wochen. Wir bitten um Ihr Verständnis.





Arztfachhelferin

Die/der Arztfachhelfer soll als Führungskraft im Praxisteam die Ärztin/ den Arzt durch weitgehend selbstständiges Arbeiten entlasten. Sie soll Koordinations- und Steuerungsfunktionen übernehmen. Die Fortbildung umfasst 400 Unterrichtsstunden und gliedert sich in einen Pflichtteil von 280 Unterrichtsstunden und in einen praxisbezogenen Wahlteil von 120 Unterrichtsstunden.

Beginn des nächsten Lehrgangs: Frühjahr 2009

Ansprechpartner: Monika Kinscher, Telefon: 06032 782-187, Fax -180

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

Inhalte theoretischer Teil: Anatomie und Röntgenanatomie, Röntgenaufnahmetechnik, Spezieller Strahlenschutz, Dokumentationspflichten, Rechtsvorschriften, Richtlinien und Empfehlungen.

Inhalte praktischer Teil: Praktische Übungen zur Einstellung und Belichtung von Röntgenaufnahmen, Praktische Übungen zur Qualitätssicherung, Demonstrationen.

Termin: Frühjahr 2009

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax -180

Schwerpunkt Medizin

<u>Aufbereitung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis (30 Stunden)</u>

Erwerb der Sachkenntnis gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV für Arzthelfer/ innen 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:

SAC 5, Freitag, 14. 11. 2008 bis Samstag 15. 11. 2008 und Donnerstag, 20. 11. 2008 bis Samstag, 22. 11. 2008

Teilnahmegebühr: € 410

Ansprechpartner: Monika Kinscher, Telefon: 06032 782-187, Fax -180

Reanimationstraining für das Praxisteam (MED 6)

Inhalte: Einflussfaktoren in der Notfallsituation, Notfalldiagnostik, Maßnahmetraining, Umgang mit Beatmungshilfen, Umgang mit verschiedenen AED-Geräten, Training der Herz-Lungen-Wiederbelebung, Training verschiedener Algorithmen.

Die Veranstaltung wird unter ärztlicher Leitung durchgeführt.

Termin:

Samstag, 22.11.2008, 09:30 - 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Notfallmanagement im Praxisteam (MED 7)

Inhalte: Einflussfaktoren in der Notfallsituation, Notfalldiagnostik mit erweiterten Möglichkeiten, Ausstattung und Aufteilung des Notfallequipments, Vorbereiten, Kontrollieren, Anreichen, teilw. Durchführung, Training mit der Notfallausstattung, Training exemplarischer Notfallsituationen.

Die Veranstaltung wird unter ärztlicher Leitung durchgeführt.

Termin:

Samstag, 6.12.2008, 09:30 - 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax -180

Prävention im Kindes- und Jugendalter (84 Stunden)

Sekundäre Prävention in Kindheit und Jugend (PRK 3)

Termin: Freitag, 14.11.2008, 13:30 – 16:45 Uhr (4 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 70

Tertiäre Prävention (PRK 4)

Termin: Samstag, 15.11.2008, 08:30 – 10:00 Uhr (2 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 40

Organisation, Koordination und Qualitätsmanagement (PRK 5)

Termin: Samstag, 15.11.2008, 10:15 - 16:00 Uhr (6 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Ansprechpartner: Elvira Keller, Telefon: 06032 782-185, Fax -180

Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen (80 Stunden)

Die Fortbildung besteht aus insgesamt 7 Modulen:

Kommunikation und Gesprächsführung, Wahrnehmung und Motivation, Moderation, Primäre Prävention, Sekundäre Prävention, Tertiäre Prävention, Organisation, Kooperation und Qualitätsmanagement.

Termin: auf Anfrage

Ansprechpartner: Elvira Keller, Telefon: 06032 782-185, Fax -180

Schwerpunkt Palliativmedizin

Palliativmedizinische Zusammenarbeit und Koordination (PAL 4)

Termin: Freitag/Samstag, 14./15.11.2008 und Freitag, 5.12.2008 (20 Std.)

Teilnahmegebühr: € 255

Ansprechpartner: Elvira Keller, Telefon: 06032 782-185, Fax -180

Klinikassistenz (120 Stunden)

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

Termin: auf Anfrage

Teilnahmebeitrag: € 1.190 inkl. Kolloquium

Ansprechpartner: Monika Kinscher, Telefon: 06032 782-187, Fax -180

Patientenbetreuung/Praxisorganisation

Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 7)

Inhalte: Kostenträger, Aufbau und Systematik des EBM 200 plus, allgemeine Bestimmungen, wann darf welche Ziffer abgerechnet werden, Umgang mit der Praxisgebühr.

Termin: Stufe 1: Samstag, 6.12.2008, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Stunden), Stufe 2: Samstag, 13.12.2008, 09:30 – 17:30 Uhr (9 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 185

Moderation (PAT 11)

Inhalte: Präsentationsmedien, Präsentationstechniken, Einführung in die Methodik.

Termin: Samstag, 15.11.2008, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Telefongespräche mit schwierigen Patienten (PAT 13)

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

Termin: Samstag, 29.11.2008, 10:00 – 16:30 Uhr Teilnahmebeitrag: € 95
Ansprechpartner: Karin Jablotschkin, Telefon: 06032 782-184, Fax -180





Qualitätsmanagement (120 Stunden)

Methoden und Tools für ein qualifiziertes Praxismanagement, Teil 2 (QMA 3)

Inhalte: Erstellen von Qualitätswerkzeugen, Planungstechniken und Hilfsmitteln, Praktische Übungen am PC, Nutzung und Umsetzung von Befragungsergebnissen.

Termin: Freitag, 28.11.2008 bis Samstag, 29.11.2008 und Freitag, 12.12.2008 bis Samstag, 13.12.2008 (30 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 350

Ansprechpartner: Monika Kinscher, Telefon: 06032 782-187, Fax -180

Ernährungsmedizin

Krankheitsbilder und mögliche ernährungstherapeutische Maßnahmen (Grundlagen) (ERM 4)

Ziel der Fortbildung ist, einen Überblick über ernährungsabhängige Erkrankungen, deren Entstehung sowie Möglichkeiten der therapeutischen Einflussnahme zu vermitteln. In diesem Zusammenhang werden Veränderungen des Körpers und der Organsysteme erläutert.

Termin: Dienstag, 18.11. 2008 bis Donnerstag, 20.11. 2008 (24 Stunden)
Teilnahmebeitrag: € 280

Angewandte Ernährungsmedizin (ERM 5)

Inhalte: Vermittlung von Kenntnissen bezüglich Didaktik und Methodik von Einzel- und Gruppenschulungen sowie die Erfassung und Bewertung von Essverhalten.

Voraussetzung ist die Teilnahme an der Veranstaltung "Moderation". **Termin:** Freitag, 28. 11. 2008 bis Samstag, 29. 11. 2008 (16 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 185

Kooperation und Koordination (ERM 6)

Inhalte: Zusammenarbeit in einem Ernährungsteam, Schnittstellenund Qualitätsmanagement sowie die Dokumentation und Abrechnung von Leistungen.

 $Vor aussetzung\ ist\ die\ Teilnahme\ an\ der\ Veranstaltung\ "Moderation".$

Termin: Mittwoch 17. 12. 2008, 10:00 – 15:45 Uhr (6 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 95

Ansprechpartner: Elvira Keller, Telefon: 06032 782-185, Fax -180

Assistenz beim ambulanten Operieren

Inhalte: Medizinische und strukturelle Grundlagen

Instrumenten- und Materialkunde

Hygiene, Instrumentenaufbereitung und Sterilisation

Anästhesieverfahren, Perioperative Notfälle

Umgang mit Patienten und Begleitpersonen

Verwaltung und Organisation, Dokumentation, Recht und Arbeits-

schutz.

Termin: auf Anfrage

Teilnahmebeitrag: € 1010 inkl. Prüfungsgebühr

Ansprechpartner: Monika Kinscher, Telefon: 06032 782-187, Fax -180

Betriebsmedizinische Assistenz

Allgemeine Grundlagen der Betriebsmedizin (BET 1)

Inhalte: System der sozialen Absicherung, Gesetzliche Grundlagen, Gefahrstoffe, Belastungen am Arbeitsplatz, Rehabilitation aus betriebsärztlicher Sicht, EDV im betriebsärztlichen Dienst.

Termin: Mittwoch, 10.12.2008 bis Samstag, 13.12.2008 (29 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 350

Ansprechpartner: Elvira Keller, Telefon: 06032 782-185, Fax -180

Prüfungsvorbereitungskurse

Abrechnung (PVK 1)

Inhalte: Formularwesen, vertragliche Abrechnung und Privatliquidation (EBM und GOÄ), praktische Übungen zur Abschlussprüfung.

Termin: Samstag, 15.11.2008, 10:00 - 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Ansprechpartner: Elvira Günthert, Telefon: 06032 782-132, Fax -180

Verwaltung inkl. praktische Übungen (PVK 5)

Inhalte: Rechnungswesen, Zahlungsverkehr, Praxisorganisation

Termin: Samstag, 29.11.2008, 10:00 - 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Ansprechpartner: Elvira Günthert, Telefon: 06032 782-132, Fax -180

Wirtschaft und Sozialkunde (PVK 6)

Inhalte: Arbeitsrecht, Vertragsrecht, Steuern Termin: Samstag, 22.11.2008, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Ansprechpartner: Elvira Günthert, Telefon: 06032 782-132, Fax -180

Das **Fortbildungsprogramm 2009** finden Sie voraussichtlich ab November auf unserer Homepage: www.carl-oelemann-schule.de

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 Information wenden Sie sich bitte an:

Frau Mirjana Redzić, 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

Teilnahmebescheinigung: am Ende einer Veranstaltung erhalten die Teilnehmer/innen eine Teilnahmebescheinigung. Nach erfolgreicher Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen/Qualifizierungslehrgängen mit einem Stundenumfang ab 40 Stunden erhalten die Teilnehmer/innen ein Zertifikat. Nach Abschluss eines Qualifizierungslehrgangs, der einen Stundenumfang von mindestens 280 Stunden umfasst, erhalten die Teilnehmer/innen eine Urkunde.



Kurs "Ärzte mit Leitungsaufgaben im Rettungsdienst und seinen Schnittstellen" – nicht nur für 'ÄLRD'

er seit 2003 jährlich von der Landesärztekammer Hessen veranstaltete Kurs "Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ÄLRD)" wurde im Laufe der letzten Jahre zunehmend auch von Ärztinnen und Ärzten besucht, die Leitungsaufgaben im Bereich der Notfallmedizin oder mit Bezug zum Rettungsdienst wahrnehmen oder anstreben.

Diesem zunehmenden Interesse durch "Nicht-ÄLRD" trägt der Kurs durch eine modifizierte Namensgebung Rechnung, indem jetzt von "Ärztlichen Leitungsaufgaben im Rettungsdienst und an seinen Schnittstellen" gesprochen wird.

Der nächste – inzwischen siebte – Kurs findet vom 25. bis 28. Februar 2009 an der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der LÄK Hessen statt (siehe Seite 716). Die vier Kurstage sind entsprechend der Teilnehmer-Zielgrup-

pen in ein drei- und ein zweitägiges Kursmodul aufgeteilt, die sich an einem Tag überschneiden.

Somit ist der Kurs auch weiterhin für Ärztinnen und Ärzte geeignet, die die "klassische" ÄLRD-Qualifikation außerhalb oder innerhalb Hessens anstreben. Hierzu ist formal bereits der Besuch der ersten drei Kurstage ausreichend, der als Modul I den Vorgaben des ÄLRD-Curriculums der Bundesärztekammer entspricht und daher als ÄLRD-Qualifikationsnachweis bundesweit anerkannt wird.

Die letzten beiden Tage fokussieren thematisch auf die "Schnittstellen" – oder besser: "Nahtstellen" – des Rettungsdienstes. Sie sind als "Modul II" separat belegbar und richten sich an ärztliche Kooperationspartner des Rettungsdienstes: Ärztinnen und Ärzte mit Leitungsaufgaben in Krankenhaus-Notaufnahmen,

von Notarztstandorten, im öffentlichen Gesundheitsdienst, bei Hilfsorganisationen, ebenso an Ärzte mit Aufgaben in der Krankenhaus-Einsatzplanung und Obleute von kassenärztlichen Notdiensten.

Die inhaltliche "Schnittmenge" beider Kursmodule wird am 27. Februar vermittelt, hier kommt es durch die Anwesenheit beider Teilnehmergruppen erfahrungsgemäß zu einem besonders intensiven Gedanken- und Erfahrungsaustausch. Speziell das Kursmodul II bietet sich zudem als "Refresher"-Kurs für Absolventen der bisherigen sechs ÄLRD-Kurse an.

Die thematische Ausgestaltung des Kurses wird wie immer vom "Arbeitskreis Ärztlicher Leiter Rettungsdienst" der hessischen Rettungsdienstträger übernommen.

Dr. med. Wolfgang Lenz, Gelnhausen

Frühzeitige Erkennung von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung

Leitfaden für Ärzte neu herausgegeben

"Für zu viele Kinder sind Vernachlässigung und Misshandlung immer noch alltägliche Erfahrungen. Ein waches Auge der Ärzte trägt entscheidend dazu bei, Gewalt gegen Kinder zu verhindern oder ihre Wiederholung zu unterbinden", so die Hessische Sozialministerin Silke Lautenschläger bei der Vorstellung des Leitfadens "Gewalt gegen Kinder - Handlungshilfen für Arztpraxen in Hessen" am 10. September im Hessischen Sozialministerium. Der Leitfaden soll als ein weiteres Glied in der Kette von Schutzmaßnahmen dienen, indem er die Mediziner dabei unterstützt, Anzeichen für Gewalt gegenüber Kindern zu erkennen, zu dokumentieren und darauf zu reagieren. Er beinhaltet einen Diagnoseteil, der die Symptome und Befunde beschreibt, die auf eine körperliche oder auch seelische Misshandlung hinweisen können, bietet praxisnahe Empfehlungen zum weiteren Umgang mit dem betroffenen Kind und seinen Eltern, beschreibt die rechtlichen Rahmenbedingungen und bietet einen umfangreichen Adressteil, der die Vernetzung mit Jugendhilfen und Beratungseinrichtungen erleichtern soll. Die ebenfalls enthaltenen Dokumentationsbögen sollen den Nachweis von Verletzungen vor Gericht ermöglichen.

Herausgegeben wird der Leitfaden vom Hessischen Sozialministerium in Zusammenarbeit mit der Techniker Krankenkasse Hessen, der Landesärztekammer Hessen, der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, dem Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e. V. Hessen und der Landeskammer
für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und
-therapeuten Hessen. Die Broschüre wird an alle Kinder- und
Jugendärzte, Gynäkologen, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Kinderchirurgen, Allgemeinmediziner und Praktische
Ärzte und Leitenden Notärzte verschickt. Bei Interesse kann
sie auch beim Hessischen Sozialministerium und der Techniker Krankenkasse Hessen bestellt werden.

Katja Kölsch

Die globale Finanzmarktkrise

Inwieweit ist das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen davon betroffen?

Nach dem Zusammenbruch der neuen Aktienmärkte 2001/02 hatte die US-Notenbank die Leitzinsen für lange Zeit bis auf ein Prozent gesenkt. Viele Amerikaner nutzten dieses sehr niedrige Zinsniveau, um nach den schweren Aktienkursverlusten Immobilien zu erwerben. Die US-Investmentbanken förderten die Darlehensvergaben zuletzt auch an Personen, die unter normalen Bedingungen die nötige Bonität nicht hätten vorweisen können. Um die Risiken dieser schlechten Kundenbonität nicht bilanzieren zu müssen, verbrieften die US Banken die Hypotheken in Anleihen mit unterschiedlichen Ratingstufen ("hypothekengedeckte Anleihen") und verkauften diese in die ganze Welt. Dieses funktionierte so lange, wie die Zinsen niedrig waren und die Hypotheken von den Immobilieninvestoren bedient werden konnten. Nachdem die US-Notenbank Mitte 2004 aufgrund von zunehmenden Inflationssorgen die Leitzinsen sukzessive von 1% bis Mitte 2006 auf 5,25% erhöhte, konnten immer weniger Schuldner ihre Hypothekenzinsen bezahlen, mit der Folge, dass für die hypothekengedeckten Anleihen die Zinszahlungen ausfielen und die Kurse so immer tiefer gehandelt wurden.

Viele Marktteilnehmer (z.B. Geschäftsbanken oder Hedgefonds) haben die Anleihen entweder auf Kredit gekauft oder kurzfristig mit niedrigem Geldmarktzins finanziert. Als der Geldmarkt dann 2008 Probleme bekam, da das Vertrauen der Banken untereinander gestört war, folgte der Immobilienkrise eine Bankenkrise. Refinanzierungsmöglichkeiten, wie sonst üblich auf dem Geldmarkt, funktionieren zur Zeit nicht mehr ausreichend mit der Folge, dass die Märkte, vor allem die Rentenmärkte, illiquide wurden. Einige Banken in den USA und Europa wurden insolvent oder konnten nur mit viel Mühe durch Steuergelder vorerst gehalten werden. Zeitgleich brach an den Aktienmärkten Panik aus, so dass Kurseinbrüche von über 50% zu verzeichnen waren. Im September und Oktober 2008 wurden von den USA und den 15 Euroländern Milliardenhilfspakete aufgestellt, um die Banken mit nötiger Liquidität zu versorgen und den von vielen Analysten bereits erwarteten Übergriff der Finanzmarktkrise auf die Realwirtschaft zu mildern bzw. zu verhindern. Bisher haben die Aktienmärkte auf diese staatlichen Hilfen nur zögerlich positiv reagiert, so dass zunächst die Hoffnung auf Besserung verbleibt.

Alle Marktteilnehmer sind davon betroffen, auch das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen, das ein modifiziertes Kapitaldeckungsverfahren anwendet.

Die starken Kursverluste an den Aktienmärkten haben naturgemäß tiefe Spuren in den Reserven der Aktienfondsanlagen hinterlassen, wobei unsere Aktienquote am Gesamtvermögen zum 30. September 2008 lediglich bei 12,7 % lag. Verluste existieren jedoch nur auf dem Papier, solange Aktien nicht weit unter dem Einstandskurs verkauft werden. Ebenso wurden wichtige Anlagesegmente am Rentenmarkt, wie z. B. der deutsche Pfandbriefmarkt, in Mitleidenschaft gezogen und konnten keinen Ausgleich zu den Verlusten bei den Aktien erzielen.

Trotz der schwierigen Lage an den Kapitalmärkten kann das Versorgungswerk alle seine Verpflichtungen erfüllen. Es sei hier betont, dass bei unserem Versorgungswerk keine Liquiditätsprobleme, wie sie bei den Banken und Versicherungen auftraten, vorliegen. Liquidität ist ausreichend vorhanden, zudem liegen die monatlichen Einnahmen (Mitgliedsbeiträge) noch für einige Jahre über den Ausgaben (Leistungen). Die Rentenzahlungen sind somit in keiner Weise gefährdet.

Der Vorstand des Versorgungswerkes hat in seiner Sitzung am 24. September 2008 u.a. den Beschluss gefasst, die Aktienquote vorsichtig weiter abzubauen und somit das Risiko von anhaltenden Kursverlusten zu reduzieren.

Die Marktentwicklung wird von den Verantwortlichen im Versorgungswerk zeitnah beobachtet. Dem Vorstand wird bei Veränderungen umgehend Bericht erstattet, so dass bei Handlungsbedarf unmittelbar notwendige Entscheidungen getroffen werden können.

Friedrich-Wilhelm Floren Geschäftsführer Kapitalanlagen

Gerhard Peleska stellvertr. Vorstandsvorsitzender

Sicherer Verordnen

Omeprazol

Hypomagnesiämie

Bei zwei Patienten (78 und 81 Jahre) wurde im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes eine Hypomagnesiämie mit Hypokalzämie und Hypokaliämie festgestellt. Bei beiden verschwanden die Mangelsymptome durch entsprechende Substitution, traten jedoch wieder auf, sobald die Substitution gestoppt wurde. Unter den eingenommenen Medikamenten (neun bzw. zehn Einzelstoffe) waren auch 40 mg/d Omeprazol (Antra®, viele Generika). Erst nach Absetzen des Protonenpumpenblockers normalisierten sich die Elektrolyte und beide fühlten sich wieder wohl. Der Mechanismus der Beeinflussung der Elektrolyte durch Omeprazol bleibt unklar. Nach Ansicht der Autoren scheinen in Anbetracht der hohen Verordnungszahlen von Omeprazol zusätzliche Erkrankungen mit Auswirkungen auf Blutelektrolyte zu dieser Störung beizutragen. Differentialdiagnostisch sollte die Einnahme von Omeprazol in Erwägung gezogen werden, wenn unklare Magnesiummangelzustände auftreten. In der Fachinformation des Herstellers wird diese Elektrolytstörung nicht genannt. Es ist nicht auszuschließen, dass auch andere Protonenpumpenhemmer wie Lansoprazol (Agopton®, Lanzor®, viele Generika), Pantoprazol (Pantozol®, rifun®) oder Rabeprazol (Pariet®) ebenfalls Hypomagnesiämie verursachen können.

Quelle: Brit. med. J. 2008; 337: 173

Gyrasehemmer

Anwendungseinschränkungen

Der Gyrasehemmer Moxifloxacin (Avalox®) wurde von der europäischen Aufsichtsbehörde EMEA wegen schwerwiegender Leberkomplikationen als Mittel der zweiten Wahl heruntergestuft (bei Bronchitis, Nasennebenhöhlen- und Lungenentzündung). Ähnliches gilt für Norfloxacin (viele Generika) in der Therapie der komplizierten Pyelonephritis. Aufgrund ihrer Wirkung nicht nur auf die bakterielle, sondern auch auf die humane DNA-Gyrase mussten in der Vergangenheit bereits einige Gyrasehemmer, überwiegend wegen schwerer unerwünschter Wirkungen (UAW) auf die Leber, aus dem Handel genommen werden (siehe Tabelle). Quelle: Dtsch. Apo. Ztg. 2008; 148: 3362

Clozapin

Lungenembolie

Nach einer sechsmonatigen Therapie bei einem 45-jährigen Mann mit Clozapin (Leponex®, viele

Jahr	Freiname	Grund	
1985	Enoxacin	Interaktionen	
1992	Temafloxacin	Leber-, Nierentoxizität, HUS, Anapylaxie, Anämie	
1993	Lomefloxacin	Phototoxizität, Lebertoxizität, ZNS-UAW	
1998	Rosoxacin	Marketingentscheidung	
1999	Trovafloxacin	Leberversagen, Lebertoxizität	
1999	Grepafloxacin	Kardiotoxizität	
2000	Pefloxacin	Marketingentscheidung, aber auch: Phototoxizität, Tendinitiden	
2001	Clinafloxacin	Phototoxizität, Einfluss auf den Zuckerstoffwechsel	
2001	Sparfloxacin	Phototoxizität, ZNS-UAW	
2004	Fleroxacin	Phototoxizität, ZNS-UAW	
2004	Gatifloxacin	Einfluss auf den Zuckerstoffwechsel	
-	Gemifloxacin	Lebertoxizität	

Generika) und einer akuten Überdosierung trat eine beidseitige Lungenembolie auf. Die Autoren forschten in Datenbanken und Standardwerken nach einem möglichen Kausalzusammenhang. Sie fanden eine Arbeit, nach der ein gering erhöhtes Risiko bestand bei Patienten, die Clozapin gerade einnahmen im Vergleich zu denen, die Clozapin früher eingenommen hatten. Da es insgesamt um 19 Fälle einer Lungenembolie bei über 85.000 Patientenjahren ging und kein Konfidenzintervall angegeben war, konnte das erhöhte Risiko auch zufällig entstanden sein. Zwei weitere Beobachtungsstudien deuteten jedoch ebenfalls auf ein erhöhtes Risiko, so dass die Autoren bei diesem Patienten Clozapin nicht wieder einsetzten und feststellten, dass auch bei etablierten Arzneistoffen noch unerwartete Risiken auftreten können. Dieses Ergebnis ist typisch für eine Literatursuche nach Kausalzusammenhängen zwischen der Einnahme eines Medikamentes und einem aufgetretenem Ereignis. Es existieren wenige Studien über unerwünschte Wirkungen und deren methodische Schwächen (zu kurze Studiendauer, zu geringe Patientenzahl) gestatten es nicht, selten oder sehr selten auftretende UAW nachzuweisen. In der deutschen Fachinformation zu Leponex® werden Lungenembolie oder Thromboembolien nicht als mögliche UAW erwähnt.

Quelle: Brit.med.J. 2008; 336: 1502

"Galavit"

Haftstrafe

Nach einem noch nicht rechtskräftigen Urteil (jedoch mit sofort vollstrecktem Haftbefehl wegen Fluchtgefahr) wurde ein Arzt inhaftiert, der das russische Wundermittel "Galavit" bei krebskranken Patienten anpries. In Russland als Entzündungshemmer eingesetzt, von unklarer chemischer Struktur und auf dem deutschen Markt nicht zugelassen, grenzt eine Verordnung dieses Präparates als Krebsmittel unter Berücksichtigung der hohen Kosten an Scharlatanerie. Wobei Scharlatanerie in diesem Zusammenhang verstanden wird als schamloses Ausnutzen der Hoffnung und des Vertrauens der Patienten bei auswegsloser Situation, und im Wissen, dass die Anwendung dieses Präparates nur Kosten verursacht.

Die Konsequenz des Kasseler Landgerichtes gegenüber dem Arzt sollte Schule machen – im Interesse der Mehrheit von Kolleginnen und Kollegen, die Krebskranke ethisch beanstandungsfrei behandeln. Nach ärztlicher Erfahrung sind insbesondere Krebskranke für "Wundermittel" verführbar, Kandidaten für eine vergleichbare gerichtliche Überprüfung wären z.B.

- Ukrain, ein Wundermittel, aus der Ukraine importiert, in Deutschland nicht zugelassen und von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft mehrmals negativ beurteilt,
- tierische Thymus-/Milz oder Zellextrakte,
- alle sog. "unterstützenden" Therapien, wie die Gabe von Eigenblut, Antioxidantien, Immunstimulantien, hochdosierten Vitaminen, Pflanzenextrakten unklarer Zusammensetzung.

Quellen: Presseberichte

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus: Rheinisches Ärzteblatt 9/2008

Die Entwicklung des Arzt- und Medizinrechts der letzten zwölf Monate, Teil 1 Thomas K. Heinz

ieser Bericht beschäftigt sich im Anschluss an den Beitrag im Hessischen Ärzteblatt 2007, 492 ff anhand einer Auswahl besonders bedeutsamer Entscheidungen mit der Entwicklung des Arztrechts in der zweiten Jahreshälfte des vergangenen Jahres bis Ende Juli 2008.

(1) Berufsrecht

Auch in der zweiten Jahreshälfte 2007 ist eine Zunahme berufsrechtlicher Streitigkeiten festzustellen. Hierbei geht es im Wesentlichen um Zulassungsfragen und um ärztliche Werbemöglichkeiten, die einmal vor den Berufsgerichten, aber auch vor den Zivilgerichten (siehe unten Ziffer 2) ausgetragen werden.

Das OVG Nordrhein-Westfalen (GesR 2007, 324) stellt (hier für § 6 Abs. 1 Nr. 6 HeilberG NRW) klar, dass ein Recht Dritter auf das Einschreiten einer Ärztekammer gegen eines ihrer Mitglieder nicht besteht. Der Kläger hatte die Kammer aufgefordert, standesrechtliche Maßnahmen gegen einen Kollegen einzuleiten, was diese ablehnte. Im Klageweg begehrte der Kläger die Verurteilung der Kammer zur Einleitung standesrechtlicher Maßnahmen. Beide Instanzen wiesen die Klage wegen fehlender Klagebefugnis ab mit der Begründung, dass die vorzitierte Norm (dies gilt für alle Bundesländer) nur dem öffentlichen Interesse an einer ordnungsgemäßen Erfüllung der Berufspflichten durch die Angehörigen der Heilberufskammern dient und keine subjektiven Rechte Dritter begründet. In diesem Zusammenhang stellt das VG Hannover mit Urteil vom 19. September 2007 (Az. 5 A 3261/05) fest, dass eine Ärztekammer auch nicht verpflichtet ist, einem Beschwerdeführer das Ergebnis und den Inhalt ihrer berufsrechtlichen Überprüfungsmaßnahmen mitzuteilen. Grobe vertragsärztliche Pflichtverletzungen, wie wiederholt unkorrekte Abrechnungen, Urkundenfälschung, beleidigende oder diffamierende Äußerungen gegenüber Mitarbeitern der Kassenärztlichen Vereinigung oder nachhaltige Verstöße gegen das Wirtschaftlichkeitsverbot, können nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichts den Entzug der Zulassung als Vertragsarzt begründen (BSG, ArztR 2007, 211). Der Widerruf der Approbation ist auch möglich, wenn der betroffene Arzt seinen Beruf nicht mehr sachgerecht ausüben kann. so dass es zur missbräuchlichen Abgabe von Schmerz- und/oder Betäubungsmitteln kommt (OVG Lüneburg, MedR 2007, 368). Mit Beschluss vom 31. Juli 2007 bestätigt das OVG Nordrhein-Westfalen (GesR 2007, 515), dass die Durchführung medizinisch nicht indizierter Dialysemaßnahmen und deren unzulässige Abrechnungen die Anordnung des Ruhens der Approbation als Arzt und deren sofortige Vollziehung rechtfertigt. Die Anordnung des Ruhens ist auch dann möglich, wenn eine Straftat gegen die Ehre und Würde von Patienten in Frage steht und sich im Strafverfahren Anhaltspunkte für eine Wiederholung ergeben, selbst dann, wenn eine rechtskräftige Verurteilung noch nicht erfolgt ist (OVG Münster, MedR 2007, 611). Für die Wiedererteilung der Approbation nach einem Widerruf wegen Abrechnungsbetruges kann ein "längerer Reifeprozess" für die Wiedererlangung der Zuverlässigkeit erforderlich sein (VG Stuttgart, ArztR 2007, 158).

Im Werberecht setzen die Instanzgerichte insoweit die tolerante Linie des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG NJW 2006, 2829) fort. Das Berufsgericht Gießen stellt ausdrücklich klar, dass dem Arzt für seine Werbemaßnahmen alle üblichen Werbeträger – auch Internet und Werbefernsehen – zur Verfügung stehen, und er sein Bild in der Öffentlichkeit positiv zeichnen darf, denn Sympathie för-

dere das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient und ein Werbeeffekt könne nicht zu einem Werbeverbot führen (VG Gießen, GesR 2008, 194, 195). Das Führen der Bezeichnung "Spezialist für Kieferorthopädie", wird allerdings mit der Begründung versagt, die Bezeichnung suggeriere eine Nähe, wenn nicht sogar eine Gleichsetzung zum anerkannten Facharztbegriff und erwecke den Eindruck, als liege dem eine besondere Qualifikation nach Absolvierung der entsprechenden Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung zugrunde. Zwar könne die Bezeichnung "Spezialist" in einem medizinischen Gebiet sowohl aus der Sicht des diese Bezeichnung in Anspruch Nehmenden, als auch aus Sicht der Patienten eine interessengerechte und sachgerechte Information darstellen (vgl. hierzu BVerfG, Beschl. v. 28. Juli 2004, Az. 1 BvR 159/04), gleichsam werde unter der Bezeichnung "Spezialist" ein Fachmann verstanden, der über besondere Erfahrungen in einem engeren medizinischen Bereich verfügt. Der "Spezialist" müsse - weil der kundige Verbraucher mit ihm eine noch höhere Erwartung als bei einem Facharzt verbindet - auch in der von ihm so beworbenen beruflichen Tätigkeit über herausragende theoretische Kenntnisse und praktische Erfahrungen verfügen, die über diejenigen hinaus gehen, die mit der Fachbezeichnung und ihren normativen Vorgaben verbunden werden. Dem Begriff des "Spezialisten" immanent ist deshalb stets eine langjährige und umfassende Tätigkeit auf dem angegebenen Spezialgebiet mit diesbezüglichen Spezialkenntnissen theoretischer und praktischer Art (OVG Nordrhein-Westfalen, GesR 2007, 538f). In dem Führen der Bezeichnungen "plastische und kosmetische Operationen" sowie "plastische und ästhetische Chirurgie" sieht das VG Berlin

(Urt. v. 4. September 2007, Az. 90 A 6.05) Verstöße gegen die Weiterbildungsordnung. Eine über viele Jahre andauernde betriebsärztliche Tätigkeit eines niedergelassenen Arztes erfüllt nach einem Beschluss des OVG Nordrhein-Westfalen vom 13. August 2007 nicht die Vorraussetzungen zur Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung "Betriebsmedizin". (OVG Nordrhein-Westfalen GesR 2007, 481). Das OLG Stuttgart (GesR 2007 320 ff) bestätigt nochmals, dass im Hinblick auf § 31 BO Ärzte einem Arzt auch die Beteiligung an einer Labor GmbH, an die er Überweisungen vornehmen könnte, untersagt ist. Dies gilt auch, wenn seine Beteiligung treuhänderisch durch einen Dritten gehalten wird.

(2) Ärztliches Werberecht

Seit dem 12. Dezember 2007 gelten die verschärften Verbraucherschutzregelungen der EU-Richtlinie 2005/22/EG vom 11. Mai 2005 über unlautere Geschäftspraktiken auch für das nationale Recht. Die Vorgaben dieser Richtlinie sind bereits heute unmittelbar anzuwenden, auch wenn sie erst im Laufe dieses lahres in das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) umgesetzt werden. Im Rahmen dieser Verschärfung wird nun jedes Verhalten zugunsten des eigenen oder eines fremden Unternehmens, das unmittelbar mit dessen Förderung zusammenhängt, als Wettbewerbshandlung einer Unlauterkeitsprüfung unterworfen. Nach der alten Rechtslage waren die Bestimmungen des UWG erst dann anwendbar, wenn die werbliche Handlung die Förderung des eigenen oder fremden Unternehmens zum Ziel hatte. Nach neuem Recht ist nicht mehr die Förderungsabsicht maßgebend, sondern nur noch, ob ein Zusammenhang mit der Förderung besteht. Maßstab der Unlauterkeit ist die Sicht des "informierten, verständigen und angemessenen aufmerksamen Durchschnittsverbrauchers". Es liegt auf der Hand, dass ein um seine Gesundheit besorgter Patient sich in einer Ausnahmesituation befindet, in der seine Entscheidungsfreiheit besonders leicht beeinflussbar ist. Es muss daher ab sofort davon ausgegangen werden, dass den Wettbewerbshandlungen eines Arztes gegenüber seinem Patienten ein besonders strenger Unlauterkeitsmaßstab angelegt werden wird. Der Arzt sollte daher die erhöhte Schutzbedürftigkeit seines Patienten berücksichtigen um bei einer Empfehlung oder Verschreibung bestimmter Produkte nicht in Verdacht zu geraten, auf seinen Patienten unsachliche Einflüsse auszuüben. Der Richtlinienkatalog umfasst weiter eine Auflistung von 31 Handlungsweisen, die unter allen Umständen als unlauter gelten. Unlauter ist z.B. die Erteilung sachlich unzutreffender Informationen über die Marktbedingungen oder die Möglichkeit ein Produkt zu finden mit dem Ziel, den Patienten dazu zu bewegen, das Produkt zu ungünstigeren Bedingungen als den normalen Marktbedingungen zu erwerben. Unzulässig ist es z.B. weiter, wenn redaktionelle Inhalte in Medien zu

Zwecken der Verkaufsförderung eingesetzt werden und ein Unternehmer dies finanziert hat, ohne das dies aus dem Inhalt eindeutig hervorgeht. Hierbei ist z.B. an Fachbeiträge von Ärzten für die Pharmaindustrie zu denken. Sofern derartige Fachbeiträge zu Werbezwecken verwendet werden, muss zum Einen kenntlich gemacht werden, dass es sich um Werbung handelt, zum Anderen, dass der Autor des Fachbeitrages hierfür eine Vergütung bekommt. Nach neuem Recht kann auch das Verschweigen eines Umstandes irreführend und damit rechtswidrig sein, wenn dieser für die geschäftliche Entscheidung wesentlich ist. Aber auch der Richtlinienkatalog ist nicht abschließend; darüber hinaus kann es weitere wesentliche Umstände geben, die nicht verschwiegen werden dürfen. Dies hat beispielsweise in den Fällen Auswirkungen, in denen dem Patienten Heilmittel oder sonstige Produkte verordnet werden: So kann ein für die Entscheidung des Patienten wesentlicher Aspekt z.B. die gesellschaftsrechtliche Beteiligung des Arztes an dem Unternehmen sein, dessen medizinische Produkte er empfiehlt. Sofern die Befolgung der Verschreibung oder Empfehlung durch

Arzt- und Kassenarztrecht

den Arzt auf die Einnahme des Patienten keinerlei Einfluss hat, wird man nicht von einem wesentlichen Umstand ausgehen können, andernfalls müsste dies unter Umständen gegenüber dem Patienten offenbart werden.

Die Judikatur sieht sich vermehrt mit werbenden Bezeichnungen konfrontiert. In der Bezeichnung "Master of Science Kieferorthopädie" sieht das LG Kleve einen Verstoß nach § 3, 4 Nr. 11 UWG in Verbindung mit § 33 ff HeilberufeG NW und führt hierzu aus, die genaue Bedeutung des Titels "Master of Science" mit zahnärztlicher Fachgebietsbezeichnung als Zusatz sei in weiten Teilen der Bevölkerung unbekannt, zumindest nebulös, deute jedoch, den Tatsachen entsprechend, auf eine qualifizierte über die allgemeine zahnärztliche Ausbildung hinausgehende fachgebietsbezogene Zusatzausbil-

dung mit Abschlussprüfung hin. Mangels der Kenntnisse, die zur Differenzierung erforderlich sind, bestehe daher in weiten Bevölkerungsteilen Gefahr der Identifizierung beider Begriffe, also die Gefahr, des Irrtums, man begebe sich mit der Konsultierung eines "Master of Science Kieferorthopädie" in die Behandlung eines "Facharztes für Kieferorthopädie" (LG Kleve Urt. v. 10. August 2007, Az. 8 O 3/07). Nach Auffassung des LG Köln (GesR 2007, 543) ist die Bezeichnung als "Westdeutsches Prostatazentrum" für eine von drei spezialisierten Ärzten betriebene Arztpraxis jedenfalls dann irreführend, wenn die Praxis nicht eine besondere Größe und Bedeutung hat: Bereits der Bestandteil "Zentrum" werde vom durchschnittlich informierten und verständigen Verbraucher als Hinweis auf eine besondere Größe und Bedeutung der Arztpraxis verstanden. Die so ausgelöste Erwartungshandlung werde nochmals deutlich gesteigert, durch den lokalisierten Zusatz "Westdeutsches". Jedenfalls in dieser Kombination erwecke die Bezeichnung den Eindruck, dass es sich um eine medizinische Einrichtung handele, die zentral für Westdeutschland Patienten im Zusammenhang mit Prostataerkrankungen behandelt (vgl. im Ergebnis ebenso schon OLG Frankfurt, WRP 2006, 1541 ff zur Bezeichnung "Reisemedizinisches Zentrum").

Anschrift des Verfassers

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

Risiken bei der Verordnung von Benzodiazepinen

Auszug aus den Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (Newsletter 2008-127)

Laut Verlautbarung der AkdÄ ist das Verordnungsvolumen von Benzodiazepinen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in den letzten zehn Jahren um etwa 70 % zurückgegangen. Insgesamt sank der Hypnotikaverbrauch um 50 % bei einem Anstieg der Verordnungen von anderen Benzodiazepinrezeptoragonisten (Z-Drugs wie Zolpidem, Zopiclon und Zaleplon) um etwa 10 %.

Analysen des Verordnungsverhaltens über die GKV hinaus zeigen allerdings, dass die Zahl der insgesamt abgegebenen Packungen von Hypnotika auf einem konstanten Niveau bleibt. Die gleichbleibende Zahl von Verordnungen scheint durch eine steigende Anzahl von Verordnungen an Kassenpatienten auf Privatrezept und durch eine Zunahme von Verschreibung der Z-Medikamente zurückzuführen zu sein. Die Untersuchungen zu den genannten Wirkstoffgruppen zeigen an, dass Verordnungsdaten der GKV allein für eine genaue Einschätzung der Abhängigkeitsproblematik in der deutschen Bevölkerung nicht ausreichend sind. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft regt zur Verbesserung der frühzeitigeren Erkennung von Arzneimittelabhängigkeiten in der deutschen Bevölkerung folgendes an:

 Verordnungen von Arzneimitteln mit Abhängigkeitspotential sollten sorgfältig abgewogen werden. Sie sollten streng indikationsbezogen und nur in kleinen, dem Krankheitsverlauf adäquaten Mengen

- erfolgen. Patienten mit bestehender Arzneimittelabhängigkeit sollten sachkundig durch eine Ärztin oder einen Arzt begleitet werden.
- Für die Benzodiazepine sollten die dosisabhängigen Ausnahmeregelungen in der BtMVV gestrichen werden. Eine Verordnung wäre dann nur noch auf einem BTM-Rezept möglich und somit eine genaue Erfassung der in den Apotheken abgegebenen Mengen gewährleistet.
- 3. Die privaten Krankenversicherer werden aufgefordert, Verordnungsdaten zu abhängigkeitserzeugenden Arzneimitteln zur Verfügung zu stellen.
- 4. Apotheken sollten Auffälligkeiten in der Arzneimittelversorgung wie die Verschiebung der Verordnung von Arzneimitteln mit Abhängigkeitspotential melden.
- 5. Die Abgabe verschreibungspflichtiger Wirkstoffe im Allgemeinen und im Besonderen mit Abhängigkeitspotential durch Internet-Apotheken sollte immer nur aufgrund einer ärztlichen Verordnung und einer begleitenden Beratung durch Apotheker erfolgen.

Der Gesetzgeber sollte für entsprechende Standards und staatenübergreifende Kontrollen sorgen.

Dr. med. S. Drexler Stellv. Vorsitzender der BezÄK Frankfurt

Vom medizinischen Olymp zum medizinischen Alltag Siegmund Kalinski

Wir haben einen neuen Nobelpreisträger für Medizin, Professor Harald zur Hausen. Professor zur Hausen, geb. 1936 in Gelsenkirchen-Buer, ist ein weltbekannter Virologe, Inhaber mehrerer Ehrendoktortitel in- und ausländischer Universitäten, und war zwanzig Jahre lang, von 1983 bis 2003, Leiter des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) in Heidelberg. 2004 wurde ihm das Große Bundesverdienstkreuz verliehen und am 10. Dezember 2008 wird ihm der schwedische König, Karl XVI. Gustav, den Nobelpreis überreichen.

"In unerschütterlichem Glauben und beharrlicher Arbeit, um die eigene Hypothese zu beweisen"

Panta rhei, alles ist fließend. Schon die alten Griechen haben so die These formuliert, dass "das Sein ein ewiges Werden, eine ewige Bewegung und einem steten Wandel unterworfen sei". Ob Professor zur Hausen daran gedacht hat, als er 1976 die Hypothese aufstellte, dass humane Papillomviren (HPV) eine Rolle bei der Entstehung von Gebärmutterhalskrebs spielen könnten? Damals wurde diese These mit viel Skepsis betrachtet. Aber zur Hausen forschte und forschte, und 1984 konnten er und seine Mitarbeiter erstmals die Typen HPV 16 und HPV 18 aus erkrankten Zervixcarzinom-Gewebe isolieren. Weitere Studien lieferten dann ausreichend Beweise dafür, dass diese Viren wahrhaftig die Erreger sind, die diesen malignen Tumor verursachen. Das Zervix-Ca gehört zu den zweithäufigsten Krebserkrankungen bei Frauen - die Entdeckung des Auslösers hat erstmals eine Möglichkeit zur Prophylaxe und Therapie eröffnet. 2006 wurde der HPV-Impfstoff und die entsprechende Impfung entwickelt. Heute verdanken viele junge Frauen dieser Impfung ihren Schutz vor einer Zervixcarcinom-Erkrankung.

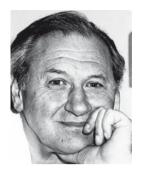
Professor zur Hausens entscheidende Leistung bestand darin: "In unerschütterlichem Glauben und beharrlicher Arbeit, um die eigene Hypothese zu beweisen", allen Widrigkeiten und Rückschlägen zum Trotz weiterzuarbeiten, wie der Sprecher des Nobelpreis-Komitees es in seiner Begründung ausdrückte.

Am 1. Januar 2009 wird der Kassenbeitrag teurer

Vom medizinische Olymp zum medizinischen Alltag. Panta rhei. Schon jetzt kann man es vorhersagen: Die Folgen der neuen Gesundheitsreform, die am 1. Januar 2009 in Kraft tritt, werden von der Bevölkerung mit viel Erregung und Aufregung kommentiert und am eigenen Leib erfahren werden. Dann wird jedem einzelnen klar werden, was jetzt zwar viele schon wissen, was allgemein aber ganz bewusst in den Hintergrund gedrängt wird, dass diese Reform "Gesundheit" für die überwiegende Mehrzahl der Versicherten deutlich teurer macht. Der Krankenkassenbeitrag wird ab dem 1. Januar 2009 15,5 Prozent des Bruttolohns (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) betragen. Von den 80 Millionen Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen werden nach bisherigen Berechnungen aber nur etwa sechs Millionen davon profitieren, deren Beiträge bisher höher lagen, der Rest wird tiefer in die Tasche greifen müssen. Der so lange propagierte Wettbewerb der Kassen untereinander wird ad acta gelegt - und ob es einen Wettbewerb bei den Leistungen geben wird, ist zwar angekündigt, doch keineswegs sicher.

Die Reform wird dazu führen, dass immer mehr kleinere Krankenkassen zur Fusion gezwungen sein werden, um ihren Beitrag nicht über den Basissatz erhöhen zu müssen. Denn wenn einer Kasse die aus dem Gesundheitsfonds zugeteilten Gelder nicht ausreichen, ist sie verpflichtet, so ist es in der Reform festgeschrieben,

von ihren Versicherten zusätzlich Beiträge zu erheben. Das würde zwar nur die Versicherten selbst betreffen, nicht die Arbeitgeber, deren Anteil stabil beim halben Basissatz bleiben würde, die Betroffe-



nen aber dürften dann schneller als bisher über einen raschen Kassenwechsel nachdenken.

Viel Lärm um nichts

Der von den Vertragsärzten so sehnlich erwartete, durch die KBV mit so lautstarkem Trommeln angekündigte Honorarregen und -segen erweist sich - viele hatten das ja schon geunkt - nur als karges Nieseln. Lediglich die Kollegen in den östlichen Bundesländern werden davon "echt" ein Mehr in ihrem Portemonnaie bemerken.

Krankenhäuser in Not

Am schlimmsten jedoch steht es derzeit um die Krankenhäuser, deren finanzielle Lage fast überall schlichtweg miserabel ist. Das werden auch die avisierten drei Milliarden Euro nicht ändern, die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt zugesagt hat: denn der stationäre Bereich bräuchte mindestens das doppelte, wenn nicht sogar noch mehr. Die Lage der Krankenhäuser wird zusätzlich dadurch erschwert, dass sich Bund und Länder um ihre Finanzierung streiten und beide Seiten sich gegenseitig vorwerfen, zu wenig zu leisten, sprich: zu zahlen. Und ein Ende dieses Zwists ist nicht abzusehen.

Das ganze Hin und Her erinnert einen an die Anekdote, als mehrere Koryphäen der Medizin zusammensaßen und sich stundenlang über die richtige Diagnose und Therapie eines Patienten stritten und der inzwischen längst seinen Geist aufgegeben hatte.

Humoristisches

Lesen Sie den Beipackzettel! Kla

Normalerweise lese ich diese deprimierenden Hinweise auf Beipackzetteln zu Medikamenten nicht. Und verstehe auch nicht, weshalb mich mein Schwager, ein Arbeitsmediziner, völlig ungerechtfertigt für einen Hypochonder hält. Ohne jedes Zucken nehme ich Formulierungen wie "Ganz allgemein kann die gewohnheitsmäßige Einnahme von XYZ zur dauerhaften Nierenschädigung mit dem Risiko eines Nierenversagens führen" zur Kenntnis. Schließlich hoffe ich, dass gerade dieses Mittel die beginnende Handschwere - oder ist es Gicht oder gar Rheuma? - lindern möge. Als ich aber jetzt, drei Tage nach der Einnahme eines besonders wirksamen Präparates gegen Bandscheibenbeschwerden, ein dumpfes Gefühl im Magen spüre, rufe ich vorsorglich meinen Schwager an. Man will sich ja später keine Vorwürfe machen, unbemerkt an Magenblutungen gestorben zu sein. Mein Schwager sagt nur kühl: "Lies den Beipackzettel!".

Unter der Überschrift "Gegenanzeigen" wird mir sofort untersagt, das Medikament zu nehmen, wenn bei mir "ungeklärte Blutbildungsstörungen" vorhanden seien. Natürlich habe ich keine Blutbildungsstörungen, schon gar keine ungeklärten. Wenn ich aber ernsthaft darüber nachdenke, sollte ich den Insektenstich von letzter Woche doch nicht auf die leichte Schulter nehmen. Volle vier Tage lang spürte ich quälend die Einstichstelle, was ja nun wirklich nicht normal ist, wenn man eine gute Blutbildung hat, oder? Generationen unschuldiger Afrikaner sind schon durch die Folgen von Insektenstichen hinweg gerafft worden. Ich lasse diese Woche vorsorglich noch ein großes Blutbild machen!

Nun aber kommt ein alarmierender Hinweis: "Patienten, die an Heuschnupfen leiden, sind bei Anwendung von XYZ eher gefährdet als andere Patienten." Wie jeder halbwegs gesunde Mensch habe ich ständig Heuschnupfen, auch ohne Heu. Kein Wunder, wenn mir jetzt im Magen so mulmig ist. Wahrscheinlich schwimmen die belgischen Pralinen von gestern Abend schon tief in Blut. Oder es besteht die Gefahr eines Darmdurchbruchs oder eines Geschwürs.

Es kommt noch schlimmer: "Während der Anwendung von XYZ sollte Alkoholgenuss möglichst vermieden werden." Das hätte mir der Arzt natürlich sagen müssen! Dann hätte ich vorgestern bei der Geburtstagsparty von Onkel Fritz an dem lustigen Doppelkorn-Wettbewerb nicht teilgenommen. Immerhin: die Bandscheibenschmerzen waren für 20 Stunden weg.

Der Abschnitt "Nebenwirkungen" umfasst umgerechnet fünf Schreibmaschinenseiten. Ich lese unruhig: "In Einzelfällen wurde über eine Entzündung der Bauchspeicheldrüse berichtet." Einzelfälle - das kenne ich schon. Immer bin ich es, den es trifft. Oder ist es etwa Zufall, wenn ich im Winter auf der Straße ausrutsche und mir fast sämtliche Wirbel breche? Während der Wetterbericht lapidar meldet: "Im allgemeinen keine Frostgefahr." Natürlich habe ich eine Bauchspeicheldrüsenentzündung, zumal ich seit Minuten zu dem dumpfen Gefühl im Magen auch noch kleine blitzartige Messerstiche spüre. Kein Zweifel, ich muss gleich morgen früh zur Kernspintomographie.

Und was lese ich hier? "Störungen der Geschmacksempfindung, Sehstörungen, vorübergehende Hörstörungen, Gedächtnisstörungen, Desorientierung ..." Das muss ich sofort meiner Frau zeigen! Jetzt ist klar, warum ich die Qualität des Essens manchmal nicht richtig würdige und die Krümel am Küchenboden gar nicht wahrnehmen kann und schlecht höre und ständig vergesse, was im Haushalt zu erledigen ist. Doch dann ein Lichtblick: "Bei der Anwendung von XYZ können zentralnervöse Nebenwirkungen wie Müdigkeit und Schwindelgefühl auftreten. Bedienen Sie keine elektrischen Werkzeuge oder Maschinen!" Ein wahrlich elektrisierender Hinweis. All diese lästigen Hausarbeiten und Rasen mähen sind für mich ab sofort verboten! Sehr hilfreich, so ein Beipackzettel. Sollten Sie auch lesen!

Anschrift des Verfassers

Klaus Britting Treenestraße 71 24896 Treia Telefon 04626 189988

Poeten



Mal halten sie sprachliche Fetzen, mal Ungereimtes parat, mal, aus zerstückelten Sätzen, bereiten sie Wortsalat.

Sie lieben das Assoziative, bloß nicht die Sprachmelodie. Denn in der Verschwommenheit schliefe der Tiefsinn, meinen sie.

Es ist die alte Geschichte: der Zeitgeist macht sie blind, und so schreiben sie emsig Gedichte, die keine sind.

Professor Dr. med. Wilhelm Theopold

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

Ehrungen

Professor Dr. med. Ulrich Gottstein, Frankfurt, wurde vom Bundespräsidenten das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik



Deutschland verliehen. Die Auszeichnung überreichte Staatsministerin Silke Lautenschläger in einer Feierstunde im Limburgsaal des Römers in Frankfurt im März 2008.

Jürgen Wütscher, Wiesbaden, wurde im April mit dem Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft ausgezeichnet. Dr. med. Ursula Stüwe, ehemalige Präsidentin der Landesärztekammer Hessen überreichte die Aus-



zeichnung für seine herausragenden Leistungen. Jürgen Wütscher stand der Landesärztekammer Hessen für das Sozialministerium in den Bereichen Rettungswesen, Ka-

tastrophen- und Zivilschutz sowie der Krankenhausplanung mit Rat und Tat zur Seite.

Ltd. Medizinaldirektor i. R. Dr. med. Dr. Ing. Hans-Dieter Rudolph, Kassel, wurde am 25. August für seine herausragenden Leis-



tungen die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen verliehen. Die Auszeichnung nahm die ehemalige Präsidentin der LÄK Hessen, Dr. med. Ursula Stüwe, vor.

Professor Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, M.H.Sc. von der Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabili-



tative Medizin im Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg wurde mit dem Richard-Merten-Preis 2008 für seine exzellente Arbeit zu "Arriba: Präventionsbera-

tung online in der allgemeinärztlichen Praxis" ausgezeichnet.

Dr. med. Horst Löckermann, Darmstadt, wurde am 6. August anlässlich der letzten Sitzung des Präsidiums der Legislaturperiode 2004–2008 die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen für



seine herausragenden Leistungen verliehen. Die Auszeichnung nahm die ehemalige Präsidentin der LÄK Hessen, Dr. med. Ursula Stüwe, vor. (Bild pop)

Dr. med. Walter Prinz, Bad Soden/Ts. be-



teiligte sich am elften Wettbewerb der Bibliothek deutschsprachiger Gedichte mit dem Werk "Wetterzeit" und gehört damit zu den Preisträgern des Gedichtwettbewerbs 2008.

Professor Dr. med. Max-Gerfried Giebel †

Am 3. September 2008 ist Professor Dr. med. Max-Gerfried Giebel (*14.12.1918) gestorben. M.G. Giebel hat die ehem. Chirurgische Klinik I mit den Schwerpunkten Allgemein-Chirurgie und Unfall-Chirurgie am damaligen Stadtkrankenhaus Kassel, später Städtische Kliniken Kassel (heute Klinikum Kassel) von 1966 bis 1983 geleitet. Nach dem Studium der Medizin an der Prager Universität begann der im Sudetenland geborene M.G. Giebel nach Kriegsende seine Weiterbildung zum Chirurgen zunächst in Stuttgart und folgte dann seinem chirurgischen Lehrer Professor Dr. Zuckschwerdt über Göppingen und Bad Oeynhausen nach Hamburg an die dortige Universitätsklinik Eppendorf (UKE). Während seiner langjährigen Tätigkeit als Oberarzt der Chirurgischen Klinik am UKE habilitierte er und wurde zum apl. Professor ernannt. 1966 wurde er an das damalige Stadtkrankenhaus Kassel in der Nachfolge Professor Baumann als Chefarzt der Chirurgischen Klinik I berufen, die er mit den Schwerpunkten Allgemein- und Unfall-Chirurgie bis 1983 leitete. In den Jahren 1974-75 war er Ärztlicher Direktor des Stadtkrankenhauses Kassel, welches ab 1981 nach Integration der Klinik für Urologie unter dem Namen "Städtische Kliniken Kassel" firmierte. M. G. Giebel hat sich insbesondere um die Chirurgie des Magen-Darmtraktes, der Gallenwege, der Schilddrüse sowie in den verschiedenen Verfahren der operativen und konservativen Behandlung von Knochenbrüchen Verdienste erworben. Er hat eine große

Zahl junger Ärzte zum Chirurgen weitergebildet. Ich selbst konnte Professor Max Giebel während unserer gemeinsamen Tätigkeit in den Städtischen Kliniken Kassel als allzeit hilfsbereiten, aufgeschlossenen Kollegen kennen und



schätzen lernen. M.G. Giebel hinterlässt seine Ehefrau Margit, zwei Söhne, acht Enkel und zwei Urenkel. Wir trauern mit ihnen. Im Namen der Landesärztekammer Hessen und zugleich der leitenden Ärzte am Klinikum Kassel

Professor Dr. med. Hansjörg Melchior, Kassel

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Guido Ritz, Kelsterbach, am 18. Dezember.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Willi Zimmermann, Lauterbach, am 12. Dezember.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Hans Bauerle, Kassel, am 20. Dezember, Dr. med. Klaus Zielke, Bad Wildungen, am 20. Dezember.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Ulrich Bormann, Bruchköbel, am 22. Dezember, Dr. med. Ralph Schaefer, Frankfurt, am 23. Dezember, Dr. med. Karl-Ludwig Burkardt, Bad Homburg, am 24. Dezember, Dr.-medic. Hermine Stopler, Frankfurt, am 24. Dezember.

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Sieglind Hoch, Taunusstein, am 11. Dezember, Dr. med. Renate Oppel, Weilburg, am 19. Dezember.

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/F/13751, ausgestellt am 1.9.2006, für Dr. med. Florian Andreas Baacke, Bad Soden/Salm,

Arztausweis Nr. HS/F/13875, ausgestellt am 30.11.2006, für Katharina Dennis, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/W-21/2003, ausgestellt am 29.1.2003, für Dr. med. Heidi Junk, Darmstadt,

Arztausweis Nr. HS/F/10358, ausgestellt am 25.9.2001, für Dr. med. Maxi Khalifa, Frankfurt,

Arztausweis (ohne Angaben), für Daniela Kiefer, Bad Soden,

Arztausweis Nr. HS/F/11764, ausgestellt am 10. 12. 2003, für Dr. med. Daniel Kiefl, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/M 15/2007, ausgestellt am 19.1.2007, für Sven Krimmer, Ebsdorfergrund,

Arztausweis Nr. HS/F/14566, ausgestellt am 5.10.2007, für Dr. med. Lars Krinelke, Unterramsern,

Arztausweis Nr. HS/F/12314, ausgestellt am 10.9.2004, für Wolfgang Lang, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/D/4730, ausgestellt am 15.12.2005, für Dr. med. Maria Lisitschkov, Darmstadt,

Stempel Nummer 3976217, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Ober-Ramstadt (Dr. med. Thomas Noack, Roßdorf),

Stempel Nummer 4075909, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Rodgau (Dr. med. Ibrahim Al-Zuebi, Reinheim).

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Rotraut Bücking, Marburg * 24.5.1921 † 20.8.2008

Professor Dr. med. Joachim Eichler, Wiesbaden * 17.2.1931 † 10.9.2008

Medizinaldirektor i. R. Dr. med. Robert Fügener, Fuldabrück * 27.12.1923 † 29.8.2007

Dr. med. Eberhard Kohn, Frankfurt * 25.8.1930 † 23.5.2008

Dr. med. Sieglinde Makabe, Dreieich * 21.6.1940 † 5.9.2008

Dr. med. Werner Pape, Obertshausen * 22.8.1920 † 1.8.2008

Dr. med. Dr. med. dent. Horst Rudolff, Felsberg

* 23.3.1924 † 25.7.2008

Dr. med. Ernst Schröder, Modautal * 15.3.1948 † 15.9.2008

Einladung zur 2. Ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen

14. Legislaturperiode 2008-2013

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur 2. Ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Legislaturperiode 2008–2013 lade ich Sie für

Sonnabend, den 22. November 2008, 10:00 Uhr s.t.,

in das Seminargebäude im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, ein.

TAGESORDNUNG

- 1. Begrüßung
- 2. Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung
- Genehmigung des Beschlussprotokolls der 1. und Konstituierenden Delegiertenversammlung vom 30. August 2008
- 4. Bericht des Präsidenten
- 5. Versorgungswerk
 - a) Jahresabschluss 2007
 - Bericht der Vorsitzenden des Vorstandes über das Geschäftsjahr 2007
 - Bericht über die Jahresabschlussprüfung
 - Anpassung der Renten, Dynamisierung der Anwartschaften zum 1.1.2009
 - Feststellung des Jahresabschlusses des Versorgungswerkes
 - Entlastung des Vorstandes
 - b) Bestellung der Wirtschaftsprüfer für den Jahresabschluss 2008
- 6. Jahresabschluss 2007
 - a) Finanzausschuss
 - Bericht des Vorsitzenden des Finanzausschusses
 - b) Hilfsfonds
 - Bericht des Vorsitzenden des Hilfsfonds
 - c) Feststellung des Jahresabschlusses 2007
 - d) Entlastung des Präsidiums für das Jahr 2007
- 7. Haushaltsvoranschlag
 - a) Haushaltsvoranschlag 2009
 - Bericht des Vorsitzenden des Finanzausschusses
 - b) Hilfsfonds-Richtsätze 2009

- 8. Änderungen von Rechtsquellen, insbesondere Satzungen und Geschäftsordnungen der Landesärtekammer Hessen
 - a) Änderung von §11 Hauptsatzung (Stellvertretende Mitglieder Finanzausschuss) und Anpassung der Geschäftsordnung des Finanzausschusses an die Hauptsatzung
 - b) Änderung von §1 Abs. 4 Beitragsordnung (Neuregelung der Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit)
 - c) Änderung von Kapitel 3 der Kostensatzung und Einführung des Begriffes Medizinische Fachangestellte in die Berufsordnung
 - d) Änderung der Weiterbildungsordnung (Teilgebiet "Plastische und Ästhetische Chirurgie" und zweite Lesung "Psychotherapie – fachgebunden")
 - e) Schlichtungsordnung (Neufassung)
 - f) Fortbildungssatzung
- 9. Elektronischer Heilberufeausweis (eHBA)

Folgen für die Landesärztekammer Hessen

- 10. Berufung von Vorsitzenden der Prüfungs- und Widerspruchsausschüsse im Weiterbildungswesen
- 11. Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung
 - a) Bericht des Vorsitzenden der Akademie
 - b) Wahl des Vorstandes der Akademie
 - c) Änderung des Jahresbeitrages für die Akademie-Mitglieder (§ 5 Akademiesatzung)
 - d) Änderung der Beitrittserklärung für die Akademie-Mitgliedschaft (§ 6 Akademiesatzung)
- 12. Nachwahlen

Schlichtungsausschüsse der Bezirksärztekammern

- 13. Wahlen der Delegierten zum 112. Deutschen Ärztetag vom 19.–22. Mai 2009 in Mainz
- 14. Ausbildungswesen Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte
- 15. Verschiedenes

Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Shulland

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

– Präsident –

Die Rechtsabteilung informiert:

Pauschale Schweigepflichtentbindungserklärungen sind unzulässig

Immer wieder erhalten wir Anfragen von Ärzten, inwiefern und in welchem Umfang sie zur Herausgabe von Patientendaten gegenüber Krankenkassen oder privaten Krankenversicherungen verpflichtet sind. Dabei verweisen die Krankenkassen/Versicherungen nicht selten auf eine Schweigepflichtentbindungserklärung des Patienten, die dieser bereits bei Abschluss des Versicherungsvertrages unterzeichnet hat.

Wir möchten dies zum Anlass nehmen, Sie darüber zu informieren, dass eine derartige pauschale Schweigepflichtentbindungserklärung vom Bundesverfassungsgericht für nicht zulässig gewertet wird. In den bei Vertragsabschluss abgegebenen Schweigepflichtentbindungserklärungen werden oft weder bestimmte Auskunftsstellen noch bestimmte Auskunftsersuchen bezeichnet. Dies werde nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichtes dem grundrechtlich geschützten allgemeinen Persönlichkeitsrecht in seiner Ausprägung als Recht der informationellen Selbstbestimmung nicht gerecht.

Werden aufgrund einer solchen Schweigepflichtentbindungserklärung Behandlungsunterlagen an die Krankenkassen bzw. Versicherungen herausgegeben, sind sowohl berufs- als auch strafrechtliche Konsequenzen nicht auszuschließen.

Sie sollten daher darauf achten, dass der Anfrage der Krankenkasse/ Versicherung eine Schweigepflichtentbindungserklärung des Patienten beiliegt, die Sie konkret für ein bestimmtes Auskunftsersuchen von der Schweigepflicht gegenüber der Krankenkasse/Versicherung entbindet. Die erfragten Daten müssen in engem Zusammenhang mit dem Auskunftsersuchen stehen. Bei Zweifeln empfiehlt es sich regelmäßig, vorab mit dem Patienten Rücksprache zu halten. Das Bundesverfassungsgericht hält auch den Weg für gangbar, dass der Arzt als befragte Stelle die relevanten Informationen dem Patienten (= Versicherten) zur Weiterleitung zur Verfügung stellt. Der Patient kann sie dann gegebenenfalls ergänzen oder unter Verzicht auf seinen Leistungsanspruch von ihrer Weiterleitung absehen.

Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 23. Oktober 2006 – 1 BvR 2027/02"

Rechtsabteiluna

Richtige Antworten

Zu der Fragebogenaktion "Implantat-assoziierte Infektionen in Orthopädie und Unfallchirurgie – Teil 1: Diagnostik" in der September-Ausgabe, Seite 565

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

Spendenaufruf

Die Berufsschule in Groß-Gerau bittet um Unterstützung für den Unterricht von Medizinischen Fachangestellten hinsichtlich folgender Gegenstände

- 1 Reflektionsphotometer
- 1 EKG Gerät
- 1 Reanimationskoffer (kann abgelaufene Ampullen enthalten)

Spender melden sich bitte bei Frau Birgit Jantschke, BezÄK Darmstadt, Wilhelminenplatz 7, 64283 Darmstadt, Tel.: 06151 91668-21

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

Wir gratulieren den Arzthelferinnen zum 10-jährigen Berufsjubiläum

Natalia Franz, tätig bei Dres. med. J. Sauerbier und R. Bährens, Bebra

Katrin Fromm, tätig bei Dres. med. R. Göbel und Ch. Igler, vormals Praxis Dres. med. K. Hardt und R. Göbel, Aßlar

Nadine Jäger, tätig bei Dres. med. F. und W. Siebert und P. Aumüller, Fritzlar

Nicole Glitsch, tätig bei Peter Gaigl, Frankfurt

und zum mehr als 10-jährigen Berufsjubiläum

Anja Buschatzki, seit 16 Jahren tätig bei Dres. med. R. Göbel und Ch. Igler, vormals Praxis Dres. med. K. Hardt und R. Göbel, Aßlar

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

Zum 25-jährigen Berufsjubiläum gratulieren wir den Arzthelferinnen

Martina Bausch, tätig im Schmerzzentrum, Frankfurt

Barbara Brabsche, tätig bei Dr. med. L. Dralle, Wolfhagen

Martina Schlicker, tätig bei Dres. med. T. Land, S. Ragab, U. Erlenmaier, Vollmar

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

Erika Belz, seit 40 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis Dr. med. M. Rudolff und C. Discher, vormals Praxis Dr. med. H. Rudolff, Felsberg/Gensungen

Brigitte Hellmuth, seit 35 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis Dr. med. M. Rudolff und C. Discher, vormals Praxis Dr. med. H. Rudolff, Felsberg/Gensungen

Petra Schaub, seit 28 Jahren tätig bei Dres. med. R. Göbel und Ch. Igler, vormals Praxis Dres. med. K. Hardt und R. Göbel, Aßlar

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

Wir gratulieren der Helferin zum mehr als 10-jährigen Berufsjubiläum

Silvia Nagengast, seit 12 Jahren tätig bei Dr. med. G. Müller, Hattersheim

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

Erratum: Mitglieder des Finanzausschusses

zu HÄBL 10/2008, "Führungswechsel: Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach ist neuer Präsident der Landesärztekammer Hessen – Konstituierende Delegiertenversammlung der LÄKH am 30. August in Bad Nauheim", Seite 633, mittlere Spalte, Finanzausschuss

Die Delegiertenversammlung wählte in den Finanzausschuss der Landesärztekammer:

Dr. med. Norbert Löschhorn Dr. med. Günther Golla Michael Thomas Knoll Rainer Oliver Ibing Professor Dr. med. Jutta Peters Dr. med. Detlef Oldenburg Professor Dr. med. Manuela Koch

Rumer ouver ibing

Dr. med. Anthony Ruhl gehört dem Finanzausschuss nicht an.

Elektronischer Veranstaltungskalender

Ihre Suche nach geeigneten Fortbildungsmaßnahmen unterstützen wir mit einem elektronischen Veranstaltungskalender, den Sie über die Homepage der Landesärztekammer Hessen www.laekh.de erreichen können. Z.B. Balintgruppen finden Sie unter dem Fachgebiet "Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie".

Zugang zu dem elektronischen Veranstaltungskalender finden Sie über die Seite der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, über die Seite der ärztlichen Fortbildung sowie über die Seite des Hessischen Ärzteblattes.

Der elektronische Veranstaltungskalender hat ab Januar 2007 den Abdruck der Fortbildungsveranstaltungen im Hessischen Ärzteblatt abgelöst.

Bücher

Konrad Görg: "Wir sind, was wir erinnern". Zwei Generationen nach Auschwitz. Stimmen gegen das Vergessen. In Erinnerung an Erwin Katz. Hartung-Gorre Verlag, Konstanz. 2008. ISBN 978-3-86628-208-7. Euro 9,95.

Das rund 100 Seiten umfassende Buch enthält zwei Teile. Zunächst berichtet Görg über seine Motivation zu diesem Buch. Erwin Katz war der kleine Bruder der Mutter seines Freundes, der mit zehn Jahren in Auschwitz ermordet wurde. Er ist betroffen, verstört und zu immer wiederkehrender Beschäftigung mit dem Nationalsozialismus und Zeugnissen der Opfer der Täter und der Zeitzeugen, aber auch von Dichtern und Künstlern aus der Zeit davor und er fühlt sich verpflichtet.

Die vorangestellte Behauptung im Titel: "Wir sind, was wir erinnern" könnte durchaus hinterfragt werden. Ähnlich berechtigt wären Formulierungen wie: "Wir sind, was wir tun", "Wir sind, was wir denken", "Wir sind, was wir träumen", "Wir sind was wir essen". 90% des Buches umfasst eine Sammlung von Zitaten und Aphorismen. Diese sind manchmal ausführlich, manchmal auf einen Teil eines Satzes reduziert und lassen den Zusammenhang in dem sie geschrieben wurden meist nicht erkennen.

Das Buch lässt die Frage neu formulieren, welches die angemessene Form ist, über den Nationalsozialismus zu schreiben. Zu sprechen und nachzudenken über das "Was war geschehen?"; "Wer hat es begangen?"; "Wie verhielten sich Zeugen?"; "Wer wurde zum Täter und warum?", usw. Welche Rolle spielt hierbei ein einzelnes Opfer, das formal Anlass für die Sammlung der Zitate gab?

Yehuda Bauer, der ehemalige Direktor der Gedenkstätte Yad Vashem in Jerusalem fragte eine Besuchergruppe von Ärzten, warum sie sich mit dem Holocaust und seiner Geschichte beschäftigen. Nach einem Moment des Schweigens antwortete jemand für die Gruppe: "Damit es nicht noch einmal geschehe". Bauer darauf: "Und welche Rolle haben die Juden dabei und was haben die Juden damit zu tun?"

Dr. med. S. Drexler

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

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

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt Fachärztin/Facharzt für

psychotherapeutische Medizin

Darmstadt Psychologische Psychotherapeutin/

Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Rimbach Fachärztin/Facharzt für

Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Heppenheim Fachärztin/Facharzt für

Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Fürth Fachärztin/Facharzt für

Kinder- und Jugendmedizin

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Babenhausen Psychologische Psychotherapeutin/

Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Rüsselsheim Fachärztin/Facharzt für Anästhesie

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/M. Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder

Internistin/Internist - hausärztlich -

Frankfurt/M. Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder

Internistin/Internist - hausärztlich -

Frankfurt/M. Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder

Internistin/Internist - hausärztlich -

Frankfurt/M. Chirurgin/Chirurg

Frankfurt/M. Internistin/Internist – fachärztlich –

(Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Frankfurt/M. Internistin/Internist – fachärztlich – Frankfurt/M. Neurologin und Psychiaterin/

Neurologe und Psychiater

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Hochtaunuskreis Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder

Internistin/Internist - hausärztlich -

Hochtaunuskreis Urologin/Urologe

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Landkreis Offenbach HNO-Ärztin/HNO-Arzt

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Main-Kinzig-Kreis Augenärztin/Augenarzt

(Überörtlicher Berufsausübungs-

gemeinschaftsanteil)

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 Landkreis Gießen

Gießen Fachärztin/Facharzt für

Psychotherapeutische Medizin

Langgöns Fachärztin/Facharzt für Allgemein-

medizin bzw. Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich –

Lollar Fachärztin/Facharzt für Allgemein-

medizin bzw. Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin – hausärztlich –

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Wetzlar Fachärztin/Facharzt für Augenheilkunde

Planungsbereich Vogelsbergkreis

Grebenhain Fachärztin/Facharzt für

Innere Medizin – fachärztlich –

Planungsbereich Wetteraukreis

Büdingen Fachärztin/Facharzt für Chirurgie

Friedberg Fachärztin/Facharzt für

Frauenheilkunde- und Geburtshilfe

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

Fulda HNO-Ärztin/HNO-Arzt

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel Anästhesistin/Anästhesist

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Kassel Augenärztin/Augenarzt

Kassel Internistin/Internist – hausärztlich –

oder Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

Planungsbereich Landkreis Kassel

Vellmar Augenärztin/Augenarzt

Vellmar Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische

Medizin

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Bad Arolsen Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder

Internistin/Internist – hausärztlich –

Bad Arolsen Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder

Internistin/Internist - hausärztlich -

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Meißner Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder

Internistin/Internist - hausärztlich -

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

Limburg Fachärztin/Facharzt für Radiologie

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 Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Fritzlar Fachärztin/Facharzt für Orthopädie

(Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Wasenberg Fachärztin/Facharzt für Allgemein-

medizin oder Fachärztin/Facharzt für

Innere Medizin – hausärztlich –

Ziegenhain Fachärztin/Facharzt für

Kinder- und Jugendmedizin

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 Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin
Wiesbaden Fachärztin/Facharzt für Augenheilkunde
Wiesbaden Fachärztin/Facharzt für Chirurgie

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.