



Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen
Auch im Internet: www.laekh.de

2 | 2009
Februar 2009
70. Jahrgang



- **Organspende in Deutschland:**
Ergebnisse einer Umfrage in
der Organspenderegion Mitte
- **Was bringt die elektronische
Gesundheitskarte?**
Datenschutz als Patientenschutz:
Ein Bad Nauheimer Gespräch
- **Neue Tätigkeitsprofile für
Med. Fachangestellte (MFA)/
Arzthelfer/innen in der
Versorgung älterer Menschen**
- **Das Klinische Ethik-Komitee
am Fachbereich Medizin und
Klinikum der Goethe-Universität
Frankfurt**
- **Von Luftpumpenexperimenten,
der *Physica Gissena* und
Fröschen in Rezipienten**
- **Prävention geht alle an
Gedanken eines Philatelisten**

Hessisches Ärzteblatt

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

Impressum**Herausgeber:**

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

Schriftleitung (verantwortlich):

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

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Katja Möhrle, M.A.

Wissenschaftlicher Beirat:

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

Arzt- und Kassenarztrecht:

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

Anschrift der Redaktion:

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

Redaktionsschluss:

fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Tel. 0341 710039-90, Fax 0341 710039-74 u. -99
Internet: www.l-va.de
E-Mail: lk@l-va.de

Verlagsleitung:

Dr. Rainer Stumpe

Anzeigendisposition:

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

Druck:

Druckhaus Dresden GmbH
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Layout-Design:

Kathrin Artmann, Heidesheim
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen

zzt. ist Anzeigenpreisliste Nr. 5 vom 1.1.2009 gültig.

Bezugspreis / Abonnementspreise:

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

ISSN: 0171-9661

Hessisches Ärzteblatt

**Editorial**

92

Landesärztekammer Hessen

Organspende in Deutschland – Ergebnisse einer Umfrage in der Organspenderegion Mitte 93

Was bringt die elektronische Gesundheitskarte? Ein Bad Nauheimer Gespräch 98

Neue Tätigkeitsprofile für Medizinische Fachangestellte/Arzthelfer/innen
in der Versorgung älterer Menschen 101

Medizinethik aktuell

Das Klinische Ethik-Komitee am Fachbereich Medizin und Klinikum
der Goethe-Universität Frankfurt am Main 103

Medizin-Historisches

Von Luftpumpenexperimenten, der *Physica Gissena* und Fröschen in Rezipienten 108

Historisches

Prävention geht alle an 113

Fortbildung

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen 115

Aktuelles

Demographie: Kranken- und Pflegeversicherung durch Alterskomponente belastet 116

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim 117

Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim 123

Aus der Berufsgerichtsabteilung

Cave: Gefälligkeitsatteste! 125

Arzt- und Kassenarztrecht

PEG-Wechsel – ambulant oder stationär? 126

Fortbildung

Wer macht was beim Rückenschmerz? Vom Symptom zur Diagnose 129

Sicherer Verordnen 130

Briefe an die Schriftleitung

Das Versorgungswerk informiert: Höherversorgung – warum? 131

Mit Kommentar des Versorgungswerkes

Zur Verleihung des Nobelpreises für Physiologie oder Medizin 1908 an Paul Ehrlich 132

Rauchzeichen: Präventionsprogramm der Deutschen Herzstiftung zur Verhütung

des Rauchens von Jugendlichen 132

Mit meinen Augen

„Der Gesundheitsfonds wird die Bundestagswahlen nicht überleben“, sagt Karl Lauterbach 133

Satire Alles nur Karneval! 134

Humoristisches Die Eule 134

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten 135

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen 136

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen 141

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)

zum Jahreswechsel haben uns viele gute Wünsche für die Zukunft begleitet, die aber auch von berechtigten Sorgen durch die Turbulenzen in der Weltwirtschaft mit nationalen Auswirkungen, die Bedrohung des Weltfriedens bei erneuter Eskalation

der kriegerischen Auseinandersetzungen im Nahen Osten und die Belastung des Gesundheitssystems überschattet werden.

Letzteres betrifft unsere Patienten und uns Ärztinnen und Ärzte unmittelbar. Durch fortgesetzte Rationierungsmaßnahmen droht die Staatsmedizin in greifbare Nähe zu rücken.

Dass die Finanzierung der Krankenhäuser nicht ausreichend ist, wirkt sich direkt auf die Arbeitssituation aller in der stationären Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte aus und in der Folge auch auf die Patientenversorgung. In der gleichen Situation arbeiten die übrigen Berufsgruppen in der stationären Patientenversorgung.

Ebenso ist die Kontinuität ambulanter Versorgung der Patienten auf dem gewohnten noch außerordentlich hohem Niveau durch den Systemwandel der Finanzierung und die Änderung der Verteilung des Honorars massiv gefährdet. Unter der Vorgabe einer angeblichen Verbesserung der Honorierung und Versorgung haben neue EBM- und Honorarverteilungs-Regelungen stets nur dazu gedient, den Mangel eines zugeschnürten Budgets zu verschleiern.

Verteilungsgerechtigkeit und Transparenz sind gerne gebrauchte Schlagworte, die die Wirklichkeit kaschieren.

Wir alle fragen uns: „Wie wird es weitergehen?“ Wir wissen es nicht! Die Politik hat bisher nicht erkennen lassen, dass sie wirkliche Lösungswege kennt. Mit dem Gesundheitsfonds als weiterem Verteilungssystem wird mehr Intransparenz geschaffen, ohne dass Vorteile für Ärzte und Patienten erkennbar wären. Außerdem ist man der irrigen Auffassung, dass die Substitution ärztlicher Leistung durch nicht ärztliche Berufe die ärztliche Versorgung verbessert habe (so Minister Tiefensee anlässlich des Symposiums „Hausarztunterstützende Konzepte und Strukturen“ am 17. Oktober 2008 in Berlin).

Wir sollten jetzt nicht der Versuchung „Jeder gegen Jeden“ erliegen, und auch nicht nach dem Motto verfahren: Jeder, der einen Zweitwagen hat, gebe ihn ab an den, der noch keinen hat, damit auch dieser über ein Zweitauto verfügt. Die Menschen, die ihr Vertrauen auf die ärztliche Kunst und somit auf unser Können und unsere Zuwendung setzen, dürfen wir nicht allein lassen! Das heißt: wir Ärztinnen und Ärzte stehen unverändert an der Seite unserer Patienten und behandeln sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst. Oberste Priorität hat für uns der Vertrauensschutz in der sensiblen Arzt-Patienten-Beziehung; die Schweigepflicht darf nicht zu Gunsten von Honorarversprechungen preisgegeben werden. Auch dürfen Therapiefreiheit und freie Arztwahl nicht zur Disposition gestellt werden.

Das heißt aber auch, dass wir alle in der Patientenversorgung Stehenden konse-

quent und standhaft all jenen, die die Honorarverantwortung tragen – also den Institutionen, die den Patienten die Eigenverantwortung für die Bezahlung stationärer und ambulanter ärztlicher Leistung abgenommen haben und andererseits den Menschen suggerieren, dass alles medizinisch Machbare damit auch abgedeckt wäre – klarmachen, dass sie in der Verantwortung sind, wenn es darum geht, den Menschen eine gute medizinische Versorgung zu erhalten.

Wir befinden uns in einem so genannten Superwahljahr. Wenn Sie diese Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes in Händen halten, kennen wir die Ergebnisse der Hessischen Landtagswahl bereits. Wir sollten aber die gewählten Vertreter des Volkes und die Kandidaten für die anstehende Bundestagswahl auf Ihre Verantwortung hinweisen. Die Aufgabe der Landesärztekammer als Körperschaft öffentlichen Rechtes ist u.a. auch, die Verantwortlichen der Politik zu beraten. Im Interesse des Patientenschutzes, dem wir verpflichtet sind, müssen wir auch auf die Mängel aufmerksam machen und Abhilfe einfordern.

Lassen wir uns nicht irre machen! Bleiben wir an der Seite unserer Patienten, die, verunsichert durch die gegenwärtigen Umstände, unsere Unterstützung dringend brauchen! Glück ist nicht teilbar! Nur gemeinsam ist uns der Erfolg sicher.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident

Organspende in Deutschland – Ergebnisse einer Umfrage in der Organspenderegion Mitte

Otto G¹, Fassbinder W², Blettner M³, Mauer D⁴ für den Fachbeirat der Organspenderegion Mitte

Einleitung und Bestandsaufnahme

In Deutschland hat sich ein leistungsfähiges Gesundheitswesen entwickelt, das den Vergleich mit anderen Industrieländern keinesfalls scheuen muss. Diese grundlegende Aussage gilt trotz der zahlreichen Mängel und Probleme, denen wir uns als praktisch tätige Mediziner tagtäglich ausgesetzt sehen. Die Transplantationsmedizin ist unverzichtbarer Bestandteil eines hochentwickelten Gesundheitswesens. Sie stellt bei terminalem Organversagen von Leber, Herz und Lunge die einzig lebensrettende Therapie dar. Aber auch die Nieren- und die kombinierte Nieren-Pankreastransplantation verbessern nicht nur die Lebensqualität, sondern führen zu signifikant höheren Überlebensraten im Vergleich zur Dialysetherapie. Limitierender Faktor für eine erfolgreiche Weiterentwicklung der Transplantationsmedizin in Deutschland ist die seit Jahren niedrige Rate an postmortalen Organspenden im Vergleich mit anderen europäischen Ländern, wie Spanien, Belgien Österreich (Abbildung 1). Die Hauptgründe für die Defizite in der Organspenderate liegen neben der gesetzlichen Regelung (erweiterte Zustimmungslösung in Deutschland) in strukturellen Unterschieden, insbesondere in der Spendererkennung. Nach dem Deutschen Transplantationsgesetz ist die Organspende Gemeinschaftsaufgabe der Transplantationszentren und der Krankenhäuser. Alle Krankenhäuser sind

somit zur Mitarbeit auf dem Gebiet der Organspende per Gesetz verpflichtet. Ihre Aufgabe ist es, potentielle Organspender zu erkennen und die intensivmedizinischen Maßnahmen bis zur Klärung der Voraussetzungen für eine Organspende bzw. im Falle einer Zustimmung bis zur Organentnahme zu gewährleisten. Laut Gesetz wurde der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) die Koordination des gesamten Organspendeprozesses übertragen. Ihre Aufgabe ist es, neben der organisatorischen Gewährleistung der Hirntoddiagnostik die Krankenhäuser in der Angehörigengesprächsführung und der intensivmedizinischen Spendertherapie zu unterstützen. Darüber hinaus liegen die Organisation der transplantationsrelevanten Diagnostik, der Organentnahme und die Transportlogistik im Verantwortungsbereich der DSO. Dazu wurde Deutschland in sieben Organspende-Regionen unterteilt, die alle organisatorisch vergleichbar aufgestellt sind, aber teilweise erhebliche Unterschiede in der Organspenderate aufweisen. Regional unterschiedliche Zustimmungsraten beim Angehörigengespräch und insbesondere die unterschiedlichen Detektionsraten von potentiell hirntoten Patienten auf den Intensivstationen sind die Hauptgründe für die divergierenden Ergebnisse.

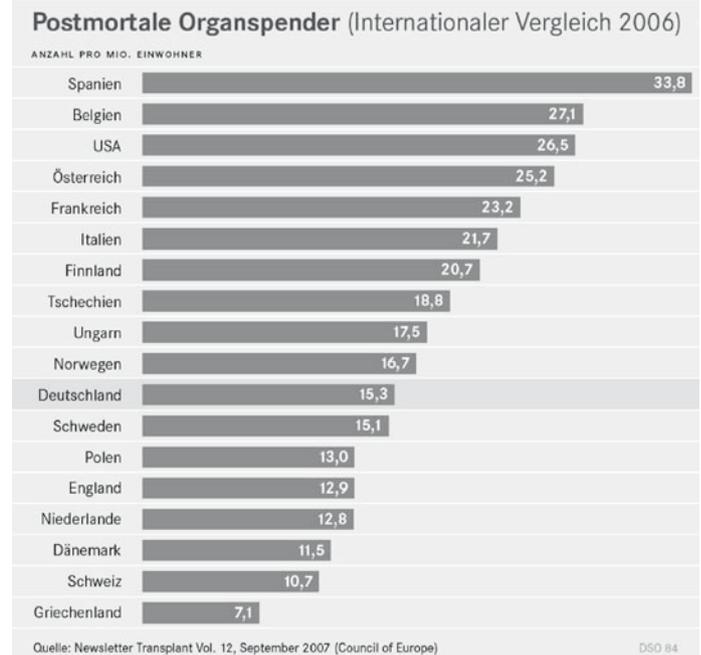


Abb. 1: Postmortale Organspenderaten in Europa (USA); European Council 2006; entnommen aus DSO-Jahresbericht 2007

Die Organspenderegion Mitte umfasst die drei Bundesländer Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland. In dieser Region wurden frühzeitig Regelungen zur Verbesserung der Organspende vollständig etabliert:

1. Einrichtung von Transplantationsbeauftragten in allen Krankenhäusern. Deren Aufgabe es ist, die Voraussetzungen für die Realisierung einer Organspende in ihrem Zuständigkeitsbereich zu schaffen, insbesondere die Erkennung jedes möglichen Organspenders auf der Intensivstation zu gewährleisten.
2. Durch Ausführungsgesetze zum Transplantationsgesetz der jeweiligen Landesregierung (bzw. -regierungen) bzw. Kooperationsvereinbarungen wurde eine Berichterstattung der Krankenhäuser über Patienten, die im Hirntod verstorben sind, verpflichtend.

¹ Transplantationschirurgie Universitätsklinikum Mainz

² Medizinische Klinik III, Klinikum Fulda

³ Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik, Universitätsklinikum Mainz

⁴ Projektsteuerungsbüro, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg

3. Einrichtung von Qualitätszirkeln oder Gesprächsrunden zur Organspende, in denen Verbesserungsmöglichkeiten kontinuierlich diskutiert werden sollen.

Trotz dieser Regelungen und trotz intensiver Bemühungen und Kontaktpflege mit den Spenderkrankenhäusern durch die Mitarbeiter der DSO lag die Organspende-Rate im Vergleich mit anderen Regionen Deutschlands in den letzten Jahren im Mittelfeld. Nach einem erfolgreichen Jahr 2007 kam es Anfang 2008 zu einem ganz erheblichen Rückgang der Spenderate auf unter zehn jährliche Spenden pro eine Million Einwohner.

Ziel und Methodik

Auf Initiative des Fachbeirates der Region Mitte wurde eine Umfrage unter den Transplantationsbeauftragten aller Krankenhäuser mit Intensivstation in der Region durchgeführt, um Gründe für diese gravierende Negativentwicklung zu evaluieren. Im Zentrum des Interesses des Fachbeirates der Region Mitte stand die Frage, inwieweit die Aufgaben der am Organspende-Prozess beteiligten Institutionen erfüllt werden und welche Ursachen einer Nichterfüllung zugrunde liegen.

In 19 Komplexen, die insgesamt 66 Einzelfragen beinhalteten, wurden folgende Aspekte der Organspende evaluiert: Status der Krankenhäuser und der Transplantationsbeauftragten, Einstellung und Informationsgrad der Mitarbeiter im Krankenhaus, Beurteilung der Kooperation mit der DSO, Einschätzung der Rahmenbedingungen für die Organspende. Außerdem konnten Probleme, die in den Fragen nicht beinhaltet waren, als Freitext vermerkt werden.

297 Fragebögen wurden an die Transplantationsbeauftragten von 204 Krankenhäusern der Region Mitte im Auftrag des Fachbeirates verschickt. 175 Bögen wur-

den zurückgesandt und in die Auswertung eingeschlossen. Um die Anonymität der Datenerhebung zu gewährleisten, erfolgte die Rücksendung an das Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universität Mainz. Hier wurde auch die Auswertung durchgeführt. Bei Fragen, die mit Schulbenotungen beantwortet werden sollten beschränkten wir uns auf die Noten sehr gut (1), gut (2), genügend (4) und ungenügend (5); die „3“ wurde ausgelassen, um eine eindeutige Trennung zwischen „akzeptabel“ und „inakzeptabel“ zu erreichen. (Der detaillierte Inhalt der Fragebögen und Abbildungen alle Antworten betreffend können bei den Autoren angefordert werden).

Ergebnisse und Kommentare

Die Antworten stammen von 27 Transplantationsbeauftragten (Tx-B) aus Universitätskliniken, von 23 Tx-B aus Häusern mit einer Neurochirurgie, von 11 Tx-B aus Einrichtungen mit mehr als 600 Betten und 114 Tx-B aus Einrichtungen mit weniger als 600 Betten. Aus Anonymitätsgründen wurde darauf verzichtet, die Art der Einrichtung zu identifizieren. Die Antworten repräsentieren somit die Erfahrungen von Mitarbeitern, die in besonderem Maße mit der Organspende befasst sind und nicht spezifische Probleme oder Meinungen einer Krankenhauskategorie. Bei einer nach Kategorien (Krankenhäuser mit versus ohne Neurochirurgie, großes Krankenhaus versus kleines Haus) getrennten Auswertung sahen wir keine gravierenden Unterschiede, wobei auf Grund der dann kleinen Fallzahlen auf die Darstellung der Ergebnisse verzichtet wurde. Es sei angemerkt, dass die Fragen in einigen Fragebögen nicht zu 100 % beantwortet wurden, woraus sich bei manchen Zahlenangaben eine Diskrepanz zu den insgesamt 175 zugesandten Bögen ergibt.

Erfahrungen der Transplantationsbeauftragten

In der überwiegenden Zahl der Antworten (n=145) lagen bereits Erfahrungen mit einer Organspende vor. 123 Antworten kamen aus Häusern mit weniger als fünf jährlichen Spenden, 15 Antworten aus Kliniken mit sechs bis zehn Spenden und zehn Antworten aus Einrichtungen mit mehr als zehn Spenden pro Jahr. Anästhesisten, Internisten und Neurochirurgen (n=78, 51 und 15) waren die häufigsten Berufsgruppen, die die zusätzliche Aufgabe der Transplantationsbeauftragten ausüben. Zehn Antwortende gehörten dem Pflegepersonal an. Ein hohes Engagement der Transplantationsbeauftragten kann angenommen werden: 96 hatten sich freiwillig zur Übernahme dieser zusätzlichen Aufgabe bereit erklärt. Bedenklich stimmt, wie die Transplantationsbeauftragten ihre eigene Bedeutung in der Klinik einschätzen. Die Frage nach Akzeptanz des Beauftragten und Kooperationsbereitschaft der Klinik in Hinblick auf die Umsetzung des Transplantationsgesetzes wurde zwar 110-mal mit gut oder sehr gut (nur 22-mal!) beantwortet, aber auch 57-mal nur mit befriedigend oder gar schlecht. Immerhin hatten 70 der Befragten (53-mal aus Zeitgründen) noch nie an einer der regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen der DSO zum Thema Organspende teilgenommen.

Einstellung der Mitarbeiter

Die beteiligten Mitarbeiter sind der Organspende gegenüber unterschiedlich eingestellt. Während auf den Intensivstationen offenbar eine positive Grundhaltung vorherrscht (117 entsprechende Antworten), ist die Einstellung im Operationssaal sowohl seitens des chirurgischen wie des anästhesiologischen Pflegepersonals weniger zustimmend: nur 66 bzw. 84 Antworten waren positiv, 57 bzw.

52 waren „neutral“, der Rest ablehnend. Es besteht eindeutiger Bedarf an Fortbildungsprogrammen, der bei der Sensibilität der Problematik unbedingt umgesetzt werden sollte (Abbildung 2). Es überrascht nicht, dass die Problematik des Hirntodes, des Ablaufs der Organspende und das Angehörigengespräch als besonders wichtig eingeschätzt werden.

Rahmenbedingungen

Es ist Aufgabe der DSO, die Koordination des Organspendeprozesses in allen Krankenhäusern zu gewährleisten und dies als aktive Unterstützungsleistung für die Krankenhäuser. Während die Qualität dieses Ablaufs im Einflussbereich der DSO und ihrer Mitarbeiter liegt, müssen die wichtigen Rahmenbedingungen für eine flächendeckend erfolgreiche Organisationsstruktur im Zusammenwirken aller zuständigen Partner im Gesundheitswesen wie Landesministerien, Landeskrankenhausesgesellschaft, Landesärztekammern und Krankenkassen realisiert werden. Der unmittelbare Kontakt und die Unterstützungsleistungen der DSO Region Mitte und ihrer Mitarbeiter zu den Krankenhäusern werden überwiegend mit gut ($n=156$) bewertet, lediglich in sieben von 175 Bewertungen wurden die Noten genügend und ungenügend vergeben. (Abbildung 3). Auch in anderen Detailspekten trifft die Arbeit der DSO-Mitarbeiter ganz überwiegend auf Zustimmung und bietet den Krankenhäusern wertvolle Unterstützung im Spendeprozess. Daraus kann jedoch nur der Schluss gezogen werden, dass die DSO im Rahmen der existierenden Bedingungen adäquat wirksam ist, nicht aber, dass die Bedingungen insgesamt ausreichend sind. Wie in den anderen Regionen Deutschlands ist auch in der Region Mitte die qualitativ hochwertige Durchführung der Hirntoddiagnostik nach den Richtlinien der Bundes-

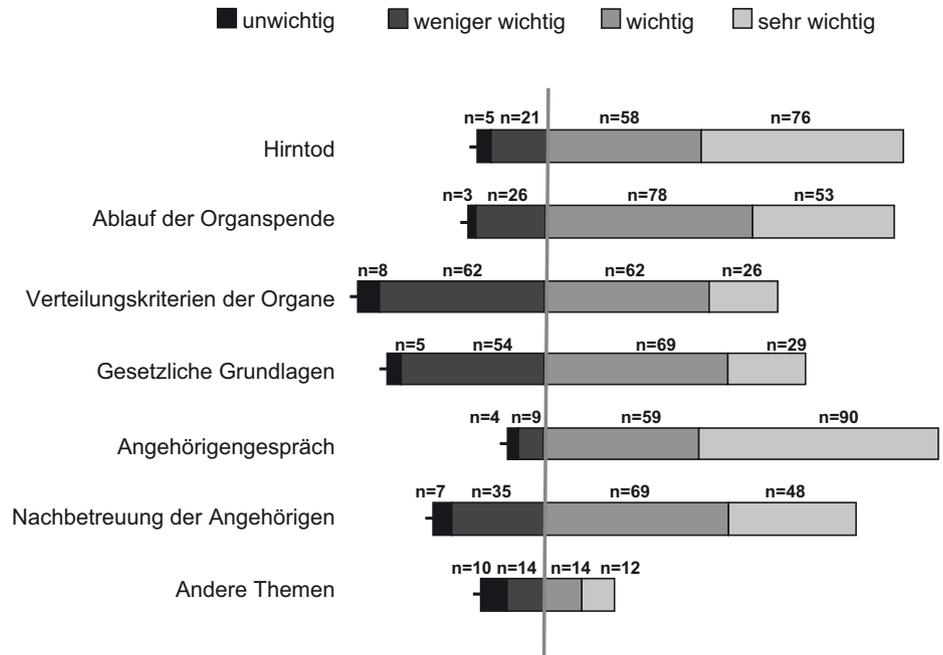


Abb. 2: Zu welchen Fragen würden Sie für sich und Ihr Intensivpersonal Fortbildungen für dringend und sinnvoll erachten?

ärztekammer flächendeckend in den Krankenhäusern oder durch spezialisierte Ärzte der neurologischen Teams gewährleistet. Aufgrund fehlender Fachabteilungen verweisen 72 von 169 Antworten auf benötigte externe Hilfe durch ein entsprechendes Team. Allerdings wird der zeitliche Ablauf dieses Prozesses von fast der Hälfte aller Transplantationsbeauftragten mit schlecht eingestuft (schlecht = 53, gut = 65). Es gilt,

diesen für eine Organspende wichtigen Teilschritt im Ablauf zu verbessern und damit die Kooperationsbereitschaft der Krankenhäuser zu erhöhen.

Die Etablierung der grundsätzlichen Erfassung potentieller Organspender durch Landesausführungs-Bestimmungen (oder Landesgesetze) wird von 153 der Antwortenden als wichtig und sehr wichtig beurteilt, von 19 als unwichtig.

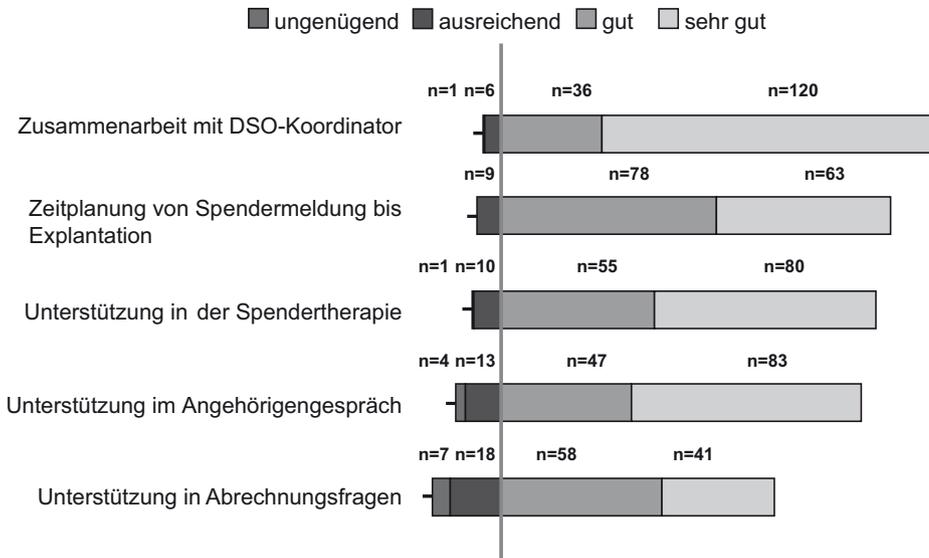


Abb. 3: Bewerten Sie die Unterstützungsangebote der DSO!

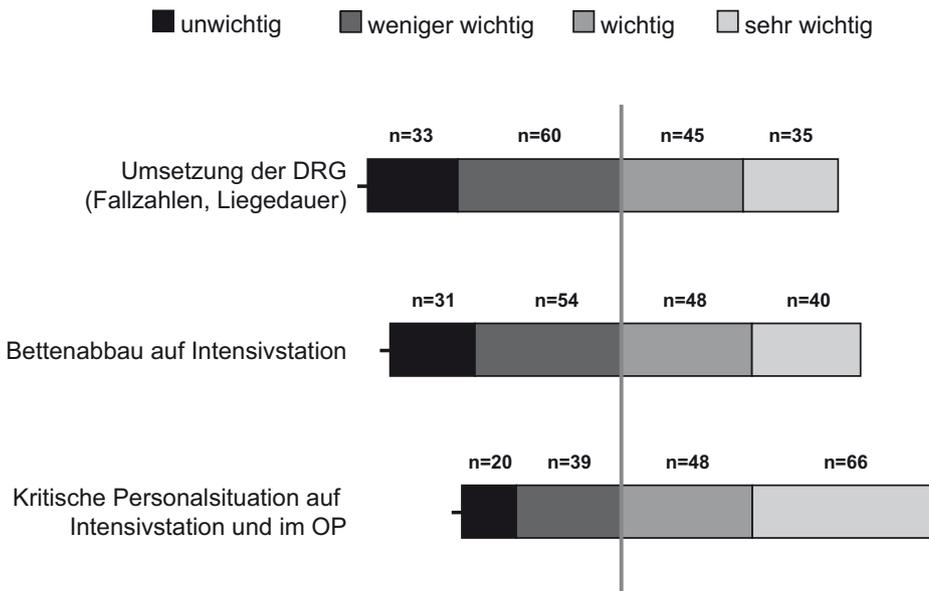


Abb. 4: Wie wichtig sind nach Ihrer Einschätzung die folgenden Rahmenbedingungen für die Häufigkeit gemeldeter Organspender?

Die Frage nach der Bedeutung der Qualitätszirkel wurde nur teilweise beantwortet: 95-mal mit wichtig und sehr wichtig, 24-mal mit unwichtig. Daraus kann gefolgert werden, dass die sehr ambitionierte Einführung dieser Maßnahmen in vielen Kliniken sehr positiv bewertet werden, in anderen Kliniken allerdings wenig Wirkung gezeigt hat, da die eigentlichen Probleme,

die eine Ausweitung der Organspende begrenzen, nicht gelöst werden konnten: Knappheit finanzieller Ressourcen und insbesondere die kritische Personalsituation tragen zu der gegenwärtigen Problematik wesentlich bei (Abbildung 4). Auch die als Freitext geäußerten Bemerkungen der Befragten verweisen auf das grundlegende Problem der Knappheit von Ressourcen:

61 der 75 Freitextangaben beinhalten als wichtige Punkte Freizeit- oder finanzielle Vergütung der zusätzlichen Arbeit der Transplantationsbeauftragten und die Verbesserung der Personalsituation auf der Intensivstation.

Die Antwort auf eine zusätzliche Frage nach den Auswirkungen der geänderten Krankenhausfinanzierung unterstreicht diese Daten. 55 von 165 der Befragten waren der Auffassung, dass sich die Indikation zur Intensivtherapie bei Patienten mit infauster zerebraler Prognose verändert hat und damit weniger potentielle Spender auf den Intensivstationen behandelt werden.

Als symptomatisch für diese grundlegenden Probleme können auch die Modalitäten des Angehörigengesprächs gelten. Das Angehörigengespräch wird ganz überwiegend vom Chefarzt oder von einem Oberarzt geführt (Abbildung 5). Auf den ersten Blick übernimmt damit ein kompetenter und erfahrener Arzt diese schwierige Aufgabe. Doch wird dieses Gespräch dann auch – wie erforderlich – ergebnisoffen geführt? Ergebnisoffen heißt hier: offen hinsichtlich des zu eruiierenden Willens des Verstorbenen und offen hinsichtlich der Zustimmung oder Ablehnung durch die Angehörigen. Der gesprächsführende Arzt ist in dieser Situation Fürsprecher der Angehörigen aber auch der Patienten auf der Warteliste für eine erforderliche Organtransplantation. Um dies zu gewährleisten, ist die Kompetenz eines Koordinators der DSO in vielen Fällen erforderlich. Diese wichtige Unterstützungsleistung wird allerdings nur in 50% der Fälle wahrgenommen. Gerade vor dem Hintergrund, dass Weiterbildungsmaßnahmen in der Gesprächsführung und in der Angehörigenbetreuung seit Jahren flächendeckend nicht mehr zur Verfügung stehen, müssen die bundesweit hohen Ablehnungsraten diskutiert werden.

Nur achtmal wird von den Transplantationsbeauftragten die Einführung der Widerspruchslösung als bedeutungsvoll für die Steigerung der Organspende angesehen. Nach unserer Auffassung wäre die Widerspruchslösung zwar die klarste und ethisch sicher auch gut vertretbare Lösung, würde aber an den hier dargestellten Problemen nichts ändern.

Fazit

Die Organspende leidet in Deutschland an erheblichen strukturellen Defiziten. Diese sind offenbar in den letzten Jahren verschärft worden durch die veränderte Krankenhausfinanzierung. Es steht außer Frage, dass die Krankenhäuser auf Grund der restriktiven finanziellen Ausstattung die zu erbringenden Aufgaben nicht erfüllen können. Die vermuteten Limitierungen, die insbesondere in den für die Organspende kritischen Bereichen der Krankenhäuser vorzufinden sind, werden durch unsere Umfrage eindrucksvoll bestätigt. Die Unterstützungsleistungen in der Akutsituation Organspende durch die Koordinatoren der DSO Region Mitte werden in der überwiegenden Anzahl der Antworten mit gut bzw. sehr gut bewertet und sollten als wichtige Grundpfeiler in ein zukünftiges System integriert werden. Als nicht erfolgreich müssen die Bemühungen in der Krankenhausbetreuung zur Steigerung der Meldungen potentieller Organspender angesehen werden, die von der DSO als „externem Partner“ nur begrenzt zu beeinflussen sind. Eine ganz zentrale Bedeutung besitzen in diesem Zusammenhang die Transplantationsbeauftragten in den Krankenhäusern. Es liegen somit Überlegungen nahe, wie sie aus einem Report from the Organ Donation Task Force in Großbritannien hervorgehen. Darin wird ganz eindeutig die Stärkung der Verantwortlichkeiten für die Organspende in den Krankenhäusern

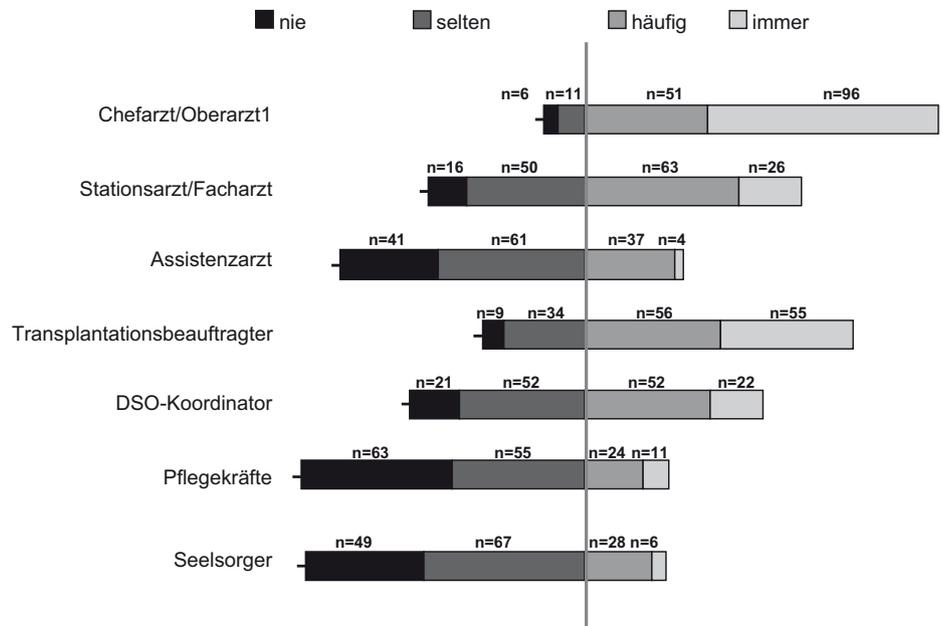


Abb. 5: Wer ist an Ihrer Klinik am Angehörigengespräch beteiligt?

favorisiert. Auch für Deutschland ist zu fordern, dass die Transplantationsbeauftragten in Schwerpunktkrankenhäusern – insbesondere in den Universitätskliniken und Krankenhäusern mit Neurochirurgischer Fachabteilung – ausschließlich für diese Aufgabe ausgebildet und in vollem Umfang unterstützt werden. Aufgabe dieser hauptamtlichen Transplantationsbeauftragten wäre neben der Mitarbeit bei der Optimierung struktureller und personeller Voraussetzungen insbesondere die Detektion aller möglichen Organspender vom Schockraum ausgehend. Diese Kollegen sind entsprechend zu vergüten und müssen dem zuständigen Landesministerium/Transplantationszentrum berichtspflichtig sein. Zu diskutieren wäre, wem die Transplantationsbeauftragten unterstellt werden. Ausgehend von Schwerpunktkrankenhäusern können Netzwerkstrukturen aufgebaut werden, die auch umliegende Kliniken ohne Schwerpunktcharakter in das System mit einbeziehen. Neben der Klärung der Finanzierbarkeit

erfordert diese Umstrukturierung ein Umdenken bei allen Verantwortlichen im Gesundheitssystem.

Die Probleme des nun schon jahrelang bestehenden Organmangels in Deutschland mit gravierenden Konsequenzen für die Transplantationsmedizin und vor allem für die Versorgung der schwerkranken Patienten auf der Warteliste erfordert zwingend, dass Umstrukturierungsprozesse zeitnah in Angriff genommen werden.

Korrespondenzadresse

Professor Dr. G. Otto
 Abt. für Transplantationschirurgie
 Johannes Gutenberg-Universität
 Langenbeckstraße 1
 55131 Mainz
 Tel. 06131 17-3613
 Fax 06131 17-5554
 E-Mail:
 otto@transplantation.klinik.uni-mainz.de

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Deutschen Ärzte-Verlages.

Was bringt die elektronische Gesundheitskarte?

Datenschutz als Patientenschutz: Ein Bad Nauheimer Gespräch u. a. mit dem Hessischen Datenschutzbeauftragten Professor Dr. Michael Ronellenfitsch

Zauberstab zur Verbesserung der medizinischen Versorgung oder Wegbereiter des gläsernen Patienten? Bei der elektronischen Gesundheitskarte, kurz e-card genannt, handelt es sich um eine Speicherchipkarte mit Mikroprozessoren, die an Stelle der bisherigen Versichertenkarte eingeführt und genutzt werden soll. Sie umfasst einen administrativen Pflichtteil und einen freiwilligen Teil, mit dem auch sensible Patientendaten erfasst werden können. Unter dem Titel „Datenschutz als Patientenschutz“ setzte sich das von Claus-Peter Müller von der Grün, FAZ, moderierte Bad Nauheimer Gespräch vor wenigen Wochen in Frankfurt mit der Datensicherheit der elektronischen Gesundheitskarte auseinander. Ziel der Telematik sei Transparenz, stellte Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, 1. Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Förderkreises Bad Nauheimer Gespräche, fest. Zunächst jedoch werde die e-card eine Fülle von Verordnungen und Regeln mit sich bringen, deren positiver Effekt auf die Leistungen im Gesundheitswesen abgewartet werden müsse. Ungeklärt sei auch, ob der Datenschutz wirklich gesichert sei.

Patientendaten vor Zugriffen schützen

„Die e-card mag kritisch und noch nicht ausgekocht sein, aber dämonisieren sollten wir sie nicht. Andererseits sollte sie auch nicht bagatellisiert werden“, forderte der hessische Datenschutzbeauftragte, Professor Dr. Michael Ronellenfitsch in seinem Vortrag zur Datensicherheit. Ihm gehe es um die Realisierung eines vernünftigen Datenschutzes und um ein rechtlich korrektes Ergebnis. Für den Erfolg einer Therapie sei es wichtig, dass der Mensch für den behandelnden Arzt „transparent“ sei. Doch müssten die

Patientendaten vor Zugriffen geschützt sein. Wenn Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt sage, dass die e-card den Weg für mehr Sicherheit ebne, begebe sie sich auf eine Abwiegelungsebene, die mehr Zweifel wecke als ausräume, betonte der parteilich ungebundene Tübinger Lehrstuhlinhaber für öffentliches Recht und Verwaltungsrecht, der die Position des hessischen Datenschutzbeauftragten nach eigenen Worten „nebenberuflich“ ausübt. Auch die Floskel „Patientenschutz ist Datenschutz“ wecke falsche Erwartungen.

Im Mittelpunkt des Medizinrechts stehe das Arzt-Patienten-Verhältnis, erklärte Ronellenfitsch. Für den Arzt bedeute dies Dokumentations- und Schweigepflicht, für den Patienten Selbstbestimmungsrecht, Recht auf freie Arztwahl und auf vertrauliche Behandlung. Die Dokumentation diene nicht nur als Gedächtnisstütze, sondern auch der Rechenschaftspflicht und Beweissicherung. Während es sich bei dem Schweigerecht der Ärzte um eine Errungenschaft des Kaiserreichs handele, sei die Brechung der ärztlichen Schweigepflicht bereits im 18. Jahrhundert unter Strafe gestellt worden. „Der Datenschutz ist hingegen neueren Datums“.

Gibt es ein Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung? Im Verfassungsstaat benötige der Staat für das Eingreifen in die Freiheit des Einzelnen eine Legitimation, führte Ronellenfitsch aus. Obwohl informationelle Selbstbestimmung nicht im Grundgesetz stehe, seien Datenzugriffe verboten – es sei denn, der Staat verfüge über eine Ermächtigung. Ronellenfitsch nannte das Zweckbindungserfordernis beim Neugeborenen-Screening als Beispiel. Dabei dürften nur solche Krankheiten erfasst werden, die therapierbar seien. Es gelte der Grundsatz der

Datenaskese: Nicht mehr Daten erfassen als notwendig.

Ziel der geplanten Einführung der e-card sei es, so Ronellenfitsch, den administrativen Pflichtteil, der bereits auf der bisherigen Versichertenkarte enthalten sei, und den freiwilligen Teil irgendwann zusammen zu fassen. Für den Zugriff auf die Daten werde der Heilberufsausweis als Ausweis der Leistungserbringer benötigt. Doch wer sind diese Leistungserbringer? Die Antwort „Arzt und Krankenhaus“ übersehe ein Rechtsproblem, das sich bei der Privatisierung von Kliniken auftue. So wollten etwa die privaten Rhön-Kliniken eine einheitliche Datenverwaltung betreiben. Ein Vorhaben, das nicht einzusehen sei, erklärte der hessische Datenschutzbeauftragte.

Risiken der Online-Übermittlung

Auch die Frage, ob die Online-Übermittlung von Daten gesichert sei, habe bisher nicht zufriedenstellend beantwortet werden können. „Tatsächlich sind Online-Übermittlungen das Riskanteste, was es gibt“, sagte Ronellenfitsch. „Was einmal im Internet steht, bleibt drin.“ Aus diesem Grund plädierten viele Ärzte dafür, die Daten über einen USB-Stick zu übermitteln. Derzeit werde geprüft, ob dieser Weg sicher sei. Doch was ist, wenn der USB-Stick verloren geht? Kann er entschlüsselt oder manipuliert werden? Welche Alternativen gibt es, wenn sich Versicherte PIN-Nummern oder Geheim-Passwörter als Zugang zu ihren Daten nicht merken können? Auch die Behauptung, dass der Patient Herr über seinen Datenbestand sei, müsse hinterfragt werden. Solle daraus wirklich das Recht abgeleitet werden, Arztbriefe oder Daten zu löschen? Wem nütze die Patientenakte, wenn sie geschönt sei? „Es ergeben sich

also viele praktische Schwierigkeiten, die wir gemeinsam angehen müssen,“ forderte Ronellenfitsch. Er selbst könne keine fertigen Lösungen anbieten, sondern appelliere an die Verantwortlichen, die Entwicklungen nicht über das Knie zu brechen.

Patientenschutz

„Was ist Patientenschutz?“ wollte Moderator Müller von der Grün in der anschließenden Diskussion von den Podiumsteilnehmern wissen. Patientenschutz beginne im Mutterleib und ende im Sarg, entgegnete Wolfram-Arnim Candidus, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten. In der Zwischenzeit müsse überlegt werden, wie Patientenschutz zu generieren sei. Immer unter der Prämisse, dass der Patient Herr seiner Daten bleiben müsse. Patientenschutz bedeute, den Patienten als Persönlichkeit zu akzeptieren, erklärte Ronellenfitsch. Es gehe darum, nach seinen mutmaßlichen Interessen zu handeln. Die Frage, ob Patientenschutz auch Datenschutz sei, könne vorsichtig mit „Ja“ beantwortet werden, sagte Norbert Sudhoff, Landesgeschäftsführer der Barmer Ersatzkasse in Hessen. Im Übrigen sei der Datenschutz in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wesentlich besser geregelt als in der Privaten Krankenversicherung (PKV). So würden die Rechnungen in der PKV mit allen Diagnosen eingereicht; in der GKV dürfe die Kasse dagegen Daten nur im Rahmen des gesetzlichen Auftrages, d. h. zur Abrechnung, sammeln. Die Barmer sichere alle Patientendaten in einem abgeschotteten Hochleistungszentrum, ein Zugriff von Außen sei unmöglich. „Datenauswertungen, die sich nicht aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) V ergeben, sind für gesetzliche Versicherungen tabu,“ ergänzte Sudhoff.

Verwendung nur zu medizinischen Zwecken

Dieser Aussage hielt Candidus den Fall einer freiwillig in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherten und regelmäßig ihre Beiträge zahlenden Frau entgegen, die sich an die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten gewandt habe, da die Barmer erneut Auskünfte über ihre Einkommensverhältnisse erfragt hatte. Nachdem sie sich auf Anraten der Gesellschaft nicht bei der Barmer gemeldet hatte, habe sich die Krankenkasse an das Finanzamt gewandt und dort die gewünschten Informationen erhalten. Auf die Betroffenheit und Verwunderung im Publikum reagierte Sudhoff mit Unverständnis: Das Vorgehen der Barmer sei rechtmäßig gewesen, da die Kasse die aktuelle Einkommenssituation von freiwillig Versicherten und damit deren Beitragshöhe feststellen müsse. Was den Zugriff von gesetzlichen Krankenkassen auf Finanzdaten von Versicherten angehe, so sehe er dafür keine gesetzlichen Grundlagen, wolle aber nicht ausschließen, dass es diese gebe, kommentierte Ronellenfitsch. Generell bestehe die Tendenz, immer mehr Verknüpfungen auf Verwaltungsebene zu schaffen. Es müsse unbedingt darauf bestanden werden, dass die Verwendung der gesammelten Daten nur zu medizinischen Zwecken erfolge.

Mit der Frage: „Warum brauchen wir die e-card?“ wandte sich Müller von der Grün an den gesundheitspolitischen Sprecher der CDU-Fraktion im hessischen Landtag, Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt. Ideelles Ziel sei es, die Qualität der Medizin zu verbessern, erwiderte dieser. Durch die Vermeidung von Mehrfachverordnungen wolle man Kosten im Gesundheitswesen senken und Misstrauen durch Personenidentifizierung vermeiden. Dennoch lasse sich zum jetzigen Zeitpunkt nur schwer

sagen, was die neue Karte bringen werde, da sie bisher nur über die Funktionen der alten Versichertenkarte verfüge. Auch werde niemand seine Daten speichern lassen, solange die Ärzte der Karte negativ gegenüber stünden. Daher sprach sich Bartelt dafür aus, dass der Start der Karte erst dann erfolgen solle, wenn alle Beteiligten von ihrem Sinn und Zweck überzeugt seien. Bundesweit beliefen sich die Kosten für die Karte auf 1 bis 1,4 Milliarden Euro per anno; der einzelne Arzt müsse zwischen 2.000 und 3.000 Euro investieren. Noch seien die potentiellen Einsparungen durch die elektronische Gesundheitskarte sehr nebulös.

Datensammlung wofür?

Sudhoff bezeichnete die e-card als eine Weiterentwicklung der bisherigen Versichertenkarte. Die Kostenschätzungen für das Projekt beliefen sich, so Sudhoff, auf elf Milliarden Euro; man rechne jedoch damit, dass diese elf Milliarden nach neun Jahren im Gesundheitswesen eingespart werden könnten. Durch die Vermeidung überflüssiger Untersuchungen etwa. Auch komme es jedes Jahr durch Medikamentenwechselwirkungen zu Todesfällen. Diese könnten, ebenso wie Mehrfachuntersuchungen, mit Hilfe der über die e-card registrierten Daten vermieden werden. Es seien vorwiegend Lobbyisten und gut verdienende Ärzte, die Stimmung gegen die Karte machten, urteilte der Barmer-Geschäftsführer. Er aber wolle den Nutzen der Karte darstellen, deren größter Vorteil darin bestehe, dass sie Wirtschaftlichkeitsreserven erschließe: „Geben Sie dem System eine Chance!“

Anders als Sudhoff zeigte sich Candidus davon überzeugt, dass die elektronische Gesundheitskarte „nicht so schnell“ kommen werde, da sie von „bestimm-

ten Interessengruppen initiiert worden“ sei. Nicht nur die Datensicherheit sei ungeklärt, es gebe auch keine Kosten-Nutzen-Bewertung. Außerdem sei nach wie vor unklar, wer die e-card bezahlen solle. „Wir brauchen Daten, um wirtschaftlicher zu werden, aber nicht in dieser Form,“ fasste Candidus zusammen. Die einzige Möglichkeit, um der Gefahr von Manipulationen aus dem Weg zu gehen, bestehe darin, den Patienten in die Gestaltung der Karte mit einzubeziehen. Candidus schlug vor, die Daten von einer Genossenschaft verwalten zu lassen.

Auch Ronellenfitsch unterstrich, dass die Sammlung von Daten für die medizinische Behandlung wichtig sei. Doch müssten diese Daten strukturiert gesammelt werden.

Primär sei der Patient Inhaber und Verwalter seiner Daten und lasse diese in der Regel von seinem Arzt verwalten, sagte Bartelt. Bisher sei alles verhältnismäßig transparent, doch bei einer elektronischen Speicherung komme es zu „dem Problem der Nachvollziehbarkeit“, das zu Misstrauen führe. Wenn,

wie bei der e-card vorgesehen, eine übergeordnete Institution die elektronischen Patientendaten verwalten solle, müsse die Politik die Juristen fragen, ob man die Verwaltung einer Körperschaft übergeben könne. Er hege Zweifel an der Tauglichkeit einer privaten Stelle. „Wir sind auf die Ärzte und ihre Organisationen angewiesen, sonst kann die e-card nicht funktionieren“, betonte Bartelt und forderte eine Kosten-Nutzen-Analyse vor Einführung der Karte.

Status quo und Perspektiven

Über die e-card strebe das Gesundheitsministerium die Vernetzung und Verknüpfung von 80 Millionen Versicherten sowie der Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser im Gesundheitswesen an, stellte Ronellenfitsch fest. Dabei bediene sich die Politik des Desensibilisierungseffekts, indem sie die bisher schon vorliegenden Daten als Ausgangspunkt nehme. Im ersten Schritt gebe es keine online-Anbindung der Karte; sie beinhalte bei ihrem Start nur die Stammdaten, d. h. den Pflichtdatensatz und – als einzi-

ge Neuerung – das elektronische Rezept. Auf diese Weise könnten sich die Versicherten an die neue Karte gewöhnen und stumpften ab, bis sie für die Funktionserweiterungen der Karte reif seien. Er zweifele nicht daran, dass die e-card auf längere Sicht eingeführt werde, erklärte Ronellenfitsch. Allerdings müssten alle Beteiligten versuchen, die Karte mit zu gestalten. Die Politik rief er nochmals dazu auf, nicht voreilig vollendete Tatsachen zu schaffen, sondern die Karte synchron zur technischen Entwicklung herauszubringen. Bis dahin müsse auch geklärt sein, wer Herr der Daten sei, fügte der Hessische Datenschutzbeauftragte hinzu. Bei der Vorstellung, dass eine einzige Institution alle Patientendaten verwalten werde, graue ihm. Deshalb sei ein getrenntes Verfügungsrecht notwendig. Solange jedoch die Datenverwaltung nicht geklärt und die Beweise für die Datensicherheit nicht erbracht seien, werde er in Hessen Schwierigkeiten machen, kündigte Ronellenfitsch an.

Katja Möhrle

Promotionspreis

Der Promotionspreis der Deutschen Gesellschaft für Angiologie wird jährlich für eine Dissertation vergeben, die an einer deutschen Universität abgeschlossen wurde und sich mit der klinischen und experimentellen Angiologie und ihren Grenzgebieten befasst.

Bewerbungen sind durch den Promovierten selbst oder durch den die Arbeit betreuenden Hochschullehrer möglich. Zur Teilnahme sind alle zugelassen, deren Promotionsverfahren innerhalb der letzten zwei Jahre abgeschlossen wurde. Der Preis ist mit 2.500,- Euro dotiert.

Der Preisträger erhält eine dreijährige kostenlose Mitgliedschaft in der DGA inklusive des Bezuges von VASA-Journal of Vascular Diseases.

Die Bewerbungsfrist endet am 30. Juni 2009.

Der Preis wird anlässlich der 38. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie vom 13.–16. September 2009 in Berlin verliehen.

Bewerbungen sind an den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Angiologie, Professor Dr. med. K.-L. Schulte, Gefäßzentrum Berlin, Ev. Krankenhaus Königin-Elisabeth-Herzberge, Herzbergstraße 79, 10362 Berlin zu richten. Es werden drei Exemplare und eine Kopie der Promotionsurkunde erbeten.

Neue Tätigkeitsprofile für Medizinische Fachangestellte (MFA)/ Arzthelfer/innen in der Versorgung älterer Menschen

Qualifizierungslehrgang für (MFA)/Arzthelfer/innen *Ralf Reiche*

Die demographische Entwicklung in Deutschland führt zu einem wachsenden Anteil Älterer, von denen viele eine kontinuierliche medizinische und pflegerische Versorgung und Betreuung benötigen werden. Da parallel zum erwartbaren Nachfrageanstieg an medizinischen Leistungen in den nächsten Jahren überproportional viele (Haus-)Ärzte in Ruhestand gehen werden, ist eine Überlastung insbesondere der ambulanten medizinischen Versorgung durch einen Mangel an niedergelassenen (Haus-)Ärzten zu befürchten und mancherorts sogar schon eingetreten.

Um **Medizinische Fachangestellte/Arzthelfer/innen** stärker als bisher in die Patientenversorgung einbeziehen zu können und um deren Tätigkeitsspektrum zu erweitern, hat die **Bundesärztekammer** (BÄK) Ende 2007 eine Reihe von qualitätsgesicherten Musterfortbildungen beschlossen. Eines der fünf von der BÄK verabschiedeten Curricula zur Qualifizierung von MFA/Arzthelfer/innen thematisiert die Betreuung älterer Menschen. Neben den beiden allen fünf Curricula gemeinsamen Fortbildungsbausteinen zu „Kommunikation und Gesprächsführung“ sowie zu „Wahrnehmung und Motivation“ werden im Curriculum **„Ambulante Versorgung älterer Menschen“** die Bausteine „Krankheitsbilder und typische Fallkonstellationen“, „geriatrisches Basisassessment“, „Hausbesuche und Versorgungsmanagement“, „Wundmanagement“ sowie „Organisation und Koordination“ vermittelt. Das auch von der Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer Hessen angebotene Fortbildungscurriculum soll **Arzthelfer/innen** und **MFA** zu mehr Handlungskompetenz zur Begleitung von Patienten und Angehörigen im Behandlungs- und Versorgungsprozess verhelfen.

Die BÄK hat sich der mit den neuen Aufgaben für die MFA/Arzthelfer/innen verbundenen Fragestellungen zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten konkret angenommen und hat im Rahmen ihrer Förderinitiative zur Versorgungsforschung das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands (**WIAD**) gem. e.V. beauftragt, u.a. zu untersuchen, wie verschiedene Gesundheitsberufe im Rahmen neuer Versorgungsformen zusammenarbeiten. Dabei geht das WIAD von folgenden Annahmen aus:

- die Durchführung komplexer Betreuungsaufgaben durch MFA/Arzthelfer/innen (in Kooperation mit den Hausärzten) wird von der Bevölkerung in hohem Maße akzeptiert,
- die Wahrnehmung derartiger Aufgaben durch MFA/Arzthelfer/innen erfordert die Absolvierung entsprechender Qualifizierungsmaßnahmen und
- MFA/Arzthelfer/innen (in Kooperation mit den [Haus-]Ärzten und Ärztinnen) nehmen eine wichtige Position im Betreuungsnetzwerk für ältere Mitbürger ein.

Zur Überprüfung dieser Thesen sowie zur Beantwortung der damit verbundenen Fragestellungen wurden verschiedene Institutionen angesprochen sich am Projekt zu beteiligen. Da die Carl-Oelemann-Schule einer der ersten Anbieter der neuen Fortbildung „Ambulante Versorgung älterer Menschen“ ist und als einer der Projektpartner ausgewählt wurde, hat sie zur Begleitung der Studie für den Zeitraum 22. Juni bis 27. Juni 2009 einen zusätzlichen Lehrgang eingerichtet.

Praxisinhaber/innen, die sich durch die Entsendung eines Mitarbeiters/einer Mitarbeiterin (Arzthelfer/in oder MFA) bereit erklären an der Studie teilzunehmen, erhalten eine finanzielle Förderung von **400 Euro**. Die komplette Lehrgangsgebühr für die 60-stündige Fortbildung inklusive der Teilnahmegebühr an der Lernerfolgskontrolle beträgt 730 Euro (im Bausteinsystem der Schule). Die Förderzuwendung ist von der Absolvierung der kompletten 60-Stunden-Fortbildung in einem Zeitraum von max. sechs Monaten, sowie an der Bereitschaft, das Projekt der Begleitforschung durch Teilnahme an den Befragungen zu unterstützen, abhängig.

Die Zusammenarbeit mit der Begleitforschung besteht zum einen in der Mitwirkung an einer anonymisierten schriftlichen Befragung der **MFA/Arzthelfer/innen** und der Ärztinnen und Ärzte der entsendenden **Praxen** sowie der Verteilung, dem Einsammeln und der Rücksendung und die Begleitforschung von jeweils zehn anonymisierten Fragebögen an **Patientinnen und Patienten**, die im häuslichen Umfeld von den MFA/Arzthelfer/innen betreut werden und sich bereit erklären an der Befragung teilzunehmen. Die thematischen Schwerpunkte der Befragungen bestehen im Überblick in:

- Der Informationsgewinnung über die Erfahrungen der Teilnehmer/innen (MFA/Arzthelfer/in) zur Kompetenzerweiterung durch die Lehrgangsteilnahme, über die aus deren Sicht daraus resultierenden Veränderungen hinsichtlich der Versorgungsqualität sowie über praktische Erfahrungen in der Anwendung des erworbenen Wissens,
- der Ermittlung der Themenbereiche delegierbarer Tätigkeitsfelder, der Veränderung der Praxisorganisation, der Teamentwicklung, der Berufszufriedenheit sowie der regionalen Vernet-

zung durch Befragung der MFA/Arzthelfer/innen und der Praxisinhaber/innen sowie in

- der Erfragung der Wahrnehmungen der von den MFA/Arzthelfer/innen betreuten Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Beratungs- und Betreuungszufriedenheit sowie der Auswirkungen auf Lebensqualität und Leistungsanspruchnahme. Da insbesondere aus Datenschutzgründen die Auswahl der Befragten sowie die Verteilung der Befragungsinstrumente ausschließlich durch die Arztpraxen bzw. Arzthelfer/innen/MFA erfolgt, ist es vorgesehen, für jeden dokumentierten und an das WIAD zurück gesandten Betreuungsbzw. Beratungsfall (max. zehn Bögen) an die Praxis bzw. Arzthelfer/in/MFA eine Aufwandsentschädigung in Höhe von zehn Euro zu bezahlen.

Ziel der Untersuchung ist es letztendlich **Handlungsempfehlungen und Qualitätsanforderungen** zur breiten Umsetzung des Fortbildungscurriculums und in seiner Folge der delegationsfähigen Tätigkeiten zu erstellen. Falls Sie und Ihre Mitarbeiter/innen Interesse haben an diesem Projekt teilzunehmen, bit-

ten wir Sie, sich bei der Carl-Oelemann-Schule anzumelden. Die Teilnehmerzahl für die Fortbildung ist auf 20 Personen beschränkt.

Anschrift des Verfassers

Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e. V.

Dr. Ralf Reiche

Ubierstraße 78

53173 Bonn

Weitere Informationen über die Fortbildung „Ambulante Versorgung älterer Menschen“ erhalten Sie in der Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer Hessen, Karin Jablotschkin, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Tel.: 06032 782-100, Fax: 06032 782-180, E-Mail: karin.jablotschkin@laekh.de sowie über Konzeption und Inhalte der Begleitforschung vom Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V., Dr. Ralf Reiche, Ubierstraße 78, 53173 Bonn, Tel. 0228 8104-166, E-Mail: ralf.reiche@wiad.de

Das Klinische Ethik-Komitee am Fachbereich Medizin und Klinikum der Goethe-Universität Frankfurt am Main

Gisela Bockenheimer-Lucius, Barbara Wolf-Braun, Timo Sauer

Hintergrund einer Institutionalisierung von Klinischen Ethik-Komitees

Die Auseinandersetzung mit ethischen Fragen in der Medizin hat in den letzten 30 Jahren sowohl im Binnenraum der Profession als auch in der Öffentlichkeit erheblich zugenommen. Dabei ist immer klarer zutage getreten, dass die moralische und rechtliche Rechtfertigung ärztlichen und pflegerischen Handelns nicht mehr allein aus dem berufsspezifischen Ethos heraus zu leisten ist. Die Möglichkeiten der modernen Medizin führen oftmals zu hochkomplexen Entscheidungssituationen, die nicht nur die Frage nach dem Können, sondern eben auch nach dem Müssen, Sollen und Dürfen aufwerfen. Eingreifen und Leben erhalten zu können, bedeutet nicht, dies auch tun zu müssen, sondern kann vielmehr mit der Frage verbunden sein, ob dieses Handeln ethisch geboten oder möglicherweise aus ethischen Gründen verboten ist.

Dies galt natürlich schon immer, aber die enorme Zunahme an Handlungsoptionen in der modernen Medizin ist verbunden mit einer Zunahme an oftmals sehr *unterschiedlichen moralischen Wertvorstellungen* der einzelnen Beteiligten – nicht zuletzt der betroffenen Patienten. Der ärztliche Beurteilungs- und Entscheidungsakt ist folglich auch individuell wertorientiert. Die normativen Dimensionen von Fürsorgepflichten und Nichtschadensgebot müssen sich angesichts eines individuellen Patienten und seines Lebensentwurfs und Wertesystems bewähren. Die Frage nach der Lebensqualität des kranken Menschen und der Respekt vor seiner autonomen Entscheidung treten vor allem am Lebensende in besonderer Weise in den Mittelpunkt der Entscheidungsfindung.

Zudem führen Fragen, die angesichts des raschen medizinischen Fortschritts auftauchen, ebenso zu ethischen Herausforderungen wie Probleme, die in der Hektik des klinischen Alltags die Würde des Patienten berühren. Schließlich ist die gerechte Verteilung knapper Ressourcen in unserem Gesundheitssystem eine der drängendsten gesellschaftlichen Fragen. In diesem pluralen Wertesystem, in dem Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Heilberufe für den einzelnen Patienten Rat und Hilfe anbieten sollen und Behandlungsentscheidungen treffen müssen, ist es wichtig, Orientierung zu finden.

Zur Geschichte der Klinischen Ethik-Komitees (KEK)

Im Sommer 2006 gehörte die Empfehlung der Zentralen Ethik-Kommission der Bundesärztekammer (ZEKO), die die Notwendigkeit professioneller Strukturen von Ethikberatung betont und die Einrichtung von Klinischen Ethik-Komitees mit Nachdruck empfiehlt, zu den aktuellen Mitteilungen aus der Medizin-

ethik.¹ Welche Entwicklung steht hinter dieser Empfehlung?

Die Suche nach Orientierung veranlasste kirchliche Träger von Krankeneinrichtungen in einer offensiv wertpluralistischen Gesellschaft in den USA bereits ab 1949 ihren religiösen Moralvorstellungen noch eine gewisse Geltung zu verschaffen. So sind bereits in den 50er Jahren in einer ersten Entwicklungsphase Arbeitsgruppen entstanden, die man durchaus als Vorläufer der Ethik-Komitees bezeichnen könnte. Probleme der Verteilungsgerechtigkeit, der Streit um die Autonomie des Patienten und schließlich die Entscheidungen um Behandlungsverzicht oder Behandlungsabbruch lebenserhaltender Maßnahmen am Lebensende führten in einer zweiten Phase in den 1970er und zu Beginn der 1980er Jahre immer öfter zur Empfehlung, eine Ethik-Beratung durch ein entsprechendes, interdisziplinär zusammengesetztes Gremium einzuschalten. Zunächst initiierte die Catholic

¹ Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer: Stellungnahme Ethikberatung in der klinischen Medizin (2006) Dt. Arztebl 1703

Hospital Association of the United States and Canada (heute: Catholic Health Association of the United States (CHA)) verbindlich Ethikberatung, um die Positionierung konfessioneller Krankenhäuser in einer liberalen Gesellschaft durch die Beschäftigung mit Ethik und religiös geprägten Moralauffassungen zu gewährleisten.² Inzwischen sind die Health Care Ethics Committees in den USA überall etabliert.

Auch in Deutschland waren es vor allem katholische und evangelische Krankenhäuser, die Ende der 1990er Jahre Vorreiter der Entwicklung waren und auf der Basis einer gemeinsamen „Empfehlung der Evangelischen und der Katholischen Krankenhausverbände“ 1997³ durch Selbstverpflichtung Sorge dafür trugen, dass heute Ethik-Beratung und Fortbildung zu ethischen Fragen in ihren Einrichtungen zumeist gewährleistet sind. Zudem soll Ethik-Beratung auf Beschluss der 75. Gesundheitsministerkonferenz vom 20. Juni 2002 im Bereich der Sterbebegleitung durch die Einrichtung von Ethikberatung eine größere Bedeutung erhalten⁴. 2005 entwickelte die Arbeitsgruppe „Ethikberatung im Krankenhaus“ in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) ein Curriculum, welches inzwischen auf breiter Basis eine Grundlage für Aus- und Weiterbildung zur Ethik-

beratung im Krankenhaus bietet. Im gleichen Jahr 2005 hob die UNESCO mit der „Universal Declaration on Bioethics and Human Rights“ die besondere Bedeutung von Ethikberatung hervor (Art. 19 und Art. 22)⁵. Mit Zeichnung der Deklaration verpflichteten sich die Mitgliedsstaaten zur Unterstützung der Einrichtung von Ethik-Komitees.

Der inzwischen erhebliche Zuwachs an Klinischen Ethik-Komitees (KEK) ist auch im engen Zusammenhang mit der Zertifizierung der Krankenhäuser zu sehen. In den entsprechenden Qualitätshandbüchern (z. B. KTQ) wird gefragt, durch welche organisatorischen Maßnahmen die Berücksichtigung ethischer Problemstellungen gewährleistet sei. Allerdings hat dies gelegentlich dazu geführt, dass ein KEK lediglich eine Alibifunktion erfüllt und sich mit dem Erreichen der Qualifikation wieder aufgelöst hat (vgl. dazu die Kritik der ZEKO).

Eine eigene Homepage (www.ethikberatung.de) gibt Auskunft über die in Deutschland bestehenden KEKs und ermöglicht einen regen Austausch.

5 Article 19 – Ethics committees

Independent, multidisciplinary and pluralist ethics committees should be established, promoted and supported at the appropriate level in order to: assess the relevant ethical, legal, scientific and social issues related to research projects involving human beings; provide advice on ethical problems in clinical settings; assess scientific and technological developments, formulate recommendations and contribute to the preparation of guidelines on issues within the scope of this Declaration; foster debate, education and public awareness of, and engagement in, bioethics.

Article 22 – Role of States

States should take all appropriate measures, whether of a legislative, administrative or other character, to give effect to the principles set out in this Declaration in accordance with international human rights law. Such measures should be supported by action in the spheres of education, training and public information. States should encourage the establishment of independent, multidisciplinary and pluralist ethics committees, as set out in Article 19.

Schließlich ist noch zu erwähnen, dass in jüngster Zeit auch der Bedarf an Ethik-Beratung im *Altenpflegeheim* die Entwicklung vorangetrieben hat.⁶

Etablierung eines Klinischen Ethik-Komitees am Fachbereich Medizin und Klinikum der Goethe-Universität Frankfurt am Main

Während die konfessionellen Krankenhäuser bereits fast vollständig die Empfehlung ihrer Verbände umgesetzt haben und die Einrichtung von Ethik-Komitees an anderen Krankenhäusern ebenfalls rasch voranschreitet, sind die Gründungen an den deutschen Universitätskliniken nur sehr langsam erfolgt. Zunächst waren es die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) (2000) und die Universitätsklinik Erlangen (2002), die über das Angebot einer Ethik-Beratung hinaus (dies gab es als Ethik-Konsil u. a. schon an den Unikliniken in Freiburg und in Marburg) ein Komitee mit 15–20 Mitgliedern eingerichtet haben. Das KEK an der MHH ist derzeit die Einrichtung mit der größten Beratungserfahrung und kontinuierlichen Tätigkeit. Aber immerhin sind in den letzten Jahren

6 In Deutschland konzentrierten sich die Bemühungen bisher zwar auf die Herstellung einer umfangreichen Abschieds-, Palliativ- und Hospizkultur in der ambulanten und stationären Altenhilfe, aber am 25. September 2006 wurde im Rahmen eines Projektes des Senckenbergischen Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin (gefördert von der BHF-Bank Stiftung Frankfurt am Main) ein erstes hauseigenes, interdisziplinär zusammengesetztes und unabhängiges Ethik-Komitee in einem deutschen Altenpflegeheim gegründet, das sich ethischen Fragen *im Alltag des Altenpflegeheims* annimmt (vgl. dazu Sauer, T (2008) Wer entscheidet eigentlich was? Ethik-Komitees in der Altenpflege, Dr. med. Mabuse 175, September/Oktober 2008, S. 46–48). Darüber hinaus entsteht derzeit ebenfalls im Rahmen eines von der BHF-Bank Stiftung Frankfurt am Main geförderten Projektes in Anlehnung an Modelle aus den USA ein verbands- bzw. trägerübergreifendes Netzwerk an Ethik-Beratung für die Altenpflegeheime der Stadt Frankfurt am Main.

2 Simon A, May A, Neitzke G (2005) Curriculum „Ethikberatung im Krankenhaus“. Ethik in der Medizin 17:322–326

3 Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEK e.V.) und Katholischer Krankenhausverband Deutschland (KKD e.V.) (Hrsg) (1997) Ethik-Komitees im Krankenhaus. Freiburg

4 Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2002) Beschluss der 75. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 20. Juni 2002, TOP 7.1 Sterbebegleitung in Deutschland; siehe: „5. ... bitten die Bundesregierung sicherzustellen, dass zeitnah und in enger Abstimmung mit den Gremien der Selbstverwaltung Leitlinien unter Einbeziehung erprobter Instrumente der ethischen Reflektion (z. B. Ethik-Konsile) entwickelt oder fortgeschrieben werden“

an weiteren Universitätskliniken Klinische Ethik-Komitees entstanden, u. a. in Tübingen, Lübeck, Mainz und Mannheim.

Diese oben skizzierte Entwicklung gilt auch für die Stadt Frankfurt, wo u. a. am Markus Krankenhaus (Dr. theol. Kurt W. Schmidt) bereits seit vielen Jahren ein Ethik-Komitee eingerichtet ist und zudem eine regelmäßige Beratung bei Visiten stattfindet.⁷

Am 12. Juli 2005 wurde dann auch am Klinikum der Goethe-Universität ein Klinisches Ethik-Komitee gegründet (KEK). Die Initiative dazu ging vom Klinischen Direktorium aus, das damit als universitäre Einrichtung vergleichsweise frühzeitig der erforderlichen Entwicklung Genüge getan hat. Organisation und Geschäftsführung des KEK liegen beim Senckenbergischen Institut für Geschichte und Ethik der Medizin. Im Juli 2008 ging nun die erste Amtsperiode des KEK zu Ende, die zweite Amtsperiode hat begonnen.

Zusammensetzung des Komitees

Nach Vorgesprächen mit dem Senckenbergischen Institut für Geschichte und Ethik der Medizin wurde 2005 die dort ansässige Medizinethikerin in Zusammenarbeit mit dem Pflegedirektor mit der Zusammensetzung und Gründung des Klinischen Ethik-Komitees beauftragt. Die Mitglieder wurden nach längeren persönlichen Gesprächen in einem Top-down-Modell ausgewählt, um den hohen Stellenwert des KEK im ärztlichen wie pflegerischen Bereich herauszustellen und eine rasche und durchlässige Infor-

mation von Seiten der Klinikleitungen zu erreichen. Die unterschiedlichen Perspektiven der verschiedenen Berufsgruppen und Hierarchien wurden berücksichtigt, 15 Mitglieder (einige extern) aus Medizin, Pflege, dem Fachbereich Theologie, der Rechtswissenschaft und der Medizinethik wurden für eine erste Amtsperiode durch den Klinikumsvorstand berufen. Selbstverständlich sind die Mitglieder des KEK bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unabhängig und nicht an Weisungen gebunden. Sie sind ausschließlich ihrem Gewissen verantwortlich und unterliegen der Schweigepflicht.

Aufgabenstellung

Das KEK trifft sich zu monatlichen Sitzungen und hat als Fundament seiner Arbeit eine Satzung und Geschäftsordnung erarbeitet, eine Homepage eingerichtet (www.kgu.de/kek), die vom Senckenbergischen Institut für Geschichte und Ethik der Medizin betreut wird, und einen Flyer zur Information der Mitarbeitenden vorgelegt. Das KEK ist Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten, Angehörige, Ärztinnen und Ärzte, Pflegenden und sonstige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Um einen möglichst niedrig schwelligen Zugang zu gewährleisten, ist der Kontakt zum KEK jederzeit und voraussetzungslos möglich.

Den Aufgaben eines KEK entsprechend,

- a) *Fortbildung anzubieten,*
- b) *Leitlinien und Empfehlungen zu entwickeln und*
- c) *bei schwierigen möglicherweise strittigen ethischen Entscheidungssituationen eine Beratungsfunktion zu übernehmen,*

hat auch das KEK an der Uniklinik Frankfurt am Main in den zurückliegenden Jahren intensive Arbeit in diesen drei Bereichen geleistet.

Vor allem wurden regelmäßige und zahlreiche *Fortbildungsveranstaltungen* zu

ethischen Fragestellungen für Pflegekräfte, für den Sozialdienst und innerhalb der Fortbildungsangebote der Klinik für alle Mitarbeiter durchgeführt, um eine möglichst kontinuierliche Befassung mit medizinethischen, pflegeethischen und organisationsethischen Themen zu gewährleisten. Darüber hinaus gab und gibt es enge Kontakte über Einzelgespräche mit Gruppenleitungen, erfahrener Pflegepersonal und Vertretern der Seelsorge.

Da das Klinische Ethik-Komitee seiner Satzung entsprechend sowohl für alle Mitarbeiter als auch für die Öffentlichkeit als Einrichtung des Klinikums erkennbar sein muss, bietet das KEK jährlich unter entsprechender inhaltlicher und organisatorischer Konzeption der Geschäftsführung eine öffentliche Fortbildungsveranstaltung an. Im Jahr 2007 war sie der Bedeutung der Patientenverfügung gewidmet. Am 24. September 2008 wurden die Begriffe der Futility und der gebotenen Therapiebegrenzung unter theoretischen und praktischen Aspekten diskutiert. Klaus Gahl (ehem. Leiter der Medizinischen Klinik II am Städtischen Klinikum Braunschweig), Heimo Wissing (Leitender Oberarzt, Klinik für Anästhesiologie, Schmerztherapie und Intensivmedizin, Universitätsklinik Frankfurt am Main) und Renate Gößringer (Medizinpädagogin und Fachkrankenschwester für Intensivmedizin, Universitätsklinik Frankfurt am Main) setzten sich mit konkreten Situationen und Entscheidungskriterien im Bereich der Intensivmedizin und Intensivpflege auseinander. Nach Ablauf der Veranstaltungen steht jeweils ein Bericht für das Informationsorgan des Klinikums zur Verfügung.

In der Anfangsphase der KEK-Arbeit wurden *Empfehlungen und Stellungnahmen* (Empfehlung zum Umgang mit der Patientenverfügung, Stellungnahme zur Organentnahme bei einem anencephalen

⁷ Seit 1996 befindet sich am Markus-Krankenhaus das Zentrum für Ethik in der Medizin (ZEM), eine Einrichtung der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau (EKHN). Es wird getragen vom Evangelischen Regionalverband Frankfurt (ERV). Die Frankfurter Diakonie-Kliniken (FDK)/Agaplesion gAG unterstützen die Aktivitäten des Ethik-Zentrums.

lebend geborenen Kind, Empfehlung zu Gruppengesprächen) in den monatlichen Sitzungen gemeinsam erarbeitet. Inzwischen wird die inhaltliche Arbeit des KEK – wie bei anderen KEKs üblich – zunächst in *themenbezogenen Arbeitsgruppen* geleistet. Organisation, Vorbereitung und Leitung der jeweiligen Arbeitsgruppe liegen bei der Geschäftsführung, die Zusammensetzung der AG ergibt sich aus der spezifisch zu diskutierenden Thematik, die redaktionelle Endfassung ist wiederum in der Verantwortung der Geschäftsführung. Zu den Arbeitsgruppen gehören gegebenenfalls beratend auch externe Mitglieder anderer Fakultäten.

In der abgelaufenen Amtsperiode entwickelten die Arbeitsgruppen Stellungnahmen und Leitfäden, deren Ergebnis den Mitgliedern des KEK vorgestellt und nach einer gemeinsamen Diskussion im Rahmen der monatlichen Sitzung zur Genehmigung an den Klinikumsvorstand weitergeleitet wird. In der *Neonatalogie* wurde ein Leitfaden erarbeitet, der in der Entscheidungspraxis Hilfestellung geben soll, wie und nach welchen Kriterien Abwägungsprozesse innerhalb des Teams sinnvoll und verantwortungsvoll durchzuführen sind und wie vor allem Transparenz und Sicherheit bei schwierigen Entscheidungen für alle Beteiligten, vor allem auch für die betroffenen Eltern gewährleistet werden können. In Zusammenarbeit mit der *Reproduktionsmedizin* entstand ein Leitfaden, der auf der Basis einer subtilen ethischen Analyse den Entscheidungsablauf transparent machen soll, wenn bei einem ursprünglich zeugungsfähigen Paar die Chance auf ein gemeinsames Kind durch eine lebensbedrohende Erkrankung des Mannes mit beispielsweise aggressiven therapeutischen Maßnahmen in Frage gestellt ist und das Paar (oder einer der Partner) den eigenen oder den gemeinsamen Kinderwunsch durch eine IVF mit intracyto-

plasmatischer Spermieninjektion (ICSI) realisieren möchte. Für die interdisziplinär arbeitende Kinder- und Jugendintensivstation standen Bemühungen um eine Verbesserung kommunikativer Abläufe im Vordergrund, um vor allem Fragen zur Therapiebegrenzung strukturierter zu diskutieren und zu kommunizieren.

Wie stark die jeweilige *Beratungsarbeit* eines Klinischen Ethik-Komitees inhaltlich von akut auftauchenden Problemen geprägt ist, zeigt die Tatsache, dass z. B. die sog. „Späte Abtreibung“ und die Notwendigkeit der Ethik-Beratung bei späten Schwangerschaftsabbrüchen für das KEK der Uniklinik Frankfurt am Main bisher überhaupt nicht zur Diskussion standen. Die Mitglieder waren – neben Fragen zur Behandlungsbegrenzung – vielmehr u. a. mit sehr spezifischen Problemen der Organtransplantation und dem Problem einer ethisch hoch problematischen Forderung nach Therapiefortführung konfrontiert. Die Bearbeitung derartiger in der Regel über den Einzelfall hinaus grundsätzlich zu diskutierender Fragen führt zu differenzierten Diskussionen im KEK, die auf konkreten Fallberichten und oftmals auch einführenden Impulsreferaten aufbauen. Dazu gehört auch, dass die Mitglieder des Ethik-Komitees von der Geschäftsführung bei jeder Sitzung über wesentliche aktuelle nationale wie internationale Forschung zur Medizinethik informiert werden, um auf diese Weise eine verantwortungsvolle Befassung mit der Qualität der eigenen Ethik-Diskussion zu gewährleisten.

Ausblick

Die neue Amtsperiode des KEK (2008–2011) hat eine Erweiterung des Komitees um einige Mitglieder mit sich gebracht, um die Kontinuität der inhaltlichen Arbeit zu verbessern. Vor allem gilt es, die erarbeiteten Stellungnahmen, Empfehlungen und Algorithmen stärker im klinischen

Alltag zu verankern. Das Interesse und die Offenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen Gruppen der Heilberufe sind erfreulich lebhaft. Daher ist auch ein praxisorientiertes Angebot an Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen zur Medizin- und Pflegeethik weiterhin eine zentrale Aufgabe des KEK. In diesem Herbst und Winter finden im Rahmen von Informationsveranstaltungen für Angehörige, die durch den Sozialdienst am Uniklinikum institutionalisiert sind, auch Vorträge zu Themen aus der Medizinethik statt. Dabei standen bzw. stehen Fragen zur Patientenverfügung, zur künstlichen Ernährung und zur Sterbebegleitung im Mittelpunkt.

Eine Arbeitsgruppe in der *Neurologie* setzt sich mit dem nach wie vor sehr emotional besetzten und aktuellen Thema der künstlichen Ernährung auseinander. Ähnlich wie bei dem Leitfaden der Neonatalogie geht es auch hier nicht um einen Katalog von Ausschlusskriterien für Therapieentscheidungen, sondern um die Erarbeitung eines Verfahrens für transparente Entscheidungen, die den ärztlichen Blick auf den Lebenserhalt um oftmals vergessene Dimensionen von Prognose, zukünftiger Lebensqualität und erklärtem oder mutmaßlichem Willen eines individuellen Patienten erweitern. Ein entsprechend zu strukturierender Algorithmus soll vor allem den oftmals besonders belastenden Entscheidungen bei neurologischen Krankheitsbildern gerecht werden. Zweimal im Monat soll darüber hinaus die Teilnahme eines Komitee-Mitglieds an der Visite auf der Intensivstation den Austausch zwischen Klinik und Ethik-Komitee erweitern.

Eine weitere Arbeitsgruppe des KEK widmet sich einer grundsätzlich schwierigen Entscheidungsfindung in der *Transplantationsmedizin*. Zu deren Leistungsspektrum gehört in Frankfurt herausragend die Lebertransplantation.

Auf der Basis vorausgegangener Ethikberatung zu individuellen Fällen in der abgelaufenen Amtsperiode, der vorliegenden ärztlichen Leitlinien sowie der Fachliteratur sollen Entscheidungshilfen für die Aufnahme auf die Warteliste zur Transplantation von potentiellen Organempfängern mit alkoholtoxischer Leberschädigung erarbeitet werden. Die dazu bestehenden Richtlinien sollen durch ein transparentes, dem je individuellen Fall angepasstes Entscheidungsverfahren ergänzt werden.

Die dritte derzeit arbeitende Gruppe befasst sich mit dem Themenspektrum Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Auch hier soll u. a. ein Verfahren zur transparenten Entscheidungsfindung ermöglicht werden.

Schließlich führt die Auseinandersetzung mit Patientenverfügungen im klinischen

Alltag immer wieder zu erheblichen Unsicherheiten und nicht selten zu außerordentlich belastenden Situationen für alle Beteiligten, nicht zuletzt auch für die Angehörigen (vgl. dazu den Bericht von Katharina Sperber⁸). Es ist ein dringendes Desiderat, dazu sowohl die Begrifflichkeiten als auch die moralische Bedeutung der jeweiligen ärztlichen wie pflegerischen Handlungen klar und eindeutig zu machen, um Entscheidungs- und Handlungssicherheit angesichts des zu respektierenden Patientenwillens herzustellen. Die Mitglieder des KEK befassen sich daher aktuell mit einer Überarbeitung ihrer Empfehlung zum Umgang mit der Patientenverfügung. Dazu gehört auch die Nachfrage nach diesem Doku-

⁸ Sperber K (2007) Wie ein Leben zu Ende geht. Frankfurter Rundschau, 17. Februar 2007, S. 10

ment bei den betroffenen Patientinnen und Patienten oder ihren Angehörigen. Zur Information über die Mitglieder, die Arbeitsgruppen sowie die aktuellen Stellungnahmen und Veranstaltungen steht allen Interessenten die Homepage des KEK zur Verfügung: <http://www.kgu.de/kek>

Korrespondenzadresse

*Dr. med. Gisela Bockenheimer-Lucius
Finkenweg 19
61440 Oberursel*

Verantwortlich für die Rubrik **Medizinethik aktuell** ist: Dr. med. Gisela Bockenheimer-Lucius, Lehrbeauftragte für Ethik in der Medizin am Universitätsklinikum Frankfurt a. M., Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Frankfurt

Rauchzeichen

Präventionsprogramm der Deutschen Herzstiftung zur Verhütung des Rauchens von Jugendlichen Martin Kaltenbach, Hans-Jürgen Becker

Noch immer wird von Jugendlichen in Deutschland viel geraucht. Bei den 17-jährigen sind es etwa 40 %, während die 12-jährigen zumindest in den Oberschulen in der Regel noch nicht rauchen. Da die Raucherentwöhnung mit erheblichem Aufwand verbunden ist und nur in der Minderzahl gelingt, muss Prävention vorrangig sein. Dabei ist ein Programm, das die Schüler für Fragen der Gesundheit begeistert und seriöse Aufklärung betreibt, wirksamer als die bloße Abschreckung. Ziel des Präventionsprogramms der Deutschen Herzstiftung ist, den Jugendlichen das Thema Gesundheit nahe zu bringen und ihnen bewusst zu machen, wie schnell die Abhängigkeit vom Rauchen und das Abgleiten in eine Raucherkarriere eintreten kann.

Das Programm wird seit drei Jahren durchgeführt. Mit aktiver Unterstützung durch eine Reihe von Kollegen wurde es ausgiebig erprobt und fortlaufend verbessert. Gegenwärtig wird es im Raum Frankfurt an dreißig Schulen in 150 Klassen mit jährlich etwa 4.500 Schülern durchgeführt. Dabei ist jeweils ein Kollege – vorwiegend Kardiologe oder Pneumologe – für eine Schule zuständig. Unterstützt wird das Programm durch die Schulbehörden, das Krebsforschungszentrum Heidelberg, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die Landesärztekammer Hessen.

Die Unterrichtung findet in den siebten Klassen statt und umfasst für jede Klasse eine Doppelstunde. Inhaltlich wird

- über die Funktion von Herz, Lunge und Kreislauf gesprochen. Die aktive Beteiligung der Schüler wird durch das Abhören der eigenen Herztöne mit einem Stethoskop angeregt.

- ein Patient vorgestellt, der über seine „Raucherkarriere“ berichtet und Fragen beantwortet.
- an Hand einer Powerpoint-Präsentation werden die wichtigsten Fakten über Rauchen, Passivrauchen und Shisharauchen besprochen.

Die Aktion findet bei den Schülern und Lehrern großen Anklang. Fast alle Schulen, die damit probeweise angefangen haben, wünschen die jährliche Weiterführung.

Aufgrund der positiven Erfahrungen soll das Programm jetzt über den Raum Frankfurt hinaus durchgeführt werden.

Die Deutsche Herzstiftung stellt die Powerpoint-Präsentation, Videos sowie Stethoskope für alle Schüler zur Verfügung. Eine Mitarbeiterin bringt alle erforderlichen Materialien in die Schulen. Sie übernimmt die Vorbereitung, Absprache mit der Schulleitung, Terminplanung und Mitbetreuung des Unterrichts.

Für die weitere Verbreitung des Projekts werden Kollegen gesucht, die bereit sind, die Unterrichtung in einer von Ihnen gewünschten Schule zu übernehmen. Sie werden gebeten mit der Deutschen Herzstiftung Kontakt aufzunehmen:

Deutsche Herzstiftung

Vogtstraße 50, 60322 Frankfurt
Tel 069 955128-0, Fax 069 955128-313
E-Mail: vestweber@herzstiftung.de

Von Luftpumpenexperimenten, der *Physica Gissena* und Fröschen in Rezipienten

Die hessische Medizin auf dem Weg in die naturwissenschaftliche Ära (1690–1710) Ulrike Enke

1768 malte der englische Maler Joseph Wright (1734–1797) aus Derby im mittleren England sein großformatiges Bild *Das Experiment mit dem Vogel in der Luftpumpe* (*An Experiment on a Bird in the Air Pump*).¹ Das Bild hängt heute in der *National Gallery* in London und ist gewaltig: so hoch wie ein ausgewachsener Mann, 1,83 m, und 2,44 m breit. Damit hat es in etwa die Größe eines zeitgenössischen Historienbildes. Eine verkleinerte Fassung befindet sich in Frankfurt am Main.

Diese Variante in Mezzotinto war 1999 im Rahmen der Ausstellung *Mehr Licht! Europa um 1770. Die Bildende Kunst der Aufklärung* im Frankfurter Städel ausgestellt, wo man übrigens auch andere Bilder Joseph Wrights sehen konnte.

Der Vogel in der Luftpumpe

Wir befinden uns mit den anwesenden Zuschauern auf dem Höhepunkt eines Luftpumpenexperiments: Gerade hat der



Abb. 1 Joseph Wright (1734–1797) of Derby, *An Experiment on a Bird in the Air Pump* (1768). Original in Farbe. Bildbearbeitung: Ursula Lang, Universität Gießen.

weißhaarige Experimentator – er steht etwas links von der Bildmitte und überragt die anderen Anwesenden – die Luft aus dem Glasbehälter, dem sogenannten Rezipienten, gepumpt. In der Glaskugel befindet sich ein exotischer weißer Vogel, dem mithilfe einer Vakuumpumpe nach und nach die Atemluft entzogen wurde. Nun liegt der Vogel kraftlos am Boden des Glases und ist dem Tode nahe.

Im nächsten Moment wird der Experimentator jedoch das Ventil am oberen Ende des Rezipienten öffnen und dem Vogel wieder Leben einhauchen. Das wissen wir, weil am rechten Bildrand schon sein Gehilfe im Halbdunkel darauf wartet, den kostbaren Kakadu in seinen Käfig am

Fenster zurückzusetzen. Es geht also um Luft, um Lebewesen, mehr noch, um Leben und Tod.

Während sich der Kunsthistoriker diesem Bild unter Berücksichtigung des Bildaufbaus mit der Konzentration auf die Mittelsenkrechte, der Gestaltung der Personen, deren Gesichtsausdruck und Körperhaltung, der Lichtregie und dem raffinierten Hell-Dunkel-Kontrast, der Bedeutung von Kerzenlicht und Vollmondschein nähert, interessieren sich Mediziner und Medizinhistoriker viel eher für die Gerätschaften auf dem Tisch: In dem gut ausgeleuchteten Glas mit der trüben Flüssigkeit können wir eine tierische Lunge vermuten. Das Organ verweist auf

¹ Werner Busch hat das Bild und seine Entstehungsgeschichte umfassend beschrieben: W. Busch, *Joseph Wright of Derby. Das Experiment mit der Luftpumpe: eine heilige Allianz zwischen Wissenschaft und Religion*. Frankfurt am Main 1986.

eine lebensnotwendige Körperfunktion von Menschen und Tieren, die Lungenatmung. Spitzfindige Interpreten könnten jedoch auch noch etwas anderes entdecken: Kneift man die Augen zusammen, sieht man in dem Glas einen verkrüppelten Embryo in Weingeist oder aber ein künstliches Menschenwesen, einen Homunkulus. Sollte der Experimentator auch auf andere Weise Herr über Leben und Tod sein?

Rechts auf dem Tisch entdecken wir die geöffneten Hälften der Magdeburger Halbkugeln, die Otto von Guericke (1602–1686), den Erfinder eben dieser Kugeln, 1654 berühmt gemacht haben. Dieser Gegenstand verweist ins 17. Jahrhundert: Der Magdeburger Ratsherr und Erfinder demonstrierte vermittels dieser Kugeln, aus denen er mit Hilfe einer Vakuumpumpe die Luft entzogen hatte, dass ein Vakuum möglich sei. Aber war ein Vakuum – die vollkommene Abwesenheit von Materie in einem Raum, mit anderen Worten: das Nichts – überhaupt denkbar und möglich, wenn Gott doch die Welt mit all ihren Gegenständen erschaffen und das Nichts dabei ausgefüllt hatte? Schon die griechischen Philosophen hatten die Existenz des „Nicht-Seienden“ mit der Begründung abgelehnt, die Natur verabscheue das Nichts (*natura abhorret vacuum*) und sei bestrebt, die Leere im Moment ihrer Entstehung wieder mit Stoff zu füllen. Nicht nur die Philosophen, auch die kirchlichen Autoritäten protestierten gegen die Vorstellung, dass ein Nichts existiere: Da man davon ausging, dass Gott alles erschaffen habe, widersprach das Vakuum der Vorstellung von der göttlichen Schöpfung.

Nun aber hatten der Franzose Blaise Pascal (1623–1662) und danach Otto von Guericke mit den Magdeburger Halbkugelexperimenten bewiesen, dass ein Vakuum mithilfe geeigneter Gerätschaften

doch herzustellen war. Die von Guericke und seinen Zeitgenossen verwendete „Luft-Pumpe“ oder *Antlia pneumatica*, die Hohlräumen Luft entziehen konnte, wurde damit zu einem gleichermaßen physikalischen wie „philosophischen“ Instrument, das nebenbei auch die wörtliche Auslegung des biblischen Schöpfungsmythos in Frage stellte.

Werfen wir noch einmal einen Blick auf den Experimentator. Man kann in ihm eher einen Laien und weniger einen seriösen Wissenschaftler der Aufklärung sehen: Körperhaltung, Haartracht und die legerere, im auffallenden Rot gehaltene Kleidung lassen an einen Magier oder Scharlatan denken, der Jahrmarkteffekte bemüht, um mit unerwarteten Vorkommnissen seine Zuschauerschaft zu beeindrucken und in Staunen zu versetzen.

Weit seriöser als die Hauptperson wirkt das Publikum, das sich um Tisch und Versuchsaufbau versammelt hat. Unter der Gruppe der teilnehmenden Beobachter stechen die beiden jungen Mädchen heraus. Ihre Gesichter werden vom Licht der Kerze beleuchtet und spiegeln einerseits ungläubiges Staunen und andererseits Mitgefühl mit der sterbenden Kreatur wider. Scheinbar unbeteiligt sinniert der ältere Herr im rechten Bildvordergrund. Sein Blick ist nach innen gerichtet, so als habe ihn die Vorführung des Luftpum-

penexperiments zu Fragen geführt, die weit über Physik und Physiologie hinausreichen.

Medizin und Experimentalphysik in Marburg und Gießen

Als Joseph Wright sein Bild malt, ist die große Zeit der akademischen Luftpumpenexperimente schon lange überschritten. Sie waren sozusagen schon „uralt“ (Werner Busch, 1986). Die Versuche und Beobachtungen des 17. Jahrhunderts standen nun auf ganz gesichertem Boden, auch die religiösen und weltanschaulichen Vorbehalte schienen überwunden. Nun konnten es auch herumreisende Laien wie der auf dem Bild Dargestellte wagen, mit ihren Vorträgen und Darbietungen vornehmlich in der Provinz und fernab von den Universitätsstädten aufzutreten und ihre eindrucksvollen Experimente vorzuführen. Das ehemals Neue hatte sich im gebildeten Bürgertum etabliert.

Ganz anders stellte sich die Situation im ausgehenden 17. Jahrhundert dar. Auf Beobachtung und Experiment basierende Methoden kamen erst zögerlich an die Universitäten, gelehrte Gesellschaften wie die Londoner *Royal Society* waren erst in ihrer Gründung begriffen, und nach wie vor hatte die Buchgelehrsamkeit Vorrang vor der durch Anschauung gewonnenen

Erkenntnis. Dennoch öffnete sich auch die Medizin den neuen Strömungen, und insbesondere an den protestantischen Universitäten konnten empirische Verfahren Fuß fassen. So gingen die Anhänger der Iatrophysik (griech. *iatros*: Arzt, Heilkundiger) davon aus, dass die Lebensvorgänge und die krankhaften Veränderungen im Organismus physikalisch bedingt seien und auf den Gesetzen der Mechanik beruhten. Von besonderem Einfluss war hierbei René Descartes (1596–1650), der in seinen Schriften *Traité de l'Homme* (1633) und *Discours de la Méthode* (1637) den menschlichen Körper mit einem harmonisch laufenden Uhrwerk verglich. Die mechanische Funktion des Herzens wurde mit der Funktion einer Pumpe, die Arbeitsweise der Arm- und Beinmuskulatur mit der Funktion von Hebeln verglichen. Die aus der Physik gewonnenen Erkenntnisse wurden also auf die Physiologie übertragen, der Körper im Prinzip nach dem Descartesschen Maschinenmodell erklärt.

Die für die Veranschaulichung physikalischer Gesetzmäßigkeiten notwendigen „philosophischen“ Instrumente wie Vakuumpumpe, Mikroskop und *Camera obscura* kamen aus England und Holland.

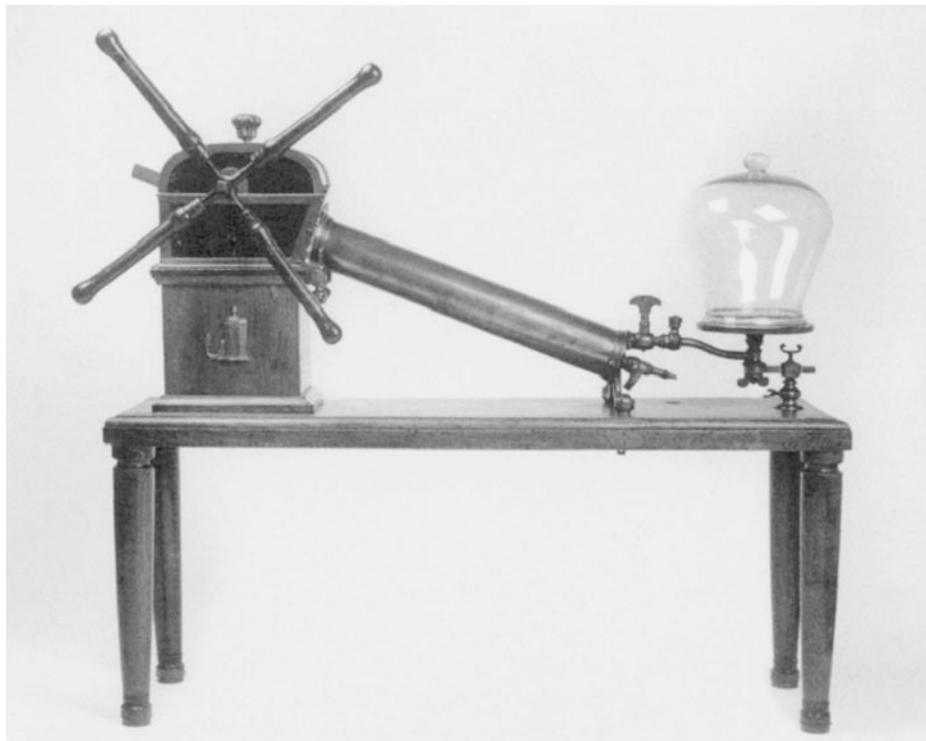


Abb. 2 Eine Luftpumpe aus der Werkstatt Johan Joosten van Musschenbroeks. Links ist auf dem Holzkorpus das Firmenzeichen, eine Öllampe, zu sehen, rechts befindet sich der gläserne Rezipient, aus welchem mit Hilfe der Kolbenpumpe die Luft entzogen wurde.

In Marburg experimentierten und unterrichteten Johann Jacob Waldschmidt (1644–1689), ein bekennender Anhänger Descartes', und Johann Daniel Dorstenius (1643–1706) mit Vakuumpumpen, an

der Landesuniversität Gießen beantragte der Professor für Experimentalphysik und Medizin Michael Bernhard Valentini (1656–1729) den Kauf ebendieser Gerätschaften. Valentini hatte nach einer Stu-

dienreise durch Holland in Leiden bei der Feinmechanikerwerkstatt Johan Joosten van Musschenbroeks (1660–1707) eine Luftpumpe, ein Thermometer, Mikroskope und eine *Laterna magica* bestellt, um seinen Unterricht attraktiver zu gestalten und auf diese Weise auch mit der konkurrierenden Nachbaruniversität Marburg Schritt halten zu können.

Bereits im Vorlesungsverzeichnis des Sommersemesters 1693 bezeichnete Valentini seine Naturphilosophievorlesung unbescheiden als *Physica Gissena*, also Gießener Physik. Das Selbstbewusstsein hat eine gewisse Berechtigung, denn: Unter der Voraussetzung, dass die angekündigte Vorlesung 1693 auch zustande kam, wäre Gießen nach Altdorf und Marburg tatsächlich die dritte deutsche Universität, an der Experimentalphysik

regelmäßig gelesen wurde. Das Vorlesungsverzeichnis gibt uns noch weitere Auskünfte: 1697 bot er unter dem Titel *Collegium Curioso-Experimentale* eine reine Experimentalphysikvorlesung an, in deren Zusammenhang er auf die aus den Niederlanden, aus Meißen und Nürnberg eingetroffenen kostbaren und akkurat angefertigten Instrumente hinweist. Im Jahr der Experimentalvorlesung, 1697, befindet sich der vierzigjährige Valentini bereits auf der Höhe seiner Karriere: Er kann sich eine zweihundert Reichstaler teure *Antlia pneumatica* leisten, ist nicht nur Physikprofessor und Ordinarius in der Medizinischen Fakultät, sondern auch Rektor der Universität. Mit dem Universitätskanzler Jakob von Schroeder scheint er in gutem Einvernehmen zu stehen, denn die Kollegen, die sich über Valentinis Nebeneinkünfte durch die privat gehaltenen attraktiven Sondervorlesungen beschwerten, werden mit dem Hinweis auf „Freiheit der Lehre“ in die Schranken gewiesen.

Valentinis Experimentalvorlesung

Dass „Luft“ nicht nichts ist, aber dass das Nichts zu erzeugen sei, zeigt Valentini durch Anwesenheit und Abwesenheit der Luft. Die Versuche werden aus Robert Boyles *New Experiments Physico-Mechanical* (London 1662) übernommen, und legen dar, dass die Luft notwendig zur Verbreitung des Schalls und zur Speisung des Feuers ist. Sie erläutern das Gewicht der Luft durch deren Verdrängung mithilfe von Körpern und sie zeigen, dass die Luft einen Druck ausüben kann. Dies wird beispielsweise anhand einer Kalbsblase demonstriert, die zur Erheiterung des Publikums in einer dicker und dünner werdenden Figur verborgen ist. Bei Entzug der Luft aus dem Rezipienten kann sich die Kalbsblase und mit ihr der kleine

Mann, dessen Kleider die Blase bedecken, ausdehnen (siehe Abb.).

Doch dann leitet Valentini einen neuen Abschnitt in seinem Vorlesungszyklus der experimentellen Naturlehre ein. Bisher ging es um Gewicht, um Druck und elastische Kraft der Luft. Doch nun behandelt er eine ganz andere Frage, nämlich die Notwendigkeit der Luft zum Atmen. Bei seinem Besuch in Leiden hatte Valentini beobachten können, wie der Physikprofessor Burchard de Volder (1643–1709) einen Hund in den Rezipienten seiner Luftpumpe setzte, diese evakuierte und die Zuschauer die Wirkung der zunehmenden Luftarmut auf den Hund beobachten ließ. Der Hund verstarb im Laufe der Behandlung, er wurde aufgeschnitten, seine Lungen wurden sorgfältig untersucht. Aus der Beschaffenheit konnte man schließen, dass der Hund an Luftmangel gestorben war. Volder beendete seine Kollegstunde durch einen Bericht über Menschen, die ebenfalls wegen Luftmangels ums Leben gekommen seien (G. Wiesenfeld, 2002).

Welche Tiere Valentini in seinen Experimentalvorlesungen einsetzte, können wir nicht genau wissen; es gab im Gegensatz zu den Stunden bei Volder keine Protokoll führenden Studenten. Er selbst erwähnt Vögel, Fische, „Ungezieffer“, Wespen und Fliegen, vermutlich kamen auch Amphibien wie beispielsweise Frösche zum Einsatz. Denn, schreibt Valentini, man könne „allen lebendigen Thieren das Licht bald ausblasen, wann man solche in den *Recipienten* setzt und die Luft heraus zieht, so gar, daß ein Vogel so gleich den Kopff hangen lässet und nach vielen *Convulsionen* [. . .] sterben muß.“ Doch es werde den Tieren „das Leben bald wiedergegeben [. . .], so man die Luft, ehe sie gänzlich verrecken, wieder hinein lässet.“ (M. B. Valentini, *Museum museorum*, dritter Teil (2. Aufl., Frankfurt a. M. 1714), S. 11 f.)

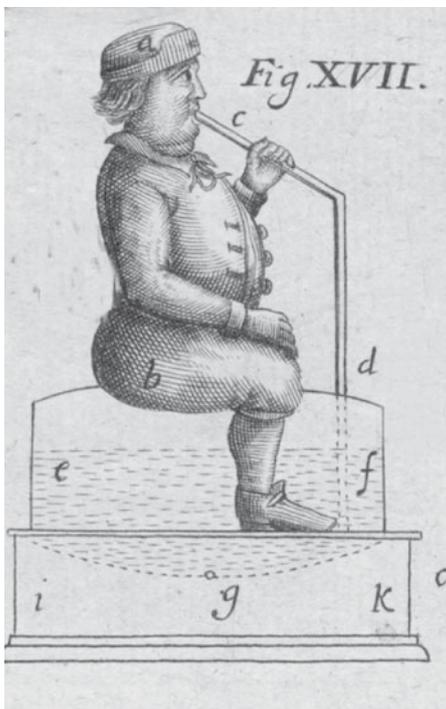


Abb. 3 Im Inneren des „dicken Mannes“ verbirgt sich eine Kalbsblase, die sich bei Entfernung der Umgebungsluft ausdehnt. Aus: Jakob Leupold, *Antlia pneumatica illustrata*. Leipzig um 1704, *Contin. II, Tafel 3* (Ausschnitt). Bildbearbeitung: Ursula Lang, Universität Gießen.

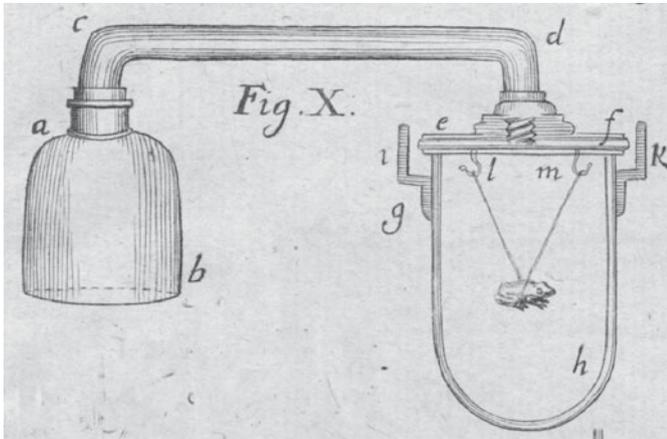


Abb. 4 Ein Frosch wird mithilfe einer Zusatzvorrichtung in einem umgedrehten Rezipienten aufgehängt, bevor die Luft aus dem Behältnis gepumpt wird. Aus: Jakob Leupold, *Antlia pneumatica illustrata*. Leipzig um 1704, Contin. II, Tafel 3 (Ausschnitt). Bildbearbeitung: Ursula Lang, Universität Gießen.

Die Unterrichtsstunden mit lebenden Tieren befriedigten zwar auch die Neugierde – die *curiositas* – der Anwesenden, hatten darüber hinaus aber eine weiter reichende Bedeutung: Sie zeigten die Wichtigkeit des Experiments, die Bedeutung der Beobachtung, den Erkenntnisgewinn durch Schlussfolgerung und Analogiebildung. Sie sind damit beispielhaft für die Reform des akademischen Unterrichts.

Fazit

Die Luft- oder Vakuumpumpe steht paradigmatisch für eine neue Form des Erkenntnisgewinns. Sie führte wie alle „philosophischen“ Instrumente eine neue Methode in die Naturphilosophie und die Medizin ein, die darin bestand, sich

von den überlieferten Autoritäten zu lösen, nicht mehr nur das überlieferte Schrifttum zu interpretieren, sondern Philosophie und Naturwissenschaft zu verbinden, durch Hand und Gerätschaft Zustände zu erzeugen, die mithilfe der Sinnesorgane, speziell der Augen und Ohren, aufgenommen werden und erklärt werden mussten. Mit anderen Worten: Nicht mehr im traditionellen Buch, sondern im Buch der Natur und der Naturerscheinungen wurde gelesen.

Einzelne Wissenschaftler in Deutschland – in Altdorf war es der dort lehrenden Johann Christoph Sturm (1635–1703), Professor der Mathematik und Physik und Verfasser mathematischer und physikalischer Lehrbücher, in Marburg waren es die erwähnten Medizinprofessoren Waldschmidt und Dorstenius, in Gießen war es Valentini – übernahmen, beeinflusst von den neuen wissenschaftlichen Strömungen aus Frankreich, Holland und England, eine Vorreiterrolle und brachen mit den traditionellen Lehrinhalten. Valentini und seine beiden Schüler Johann Melchior Verdries (1679–1736). und Pet-

rus Wolfart (1676–1726) haben über die Versuche und Beobachtungen zahlreiche kleine Schriften verfasst. Sie beschreiben das Vakuum, das Thermometer, die Luftpumpe und vieles mehr. Valentini 1714 in Frankfurt erschienenes *Museum museorum*, das in seinem barocken Untertitel als „Neu-auffgerichtetes Rüst- und Zeughaus der Natur, Worinnen die so wunderbare, curiose, auch sehr nützliche Maschinen [!] und Instrumenten, deren sich die heutige Naturkündiger in Erforschung der natürlichen Ursachen bedienen zu sehen und zu finden sind“ annonciert wird, ragt in Ausstattung und Inhalt aber über die kleinen Akademieschriften hinaus. Die kostbaren Instrumente, die darin beschrieben und abgebildet werden – unter anderem die „Luft=Pumpe“ – sind heute leider nicht mehr auffindbar.

Anschrift der Verfasserin

Dr. Ulrike Enke

Institut für Geschichte der Medizin

Jheringstraße 6

35392 Gießen

E-Mail: ulrike.enke@t-online.de

Literatur

Gerhard Wiesenfeldt, *Leerer Raum in Minervas Haus. Experimentelle Naturlehre an der Universität Leiden, 1675–1715*. Diepholz, Berlin 2002; Ulrike Enke, *Gelehrtenleben im späten 17. Jahrhundert – eine Annäherung an den Gießener Medizinprofessor Michael Bernhard Valentini (1657–1729)*, in: *Medizinhistorisches Journal* 42 (2007), 299–329.

Goldenes Doktordiplom

Die Charité ehrt seit vielen Jahren ihre Alumni, die vor 50 Jahren an der Charité promoviert haben, mit der Vergabe einer „Goldenen Doktorurkunde“. In diesem Jahr soll es nun zum dritten Mal in Folge wieder im Rahmen eines großen Festaktes im Konzerthaus am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte erfolgen. Infolge der Wirren der Nachkriegs- und Vorwendezeit ist der Kontakt zu so mancher Kollegin/manchem Kollegen leider verloren gegangen. Sollten Sie vor etwa 50 Jahren in Berlin promoviert haben oder jemanden kennen, für den das zutrifft, melden Sie sich doch bitte im Promotionsbüro der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Tel. 030 450576018/016.

Bitte richten Sie Ihre Rückmeldungen an folgende Adresse:

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Promotionsbüro

Frau Manuela Hirche

Hindenburgdamm 30

12203 Berlin

E-Mail: manuela.hirche@charite.de

Prävention geht alle an

Gedanken eines Philatelisten – von A–Z

Prävention ist Vorbeugung, Prophylaxe, Vorsorge. Vorsorge hilft vor Sorge. Da ist jeder angesprochen. Dies bedarf aber der Einsicht und Motivation der Allgemeinbevölkerung. Jeder will ja gesund bleiben und gesund recht alt werden. Man muss aber dafür auch etwas tun und manchmal lieb gewordene Gewohnheiten aufgeben. Die Prävention soll früh einsetzen, ehe sich verfestigte Gewohnheiten nur noch schwer revidieren lassen. So will auch die Philatelie mithelfen und durch Briefmarken aus aller Welt aufmerksam machen auf gesundheitliche Probleme und Möglichkeiten ihrer Abwehr.



Aids steht für Acquired immune Deficiency Syndrome

bzw. das erworbene Immunschwäche-Syndrom. Die Geißel der Menschheit unseres Jahrhunderts wird durch das HIV-Virus verursacht und durch Körperflüssigkeiten übertragen. Die Prophylaxe muss also hier ansetzen. Die Zahl der Infizierten schätzt die WHO auf über 10 Millionen.



Blindheitsbekämpfung und -hilfe sind untrennbar verbunden mit dem Namen Louis Braille

(1809–1852). Die mit den Fingern zu erastastende Blindenschrift ermöglicht den Blinden ein erträgliches Leben.

Carcinom-Vorsorge-Untersuchungen sind sicher die bekanntesten Prophylaxen. Die Untersuchungen können bei Früher-

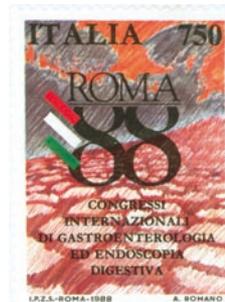


kennung zu einer 100%igen Heilung des Krebsgeschehens führen. Warnzeichen aller Art sollten zum Hausarzt führen aber auch Gesunde zur regelmäßigen Kontrolle. Eine gesundheitsbewusste Lebensführung mit vernünftiger Ernährung ist ebenfalls wichtig.



Drogenmissbrauch gehört zu den vorrangigen Aufgaben

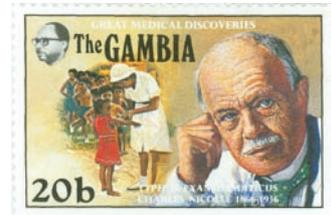
unserer Gesellschaft. Drogenmissbrauch führt zur Abhängigkeit. Auch der Alkohol zählt dazu. Die Abhängigen werden in Deutschland auf über zwei Millionen geschätzt. Die Rückfallquote nach einer Therapie liegt sehr hoch. Hier muss besonders bei der gefährdeten Jugend den Anfängen gewehrt werden.



Die Endoskopie bietet die Möglichkeit in inneren Organen krankhafte Prozesse zu erkennen. Mit ihrer Hilfe können durch aufsetzbare Zan-

gen und Schlingen, Spül- und Absaugvorrichtungen zur Biopsie Gewebeteile entnommen und kleine operative Eingriffe vorgenommen werden.

Fleckfieber, die große Seuche der Menschheit wird durch die Kleiderlaus übertragen. Die Prävention gegen diese tödliche Krankheit besteht in der radika-



len Beseitigung der Läuse durch intensive Körperpflege und Entlausung der gesamten Kleidung durch große Hitze. Eine Schutzimpfung ist möglich.



Gelenkersatz, also das Einsetzen künstlicher Gelenke gehört heute zur Standardtherapie in Orthopädie und Unfallchirurgie als auch zur Prophylaxe einer

Einsteifung der Gelenke.



Heuschnupfen, Heufieber und Heuasthma rechnen zu den häufigsten Krankheiten der in Deutschland wohl lebenden vier bis sechs Millionen Allergiker. Die pollenfreie Insel Helgoland galt einst als die Insel des Heufieberbundes. Heute dienen Expositionsprophylaxe und Desensibilisierung der Vorbeugung.



Impfungen bedeuten Immunisierung gegen heimtückische Krankheiten.

So war lange Zeit bei uns die Pockenimpfung Pflicht. Pflichtimpfungen gibt es heute noch bei

Historisches

Reisen in andere Erdteile, z.B. gegen Gelbfieber oder Cholera. Auf freiwilliger Basis sind bei uns Impfungen zu empfehlen gegen Tetanus, Diphtherie, Hepatitis, Masern, Röteln u. a.



Kinderlähmung oft durch **Allgemeinsymptomatik** nicht er-

kannt, diese Erkrankung der grauen Rückenmarksubstanz, kann zu bleibenden Schäden führen, die oft im Rollstuhl enden, auch hier können Impfungen die Erkrankung fast mit Sicherheit verhindern.



Lepra oder **Aussatz** ist eine Seuche, die Haut und Nervensystem befällt. Hier gilt die Prophylaxe

der mangelnden Hygiene. 15–20 Millionen Leprakranke soll es auf der Welt geben. Das Deutsche Aussätzigen-Hilfswerk hat Behandlungszentren in den sog. Entwicklungsländern errichtet.



Malaria gilt als die häufigste Tropenkrank-

heit trotz energischer Bekämpfung. Die wohl über die Kreuzzüge nach Europa gelangte Krankheit ist heute nur noch dort anzutreffen, wo Reisende sie aus befallenen Ländern mitgebracht haben. Dem Kampf gegen die Malaria gilt die Beseitigung des Überträgers, der Anophelesmücke durch Trockenlegung von Sümpfen, Vernichtung der Larven und Anwendung von Insektiziden. Tablettenprophylaxe und Moskitonetze sind Besuchern von Malariagebieten zu empfehlen.

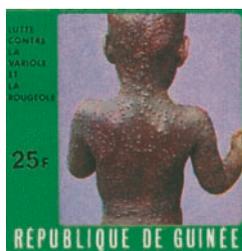


Nikotin gilt als bedeutendste Ursache für viele Krankheiten wie Bronchialcarcinom, Magenculcera, Herz- und Kreislauferkrankungen mit Durchblutungsstörungen. Groß ist die Gefahr bei Rauchern, die damit schon in der Kindheit begannen. Die Kampagne gegen das Rauchen wird weltweit geführt.



Oberschenkelbrüche als Brüche des größten Knochens sind die Angstträume älterer Menschen. Sie entstehen bei Unfällen oder als pathologische Frakturen bei Erkrankungen wie Osteoporose oder Carcinom. Die Fraktur-

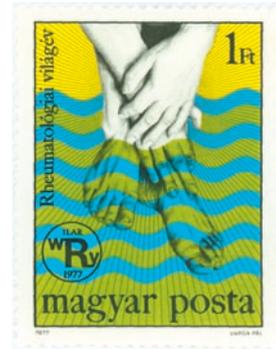
gefahr lauert überall, sowohl im Haushalt wie auf der Straße, im Betrieb und auf dem Sportplatz. Verhütet Unfälle gilt also überall.



Pockenschutzimpfungen bestehen bei uns nicht mehr. Doch ist die Seuche keinesfalls ausgerottet. Die durch Tröpfchen-

infektion übertragbare Viruskrankheit hinterlässt nach aufgeplatzten Bläschen die sog. Pockennarben. Den Impfschutz gegen diese tückische Krankheit entwickelte E. Jenner 1796 mit seiner Kuhpockenlympe.

Rheuma, Abkürzung für Rheumatismus sammelt zahlreiche Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, infektiöse und degenerative Gelenkerkrankungen, Kollagenosen, Begleitarthritiden u. a. Exakte Di-



agnostik. Vorbeugungs-, Heil- und Kurmaßnahmen können die Krankheit erfolgreich verhindern oder wenigstens lindern.



Sicherheitsgurte haben zu drastischer Verminderung schwerer und tödlicher Verletzungen im Straßenverkehr geführt. Bei leichteren Karambol-

gen verhindert der angelegte Gurt Kopfverletzungen.



Tuberkulose, die einstige Volkskrankheit hat heute ihren Schrecken verloren. Gesunde Wohnverhältnisse, sachgemäße Ernährung und Tuberkulostatika haben dazu geführt, dass diese klassische chronische Krankheit beherrschbar ist. Trotzdem gilt nach wie vor die Regel bei sich über längere Zeit findenden krankhaften Symptomen nach dieser Krankheit zu fahnden. Noch heute gilt die Tbc in Europa als häufigste Infektionskrankheit.



Überleben der Kleinkinder gilt in allen Ländern als vordringliche Maxime. Die Früherken-

nungsuntersuchung gilt der Abwendung von Krankheiten. Die Vorsorge gilt der ausreichenden Ernährung, der Förderung des Stillens und der Kinderschutzimpfung.



Verkehrsunfälle sind fast ausschließlich auf menschliches Versagen zurückzuführen. So kann jeder Fahrer durch diszipliniertes Verhalten

vorbeugend sich und andere Verkehrsteilnehmer vor Schaden bewahren.



Wasserversorgung ist ein Hauptanliegen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Ausreichendes Trinkwasser fehlt in vielen Ländern. Wasser wird aber auch zur Verbesserung hygienischer Verhältnisse benötigt. Mangelndes oder infiziertes Wasser können zu Cholera, Hepatitis, Salmonellenerkrankungen oder Leptospirosen führen.



Zahnarztbesuche sollen nicht nur der Behandlung von Erkrankungen der

Mundhöhle dienen, sondern auch der Früherkennung von Schäden. Über vorbeugende Zahnbehandlung wird schon 1.000 Jahre vor Christus berichtet.

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Hans Hermann Dietrich
Tannenweg 3
35066 Frankenberg/Eder

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen

Teil 1: Johanniskraut (*Hypericum perforatum* L.) Alexander H. Jakob

Wenn im Sommer die Stauden des echten Johanniskrautes auch in Hessen im Wald und an Wegesrändern ihre gelben Farbtupfer setzen, so ist den wenigsten Spaziergängern bewusst, welche geschichtsträchtige und vielfältig eingesetzte Arzneipflanze hier so unscheinbar blüht.

Bereits in den Schriftstücken von Hippokrates, Plinius, Dioscorides und Galen wurde diese in unterschiedlichen Therapieindikationen erwähnt.

Neben den charakteristischen Blüten fallen die Blätter auf, die gegen das Licht gehalten ein typisches durchscheinendes Lochmuster aufweisen, die namensgebend (*perforatum*) sind.

Der deutsche Name soll sich auf Johannes den Täufer beziehen.

Heutzutage werden Trockenextrakte des Johanniskrautes am häufigsten für die Indikation der mittelschweren Depression eingesetzt, wobei im Sinne einer evidenzbasierten Medizin in mehreren Studien

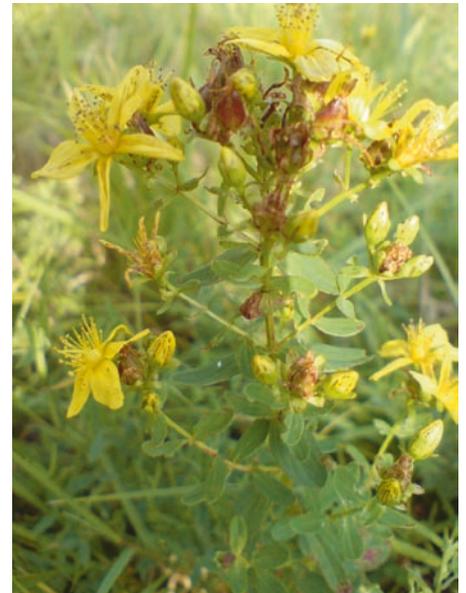
die Wirksamkeit von standardisierten Produkten (Hypericin und Hyperforin als pharmakologisch entscheidende Extrakte) nachgewiesen werden konnte.

Bemerkenswert ist die oft durchgeführte Selbstmedikation von Patienten mit freiverkäuflichen, oft nicht standardisierten Präparaten, deren Gefahr in der Interaktion mit anderen Medikamenten gerade bei polymorbiden Patienten liegt. Entscheidend ist hier die Metabolisierung über die hepatische Cytochrom-P450-mikrosomale Oxidase.

Traditionell wurde und wird Johanniskraut aber auch topisch bei Hauterkrankungen eingesetzt.

Anschrift des Verfassers

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



Johanniskraut

Demographie

Kranken- und Pflegeversicherung durch Alterskomponente belastet

Harald Clade

Die gesetzliche und private Kranken- und Pflegeversicherung werden in den kommenden 22 Jahren voraussichtlich stärker belastet als in den letzten 20 Jahren. Trotz des beobachteten Trends zur Entlastung des stationären Sektors und zur Intensivierung der ambulanten Versorgung dürfte die Zahl der Behandlungsfälle und die Behandlungsschwere sowie die damit verbundenen Kosten infolge der zunehmend alternden Bevölkerung überproportional steigen. Mit der längeren Lebenserwartung nimmt auch die Intensität der Erkrankungen zu. Auf die Herausforderungen der Demographiekomponente und die Anforderungen an eine generationengerechte Finanzierung der Kranken- und Rentenversicherung haben kürzlich der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK), Berlin, zusammen mit dem Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein e.V. (VPKSH), Kiel, hingewiesen.

Eindeutig nehmen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ältere Menschen ab dem 65. Jahr im Durchschnitt häufiger stationäre Leistungen im Akutkrankenhaus und im Rehabilitationssektor in Anspruch. Sie verweilen dort länger als Jüngere. Die Zahl der Krankenhausfälle ist mit dem Alter der Patienten verknüpft. Festgestellt wurde: Ab dem 60. Lebensjahr ist ein starker Anstieg der Krankenhausfälle bei Frauen und noch deutlicher bei Männern zu beobachten, der sich mit steigendem Alter fortsetzt. Während im Jahr 2005 etwa jeder vierte Einwohner 60 Jahre oder älter war, gehörte fast jeder zweite Krankenhauspatient dieser Altersgruppe an. Die 60- bis 80-Jährigen stellen 35 Prozent aller Krankenhausfälle, die übrigen 80-Jährigen 13 Prozent. Demographisch bedingt deutet sich an, dass sich die seit Jahren rückläufige Entwicklung der durchschnittlichen Verweildauer im stationären Sektor abschwächen dürfte. Die Krankenhausverweildauer liegt heute bei circa acht Tagen.

Bis zum Jahr 2030 ist trotz rückläufiger Bevölkerungszahl mit einem Anstieg der Zahl

der Pflegebedürftigen und der stationär behandelten Patientinnen und Patienten zu rechnen.

Unter Zugrundelegung des Status quo könnte sich die Zahl der Krankenhausfälle bis zum Jahr 2030 von derzeit mehr als 17 Millionen um zwei Millionen Fälle auf 19 Millionen Fälle erhöhen. Dies bedeutet einen Anstieg um zwölf Prozent. 2020 wäre mit 18,5 Millionen Fällen im Krankenhaus zu rechnen.

Mehr Krankenhausfälle

Aus der Verschiebung resultiert eine analoge Zunahme der Krankenhausfälle nach den einzelnen Altersgruppen. Bis zum Jahr 2020 dürfte jeder fünfte Krankenhausfall durch die Altersgruppe der über 80-Jährigen oder Älteren verursacht worden sein, im Jahr 2005 war es noch jeder achte Fall. Demographisch bedingt wird es einen deutlichen Rückgang des Anteils der unter 40-Jährigen an allen in Krankenhäusern behandelten Fällen geben. Gleiches gilt für die Gruppe der 40- bis unter 60-Jährigen bis zum Jahr 2030. Dann dürfte der Anteil der 60- bis unter 80-Jährigen auf 42,1 Prozent wachsen (2005: 35,5 Prozent), wobei der Anstieg sich im Zeitraum 2020 bis 2030 vollziehen dürfte.

Der auf die über 80-Jährigen entfallende Anteil an Krankenhausfällen wird bis 2020 deutlich (von 12,5 Prozent in 2005 auf 19,2 Prozent in 2020) und danach nur noch leicht steigen. Ursache sind die geburtenschwachen Jahrgänge der Kriegs- und Nachkriegsjahre sowie die durch die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und der 1960er-Jahre gekennzeichneten Bevölkerungsentwicklung.

Der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung wird voraussichtlich zunehmen. Der Anteil beträgt heute 2,6 Prozent und wird bis zum Jahr 2020 auf 3,6 Prozent und bis zum Jahr 2030 auf 4,4 Prozent steigen. Während 2005 rund 33 Prozent der Pflegebedürftigen 85 Jahre und älter waren, beträgt dieser Anteil im Jahr 2020 rund 41 Prozent und im Jahr 2030 rund 48 Prozent. Hingegen verliert die Gruppe der unter 60-Jährigen an Gewicht. Deren Anteil nimmt von 14 Prozent im Jahr 2005 auf 10 Prozent im Jahr 2020 und auf sieben Prozent in 2030 ab.

Anschrift des Verfassers

Dr. rer. pol. Harald Clade
Kreuzstraße 56
50226 Frechen

I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

7. Internationale Kasseler Fortbildung Medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlung

Schirmherrin: Silke Lautenschläger, Hessische Sozialministerin
In Kooperation mit: Landesärztekammer Hessen, AG Kinderschutz in der Medizin, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendärzte, Kooperationsarbeitskreis sexueller Missbrauch Kassel, Kinderklinik & Kinderschutzambulanz des Klinikum Kassel

Themen: Somatische Hinweise bei körperlicher Misshandlung, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung (Schwerpunkt)/Einführung, Epidemiologie, Definition, Rechtslage/Klinisch und anamnestisch verdächtige Konstellationen und Hinweise/Rationale Diagnostik, Vorgehen bei der somatischen Verdachtsklärung/ Handlungsmodelle für Klinik und Praxis, Intervention

Freitag, 13. – Samstag, 14. März 2009

Leitung: Dr. med. B. Hermann, Kassel

Tagungsort: Kassel,

Hörsaal Klinikum Mönchebergstr. 48e, Gebäude 48

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGgKV) e. V., Techniker Krankenkasse, Klinikum Kassel

Information und Anmeldung: DGgKV e. V. Geschäftsstelle, Königsweg 9, 24103 Kiel, Tel.: 0431 671284, Fax: 0431 674943,

E-Mail: Info@dggkv.de,

Online: www.dggkv.de/www.kindesmisshandlung.de

Neurologie – Ophthalmologie – Psychosomatik

Schwindel interdisziplinär: Rationale Diagnostik und Therapie 5 P

Themen: Periphere vestibuläre Schwindelformen/Zentrale vestibuläre Schwindelformen: Fallbeispiele und Videos/Schwindel: Diagnose und Therapie aus psychosomatischer Sicht/Schwindel & Synkopen – was ist zu tun?/Praktische Neuro-ophthalmologische Untersuchung

Samstag, 14. März 2009, 09:00 – ca. 13:30 Uhr

Leitung: Dr. S. v. Stuckrad-Barre, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

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

Strukturierte fachspezifische Fortbildung „Kinder- und Jugendmedizin“

Neonatologie und pädiatrische Notfallmedizin

Samstag, 14. Feb. 2009

Leitung: Prof. Dr. med. N. Gordjani, Offenbach

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

Weitere Termine 2009: 16. Mai, 29. Aug., 28. Nov.

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

Erkrankungen des weiblichen Genitale im Bereich der Adnexe 10 P

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,

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

Weiterer Termin: 17. Juni 2009

Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten Mykologie Seminar – Dermatologie mit praktischen Übungen

Ärztliches Fort- und Weiterbildungsseminar, in dem – neben 9 P einer aktuellen Übersicht über Krankheitsbilder, Problemefunde und zeitgemäße antimykotische Therapie – insbesondere praktische Übungen der mykologischen Diagnostik angeboten werden.

Bitte Arbeitskittel mitbringen

Themen: Diagnostik und Therapie von Dermatomykosen/Nagelmykosen: Fachgerechte sowie unsinnige Therapien/Klinik und Therapie der Candidosen/Tiefe kutane Mykosen – Spektrum und Diagnostik/Praktische Übungen der mykologischen Diagnostik (I–II): Anlegen und Beurteilung des Nativpräparates/Identifizierung und Differenzierung praxisrelevanter Pilze (Dermatophyten, Hefen und Schimmelpilze)/Piltz-Quiz: Vorbereitung zu mykologischen Ringversuchen

Samstag, 28. Februar 2009, 9 c. t. bis 16 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. P. Mayser, Gießen,

Dr. med. E. Hasche, Darmstadt

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie

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

Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218 StGB

Seminar zur Schwangerschaftskonfliktberatung nach 9 P § 218 StGB. Erfahrungsaustausch und Wiederholungsseminar für Ärzte, die bereits die Berechtigung zur Beratung erworben haben und erneuern wollen.

Themen: Schwangerschaftskonfliktberatung – aktueller Stand, rechtliche Fragen/Die Entwicklung in Hessen, Informationen aus dem Ministerium/Informationen aus dem Regierungspräsidium/„Schritt für Schritt – Hand in Hand“/Präventionskonzept Frühe Hilfen für Familien; Soziale und wirtschaftliche Hilfen – was ist neu?/ Besondere Fragen ausländischer Frauen und Familien/Aktuelle Fälle der Teilnehmer – Aktuelle Fälle aus Beratungsstellen.

Samstag, 14. März 2009, 9 c. t. – 16 Uhr

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

Teilnahmebeitrag: € 150 (Akademiemitgl. € 135)

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



Hautkrebs-Screening

Freitag, 27. Feb. 2009 13:00 – 21:00 Uhr

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

Weiterer Termine 2009: 20. März

17. Bad Nauheimer Symposium der Klinischen Hämostaseologie

Leitlinienorientierte Thromboseprophylaxe 2009

Gemeinschaftsveranstaltung der Fachgebiete Innere Medizin, Chirurgie und Klinische Pharmakologie

Eine interaktive interdisziplinäre Veranstaltung mit Falldemonstrationen

Themen: Antikoagulanzen – bewährte und neue Substanzen/Orthopädie und Unfallchirurgie – welches Antikoagulans für wen und wie lange?/Abdominale Chirurgie – maßgeschneiderte risikoadaptierte Antikoagulation?/Überlappungstherapie (Bridging) bei geplanten Interventionen einschließlich rückenmarknahen Punktionen/Schwangerschaft bzw. Hormontherapie-Antikoagulation wann, womit und wie lange?/Innere Medizin und Onkologie – akute und langfristige Behandlungsstrategien/Therapeutische Konsequenzen bei Venenthrombose und Thrombophilie

Samstag, 14. März 2009, 9:00 s. t. bis 15:00 Uhr

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

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

Prof. Dr. med. W. O. Bechstein, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 75 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5

Auskunft und Anmeldung: Frau Ch. Ittner, Akademie,

Tel.: 06032 782-223, Fax: -228, E-Mail: christina.ittner@laekh.de

21. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

Das Intensivmedizinische Einführungsseminar soll Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Rahmen der Weiterbildungsrotation auf der kardiologischen oder interdisziplinären Intensivstation eingesetzt werden, im Sinne einer Qualitätssicherung vorbereiten.

Die Inhalte des Seminars orientieren sich deshalb an den praktischen Bedürfnissen des Alltags der Intensivmedizin. Alle wesentlichen Inhalte werden zusätzlich als „hand out“ den Teilnehmern zur Verfügung gestellt. Der Seminarstoff wird auf der Basis eines pathophysiologischen Verständnisses dargestellt, damit durch das Verstehen von WIE und WARUM die notwendige Flexibilität in der praktischen Umsetzung der neueren Erkenntnisse jederzeit möglich ist.

Montag, 23. – Freitag, 27. März 2009, jeweils 08:30 – 17:30 Uhr

Leitung: Prof. Dr. T. O. F. Wagner, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 500

Tagungsort: Frankfurt a. M., Universitätsklinikum Seminarraum der Pneumologie, Haus 15B, 4. Stock

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Huber,

Tel.: 069 6301-6336, Fax: -6336

E-Mail: Helga.Huber@em.uni-frankfurt.de

Chirurgie

Ösophago-gastrale Chirurgie

9P

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

Weiterer Termin: 06. Juni 2009 Kinderchirurgie

Repetitorium Innere Medizin 2009

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

Montag, 30. März – Samstag, 04. April 2009

Programmübersicht:

Montag, 30. März 2009

9P

Intern. Onkologie/Hämatologie

Prof. Dr. med. L. Bergmann, Frankfurt am Main;

Prof. Dr. med. A. Neubauer, Marburg

Pneumologie

Prof. Dr. med. C. Vogelmeier, Marburg

Dienstag, 31. März 2009

9P

Angiologie

Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Frankfurt am Main

Dr. med. F. Präve, Frankfurt am Main

Intern. Intensivmedizin

Prof. Dr. med. H.-D. Walmrath, Gießen

Mittwoch, 01. April 2009

9P

Gastroenterologie

Prof. Dr. med. K. Haag, Frankfurt am Main;

Prof. Dr. med. F. Hartmann, Frankfurt am Main

Kardiologie

Dr. med. R. Brandt, Bad Nauheim

Prof. Dr. med. Ch. Hamm, Bad Nauheim

Donnerstag, 02. April 2009

9P

Kardiologie

Dr. med. R. Brandt, Bad Nauheim

Prof. Dr. med. Ch. Hamm, Bad Nauheim

Nephrologie

Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Fulda

Freitag, 03. April 2009

9P

Rheumatologie

Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim

Prof. Dr. med. E. Märker-Hermann, Wiesbaden

Endokrinologie/Diabetologie

Prof. Dr. med. M. D. Brendel, Gießen

Dr. med. C. Jausch-Hancke, Wiesbaden

Samstag, 04. April 2009

6P

Referenten aus den Teilgebieten Nephrologie, Kardiologie, Gastroenterologie, Rheumatologie

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

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

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

Tagungsort: Bad Nauheim,

Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

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



Differenzierte Schmerztherapie in der ärztlichen Praxis

Themen: Pharmakotherapie/Schmerztherapie/
Haftungsrechtliche Fragen

Mittwoch, 04. März 2009, Bad Nauheim

Mittwoch, 11. März 2009, Frankfurt a. M.

Mittwoch, 18. März 2009, Kassel

jeweils 08:30 – 17:30 Uhr

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

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie

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

Hanauer Intensivmedizinisches Symposium für Ärzte und Pflegepersonal

Das akute Lungenversagen

Themen: Physiologie und Pathophysiologie/Lungenprotektive Beatmung/Extracorporale Lungenassistentz/Bauchlagerung u. pflegerische Aspekte/Darm u. Leber: Schädiger oder Geschädigte?/Herz: Grenzenlos belastbar?/Gehirn: Unbemerkt geschädigt?/Krankenhaus: Am Limit des Leistbaren?

Samstag, 28. März 2009

Leitung: PD Dr. J. Brederlau, Hanau

Teilnahmebeitrag: € 60 für Ärzte, € 30 für Pflegepersonal

Tagungsort: Hanau

Aula der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Götz, Fa. KONGKRET

Tel.: 0931 2995263, E-Mail: office@kongkret.de

Wer macht was bei Rückenschmerz?

1. Veranstaltung der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung mit dem Deutschen Verband für Physiotherapeuten. Bei dieser Veranstaltung werden Ärzte und Physiotherapeuten abwechselnd u. a. zu den Themen HWS, LWS und BWS referieren.

Samstag, 04. April 2009, 09:00 – 17:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg, Frankfurt a. M.

H.-Yvonne Massuger, Frankfurt a. M.

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

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 M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: -220, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

EKG – Kurs mit praktischen Übungen

Grundlagen der EKG-Auswertung, Reizleitungsstörungen, **20 P**
Infarkt-EKG, Belastungs-EKG, Notfall-EKG, praktische EKG-Auswertung

Freitag, 08. Mai – Samstag, 09. Mai 2009, 09:00 – 17:00 Uhr

Leitung: PD Dr. med. G. Trieb, Darmstadt

Teilnahmebeitrag: € 290 (Akademiemitgl. € 261)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft: Frau U. Dauth, Akademie,

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

Gesundheit & Kulturelle Vielfalt

Basiskurs-Modul 1: Migration – Integration (20 UE)

Freitag, 08. – Samstag, 09. Mai 2009

Basiskurs-Modul 2: Allgemeine interkulturelle Kompetenz (20 UE)

Freitag, 10. – Samstag, 11. Juli 2009

Leitung: Dipl.- Psych. U. Cramer-Düncher, Dreieich
Dr. med. U. Schreiber-Popović, Eppstein

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

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

Moderatorentaining

20 P

Die Akademie bietet ein zeitlich komprimiertes Moderatorentaining. Seminarziel ist, dass die Teilnehmer/innen lernen, Qualitätszirkel in kollegialer Weise zu moderieren. Dafür werden Basiswissen der Kommunikation und Moderation als kollegiale Führungsform vermittelt. Ein weiteres Thema sind zugehörige Methoden und Techniken. Gruppendynamische Kenntnisse erleichtern das Verständnis für Konflikte und Lösungsansätze. Neben dem Wissen wird das Können und Anwenden in Übungseinheiten videobegleitet trainiert.

Freitag, 24. – Samstag, 25. April 2009

Leitung: Dr. med. W. Zeckey, Fulda

Tagungsort: Fulda

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

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)

Der Kurs hat bereits im Januar 2009 begonnen und endet im März 2009, s. HÄBl 1/2009

Interessenten für einen neuen Kurs wenden sich bitte an Frau A. Zinkl, Akademie,

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



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) Frühjahr 2009

Freitag, 13. Feb. – Sonntag, 15. Feb. 2009	G1P–G3P
Freitag, 06. März – Sonntag, 08. 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, 14. Feb. 2009	Psychosomatik 1
Sonntag, 15. Feb. 2009	Psychosomatik 2
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

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

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RÖV

Aktualisierungskurse

Samstag, 14. Nov. 2009 9 P
€ 120 (Akademiemitgl. € 108)

Kenntniskurse (theoret. u. prakt. Unterw.)

Samstag, 28. Feb. 2009 13 P

Samstag, 26. Sept. 2009 13 P

Teilnehmerzahl: max. 24

€ 140 (Akademiemitgl. € 90)

Theoret. Unterw. € 100 (Akademiemitgl. € 126)

Prakt. Unterw. € 50 (Akademiemitgl. € 45)

Grundkurs* Samstag, 14./Sonntag, 15. März 2009

€ 280 (Akademiemitgl. € 252)

Spezialkurs* Samstag, 29./Sonntag, 30. Aug. 2009

€ 280 (Akademiemitgl. € 252)

Spezialkurs -CT- Samstag, 27. Juni 2009, vormittags

€ 100 (Akademiemitgl. € 90)

Spezialkurs Interventionsradiologie

Samstag, 27. Juni 2009, nachmittags

€ 100 (Akademiemitgl. € 90)

* + 1 Nachmittag nach Wahl in der Folgewoche. Praktikum u.

Prüfung im Uni-Klinikum Gießen

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

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltcher, Akademie, Tel.: 06032 782-211, Fax: -229, E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de

Notfallmedizinische Fortbildung

Notdienst-Seminar:

Samstag, 14./Sonntag, 15. und Samstag, 28. Feb. 2009 22 P
€ 320 (€ 288)

Tagungsort: Bad Nauheim

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (s. HÄBl 11/2008)

Kurs „Ärztliche Leitungsaufgaben im Rettungsdienst und seinen Schnittstellen“ – nicht nur für „ÄLRD“

Kursmodul I (alleine) **Mittwoch, 25. – Freitag, 27. Feb. 2009**
€ 390 (Akademiemitgl. € 351)

Kursmodul II (alleine) **Freitag, 27. – Samstag, 28. Feb. 2009**
€ 240 (Akademiemitgl. € 216)

Kursmodul I + II **Mittwoch, 25. – Samstag, 28. Feb. 2009**
€ 480 (Akademiemitgl. € 432)

Leitung: Dr. med. W. Lenz, Gelnhausen

Tagungsort: Bad Nauheim

Marburger Kompaktkurs „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“:

Kursteile A–D gem. den Richtlinien der BÄK (80 Std.)

In Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Notfallmedizin des Uniklinikums Gießen/Marburg

Freitag; 13. – Samstag, 21. März 2009

Freitag, 02. – Samstag, 10. Okt. 2009

Leitung: Dr. med. C. Kill, Marburg

Tagungsort: Marburg,

Klinikum Lahnberge, Baldingerstr.

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

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/Mega-Code Training

Anmeldung und Auskunft s. HÄBl 1/2009

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter (16 Std.) 16 P

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

Palliativmedizin

Aufbaukurs Modul I **19. – 23. Mai 2009** 40 P

€ 600 (Akademiemitgl. € 540)

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

€ 600 (Akademiemitgl. € 540)

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

€ 700 (Akademiemitgl. € 630)

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

€ 600 (Akademiemitgl. € 540)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Basiskurs **11. – 15. März 2009 Wetzlar** 40 P

– in Zusammenarbeit mit Lahn-Dill-Kreis

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

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



Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin
Kurs C2 25. April 2009

Psychosomatische Grundversorgung unter Berücksichtigung der spezifischen Probleme des alten Menschen – verb. Interventionstechniken.

Kurs A 05./06. Juni 2009

Psychosomatische Grundversorgung – Theorie

Kurs B 11./12. Sept. 2009

Psychosomatische Grundversorgung – Vermittlung und Einübung Verbaler Interventionstechniken
+ Arbeit in einer Balintgruppe.

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

Ärztliches Qualitätsmanagement
Termine 2009:

Block I 09. – 15. Feb. 2009 € 1.280 (Akademiemitgl. € 1.152) **56 P**
(Block I wird gem. § 10 Abs. 1 und 3 i. V. m. § 11 HBUG als Bildungsurlaub anerkannt)

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!

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

Suchtmedizinische Grundversorgung (50 Std.)

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

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

Frühjahr 2009 Hessen:

Kursteil 1 20. – 21. Feb. 2009

Baustein I Grundlagen 1 und 2

Kursteil 3 13. – 14. März 2009

Baustein III (Medikamente)/VI (illegale Drogen)

Kursteil 4 27. – 28. März 2009

Baustein V – Motivierende Gesprächsführung V

Kursteil 2 24. – 25. April 2009

Baustein II Alkohol/Nikotin und Wahlthema

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

Auskunft: Frau K. Baumann, Akademie,

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

Herbst 2009 Rheinland-Pfalz

Neue Termine in Planung!

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

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

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

Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Modul I: Freitag, 17. – Samstag, 18. April 2009

Modul II: Freitag, 08. – Samstag, 09. Mai 2009

Modul III: Freitag, 03. – Samstag, 04. Juli 2009

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

Teilnahmebeitrag: € 500 (Akademiemitgl. € 450)

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

Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)
15. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Block II. 27. – 29. 3. 2009 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr) 20 P

A. Atemwegserkrankungen; chronische Schmerzzerkrankungen; 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.

Weitere Termine 2009: 08. – 10. Mai., 03. – 05. Juli,

04. – 06. Sept. und 20. – 22. Nov.

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

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

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Teilnahmebeitrag: Block (20h) € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Auskunft und Anmeldung: Frau U. Dauth, Akademie,

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

32. Bad Nauheimer Psychotherapie-Tage 2009

Theorie und Praxis: Modelle der psychosomatischen Medizin/Das positive Menschenbild unter dem transkulturellen Ansatz/Pathogenese und Salutogenese/Abgrenzung psychosomatischer Störungen von Neurosen und Psychosen. Krankheit und Familiendynamik/Interaktion in Gruppen/Vier Formen der Krankheitsbewältigung (Coping)/Differentialindikation von Psychotherapieverfahren/Neurosenlehre verschiedener psychotherapeutischer Schulen/Erstinterview/5 Stufen der Therapie/Reflexion der Therapeut-Patient-Beziehung/Balint-Gruppe und Selbsterfahrung/Verbale Intervention. (Spezielle Techniken)/Familientherapie/Paartherapie.

Folgende Krankheitsbilder werden u. a. behandelt: Adipositas/Diabetes mellitus/Ängste und Depressionen/Asthma bronchiale/Bandscheibenvorfall/Herzphobie/Hypertonie/Krebs/Multiple Sklerose/Schizophrenie/Sexuelle Funktionsstörungen/Positiver Umgang mit Trennung, Verlust, Tod und Trauer in verschiedenen Kulturen – Suizid (Fallvorstellungen, Fallbesprechungen und Selbsterfahrung).

Block 1: Freitag, 13. – Sonntag, 15. März 2009

Block 2: Freitag, 12. – Sonntag, 14. Juni 2009

Block 3: Freitag, 04. – Sonntag, 06. Sept. 2009

Block 4: Sonntag, 11. Okt. 2009

jeweils von 09:15 bis 19:00 Uhr

Leitung: Prof. h. c. Dr. med. Nossrat Peseschkian, Wiesbaden

Tagungsort und Anmeldung: Wiesbaden,

Internat. Akademie für Positive und Transkulturelle Psychotherapie Kaiser-Friedrich-Residenz, Langgasse 38-40

Tel. 0611 3411-675 und -674, Fax 0611 4311-676



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

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

Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

AK I Mittwoch, 25. März – 03. April 2009
AK II Mittwoch, 28. Okt. – 06. Nov. 2009
Teilnahmebeitrag: pro Teil € 650 (Akademiemitgl. € 585)
Tagungsort: Bad Nauheim, FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5–7
Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie, Tel.: 06032 782-287, Fax: -228, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Block A 07./08. März 2009, Bad Nauheim 20 Punkte
 Grundwissen über Pathogenese, Diagnostik und Therapie; Psychische Störungen mit Leitsymptom Schmerz und psychosomatische Wechselwirkungen bei chronischen Schmerzzuständen.
Leitung: Prof. Dr. phil. Dr. med. habil. H.-D. Basler, Marburg
 Dr. med. T. Wiehn, Friedrichsdorf
 Dr. med. K. Böhme, Kassel

Block D 09./10. Mai 2009, Bad Nauheim 20 Punkte
 Muskuloskeletttale Schmerzen; Rückenschmerz; Schulter-Nackenschmerz; Muskelschmerz, weit verbreitete Schmerzen (Engl. Syn.: widespread pain), Fibromyalgie; Gelenkerkrankungen.
Leitung: Prof. Dr. med. P. M. Osswald, Frankfurt am Main

Block C 19./20. Sept. 2009, Wiesbaden 20 Punkte
 Schmerzen bei vaskulären Erkrankungen; Schmerzen bei viszerale Erkrankungen; Tumorschmerz; Schmerzen im Alter; Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen.
Leitung: Dr. med. U. Nickel, Wiesbaden

Block B 31. Okt./01. Nov. 2009, Kassel 20 Punkte
 Neuropathische Schmerzen; Kopfschmerzen
Leitung: Prof. Dr. med. M. Tryba/Dr. med. M. Gehling, Kassel
Teilnahmebeitrag pro Teil: € 240 (Akademiemitgl. € 216)
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie, Tel.: 06032 782-227, Fax: -229, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

Aufbaukurs B1 Samstag, 21. – Samstag, 28. Feb. 2009 60 P
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

Ultraschallkurse

Abdomen

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden
 Dr. med. W. Stelzel, Frankfurt a. M.

Aufbaukurs 40 P
Samstag, 21. und Sonntag, 29. März 2009 (Theorie)
 + 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.)
 € 400 (Akademiemitgl. € 360)

Abschlusskurs 29 P
Samstag, 07. Nov. 2009 (Theorie)
 + 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.)
 € 230 (Akademiemitgl. € 207)

Gefäße

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

€ 290 (Akademiemitgl. € 260)

Interdisziplinärer Grundkurs – belegt – 29 P
Donnerstag, 12. – Freitag, 13. Feb. 2009 (Theorie)
Samstag, 14. Feb. 2009 (Praktikum)
 € 400 (Akademiemitgl. € 360)

Aufbaukurs (Periphere Gefäße) 25 P
Donnerstag, 18. – Freitag, 19. Juni 2009 (Theorie)
Samstag, 20. Juni 2009 (Praktikum)
 € 350 (Akademiemitgl. € 315)

Abschlusskurs (Periphere Gefäße) 20 P
Freitag, 20. – Samstag, 21. Nov. 2009 (Theorie + Praktikum)
 € 290 (Akademiemitgl. € 260)

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Jost, Tel.: 069 97672-552, Fax: -555, E-Mail: marianne.jost@laekh.de

ALLGEMEINE HINWEISE

Programme: 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, Akademie-Mitglieder 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 Akademie-Mitgliedschaft 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.





Prüfungsvorbereitungskurse

Abrechnung (PVK 1)

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

Termin: Samstag, 4. 4. 2009, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Medizinische Fachkunde (PVK 3)

Inhalte: Herz-Kreislaufsystem, Ernährung/Verdauung, Urogenitalsystem, Atemorgane, Pathologie, Themen und Fragen zur freien Auswahl

Termin:

Stufe 1, Samstag, 14. 3. 2009, 10:00–16:30 Uhr

Stufe 2, Samstag, 21. 3. 2009, 10:00–16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 125

Praktische Laborkunde und EKG-Übungen (PVK 4)

Inhalte: Laborkunde: Analysen Teststreifen Urin und Blutzucker, Analysen BSG, Analysen Occultes Blut, Hygienestandards, Qualitätssicherung (z. B. Blutzucker)

Dokumentation, Mikroskopierübungen: Harnsediment, Leukozytenzählung

EKG: Praktische Übungen

Termin: Samstag, 28. 3. 2009, 09:30 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Verwaltung inkl. praktische Übungen (PVK 5)

Inhalte: Rechnungswesen, Zahlungsverkehr, Praxisorganisation

Termin: Samstag, 28. 2. 2009, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Wirtschaft und Sozialkunde (PVK 6)

Inhalte: Arbeitsrecht, Vertragsrecht, Steuern

Termin: Samstag, 7. 3. 2009, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

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

Patientenbetreuung/Praxisorganisation

Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 4)

Inhalte: Die Veranstaltung richtet sich insbesondere an Berufsanfänger und Wiedereinsteiger in den Beruf der Medizinischen Fachangestellten sowie an Mitarbeiter/innen in der ärztlichen Praxis, für die das Tätigkeitsgebiet der ärztlichen Abrechnung neu ist.

Termin: Stufe 1: Samstag, 7. 3. 2009, 10:00 – 16:30 Uhr

Stufe 2: Samstag, 14. 3. 2009, 09:30 – 17:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 185

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

Ambulante Versorgung älterer Menschen (AVÄ)

Wundmanagement (AVÄ4)

Das Kurskonzept setzt den Schwerpunkt auf die Wundversorgung, Verbandstechnik und Wundprophylaxe. Es werden umfangreiche fachpraktische Übungen vermittelt. In den Übungen wird auch gezeigt, wie die Teilnehmer/innen die eigene Körperbelastung durch Hebe- und Trage-techniken verringern können.

Termin: Freitag, 6. 3. ab 13:30 Uhr bis Samstag, 7. 3. 2009, 13:00 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 150

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

Schwerpunkt Onkologie und Palliativmedizin

Allgemeine medizinische Grundlagen in der Onkologie und Palliativmedizin (ONK PAL 1)

Inhalte: Begriffe definieren und Entwicklungen kennen, Aufgaben des nichtärztlichen Fachpersonals im Fachbereich benennen, Risikofaktoren und Vorsorgemaßnahmen kennen, Therapieansätze, Prognosen und Fehleinschätzungen kennen, Diagnostik benennen

Termin: Donnerstag, 5. 3. 2009, 13:30–18:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 70

Onkologische und palliativmedizinische Versorgung und Betreuung von Patienten (ONK PAL 2)

Inhalte: Ernährungsmaßnahmen durchführen, Stoffwechselkontrolle durchführen, Schmerzkontrollen/-therapien kennen und im Rahmen der Delegationsfähigkeit mitwirken

Termin: Freitag, 6. 3. 2009, 08:30–13:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 70

Hilfestellung und Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter/innen im Bereich der onkologischen und palliativmedizinischen Versorgung (ONK PAL 3)

Inhalte: Belastungen durch Stress reflektieren und Bewältigungsstrategien anwenden, Persönliche Wertvorstellungen und Ressourcen reflektieren, Gefühle von Hilflosigkeit und andere Emotionen bewältigen, Burnout-Faktoren, Burnout-Prophylaxe, Supervision, Fallkonferenz, Balint in der Durchführung kennen lernen, mit Sterbenden umgehen

Termin: Fr. 6. 3. ab 13:15 Uhr bis Sa, 7. 3. 2009, 12:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Therapiemaßnahmen in der Onkologie (ONK 1)

Inhalte: Tumorzellenentwicklung und Tumorbiologie, Behandlungsmethoden, Umgang mit Zytostatika, Notfallsituationen, Maßnahmen der Stammzellentransplantation, Maßnahmen der Transfusion von Blut und Blutkomponenten, Systematik maligner Tumore und hämatologische Systemerkrankungen, Komplikationen

Termin: Donnerstag, 23. 4. 2009, 13:30 Uhr bis Samstag, 25. 4. 2009, 14:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 185

Symptomkontrolle in der palliativmedizinischen Versorgung (PAL 1)

Inhalte: Symptome im Praefinal- und Finalstadium kennen, Symptomfragebogen durchführen, Stimmungslage des Patienten einschätzen, Organisation des Tagesablaufes beurteilen, Notfallmaßnahmen bei Schwerkranken und Sterbenden durchführen

Termin: Freitag, 20. 3., 10:00 Uhr bis Samstag, 21. 3. 2009, 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 185

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

Assistenz beim ambulanten Operieren (80 Stunden)

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 Arbeitsschutz

Termin: ab 4. 3. 2009

Teilnahmebeitrag: € 1.010 inkl. Prüfungsgebühr

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





Prävention im Kindes- und Jugendalter (84 Stunden)

Entwicklung und Familie (PRK 1)

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

Termin: Samstag, 28. 2. 2008, 08:30 – 14:00 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95

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

Patientenbegleitung und Koordination

Interaktion mit chronisch kranken Patienten (PBK 1)

Inhalte: Interaktionsmuster kennen, Besonderheiten chronisch Kranker einschätzen, Vereinbarungen, Verbindlichkeiten, Absprachen treffen und kontrollieren, Beziehungsmanagement umsetzen

Termin: Samstag, 28. 2. 2009, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95

Neue Versorgungsformen: Was müssen Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte wissen und können? (PBK 2)

Inhalte: Koordinations- und Kooperationsmaßnahmen durchführen, Modelle strukturierter Behandlung/Grundlagen, Entstehung, Grenzen (z. B. DMP) erläutern, integrierte Versorgung beschreiben, Aspekte des Case Managements, soziale Netzwerke berücksichtigen, Dokumentation/Abrechnung durchführen

Termin: Fr/Sa, 20./21. 3. 2009, (16 Stunden)

Teilnahmebeitrag: € 185

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

Klinikassistenz (120 Stunden)

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

Termin: auf Anfrage

Teilnahmebeitrag: € 1.190 inkl. Kolloquium

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

Schwerpunkt Medizin

Aufbereitung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis (30 Stunden)

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:

24. 4. 2009 – 25. 4. 2009 und 14. 5. 2009 – 16. 5. 2009 (30 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 410

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, 18. 3. 2009 bis Samstag, 21. 3. 2009

Teilnahmebeitrag: € 350

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

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

Inhalte theoretischer Teil: Anatomie und Röntgenanatomie, Röntgenaufnahme-technik, Spezieller Strahlenschutz, Dokumentationspflichten, Rechtsvorschriften, Richtlinien und Empfehlungen

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

Beginn: Freitag, 6. 3. 2009

Teilnahmebeitrag: € 780 zuzügl. € 55 Prüfungsgebühr

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



Das ausführliche Programm 2009 finden Sie auf unserer Homepage: www.carl-oelemann-schule.de

Gerne schicken wir Ihnen unser Programm auch per Post, rufen Sie uns an: 06032 782-0 oder schicken uns eine

E-Mail: verwaltung.cos@laekh.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 Informationen wenden Sie sich bitte an:

Frau Mirjana Redžić, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule,

Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Tel. 06032 782-140,

Fax: 06032 782-250, E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de

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.



Cave: Gefälligkeitsatteste!

Der gute Glaube an die Richtigkeit ärztlicher Gutachten und Zeugnisse beruht auf dem Vertrauen, das dem Arzt im Zusammenhang mit seiner Berufsausübung entgegengebracht wird. Der hohe Beweiswert steht diesen Urkunden zu, weil sie in Erfüllung der Berufspflicht des Arztes zu Stande kommen. Er ist verpflichtet, mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und seine ärztliche Überzeugung nach bestem Wissen auszusprechen.

Bei Gefälligkeitsattesten geht es um das Abweichen von dieser Berufspflicht. Das geschieht oft, wenn der Patient einen ihm nützlichen Zweck verfolgt und den Arzt um ein dienliches Attest ersucht. Der Arzt, der behilflich sein will und dem Konflikt mit dem Patienten ausweicht und sich auf das Ansinnen des Patienten einlässt, gerät dann aber möglicherweise in Konflikt mit der Berufsgerichtsbarkeit.

So ging es einem im Rhein-Main-Gebiet niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie, in dessen Sprechstunde Ende Februar 2008 ein von weit her angereister Patient in Begleitung eines bosnischen Landsmanns erschien, der sich für die moslemischen Landsleute engagierte. Der vormalige Psychiater des erschienenen Patienten hatte sich zur Altersruhe zurückgezogen. Er hatte dem Patienten seit dem Jahre 2002 wiederholt „posttraumatische Belastungsstörungen“ attestiert. Diese Atteste brachte der Patient zur Sprechstunde mit. Der aufgesuchte Psychiater fragte den Patienten nach den traumatisierenden Erlebnissen seiner Flucht und bot ihm Gesprächstermine an. Der Patient erschien mangels Versicherungsschutzes nicht. Er suchte den Psychiater im Rhein-Main-Gebiet jedoch Ende Mai 2008 erneut auf und berichtete: Es stehe unmittelbar ein Gerichtstermin bevor, bei dem über sein Asylgesuch und darüber entschieden werde, ob seiner Abschiebung Hindernisse entgegenstehen, falls das Asyl abgelehnt wird.

Der Psychiater wollte es nicht verantworten, den Patienten wegzuschicken. Er wollte behilflich sein und schrieb auf seinem Briefpapier mit seinem Briefkopf ein: „Nervenärztliches Attest zur Vorlage bei Gericht“.

Der Patient befände sich seit Ende Februar 2008 regelmäßig in seiner psychotherapeutischen Behandlung. Es würden 14-tägig Gespräche geführt. Die vom vormalig behandelnden Nervenarzt gestellte Diagnose: „Posttraumatische Belastungsstörung mit Depression und Angstzuständen“ hätten noch volle Gültigkeit. Das Trauma sei noch nicht verarbeitet und es bestehe latente Suizidalität, die bei einer Abschiebung sofort akut werden dürfte. Der Patient sei weiterhin nicht abschiebefähig.

Dieses Attest lag bereits am folgenden Tag nach seiner Ausstellung dem zuständigen Richter vor. Er telefonierte den Psychiater an, um ihm den bereits anberaumten nahen Verhandlungstermin mitzuteilen, zu welchem er als sachverständiger Zeuge geladen werde und er erscheinen müsse. Zur Abwehr äußerte der Psychiater: Er könne nicht kommen und könne ohnehin nicht viel aussagen, weil der Patient nur zweimal in seiner Praxis gewesen sei.

Auf Vorhalt des Richters, dass im Attest regelmäßige zweiwöchige Behandlungstermine genannt seien, entgegnete der Psychiater, der Richter möge seine ärztliche Stellungnahme zerreißen und ein Obergutachten einholen.

Das Urteil fiel zu Ungunsten des Patienten aus. Sein Asylgesuch wurde abgelehnt. Abschiebehindernisse wurden verneint. In der Begründung ist u. a. zu lesen, das vorgelegte Nervenärztliche Attest reiche nicht aus, um das Fortbestehen der früher diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörungen festzustellen. Ebenso sei es ungeeignet, richterlich eine Selbstmordgefährdung festzustellen.

Gegenüber der Landesärztekammer Hessen legte der Richter sodann Beschwerde gegen den Psychiater ein.

Dieser verteidigte sich damit, dass er dem Patienten habe helfen wollen. Er habe das erbetene Attest nicht aus dem Grunde verweigern können, weil der Patient mangels Krankenversicherung zu den angebotenen Gesprächsterminen nicht habe kommen können.

Das Präsidium der Landesärztekammer Hessen hat in seiner Beratung und Entscheidung darauf abgestellt, dass der Psychiater den Beweiswert in Anspruch genommen habe, der ärztlichen Attesten grundsätzlich zusteht. Der Beweiswert sei aber nicht begründet, weil die angegebenen wiederholten zweiwöchigen Gespräche in Wirklichkeit nicht stattgefunden haben, so dass die ausgesprochene Diagnose nicht auf einer entsprechenden gründlichen und wiederholten therapeutischen Behandlung beruht.

Gegenwärtig wird von der Anschuldigung des Psychiaters zum Berufsgericht abgesehen. Er hat mit seinem Einverständnis die Gelegenheit eingeräumt bekommen, 2.000,- Euro an eine gemeinnützige Einrichtung zu zahlen. Wenn das Berufsgericht dieser Verfahrensweise zustimmt und der Psychiater die Zahlungsaufgabe erfüllt, kann die endgültige Verfahrenseinstellung verfügt werden; anderenfalls wird die Anschuldigung zum Gericht erhoben. Dieser Bericht aus der Berufsgerichtsabteilung soll dazu beitragen, dass in der ärztlichen Praxis ähnliche Fehler vermieden werden. Schon des öfteren wurden Gutmütigkeit und Hilfsbereitschaft von Ärzten bei der Ausstellung von Attesten ausgenutzt. Schon des öfteren kostete den Aussteller solcher Atteste viel Ärger und obendrein bares Geld. Schon des öfteren hatten die Patienten davon keinen Nutzen, sondern Schaden.

Rainer Raasch
Berufsgerichtsabteilung

PEG-Wechsel – ambulant oder stationär? *W. Rösch, H. Gießler*

Zusammenfassung

Relativ häufig kommt es bei Patienten mit einer PEG zu einer Verstopfung der Sonde, meist durch zermörserte Tabletten. Gelingt es nicht, mittels Führungsdraht die Durchgängigkeit wieder herzustellen, sollte mit der Fadendurchzugsmethode, sozusagen am langen Zügel, ein PEG-Wechsel vorgenommen werden, was problemlos in zwei bis drei Minuten ambulant durchgeführt werden kann. Eine stationäre Aufnahme ist nur selten gerechtfertigt und kann, wie im vorliegenden Fall, zu erheblichen Problemen führen.

Die 1980 von Gauderer und Ponsky eingeführte perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) ist in jüngster Zeit im Rahmen der parlamentarischen Diskussion um Patientenverfügung und Sterbehilfe ins Gerede gekommen, wobei insbesondere der Vorwurf erhoben wurde, die Indikation zur Durchführung einer PEG werde zu großzügig gestellt, wobei pflegerische Gesichtspunkte in den Vordergrund gerückt würden. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass eine Lebensverlängerung durch eine PEG nur selten möglich ist und dass unter Langzeitaspekten doch mit einer Reihe von ernststen Komplikationen gerechnet werden muss.

Eine der gängigen und meist harmlosen Komplikationen ist die Verstopfung der PEG-Sonde, meist durch gleichzeitig verabreichte zermörserte Medikamente in Tablettenform. Dass sich auch aus einem PEG-Wechsel arztrechtliche Probleme ergeben können, soll die folgende Kasuistik aufzeigen.

Kasuistik

Die 87-jährige, in einem Pflegeheim lebende Patientin, Mutter eines Rechtsanwalts, wurde an einem Freitag in das örtliche Klinikum stationär eingewiesen,

weil die seit längerem liegende PEG-Sonde sich bei der morgentlichen Applikation von Flüssigkeit als nicht mehr durchgängig erwiesen hatte. Am Abend zuvor war die Verabreichung der Sondennahrung noch problemlos möglich gewesen. Die Patientin wurde gegen Mittag nach telefonischer Anmeldung mit einem Einweisungsschein (Diagnose PEG-Dysfunktion) in der Notaufnahme des Klinikums vorgestellt. Die aufnehmende Ärztin diagnostizierte eine Exsikkose und begann eine Infusionstherapie mit einem Liter; darüber hinaus wurde eine intravenöse Antibiose eingeleitet. Wegen eines akuten Bettennotstandes wurde die Patientin im Flur untergebracht; der Wechsel der PEG-Sonde erfolgte dann am Montag; die Patientin wurde am darauf folgenden Tag in das Pflegeheim zurückverlegt, musste jedoch eine Woche später wegen anhaltender antibiotika-induzierter Durchfälle erneut stationär aufgenommen werden. Nach weiteren zwei Wochen konnte sie dann wieder entlassen werden.

Der Sohn der Patientin moniert:

- Weshalb wurde die Patientin stationär aufgenommen, obwohl die Räumlichkeiten dies nicht zuließen?

- Weshalb wurde die ausgefallene PEG-Sonde nicht sogleich am Freitag erneuert und damit die Kontinuität der Sondenernährung unterbrochen?

- Welcher Arzt hat die Entscheidung getroffen, dass die PEG-Sonde nicht umgehend ersetzt wurde?

Es habe sich um eine fatale Fehlleistung mit verheerenden Folgen gehandelt; die Patientin sei seit diesem Zeitpunkt bettlägerig.

Die beklagte Klinik nimmt zu den Vorwürfen wie folgt Stellung: Aufgrund der Austrocknung sei die notfallmäßige Aufnahme und Verbringung auf eine gastroenterologische Schwerpunktstation gerechtfertigt gewesen. Eine ambulante Behandlung sei nicht gerechtfertigt gewesen vor dem Hintergrund, dass bei der Patientin neben einer schweren Gefäßerkrankung, die letztlich zu einem Apoplex mit Sprach- und Schluckstörung geführt habe, auch noch ein allgemeiner Abbau sowie eine schwere Herzerkrankung vorgelegen habe.

Ein PEG-Wechsel sei nur im Sinne einer Notfallendoskopie möglich gewesen, da das endoskopische Tagesprogramm zu diesem Zeitpunkt bereits festgelegt und vollkommen ausgelastet gewesen sei.

Eine Indikation zur notfallmäßigen PEG-Anlage gebe es generell nicht. Alle Möglichkeiten der optimalen Flüssigkeits- und Ernährungszufuhr könnten über Venenkatheter sichergestellt werden. Die PEG-Anlage sei grundsätzlich eine der risikoreichsten endoskopischen Operationen. Dies gelte insbesondere für endoskopische PEG-Wechsel bei multimorbiden pflegebedürftigen und weitgehend immobilen Patienten. Die Komplikationsrate bewege sich in einer Größenordnung von 10–20 %. Die 30-Tage-Sterblichkeitsrate nach PEG-Implantation liege über 10 %. Aus diesem Grund sei eine optimale Zusammensetzung des Operationsteams und eine optimale Vorbereitung der Patientin unbedingt anzustreben.

Aus den genannten Gründen sei es dringend geboten gewesen, die PEG-Implantation frühestens am nächsten regulären Arbeitstag unter guten Umfeldbedingungen und optimaler Vorbereitung der Patientin durchzuführen. Dabei sei insbesondere darauf zu achten gewesen, dass die Austrocknung beseitigt wurde, Blutgerinnung und -bild im Normbereich lagen und eine antibiotische intravenöse Prophylaxe aufgrund der Herzklappenerkrankung durchgeführt werden konnte.

Im übrigen sei zu erwähnen, dass eine rechtsgültige Aufklärung der Patientin über den gesetzlichen Betreuer am Tag der Aufnahme nicht erfolgt sei, sodass ein rechtskonformer PEG-Wechsel nicht habe erfolgen können.

Der Sohn der Patientin bestritt, dass bei der Aufnahme der Patientin eine relevante Exsikkose vorgelegen habe. Diese habe einschließlich der Abendstunden des Vortages mindestens drei Liter Flüssigkeit bzw. Sondennahrung zugeführt bekommen. Die Patientin sei voll geschäftstüchtig gewesen, es gebe keinen Betreuer, so dass eine rechtsgültige Aufklärung jederzeit gegenüber der Patientin

hätte erfolgen können. Die Patientin sei nicht bettlägerig gewesen und habe über keinerlei Beschwerden geklagt, sei aber mit einer Durchfallerkrankung aus dem Krankenhaus entlassen worden.

Gutachterliche Stellungnahme

Auf dem Einweisungsschein der Patientin findet sich lediglich die Bemerkung: „PEG-Sonde verstopft“, eine Exsikkose wird nicht erwähnt. Zwar wird im Aufnahmebefund von „Zeichen der Exsikkose“ gesprochen, doch finden sich im Laborbefund vom Aufnahmetag weder eine Elektrolytverschiebung (Natrium und Kalium im Normbereich) noch eine Einschränkung der Nierenfunktion (Harnstoff und Kreatinin unauffällig); Hämoglobin und Hämatokrit sind eher erniedrigt.

Wäre der PEG-Wechsel, wie allgemein üblich, ambulant durchgeführt worden, hätte die einmalige perioperative Gabe eines Antibiotikums ausgereicht. Stattdessen erhielt die Patientin vier Tage lang Antibiotika (Endokarditisprophylaxe, dann 2g Rocephin). Diese Dosis reicht aus, um die im zeitlichen Zusammenhang mit der Antibiotikabehandlung aufgetretene Clostridiumdifficile-Infektion zu verursachen, zu deren Behandlung dann der folgende zweiwöchige Krankenhausaufenthalt erforderlich wurde. Der handschriftliche Nachtrag auf dem Kurzarztbrief über den ersten Aufenthalt: Bitte Lunge abhören, mögliche Aspirationspneumonie. Bitte Stuhl auf pathogene Keime und Clostridium untersuchen, weist darauf hin, dass bei der Patientin bei Entlassung bereits eine Temperaturerhöhung sowie Durchfälle bestanden. Bei Ankunft der Patientin in der Klinik (laut Aufnahmeprotokoll gegen 11:30 Uhr) hätte zunächst versucht werden müssen, mittels Führungsdraht die Durchgängigkeit der Sonde wiederherzustellen. Sollte dies nicht gelingen und eine irreparable

Verstopfung der Sonde vorliegen, hätte diese mit der Fadendurchzugsmethode innerhalb von zwei bis drei Minuten gegen eine neue Sonde ausgetauscht werden können, es sei denn, die Umgebung der alten Sonde hätte Entzündungszeichen erkennen lassen, was nicht protokolliert ist. Das Ganze kann mit einer perioperativen Antibiose begleitet werden, das heißt, die einmalige Gabe eines Antibiotikums genügt, um einer Bakteriämie vorzubeugen. Auch wenn das Endoskopieprogramm, ähnlich wie ein OP-Programm, festgelegt war, hätte bei guter Organisation und gutem Willen ein PEG-Wechsel, der, wie gesagt, nur wenige Minuten in Anspruch nimmt, durchgeführt werden können, zumal die Patientin sonst nur auf dem Flur untergebracht werden konnte. Die wesentlich kostenintensivere fünftägige stationäre Behandlung mit einer Infusionstherapie über das Wochenende war zwar eine Alternative, barg aber durch die längerfristige Antibiose das Risiko einer Schädigung der Darmflora, das sich offenbar in Form einer Clostridium difficile induzierten pseudomembranösen Kolitis realisiert hat.

Der Einweisungsschein beinhaltete im übrigen keine Verpflichtung zu einer stationären Behandlung, sondern erlaubt als „Notfallmaßnahme“ einen ambulanten PEG-Wechsel, auch wenn diesbezüglich keine Ermächtigung des Chefarztes vorliegen sollte.

Juristische Stellungnahme

Im vorliegenden Fall ist nicht zu beanstanden, dass die Krankenhausärzte sich nicht darauf beschränkt haben, entsprechend dem Einweisungsschein („PEG-Sonde verstopft“) nur und sofort einen PEG-Wechsel vorzunehmen.

Mit der Überweisung in das Krankenhaus durch den erstbehandelnden Arzt war nämlich die Verantwortung für eine sach-

gerechte (Weiter-)Behandlung auf das Krankenhaus übergegangen (sog. Horizontale Arbeitsteilung), sodass es nunmehr Sache der Krankenhausärzte war, bei der 87-jährigen herzkranken Patientin alle Behandlungsmaßnahmen durchzuführen, die in der konkreten Situation erforderlich waren. Zu Recht sind daher vor dem PEG-Wechsel klinische und Laboruntersuchungen erfolgt.

Die aufgrund der erhobenen Befunde gestellte Diagnose (Exsikkose) war jedoch vermeidbar, fehlerhaft und falsch. Es liegt zwar kein Befunderhebungsfehler, wohl aber ein Befundwürdigungsfehler vor. Hinreichende Anzeichen für das Vorliegen eines Exsikkose haben aufgrund der Anamnese und der erhobenen Befunde – vor allem der Laborbefunde – zur Überzeugung der Gutachterkommission nicht vorgelegen.

Daraus folgt, dass die Exsikkosebehandlung nicht indiziert war, sondern die PEG-Verstopfung noch am Einlieferungstag hätte behoben werden können und müs-

sen. Das wiederum hätte eine längere antibiotische Behandlung überflüssig gemacht.

Die längerfristige Antibiotikatherapie stellt einen schädigenden Ersteingriff in Körper und Gesundheit der Patientin dar. Infolgedessen genügt es, dass zwischen diesem Ersteingriff und der später aufgetretenen Clostridium-difficile-Kolitis ein wahrscheinlicher ursächlicher Zusammenhang besteht (sog. Haftungsausfühlende Kausalität: § 287 Abs. 1 ZPO).

Fazit

Ein einfacher PEG-Wechsel wegen Verstopfung der Ernährungssonde sollte nach Möglichkeit ambulant durchgeführt werden. Wird bei „sauberem“ Wundkanal der PEG-Wechsel „am langen Zügel“ an identischer Position, also nicht als Neuanlage durchgeführt, kann auf Laboruntersuchungen (Gerinnung) und wahrscheinlich auch auf die perioperative Antibiotikagabe verzichtet werden. Eine fünftägige stationäre Behandlung dürfte

nicht nur zu Rückfragen der Kostenträger führen, sondern liefert bei späteren Komplikationen bei einer juristischen Auseinandersetzung auch Argumente, die als Organisationsverschulden vorgetragen werden könnten.

Anschriften der Verfasser

Professor Dr. med. Wolfgang Rösch
Steinbacher Hohl 32
60488 Frankfurt am Main
E-Mail: wroesch@aol.com

Dr. Hans Gießler
Gutachter- und Schlichtungsstelle
der LÄK Hessen
Im Vogelsgesang 3
60488 Frankfurt am Main

Rösch W. Gießler H. PEG-Wechsel – ambulant oder stationär? Endo heute 2008; 21: 200–202
Abdruck mit Genehmigung von Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

Schwarz Monheim Preis

Die Deutsche Gesellschaft für Angiologie vergibt einmal jährlich den Schwarz-Monheim Preis, der mit 10.000,- Euro dotiert ist.

Der Schwarz-Monheim Preis wird für abgeschlossene Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der klinischen und experimentellen Angiologie vergeben, die in dem Jahr vor Antragstellung in anerkannten deutsch- oder englischsprachigen Fachzeitschriften publiziert oder zur Publikation angenommen wurden. Anträge können nur vom Erstautor, bei dem es sich um einen Nachwuchswissenschaftler (bis 40 Jahre) aus einem deutschsprachigen Land handeln muss, gestellt werden. Bei Publikationen mehrerer Autoren muss das Einverständnis der Co-Autoren vorliegen, dass der Preis nur an den Erstautor vergeben wird. Arbeitsthemen, für die der Antragsteller bereits einen Preis bzw. ein Stipendium von der DGA erhalten hat, können bei Vergabe des Schwarz-Monheim Preises nicht berücksichtigt werden.

Beim Vorliegen von gleich guten klinischen und experimentellen Arbeiten kann der Preis aufgeteilt werden in Höhe von 5.000,- Euro für die experimentelle und 5.000,- Euro für die klinische Arbeit.

Dem Antrag ist neben der kompletten Veröffentlichung bzw. dem zur Publikation angenommenen Manuskript (Nachweis durch Anschreiben der Fachzeitschrift) ein Curriculum vitae sowie eine kurze Zusammenfassung der bisherigen wissenschaftlichen Arbeiten (Publikationen) beizufügen.

Die Bewerbungsfrist endet am 30. Juni 2009.

Der Preis wird anlässlich der 38. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie vom 13.–16. September 2009 in Berlin verliehen.

Bewerbungen sind in dreifacher Ausfertigung an den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Angiologie, Professor Dr. med. K.-L. Schulte, Gefäßzentrum Berlin, Ev. Krankenhaus Königin-Elisabeth-Herzberge, Herzbergstraße 79, 10362 Berlin zu richten.

Wer macht was beim Rückenschmerz? Vom Symptom zur Diagnose

Worauf eine erfolgreiche Behandlung basiert

Durch falsch verstandene Regressbedrohung ist in letzter Zeit die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Physiotherapeuten belastet worden. Wie kein anderes Gebiet stellt die Vielfalt der Erkrankungen der Wirbelsäule vor gemeinsame Herausforderungen der akuten Intervention und der Dauertherapie, nicht zuletzt aufgrund der enormen Kosten für das Gesundheitswesen durch Krankenschreibung und Frühberentung.

Aus diesem Grund ist die Wirbelsäule Thema der ersten von insgesamt vier Fortbildungen, die die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim, in einer Zusammenarbeit von Ärzten und Therapeuten für Ärzte und Therapeuten durchführt. Hierbei werden zunächst WS-Probleme im Rahmen der hausärztlichen Praxis vorgestellt. Natürlich verbergen sich hier hinter „Kreuzschmerzen“ oft ganz andere Sorgen.

Als nächstes kommt der Orthopäde zu Wort, der über akute Erkrankungen der Wirbelsäule, aber auch über chronische Gefügestörungen und deren Folgen berichtet. Hierbei wird auf Techniken der fachärztlichen Intervention und die Zusammenarbeit mit qualifizierten Physiotherapeuten eingegangen. Den ärztlichen Aspekt rundet der Beitrag der Neurologie ab, welche auf Folgeerscheinungen wie Schwindel, Ataxie, Spannungskopfschmerz einerseits und periphere Nervenausfälle andererseits eingeht.

Die physiotherapeutische Befunderhebung und Behandlung hat sich in den letzten Jahren deutlich verändert. Aspekte des bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodells konnten integriert werden, im In- und Ausland liegen zunehmend valide Daten über Behandlungsformen und deren Effektivität vor. Die europäische Leitlinie COST B13 zum Thema unspezifische

akute und chronische Lumbalschmerzen definiert den aktuellen Stand der Dinge. In den physiotherapeutischen Beiträgen erfahren sie mehr darüber und aktuelle Behandlungsverfahren/Therapieansätze werden anschaulich dargestellt.

Auf der einen Seite soll dies zu einer größeren Verordnungssicherheit führen, andererseits soll bei bestehender Indikation eine Therapiesicherheit geschaffen werden, auch zur Prävention, so dass letztlich mit geringer Frequenz der Therapiesitzungen Rückfälle vermieden werden könnten, aber auch, um zur Chronifizierung neigende Krankheitsbilder nicht zu verschärfen.

Die erste gemeinsame Veranstaltung mit Ärzten und Physiotherapeuten findet am 4. April 2009 in der Akademie in Bad Nauheim statt, siehe Seite 119.

*Professor Dr. med. Alexandra Henneberg,
Frankfurt am Main*

Dr.-Volker-Helbig-Preis für Epilepsieforschung 2009

Der Preis wird zur Förderung der Epilepsieforschung gestiftet und ist mit 2.500,- Euro dotiert. Er wird jährlich im Mai anlässlich der *Marburger Neurologentagung* (8.–10. Mai 2009) durch das „Interdisziplinäre Epilepsie-Zentrum Marburg (EZM)“ verliehen.

Die Bewerber sollten bis zu 35 Jahre alt sein. Die Bewerbungsunterlagen (Lebenslauf, Publikationsliste, ein eingereichtes Manuskript oder in 2007–2009 publizierte innovative epileptologische Publikationen) können bis zum 18. April 2009 digital (pdf-Datei) oder in vierfacher Ausfertigung eingereicht werden. Für die Preisverleihung (am 10. Mai 2009) ist eine kurze persönliche Vorstellung der Arbeit durch den/die Preisträger im zentralen Hörsaalgebäude, erforderlich.

Preisrichterkollegium: PD Dr. Karsten Krakow, Professor Dr. Bernd A. Neubauer, Professor Dr. Christopher Nimsky, Professor Dr. Felix Rosenow.

Weitere Auskünfte zur Ausschreibung:

Professor Dr. Felix Rosenow, Klinik für Neurologie, EZM, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Rudolf-Bultmann-Straße 8, 35039 Marburg, E-Mail: rosenow@staff.uni-marburg.de

Kurs 2009 „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Landesärztekammer

Der Kurs beginnt am **9. Februar 2009, 9.15 Uhr mit Block I**
(9.–15.2.2009)

(Block I ist in Hessen als Bildungsurlaub gem. HBUG anerkannt!)

Kurzfristige Anmeldungen sind noch möglich über:

Heike Cichon, Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 5–7, 61231 Bad Nauheim, Tel. 06032 782-209, Fax 06032 782-229, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Der Kurs vermittelt u. a.:

- Zusatzweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ gem. hessischer WBO
- Qualifikation Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie gem. BÄK-Richtlinie
- Qualifikation als Moderator von KVH/LÄKH anerkannter ärztlicher Qualitätszirkel

Auch vertragsärztlich tätige psychologische Psychotherapeuten können teilnehmen!

Sicherer Verordnen

IQWiG – Antihypertensiva

In einer zweiten vorläufigen Nutzenbewertung hat sich das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit Antihypertensiva beschäftigt. Eine Bewertung einzelner Wirkstoffe schien nicht erforderlich, nach Ansicht des IQWiG liegen überwiegend Klasseneffekte vor. Zu den von mehreren Seiten kritisierten Ergebnissen gehören:

Stoffgruppe	Im Vergleich zu	Bewertung für die erstgenannte Stoffgruppe:
Diuretika	Betablockern: ACE-Hemmern: Kalziumantagonisten: AT-II-Antagonisten:	kein Zusatznutzen Zusatznutzen bei Herzinsuffizienz, bei Afroamerikanern geringeres Insultrisiko Zusatznutzen bei Herzinsuffizienz keine Vergleichsstudien
Betablocker	Diuretika: ACE-Hemmern: Kalziumantagonisten: AT-II-Antagonisten:	kein Zusatznutzen kein Zusatznutzen kein Zusatznutzen bei Afroamerikanern geringere Insultrate
ACE-Hemmer	Diuretika: Betablockern: Kalziumantagonisten: AT-II-Antagonisten:	kein Zusatznutzen bei Afroamerikanern erhöhe Lebensqualität geringeres Herzinsuffizienzrisiko, bei Diabetes geringeres Herzinfarkttrisiko keine Vergleichsstudien
Kalziumantagonisten	Diuretika: Betablockern: ACE-Hemmern: AT-II-Antagonisten:	kein Zusatznutzen kein Zusatznutzen bei Frauen und Schwarzen geringere Insultrate Myokardinfarkttrate geringer
AT-II-Antagonisten	Diuretika: Betablockern: ACE-Hemmern: Kalziumantagonisten:	keine Vergleichsstudien bei Diabetes Mortalität und Herzinsuffizienz geringer, Insultrate bei Nichtschwarzen geringer keine Vergleichsstudien Herzinsuffizienzrate geringer

Dem IQWiG bereits beim ersten Entwurf bekannte Kritikpunkte der AkdÄ sind u. a.: zu enge Studienauswahl, fehlende Berücksichtigung unterschiedlicher Blutdruckeinstellungen am Studienende, unzureichende Bewertung der Verträglichkeit und Therapietreue.

Individuelle Verträglichkeit, individuelles Ansprechen sowie die Berücksichtigung von Begleiterkrankungen bleiben unabhängig vom gewählten Antihypertensivum aus den fünf Gruppen entscheidende Zielgrößen für eine sichere Therapie. Man könnte nach intensiven Versuchen, den Lebensstil zu ändern, angesichts der geringen Unterschiede des therapeutischen Nutzens insbesondere im Alter die Therapie mit einem niedrig dosierten Thiazid (z. B. 25 mg, besser 12,5 mg Chlorthalidon) beginnen, bei höheren Blutdruckwerten in Kombination mit einem niedrig dosierten ACE-Hemmer.

Quelle: IQWiG Vorbericht Version 2.0, Köln 2008; AkdÄ Newsletter 2008-129, www.akdae.de

Rimonabant – Vertriebsstopp

Der Hersteller von Rimonabant-haltigen Arzneimitteln (Acomplia®) hat sich auf „sanfteren“ Druck der deutschen und europäischen Überwachungsbehörden BfArM und EMEA entschlossen, sein Präparat „vorerst“ nicht mehr anzubieten. Grund für diese Rücknahme waren zunehmende Berichte über psychiatrische unerwünschte Wirkungen (UAW: Depressionen, Angstzustände,

Aggression, Suizid) unter der Einnahme dieses Antiadiposits. In Hinblick auf die Indikation scheint dieses Vorgehen überfällig, denn bereits bei Markteinführung waren diese UAW bekannt. In den USA wurde das Präparat aufgrund der Risiken gar nicht erst zugelassen.

Gewichtsreduktion mit Hilfe von Arzneimitteln scheint nur während der Einnahme zum Erfolg zu führen und sollte – unabhängig von den pharmakologischen Angriffspunkten wie ZNS oder Verdauungstrakt – nur als letzte therapeutische Maßnahme sehr zurückhaltend erwogen werden. Selbst zusammengestellte Rezepturen mit irrationalen Inhaltsstoffen wie Schilddrüsenhormonen und Laxantien wurden vor Jahren bereits als bedenklich eingestuft.

Quellen: www.emea.europa.eu, www.bfarm.de

Arzneimittel-abgebende Stents – Vorsicht bei Diabetes

25% der Patienten, die myokardiale Revaskularisierungsmaßnahmen benötigen, sind Diabetiker.

Wenn diese Patienten für eine Implantation eines Arzneimittel-abgebenden Stents geeignet sind (entsprechende Compliance, mögliche Follow-up-Kontrollen, keine Arzneimittelallergie auf z. B. Sirolimus oder Paclitaxel, geringe Anzahl von Komplikationen), so muss sichergestellt sein, dass eine duale Plättchenhemmung mit ASS und Clopidogrel über mehr als sechs Monate durchgeführt wird. Kürzere Behandlungszeiten können bei Diabetikern Stent-Thrombosen und die Mortalität im Vergleich zu Nicht-Diabetikern weiter erhöhen.

Quelle: Lancet 2008; 337: 643 und 668

Fertigarzneimittel

Verwechslungsgefahr

Die versehentliche Anwendung eines falschen Arzneimittels durch Verwechslung mit ähnlich klingenden Produktnamen oder ähnlich aussehenden Verpackungen kann potentiell lebensbedrohlich sein. Die Arzneimittelkommission der Apotheker ruft daher dazu auf, Arzneimittel mit ähnlich klingendem Produktnamen („sound alike“) und ähnlich aussehenden Schriftbildern/Verpackungen („look alike“) an die ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände) zu berichten. Aus den Meldungen sollen Vorschläge zur Verringerung eines Verwechslungsrisikos abgeleitet werden. Anlass war ein Aktionsplan des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 2007, einen Beitrag zur Verbesserung der Sicherheit der Arzneimitteltherapie zu leisten.

Es sei daran erinnert, dass schon vor langer Zeit ein Arzt haftbar gemacht wurde, der eine Verordnung über Eugynon (orales Kontrazeptivum) so unleserlich schrieb, dass der Apotheker Enzynorm (Verdauungsenzyme) entzifferte – mit entsprechenden Folgen für beide. Dieser Typ von Verwechslungen hat sich aufgrund gedruckter Verordnungen verringert. Da Ärztinnen und Ärzte in Praxis und Klinik auch weiterhin mit der oben genannten Problematik konfrontiert sein können, soll an dieser Stelle ebenfalls dazu aufgerufen werden, derartige Verwechslungen oder Beinahe-Verwechslungen an unterstehende Anschrift zu berichten, am besten mit Bild, zumindest aber mit einer genauer Beschreibung.

Quelle: Pharm.Ztg. 2008; 153(43): 131

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus: Rheinisches Ärzteblatt 12/2008

Das Versorgungswerk informiert: Höherversorgung – warum?

(Hessisches Ärzteblatt 12/2008)

Die Vorteile von Höherversorgungsbeiträgen für die Erhöhung der Altersrente und der Berufsunfähigkeitsrente sowie für die Erhöhung der Hinterbliebenenrente als auch die Vorteile bei der steuerlichen Berücksichtigung wurden in dem Artikel anschaulich heraus gestellt.

Nicht heraus gestellt wurde allerdings, dass die Vorteile bezogen auf die Erhöhung der Hinterbliebenenrente nicht für eingetragene Lebenspartnerschaften gelten. Dem hinterbliebenen Lebenspartner bleibt nach aktueller Sachlage ja nicht einmal eine Hinterbliebenenrente, geschweige denn dann eine Erhöhung durch die eingezahlten Mehrbeiträge durch den noch lebenden Partner.

Diese Tatsache findet leider auch in dem „was ist zu beachten“ keine Berücksichtigung.

Grundsätzlich ist es bedauerlich und auch nicht akzeptabel, dass die Landesärztekammer Hessen Lebenspartnerschaften bisher keine Gleichstellung hinsichtlich der Versorgungsansprüche zuerkannt hat.

Das Hessische Ärzteblatt sollte jedoch bei Herausarbeitung der Vorteile durch eingezahlte Mehrbeträge diese Ungleichbehandlung erwähnen. Denn nutzen tut die Höherversorgung lediglich den hinterbliebenen heterosexuellen Ehepartnern, oder dem Hessischen Versorgungswerk, welches bei Todesfall eines ihrer Mitglieder an den hinterbliebenen Lebenspartner keine Beiträge zu entrichten hat und somit am meisten von den eingezahlten Beiträgen profitieren mag. Diese Ungerechtigkeit sollte auch dahin gehend Erwähnung finden, dass die Landesärztekammer Hessen endlich beschließt, dieser Ungleichbehandlung ih-

rer Mitglieder ein Ende zu bereiten, und auch Lebenspartnern eine ihnen zustehende Hinterbliebenenversorgung zukommen lässt.

*Clemens Freudhoefer,
Arzt, MBA HCM, Offenbach*

Kommentar des Versorgungswerkes

Die Ausführungen von Herrn Kollegen Freudhoefer haben wir mit Interesse gelesen und möchten hierzu gerne Folgendes ausführen:

Zunächst einmal nutzt die Höherversorgung in erster Linie dem versicherten Mitglied für seine Altersrente, gegebenenfalls und bei Erfüllung der Voraussetzungen auch für die Berufsunfähigkeitsabsicherung und in zweiter Linie für die Hinterbliebenenrente.

Auch wenn ledige Mitglieder und Mitglieder, die in eingetragenen Lebenspartnerschaften leben, von der Höherversorgung „nur“ für die eigenen Rentenarten profitieren, halten wir auch für diesen Personenkreis die Prüfung einer Höherversicherung im Versorgungswerk für sinnvoll, da sie jedem **Mitglied direkt nutzt** (Altersrente, Berufsunfähigkeitsrente).

Das Versorgungswerk hat das Anliegen aus unseren Mitgliedskreisen, auch für gleichgeschlechtliche Lebenspartner eine Hinterbliebenenabsicherung einzuführen (wie sie z. B. von der Deutschen Rentenversicherung Bund, nicht jedoch von der Beamtenversorgung eingeführt wurde), erkannt.

Bereits zweimal hat der Vorstand des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen der Delegiertenversamm-

lung einen Antrag zur Einführung von Hinterbliebenenrenten für eingetragene Lebenspartnerschaften vorgelegt, zuletzt im März 2008. Die für eine Satzungsänderung notwendige 2/3 Mehrheit der Delegierten wurde jedoch nicht erreicht. Grund für das Abstimmungsverhalten war die Tatsache, dass eine normative Verpflichtung zur Gleichstellung eingetragener Lebenspartnerschaften zum jetzigen Zeitpunkt weder auf europarechtlicher noch bundesrechtlicher Ebene besteht. Ein gegen das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen von einem Arzt angestrebter Rechtsstreit zu dieser Frage endete aufgrund eines richterlichen Hinweises durch Klagerücknahme.

Da der Satzungsgeber jedoch gehalten ist, nach angemessener Zeit zu überprüfen, ob das Satzungswerk noch der „Lebenswirklichkeit“ entspricht, wird der Vorstand des Versorgungswerkes in regelmäßigen Abständen die Voraussetzungen und Möglichkeiten zur Vorlage eines erneuten Antrages zum Thema eingetragene Lebenspartnerschaften an die Delegiertenversammlung prüfen.

Die Willensbildung und Entscheidung der 80 Delegierten als Souverän der hessischen Ärzteschaft bleibt dann erneut abzuwarten. Eine Entscheidung der Delegiertenversammlung, die oberstes Legislativorgan der hessischen Ärzteschaft mit Rechtssetzungsbefugnis ist, ist für das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen uneingeschränkt bindend.

*Vorstand des Versorgungswerkes der
Landesärztekammer Hessen
Dr. med. Brigitte Ende
Vorsitzende des Vorstandes*

Zur Verleihung des Nobelpreises für Physiologie oder Medizin 1908 an Paul Ehrlich

(Hessisches Ärzteblatt“, 2008 Heft 12, S. 755–6)

Der sehr lesenswerte Artikel von Udo Benzendörfer 100 Jahre nach Verleihung des Nobelpreises an Paul Ehrlich enthält eine Fotografie, die den berühmten Gelehrten inmitten eines übervollen Arbeits- und Studierzimmers in seinem Frankfurter Institut zeigt. Bei ihrem Anblick kommen mir einige interessante anekdotische Informationen in Erinnerung, die ich dem Mainzer Pharmakologen Gustav Kuschinsky (1904–92) verdanke:

In Ehrlichs Arbeitszimmer waren alle horizontalen Flächen vollkommen, meist vielschichtig mit Sonderdrucken, Büchern und wissenschaftlichen Journalen bedeckt. Es gab keinen freien Platz auf Schreibtisch, Stühlen oder Sofa. Nur sein eigener Stuhl war noch zu seinem eigentlichen Zweck verfügbar. Wurden prominente auswärtige Wissenschaftler zu

Besuch erwartet, so musste während der ersten Frankfurter Jahre Ehrlichs der Institutsdiener (das gab es einst) alle Papiere vom Sofa nehmen und vorübergehend auf dem Fußboden deponieren, um so für die Gäste Sitzgelegenheiten zu schaffen.

Im Laufe der Jahre wurde das aufgrund der zunehmenden Materialmenge unmöglich. So kam es dann, dass Gespräche und Besprechungen, selbst wenn sie stundenlang dauerten, im Stehen abgehalten werden mussten. Viele prominente Wissenschaftler, so auch der spätere Nobelpreisträger Sir



Henry Dale, der Entdecker des Acetylcholin, waren Teilnehmer an diesen, anscheinend recht effektiven Steh-Runden mit dem eminenten Paul Ehrlich gewesen.

*Professor Dr. med. Gustav G. Belz,
Wiesbaden*

Hessische Homografbank an Uniklinik Gießen gegründet

Bessere Versorgung der Patienten – Klare Abgrenzung der Gewebespende zur Organspende – Sozialministerin Silke Lautenschläger übernimmt Schirmherrschaft

Sozialministerin Silke Lautenschläger hat die Gründung einer Hessischen Homografbank an der Uniklinik Gießen begrüßt und die Schirmherrschaft für diese neue Einrichtung übernommen. „Die Hessische Homografbank wird die Verfügbarkeit von lebenswichtigen Geweben wie Herzklappen und Gefäße für Patienten in Hessen verbessern“, sagte die Ministerin im Dezember 2008 in Gießen. Bisher konnten hessische Kliniken diese Gewebe häufig nur aus den Niederlanden erhalten, was mit einem hohen Transport- und Kostenaufwand verbunden war.

Als zentrale Gewebebank sorgt die hessische Homografbank dafür, dass die von den hessischen Mitbürgerinnen und -bürgern gespendeten Geweben insbesondere diesen zur Verfügung stehen. Die meisten großen hessischen Krankenhäuser haben signalisiert, ihre gewonnenen Herzklappen und Gefäße an die Hessische Homografbank weiterleiten zu wollen. Im Gegenzug werden diese bei der Gewebevergabe besonders berücksichtigt. Die Kooperation mit der gemeinnützigen Deutschen Gesellschaft für Gewebetransplantation (DGFG) sichert dauerhaft den kurzfristigen Zugang zu qualitativ hochwertigen Geweben über die ver-

fügbaren Gewebe der Hessischen Homografbank hinaus. Durch ein einheitliches Qualitätssicherungssystem werden die gesetzlich geforderten hohen Qualitätsstandards effektiv umgesetzt.

Ein weiterer Vorteil der Homografbank, so die Ministerin, sei die klarere Strukturierung des Spendeprozesses von Gewebe. Nach dem 2007 erlassenen Gewebegesetz ist für die Organspende die Deutsche Stiftung Organtransplantation zuständig, für die Gewebespende sind die Krankenhäuser selbst verantwortlich. Lautenschläger: „Die Umsetzung in der Praxis erweist sich aber an einigen Stellen als schwierig und führt bisweilen zu Verunsicherung beim Personal aber auch bei den Angehörigen potentieller Spender“. Die Hessische Homografbank kann nun interessierten Kliniken eine Kooperation anbieten, bei der diese die Koordination der Gewebeentnahme übernimmt und damit einen standardisierten Ablauf gewährleistet. Lautenschläger forderte alle Kliniken mit Organspendern auf, dieses Angebot wahrzunehmen, um die Organ- und Gewebespende auch in Zukunft sicherzustellen.

Hessisches Sozialministerium

„Der Gesundheitsfonds wird die Bundestagswahlen nicht überleben“, sagt Karl Lauterbach

Siegfried Kalinski

Wir leben mit der neuen Gesundheitsreform, inzwischen schon etwa einen Monat lang, und eins kann man bisher feststellen: Leichter oder besser ist es nicht geworden. Weder für die Patienten, noch für die Ärzte, und auch – wer hätte das geglaubt – nicht für die Krankenkassen.

Für die Patienten nicht, denn für sie ist der Kassenbeitrag in der Regel teurer, die Leistungen sind aber nicht besser, in der Regel eher schlechter geworden, und dazu ist noch der Wirrwarr mit all den Zusatztarifen gekommen, bei denen die Versicherten, falls sie überhaupt durchblicken, sowieso nicht sicher sind, ob diese neuen Zusatztarife auch das halten werden, was sie versprechen.

Die Ärzte wurden nicht geschont

Die Ärzte wiederum sind grenzenlos enttäuscht, weil weder ihre Erwartungen an die sogenannte Honorarerhöhung, die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt zugesagt hatte, sondern auch die Versprechungen der KBV nicht erfüllt wurden. Dazu ist ein Unmaß an Neuem gekommen. Die Bürokratie mit noch viel mehr neuen Verordnungen und Regelungen, die neue Gebührenordnung, die Regelleistungsverordnungen (RLV) mit all ihren unterschiedlichen Höhen, sowie insbesondere der neue ärztliche „wirtschaftliche Kompass“: War früher – selbst wenn das manchmal ein bisschen merkwürdig geklungen haben mag – der „gesunde Patient“ das Optimum sowohl im ambulanten Bereich als auch für den stationären Sektor, so haben mit der neuen Gesundheitsreform nur kranke Versicherte ökonomischen Wert für die Praxis und für das Krankenhaus. Wobei das „kranke Versicherte“ nicht generell gilt: Die Krankenkassen neigen offenbar zum Perfektionismus und haben sich auf eine „Hitliste“ von 80 ganz bestimmten Krankheiten verständigt, deren Behandlung jetzt höher honoriert wird.

Patienten kann und darf man nicht standardisieren

Vor zweihundert Jahren wurde Charles Robert Darwin geboren, die UNESCO hat

deshalb das Jahr 2009 zum Darwinjahr erklärt. Möglicherweise aber haben die Schöpfer der Gesundheitsreform in Hinblick auf dieses Jahr Darwins Evolutionstheorie nicht ganz richtig interpretiert. Die Menschen sind keineswegs standardisiert und man kann sie nicht wie Maschinen, sondern nur individuell, jeden einzelnen für sich, behandeln.

Diese Standardisierung hat einige Krankenkassen auf die glorreiche Idee gebracht, Ärzte aufzufordern, ihre Diagnosen, sagen wir es höflich, zu „korrigieren“, um mehr Geld aus dem Risikostrukturausgleich zuteilt zu bekommen. Der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, hat in einem Zeitungsinterview schwere Vorwürfe gegen einige Krankenkassen erhoben, weil sie „sogenannte Berater in die Praxen schickten und die Ärzte bedrängten, die Diagnosen nach dieser Hitliste zu erstellen.“ Ergänzend sagte Hoppe: „Da wird sogar mit Geld gewunken. Wir haben Angst, dass Ärzte korrumpierbar werden.“

Die Kontrollinstanz reagierte prompt. Das Bundesversicherungsamt hat den Krankenkassen in einem aktuellen Rundschreiben untersagt, niedergelassene Ärzte zur Überprüfung, beziehungsweise Änderung einzelner Diagnosen aufzufordern. Das sei schlichtweg „unzulässig“.

Die Krankenkassen stecken in einem Dilemma

Diese Geschichte illustriert jedoch genau das Dilemma vieler Krankenkassen. Bereits für das zweite Halbjahr 2009 erwartet man, dass das Geld des Gesundheitsfonds nicht mehr ausreichen wird. Das wird viele Krankenkassen zu unangenehmen Entscheidungen zwingen: Zu Beitragserhöhungen, die allerdings nicht in beliebiger Höhe durchsetzbar sind und, falls das nicht reicht, entweder mit anderen Kassen zu fusionieren oder sich aufzulösen. Auch aus diesem Grund forderte schon gleich zu Beginn des Jahres Herbert Reischelt, der Vorsitzende des Bundesverbandes der

Allgemeinen Ortskrankenkassen, sofortige gesetzliche Ausgabenbegrenzungen.

Ganz entgegengesetzt äußerte sich der Chef der Techniker Kasse, Professor Norbert Klusen, der der Nachrichtenagentur ddp

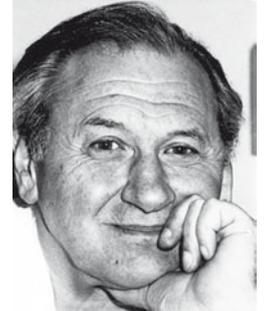
in Hamburg erklärte: „Wir brauchen eine neue Gesundheitsreform“, und der dabei für mehr Wettbewerb und die Abkehr von staatlichen Preisfestsetzungen plädierte. Auch der ehemalige Sozial- und Gesundheitsminister Norbert Blüm prophezeite in einem Gastbeitrag in der „Zeit“, dass „die Gesundheitsreform nicht lange Bestand haben werde“. Diese Prophezeiung könnte sich wahrscheinlich besser und treffender als sein „die Renten sind sicher“ bewahrheiten ...

Der Gesundheitsfonds wird die nächste Bundestagswahl nicht überleben

Völlig paradox klingt es allerdings, wenn auch Karl Lauterbach ins gleiche Horn stößt, als er einer hessischen Zeitung offenbarte: „Ich glaube, dass der Gesundheitsfonds die nächste Bundestagswahl nicht überleben wird.“ Wie das? Wie kommt der Gesundheitsexperte zu diesem Meinungswechsel? Zuerst bricht er eine Lanze nach der nächsten für den Gesundheitsfonds – und jetzt läutet er selbst dessen Begräbnis ein? Doch er wäre nicht der Wendehals, der er ist, wenn er nicht auch gleich einen Ersatz parat hätte: „Die SPD wird für die Bürgerversicherung kämpfen ...“

Heinrich Heine sagte über die deutsche Mentalität: „Die Deutschen haben die merkwürdige Gewohnheit, dass sie bei allem, was sie tun, sich auch etwas denken.“

Manchmal übertrifft die Wirklichkeit da sogar noch die Ironie von Heine.



Alles nur Karneval! Klaus Britting

Als der Regierungssprecher in einem Nebensatz trocken mitteilte, die Regierung habe beschlossen, die letzte Karnevalswoche ausfallen zu lassen, war niemand mehr so richtig überrascht. Schließlich kann man den Banken nicht hohe Milliardenbeträge zuschieben und dem Volk die Narrenkappe aufsetzen und ihm zumuten, lustig mitzusingen „Wer soll das bezahlen, wer hat soviel Geld“. Kein Rosenmontag, kein Faschingsdienstag! Das gesparte Geld soll lieber Bedürftigen gespendet werden: Automobilarbeitern, Investmentbankern und Hundebesitzern. Ja, Hundebesitzern! Schließlich helfen sie mit stark gestiegenen Gebühren auch zur Errichtung von Kita-Plätzen. Es ist aber bedauerlicherweise keineswegs so, dass der Hund weniger frisst, um sein Jahresbudget nicht zu überschreiten. Füttert man ihn zu wenig, wird er aggressiv. Gibt man ihm aber ständig mehr, verhält er sich wie der Staat. Je mehr er bekommt, umso gieriger wird er. Die Regierenden haben allerdings das Glück, sich auf die Vermögenden und deren kindliches Vertrauen zu Staatsanleihen verlassen zu können. Die Rückzahlung ... nun ja, man muss jetzt nicht kleinlich zu rechnen beginnen. Schließlich gilt es, das Land zu retten!

Kleinlich rechnen musste man hingegen im Winterschlussverkauf. Fünf Paar Herrensocken zu 2,99 Euro sind nun wirklich nicht günstig, wenn die Konkurrenz für zwölf Paar nur 5,99 nimmt. Wer allerdings nicht gut rechnen konnte, sitzt nun auf zwei Gefriertruhen. Die kosteten nämlich nur 499 Euro statt 249 für eine einzige. Dem Angebot eines Kaufhauses konnten wir allerdings nicht widerstehen: Eine Damen-Lammfelljacke, ein elektrischer Rührmixstab, zwei Hocker aus javanischem Hanfgeflecht, ein Trekking-Rucksack, ein Blutdruckmessgerät, eine CD mit Aufnahmen von Maria Callas, ein Laptop für Kinder, sechs Herrentaschentücher, ein Rasenmäher und dazu noch eine Karnevalsmaske aus Venedig. Alles für nur 399 Euro! Der Andrang war so stark, dass sich einige der Wartenden nachts in Zelten vor dem Kaufhaus Erfrierungen holten.

An der Kasse entstand vor uns noch eine handgreifliche Auseinandersetzung zwischen einer Altstudentin und einer Frau in den besten Jahren, weil beide nicht einen grünen, sondern den roten Rasenmäher wollten, den es nur noch einmal gab. Wir warteten besonnen ab, bis die Sanitäter beide hinausgetragen hatten. Als wir endlich dran kamen, war die Callas-CD leider schon vergriffen. Wir mussten die Wildecker Herzbuben nehmen, die wir später bei einem anderen Kunden gegen dessen sechs Herrentaschentücher tauschten. Insgesamt ein vorteilhaftes Geschäft, selbst wenn man bedenkt, dass wir für den Rasenmäher keine Verwendung haben und meine Frau bereits drei Lammfelljacken besitzt. Denn den Rasenmäher tauschten wir in der folgenden Woche gegen einen eleganten Fahrrad-Anhängewagen für unsere Jagdterrierhündin, und die Damenfelljacke überließen wir einer angehenden Physiotherapeutin gegen zehn Rückenmassagen. Man muss nur mit den Leuten reden!

Reden wollten auch die Banken mit ihren Kunden über das Thema Abgeltungssteuer. Schließlich ließ sich durch geschickte Beratung bestimmt erreichen, dass viele ihre Depots „umschichteten“, also Aktien kauften. Das wiederum hätte schöne Provisionen bei Verkäufen und Neukäufen ergeben und dazu die Kurse nach oben getrieben, was ja auch den Bankbilanzen gut getan hätte. Doch die meisten Kunden haben das Spiel durchschaut und sind im alten Jahr nicht mehr in den Aktienmarkt eingestiegen. Es wird in diesem Jahr nämlich noch alles viel billiger. Und der Gewinn lag noch nie in der Steuerersparnis, sondern im günstigen Einkauf. Das weiß schon jeder angehende Jungkaufmann. Übrigens: Die Karnevalsmaske aus Venedig hat sich rasch aufgelöst, als sie mit Sekt in Berührung kam. Ich las dann: *Made in China*. Man sieht, alles nur Karneval!

Anschrift des Verfassers

Klaus Britting
Treenestraße 71
24896 Treia
Telefon 04626 189988



Die Eule

Minervas Vogel einst, flog sie zur Dämmerstunde und trug die Götterbotschaft durch die Nacht. Dann herrschte Morpheus schon im Erdenrunde, doch die Propheten haben treu gewacht.

Heut sendet niemand mehr auf ihren Schwingen geheimes Wissen in die laute Welt. Die Fluren stehn entgöttert, selbst die Spähren singen ihr Lied nicht dort, so die Sirene gelte.

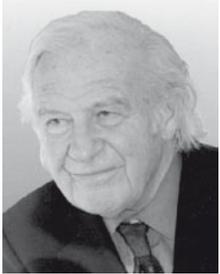
Wer denkt denn noch? Computer Zahlenhirne regieren uns. Die Technik droht. Ein Eulenschrei treibt höchstens Angstschweiß auf die Stirne, weil alle denken, er bedeutet Tod.

Was weiß man noch von ihr? Man weiß, sie jagt nach Mäusen, zuweilen auch nach kleinem Waldgetier und ist beileibe kein Symbol. Selbst unsre Weisen, wenn man sie fragt, sie halten nichts von ihr.

Professor Dr. med. Wilhelm Theopold

Ehrungen

Ehemaliger DGIM-Vorsitzender ausgezeichnet – Professor Hanns-Gottard Lasch für Lebensleistung geehrt



Der Fachbereich Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen würdigt Professor em. Dr. med. Dr. h.c. mult. Hanns-Gottard Lasch mit der Ehrenmedaille für

sein Lebenswerk. Der ehemalige Vorsitzende und Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) gilt mit der Auszeichnung einmal mehr als herausragende Persönlichkeit der Gießener Hochschulmedizin.

Die Gießener Ehrenmedaille verlieh der Fachbereich Medizin im Rahmen seiner diesjährigen Promotionsfeier am 11. Dezember 2008 in der Aula der Universität. Die Laudatio hielt der ehemalige Lasch-Schüler

Professor Dr. med. Werner Seeger, Gießen. Dieser bescheinigte seinem Ziehvater eine Aura der Außergewöhnlichkeit. Er betonte unter anderem, dass dessen Name für immer untrennbar mit der Blutgerinnungsforschung verbunden sei. Der Fachbereich Medizin der Universität Gießen stiftet die Medaille in diesem Jahr zum zweiten Mal. Der Fachbereich hat diese Ehrung im Jahr 2007 anlässlich seines 400-jährigen Bestehens ins Leben gerufen.



(Bild pop)

Dr. med. Margarete Peters, Liederbach, ehemalige Leiterin des Frankfurter Stadtgesundheitsamtes wurde im Rahmen einer Feierstunde anlässlich des 50-jährigen Bestehens der

HAGE (Hessische Arbeitsgemeinschaft

für Gesundheitserziehung e.V.) die Bernhard-Christoph-Faust Medaille für ihre hervorragenden Verdienste um die Gesundheitsförderung der hessischen Bevölkerung verliehen. Die Auszeichnung nahm Gerd Krämer, Staatssekretär im Hessischen Sozialministerium, vor.



Dr. med. Christa Baudisch-Goltermann, Dietzenbach-Steinburg, wurde im Rahmen einer Sitzung des Ausschusses Hilfsfonds für ihr herausragendes Enga-

gement für die Ärzteschaft mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen ausgezeichnet. Die Plakette wurde von Dr. med. Ursula Stüwe, ehemalige Präsidentin der Landesärztekammer Hessen, überreicht.

Personalia

Hans Geiger tödlich verunglückt

Hans Geiger, Mitglied des Vorstandes der Deutschen Ärzteversicherung AG, der Deutschen Ärzte-Versicherung Allgemeine Versicherungs-AG und der Deutschen Ärzte Finanz Beratungs- und Vermittlungs-AG, ist am 6. Dezember im Alter von 58 Jahren tödlich verunglückt.

Hans Geiger war seit 1976 bei der Deutschen Ärzteversicherung tätig. Dem Vorstand gehörte er seit 2001 an und war verantwortlich für Marketing und Produktpolitik, für die Kooperationen mit Berufsverbänden und Körperschaften wie auch für die Versorgungswerke.

Die Deutsche Ärzteversicherung, so wie sie heute ist, wäre ohne Hans Geiger nicht denkbar. Sein unternehmerisches Credo war stets die Vernetzung der Ärzte- und

Zahnärzteschaft mit den berufsständischen Organisationen und Wirtschaftsunternehmen im Sinne eines Heilberufverbundes. Für sein unermüdliches Engagement im Gesundheitswesen wurde Geiger mit den höchsten Auszeichnungen der Standesorganisationen geehrt.

Seiner exzellenten Sach- und Fachkenntnis, Zielstrebigkeit, Ausdauer und Teamfähigkeit ist der Auf- und Ausbau der Deutschen Ärzteversicherung zu einem der marktführenden Versicherer und Finanzdienstleister im Heilberufemarkt in Deutschland zu verdanken. Ein markanter Meilenstein seines beruflichen Erfolges war die Gründung der Deutschen Ärzteversicherung als eigenständige Versicherungsgesellschaft im Jahr 1996. Auch

ehrenamtlich hat sich Hans Geiger für die Ärzteschaft engagiert und verdient gemacht. Mit Freude und Elan hat er im Jahr 2006 die Geschäftsführung des renommierten Hufeland-Preises der Deutschen Ärzteversicherung als Ehrenamt übernommen.

Mit Hans Geiger verliert die Deutsche Ärzteversicherung eine herausragende Führungspersönlichkeit, die den Erfolg der Deutschen Ärzteversicherung und ihre Unternehmenskultur geprägt hat.



Deutsche Ärzteversicherung

Landesärztekammer Hessen

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. Lisette Strnad, Griesheim, am 23. März.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Gertrud Tent, Marburg, am 12. März.

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Silke Ruhl, tätig bei Dr. med. H.-J. Hobeck, Dr. med. R. Helmer und K. Kersberg, Fulda

Patricia Wesch, tätig bei Dr. med. K. Vivell, Kassel

Kathrin Kasparek, tätig bei A. Nickel, Hanau

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

Gabi Hinlang, seit 15 Jahren tätig bei Dr. med. N. Brückner, Heppenheim

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

Zum **25-jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir der Arzthelferin

Heidi Mühl, tätig bei Dr.-medic/UMF Iasi M. Lazar, vormals Praxis Dr. med. H. Eisold, Erbach

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

Silvia Schupp, tätig in der Gemeinschaftspraxis Dr. med. O. Bresler, Dr. med. A. Schütz, Bischofsheim, vormals in verschiedenen Praxen tätig

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

Nur noch fünf Monate bis zur Nachweisfrist der Fortbildungsaktivitäten!

Am 30. Juni 2009 läuft die Nachweisfrist für die Fortbildungsaktivitäten der meisten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aus. Alle Ärztinnen und Ärzte, die den Nachweis mit dem Kammer-Zertifikat erbringen wollen, mögen, bitte, ihre Teilnahmebescheinigungen sofort bei der Landesärztekammer Hessen einreichen, denn die Bearbeitungszeit kann mehrere Wochen betragen. Nach Übertragung der Punkte kann das Kammer-Zertifikat über das Online-Portal beantragt werden.

LÄK

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Eberhard Baumbauer, Wiesbaden

* 13.8.1940 † 22.11.2008

Dr. med. Hans-Dieter Hermann Beckert, Neckarsteinach

* 9.1.1953 † 29.4.2008

Dr. med. Frank Dietrich, Hochheim

* 3.5.1942 † 28.10.2008

Dr. med. Hassan Feriduni, Driedorf

* 29.7.1932 † 12.11.2008

Dr. med. Gotthold Franz Gaida, Flörsheim

* 12.2.1936 † 28.11.2008

Professor Dr. med. Max Giebel, Kassel

* 14.12.1918 † 3.9.2008

Dr. med. Friedegard Hermann, Marburg

* 4.2.1945 † 20.8.2008

Dr. med. Abdul Khador Abdul-Hassan, Witzenhausen

* 1.7.1945 † 21.11.2008

Dr. med. Holger Klein, Bad Nauheim

* 21.8.1941 † 20.11.2008

Professor Dr. med. Kristian Lüders, Bad Soden

* 8.4.1933 † 25.11.2008

Hilmar Freiherr von Massenbach, Marburg

* 16.4.1945 † 8.11.2008

Dr. med. Harald Saame, Königstein

* 21.6.1920 † 24.11.2008

Marianne Wehrheim, Witzenhausen

* 5.5.1920 † 12.7.2008

Dr. med. Herbert Winter, Lampertheim

* 15.2.1916 † 25.8.2007

Die Rechtsabteilung informiert: Gewerbliche Ernährungsberatung in Arztpraxen

Auch nach dem kürzlich ergangenen Urteil des Bundesgerichtshofs ist entgegen der überwiegenden Darstellung in den Medien die gewerbliche Ernährungsberatung in Arztpraxen **nicht unbeschränkt zulässig** (BGH, Urteil vom 29. Mai 2008, Az. I ZR 75/05). Der BGH stellt in seinem Urteil vielmehr äußerst strenge Voraussetzungen auf, unter denen eine gewerbliche Ernährungsberatung auch in Arztpraxen vorgenommen werden kann.

Ein Arzt, der in den Räumen seiner Praxis eine gewerbliche Ernährungsberatung anbietet, handelt danach nur dann nicht berufsrechts- und wettbewerbswidrig, wenn er diese Tätigkeit von seiner freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit in

- zeitlicher,
- organisatorischer,
- wirtschaftlicher und
- rechtlicher Hinsicht

getrennt hält. Wichtig ist in jedem Fall, dass der Patient nicht den Eindruck vermittelt bekommt, der Arzt richte sein Verhalten primär nicht mehr an den gesundheitlichen Interessen des Patienten aus, sondern an ökonomischen Erfolgskriterien. Daher gilt auch weiterhin, dass immer das Berufsbild des Arztes als freier und von kommerziellen Interessen weitestgehend unabhängiger Beruf im Vordergrund stehen muss. Eine gewerbliche Ernährungsberatung in der Arztpraxis ist daher **nur in den sprechstundenfreien Zeiten** und unter Beachtung der genannten Voraussetzungen zulässig. Die Person, die in der Praxis die gewerbliche Ernährungsberatung zu sprechstundenfreien Zeiten vornimmt, ist nicht befugt, gleichzeitig die Heilkunde am Menschen auszuüben, auch wenn es sich hierbei um einen Arzt handelt.

Bei Fragen zu diesem Urteil steht Ihnen die Rechtsabteilung der Landesärztekammer Hessen gerne zur Verfügung.

LÄKH

Fortbildungslehrgang „Palliativmedizinische Versorgung durch die ärztliche Praxis“

Erste Teilnehmerinnen erhielten Zertifikate



Vlnr: Prof. Dr. Alexandra Henneberg, Jutta Wilhelmi, Dr. Elisabeth Lohmann, Alexandra Croll, Carina Vallbracht, Walburga Graubert, vorne: Annerose Peck

Bild: kel

In diesem Jahr startete in Bad Nauheim der Fortbildungslehrgang „Palliativmedizinische Versorgung durch die ärztliche Praxis“ im neuen Modul- und Bausteinsystem der Carl-Oelemann-Schule. Bereits am 6. Dezember 2008 beendeten vier der Teilnehmerinnen den Lehrgang erfolgreich. Professor Dr. med. Alexandra Henneberg, Dr. Elisabeth Lohmann und Walburga Graubert führten die Lernerfolgskontrolle durch und überreichten die Zertifikate für den erfolgreichen Abschluss. Die Prüfer zeigten sich beeindruckt vom Wissensstand der Prüflinge, den sie mit Anfertigung einer Hausarbeit und in einem qualifizierten Abschlussgespräch unter Beweis stellten.

Zwei der Absolventinnen hatten im Vorfeld bereits erfolgreich die Fortbildung „Onkologie“ für Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte absolviert und konnten sich deshalb einzelne Module für die Fortbildung anrechnen lassen. Neben der Anrechenbarkeit einzelner Module in anderen Fortbildungen bietet die Modularisierung den Fortbildungsinteressierten eine flexible und individuelle Planung.

Gabriele Brüderle-Müller



Herzlich willkommen im Fortbildungszentrum in Bad Nauheim...

... sind alle Gäste, die ihren Kongress oder ihre Tagung in einem angenehmen Ambiente und mit der neuesten Medientechnik erleben wollen. Die gelungene Mischung aus Funktionalität und Ästhetik des neuen Hauses mit dem Blick in den Laubwald überzeugen ebenso wie die vielen Erholungsangebote der beliebten Kurstadt und die verkehrsgünstige Lage des Rhein-Main-Gebietes. Gerne unterstützen wir Ihre professionellen Veranstaltungen.

20 Tageslichträume für über 1.000 Gäste • modernste Tagungstechnik mit TED, Videolivekonferenzen usw. • 4 EDV-Schulungsräume • 1.000 qm Ausstellungsfläche • 400 qm Freifläche • 260 eigene kostenlose Parkplätze • 8 km zur Autobahn • 1 min zum Stadtbus • 1,5 km zum Bahnhof • 42km zum Frankfurter Flughafen • 37 km zur Frankfurter Messe • Tagungspauschalen ab 25 €

Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Carl-Oelemann-Weg 5 • D-61231 Bad Nauheim, Fon: + 49 60 32 7820 • 0180call: 01803-Bildung • Fax: + 49 6032 782250 info@fortbildungszentrum-aerzte.de • www.fortbildungszentrum-aerzte.de

Landesärztekammer Hessen



Voraussetzungen für die vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung

Nachfolgend haben wir die **Voraussetzungen für die vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung** in Verbindung mit den neuen Prüfungsterminen dargestellt.

Über die vorzeitige Zulassung erhält der Auszubildende Gelegenheit, an der Abschlussprüfung teilzunehmen, die seiner regulären Abschlussprüfung **unmittelbar** vorausgeht. Die Zulassung erfolgt nur, wenn seine Leistungen während der **gesamten Ausbildungszeit** dies rechtfertigen.

In der Prüfungsordnung vom 12. Dezember 2006 wurden neue Zulassungsvoraussetzungen festgelegt:

Die Zulassung zur Abschlussprüfung vor Ablauf der Ausbildungszeit ist gerechtfertigt,

wenn die Leistungen des Auszubildenden während der Ausbildungszeit		
in den Lerngebieten des berufsbezogenen Unterrichts der Berufsschule – mit mindestens 2,0 und	von dem Auszubildenden – im Durchschnitt mit mindestens „gut“ beurteilt werden und	wenn die Leistungen in der Zwischenprüfung – im Durchschnitt der fünf Prüfungsbereiche mindestens befriedigende Ergebnisse erbracht haben.

Die neuen Voraussetzungen gelten erst für Auszubildende, die ihre Ausbildung ab 1. August 2007 begonnen haben.

Erhebliche **Fehlzeiten** in Ausbildungspraxis und Berufsschule können auch einer Prüfungszulassung entgegenstehen. Nach § 43 Berufsbildungsgesetz, der die Zulassungsvoraussetzungen festlegt, ist die Zulassung zur Abschlussprüfung u. a. nur möglich, wenn die Ausbildungszeit zurückgelegt wurde. Zum Ausfüllen dieses unbestimmten Rechtsbegriffs hat die Landesärztekammer Hessen folgende Verwaltungsrichtlinie erlassen:

Fehlzeiten-Regelung

(1) Die Ausbildungszeit ist (im Hinblick auf § 43 Abs. 1 Ziff. 1 BBiG) auch zurückgelegt bei Unterbrechungen durch

1. Urlaub bis zur Dauer von sechs Wochen pro Ausbildungsjahr,
2. Krankheit oder andere Gründe bis zur Gesamtdauer von **90 Werktagen** (außer Sonn- und Feiertagen), bei vorzeitiger Teilnahme an der Abschlussprüfung gemäß § 9 Abs. 1 Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf Arzthelfer/in bis zu höchstens **75 Werktagen**, bei verkürzter Ausbildungszeit gemäß § 8 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz bis zu höchstens **75 Werktagen** bei halbjähriger Verkürzung und **60 Werktagen** bei einjähriger Verkürzung,
3. Inanspruchnahme der Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz,
4. Fehlzeiten in der Berufsschule bis zu **30 Berufsschultagen**.

(2) Auf Antrag können auch darüber hinausgehende Fehlzeiten berücksichtigt werden, soweit Umstände vorliegen, deren Nichtberücksichtigung eine besondere Härte bedeuten würde und zur Erreichung des Ausbildungsziels keine Verlängerung der Ausbildungszeit erforderlich ist (Einzelfallentscheidung).

Sofern die in Ziffer 2 und 4 angegebenen Fehltage überschritten wurden (wobei die 30 Fehltage in der Schule in den 90/75/60 Werktagen enthalten sind), erfolgt eine Einzelfallprüfung. Ausschlaggebend für eine Zulassung sind begründete Fehlzeiten und Leistungen, die eine Zulassung rechtfertigen.

Falls eine Zulassung nicht erfolgen kann, wird seitens der Landesärztekammer Hessen eine Verlängerung entsprechend der Fehlzeiten empfohlen. Die Verlängerung muss vom Auszubildenden beantragt werden und bedarf der Genehmigung der Landesärztekammer Hessen. Der auszubildende Arzt erhält Gelegenheit, zur Verlängerung Stellung zu nehmen.

Auch Auszubildende mit bereits verkürzter Ausbildungszeit können die Abschlussprüfung vorzeitig ablegen. Es müssen aber mindestens 18 volle Ausbildungsmonate absolviert werden.

Wir bieten folgende Prüfungstermine an:

Sommerprüfung 2009

Schriftlicher Prüfungsteil: Mittwoch, den 6. Mai 2009
Praktischer Prüfungsteil: 2. Juni bis 18. Juli 2009

Winterprüfung 2009/2010

Schriftlicher Prüfungsteil: Mittwoch, den 13. Januar 2010
Praktischer Prüfungsteil: 9. Februar bis 19. März 2010

Die Anmeldefristen liegen jeweils zwei bis drei Monate vor dem Termin der schriftlichen Prüfung.

Weitere Fragen beantworten wir und die Mitarbeiter/innen der zuständigen Bezirksärztekammer.

Landesärztekammer Hessen

Ausbildungswesen: Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte

Haushaltsvoranschlag 2009

Der von der Delegiertenversammlung am 22. November 2008 beschlossene Haushaltsvoranschlag 2009 (mit Anlagen) liegt gemäß § 1 Abs. 15 der Haushalts- und Kassenordnung vom 3. Dezember 2003 in der Zeit **vom 9. bis 20. Februar 2009** im Verwaltungsgebäude in Frankfurt/Main, Im Vogelsongesang 3, Zimmer des Kaufmännischen Geschäftsführers, während der allgemeinen Dienststunden (montags bis mittwochs von 9:00 bis 12:00 Uhr und 14:00 bis 15:30 Uhr, donnerstags von 9:00 bis 12:00 Uhr und 14:00 bis 18:00 Uhr sowie freitags von 9:00 bis 12:00 Uhr) für alle Kammermitglieder zur Einsichtnahme aus.

Frankfurt/Main, 18. Dezember 2008
gez. Dr. G. von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –

Verlust von Arztausweisen

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

Arztausweis Nr. HS-K 9670, ausgestellt am 27. 6. 2007, für Aida Abedini Zamhariri, Kassel,

Arztausweis (ohne Angaben), für Anita Klar, Babenhausen,

Arztausweis Nr. HS-F-11251, ausgestellt am 19. 2. 2003, für Dr. med. Harald Knigge, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS-F-14059, ausgestellt am 21. 2. 2007, für Raphaela Marinho Leitao da Cunha, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS-F-15336, ausgestellt am 22. 9. 2008, für Dr. med. Michael Wodniok, Bad Soden.

Wichtige Mitteilung für alle Mitglieder des Versorgungswerkes

Beiträge ab 1. Januar 2009

Gemäß §13 der Versorgungsordnung richten sich die monatlichen Pflichtbeiträge zum Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen nach den jeweils geltenden Bestimmungen des §161 Abs. 1 und 2 SGB VI (Sozialgesetzbuch VI). Der Beitragssatz **zur gesetzlichen Rentenversicherung und damit gleichlautend** zum Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen beträgt vom 1. Januar 2009 an 19,9% des monatlichen sozialversicherungspflichtigen Einkommens, soweit dieses die Beitragsbemessungsgrenze von 5.400,00 € monatlich (alte Bundesländer) bzw. 4.550,00 € monatlich (neue Bundesländer) nicht überschreitet.

Ab 1. Januar 2009

betragen daher die monatlichen Pflichtbeiträge zum Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen:

- für angestellte Ärzte, die von der Versicherungspflicht gemäß §6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI befreit sind:
19,9% der maßgebenden Bruttobezüge,
höchstens monatlich
alte Bundesländer 1.074,60 €
neue Bundesländer 905,45 €
- für angestellte Ärzte, die keinen Befreiungsantrag von der Versicherungspflicht gemäß §6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI gestellt haben und eine Beitragsermäßigung gemäß §9 Abs. 3 der Satzung des Versorgungswerkes erhalten haben:
9,95% der maßgebenden Bruttobezüge,
höchstens monatlich
alte Bundesländer 537,30 €
neue Bundesländer 452,73 €

- für in Hessen niedergelassene Ärzte mit rechtskräftiger Zulassung nach §18 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (früher RVO-Kassenpraxis):
monatlich 537,30 €
- für niedergelassene Ärzte – soweit sie nicht unter Punkt 3 fallen – und Sonstige:
monatlich
alte Bundesländer 1.074,60 €
neue Bundesländer 905,45 €
- für niedergelassene Ärzte in Hessen ohne Vertragsarztzulassung nach §18 der Zulassungsverordnung und niedergelassene Ärzte außerhalb Hessens gilt:
monatlich
alte Bundesländer 1.074,60 €
neue Bundesländer 905,45 €
- für alle Ärzte, die den Mindestbeitrag nach §13 der Versorgungsordnung entrichten gilt:
monatlich
alte Bundesländer 107,46 €
neue Bundesländer 90,55 €

Für die Überweisung des für Sie zutreffenden neuen, monatlichen Beitrages laut Ziffern 1–6 bitten wir, Sorge zu tragen.

Höherversorgung:

Der Höchstbeitrag (Pflichtbeitrag und Höherversorgung) zum Versorgungswerk beträgt ab 1. Januar 2009:

monatlich	
alte Bundesländer	2.149,20 €
neue Bundesländer	1.810,90 €

Die Vornahme einer Höherversorgung ist bis zu dieser Grenze auf schriftlichen Antrag, aber nicht rückwirkend möglich.

Darmkrebsmonat März 2009 in Frankfurt

Mit 70.000 Neuerkrankungen und über 30.000 Todesfällen pro Jahr ist Darmkrebs die zweithäufigste Todesursache bei bösartigen Tumoren in Deutschland. Fast immer entsteht Darmkrebs jedoch aus gutartigen Wucherungen, die sich erst im Laufe von Jahren entwickeln. Vorsorgeuntersuchungen bieten derzeit den besten Schutz, denn früh erkannt, ist Darmkrebs heilbar.

Mit der Aktion „Frankfurt gegen Darmkrebs“ möchte das Stadtgesundheitsamt gemeinsam mit den Frankfurter Kliniken, niedergelassenen Ärzten, der Selbsthilfe sowie der Hessischen Krebsgesellschaft die Bevölkerung aufklären und insbesondere davon überzeugen, Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen.

Vom 3. bis 18. März 2009 werden die Kooperationspartner an verschiedenen Veranstaltungstagen mit einem umfangreichen Angebot an Vorträgen und aktuellen Informationen über die Vorsorge von Darmkrebs, endoskopische, chirurgische und onkologische Therapie sowie Rehabilitation aufklären. Vorträge und Informationsstände finden Sie an allen Veranstaltungsorten. Schirmherrin der Veranstaltung ist die Oberbürgermeisterin Petra Roth.

Weitere Informationen unter www.gesundheitsamt.stadt-frankfurt.de.

Programm

Termin	Veranstaltungsort
3. März 2009 17:00 – 18:30 Uhr	Krankenhaus Sachsenhausen, Multifunktionsraum Schulstraße 31, Frankfurt am Main
4. März 2009 16:30 – 18:00 Uhr	Bethanien-Krankenhaus, Mediocenter, 3. OG Im Prüfling 21–25, Frankfurt am Main
4. März 2009 16:00 Uhr	Städtische Kliniken Frankfurt-Höchst Gemeinschaftsraum, 2.OG Gotenstraße 6–8, Frankfurt am Main
4. März 2009 17:30 – 19:00 Uhr	Bürgerhospital Frankfurt am Main e. V., Kapelle, 1. OG Nibelungenallee 37–41, Frankfurt am Main
5. März 2009 17:00 – 19:00 Uhr	Universtitätsklinik, Haus 11, EG Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt am Main
10. März 2009 18:00 Uhr	St. Marienkrankenhaus, Hörsaal Richard-Wagner-Straße 14, Frankfurt am Main
11. März 2009 18:00 – 20:00 Uhr	Frankfurter Rotkreuz Krankenhäuser e. V. Vortragssaal, 5. Stock Königswarter Straße 16, Frankfurt am Main
12. März 2009 17:30 – 20:00 Uhr	Krankenhaus Nordwest GmbH, Kommunikationszentrum Steinbacher Hohl 2–26, Frankfurt am Main
17. März 2009 18:00 – 19:30 Uhr	Markus-Krankenhaus, Aula des Markus-Krankenhauses Wilhelm-Epstein-Straße 4, Frankfurt am Main
18. März 2009 17:00 – 18:30 Uhr	Sankt Katharinen Krankenhaus GmbH, Hörsaal, 5.OG Seckbacher Landstraße 65, Frankfurt am Main

Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen hat am 3. Dezember 2008 folgende Beschlüsse gefasst:

- I. Es wird festgestellt, dass im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen nunmehr auch in den nachfolgend genannten Planungsbereichen und Fachgruppen eine Überversorgung (ÜV) gemäß § 101 SGB V in Verbindung mit § 103 Abs. 1 SGB V vorliegt:

Offenbach-Stadt	Hausärzte	ÜV
Wiesbaden-Stadt	Hausärzte	ÜV
Landkreis Darmstadt-Dieburg	Frauenärzte	ÜV
Landkreis Darmstadt-Dieburg	Nervenärzte	ÜV
Landkreis Groß-Gerau	Frauenärzte	ÜV
Landkreis Groß-Gerau	Hautärzte	ÜV
Odenwaldkreis	Urologen	ÜV
Landkreis Gießen	Hausärzte	ÜV
Landkreis Limburg-Weilburg	Hausärzte	ÜV
Landkreis Kassel	Nervenärzte	ÜV
Schwalm-Eder-Kreis	Augenärzte	ÜV

- II. In Anwendung des § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 16 b Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) werden für die mit „ÜV“ gekennzeichneten Planungsbereiche und Fachgruppen Zulassungsbeschränkungen angeordnet.

- III. Bei den nachfolgend genannten Planungsbereichen und Fachgruppen wird die Zulassungsbeschränkung gemäß § 103 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 23 der Bedarfsplanungsrichtlinien-Ärzte mit der Auflage aufgehoben, dass Zulassungen nur in dem (in Klammern ausgewiesene Anzahl von Ärzten) angegebenen Umfang erfolgen dürfen:

Landkreis Groß-Gerau	(1)	Kinderarzt
Main-Taunus-Kreis	(1)	Frauenarzt
Landkreis Limburg-Weilburg	(1)	Augenarzt
Vogelsbergkreis	(1)	Orthopäde

Zulassungsanträge und die hierfür erforderlichen Unterlagen gem. § 18 Ärzte-ZV sind innerhalb von sechs Wochen nach Erscheinen dieser Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Zulassungsausschuss für Ärzte, Georg-Voigt-Str. 15, 60325 Frankfurt/M., zu senden.

Der Zulassungsausschuss berücksichtigt bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge. Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

- berufliche Eignung,
 - Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
 - Approbationsalter,
 - Dauer der Eintragung in die Warteliste gem. § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V.
- Bei der Auswahl unter mehreren geeigneten Bewerbern soll die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes und ihre Beurteilung in Hinblick auf die bestmögliche Versorgung der Versicherten berücksichtigt werden.

Hinweis:

Besonderheiten gelten für den Fall, in dem eine Zulassung endet und die Praxis durch einen Nachfolger fortgeführt werden soll (§ 103 Abs. 4 SGB V).

Redaktioneller Hinweis:

Im Zusammenhang mit dieser Veröffentlichung der Beschlüsse des Landesausschusses vom 3. Dezember 2008 wird vorsorglich darauf aufmerksam gemacht, dass durch zwischenzeitliche Beschlüsse des Zulassungsausschusses für Ärzte diese Veröffentlichung partiell überholt sein kann. Niederlassungswilligen Ärzten wird daher empfohlen, sich beim Zulassungsausschuss oder der für den Niederlassungsort zuständigen KVH-Bezirksstelle über die Gültigkeit dieser Veröffentlichung zu informieren.

DER VORSITZENDE

Dr. jur. Johannes Kerth

Frankfurt/M., 3. Dezember 2008

Lösung des Medizinischen Zahlenrätsels von Seite 29, Ausgabe 1/2009

Zahlenschlüssel:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
P	E	R	I	K	A	D	T	S	U	L	O	N	M	Z	C	H	V	F	Y	G	W

Lösungswort:

2	16	17	12	5	6	3	7	4	12	21	3	6	1	17	4	2
E	C	H	O	K	A	R	D	I	O	G	R	A	P	H	I	E

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Planungsbereich	Hausärzte	Anästhesisten	Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte	fachärztl. Internisten	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Psychotherapeuten		Radiologen	Urologen
												ärztliche	psychol.		
Darmstadt-Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Frankfurt-Stadt	(4)	ÜV	(2)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Offenbach-Stadt	ÜV	ÜV	(4)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Wiesbaden-Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Bergstraße	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Darmstadt-Dieburg	(17)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Groß-Gerau	(2)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	(4)	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Hochtaunuskreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Main-Kinzig-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Main-Taunus-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Odenwaldkreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Offenbach	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Rheingau-Taunus-Kreis	(6)	ÜV	(4)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Wetteraukreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Gießen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Lahn-Dill-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Limburg-Weilburg	ÜV	ÜV	(4)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Marburg-Biedenkopf	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Vogelsbergkreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)		ÜV	ÜV	ÜV
Kassel-Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Fulda	(4)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	(2)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Kassel	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Schwalim-Eder-Kreis	(3)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Waldeck-Frankenberg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV
Werra-Meißner-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV

Gemäß § 22 Abs. 6 Bedarfsplanungs-Richtlinie gilt nach wie vor der Beschluss des Landesausschusses vom 25. Oktober 2007

ÜV = gesperrte Planungsbereiche
offene Planungsbereiche

neu gesperrte Planungsbereiche (siehe I)
neu geöffnete Planungsbereiche (siehe III)
weiter geöffnete Planungsbereiche

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

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Viernheim Fachärztin/Facharzt für Chirurgie

Planungsbereich Odenwaldkreis

Erbach Fachärztin/Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
– Häftiger Versorgungsauftrag –
(Gemeinschaftspraxisanteil)

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 –
(Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Frankfurt/M.-Niederrad Kinder- und Jugendärztin/
Kinder- und Jugendarzt

Frankfurt/M. Kinder- und Jugendärztin/
Kinder- und Jugendarzt
– Häftiger Vertragsarztsitz –
(Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Frankfurt/M.-Nordend Psychotherapeutisch tätige Ärztin/
Psychotherapeutisch tätiger Arzt

Frankfurt/M.-Hausen Fachärztin/Facharzt für
Psychotherapeutische Medizin

Frankfurt/M. Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut
– Häftiger Vertragsarztsitz –

Frankfurt/M.-Nordend Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Flörsheim Fachärztin/Facharzt für
Kinder- und Jugendmedizin
– Häftiger Vertragsarztsitz –

Bad Soden Radiologin/Radiologe
(Überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Hochtaunuskreis Fachärztin/Facharzt für
Psychotherapeutische Medizin

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Landkreis Offenbach Internistin/Internist -fachärztlich-
– Häftiger Versorgungsauftrag –
(Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Gelnhausen Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder
Internistin/Internist – hausärztlich –

Bad Soden-Salmünster Orthopädin/Orthopäde

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

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Wetzlar Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Vogelsbergkreis

Lauterbach Fachärztin/Facharzt für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Lauterbach Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin
bzw. Fachärztin/Facharzt für
Innere Medizin – hausärztlich –
(Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Nauheim Fachärztin/Facharzt für
Innere Medizin -fachärztlich-
(Gemeinschaftspraxisanteil)

Reichelsheim Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin
bzw. Fachärztin/Facharzt für
Innere Medizin – hausärztlich –
(Gemeinschaftspraxisanteil)

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 Kassel-Stadt

Kassel Augenärztin/Augenarzt

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Bad Wildungen Hautärztin/Hautarzt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Sontra	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Hessisch Lichtenau	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin

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

Planungsbereich Limburg-Weilburg

Limburg	Fachärztin/Facharzt für Chirurgie
Bad Camberg	Fachärztin/Facharzt für Orthopädie

Planungsbereich Hochtaunus

Grävenwiesbach	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 Limburg, Adelheidstraße 7, 65549 Limburg** zu senden.

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Marburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut – halber Sitz –
---------	---

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Borken	Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie oder Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
--------	---

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Bromskirchen	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin
--------------	--

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 Radiologie – Teilzulassung –
Wiesbaden	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut – Teilzulassung –
Wiesbaden	Psychologisch tätige Ärztin/ Psychologisch tätiger Arzt – Teilzulassung –
Wiesbaden	Hausarztinternistin/Hausarztinternist
Wiesbaden	Hautärztin/Hautarzt – Teilzulassung –
Wiesbaden	Fachärztin/Facharzt für Orthopädie – Teilzulassung –

Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

Aarbergen	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin (Gemeinschaftspraxisanteil)
Geisenheim	Fachärztin/Facharzt für Augenheilkunde

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.