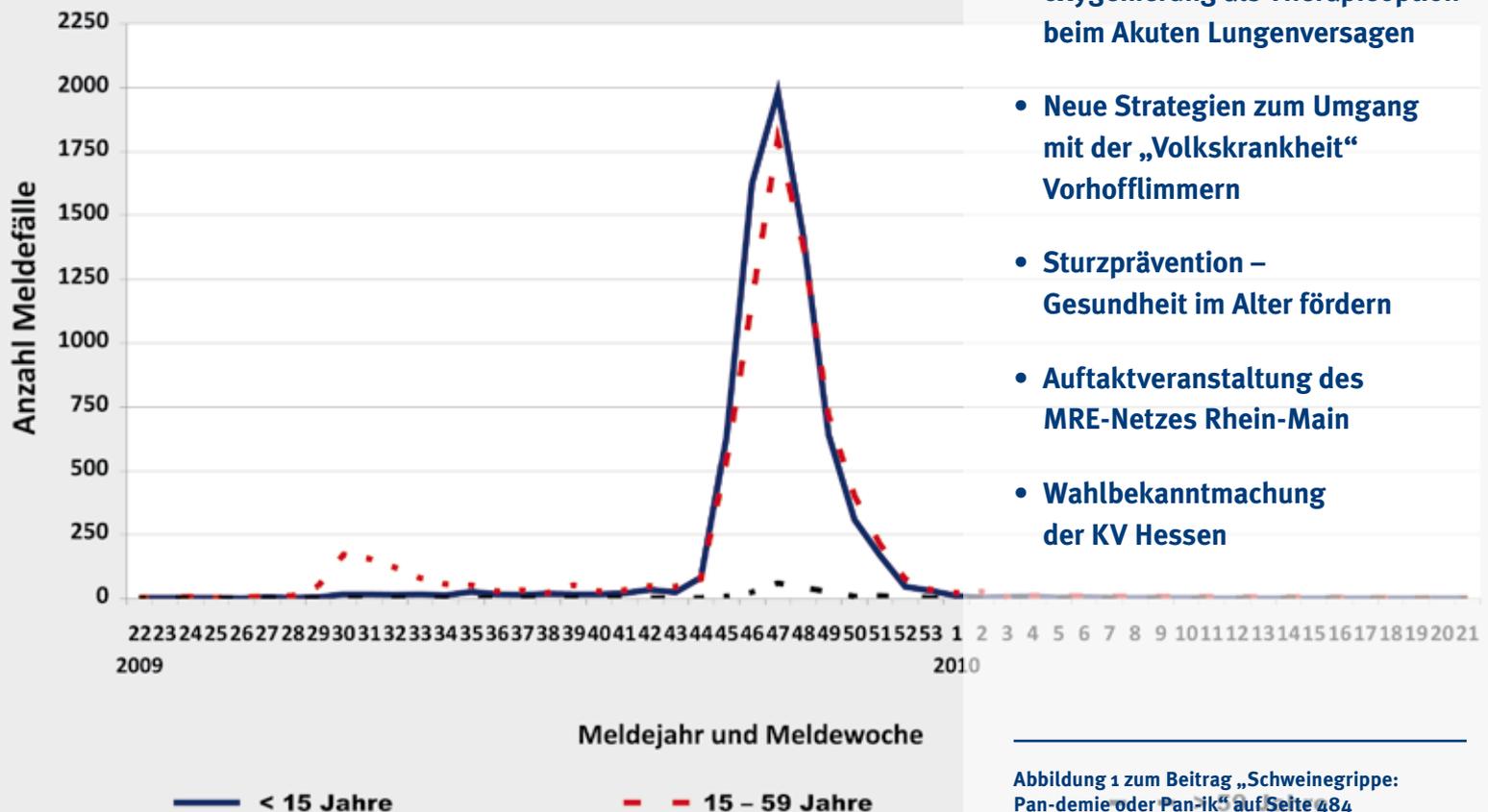


Hessisches Ärzteblatt

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

8 | 2010
August 2010
71. Jahrgang

Anzahl der nach Infektionsschutzgesetz in Hessen gemeldeten A/H1N1v-Fälle nach Altersgruppen, Meldewoche und Meldejahr (n = 14.928, Stand: 3. Februar 2010)



- Stiefkinder der psychotherapeutischen Versorgung
- Schweinegrippe: Pan-demie oder Pan-ik
- Extrakorporale Membran-oxygenierung als Therapieoption beim Akuten Lungenversagen
- Neue Strategien zum Umgang mit der „Volkskrankheit“ Vorhofflimmern
- Sturzprävention – Gesundheit im Alter fördern
- Auftaktveranstaltung des MRE-Netzes Rhein-Main
- Wahlbekanntmachung der KV Hessen

Abbildung 1 zum Beitrag „Schweinegrippe: Pan-demie oder Pan-ik“ auf Seite 484

Quelle: Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen, Dillenburg

Hessisches Ärzteblatt

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

Impressum**Herausgeber:**

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

Schriftleitung (verantwortlich):

Prof. Dr. Toni Graf-Baumann
Vertreter des Präsidiums: Frank-Rüdiger Zimmeck
verantwortlich für Mitteilungen der LÄK Hessen:
Frank-Rüdiger Zimmeck
verantwortlich für Mitteilungen der Akademie:
Prof. Dr. Ernst-Gerhard Loch

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Katja Möhrle, M. A.

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. med. Erika Baum, Biebertal
Karl Matthias Roth, Wiesbaden
Dr. med. Alfred Halbsguth, Frankfurt
Prof. Dr. med. Dietrich Höffler, Darmstadt
Dr. med. Georg Holfelder, Frankfurt
Dr. med. Siegmund Kalinski, Frankfurt
Dr. med. Norbert Löschhorn, Seeheim-Jugenheim
Prof. Dr. med. Peter Osswald, Hanau
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
Manuel Maier, Leiter der Rechtsabteilung

Anschrift der Redaktion:

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

Redaktionsschluss:

fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

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

Verlagsleitung:

Dr. Rainer Stumpe

Anzeigendisposition:

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

Druck:

Messedruck Leipzig GmbH
An der Hebamärchte 6, 04316 Leipzig

Layout-Design:

Kathrin Artmann, Heidesheim
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen

Zzt. ist Anzeigenpreisliste 2010 vom 1.1.2010 gültig.

Bezugspreis / Abonnementspreise:

Der Bezugspreis im Inland beträgt 115,00 € (12 Ausgaben), im Ausland 115,00 € zzgl. Versand. Kündigung des Bezugs 2 Monate vor Ablauf des Abonnements. Für die Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

ISSN: 0171-9661

Hessisches Ärzteblatt



Editorial	476
Fortbildung	
Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen, Teil 16: Kamille	477
Landesärztekammer Hessen stellt ihre Gremien vor	
Kommission „Transplantation und Organspende“	478
Landesärztekammer Hessen	
Forum junge Ärzte: „Individuelle Studienbegleitung“ in Frankfurt	479
Landesärztekammer Hessen / Psychotherapeutenkammer Hessen	
Stiefkinder der psychotherapeutischen Versorgung, gemeinsame Fachtagung	480
Aktuelles	
Schweinegrippe: Pan-demie oder Pan-ik	485
Landesärztekammer Hessen	
Facetten der Palliativmedizin in der ärztlichen und therapeutischen Zusammenarbeit	490
Fortbildung	
Extrakorporale Membranoxygenierung als Therapieoption beim Akuten Lungenversagen – Eine aktuelle Darstellung aus Anlass der abgelaufenen H1N1 Pandemie	491
Aktuelles	
Neue Strategien zum Umgang mit der „Volkskrankheit“ Vorhofflimmern	495
Sturzprävention – Gesundheit im Alter fördern	497
Auftaktveranstaltung des MRE-Netztes Rhein-Main: Erfreulicher Anlass – mit ernstem Hindergrund	500
Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim	503
Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim	509
Aktuelles	
Kinderärzte zur Ausbildung von afrikanischen Clinical Officers im Rahmen von Kurzeinsätzen gesucht	511
Fortbildung	
Sicherer Verordnen	512
Medizinethik aktuell	
Gesundheitsgerechtigkeit und das Recht auf Gesundheit im Grundgesetz	513
Arzt- und Kassenarztrecht	
Sturz aus dem Krankenbett – keine präventiven Sicherungsmaßnahmen	517
Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	519
Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	527
Wahlbekanntmachung der KV Hessen	529

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 und Kollegen,



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

die Fußballweltmeisterschaft liegt hinter uns. Die Prognosen für einen Erfolg der deutschen Mannschaft gingen sehr auseinander. Aber die Zweifler wurden überrascht, dass ein so junges Team immerhin den dritten Platz erreichte. Ich gebe zu,

dass ich von Fußball nicht viel verstehe. Aber ich finde, dass unsere junge Mannschaft ein hervorragendes Team ist, in dem noch ein großes Potential steckt und das von einem Trainer begleitet wird, der diese Fähigkeiten aktivieren kann. Die Zukunft wird es uns zeigen.

Am 3. Juli 2010 konnte ich in Marburg im Rahmen einer Promotionsfeier des Fachbereiches Medizin den Promotionspreis der Landesärztekammer einer jungen Kollegin überreichen, der mit ihrer Forschung über die „progressive supranucleäre Blickparese“ wegweisende therapeutische Ansätze gelungen sind, die manchen Patienten Hoffnung aufzeigen können. Ich werde mich bemühen, darüber einen Artikel für das Hessische Ärzteblatt zu bekommen. Die Begeisterung der jungen Kolleginnen und Kollegen in dieser Promotionsfeier und in der anschließenden Absolventenfeier der nach bestandenen Examen neu Approbierten war mitreißend und ermutigend. Es ist an allen erfahrenen Ärztinnen und Ärzten, im Kontakt mit unserem Nachwuchs, ob persönlich, durch Beispiel oder als verantwortliche Weiterbilder den Elan und die Begeisterung unserer jungen Kolleginnen und Kollegen für den Beruf zu erhalten.

Ein Vergleich zwischen Schweiz und Deutschland im Rahmen der Evaluation der Weiterbildung zeigt in manchen Bereichen bemerkenswerte Ähnlichkeiten. So ist auffällig, dass die Beurteilung der Qualität der Weiterbildung und der Arbeitsbedingungen umso schlechter aus-

fällt, je mehr zum Beispiel die übliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit überschritten wird. Dies muss konsequent zu intelligenter Arbeitszeitorganisation führen, um einerseits motivierten Ärztinnen und Ärzten eine fundierte Weiterbildung in vertretbarer Zeit zu ermöglichen und andererseits unseren Standard der Patientenversorgung zu erhalten. Das Modell der „Individuellen Studienbegleitung“ des Fachbereichs Medizin an der Universität Frankfurt kann möglicherweise Erkenntnisse für die Strukturierung der Weiterbildung geben. Der „Runde Tisch Weiterbildung“ der LÄKH, der im Spätsommer d.J. erstmals alle an der Weiterbildung beteiligten Gruppen zusammenbringen soll, wird auch dies berücksichtigen.

Vordringlich ist derzeit die Koordination der „Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin“. Hier ist die Zusammenarbeit der Körperschaften Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung mit den Ausbildungs- und Weiterbildungsstätten (Universitäten, Krankenhäusern und Vertragsärzten) gefordert. Verantwortlicher Normgeber für die Weiterbildung ist die Landesärztekammer. Die Planung und Sicherstellung der Versorgung erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung. Die Weiterbilder und Weiterbildungsstätten müssen sich mit ihren Möglichkeiten einbringen und bereit sein, sich in ein zeitlich und regionales Kataster einzufügen, das den Weiterbildungswilligen eine Weiterbildung ohne Zeitverlust und einen optimalen Einsatz der finanziellen Förderung durch KV und Krankenkassen ermöglicht. Ziel ist der Erhalt einer flächendeckenden ärztlichen Versorgung, die auch die „Letzten Wiesen“ nicht austrocknen lässt. Dies gilt auch für eine gute Versorgung durch die Gebietsärzte. Hierfür kann die Koordinierungsstelle der Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin Pate stehen. Also Ansporn genug, dass Hessen hier die Meisterschaft anstrebt.

Ein wichtiges Thema ist für uns Ärztinnen und Ärzte die Patientensicherheit und der Umgang mit Fehlern. Ein Meldesystem

(CIRS), das besonders auch Beinahefehler aufnimmt, soll nicht der Denunziation sondern dem Lernen und damit der Patientensicherheit dienen. Dies berührt nicht die Forderung von Haftpflichtversicherungen, in Schadensfällen ein voreiliges Schuldanerkennnis zu unterlassen. Auf einer Konsultativtagung deutschsprachiger Ärzteorganisationen bestand Einigkeit darüber, dass Gespräche mit Betroffenen über nicht erwartetes Outcome Vertrauen erhält. Die wertvolle Funktion der Gutachter- und Schlichtungsstellen ist unbestritten.

Bedrückend sind die in den letzten Monaten zunehmenden Kündigungen von Arzthaftpflichtversicherungen und Neuangebote mit wesentlich höheren Versicherungsprämien. Hier wird die Notwendigkeit der Haftpflichtversicherung ärztlicher Tätigkeit ausgenutzt. Darüber hinaus scheinen manche Gesellschaften einzelne Risiken nur noch unter massiv erschwerten Bedingungen oder gar nicht mehr versichern zu wollen. Soweit dies die Geburtshilfe betrifft, droht der gesamten Gesellschaft die Gefahr, eines weiteren Geburtenrückganges wegen des „Risikos einer Geburt“.

Hier ist das Eingreifen der Politik gefordert. Soweit das in der Möglichkeit der LÄKH liegt, könnten wir Versicherungskündigungen mit überhöhten Folgeangeboten erfassen, wenn Betroffene dies per Mail an aegf@laekh.de melden.

Aber der Sommer ist hoffentlich auch für Sie eine Zeit der Erholung, um danach mit gestärktem Elan den Anforderungen des Berufes gewachsen zu sein.

Das wünsche ich Ihnen

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen

Teil 16: Kamille (*Matricaria recutita* L.) *Alexander H. Jakob*



Kamille

Die Kamille ist auch historisch gesehen eine Heilpflanze, die besondere Bedeutung erlangt hat. Schon bei den alten Ägyptern und Griechen wird der Einsatz der Kamille berichtet und später findet die Echte Kamille aus der Familie der Korb-

blütler in der Klosterheilkunde breite Anwendung.

Noch heute werden Kamillenblüten (*Matricariae flos*) therapeutisch eingesetzt. Wirksamkeitsbestimmende Inhaltsstoffe sind ätherische Öle, Schleimstoffe und Cumarine.

Diese Stoffe haben eine antiphlogistische, wundheilungsfördernde und spasmolytische Wirkung und zeichnen sich für eine antibakterielle und antimykotische Wirkung aus.

So gibt es mehrere Erklärungsansätze, weshalb bei der Kamille eine ulkusprotektive Wirkung bis hin zu einer Wirksamkeit gegen *Helicobacter pylori* untersucht worden ist.

Indikationen bei der äußerlichen Anwendung liegen deshalb bei Haut- und Schleimhautentzündungen, inhalativ bei Atem-

wegserkrankungen, als lokale Anwendung bei Erkrankungen im Genital- und Analbereich, sowie innerlich bei gastrointestinalen Spasmen und entzündlichen Magen-Darm-Erkrankungen vor.

Für den therapeutischen Einsatz gibt es flüssige und feste Darreichungsformen.

Für den Einsatz als Tee wird ein Teelöffel Kamillenblüten zubereitet, was nicht gleichbedeutend mit Filterbeuteltee ist, dem oft Kamillenkraut zugesetzt wird, was die geringere Wirksamkeit erklärt.

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Alexander H. Jakob

Facharzt für Allgemeinmedizin

– Naturheilverfahren –

– Akupunktur –

Stierstädter Straße 8a

61350 Bad Homburg v.d.H.

E-Mail: drjakob@gmx.de



Ausschreibung „Hufeland-Preis“

Das Kuratorium der Stiftung „Hufeland-Preis“ fordert hiermit alle Ärztinnen/Ärzte öffentlich auf, sich um den „Hufeland-Preis“ 2011 zu bewerben. Der im Jahre 1959 erstmalig ausgeschriebene „Hufeland-Preis“ ist der renommierteste Preis auf dem Gebiet der Präventivmedizin.

Prämiert wird jährlich die beste Arbeit auf dem Gebiet der Präventivmedizin, wobei der mit 20.000 Euro dotierte Preis auch zwei als gleichwertig anerkannte Arbeiten je zur Hälfte zugesprochen werden kann. Die Arbeit muss ein Thema der Gesundheitsvorsorge zum Inhalt haben. Zur Teilnahme berechtigt sind Ärztinnen/Ärzte die im Besitz einer deutschen Approbation sind, gegebenenfalls zusammen mit maximal zwei Co-Autorinnen/Autoren mit abgeschlossenem wissenschaftlichen Studium.

Die an der Ausschreibung zum „Hufeland-Preis 2011“ teilnehmenden Arbeiten müssen bis zum 31. März 2011 bei der Notarin **Dr. Ingrid Doyé, Kattenbug 2, 50667 Köln,**

unter dem Stichwort „Hufeland-Preis“ in zweifacher Ausfertigung eingereicht werden.

Die Bewertung der eingereichten Arbeiten wird durch ein Preisrichterkollegium vorgenommen. Die Verleihung des Preises nimmt das Kuratorium auf Vorschlag des Preisrichterkollegiums vor.

Träger des „Hufeland-Preises“ sind neben der Stifterin des Preises, der Deutschen Ärzteversicherung AG, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. Die kompletten Ausschreibungsunterlagen finden Sie unter: www.hufeland-preis.de

Kommission „Transplantation und Organspende“

Die Kommission „Transplantation und Organspende“ wurde im Jahre 2006 aufgrund der Änderung des Hessischen Ausführungsgesetzes zum Transplantationsgesetz in der Landesärztekammer Hessen eingeführt. Die Kommission „Transplantation und Organspende“ wird vom Präsidium der Landesärztekammer Hessen für fünf Jahre gewählt.

Aufgabe der Kommission „Transplantation und Organspende“ ist es, die Vorgaben des Transplantationsgesetzes umzusetzen und im Land Hessen die Bedingungen für die Organspende und Organtransplantation zu verbessern und zu fördern.

Die Kommission „Transplantation und Organspende“ arbeitet sehr eng mit dem Hessischen Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit (HMAFG), der Initiative

Organspende Hessen (IOH) und der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) zusammen.

Bei der Novellierung des hessischen Ausführungsgesetzes zum Transplantationsgesetz wurden der Verantwortungsbereich und die Befugnisse der Transplantationsbeauftragten in den einzelnen Kliniken deutlich gestärkt. Im Laufe der Zeit wird ein erheblicher Fortbildungsbedarf der Transplantationsbeauftragten zur Erledigung ihrer Aufgaben erkennbar. Aus diesem Grunde hat die Kommission „Transplantation und Organspende“ festgelegt, sich vordringlichst mit der Entwicklung eines gemeinsamen Curriculums zur Aus- und Fortbildung von Transplantationsbeauftragten zu befassen. Bereits im Juni 2008 fand eine curriculäre Fortbildung Organspende für Transplantationsbeauftragte

und interessiertes Klinikpersonal statt, welche in den Jahren 2009 und 2010 fortgeführt wurden.

Aufgrund der engen Zusammenarbeit mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation soll ein gemeinsames Fortbildungszertifikat für die Koordinatoren für Organspende mit der Landesärztekammer Hessen eingeführt werden, auch wenn es sich hier nicht immer um Ärzte handelt. Gespräche hierzu werden mit den entsprechenden Stellen schon geführt.

Die wichtigste Aufgabe der Kommission „Transplantation und Organspende“ wird es auch in Zukunft sein, alle Maßnahmen zu treffen, die der Förderung der Organspende dienen, sei es in hessischen Krankenhäusern oder in der Bevölkerung. Leider melden nur wenige hessische Krankenhäuser Organspender. Die Bereitschaft der Bevölkerung zur Organspende muss weiter verbessert werden.

Die Landesärztekammer Hessen wird von Professor Dr. Albrecht Encke und Professor Dott./Univ. Rom Vittorio Paolucci ehrenamtlich und von Olaf Bender, Referent Ärztliche Geschäftsführung der Landesärztekammer Hessen, hauptamtlich im Fachbeirat der Deutschen Stiftung Organtransplantation vertreten.

In der 1. und konstituierenden Sitzung der Kommission „Transplantation und Organspende“ am 24. November 2008 wurde Professor Dr. med. Winfried Fassbinder zum Vorsitzenden und Professor Dr. med. Wolf Otto Bechstein zum stv. Vorsitzenden wiedergewählt.

Professor Dr. med. Ingeborg A. Hauser wurde in der Sitzung des Präsidiums am 14. April 2010 als Nachfolgerin für Professor Dr. med. Ernst-Heinrich Scheuermann und Professor Dr. med. Thomas Walther als Nachfolger für Professor Dr. med. Wolf-Peter Klövekorn in die Kommission „Transplantation und Organspende“ berufen.

Der Kommission „Transplantation und Organspende“ gehören folgende Personen an:

Name	Funktion/Status
Professor Dr. med. Wolf Otto Bechstein	Stv. Vorsitzender der Kommission, Ärztlicher Direktor der Uniklinik Chirurgie, Frankfurt a.M.
Dr. med. Dipl. Biol. Thomas Breidenbach	Geschäftsführender Arzt der Region Mitte der Deutschen Stiftung Organtransplantation, Mainz
Professor Dr. med. Albrecht Encke	Facharzt für Chirurgie, Frankfurt a.M.
Professor Dr. med. Winfried Fassbinder	Vorsitzender der Kommission, Ärztlicher Direktor der Medizinischen Klinik III des Klinikums Fulda
Professor Dr. med. Ulrich Finke	Chefarzt der chirurgischen Klinik, Sankt Katharinen Krankenhaus Frankfurt a.M.
Professor Dr. med. Ingeborg A. Hauser	Fachärztin für Innere Medizin, Leiterin der Abt. Nephrologie, Klinikum der J. W. Goethe-Universität, Frankfurt a.M.
Professor Dr. med. Joachim Hoyer	Direktor der Klinik für Innere Medizin, Schwerpunkt Nephrologie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg
Medizinalrat Dr. med. Klaus Jahn	Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Medizinalrat Referat V, Hessisches Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit, Wiesbaden
Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach	Präsident der LÄK Hessen, Facharzt für Innere Medizin, Stadtallendorf
Martin Leimbeck	Vizepräsident der LÄK Hessen, Facharzt für Allgemeinmedizin, Braunfels
Professor Dott./Univ. Rom Vittorio Paolucci	Ärztlicher Direktor, Chefarzt der chirurgischen Klinik, Ketteler Krankenhaus, Offenbach a.M.
Professor Dr. med. Thomas Walther	Direktor der Abteilung Herzchirurgie, Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim
Professor Dr. med. Rolf Weimer	Facharzt für Innere Medizin, Leiter der Nierentransplantation, Medizinische Klinik II, Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Gießen

Miriam Mißler

Forum junge Ärzte

„Individuelle Studienbegleitung“ in Frankfurt Fachbereich Medizin bietet gezielte Unterstützung

Im 21. Jahrhundert muss sich auch die Ausrichtung einer Universität mehr an der Lebenswelt ihrer Studierenden orientieren, vor allem an der Berufs- und Familienplanung. Doch eine reine Verkürzung der Ausbildungsdauer durch die Einführung von Bachelor und Master scheint unzureichend und ist auch keineswegs für alle Studiengänge geeignet; wichtig ist vor allem, dass die Fachbereiche einen neuen Schwerpunkt auf Dienstleistung, insbesondere eine Beratung der zukünftigen medizinischen Fachkräfte, legen.

Im letzten Jahr wurde am Fachbereich Medizin der Goethe Universität-Frankfurt der Beratungsbereich ausgebaut: die neue Stelle „Individuelle Studienbegleitung“ umfasst regelmäßige Sprechstunden, ganzheitliche Beratung sowie individuelle Hilfe bei der Studienorganisation und Prüfungsvorbereitung. Die Zielgruppe besteht aus Medizinstudierenden mit besonderen Herausforderungen, u.a. studierende Eltern, Hochleistungssportler/innen, Studierende mit Pflegeverantwortung sowie Studierende mit Behinderungen.

Neben der praktischen Unterstützung wird das Projekt, das im Sommer 2009 durch das Studiendekanat mit Förderung durch das Land Hessen initiiert wurde, auch wissenschaftlich begleitet. Ein Ziel ist die Untersuchung und Darstellung der Situation Studierender mit Kind/ern, die bislang nur wenig Aufmerksamkeit erfahren haben. Aufbauend auf einer ersten Vollerhebung (November 2009 bis Januar 2010) findet zurzeit eine empirische Studie zur „Vereinbarkeit von Familie und Medizinstudium“ in Hessen und Baden-Württemberg statt. In Kooperation mit dem Studiendekanat Ulm wurde ein umfassender Fragebogen hierzu entwickelt. Außerdem wurde ein studentisches Netzwerk gegründet

und qualitative Interviews mit Eltern geführt. Besonders aus diesen Interviews wurde deutlich, dass ein großes Thema (neben Kinderbetreuung, Studienorganisation und Finanzierung) die unterschiedlichen Lebenswelten sind, in denen sich die Studierenden zurechtfinden müssen. Gerade die Bereiche Familie und Medizinstudium scheinen dabei nicht immer kompatibel, so dass besondere Maßnahmen notwendig erscheinen. Das Frankfurter Modell der individuellen Studienbegleitung scheint erfreulicherweise erste Hilfe leisten zu können, wie auch der stetige Anstieg an Beratungsgesprächen und das große Interesse an der Thematik zeigen. Nach wie vor bleibt das Medizinstudium eine große positive Herausforderung für junge Menschen, aber es werden unseren angehenden Ärztinnen und Ärzten bereits während der Ausbildung neue Möglichkeiten eröffnet, das Studium auch mit Familienpflichten (u.a. Kindererziehung oder Pflegeaufgaben) gezielter zu vereinbaren.

Eine erfolgreiche Vereinbarung der verschiedenen Lebensbereiche bedeutet sicherlich einen hohen Kompetenzgewinn für die zukünftigen Ärztinnen und Ärzte. Denn sie haben zwangsläufig gelernt, hohe Stressbelastungen auszuhalten, ihren Tagesablauf diszipliniert und strukturiert zu organisieren und sich effektiv auf Prüfungen vorzubereiten – hinzu kommen natürlich noch die außerordentlich wichtigen „soft skills“.

Zur Begründung des aktuellen Bedarfs sind einerseits studienbezogene Fakten anzuführen: mittlerweile sind knapp zwei Drittel der Medizinstudierenden weiblich, das Studium dauert mindestens sechs Jahre und danach schließt sich eine mehrjährige Facharztweiterbildung an. Gerade im akademischen Bereich bleiben immer noch 25 % der Frauen kinderlos – der

Großteil nicht aus eigener Entscheidung. Somit wird allein dadurch das Thema der Vereinbarkeit von Familie und Studium brisant. Andererseits sind die persönlichen Erfahrungen und die besondere Ausbildung von studierenden Eltern von großer Bedeutung, die vor allem in den qualitativen Untersuchungen im Vordergrund stehen. Folgendes Zitat einer Studentin führt dies klar vor Augen:

*„Ich glaub, ich hab einen **großen** Profit dadurch, dass ich schon älter bin und dass ich einen ganz anderen Hintergrund hab, ich weiß, dass ich **das** wirklich will, und ich kann sehr gut aus meiner wirklichen Welt Kraft ziehen.“*

Der Fachbereich Medizin der Goethe Universität-Frankfurt hat die Herausforderungen von Studierenden erkannt, will sie gezielt unterstützen, um auch weiterhin gut ausgebildete Ärztinnen und Ärzte hervorzubringen. Angesichts des akuten Ärztemangels in Deutschland und andererseits der oft schwierigen Situation der jungen Ärztinnen und Ärzte an den Kliniken ist eine individuelle Betreuung sowie Unterstützung unseres Medizinnachwuchses dringend notwendig.

Kontaktadressen

Dr. Winand Dittrich

Fon: 069 6301-7344

E-Mail: Winand.Dittrich@kgu.de

Kirsten Iden, M.A.

Fon: 069 6301-7877

E-Mail: Kirsten.Iden@kgu.de

www.med.uni-frankfurt.de/stud/familie

Goethe Universität Frankfurt a.M.

Fachbereich Medizin, Dekanat

Haus 15B – Individuelle Studienbegleitung

Theodor-Stern-Kai 7

60590 Frankfurt a.M.

Stiefkinder der psychotherapeutischen Versorgung

Gemeinsame Fachtagung der Landesärztekammer Hessen und der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen

„Endlich“, habe sie gedacht, als die Einladung zu der Gemeinsamen Fachtagung „Stiefkinder der psychotherapeutischen Versorgung“ eingetroffen sei, berichtete die Frankfurter Gesundheitsdezernentin Manuela Rottmann in ihrem Grußwort zum Auftakt der Tagung. Sie habe sich „von Herzen“ auf diese Veranstaltung gefreut, da sie auf die Defizite in der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung aufmerksam mache. „Wohin kann ich mich wenden, wie finde ich einen guten Therapeuten, warum gibt es so lange Wartezeiten?“. Fragen wie diese offenbarten Lücken im System und zugleich eine große Verzweigung in der Bevölkerung, fuhr Rottmann engagiert fort. Gerade jene, die dringend Hilfe benötigten, kämen oft zu spät in Behandlung. Es sei daher äußerst wichtig, dass sich die Körperschaften, die das Thema angehe, zusammensetzten und Konzepte für eine Verbesserung der Lage entwickelten.

Mit der Frage „Wie gut ist die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland?“ hatte Professor Dr. Dieter Kleiber aus Berlin seinen Eröffnungsvortrag der Gemeinsamen Fachtagung der Landesärztekammer Hessen und der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen überschrieben. Wer nun eine wissenschaftliche Antwort darauf erwarten müsse er leider enttäuschen, stellte er an dem Abend fest. So gebe es keine Studien über die Situation der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland; es existierten allenfalls selektive Untersuchungen. Positiv hob Kleiber hervor, dass die psychotherapeutische Tätigkeit mit der Verabschiedung des Psychotherapeu-

tengesetzes 1999 zu einer Profession geworden sei. Die psychotherapeutische Behandlung umfasse die Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen. Ein „riesengroßer Nachteil“ sei jedoch, dass die Prävention „unterrangig“ bewertet werde. Ein Problem, das noch weiter zunehmen werde. Kleiber hielt es daher für notwendig, darüber nachzudenken, wie man die primär-präventiven Aufgaben der Psychotherapeuten ausweiten könne.

Studien zur Wirksamkeit von Therapien hätten eine Erfolgsquote von über 70 Prozent bei psychotherapeutisch behandelten Patienten gegenüber nicht behandelten Patienten ergeben, teilte Kleiber mit. In ihrer Selbsteinschätzung hätten 17 Prozent der Patienten erklärt, dass die Therapie eher nicht geholfen habe. Gar keinen Erfolg der Therapie hätten nur fünf Prozent der Befragten angegeben. Trotz des „enormen Anstiegs von Behandlungskapazitäten“ sei die Zahl der Neuerkrankungen nicht gesunken, berichtete Kleiber weiter. Warum gibt es eigentlich immer mehr psychische Störungen? In seinem Antwortenkatalog auf die Frage nannte der Referent an erster Stelle die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und untergliederte diese u.a. in die globalisierte Arbeitswelt, ständigen Wettbewerb, Anforderungen durch High Tech, Arbeitsverdichtung, Konkurrenzdruck, Überforderung unter anderem durch das Älterwerden und steigende Arbeitsplatzunsicherheit sowie Angst vor dem sozialen Abstieg. Individualisierung und Entsolidarisierung prägten die Gesellschaft.

Zündstoff

Nahezu jeder dritte Bundesbürger zwischen 18 und 65 Jahren (31,1 Prozent =

15,6 Millionen) leide unter behandlungsbedürftigen psychischen Störungen: Angst-erkrankungen, depressive Störungen und somatofone Störungen. Ganz vorne auf der Liste stehe die Major Depression, berichtete Kleiber. Die Mehrzahl der psychischen Störungen manifestiere sich bereits in der Kindheit und Adoleszenz und ziehe negative Langzeiteffekte nach sich. Als wichtigen Befund bei Kindern und Jugendlichen bezeichnete er den Zusammenhang zwischen psychischer Auffälligkeit und sozio-ökonomischem Status. Ein großes Problem sei, dass die Mehrzahl der Betroffenen – 83 Prozent der 14- bis 17-Jährigen – unbehandelt bleibe. Dennoch sei die wohlfeile Antwort, dass man mehr Therapeuten brauche, problematisch, so Kleiber. Was die bedarfsgerechte Versorgung anbelange, liege Hessen mit 37,1 Prozent bundesweit vorne. Es bestehe jedoch kein Zusammenhang zwischen Psychotherapeutendichte und Heilung. Immerhin habe sich die Zahl der Psychotherapeuten seit Inkraft-Treten des Psychotherapeutengesetzes verdreifacht. Stiefkinder der psychotherapeutischen Versorgung seien alte Menschen, psychosomatische Patienten, chronisch psychisch Kranke, Migranten, Kinder- und Jugendliche sowie Menschen mit geistiger Behinderung. Der Referent beklagte, dass die stationäre Versorgung noch immer dominiere.

Zündstoff barg Kleibers studiengestützte These über den Zusammenhang zwischen Dauer und Wirksamkeit von Psychotherapie. So stieß seine Behauptung, dass sich relativ gute Effekte nur im Rahmen einer kurzen Therapie zeigten – nach zehn Stunden sei keine Verbesserung mehr zu beobachten – in der anschließenden, von Dipl. Psychologin Marion Schwarz mode-

rierten Diskussion auf erheblichen Widerspruch. Jürgen Hardt, der Präsident der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten Hessen, unterstrich, dass man nicht verallgemeinern könne. So sei es beispielsweise unmöglich, psychotische Patienten nur innerhalb einer kurzen Dauer zu therapieren. Auch hätten spätere Studien belegt, dass nach kurzen Behandlungsdauern häufig Folge-therapien notwendig würden. Kleiber gab Hardt „teilweise“ Recht, wies allerdings darauf hin, dass die Problematik auch unter dem Gesichtspunkt der Priorisierung zu sehen sei. Ein ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut sei gezwungen, andere zu vernachlässigen, wenn er sich dem Einzelnen intensiv widme. „Wir müssen die bevölkerungsrechtlichen Bedarfe analysieren und brauchen eine integrierte Versorgungsplanung“, forderte er, ohne diesen Anspruch detaillierter auszuführen. Professor Dr. med. Cornelia Krause-Girth machte Kleiber auf einen „Denkfehler“ aufmerksam: Viele psychische Krankheiten verliefen chronisch. So könne nicht von erfolgreicher Kurzzeitbehandlung gesprochen werden, wenn die Patienten in der nächsten Phase ihrer Erkrankung in die Therapie zurückkehrten. „Effizientes Arbeiten heißt auch, Patienten immer wieder zu behandeln“, unterstrich Krause-Girth. Dies bedeute zugleich, dass nur eine kleine Zahl von Patienten behandelt werden könne. Die richtige Therapeutenstruktur habe nichts mit der sozialen Notwendigkeit zu tun.

Katja Möhrle

Kinder und Jugendliche

Zu Beginn des Vormittags stellte Professor Dr. Dieter Kleiber von der FU Berlin

(Arbeitsbereich Public Health, Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung) zunächst dar, dass in früheren Berichten über die psychotherapeutische Versorgung Kinder und Jugendliche sowie Menschen über 60 Jahre in statistischen Auswertungen kaum erfasst wurden. So als seien Kinder a priori gesund und als würde die psychische Gesundheit älterer Menschen nicht interessieren oder sei für die psychotherapeutische Versorgung nicht relevant.

Dabei stelle die Bevölkerung von 0 bis 18 Jahren immerhin einen Anteil von 18 % der Gesamtbevölkerung.

Aus verhaltenstherapeutischer Sicht machte Kleiber deutlich, dass in der Zwischenzeit auch die Verhaltenstherapie von einer Entwicklungspsychopathologie ausgehe, so dass man annehmen müsse, dass kindliche Fehlentwicklungen über Angst und somatoforme Störungen später zu Depressionen führen können. Gerade die Behandlung junger Patienten sei für das Zurückgehen psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter entscheidend. In diesem Zusammenhang zitierte Kleiber den Kinder- und Jugendbericht des Bundesministerium

für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2009, der zwei Trends festhält: Zum einen gebe es mehr chronische als akute Erkrankungen, zum anderen würden mehr Menschen statt somatisch psychosomatisch und psychisch krank (zu betonen seien hier vor allem das Auftreten der Adipositas, die sich um 100 % erhöht habe). Besonders wichtig war Kleiber auch der Hinweis auf die Unterscheidung der verschiedenen sozialen Schichten: So seien Menschen aus der Unterschicht doppelt so gefährdet wie junge Menschen aus der Oberschicht (31,3 % zu 16,4 %).

Die Häufigkeit des Auftretens der Adipositas, die nicht so sehr auf mangelnde Bewegung, als auf schwieriges Freizeitverhalten zurückzuführen sei (z.B. Fernsehen), sei ein bedrohlicher Trend bei den Kindern. Nach Kromeyer Hauschild 2004 hatte sich ergeben, dass 15 % der fünf- bis 17-Jährigen Kindern übergewichtig und adipös seien. Therapeutische Bemühungen seien hier relativ wenig erfolgreich. Daneben gebe es eine starke Zunahme der ADHS-Patienten: Die Prävalenz von 5 % ist erschreckend hoch, wobei Jungen im Verhältnis 4:1 häufiger betroffen sind als Mädchen.

Kleiber betonte vor allem die Notwendigkeit multimodaler Therapien (Psychoedukation, Familientherapie, Psychotherapie, Ergotherapie, eventuell in Kombination mit Arzneimitteltherapie) sowie die Entstigmatisierung und Einbeziehung von Eltern und des sozialen Umfeldes.

Die massive Zunahme der Applikation von Stimulanzien in der Behandlung von ADHS (von 1993 bis 2007 stieg der Verkauf von Methylphenidat um das 50-fache) ist auffällig und besorgniserregend.

Daneben ist in diesem Lebensalter insbesondere bei den elf- bis 17-Jährigen die starke Exposition von Gewalt (5 % der elf- bis 17-Jährigen waren nach der Kiggs-Studie von 2004 Gewalt ausgesetzt) gesundheitsgefährdend. Bedrohlich sei hier, so Kleiber, vorwiegend auch die Persistenz der Gewalt.

Kleiber plädierte vor allem für eine strukturelle Umsteuerung von der Kuratation zur Prävention: Prävention müsse auch in die psychotherapeutische Versorgung mit aufgenommen werden.

Darüber hinaus präsentierte er eine Studie von ZEPF von 2003, bei der 84 % der Psychotherapeuten eine Unterversorgung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen feststellten. Die Bedarfsermittlung, die sich lediglich auf den Ist-Zustand im Jahre 1999 bezog, bezeichnete er als skandalös. Die jetzige Versorgung sieht große regionale Unterschiede: So kommt in Bremen ein Kinder- und Jugendpsychotherapeut auf 2.000 Kinder und Jugendliche, während in einem Land wie Sachsen-Anhalt ein Kinder- und Jugendpsychotherapeut für 171.000 Kinder und Jugendliche zuständig ist. Hessen liegt hier mit 4.000 Kindern und Jugendlichen auf einen Kinder- und Jugend-Psychotherapeut im oberen Versorgungsbereich. Die Unterversorgung

von Kindern und Jugendlichen scheint noch größer als bei den Erwachsenen. Lediglich 17 % der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren werden auch behandelt.

Psychosomatisch Kranke

Professor Dr. Johannes Kruse, Lehrstuhlinhaber der Psychosomatik an der Universität Gießen, stellte in seinem Vortrag über den langen Weg des psychosomatischen Patienten zur psychotherapeutischen Behandlung vor allem die Schwierigkeit dar, psychosomatische Patienten zu diagnostizieren und einer adäquaten Behandlung zuzuführen. Dabei hob er die große Bedeutung der Hausärzte in diesem Zusammenhang hervor, da sie tatsächlich auch die meisten der psychosomatischen Patienten behandeln.

Außerdem habe fast 80 % der Bevölkerung einmal im Jahr Kontakt zu einem Hausarzt. Die früheren Vorstellungen psychosomatische Patienten durch Screening-Verfahren (Fragebogen) in der hausärztlichen Praxis herauszufinden, habe sich in einer Metaanalyse von 2008 über verschiedene Auswirkungen von Screening-Verfahren als letztendlich wenig signifikant und effektiv erwiesen. Kruse strich heraus, dass gerade die Identifikation psychischer oder psychosomatischer Probleme in der Praxis von enormer Bedeutung sei. Allerdings hätten Untersuchungen ergeben, dass nur knapp die Hälfte der Patienten mit psychosomatischen Beschwerden auch als solche erkannt würden.

Die Zeit, die der Hausarzt dabei dem Patienten zur Verfügung stelle, sowie sein Gesprächsverhalten, hätten einen entscheidenden Einfluss darauf, ob Patienten die seelischen Hintergründe und Beschwerden berichten würden. Nach einer eigenen Untersuchung von Kruse hatten Patienten,

die beim Arzt Empathie, Unterstützung und informatives Verhalten registrierten, eine sehr viel höhere Bereitschaft über ihre Probleme zu sprechen. Dort wo Ärzte ein unangemessenes Verhalten zeigten, äußerten Patienten wesentlich seltener seelische Beschwerden. Er zeigte den Zusammenhang zwischen dem schwierigen Verhalten der Patienten und den Reaktionen der Ärzte auf. Die somatoformen Störungen seien die einzigen ICD-Diagnosen, bei denen das Arzt-Patient-Verhältnis mit in die Diagnosebeschreibung eingegangen sei. Patienten mit somatoformen Störungen würden bestimmte Gegenübertragungsgefühle der Ohnmacht, Enttäuschung und Verärgerung beim Arzt auslösen können.

Dies führe auch insgesamt dazu, dass Patienten mit psychosomatischen Beschwerden relativ häufig unbehandelt blieben: Nach einer Untersuchung vor ZEPF von 2003 würden z.B. Schmerzpatienten fast doppelt so oft nicht behandelt wie depressive Patienten. Bezüglich der Erreichbarkeit und der Identifikation psychosomatischer Patienten habe sich in der Forschung insbesondere das kombinierte Vorgehen von somatischen Ärzten und psychosomatischer Herangehensweise bewährt. Professor Kruse stellte eine weitere eigene Studie (PISO) vor, in der versucht wurde, einen therapeutischen Zugang zu Patienten mit somatoformen Störungen zu finden. Immerhin konnten in dieser Studie über 90 % der Patienten erreicht werden. Das dreiphasige Vorgehen in dieser Therapie ging von Psychoedukation, Erarbeitung eines Symptomverständnisses, zum Gewährwerden der emotionalen Beteiligung, der Differenzierung von Gefühlen und Körperbeschwerden bis hin zum Erfassen der Bedeutung von Beziehungserfahrung. Dieses Vorgehen erbrachte eine doppelt so hohe Effektstärke im Vergleich zur Kontrollgruppe. Zur Verbesse-

zung der Versorgung und Verbesserung der Therapiemöglichkeit schlägt Kruse vor:

1. Niedrigschwellige Angebote
2. Kooperation mit den somatisch-tätigen Ärzten im ambulanten und stationären Bereich
3. Sektorenübergreifende Behandlungsmethoden.

Chronisch-psychisch Kranke

In ihrem Vortrag über die Behandlung chronisch-psychisch Kranker mit Psychotherapie berichtete Dr. Brigitte Haaf aus Mainz anhand verschiedener Langzeitfälle mit erheblichen Persönlichkeitsstörungen, wie schwierig die psychotherapeutische Versorgung dieser Patienten im Alltag sei und wie problematisch es sich darstelle, solche Patienten in absehbarer und von der Kasse bezahlter Zeit zu behandeln. Dies habe häufig eine niedrige Frequenz der Behandlung zur Folge, was sich gerade bei persönlichkeitsgestörten Patienten als nachteilig erweise.

Haaf hatte sich deshalb einem Modell im Bereich der integrierten Versorgung angeschlossen, in dem verschiedenste Berufsgruppen und Einrichtungen an einer intensiven Betreuung dieser schwierigen Patienten arbeiten. Allerdings sei auch dieses Modell noch nicht so ausgebaut, dass damit die wirklichen Problempatienten erreicht werden könnten. Aber es sei ein Versuch, diese Patienten nicht aus ihrem normalen Umfeld herausnehmen zu müssen und sie sozusagen einer „ambulanten Krankenhausbehandlung“ zuzuführen. Die ersten Ergebnisse dieses seit vier Jahren laufenden Projektes seien sehr zufriedenstellend, berichtete Haaf, auch wenn noch viele Fragen, insbesondere bezüglich der Problembereiche Schutz der Privatsphäre der Patienten und Steuerungsfähigkeit des Behandlungsverfahrens durch die beteiligten Berufsgruppen (in Abgrenzung

zur Einflussnahme der Krankenkassen) bestünden. In der anschließenden, lebhaften Diskussion wurde deutlich, dass es zu diesem Thema noch mehr Fragen als Antworten gibt. Das hohe Maß an Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen im ambulanten Bereich wurde jedoch als wegweisend empfunden.

Dr. med. Wolfgang Merkle

Arzt für Psychotherapeutische Medizin

Migranten

Den Bedarf an Migranten-spezifischen Angeboten machte Ramazan Salman, Geschäftsführer des Ethno-Medizinischen Zentrums in Hannover, schnell und engagiert deutlich, denn Migranten sind nicht seltener psychisch krank als Einheimische. Allein ein Blick auf die wachsende Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund macht deutlich, dass der schon jetzt hohe Bedarf bald weiter steigen wird: Gegenwärtig haben bundesweit 18,6 % der Bevölkerung einen Migrationshintergrund, bei den unter 16-jährigen sind es jetzt noch 22 %, in fünf Jahren werden es schon 40 % sein! In der multikulturellen Stadt Frankfurt haben schon jetzt sehr viel mehr Menschen einen Migrationshintergrund: 39,5 % der Erwachsenen und über 50 % der unter 15-jährigen. Der Schlüssel zur Integration liegt nach Salman in Bildung, Sprache, Arbeit, spezifischen Kenntnissen, Partizipation und vor allem erfolgt er über Gesundheit! Dort wo Menschen gesund leben können und durch Gesundheitsdienste gut versorgt werden, fühlen sie sich integriert. Das erfordere auf Seiten des Versorgungssystems eine interkulturelle Öffnung. Integration bedeute migrantenspezifische kultursensible Angebote in der Regelversorgung zu etablieren. Selbstverständlich müssten Übersetzungsleistungen überall dort vergütet werden,

wo sie eine Voraussetzung adäquater Versorgung sind. Bisher bestehe weder ein Anspruch auf Dolmetscher noch auf muttersprachliche Therapie. Die Behandlung von Migranten allein durch Migranten sei keine Lösung: „Innerhalb des Systems muss fremdsprachige Therapie möglich sein.“ so Salman.

Ältere Menschen

Die psychotherapeutische Unterversorgung älterer Menschen führt die Frankfurter Psychoanalytikerin Dr. Christiane Schrauder auf ein „Vermeidungsbündnis“ von Ärzten, Patienten und Psychotherapeuten zurück. Die häufigen psychischen Erkrankungen älterer Menschen zeigen sich vermehrt in Körpersymptomen, mit denen sie sich vorwiegend an Hausärzte wenden. Dort werden die Hälfte der psychischen Erkrankungen nicht erkannt, Depressionen oft als Begleiterscheinungen des Alters stereotyp fehlinterpretiert, oder diagnostizierte Erkrankungen aufgrund negativer Altersstereotype und mangelndem Wissen nicht überwiesen. Obwohl zwischen 25 und 60 % der alten Menschen unter psychischen Erkrankungen leiden, sind sie in psychotherapeutischen Praxen mit 1 % unterrepräsentiert (in psychosomatischen Kliniken sind 5 % über 65 Jahre). Neben den Vorbehalten auf Seiten der älteren Patienten gegenüber Psychotherapie, sind es auch die der psychotherapeutisch Tätigen insbesondere der jüngeren, die die mangelnde Inanspruchnahme erklären. Abhilfe könnten in die Lebenswirklichkeit integrierte Angebote, z.B. in Seniorenheimen, interdisziplinäre Kooperationen vor Ort und aufsuchende Hilfen und Beratung, aber auch die gezielte Fortbildung der Gutachter schaffen. Zur Überraschung mancher Zuhörer nehmen ältere Paare zunehmend Beratung in Anspruch: Trennung, Scheidung und Paarprobleme nach 65 scheinen immer weniger tabuisiert.

Abschließende Podiumsdiskussion

Den Teilnehmerinnen der Tagung war sofort deutlich geworden, dass die Stiefkinder der psychotherapeutischen Versorgung – sozial Schwache, Kinder, psychosomatische Patienten/innen, Ältere, Migranten und geistig Behinderte – auch in der ärztlichen Praxis nicht flächendeckend adäquat diagnostiziert und behandelt werden. Menschen, die mit ihren psychischen Problemen nicht in den Genuss von Psychotherapie kommen – u.a. aufgrund ihrer sozialen Herkunft, Bildung, Sprache oder ländlichen Wohngegend – (83 % der therapiebedürftigen Kinder, 63 % der behandlungsbedürftigen Erwachsenen) wenden sich mit diesen Problemen an die Ärzteschaft und nehmen eine Vielzahl medi-

zinischer Dienstleistungen in Anspruch, ohne dass Heilung erfolgt. Dies leistet der Chronifizierung ihrer psychischen Leiden noch Vorschub. Mehr als die Hälfte der Patienten mit psychischen Beschwerden spricht diese beim Hausarzt/ärztin nicht an, die Erkennungsrate von psychischen Problemen liegt erschreckend niedrig. Über den Notstand bestand unter den Podiumsteilnehmer/innen aus Klinik: Professor Dr. Christine Freitag und Praxis: Dr. Uli Müller – KV Hessen: Dr. Margita Bert – Hessisches Ministerium für Gesundheit: Susanne Nöcker – Verband der Ersatzkassen: Dr. Hubert Schindler, am Ende der Tagung seltene Einigkeit. Die Diskussion konzentrierte sich auf gesellschaftliche und gesundheitspolitischen Ursachen (Primat der Ökonomie vor Fachlichkeit) und mögliche

Konsequenzen: mehr Prävention, z.B. durch mehr Psychotherapie von Kindern und Frühförderung; Selektivverträge für Modellprojekte und Modelle in bestehenden Einrichtungen mit Gehstruktur entwickeln; Neuregelung der Zulassungen und Sonderbedarfszulassungen zur Berücksichtigung unterversorgter Gruppen. Die engagierte Suche nach Lösungen unter Einbeziehung des Publikums beleuchtete unversehens erneut die politische Brisanz des Themas und die Notwendigkeit interdisziplinärer Kooperation von Leistungserbringern und Kostenträgern, um die erforderlichen strukturellen Veränderungen voranzutreiben.

*Professor Dr. med.
Cornelia Krause-Girth*

Beweissicherung nach Vergewaltigung jetzt auch ohne Anzeige Landesweiter Modellversuch in Frankfurt angelaufen

Die Dunkelziffer bei Sexualstraftaten ist hoch. Aus Scham und Angst, eine Vergewaltigung öffentlich zu machen, lassen sich viele Betroffene nicht ärztlich versorgen. Sie erstatten keine Anzeige. Um Frauen eine zeitnahe umfassende ärztliche Untersuchung mit Befundsicherung zu ermöglichen, die eine Anzeige zu einem späteren Zeitpunkt unterstützt, hat der Frankfurter Frauennotruf gemeinsam mit der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe und dem Institut für Rechtsmedizin, beide am Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt, ein neues Verfahren zur Beweissicherung erarbeitet. Betroffene können jetzt Befunde erheben und kostenfrei aufbewahren lassen, ohne vorher Anzeige zu erstatten.

Die gynäkologische Ambulanz und das Institut für Rechtsmedizin führen Untersuchungen und Sicherstellung im Auftrag der Patientin mit großer Erfahrung und Einfühlungsvermögen durch. Die Rechtsmedizin hat sich bereit erklärt, die von der Universitätsklinik übersandten Befunde vorerst ein Jahr lang kostenlos gerichtsfest aufzubewahren. Entschließt sich die Patientin in dieser Zeit zur Anzeige, übergibt die Rechtsmedizin die Materialien an Polizei und Staatsanwaltschaft. Kommt es zu keiner Anzeigerstattung, wird das Material nach einem Jahr vernichtet.

Bisher kann nur die Polizei Befunde in den ersten Stunden und Tagen nach einer Vergewaltigung sichern lassen. Dazu ist eine Anzeige der Betroffenen Voraussetzung. Bei der neuen sogenannten „patientinnenbeauftragten Untersuchung“, landesweit erstmalig in Frankfurt eingeführt, kann die Patientin sich nach einer Gewalttat medizinisch untersuchen lassen und zu einem späteren Zeitpunkt Anzeige erstatten. Erst mit diesem Schritt erlaubt sie, dass die ärztlichen Befunde an Polizei und Staatsanwaltschaft übermittelt werden.

Der Frauennotruf Frankfurt setzt sich dafür ein, dass die medizinische Versorgung nach einer Vergewaltigung vermehrt von Betroffenen in Anspruch genommen wird, auch wenn noch nicht sicher ist, ob die Patientin Anzeige erstatten wird. Bereits 2007 hat die Beratungsstelle Frauennotruf den Befundbogen „Befunderhebung, Spurensicherung, Versorgung bei Verdacht auf sexualisierte Gewalt“ erstellt, um Ärztinnen und Ärzten ein Instrument zur qualifizierten Behandlung und Befundung zur Verfügung zu stellen. Auftraggeber und Herausgeber ist das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit. Umfassende Informationen zum Vorgehen finden Sie unter www.frauennotruf-frankfurt.de, Stichwort „Notfall Vergewaltigung“.

Telefonnummer des Frauennotrufs: 069 709494

Schweinegrippe: Pan-demie oder Pan-ik

H. Uphoff, A.M. Hauri

Einleitung

Influenzaviren verursachen eine Infektion der Atemwege mit Symptomen, die von einer inapparenten Infektion oder leichtem Schnupfen, bis hin zur schweren Pneumonie oder einem Sepsis-Syndrom reichen. Klinisch lässt sich die Influenza nicht von Infektionen mit anderen Erregern von Atemwegsinfektionen unterscheiden. Aufgrund des hohen epidemischen Potentials tritt die Influenza als einige Wochen andauernde Erkrankungswellen auf, die meist große Regionen und alle Altersgruppen in unterschiedlicher Intensität betreffen. Das Erscheinungsbild dieser Erkrankungswellen kann sich jedoch – je nach dominierendem Subtyp (man unterscheidet die Typen A und B, sowie die Subtypen A/H1N1 und A/H3N2 der Influenza A) oder besonders betroffener Altersgruppe – stark unterscheiden: mal fällt die jährliche Influenzawelle zwischen all den anderen Atemwegsinfekten im Winterhalbjahr nicht besonders auf, mal wundert man sich über leere Schulklassen, mal fallen die vermehrten Todesanzeigen auf, oder man stöhnt unter Mehrarbeit, weil ein Drittel der Arbeitskollegen und Kolleginnen krank sind.

Die Influenza kann sich aber auch in einer weiteren Facette präsentieren – als Pandemie. Diese tritt ein, wenn sich ein „neuer“ Subtyp in der menschlichen Population ausbreitet, der von den saisonalen Erregern deutlich abweicht. Aber auch dieses Ereignis hat, außer einer raschen Ausbreitung in Zusammenhang mit Reiseströmen, kein einheitliches Erscheinungsbild. Die bisherigen Beobachtungen solcher Pandemien beschreiben sehr unterschiedliche Erkrankungsraten und Anteile der verschiedenen Krankheitsverläufe. Die verheerende Pandemie 1918/19 steht neben relativ gemäßigten Pandemien wie die der Jahre 1957/58. Diese mögen aber auch nicht das obere bzw. untere Ende der Skala der Fol-

genschwere („Impact“-Skala) darstellen, wenn man z.B. an die sehr blande verlaufene fragliche Pandemie um 1900 denkt [1].

Da das Auftreten von Pandemien und deren Erscheinungsbild nicht vorhersehbar ist, macht es Sinn, Vorbereitungen zu treffen, um insbesondere die Folgen einer schweren Pandemie möglichst gering zu halten. In Deutschland und weltweit sind solche Planungen unternommen worden, nicht zuletzt mit Blick auf die sich ausbreitende Influenza A/H5N1, auch Vogelgrippe genannt. Die Annahmen für die Planung waren meist an einem sogenannten „wahrscheinlichen Szenario“ orientiert, das mit Erkrankungsraten von 20 % bis 50 % und einem etwas höheren Anteil schwerer Verläufe als bei der saisonalen Influenza eher in der Mitte der Impact-Skala zu suchen ist.

Mitten in der Planung und Vorbereitung auf eine mögliche „H5N1-Pandemie“ hat uns die Influenza wieder einmal überrascht. Scheinbar aus dem Nichts trat plötzlich ein reassortiertes A/H1N1-Virus in Mexiko und USA auf, das sich im Schwein aus aviären, humanen und porcinen Komponenten reassortiert hatte (im weiteren Text als A/H1N1v bezeichnet). A/H1N1 hatte vor fast 100 Jahren die verheerende Pandemie 1918/19 ausgelöst und dann bis 1957 als saisonale Influenza gewütet, bevor es komplett von A/H2N2, dem pandemischen Virus von 1957 verdrängt wurde. Als das Virus 1976/77 plötzlich wieder auftauchte ging es nochmals um die Welt und erfasste als relativ milde Erkrankung insbesondere die jungen, nach 1957 geborenen Altersgruppen. Seitdem zirkuliert A/H1N1 in unregelmäßigen Wellen als saisonale Influenza. Was musste man nun nach dem erneuten Wiederauftreten von A/H1N1 erwarten? Die Spekulationen wa-

ren breit gestreut: es wurden dem neuen Virus als Verwandtem des Pandemievirus 1918 sowohl ähnlich verheerende Auswirkungen zugeschrieben, als auch deutlich geringere, ähnlich der Situation 1976/77, als der an den Menschen adaptierte Nachfahre zum ersten Mal erneut auftrat.

In der anfänglichen Verwirrung zeigte sich erneut der enorme Wert von verlässlichen Surveillance-Daten. Diese konnten am ehesten von etablierten und auch in „Friedenszeiten“ verlässlichen Systemen geliefert werden, da hier auch Vergleichsdaten vorhanden sind. Aber auch bei diesen Systemen ist die Interpretierbarkeit eingeschränkt, wenn die Erfassung durch Anpassungen im System oder einer veränderten Interaktion der Bevölkerung mit den Erfassungsstellen, z.B. durch Panik-Konsultationen, verändert ist. Als wichtige und durch den eindeutig erfassbaren Endpunkt (den Todesfall) „harte“ Datengrundlage rückte die Mortalität stark in den Fokus und belegte die Bedeutung einer zeitnahen Erfassung der Gesamtsterbefälle.

Am 11. Juni 2010 wurde das A/H1N1v-Geschehen in Phase 6 eingestuft, der höchsten Stufe des Pandemieplanes der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Dies löste eine Reihe von im Rahmen der Planung gebahnter Aktivitäten aus, wie z.B. die Herstellung eines „pandemischen Impfstoffes“, Abnahmezusicherungen dessen durch viele Regierungen und schlussendlich den Beginn der Produktion.

Verlauf der Pandemie in Hessen

In dieser Unsicherheit traten ab Ende Mai auch in Hessen erste, zunächst überwiegend aus Mexiko und USA importierte Erkrankungen auf. Das Infektionsgeschehen blieb den Sommer über auf einem

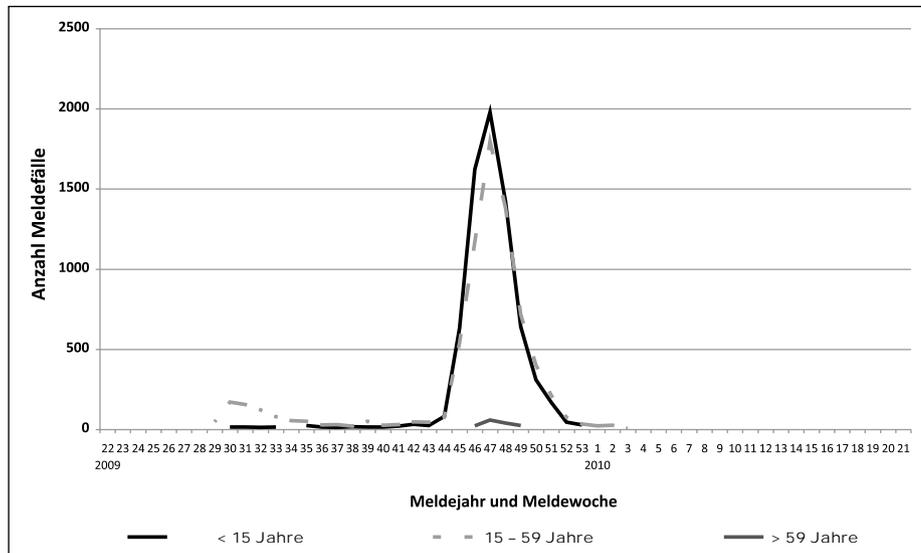


Abbildung 1: Anzahl der nach Infektionsschutzgesetz in Hessen gemeldeten A/H1N1v-Fälle nach Altersgruppen, Meldewoche und Meldejahr (n = 14.928, Stand: 3. Februar 2010)

unterschwelligem Niveau (das heißt, eine Zunahme der Gesamtmorbidität war im Überwachungssystem der Arbeitsgemeinschaft Influenza nicht feststellbar), und bei den gemeldeten Fällen dominierten im Ausland erworbene Erkrankungen. Erst in der 43./44. Kalenderwoche stiegen die Erkrankungszahlen deutlich an und leiteten die epidemische Verbreitung auch in Hessen ein. Zu diesem Zeitpunkt lagen bereits erste Berichte von der Südhalbkugel vor, die auf einen eher milden Ver-

lauf hinwiesen [2]. Es bestand aber weiterhin Unsicherheit darüber, ob sich aufgrund der längeren unterschwelligen Ausbreitung (sog. „seeding phase“) auf der Nordhalbkugel ein größerer Teil der Bevölkerung infizieren könnte. Darüber hinaus wurde die Gefahr einer Mutation diskutiert, die eine höhere Pathogenität bewirken könnte. Insgesamt erschien das Virus recht stabil, obwohl vereinzelt Mutationen entdeckt wurden [3,4], denen aber kein wesentlicher Einfluss auf die Folgen-

schwere der Erkrankungswelle zugeordnet werden konnte.

Zu Beginn der Erkrankungswelle waren die ersten Impfstoffdosen ab der 44. KW verfügbar. Jedoch fielen die Liefermengen geringer aus, da die Antigen-Ausbeute zur Herstellung der Impfstoffe geringer als erwartet war. Die Problematik und Chronologie der Impfkampagne soll in einem folgenden Artikel eingehend behandelt werden.

Meldesystem nach Infektionsschutzgesetz und AGI

Am 3. Mai 2009 (18. KW) wurde die Verordnung zur Meldepflicht für Erkrankungen an A/H1N1v nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Deutschland wirksam. Alle gemeldeten Fälle wurden vom öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) erfasst und an das Robert Koch-Institut (RKI) weitergeleitet. In Abbildung 1 ist die Anzahl der nach IfSG in Hessen gemeldeten A/H1N1v-Fälle nach Altersgruppen, Meldewoche (MW) und Meldejahr dargestellt. Ab der 43. MW stiegen die Meldezahlen deutlich an und erreichten kurz darauf den Höhepunkt in der 46./47. MW. Diese Meldezahlen wurden jedoch neben wechselnden Falldefinitionen und Meldeverordnungen von einer Vielzahl weiterer Faktoren beeinflusst.

Das Sentinel-System der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) besteht seit 1992 und erfasst die Zahl der Konsultationen aufgrund akuter Infekte der Atemwege nach Altersgruppen in etwa 800 Praxen bundesweit [<http://influenza.rki.de/>].

In Abbildung 2 werden die Meldedaten nach IfSG den „Praxisdaten“ der AGI gegenüber gestellt. Hierzu wurden die im Meldesystem erfassten Einzelfälle nach Altersgruppen und Erkrankungswoche mit den von der AGI für Hessen erfassten Konsultationen verglichen. Fallmeldungen, de-

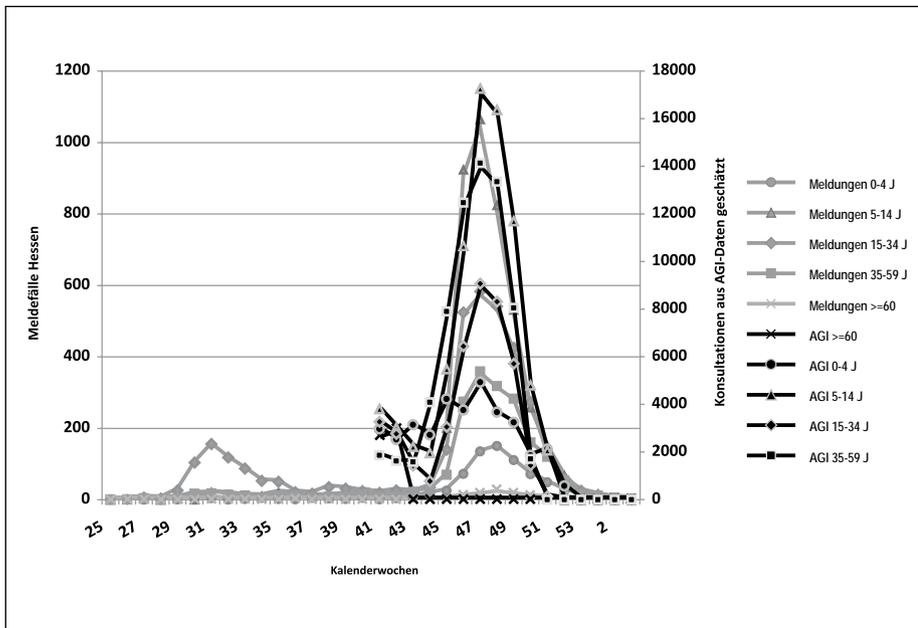


Abbildung 2: Meldezahlen (linke Y-Achse) und geschätzte Zahl zusätzlicher Arzt-Konsultationen (rechte Y-Achse) in Hessen (Quelle: hessische Meldedaten, AGI am RKI)

nen kein Erkrankungsdatum zugeordnet war, wurden nach der Meldewoche zugeordnet. Die mit dem Sentinelsystem der AGI beobachteten Konsultationsinzidenzen der entsprechenden Wochen und Altersgruppen wurden mit entsprechenden

„Erwartungswerten“ (normales Basis-Konsultationsniveau) verglichen. Diese wurde aus den Beobachtungswerten der vergangenen vier Jahre gebildet. Die Differenz der Beobachtungswerte zu den „Erwartungswerten“ wurde als zusätzliche, mut-

maßlich mit Influenza in Zusammenhang stehenden Konsultationen, in eine geschätzte Fallzahl umgerechnet und dargestellt. Ein standardisiertes Verfahren liegt hierfür nicht vor und das Vorgehen beinhaltet arbiträre Momente. Daher ist das Ergebnis als vorläufig zu betrachten und als grober Vergleich der Größenordnung zu verstehen.

Der zeitliche Verlauf der Erkrankungswelle stimmt in beiden Erfassungssystemen gut überein. Insgesamt sind die Zahlen der geschätzten zusätzlichen Arztkonsultationen in Zusammenhang mit A/H1N1v etwa um den Faktor 15 größer als die Meldezahlen. Die Verteilung der Morbidität auf die verschiedenen Altersgruppen ist in beiden Erfassungssystemen erstaunlich ähnlich. Lediglich in der (zahlenmäßig großen) Altersgruppe der 35 bis 59-Jährigen sind die Meldezahlen um einen Faktor von mehr als 30 geringer als die AGI-Schätzungen. Aber auch die aus den Daten der Sentinelpraxen abgeleitete Zahl der zusätzlichen Konsultationen liegt vermutlich um ein mehrfaches unter der tatsächlichen Zahl der Infektionen, da bei häufig milden Verläufen oftmals keine Arztkonsultationen erfolgten.

Krankmeldungen in Schulen

In Hessen wurde ab der 45. KW auf einem Onlineportal des Kultusministeriums die wöchentliche Zahl der neu als „krank gemeldeten“ Schüler und Lehrer (hier wurden alle Ursachen einbezogen) registriert. Personen, für deren Abwesenheit kein Grund bekannt war (z.B. Beurlaubung), wurden ebenfalls als krank gezählt.

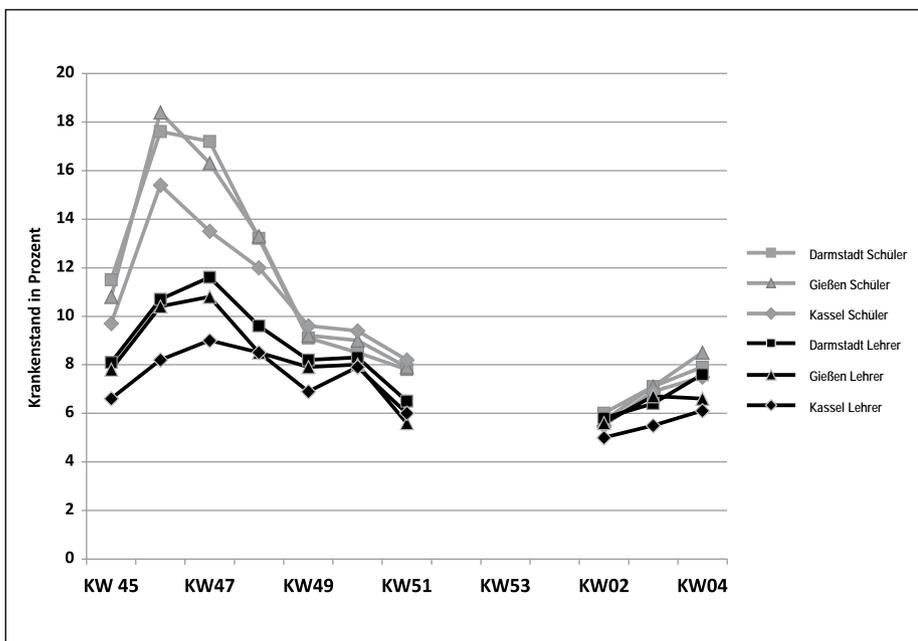


Abbildung 3: Anteile in Prozent der neu krank gemeldeten Schüler und Lehrer nach Regierungsbezirk, 45. Kalenderwoche 2009 – 4. Kalenderwoche 2010

Es zeigte sich ein relativ hohes Niveau bereits in der 45. KW, das zur 46. drastisch anstieg und in der 46./47. KW seinen Höhepunkt erreichte (bis 18 % unter den Schülern). Danach gingen die Erkrankungszah-

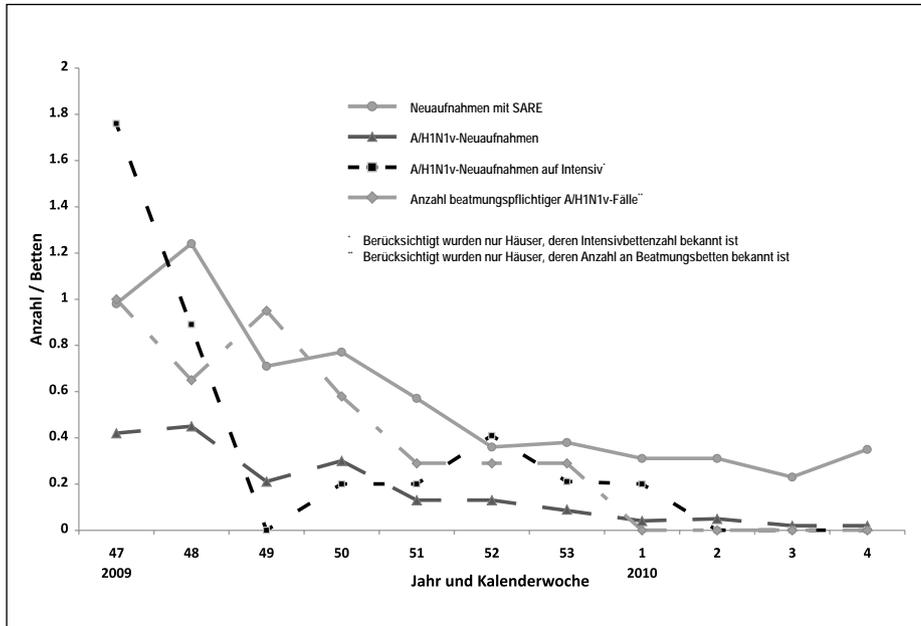


Abbildung 4: SARE-Surveillance: Anzahl der Fälle / 100 Betten, Hessen, 27. Kalenderwoche 2009 – 4. Kalenderwoche 2010

len bis zu den Ferien in der 49. KW zurück. Nach den Ferien stieg die Zahl der Krankmeldungen von etwa 5 % bis 6 % in der 2. KW auf 6 % bis 8 % in der 4. KW an. (Quelle: Erhebung zur Pandemievorsorge des Hessischen Kultusministeriums, Referat Z5)

SARE-Surveillance

Der wichtige Bereich der stationären Versorgung wurde – außer einem Pilotprojekt in Brandenburg – vor der Pandemie weder auf Bundes- noch auf Landesebene durch ein Surveillance-Instrument abgedeckt. In Hessen wurde daher zur 47. KW 2009, als

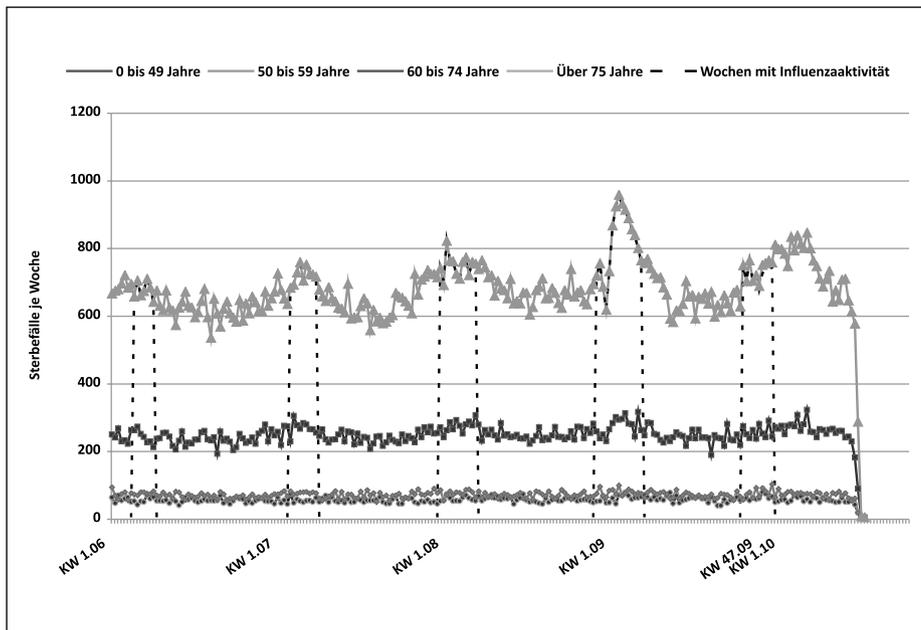


Abbildung 5: Sterbefälle in Hessen, 1. Kalenderwoche 2006–2010, nach Altersgruppen

bereits der Scheitelpunkt der Erkrankungswelle erreicht war, ein neues Überwachungssystem etabliert. Die hessischen Krankenhäuser wurden gebeten, alle stationären Fälle einer A/H1N1v-Infektion oder einer schweren akuten respiratorischen Erkrankung (SARE) an das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG) zu melden. Erkrankungen wurden nach Altersgruppen erfasst und Angaben zu Intensiv- bzw. Beatmungspflichtigkeit erhoben. Bis zu 79 Krankenhäuser haben an der Erfassung teilgenommen (etwa 1/3 der hessischen Krankenhäuser). Die Beurteilung der Daten wurde jedoch durch die unregelmäßige Teilnahme vieler Häuser erschwert. Dies konnte durch den Bezug auf Bettenzahlen nicht vollständig ausgeglichen werden, da ganz unterschiedliche Krankenhäuser teilnahmen.

In Abbildung 4 wird dennoch erkennbar, dass es zu einer vermehrten Aufnahme von SARE- bzw. A/H1N1v-Fällen auf Intensivstationen kam. Ein Teil dieser Patienten blieb längere Zeit beatmungspflichtig. Anekdotisch ist bekannt, dass in dieser Zeit die Behandlungsplätze für die extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO) durch Patienten mit A/H1N1v stark in Anspruch genommen wurden. Insgesamt waren keine weiteren Steuerungsmaßnahmen erforderlich, da das Versorgungssystem die Menge der Erkrankungen bewältigen konnte.

Surveillance der Todesfälle

In Hessen werden in den Standesämtern registrierte Todesfälle zeitnah über das Statistische Landesamt an das HLPUG übermittelt. Bei den Todesfällen war in keiner Altersgruppe ein deutlicher Anstieg über das jahreszeitlich erwartete Niveau hinaus zu beobachten (Abbildung 5). In den Altersgruppen der 15 bis 34-Jährigen und der 35 bis 49-Jährigen nahmen die

Sterbezahlen während der Zirkulation der A/H1N1v etwas zu. Der Verlauf legte einen Zusammenhang mit der Zirkulation des A/H1N1v jedoch nicht zwingend nahe. So lag der Peak der Sterbefälle in der Altersgruppe der 15 bis 34-Jährigen in der 46. KW und der Peak der Altersgruppe der 35 bis 49-Jährigen in der 49. KW. Darüber hinaus gab es sowohl 2009 als auch in den vorherigen Jahren einzelne vergleichbare Peaks, die nicht, oder nicht plausibel, mit der Zirkulation der Influenza in Beziehung stehen.

Insgesamt ist eine über die mit dem Meldewesen erfassten Sterbefälle hinausgehende Zahl von Todesfällen in Zusammenhang mit der Zirkulation der A/H1N1v nicht auszuschließen, der mögliche Kausalzusammenhang bleibt aber lose. Ein drastischer, die im Meldewesen registrierten Sterbefälle um ein vielfaches überschreitender Exzess von möglichen Todesfällen in zeitlichem Zusammenhang mit A/H1N1v ist jedoch nicht erkennbar. Für eine abschließende Bewertung sind jedoch weitere Untersuchungen erforderlich.

Todesfallmeldungen nach IfSG

Insgesamt wurden in Hessen bisher 20 Todesfälle mit A/H1N1v-Nachweis und möglichem Zusammenhang mit einer A/H1N1v-Erkrankung gemeldet. Bei 14 Fällen sind medizinische Risikofaktoren einschließlich Schwangerschaft und Adipositas bekannt.

Fazit

Der Verlauf der Erkrankungswelle mit Höhepunkt Ende November bis Anfang Dezember beschreibt eine typische, kompakte Erkrankungswelle durch Influenza. Das Erkrankungsniveau blieb in einem auch für die saisonale Influenza üblichen Rahmen. In den jüngeren Altersgruppen war eine deutlich höhere Erkrankungs-

inzidenz festzustellen als in den höheren Altersgruppen, was auch für die saisonale A/H1N1 typisch ist. Es kam jedoch zu schweren Verläufen, häufiger auch in jüngeren Altersgruppen, vermehrten Einweisungen und schweren, oft intensivmedizinisch behandelte „Verläufe“ mit teils langer Liegedauer. Dies wurde auch in anderen Ländern beobachtet und in der Literatur beschrieben [5,6,7]. Es wurden in Hessen 20 Todesfälle in Zusammenhang mit der Erkrankung registriert und ein vermutlich mit der Viruszirkulation in Zusammenhang stehender geringer Exzess von Todesfällen in der Altersgruppe der 15 bis 59-Jährigen beobachtet, der größenordnungsmäßig mit der Zahl der im Meldesystem nach Infektionsschutzgesetz erfassten Fälle übereinstimmt, aber durchaus auch bis zu dem dreifachen der Zahl Raum ließe.

Leider stehen für einige der Daten, die zur Beurteilung der Folgen herangezogen werden, keine Vergleichsdaten zur Verfügung. Die Daten der SARE-Surveillance zum Beispiel sind schwer zu beurteilen, da nicht bekannt ist, wie die Bettenbelegung in

anderen Jahren in der entsprechenden Jahreszeit war, oder wie die Situation während „normaler“ saisonaler Influenzawellen ist. Die Interpretation weiterer vorhandener Daten wird durch Änderungen, z.B. der Falldefinition, des Konsultationsverhaltens, oder der Aufmerksamkeit gegenüber bestimmten Syndromen erschwert. Daher sind kontinuierlich, auch in unkritischen Phasen arbeitende Surveillance-Systeme, von großer Bedeutung.

Fest steht: es sind Personen gestorben oder schwer erkrankt mit teils langfristigen Folgen. Damit ist die Pandemie sicher kein „PR-Gag“ oder „Luftnummer“ der Pharmaindustrie. Die Pandemie verlief überraschend milder als in den Planungsszenarien erwartet. Bei der Pandemieplanung ist man weltweit von einem „mittelschweren Szenario“ ausgegangen. Mildere Verlaufsformen hat man nicht in die Planungen einbezogen, da man annahm, hierfür keine Vorbereitung zu brauchen. Die zusätzlichen Maßnahmen, die mit der Pandemiestufe 6 ausgelöst wurden, wichen jedoch von der Handhabung einer saisona-

len Influenza-Welle ab und legen die Berücksichtigung eines breiteren Szenarienspektrums für die weitere Planung nahe.

Im Hinblick auf die in Deutschland gewohnten Sicherheitsstandards waren die langfristigen, strategischen Entscheidungen, wie z.B. zur Impfstoffbestellung, alternativlos. Insbesondere im Hinblick auf die, zu den Zeitpunkten an denen die Entscheidungen gefällt werden mussten, bestehenden Unsicherheiten.

Um den Vorbereitungsstand zu verbessern sind umfassende Analysen der Erfahrungen notwendig. Allerdings sollten die Erfahrungen mit der glücklicherweise milden Pandemie die Sicht auf das breite Spektrum der möglichen Szenarien nicht verstellen. Es gilt einen ausgewogenen Rahmen zwischen konzertiertem Handeln

und ausreichender Flexibilität zu schaffen, Unsicherheiten bei der Risikobewertung durch eine solide Surveillance zu reduzieren und so eine sinnvolle Bewertung der Schwere eines solchen Ereignisses zu erreichen.

In einigen Bereichen ist die Planbarkeit begrenzt, die Teilaspekte sind sehr komplex und berühren z.B. politische und ethische Fragestellungen.

Literatur:

- 1.) Webster RG, Bean WJ, Gorman OT, Chambers TM, Kawaoka Y. Evolution and ecology of influenza A viruses. *Microbiol Rev* 1992;56:152-79.
- 2.) *Eurosurveillance*, Volume 14, Issue 42, 22 October 2009.
- 3.) (http://www.promedmail.org/pls/otn/f?p=2400:1001:8564809110233087::NO::F2400_P1001_BACK_PAGE,F2400_P1001_PUB_MAIL_ID:1004,79432)
- 4.) (http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091120/en/)

- 5.) Jain R, Goldman RD. Novel influenza A(H1N1): clinical presentation, diagnosis, and management. *Pediatr Emerg Care*. 2009 Nov;25(11):791-6.
- 6.) Australia and New Zealand Extracorporeal Membrane Oxygenation (ANZ ECMO) Influenza Investigators. Extracorporeal Membrane Oxygenation for 2009 Influenza A(H1N1) Acute Respiratory Distress Syndrome. *JAMA*. 2009 Nov 4;302(17):1888-95. Epub 2009 Oct 12.
- 7.) Fraaij PL, Houmes RJ, Geukers VM, Gesink-van der Veer BJ, Kneyber MC, Tibboel D. Acute respiratory distress syndrome* (ARDS) as a serious complication of influenza. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2010;153:A1640.

Korrespondenzadresse

Dr. Anja M. Hauri/Dr. Helmut Uphoff
Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen
Wolftramstraße 33
35683 Dillenburg
Fon: 02771 320636
Fax: 02771 36671

Landesärztekammer Hessen

Facetten der Palliativmedizin in der ärztlichen und therapeutischen Zusammenarbeit

Die Behandlung chronischer Krankheiten, die nicht geheilt, nur gelindert werden können, gehört zu den größten menschlichen und fachlichen Herausforderungen für Ärzte und Therapeuten: zum einen muss man sich eingestehen, dass man eigenen und fremden Erwartungen nicht gerecht werden kann, zum anderen sieht man sich durch den nichtheilbaren Patienten mit Ängsten vor eigener Krankheit und Endlichkeit konfrontiert. Dies ist umso mehr der Fall, wenn die chronische Krankheit des Patienten eine Krankheit zum Tode ist, auch wenn sich dieser Prozess über einen längeren Zeitraum hinzieht.

Die Ausbildung in Palliativmedizin gibt hier Sicherheit, wobei im Zentrum der Weiterbildung oft Ärzte, Pfleger und ehrenamtliche Laienhelfer stehen. Hier werden unter anderem die Musterverträge für spezialisierte ambulante Palliativversorgung Abhilfe schaffen, die unter anderem in Hessen als Kernaussage die Kooperation und Bündelung von multiprofessioneller Kompetenz auch mit den bestehenden ambulanten physiotherapeutischen Praxen fordern. Aus diesem Prozess entstehen verstärkt regionale ambulante Netzwerke mit Koordinatoren, die die medizinischen Kompetenzen bündeln.

Diese Fortbildung möchte hierzu einen Beitrag leisten und dadurch Ärzten und Physiotherapeuten die Möglichkeit geben, sich fachlich zu informieren, sich kennenzulernen und auszutauschen.

Die Themen entnehmen Sie bitte dem Programm auf Seite 503

Professor Dr. Alexandra Henneberg
Yvonne Massuger

Extrakorporale Membranoxygenierung als Therapieoption beim Akuten Lungenversagen – Eine aktuelle Darstellung aus Anlass der abgelaufenen H1N1 Pandemie

T. Vassiliou, T. Weber, C. Rolfes, H. Wulf

Das Akute Lungenversagen (Adult Respiratory Distress Syndrome (ARDS)) entwickelt sich häufig als Folge von Pneumonie, Sepsis, Thoraxtrauma oder Aspiration. Bei besonders schweren Verlaufsformen wird trotz einer inspiratorischen Sauerstoffkonzentration (FiO_2) von 100 % und hohem Beatmungsdruck keine ausreichende Oxygenierung erzielt. In diesen Extremfällen kommt als vorübergehendes Lungenersatzverfahren eine extrakorporale Oxygenierung und CO_2 -Elimination (ECMO) in Betracht. Die ECMO ist damit ein extrakorporales Organersatzverfahren, bei dem – ähnlich wie bei der Herz-Lungen-Maschine –

über eine großlumige Kanüle Blut mittels einer Pumpe über Membranoxygenatoren geleitet und mit Sauerstoff angereichert und decarboxyliert zum Patienten zurückgeführt wird. Dieses Verfahren wird nur in wenigen Zentren in Deutschland angeboten.

Die therapeutische Anwendung der venösen extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) verfolgt das Ziel, die Invasivität der Respiratorbeatmung deutlich zu reduzieren. Atelek-, Baro- und Volutrauma durch invasive Beatmung provozieren irreversible fibrosierende Veränderun-

gen des Lungengewebes und werden auch unter der sogenannten lungenprotektiven Beatmung (ARDS Network; 2001) beobachtet. Die Grenzen der lungenprotektiven Beatmung sind offensichtlich. Im Falle einer unzureichenden Oxygenierung des Patienten ist üblicherweise eine Erhöhung des Beatmungs-Spitzendrucks über 30 cm H_2O notwendig. Eine Hyperkapnie ist bei Patienten mit Akutem Lungenversagen (ARDS) unter lungenprotektiver Beatmung häufig therapierefraktär, was ebenfalls eine Steigerung des Spitzendrucks über 30 cm H_2O erfordert, um eine Erhöhung des Atemminutenvolumens zu erreichen. Sowohl zur Sauerstoffzufuhr als auch zur Kohlendioxidelimination werden damit längerfristig hohe Beatmungsdrücke erforderlich, die nahezu zwangsläufig zu irreversiblen Lungenschäden führen.

Die ECMO gewährleistet auch in diesen Situationen eine Oxygenierung und CO_2 -Elimination unter Schonung der Lunge. Nach Etablierung der ECMO wird durch den Frischgasfluss über die Oxygenatoren die Decarboxylierung des Blutes sichergestellt. Die Oxygenierung wird im Falle einer venösen ECMO zu etwa 80-90 % durch den Bypass kompensiert, was ebenfalls eine Deeskalierung der Respiratorbeatmung ermöglicht. Üblicherweise kann unmittelbar nach ECMO-Anschluss das Atemzugvolumen auf 3-4 ml/kg KG eingestellt und damit der Beatmungsdruck klinisch relevant reduziert werden. Die Atemfrequenz kann aufgrund der Decarboxylierungsleistung auf 8-12 Atemzüge/min limitiert und die inspiratorische Sauerstoffkonzentration kann zügig von 100 % auf unter 60 % reduziert werden. Außerdem

Tabelle 1: Übersicht der ECMO-Patienten zwischen Januar 2009 bis Juni 2010

Diagnose	Alter	Geschlecht	Horowitz Quotient ¹ ($\text{paO}_2/\text{FiO}_2$) ²	Überleben
H1N1	39	M	35	ja
H1N1	21	M	55	ja
H1N1	19	W	50	ja
H1N1	52	W	60	nein
H1N1	45	M	73	nein
Lungenkontusion	16	M	40	ja
Lungenkontusion	17	M	35	ja
Pneumonie	52	M	39	ja
Sepsis	35	M	48	ja
Sepsis	56	M	35	ja
Mendelson Syndrom	29	M	63	ja
Pneumonie	67	M	58	ja
Pneumonie	53	M	61	ja
Pneumonie	47	M	47	nein
M. Wegener	26	M	59	nein
Pneumonie	51	M	55	nein
MEDIAN bzw. ratio	39	2W/13M	55	10/5

¹ (Der Horowitz Quotient beschreibt das Ausmaß der funktionellen Lungenschädigung, speziell der Gaswechselstörung für Sauerstoff. Ein Quotient von 35 bedeutet z.B., dass mit 100 % Sauerstoff in der Inspirationsluft lediglich ein arterieller Partialdruck von 35mmHg erreicht wird (Norm (altersabhängig): paO_2 ca. 80-100mm Hg bei 21 % O_2))

² Horowitz Quotienten bei FiO_2 von 1,0 und 20 ppm inhalativen Stickstoffmonoxid



Abb. 1: Konventionelles ECMO-System mit zwei Rollerpumpen

erlaubt die vergleichsweise moderate Respiratoreinstellung eine flachere Sedierung, was wiederum augmentierte Beatmungsformen (z.B. CPAP) zulässt und die Gefahr beatmungsassoziierter Lungenschäden weiter minimiert.

Die Effektivität der ECMO bei der Behandlung von Patienten mit ARDS wird seit

Erstbeschreibung des Verfahrens Anfang der 70er kontrovers diskutiert. Allerdings hat die Anwendung der ECMO in den letzten Jahren durch technische Innovationen von Steuerungselementen und Blutpumpen, durch die Publikation der Cesar-Studie und die H1N1-Pandemie eine Renaissance erfahren. Insbesondere die Miniaturisierung von Blutpumpen sowie die

Implementierung innovativer Steuerelemente haben zu einer deutlichen Stabilisierung des extrakorporalen Systems während der Anwendung beigetragen. Die modernen ECMO-Systeme passen sich nun den Anforderungen der Intensivtherapie an, was eine vergleichsweise flachere Sedierung ermöglicht und Spontanatmung, Husten sowie eine vorsichtige Mobilisierung der Betroffenen erlaubt. Als vergleichsweise häufige Komplikation der ECMO-Therapie wurden aufgrund der großen Fremdoberfläche nach wie vor Störungen der Blutgerinnung beobachtet. Allerdings wurden in den letzten Jahren durch Verbesserungen der Heparinbeschichtungen sowie der Antikoagulationskonzepte Fortschritte erzielt, die geeignet sind, das Risiko für schwere Blutungskomplikationen deutlich zu minimieren.

Der technische Fortschritt spiegelt sich offensichtlich im therapeutischen Vorteil der ECMO-Therapie wider, der sowohl durch eine aktuelle klinische Studie („Cesar“, Peek et al.; 2009) als auch durch eine prospektive Beobachtungsstudie bei Patienten mit ARDS nach H1N1-Infektion (ANZ; 2009) belegt wird. Die Arbeitsgruppe um Peek (2009) beobachtete als Ergebnis einer prospektiven randomisierten Studie, in die 180 Patienten einbezogen wurden, dass die Sechsmonats-Überlebensrate durch die Anwendung der ECMO im Vergleich zur alleinigen konventionellen Respiratortherapie um 16 % gesteigert werden konnte (63 vs. 47 %). Die Resultate dieser Untersuchung belegen allerdings auch, dass insbesondere Patienten von der ECMO profitieren, die weniger als acht Beatmungstage vor Anschluss aufweisen. Diese Beobachtung unterstützt das Rational der ECMO-Therapie, wonach die Prävention beatmungsassoziierter Lungenschäden, die Prognose des ARDS begünstigt. Eine prospektive Beobachtungsstu-



Abb. 2: Aktuelles ECMO-System mit einer miniaturisierten Blutpumpe



Abb 3: ECMO-Therapie

die an 68 Patienten mit ARDS nach H1N1-Infektion (ANZ; 2009), die auf 15 Intensivstationen in Australien und Neuseeland durchgeführt wurde, zeigte bei Anwendung der ECMO eine Überlebensrate von 79 %.

Seit 1984 wurden auf der Anästhesiologischen Intensivstation des Universitätsklinikums Marburg 235 Patienten mittels ECMO behandelt. Zwischen 1984 und 2007 betrug die Letalität etwa 50 %. In diesem Zeitraum kamen konventionelle Rollerpumpensysteme zur Anwendung. Nach Implementierung moderner, miniaturisierter ECMO-Systeme im Januar 2008 konnte die Letalität auf 30 % gesenkt werden (8 von 28 Patienten). Die Indikation für eine ECMO-Therapie besteht nach wie vor bei Pa-

tienten mit ARDS, bei denen mittels konventioneller Respiratorbehandlung keine ausreichende Oxygenierung erreicht werden kann. In der überwiegenden Anzahl der Fälle findet sich als Ursache für das ARDS eine bakterielle Pneumonie. Bei diesen Patienten ist eine passagere ECMO-Therapie oft aufgrund des typischen alveolären Lungenödems notwendig, welches eine suffiziente Beatmung mittels Respirator unmöglich macht. Weitere Indikationen für die ECMO finden sich häufig beim Mendelson Syndrom, schwerer Lungenkontusion, Vaskuliden und Glomerulonephritiden mit Lungenbeteiligung sowie bei mykosen und viralen Pneumonitiden.

Während der H1N1-Pandemie wurden auf der Anästhesiologischen Intensivstation

des Universitätsklinikums Marburg zehn Patienten (5w/5m) mit ARDS nach H1N1-Infektion versorgt. Zwei Patienten verstarben während der Behandlung auf der Intensivstation. Unsere Patienten waren zwischen 19 und 62 Jahre alt (Median 35 Jahre). Wir behandelten je fünf Frauen und Männer. Als Vorerkrankungen fanden sich bei sechs Betroffenen eine Adipositas (BMI ≥ 30), bei drei Patienten ein Asthma bronchiale und bei einem ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus. In Anlehnung an einen Fallbericht von Kidd und Mitarbeitern (2009) wurde zusätzlich zur enteralen Gabe von Oseltamivir via Magensonde intravenös Zanamivir verordnet. Außerdem kam eine Glucokortikoid-Therapie nach Meduri et al. (2007) zur Anwendung. Bei fünf der zehn Patienten war unter lungen-

protektiver Beatmung mit einer FiO_2 von 100 %, die durch inhalatives Stickstoffmonoxid (20 ppm) supplementiert wurde, keine ausreichende Oxygenierung ($\text{paO}_2 \leq 60 \text{ mm Hg}$) möglich. In diesen Fällen wurde eine ECMO-Therapie begonnen. Die ECMO-Therapie wurde zwischen fünf und 32 Tagen durchgeführt (Median neun Tage). Ein Patient verstarb während der Behandlung am Bypass. Eine weitere Patientin erlag 34 Tage nach Beendigung der ECMO-Therapie den Folgen einer nosokomialen Sepsis. Die übrigen drei ECMO-Patienten konnten in die zuweisenden Kliniken verlegt werden und sind mittlerweile in ihr Alltags- und Berufsleben zurückgekehrt. Dies sind typische Beispiele dafür, dass Patienten nach erfolgreicher ECMO-Therapie unter Berücksichtigung der Vor- und Grunderkrankungen eine hohe Lebensqualität erreichen.

Die aktuellen Studien belegen ebenso wie die eigenen klinischen Erfahrungen, dass der Einsatz der ECMO bei Patienten mit ARDS geeignet ist, die Mortalität zu sen-

ken und die Prognose langfristig zu verbessern. Die Anwendung der ECMO lediglich als Ultima ratio bei Patienten, die länger als sieben Tage invasiv mit Spitzendrücken über 30 cm H_2O und einer hohen FiO_2 (≥ 60 %) beatmet wurden, wird zunehmend kritischer bewertet, da ein therapeutischer Vorteil nicht nachzuweisen ist (Ausnahme: ECMO als Überbrückung zur Lungentransplantation). Eine Indikation für die Anwendung dieses Verfahrens besteht grundsätzlich, wenn die Ursache für das Lungenversagen kausal therapiert werden kann oder der Verlauf der zugrundeliegenden Erkrankung eine gute selbstlimitierende Prognose im Sinne einer Restitutio erwarten lässt (z.B. Varizellen-Pneumonie). Bei kardialer Ätiologie für ein Lungenversagen ist die venovenöse ECMO ungeeignet. In diesen Fällen kann ein arteriovenöses Verfahren (Herz-Lungen-Maschine) als Therapieoption genutzt werden.

Voraussetzung für die erfolgreiche Anwendung der ECMO ist ein speziell geschultes Ärzte- und Pflegeteam. Offensichtlich profitieren insbesondere Patien-

ten, bei denen durch die frühzeitige Anwendung der ECMO irreversible beatmungsassoziierte Schädigungen des Lungengewebes vermieden werden können, was die kurzfristige Verlegung von Patienten mit Lungenversagen in spezialisierte Zentren rechtfertigt.

Korrespondenzadresse

Univ.-Professor Dr. med. Hinnerk F. W. Wulf
Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie
Universitätsklinikum Gießen und Marburg
Standort Marburg
Philipps-Universität Marburg
Baldingerstraße, 35033 Marburg
E-Mail: H.Wulf@med.uni-marburg.de

Literatur

- 1: Australia and New Zealand Extracorporeal Membrane Oxygenation (ANZ ECMO) Influenza Investigators, Davies A, Jones D, Bailey M, Beca J, Bellomo R, Blackwell N, Forrest P, Gattas D, Granger E, Herkes R, Jackson A, McGuinness S, Nair P, Pellegrino V, Pettilä V, Plunkett B, Pye R, Torzillo P, Webb S, Wilson M, Ziegenfuss M. Extracorporeal Membrane Oxygenation for 2009 Influenza A(H1N1) Acute Respiratory Distress Syndrome. *JAMA*. 2009 Nov 4; 302(17).
- 2: Kidd IM, Down J, Nastouli E, Shulman R, Grant PR, Howell DC, Singer M. H1N1 pneumonitis treated with intravenous zanamivir. *Lancet*. 2009 Sep 19;374(9694):1036.
- 3: Meduri GU, Golden E, Freire AX, Taylor E, Zaman M, Carson SJ, Gibson M, Umberger R. Methylprednisolone infusion in early severe ARDS: results of a randomized controlled trial. *Chest*. 2007 Apr;131(4).
- 4: Peek GJ, Mugford M, Tiruvoipati R, Wilson A, Allen E, Thalanany MM, Hibbert CL, Truesdale A, Clemens F, Cooper N, Firmin RK, Elbourne D; CESAR trial collaboration. Efficacy and economic assessment of conventional ventilatory support versus extracorporeal membrane oxygenation for severe adult respiratory failure (CESAR): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2009 Oct 17;374(9698):1351-63.
- 5: Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. The Acute Respiratory Distress Syndrome Network. *N Engl J Med*. 2000 May 4;342(18).

Neue Strategien zum Umgang mit der „Volkskrankheit“ Vorhofflimmern

Dieter Leußler

Vorhofflimmern ist eine Erkrankung, die in den letzten Jahren zunehmend an Relevanz gewonnen hat und deren Prävalenz weiter steigen dürfte. Für Ärzte entsteht dadurch ein wachsender Behandlungsdruck. Denn zum einen werden die Symptome des Vorhofflimmerns oft als extrem beeinträchtigend empfunden. Zum anderen drohen im Einzelfall schwere Komplikationen wie Schlaganfälle. Mehr Anstrengung bei der klinischen Forschung erscheint vielen Experten daher wünschenswert.

Die Europäische Gesellschaft für Kardiologie (ESC) schätzt die Zahl der Patienten mit Vorhofflimmern in Europa auf 4,5 Millionen. Auch wenn für Deutschland wegen des Fehlens nationaler Erkrankungsregister keine präzisen Statistiken vorliegen, dürften hier etwa eine Million Menschen von Vorhofflimmern betroffen sein. Die Dunkelziffer ist vermutlich hoch: Das Kompetenznetz Vorhofflimmern schätzt sie auf eine weitere Million.

Neben der koronaren Herzerkrankung und der Herzinsuffizienz sind vor allem die arterielle Hypertonie mit hypertensiver Herzerkrankung und erworbene Herzklappenfehler als Ursachen des Problems bekannt. Da diese Grunderkrankungen überwiegend mit dem Alter assoziiert sind, dürfte die Problematik des Vorhofflimmerns in den nächsten Jahren eher zu- als abnehmen.

„Stolperndes Herz“ belastet Patienten

Zwei Varianten der Erkrankung existieren: Vorhofflimmern kann anhaltend sein. Kardiologen sprechen dann von „persistierendem“ Vorhofflimmern. Es kann aber auch attackenartig auftreten und wird dann „paroxysmal“ genannt. Was beim Vorhofflimmern elektrophysiologisch passiert, ist mittlerweile relativ gut bekannt.

Etwas vereinfacht gesagt liegt eine gestörte Erregungsleitung im Bereich der Vorhöfe des Herzens vor. Es kommt zu sogenannten kreisenden Depolarisationen mit der Folge einer unregelmäßigen Überleitung der Vorhoferregung auf die Kammer.

Klinisch imponiert dies als absolute Arrhythmie: Der Patient hat den Eindruck, dass sein Herz stolpert. Der Arzt spürt einen völlig unregelmäßigen Puls. Häufig, aber nicht zwangsläufig, ist die Kammerfrequenz als Folge dieser Pathophysiologie höher als bei einem normalen Sinusrhythmus. Ein „Herzrasen“ mit den damit assoziierten Beschwerden wie Schweißausbrüchen, „innere Unruhe“, Luftnot und Kreislaufproblemen ist deswegen neben dem „Stolpern“ ein weiteres, häufig beschriebenes Phänomen.

Vor allem bei schon vorgeschädigtem Herzen kann Vorhofflimmern auch spürbaren Einfluss auf die Auswurfleistung des Herzens haben. Denn der Vorhof trägt mit einem Anteil von etwa 15 bis 20 Prozent zum Herzzeitvolumen bei. Dass der Vorhof durch das Flimmern gewissermaßen stillgelegt wird, ist auch Ursache für die Neigung zur Thrombenbildung. Nach Angaben des Kompetenznetzes Vorhofflimmern geht etwa jeder fünfte Schlaganfall auf derartige Thromben zurück.

Umfrage zeigt Wissenslücken auf

Die Frage, die sich angesichts der zunehmenden Häufigkeit von Vorhofflimmern in den demographisch alternden Gesellschaften der Industrienationen stellt, lautet, ob das Gesundheitswesen angemessen darauf vorbereitet ist. In diesem Zusammenhang ist eine Umfrage des IMWF Institut für Management- und Wirtschaftsfor-

schung zum Vorhofflimmern befragt wurden. Die Interviewten decken ein breites Spektrum von Experten ab – sie nehmen führende Funktionen in medizinischen Einrichtungen wie Pflegediensten, Rehabilitationskliniken und Krankenhäusern ein oder sind leitende Mitarbeiter von Verbänden, Krankenkassen und anderen medizinischen Dienstleistern.

Die Analyse der Befragungsergebnisse ergibt ein gemischtes Bild: Einerseits ist den befragten Experten die Problematik des Vorhofflimmerns bewusst. Andererseits wird die Häufigkeit von Vorhofflimmern aber eher unterschätzt. Und auch der Kenntnisstand in Sachen existierender Therapien ist noch nicht optimal.

Befragte unterschätzen Zahl der Arztbesuche

Im Einzelnen konnte beispielsweise nur jeder fünfte Befragte die Häufigkeit des Vorhofflimmerns – etwa eine Million Betroffene in Deutschland – richtig angeben. Ein knappes Drittel schätzte die Prävalenz auf bis zu 500.000 Patienten. Und ein knappes Fünftel lag mit einer Angabe von „bis zu 100.000 Patienten“ deutlich zu niedrig. Auch bei der Zahl der Arztkontak-

te liegen die Befragten eher zu niedrig: Im Durchschnitt konsultiert ein Patient mit Vorhofflimmern wegen dieser Erkrankung fast neun Mal pro Jahr einen Arzt. Drei Viertel aller Befragten schätzte die Frequenz von Arztbesuchen als geringer ein. Die mit 37 Prozent am häufigsten genannte Schätzung war „drei bis vier Mal“.

Ein klares Problembewusstsein existiert bei den Fach- und Führungskräften hinsichtlich der Dynamik der Entwicklung. 78 Prozent sind der Auffassung, dass die Häufigkeit von Vorhofflimmern etwas oder deutlich zunimmt. Auch bei der medizinischen Einordnung des Vorhofflimmerns ist der Wissensstand angemessen hoch: Erneut geben 78 Prozent an, Vorhofflimmern sei medizinisch bedrohlich oder sehr bedrohlich. Jeweils etwa 80 Prozent kennen die vier wesentlichen Grunderkrankungen, die zu Vorhofflimmern führen können (Hypertonie, koronare Herzkrankheit (KHK), Herzinsuffizienz, Herzklappenerkrankungen).

Auch über die Symptome herrscht Klarheit: 92 Prozent wissen, dass Vorhofflimmern zu Herzrasen führt. Rund drei von vier kennen die Symptome Leistungsabfall, Schwindelgefühl und Atemnot. Hier herrscht jeweils eine große Übereinstimmung zwischen den Angehörigen der verschiedenen Berufsgruppen.

Therapien gegen Vorhofflimmern zu wenig bekannt

So gut die Kenntnisse über die Grundlagen des Vorhofflimmerns bei den vom IMWF-Institut befragten Fach- und Führungskräften des Gesundheitswesens ist, so durchwachsen ist das Wissen um existierende Therapien. Mit einer Quote von 62 Prozent ist nicht einmal zwei von drei Befragten bewusst, dass die orale Antikoagulation eine Standardtherapie bei Pati-

enten mit Vorhofflimmern und erhöhtem Schlaganfallrisiko ist. Angesichts der erheblichen Folgen, die Schlaganfälle sowohl für den individuellen Patienten als auch für das Gesundheitswesen als Ganzes haben, ist das sicher als bedauerlich niedrig zu werten. Passend zu diesem Ergebnis gaben nur 70 Prozent bei der Frage nach den möglichen Komplikationen des Vorhofflimmerns den Schlaganfall an. 89 Prozent kennen Vorhofflimmern als eine Ursache von Herzinsuffizienz.

Bei anderen Therapien ist es um das Wissen nicht besser bestellt als bei der oralen Antikoagulation: Von der seit einigen Jahren zur Verfügung stehenden Katheterablation, dank derer Vorhofflimmern bei einem Teil der Patienten mit Hilfe eines invasiven Eingriffs dauerhaft beseitigt werden kann, haben nur 54 Prozent der Experten schon einmal etwas gehört. 72 Prozent der Befragten ist bekannt, dass es Medikamente gibt, mit denen sich der Herzrhythmus kontrollieren lässt. Immerhin 81 Prozent kennen medikamentöse Möglichkeiten der Frequenzkontrolle, also die traditionellste aller Therapien.

Hoher Bedarf an klinischer Forschung

Neben den klassischen diagnostischen Methoden wie Ruhe-EKG, Langzeit-EKG, Event-Recorder und auch implantierbare Event-Recorder gibt es seit wenigen Jahren auch eine Methode, basierend auf dem Langzeit-EKG, aus der Dynamik der RR-Intervalle Patienten mit paroxysmalem Vorhofflimmern auch bei scheinbarem Sinusrhythmus zu identifizieren. Eine entsprechende Registerstudie ist von der KPH (Kardiologie-Plattform Hessen eG) durchgeführt worden; die Publikation ist in Vorbereitung. Solche Technologien, die ständig weiterentwickelt werden, sind unter anderem künftig in der Lage, die Effektivität medikamentöser Therapien zu messen und nachzuweisen.

tät medikamentöser Therapien zu messen und nachzuweisen.

Passend zu den eher eingeschränkten Kenntnissen über Therapien, abgesehen von den klassischen Therapien der Frequenzkontrolle, sehen viele der befragten Experten einen hohen Bedarf an klinischer Forschung. Zwölf Prozent meinen, dass die Entwicklung von neuen Medikamenten für die Indikation Vorhofflimmern absolute Priorität haben sollte. Ein weiteres gutes Drittel (37 Prozent) sähe es gerne, wenn die Forschung in diesem Bereich intensiviert würde.

Zumindest was die medikamentösen Therapien angeht, hat die von den Experten eingeforderte Forschung bereits in Teilen stattgefunden und tatsächlich erste Resultate erbracht. Nachdem über einen langen Zeitraum bezüglich der Rhythmuskontrolle keine neuen Präparate entwickelt wurden, hat jetzt die Weiterentwicklung eines dieser Präparate erstmals belegen können, dass es beim Vorhofflimmern nicht nur symptomatisch wirksam ist, sondern auch Klinikaufenthalte (Vorhofflimmern führt zu einer sehr hohen Anzahl von stationären Noteinweisungen!) und durch kardiovaskuläre Ereignisse verursachte Todesfälle verringert. Und in Sachen Gerinnungshemmung sind orale Inhibitoren von unterschiedlichen Gerinnungsfaktoren in der fortgeschrittenen klinischen Entwicklung, die auf lange Sicht die gerinnungshemmende Therapie bei Vorhofflimmern deutlich vereinfachen dürften, weil sie die Gerinnungsmessung per INR-Bestimmung durch Arzt oder Patient entbehrlich machen.

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Dieter Leußler
Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie
Haspelstraße 29, 35037 Marburg
Fon: 06421 22077
E-Mail: dleussler@aol.com

Sturzprävention – Gesundheit im Alter fördern

Stürze bei Seniorinnen und Senioren sind eine häufige Ursache für Einschränkungen von Mobilität und Selbständigkeit im Alter. Ärztinnen und Ärzte können einen wichtigen Beitrag zur Sturzprävention leisten.

Andrea Icks, Sabine Schindler-Marlow



Foto: Archiv Ärztekammer Nordrhein

Mobilität und Selbständigkeit sind zentrale Ziele betagter Menschen. Gesund altern wird häufig im Zusammenhang mit dem Wunsch nach möglichst langem Verbleib in den eigenen vier Wänden, der selbständigen Lebensführung und Teilhabe an der Gesellschaft genannt.

Stürze und sturzbedingte Verletzungen, insbesondere Hüftfrakturen sind ein häufiger Grund für die Einschränkung von Mobilität und selbst bestimmtem Leben.

Relevanz von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen

Exakte Zahlen zur Häufigkeit von Stürzen fehlen in Deutschland weitgehend. Es wird geschätzt, dass von den zu Hause lebenden über 65-jährigen Personen etwa 30-40 Prozent mindestens einmal jährlich stürzen, von den über 80-jährigen rund 50 Prozent. Pflegeheimbewohner haben ein besonders hohes Risiko zu stürzen, hier stürzt mehr als die Hälfte der Bewohner mindestens einmal im Jahr. Mit steigendem Alter und zunehmender Morbidität steigt das Risiko, Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Obwohl viele hochbe-

tagte Personen unter Gangunsicherheiten leiden, werden Stürze und Sturzangst von den Betroffenen verdrängt und eher selten kommuniziert, da der mit dem Sturz verbundene Kontrollverlust als tiefgreifender Einschnitt in die eigene Unabhängigkeit erlebt wird.

Nach internationalen Studien verursachen etwa zehn Prozent der Stürze behandlungsbedürftige Verletzungen. Eine der folgenreichsten Verletzungen in Folge eines Sturzes ist die Hüftfraktur. Nach Daten der Krankenhausdiagnosestatistik waren in Deutschland im Jahr 2004 rund 115.000 Personen von mindestens einer Hüftfraktur betroffen, wobei über 90 Prozent dieser Personen über 65 Jahre alt waren. Eine vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales geförderte Studie der Ärztekammer Nordrhein zeigte, dass die Zahl der Stürze zwischen 1995 und 2004 deutlich angestiegen ist. Auch unter Berücksichtigung der Alterung der Bevölkerung lag der Anstieg bei rund 5 Prozent über dem Zehn-Jahres-Zeitraum. Während in den Altersgruppen unter 40 Jahren die Hüftfrakturen deutlich sanken, stiegen sie insbesondere bei Senioren über 75 Jahre. Von der Steigerung waren insbesondere ältere Männer betroffen. Im Gegensatz dazu fand sich in anderen europäischen Ländern und den USA ein Rückgang der Hüftfrakturen.

Die individuellen wie auch die gesellschaftlichen Folgen von Stürzen und Hüftfrakturen sind erheblich. Rund 50 Prozent der Patientinnen und Patienten erlangen nach einer Hüftfraktur ihre Beweglichkeit nicht mehr zurück und etwa 20 Prozent werden ständig pflegebedürftig. Es wird geschätzt,

dass in Deutschland durch Hüftfrakturen direkte Kosten von 2,77 Milliarden Euro pro Jahr entstehen, wobei indirekte Kosten, wie beispielsweise Arbeitsausfallzeiten von versorgenden/pflegenden Angehörigen, nicht eingerechnet sind.

Aufgrund der vorliegenden Fakten gehört das Thema Sturzprävention zu den vorrangigsten Aufgaben bei der Gesunderhaltung älterer Menschen.

Ärztinnen und Ärzte können hier im ambulanten wie auch stationären Bereich Sturzrisiken von Patientinnen und Patienten identifizieren. Sie können Patientinnen und Patienten und deren Angehörige über die Möglichkeiten der Sturzprävention beraten und damit helfen, Stürzen vorzubeugen.

Risikofaktoren von Stürzen

Der Sturz ist ein Ereignis, das in der Mehrzahl der Fälle auf einem Zusammenspiel vieler unterschiedlicher Faktoren beruht – er ist fast zu 90 Prozent ein multifaktorielles Geschehen. In der Literatur wird eine Vielzahl von Risikofaktoren benannt, von denen allerdings nur wenige gut mit Studien belegt sind.

Gesichert ist, dass das Sturzrisiko mit dem Alter steigt und dass Frauen häufiger als Männer stürzen. Auch ein Sturz in der Vergangenheit und eine Beeinträchtigung von Gang und Gleichgewicht sind als Risikofaktoren bestätigt. Weniger gut als Risikofaktoren belegt sind die Einnahme bestimmter, insbesondere psychotroper Medikamente, die Beeinträchtigung von Alltagsaktivitäten (zum Beispiel Probleme bei der Fortbewegung), ein schlechteres Sehvermögen und eine beginnende Demenz.



Seniorinnen und Senioren beim Kraft- und Balancetraining Foto: Archiv Ärztekammer Nordrhein

Risikofaktoren haben Bedeutung für die Definition von Risikogruppen sowie die damit verbundene zielgruppenspezifische Ausrichtung von Präventionsmaßnahmen.

Welche Präventionsansätze sind wirksam?

Interventionen, die einen Sturz verhindern sollen, sind ebenso vielfältig wie die Faktoren, die zu einem Sturz führen.

Aktuelle Metaanalysen kommen zu dem Ergebnis, dass dem angeleiteten Training von Kraft und Balance eine besondere Bedeutung zukommt, auch Tai Chi kann für bestimmte Zielgruppen erfolgreich sein. Das Sturzrisiko konnte um bis zu 35 Prozent reduziert werden.

Gezeigt wurde auch die Wirksamkeit der Anpassung der Medikation sowie die Überprüfung und ggf. Verbesserung der Sehleistung. Eine Vitamin D-Substitution ist potentiell bei Senioren wirksam, die einen Vitamin D-Mangel zeigen. Wirksam erwiesen sich allerdings auch „einfache“ Maßnahmen wie die Beratung von Senioren, sicheres rutschfestes Schuhwerk zu tragen.

Wo können Präventionsmaßnahmen verortet werden?

Präventive Interventionen können in verschiedenen Settings angeboten werden. Senioren in Altenwohn- und Pflegeheimen oder in betreuten Wohneinheiten werden über Maßnahmen erreicht, die in diesen Einrichtungen angeboten werden. Für selbständig lebende Senioren können z.B. sturzpräventive Kurse mit Kraft- und Balancetraining in Seniorenbegegnungsstätten empfohlen werden.

Ärztinnen und Ärzte spielen eine wichtige Rolle bei der Sturzprävention. Sie haben einen besonderen Zugang zu Senioren, da nahezu alle älteren Menschen in ärztlicher Betreuung sind. Ärztinnen und Ärzte können sowohl in der Arztpraxis als auch im Heim zunächst das Sturzrisiko thematisieren, das individuelle Sturzrisiko erheben und sturzpräventive Maßnahmen initiieren. Das Hausärztlich-Geriatrie Basisassessment dient beispielsweise der frühzeitigen Erkennung von geistigen und körperlichen Auffälligkeiten, die relevante Folgeerkrankungen nach sich ziehen können. Mit Hilfe spezifischer Testverfahren, z.B. Timed Up&Go und Geh- und Zähltest, kann unter anderem das Sturzrisiko älte-

rer Patienten standardisiert erhoben werden, um rechtzeitig medizinische, pflegerische und soziale Interventionen zu planen. Bei auffälligen Resultaten kann u.a. ein Kraft- und Balancetraining oder eine Begehung des häuslichen Umfeldes mit Wohnraumberatung empfohlen werden. Einige Fachgesellschaften haben Leitlinien zum Thema Sturz und Sturzerhebung herausgegeben (DEGAM, DVO). Ein Teil der sturzpräventiven Maßnahmen ist genuine ärztliche Aufgabe, wie die Überprüfung und ggf. Anpassung von Sehleistung und Medikation. Zu weiteren Maßnahmen wie z.B. Kraft- und Balance-Trainingskursen existieren bisher keine einheitlichen standardisierten Maßnahmen, die von definierten Trägern angeboten werden. Evidenzbasierte Angebote müssen daher regional eruiert werden.

Modelle der Ärztekammer Nordrhein

Die Ärztekammer Nordrhein hat im Rahmen ihres Präventionsprogramms „Gesund und Mobil im Alter“ seit 2002 Projekte zur Sturzprävention in Pflegeheimen und im ambulanten Setting initiiert.

Maßnahmen im stationären Setting

Von 2003-2007 hat die Ärztekammer Nordrhein, gefördert durch die BKK, ein Projekt in stationären Einrichtungen der Altenpflege durchgeführt. In insgesamt 22 Heimen in vier Regionen in Nordrhein wurden Trainingskurse nach einem evaluierten Modell, angeleitet durch spezifisch fortgebildete Trainer, eingerichtet. Die Pflegekräfte wurden auf der Grundlage des Expertenstandard in der Pflege spezifisch zu sturzpräventiven Maßnahmen geschult. Die betreuenden Ärztinnen und Ärzte wurden gezielt fortgebildet und informiert. Nach einer Befragung waren diese betreuenden Ärztinnen und Ärzte im



Einige sturzpräventive Maßnahmen sind genuine ärztliche Aufgaben, wie z.B. die Überprüfung und ggf. Anpassung von Sehleistung und Medikation
Foto: Pitopia, Alexander Rath

Projekt aktiv, indem sie an der Erhebung des Sturzrisikos mitwirkten, die Senioren informierten und zur Teilnahme am Kraft- und Balancetraining motivierten. Nach Projektende wurde das Modell in den Einrichtungen fest implementiert.

Maßnahmen im ambulanten Setting

Das Projekt „Sturzprävention“ für im eigenen Haushalt lebende Senioren mit erhöhtem Sturzrisiko, das ebenfalls von der BKK gefördert wird, hat das Ziel, mit Maßnahmen der Sturzprävention Senioren zu erreichen, die zu Hause leben, ein erhöhtes Sturzrisiko haben – also eine Gangunsicherheit aufweisen oder bereits gestürzt sind –, aber beispielsweise Angebote von Sportvereinen nicht in Anspruch nehmen. Dies sind auch die Patientinnen und Patienten, die beim Hausarzt nach einem Sturzereignis oder im Rahmen des Hausärztlich-Geriatriischen Basisassessments als sturzgefährdet auffallen.

Das Projekt war zunächst auf Düsseldorf begrenzt. Der zentrale Baustein ist ein einmal pro Woche stattfindendes einstündiges Gruppen-Kraft- und Balance-Training nach dem evaluierten Modell, angeleitet durch einen spezifisch qualifizierten Trainer. Die Teilnehmer/innen erhalten eine Broschüre mit den Übungen, um auch zu Hau-

se trainieren zu können. Die Stunden können kassenunabhängig von allen Senior/innen ohne Zuzahlung in Anspruch genommen werden. Neben dem Training erfolgen weitere Maßnahmen, wie beispielsweise zusätzliche Informationsveranstaltungen zur Sicherheit im Haushalt und zu weiteren Sturzrisikofaktoren (eingeschränktes Sehvermögen, Medikation etc).

Das Modell wurde nach Projektende als kontinuierliches Angebot fortgesetzt. Derzeit trainieren in den Gruppen in Düsseldorf an über 20 Standorten fast 500 Senioren, überwiegend im Alter jenseits der 75, die bereits gestürzt sind, sich gangunsicher fühlen und/oder teilweise bereits eine Gehhilfe verwenden. Die Zielgruppe konnte demnach mit dem Angebot erreicht werden. Nachdem zunächst überwiegend Besucher/innen der Begegnungsstätten an den Kursen teilnahmen, kommen zunehmend Senioren, deren Hausarzt die Teilnahme empfohlen hatte. Zur Information der Patienten über die stadtweiten Angebote wurden Flyer erstellt. Diese wurden in Düsseldorf von mittlerweile über 200 hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten bestellt und verteilt. Sowohl das ambulante als auch das stationäre Projekt wurden auf weitere Regionen im Kammerbezirk Nordrhein ausgedehnt. Ziel ist es nicht nur, das Sturz- und Frakturrisiko bei sturzgefährdeten Senioren zu reduzieren, sondern damit auch Mobilität, Selbständigkeit und Lebensqualität zu erhöhen.

Fazit

Die Sturzprävention bei älteren Menschen ist eine große Chance und Herausforderung zum Erhalt von Selbständigkeit und Mobilität im Alter. Die Wirksamkeit spezifischer sturzpräventiver Maßnahmen konnte in zahlreichen Studien gezeigt werden, insbesondere für Senioren mit einer Sturzanamnese und einem erhöhten Sturzrisiko. Auch in Deutschland existieren verschiedene Modelle (z.B. Aktiv in jedem Alter). Darüber hinaus gilt die Vermeidung von Hüftfrakturen als eine der wenigen Präventionsmaßnahmen, die nicht nur kosteneffektiv oder kostenneutral sind, sondern auch Kosten sparen können. Ärztinnen und Ärzte als zentrale Ansprechpartner älterer Menschen spielen bei der Sturzprävention eine wichtige Rolle.

Korrespondenzadressen

Univ.-Prof. Dr. Dr. Andrea Icks
Funktionsbereich Public Health
Zentrum für Medizinische Psychologie,
Soziologie, Statistik und Allgemeinmedizin
Heinrich Heine-Universität Düsseldorf
Moorenstraße 5/Geb. 14.82
40225 Düsseldorf
Fon: 0211 81-19780/1
E-Mail: andrea.icks@uni-duesseldorf.de

Sabine Schindler-Marlow
Ärztammer Nordrhein
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Fon: 0211 4302-1378
Fax: 0211 4302-1244
E-Mail: sabine.schindler-marlow@aeckno.de

Auftaktveranstaltung des MRE-Netzes Rhein-Main: Erfreulicher Anlass – mit ernstem Hintergrund

Minister Banzer kündigt Hygieneoffensive an



Hessischer Minister für Arbeit, Familie und Gesundheit, Jürgen Banzer

Das MRE-Netz Rhein-Main hatte am 11. Juni 2010 zur offiziellen Eröffnung eingeladen, zu einem „erfreulichen Anlass, wenn auch mit ernstem Hintergrund“, so PD Dr. med. Ursel Heudorf, die Vorsitzende des Fördervereins. Sie erinnerte daran, dass die Europäische Gesundheitsbehörde ECDC die Zunahme der Krankenhausinfektionen und der multiresistenten Erreger (MRE) mit Resistenzen gegen die meisten Antibiotika als ernste Bedrohung für das Gesundheitswesen in Europa einstuft. Die ECDC schätzt, dass in Europa jährlich ca. drei Millionen Menschen eine Krankenhausinfektion erleiden und 50.000 Patienten daran sterben. Die multiresistenten Keime – MRSA, VRE, ESBL etc. – machen an den Krankenhausportalen nicht halt, sondern sie nehmen auch im ambulanten Bereich zu. Vor diesem Hintergrund hat die Gesundheitsministerkonferenz in Deutschland im Jahre 2006 die Bildung regionaler Netzwerke gefordert, koordiniert durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Netzwerk-Aktivitäten in der Rhein-Main-Region...

Das MRE-Netz Rhein-Main ist ein Zusammenschluss von sieben Gesundheitsäm-

tern in der Region (Städte Frankfurt, Offenbach, Wiesbaden; Kreise Hochtaunuskreis, Main-Taunus-Kreis, Landkreis Offenbach, Wetteraukreis) unter der Schirmherrschaft des Hessischen Ministeriums für Arbeit, Familie und Gesundheit. In dieser Region werden alle medizinischen und pflegerischen Einrichtungen – stationär und ambulant – zur Mitarbeit aufgerufen. Gemeinsame Ziele sind, die Rate der MRE-Entstehung und deren Verbreitung in der Region zu vermindern, die Behandlung und die Rehabilitation der MRE-Patienten zu verbessern und dabei einer Stigmatisierung von Menschen mit MRE entgegen zu wirken.

Dazu sammelt das Experten-Netzwerk Erfahrungen zum Vorgehen bei MRE, bündelt Kompetenzen und erarbeitet **Standards für die Praxis**. Derzeit werden – die bislang auf Bundesebene noch fehlenden – **Empfehlungen zum Umgang mit multiresistenten Keimen in der Rehabilitation** vorbereitet. Das Netzwerk bietet Fortbildungen für die medizinischen Einrichtungen an, aber auch Informationen für die Öffentlichkeit. Es hat einen umfangreichen **Internetauftritt** (www.mre-rhein-main.de) gestaltet und **Informationsflyer für Patienten und Angehörige** zu den häufigsten Keimen mit Multiresistenzen erarbeitet, die von Heudorf druckfrisch der Öffentlichkeit vorgestellt wurden. Dank der finanziellen Förderung durch die Pitzerstiftung und durch das Bundesministerium für Gesundheit konnte das Netzwerk jetzt eine Pflegewissenschaftlerin einstellen und einen sog. Helpdesk, **telefonische Beratung von Einrichtungen, Betroffenen, Patienten, Angehörigen** (069 212-48884; mre-rhein-main@stadt-frankfurt.de) einrichten.

... und Hygieneoffensive des Landes Hessen

Der Hessische Gesundheitsminister Banzer lobte das Netzwerk als wichtigen Schritt, der steigenden Zahl von Infektionen durch MRE entgegenzutreten, und kündigte an, dass die Bekämpfung von MRE Teil der Novelle des Hessischen Krankenhausgesetzes, der Novelle des Hessischen Rettungsdienstgesetzes und des neuen Hessischen Pflegeschutzgesetzes sein soll. Zusätzlich plane er eine Hessische Hygieneverordnung. „Mein Ziel ist es, die gesamte Gesundheitsversorgung vom niedergelassenen Arzt über Krankenhäuser, Reha-Kliniken und ambulanten Zentren bis zum Pflegeheim in die MRE-Bekämpfung mit einzubinden. Ein erster Schritt dazu sind das MRE-Netzwerk Rhein-Main und die entstehenden Netzwerke in Mittelhessen, Nordhessen und Südhessen.“

MRSA ist nicht nur ein Problem der Kliniken ...

Da MRSA immer noch als primär krankenhausausschützendes Problem betrachtet wird, fehlen die Voraussetzungen für die Fortsetzung des MRSA-Managements im ambulanten Bereich in der Regel. Insbesondere an der Schnittstelle von der stationären zur ambulanten Versorgung bestehen Probleme in der adäquaten Versorgung von Patienten mit MRSA. Über das hierfür an den Horst-Schmidt-Kliniken, Wiesbaden, entwickelte Modell des integrierten MRSA-Management (IMM) berichtete PD Dr. med. Bernhard Jahn-Mühl. Bei den immer kürzeren Verweildauern in den Krankenhäusern ist eine vollständige Dekolonisationsbehandlung von MRSA-besiedelten Patienten während des Krankenhausaufenthaltes meist nicht mehr möglich und die Patienten müssen mit einem posi-

tiven Trägerstatus entlassen werden. Die für die Diagnostik und den Beginn der Dekolonisationsbehandlung aufgewendeten Sach- und vor allem Personalressourcen sind dann umsonst, wenn nach Entlassung ohne Fortführung der begonnenen Behandlung im ambulanten Bereich sich eine Wiederbesiedlung der bereits sanierten Areale entwickeln und die geleisteten Aufwendungen – Geld, Zeit, Arbeit – wirkungslos werden lassen. Im Rahmen des integrierten MRSA-Managements wurden die Patienten im Anschluss an die stationäre Behandlung durch einen speziell geschulten Pflegedienst aufgesucht und die begonnene Dekolonisierung wurde zu Hause fortgeführt. Die ersten Auswertungen bei 84 Patienten zeigen, dass eine stationär begonnene MRSA-Dekolonisation im häuslichen Umfeld erfolgreich beendet werden kann, auch trotz Hautveränderungen, z.B. Wundsituationen. Das MRE-Netz Rhein-Main plant, dieses Konzept in der Region voraussichtlich in einem weiteren Projekt fortzuführen.

Der Geschäftsführer der Hessischen Krankenhausgesellschaft, Rainer Greunke, erinnerte daran, dass MRSA für die Krankenhäuser auch ein organisatorisches und wirtschaftliches Problem darstellen: „MRSA-Infektionen verlängern die Liegezeiten und blockieren damit Betten; Screening und Schutzmaßnahmen verursachen zusätzliche Kosten“. Die Einzelzimmerisolierung sei oft schwierig, was u.a. auch daran liege, dass der Bau von Einzelzimmern nach den Förderrichtlinien des Landes nicht entsprechend gefördert werde. Eine solche Förderung müsste mit der geplanten Hygieneoffensive des Landes verbunden werden. Als weiteren Konflikt benannte er Probleme bei der Weiterverlegung von nicht mehr stationär behandlungsbedürftigen Patienten, die allerdings von den nachsorgenden Einrichtungen – Rehabilitation, stationäre Altenpflege – oft



Vorsitzende des Fördervereins
PD Dr. med. Ursel Heudorf

ungern oder erst verzögert übernommen würden. Er begrüßte die Etablierung des MRE-Netzwerks und sicherte die Unterstützung der Hessischen Krankenhausgesellschaft zu, denn „Aufgrund der Komplexität des Problems und der Verzahnung der verschiedenen Institutionen wird es nur durch gemeinsame Konzepte möglich sein, die Situation zu verbessern“.

MRSA/MRE betrifft auch Pflegeheime ...

Dass hier schon erhebliche Erfolge zu verzeichnen sind, legte Frank P. Egerer als Sprecher des Frankfurter Forums für Al-

tenpflege (FFA) dar: „Unsere Pflegeheime sind in erster Linie Orte zum Wohnen und Leben. MRE macht aber nicht vor den Türen der Heime halt, sondern ist auch bei unseren Bewohnern nachweisbar. Aufgrund fehlender oder falscher Informationen herrschte in den ersten Jahren bei Pflegenden und Angehörigen noch Verunsicherung, wurde MRSA als Bedrohung angesehen.“ Durch Fortbildungen und Auseinandersetzung mit der Problematik wurde aber inzwischen eine Kompetenz im Umgang mit diesem Keim gewonnen und die Aufnahme von Menschen mit MRSA werde nicht mehr abgelehnt.

Dies konnte PD Dr. med. Ursel Heudorf aus ihrem Zuständigkeitsbereich Frankfurt bestätigen: es gebe hier praktisch keine Klagen mehr über verweigerte Aufnahmen oder fehlende Informationen zwischen Kliniken und Altenpflegeheimen. Warum solle, was in Frankfurt möglich sei, nicht auch in der gesamten Region umgesetzt werden?

... und die niedergelassenen Ärzte

Nach den Beiträgen aus dem stationären Bereich, ergriff Dr. Margita Bert, Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen

Vereinigung Hessen als Vertreterin der niedergelassenen Ärzteschaft das Wort. In einem sehr persönlichen und eindrücklich vorgetragenen Beispiel brachte sie das MRSA-Problem aus Sicht der Patienten sehr anschaulich auf den Punkt. Sie betonte, dass die niedergelassenen Ärzte sich der Verantwortung bewusst sind und sie die notwendige Weiterbehandlung und Abstrich-Kontrollen – die im übrigen Kasernenleistung sind – übernehmen. „Der Kasernenärztlichen Vereinigung Hessen ist bewusst, dass eine alleinige Initiative aus dem ambulanten Bereich nicht zielführend wäre. Das Gleiche gilt für singuläre Aktivitäten im stationären Bereich.“ Sie begrüßte die Arbeit des Netzwerks, insbesondere auch die Aufklärung über Multiresistenz: „Zu sehr unterliegen betroffene Patienten noch einer Stigmatisierung. Es ist daher notwendig, nicht nur im Gesundheitswesen Tätige, sondern die gesamte Bevölkerung über diese Problematik aufzuklären“.

Genau das wird mit den neuen Patienteninformationen des Netzwerks angestrebt, wobei versucht wurde, die Probleme mit möglichst einfachen Worten zu beschreiben, sodass sie auch für die betroffenen

Laien gut zu verstehen sind. Nur informierte Patienten können sachgerecht mitarbeiten.

Abschließend stellte Nina Walter, Referentin in der Landesärztekammer Hessen nochmals die Gefahr der multiresistenten Keime für die Patienten dar. „Dass Anlass zum Handeln besteht, zeigt auch der Entwurf zur Neufassung des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011, in welchem der Regelung der Hygiene zur Bekämpfung multiresistenter Erreger besonderes Gewicht gegeben wird. Die Landesärztekammer Hessen legt Wert darauf, die Federführung im Bereich Krankenhaushygiene in ärztlicher Hand zu belassen“. „Die Landesärztekammer Hessen wird in ihrer Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim die Kolleginnen und Kollegen gezielt in der antibiotischen Therapie sowie im Umgang mit multiresistenten Erregern fortbilden“. Alle Ärztinnen und Ärzte die sich dem Netzwerk anschließen, würden davon selbst profitieren, insbesondere aber auch Ihre Mitarbeiter und Patienten. Dem konnte Heudorf nur zufügen, dass das Netzwerk vom Beitrag vieler lebt und auf diesen an-

gewiesen ist. „Machen Sie mit, gestalten Sie mit: es lohnt sich“.

Anschrift der Verfasserin

*PD Dr. med. Ursel Heudorf
Abteilung medizinische Dienste und Hygiene, Amt für Gesundheit
Breite Gasse 28, 60313 Frankfurt
E-Mail: ursel.heudorf@stadt-frankfurt.de*

Am 1. September 2010, 14-18 Uhr bietet das MRE-Netz Rhein-Main eine mit 6 Punkten zertifizierte Fortbildung für niedergelassene Ärzte in der Akademie in Bad Nauheim an. **„Multiresistente Keime in der Praxis – was tun?“** (s. Seite 503) In den nächsten Wochen wird das MRE-Netz Rhein-Main in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Hessen allen niedergelassenen praktischen Ärzten, Allgemeinmedizinerinnen und Internisten in der Rhein-Main-Region die Patienteninformations-Flyer und eine Visitenkarte mit den Kontaktdaten des Help-Desk zuschicken. Anregungen zu weiteren Aktivitäten und Fortbildungen werden gerne entgegengenommen, gerne können auch Informationsveranstaltungen im Rahmen von Qualitätszirkeln durchgeführt werden.

Ironisches Gedicht

Gedanken beim Einnehmen meiner Tabletten

Ich werde das wohl nie kapierten
wie meine Pillen funktionieren...
dass sie den Weg zum Ort der Wirkung finden
und nicht in meinem Körper schlicht verschwinden.
Ich weiß, es ist Chemie, die dieses Wunder schafft
qua ganz gezielter, wohl dosierter Kraft.
Und doch: dass keine Pille jemals sich verirrt
und Weg und Ziel und Wirkung nicht verwirrt...

Ich kann da nur der Wissenschaft vertrauen
und auf den Rat der guten Ärzte bauen.
In ihnen paart Erfahrung sich mit Können.
Sofern erfolgreich, will ich ihnen gönnen,
dass sie an mir als Kunde auch verdienen –
solange Gott mir wohl will und auch ihnen!

Jochen Rieß (Pfr. i. R.), Kassel



I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Herausforderung Demenz: Medizin und Pflege im Dialog

In Kooperation mit dem Kreis Offenbach

Achtung Terminverlegung!

Mittwoch, 25. Aug. 2010, 16:00 Uhr – 19:00 Uhr 2 P

Leitung: Prof. Dr. med. Ansgar Klimke, Offenbach

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Kreishaus, Dietzenbach

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

Fon: 06032 782-238, Fax: -220,

E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

Multiresistente Keime in der Praxis – Was tun? (s. Seite 499)

Mittwoch, 01. Sep. 2010, 14:00 – 18:00 Uhr 6 P

Leitung: PD Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Fon: 06032 782-287, Fax: -220, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Kleine Lösung, große Wirkung: Menschen mit Behinderung in der medizinischen Versorgung

In Kooperation mit dem Hess. Landesbehindertenbeauftragten, dem Hess. Landesamt für Versorgung und Soziales, RP Gießen, dem Hess. Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit, Referat: Teilhabe Menschen mit Behinderung und dem Hess. Koordinationsbüro für behinderte Frauen.

Samstag, 25. Sep. 2010

Leitung: Prof. Dr. med. K. R. Genth, Bad Homburg

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

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

Aktuelle Diabetologie

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

Mittwoch, 29. Sep. 2010, 15:00 – 20:00 Uhr 6 P

Teil 3: Die nichtmedikamentöse Diabetestherapie

Leitung: Dr. oec. troph. Jutta Liersch, Gießen

Teil 4: Insulintherapie für die Praxis

Leitung: Dr. med. Regine Becker, Kassel

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

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

Weitere Termine 2010: 01. Dez.

Facetten der Palliativmedizin in der ärztlich-therapeutischen Zusammenarbeit (s. Seite 489)

In Zusammenarbeit mit dem Dt. Verband für Physiotherapeuten.

Themen: Palliativmedizin, Onkologie; Kommunikation

Samstag, 28. Aug. 2010, 10:00 – 17:00 Uhr 2 P

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

H.-Y. Massuger, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 80 (Akademiemitgl. € 72)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

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

Organspende – eine Aufgabe für alle!

Fortbildung für Klinik- und Hausärzte

Themen: Stand der Organspende in Deutschland; Entwicklung und gesetzliche Grundlagen; Hirntod und Hirntoddiagnostik; Akutsituation Organspende; Patientenvorstellung

Mittwoch, 08. Sep. 2010, 15:00 – 19:30 Uhr

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

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

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

Fon: 06032 782-238, Fax: -220,

E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

Qualitätsmanagement

Dokumentation eines QM-Systems, Erstellung eines Qualitätsmanagement-Handbuchs

Donnerstag, 16. Sep. 2010, 9:00 – 17:00 Uhr

Leitung: N. Walter, Frankfurt a. M., C. Welz-Spiegel, Glashütten

Teilnahmebeitrag: € 180 (Akademiemitgl. € 162)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Fon: 06032 782-209, Fax: -220, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Aktuelles aus Nephrologie und Nierentransplantation – Diabetes und Niere – was tun?

In Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Innere Medizin Gießen des Uniklinikums Gießen und Marburg.

Chronische Niereninsuffizienz – was tun?

4 P

Mittwoch, 15. Sep. 2010, 18:00 – 20:30 Uhr

Leitung: PD Dr. med. H.-W. Birk, Gießen

Prof. Dr. med. R. Weimer, Gießen

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Klein-Linden, Bürgerhaus

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

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





23. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin / Pneumologie des Klinikums der J. W. Goethe-Universität und dem Fachbereich Pneumologie der Deutschen Klinik für Diagnostik.

Montag, 27. Sep. – Freitag, 01. Okt. 2010, 08:30 – 17:30 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. T.O.F. Wagner, Frankfurt a. M.
PD Dr. Dr. med. T. O. Hirche, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: € 550 (Akademiemitgl. € 495)

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

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,
Fon: 06032 782-202, Fax: -220,
E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Impfkurs – Fachgebiet Öffentliches Gesundheitswesen

Samstag, 09. Okt. 2010, 09:00 – 17:30 Uhr

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

Teilnahmebeitrag: € 160 (Akademiemitgl. € 144)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

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

Repetitorium Frauenheilkunde

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

Montag, 01. – Freitag, 05. Nov. 2010

Leitung: Prof. Dr. med. H.-R. Tinneberg, Gießen
Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 495 (Akademiemitgl. € 445),

Tage auch einzeln buchbar: € 150 (Akademiemitgl. € 135)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

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

Repetitorium Innere Medizin 2010

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

Montag, 22. – Samstag, 27. Nov. 2010

51 P

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,

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

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

Fachgebiet Pathologie

Zusammenarbeit zwischen Pathologen und operativen Fächern
voraussichtlich Oktober / November 2010

Leitung: Prof. Dr. med. M. Wolff, PD Dr. med. T. Müller, Hanau

Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,

Fon: 06032 782-208, Fax: -228, E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Gastroenterologisches Fallseminar

Mittwoch, 06. Okt. 2010

3P

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

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Frankfurt a. M.,

Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7

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

Risikomanagement

Grundlagen und Anwendungsmöglichkeiten

Samstag, 30. Okt. 2010

8 P

Leitung: Dr. med. W. Merkle, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: € 160 (Akademiemitgl. € 144)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
Fon: 06032 782-209, Fax: -220, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218 StGB

Erfahrungsaustausch und Wiederholungsseminar für Ärzte, die bereits die Berechtigung zur Beratung erworben haben und erneuern wollen.

Samstag, 13. Nov. 2010, 09:00 c.t. – 16:00 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,
Fon: 06032 782-202, Fax: -220,
E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Priorisierung in der Medikation – Therapien bei Multimorbidität

Fachgebietsveranstaltung Allgemeinmedizin / Innere Medizin / Pharmakologie

Mittwoch, 10. Nov. 2010, 15:00 – 18:15 Uhr

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

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: auf Anfrage

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

Wiedereingliederungskurs: Zurück in den Arztberuf

Freitag, 03. Dez. – Sonntag, 05. Dez. 2010

Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
Fon: 06032 782-209, Fax: -220, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Fachgebiet Arbeits- und Betriebsmedizin

Aktuelles aus der Arbeitsmedizin

Samstag, 20. Nov. 2010

Leitung: Dr. med. D. Kobosil, Bad Vilbel

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,
Fon: 06032 782-283, Fax: -229, E-Mail: luise.stieler@laekh.de





II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Std.)

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

Freitag, 10. Sep. – Sonntag, 12. Sep. 2010	B1-B3
Freitag, 01. Okt. – Sonntag, 03. Okt. 2010	C1-C3
Freitag, 05. Nov. – Sonntag, 07. Nov. 2010	D1-D3
Freitag, 04. Dez. – Samstag, 05. Dez. 2010 und Samstag, 11. Dez. 2010	E1-E2 E3

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen/Fallseminare (80 Std.)

Freitag, 10. Sep. – Sonntag, 12. Sep. 2010	G16-G18
Freitag, 01. Okt. – Sonntag, 03. Okt. 2010	G13-G15
Samstag, 06. Nov. – Sonntag, 07. Nov. 2010	G19-G20

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

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

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

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

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

Interventionen an Becken- und Beingefäßen (Simulatortraining)

Mittwoch, 06. Okt. 2010, 08:00 – 17:45 Uhr 13 P

Leitung: Dr. med. T. Umscheid, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198)

max. Teilnehmerzahl: 6

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

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

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

Grundkurs A2 **Samstag, 11. Sep. – Samstag, 18. Sep. 2010** 60 P

Aufbaukurs B2 **Samstag, 30. Okt. – Samstag, 06. Nov. 2010** 60 P

Aufbaukurs C2 **Samstag, 27. Nov. – Samstag, 04. Dez. 2010** 60 P

Leitung: Prof. Dr. med. H.-J. Woitowitz / Dr. med. D. Kobosil

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

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

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

Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

Kurs B	10./11. Sep. 2010	20 Std.	20 P
Kurs C1	05. Feb. 2011	8 Std.	
Kurs C2	07. Mai 2011	6 Std.	
Kurs A	27./28. Mai 2011	20 Std.	
Kurs B	09./10. Sep. 2011	20 Std.	

Weiterbildungsordnung ab 1999

Block 16 Kurs A wird anerkannt

Block 17 Kurs B wird anerkannt

Teilnahmebeitrag 2010: 6 Std. € 50, 8 Std. € 60, 20 Std. € 155

Teilnahmebeitrag 2011: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

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

Didaktik

Moderatorentaining 20 P

Seminarziel: Vermittlung kollegialer Moderationstechniken und -methoden für Qualitätszirkel

Freitag, 01. Okt. – Samstag, 02. Okt. 2010, Bad Nauheim

In Zusammenarbeit mit der Münsterfeld-Akademie.

Freitag, 12. Nov. – Samstag, 13. Nov. 2010, Fulda

Leitung: Fulda: Dr. med. W. Zeckey, Fulda

Bad Nauheim: Prof. Dr. rer. nat. H. Haid, Konstanz

Teilnahmebeitrag: € 280 (Akademiemitgl. € 252)

Rhetorik

Effektives Kommunizieren im ärztlichen Umfeld

Freitag, 29. Okt. 2010 – Samstag, 30. Okt. 2010

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. sc. hum. Kai Witzel

Teilnahmebeitrag: € 360 (Akademiemitgl. € 324)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

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

Fon: 06032 782-238, Fax: -220,

E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

Leichter durch den Praxisalltag – Kommunikation, Stimm- bildung und Stressbewältigung für Ärztinnen und Ärzte

Freitag, 17. Sep. 2010, 15:00 – 19:00 Uhr

Samstag, 18. Sep. 2010, 09:00 – 17:00 Uhr

Leitung: Julia Flöricke,

Institut für Atmung, Sprache und Stimme, Erfurt

Teilnahmebeitrag: € 360 (Akademiemitgl. € 324)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

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

Fon: 06032 782-238, Fax: -220,

E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de





Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

Termine in Planung

Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)

Leitung: Prof. Dr. med. V. Kretschmer, Rostock
Dr. med. R. Kaiser, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
Fon: 06032 782-209, Fax: -220, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Notfallmedizinische Fortbildung

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD 27 P

Freitag, 08. – Sonntag, 10. Okt. 2010

Leitung: Dr. med. A. Dorsch, Haimhausen / M. Leimbeck, Braunfels

Teilnahmebeitrag: € 400 (Akademiemitgl. € 360)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Seminar Leitender Notarzt

Samstag, 13. – Dienstag, 16. Nov. 2010 Kassel

Leitung: D. Kann, K.-H. Krütt, Kassel

WH-Seminar Leitender Notarzt

Samstag, 30. Okt. 2010 Kassel

Leitung: D. Kann, K.-H. Krütt, Kassel

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Fon: 06032 782-202, Fax: -220,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Marburger Kompaktkurs

„Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“ 80 P

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

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

Freitag, 01. Okt. – Samstag, 09. Okt. 2010

Leitung: Dr. med. C. Kill, Marburg

Tagungsort: Marburg, Universitätsklinikum Gießen/Marburg,
Hörsaalgebäude 3, Conradistr.

Teilnahmebeitrag: € 630 (Akademiemitgl. € 575) incl. Verpflegung

Auskunft und Anmeldung: DRK Rettungsdienst Mittelhessen,
Bildungszentrum: Frau E. Geßner, Postfach 1720, 35007 Marburg,
Fon: 06421 950-220, Fax: -225, E-Mail: info@bz-marburg.de

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Mittwoch, 08. Sep. 2010, 14:00 – 19:30 Uhr

Leitung: Dr. med. D. Kobosil, Bad Vilbel

Teilnahmebeitrag: € 110 (Akademiemitgl. € 99), **max. TNZ: 25**

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau B. Sebastian, BZÄK Wiesbaden,

Fon: 0611 977-4812, Fax: -4841, E-Mail: barbara.sebastian@laekh.de

Curriculum Organspende (insg. 40 Std.)

Weitere Termine für 2010 in Planung!

Leitung: Prof. Dr. med. W. O. Bechstein, Frankfurt a. M.
Dr. med. T. Breidenbach, Mainz

Kriseninterventionsseminar (8 Std.) für Teilnehmer, die bereits an der curriculären Fortbildung Organspende im Mai 2010 teilgenommen haben: **25. Aug. 2010**

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,
Fon: 06032 782-238, Fax: -220,
E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

Palliativmedizin

Fallseminar Modul III **08. – 12. Nov. 2010** 40 P
€ 700 (Akademiemitgl. € 630)

Basiskurs **30. Nov. – 04. Dez. 2010** 40 P
€ 600 (Akademiemitgl. € 540)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Fallseminar Modul III **24. – 28. Nov. 2010** 40 P

– in Zusammenarbeit mit A. N. R. Lahn-Dill-Kreis e. V.

Teilnahmebeitrag: € 700 (Akademiemitgl. € 630)

Tagungsort: Wetzlar, Hospiz- und Palliativakademie Mittelhessen,
Charlotte-Bamberg-Straße 14

Die Reihenfolge der Teilnahme muss eingehalten werden:

Basiskurs – Aufbaukurs Modul I – Aufbaukurs Modul II (diese beiden sind tauschbar) – Fallseminar Modul III.

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Fon: 06032 782-202, Fax: -220,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

16. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

(s. HÄBl. 1/2010)

V. 27. Aug. – 29. Aug. 2010 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr)

VI. 19. Nov. – 21. Nov. 2010 (Freitag 16:00 – Sonntag 13:00 Uhr)

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 A. Flören-Benachib, Akademie,
Fon: 06032 782-238, Fax: -220,

E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

33. Bad Nauheimer Psychotherapie-Tage 2010

Theorie und Praxis: (s. HÄBl. 1/2010)

Block 4: Sonntag, 11. Sep. 2010, 09:15 bis 19:00 Uhr

Tagungsort und Anmeldung: Wiesbaden,
Internat. Akademie für Positive und Transkulturelle
Psychotherapie, Kaiser-Friedrich-Residenz, Langgasse 38-40,
Fon: 0611 3411-675 und -674, Fax: 0611 3411-676





Ärztliches Qualitätsmanagement

Dieser Kurs wird gem. Curriculum der BÄK in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung angeboten. Er umfasst insgesamt 200 Fortbildungsstunden und erfüllt die Voraussetzungen für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ gem. der Weiterbildungsordnung der LÄKH.

Der Kurs besteht aus drei Präsenzphasen und Selbststudium sowie einem Teilnehmerprojekt, das überwiegend in Eigeninitiative/Heimarbeit zu bearbeiten ist

Telelernphase: **Terminänderung!**
Freitag, 17. Sep. – Freitag, 12. Nov. 2010

Block II b: **Freitag, 17. Sep. – Sonntag, 19. Sep. 2010**
Teilnahmebeitrag: inkl. Telelernphase:
€ 1.680 (Akademiemitgl. € 1.512)

Block III **Montag, 08. Nov. – Freitag, 12. Nov. 2010**
Teilnahmebeitrag: € 1.150 (Akademiemitgl. € 1.035)

Leitung: Dr. med. H. Herholz / Dr. med. R. Kaiser, Frankfurt a. M.
Tagungsort: Bad Nauheim,
FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
Fon: 06032 782-209, Fax: -220, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Medizinische Rehabilitation

16-Stunden-Kurs gem. neuer Reha-Richtlinie (§135 Abs.2 SGB V)

Samstag, 18. Sep. 2010 **21 P**

Leitung: Prof. Dr. med. T. Wendt, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: € 180 (Akademiemitgl. € 162)
Tagungsort: Bad Nauheim, Rehazentrum der DRV-Bund
Klinik Wetterau, Zanderstr. 30-32
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
Fon: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

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

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer) **32 P**

Freitag, 03. Sep. – Samstag, 04. Sep. 2010 und (s. HÄBl. 6/2010)
Freitag, 01. Okt. – Samstag, 02. Okt. 2010

Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: € 480 (Akademiemitgl. € 432)
Tagungsort: Bad Nauheim,
FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
Fon: 06032 782-203, Fax: -229, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

GK II **Mittwoch, 29. Sep. – Freitag, 08. Okt. 2010** **80 P**

Teilnahmebeitrag: pro Teil € 650 (Akademiemitgl. € 585)
Tagungsort: Bad Nauheim,
FBZ der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5-7
Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,
Fon: 06032 782-287, Fax: -220, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)

Block C 11./12. Sep. 2010 in Wiesbaden **20 P**

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

Leitung: Prof. Dr. med. W. Jost, Dr. med. U. Nickel, Wiesbaden

Block B 06./07. Nov. 2010 in Kassel **20 P**

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

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

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

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV

Kenntniskurs **13 P**

(theoretische u. praktische Unterweisung – auch einzeln buchbar!)

Samstag, 21. August 2010

Theoret. Unterw. ab 09:00 Uhr; Prakt. Unterw.* ab 13:15 Uhr.

*Die Teilnehmerzahl ist auf 36 begrenzt.

Teilnahmebeitrag: € 140 (Akademiemitgl. € 126)

Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde gem. RöV **9 P**

Samstag, 04. Dez. 2010, 9:00 bis 16:15 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 120 (Akademiemitgl. € 108)

Spezialkurs Computertomografie **5 P**

Samstag, 11. Sep. 2010, vormittags

Spezialkurs Interventionsradiologie **6 P**

Samstag, 11. Sep. 2010, nachmittags

Teilnahmebeitrag: je € 100 (Akademiemitgl. € 90)

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,

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

Weitere Termine in Planung!

Suchtmedizinische Grundversorgung (50 Std.)

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

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

Herbst 2010 Rheinland-Pfalz

Modul I **Freitag, 08. Okt. – Samstag, 09. Okt. 2010**
in Frankfurt a. M.

Modul II **Freitag, 12. Nov. – 13. Nov. 2010 in Landau**

Modul III/IV **Freitag, 10. Dez. – Samstag, 11. Dez. 2010**
in Lustadt

Modul V **Freitag, 21. Dez. – Samstag, 22. Dez. 2010**
in Lustadt

Auskunft: Frau B. Kröhler, Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz,
Fon: 06131 28438-15, Fax: -10, E-Mail: kroehler@arztkolleg.de

Frühjahr 2011 Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

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





Ultraschallkurse

Abdomen

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

Abschlusskurs **29 P**

Samstag, 06. Nov. 2010 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.), € 250 (Akademiemitgl. € 225)

Gefäße

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

Abschlusskurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße) 20 P
Freitag, 26. – Samstag, 27. Nov. 2010 (Theorie + Praktikum)

Teilnahmebeitrag: € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Jost,

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

Verkehrsmedizinische Qualifikation

Freitag, 26. Aug. – Samstag, 27. Aug. 2011

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

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler Akademie,

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

Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ als Blended-Learning-Veranstaltung

Einführungsseminar: 22. Okt. 2010 **insg. 20 P**

Telelernphase: 22. Okt. – 03. Dez. 2010

Präsenzphase: 04. Dez. 2010

– mit abschließender Lernerfolgskontrolle

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

Teilnahmebeitrag: € 200 (Akademiemitgl. € 180)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

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

ALLGEMEINE HINWEISE

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

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

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

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

Übernachtungsmöglichkeit: Teilnehmer von Veranstaltungen unserer Akademie können ein Sonderkontingent für Übernachtungen im Gästehaus in Anspruch nehmen. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an: Mirjana Redžić, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-230, Fax: 06032 782-250, E-Mail: mirjana.redzic@laekh.de

Freiwilliges Fortbildungszertifikat der Akademie: Die Ärztin / der Arzt muss mindestens 250 Fortbildungspunkte in 5 Jahren gemäß den in der Akademie gültigen Kriterien erwerben. Der Nachweis wird mit dem 5 Jahre gültigen freiwilligen Fortbildungszertifikat der Akademie und der Blauen Plakette bestätigt.

Einen formlosen Antrag stellen Sie bitte bei der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Ingrid Krahe, Fax: 06032 782-228, E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass das Ausstellen einige Wochen in Anspruch nehmen kann.

Die erworbenen Punkte zählen auch als Pflichtpunkte im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes für die Kassenärztliche Vereinigung.



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







Patientenbetreuung / Praxisorganisation

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1)

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

Termin in Bad Nauheim: Freitag, 20.08.2010, 10:00 – 17:30 Uhr

Termin Kassel: Freitag, 03.09.2010, 10:00 – 17:30 Uhr

Die Fortbildung findet in der Kassenärztlichen Vereinigung Kassel statt.

Teilnahmegebühr: € 95

Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)

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

Termin Kassel: Samstag, 04.09.2010, 10:00 – 17:30 Uhr

Die Fortbildung findet in der Kassenärztlichen Vereinigung Kassel statt.

Teilnahmegebühr: € 95

Patientenbetreuung und Koordination chronisch kranker Patienten (PBK 1)

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

Termin: Donnerstag, 26.08.2010, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Patientenbegleitung – Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen (PBK 2)

Inhalte: Koordinations- und Kooperationsmaßnahmen, Disease Management Programme, Integrierte Versorgung, Mitwirkung im Case Management, Einbeziehung und Unterstützung von sozialen Netzwerken für Patienten und deren Angehörigen, Dokumentation/Abrechnung durchführen

Termin: Freitag, 27.08., 10:00 bis Samstag, 28.08.2010, 17:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 185

Moderation (PAT 3)

Inhalte: Präsentationsmedien, Präsentationstechniken, Einführung in die Methodik

Termin: 18.09.2010, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Englisch für Gesundheitsberufe (PAT 7)

Inhalte: Begrüßung und Verabschiedung von Patienten, Aufnahme von Patientendaten, Terminabstimmung, Praxisräume und Funktionsbereiche, Anleitung des Patienten zur Vorbereitung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Termin: 21.08.+ 28.08.+11.09.+18.09.2010, 10:00 – 14:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 280

Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 5)

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

Termin: Stufe 1: Samstag, 30.10.2010, 10:00 – 16:30 Uhr

Stufe 2: Samstag, 06.11.2010, 09:30 – 17:30 Uhr (16 Std.)

Teilnahmegebühr: € 185

Erfolgreich auftreten im Beruf (PAT 9)

Inhalte: Das kleine Rhetorik-ABC, was die Kopf- und Körperhaltung verrät, die Sprache der Augen, was der Händedruck „sagen kann“, die Signale unseres Outfits

Termin: Interessentenliste, 1x mittwochs, 15:00 – 19:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 70

Patientenbetreuung / Praxisorganisation

Supervision „Tabuzonen in der Kommunikation (PAT 11)

Inhalt: Umgang mit ängstlichen Patienten, u.a. bedingt durch Schamgefühl, das verschiedene Ursachen haben kann. Der Umgang mit solchen Situationen ist oft schwierig und löst Vermeidungsverhalten aus. Daraus entstehen „Tabuzonen in der Kommunikation“. Anhand von Fallbeispielen werden Handlungsmöglichkeiten erarbeitet.

Termin: Interessentenliste, 2x mittwochs, 15:00 – 18:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Telefongespräche mit schwierigen Patienten (PAT 12)

Inhalte: Besonderheiten der Telefonkommunikation, positive Gesprächsatmosphäre herstellen, Tipps zu Sprache und Stimme, positives und zielorientiertes Verhalten am Telefon, professioneller Umgang mit Konflikten und Beschwerden, Gesprächsführung mit „ungeduldigen“, „dominanten“, „stillen“, „Vielredner“-Patienten.

Termin: Samstag, 13.11.2010, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132

Schwerpunkt Medizin

EKG Grundlagen (MED 3)

Inhalte: Anatomie und Physiologie des Herzens, Maßnahmen der Patientenbetreuung, praktische Durchführung und Überblick über die Auswertung eines Ruhe-EKGs, Fehlermöglichkeiten, Gerätewartung

Termin: Interessentenliste, 1x samstags, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Ruhe- und Belastungs-EKG für Fortgeschrittene Teil 1 (MED 4)

Inhalte: Erkennung von technischen (Anwendungs-)Fehlern anhand von Herzstromkurven, Grundlagen der Pathologie (Ruhe-EKG), Notfallsausrüstung und Gerätewartung für den Funktionsbereich Belastungs-EKG, Praktische Durchführung (inkl. Monitoring) und Überblick über die Auswertung eines Belastungs-EKGs.

Termin: Interessentenliste, samstags, 10:00-16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Notfallmanagement im Praxisteam (MED 8)

Inhalte: Einflussfaktoren in der Notfallsituation, Notfalldiagnostik mit erweiterten Möglichkeiten, Ausstattung und Aufteilung des Notfallequipments, Vorbereiten, Kontrollieren, Anreichen, Training

Termin: Interessentenliste, samstags, 09:30 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Medizinproduktebücher und Bestandsverzeichnisse in der Praxis (MED 10)

Inhalte: Mit dieser Veranstaltung soll Licht in das Dunkel des Medizinprodukterrechts gebracht werden und kurz und übersichtlich sowohl eine Einführung in die Regelwerke als auch praktische Hinweise zur Umsetzung in der Praxis gegeben werden. Einen Schwerpunkt bilden die Führung von Bestandsverzeichnis und Gerätebüchern sowie die interne Organisation der Umsetzung.

Termin: Interessentenliste, mittwochs, 14:30 – 18:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 70

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Impfungen (MED 12)

Inhalte: Impfkalender der STIKO /Indikationsimpfung, Impfmüdigkeit, Kontraindikationen, Impfkomplicationen, Impfschäden, Impfmanagement

Praktische Übungen: Vorbereitung einer Injektion, i.c., s.c. Injektionen am Phantom

Die Veranstaltung wird unter ärztlicher Leitung durchgeführt.

Termin: Mittwoch, 15.09.2010, 09:00 – 16:15 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185





Schwerpunkt Medizin

Aufbereitung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis (SAC 3)

**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: Fr./Sa., 05./06.11.2010 und
Donnerstag 11.11. bis Samstag, 13.11.2010

Teilnahmegebühr: € 410

Ambulante Versorgung älterer Menschen

Krankheitsbilder und typische Fallkonstellationen (AVÄ 1)

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

Termin: Freitag, 10.09.2010, 11:15 – 16:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Geriatrisches Basisassessment (AVÄ 2)

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

Termin: Samstag, 11.09.2010, 09:30 – 15:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Hausbesuche und Versorgungsplanung (AVÄ 3)

Inhalte: Rechtliche und medizinische Rahmenbedingungen von Hausbesuchen beachten, häusliche Rahmenbedingungen einschätzen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen, Hausbesuchstasche kontrollieren, Hausbesuchsprotokoll führen, Versorgungs- und sozialrechtliche Anträge begleiten

Termin: Mittwoch, 08.09.2010, 13:30 – 16:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 70

Wundmanagement (AVÄ 4)

Inhalte: Wundarten/-heilung/-Verläufe einschätzen, Wundheilungsstörungen erkennen und Interventionsmaßnahmen durchführen, Wundversorgung durchführen und Verbandtechniken anwenden, Wundprophylaxe einschl. druckreduzierender und -entlastender Maßnahmen durchführen, Wundbehandlung dokumentieren, Hebe- und Lagerungstechniken anwenden

Termin: Donnerstag, 09.09.2010, ab 9:30 Uhr und
Freitag, 10.09.2010, 9:30 – 11:00 Uhr (10 Std)

Teilnahmegebühr: € 150

Organisation und Koordination in der ambulanten Versorgung (AVÄ 5)

Inhalte: Informationsmanagement und Koordination durchführen, bei Einweisung und Entlassung mitwirken, Kooperation im Team mit externen Partnern und Versorgungseinrichtungen gestalten, Dokumentation/Abrechnung/Qualitätsmanagement durchführen

Termin: Mittwoch, 08.09.2010, 09:30 – 12:45 Uhr (4 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 70

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Klinikassistent (120 Stunden)

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

Termin: auf Anfrage

Teilnahmegebühr: € 1.180 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

Information: Monika Kinscher, Fon: 06032 782-187

Aufstiegsfortbildung zum/zur Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung

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

- Ambulante Versorgung älterer Menschen
- Assistenz beim ambulanten Operieren
- Betriebsmedizinische Assistenz
- Case Management in der ambulanten Versorgung
- Ernährungsmedizin
- Klinikassistent
- Onkologie für MFA und Arzthelfer/innen
- Palliative Versorgung
- Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen
- Prävention im Kindes- und Jugendalter
- Strahlenschutz gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 4 RöV

Beginn Pflichtteil: Frühjahr 2011

Teilnahmegebühr Pflichtteil: € 1.480, **Prüfungsgebühren:** € 150

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

Bekanntgabe von Prüfungsterminen

Prüfungstermine Fachwirtin für die ambulante medizinische Versorgung

Die Abschlussprüfung findet am 8./9.10.2010 statt,
Anmeldeschluss ist der 17.09.2010

Die Teilprüfung findet am 23.09.2010 statt,
Anmeldeschluss ist der 02.09.2010

ALLGEMEINE HINWEISE

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

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

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



Kinderärzte zur Ausbildung von afrikanischen Clinical Officers im Rahmen von Kurzeinsätzen gesucht



Krankheitsbild: Malnutrition

Nur 50 km südwestlich der malawischen Hauptstadt Lilongwe liegt das 1959 von luxemburgischen Ordensschwwestern erbaute Buschkrankenhaus St.Gabriel. Sowohl in der Organisation als auch in der Hygiene wird das Hospital vorbildlich geführt. Eine große Bedeutung für das Einzugsgebiet des Krankenhauses, in dem 200.000 Menschen leben, hat die Kinderstation mit 100 Betten. Leider steht dieser Abteilung kein

Kinderarzt zur Verfügung, die Station wird lediglich von einem Clinical Officer (drei-jährige Medizinausbildung) betreut. Mein Bestreben ist es, Kinderärzte zur Ausbildung der Clinical Officers und medizinischen Unterstützung der Kinderstation zu gewinnen.

Informationen über das Projekt unter <http://www.zitha.lu>

oder die Seite des Krankenhauses <http://www.stgabrielshospital.org>
Für weitere Fragen und Koordination der Einsätze stehe ich zur Verfügung.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Angelika Schultze
Rittlehnstraße 31, 36041 Fulda
Fon: 0661 95250900
Mobil 0170 2644601



Kinderstation/St. Gabriels Hospital

Einladung zur Mitgliederversammlung der Ärztehilfe Nordhessen e.V.

26. August 2010, 18:30 Uhr

Bezirksärztekammer Kassel, Wilhelmshöher Allee 67, 3.OG, 34117 Kassel

Tagesordnung

1. Begrüßung – Sachstand
2. Feststellung der Beschlussfähigkeit
3. Satzungsänderung
 - 3.a Erhöhung der Umlagebeiträge
 - 3.b Einzug und Festlegung von Auslagenersatz für Mitglieder ohne gültige Lastschriftinzugsermächtigung
 - 3.c Einzug und Festlegung von Auslagenersatz bei Mitgliedern die trotz Vorhandenseins einer gültigen Lastschrift-

einzugsermächtigung eine Stornierung des Umlagebeitrages vornehmen

4. Mitgliederbewegung und Mitgliederwerbung
5. Verschiedenes

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Lothar Werner Hofmann
Vorsitzender

Sicherer Verordnen

Französische Einschätzungen zu Arzneistoffen – Teil 2

Nachdem in der letzten Folge nur vier kritische französische Empfehlungen zu neuen Arzneistoffen nachgedruckt werden konnten und aufgrund von Anfragen von

Kollegen, nachfolgend eine weitere Auswahl von „zu vermeidenden“ Verordnungen nach Auffassung der unabhängigen medizinischen Zeitschrift. Sie sind etwas zugespitzt, widersprechen den Aussagen von Werbroschüren und sollen sie zum Nachdenken anregen.

Ginkgo und Hirnleistungsstörungen

Pflanzenextrakte als Medikamente haben es grundsätzlich schwer: da die wirksamen Inhaltsstoffe oft nicht genau bekannt sind, ist die Standardisierung eines Extraktes auf einzelne Inhaltsstoffe als Beweis für deren klinische Wirksamkeit ungenau. Darüber hinaus ist eine milde Wirksamkeit von Pflanzenextrakten oft nur schwer in kontrollierten klinischen Studien nachzuweisen.

Das IQWiG hat einem Ginkgo-Extrakt (Tebonin®) eine „gewisse Wirksamkeit“ bei Morbus Alzheimer zugebilligt, zwei klinische Studien aus den USA und die Einschätzung der Cochrane Collaboration sprechen dagegen.

Nach einem Kommentar sollten Demenzpatienten nur mit Dosierungen von 240 mg Extrakt behandelt werden. Sorgfältige Kontrolle des Therapieerfolges vorausgesetzt. Die Gabe von 120 mg (in den amerikanischen Studien eingesetzte Dosis) sei nicht überzeugend, selbst zur Prävention. Der Kommentar eines Vertragsarztes ist kritischer: u.a. empfiehlt er, die hohen Kosten einer medikamentösen Therapie besser in intensivierete Maßnahmen zur Betreuung und Unterstützung der Betroffenen zu investieren.

Der Hersteller hat verschiedene „Haare in den amerikanischen Studiensuppen“ gefunden (mangelnde Therapietreue, zu grobe Screeningmethoden, eingeschränkte Repräsentativität). Nicht verwunderlich, wenn man die derzeitige Laienwerbung für einen Einsatz des Präparates zur Prophylaxe gegen Hirnleistungsstörungen verfolgt.

Quellen: *intern.prax.* 2010; Heft 50: 439-40; *KVHaktuell Pharmakotherapie* 2010; 15(1): 19-20

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 6/2010

Arzneistoff	Handelsname	Indikation	Begründung	Empfehlung
Aripiprazol	Abilify	Schizophrenie, akute Agitiertheit	UAW	Haloperidol, akut auch Benzodiazepine
Certolizumab	Cimzia	Morbus Crohn	Begrenzte Wirksamkeit, UAW	Wenn ein TNF- α -Antagonist indiziert, dann Infliximab oder Adalimumab
Dapoxetine	Priligy	Vorzeitige Ejakulation	UAW	Nicht-medikamentöse Maßnahmen
Doripenem	Doribax	Schwere Infektionen	Applikationsnachteile (Herstellung, mehrmals tägliche Gabe)	Andere Carbapeneme
Duloxetine	Ariclaim, Cymbalta, Yentreve	u.a. Angststörungen	in allen Indikationen schlechtes Nutzen-Risiko-Verhältnis, UAW	offen
Eisen-Dextrans-Komplex	CosmoFer	Eisenmangel	Anaphylaxie	Primär orale Gabe, evtl. Fe-Saccharose-Komplex oder leichte Anämie akzeptieren
Etoricoxib	Arcoxia	In der Rheumatologie	UAW	Nicht-steroidale Antiphlogistika „kein Schmerzzustand rechtfertigt die Anwendung eines COX 2-Inhibitors“
Gefitinib	Iressa	Nicht-kleinzelliges Lungen-Ca	Keine primäre Anwendung wegen UAW	Bei sekundärer Anwendung nicht so effektiv wie Docetaxel
Lamotrigin	Viele Generika	Absencen mit Krampfanfällen	UAW (besonders bei Kindern)	Valproinsäure
Mycafungin	Mycamine	Candidainfektionen	Mögliche schwere Hepatotoxizität	Andere iv.- Antimykotika
Prasugrel	Efient	Nach Stent-Implantation	Weniger Myokardinfarkte, aber mehr Blutungen, evtl. Krebsgefahr \uparrow	Kombination ASS/Clopidogrel
Ranolazin	Ranexa	Stabile Angina pectoris	QT-Intervall \uparrow	Verordnung vermeiden
Risperidon	Viele Generika	Aggression bei Demenz	Keine stärkere Wirkung, UAW	Haloperidol
Rosuvastatin	Crestor	Primärprävention bei moderatem KHK-Risiko	Unklare Nutzen-Risiko-Relation	Pravastatin oder Simvastatin, wenn wirklich indiziert
Tacrolimus, topisch	Protopic	Atopisches Ekzem	Hautirritationen und -infektionen	Hautpflege und zurückhaltender Einsatz von Kortison
Telithromycin	Ketek	Infektionen	Schlechtes Nutzen-Risiko-Verhältnis (Sehstörungen)	Spiramycin
Tocilizumab	RoActemra	Therapieresistente rheumatoide Arthritis	Schwere UAW	Rituximab
Ulipristal	Ellaone	Postkoitale Kontrazeption	Nicht wirksamer als Levonorgestrel	Wegen größerer Erfahrung Levonorgestrel anwenden, Beratung
Ustekinumab	Stelara	Plaque-Psoriasis	Karzinogenität, UAW schlecht dokumentiert	Nach Methotrexat oder Ciclosporin eventuell einen TNF- α -Antagonist
Zoledronsäure	Aclasta, Zometa	Osteoporose bei Männern	UAW, klinischer Erfolg unklar	Nicht-medikamentöse Maßnahmen

Quelle: *Prescrire internat.* 2010; 19 (106): 76-80 und 86

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

Gesundheitsgerechtigkeit und das Recht auf Gesundheit im Grundgesetz

Empfehlungen der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2010 *Hartmut Kreß¹*

In den zurückliegenden Jahren haben Positionen und Argumente der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz, die von der Mainzer Landesregierung eingesetzt worden ist, in Deutschland die Biomedizindebatte wiederholt sehr belebt. Die Kommission tagt seit 1985 unter dem Vorsitz der Justizminister Peter Caesar, danach Herbert Mertin und in der laufenden Legislaturperiode Heinz Georg Bamberger. Zu den normativen Prinzipien, auf die ihre Berichte Wert legten, gehörten immer wieder das Selbstbestimmungsrecht sowie der Gesundheitsschutz [1]. Besondere Beachtung fanden drei Voten, die auf ethisch-rechtliche Probleme des Lebensbeginns und des Lebensendes eingingen.

Leitideen der Kommissionsberichte: Selbstbestimmung und Gesundheitsschutz

Ausgehend vom Selbstbestimmungsrecht der Patienten empfahl die Kommission in ihrem 2004 verabschiedeten Text „Sterbehilfe und Sterbebegleitung“ Regelungen zur Gültigkeit, Reichweite und Verbindlichkeit von Patientenverfügungen, die jetzt im Patientenverfügungsgesetz vom 18. Juni 2009 wiederkehren. Zuvor war im Jahr 1999 der Bericht „Präimplantationsdiagnostik“ erschienen, der dem Bundesgesetzgeber empfahl, in der Bundesrepublik Deutschland dieses damals noch neugendiagnostische Verfahren zuzulassen und hierzu klar definierte Verfahrensregeln vorzugeben. Die Bioethikkommission war das erste Gremium, das die Präimplantationsdiagnostik für Deutschland grundsätzlich befürwortete, so dass sie hierin eine Vorreiterrolle übernahm. Im Jahr 2000 stützte sich die Bundesärzte-

kammer mit ihrem „Diskussionsentwurf zu einer Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik“ auf die Mainzer Kommission. Eine Klarstellung des Bundesgesetzgebers über die Zulässigkeit des Verfahrens blieb jedoch aus. Im Jahr 2005 befasste sich die Kommission in dem Bericht „Fortpflanzungsmedizin und Embryonenschutz“ erneut mit dem Lebensbeginn. Unter Bezug auf verschiedene Handlungsoptionen der Reproduktionsmedizin schlug sie vor, die gesetzlichen Vorgaben in der Form zu verändern, dass das Selbstbestimmungsrecht und der Gesundheitsschutz der Frau sowie das gesundheitliche Wohl der nach künstlicher Befruchtung geborenen Kinder besser berücksichtigt werden. Darüber hinaus ging sie auf das Stammzellgesetz ein und brachte eine Paradoxie zur Sprache, die bis heute nicht behoben ist. Im Inland ist es zwar in engen Grenzen statthaft, an humanen embryonalen Stammzelllinien zu forschen. Jedoch ist nach wie vor unzulässig, die Forschungsergebnisse dann auch zu nutzen und vorhandene embryonale Zelllinien für konkrete Zwecke der gesundheitlichen Versorgung zu verwenden. Eine solche Nutzung von Forschungsergebnissen ist inzwischen für die Toxikologie, die Pharmakologie und insbesondere für die Reproduktionstoxikologie, für Medikamententests zugunsten von Schwangeren spruchreif [2; 3]. Humane embryonale Stammzellforschung läuft im Inland im Blick auf ihre potentielle Nutzung aber bis heute ins Leere ([4], S. 141 ff). Hierauf wies im Jahr 2010 nochmals die Zentrale Ethikkommission für Stammzellenforschung hin ([5] 628). Die damaligen Erwägungen der Mainzer Kommission haben ihre Aktualität also behalten.

Die drei genannten Berichte behandelten mit rechtspolitischer Zielrichtung Einzelprobleme der Biomedizin. Der neue Bericht beschäftigt sich mit Grundsatzfragen des Gesundheitswesens. Am 30. April 2010 beschloss die Mainzer Kommission ihre Thesen und Schlussfolgerungen „Gesundheit und Gerechtigkeit. Ethische, soziale und rechtliche Herausforderungen“. Die Veröffentlichung erfolgte am 1. Juli 2010. Der Kommission zufolge ist es an der Zeit, dem Grundrecht auf Schutz der Gesundheit auch in der Bundesrepublik Deutschland Verfassungsrang zu verleihen. Daher schlägt sie vor, den Artikel 2 Absatz 2 des Grundgesetzes zu erweitern, so dass er den Wortlaut erhalten soll: „Jeder hat das Recht auf Leben, *Gesundheit* und körperliche Unversehrtheit.“ Hiermit verbindet der Bericht weitere Gesichtspunkte zur Gesundheits-, Bildungs- und Forschungspolitik, die zur Verbesserung der Gesundheitsgerechtigkeit beitragen sollen.

Verteilungsgerechtigkeit unter den Aspekten von Transparenz, Sachgemäßheit und Effizienz

Zurzeit bilden die Finanzierungs- und Verteilungsprobleme des Gesundheitssystems eine Schlüsselfrage der Innenpolitik. In der Öffentlichkeit verstärkt sich die Skepsis, inwieweit das Gesundheitssystem noch als „gerecht“ zu bezeichnen ist. Dem Mainzer Bericht zufolge können für Ärzte und Patienten schon allein aus der Unübersichtlichkeit des Gesundheitsfinanzierungs- und -organisationssystems unfaire Nachteile entstehen. Zwar legt sich die Kommission auf keine bestimmte Struk-

¹ Der Verfasser ist Mitglied der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz

tur des Gesundheitswesens fest. Zu einem einzelnen Streitpunkt bezieht sie aber eindeutig Position. Bereits das Demographieproblem lässt es unrealistisch erscheinen, dass sich sämtliche Gesundheitsleistungen, die eigentlich notwendig, zweckmäßig und wünschenswert sind, auf Dauer umfassend finanzieren lassen. Es wird auch nicht ausreichen, potentielle Rationalisierungsreserven auszuschöpfen. Deshalb ist es unvermeidlich, Kriterien dazu zu erarbeiten, welche Gesundheitsleistungen von Seiten der Krankenkassen vorrangig abzusichern sind.

Unhaltbar ist es, dass die Begrenzung und das Vorenthalten medizinischer Leistungen („Rationierung“; „Zweiklassenmedizin“) schon jetzt häufig stillschweigend und in intransparenter Form erfolgen. Dies droht letztlich die gesellschaftliche Akzeptanz des Gesundheitssystems, ja sogar des Rechtsstaats auszuhöhlen. Um die Praxis einer impliziten, verdeckt durchgeführten Rationierung zu überwinden, sollten daher Kriterien geschaffen und Prioritäten offengelegt werden, die die Zuteilung gesundheitlicher Dienstleistungen explizit regeln. Dies betont auch die Bundesärztekammer [6]. Die Kommission nennt prozedurale, formale und materiale Kriterien, durch die die Gerechtigkeitslücken verkleinert und ein möglichst hohes Maß an Verteilungsgerechtigkeit erzielt werden sollen. Dies würde auch Ärzten einen Ausweg aus der Haftungsfalle eröffnen, in der sie sich zurzeit befinden, weil sie für die implizite Vorenthaltung medizinischer Maßnahmen unter Umständen haftungsrechtlich zur Rechenschaft gezogen werden können. Überdies sollen sie künftig in der Aus- und Fortbildung auf diese Probleme besser vorbereitet werden.

Der Mainzer Bericht erörtert noch einen weiteren Teilaspekt der Verteilungsgerechtigkeit, der neben den quantitativen

Zuteilungs- oder Umverteilungsproblemen oft nicht eingehend genug beachtet wird. Es gilt, die für das Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden Ressourcen unter qualitativen Maßstäben sachgerecht zu verteilen und sie effizient zu nutzen. Deshalb sollten medizinische Angebote, d.h. diagnostische, therapeutische und rehabilitative Leistungen sowie Maßnahmen der Vorsorge, systematisch auf ihre Effektivität hin analysiert werden. Auch die medizinische und pharmakologische Forschung ist daraufhin zu prüfen, ob sie bezogen auf die gesundheitliche Versorgung sachgemäß und effizient ist. Die Kommission nennt neuralgische Punkte, die zurzeit Zweifel auslösen, etwa die abnehmende Validität von Zulassungsstudien aufgrund der Selektierung von Patientenkollektiven, fehlende Wirksamkeits- und Sicherheitsprüfungen von Arzneimitteln nach der Zulassung oder Desiderate bei der Abschätzung von seltenen unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen und beim systematischen Vergleich neuer mit bereits zugelassenen Arzneimitteln. In diesen Zusammenhang gehört ferner hinein, dass Interessen der Industrie die pharmakologische Forschung und Vermarktung in bedenklicher Weise beeinflussen (vgl. jetzt auch [7]). In ihrer Schlussfolgerung 2 „Verteilungsgerechtigkeit und Versorgungsforschung“ hebt die Kommission daher hervor, dass der Staat die Konsequenz ziehen sollte, wieder verstärkt die *unabhängige* Forschung zu unterstützen und hierfür tragfähige Rahmenbedingungen herzustellen. Zum Beispiel sollte um der langzeitorientierten Versorgungsforschung willen die Verwertbarkeit pseudonymisierter Patientendaten geregelt werden, die von Kostenträgern und Leistungserbringern gespeichert werden.

Solche Erwägungen sind – über den vorliegenden Bericht hinausgehend – zugleich

unter dem Blickwinkel der Forschungsfreiheit und der Forschungsverantwortung zu durchdenken. Die Kommission hat dies nicht weiter vertieft, sondern auf andere Punkte den Finger gelegt, etwa auf Desiderate des Gesundheitswesens bei der Zugangs- und der Einzelfallgerechtigkeit. Kritischer Überprüfung bedürfen z.B. die Einschränkungen der gesundheitlichen Betreuung, unter denen papierlose Menschen leiden, die keine formale Aufenthaltserlaubnis besitzen.

Partizipationsgerechtigkeit

Grundsätzlich gehört der Begriff „Gerechtigkeit“ zu den Leitbegriffen der Ethik, die unbestimmt, daher interpretationsoffen und definitionsbedürftig sind. Ihre Auslegung hängt von geschichtlichen, kulturellen, zivilisatorischen und technologischen Rahmenbedingungen ab. Starkes Interesse hat der Mainzer Bericht daran, eine Dimension von Gerechtigkeit ins Bewusstsein zu rücken, die in der Bundesrepublik Deutschland noch immer zu wenig Aufmerksamkeit findet. In der amerikanisch-angelsächsischen Ethik spielt sie seit ca. zwei Jahrzehnten eine Rolle. Es geht um die Partizipations- oder Befähigungsgerechtigkeit. Den Hintergrund bilden Denkmodelle, die von dem Ökonomen Amartya Sen, der Philosophin Martha Nussbaum oder dem Gesundheitsethiker Norman Daniels stammen. Demzufolge ist der Staat dafür verantwortlich, Bedingungen zu schaffen, die den einzelnen Bürger dazu befähigen, das ihm individuell mögliche Maß an Gesundheit tatsächlich erreichen zu können, damit er seine persönlichen Lebens-Chancen zu verwirklichen vermag. Die Bürger sollen in die Lage versetzt werden, sich an der Bewahrung oder Wiederherstellung ihrer Gesundheit selbst aktiv zu beteiligen („capability approach“). Eine solche Konzeption der Gerechtigkeit, die auf aktive Partizipation, gesundheitliche

Selbstbestimmung und Gesundheitsförderung abzielt, hat sich die Weltgesundheitsorganisation schon in ihrer Ottawa-Deklaration von 1986 zu eigen gemacht.

Unter diesem Vorzeichen erörtert der Mainzer Bericht die gesundheitlichen Verwirklichungs-Chancen unterschiedlicher Gruppen unserer Bevölkerung: Kinder und Jugendliche, alte Menschen, Männer und Frauen, chronisch Kranke und Behinderte, Menschen mit Migrationshintergrund. Was die letztgenannte Gruppe anbelangt, so kann nicht pauschal gesagt werden, ihr Gesundheitsstatus sei per se schlechter als derjenige der einheimischen Bevölkerung. Jedoch fällt z.B. auf, dass Kinder, die in Familien mit Migrationshintergrund heranwachsen, in geringerem Maß von den U-Vorsorgeuntersuchungen profitieren oder dass Migranten überproportional häufig Notfallambulanzen in Anspruch nehmen. Dies ist zum Teil auf unzureichende Kenntnisse des deutschen Gesundheitssystems zurückzuführen. Für Menschen mit Migrationshintergrund stellen sprachliche, kulturell-weltanschauliche und sonstige alltagsweltliche Barrieren eine Hürde dar, die es ihnen erschwert, die Angebote des Gesundheitswesens adäquat zu nutzen und sich eigenverantwortlich gesundheitsgemäß zu verhalten. Die Kommission unterstreicht daher, dass Ärzten und dem Gesundheitspersonal in der Aus- und Fortbildung interkulturelle Basiskenntnisse zu vermitteln sind. In einer ethnisch, lebens- und weltanschaulich pluralistischen Gesellschaft sollten Ärzte sprachliche und sachliche Zugangsprobleme sowie kulturbedingte Eigenheiten im Gesundheitsverständnis ihrer Patienten angemessen einschätzen können. Erst auf dieser Grundlage vermögen sie Patienten aus anderen Kulturen in der Weise zu informieren und zu beraten, dass diese zu eigenständigen Entscheidungen über ihr Gesundheitsver-

halten, ihren Umgang mit Krankheiten oder auch die Sterbehilfe gelangen können. Dies legt der Bericht in der Schlussfolgerung 7 „Interkulturelle Kompetenz“ dar. In der Schlussfolgerung 6 „Verantwortungspartnerschaft“ geht er generell auf das Arzt-Patient-Verhältnis und auf die Erfordernisse einer patientenzentrierten Medizin ein.

Gesundheitsbildung als Element der Gesundheitsgerechtigkeit

Das Anliegen, Menschen im Umgang mit Krankheit und Gesundheit zur Gesundheitsmündigkeit, d.h. zu eigenverantwortlichen Entscheidungen und zu präventivem Verhalten zu befähigen, ist sodann besonders für die 5. Schlussfolgerung „Befähigungsgerechtigkeit und Bildung“ tragend. Sozialwissenschaftlich und epidemiologisch ist umfassend belegt, dass ein prekärer Sozial- und ein niedriger Bildungsstatus zugleich zu gesundheitlichen Ungleichheiten führen. Auch in der Bundesrepublik Deutschland nimmt die Zahl der Menschen zu, die hiervon betroffen ist. Große Schwierigkeiten ergeben sich freilich aus dem sogenannten Präventionsdilemma: Diejenigen, die sozioökonomisch und in ihrem Bildungsstand ohnehin bereits benachteiligt sind, werden von Angeboten, die der gesundheitlichen Prävention dienen, und von den Bemühungen um Gesundheitsbildung besonders schlecht erreicht. Grundsätzlich sind Impulse der Gesundheitsbildung für Menschen in unterschiedlichem Lebensalter und in unterschiedlichen Lebenssituationen unverzichtbar – von Arbeitnehmern bis hin zu den älteren Menschen, die sich in ihrer Lebenseinstellung, ihren Verhaltensgewohnheiten und Wohnverhältnissen auf Behinderungen und Betreuungsbedürftigkeit einstellen müssen [8]. Anknüpfend an den Kinder- und Jugendgesundheitsurvey

([9], [10]) weist der Mainzer Bericht vor allem auf den schlechten Gesundheitsstatus von Kindern hin, die unter den Bedingungen sozioökonomischer Benachteiligung und in Familien mit niedrigem Bildungsgrad aufwachsen. Sie sind nicht nur in ihrem aktuellen Gesundheitszustand, sondern auch in ihren gesundheitlichen Zukunftsaussichten erheblich beeinträchtigt. Diese Ungleichheit ist ethisch „ungerecht“, weil das Gebot der Chancengerechtigkeit verletzt wird.

Um solchen Schief lagen entgegenzuwirken, haben verschiedene europäische Staaten, z.B. Schweden oder die Schweiz, umfangreiche Initiativen zur schulischen Gesundheitserziehung auf den Weg gebracht. In Schweden ist dies das Modell der Schulgesundheitspflege. Auch in Deutschland sind für das „Setting Schule“ gesundheitsbezogene Modellprojekte entwickelt worden, z.B. bezogen auf Ernährung oder den Verzicht auf Nikotinkonsum. Bislang ist es aber noch nicht gelungen, „Gesundheit“ in Schulentwicklungsprogrammen, im schulischen Alltag und im Kanon der Schulfächer fest zu verankern. Deshalb betont die Kommission die bildungspolitische Aufgabe, gesundheitsbezogene Kompetenzen quer durch die verschiedenen Schulfächer zu vermitteln. Zusätzlich haben Kommissionsmitglieder vorgeschlagen, Gesundheitskunde in geeigneten Altersstufen künftig als eigenes Schulfach zu etablieren. Dies hätte den Vorteil, dass gesundheitsbezogene Themen in der Schule institutionell einen eindeutig identifizierbaren Ort erhalten, der ihnen fehlt, solange sie nur in Einzelprojekten zum Zuge gelangen.

In einem Schulfach Gesundheitskunde könnte man zudem einem Sachverhalt Rechnung tragen, der oft unterschätzt wird: Zukünftig wird der Umgang mit Krankheit und Gesundheit noch höhere kognitive Herausforderungen mit sich bringen als

bislang. Dies ergibt sich aus der Fortentwicklung der individualisierten Medizin, der genetischen Diagnostik einschließlich der prädiktiven Diagnostik, der Fortpflanzungs- und der Transplantationsmedizin oder der Möglichkeit von Patientenverfügungen. Angesichts dessen sollten bereits in der Schule die Urteilskraft gefördert, gesundheitsrelevante Kompetenzen gestärkt und Kriterien der Urteilsfindung vermittelt werden. Jedenfalls stellt es einen Kern der Gesundheitsgerechtigkeit im Sinn der Partizipationsgerechtigkeit dar, Menschen aus den verschiedenen Gruppen der Gesellschaft, insbesondere aber Kinder und Jugendliche zu einem möglichst hohen Maß an Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit im Umgang mit ihrer Gesundheit zu befähigen.

Gesundheit als Grundrecht. Ein Vorstoß, den Gesundheitsschutz in die Verfassung aufzunehmen

Anders als es bei den drei eingangs erwähnten Berichten von 1999, 2004 und 2005 gewesen war, hat die Bioethikkommission 2010 keine konkreten Gesetzesvorschläge vorgetragen. Stattdessen hat sie Rahmengesichtspunkte erörtert, die für ein Präventionsgesetz oder für Verbesserungen der Zugangsgerechtigkeit im Gesundheitswesen relevant sind. Darüber hinaus empfiehlt sie in ihrer zentralen Schlussfolgerung 1, im Grundgesetz neben dem Recht auf Leben und auf körperliche Unversehrtheit ebenfalls das Grundrecht auf Gesundheit zu verankern.

Aus heutiger ethischer Sicht ist „Gesundheit“ als ein elementares oder fundamentales Gut zu charakterisieren, das für jeden Einzelnen die Voraussetzung für eine selbstbestimmte Lebensgestaltung und für die Verwirklichung persönlicher Werte, Lebensziele und soziokultureller Aktivitäten bildet [4, S. 86 ff.]. Schon jetzt ist das

Grundrecht auf Gesundheitsschutz in internationalen Konventionen und Menschenrechtserklärungen enthalten, etwa in Artikel 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte von 1966 oder in Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention von 1989. In der Bundesrepublik Deutschland wurde ihm bislang in einzelnen Gesetzen Rechnung getragen. Das Bundesverfassungsgericht gibt seit einiger Zeit immer nachdrücklicher zu erkennen, dass der Gesundheitsschutz schon jetzt implizit von der Verfassung garantiert wird. Der Kommissionsbericht stellt dies im Abschnitt „Gesundheit und Recht“ dar und zieht die Konsequenz, dass das Schutzgut Gesundheit aufgrund seines überragenden Gewichtes sowie aus Gründen der begrifflichen Klarheit und der Transparenz *explizit* in das Grundgesetz aufzunehmen ist.

Eine solche Klarstellung käme nicht zuletzt den gesundheitlichen Schutzbedürfnissen vulnerabler Gruppen, z.B. Kindern, chronisch Kranken oder Behinderten zugute. Im übrigen betrifft es keineswegs nur das Gesundheitssystem im engeren Sinn, dass rechtliche und politische Abwägungen die Gesundheit als fundamentales Schutzgut ernstzunehmen haben und dass der Staat seinen Schutzpflichten für die gesundheitliche Versorgung so umfassend wie möglich nachkommen soll. Vielmehr handelt es sich um eine Querschnittsaufgabe, die unter anderem das Arbeitsrecht oder die Forschungs-, Schul- und Bildungspolitik einschließt. Heutzutage ist es unerlässlich geworden, den Fortschritt der Hochleistungsmedizin sowie gesundheitsrelevante soziokulturelle Entwicklungen gesellschaftlich und rechtlich politisch permanent aufzuarbeiten. Dies sollte im Grundrechtskatalog des Grundgesetzes prägnant zum Ausdruck gebracht werden. Daher ist es sinnvoll, in Artikel 2

Absatz 2 des Grundgesetzes den Schutz der Gesundheit einzufügen.

Literatur

1. *Die Berichte sind auch im Internet unter www.justiz.rlp.de/Ministerium/Bioethik/zugänglich.*
2. Krtolica A et al. (2009), *Human embryonic stem cells as a model for embryotoxicity screening. Regen. Med.* 4 (3): 449-459
3. Jensen J et al. (2009) *Human embryonic stem cell technologies and drug discovery. J. Cell. Physiol.* 219: 513-519
4. Kreß H (2009) *Medizinische Ethik, 2. erweiterte Auflage, Stuttgart*
5. *Tätigkeitsbericht der Zentralen Ethik-Kommission für Stammzellenforschung (2010). Siebenter Bericht nach Inkrafttreten des Stammzellgesetzes (StZG) für den Zeitraum vom 1. Dez. 2008 bis 30. Nov. 2009. Bundesgesundheitsbl* 53: 623-628
6. Fuchs C (2010) *Demografischer Wandel und Notwendigkeit der Priorisierung im Gesundheitswesen. Positionsbestimmung der Ärzteschaft. Bundesgesundheitsbl* 53: 435-440
7. Schott G et al. (2010) *Finanzierung von Arzneimittelstudien durch pharmazeutische Unternehmen und die Folgen. Dtsch Arztebl Int* 107(16): 279-285
8. Wulfhorst B /Hurrelmann K (Hg.) (2009) *Handbuch Gesundheitserziehung, Bern*
9. *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) (2007). Bundesgesundheitsbl* 50: 529-908
10. Lampert T (2010) *Frühe Weichenstellung. Zur Bedeutung der Kindheit und Jugend für die Gesundheit im späteren Leben. Bundesgesundheitsbl* 53: 486-497

Anschrift des Verfassers

Professor Dr. Hartmut Kreß

Universität Bonn

Evang.-Theol. Fakultät, Abt. Sozialethik

Am Hof 1, 53113 Bonn

E-Mail: hkress@uni-bonn.de

www.sozialethik.uni-bonn.de/kress

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

Sturz aus dem Krankenbett – keine präventiven Sicherungsmaßnahmen!

Thomas K. Heinz

In der Augustausgabe 2009 (Seite 531) des Hessischen Ärzteblattes haben wir über eine Entscheidung des OLG Koblenz (GesR 2009, 85) betreffend die Haftungsgrundsätze bei einem Sturz aus dem Krankenbett berichtet. Mit Urteil vom 22. Oktober 2009 setzt sich nun das OLG Bremen (GesR 2010, 25) mit der hierzu korrespondierenden Darlegungs- und Beweislast auseinander und gelangt zu dem Ergebnis, dass ein Patient, der eine Klinik wegen eines Sturzes in Anspruch nimmt, regelmäßig die volle Darlegungs- und Beweislast trägt für diejenigen konkreten Umstände, auf Grund derer die Anbringung von Bettgittern indiziert gewesen wäre. Eine allgemeine präventive Sicherung des Patienten kann nicht gefordert werden. Der Entscheidung liegt folgender Sachverhalt zu Grunde:

Die Klägerin – Ehefrau des verstorbenen Patienten – nimmt eine Klinik haftungsrechtlich in Anspruch und führt zur Begründung aus, am Bett ihres Ehemannes hätten Bettgitter angebracht werden müssen, da dieser blind und daher in fremder Umgebung hilflos gewesen sei. Er hätte daher einer besonderen Pflege bedurft, zumal es ihm nicht möglich gewesen sei, eine am Krankenbett befestigte Klingel zu bedienen, um Hilfe zu rufen, und er auch nicht selbständig aus dem Bett steigen können. Bei mäßiggradig körperlich limitierten Personen, wie ihrem verstorbenen Ehemann, sei die Anbringung eines Bettgitters grundsätzlich indiziert.

Der Senat verneint den Anspruch mit der Begründung, ein solcher könne der Klägerin nur dann zustehen, wenn der Sturz des verstorbenen Ehemannes auf ein Fehlverhalten der behandelnden Ärzte bzw. des Pflegepersonals zurückzuführen wäre. Die Klägerin hat zwar behauptet, ihr Ehemann sei nur deshalb gestürzt, weil das

Pflegepersonal es unterlassen habe, ein Gitter an seinem Bett anzubringen, obwohl dies indiziert gewesen sei. Dass die Mitarbeiter der Beklagten aber tatsächlich verpflichtet waren, am Krankenbett ein Bettgitter anzubringen, ist – so der Senat – von der Klägerin aber nicht nachgewiesen worden.

Als Anspruchstellerin sei sie dafür darlegungs- und beweispflichtig, dass ihr Ehemann auf Grund einer Sorgfaltspflichtverletzung des Pflegepersonals verletzt worden ist. Ein Fall der Beweislastumkehr zu Lasten der Klinik aus dem Gesichtspunkt eines so genannten „voll beherrschbaren Risikos“ liege hier nicht vor (vgl. dazu Martis, MDR 2009, 1082, 1088). Zwar sei der verstorbene Ehemann in dem von der Beklagten betriebenen Krankenhaus und damit in ihrem Organisationsbereich gestürzt. Dieser Umstand allein reiche aber für eine Umkehr der Beweislast nicht aus. Eine Beweislastumkehr werde vielmehr nur in den Fällen angenommen, in denen alle Risikofaktoren und somit auch solche, die sich aus der körperlichen Konstitution des Patienten ergeben, regelmäßig vom Personal eingeplant und vollumfänglich ausgeschaltet werden können (ebenso vgl. OLG Schleswig, NJW-RR 2004, 237). So

gehe man z.B. von einem vollbeherrschbaren Risiko mit der Folge einer Entlassungspflicht des Krankenhausbetreibers dann aus, wenn der Patient stürzt, während die mit seiner Begleitung beschäftigte Pflegekraft sich bei ihm befindet. Dagegen gilt eine Situation gerade nicht als voll beherrschbar, wenn sich der Patient bzw. Bewohner eines Pflegeheims in seinem Zimmer selbst frei bewegt und dabei zu Fall kommt.

Im Streitfall ging der Senat davon aus, dass die Situation zum Zeitpunkt des Sturzes für das Pflegepersonal nicht voll beherrschbar war, da sich der Patient unstreitig allein in seinem Krankenzimmer befunden hatte und somit gerade nicht im unmittelbaren Einwirkungsbereich des Pflegepersonals. Die danach für das Vorliegen eines Fehlverhaltens des Personals darlegungs- und beweibelastete Klägerin hatte bereits keine genügenden Anhaltspunkte dafür vorgetragen, dass es aus der damaligen Sicht des Pflegepersonals erforderlich war ein Bettgitter zu installieren, um einen Sturz aus dem Bett zu vermeiden.

Entgegen der von der Klägerseite vertretenen Auffassung bestehe keine generelle Indikation für die Anbringung eines Bett-

gitters bei körperlich mäßiggradig limitierten Patienten. Über dessen Sicherung mit Hilfe eines Bettgitters ist vielmehr auf Grund der konkreten Umstände in jedem Einzelfall gesondert zu entscheiden (so schon BGH GesR 2005, 282). Denn die Anbringung eines Bettgitters stellt eine freiheitsbeschränkende Maßnahme dar, die in die verfassungsrechtlich geschützte Bewegungs- und Entschließungsfreiheit des jeweiligen Patienten eingreift. Sie ist daher grundsätzlich nur mit seiner Einwilligung möglich. Angesichts der Schwere des Eingriffes darf von der Möglichkeit der Anbringung von Bettgittern daher nur dann

Gebrauch gemacht werden, wenn konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine Eigen- bzw. Fremdgefährdung durch den Patienten besteht. Eine präventive Anordnung eines Bettgitters verbietet sich (vgl. OLG Schleswig, ebenda). Die Tatsache, dass der Ehemann aufgrund seiner Erblindung behindert gewesen sei, reicht alleine nicht aus, um eine Situation anzunehmen, in der die Anbringung von Bettgittern notwendig gewesen wäre. Auch Blinde können sich mit Hilfsmitteln oder mit fremder Hilfe in einer für sie ungewohnten Umgebung bewegen. Diese fremde Hilfe in Form der Unterstützung durch

die jeweiligen Pflegekräfte auf der Station hätte der verstorbene Ehemann der Klägerin auch in Anspruch nehmen können und bei eigener Gangunsicherheit auch müssen. Er hätte zum Herbeirufen einer Pflegekraft die an seinem Krankenbett befestigte Klingel benutzen müssen. Dass dies ihm unmöglich war, war nicht ersichtlich.

Anschrift des Verfassers

*Rechtsanwalt und Fachanwalt
für Medizinrecht*

Dr. Thomas K. Heinz

*Cronstettenstraße 66, 60322 Frankfurt
www.mmw-law.de*

Ausschreibung des 4. Wissenschaftspreises Legasthenie und Dyskalkulie

Der BVL, Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e.V., vergibt zum vierten Mal den Wissenschaftspreis des BVL für empirische Arbeiten auf den Gebieten der Legasthenie und Dyskalkulie. Damit soll die wissenschaftliche Forschung in den Bereichen Grundlagenforschung, Diagnostik, Prävention und Therapie gefördert werden. Der Preis beträgt 3.000 Euro und wird auf dem 17. Bundeskongress des Bundesverbandes Legasthenie und Dyskalkulie vom 18. bis 20. März 2011 in Erfurt verliehen.

Der BVL möchte so insbesondere jüngere Wissenschaftler motivieren, ihre wissenschaftlichen Arbeiten zu den Themen Legasthenie oder Dyskalkulie einer breiten Öffentlichkeit vorzustellen und mit dazu beitragen, dass die betroffenen Menschen eine bessere Unterstützung erfahren. Bewerber müssen Autoren einer oder mehrerer Arbeiten sein, die innerhalb der letzten drei Jahre in Fachzeitschriften allgemein zugänglich publiziert wurden. Die Bewerbungsunterlagen müssen zudem bis zum 31. Dezember 2010 bei dem wissenschaftlichen Leiter des Bundeskongresses, Professor Dr. Gerd Schulte-Körne (Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität München, Pettenkoferstraße 8a, 80336 München) eingehen.

Weitere Informationen zu den Ausschreibungsbedingungen finden Sie unter www.bvl-legasthenie.de

Erforschung des Knochenstoffwechsels Neuer Wissenschaftspreis ausgelobt

Der Patientenverband Hypophosphatasie Deutschland e.V. und die Deutsche Gesellschaft für Osteologie (DGO e.V.) geben die Einrichtung eines neuen Preises für wissenschaftliche Arbeiten bekannt.

Der neu geschaffene HPP Förderpreis soll künftig alle zwei Jahre im Rahmen des jährlich stattfindenden Kongresses der deutschsprachigen osteologischen Gesellschaften verliehen werden.

Ausgelobt wird der mit 4.000 Euro dotierte Preis für herausragende wissenschaftliche Arbeiten, die sich unmittelbar mit der Skeletterkrankung Hypophosphatasie (HPP) beschäftigen. Eingeladen zur Einreichung von Arbeiten sind Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus allen Teilgebieten der Medizin, der Zahnmedizin und der Biologie.

Die Arbeiten sollen nicht älter als zwei Jahre sein und einen eindeutigen Beitrag zur weiteren Erforschung der Hypophosphatasie leisten. Eine Veröffentlichungspflicht besteht nicht. Sollten bis Ende des Jahres ausreichend Arbeiten eingereicht werden, kann der neu geschaffene HPP Förderpreis bereits anlässlich des Osteologie-Kongresses 2011 in Erlangen erstmals verliehen werden.

Über die Vergabe des Preises entscheidet eine Jury aus Mitgliedern der DGO sowie der Vorstand des Patientenverbands HPP Deutschland e.V.

Ausführliche Ausschreibungs-Unterlagen sind erhältlich bei: HPP Deutschland e.V., c/o Gerald Brandt, Peter-Schneider-Straße 1, 97074 Würzburg, Fon: 0931 782937, www.hpp-ev.de

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Dr. med. Immo Grimm, Darmstadt, am 1. September das 75.,
 Dr. med. Hannelore Meyer, Darmstadt, am 4. September das 75.,
 Dr. med. Ursula Hildebrandt, Darmstadt, am 10. September das 75.,
 Dr. med. Eckart Mende, Seeheim-Jugenheim, am 10. September das 75.,
 Dr. med. Rüdiger Keudel, Lindenfels, am 12. September das 65.,
 Dr. med. Kurt Paulus, Darmstadt, am 16. September das 80.,
 Dr. med. Andreas Senft, Darmstadt, am 16. September das 70.,
 Dr. med. Martin Beil, Zürich, am 17. September das 70.,
 Dr. med. Hans Hermann Leinberger, Erbach, am 17. September das 65.,
 Dr. med. Birgit Genschow, Rüsselsheim, am 19. September das 65.,
 Dr. med. Franz Kist, Neckargemünd, am 20. September das 65.,
 Dr. med. Eleonore Mende, Seeheim-Jugenheim, am 21. September das 75.,
 Dr. med. Willi Albrecht, Mörfelden-Walldorf, am 22. September das 90.,
 Dr. med. Erhard Schmidt, Limburg, am 23. September das 65.,
 Dr. med. Wolfgang Schmidt, Darmstadt, am 23. September das 70.,
 Dr. med. Hans-Rainer Rohrbach, Erbach, am 26. September das 65.,
 Dr. med. Gernot Sauer, Reichelsheim, am 26. September das 65.,
 Dr./Imp Cluj Rumaen. Georg Costa, Mörfelden-Walldorf,
 am 28. September das 85. Lebensjahr.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Dr. med. Gisela Schneider, Freigericht, am 6. August das 65.,
 Professor Dr. med. Wolfgang Rösch, Frankfurt, am 4. September das 70.,
 Dr. med. Sigrid Weber, Hochheim, am 9. September das 75.,
 Dr. med. Gerd Wetjen, Hanau, am 11. September das 65.,
 Dr. med. Waltraut Köhler, Frankfurt, am 12. September das 90.,
 Dr. Dr. med. Attila Sztankay, Frankfurt, am 14. September das 85.,
 Dr. med. Karin Schuchardt, Dreieich, am 16. September das 75.,
 Dr. med. Hermann Frankenberg, Oberursel, am 18. September das 70.,
 Irene Simrock, Neu-Isenburg, am 18. September das 65.,

Dr. med. Peter Hilgard, Frankfurt, am 19. September das 70.,
 Professor Dr. med. Rudolf Janzen, Bad Homburg, am 20. September das 70.,
 Erika König-Dennerlein, Frankfurt, am 21. September das 70.,
 Dr. med. Gisela Peters, Frankfurt, am 22. September das 85.,
 Dr. med. Angelika Simrock, Frankfurt, am 23. September das 65.,
 Dr. med. Manfred Christ, Friedrichsdorf, am 28. September das 65.,
 Dr. med. Leo Lippert, Offenbach, am 29. September das 90.,
 Dr. med. Inge Hochscheid, Frankfurt, am 30. September das 70. Lebensjahr.

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Dieter Becker, Frankfurt, am 24. August,
 Dr./Univ. Beograd Smilja Kikic, Frankfurt, am 15. September.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Dr. med. Asim Mesinovic, Lauterbach, am 13. September das 75.,
 Dr. med. Heinrich Quilisch, Herborn, am 25. September das 85.,

Dr. med. Harald Fischer, Niddatal, am 27. September das 70. Lebensjahr.

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Reinhard Berndt, Gießen, am 9. August.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Mustafa Izzat-Agha, Fulda, am 2. September das 70.,
 Dr. med. Viktoria Ackermann, Kassel, am 6. September das 70.,
 Dr. med. Reinhold Spyra, Edertal, am 7. September das 70.,
 Dr. med. Christa Dustmann, Korbach, am 8. September das 70.,
 Professor Dr. med. Manfred Weise, Kassel, am 8. September das 70.,
 Medizinaldirektorin i.R. Christa Racz, Ahnatal, am 9. September das 75.,
 Dr. med. Renate Naumann, Kassel, am 12. September das 70.,
 Dr. med. Gisela von zur Mühlen, Kassel, am 18. September das 75.,
 Helmuth Luchmann, Bad Wildungen, am 20. September das 65.,
 Dr. med. Bilsel Yavuz, Neuhof, am 20. September das 75.,
 Dr. med. Wolfgang Euler, Kassel, am 23. September das 70.,
 Professor Dr. med. Klaus Schumann, Ulm, am 24. September das 70.,
 Dr. med. Jürgen Hild, Hünfeld, am 25. September das 65.,
 Dr. med. Barbara Mariß, Bad Wildungen, am 25. September das 70.,
 Dr. med. Karl Neef, Hessisch Lichtenau, am 26. September das 75.,
 Dr. med. Justus Hess, Kassel, am 27. September das 95.,
 Dr. med. Christian Lidgett, Bad Wildungen,
 am 27. September das 70. Lebensjahr.

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Ernst Hens, Bad Hersfeld, am 4. August.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Dr. med. Adolf Kurzweg, Bad Zwesten, am 20. September das 85. Lebensjahr.

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Manfred Brauner, Elz, am 1. September das 70.,
 Dr. med. Werner Menz, Schlangenbad, am 19. September das 70.,
 Medizinaldirektorin Dr. med. Alona von Baumgarten, Wiesbaden,
 am 22. September das 85.,
 Dr. med. Dieter Dambach, Oberwallmenach, am 27. September das 75. Lebensjahr.

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

Wir gedenken der Verstorbenen

Thomas Biegler, Frankfurt
* 23.10.1954 † 23.5.2010

Ltd. Medizinaldirektor a.D. Dr. med. Jürgen Dischereit, Weilburg
* 26.10.1920 † 9.5.2009

Professor Dr. med. Otto Hallwachs, Darmstadt
* 29.1.1932 † 24.5.2010

Dr.-medic Fani Kupferberg, Neu-Isenburg
* 17.12.1921 † 21.2.2010

Dr. med. Werner Neubauer, Friedberg
* 3.6.1930 † 19.4.2010

Ulrike Runzheimer, Bad Homburg
* 10.11.1945 † 10.5.2010

Dr. med. Juergen Schilling, Ringgau
* 28.11.1916 † 10.4.2010

Dr. med. Arnold Schulz, Eltville
* 21.5.1925 † 23.2.2010

Obermedizinalrätin Dr. med. Ilse Sondermann, Gießen
* 4.8.1915 † 28.3.2010

Professor Dr. med. Gustav Trübstein, Bad Orb
* 30.9.1939 † 16.5.2010

Dr. med. Leni Weider, Eschborn
* 1.4.1920 † 19.1.2010

Ltd. Medizinaldirektor i.R. Rolf Zeiger, Vellmar
* 9.1.1923 † 5.3.2010

Erratum

zu HÄBL 6/2010, Seite 356 „Notfall an Bord eines Linienflugzeugs – was dürfen wir erwarten, was sollten wir tun?“

Fehlerhaft ist der im Abschnitt „Keinerlei Haftung an Bord“ auf Seite 357 zitierte Paragraph – es müsste hier §323c StGB heißen.

Auf Seite 361 ist Tabelle 3 abgedruckt, der Inhalt entspricht nicht dem neuesten Stand. Den richtigen Inhalt des Modul Ampullen-Set (im Doctor's Kit) der Tabelle 3 finden Sie auf unserer Homepage unter www.laekh.de, unter Hessisches Ärzteblatt.

Fachkunde im Strahlenschutz Spezialkurse CT und Intervention

Durch die Einführung der fachgebundenen Zusatzweiterbildung „Röntgendiagnostik“ ist es auch klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten möglich, ihre radiologische Kompetenz innerhalb ihres Fachgebietes zu vertiefen und ggf. zu ergänzen. Voraussetzung für jede radiologische Tätigkeit ist die entsprechende Fachkunde nach der Röntgenverordnung.

Da die zunehmende Strahlenbelastung der Bevölkerung (und damit auch des strahlenexponierten Personals) hauptsächlich durch den diagnostischen und therapeutischen Fortschritt in der Computertomographie und der Interventionsradiologie verursacht wird, sieht der Fachkundekatalog im Strahlenschutz Spezialkurse für CT und Intervention vor. Adressaten dieser Spezialkurse sind die klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte, die zwar keine volle Weiterbildung im Gebiet „Radiologie“ absolviert haben, aber dennoch Computertomographien und Interventionen innerhalb ihres Fachgebietes selbständig zu verantworten haben.

„Selbständig“ im Zusammenhang mit der Fachkunde im Strahlenschutz meint, dass klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte, also „Nicht-Radiologen“, die Indikation zum CT bzw. zur Intervention stellen, ggf. die Untersuchung technisch durchführen und die Untersuchung befunden. Im Umkehrschluss gilt: Wird für diese Leistungen (Indikationsstellung, ggf. technische Durchführung, Befundung) ein Facharzt für Radiologie tätig, so obliegen diesem alle Verpflichtungen aus der Röntgenverordnung.

Die folgenden Beispiele mögen verdeutlichen, bei welchen Konstellationen der Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz mittels der Spezialkurse CT und/oder Intervention für den Kliniker relevant sein kann: Verantwortet eine Ärztin/ein Arzt zeitweise (Nacht- und Wochenenddienst) oder dauerhaft Computertomographien des Schädels, der Wirbelsäule, des Thorax, des Abdomens, des Beckens und/oder des Herzens muss zusätzlich zum praktischen Sachkundeerwerb der Spezialkurs CT nachgewiesen werden.

Verantwortet eine Ärztin/ein Arzt zeitweise (Nacht- und Wochenenddienst) oder dauerhaft Interventionen, z.B. des Herzens und/oder der Gefäße, muss **zusätzlich** zum praktischen Sachkundeerwerb der Spezialkurs Intervention nachgewiesen werden.

Die Durchführung von Röntgenuntersuchungen gehört sicherlich zu den am meisten regulierten Bereichen in der Medizin. Es gilt jedoch zu bedenken, dass die Anwendung von Röntgenstrahlen am Menschen ohne erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz und/oder ohne rechtfertigende Indikation von der Rechtsprechung als Körperverletzung angesehen und geahndet wird. Nur wer eine Fachkunde nach der Röntgenverordnung vor dem 7. April 2006 für ein Gebiet der Röntgendiagnostik (nicht: Notfalldiagnostik) erworben hat, ist auf dieser Grundlage auch berechtigt, Interventionen des betreffenden Organsystems durchzuführen. Dies umfasst jedoch nicht die Computertomographie. Wir empfehlen den klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen, die für die Versorgung ihrer Patienten auf die CT und Intervention zugreifen müssen und wollen, zu prüfen, ob ihre bisherige Fachkunde im Strahlenschutz auch diese Bereiche abdeckt.

Für Rücksprachen bezüglich der Fachkunde im Strahlenschutz stehen Frau Doberstein in der Weiterbildungsabteilung (alexandra.doberstein@laekh.de) und bezüglich der Strahlenschutzkurse Frau Hiltcher in der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung (edda.hiltcher@laekh.de) zur Verfügung.

LÄKH

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis Nr. 060016286, ausgestellt am 31.3.2010, für Britta Brücker, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS-W-363/2005, ausgestellt am 8.8.2005, für Dr. med. Dieter Dambach, Wiesbaden,

Arztausweis Nr. 060015363, ausgestellt am 18.1.2010, für Jonas Heinel, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS-F-14745, ausgestellt am 9.1.2008, für Nevena Koletzko, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS-W-417, ausgestellt am 26.10.2005, für Dr. med. Ilona Schroth, Wiesbaden,

Arztausweis Nr. HS-D-5107, ausgestellt am 26.4.2007, für Dr. med. Horst Stix, Darmstadt,

Arztausweis Nr. 060010829, ausgestellt am 14.1.2009, für Dr. med. Andreas Taenzer, Kassel,

Arztausweis Nr. HS-F-11765, ausgestellt am 10.12.2003, für Dr. med. Thomas Trepels, Kassel,

Arztausweis Nr. HS-G-5975, ausgestellt am 11.6.2004, für Dr. med. Andreas Wehenkel, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS-F-13541, ausgestellt am 2.6.2006, für Dr. med. Brigitte Wiemann, Frankfurt.

Lösung Medizinisches Kreuzworträtsel

aus 7/2010, Seite 440

ANTISPASTIKA

Aktive Immunisierung gegen Hepatitis B

Die Landesärztekammer Hessen macht darauf aufmerksam, dass der/die Arzt/Ärztin als Arbeitgeber verpflichtet ist,

- sicherzustellen, dass die Beschäftigten, insbesondere auch die **Auszubildenden**, bei Aufnahme der Tätigkeit über die für sie in Frage kommenden Immunisierungsmaßnahmen in verständlicher Form unterrichtet werden,
- im Einvernehmen mit dem/der Arzt/Ärztin, der die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen durchführt, festzulegen, welche Impfungen im Einzelfall geboten sind, und
- bei gegebener Indikation (Personenkreis, Expositionssituation) die Impfungen kostenlos anzubieten.

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Christina Müller, tätig bei Dr. med. K. Brudy, Dr. med. O. Weckert und Dr. med. S. Hahn, vormals Praxis Dr. med. Geis und Dr. med. Brudy, vormals Praxis Dr. med. Geis, Dr. med. Brudy, Dr. med. Weckert, Ehringshausen

Vanessa Barquin, tätig bei Dr. med. R. Ahl und Dr. med. J. Schuster, Darmstadt

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

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

Sabine Wagenhaus, tätig bei Dr. med. H. J. Wolfring, Dr. med. U. von Goßler und Dr. med. N. Ebert, Seligenstadt

Anja Mai, tätig bei R. Schüler, Riedstadt

Sigrid Hessler, tätig bei Dr. med. J. Lüber, Lampertheim

Christel Menschel, tätig bei Dr. med. R. Lorenz, Bad Wildungen

Beate Preis, tätig bei Dr. med. G. Wetzig, vormals Praxis Dr. med. S. Wetzig, Lindenfels

Sabine Weidel, tätig bei Dr. med. F. Siebert, Dr. med. U. Siebert und Dr. med. P. Aumüller, Fritzlar

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

Gabriele Sattler-Clös, seit 35 Jahren tätig bei Dr. med. U. Ismer-Leufkens und H. Leufkens, Sinn

Carola Bando, seit 34 Jahren tätig bei Dr. med. U. Ismer-Leufkens und H. Leufkens, Sinn

und zum **40-jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir den Arzthelferinnen

Jutta Arnold, tätig bei Dr. med. J. Magnus, Dr. med. P. Limberg und P. van de Valk-Theobald, vormals Praxis Dr. med. A. Kessler, Linden

Marika Prieß, tätig bei Dr. med. T. Lepper, vormals Praxis Dr. T. Sayer, vormals Praxis M. Haselbach, Philippstal

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

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung empfehlen den gefährdeten Beschäftigten im Gesundheitsdienst dringend, von der Möglichkeit der für sie kostenlosen aktiven Schutzimpfung gegen Hepatitis B Gebrauch zu machen.

Wir bitten eindringlich, diese Vorschrift zu beachten. Rechtsgrundlage ist die Biostoffverordnung (BGR-TRB 250) „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege. Die vorgeschriebene Schutzimpfung ist auch Gegenstand der betriebsärztlichen Betreuung.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte
und Arzthelfer/innen

Zum Beginn des neuen Ausbildungsjahres möchten wir Sie auf wichtige Ausbildungsbestimmungen hinweisen

Zur Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen der Auszubildenden können mehrere natürliche oder juristische Personen in einem Ausbildungsverbund zusammenwirken, soweit die Verantwortlichkeit für die einzelnen Ausbildungsabschnitte sowie für die Ausbildungszeit sichergestellt ist (Verbundausbildung). (Vertrags)Unterlagen und Auskünfte zu Fördervoraussetzungen und -höhe sind bei der zuständigen Bezirksärztekammer erhältlich.

Wichtige gesetzliche Bestimmungen, z.B. Berufsbildungsgesetz (BBiG), Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)

1. Der Auszubildende ist verpflichtet, den Auszubildenden zum Besuch der Berufsschule anzuhalten und ihn dafür freizustellen (§§ 14 Abs. 4, 15 BBiG).

An einem Berufsschultag mit mehr als fünf Unterrichtsstunden von je 45 Minuten darf der **minderjährige** Auszubildende nicht mehr in der Praxis beschäftigt werden (§ 9 Abs. 1 Ziff. 2 JArbSchG). Liegen in einer Kalenderwoche zwei Berufsschultage mit mehr als fünf Unterrichtsstunden von je 45 Minuten, kann der Auszubildende wahlweise an einem der langen Berufsschultage beschäftigt werden.

Ein langer Berufsschultag wird mit acht Stunden auf die Arbeitszeit angerechnet. Ein Berufsschultag unter sechs Unterrichtsstunden oder ein zweiter langer Berufsschultag werden nur hinsichtlich der Unterrichtszeit einschließlich der Pausen auf die Arbeitszeit angerechnet (§ 9 Abs. 2 Ziff. 1, 3 JArbSchG).

Nach einem Urteil des Bundesarbeitsgerichts werden auch die Wegezeiten zwischen Praxis und Berufsschule als Arbeitszeiten angerechnet.

Für die Feststellung der betrieblichen Ausbildungszeit (nach Abzug der Berufsschulzeit) ist Folgendes zu beachten:

Hinter der Anrechnung des langen Berufsschultages mit acht Stunden steht die Absicht des Gesetzgebers, den Auszubildenden vor zeitlichen Nachteilen als Folge des Schulbesuches zu bewahren. Er stellt zu diesem Zwecke auf die täglich zulässige Höchstarbeitszeit ab, ungeachtet der tatsächlichen Ausfallzeit in der Praxis. Um den Auszubildenden dadurch keinen Zeitvorteil zu geben, müssen die acht Stunden aber im Zusammenhang mit der gesetzlichen regelmäßigen Wochenarbeitszeit (= 40 Std.) gesehen werden. Wenn der Gesetzgeber bei der Anrechnung von acht Stunden die tatsächliche Ausbildungszeit pro Tag außer Acht lässt, kann andererseits nicht die durch den Manteltarifvertrag für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen reduzierte wöchentliche Ausbildungszeit als Bezugsgröße herangezogen werden.

Beispiel:

Erster (langer) Berufsschultag: 40 Std. – 8 Std. = 32 Std.

Zweiter Berufsschultag: 32 Std. – 4 1/4 Std. = 27 3/4 Std.

27 3/4 Std. verbleiben (im o.g. Beispiel) für die betriebliche Ausbildungszeit.

Die o.g. Ausführungen gelten hinsichtlich Beschäftigungsverbot und Anrechnungsregelung seit 1. März 1997 wegen einer Änderung des Jugendarbeitsschutzgesetzes nicht mehr für **volljährige Auszubildende**. Die **volljährigen Auszubildenden** müssen an jedem Berufsschultag zusätzlich in die Praxis. Die Unterrichtszeit einschließlich der Pausen und

Wegezeiten wird konkret auf die Arbeitszeit angerechnet. Die Summe der Berufsschulzeit und der betrieblichen Ausbildungszeiten kann kalenderwöchentlich größer sein als die regelmäßige tarifliche Wochenarbeitszeit laut Berufsausbildungsvertrag.

2. Die Probezeit **muss** gemäß § 20 BBiG **mindestens einen Monat** und **darf höchstens vier Monate** betragen. Eine Verlängerung der Probezeit würde sich zu Ungunsten des Auszubildenden auswirken (vereinfachte Kündigungsmöglichkeit) und wäre aus diesem Grund gemäß § 4 BBiG nichtig. Der Manteltarifvertrag, der eine Verlängerung der Probezeit auf sechs Monate ermöglicht, gilt insoweit **nicht** für Auszubildende. Eine Probezeit findet bei Wechsel der Ausbildungspraxis erneut statt, allerdings nicht bei Praxisübergabe.

3. Der Auszubildende ist für die Teilnahme an Prüfungen freizustellen (§ 15 BBiG). Prüfungen sind die Zwischenprüfung, die schriftliche Abschlussprüfung, die Prüfung im Fach „Praktische Übungen“ (bzw. der praktische Teil der Abschlussprüfung bei Medizinischen Fachangestellten) und die Mündliche Ergänzungsprüfung (bzw. die ergänzende mündliche Prüfung bei Medizinischen Fachangestellten). Die Freistellung für die Teilnahme an den Prüfungen erstreckt sich grundsätzlich auf die Zeit, die der Auszubildende für eine ordnungsgemäße Teilnahme benötigt.

Jugendliche haben darüber hinaus Anspruch darauf, an dem Arbeitstag, der der schriftlichen Abschlussprüfung unmittelbar vorausgeht, freigestellt zu werden (§ 10 Abs. 1 Ziff. 2 JArbSchG). Für **volljährige** Auszubildende gibt es eine entsprechende Vorschrift im Berufsausbildungsvertrag, die aber wegen fehlender gesetzlicher Grundlage von den Vertragspartnern gestrichen werden kann.

Geht dem Tag der schriftlichen Abschlussprüfung unmittelbar ein Berufsschultag voran, ist der Auszubildende an dem Arbeitstag unmittelbar vor dem Berufsschultag freizustellen. Eine Freistellung vom Berufsschulunterricht am Tag vor der Abschlussprüfung kann dagegen nicht verlangt werden.

4. Der Auszubildende ist verpflichtet, den Auszubildenden für die Überbetriebliche Ausbildung freizustellen und die Kosten für diese Ausbildung einschließlich der **notwendigen** Fahrtkosten zu übernehmen. Im Berufsausbildungsvertrag muss eine entsprechende Verpflichtung enthalten sein (§ 19 Abs. 5 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen).

Der Auszubildende trägt einen Eigenanteil an den Verpflegungskosten i.H.v. € 25,00 pro Lehrgang, der vom Gehalt abgezogen werden kann.

5. Der Auszubildende hat sicherzustellen, dass der Auszubildende über die Immunisierungsmaßnahmen gegen **Hepatitis B** zu Beginn der Ausbildung unterrichtet wird. Die Schutzimpfung ist den Auszubildenden kostenlos anzubieten (vgl. BGR-TRB 250 „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“ der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege).
6. Der Auszubildende ist berechtigt, die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit bereits vor Ablauf von drei Kalendertagen zu verlangen (§ 5 Satz 3 Entgeltfortzahlungsgesetz).

Vertragliche Bestimmungen (z.B. Gehalts- und Manteltarifvertrag für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen, Berufsausbildungsvertrag)

Weder für den Gehalts- und Manteltarifvertrag noch für den Tarifvertrag für die betriebliche Altersversorgung und Entgeltumwandlung ist eine Allgemeinverbindlichkeitserklärung seitens des Arbeitsministeriums erfolgt. Die Tarifverträge gelten deshalb nur für Tarifgebundene infolge der Mitgliedschaft beim tarifschließenden Verband oder durch Bezugnahme auf die Tarifverträge im Berufsausbildungsvertrag. Die Anwendung von Mantel- und Gehaltstarifvertrag und Tarifvertrag zur betrieblichen Altersversorgung und Entgeltumwandlung für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen oder andere Tarifverträge kann deshalb im **Berufsausbildungsvertrag** unter **Punkt F** vereinbart werden. Die Landesärztekammer Hessen empfiehlt auch weiterhin die Anwendung der Tarifverträge.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf den Manteltarifvertrag, auf den Gehaltstarifvertrag und auf den Tarifvertrag für betriebliche Altersversorgung vom 22. November 2007.

1. Nach dem Manteltarifvertrag (MTV) beträgt die wöchentliche Arbeitszeit ausschließlich der Pausen durchschnittlich 38,5 Stunden (§ 6 Abs. 1 MTV).

Über diese wöchentliche Arbeitszeit hinaus geleistete Stunden gelten als Überstunden (§ 7 Abs. 1 MTV). Jede Überstunde muss mit einem 25 %igen Zuschlag angerechnet werden (§ 6 Abs. 2 a Gehaltstarifvertrag (GTV)), sofern nicht innerhalb eines Zeitraums von vier, längstens zwölf Wochen entsprechende Freizeit gewährt wird. Der Freizeitausgleich hat mit dem entsprechenden Zeitzuschlag zu erfolgen.

Für Jugendliche gelten die Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes. Nach der tarifdispositiven Regelung des § 21 a ArbSchG wurde im Manteltarifvertrag Folgendes vereinbart: Die maximale Arbeitszeit wird auf bis zu neun Stunden täglich verlängert, die erste Pause muss spätestens nach fünf Stunden gewährt, die Schichtzeit (tägliche Arbeitszeit unter Hinzurechnung der Ruhepausen) wird bis auf elf Stunden täglich verlängert, die Arbeitszeit wird auf bis zu 5 1/2 Tage verteilt. Dabei darf die wöchentliche Höchstarbeitszeit von 40 Stunden nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz nicht überschritten werden (§ 6 Abs. 5 MTV).

2. Nach dem MTV stellt der Auszubildende die notwendige Schutz- und Berufskleidung, mindestens zwei Berufskittel im Jahr, unentgeltlich zur Verfügung. Er trägt die Reinigungskosten (§ 14 MTV).

Die Schutz- und Berufskleidung verbleibt jedoch im Eigentum des Auszubildenden und ist nach Ausscheiden aus der Praxis zurückzugeben, es sei denn, es sind andere Vereinbarungen getroffen worden.

3. Nach dem MTV hat der Auszubildende Anspruch auf Auszahlung eines 13. Monatsgehaltes. Das 13. Monatsgehalt bemisst sich nach der Höhe des letzten vollen Monatsgehaltes.

Das 13. Monatsgehalt wird auch anteilig für das Jahr gewährt, in dem die Ausbildung beginnt oder endet. Für jeden angefangenen Monat des Ausbildungsverhältnisses ist ein Zwölftel des 13. Monatsgehaltes zu

zahlen. Ein angefangener Monat wird bei der Berechnung des 13. Monatsgehaltes dann voll einbezogen, wenn der Auszubildende mindestens 16 Kalendertage im Ausbildungsverhältnis stand. Hat das Ausbildungsverhältnis in einem Monat weniger als 16 Kalendertage bestanden, ist dieser anteilig zu berücksichtigen (1/30 pro Kalendertag) (§ 12 Abs. 3 MTV).

Eine Verpflichtung zur Rückzahlung des 13. Monatsgehaltes bei (vorzeitigem) Ausscheiden aus der Praxis ist nach dem Manteltarifvertrag zu **keinem Zeitpunkt** vorgesehen.

4. Nach dem MTV hat der Auszubildende ab dem 2. Ausbildungsjahr (§ 12 Abs. 7 MTV) monatlich Anspruch auf € 15,00 vermögenswirksame Leistungen.
5. Der neue Tarifvertrag zur „Betriebliche Altersversorgung und Entgeltumwandlung“, der eine Ausweitung des Tarifvertrages aus dem Jahr 2002 darstellt, tritt ab 1. April 2008 in Kraft. Über die ausschließlich **arbeitnehmerfinanzierte** Altersversorgung durch Umwandlung von eigenen Entgeltbestandteilen hinaus wird nun ein **zusätzlicher arbeitgeberfinanzierter Vorsorgebeitrag** sowie ein **Zuschuss zur Entgeltumwandlung** eingeführt. Die Medizinischen Fachangestellten/Arzthelferinnen haben bis zum 31. Dezember 2014 das Wahlrecht zwischen VW-Leistungen und der Einzahlung in eine betriebliche Altersversorgung. Bei Abschluss neuer Verträge ab dem 1. Januar 2015 haben sie ausschließlich Anspruch auf den Arbeitgeber-Beitrag zur betrieblichen Altersversorgung. Der Zuschuss zur VWL wird zum 31. Dezember 2014 abgeschafft. Detaillierte Informationen erhalten Sie von: **Deutsche Ärzte-Versicherung**, Fon: 0221 14822700, **MLP-Geschäftsstelle** Wiesbaden, Ralph Jakobs, Fon: 0611 97622-31, **apo-Finanz**, Daniela Schmidt, Fon: 069 795092-252
6. In § 4 Nr. 3 des Berufsausbildungsvertrages hat sich der Auszubildende dazu verpflichtet, die Kosten für die Inanspruchnahme von öffentlichen Verkehrsmitteln zum regelmäßigen Besuch der zuständigen Berufsschule zu tragen. Eine Befreiung tritt dadurch ein, dass das Land Hessen diese Kosten übernimmt, allerdings nur für das **1. Schuljahr**. Die Kostenübernahme durch das Land Hessen erfolgt nicht automatisch, sondern muss über die jeweilige Berufsschule **beantragt** werden. Die Auszubildenden werden i.d.R. in der Berufsschule darüber informiert. Die Vorschrift kann wegen fehlender gesetzlicher Grundlage von den Vertragsparteien gestrichen werden.

Um der Ausbildung einen rechtmäßigen Rahmen zu geben, bitten wir um Beachtung der genannten Vorschriften. Für Rückfragen steht Assessorin R. Hoerschelmann, Landesärztekammer Hessen, Fon: 069 97672-154/155 gerne zur Verfügung.

Landesärztekammer Hessen
Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen

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



In Hessen gibt es für die Bereitstellung von Ausbildungsplätzen für das Jahr 2010 folgende Fördermöglichkeiten:

Ausbildungsstellen bei Existenzgründungen

Inhaberinnen und Inhaber von neu gegründeten oder übernommenen Betrieben bzw. Praxen der freien Berufe können eine Förderung erhalten. Die Neugründung bzw. Übernahme muss im Programmjahr oder in den vier davor liegenden Kalenderjahren erfolgt sein. Die Neugründung muss keine erstmalige selbständige Existenzgründung sein, der Unternehmensinhaber/die Unternehmensinhaberin darf jedoch innerhalb der letzten fünf Jahre vor der aktuellen Existenzgründung keine hauptberufliche selbständige Tätigkeit ausgeübt haben. Gefördert werden Ausbildungsverhältnisse mit hessischen Jugendlichen unter 27 Jahren, die noch keine abgeschlossene Berufsausbildung haben. Der erste Ausbildungsplatz wird mit 200,00 Euro pro Monat für die Dauer der vertraglichen Ausbildungszeit gefördert.

Für jeden weiteren Ausbildungsplatz kann der Antragsteller einen Zuschuss in Höhe von 100,00 Euro pro Monat erhalten.

Der Förderantrag muss bis zum 15. November des jeweiligen Förderjahres eingegangen sein. Antragstelle ist das Regierungspräsidium Kassel, Dezernat 21/4, Steinweg 6, 34117 Kassel, Sabine Fischer, Fon: 0561 106-3424, Fax: 0561 106-1662, E-Mail: sabine.fischer@rpks.hessen.de

Die Richtlinien und Antragsunterlagen stehen als download im Internet unter www.rp-kassel.hessen.de/Ausbildungsplatzförderung zur Verfügung.

Ausbildungsstellen für Altbewerber/innen

Betriebe bzw. Praxen der freien Berufe, die zusätzlich zu den bereits vorhandenen Auszubildenden sog. Altbewerber ausbilden, erhalten einen Zuschuss. Zusätzlich bedeutet, der Betrieb muss den durchschnittlichen Ausbildungsplatzbestand der drei vorangegangenen Jahre aufrechterhalten und darüber hinaus neue Ausbildungsverhältnisse mit Altbewerbern/innen begründen oder den Ausbildungsplatz erstmalig einrichten oder eingerichtet haben. Altbewerber/innen sind Jugendliche, die sich bereits im vergangenen Jahr oder früher bei der örtlichen Agentur für Arbeit oder einer Optionskommune vergeblich um einen Ausbildungsplatz oder Arbeitsplatz bemüht haben oder den Nachweis von mindestens fünf abgelehnten Bewerbungen (Absageschreiben) erbringen oder die eine im vergangenen Jahr oder früher begonnene Ausbildung (Kopie des Ausbildungsvertrages einer abgebrochenen Ausbildung) abgebrochen haben.

Gefördert werden Ausbildungsverhältnisse mit hessischen Altbewerbern/innen unter 27 Jahren. Das Ausbildungsverhältnis wird im ersten Ausbildungsjahr mit 50 % und im zweiten Ausbildungsjahr mit 25 % der tatsächlich geleisteten, maximal der tariflichen monatlichen Ausbildungsvergütung (ohne Zuschläge wie z. B. Weihnachtsgeld, Fahrtkostenvergütung, vermögenswirksame Leistungen und Sozialversicherungsanteile des Arbeitgebers) gefördert. Hierfür ist die von der zuständigen Stelle nach dem BBiG im Ausbildungsvertrag genehmigte Ausbildungsvergütung und die vorgesehene Ausbildungsdauer maßgeblich.

Der Förderantrag muss bis zum 15. November des jeweiligen Förderjahres eingegangen sein. Antragstelle ist das Regierungspräsidium Kassel, Dezernat 21/4, Steinweg 6, 34117 Kassel.

Ansprechpartnerinnen: Hannelore Schrammel für den Bereich Regierungspräsidium Darmstadt, Fon: 0561 106-3416, Fax: 0561 106-1662, E-Mail: hannelore.schrammel@rpks.hessen.de und Petra Jung für die Bereiche Regierungspräsidium Kassel und Gießen, Fon: 0561 106-3414, Fax: 0561 106-1662, E-Mail: petra.jung@rpks.hessen.de

Die Richtlinien und Antragsunterlagen stehen als download im Internet unter www.rp-kassel.hessen.de/Ausbildungsplatzförderung zur Verfügung.

Anträge für das Existenzgründungsprogramm und das Altbewerber/innenprogramm können Sie auch bei der zuständigen Bezirksärztekammer anfordern.

Ausbildungsstellen für Auszubildende aus insolventen Betrieben

Betriebe bzw. Praxen der freien Berufe, die Jugendliche nach Verlust des Ausbildungsplatzes durch Insolvenz, Stilllegung oder Schließung aufnehmen und die begonnene Ausbildung fortsetzen, erhalten einen Zuschuss. Die Ausbildung muss im vorherigen Ausbildungsunternehmen begonnen worden sein.

Gefördert werden Jugendliche, die ihren Hauptwohnsitz zum Zeitpunkt der Insolvenz, Schließung etc. in Hessen haben und unter 27 Jahren sind. Die für das neue Ausbildungsunternehmen zuständige Agentur für Arbeit muss bescheinigen, dass die Ausbildung ohne den Zuschuss nicht fortgesetzt werden kann.

Gefördert werden Jugendliche, die ihren Hauptwohnsitz zum Zeitpunkt der Insolvenz, Schließung etc. in Hessen haben und unter 27 Jahren sind. Der Zuschuss wird auf der Grundlage eines vorzulegenden Ausgabenplanes unter Berücksichtigung der Eigenfinanzierungsmöglichkeiten des Übernehmers pro Ausbildungsplatz und -jahr pauschaliert. Der Zuschuss kann bis zu 10.000,00 Euro pro Ausbildungsplatz und -jahr betragen und bis zum Ende der Ausbildungszeiten gewährt werden.

Der Antrag muss spätestens drei Monate nach Übernahme des Auszubildenden eingegangen sein. Antragstelle ist das Regierungspräsidium Kassel, Dezernat 21/4, Steinweg 6, 34117 Kassel, Dirk Marschall, Fon: 0561 106-3422, Fax: 0561 106-1662, E-Mail: dirk.marschall@rpks.hessen.de

Die Richtlinien und Antragsunterlagen stehen als download im Internet unter www.rp-kassel.hessen.de/Ausbildungsplatzförderung zur Verfügung.

Ausbildung in Partnerschaften (Ausbildungsverbundprogramm)

Auch Praxen der Freien Berufe können Zuschüsse erhalten, wenn sie einen Ausbildungsplatz für eine Verbundausbildung zur Verfügung stellen. Der Ausbildungsverbund muss sich aus mindestens drei Kooperationspartnern zusammensetzen. Voraussetzung ist, das Stamunternehmen (Vertragspartner des Jugendlichen) darf nicht alleine ausbilden können. Wesentliche Teile der betrieblichen Ausbildung müssen außerhalb des Stambetriebes von einem zweiten Betrieb übernommen werden. Der Stammbetrieb muss entweder erstmals ausbilden oder zusätzlich betriebliche Ausbildungsverhältnisse begründen. Die Auszubildenden müssen bei Abschluss des Ausbildungsvertrages ihren Hauptwohnsitz in Hessen haben und unter 27 Jahre alt sein. Besonders erwünscht sind Ausbildungspartnerschaften, die dazu beitragen, den Anteil der Auszubildenden eines Geschlechts in Ausbildungsberufen, bei denen

dieser erheblich unter dem Durchschnitt liegt, anzuheben. Der Antragsteller kann pro Ausbildungsplatz und Jahr eine Förderpauschale in Höhe von max. 3.600,00 Euro, insgesamt jedoch nicht mehr als 12.600,00 Euro pro Ausbildungsplatz, erhalten. Von dieser Pauschale sind folgende Kosten zu decken: Max. 1.000,00 Euro pro Platz und Jahr für Regiekosten des Koordinators und der restliche Förderbetrag für die partnerschaftsbedingten Mehrkosten der Ausbildung (z. B. Fahrt- oder Materialkosten, Kosten zur Erlangung der Ausbildereignung).

Der Antrag muss vor Projektbeginn bei der IBH als bewilligende Stelle gestellt werden und sollte eigentlich bis spätestens 31. März für das jeweilige Antragsjahr eingegangen sein. Die Antragstellung erfolgt auf elektronischem Weg unter www.esf-hessen.de

Wirtschafts- und Infrastrukturbank Hessen (WI-Bank), Arbeitsmarkt/ESF-Consult Hessen, Abraham-Lincoln-Straße 38-42, 65189 Wiesbaden, Ansprechpartner/in: Wolfgang Biedendorf, Fon: 0611 774-7285, E-Mail: wolfgang.biedendorf@ibh-hessen.de und Dirk Jensen, Fon: 0611 774-7902, E-Mail: dirk.jensen@ibh-hessen.de

Betriebliche Ausbildungsplätze für Alleinerziehende

Betriebe bzw. Praxen der freien Berufe, die Ausbildungsplätze für Alleinerziehende bereitstellen, können einen Zuschuss pro Ausbildungsplatz und -monat erhalten. Die Alleinerziehenden werden während ihrer Ausbildung von qualifizierten Projektträgern sozialpädagogisch begleitet. Die Projektträger sind allein antragsberechtigt, erhalten und verteilen die Fördergelder (z.B. an die Betriebe oder die Kinderbetreuungsstellen). Gefördert werden Ausbildungsverträge mit hessischen Alleinerziehenden ohne Altersbegrenzung (im SGB II-Bezug: unter 25 Jahre). Der SGB-II-Träger oder das Sozial- bzw. Jugendamt muss bestätigen, dass die/der Auszubildende alleinerziehend ist. Im Rahmen des Projekts werden neue Organisationsformen und modifizierte Vollzeitmodelle in der Berufsausbildung erprobt. Die Projektförderung erfolgt im Wege der Festbetragsfinanzierung. Gesetzliche Leistung (auch zur Betreuung von Kindern) haben Vorrang vor dieser Landesförderung und sind in Anspruch zu nehmen. Sofern der Ausbildungsbetrieb für den Ausbildungsplatz einen Zuschuss aus anderen Landesprogrammen oder von Dritten erhält, entfällt der Betriebszuschuss aus diesem Landesprogramm. Der Antrag muss vor Projektbeginn gestellt werden und sollte eigentlich bis spätestens **1. März** für das jeweilige Antragsjahr eingegangen sein. Das Antragsformular kann im Internet unter www.esf-hessen.de/Arbeitsmarkt abgerufen werden. Investitionsbank Hessen (IBH), Arbeitsmarkt/ESF-Consult Hessen, Abraham-Lincoln-Straße 38-42, 65189 Wiesbaden, An-

sprechpartnerin: Heidi Sörös, Fon: 0611 774-7247, E-Mail: heidi.soeroes@ibh-hessen.de

Ausbildungskostenzuschüsse (AKZ) für Lern- und Leistungsbeeinträchtigte

Geeignete Betriebe bzw. Praxen der freien Berufe, Verwaltungen und sonstige Ausbildungseinrichtungen, die Ausbildungsplätze für hessische Jugendliche unter 27 Jahren mit Lern- oder Leistungsproblemen bereitstellen, können Ausbildungskostenzuschüsse beantragen. Die für Vermittlung in Ausbildung zuständige Stelle muss die Lernbeeinträchtigung bestätigen und die Wahl des Ausbildungsberufes befürworten. Die Ausbildungsplätze müssen unter Aufrechterhaltung des durchschnittlichen Ausbildungsplatzbestands der beiden vorangegangenen Jahre bereitgestellt werden. Ein Ausbildungsverhältnis wird mit jährlich 1.800,00 Euro, insgesamt jedoch höchstens 6.300,00 Euro gefördert. Der Förderantrag soll spätestens am 20. November des Jahres, in dem die Ausbildung beginnt, gestellt sein. Das Antragsformular kann im Internet unter www.rp-kassel.de/Arbeit&Soziales/Ausbildungsplatzförderung abgerufen werden. Antragstelle ist das Regierungspräsidium Kassel, Dez. 21/4, Steinweg 6, 34117 Kassel, Ansprechpartnerin: Sabine Fischer, Fon: 0561 106-3424, E-Mail: sabine.fischer@rpks.hessen.de Über den Antrag entscheidet das Regierungspräsidium Kassel in Abstimmung mit der zuständigen Stelle, die das Ausbildungsverhältnis gemäß BBiG überwacht.

Das **Hessische Ministerium für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung** ist für folgende Programme zuständig:

- Ausbildungsstellen bei Existenzgründungen
- Ausbildungsstellen für Altbewerber/innen
- Ausbildungsstellen für Auszubildende aus insolventen Betrieben
- Ausbildung in Partnerschaften (Ausbildungsverbundprogramm)

Das **Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit** ist für folgende Programme zuständig:

- Betriebliche Ausbildungsplätze für Alleinerziehende
- Ausbildungskostenzuschüsse (AKZ) für Lern- und Leistungsbeeinträchtigte

Wichtiger Hinweis: Das Programm „Betriebliche Ausbildungsplätze für Alleinerziehende“ wird voraussichtlich ab 2011 auf die einzelnen Kommunen übertragen.

*Landesärztekammer Hessen Abteilung Ausbildungswesen:
Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen*

Schülerinnen und Schüler aus Ecuador, Thailand, Südkorea, der Mongolei und den USA möchten das Leben in der Region kennenlernen / Gemeinnützige Austauschorganisation sucht Gastfamilien ab August 2010

Bei ausländischen Schülern ist Deutschland ein sehr attraktives Austauschland. Auch im Sommer 2010 wollen schulpflichtige Jugendliche aus Ecuador, der Mongolei, Thailand, Südkorea oder den USA ein ganzes Schuljahr hier verbringen.

Während dieser Zeit gehen sie regulär zur Schule und leben in einer Gastfamilie. Auch alleinerziehende Elternteile oder Paare ohne Kinder bzw. deren Kinder vielleicht schon „ausgeflogen“ sind, zählen zu „Gastfamilien“. Die gemeinnützige Austauschorganisation Experiment e.V. legt großen Wert darauf, dass die neuen Familienmitglieder ganz selbstverständlich in den Alltag mit einbezogen werden – mit allen Rechten und Pflichten.

Wer Interesse hat, bereits ab August 2010 eine Schülerin oder einen Schüler bei sich aufzunehmen, kann sich in der Bundesgeschäftsstelle

von Experiment e.V. in Bonn melden, Fon: 0228 95722-42 oder per E-Mail: Einreise@experiment-ev.de

Experiment e.V. ist das deutsche Büro der weltweit ältesten Austauschorganisation „The Experiment In International Living“, gegründet 1932 in den USA. Der Verein mit fast 900 Mitgliedern ist seit 1952 in Deutschland registriert und kooperiert u.a. mit „Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ)“, „Deutscher Akademischer Austauschdienst“ (DAAD), „Auswärtiges Amt“, „Goethe Institut“ und „Deutscher Bundestag“. In mehr als 50 Ländern weltweit sind Austauschprogramme für Neugierige jeden Alters möglich. Weitere Informationen gibt es online unter www.experiment-ev.de

Meldedaten der Landesärztekammer Hessen



Landesärztekammer Hessen
 – Meldewesen –
 Postfach 90 06 69
 60446 Frankfurt

Sehr geehrte Kollegin,
 sehr geehrter Kollege,

Ihre Adresse ändert sich? Sie haben eine neue E-Mail-Adresse oder Handynummer? Bitte teilen Sie uns diese Änderung mit.

Sie können uns nachstehendes Formular übersenden per Post, online über das Formular Adressänderungen unter www.laekh.de, per Mail an meldewesen@laekh.de oder selbstverständlich per Fax 069 97672-128.

Vielen Dank!

Mitgliedsnummer		
Name		
Vorname(n)		
ggf. Geburtsname		
Titel/Akademische Grade		
Geburtsdatum	Geburtsort	
Privatadresse	seit	
	Straße	
	Postleitzahl	
	Ort	
	Telefon	
	Fax	
	Mobiltelefon	
	E-Mail	
	Homepage	http://www.
Dienstadresse	seit	
	Straße	
	Postleitzahl	
	Ort	
	Telefon	
	Fax	
	Mobiltelefon	
	E-Mail	
Homepage	http://www.	
Datum	Unterschrift des Mitgliedes	



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

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt	Chirurgin/Chirurg Berufsausübungsgemeinschaftsanteil
Darmstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Bensheim	Anästhesistin/Anästhesist (Überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Viernheim	Kinderärztin/Kinderarzt

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Groß-Zimmern	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
--------------	--

Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Rüsselsheim	Radiologin/Radiologe (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
-------------	--

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

Planungsbereich Frankfurt am Main

Frankfurt am Main	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt am Main	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt am Main-Nordend	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt am Main-Westend	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt am Main-Bornheim	Augenärztin/Augenarzt
Frankfurt am Main	Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main	Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main-Sachsenhausen	Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main-Innenstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

Frankfurt am Main-Innenstadt	Urologin/Urologe (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
------------------------------	--

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Main-Taunus-Kreis Kelkheim	Augenärztin/Augenarzt Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
-------------------------------	--

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Hochtaunuskreis Bad Homburg	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
--------------------------------	--

Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach am Main-Innenstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
------------------------------	--

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Langen	Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Dietzenbach	Radiologin/Radiologe (Hälftiger Versorgungsauftrag, Überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

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

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

Planungsbereich Landkreis Gießen

Gießen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Gießen	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Wetzlar	Urologin/Urologe
---------	------------------

Planungsbereich Wetteraukreis

Butzbach	Hautärztin/Hautarzt
Friedberg	Augenärztin/Augenarzt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Planungsbereich Vogelsbergkreis

Lauterbach Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut

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

Planungsbereich Landkreis Fulda

Fulda Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder
Internistin/Internist – hausärztlich –
Neuhof Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder
Internistin/Internist – hausärztlich –
Gersfeld Orthopädin/Orthopäde
(Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Hersfeld-Rotenburg

Bad Hersfeld Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel Ärztin/Arzt für
Psychotherapeutische Medizin
(Hälftiger Versorgungsauftrag)
Kassel Chirurgin/Chirurg
(Hälftiger Versorgungsauftrag,
Gemeinschaftspraxisanteil)
Kassel Chirurgin/Chirurg
(Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Landkreis Kassel

Baunatal Augenärztin/Augenarzt
Vellmar Augenärztin/Augenarzt
Hofgeismar Augenärztin/Augenarzt

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

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin
oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Wiesbaden Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut
(Hälftiger Versorgungsauftrag)

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

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Körperschaft des Öffentlichen Rechts, vermittelt für ihre Mitglieder

Praxisvertreter/-innen für Praxisvertretungen im Land Hessen.

Ärzte, die einen Vertreter benötigen und Ärzte, die selbst eine Vertretung übernehmen möchten, werden gebeten, sich an die

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Georg-Voigt-Straße 15

60325 Frankfurt/M.

Fon 069 79502-604

zu wenden.

Der Arzt, der sich in seiner Praxis vertreten lässt, hat sich nach § 20 Berufsordnung der Ärzte in Hessen zu vergewissern, dass der Vertreter die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Vertretung erfüllt.

Durch die KV Hessen für ungültig erklärte Ausweise / Stempel:

Stempel Nummer 420049700, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Fulda (Darius Schlukat, Gersfeld).

Ärzte-Band rockte 17.000 Euro für Bärenherz zusammen

Veranstalter und Sponsoren zeigten sich großzügig beim „Open Doors Festival“

Im Juni gab die Ärzte-Rockband „The Lickin’ Boyz“ (die Prügelknaben) im Rahmen des „Open Doors Festivals“ ein Charity-Konzert in Neu-Isenburg zugunsten der Bärenherz Stiftung in Wiesbaden. Alle acht Bandmitglieder griffen an diesem Abend unentgeltlich in die Saiten. Helmut Golke, Manager und Motor dieser Ärzteband sowie Michael Kercher, Organisator der Agentur „Rent a Band“ konnten jetzt die stolze Summe von 17.000 Euro an Gabriele Orth, Geschäftsführerin der Bärenherz Stiftung, überreichen. Für den an Leukämie erkrankten Helmut Golke, Initiator dieses Konzerts, war „dieses Event ein großartiger Erfolg, der sich hoffentlich wiederholen

lässt.“ Michael Kercher war von der „Spendenfreudigkeit einiger großer Sponsoren begeistert, die auch für eine Verlosung attraktive Preise zur Verfügung stellten.“ Insgesamt kamen so 16.905,55 Euro zusammen, die die Ärzte Band auf 17.000 Euro aufstockte. Wie Gabriele Orth sagte, „wird diese Summe in den dringend benötigten Neubau fließen, der das Kinderhospiz und die Stiftung unter einem Dach vereinen soll.“

Bärenherz Stiftung, Wiesbaden

Wahlbekanntmachung

Die Wahlperiode der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen endet am 31. Dezember 2010. Die ärztlichen und psychotherapeutischen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen wählen nach § 80 Abs. 1 und Abs. 1 a SGB V in Verbindung mit den Bestimmungen der Wahlordnung (WO) in der Fassung vom 29. Mai 2010 die Mitglieder der Vertreterversammlung für die kommende Wahlperiode 2011 – 2016 je getrennt aus ihrer Mitte in unmittelbarer und geheimer Briefwahl. Gemäß § 9 der Wahlordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen wird hiermit Folgendes bekannt gemacht:

I. Wahlfrist

Die Wahlzeit für die Durchführung der Briefwahl (§ 17 WO) wird im Einvernehmen mit dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gemäß § 9 der Wahlordnung auf die Zeit vom 01. Oktober bis 29. Oktober 2010 festgesetzt.

II. Zahl der zu wählenden Mitglieder der Vertreterversammlung

Dabei ergibt sich die auf die einzelnen Mitgliederkreise entfallende Zahl der zu wählenden Mitglieder der Vertreterversammlung wie folgt (§§ 4 und 5 WO):

	Zahl der Wahlberechtigten *)	Mitglieder
ÄRZTLICHE MITGLIEDER	9.706	45
PSYCHOTHERAPEUTISCHE MITGLIEDER	1.728	5

*) Stand: 31. Mai 2010

Anmerkung:

Gemäß § 2 Abs. 1 der Wahlordnung ist der Wahlkreis für die Wahl der ärztlichen Mitglieder das Gebiet des Landes Hessen. Gemäß § 2 Abs. 2 der Wahlordnung ist der Wahlkreis für die Wahl der psychotherapeutischen Mitglieder das Gebiet des Landes Hessen.

III. Wahlvorschläge

Diese Bekanntmachung gilt zugleich als Aufforderung, bis zum 19. August 2010 (18:00 Uhr) bei dem Landeswahlleiter Wahlvorschläge einzureichen. Über die Einreichung von Wahlvorschlägen und die Voraussetzungen für ihre Zulassungen enthält die Wahlordnung in § 14 folgende Formvorschriften:

„§ 14 – Wahlvorschläge

- (1) Wahlvorschläge können von dem Zeitpunkt der Bekanntmachung der Wahl bis spätestens 18:00 Uhr des 42. Tages vor Beginn der Wahlfrist beim Landeswahlleiter eingereicht werden.
- (2) Die Vorgeschlagenen müssen Mitglieder sein und mit Vor- und Zunamen sowie mit Praxis und Anschrift aufgeführt werden.
- (3) Jeder Listenwahlvorschlag muss durch Angabe der Reihenfolge die Rangfolge der Vorschläge für die Mandatzuteilung erkennen lassen. Er kann mit einem Kennwort (Listenbezeichnung) versehen werden.
- (4) Den Wahlvorschlägen müssen schriftliche Erklärungen der Bewerber beigefügt sein, dass sie mit der Aufnahme in den Wahlvorschlag einverstanden und ihnen Umstände, die ihre Wählbarkeit ausschließen, nicht bekannt sind. Ein Bewerber kann diese Erklärung nur für einen Wahlvorschlag abgeben.
- (5) Jeder Wahlvorschlag muss von mindestens zehn Wahlberechtigten mit Vor- und Zunamen eigenhändig unterschrieben sein. Gleichzeitig sind Praxisort und Anschrift deutlich anzugeben. Jeder Wahlberechtigte darf nur einen Wahlvorschlag unterschreiben; hat jemand mehrere Wahlvorschläge unterzeichnet, so ist seine Unterschrift auf allen Wahlvorschlägen ungültig.
- (6) Jeder Wahlvorschlag wird durch den Unterzeichner als Vertrauensperson vertreten. Bei mehreren Unterzeichnern muss ein Unterzeichner als Vertrauensperson benannt werden.
- (7) Für einzelne Bewerber, die nach Einreichung des Wahlvorschlages durch Tod, Verzicht, Verlust der Wählbarkeit oder sonstige Gründe ausfallen, kann durch übereinstimmende schriftliche Erklärung sämtlicher Unterzeichner des Wahlvorschlages bis zur Zulassung des Wahlvorschlages gemäß § 15 Abs. 2 ein Ersatzmann benannt werden.
- (8) Ein Wahlvorschlag kann nach der Einreichung bis zur Zulassung gemäß § 15 Abs. 2 nur mit schriftlicher Zustimmung aller Unterzeichner zurückgenommen werden.
- (9) Nach der Zulassung gemäß § 15 Abs. 2 können Wahlvorschläge nicht mehr geändert oder zurückgenommen werden.“

IV. Landeswahlleiter

Der Name und die amtliche Anschrift des Landeswahlleiters lauten:

Rechtsanwalt Matthias Mann
Georg-Voigt-Str. 15
60325 Frankfurt
(Kassenärztliche Vereinigung Hessen).

V. Wählerverzeichnis

Die Wählerverzeichnisse werden gemäß § 11 der Wahlordnung in der Zeit vom 12. bis 19. August 2010 während der üblichen Dienststunden in den Diensträumen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zur Einsichtnahme ausgelegt und können dort eingesehen werden. Die Wählerverzeichnisse werden nach dem Stand vom 31. Mai 2010 erstellt. In die Wählerverzeichnisse werden alle Mitglieder der KVH eingetragen, die an diesem Stichtag gemäß § 3 der Wahlordnung wahlberechtigt sind. Jeder Wahlberechtigte wird von seiner Eintragung in das Wählerverzeichnis bis zum Tag vor Beginn der obengenannten Auslegungsfrist schriftlich benachrichtigt werden.

Jeder Wahlberechtigte kann bis zum Ablauf der Auslegungsfrist gegen die Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit des Wählerverzeichnisses beim Landeswahlleiter Einspruch erheben. Vom Beginn der Auslegungsfrist an können Wahlberechtigte nur auf rechtzeitigen Einspruch in das Wählerverzeichnis aufgenommen oder darin gestrichen werden (§ 12 Abs. 1 und 2 WO).

VI. Stimmabgabe

Für die Durchführung der Stimmabgabe enthält die Wahlordnung in § 17 folgende Bestimmungen:

„§ 17 – Stimmabgabe

- (1) Die Stimmabgabe erfolgt durch Übersendung von Wahlbriefen an den Landeswahlleiter. Für die Stimmabgabe dürfen nur die ausgegebenen amtlichen Stimmzettel und Umschläge verwendet werden.
- (2) Zur Stimmabgabe kennzeichnet der Wahlberechtigte persönlich auf dem Stimmzettel durch ein Kreuz den Wahlvorschlag, dem er seine Stimme geben will.

- (3) Sodann legt er den Stimmzettel in den Stimmzettel-Umschlag, der durch den Aufruck „Stimmzettel zur Wahl der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen“ gekennzeichnet ist (innerer Umschlag) und verschließt diesen; darauf legt er diesen Stimmzettel-Umschlag in den äußeren Wahlbriefumschlag, der die Aufschrift „Wahl zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen“, die Wählerverzeichnisnummer und die Anschrift des Landeswahlleiters trägt, verschließt den Wahlbrief und übersendet diesen an den Landeswahlleiter so rechtzeitig, dass der Wahlbrief spätestens bis zum Ablauf der Wahlfrist dort eingeht.“

Die zur Stimmabgabe erforderlichen amtlichen Wahldrucksachen werden den Wahlberechtigten rechtzeitig vor Beginn der Wahlfrist zugesandt werden.

Hinsichtlich weiterer Einzelheiten des Wahlverfahrens wird auf die Bestimmungen der Wahlordnung verwiesen. Die Wahlordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen wird auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen unter www.kvhessen.de eingestellt. Bei Bedarf kann ein Exemplar der Wahlordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen bei der info.line angefordert werden.

Frankfurt/M.,
den 25. Juli 2010

Der Landeswahlleiter
gez. Matthias Mann
Rechtsanwalt