

Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

10 | 2010

Oktober 2010

71. Jahrgang



- **Suchtausschuss der Landesärztekammer Hessen**
- **LÄK Hessen ruft Runden Tisch Weiterbildung „Pro Nachwuchs“ ins Leben**
- **Ärztliches Handeln: Notwendige Ergänzungen zum naturwissenschaftlichen Knowhow**
- **Multiresistente Erreger in der Praxis – was tun?**
- **Coenzym Q10 bei der Progressiven Supranukleären Blickparese**

Die Abbildung zeigt einen sog. „Drei-Ösen-Ausstrich“ eines Patientenisolates von *Staphylococcus aureus* auf Schafblut-Agar nach einem Tag Bebrütung bei 37°C.

© Dr. Silke Besier, Institut für
Med. Mikrobiologie und Krankenhaushygiene,
Universitätsklinikum Frankfurt

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:

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

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	608
Fortbildung	
Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen, Teil 18: Linde	609
Landesärztekammer Hessen stellt ihre Gremien vor	
Suchtausschuss der Landesärztekammer Hessen	610
Landesärztekammer Hessen	
Ärztliche Weiterbildung muss schneller, effizienter und kalkulierbarer werden	611
Ärztliches Handeln	613
Risikomanagement (auch) für Ärzte	616
Fortbildung	
Multiresistente Erreger in der Praxis – was tun?	618
Coenzym Q10 bei der Progressiven Supranukleären Blickparese	622
Aktuelles	
Dr. Norden oder die andere Seite des Glücks	626
Arzt- und Kassenarztrecht	
Wichtiges Urteil des BSG für Gemeinschaftspraxen	
Honorarrückforderung bei unechten Beteiligungen	629
Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim	631
Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim	637
Fortbildung Sicherer Verordnen	639
Satire	
Medizinische Zweckbestimmung von Bounced und Failure	640
Von hessischen Ärztinnen und Ärzten	641
Landesärztekammer Hessen	
Aus Berufungsgerichts- und Rechtsabteilung: Leichenschau	644
Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	646
Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	652
Bücher	654

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
(Foto: privat)

am 1. September haben wir uns in der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim am Runden Tisch Weiterbildung „Pro Nachwuchs“ mit Vertretern zahlreicher anderer Einrichtungen, die mit Fragen der ärztlichen Weiterbildung und des ärztlichen Nachwuchses befasst sind, zusammengesetzt. Für uns Ärztinnen und Ärzte ist es selbstverständlich, unseren Beruf auf dem aktuellen Stand des Wissens und unter Erhalt der Kompetenz in Verantwortung für unsere Patientinnen und Patienten und das Gemeinwohl auszuüben. Dies ist ein Merkmal des Freien Berufes, der weisungsunabhängig berufsbezogen Inhalte selbst regeln kann und muss. Daraus folgt, dass die Ärztekammern die Inhalte und den Ablauf der Ärztlichen Weiterbildung definieren, dem wissenschaftlich-medizinischen Fortschritt entsprechend weiter entwickeln und auf die korrekte Durchführung achten. Das ist nicht neu. Mir, dem Präsidium und der Delegiertenversammlung ist es aber wichtig, Weiterzubildende und Weiterbilder und auch alle anderen an der Weiterbildung Beteiligten und in irgendeiner Weise für die ärztliche Patientenversorgung Mitverantwortlichen miteinzubeziehen.

Die Zahl der Absolventen des Medizinstudiums hat deutlich abgenommen, von 1993 bis 2006 um 2.775 (Statistisches Bundesamt), ebenso die Zahl der Medizinstudierenden, die von 90.594 in 1993 auf 79.376 in 2008 abgenommen hat (Hibbeler, Birgit; Dt. Ärzteblatt 2010; 107(15)9; In den Jahren 2008 und 2009 bestanden nach Daten des Institut für medizinische und

pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) 9.921 bzw. 9.896 Studentinnen und Studenten den schriftlichen Teil des Zweiten Abschnittes der Ärztlichen Prüfung. Damit ist unter Berücksichtigung einer Ausbildungszeit von mindestens sechs Jahren und einer anschließenden durchschnittlichen Weiterbildungszeit von fünf bis sechs Jahren der Zenit der Arztlunahme überschritten. Trotz der rein zahlenmäßigen Zunahme an Ärztinnen und Ärzten aufgrund vielfältiger Faktoren, die an dieser Stelle nicht im Einzelnen ausgeführt werden können, haben wir bereits einen faktischen Rückgang der Summe an ärztlichen Arbeitsstunden zu verzeichnen. Hinzu kommt ein zunehmender Attraktivitätsverlust des Arztberufes, wovon einzelne Fachgebiete besonders betroffen sind. Auch dafür gibt es eine Vielzahl von Gründen. Sehr ausgeprägt gilt das für die Fachärzte für Allgemeinmedizin und die hausärztliche Versorgung. Es zeichnet sich aber auch eine Abnahme in vielen anderen Fachgebieten ab.

Vorstellungen, bereits Studienanfänger auf zehn und mehr Jahre später zu übernehmende Arztpositionen zu verpflichten sind nicht zielführend. Bei allen Planungen unterschiedlichen Bedarfs an einzelnen Fachgebieten ist immer die Entscheidungsfreiheit des Einzelnen zu berücksichtigen. Staatliche Planwirtschaft mit wesentlichem Eingriff in die Freiberuflichkeit wäre sicher ein falscher Weg.

Um junge Ärztinnen und Ärzte für die zukünftige Versorgung zu gewinnen, müssen sich die Rahmenbedingungen ändern. U.a. betrifft dies ganz besonders auch die Weiterbildung, die hier im Focus stand. Ziel ist eine flexible, gestraffte aber unverändert auf aktuellen fachlichen Niveau basierende Weiterbildung, also effizien-

tere Organisation ohne Abstriche bei der Qualität. Weiterbildung muss attraktiv gestaltet sein und auch die Änderung von Lebensentwürfen, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, sowie die Reduktion der massiven Arbeitsverdichtung einbeziehen. Dazu ist ein großer Strauß von Maßnahmen erforderlich. Diesen zusammen zu tragen, war Ziel des „Runden Tisches“, an dem Weiterzubildende, Weiterbilder, Vertreter der Lehre und des Sozialministeriums, Ärzte aus ambulanter und stationärer Versorgung, Haus- und Fachärzte, Vertreter ärztlicher Berufsverbände, der Kostenträger, der Krankenhausgesellschaft, des Hessischen Sozialministeriums, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Delegiertenversammlung und alle Mitglieder des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen teilnahmen.

Viele Informationen, Vorschläge und Ideen wurden gesammelt, die es jetzt auszuwerten gilt, um die Weiterbildung den Ansprüchen der kommenden Ärztegeneration gerecht zu gestalten. Für eine planbare Weiterbildung sollen Weiterbildungsverbände auch über die ambulant/stationäre Sektorengrenze koordiniert werden. Weiterbildungsbeauftragte bei den Bezirksärztekammern sollen berufen werden. Unerlässlich ist es, statt ständiger Klage nicht nur dem Nachwuchs sondern auch der Öffentlichkeit ein positives Image des Arztberufes zu vermitteln. Dies wird auch Forderungen nach Wertschätzung des Arztberufes erfüllen helfen.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen

Teil 18: Linde (*Tilia*) Alexander H. Jakob



Linde

Die Linde, die zur Familie der Malvengewächse gehört, ist in Hessen vielerorts anzutreffen und neben dem Vorkommen in Laubmischwäldern gibt es noch so manche alte „Dorflinde“. Sie erreicht ein Alter von bis zu 1.000 Jahren.

Von der früheren Bedeutung der Linde, die bereits bei den Germanen der Göttin Freya geweiht war, zeugen in Deutschland zahlreiche Namensgebungen von Orten, über Straßen bis zu Gaststätten.

Für die arzneiliche Verwendung eignen sich insbesondere die Sommer- und Winterlinde, wobei aber auch Beimengungen der Silberlinde vorkommen.

Der medizinische Einsatz von Lindenblüten (*Tiliae flos*) erfolgt naturheilkundlich wegen der diaphoretischen, reizlindernden und expektorierenden Wirkung bei Infekten der Atemwege und bei Reizhusten. Die Blütenstände enthalten Flavonoide, Schleim- und Gerbstoffe, sowie ätherische Öle. Am gebräuchlichsten ist die weithin bekannte Teezubereitung (Tagesdosis 2 bis 4 Gramm), für die keine ausdrücklichen Gegenanzeigen und Nebenwirkungen bekannt sind.

Für eine beruhigende Wirkung erfolgt die Beimengung der Lindenblüten auch in Badezusätzen.



Fruchtstand der Linde

Medizinhistorisch ist ferner der Einsatz von Lindenkohle bemerkenswert, der aber nicht mehr gebräuchlich ist.

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

Hantavirus in Hessen auf dem Vormarsch

Seit Anfang des Jahres hat die Zahl der Hantavirus-Infektionen in Hessen deutlich zugenommen. Von Januar bis Juli dieses Jahres haben sich landesweit 83 Menschen mit dem gefährlichen Virus infiziert. Die meisten Infektionen gab es mit 17 Fällen im Landkreis Fulda. Im gesamten vergangenen Jahr wurden in Hessen lediglich vier Infektionen gemeldet. Das Hantavirus wird von Ratten und Mäusen übertragen und kann im schlimmsten Fall zu einem akuten Nierenversagen führen. Das teilt die Techniker Krankenkasse mit.

Mit 12 Infektionen ist der Main-Kinzig-Kreis am zweithäufigsten betroffen, gefolgt vom Landkreis Gießen (11), dem Wetteraukreis (8) und dem Vogelsbergkreis (7). Hantaviren werden von infizierten Tieren über Speichel, Urin und Kot ausgeschieden und können darin einige Zeit infektiös bleiben. Die Virusinfektion selbst kann unbemerkt oder so leicht verlaufen, dass sie dem Betroffenen gar nicht auffällt. Es kann allerdings auch zu schweren Krankheitsverläufen mit über drei bis vier Tage anhaltendem hohem Fieber sowie Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen kommen. Zudem können Blutdruckabfall und Nierenfunktionsstörungen bis zum akuten Nierenversagen auftreten.

Übertragen werden die Hantaviren beim Einatmen virushaltigen Staubes oder Luft, durch den Kontakt der verletzten Haut mit kontaminiertem Staub

oder durch Bisse. Ein besonderes Risiko besteht in Kellern, Schuppen, Dachböden, Ställen oder verlassenem Gebäuden, in denen sich Mäuse aufhalten oder aufgehalten haben. Die TK in Hessen rät, vor einem Aufenthalt in diesen Bereichen die Räume ausreichend zu lüften. Beim Entfernen von Mäusekot und Nestmaterial sollten eine Atemschutzmaske und Einmalhandschuhe getragen und möglichst wenig Staub aufgewirbelt werden. Vor dem Entfernen von toten Mäusen, Fallen und Kot sollten die Räume gründlich mit einem Reinigungs- oder Desinfektionsmittel benetzt werden. Die benutzten Putzlappen und Reinigungsabfälle können in verschlossenen Plastikbeuteln über den Hausmüll entsorgt werden.

Hantavirus-Infektionen kommen das ganze Jahr über vor. Besonders hoch ist die Infektionsgefahr jedoch in den Frühjahrs- und Sommermonaten von Mai bis September. Bundesweit wurden nach Angaben des Robert Koch-Instituts in Berlin in den ersten sieben Monaten des laufenden Jahres insgesamt 1.240 Fälle registriert. 2009 waren es lediglich 181 Krankheitsfälle. Ein Merkblatt „Wie vermeide ich Hantavirus-Infektionen“ ist auf den Internetseiten des Robert Koch-Institutes unter www.rki.de zu finden.

TK Hessen

Suchtausschuss der Landesärztekammer Hessen

Der Suchtausschuss der LÄK Hessen berät das Präsidium der LÄK Hessen in suchtmmedizinischen Fragen.

Schwerpunkt der Beratungen in 2009/2010 war die Novellierung der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. Hierzu wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer eine Expertenkommission eingerichtet.

Der von den Mitgliedern des Suchtausschusses erarbeitete Entwurf einer Stellungnahme zur geplanten Novellierung der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger, wurde von Seiten des Präsidenten der LÄK Hessen, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, fristgerecht bei der Bundesärztekammer eingereicht. Bereits der 112. Deutsche Ärztetag im Jahre 2009 begrüßte die Novellierung der Richtlinie.

Der Suchtausschuss der LÄK Hessen erarbeitete u.a. Themen für einschlägige Fort- und Weiterbildungen für Ärztinnen und Ärzte in der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim. Im Oktober 2010 findet ein Curriculum zur Qualifikation „Tabakentwöhnung“ in Bad Nauheim statt. Weitere Themen für

Fortbildungsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte sollen sein:

- Substitution
- MI = Motivational Interviewing
- Suchtmmedizinische Grundversorgung.

In der 1. und konstituierenden Sitzung des Suchtausschusses am 19. Dezember 2008 wurden für die laufende Legislaturperiode 2008-2013 Arbeitsschwerpunkte festgelegt. Ein wichtiges Thema wird das Projekt „Hackedicht“ sein. Es gab und gibt immer noch sehr viele Anfragen von Schulen zur Durchführung der Infoveranstaltung für Schüler/innen. Diese Anfragen werden an die Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der LÄK Hessen gerichtet. Um auch ausländischen Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit zu geben, Vorträge an Schulen zu halten, wurde auf Anregung des Suchtausschusses ein Vortrag zum Projekt „Hackedicht“ in die serbisch-kroatische und russische Sprache übersetzt. Diese beiden Übersetzungen können bei der LÄK Hessen angefordert werden. Es sind noch weitere Übersetzungen in die türkische und arabische Sprache geplant. Aufgrund des anhaltenden Interesses von Schulen und der immer weiter wachsenden Alkoholproblematik bei Jugendlichen, ist die Fortführung und Weiterfinanzierung dieses Projektes überaus wichtig. Informationen zu diesem Projekt können bei der

Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der LÄK Hessen angefordert werden.

Der Suchtausschuss und die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sind nicht nur im Projekt „Hackedicht“ für Jugendliche aktiv, sondern auch bei dem Thema „Suchtkranke Ärztinnen und Ärzte“. Im Jahre 2007 wurden alle Landesärztekammern von der Bundesärztekammer aufgefordert, einen Drogen- und Suchtbeauftragten zu benennen. Die LÄK Hessen hat Dr. med. Siegmund Drexler, stellv. Vorsitzender der Bezirksärztekammer Frankfurt und Mitglied des Suchtausschusses der LÄK Hessen, als Drogen- und Suchtbeauftragten und Dr. med. Edgar Pinkowski, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Gießen, als seinen Vertreter berufen. Zur Behandlung der Sucht bei Ärztinnen und Ärzten wurde ein strukturiertes Modell erarbeitet. Der Drogen- und Suchtbeauftragte ist in dieser Funktion mit einer eigenen ärztlichen Schweigepflicht und einem Schweigerecht ausgestattet.

Der Suchtausschuss beschäftigt sich nicht nur mit dem Thema „Alkohol“, sondern auch mit den Suchtmitteln Tabak, Drogen und dem Glücksspiel.

Der Ausschuss plant die Erstellung einer strukturierten Fortbildung in Suchtmmedizin für Qualitätszirkel in den Gebieten Allgemeinmedizin und Innere Medizin.

Die Mitglieder des Suchtausschusses wurden am 18. Oktober 2008 vom Präsidium neu berufen. Der neue Suchtausschuss löst somit den bisherigen Arbeitskreis „Suchtprävention, Suchtkrankheiten und Suchthilfe“ in der LÄK Hessen ab.

In der 1. und konstituierenden Sitzung am 19. Dezember 2008 wurden Dr. Köhler zum Vorsitzenden und Priv.-Doz. Dr. Grube zum stellvertretenden Vorsitzenden gewählt.

Dem Suchtausschuss gehören folgende Personen an:

Name	Funktion/Status
Dr. med. Siegmund Drexler	Stellv. Vorsitzender der Bezirksärztekammer Frankfurt, Suchtbeauftragter der LÄK Hessen
Priv.-Doz. Dr. med. Michael Grube	Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie – Psychosomatik am Klinikum Frankfurt-Höchst
Dr. phil. nat. Wilfried Köhler	Chefarzt der Abteilung für Abhängigkeits-erkrankungen und Konsiliarpsychiatrie am Bürgerhospital Frankfurt
Martin Leimbeck	Vizepräsident der LÄK Hessen

Miriam Mißler

Ärztliche Weiterbildung muss schneller, effizienter und kalkulierbarer werden

Landesärztekammer Hessen ruft Runden Tisch Weiterbildung „Pro Nachwuchs“ ins Leben



v.l.: Dr. Kaiser, Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, Martin Leimbeck, Dr. Karnosky

In Klinik und Praxis fehlen Ärztinnen und Ärzte, das Interesse am Arztberuf schwindet. Wie können junge Menschen mit neuen Weichenstellungen in Studium und Weiterbildung wieder für den Arztberuf begeistert werden? Um gemeinsam mit anderen Beteiligten im Gesundheitswesen Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten, hat die Landesärztekammer Hessen am 1. September 2010 in ihrem Fortbildungszentrum in Bad Nauheim den Runden Tisch Weiterbildung „Pro Nachwuchs“ mit Vertretern des Ministeriums für Arbeit, Familie und Gesundheit, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Hessischen Krankenhausgesellschaft, ärztlichen Berufsverbänden, gesetzlichen Krankenkassen, sowie Ordinarien, Weiterbildungern und Ärzten in Weiterbildung, ins Leben gerufen.

Struktur in der Weiterbildung

Anliegen der Kammer ist es, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zu unterstützen und deutlich zu machen, wie gute Strukturen in der Weiterbildung auszusehen haben. „Wir fordern verbesserte Bedingungen und ein konsequentes Engagement aller für die ambulante und stationäre

Weiterbildung Verantwortlichen. Dazu ist eine Einbindung der Kostenträger zwingend erforderlich“, unterstrich Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen: „Weiterbildung muss schneller, effizienter und kalkulierbarer werden. In Weiterbildung Befindliche müssen sich darin ebenso wieder finden wie Weiterbilder.“ Dies gelte gleichermaßen für die Weiterbildung von Hausärzten und Fachärzten.

Wie kann Weiterbildung zukunftsfähig gemacht werden? Diese Frage beantwortete Professor Dr. med. Reiner Moosdorf, Ärztlicher Direktor Universität Marburg, mit drei Kernforderungen: „Realistische Weiterbildungsinhalte, flexiblere Weiterbildungsordnungen und belastbare Weiterbildungsangebote.“ Nachdrücklich hob er die Notwendigkeit der Zusammenarbeit im ambulanten und stationären Bereich hervor. Dr. med. Klaus König, niedergelassener Frauenarzt und Vorsitzender der Weiterbildungskommission der Landesärztekammer Hessen betonte, dass die Weiterbildungsordnung an die heutige Situation angepasst werden müsse.

Arbeitsplatz Krankenhaus

Die Schaffung von Weiterbildungsstellen in qualifizierten Praxen könne zur Lösung aktueller Weiterbildungsprobleme im fachärztlichen Bereich beitragen. Voraussetzung sei, dass der Aufwand für die Zulassung einer Praxis reduziert und der Weiterbildungsplatz honoriert werde. Den Arbeitsplatz Krankenhaus für Abiturienten und Medizinstudenten frühzeitig schmackhaft machen: diesen Anspruch verfolgt Dr. med. Gerd Balsler, Chefarzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Kreiskrankenhaus Weilburg, mit einer vielfältigen Angebotspalette: Aushilfsjob im OP, Assistenzstätigkeit, Famulatur sowie Patenschaftsübernahme während des Studiums in Kooperation mit der Universität durch den Weiterbildungsbeauftragten sowie Projektbetreuung.

„Mit der neuen Initiative der Landesärztekammer ergeben sich Synergien vor allem in den Bereichen Qualitätsmanagement und Service, wenn es gilt, die besonderen Herausforderungen für den ärztlichen Nachwuchs in der Weiterbildung zu berücksichtigen: individualisierte Ausbildungsverläufe, flexible Zeiteinteilungen, ganzheitliche Beratungskonzepte, nachhaltige Begleitung, familienfreundliche Strukturen, Teilzeitangebote“, sagte Dr. Winand Dittrich, Fachbereich Medizin, Individuelle Studienbegleitung der Goethe-Universität, Frankfurt.

Hausarztstätigkeit nicht gewünscht

Dr. med. Roland Kaiser, Ärztlicher Geschäftsführer der Kammer, stellte erste Ergebnisse einer Umfrage vor, in deren Rahmen die Landesärztekammer im Herbst 2009 und Frühjahr 2010 mit Unterstützung



Erster Runder Tisch Weiterbildung der LÄK Hessen am 1. September 2010

des Landesprüfungsamtes für Heilberufe alle Absolventen der Ärztlichen Prüfung an hessischen Universitäten zu ihren Berufs- und Weiterbildungsplänen befragt hatte. Die Ergebnisse der Auswertung zeigen u.a., dass eine Hausarztstätigkeit bei Medizinstudenten und Absolventen des Medizinstudiums nicht hoch im Kurs steht. Auch Martin Leimbeck, Vizepräsident der Landesärztekammer, wies darauf hin, dass von den Absolventen 2009 bei Beginn ihres Studiums sich nur neun Prozent, später als Hausarzt niederlassen wollten. Vom Jahrgang 2010 wollten dies nur noch weniger als sieben Prozent. „Die Weiterbildungsbedingungen in Klinik und Praxis müssen dringend verbessert werden“, erklärte Leimbeck. „Ein vielversprechender Ansatz ist Weiterbildung im Verbund.“

Jörg Osmer, Leiter der Abteilung Gesundheit im Hessischen Sozialministerium sprach sich dafür aus, mehr allgemeinmedizinische Lehrstühle an den hessischen Universitäten einzurichten und die Approbationsordnung anzupassen. Die „Aufarbeitung der Hindernisse für die Niederlassung von Ärzten auf dem Lande“ bezeich-

nete er als gemeinsame Aufgabe von Kassenärztlicher Vereinigung, Landesärztekammer Hessen, Land Hessen und den Landkreisen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen sei bereits aktiv geworden, stellte Dr. med. Harald Herholz, Vorstandsreferat der KVH, fest. So habe die KVH eine Kooperationsvereinbarung mit dem hessischen Städte- & Landkreistag geschlossen. „Kernpunkt der Strategie der KV Hessen ist jedoch ein umfangreiches „Zukunftskonzept der allgemeinmedizinischen Versorgung in Hessen“, so Herholz weiter.

„Zukunftskonzept Allgemeinmedizin in Hessen“

Professor Dr. med. Ferdinand Gerlach, Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, stellte das gemeinsam mit Kollegen der Universität Marburg, Vertretern der jungen Allgemeinmediziner/innen (JADE/HESA) sowie der Arbeitsgemeinschaft Weiterbildung Allgemeinmedizin in Hessen (AWAH) entwickelte „Zukunftskonzept Allgemeinmedizin in Hessen“ mit „Maßnahmen zur nachhaltigen Förderung der hausärztlichen

Grundversorgung“ zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung vor. Dr. med. Günther Haas, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer, betonte die Notwendigkeit einer leistungsgerechten Vergütung von Hausärzten.

Von Knoblauch und Leimbeck forderten eine bessere Verzahnung der Weiterbildung im stationären und ambulanten Bereich sowie familienfreundliche Arbeitsbedingungen. Zur Beratung und besseren Information ihrer Mitglieder in Weiterbildung werde die Landesärztekammer „Weiterbildungsbeauftragte“ ernennen, kündigten die Kammervereiner an. Die Landesärztekammer werde gemeinsam mit den Berufsverbänden darum kämpfen, die Rahmenbedingungen so weiterzuentwickeln, dass die jungen Kolleginnen und Kollegen gerne in ihrem Beruf weiterarbeiten und sich gewertschätzt und respektiert fühlen, erklärte Dr. med. Peter Zürner, Präsidiumsmitglied der Kammer, abschließend.

Katja Möhrle
Fotos: Monika Buchalik

Ärztliches Handeln

Notwendige Ergänzungen zum naturwissenschaftlichen Knowhow

Hans Wedler

Unter diesem Motto stand eine Vortragsveranstaltung der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen anlässlich des 90. Geburtstags ihres einstigen langjährigen Leiters Professor Dr. med. Felix Anschütz. Das Symposium am 29. Mai 2010 in Bad Nauheim befasste sich mit Themen, die dem ehemaligen Direktor der Medizinischen Klinik im Städtischen Klinikum Darmstadt sowohl in der praktischen Arbeit am Krankenbett wie in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung stets ein besonderes Anliegen gewesen waren. Das naturwissenschaftliche Knowhow des Arztes – so sein Credo – bedarf der Ergänzung um geisteswissenschaftliche Aspekte: gleichermaßen aus der angewandten Philosophie und der Psychologie wie aus Literatur und Kunst.

Die Vorträge der sechs Referenten, die Anschütz alle ein gutes Stück seines beruflichen Weges begleitet hatten bzw. in seine Fußstapfen getreten waren, werden in Kürze im Rahmen der Schriftenreihe „Medizin in der Literatur“ der LÄK Hessen publiziert werden. Als Vorabinformation sind die von den Referenten erstellten Zusammenfassungen ihrer Beiträge hier nachfolgend wiedergegeben.

Im **ersten Teil** der ganztägigen Veranstaltung befassten sich die Vorträge mit ethischen Fragen ärztlichen Handelns. Ausgehend von den theoretischen Grundlagen ärztlicher Anthropologie (Gahl) fokussierten weitere Beiträge auf höchst aktuelle und brisante Themen, die heute aus dem ärztlichen Alltag nicht mehr wegzudenken sind: die Frage der ethischen Wertung ärztlicher Suizidbeihilfe (Simon) und die des Umgangs mit Menschen am Lebensende (Bockenheimer).

Klaus P. G. Gahl: Ethische Aspekte einer ärztlichen Anthropologie

Der Beitrag fragt eingangs nach der Spezifität ärztlicher Anthropologie im Blick auf eine durch sie mitgeprägte medizinische Ethik. Indem die skizzierten Merkmale oder Verfasstheiten menschlicher Existenz – die Leiblichkeit, die Zeitlichkeit, das Pathische, die Subjekthaftigkeit und Sozialität, die uns im ärztlichen Alltag in besonderer Weise offenkundig werden (können) – alle im Kranksein mehr oder weniger betroffen und im Selbsterleben verändert sind, vielleicht auch existentiell als bedroht erfahren werden können, gewinnen die Aspekte ihre Spezifität als ärztliche Anthropologie. Sie erfordern die besondere Beachtung, wenn praktische Medizin als personale Zuwendung zum leidenden Menschen verstanden wird und wir der doppelten Entsprechung, der sachlichen und der personalen, folgen. Wo das im Umgang, in der Gegenseitigkeit von Arzt und Krankem die Grundhaltung des Arztes prägt, ist wohl eher von einer Haltung, dem Ethos des Arztes zu sprechen.

Medizinische Ethik hingegen hat die Aufgabe wertorientierter diskursiver Begründung der Maximen ärztlichen Handelns. Es bleibt zu fragen, welchen Maximen die geforderte Beachtung der skizzierten anthropologischen Konstitutiva folgt. Auf Prinzipien der europäischen und der US-amerikanischen Medizinethik wird kurz hingewiesen. Sie haben alle den kranken Menschen in seiner Unverfügbarkeit im Blick. Ob es um sein Selbstbestimmungsrecht im Kontext von Patientenverfügung, um den Therapieverzicht und die einvernehmliche passive Sterbehilfe geht – solange neben der individual- auch die sozialethische Rechtfertigungsfähigkeit gewahrt ist, steht das moralische Recht bzw. dessen Achtung und Schutz im Blickzentrum des Arztes. So ist die Zweierbeziehung stets aufgehoben in dem soziokulturellen Raum, der die Wertorientierung medizinischer Ethik mitprägt.

Alfred Simon: Die Debatte um die ärztliche Beihilfe zum Suizid

Nicht zuletzt aufgrund der Aktivitäten der Sterbehilfeorganisation DIGNITAS, die

schwerkranken Menschen die Möglichkeit eines ärztlich begleiteten Suizids in der Schweiz anbietet, ist das Thema Suizidbeihilfe in den letzten Jahren immer wieder zum Gegenstand öffentlicher und politischer Debatten geworden. Neben der Frage, ob man Aktivitäten von Organisationen wie DIGNITAS gesetzlich verhindern soll, wird auch darüber diskutiert, ob es Ärzten in Deutschland erlaubt sein soll, Patienten beim Suizid zu unterstützen. Der Beitrag beschreibt die Rechtslage in Deutschland, der Schweiz und in Oregon, stellt die Frage nach dem Verhältnis von Suizidbeihilfe und ärztlichem Ethos und geht auf Argumente für und gegen die Zulassung des ärztlich begleiteten Suizids ein.

Gisela Bockenheimer-Lucius: Aufgaben des Arztes: Lebenserhaltung und (oder?) Leidensminderung?

Erhalt des Lebens und Leidensminderung sind ärztliche Aufgaben. Die Frage nach dem „oder“ betrifft die Entscheidung, das Therapieziel von einer kurativ nicht mehr möglichen Behandlung zu einer palliativen Betreuung zu ändern.

Die heutige Medizin eröffnet vielfältige Möglichkeiten, Leben zu erhalten. Der Patient selbst fürchtet nicht nur um sein Leben, sondern gegebenenfalls den Verlust seiner Selbständigkeit, mehr noch seiner Kommunikationsfähigkeit. Da Krankheitsverläufe auch bei scheinbar gleicher Diagnose oder Krankheitsbezeichnung verschiedenartig und manchmal unerwartet positiv sein können, erfordert die Entscheidung für oder gegen den Erhalt des Lebens eine hohe medizinische Qualifikation. Ärztliches Handeln unterliegt allerdings wertenden Voraussetzungen, die den betroffenen Patienten von den Werten und Überzeugungen des behandelnden Arztes abhängig machen.

Palliativmedizin konzentriert sich auf die Bedürfnisse des leidenden und des sterbenden Menschen und bietet die Hoffnung auf Zuwendung und Trost. Auch Palliativmedizin ist nicht gegen einen therapeutischen Aktionismus gefeit und läuft Gefahr, eine zunehmende Medikalisierung und Überwachung des Sterbens zu betreiben.

Die Legitimation für ärztliches Handeln zum Lebenserhalt und/oder zur Leidensminderung ist der Wille des Patienten. Für das Therapieziel der Lebenserhaltung gilt, dass todkranke Patienten nicht zu früh aufgegeben werden dürfen, dass aber eine sorgfältige Auseinandersetzung mit den Unsicherheiten in der Medizin und den Belastungen für den Patienten unverzichtbar ist. Für das Therapieziel der Leidensminderung gilt, dass die Möglichkeiten therapeutischer Maßnahmen begrenzt sind, dass aber Zuwendung und Trost durch menschliche Begleitung unbegrenzt sein können. Die ärztliche Kunst liegt darin, das Therapieziel für den individuellen, sich ihm anvertrauenden Patienten zu erkennen.

Der **zweite Teil** des Symposiums widmete sich ganz der Frage der psychologischen Patientenführung: Welche psychotherapeutischen Fähigkeiten sind für den praktisch tätigen Arzt heutzutage unabdingbar (Teising) und wie lässt sich eine patientengerechte Kommunikation lehren (Schüffel)?

Martin Teising: Psychologisch psychotherapeutische Anforderungen an den praktisch tätigen Arzt heute

Gelingendes ärztliches Handeln erfordert mehr als gute diagnostische und therapeutische Kompetenz. Die Beziehung, die sich unweigerlich in jeder Begegnung zwischen Arzt und Patient entwickelt, ist geprägt von vielfältigen, oft unbewussten

Erwartungen, die sich in hohem Maße auf den Prototyp der jedem Menschen vertrauten Mutter-Kind-Beziehung zurückführen lassen.

Die Entwicklung einer einfühlsamen und zugleich professionell ausreichend distanzierter Beziehung zum Patienten erfordert vom Arzt einerseits die Bereitschaft, als eine Art Container (Bion) die vom Patienten vorgetragene Klagen, Wünsche und sonstigen emotionalen Inhalte aufzunehmen und zu verarbeiten. Zum anderen erfordert sie die Fähigkeit zur Selbstreflexion, da das Verstehen und die Regulierung eigener Affekte die Voraussetzung für Mitgefühl und zugleich angemessene Distanzierung auf Seiten des Arztes sind. Die selbstreflexive Haltung in der Arzt-Patient-Beziehung – ein Qualitätsmerkmal des praktisch tätigen Arztes, das in der Ausbildung schon sehr früh gefördert werden sollte – ermöglicht es ihm auch, hinter den Autonomiestrebungen des Patienten dessen zugleich immer auch vorhandene Abhängigkeitsbedürfnisse wahrzunehmen und weder dem einen noch dem anderen vorbehaltlos Raum zu geben. Und sie stärkt ihn darin, sich selbst zu begrenzen und zum Wohle des Patienten seine medizinischen Leistungen nicht in unmenschlicher Weise auszudehnen.

Wolfram Schüffel: Kommunikation ist die Basis jeder erfolgreichen ärztlichen Therapie: Gesprächsführung lernen – aber wie?

Kommunikation und ärztliche Therapie verhalten sich wie Lesen eines Gedichtes und Nachspüren von Form und Inhalt des Textes: Menschen kommunizieren und sie spüren einer Bewegung nach, die sich im Symptom verdichtet.

Das Gedicht, das Lewis Carroll seinem Werk „Alice im Wunderland“ voranstellte,

Risikomanagement (auch) für Ärzte Walter Merkle

**Irren ist menschlich!
Ärzte irren nie!**

Der erste Ausruf ist Allgemeinwissen, der zweite ist Anspruch an die eigene Berufsgruppe und an sich selbst.

Unser ärztlicher Anspruch an gute Diagnostik, gute Therapie und damit optimale Patientenbetreuung war die Grundlage für den „Halbgott in Weiß“. Im dritten Jahrtausend ist er aber endgültig von seinem Thron gestoßen worden. Man mag das bedauern, umkehrbar ist dieser Schritt nicht mehr.

Was ist der Grund?

Je informierter eine Gesellschaft ist, desto skeptischer ist sie gegen einsame Entscheidungen, die keiner nachvollziehen kann. Auf die Ärzteschaft übertragen heißt dies, dass das ärztliche „ich weiß am besten, was gut für Sie ist“ ausgedient hat. Der Patient möchte mitsprechen und verstehen, sonst ist er misstrauisch. Die einfachste Reaktion ist, dass er Untersuchungstermine nicht wahrnimmt, verschriebene Medikamente nicht einnimmt. Die problematischste Folge ist schließlich die Klage wegen eines (vermeintlichen) Behand-

lungsfehlers. Die Statistiken der Ärztekammern bzw. ihrer Gutachterkommissionen belegen dies; seit Jahren steigt die Zahl von Patienten, die die Gutachter- und Schlichtungsstelle (GUS) anrufen, weil sie vermuten, dass in ihrer Behandlung etwas fehlgegangen sei.

Als Gutachter der GUS für die Urologie kann ich dies sogar selbst nachvollziehen. Wegen immer geringerer Fehlervermutungen wird der Weg zur GUS beschritten.

Die Anzahl der dann aufgedeckten tatsächlichen Fehler liegt aber unverändert bei ca. 30 %.

Was sind die Gründe dafür?

Einerseits ist es die zunehmend kritischere Haltung von Patienten und Angehörigen Ärzten gegenüber. Weiter ist die Medizin immer komplexer geworden – es gibt nicht mehr nur ein Verfahren zum Ziel, sondern i.d.R. mehrere Wege, die man beschreiten kann. Das ist selbst für Fachleute nicht immer vollständig zu durchschauen. Zudem steigt der Anspruch der Menschen an Fehlerfreiheit. Das mag bei Industrieprodukten zielführend sein, beim Menschen, vor allem beim kranken Menschen, ist dies problematisch. Schuld an diesem (über-

trieben) hohen Anspruch an uns Ärzte sind wir letztlich auch selbst, denn wir versprechen z.T. gegen besseres Wissen, den Patienten die Heilung. „Das wird schon wieder“ – ist die Grundlage für einen überzogenen Reparaturantrag von Patienten und Angehörigen an die Medizin und ihre Vertreter, also an uns Ärzte.

Wie beim Zauberlehrling werden wir die Geister, die wir riefen, nicht mehr los.

Was also tun?

Schicksalsergebenes Hinnehmen und Beklagen der Situation ist unangemessen. Genauso unangemessen ist es aber auch, dass wir Ärzte es hinnehmen, dass andere Berufsgruppen sich zunehmend in ärztliche Belange einmischen und uns dann in unserem ureigensten Gebiet, der Medizin, dem schönsten Beruf der Welt, Vorschriften machen, die die Sache so verfälschen, dass schließlich nicht mehr die Arzt-Patienten-Beziehung der Kern der Medizin ist, sondern nur noch das Kostenmanagement, zu dem es dann auch gehört, dass Fehler nur deshalb vermieden werden sollen, um Kosten zu sparen, aber auch, dass Schuldige gefunden werden, die man in Regress nehmen kann, um die Reparaturkosten nicht zahlen zu müssen.

Wir erleben jeden Tag die Verbetriebswirtschaftlichung der Medizin – jeder redet von Kosten, wer fragt noch nach dem Patienten? Auf der anderen Seite ist es unser ärztlicher Anspruch, gute Medizin zu treiben – Nihil nocere ist ein hoher Anspruch. Umso tiefer trifft es uns, wenn etwas nicht gelingt, wenn etwas schief geht, wenn ein Patient nicht geheilt werden kann – trotz bester Bemühungen. Und dann geht dieser Patient auch noch zum Anwalt, zum MdK, zur Verwaltung etc.

Wir Ärzte verstehen die Welt nicht mehr!
Wir haben doch alles richtig gemacht!

Wirklich?

Eine nüchterne Analyse vermeintlicher und tatsächlicher ärztlicher Behandlungsfehler und auch sog. Beinahefehler belegt unzweifelhaft, dass der Volksmund Recht hat: Irren ist menschlich – also ist Irren auch ärztlich!

Was tun zwischen Tatsachen und hehrem Anspruch?

Das „Zauberwort“ heißt Risikomanagement. Ursprünglich ein Begriff aus der Betriebswirtschaft, beschreibt er auch das Vorgehen bei Diagnostik und Therapie. In der Medizin ist der Begriff so kaum bekannt. Dabei nutzen wir durchaus Ansätze aus dieser Denkweise, wenn wir überlegen, welche Risiken eine bestimmte Behandlung in sich bergen und wie man diese vermeiden kann. Was tun wir dabei? Wir überlegen uns die Folgen unseres Tun oder auch unseres Nichttun. In der Regel erfolgen solche Gedanken aber spontan, unsystematisch und punktuell. Deshalb werden wir immer einmal mit unliebsamen Überraschungen, also Komplikationen, konfrontiert; gelegentlich gehen diese fatal aus. „Das falsche Bein abgenommen!“ – wer kennt nicht diese Zeitungsschlagzeile. Hinterher fragt sich jeder, wie es überhaupt dazu kommen konnte. Analysiert man solche fatalen Fehler sorgfältig,

findet man in der Regel eine Kette von Zufällen und banalen, kleineren Fehlern, die sich schließlich zusammen zum fatalen Ereignis ausgeweitet hatten. Keiner der Beteiligten hatte den Überblick.

Wie kommt es dazu?

Arbeitsteilung, Hektik, Kommunikationsdefizite, fehlerhafte Organisation etc. sind die Hauptgründe fataler Fehler. Zum Glück sind sie selten, aber sie sind nur die Spitze eines Eisbergs von Fehlern und Beinahefehlern. Das ist keine neue Erkenntnis. Seit über hundert Jahren, erstmals von Ingenieuren beschrieben, ist systematisch erforscht worden, warum manches schief geht – trotz bester Bemühungen.

Medizin macht da keine Ausnahme!

Die Studie der Harvard Medical School aus dem Jahr 1999 belegt dies eindeutig. 3 % aller medizinischen Behandlungen sind fehlerhaft! Eine riesige Zahl! Senken kann man sie nur, wenn man sich erst einmal mit dieser Tatsache anfreundet – Irren ist also nicht nur menschlich – sondern auch ärztlich!

Den Kopf in den Sand stecken und die Schultern zu zucken, wäre falsch. Eine systematische Fehleranalyse und -kultur muss in Krankenhäusern und Praxen Ein-

zug halten in der Erkenntnis: Nobody is perfect. Das muss ohne Schuldzuweisung geschehen – denn wer mit dem Finger zeigt, wird erfahrungsgemäß den nächsten Fehler vor lauter Selbstüberheblichkeit selbst begehen.

Das Verfahren, wie das geht, muss man nicht selbst erfinden, sondern kann man von anderen lernen. Die Prinzipien sind bekannt und können auf die eigene Situation angepasst werden. Das Rüstzeug dazu kann – und muss – man lernen. Die Landesärztekammer Hessen bietet im Rahmen ihrer vielfältigen Fortbildungsveranstaltungen demnächst auch ein Seminar „Risikomanagement für Ärzte“ (siehe Seite 631) an. Hier werden systematisch die Hintergründe von medizinischen Fehlern aufgezeigt und Wege vorgestellt, wie diese nach Menschenmöglichkeit vermieden werden.

Das Programm ist auf der Internetseite www.laekh.de nachzulesen.

Anschrift des Verfassers

*Dr. med. Walter Merkle
Fachbereichsleiter Urologie II
Stiftung Deutsche Klinik für
Diagnostik GmbH
Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden
E-Mail: merkle.uro@dkd-wiesbaden.de*

27. – 30.10.2010

35. practica Bad Orb – Fortbildung zum Mitmachen

**Tagungsschwerpunkt: Hausarzt 2020:
Neue medizinische Versorgungsformen**

**Neu: Tag der Jungen Allgemeinmedizin für Ärzte in Weiterbildung
am Samstag, 30. Oktober 2010**

Wissenschaftlicher Leiter:
Professor Dr. med. Frank H. Mader, Nittendorf
46 Fortbildungspunkte an vier Tagen

Europas größter und ältester Seminarkongress
für Hausärzte und Medizinische Fachangestellte

Veranstaltungsort:
Bad Orb (Spessart), Kurhotel an der Therme

Veranstalter:
practica – Fortbildung zum Mitmachen –
in Zusammenarbeit mit der Zeitschrift Der Allgemeinarzt,
dem Deutschen Hausärzterverband e.V. und der
Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und
Familienmedizin e.V. (DEGAM)

Kontakt:
www.practica.de, E-Mail: Heidi.Hanisch@practica.de

Multiresistente Erreger in der Praxis – was tun?

Heudorf U., Jahn-Mühl, B.

Das Thema multiresistente Erreger (MRE) ist in den Praxen angekommen, dies kann aus der außerordentlich guten Resonanz auf die Einladung zur Fortbildung MRE in der Praxis geschlossen werden. Mehr als 70 Teilnehmer aus dem niedergelassenen Bereich und die sehr lebhaften Diskussionsbeiträge zeigten, dass „der Schuh drückt“, auch in den Praxen.

Die Problemsteigerung von MRSA zu ESBL

Die vom MRE-Netz Rhein-Main organisierte Fortbildung machte klar, dass das Thema multiresistente Erreger sich nicht mehr nur auf MRSA (Methicillinresistenter Staphylococcus aureus) beschränkt, sondern dass mit den gramnegativen ESBL (Enterobakterien mit erweitertem Wirkungsspektrum gegen Betalaktam-Antibiotika) neue Probleme auf uns zukommen, deren Beherrschung wahrscheinlich weitaus schwieriger wird als die von MRSA. Dies führte Dr. Schäfer aus, langjähriger Oberarzt im Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene der Universitätsklinik Frankfurt/M.

MRSA, grampositive Staphylokokken, zeichnen sich infolge ihrer dicken Membranhülle durch eine hohe Umweltresistenz aus, d.h. sie überleben lange Zeit auch auf trockenen Flächen. Als im Wesentlichen die Haut und Schleimhaut besiedelnde Keime sind sie grundsätzlich einer Dekolonisierung mit desinfizierenden Waschlösungen und mit Nasen/Rachensprays zugänglich; darüber hinaus gibt es durchaus noch wirksame Antibiotika gegen die verschiedenen MRSA. Diese sind zwar teilweise sehr teuer, müssen intravenös gegeben werden und haben Nebenwirkungen, dennoch: gegen MRSA gibt es in der Regel noch therapeutische Optionen.

Demgegenüber sind die gramnegativen ESBL durch die fehlende Schutzhülle (des-

wegen gram-negativ) weniger umweltresistent; sie brauchen zum Überleben Feuchtigkeit und sterben bei Austrocknung ab. Aber: sie besiedeln den Darm, was eine Dekolonisation zur Zeit grundsätzlich unmöglich macht. Darüber hinaus gibt es zunehmend quasi panresistente Stämme – insbesondere Acinetobacter baumannii-Stämme und Carbapenase-bildende Klebsiellen KPC, die praktisch nur noch mit Colistin i.v. behandelt werden können, einem Antibiotikum, das wegen seiner toxischen Wirkungen vor 40 Jahren als i.v.-Präparat vom Markt genommen wurde und jetzt noch als letzte Option bleibt. Das Schlimmste aber: im Bereich der gramnegativen Keime sind keine Neuentwicklungen von Antibiotika in Sicht und es ist in den nächsten zehn Jahren mit keiner wirklich neuen Wirkstoffklasse zu rechnen.

Seit Jahren wird fast nur über MRSA geredet und nicht über ESBL. ESBL aber werden im Moment das größere Problem. „Vor dreißig Jahren waren ESBL Einzelkausuistiken, vor zehn Jahren hatten wir fünf pro Jahr und jetzt sehe ich manchmal bis zu zehn ESBL-Isolate pro Tag. Hier hilft nur noch krasse Hygiene“, so Dr. Schäfer. Carbapenem-resistente Klebsiellen (KPC) sind insbesondere in ausländischen Kliniken häufig: in griechischen Krankenhäusern sind bei invasiven Infektionen bis zu 37 % der Klebsiella pneumoniae-Stämme resistent.

Die Staphylokokkenreihe von MRSA ...

Therapeutische Optionen bei MRSA-Infektionen (insbesondere Osteomyelitiden oder eitrigen Lockerungen von TEPs) sind laut Dr. Schäfer neben dem häufig verordneten teuren Linezolid, Teicoplanin, Fosfomicin und Vancomycin (cave: erste Vancomycin-Resistenzen), ggf. Rifampicin als orale Alternative in Kombination mit

Cotrimoxazol, dies wird allerdings nur nach Resistenztestung und unter engmaschiger Kontrolle der Leberparameter empfohlen. Je nach Resistenztestung steht auch Doxycyclin bei Infektionen ohne Bakteriämie-Risiko noch zur Verfügung. Wichtig ist die Erkenntnis, so Schäfer: „Mit Antibiotika alleine kann kein MRSA saniert werden, der Angriff muss immer von zwei Seiten kommen: Antibiotika systemisch, wenn notwendig, und Dekolonisierungslösungen von außen“. Und: „Tuxixin gehört nur in die Nase und nicht auf Wunden“.

MRSA sind nicht mehr nur ein Problem der Klinik, sondern ein zunehmendes Problem im außerklinischen Bereich. Insbesondere wegen der kurzen Krankenhaus-Liegedauern können Dekolonisierungsmaßnahmen im Krankenhaus bestenfalls begonnen werden. D.h. sie müssen ambulant weitergeführt, beendet und kontrolliert werden. Hier sind ambulante Pflegedienste, niedergelassene Ärzte und Altenpflegeheime in Zusammenarbeit mit den betreuenden Ärzten gefragt.

Dass auch im ambulanten Bereich MRSA-Sanierungen erfolgreich durchgeführt werden können, legte PD Dr. Jahn-Mühl, Hygieniker an den Dr. Horst-Schmidt-Kliniken Wiesbaden, dar. In einer größeren wissenschaftlichen Studie, dem sog. integrierten MRSA-Management (IMM), konnte er 75 % der MRSA-Patienten ohne Wunden oder Hautveränderungen erfolgreich ambulant sanieren, d.h. drei nachgewiesene negative Abstrichserien erreichen. Bei MRSA-Patienten mit Hautveränderungen ist der Kolonisationsstatus der Wunde und anderer Hautveränderungen für den Sanierungserfolg mitentscheidend. Waren zu Beginn der Dekolonisationsbehandlung diese Lokalisationen negativ, so konnten 50 % der Patienten erfolgreich dekoloni-

siert werden. Selbst bei positiver Wunde lag die Dekolonisationsrate immerhin noch bei 19 %. Damit ist der Beweis erbracht: Wunden oder Hautprobleme sind keine prinzipiellen Kontraindikation für eine Dekolonisierung, der Versuch sollte unbedingt unternommen werden. Die ambulante Sanierungsphase – dekolonisierende Waschungen und antibiotische Nasensalbe – war in dieser Studie streng festgelegt. Wichtig war auch die Desinfektion des direkten Patientenumfeldes, nicht nur der persönlichen Gegenstände wie Brille, Hörgerät, Kamm etc. sondern auch von Flächen in der Wohnung. Ein nicht zu vernachlässigender Punkt war darüber hinaus die während der fünf- bis sieben-tägigen Sanierungsphase täglich zu wechselnden Handtücher und Bettwäsche. „In dieser wissenschaftlichen Untersuchung wurde gezeigt: mit diesen umfangreichen Methoden gibt es Erfolge. Die weitere Frage ist, welche Maßnahmen können ggf. reduziert werden, ohne den Erfolg zu schmälern“, so PD Dr. Jahn-Mühl. Gemeinsam mit dem MRE-Netz Rhein-Main wird derzeit ein Programm erarbeitet, dieses erfolgreiche Verfahren unter leichten Modifikationen in der breiteren Praxis zu erproben.

Über langjährige Erfahrung mit Patienten mit diabetischem Fuß-Syndrom und tiefen Wunden, auch mit MRSA-Besiedelungen oder -Infektionen, berichtete Dr. Klepzig, Diabetologische Schwerpunktpraxis, Offenbach. Seit vier Jahren wendet er ein standardisiertes Verfahren für Patienten mit chronischen Wunden an. Alle chronischen Wunden werden zu Beginn und ggf. in sechswöchigem Abstand auf MRSA- und ESBL abgestrichen und getestet, bei Infektionszeichen auch zwischendurch. Die Versorgung solcher Patienten erfolgt mit Schutzkleidung (Mundschutz, doppelte Handschuhe und grüner Schutzkittel);

Abb. 1: Internetauftritt des MRE-Netz Rhein-Main (www.mre-rhein-main.de)

Hygienische Händedesinfektion vor dem Anziehen der Schutzkleidung, bei Handschuhwechsel und nach dem Verbandswechsel. Nach der Behandlung werden die gesamte Liege und der Boden der Liegenumgebung desinfiziert und der Verbandsraum für 20 min gesperrt. Therapeutisch berichtete er über gute Erfahrungen mit Lokalthherapie mit silberhaltigen Externa, in besonders schweren Fällen auch mit Gentamycin 160 mg konzentriert lokal (allerdings off label use!). Auch berichtete er über gute Erfahrungen mit Rifampicin in Kombination mit Cotrimoxazol oral (cave Leberwerte!).

... über ca-MRSA ...

Staphylococcus aureus kann durch Bildung von bestimmten Enzymen und Toxinen auch seine krankmachende Wirkung erheblich steigern. Eines dieser Toxine, das Panton-Valentin-Leukozidin (PVL) bewirkt eine Beeinträchtigung von körpereigenen Abwehrzellen des Menschen. In der Folge kann es u.a. zu schweren Haut- und/oder Weichteilinfektionen kommen.

PD Dr. Jahn-Mühl zeigte anhand einer Kasuistik, wie wichtig es ist, ca-MRSA mit PVL immer streng zu behandeln und zu sanieren. „Schon kleinste Bagatellverletzungen oder nur ein Insektenstich, kann zu einer schweren tiefen Weichteilinfektion führen. Hier ist Dekolonisierung und antibiotische Therapie ein Muss!“.

... zu MRSE

Demgegenüber sind MRSE (Methicillin-resistenter Staphylococcus epidermidis) nicht so problematisch einzustufen. Die Keime haben die gleiche (eher geringe) Pathogenität wie der sensible S. epidermidis. Sie sind im Krankenhaus häufig zu

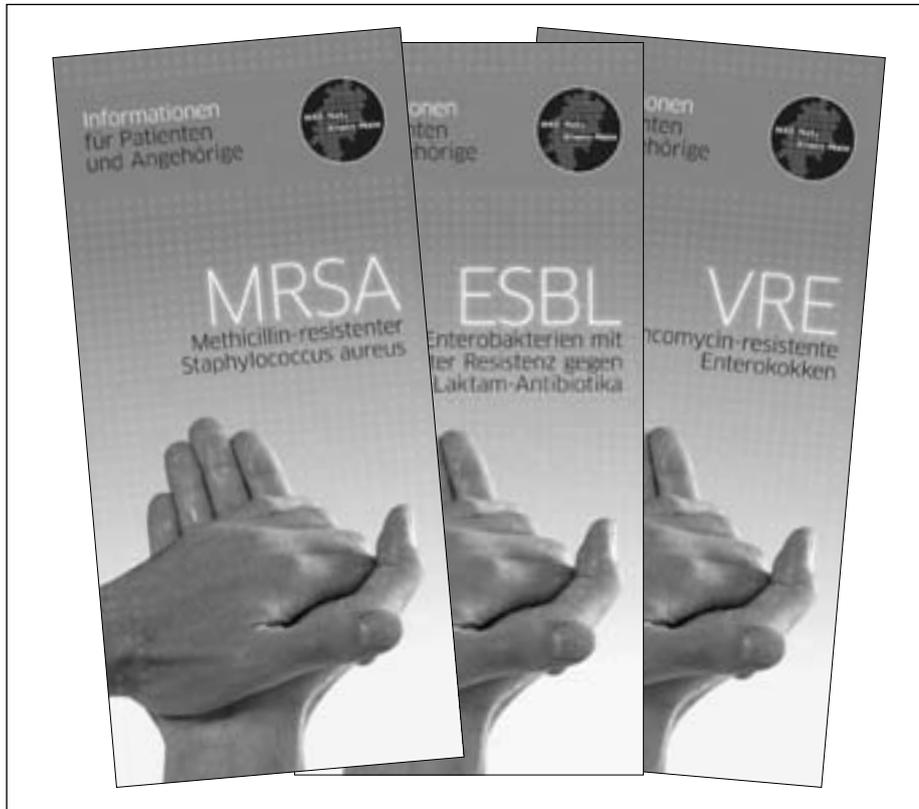


Abb. 2: Informationsflyer des MRE-Netz Rhein-Main für Patienten und Angehörige (zu bestellen unter mre-rhein-main@stadt-frankfurt.de)

beobachten und können über Besiedelung von Biofilmen in Plastikkathetern etc. zu „Plastikinfektionen“ führen. Die Entfernung des Biofilms ist extrem schwierig, oft müssen die Katheter oder PEG-Sonden ausgetauscht werden. Eine Isolierung solcher Patienten im Krankenhaus wird im Gegensatz zu MRSA-Patienten nicht für notwendig erachtet.

Die neue Bedrohung: ESBL, KPC, E. coli NDM-1 ...

Hinter diesen Abkürzungen verbergen sich unterschiedliche Mechanismen der Resistenz gram-negativer Enterobakterien. ESBL Bakterien besitzen sog. Extended Spectrum Betalactamasen, d.h. β -Laktamasen mit besonders breitem Spektrum, die fast alle Pencilline und Cephalosporine inaktivieren. Sie kommen besonders häufig bei *Klebsiella* spp. und *E.coli* vor.

Diese Keime werden durch β -Laktamase-Inhibitoren wie z.B. Clavulansäure oder Tazobactam nur unzureichend inaktiviert. Sehr häufig besteht darüber hinaus eine Parallel-Resistenz zu Chinolonen und Aminoglykosiden.

Bei ESBL-Sepsis, Pneumonie und anderen schweren ESBL-Infektionen werden Carbapeneme eingesetzt, bei nachgewiesener Chinolonempfindlichkeit auch Cipro- oder Levofloxacin. Nach Austestung ggf. auch Tigecyclin, und Fosfomycin oder Aminoglycoside als Kombinationspartner. „Bei der bisher in Deutschland noch selten vorkommenden Parallelresistenz gegenüber Carbapenemen, Chinolonen und Aminoglycosiden sowie gegen Tigecyclin (KPC und NDM-1) ist nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung auch Colistin einzusetzen (Dr. Schäfer). Die Ausbreitung dieser

Resistenztypen wird dadurch beschleunigt, dass sie z.B. als Plasmide unter Bakterien weitergegeben werden.

Sanierungen sind bei diesen Darmkeimen nicht möglich und auch nicht indiziert. „Der Nachweis einer Kolonisation durch ESBL-produzierende Erreger auf gesunder Haut, Schleimhaut oder tiefen Analschnitten im Rahmen von Screeninguntersuchungen rechtfertigt keine Therapie mit den o.g. Antibiotika“.

Schäfer entwickelte eine (nicht unwahrscheinliche) Horrorvision: Zunahme der MRE als Infektionserreger mit gleich bleibender Geschwindigkeit wie bisher, keine Neuentwicklungen und -zulassungen von Antibiotika mit besserer Wirksamkeit gegen gram-negative Bakterien in den nächsten zehn Jahren.

In der Klinik besteht der Ausweg laut Dr. Schäfer in folgenden sechs Punkten:

1. Zurück zu mehr bakteriologischer Diagnostik (aber richtig: schnell und ortsnah mit kompetenter auch infektiologischer Beratung, um guten Gewissens auch ältere wirksame Präparate einsetzen zu können).
2. Mehr infektiologische Schulung der Kliniker aller Fachrichtungen.
3. Probeentnahme unmittelbar vor einer sinnvoll kalkulierten Chemotherapie.
4. In Leitlinien nicht immer den „worst case“ voraussetzen.
5. Vermeidung unnötiger pseudomonas-wirksamer Antibiotika in der kalkulierten Therapie. Nach Erhalt des Antibio-gramms auf die notwendige Stufe zurückrudern.
6. **Krankenhaushygiene ernst nehmen, sie ist die derzeit einzige Möglichkeit, die Verbreitung der hochresistenten Keime aufzuhalten!!!!**

MRSA / MRE in der Praxis

Für die niedergelassene Praxis unterstützt das MRE-Netz Rhein-Main die Kollegen durch Informationen, Fortbildungen, Telefonberatung zum Umgang mit MRE-Patienten. Die Ziele des Netzwerks und die Angebote wurden von PD Dr. Heudorf, Amt für Gesundheit Frankfurt am Main, vorgestellt. Sie verwies auf weitere Informationen in dem umfangreichen Internetauftritt des Netzwerks www.mre-rhein-main.de (Abb. 1) und in den Flyern für Betroffene und deren Angehörige (Abb. 2).

Bei der Versorgung von Patienten mit MRSA und anderen MRE in der niedergelassenen Praxis oder beim Hausbesuch ist die Händedesinfektion von ganz zentraler Bedeutung. Die Behandlung von MRSA-Patienten soll – mit dem Ziel, eine Weiterverbreitung der Keime über ärztliche oder pflegerische Direkt-Kontakte zu vermeiden – mit Schutzkittel, Handschuhen und ggf. Mund-Nasen-Schutz bei Verbandswechsel erfolgen. (Bei Hausbesuchen kann der Kittel in der Wohnung der Patienten angelegt werden und durchaus bis zum nächsten Hausbesuch dort verbleiben.) Die Kontaktflächen in der Praxis sollen einer Flächendesinfektion unterzogen werden, die Instrumentenaufbereitung geschieht wie üblich.

Wenn möglich sollen MRSA/MRE-Patienten am Ende der Sprechstunde einbestellt werden, bzw. ist auf eine möglichst kurze Wartezeit zu achten. Eine im Krankenhaus begonnene Sanierung soll immer fortgesetzt werden; hier berät das Netzwerk gerne. Abstrichkontrollen müssen nicht wie im Krankenhaus dreimal im Abstand von zwei bis drei Tagen entnommen werden. Im ambulanten Bereich wird eine erste Abstrichkontrolle drei Tage nach Ende der Sanierung empfohlen; zwei weitere Kontrollen nach drei bis sechs Monaten und nach zwölf Monaten. Dies kann im

Rahmen der regulären Praxisbesuche geschehen (keine extra Termine).

In den Flyern zu MRSA, VRE und ESBL wird betont, dass sich der Umgang mit diesen Keimen in der Klinik und zu Hause sehr unterscheidet. In der Klinik müssen MRSA-Patienten isoliert werden wegen des Risikos der Übertragung auf andere schwer kranke Mitpatienten. Zu Hause oder im Altenpflegeheim gilt für MRSA-Besiedelte: gute Hygiene, insbesondere gute Händehygiene (Händewaschen, ggf. Desinfektion) ist wichtig und reicht in der Regel aus. Kontakte zu Freunden und Verwandten müssen nicht eingeschränkt werden, bei Kontaktpersonen mit Immunsuppres-

sion oder mit Kathetern sollte der direkte Hautkontakt möglichst vermindert werden. Ansonsten ist zu Hause oder im Altenpflegeheim keine Isolierung nötig: „Führen Sie ein normales Leben“.

Die Vorträge sind eingestellt unter www.mre-rhein-main.de

Anschrift der Verfasserin

PD Dr. med. Ursel Heudorf

MRE-Netz Rhein-Main

c/o Amt für Gesundheit

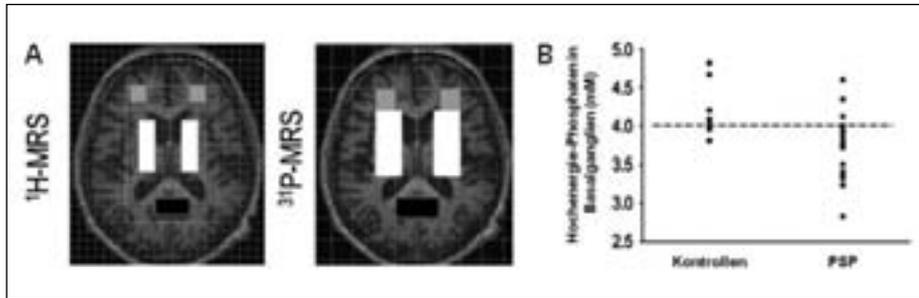
Breite Gasse 28, 60313 Frankfurt

E-Mail: Ursel.heudorf@stadt-frankfurt.de

oder mre-rhein-main@stadt-frankfurt.de

Coenzym Q10 bei der Progressiven Supranukleären Blickparese

Maria Stamelou



- A. ^{31}P - und ^1H -MR-Spektroskopie (MRS) eines PSP Patienten. Die Hochenergie-Phosphaten wurden in Frontallappen (grau), Basalganglien (weiß) und Occipitallappen (schwarz).
- B. Die Graphik zeigt, dass die Hochenergie-Phosphaten in Basalganglien von PSP Patienten signifikant vermindert im Vergleich zur gesunden Kontrollen waren und dass der im Tiermodell und im Zellkultur-Modell beobachtete Verlust an Hochenergie-Phosphaten sich auch im Gehirn von PSP Patienten wiederfindet.

Progressive supranukleäre Blickparese (PSP)

Die Progressive Supranukleäre Blickparese (PSP) ist eine sporadische neurodegenerative Erkrankung, die durch ein Parkinson-Syndrom mit vorherrschender posturaler Instabilität, okulomotorischen Defiziten und neuropsychologischen Defiziten der Frontallappenfunktion charakterisiert ist. Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt ungefähr bei 63 Jahren, die durchschnittliche Überlebenszeit nach Auftreten der Symptomatik beträgt sechs bis neun Jahre. Mit einer Prävalenz von 5/100.000 ist die PSP genauso häufig wie die Motorneuronerkrankung. Die Ätiologie der PSP ist bislang nicht bekannt und wahrscheinlich multifaktoriell. Neuropathologisch findet sich bei der PSP ein neuronaler Zellverlust und eine somatodendritische Aggregation von Mikrotubuli-assoziiertem Tau Protein, die vor allem in den Basalganglien, den Kernen des Hirnstamms und den Frontallappen auftritt. Tau Protein sammelt sich in den Neuronen als neurofibrilläre Tangles an. Die Verteilung und Art dieser pathologischen Merkmale erlauben die neuropathologische Diagnose der PSP. Zurzeit gibt es noch keine effektive symptomatische, den Krankheitsverlauf modifizierende oder neuroprotektive Behandlung der PSP.

PSP-ähnliches Syndrom in Guadeloupe

Auf der karibischen Insel Guadeloupe wurde eine abnorm hohe Frequenz von einem PSP-ähnlichen Syndrom beobachtet, welches epidemiologisch mit dem Konsum bestimmter tropischer Früchte (Graviola) assoziiert wurde. Diese Früchte enthalten Acetogenine, das mengenmäßig bedeutsamste davon ist Annonacin, welches ein Hemmer des Komplex I der mitochondrialen Atmungskette ist. Ein gestörter mitochondrialer Energiestoffwechsel führt zu Energiemangel und Zellverlust. Das führte zu der Annahme, dass eine Dysfunktion der Mitochondrien eine Rolle in der Ätiologie der Erkrankung spielen könnte.

Von Guadeloupe zu Tiermodellen und Zellkulturen

Um den Kausalzusammenhang der epidemiologischen Assoziation zwischen Graviola und dem PSP-ähnlichen Syndrom zu erforschen, hat unsere Arbeitsgruppe unter der Leitung von PD Dr. Günter Höglinger Annonacin in Tieren experimentell appliziert und tatsächlich festgestellt, dass Annonacin zu Nervenzellverlust in einem PSP-ähnlichen Verteilungsmuster führt. Die Funktion von Annonacin ist die Hemmung des Komplex I der mitochondrialen Atmungskette, so dass sich die Frage ge-

stellt hat: Kann eine Komplex I Hemmung zur PSP-Pathologie führen? Um den Bezug von dieser PSP-Phänokopie im geographischen Isolat Guadeloupe zur sporadischen PSP in unseren Breiten herzustellen, identifizierte unsere Arbeitsgruppe weitere natürliche Neurotoxine mit Acetogenin-ähnlichem Wirkmechanismus und globaler Verbreitung, welche in Zellkultur ebenfalls Tau-Pathologie induzieren. Daraus folgte die Frage, wie die Komplex I Hemmung auf molekularer Ebene zur Tau-Pathologie führt. In unserer Arbeitsgruppe wurde gezeigt, dass Komplex I Hemmer in Zellkultur zur Ausbildung von Tau-Pathologie führen, und der zugrundeliegende ATP-vermittelte molekulare Mechanismus wurde aufgeklärt.

Von Tiermodellen und Zellkulturen zurück zu PSP-Patienten

Von der klinischen PSP-Phänokopie in Guadeloupe über die Tiermodellen und Zellkulturen, stellte sich unserer Arbeitsgruppe als nächstes die Frage: Gibt es tatsächlich einen Energiemangel als Zeichen einer mitochondrialen Dysfunktion im Gehirn von sporadischen PSP-Patienten in vivo? Wir könnten tatsächlich mittels moderner ^{31}P - und ^1H -Magnetresonanz-Spektroskopie nachweisen, dass der im Tiermodell und im Zellkultur-Modell beobachtete Verlust an Hochenergie-Phosphaten sich auch im Gehirn von sporadischen PSP-Patienten in unseren Breiten wiederfindet. Diese Schlüssel-Arbeit verband auf molekularer Ebene die experimentellen Modelle mit der humanen Erkrankung und validierte den abgeleiteten Pathomechanismus beim lebenden Menschen.

Rationale Therapievorsuche mit Coenzym Q10

Basierend auf diesen Befunden und dem gefolgerten Pathomechanismus, leiteten wir die Hypothese ab, dass eine Behandlung mit Coenzym Q10, einem Co-Faktor

der mitochondrialen Atmungskette zu einer Verbesserung des zerebralen Energiestoffwechsels und ggf. zu einer klinischen Verbesserung führen könnte. Zur Überprüfung dieser Hypothese führte ich als Promotionsarbeit an der Klinik für Neurologie der Philipps-Universität Marburg (Direktor Professor Dr. Dr. h.c. Wolfgang Oertel) eine Investigator-initiierte, doppel-blinde, randomisierte, Plazebo-kontrollierte, Phase II Studie durch, die 21 PSP-Patienten in frühem Stadium der Krankheit einschloss. Diesen wurde eine flüssige Nanodispersion von CoQ10 (5mg/kg/Tag) oder ein passendes Plazebo verabreicht. Über eine Dauer von sechs Wochen bestimmten wir die Änderungen der CoQ10 Serumkonzentration, den zerebralen Energiemetabolismus (mit ^{31}P - und ^1H -Magnetresonanz-Spektroskopie), sowie motorische und neuropsychologische Dysfunktionen mit krankheitsspezifischen klinischen Skalen. Bei Patienten, die CoQ10 erhielten, verbesserten sich tatsächlich im Vergleich zu der Plazebogruppe der Energiestoffwechsel in der Spektroskopie und die krankheitspezifischen Skalen signifikant. Unsere Daten lieferten damit einen ersten Beleg dafür, dass eine sechswöchige Behandlung von PSP-Patienten mit einer nano-

partikulären Emulsion von CoQ10 in einer täglichen Dosis von 5 mg/kg Körpergewicht sicher ist und gut toleriert wird, zu einer leichten klinischen Verbesserung führt und den zerebralen Energiemetabolismus verbessert. Daraus ergibt sich eine starke Rationale für eine Phase III Studie, die zur Untersuchung des krankheitsmodifizierenden oder neuroprotektiven Potentials dieser Intervention konzipiert ist. Eine solche Studie ist derzeit für eine nationale PSP-Studiengruppe beim Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) beantragt.

Der Weg von der Hypothese zu dem Ergebnis

Die experimentellen Vorarbeiten von PD Dr. Günter Höglinger und seiner Arbeitsgruppe haben zu der Hypothese geführt, dass eine mitochondriale Dysfunktion in der Ätiologie der Krankheit eine Rolle spielt. Meine Promotionsarbeit, war die erste Therapie-Studie bei der PSP, die experimentelle Daten direkt bei Patienten überprüft hat und einen positiven Effekt nachweisen konnte. Diese spannende Hypothese bzgl. einer Krankheit, für die aktuell keine durchgreifende Therapie zur Verfügung steht und die nach sechs bis neun Jahren zum

Tod führt, hat mich von Griechenland, wo ich mein Studium abgeschlossen habe, nach Deutschland geführt mit dem Wunsch in der Forschung bei PD Dr. Höglinger zu promovieren und bei Professor Dr. Oertel, einem der weltweit bekanntesten Parkinson-Spezialisten die Facharztausbildung für Neurologie durchzuführen.

Damit möchte ich mich herzlich bei meinen Betreuern, Professor Dr. Oertel und PD Dr. Höglinger bedanken, die mich weit außerhalb des üblichen Maßes gefördert, mich bei den Schwierigkeiten unterstützt und mir die Faszination und Freude am Forschen nahe gelegt haben. Außerdem, möchte ich mich ganz herzlich bei der Landesärztekammer Hessen für die ausgesprochene Ehre bedanken, mich mit dem Preis für die beste medizinische Dissertation im Jahr 2009 geehrt zu haben.

Anschrift der Verfasserin

*Dr. med. Maria Stamelou
Assistenzärztin
Klinik für Neurologie
Philipps Universität Marburg und Gießen
Standort Marburg
Rudolf-Bultmann-Straße 8
35039 Marburg
E-Mail: stamelou@staff.uni-marburg.de*

Dr. Norden oder die andere Seite des Glücks *Elisabeth Hurth*

Martina, jahrelang glücklich verheiratet, flieht völlig unerwartet zu ihrer Mutter. Weil Martinas Kinderwunsch unerfüllt geblieben ist, hat sie sich einer Hormonbehandlung unterzogen – mit starken Nebenwirkungen und negativen Folgen für ihre Ehe. Martinas Liebesglück ist gefährdet, sie hat all ihren Lebensmut verloren. Kann Dr. Norden ihr in dieser schwierigen Lage des Lebens helfen? Er kann und er muss. Denn auch in der Geschichte „Die andere Seite des Glücks“ aus der Reihe „Dr. Norden“ darf das wichtigste erzählerische Gebot dieser Groschenroman-Reihe nicht missachtet werden: das Happy End. Und so kommt es. Dr. Norden nimmt sich des Schicksals seiner Patientin an. Er hilft ihr in allen medizinischen Belangen und unterstützt sie zugleich bei der Bewältigung ihrer Ehekrise. Mit Erfolg. Martina gesundet, sie söhnt sich mit ihrem Mann aus. Mehr noch: drei Jahre nach ihrer Erkrankung bringt sie einen gesunden Jungen zur Welt.

Seit 1973 werden diese Happy-End-Plots um Dr. Norden von Lesern aus allen Schichten – also nicht nur von den vermeintlich „ungebildeten“ Konsumenten der Trivialkunst – regelmäßig verschlungen. Mehr als 200.000 Leser erwerben Woche für Woche eine neue oder eine wieder aufgelegte Ausgabe der „Dr. Norden“-Reihe, die im Kelter-Verlag mit über 900 Bänden eine Gesamtauflage von 180 Millionen Exemplaren erreicht hat. Wer im Internet Rat bei Dr. Norden sucht, findet in seiner „Sprechstunde“ zu Gesundheits-, aber auch Lebenshilfefragen jederzeit Gehör. Über 30 Jahre schrieb Patricia Vandenberg alias Gerty Schiede die begehrten Geschichten um Dr. Norden, seit ihrem Tod im Jahr 2007 sorgt ihre Schwiegertochter Elke für Nachschub – nach dem genau konfektionierten Muster des Groschenromans: eine auf 64 Seiten festgelegte romantische, gefühlige Idealwelt, deren Erfolg all jene

Kritiker verstummen lässt, die überzeugt sind, Literatur müsse die Wirklichkeit abbilden, um beim Leser „anzukommen“.

Wege zum Glück

Der Erfolg der „Dr. Norden“-Wunschwelt ist frappierend, die Gründe hierfür vielfältig. Eine qualitative Inhaltsanalyse von 50 ausgewählten „Dr. Norden“-Romanen aus einem Zeitraum von fast 40 Jahren zeigt, dass sich – anders als vermutet – der Vorzeigearzt Dr. Norden nicht eindeutig dem überkommenen Halbgott in Weiß-Mythos zuordnen lässt. Auf den ersten Blick folgt die „Dr. Norden“-Reihe der Kitsch-Vorlage der Arztfilme der fünfziger Jahre: jenen vorbildlichen Vater-Figuren und unangefochtenen Autoritäten, die – siehe etwa den Filmklassiker „Sauerbruch“ (1954) – als Herren über Leben und Tod auftreten. In einer „verpilcherten“ Variante taucht diese angehimmelte Arzt-Autorität in den achtziger Jahren in Gestalt des Chirurgen-Gottes in Weiß Professor Brinkmann aus der legendären „Schwarzwaldklinik“ (ZDF) wieder auf. Das „Heile Welt“-Konzept der „Schwarzwaldklinik“ wird in den „Trostpflaster“-Geschichten um die Ärzte der Sachsenklinik aus der Serie „In aller Freundschaft“ (ARD) bis heute im Fernsehen fortgeschrieben.

Wie einst Professor Brinkmann „heilt“ Dr. Heilmann (!) an der Sachsenklinik seine Patienten nie allein mit Medikamenten oder neuester Medizin-Technik. Zur Therapie gehören immer auch Lebensberatung und Lebenshilfe, die sich den emotionalen und psycho-sozialen Aspekten der Krankheit widmet. Die „Heilsbotschaft“, die daraus folgt, liegt auf der Hand: weil er die tiefer liegenden Ursachen für die Krankheit kennt und diese im Verlauf der Folge „beseitigt“ werden, kann Dr. Heilmann dem Patienten auch seinen persönlichen Weg zum Glück ebnen. Dieses Glück

ist jenes innerweltliche Heil, nach dem die postmodernen Glückssucher heute streben. Es ist geprägt von dem Wunsch, das Leben an sich gleichsam zu „verewigen“ – ein Wunsch, den Dr. Heilmann mit dem Versprechen bedient (das zugleich der bezeichnende Trailer der ARD-Serie ist): „Sie werden nicht sterben, dafür sorgen wir hier.“

Die Wege zum Glück, die Dr. Norden weist, sind anders. Er ist wie Dr. Heilmann ein Vorzeigearzt, wie ihn sich die Patienten wünschen, aber in der Realität kaum noch antreffen: ein fürsorglicher, einfühlsamer und sich selbst aufopfernder Mediziner, ein Trostspender und Seelendoktor, ein Hausfreund und Gutmensch. Aber als überlebensgroßes Vorbild ist Dr. Norden kein souveräner Schicksalslenker, kein Herr über Leben und Tod. In dem Roman „Die andere Seite des Glücks“ trifft Dr. Norden auf eine Patientin, deren Krankheit als eine Krise des ganzen Menschen dargestellt wird: körperlich und seelisch, existentiell und sozial. Angst, Hilflosigkeit, Einsamkeit, aber auch Glaubenszweifel prägen das Kranksein der Patientin, die all ihre Hoffnungen auf Dr. Norden setzt. Dieser verspricht seiner Patientin nicht nur Gesundheit, sondern er sagt ihr auch zu: „Sie werden ihren Glauben wiedergewinnen.“ Zur Hoffnung auf Gesundheit gehört in der „Dr. Norden“-Welt auch Gottvertrauen. Es ist das letztliche Wissen darum, dass das mit der Gesundheit wiedergefundene Glück nicht machbar ist, es ist ein Geschenk Gottes. Man kann und soll „nichts erzwingen“, so verkündet die „geheilte“ Patientin am Schluss des Romans. „Alles hat sich zum Guten gewendet“ und der Dank hierfür gilt am Ende nicht Dr. Norden, sondern Gott.

Seelendoktor und Seelsorger

Die „Heilsbotschaft“ des Dr. Heilmann lässt Gott außen vor. Sie entspricht den

säkularisierten Heilserwartungen einer gottvergessenen Zeit, in der das ersehnte Glück im Leben mit einem „Heil“ in eins gesetzt wird, das um seinen Gottesbezug gekappt ist. In dem Maße, in dem sich dabei der Wert des irdischen Lebens erhöht, wird auch Gesundheit zu einem (religiösen) Wert an sich. Dr. Norden ist wie Dr. Heilmann ein Seelendoktor, aber in seiner „heilsamen“ Zuwendung zum Kranken ist er letztlich im eigentlichen Sinne ein „Seelsorger“, der das oft unerfüllte Bedürfnis nach ganzheitlicher Zuwendung zum Kranken, nach Sinnfindung von Krankheit selbst und vor allem auch nach Antworten auf die Endlichkeit und Todesangst des Menschen zu stillen versucht. In der Arzt-Patienten-Beziehung bietet sich Dr. Norden als ein Begleiter des Patienten an: als Lebenshelfer in der Krise der Krankheit, aber auch immer wieder als Ratgeber, der Krankheit im Licht des Glaubens deutet – dem Glauben daran, dass ein ganz Anderer, ein geschichtsmächtiger Gott, Heil und Wohl, Leben und Tod des Menschen in der Hand hat und vollendet.

Wer vor diesem christlich-religiös geprägten Hintergrund zum Prozess der Genesung und zum „Heilwerden“ der Patientin beitragen will, muss selbst im wahrsten Sinne des Wortes glaubwürdig sein – und das ist Dr. Norden unbedingt. Während in den von „Reality“-Fernsehinszenierungen geprägten Arztserien wie „Grey’s Anatomy“ (Pro 7) die einstigen Halbgötter in Weiß nunmehr fast so krank und kaputt sind wie ihre Patienten – oft hilflos, überlastet, überfordert, im Privaten gescheitert und voller Selbstzweifel –, ist Dr. Norden eine integere, vertrauenswürdige Vorbildgestalt, dessen private heile Welt nahezu „vollkommen“ erscheint: Dr. Norden hat eine „himmlische“ Familie, fünf glückliche Kinder und eine Frau namens Fee (!). Für Dr. Norden, so heißt es in dem

Roman „Die andere Seite des Glücks“, „war seine Frau das vollkommenste weibliche Wesen unter Gottes weitem Himmel“. „Es war himmlisch, eine solche Frau zu haben“ – „schön und klug und dazu auch eine wundervolle Mutter und Ehefrau“.

So märchenhaft sich diese Welt ausnimmt, so kennt sie doch auch die „andere Seite“ des Glücks: die „Schattenseite“, wie sie der Roman um die anfangs verzweifelte Patientin Martina beschreibt, die „Tiefen“, die „man oft durchwandeln muss“. Wer auf den „Dr. Norden“-Wegen des Glücks wandelt, weiß, dass man diese Schattenseite des Glücks annehmen und bewältigen muss und doch zugleich auf einen Gott hoffen darf, der alles „zum Guten“ führt. Dass dieser Gott nicht immer für eine Happy-End-Welt einsteht, gehört ebenfalls zur Schattenseite des Glücks und lässt auch Dr. Norden, wie etwa in dem Roman „Sie sagte Mitleid und meinte Liebe“, „an Gottes Gerechtigkeit zweifeln“. Gerade hier wird deutlich, dass Dr. Norden als Begleiter von Kranken und Leidenden selbst des Trostes und der Hoffnung bedarf. Mehr noch: es zeigt sich letztlich, dass alles Glück dieser Welt diese Welt eben nicht „heil“ machen kann.

Trivialreligion

Von den Anfängen der „Dr. Norden“-Reihe in den siebziger Jahren bis zur Gegenwart lässt sich in den ausgewählten Romanen verfolgen, wie auch in der Praxis des Allgemeinmediziners Dr. Norden und in den beiden Kliniken von Dr. Behnisch und Dr. Leitner, mit denen er zusammenarbeitet, der Fortschritt Einzug hält und die Medizintechnik perfektioniert wird. Aber in der „Dr. Norden“-Welt stehen nicht neueste medizinische Verfahren im Vordergrund, es geht vielmehr um individuelle, barmherzige und ganzheitlich orientierte Hilfe für den Patienten. Die „Dr. Norden“-Romane sind dabei nicht nur ein Korrektiv zu der heute von vielen als „seelenlos“ wahrgenommenen modernen Apparatemedizin, sie sind auch ein Gegenentwurf zu einer Zeit, in der der Arzt ein Dienstleister und der Patient ein Kunde ist, der mit immer höheren Ansprüchen im Zeichen medizinischer „Machbarkeit“ auftritt. Mit Dr. Norden wird dagegen ein charismatischer Arzt vorgestellt, der Sicherheit, Orientierung und Hoffnung auf Genesung verheißt und dennoch um die Begrenztheit aller menschlichen Heilkunst weiß. Krankheit, Leid und Tod unterstehen nicht der „Verfügungsgewalt“ des Arztes.

Dem entspricht, dass in vielen Romanen der Reihe die Heilung von Krankheit, die in der Regel mit dem glücklichen Ende einhergeht, über alles medizinisch-technische Vermögen hinaus immer wieder auch als Zeichen von Gottes Zuwendung gedeutet wird. Die (äußere) Erfahrung der Heilung wird so zugleich Anstoß für die Erfahrung der Gegenwart Gottes im menschlichen Leben. Auch das vermeintlich „Zufällige“ wird „von Gott geschickt“, so heißt es in dem Roman um die „andere Seite des Glücks“. Er ist es, der „alles fügt“. Seiner Macht – und eben nicht der des Arztes – ist auch das vom Menschen erfahrene und durchlittene „Schicksal“ unterworfen.

Für die so genannte „Hochliteratur“ kommt Brigitte Schwens-Harrant in ihrer Studie „Erlebte Welt – Erschriebene Welten“ (Innsbruck/Wien 1997) zu dem Ergebnis, dass es hier keine Erfahrungsweisen gibt, die Gott „erleben lassen“. Das „Geheimnisvolle“ werde „nie als Person, als Gegenüber benannt“. Die Trivialliteratur im Stil der „Dr. Norden“-Reihe hält dagegen in weiten Teilen an dem christlichen Leitbild von Gott als personalem Gegenüber fest. In den ausgewählten Romanen um Dr. Norden finden sich zahlreiche Belege dafür, dass hier auf die traditionelle, vermeintlich „gestrige“ Rede von einem Gott, von dem man sich eine Schicksalswende, Hilfe

und Barmherzigkeit erwartet, zurückgegriffen wird. Die ästhetische „Minderwertigkeit“ dieser Literatur mag man beklagen. Tatsache aber ist, dass gerade in unsicheren, „verharteten“ Zeiten die religiös verbürgte „Dr. Norden“-Welt Sehnsüchte des Lesers unmittelbar (und erfolgreich) anzusprechen scheint: die Sehnsucht nach dem Überschaubaren und dem Heilen, nach Trost und der Durchsetzungskraft des Guten.

Anschrift der Verfasserin

Dr. Elisabeth Hurth

65199 Wiesbaden

(Anschrift ist der Redaktion bekannt)

Deutscher Schmerzpreis 2011 ausgeschrieben

Deutscher Förderpreis für Schmerzforschung und Schmerztherapie

Die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V., Trägerin des Deutschen Schmerzpreises, verleiht seit 1986 in regelmäßiger Folge zusammen mit der Deutschen Schmerzliga e.V. jährlich den DEUTSCHEN SCHMERZPREIS – Deutscher Förderpreis für Schmerzforschung und Schmerztherapie. Mit ihm werden Persönlichkeiten ausgezeichnet, die sich durch wissenschaftliche Arbeiten über Diagnostik und Therapie akuter und chronischer Schmerzzustände verdient gemacht oder die durch ihre Arbeit oder ihr öffentliches Wirken entscheidend zum Verständnis des Problemkreises Schmerz und den davon betroffenen Patienten beigetragen haben.

Verliehen wird der Deutsche Schmerzpreis im Rahmen des Deutschen Schmerz- und Palliativtages 2011 in Frankfurt/Main. Er wird von der Firma Mundipharma Vertriebsgesellschaft mbH & Co. KG, Limburg, gestiftet und ist mit 10.000 Euro dotiert.

Nominierungen und Bewerbungen müssen bis spätestens 30. November 2010 bei der Geschäftsstelle eingereicht werden. Die Wahl erfolgt durch eine unabhängige Jury und den wissenschaftlichen Beirat.

**Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V.,
Adenauerallee 18
61440 Oberursel**

Die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V. ist die größte europäische Schmerzfachgesellschaft. Ihr Ziel ist die Förderung der Algesiologie als der Wissenschaft vom Schmerz, die Verbesserung der schmerztherapeutischen Versorgung, die Fort- und Weiterbildung sowie die Gründung interdisziplinärer schmerztherapeutischer Kolloquien.

Weitere Informationen finden Sie unter:
www.dgschmerztherapie.de

Wichtiges Urteil des BSG für Gemeinschaftspraxen Honorarrückforderung bei unechten Beteiligungen

A. Wienke

Die Entwicklung der Honorarsituation bei niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten hat in jüngster Zeit zu einem erheblichen Anstieg bei der Gründung von Gemeinschaftspraxen geführt. Auch der Gesetzgeber selbst hat mit der Förderung der Gemeinschaftspraxen und dem zuletzt auch vom Bundessozialgericht bestätigten Honorarzuschlag die Bildung von Gemeinschaftspraxen befördert. Folge hiervon war und ist, dass sich viele Gemeinschaftspraxen in erster Linie unter wirtschaftlichen Aspekten gebildet haben und dabei die unternehmerischen und berufsspezifischen Vorteile einer kollegialen Berufsausübung nicht im Vordergrund standen. Klassisches Beispiel für eine solche Kooperation ist die Aufnahme eines „Juniorpartners“ in eine bereits seit vielen Jahren bestehende und gut eingeführte Einzel- oder Gemeinschaftspraxis von Seniorpartnern. Meist soll in diesen Fällen der Juniorpartner in den Anfangsjahren bei internen und externen unternehmerischen Entscheidungen nicht oder nur ungeordnet mitstimmen dürfen und in erster Linie nach den Weisungen und Prinzipien der Seniorpartner tätig werden. Auch den Juniorpartnern selbst kommt es zuweilen entgegen, sich zunächst ohne eine wirtschaftliche Beteiligung in die Gemeinschaftspraxis einzubringen und die berufliche Kooperation einige Jahre lang zu testen.

Honorarrückforderung bei unechten Gemeinschaftspraxen zulässig

Diese Konstellation, wie sie gerade in den Anfangsjahren von Gemeinschaftspraxen bei dem Hinzutreten junger Kolleginnen und Kollegen anzutreffen ist, hat nun in einer wichtigen Entscheidung des Bun-

desozialgerichts dazu geführt, dass eine (vermeintliche) Gemeinschaftspraxis fehlerhaft abgerechnetes Honorar für 18 Quartale, also immerhin viereinhalb Jahre, zurückerzahlen musste. Das Bundessozialgericht bestätigte mit seiner Entscheidung vom 23. Juni 2010 – B 6 KA 7/09 R –, zu der bisher nur eine Pressemitteilung vorliegt, die Honorarkürzungen einer Kassenärztlichen Vereinigung, welche diese bei der Gemeinschaftspraxis vorgenommen hatten, da die in der Zeit des Bestehens der Gemeinschaftspraxis abgerechneten Leistungen im Widerspruch zu bindenden Vorgaben des Vertragsarztes erbracht worden waren.

Tätigkeit in „freier Praxis“ setzt Risiko- und vermögensbeteiligung voraus

In der Sache selbst ging es um eine aus zwei Ärzten bestehende Gemeinschaftspraxis, welche auch tatsächlich die erforderliche

Genehmigung als Gemeinschaftspraxis vom zuständigen Zulassungsausschuss erhalten hatte. Die vertraglich zwischen den beiden Ärzten vereinbarte Kooperation entsprach aber nicht den rechtlichen Vorgaben einer Gemeinschaftspraxis, weil einer der Partner nicht in „freier Praxis“ tätig geworden war. Er hatte – so das Bundessozialgericht – zu keinem Zeitpunkt über die berufliche und persönliche Selbständigkeit verfügt, die für die Ausübung der Tätigkeit des Vertragsarztes in freier Praxis erforderlich sei. Nach den vertraglichen Vereinbarungen nämlich habe er zu keinem Zeitpunkt das wirtschaftliche Risiko der Praxis mitgetragen und sei in keiner Weise am Wert der Praxis beteiligt gewesen. Die ärztliche Tätigkeit werde jedenfalls nach Auffassung des Bundessozialgerichts dann nicht mehr in freier Praxis ausgeübt, wenn diese beiden Voraussetzungen explizit ausgeschlossen seien.

Zulassung als Gemeinschaftspraxis hindert Rückforderung nicht

Weder der Status des Juniorpartners als zugelassener Vertragsarzt noch die ebenfalls statusbegründende Genehmigung der Gemeinschaftspraxis durch den Zulassungsausschuss stünden der Berechtigung der Kassenärztlichen Vereinigung entgegen, wegen der gesetzwidrigen Gestaltung der beruflichen Kooperation die Honorarkürzungen vorzunehmen. Die Genehmigung der Gemeinschaftspraxis selbst sichere nämlich nur die vertragsärztliche Tätigkeit im Rechtsverhältnis zu Dritten ab. So könnten sich die Versicherer z.B. darauf verlassen, durch einen zugelassenen Arzt im Rahmen des Sachleistungsprinzips behandelt zu werden. Auch die ausgestellten Verordnungen seien wirksam. Solange der Status des Partners einer Gemeinschaftspraxis nicht beseitigt sei, werde der Arzt auch im Rahmen der Bedarfsplanung berücksichtigt und dürfe seine organschaftlichen Mitwirkungsrechte innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung wahrnehmen. Nur im Innenverhältnis zur Kassenärztlichen Vereinigung schütze der rechtswidrig erlangte bzw. genutzte Status des Arztes als Partner einer Gemeinschaftspraxis jedoch zumindest in vergütungsrechtlicher Hinsicht nicht.

Rückforderung zulässig trotz medizinisch ordnungsgemäß erbrachter Leistungen

Von besonderer Bedeutung ist auch der Umstand, dass die Honorarrückforderung durch die Kassenärztliche Vereinigung bei einer solchen unechten Gemeinschaftspraxis kein Verschulden der beteiligten

Vertragsärzte voraussetzt. Das Bundessozialgericht knüpft in diesem Zusammenhang an den sogenannten „normativen Schadensbegriff“ an. Dabei reicht es für die Annahme eines Schadens schon aus, wenn Honorarzahleungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der Krankenkassen ohne rechtfertigenden Grund bezüglich des Zulassungsstatus erbracht wurden. Auch der Umstand, dass die entsprechenden Leistungen indiziert und den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechend durchgeführt wurden, ändert nichts an der Berechtigung der Kassenärztlichen Vereinigung, das entsprechend fehlerhafte abgerechnete Honorar zurückzufordern. Insoweit stellt die Rechtsprechung auf eine formale Betrachtungsweise ab, die dazu führt, dass bei Fehlen der förmlichen Zulassungsvoraussetzungen eine Honorarrückforderung gerechtfertigt ist, ohne dass es dabei auf das Verschulden der beteiligten Vertragsärzte ankommt.

Überprüfung bestehender Gemeinschaftspraxisverträge erforderlich

Infolge der jetzt bekannt gewordenen Entscheidung des Bundessozialgerichts ist allen Ärzten einer Gemeinschaftspraxis anzuraten, die wechselseitig getroffenen Vereinbarungen in den Gemeinschaftspraxisverträgen eingehend darauf hin zu überprüfen, dass allen Partnern einer Gemeinschaftspraxis das wirtschaftliche Risiko der Praxis auferlegt ist und alle Partner der Gemeinschaftspraxis am Wert der Praxis beteiligt sind. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, ist der vermeintliche Partner einer Gemeinschaftspraxis als angestellter Arzt der Gemeinschaftspraxis anzusehen.

Sozialversicherungspflicht und Lohnversteuerung drohen zusätzlich

Dies bedeutet nicht nur, dass der betreffende Arzt tatsächlich als insoweit ungenehmigter angestellter Arzt der Gemeinschaftspraxis tätig geworden ist; dies bedeutet in sozialversicherungsrechtlicher und steuerrechtlicher Hinsicht zudem, dass die sozialversicherungsrechtlichen und steuerrechtlichen Verpflichtungen eines Anstellungsverhältnisses sowohl von dem Arbeitgeber, nämlich der Gemeinschaftspraxis, als auch vom Angestellten selbst rückwirkend getragen werden müssen. Dabei kann es zu erheblichen Nachforderungen der Sozialversicherungsträger gegenüber dem Arbeitgeber, nämlich der Gemeinschaftspraxis bzw. dem Praxisinhaber kommen. Eine sorgfältige Vertragsgestaltung in diesem Sinne ist daher dringend geboten.

Sobald das Urteil des Bundessozialgerichts in vollständiger Fassung vorliegt, werden die weiteren Voraussetzungen, die das Bundessozialgericht an das Vorliegen einer Gemeinschaftspraxis stellt, ersichtlich werden. Daran sollte man sich dann orientieren.

Anschrift des Verfassers

Wienke & Becker – Köln

Rechtsanwalt Dr. A. Wienke

Fachanwalt für Medizinrecht

Sachsenring 6

50677 Köln

Fon: 0221 3765-310

Fax: 0221 3765-312

E-Mail: Awienke@Kanzlei-WBK.de



I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

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

Fachgebiete Pathologie und operative Fächer

Zusammenarbeit zwischen Pathologen und operativen Fächern

Themen: Einführung: Zentren und Zertifikate oder Kooperation und Kommunikation, Operative Therapie des Mammakarzinoms – Therapiekonzepte und Anforderungen an den Pathologen; Kolorektale Karzinomchirurgie – Therapiekonzepte und Anforderungen an den Pathologen; Standards in der Aufarbeitung und Befundung des Mammakarzinoms des Kolorektalen Karzinoms; Was will und muss der Pathologe vom Operateur wissen?; Grenzen der Tumorpathologie – Schnellschnitt, Stanzen, Biopsie und Zytologie; Molekulare Tumorpathologie – Grundlagen und Bedeutung für die Therapieplanung.

Mittwoch, 10. Nov. 2010, 17:00 – 20:00 Uhr **4 P**

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

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

Strukturierte Kinder- und Jugendmedizin

Paulinchen war allein zu Haus – Verbrennungskrankheit bei Kindern und Jugendlichen

Samstag, 13. Nov. 2010

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

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. 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

Gastroenterologisches Fallseminar

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

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 (siehe Seite 616)

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

Impfkurs – Fachgebiet Öffentliches Gesundheitswesen

Themen: Mikrobiologisch-immunologische Impfbasics und kleine Impfstoffkunde; Rechtliche Grundlagen, allgemeine fachliche Regeln, STIKO-Empfehlungen; Schutzimpfungen im Kindes- und Jugendalter; Impfungen versch. Zielgruppen; Impfungen im Arbeitsleben (einschl. Unfallchirurgie); Impfungen im Reiseverkehr; Malaria prophylaxe; Kassenärztliche Abrechnung von Impfungen; Impffördernde Praxisorganisation; Praktische Impfung-Übungen; Vor- u. Nachteile von Impfungen; Neue Entwicklungen; Impfklausur *Die Teilnehmer werden gebeten, ihren Impfpass zwecks Überprüfung des eigenen Impfstatus mitzubringen. (Impfung auf eigene Verantwortung).*

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

11 P

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

Priorisierung in der Medikation – Therapien bei Multimorbidität

Fachgebietsveranstaltung Allgemeinmedizin/Innere Medizin/Pharmakologie

Themen: Aktuelle Situation bei multimorbiden älteren Patienten mit Multimedikation in der Hausarztpraxis; Problemwahrnehmung in der klinischen Versorgung; Lösungsansätze aus pharmakologischer Sicht; Diskussion klinischer Fallbeispiele; Ausblick: Konzepte für die Praxis am Beispiel der aktuellen PRIMUM-Studie.

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

5 P

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

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Frankfurt a. M., Krankenhaus Sachsenhausen

Konferenzbereich Haus A, 4. OG., Schulstr. 31

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

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





Fachgebiet Hämotherapie / Transfusionsmedizin

Neue Richtlinien Hämotherapie 2010 – Was gibt es Neues?

Freitag, 19. Nov. 2010, 15:00 - 18:00 Uhr

Leitung: Dr. med. A. Opitz, Kassel

Tagungsort: Kassel, Institut für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie, Mönchebergstr. 57

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, 09:00 – 14:00 Uhr

Leitung: Dr. med. M. Kern, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 25 (Akademiemitgl. kostenfrei)

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

Aktuelle Diabetologie

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

Mittwoch, 01. Dez. 2010, 15:00 – 20:00 Uhr **6 P**

Teil 5: Herz, Blutdruck und Gefäße

Leitung: Dr. med. Marion Braun, Schlüchtern

Teil 6: Auge, Niere, Fuß

Leitung: Dr. med. M. Eckhard, Gießen

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

Termine 2011 in Planung

Fachgebietsveranstaltung Lungen- und Bronchialheilkunde

Interdisziplinäres Forum Frankfurt 2010:

Gastroenterologie trifft Pneumologie

Samstag, 27. Nov. 2010, 09:00 – 14:00 Uhr **6 P**

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

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Frankfurt a. M., Nordwestkrankenhaus, Kommunikationszentrum, Steinbacher Hohl 2-26, Raum Taunus

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

Fachgebietsveranstaltung Haut- u. Geschlechtskrankheiten

Mann, oh Mann

5 P

Samstag, 04. Dez. 2010, 09:00 – 13:15 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. F.-R. Ochsendorf, 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

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Mittwoch, 17. Nov. 2010, 14:00 - 19:30 Uhr (Kurs bereits belegt!)

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

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

Teilnahmebeitrag: € 110 (Akademiemitgl. € 99)

max. Teilnehmerzahl: 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

Repetitorium Innere Medizin 2010

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

Montag, 22. – Samstag, 27. Nov. 2010 **insg. 51 P**

Vorgesehenes Programm:

Montag: Gastroenterologie **9 P**

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

Kardiologie

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

Dienstag: Kardiologie **9 P**

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

Intern. Intensivmedizin

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

Mittwoch: Angiologie **9 P**

Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle

Nephrologie

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

Donnerstag: Intern. Onkologie/Hämatologie **9 P**

Prof. Dr. med. L. Bergmann,

Prof. Dr. med. A. Neubauer

Pneumologie

Prof. Dr. med. C. Vogelmeier

Freitag: Rheumatologie **9 P**

Prof. Dr. med. U. Lange

Endokrinologie/Diabetologie

Prof. Dr. med. R. G. Bretzel/Dr. med. C. Jaurisch-Hancke

Samstag: Fallseminare **6 P**

Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Dr. med. R. Brandt,

Prof. Dr. med. F. Hartmann, Prof. Dr. med. U. Lange

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

Zurück in den Arztberuf –

Zurück in die berufliche Karriere

Freitag, 03. Dez. – Sonntag, 05. Dez. 2010 **21 P**

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



**Fachgebiete Psychosomatik / Psychotherapie****Adipositas – Eine Epidemie des 21. Jahrhunderts****Samstag, 12. Feb. 2011, 09:30 – 16:30 Uhr****Leitung:** Dr. med. Schüler-Schneider, Frankfurt a. M.**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**Repetitorium Allgemeinmedizin**

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

Samstag, 18. – Sonntag, 19. Juni 2011**16 P****Leitung:** Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a. M.**Teilnahmebeitrag:** € 260 (Akademiemitgl. € 234)**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**II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung****Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Std.)**

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

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	E1-E2
und Samstag, 11. Dez. 2010	E3

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

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 Ärztesgesellschaft 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:** 8**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**Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin**

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

Kurs C1	05. Feb. 2011	8 Std.	8 P
Kurs C2	07. Mai 2011	6 Std.	6 P
Kurs A	27./28. Mai 2011	20 Std.	20 P
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 **17 P****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



Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

Freitag/Samstag, 12./13. Nov. 2010 16 P

Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)

Leitung: Prof. Dr. med. V. Kretschmer, Rostock

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

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

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

Curriculum Organspende (insg. 40 Std.)

Eine Kooperation der LÄK Hessen und LÄK Rheinland-Pfalz.

Donnerstag/Freitag, 11./12. Nov. 2010

Tagungsort: Schmitten/Arnoldshain

Martin-Niemöller-Haus, Am Eichwaldsfeld 3

Termine für Kriseninterventionsseminar (8 Std.)

Mittwoch, 01. Dez. und Mittwoch 08. Dez. 2010

Leitung: Dr. med. T. Breidenbach, Mainz, Dr. med. U. Samuel, Mainz

Teilnahmebeitrag: € 330 (Akademiemitgl. € 297)

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

Teilnahmebeitrag: € 700 (Akademiemitgl. € 630)

Basiskurs 30. Nov. – 04. Dez. 2010 40 P

Teilnahmebeitrag: € 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: Solms-Oberbiel, Kloster Altenberg

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

Notfallmedizinische Fortbildung

WH-Seminar Leitender Notarzt 13 P

Samstag, 30. Okt. 2010

Leitung: D. Kann, K.-H. Krütt, Kassel

Tagungsort: Kassel

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD 27 P

Freitag, 08. – Sonntag, 10. Okt. 2010

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

Teilnahmebeitrag: € 400 (Akademiemitgl. € 360)

Notfallmedizinisches Intensivtraining in der

niedergelassenen Praxis

Samstag, 15. Januar 2011 10 P

Leitung: Dr. med. A. Dorsch, Haimhausen

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Kurs Ärztliche Leitungsaufgaben im Rettungsdienst und an seinen Schnittstellen.

Kursmodul I alleine Mittwoch, 02. – Freitag, 04. Feb. 2011 28 P

Teilnahmebeitrag: € 390 (Akademiemitgl. € 351)

Kursmodul II alleine Freitag, 04. – Samstag, 05. Feb. 2011 18 P

Teilnahmebeitrag: € 240 (Akademiemitgl. € 216)

Kursmodul I+II Mittwoch, 02. – Samstag, 05. Feb. 2011 36 P

Teilnahmebeitrag: € 480 (Akademiemitgl. € 432)

Leitung: Dr. med. W. Lenz, Gelnhausen

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

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

Prüfarzt in klinischen Studien

Freitag, 27. – Samstag, 28. Mai 2011 18 P

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

Teilnahmebeitrag: € 440 (Akademiemitgl. € 396)

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





Ärztliches Qualitätsmanagement

Termine 2011 in Planung!

Dieser Kurs wird gem. dem 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, einer E-Learning-Phase, Selbststudium sowie einem Teilnehmerprojekt, das überwiegend in Eigeninitiative / Heimarbeit zu bearbeiten ist.

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

Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

16. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

(s. HÄBL. 1/2010)

VI. 19. Nov. – 21. Nov. 2010 (Fr. 16:00 – So. 13:00 Uhr) 20 P

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

Medizinische Rehabilitation

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

Samstag, 06. Nov. 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

Freitag, 23. Sep. – Samstag, 24. Sep. 2011 und

Freitag, 28. Okt. – Samstag, 29. Okt. 2011

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

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV

Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde gem. RöV 9 P

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

Teilnahmebeitrag: € 120 (Akademiemitgl. € 108)

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

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltcher, Akademie,

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

Termine für Kurse zum Erwerb der Fachkunde in Planung!

Spezielle Schmerztherapie

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

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

„Neuropathische Schmerzen; Kopfschmerzen“

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

Tagungsort: Kassel, Städtisches Klinikum

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

Termine 2011: Block A 12./13. 03., Block D 14./15. 05.,

Block C 10./11. 09., Block B 05./06. 11.

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)

Grundkurs 40 P

Samstag, 15. und Sonntag, 23. Jan. 2011 (Theorie)

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

Aufbaukurs 40 P

Samstag, 12. und Sonntag, 20. März 2011 (Theorie)

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

Abschlusskurs 29 P

Samstag, 05. Nov. 2011 (Theorie)

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

Gefäße

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

Abschlusskurs (extrakranielle hirnersorgende Gefäße) 20 P

Freitag, 26. – Samstag, 27. Nov. 2010 (Theorie + Praktikum)

Teilnahmebeitrag: € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Interdisziplinärer Grundkurs 29 P

Donnerstag, 17. – Freitag, 18. Feb. 2011 (Theorie)

Samstag, 19. Feb. 2011 (Praktikum)

Teilnahmebeitrag: € 440 (Akademiemitgl. € 396)

Aufbaukurs (periphere Arterien und Venen) 25 P

Donnerstag, 16. – Freitag, 17. Juni 2011 (Theorie)

Samstag, 18. Juni 2010 (Praktikum)

Teilnahmebeitrag: € 380 (Akademiemitgl. € 342)

Abschlusskurs (periphere Arterien und Venen) 20 P

Freitag, 25. – Samstag, 26. Nov. 2011 (Theorie + Praktikum)

Teilnahmebeitrag: € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Jost,

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

Verkehrsmedizinische Qualifikation

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

16 P

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

Teilnahmebeitrag: € 250 (Akademiemitgl. € 225)

Tagungsort: Bad Nauheim,

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

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler Akademie,

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





PRÜFUNGSVORBEREITUNGSKURSE

Abrechnung: EBM (PVK 1)

Inhalte: Formularwesen, vertragliche Abrechnung EBM, praktische Übungen zur Abschlussprüfung

Termin: Samstag, 27.11.2010, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Betriebsorganisation – Verwaltung (PVK 6)

Inhalte: Rechnungswesen, Zahlungsverkehr, Praxisorganisation

Termin: Samstag, 04.12.2010, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 75

Medizinische Fachkunde (PVK 4)

Inhalte: Herz-Kreislaufsystem, Ernährung/Verdauung, Urogenitalsystem, Atemsystem

Termine: Samstag, 13.11.2010 und 20.11.2010, 10:00 – 16:30 Uhr (14 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 125

Wirtschaft und Sozialkunde (PVK 7)

Inhalte: Arbeitsrecht, Vertragsrecht, Steuern

Termin: Samstag, 11.12.2010, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 75

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

Patientenbetreuung / Praxisorganisation

Patientenbetreuung und Koordination chronisch kranker Patienten (PBK 1)

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

Termin: Interessentenliste (8 Stunden)

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: Interessentenliste (16 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 185

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 5)

Inhalte: Die Fortbildung richtet sich insbesondere an Berufsanfänger und Wiedereinsteiger, für die das Tätigkeitsgebiet der ärztlichen Abrechnung neu ist. Durch praktische Übungen und anhand von Fallbeispielen werden die vermittelten Kenntnisse vertiefend geübt.

Termin:

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

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

Teilnahmegebühr: € 185

Privatliquidation – Grundlagen und Übungen am PC (PAT 6)

Inhalte: Die Veranstaltung richtet sich an Mitarbeiter/innen in der niedergelassenen Arztpraxis, die sich das notwendige Grundwissen zur korrekten Honorarabrechnung aneignen wollen oder bereits vorhandene Kenntnisse vertiefen/auffrischen wollen.

Termin: Interessentenliste, samstags, 9:00 – 17:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 195

Patientenbetreuung / Praxisorganisation

Erfolgreich auftreten im Beruf (PAT 9)

Inhalte: Erfolg im Beruf hängt immer mehr von unseren kommunikativen Fähigkeiten ab. Schlüsselfaktoren sind dabei sowohl die sprachlichen Ausdrucksformen als auch die nonverbalen Signale. Für den positiven Verlauf jeder Kommunikation ist die Authentizität einer Person sowie das gesamte äußere Erscheinungsbild von großer Bedeutung. Besonders im Hinblick auf den Umgang mit Patienten ist es hilfreich, sich diese Schlüsselfaktoren bewusst zu machen und anzuwenden.

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

Teilnahmegebühr: € 70

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

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

Schwerpunkt Medizin

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 Medizinproduktrechts 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

Prävention im Kindes- und Jugendalter (PRK)

Kinder und Jugendliche – Entwicklung und Familie (PRK 1)

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

Termin: Montag, 01.11.2010, 10:00 – 15:30 Uhr (6 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 95

Primäre Prävention in Kindheit und Jugend (PRK 2)

Inhalte: In der Fortbildung werden konkrete Konzepte der Präventionsmaßnahmen in der ambulanten Medizin erläutert und die Möglichkeiten der aktiven Unterstützung des Arztes durch sein engagiertes Team aufgezeigt: Gesundheits- und Krankheitskonzepte für Kinder und Jugendliche, Präventive Maßnahmen

Termin: Dienstag, 02.11.2010 09:00 Uhr bis

Donnerstag, 04.11.2010, 15:45 Uhr (26 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 350





Prävention im Kindes- und Jugendalter (PRK)

Sekundäre und tertiäre Prävention in Kindheit und Jugend (PRK 3/4)

Inhalte: Bedeutung und Chancen von Früherkennungsuntersuchungen, bei präventiven Maßnahmen mitwirken, Wiedereingliederungsmaßnahmen beschreiben, Rehabilitationsträger, Mitwirkung bei Disease-Management-Programmen

Termin: Freitag, 05.11.2010, 09:00 – 14:30 Uhr (6 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 95

Organisation, Koordination und Qualitätsmanagement im Bereich Prävention bei Kindern und Jugendlichen (PRK 5)

Inhalte: Organisation und Qualitätsmanagement von Patienten- und Elternschulungen, Kooperation im Team und mit externen Partnern, Soziale Netzwerke, Präventionsnetzwerk, Kinder- und Jugendrechte, Recall-System, Igel-Leistungen, Organisation/Dokumentation/Abrechnung

Termin: Mittwoch, 17.11.2010, 08:30 – 14:00 Uhr (6 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

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, Schwerstkranken und Palliativpatienten begleiten

Termin: Freitag, 12.11.2010, 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, 13.11.2010, 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, 10.11.2010, 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, 11.11.2010, ab 9:30 Uhr und Freitag, 12.11.2010, 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, 10.11.2010, 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: Beginn ab 19.11.2010

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 medizinischen Versorgung zu übernehmen. Sie ist sowohl Fachkraft für administrative-verwaltungsbezogene Bereiche wie auch für medizinische Bereiche, die sie im Rahmen der Delegation durch den verantwortlichen Arzt bzw. der verantwortlichen Ärztin eigenständig durchführt. Die Fortbildung umfasst insgesamt 420 Unterrichtsstunden und gliedert sich in einen Pflichtteil von 300 Unterrichtsstunden und in einen medizinischen Wahlteil von 120 Unterrichtsstunden.

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

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



Sicherer Verordnen

Notwendige Masernimpfung

Im März dieses Jahres brachen in NRW in einer Schule bei einem Kind die Masern aus. Die betroffene Leitung der Schule zeigte sich sehr kooperativ, die Eltern entschieden sich jedoch anfänglich mehrheitlich gegen eine vom Gesundheitsamt empfohlene Riegelungsimpfung. Erst an einem Elternabend zehn Tage nach der ersten Empfehlung des Gesundheitsamtes konnte die Notwendigkeit dieser Vorsorgemaßnahme einvernehmlich geklärt werden. Bilanz: bis zum 19. Mai 2010 wurden insgesamt 71 Masernerkrankungen gemeldet. Es erwies sich als schwierig, Probenmaterial für eine Genotypisierung zu gewinnen, da weder die Eltern noch die nicht impfenden Arztpraxen einen Sinn darin sahen. Damit bleibt ein Zusammenhang mit einem Masernausbruch Anfang dieses Jahres an einer Berliner Waldorfschule nicht ausgeschlossen, kann aber nicht zwingend nachgewiesen werden. Die Haltung fehlinformierter Eltern ist gerade noch nachvollziehbar, nicht jedoch die der betroffenen Arztpraxen. Es sollte ärztliches Allgemeinut sein, dass es bei jeder 500. bis 2.000. Erkrankung zu einer Enzephalitis kommt, an der zehn bis 20 % der Kinder sterben. Darüber hinaus kann noch nach Jahren eine unheilbare subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE) auftreten. Neben prophylaktischen Impfungen ist es ebenso wichtig, Übertragungswege nachzuvollziehen.

Quelle: *Epidem. Bull.* 2010; Nr. 23: 221-4

Bufexamac – auch nicht als Rezeptur mehr anwendbar

Die Zulassung Bufexamac-haltiger extern anzuwendender Arzneimittel (Parfenac®, viele Generika) wurde im Mai dieses Jahres von unserer Arzneimittelüberwachungsbehörde BfArM widerrufen. Grund waren schwere Kontaktallergien, oft eine Verschlechterung der Grunderkrankung imitierend, und eine nicht ausreichend belegte Wirksamkeit bei Ekzemen und Hämorrhoiden. Dieser Widerruf gilt auch für in Apotheken hergestellte Rezepturen mit diesem Arzneistoff. Obwohl Bufexamac-haltige Salben nicht verschreibungspflichtig

waren, könnten doch noch Patienten ihren Arzt z.B. um eine Verordnung auf einem sog. „grünen Rezept“ bitten. Ärzte sollten ein individuelles Ersatzpräparat auswählen.

Quelle: *Dtsch. Apo. Ztg.* 2010; 150: 2328

Zielblutdruckwerte

In einem Kommentar zu neuen Erkenntnissen in der Hypertensiologie wird u.a. ausgeführt:

- Der Nutzen sehr niedriger Zielblutdruckwerte für Risikopatienten ist nicht belegt – abgesehen von 80 mmHg diastolisch für Diabetiker mit hohem Blutdruck.
- Eine Senkung des systolischen Blutdruckes unter 120 mmHg bei Typ 2-Diabetikern ist nach aktueller Datenlage nicht gerechtfertigt. Eine Einstellung auf 130-139 mmHg systolisch erscheint ausreichend.

Jedes wirksame Arzneimittel kann, oft dosisabhängig, unerwünschte Wirkungen hervorrufen. Diese neuen Empfehlungen sollten grundsätzlich zu einer Verringerung der Dosis und der Anzahl antihypertensiv wirkender Arzneistoffe führen.

Quelle: *Dtsch. Med. Wschr.* 2010; 135: 1272-4

Metformin – Senkung des Vitamin B12-Spiegels

Nach einer neuen Studie kann eine Langzeittherapie mit 3x850 mg/d Metformin (Glucophage®, viele Generika) über vier Jahre den Vitamin B12-Spiegel senken. Einschränkung ist anzumerken, dass circa 20 % der Typ-2-Diabetiker einen Vitamin-B12-Mangel ungeklärter Ursache aufweisen und die Studie bei Patienten mit zusätzlicher Insulintherapie durchgeführt wurde. Die Autoren empfehlen keine generelle Substitution mit Vitamin B12, jedoch eine regelmäßige Kontrolle der Blutspiegel.

Weitere Arzneistoffe, die einen Vitamin-B12-Mangel verursachen können: Antiepileptika (Carbamazepin, Phenytoin), Protonenpumpenhemmer (Omeprazol), H₂-Blocker, Antibiotika (Chloramphenicol, Neomycin), Colestyramin.

Quelle: *Dtsch. Apo. Ztg.* 2010; 150:2678-9

Rationale Anwendung von Arzneimitteln

Die WHO hat im Mai dieses Jahres bekannt gegeben, dass über 50 % der Verordnungen von Arzneimitteln entweder nicht korrekt verordnet, korrekt abgegeben oder korrekt verkauft werden. Darüber hinaus sollen mehr als 50 % der Patienten ihre Medikamente nicht korrekt einnehmen. Ursächliche Faktoren seien u.a.

- Informationen zur Arzneimittelbehandlung aus der pharmazeutischen Industrie
- inkomplette Diagnosen
- Erwerb von Arzneimitteln über das Internet.

Vermutlich heben sich nur eine sehr geringe Anzahl der Fehler zum Wohl der Patienten gegenseitig auf. Den Forderungen der WHO kann daher zugestimmt werden, dass eine rationale Anwendung von Arzneimitteln gefördert werden muss durch

- Überwachung und Verbesserung der Arzneimittelanwendung durch spezielle Empfehlungen unabhängiger Komitees
- verstärktes Training der Studierenden in Pharmakotherapie und Arzneimittelverordnung
- keine finanziellen Vergünstigungen für Verordnungen von Arzneimitteln
- stringendere ethische Kriterien für die Pharmawerbung.

In welchem Maße diese Forderungen der WHO in Deutschland bereits umgesetzt sind, bleibt zu hinterfragen. Unabhängigen Institutionen wie die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) oder kritische Institute wie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sollten weiterhin unterstützt werden – zur Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung der Patienten.

Quelle: *Lancet* 2010; 375: 2052

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:

Rheinisches Ärzteblatt 8/2010

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

Medizinische Zweckbestimmung von Bounced and Failure

Bounced and Failure in Medical Purpose

Martin Wedig

Zusammenfassung: Bounced und Failure sind virtuelle Führungskräfte von nicht virtuellen Mitarbeitern. Studierende werden diese dioskurischen Zwillinge nicht in Curricula finden. Bounced bearbeitet Anfragen und Failure weist Zuständigkeiten zu. Klinische Karrieren werden von Bounced and Failure bestimmt. Personen und Prozesse werden in Korridoren geregelt.

Bounced and Failure (B&F) kennen die Niedergelassenen als multidisziplinär aufgestellte wissenschaftliche Führungskräfte. Bounced bewältigt die Flut von Anfragen. Failure leitet sie an den Zuständigen weiter. In den Curricula der Universitäten erscheinen Bounced & Failure nicht. Wie Bonny & Clyde erledigen die Zwei von der unsichtbaren Universität die Begehren der Studierenden: Ultimativ. Der Teamverbund B&F fällt denjenigen Kommilitonen auf, welche unnötig und überflüssig beide Ressorts angesprochen haben.

B&F arbeiten in einer wachsenden Pyramide. Ihr Etat folgt der Regel „Ausgeben um jeden Preis“. In Bankhäusern haben sie Aufträge automatisiert und punktgenau die Märkte auf ihre Krisen kulminieren lassen. B&F regeln die Personalpolitik unserer Kommunen. Sollten in der Abtei-

lung oder in einer Nachbargemeinde fachlich geeignete Bewerber sein, so werden diese von B&F aufgrund des Parteienprozesses, der Frauenquote, der Gleichstellung von Minderheiten ausgeschlossen. B&F sichern die Besetzung von Führungsstellen nach dem Peter-Prinzip:

„In einer Hierarchie neigt jeder Beschäftigte dazu, bis zu seiner Stufe der Unfähigkeit aufzusteigen.“⁽¹⁾

B&F habe in diesem Sinne nicht die Ebene der eigenen Inkompetenz erreicht. Inkompetent sind immer solitäre Führungspositionen, welche sich bei einer Stabslinienführung auf mindestens zwei Kompetenzlinien stützen können. Diese Schlüsselpositionen sind inzwischen von B&F virtuell besetzt.

Die klinische Karriere durchläuft die Phasen (2)

1. Qualifikation
2. Vernunftfindung
3. Beförderung
4. Verantwortung
5. Autorität
6. Erfolg
7. Auszeichnung
8. Würde

9. Weisheit
10. Verhinderung.

Man kann errechnen, dass ein Mitarbeiter den Verhinderungspunkt mit 72 Jahren erreicht. Modifiziert wird die klinische Karriere durch Etappen, die zwischen den Karriereschritten 1-10 auftreten:

- A Frustration
- B Eifersucht
- C Resignation
- D Abstellgleis.

B&F administrieren Personen und Prozesse. So wird ein Drittmittelantrag von 6 auf 5D verwiesen. Die Abbrecherquote von Studierenden lässt sich bereits mit 1A herunterregulieren. Der Kulminationspunkt einer Lebenskarriere wird von B&F mit 4B und Begründung mit 1C und Verweis auf 1D verhartzt.

Ich favorisiere Bounced and Failure als Aspiranten für den Nobelpreis. Ihre virtuelle Schaffensperiode umfasst die Büroparalyse und Mausoleen der Antragsprüfung.

Literatur

1. Laurence J. Peter; Raymond Hull (1972) /Das Peter-Prinzip oder die Hierarchie der Unfähigen/, Rowohlt Taschenbuch-Verlag, Reinbek bei Hamburg, Kapitel 1
2. C. Northcote Parkinson: Parkinsons neues Gesetz. Rowohlt Taschenbuch-Verlag, Reinbek bei Hamburg, Kapitel 9

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Martin P. Wedig
Roonstraße 86, 44628 Herne
Fon: 02323 878-1
Fax: 02323 2299653
E-Mail: dr-wedig@versanet.de

Nach der Katastrophe ist vor der Katastrophe

(frei nach Sepp Herberger)

Die deutsche Not- und Katastrophenhilfe trauert um Dr. med. Richard Munz, der am 1. Juli im mobilen Rotkreuz-Hospital in Haiti tot aufgefunden wurde. Man geht von einem unerwarteten, aber natürlichen Tod des 57 Jahre alt gewordenen Arztes aus. Ein engagierter Mitstreiter für die humanitäre Idee, ein erfahrener Katastrophenhelfer und Freund ist von uns gegangen. „Er gehörte zu den besten Ärzten, die für das Rote Kreuz in Notlagen auf allen Kontinenten, unter allen denkbaren Umständen unzählig vielen Menschen das Leben gerettet und Leiden gelindert haben“, so DRK-Präsident Dr. Rudolf Seiters.

Seit Richard Munz 1992 erstmals für das Deutsche Rote Kreuz nach Somalia ging, hat er nicht nur das DRK mit seinen Erfahrungen und Ideen bereichert und belebt. Im gleichen Jahr nahm er auch seine hauptberufliche Tätigkeit als Notarzt im Landkreis Marburg-Biedenkopf auf, die er, von zahlreichen Auslandseinsätzen unterbrochen, bis jetzt ausübte.

Ob nach dem verheerenden Tsunami in Asien, nach dem Krieg in Süd-Ossetien 2009, dem Erdbeben auf Sumatra 2009 oder jetzt im Bemühen für das Rotkreuz-Hospital auf Haiti einen neuen hurrikansicheren Standort zu finden: Durch seine weltoffene Art und Einsatzbereitschaft war Richard Munz nicht nur beim deutschen, sondern auch beim internationalen Roten Kreuz ein geschätzter Kollege für die Katastrophenhilfe.

Dr. Munz war ein Wegbereiter der Aus- und Weiterbildung von Spezialistenteams, die im Katastrophenfall weltweit kurzfristig eingesetzt werden können. In seinem vielbeachteten Buch „Im Zentrum der Katastrophe“ von 2007 beschrieb er umfassend, was kompetente, nachhaltige Hilfe zur Selbsthilfe ausmacht. Richard Munz hatte vor, noch viele Bücher zu schreiben. An der Ruhr-Universität Bochum engagierte er sich als Lehrbeauftragter für „Internationale Humanitäre Hilfe“ im gleichnamigen Master-Studiengang.

Es ging ihm nicht nur um Grundsätze und Erfahrungen, sondern auch um das Lernen der Helfenden: „Lessons learned“: Immer geht es für die Betroffenen, sei es von Flucht, Vertreibung, Naturkatastrophen um die Suche nach Sicherheit. So kann es leicht passieren, dass sich, wie in Tanzania oder Zaire nach dem Bürgerkrieg in Ruanda 350.000 Menschen auf der „grünen Wiese“ einfinden, deren physiologische Grundbedürfnisse erfüllt werden müssen, neben dem psychologischen nach Sicherheit und Schutz. In der Gesundheitsversorgung steht neben der Basisversorgung die Kontrolle von Epidemien an erster Stelle, dabei hat das Trinkwasser immer die erste Priorität. Neben den Ressourcen zur Deckung der Grundbedürfnisse sind zusätzliche Ressourcen für Entwicklung, Katastrophenvorbeugung und Katastrophenvorsorge notwendig.

Alle Katastrophen zerstören zunächst Ressourcen, und sie schaffen zusätzliche Bedürfnisse, sie bedrohen das Überleben der Betroffenen durch Zerstörung von Ressourcen und das Ansteigen der Grundbedürfnisse (Verletzte, Erkrankte). Dennoch gibt es keine humanitäre Katastrophe ohne verbleibende lokale Ressourcen, sodass die Betroffenen die ersten und wichtigsten Ressourcen in einer Hilfsoperation sein müssen.

Bei einer Katastrophe füllt die Internationale Humanitäre Hilfe die Lücke zwischen den lebensnotwendigen Bedürfnissen und den noch vorhandenen Ressourcen, sie schont und unterstützt dabei lokale Ressourcen. Eine nicht angepasste humanitäre Hilfe dagegen zerstört lokale Ressourcen und hinterlässt eine noch größere Katastrophe! Standards humanitärer Hilfe müssen sich dem allgemeinen Standard des Herkunftslandes sowie den Standard des Gastlandes, dem lokalen Standard, anpassen, wenn sie nicht zerstörerisch wirken wollen. Die Reihenfolge des Auftretens der Akteure einer Katastrophenhilfe ist immer die gleiche: vor Ort sind zunächst die Betroffenen, dann die lokalen Hilfssysteme. Sodann ist heute die Medienpräsenz Grund für

Internationale Organisationen und NGO's, Hilfsaktionen zu starten. Eine humanitäre Hilfsoperation muss schon unmittelbar nach der Katastrophe und Tage vor dem Eintreffen der ersten internationalen Teams einsetzen, denn internationale Teams kommen in der Regel zu spät, um die primäre Mortalität wesentlich zu beeinflussen. Diese ist durch Verletzungen durch die Ereignisse bedingt und im Gegensatz zur sekundären durch nachfolgende Epidemien nicht durch Hilfsorganisationen beeinflussbar.

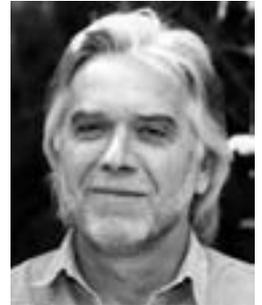
Diese müssen sich um die drei wichtigsten „Killer“: Masern, Durchfallerkrankungen, Atemwegsinfektionen kümmern. So starben 1994 in den Flüchtlingslagern um Goma mehr als 40.000 Menschen bei einer Cholera-Epidemie. Die internationale Humanitäre Hilfe hat somit primär die Aufgabe, die sekundäre Morbidität und Mortalität durch Vermeidung von Epidemien niedrig zu halten.

Die Morbidität nach Katastrophen wird neben Trauma und Epidemien durch die normalen alltäglichen Notfälle geprägt, die während Katastrophen mit unverminderter Häufigkeit auftreten. So ist bei den meisten Katastrophen der erste operative Eingriff meist ein Kaiserschnitt.

„Eure humanitäre Operation ist sofortige Überlebenshilfe gegen die wir uns nicht wehren können,“ sagte ein Flüchtling aus dem Flüchtlingslager in Benaco/Tanzania im Mai 1994.

Richard Munz hinterlässt Frau und drei Kinder. Nicht allein die Marburger Ärzteschaft, auch ein weiter Kreis von Kollegen und das DRK wird ihm ein würdigendes Andenken bewahren.

Dr. med. Stephan Heinrich Nolte,
Marburg



Hausärztin für Menschen ohne Haus

Dr. med. Maria Goetzens

anlässlich ihrer Auszeichnung mit der Ehrenplakette der LÄK Hessen, überreicht am 1. Juli 2010 durch Monika Buchalik, Mitglied des Präsidiums der LÄK Hessen



Hausärztin für Menschen ohne Haus Dr. Maria Goetzens

Foto: Martin Weis

Dr. Maria Goetzens zu begegnen ist ein Erlebnis der Herzlichkeit. Ihrer lebensbejahenden und fröhlichen Ausstrahlung ist es zu verdanken, dass selbst Menschen, die im Leben überwiegend negative Lebenserfahrungen gemacht haben, sich ihr anvertrauen.

Mit Hilfe der Missionsärztlichen Schwestern, einer 1925 gegründeten katholischen Ordensgemeinschaft von zunächst nur Ärztinnen und Krankenschwestern, erhielt Dr. Goetzens als Medizinstudentin aus Bonn bereits Anfang der 80er Jahre die Möglichkeit zu einer Famulatur auf den Philippinen. „Ich wollte dort hin, wo wirkliche Not herrscht,“ sagt Goetzens rückblickend auf diese, für ihren späteren Werdegang prägende Lebenserfahrung. „Hier lernte ich zum ersten Mal die Allgemeinmedizin und die Sorgen unter den ärmsten der Armen kennen.“ Der Kontakt zu den Schwestern riss nicht ab, so dass sie 1983 in die Ordensgemeinschaft ein-

trat. Neben dem weiteren beruflichen Engagement als Ärztin wurde Maria Goetzens von ihrer Gemeinschaft auch wiederholt mit ordensinternen Leitungsaufgaben betraut. So war sie von 2001 bis Juli 2010 deren Distriktkoordinatorin für Deutschland und ist seit wenigen Monaten als Vertreterin Europas Mitglied in der Generalleitung der 620 Mitglieder umfassenden weltweiten Gemeinschaft. In dieser Gemeinschaft „kann ich mein ärztliches Tun mit einem Leben nach dem Evangelium verbinden“ sagt sie.

Wirkliche Not herrscht jedoch nicht nur in fernen Ländern, sondern auch in unserer Finanzmetropole Frankfurt am Main. Von vielen Menschen oft unbemerkt leben obdachlose kranke Menschen auf der Straße, in dieser Stadt, für die Luxus zum Alltäglichen gehört. In ihrer Not bedürfen gerade Menschen in Wohnungsnot einer pflegerischen und ärztlichen Versorgung. Jeder

zweite von Goetzens Patientinnen und Patienten ist ein „Privatpatient“, damit meint sie die Nichtkrankenversicherten!

Die medizinische Versorgung der Obdachlosen in Frankfurt am Main hat sich Dr. Goetzens zur Lebensaufgabe gemacht. Seit 1993 arbeitet sie in der Elisabeth-Straßenambulanz, einer Einrichtung des Caritasverbandes Frankfurt, im Zentrum für Wohnungslose in der Klingerstraße 8. Seit 1997 ist sie mit der Einrichtungsleitung betraut. Die Vernetzung mit allen kooperierenden Diensten der Wohnungslosenhilfe im Zentrum und innerhalb der Stadt sind ihr ebenso ein Anliegen wie der „Brückenschlag zur medizinischen Regelversorgung“. Die Elisabeth-Straßenambulanz ist neben der Lazarus-Wohnungslosenhilfe eine von zwei Ambulanzen in Frankfurt, in der Menschen ohne festen Wohnsitz medizinisch versorgt werden und pflegerische und hygienische Hilfe erhalten.

Im Jahr 2009 wurden insgesamt 1.002 Menschen in Wohnungsnot in der Elisabeth-Straßenambulanz behandelt. Die durchschnittliche Fallzahl pro Quartal betrug 449 bei insgesamt 9.579 Behandlungen. 59 % der behandelten Patientinnen und Patienten verfügten über keinen Versicherungsschutz. 40 % der Patientinnen und Patienten gaben an, „draußen“ zu nächtigen, 28 % waren in wechselnden Übergangwohnheimen oder Notübernachtungsstätten, 17 % waren im Betreuten Wohnen und bei ca. 10 % war der Übernachtungsplatz unbekannt.

Seit Bestehen der Einrichtung unterstützen ehrenamtliche Fachkräfte (Krankenschwestern, Ärztinnen/Ärzte) das Team. Im Jahr 2009 haben sich 15 Ehrenamtliche

mit insgesamt 1.492 Stunden fachlichem Dienst eingebracht.

Der Pflegebedarf der Obdachlosen umfasst Hygienemaßnahmen wie Bäder und Entlausungen. Bei den ärztlichen Behandlungen kümmert man sich um das breite Spektrum allgemeinmedizinischer Erkrankungen zu dem auch Wundversorgungen und die Therapie von Suchterkrankungen und deren Folgen gehört. Dabei wird eine Rückführung in die Regelversorgung angestrebt.

Mit dem neuen Ambulanzpflegebus, der im Jahr 2010 nur mit zusätzlicher Hilfe von Spendengeldern angeschafft werden konnte, gelangt das niederschwellige medizinische und pflegerische Angebot selbst zu den wohnungslosen Menschen in Frankfurt, die nicht mehr in der Lage sind, die Straßenambulanz eigenständig aufzusuchen. Zahlreiche ihrer Patientinnen und Patienten kennt Dr. Goetzens persönlich und

weiß um ihre Erkrankungen, die immer öfter auch psychischer Natur sind. „Viele haben abgebrochene Beziehungen hinter sich, Heim- oder Knast-Erfahrungen.“ So heißt es in einem Erfahrungsbericht einer Krankenpflegeschülerin, die Einblick in die Arbeit der Elisabeth-Straßenambulanz gewinnen konnte: „Auch ist niemand immun gegen psychische Krankheiten, die einen in erschreckend schnellem Tempo isolieren und an den Rand treiben können.“

Auch nach 17 Jahren, seit Beginn der Einrichtung, konnte bislang leider keine Regelfinanzierung für diesen sinnvollen und absolut notwendigen Dienst erwirkt werden. Gleichwohl freut sich Dr. Goetzens und ist dankbar über zahlreiche große und kleine Spenden und jahrelange finanzielle Unterstützung auch von Seiten der Landesärztekammer Hessen, dem Amt für Gesundheit und dem Sozialamt der Stadt Frankfurt. Dennoch wächst der Bedarf an

Spendengeldern zur Finanzierung dringend notwendiger Medikamente und Pflegeartikel kranker Wohnungsloser, insbesondere der Nichtversicherten und Mittellosen.

Eine finanzielle Unterstützung ist jederzeit herzlich willkommen (Bank für Sozialwirtschaft, Caritasverband Frankfurt, „Elisabeth-Straßenambulanz“; Konto: 3813022001, BLZ: 550 205 00) Auf Wunsch kann eine Spendenbescheinigung ausgestellt werden.

Dr. Maria Goetzens kommt es darauf an, ihren Patientinnen und Patienten ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen – so gut es eben geht. Hierfür setzt sie ohne Vorurteile Vertrauen in die Menschen, die ganz am Rande unserer Gesellschaft leben.

*Monika Buchalik
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Mitglied des Präsidiums der
Landesärztekammer Hessen*

3. BENEFIZKONZERT

Mediziner rocken für einen guten Zweck

Samstag, 30. Oktober 2010
63165 MÜHLHEIM/WILLY-BRANDT-HALLE
Dietesheimerstraße 90

Vorverkauf: Helmut Golke, Am Mittelpfad 1, 65468 Trebur 2
helmutgolke@gmx.de, Handy: 0177 4704370

Eintritt: 15,00 Euro, Einlass: 18:00 Uhr, Beginn: 19:30 Uhr

Schirmherr: Landrat Oliver Quilling

*Der Erlös der Veranstaltung geht an die Leukämieabteilung (KGF)
der Universität Frankfurt*

www.thelickingboyz.de

THE LICKIN' BOYZ



Aus Berufsgerichts- und Rechtsabteilung

Leichenschau

Die im Hessischen Ärzteblatt auf Seite 646 abgedruckte Entscheidung des Berufsgerichts für Heilberufe beim Verwaltungsgericht Gießen (AZ.: 21 K 1466/09.Gl.B vom 15. Februar 2010) zeigt anschaulich, welche Konflikte im Zusammenhang mit der Vornahme einer Leichenschau auftreten können. Zur Konfliktvermeidung und damit der Entbehrlichkeit berufsgerichtlicher Verfahren wurde ein „Ablaufdiagramm Todesfall“ in einem Workshop unter der Leitung von Dr. iur. Alexander Schmid erarbeitet.

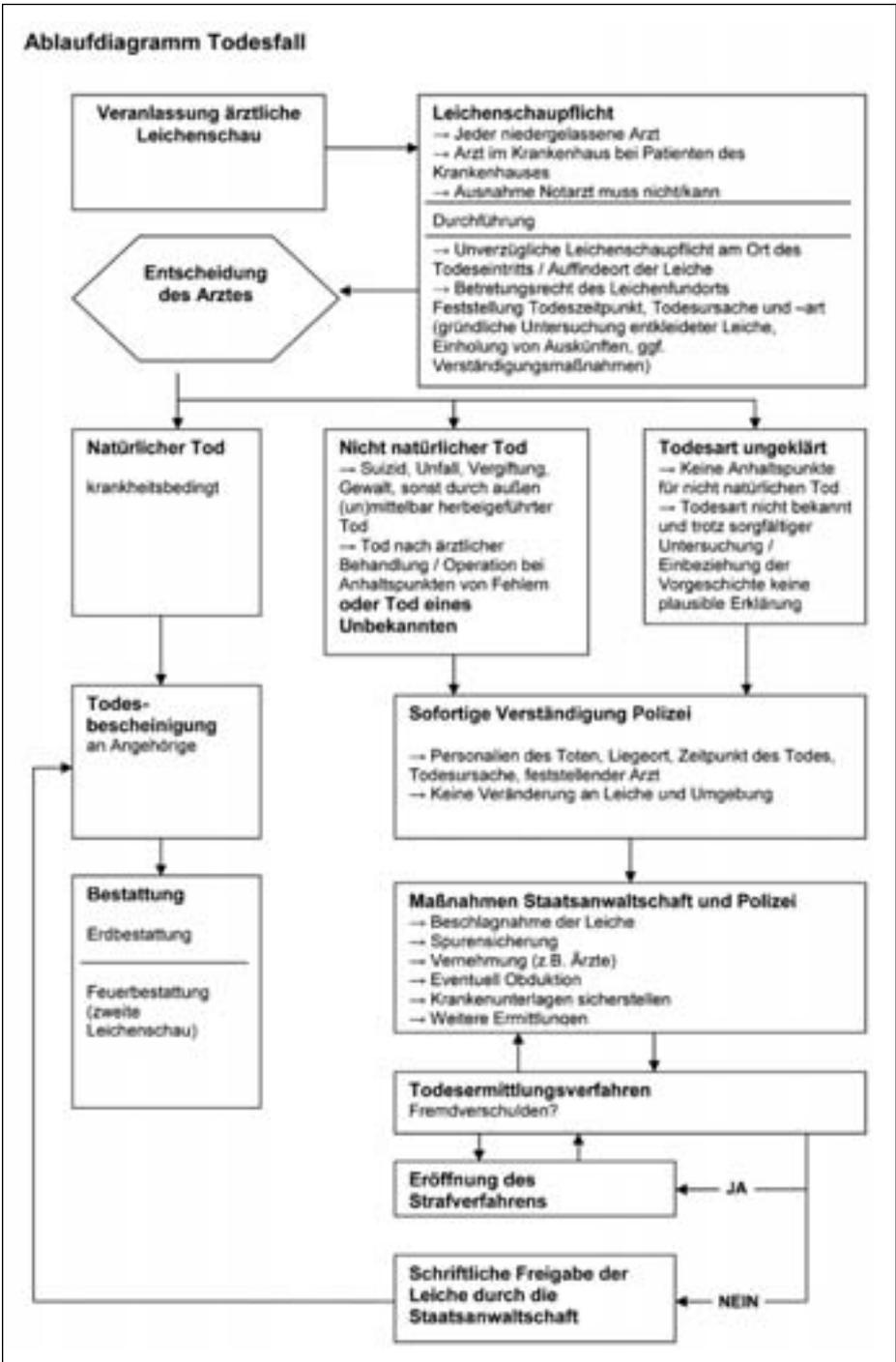
Die aus der stichwortartigen Auflistung des „Ablaufdiagrammes Todesfall“ zu ersiehende hohe Komplexität und Verantwortlichkeit der ärztlichen Leichenschau steht in keinem Verhältnis zu der hierfür vom Gesetzgeber vorgegebenen Vergütung.

Rechtsabteilung

Auf dem 113. Deutschen Ärztetag vom 11. bis 14. Mai 2010 in Dresden wurde daher auf hessische Initiative die Vergütung der ärztlichen Leichenschau thematisiert. Auf Antrag von Dr. med. Egbert Reichwein (Drucksache V-79) wurde folgender Beschluss gefasst:

„Beratungsgespräche im Zusammenhang mit der Durchführung der ärztlichen Leichenschau sind dem Beratungsbegriff im Sinne der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gleichzusetzen. Die Bundesärztekammer hat diesen Standpunkt zu vertreten.

Nach aktueller Rechtsprechung ist für die Leichenschau lediglich die Gebührenordnungsposition (GOP) 100 GOÄ (28,50 € bei 2,3-fachem Satz) zuzüglich Wegegeld abrechenbar. Der obligat durchzuführende Hausbesuch zwecks



Aufsuchen der Leiche nach GOP 50 (36,46 € bei 2,3-fachem Satz) ist nicht abrechenbar, da die GOP Nr. 50 bereits eine Beratung enthält und eine Leiche (!) nicht beraten werden könne.

Anlässlich einer Leichenschau sind jedoch diverse Gespräche mit Dritten (Angehörige, Nachbarn, Polizei) regelhaft notwendig (Anamnese, Begleitumstände, weiteres Vorgehen). Eine Pauscha-

lierung der Abrechnung ist nicht zulässig.

Diese Regelungslücke muss geschlossen werden, um einer Kriminalisierung der durchführenden Kollegen entgegenzuwirken.“

Kommentar

Die Vorgaben des Gesetzgebers sind realitätsfern und teilweise nicht erfüllbar:

Unter anderem ist es unmöglich, die Leichenschau sofort dringlich durchzuführen, um dann unmittelbar sichere (!) Todeszeiten zu attestieren, die bekanntlich erst nach Stunden auftreten. Auch das gewissenhaft-korrekte Ausfüllen und Kuvertieren der Formulare mit Erforschung der Vorgeschichte, Angabe der Diagnosen

und Darlegung der zum Tode führenden Kausalitäten ist nicht an jedem beliebigen Ort durchführbar. Spätestens für die ICD-Kodierung benötigt man den eigenen Praxiscomputer.

Es ist jedoch von besonderer Bedeutung, dass der durchführende Kollege nicht pauschal, sondern der Berufsordnung entsprechend nach den Einzelleistungen der GOÄ abrechnet.

Der Originaltext der GOÄ enthält keinen Hinweis, dass die Berechnung der GOP 100 neben der GOP 50 ausgeschlossen sei. Bisher vertrat die Bundesärztekammer den Standpunkt, dass bei Aufsuchen einer Leiche zwecks Todesfeststellung neben Wegegeld der Besuch selbst nicht abzurechnen sei, da die beim GOP 50 mit inkludierte Beratung nicht stattfinden könne.

Nachdem der 113. Deutsche Ärztetag jetzt den vorgenannten Beschluss gefasst hat, möchte man gerne annehmen, dass nun auch die Rechtsprechung dem Sachverstand der Ärzteschaft folgt.

Hiervon unberührt bleiben die aktuellen Überlegungen der Justiz-, Gesundheits- und Innenminister zur „Verbesserung der Qualität“ der Leichenschau. Da muss letztendlich die Gesellschaft die Antwort geben, ob, wie in der Ministerialbürokratie angedacht, neben einer getrennt zu erfolgenden ersten Todesfeststellung die routinehafte Durchführung einer zweiten, quasi kriminologischen Leichenschau durch einen zweiten, „entsprechend fortgebildeten“ Arzt wirklich notwendig und bezahlbar ist.

*Für das Präsidium der LÄKH
Michael Andor*

Kultkörper und Körperkult Call for Papers für IZPP-Themenheft

Die Internationale Zeitschrift für Philosophie und Psychosomatik (www.izpp.de) ist eine offen zugängliche Online-Fachzeitschrift. Für die kommende dritte Ausgabe haben die Herausgeber den Themenschwerpunkt „Kultkörper und Körperkult“ gewählt. Damit wird bewusst ein breites, interdisziplinäres Publikum angesprochen, das über die Fachgebiete der psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin sowie der Philosophie hinausgeht.

Die Vorstellungen von Körperlichkeit haben sich in den westlich geprägten Gesellschaften in den letzten Jahrzehnten erheblich verändert. Sicherlich wirken sich dabei subtil Einflüsse naturwissenschaftlicher Ergebnisse auf das Verständnis des Körpers und seiner Funktionen, mithin also auf das Menschenbild aus. Umgekehrt kann aber auch eine Beschäftigung mit Kult und Körper bei Naturvölkern zeigen, wie sehr Weltanschauungen und gesellschaftlich verankerte Überzeugungen den Umgang mit dem Körper prägen.

In westlichen Gesellschaften tritt der Körper dabei nicht nur medial immer weiter in den Vordergrund. Er wird auch vom Einzelnen immer öfter in einer Weise aus dem Privaten ins Öffentliche hinausgetragen, die einer Aufwertung des Körpers zum „ganzen Ich“ zu entsprechen scheint: Neben den Akzentuierungen der Modeindustrie können auch nachhaltiger wirksame Eingriffe am Körper wie Piercing und Tätowierungen als Ausdruck solcher Art von Körperlichkeit gedeutet werden. Vor dem Hintergrund neurowissenschaftlichen Verständnisses von der Seele als Funktion des

Körpers könnte man zugespitzt formulieren: Der Körper wird zum Charakter, weil der Charakter Körper ist.

Darüber hinaus erfährt die Funktionalität des Körpers eine zunehmende Polarisierung: Neben der Zunahme von Übergewicht und Bewegungsmangel auf der einen Seite kann man auf der anderen Seite eine zunehmende Neigung zu Extrem- und Risikosportarten feststellen, welche in Form chemischer Manipulationen am eigenen Körper ihren vielleicht extremsten Ausdruck finden mag.

Dies lässt sich kontrovers diskutieren, und so ist der mögliche Rahmen für Publikationen angedeutet, ohne damit ausgeschöpft zu sein. Ausdrücklich fordern die Autoren auch zur Einsendung kürzerer Beiträge auf, etwa im Sinne von Rezensionen, Filmkritiken, Ausstellungsberichten oder dgl., die mit dem Thema korrespondieren, deren Rahmen überschaubar bleiben kann und nicht den umfangreicheren Autorenrichtlinien für Originalarbeiten entsprechen muss.

Darüber hinaus können auch Manuskripte zu anderen Fragen im Grenzgebiet zwischen Philosophie und Psychosomatik angenommen werden, sofern diese der Zielsetzung der Zeitschrift entsprechen.

Manuskripte können noch bis Ende Oktober 2010 eingereicht oder angemeldet werden. Für Rückfragen stehen die Herausgeber der Zeitschrift, Dr. Joachim Heil oder Dr. Wolfgang Eirund, jederzeit gerne zur Verfügung: E-Mail: wolfgang.eirund@pitzer-kliniken.de oder jheil@uni-mainz.de

Mitteilung aus der Berufsgerichtsabteilung

In einem berufsgerichtlichen Verfahren hat das Berufsgericht für Heilberufe beim Verwaltungsgericht Gießen (Az.: 21 K 1466/09.Gl.B) am 15. Februar 2010 beschlossen, dass die rechtskräftige Entscheidung im Mitteilungsblatt der Landesärztekammer Hessen in anonymisierter Fassung zu veröffentlichen ist. Diese Entscheidung wird hiermit umgesetzt.

Urteil

In dem heilberufsgerichtlichen Verfahren gegen die Ärztin X. (Beschuldigte) beteiligt: Landesärztekammer Hessen, wegen Berufsvergehens, hat das Berufsgericht für Heilberufe bei dem Verwaltungsgericht Gießen aufgrund der Hauptverhandlung vom 15. Februar 2010, an der _____ teilgenommen haben:

für Recht erkannt

Der Beschuldigten wird unter Erteilung eines Verweises eine Geldbuße in Höhe von 1.500,- Euro auferlegt.

Die Beschuldigte hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Die Gebühr wird auf 750,- Euro festgesetzt.

I.

Die Beschuldigte wurde nach ihren Angaben in _____ geboren. Am _____ erteilte das Hessische Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit einer Frau A., geborene B., welche unter dem gleichen Geburtsdatum ebenfalls in _____ geboren wurde, die Approbation als Ärztin. Bei den Akten der Landesärztekammer Hessen befindet sich die Fotokopie einer Heiratsurkunde vom _____, wonach Frau A. Herrn X. geheiratet hat und nunmehr den Ehenamen „X.“ führt. Aufgrund welcher Urkunden bzw. Unterlagen über ihre Ausbildung der Beschuldigten die Approbation zur Ausübung des Arztberufes erteilt wurde, ist unklar. Der gerichtlichen Aufforderung, eine Kopie ihres angeblichen medizinischen Diploms sowie ihrer Approbationsurkunde vorzulegen, ist die Beschuldigte nicht nachgekommen. Nach Angaben der Landesärztekammer Hessen hat sie sich mit Meldebogen vom _____ bei der Landesärztekammer Hessen angemeldet, ohne offenzulegen, wo und wann sie Medizin studiert und welche Examina sie bestanden hat. Ein Praxissitz der Beschuldigten ist nicht aktenkundig, es ist bisher nur ihr beruflicher Einsatz in Notdienstzentralen Hessens und in Rheinland-Pfalz bekannt geworden.

Im Jahre 2008 war sie in _____ wohnhaft und in der Notdienstzentrale in _____ tätig.

II.

Dem vorliegenden Verfahren liegt der Ermittlungsvorgang der Landesärztekammer Hessen mit dem Aktenzeichen: III/3-11/ 2009 raa zugrunde.

Mit der am 9. Juli 2009 beim erkennenden Gericht eingegangenen und mit Beschluss vom 12. Januar 2010 zugelassenen Anschuldigungsschrift wird der Beschuldigten von der Landesärztekammer Hessen vorgeworfen, ihre Berufspflichten dadurch verletzt zu haben, dass sie am 11. Juli 2008 in _____ und am 13. September 2008 in _____ ihre Berufspflicht, den Arztberuf gewissenhaft und entsprechend dem Vertrauen auszuüben, das dem Arzt entgegengebracht wird, dadurch verletzt zu haben, dass sie den Leichenschauchein, den sie ausgefertigt hatte, nur gegen Barzahlung von Pauschal 200,- Euro herausgegeben hat; ferner sie ihre Berufspflichten dadurch verletzt zu haben, dass sie in _____ und _____ in der Zeit vom 5. August 2008 bis Ende des Jahres 2008 berufsaufsichtliche Anfragen der Landesärztekammer Hessen unbeantwortet ließ – Berufsvergehen gemäß §§ 22 Hessisches Heilberufsgesetz (HeilbG), 2 Abs. 2 und Abs. 6, 12 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen (BO), 12 der Gebührenordnung für Ärzte Anlage 1 Abs. 5 zu § 12 Abs. 4 des Hessischen Friedhofs- und Bestattungsgesetzes (FBG) –.

Die Beschuldigte hat sich weder im Ermittlungsverfahren noch im gerichtlichen Verfahren geäußert und ist auch den Aufforderungen des Gerichts, bestimmte Unterlagen vorzulegen, nicht nachgekommen. An der Hauptver-

handlung hat die ordnungsgemäß geladene Beschuldigte unentschuldig nicht teilgenommen.

III.

Nach dem Ergebnis der Hauptverhandlung steht folgender Sachverhalt zur Überzeugung des Gerichts fest:

Die Beschuldigte war im Jahre 2008 in _____ wohnhaft und in der Notdienstzentrale _____ tätig.

Am 29. Juli 2008 erreichte der Beschwerdebrief eines Herrn Y. vom 27. Juli 2008 die Landesärztekammer Hessen. Darin teilte er mit, dass die Ärztin X. in den frühen Morgenstunden des 11. Juli 2008 auf Veranlassung des Seniorenheims _____ in _____ den Tod seines __-jährigen Vaters festgestellt habe. Die diensthabende Nachtschwester habe ihn informiert, dass die Beschuldigte den Leichenschauchein und alle anderen Papiere mitgenommen habe. Er habe diese sofort angerufen, um ihr zu verdeutlichen, dass der Leichenbestatter ohne die Papiere seinen Vater nicht abholen könne. Die Beschuldigte habe sehr ungehalten reagiert und erklärt, ohne Geld gebe sie die Papiere nicht heraus, er solle am nächsten Morgen um 10:00 Uhr bei ihr vorsprechen und Geld mitbringen. Am nächsten Morgen habe sie darauf beharrt, dass er ihr zunächst 200,- Euro geben müsse, um die Papiere zu erhalten. Ohne Geld gebe sie die Papiere nicht heraus. Er erwarte, dass die Landesärztekammer Hessen Schritte gegen dieses Verhalten einleite.

Ferner lag dem Brief eine „Quittung“ der Beschuldigten bei, wonach sie auf einem Privatrezeptbogen unter einer Adresse in _____ handschriftlich bescheinigte: „Leichenschauchein für _____, 200,- Euro.“ Das Schreiben ist mit einem Stempel versehen und unterschrieben.

Die Landesärztekammer Hessen schrieb nach Ermittlungen über die Beschuldigte diese mit Datum vom 5. August 2008 an, informierte sie über die Beschwerde und legte ihr die Unzulässigkeit des Vorgehens dar. Sie bat die Beschuldigte um Stellungnahme, diese reagierte jedoch darauf nicht.

Zwei weitere Schreiben mit der Bitte um Rückäußerung – jeweils an die mittlerweile ermittelte Adresse in _____ gerichtet – vom 23. September und 31. Oktober 2008 ließ die Beschuldigte ebenfalls unbeantwortet. Mit Schreiben vom 25. November 2008, mittels Postzustellungsurkunde am 27. November 2008 zugestellt, forderte die Landesärztekammer die Beschuldigte mit dem wiederholten Hinweis auf ihre Pflicht zur Beantwortung gemäß der Berufsordnung zur Stellungnahme zu dem Vorfall auf. Auch dieses Schreiben ließ die Beschuldigte unbeantwortet.

Daraufhin leitete der Vorstand der Landesärztekammer Hessen auf der Präsidiumssitzung vom 4. März 2009 ein berufsrechtliches Ermittlungsverfahren ein.

Eine weitere Beschwerde vom 30. September 2008 erreichte die Landesärztekammer Hessen am 7. Oktober 2008. Danach rief eine Frau Z. aus _____ am Nachmittag des 19. September 2008 die „Notdienstzentrale“ an, damit sie den Tod ihrer im Alter von __ Jahren in ihrer häuslichen Umgebung in _____ verstorbenen Mutter feststellen lasse. Mehrere Stunden später, als von der Notdienstzentrale zugesagt, erschien die Beschuldigte bei ihr. Diese weigerte sich, sich auszuweisen und es kam zu verschiedenen Unstimmigkeiten, weil die Beschwerdeführerin sich außer Stande sah, dem Wunsch der Beschuldigten, ihr bei der Untersuchung der Mutter behilflich zu sein, nachzukommen. Die Beschuldigte verlangte sodann 200,- Euro für die Übergabe der Unterlagen der Leichenschau. Im Zusammenhang mit der Ausstellung einer Quittung kam es zu weiteren Unstimmigkeiten, und die Beschuldigte verließ sodann unter Mitnahme aller Papiere, des Leichenschaucheins und der Quittung, die Wohnung. Als sie vor dem Haus in ihr auf sie wartendes Taxi einstieg, erschien der Leichenbestatter, welchem es nach einigem Wortwechsel gelang, die Unterlagen ausgehändigt zu erhalten.

Mit Datum vom 12. November 2008 übersandte die Landesärztekammer Hessen der Beschuldigten diese Beschwerde nebst Schweigepflichtentbindungserklärung und bat um Rückäußerung. Mit Datum vom 15. Dezember 2008 und – nunmehr mittels Postzustellungsurkunde – vom 15. Januar 2009

erinnerte die Landesärztekammer Hessen an die Erledigung ihres Ersuchens. Eine Äußerung der Beschuldigten ging bei der Landesärztekammer Hessen nicht ein.

Am 4. März 2009 leitete die Landesärztekammer Hessen das berufsrechtliche Ermittlungsverfahren ein und teilte dies der Beschuldigten mit Schreiben vom 26. März 2009 mit. Auch die mit einem weiteren Schreiben gesetzte Äußerungsfrist ließ die Beschuldigte ungenutzt verstreichen.

Unter dem Datum des 14. Mai 2009 teilte die Landesärztekammer Hessen der Beschuldigten sodann das wesentliche Ermittlungsergebnis mit. Die Gelegenheit zur Äußerung nahm die Beschuldigte nicht wahr. Am 1. Juli 2009 beschloss der Vorstand der Landesärztekammer Hessen die Einleitung des vorliegenden berufsgerichtlichen Verfahrens.

IV.

Die vorstehenden Feststellungen beruhen auf den in der beigezogenen Ermittlungsakte sowie der vorliegenden Gerichtsakte vorhandenen Unterlagen sowie den in der Hauptverhandlung gewonnen Erkenntnissen.

V.

Das Verlangen der Beschuldigten, den Leichenschauschein nur Zug um Zug gegen die Zahlung von 200,- Euro in bar herauszugeben, stellt einen Verstoß gegen § 22 HeilbG i.V.m. § 12 Abs. 1, Abs. 4 und Anlage I Abs. 5 des Hessischen Friedhofs- und Bestattungsgesetzes vom 5. Juli 2002 (GvBl. I, S. 338 – FBG –) dar. Danach ist die Leichenschau die durch eine Ärztin oder einen Arzt durchzuführende Untersuchung der verstorbenen Person zum Zwecke der Feststellung des Todes, des Todeszeitpunktes und der Todesursache. Bei der Durchführung der Leichenschau sind gemäß § 12 Abs. 4 FBG unter anderem die Regelungen der Anlage 1 anzuwenden. Nach Abs. 5 der Anlage 1 ist der Leichenschauschein zu verschließen und einer nach § 13 sorgepflichtigen Person auszuhändigen.

Gemäß § 10 FBG muss vor der Bestattung einer Leiche eine Leichenschau durchgeführt werden. Zur Vornahme der Leichenschau ist jeder niedergelassene Arzt bzw. jede niedergelassene Ärztin auf Verlangen verpflichtet. Die Abrechnung hat nach den Regeln der Gebührenordnung für Ärzte zu erfolgen.

Nach § 12 Abs. 1 der Gebührenordnung wird eine Rechnung erst fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist. Nach Abs. 2 der Vorschrift sind Pauschalforderungen nicht zulässig, vielmehr ist dort im Einzelnen geregelt, welche Angaben eine Rechnung insbesondere enthalten muss. Demgemäß hat die Beschuldigte mit ihrer Forderung nach sofortiger Barzahlung vor Rechnungsstellung und Zug um Zug gegen Aushändigung des Leichenschauscheins eindeutig gegen die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte über die Abrechnungsmodalitäten verstoßen. Hinsichtlich der Höhe ihrer Forderungen gilt darüber hinaus, dass der Pauschalsatz von 200,- Euro durch nichts gerechtfertigt ist, die Abrechnung vielmehr auf der Grundlage der Ziffer 100 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte zu erfolgen hat.

Dieser Verstoß erfolgte auch vorsätzlich. Gemäß § 23 Ziffer 1 HeilbG haben die Kammerangehörigen, die ihren Beruf ausüben, insbesondere die Pflicht, sich beruflich fortzubilden und sich dabei über die für ihre Berufsausübung geltenden Bestimmungen zu unterrichten. Darüber hinaus ist in der Fachzeitschrift „Deutsches Ärzteblatt“ vom 22. Juni 2001 eine Darstellung der Berechnungsmöglichkeiten für die Durchführung einer Leichenschau abgedruckt (A 1711), ferner wurde im Hessischen Ärzteblatt Nr. 5 aus 1992 eine Information darüber gegeben, dass nach der Rechtsprechung des Landesberufsgerichts für Heilberufe beim Hessischen Verwaltungsgerichtshof in Kassel die Abrechnung mittels Pauschalhonorar unzulässig sei (S. 240). Fotokopien beider Aufsätze wurden der Beschuldigten zweimal, zuletzt mit Schreiben der Landesärztekammer Hessen vom 5. August 2008, übermittelt. Die Schuldausschließungs- oder minderungsgründe sind insoweit nicht vorhanden.

Die Beschuldigte hat ferner auch dadurch gegen ihre Pflicht zur gewissenhaften Berufsausübung verstoßen, dass sie mehrere Schreiben der Landesärztekammer Hessen in der Zeit vom 5. August 2008 bis Ende des Jahres 2008 im Zusammenhang mit der Aufklärung der an die Landesärztekammer Hessen herangetragenen Vorwürfe unbeantwortet ließ. Zur ärztlichen Be-

rufsausübung gehört auch der Umgang mit der Standesvertretung. Schreiben, welche die Kammer in Ausübung der ihr übertragenen Aufgaben – hier: § 5 Abs. 1 Nr. 1 HeilbG – an die Kammermitglieder richten, haben diese sachlich und zeitnah zu beantworten (ständige Rechtsprechung der Berufsgerichte in Hessen (vgl. z.B. Urteil des Berufsgerichts für Heilberufe bei dem Verwaltungsgericht Frankfurt am Main vom 18. August 1997, Az.: 21 BG 16/96; Berufsgericht für Heilberufe bei dem Verwaltungsgericht Gießen, Urteil vom 12. Februar 2009, Az.: 21 K 1939/08.Gl.B)). Diese Verpflichtung ist in § 2 Abs. 6 BO positiv geregelt, so dass die Anschuldigung zu Recht auch auf diese Vorschrift gestützt ist.

Da die Beschuldigte in den an sie gerichteten Schreiben der Landesärztekammer Hessen auch auf diese Verpflichtung hingewiesen wurde, bedarf es keiner näheren Darlegung dazu, dass diese Verstöße auch vorsätzlich erfolgt sind.

VI.

Bei der Bemessung der Höhe der Strafe war davon auszugehen, dass für das berufsgerichtliche Verfahren – ebenso wie im beamtenrechtlichen Disziplinarverfahren – der Grundsatz der „Einheit des Berufsvergehens“ gilt. Dies macht in der Regel erforderlich, auch unterschiedliche Verstöße gegen ärztliche Pflichten, die in einem einheitlichen Zeitraum bis zur Einleitung des berufsgerichtlichen Verfahrens erfolgt sind, einer einheitlichen Würdigung zu unterziehen. Daraus folgt unter anderem ferner, dass wegen mehrerer Verstöße verhängte Maßnahmen im Urteilsauspruch nicht nach Einzelverstößen aufgegliedert werden (vgl. Urteil des Berufsgerichts für Heilberufe beim dem Verwaltungsgericht Frankfurt am Main vom 14. November 2001 – 21 BG 3410/00 – m.w.N.). Die Zahl der festgestellten Verstöße hat neben deren Schwere lediglich Einfluss auf die zu verhängende Sanktion.

Im vorliegenden Fall hält es das Gericht angesichts des uneinsichtigen Verhaltens der Beschuldigten, welche es weder für nötig befunden hat, sich gegenüber der Landesärztekammer Hessen zu äußern, noch Anfragen des Berufsgerichts zu beantworten, noch zur Hauptverhandlung zu erscheinen, durch Erteilung eines Verweises in Verbindung mit einer nicht zu gering bemessenen Geldbuße nachhaltig vor Augen zu führen, dass ihr Verhalten berufswidrig und geeignet ist, die ordnungsgemäße Erfüllung der Pflichten Dritter – sowohl der Angehörigen Verstorbener wie auch der Landesärztekammer Hessen – zu behindern und zu erschweren. Ferner wird durch ihr berufswidriges Verhalten bei Durchführung der Leichenschau das Ansehen der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit nachhaltig beeinträchtigt. Erkenntnisse darüber, dass die Höhe der Geldbuße mit den Einkommensverhältnissen der Beschuldigten nicht vereinbar ist, liegen dem Gericht nicht vor.

Im Hinblick darauf, dass es sich im Falle der Beschuldigten um eine erstmalige Ahndung dieser Art von Verstößen handelt, geht das Gericht davon aus, dass die verhängten Sanktionen geeignet und ausreichend sind, einerseits das Ansehen der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit zu wahren, andererseits die Beschuldigte für die Zukunft zu einem berufsgerechten Verhalten zu veranlassen.

VII.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 78 HeilbG. Danach hat die Beschuldigte die Kosten zu tragen, weil sie verurteilt worden ist (§ 74 Abs. 4 S. 1 HeilbG).

Die Festsetzung der Verfahrensgebühr beruht auf § 78 Abs. 2 S. 1 HeilbG.

Beschluss

Die Entscheidung ist nach Rechtskraft im Mitteilungsblatt der Landesärztekammer Hessen zu veröffentlichen. Die Veröffentlichung hat in anonymisierter Fassung zu erfolgen.

Gründe

Die Entscheidung beruht auf § 50 Abs. 5 Satz 1 HBG. Der Ausspruch erschien dem Gericht angemessen, da es – soweit ersichtlich – noch wenige veröffentlichte Entscheidungen zu dieser Fragestellung gibt und ein entsprechendes öffentliches Interesse besteht.

Landesärztekammer Hessen

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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



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 €

Landesärztekammer Hessen

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

Wir gedenken der Verstorbenen

Professor Dr. med. Thomas M. Behr
* 21.5.1966 † 20.8.2010

Dr. med. Dietrich Bock, Eschwege
* 7.10.1937 † 18.6.2010

Dr. med. Eva Collischonn, Frankfurt
* 24.12.1922 † 5.5.2010

Dr. med. Guenter Degen, Frankfurt
* 10.4.1920 † 10.7.2010

Dr. med. Georg Wilhelm Emmel, Hessisch Lichtenau
* 11.12.1925 † 5.10.2009

Dr. med./Csdd. Bukarest Alfred Fenyves, Dietzenbach
* 31.3.1927 † 2.7.2010

Dr. med. Paul Frank, Bad Soden
* 29.9.1918 † 9.6.2010

Dr. med. Regina Gail, Bad Homburg
* 23.9.1921 † 19.7.2010

Dr. med. Michael Miko
* 28.9.1954 † 27.8.2010

Dr. med. Ingrid Ursula Pieper, Bad Schwalbach
* 8.5.1938 † 21.7.2010

Regine Maria Karin Christine von Pressentin, Heidelberg
* 1.2.1953 † 30.6.2010

Dr. med. Karl-Heinz Mathias Sommerlad, Gießen
* 23.2.1947 † 3.8.2010

Dr. med. Eckhard Stück, Kassel
* 7.3.1932 † 18.6.2010

Dr. med. Maria Uebelmann-Clausert, Frankfurt
* 21.3.1920 † 28.12.2009

Ursula Weigandt, Kassel
* 19.5.1936 † 21.7.2010

Dr. med. Rudolf Wolf, Frankfurt
* 22.8.1921 † 21.7.2010

Dr. med. Helmut Hermann Vogt, Kassel
* 30.8.1929 † 29.9.2009

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Sigrun Kuhl, seit 30 Jahren tätig bei Dr. med. E. Voigt und Dr. med. G. Schmidt, vormals Praxis Dr. med. E. Voigt, Hüttenberg

Ute Wissner, seit 30 Jahren tätig bei Dr. med. B. Staude und Dr. med. A. Rutz, Lollar

Gabriele Sames, seit 30 Jahren tätig bei Dr. med. C. Schulze-Velmede, Dr. med. B. Stier, Dr. med. V. Boda, Dr. med. H. Müller und G. Schock, vormals Praxis Dr. med. O. Richter, Butzbach

zum **40-jährigen Berufsjubiläum**

Erika Englert, tätig bei Dr. med. T. Bonin, vormals Praxis Dres. med. M. und U. Hütten, vormals Praxis Dr. Kaufmann, Biebergemünd-Bieber

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

Lösung Medizinisches Zahlenrätsel

aus 9/2010, Seite 563

VERTEBRALISVERSCHLUSS

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis Nr. 060015135, ausgestellt am 23.12.2009, für Sonja Chiappetta, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060015352, ausgestellt am 18.1.2010, für Marie-Christin Hahnen, Wiesbaden,

Arztausweis Nr. 060011862, ausgestellt am 11.3.2009, für Eva Hoffmann, Darmstadt,

Arztausweis Nr. HS-F-13714, ausgestellt am 10.8.2006, für Anita Kern, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS-D-4771, ausgestellt am 14.2.2006, für Dr. med. Markus Landzettel, Darmstadt,

Arztausweis Nr. HS-D-5299, ausgestellt am 3.3.2008, für Eva Roth, Darmstadt,

Arztausweis Nr. 060013192, ausgestellt am 6.7.2009, für Daniel Roy, Gießen.

Überarbeiteter Berichtsbogen zur Meldung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen an die AkdÄ

Nach der Musterberufsordnung sollen Ärztinnen und Ärzte unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW), die ihnen aus ihrer Behandlungstätigkeit bekannt werden, der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) mitteilen. Die AkdÄ wertet diese Meldungen aus und informiert z.B. im *Deutschen Ärzteblatt* oder mit der *Drug Safety Mail* über relevante Sicherheitsprobleme im Zusammenhang mit Arzneimitteln.

Eine gemeinsame Arbeitsgruppe der Arzneimittelkommission der Apotheker (AMK) und der AkdÄ hat den Berichtsbogen nun grundlegend überarbeitet, um eine UAW-Meldung so einfach wie möglich zu gestalten und dabei aber möglichst alle Angaben zu erfassen, die für eine Bewertung notwendig sind:

- UAW-Berichtsbogen: PDF-Version / Online-Formular
- Hinweise zum Ausfüllen des Bogens
- Informationen zur Bearbeitung von UAW-Meldungen durch die AkdÄ

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

Fon: 030 400456-500, Fax: 030 400456-555

E-Mail: dsm@akdae.de, Internet: www.akdae.de

Ausbildungsrahmenplan, Ausbildungsplan, schriftlicher Ausbildungsnachweis

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

Für Auszubildende, die ab 1. August 2006 mit der Ausbildung begonnen haben, gilt die Verordnung für Medizinische Fachangestellte zwingend. Für Auszubildende, die bereits vor dem 1. August 2006 bestanden haben und nicht auf die neue Verordnung umgestellt wurden, gilt die Verordnung über die Berufsausbildung zum/zur Arzthelfer/in vom 10. Dezember 1985. Die letzte Arzthelfer/innen Prüfung findet im Sommer 2010 statt. Bestimmte Begriffe im Ausbildungsrecht bleiben aber gleich. Darüber soll im Folgenden informiert werden.

Duales Ausbildungssystem

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

Ausbildungsrahmenplan

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

Zeitvorgaben

Die zeitliche Gliederung des Ausbildungsrahmenplans für die Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten erfolgt auf der Grundlage der Zeitrahmenmethode. Die zu vermittelnden Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten zu den einzelnen Ausbildungsberufsbildpositionen sind in zwei Ausbildungs(zeit)blöcke unterteilt. Der erste Block umfasst den Ausbildungszeitraum „Vor der Zwischenprüfung“ (1. bis 18. Ausbildungsmonat), der zweite den „Nach der Zwischenprüfung“ (19. bis 36. Ausbildungsmonat). Aus der zeitlichen Gliederung ist zu ersehen, in welchem der beiden Ausbildungsblöcke die einzelnen Inhaltsabschnitte schwerpunktmäßig zu vermitteln sind. Dabei wird für die Vermittlung der Fertigkeiten, Kenntnisse und

Fähigkeiten ein variabler Zeitraum angegeben (z.B. „... von vier bis sechs Monaten ...“). Fachübergreifende Ausbildungsinhalte, zum Beispiel „Assistenz bei ärztlicher Diagnostik“, sind laut Ausbildungsrahmenplan „während der gesamten Ausbildungszeit“ zu vermitteln.

Die Zeitrahmenmethode ist in erster Linie eine pädagogisch orientierte Umsetzungshilfe, die der Ausbildungsstätte einen großen Gestaltungsspielraum bietet. Sie soll den Ausbildungsverantwortlichen in den Praxen und Institutionen helfen, den gesetzlich erforderlichen betrieblichen Ausbildungsplan aufzustellen. Die Abfolge sollte dabei gegenüber der Gewichtung, welche die Intensität der Vermittlung zum Ausdruck bringt, zweitrangig sein.

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

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

Ausbildungsplan

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

Schriftlicher Ausbildungsnachweis

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

Dem schriftlichen Ausbildungsnachweis ist zu entnehmen, welche Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten in der Ausbildungsstätte vermittelt worden sind. Er dient auch der Kontrolle, ob die Ausbildungsinhalte vollständig vermittelt wurden. Auszubildender und Auszubildender sollten deshalb darauf achten, dass alle vermittelten Ausbildungsinhalte erfasst werden. Das Füh-

ren des Ausbildungsnachweises ist eine Voraussetzung für die Zulassung zur Abschlussprüfung, zählt jedoch nicht zu den Prüfungsleistungen.

Auszubildender und Auszubildender sollen dem Ausbildungsnachweis ebenso wie die Landesärztekammer und (anlässlich der Abschlussprüfung) der Prüfungsausschuss entnehmen können, dass die im Ausbildungsrahmenplan vorgegebenen Ziele während der Ausbildung erreicht worden sind. In seltenen Fällen kann der Ausbildungsnachweis sogar die Funktion eines Beweismittels haben, wenn nämlich bei nicht bestandener Abschlussprüfung von dem Auszubildenden behauptet wird, der von ihm in der Prüfung verlangte Stoff sei während der Berufsausbildung nicht vermittelt worden. So könnte der Ausbildungsnachweis z.B. Beweismittel bei einer etwaigen Schadensersatzklage wegen unzureichender Ausbildung bei Nichtbestehen der Abschlussprüfung werden. Ein schlecht geführter Ausbildungsnachweis wird wohl regelmäßig als Indiz für eine nicht ordnungsgemäß durchgeführte Ausbildung gewertet werden müssen.

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

Gegenstand der Ausbildungsnachweisführung sind die erreichten Ausbildungsziele, die nicht unbedingt mit den gerade routinemäßig ausgeübten

Tätigkeiten übereinstimmen müssen. Der Ausbildungsnachweis ist kein Tätigkeitsnachweis.

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

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

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

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

Landesärztekammer Hessen

Abteilung Ausbildungswesen:

Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen

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

Neubekanntmachung des § 23 a der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen hatte am 9. April 2005 beschlossen, aufgrund §§ 5 Absatz 1 und 17 Absatz 1 Nr. 4 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66-87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 20. Dezember 2004 (GVBl. I S. 506), i.V.m. § 5 Absatz 6c der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBl. 9/1995, S. 293-295), zuletzt geändert am 7. Dezember 2004 (HÄBl. 1/2005, S. 68), in die Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 2. September 1998 (HÄBl. 10/1998, S. I - VIII), zuletzt geändert am 3. Dezember 2003 (HÄBl. 1/2004, S. 51-52), einen „§ 23a Ärztegesellschaften“ einzufügen.

Da das Aufsichtsministerium § 23a der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen am 22. April 2005 (Geschäftszeichen: V 1 A – 18 b 02 13 07) nur mit Einschränkungen genehmigt hatte, erfolgt aufgrund § 25 Nr. 18 des Hessischen Heilberufsgesetzes vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66-87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. März 2010 (GVBl. I S. 123-124), und nach Genehmigung durch das Hessische Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit am 20. Juli 2010 (Geschäftszeichen V1a-18b 2120) gemäß § 17 Absatz 2 i.V.m. § 25 Nr. 18 Heilberufsgesetz hiermit die Neubekanntmachung des § 23a der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen im Hessischen Ärzteblatt in der ab dem 1. Oktober 2010 geltenden Fassung:

„§ 23 a Ärztegesellschaften

(1) Ärzte können auch in der Form der juristischen Person des Privatrechts ärztlich tätig sein. Gesellschafter einer Ärztegesellschaft können nur

Ärzte und Angehörige der in § 23 b Absatz 1 Satz 1 genannten Berufe sein. Sie müssen in der Gesellschaft beruflich tätig sein. Gewährleistet sein muss zudem, dass

- a) die Gesellschaft verantwortlich von einem Arzt geführt wird; Geschäftsführer müssen mehrheitlich Ärzte sein,
- b) die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und der Stimmrechte Ärzten zusteht,
- c) Dritte nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sind,
- d) eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für jeden in der Gesellschaft tätigen Arzt besteht.

(2) Der Name der Ärztegesellschaft des Privatrechts darf nur die Namen der in der Gesellschaft tätigen ärztlichen Gesellschafter enthalten. Unbeschadet des Namens der Gesellschaft können die Namen und Arztbezeichnungen aller ärztlichen Gesellschafter und der angestellten Ärzte angezeigt werden.“

Frankfurt, den 8. September 2010



*Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –*

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

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

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
-----------	---

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Neckarsteinach	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Viernheim	Fachärztin/Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Bensheim	Orthopädin/Orthopäde (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Odenwaldkreis

Höchst	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 Darmstadt, Wilhelminenplatz 7, 64283 Darmstadt** zu senden.

Planungsbereich Frankfurt am Main

Frankfurt am Main – Sossenheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt am Main – Ostend	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt am Main	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt am Main	Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main	Hautärztin/Hautarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main	Radiologin/Radiologe (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Main-Taunus-Kreis	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
-------------------	---

Main-Taunus-Kreis	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Main-Taunus-Kreis	Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Main-Taunus-Kreis	Orthopädin/Orthopäde (Hälftiger Versorgungsauftrag, Überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Hochtaunuskreis	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Hochtaunuskreis	Kinderärztin/Kinderarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Hochtaunuskreis	Orthopädin/Orthopäde

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Landkreis Offenbach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Landkreis Offenbach	Chirurgin/Chirurg
Landkreis Offenbach	Orthopädin/Orthopäde
Landkreis Offenbach	Fachärztin/Facharzt für Diagnostische Radiologie (Hälftiger Versorgungsauftrag, MVZ-Anteil)

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Main-Kinzig-Kreis	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Main-Kinzig-Kreis	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 – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Gießen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Gießen	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Laubach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Wettenberg	Internistin/Internist – fachärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Wetzlar Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Stadtallendorf Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil))
 Gladenbach Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Vogelsbergkreis

Schotten Hautärztin/Hautarzt

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Nauheim Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)

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 Kassel-Stadt

Kassel Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
 Kassel Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
 Kassel Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
 Kassel Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Landkreis Kassel

Baunatal Augenärztin/Augenarzt
 Baunatal Orthopädin/Orthopäde (Hälftiger Versorgungsauftrag)
 Vellmar Augenärztin/Augenarzt
 Hofgeismar Augenärztin/Augenarzt

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Melsungen Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Korbach Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)

Korbach Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)
 Korbach Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Hess.-Lichtenau Radiologin/Radiologe (Hälftiger Versorgungsauftrag, Gemeinschaftspraxisanteil)

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 Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
 Wiesbaden Fachärztin/Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
 Wiesbaden Augenärztin/Augenarzt

Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

Rheingau-Taunus-Kreis Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Neu-Anspach 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., Tel.: 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.

Michael Imhof: **Behandlungsfehler in der Medizin – Was nun? Verborgenes im Arzt-Patienten-Verhältnis.** Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. 2010. ISBN 978-3-8248-0841-0, Euro 19,95.

Michael Imhof arbeitet seit vielen Jahren als Gutachter auf dem Gebiet des Arzthaftungsrechts und sieht sich als Anwalt von Patienten, bei denen Behandlungsstandards nicht eingehalten wurden.

Das Buch ist für Laien geschrieben. Der Autor beschreibt die Geschichte von Behandlungsfehlern, wie medizinische Standards geschaffen werden und welche Rolle dabei Leitlinien spielen. Als Gutachter im Auftrag von klagenden Patienten ist er einseitig, aber auf eine erfrischende Weise. Er fordert ein offeneres Gespräch mit den Patienten, wenn Behandlungsfehler aufgetreten sind und klagt die Haftpflichtversicherungen an, die Ärzten eine offene Kommunikation erschweren und Patienten bei begründeten Beschwerden hinhalten und hoffen dass sie weder Ressourcen noch Energie haben, ihre Rechte auch durchzusetzen.

Ziel des Buches ist jedoch nicht eine Abrechnung mit seinen Kollegen sondern ein Appell an uns, mit den betroffenen Patienten im Gespräch zu bleiben und an den Gesetzgeber, Regelungen zu schaffen, die einfacher eine rasche Entschädigung erlauben, wenn Patienten durch ärztliches Handeln Schaden erleiden.

Die Haltung zu Fehlern in der Medizin ist im Umbruch. Wir müssen lernen Fehler wahr zu nehmen, durch ein gutes System erreichen, dass Fehler minimiert werden und Kollegen nicht exkommunizieren, wenn sie Fehler begehen.

Die anonymen Fehlermeldungsportale wie: jeder Fehler zählt (www.jeder-fehlerzaehlt.de) und CIRS (CIRSmedical.de) ist das Berichts- und Lernsystem der deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse in der Medizin www.cirs.medical.de) können hier hilfreich sein.

Von Seiten der Kammer sollten wir nach Wegen suchen, Kollegen zu unterstützen, denen Fehler unterlaufen und Patienten dabei helfen, wenn Behandlungsfehler erfolgt sind, den Schadensausgleich zu er-

halten, der ihnen zusteht. Wir sollten vermeiden Patienten, die einen Behandlungsfehler vermuten alleine zu lassen und sie auch weiter so gut es geht unterstützen. Ich arbeite seit vielen Jahren als Oberarzt in einer onkologischen Nachsorgeklinik und höre häufiger die Sorge von Patienten, dass ihre Erkrankung falsch oder recht häufig zu spät erkannt worden sei. Oft ist die Ermunterung zu einem direkten klärenden Gespräch mit den Kollegen ausreichend. Viele Patienten möchten erst einmal mit ihren Klagen angehört und ernst genommen werden. Meist kommt es zu Klagen vor Gericht dann, wenn die Beziehung von Seiten des Arztes abgebrochen wird.

Die Bedeutung unserer Gutachter- und Schlichtungsstelle ist hier nicht hoch genug einzuschätzen. Sie arbeitet neutral und unabhängig und hilft so Konflikte, wenn es irgend geht zu befrieden.

Dr. med. Peter Zürner, Göttingen

Hermann G. Abmayr (Hrsg.): **Stuttgarter NS-Täter – Vom Mitläufer bis zum Massenmörder.** Lizenzausgabe im Schmetterling Verlag, Stuttgart. 382 Seiten. 2009. ISBN 978-3-89657-136-6. Euro 12,80.

Das Buch fasst als Ergebnis die Arbeit von 30 Autorinnen und Autoren zusammen.

Es ist die konsequente Fortsetzung lokaler Geschichtsschreibung, die Antworten sucht auf die Frage, was ist in der Region in der Zeit 1933 bis 1945 geschehen, wer waren Täter, wer waren Zeugen, wer waren Mitläufer, was ist mit den Menschen nach 1945 passiert? Welches sind die tradierten Gedankenwelten, die bis in die Bundesrepublik hinein gewirkt haben?

Oft sahen sich NS-Täter nur als Befehlsempfänger. Ihr Standardsatz lautete: „Wir haben nur unsere Pflicht getan für Volk und Vaterland“. Doch wer war ein NS-Täter? Wie waren die Wechselbeziehungen zwischen Berlin und seinen Führern und der „Provinz“? Welche Handlungsspielräume hatten lokale Funktionäre in der Ärzteschaft, in Partei und Polizeiapparat, in der Verwaltung, in der Bahn? Die Band-

breite der Täter ist groß, sie reicht vom Mitläufer bis zum Massenmörder. In dem Buch werden 45 Täter ausführlich vorgestellt, das Kapitel der Rassenschande wird ebenfalls behandelt.

Mit Ausnahme von Ferdinand Porsche wurden nur wenige der vorgestellten Täter bekannt. Es sind Ärzte, Richter, Unternehmer, oder Gemeinderäte, Gestapo-Leute, KZ-Aufseher und Denunzianten. Es sind Mitglieder der NSDAP aber auch Nicht-Mitglieder. Sie sind Straftäter, die verurteilt wurden, und Täter, die sich nie vor Gericht rechtfertigen mussten. Sie haben den zwölf Jahre dauernden Terror des NS-Regimes – so die Autoren – „dadurch ermöglicht, dass sie mitgemacht haben; als Verkünder rassistischer Theorien, als gläubige NSDAP-Mitglieder, als treue Beamte, als Rach- oder Gewinnsüchtige, als Karrieristen, oder, oder, oder“. Die Täterinnen und Täter waren Nachbarn, wohnten und arbeiteten in der gleichen Stadt, hatten Familien und Freunde. Bürger haben sich bei der „Arisierung“ bereichert, haben persönlich gefoltert oder gar gemordet. Ihre Kinder und Enkel leben unter uns.

Malte Ludins Vater wurde wegen seiner Verbrechen 1947 zum Tode verurteilt. Ursula Boger war die Enkelin eines KZ-Aufsehers, welcher im ersten Auschwitz-Prozess in Frankfurt zu einer lebenslangen Haftstrafe verurteilt wurde. Beide haben eigene Beiträge in dem Buch geschrieben. Die Herausgeber des Buches wurden juristisch bedroht, es konnte zum Glück nicht verhindert werden, dass es erscheint. Im Oktober 2009 wurde bereits die zweite Auflage gedruckt.

Das Buch ist gegliedert in: Angehörige berichten, KZ-Aufseher, Fachleute der Vernichtung, Geheime Staatspolizei, Denunzianten, Partei und Verwaltung, Wirtschaftsführer und Arisierer, Kultur und Kirche, Richter.

Lesenswert ebenfalls das Nachwort von Peter Grohmann: Die Vergangenheit wirkt fort; nach wie vor ist es wichtig, dass wir uns für sie interessieren und aus ihr lernen. Die Lektüre des Buches wird nachhaltig empfohlen.

Dr. med. Siegmund Drexler, Mühlheim