

Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

6 | 2011

Juni 2011

72. Jahrgang



- **Schmerzmanagement im Alter am Beispiel Pflegeheimbewohner**
- **Ethische Fragen in der Geriatrie ... und wo kein Wille mehr ist, lässt sich dennoch ein Weg finden**
- **Hessen gehört zu den Schlusslichtern bei der HPV-Impfung**
- **Endoprothesen Neue Beurteilungskriterien im Schwerbehindertenrecht**
- **Abgrenzung des Befunderhebungsfehlers vom Diagnoseirrtum**

Impfung gegen HPV

© Gesundheitsamt Region Kassel, 2011

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: Dr. med. Peter Zürner
verantwortlich für Mitteilungen der LÄK Hessen:
Dr. med. Peter Zürner
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
Armin Beck, Flörsheim
Monika Buchalik, Hanau
Dr. med. Alfred Halbsguth, Frankfurt
Dr. med. Brigitte Hentschel-Weiß, Groß-Gerau
Prof. Dr. med. Dietrich Höffler, Darmstadt
Dr. med. Hans-Martin Hübner, Langgöns
PD Dr. med. Ute Maronna, Frankfurt
Karl Matthias Roth, Wiesbaden
Prof. Dr. med. Michael Tryba, Kassel
Dr. med. Gösta Strasdning, Frankfurt
Prof. Dr. med. Max Zegelman, Frankfurt

Arzt- und Kassenarztrecht:

Dr. Katharina Deppert,
Gutachter- und Schlichtungsstelle
Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen

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-Grüner-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 2011 vom 1.1.2011 gültig.

Bezugspreis / Abonnementspreise:

Der Bezugspreis im Inland beträgt 121,00 € (12 Ausgaben), im Ausland 121,00 € zzgl. Versand, Einzelheft 12,50 € zzgl. 2,50 € Versandkosten. 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**

Die Anreize müssen stimmen **344**

Aus der Redaktion**345****Fortbildung**

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen, Teil 25: Baldrian **345**
Sicherer Verordnen **362**

Aktuelles

Schmerzmanagement im Alter am Beispiel Pflegeheimbewohner **346**
Ethische Fragen in der Geriatrie
... und wo kein Wille mehr ist, lässt sich dennoch ein Weg finden **349**
Hessen gehört zu den Schlusslichtern bei der HPV-Impfung:
Die Aufnahme der HPV-Impfung in die bestehende Impfvereinbarung
zum 1. April 2011 bringt die Chance für höhere Impfraten **353**
Endoprothesen: Neue Beurteilungskriterien im Schwerbehindertenrecht **357**

Parlando

Erstaunliche Einblicke und spannende Entdeckungen /
Blaubarts Geheimnis **360**

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim 363

Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim 369

Arzt- und Kassenarztrecht

Abgrenzung des Befunderhebungsfehlers vom Diagnoseirrtum **371**

Satire

Lektor Hannibal sieht rot **374**

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten**375****Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen****376****Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen****379**

*In dieser Ausgabe finden Sie eine Beilage der RSD Reise Service Deutschland GmbH,
für deren Inhalt der Werbungtreibende verantwortlich ist.*

Mit dem Einreichen eines Beitrages zur Veröffentlichung erklärt der Autor, dass er über alle Rechte an dem Beitrag verfügt; er überträgt 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 Verlags.

Die Anreize müssen stimmen



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
(Foto: privat)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, nach wie vor bewegt der Ärztemangel die Gemüter. Auch wenn die Vertreter der Krankenkassen nur von einem „gefühlten“ Ärztemangel sprechen, so kennt doch jeder niedergelassene Kollege, der seine Landarztpraxis abgeben möchte, das Problem, keinen Nachfolger zu finden. Immer wieder berichten Presse und Funk von Ortschaften, denen es trotz phantasiereicher und fast schon liebevoller Ideen, wie z.B. als Geschenk für den Doktor jeden Tag frisches Brot und Blumen bereit zu stellen, nicht gelingt, die oftmals bereits vakante Arztpraxis wieder zu besetzen. Die verbliebenen Landärztinnen und Landärzte, deren Arbeitstag nicht selten um sechs Uhr in der Frühe beginnt und am Abend gegen zwanzig Uhr endet, verschieben oft das Ende ihrer Berufstätigkeit, weil sie ihre Patientinnen und Patienten nicht ohne ärztliche Versorgung zurück lassen möchten. Wie ein Hohn klingt in ihren Ohren die Aussage des GKV-Spitzenverbands, der über eine Umfrage des Forsa-Instituts herausgefunden haben möchte, dass Hausärzte ihren Patienten im Schnitt etwa 36 Stunden pro Woche, davon acht Stunden für Hausbesuche, zur Verfügung stehen. Die Zeiten für die immer weiter ausufernden bürokratischen Anforderungen oder für gesondert vereinbarte Untersuchungen oder Behandlungen außerhalb der auf dem Schild angekündigten Praxiszeiten werden erst gar nicht erwähnt. Die jüngste Attacke galt den Krankenhausärzten, denen – zwar adressiert an die Krankenhäuser – indirekt vorgeworfen wurde, die stationären Behandlungen falsch abzurechnen. So seien die Patienten laut dem Medizinischen

Dienst der Krankenkassen zu lang im Krankenhaus und laut Bundesrechnungshof sei jede dritte Krankenhausabrechnung fehlerhaft. Seit der nun einige Jahre zurückliegenden Einführung des DRG-Systems im Krankenhaus höre ich von meinen Patienten keine Beschwerden über zu lange Krankenhausaufenthalte. Eher scheint mir das Gegenteil der Fall zu sein, wenn Kranke der Logik unseres derzeitigen Systems folgend aus dem Krankenhaus entlassen werden müssen, der nötige Platz z.B. in der Kurzzeitpflege aber noch gar nicht zur Verfügung steht.

Und dennoch ist es den Krankenkassen noch immer nicht gelungen, der Bevölkerung weis zu machen, dass ihre Ärztinnen und Ärzte alle faul seien. Nach wie vor führt der Arztberuf die Liste der angesehensten Berufe seit Beginn der diesbezüglichen Befragungen des Allensbach-Instituts im Jahr 1966 an, gefolgt von der Krankenschwester. Dies ist nicht nur eine Anerkennung der von diesen Berufsgruppen geleisteten täglichen Arbeit, sondern auch ein Hinweis auf die Bedeutung von Gesundheit und Krankheit für jeden Einzelnen.

Die Zeit, die Ärztinnen und Ärzte oder deren Mitarbeiter – ob in der Klinik oder in der Praxis – mit der Kodierung von Diagnosen und Behandlungen verbringen, für die im stationären Bereich immerhin zusammen mehr als 28.000 Codes zur Auswahl stehen, fehlt den kranken Menschen. Schließlich gab auch Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler beim 117. Internistenkongress in Wiesbaden am 1. Mai zu, nicht in der Lage zu sein, seinem Schwiegervater, einem Internisten, beim Abendessen die ambulanten Kodierrichtlinien erklären zu können. Was zuviel ist, ist halt einfach zuviel, nicht nur für den Minister, der sich aus-

drücklich für eine Vereinfachung aussprach.

Wie schön wäre es, wenn nur ein Teil der Ressourcen, die die Entwicklung des DRG-Systems samt der dafür benötigten ICD- und OPS-Kataloge verschlingen, in die längst überfällige Anpassung der GOÄ fließen könnte. Die letzte Teilnovellierung erfolgte vor fünfzehn Jahren. In diesem Zeitraum stieg der Verbraucherpreisindex um etwa 24 Prozent, vom Einfluss der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts ganz zu schweigen. Ein weiterer Kommentar hierzu ist im Grunde entbehrlich. Die GOÄ muss zwingend überarbeitet werden und zwar ohne eine Öffnungsklausel. Letztere ist strikt abzulehnen. Dies gilt auch für die jüngsten Vorschläge des GKV-Spitzenverbands, die Honorare in Gebieten mit einer hohen Arztdichte zu kürzen und Kassenarztzulassungen nur noch befristet auszusprechen. Wir brauchen keine weiteren planwirtschaftlichen Vorgaben oder neue bürokratische Vorschriften, sondern Rahmenbedingungen, die es jungen Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, ihren Beruf mit Freude und Engagement auszuüben. Dazu gehören sowohl in der Klinik wie auch in der Praxis genügend Zeit für die Arbeit am und mit dem Patienten, aber auch ein angemessenes Einkommen und Zeit für die eigene Familie. Dass der Arztberuf als solcher für Abiturienten nach wie vor attraktiv ist, zeigt die unverändert hohe Zahl von Bewerbungen für das Medizinstudium. Kämpfen wir dafür, dass dies auch nach Abschluss des Studiums so bleibt!

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in den letzten Jahren hat sich das Erscheinungsbild unseres Hessischen Ärzteblattes gewandelt.

Professor Dr. Toni Graf-Baumann als Hauptschriftleiter, Professor Dr. Ernst-Gerhard Loch als Verantwortlicher für die Veröffentlichungen der Akademie, Frank Zimmeck verantwortlich für die Mitteilungen der Landesärztekammer Hessen und Katja Möhrle gelang es unser Mitteilungsblatt freundlicher, bunter und lesbarer zu gestalten. So haben wir Sie, unsere Leserinnen und Leser im vergangenen Jahr befragt, wie zufrieden Sie mit dem Ärzteblatt sind und welche Veränderungen Sie wünschen. Wir konnten uns über zahlreiche positive Rückmeldungen freuen (siehe Beitrag in 12/2010, Seite 740). Aus Ihren Anregungen ergeben sich folgende Ziele, die wir umsetzen möchten:

- Fortbildungsartikel werden sehr geschätzt, sie sollten interdisziplinär ausgerichtet

sein. Mit dem Thema Geriatrie haben wir in diesem Jahr einen interdisziplinären Schwerpunkt gewählt und werden auch künftig interdisziplinäre Themenschwerpunkte anbieten.

- Mehr Informationen zur Berufspolitik werden gewünscht. Wir stellen Ihnen in loser Folge die Organe und Ausschüsse der Kammer vor und werden Sie über aktuelle Themen informieren.
- Themengebiete, die Krankenhausärzte betreffen, sollen stärker berücksichtigt werden: Wir werden eine Rubrik zu diesem Themenfeld entwickeln.
- Informationen zum Arztrecht werden als wichtig erachtet. Hier werden wir Sie weiterhin ausführlich informieren.

Seit dem 1. Mai habe ich das Tätigkeitsfeld von Frank Zimmeck übernommen und bin Verantwortlicher und Ihr Ansprechpartner

für Informationen der Ärztekammer und Fragen der Berufspolitik.

Gerne greifen wir soweit möglich Ihre Anregungen auf.

Mein besonderes Anliegen ist der Erfahrungsaustausch unter uns Kollegen. Persönliche Berichte aus Ihrem Arbeitsalltag, die es ermöglichen die Vielfalt und die Herausforderungen unseres schönen Berufes zu zeigen, gerade auch für jüngere Kollegen, würde ich gerne mit Ihnen teilen.

Gerne würden wir auch kleine Geschichten oder Cartoons, die uns Leserinnen und Leser zum Schmunzeln bringen, öfter publizieren.

Beteiligen Sie sich an unserem Ärzteblatt, so dass es noch schöner und lebendiger wird.

*Ihr
Peter Zürner*

Fortbildung

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen

Teil 25: Baldrian (*Valeriana officinalis* L.) *Alexander H. Jakob*



Oberer blühender Sprossstiel des Echten Baldrian

Der Echte Baldrian aus der Familie der Baldriangewächse, innerhalb derer es zahlreiche Arten gibt, wächst in Wäldern und Wiesen, findet sich aber auch als Zierpflanze mit weißen bis rosa Blüten. Sprichwörtlich ist der charakteristische Geruch der getrockneten Pflanze, der auf Katzen

besonders anziehend wirken soll, vom Menschen aber auch als unangenehm empfunden wird. Der Name bildet sich aus dem lateinischen *valere*, was gesund oder kräftig sein bedeutet.

In der heutigen Medizin findet die Baldrianwurzel (*Valerianae radix*) Verwendung, die sogenannte Lignane und ätherische Öle enthält, denen die schlafanstoßende und beruhigende Wirkung zugeschrieben wird. Desweiteren wird in der Erfahrungsheilkunde ein spasmolytischer Effekt bei gastralen Krämpfen genutzt. Als Beruhigungsmittel von eher niedriger Potenz und schlafförderndes Mittel kann der Baldrian als Einzelsubstanz oder in Kombinationen wie zum Beispiel mit dem Hopfen einge-

setzt werden. Hierfür stehen standardisierte Fertigarzneimittel zur Verfügung. Desweiteren ist der Einsatz als Tee, Frischpflanzenpresssaft, Tinktur und als äußerlich angewendetes Bad möglich.

Für das Erzielen einer schlaffördernden Wirkung ist in der Regel eine mehrtägige Einnahme erforderlich.

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*

Schmerzmanagement im Alter am Beispiel Pflegeheimbewohner

Matthias Schuler

Zusammenfassung

Das Erkennen von Schmerzen, die Umsetzung und Verlaufsbeurteilung einer Schmerztherapie sind abhängig von physischen und kognitiven Beeinträchtigungen bei Menschen, die auf Hilfe angewiesen, die wesentliche Herausforderung für eine erfolgreiche Schmerztherapie. Die eigentliche Therapie entspricht im wesentlichen den Leitlinien bei Jüngeren.

Das routinemäßige Fragen nach Schmerzen, der Einsatz von Intensitätsskalen und Verhaltensbeobachtungsinstrumente bei Menschen, die nicht mehr kommunikationsfähig sind, verbessern das Erkennen eines relevanten Schmerzproblems. Nieren- und Leberfunktion sowie andere Beschwerden außer Schmerz sind bei der Auswahl und der Überwachung einer medikamentösen Schmerztherapie zu bedenken. Nicht medikamentöse Therapieansätze dürfen trotz erhöhten Personalaufwandes nicht vergessen werden.

Einführung

Unter einem Schmerzmanagement versteht man üblicherweise den gesamten Prozess vom Erkennen eines Schmerzproblems bis zur erfolgreichen Therapie. Der Artikel soll Impulse geben, wie das Schmerzmanagement im Bereich der stationären Altenhilfe (hier im Folgenden vereinfachend als Pflegeheim bezeichnet) gestaltet werden könnte. Viele Pflegeheime sind dabei, die Situation ihrer Schmerzpatienten zu verbessern. Motivation hierzu ist die gesetzliche Vorgabe, den Expertenstandard „Schmerzmanagement“ in den Einrichtungen der Altenhilfe umsetzen zu müssen

Die folgenden sieben Thesen zum Thema werden diskutiert

1. Akute Erkrankungen, die bei Jüngeren üblicherweise mit typischen Schmer-

zen einhergehen, können sich im Alter eher durch unspezifische Symptome und Probleme präsentieren.

2. Das Erkennen von Schmerzen als ein relevantes Problem eines Bewohners kann schwierig sein.
3. Insbesondere muskulo-skelettale Schmerzen werden häufig nur unzureichend, monodimensional (überwiegend mit Analgetika) behandelt.
4. Der Einsatz von Analgetika bedarf erhöhter Aufmerksamkeit des Arztes und der Pflegepersonen in Bezug auf Wirkung und Nebenwirkungen.
5. Bedarfsmedikation kann schwierig umzusetzen sein.
6. Nicht medikamentöse Therapiemöglichkeiten bedürfen meistens eines erhöhten Personaleinsatzes.
7. Schmerzen, Schmerztherapie und die Wirkung der Schmerztherapie werden zwischen den verschiedenen Berufsgruppen eines Pflegeheims und den behandelnden Ärzten wahrscheinlich nicht ausreichend kommuniziert.

1. Atypische Symptomatik bei akuten Erkrankungen

Im Pflegeheim besteht eine der wesentlichen Leistungen der Pflege und des Hausarztes darin, verbale Äußerungen und Verhaltens-(änderungen) der Bewohner – oft mit erheblichen körperlichen Behinderungen und kognitiven Beeinträchtigung – so zu interpretieren, dass akute Erkrankungen erkannt und adäquat behandelt werden. Dabei kann sowohl ein zu rasches Handeln (Hausarzt, Notarzt, Krankenhaus) mit all seinen auch negativen Konsequenzen für die Betroffenen und deren Angehörigen genauso ungünstig sein wie das Ignorieren von Anzeichen auf eine behandlungsnotwendige Erkrankung oder Symptom. Allgemein bekannt ist die mit dem Alter zunehmende Zahl Myokardin-

farkte, die mit wenig, atypischen oder sogar ohne Schmerzen einhergehen und eher mit geringerer Belastung (=Rückzug aus Belastungssituationen), Dyspnoe oder akuter Verwirrtheit einhergehen. Gleiches kennt man bei Wirbelkörperfrakturen, akuter Appendizitis oder Cholezystitis. Die Zunahme oder neu aufgetretene Verwirrtheit, Rückzug, reduzierter Appetit oder Verschlechterung des Allgemeinzustandes können durchaus auch als Ausdruck von Schmerzreizen aber auch von akuten Erkrankungen selbst interpretiert werden. Pathophysiologisch werden sowohl periphere Nervenschädigungen wie auch veränderte zentrale Verarbeitungsprozesse von Schmerzreizen für die geschilderte Problematik verantwortlich gemacht.

So haben bei Menschen mit dementiellem Syndrom die Ätiologie und die Schwere der Demenz Einfluss auf die geäußerte Intensität und das Verhalten im Falle eines schmerzhaften Reizes.

2. Schmerzerkennung bei Heimbewohnern

In akutgeriatrischen Einrichtungen können ca. 15 % die Frage nach Schmerzen nicht beantworten. Gründe dafür sind weniger die schwere Vigilanzstörung als das Nicht-mehr-Verstehen des Schmerzbegriffs. In Abhängigkeit der Häufigkeit von Demenzerkrankungen kann diese nicht mehr verbal kommunikationsfähige Gruppe im Pflegeheim deutlich größer sein (bis 80 %). Bei diesen Menschen bedarf es der regelmäßigen Verhaltensbeobachtung. Hierbei sind validierte Instrumente zur Interpretation von Verhalten auch in Richtung Schmerz hilfreich. Auch sind dadurch Verlaufsbeobachtungen besser zu dokumentieren. Für den deutschsprachigen Raum existieren inzwischen vier Vorschläge zur Erfassung von möglichem Schmerzverhal-

ten. Alle haben den Nachteil, dass sie keine 100 %ige Sicherheit für das Vorliegen von Schmerzen geben, wenn sich Patienten nicht mehr selbst äußern können. Für den Einsatz im Pflegeheim sind folgende Instrumente möglich: 1. BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz; geprüft im Pflegeheim und Krankenhaus), 2. BISAD (Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz; geprüft im Pflegeheim), 3. DOLOPLUS, 4. ZOPA (Zurich Observation Pain Assessment; geprüft im Krankenhaus). Beispielsweise rechtfertigt ein BESD Wert >6 (max. 10, min. 0) und die Kenntnis einer Erkrankung, die üblicherweise mit Schmerzen einhergeht, eine Schmerztherapie einzuleiten. Auch kann das Instrument dazu benutzt werden, bei Zunahme des BESD Punktwerts nach einer akuten Erkrankung oder einer Verschlechterung einer bekannten Erkrankung zu suchen.

Ein gutes Maß für die Indikation zur Schmerztherapie ist auch die Beeinträchtigung der üblichen Aktivitäten (Mobilität, Kommunikation, Kognition), der Umgang mit Angehörigen und Pflegenden und Teilhabe am sozialen Leben eines Pflegeheims (Lebensqualität) durch die (möglichen) Schmerzen.

3. Bewegungsabhängige Schmerzen

Muskuloskeletale Erkrankungen werden mit zunehmendem Alter häufiger. Sie gehen überwiegend mit bewegungsabhängigen Schmerzen einher. Auch im Alter tragen diese Schmerzen das Risiko der Chronifizierung. Durch periphere und zentrale Sensibilisierung und Veränderung der Schmerz-inhibitorischen Bahnen kommt es häufig zur Ausbreitung des Schmerzortes, Veränderung der Schmerzqualität, -intensität, zu dysfunktionalem Verhalten,

zu depressiven Symptomen und sozialem Rückzug. Zwar ist insbesondere zu Beginn eine medikamentöse Analgetikatherapie unumgänglich, um überhaupt wieder in Bewegung zu kommen. Je weiter die Schmerzchronifizierung vorangeschritten ist, wird eine befriedigende Schmerztherapie auch im Pflegeheim nur durch Integration anderer therapeutischer Maßnahmen (multimodale Schmerztherapie) möglich sein. Aus der Therapie jüngerer Rückenschmerzpatienten ist eine Schmerztherapie von ca. 100 Stunden mit psycho- und physiotherapeutischen Inhalten, Trainingstherapie und medikamentöser Therapie erfolgreich. Bei Älteren im Pflegeheim könnte das Therapieprogramm in einer intensiveren Phase der Mobilisation bis hin zum „beschützten“ Gehtraining, Ergometertraining, regelmäßigen physikalischen Anwendungen, verständliche Aufklärung der Angehörigen aber auch der Pflegenden über Schmerzchronifizierung und Therapie gestaltet werden.

4. Erwünschte und unerwünschte Wirkungen von Analgetika

Fast alle Medikamente in höherem Lebensalter führen häufiger zu Nebenwirkungen als bei Jüngeren. Hierfür werden pharmakokinetische und -dynamische Veränderungen im Alter verantwortlich gemacht. Zudem spielen Medikamenten-Interaktionen bei zunehmender Multimedikation eine Rolle. Vor dem Einsatz von Analgetika sollte über Leber- und Nierenfunktion Klarheit bestehen. Allgemein wird empfohlen, eher mit einer niedrigen Dosierung zu beginnen, von der man aber auch annehmen kann, dass sie analgetisch wirksam ist. Auch die Dosisabstände sind zunächst weiter zu nehmen als bei Jüngeren, ohne allerdings kontinuierliche Medikamentenspiegel zu gefährden. Der schmerztherapeutische Grundsatz, eine

ausreichende Therapie am besten durch eine Kombination von verschiedenen analgetischen Substanzen zu erreichen, scheint bei dem in aller Regel multimorbiden Pflegeheimbewohner nicht sinnvoll. M.E. ist eher die Titration mit einer Substanz (maximal zwei gleichzeitig) bis zur Wirkung bzw. Nebenwirkungsschwelle sinnvoll, um die Zahl der Medikamente in Grenzen zu halten, da mit zunehmender Zahl der Substanzen bspw. das Sturzrisiko (>4 Substanzen unabhängig von der Art) ansteigt oder auch die Interaktionsmöglichkeiten unübersehbar werden. Wie bei jeder Substanz sollten auch vor Analgetika Ersteinsetz die wichtigsten Beschwerden abgefragt werden. Bewährt haben sich dabei Checklisten, die Beschwerden entweder als ja/nein Antwort (für kognitiv beeinträchtigte Bewohner) oder mit einer verbalen hierarchisch gegliederten Skala (für kognitiv Kompetente) abfragen. Bei Klagen über Beschwerden lässt sich retrospektiv meist sehr schwer der Beginn der Beschwerden mit dem Beginn der Analgetika korrelieren.

Nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) sind zu vermeiden. Neben den gastrointestinalen Problemen, die man wahrscheinlich auch beim Hochbetagten durch entsprechende Prophylaxen begrenzen kann, ist vor allem auf die Verschlechterung einer Herzinsuffizienz (häufig erst durch den Einsatz der NSAR manifest) zu achten. Bereits die leichte Niereninsuffizienz stellt eine Kontraindikation dar.

Beim Einsatz von Co-Analgetika sind vor allem die anticholinergen Nebenwirkungen (trizyklische Antidepressiva) von Bedeutung, die selbst in niedrigen Dosierungen gravierend sein können. Bei Cortisontherapie sind Herzinsuffizienz (Gewichtskontrolle) und Blutzuckerentgleisung zu beachten.

5. Schmerztherapie bei Bedarf

Die Umsetzung einer Schmerztherapie nach Bedarf kann aus folgenden Gründen schwierig sein:

- Behandelnder Arzt hat keine Therapie bei Bedarf verordnet (Fehleinschätzung, keine Anamnese ...).
- Bewohner kann sich nicht melden: eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit, eingeschränkte Mobilität etc..
- Bewohner meldet sich trotz Schmerzen nicht: Schmerzen werden ertragen, Schmerzen als Eingeständnis eigener Bedürftigkeit, Zweifel an wirksamen Maßnahmen, Angst vor Nebenwirkungen.
- Pflegekräfte vergessen, Bedarfstherapie trotz Anforderung des Bewohners, auszugeben.
- Reaktionszeit zwischen Anforderung und Umsetzung ist zu lange: Patient wird dadurch enttäuscht.

Es scheint aus diesen Überlegungen manchmal angebrachter, den Bewohner eher auf eine Therapie nach Zeit einzustellen als die Bedarfstherapie lange zu versuchen.

6. Nicht medikamentöse Therapien

Nicht medikamentöse Therapien (Lagerung, Kälte, Wärme, Elektrotherapie Gesprächsangebot, Bewegungstherapie, Lymphdrainage etc.) sind für das Personal zeitaufwändiger als ein Medikament zu richten und zu verabreichen. In aller Regel brauchen Pflegeheimbewohner nicht nur bei der Initiierung der Anwendung aktive

Unterstützung sondern auch für die Dauer der Anwendung zumindest punktuelle Überwachung. Der Nutzen solcher Maßnahmen liegt nicht nur in einer akuten Linderung sondern auch bei regelmäßiger, meistens mehrmals täglicher Applikation in einer länger andauernden Schmerzlinderung. Nebenwirkungen sind bei richtiger Anwendung zu vernachlässigen (cave: Wärme und transdermale Pflaster, Verbrennungen).

7. Interprofessionelle Kommunikation verschiedener Berufsgruppen

Das Erkennen von Schmerzen und die Überwachung therapeutischer Maßnahmen obliegen im Pflegeheimalltag fast ausschließlich dem Pflegepersonal. Das Schmerzerleben kann abhängig von Schmerzursache, Kognition und Situation (Aktivität, Tageszeit etc.) stark fluktuieren. Auch Comorbiditäten wie Depression und vor allem verschiedene Demenzerkrankungen haben Einfluss auf das Schmerzerleben und den Verlauf. Deshalb ist es von besonderer Bedeutung, die Schmerzen im Kontext dieser Bedingungen mehrfach täglich zu erfassen und zu dokumentieren. Schon aus diesen Gründen lassen sich Unterschiede des Schmerzverlaufs begründen. Es sollte innerhalb der Pflege versucht werden, das Schmerzerleben der Bewohner nach gleichen Kriterien zu erfassen, sodass die Bewertung der Aussagen nicht noch durch unterschiedliche Erfassung beeinträchtigt wird. Auch bei Heimbewohnern gilt die Selbsteinschätzung als Goldstandard, nach der sich die Therapie ausrichten soll. Sind nur Fremdeinschätzungen möglich, sind die o.g. Beobachtungsinstrumente gegenüber unsystematischer Erfassung zu bevorzugen. Vergleicht man Fremdeinschätzung und Selbsteinschätzung, so unterschätzen Beobachter in aller Regel die Intensität bei chronischen Schmerzpatienten.

Durch eine Verlaufsdokumentation wird es gelingen, den aufgrund enger Personalressourcen entstandenen Problemen der intra- und interprofessionellen Kommunikation zu begegnen.

Auf der anderen Seite ist die Verordnung einer Therapie Aufgabe des Arztes. Dieser sieht den Bewohner nur kurze Zeit und häufig in einer Ruhesituation. Er ist bei der Initiierung und Steuerung einer potentiell gefährlichen Therapie auf die dokumentierte Beobachtung des umsorgenden Personals angewiesen. Da wie erwähnt die Beobachtungsinstrumente in den Pflegeheimen eingeführt werden, muss der Arzt diese interpretieren können.

Angehörige und vor allem Physiotherapeuten sollten in die Selbsteinschätzung oder in die Beobachtung von Schmerzen ihrer Angehörigen einbezogen werden, da sie die Heimbewohner in einer Situation erleben, die sich vom Pflegeheimalltag unterscheidet.

Anmerkung des Autors

Der Artikel stellt die subjektive Sicht des Autors dar, der im Krankenhaus (Akutgeriatrie) arbeitet und viele Projekte auch zum Schmerz in Pflegeheimen begleitet hat. Auch wenn wissenschaftliche Arbeiten zum Thema in den vergangenen Jahren zugenommen haben, ist der Erkenntnisstand bis heute unbefriedigend.

Der Autor ist in den vergangenen Jahren von fast allen Firmen, die Analgetika herstellen zu Vorträgen zum Thema Schmerz und Alter eingeladen gewesen.

Anschrift des Verfassers

*PD Dr. med. Matthias Schuler
Geriatric Sektionsleiter
Diakoniekrankenhaus Mannheim GmbH
Speyerer Straße 91-93
68163 Mannheim
Tel. 0621 8102-0
E-Mail: m.schuler@diako-ma.de*

Ethische Fragen in der Geriatrie

... und wo kein Wille mehr ist, lässt sich dennoch ein Weg finden

Barbara Meyer-Zehnder, Stella Reiter-Theil, Basel

Dieser Artikel beschreibt ein Modell, das helfen soll, schwierige Therapieentscheidungen zu treffen. Solche schwierigen Entscheidungen treten, gerade im Bereich der Geriatrie, immer häufiger auf. Eine Falldiskussion illustriert den Einsatz des neuartigen Instrumentariums METAP zur patientengerechten Versorgung.

Die 86-jährige Frau S. lebt seit Jahren im Pflegeheim. Sie ist verwitwet und kinderlos; zwei Nichten sehen gelegentlich nach ihr. Gemäß Verlegungsrapport ist die Patientin bettlägerig.

Am 25. d.M. wird die Patientin von der Ferienvertretung des Hausarztes wegen zunehmender Dysphagie notfallmäßig ins Spital eingewiesen. Angaben des Pflegepersonals des Pflegeheims im Verlegungsrapport: „Patientin hat Dysphagie seit längerer Zeit, jedoch seit drei Tagen intensiver; wenn sie etwas Püriertes, Flüssiges oder Festes isst, muss sie dabei weinen und husten und gibt den Eindruck, sie verschluckt sich. Letzte Woche 38,6 °C, Schüttelfrost, folgenlos unter Novalgin.“ Im Labor zeigt sich u.a. eine Erhöhung der Leukozyten und des CRP. Der Röntgenthorax ist unauffällig. Sie wird auf die geriatrische Abteilung verlegt. Eintrittsstatus: „Anamnese mit der Patientin nicht erhebbar, sie gibt jedoch keine Schmerzen an. Sie folgt meiner Stimme mit den Augen, kann jedoch auf eine Frage selten eine adäquate Antwort geben bzw. überhaupt keine Antwort geben. ...Kachektischer Ernährungszustand und atrophische Muskulatur.“

Man plant eine logopädische Abklärung und beginnt eine Rehydrierung mit 1.500 ml

Mischinfusion pro Tag. Außerdem wird ein Blasenkatheter gelegt und eine Therapie mit einem Antibiotikum begonnen wegen eines nachgewiesenen Harnwegsinfektes. Im Telefonat mit dem Hausarzt (laut Eintrag in der Krankengeschichte) rät dieser von weiteren Maßnahmen ab, die Einweisung sei durch den Hausarzt-Stellvertreter erfolgt. Die angegebenen Gründe sind schlechte Lebensqualität, keine soziale Kommunikation bzw. Interaktion und ein „hoher Demenzcharakter“. Auch die Pflegeheimleitung rät von ausgedehnter Diagnostik und Therapie ab (Telefonat des Assistenzarztes mit der Heimleitung): „Man soll sie sterben lassen.“

Nach drei Tagen verbessert sich der Allgemeinzustand der Patientin deutlich. Das wird aus folgendem Eintrag im Pflegeverlauf klar: „Patientin ist sehr wach heute morgen, sie hat mit mir gesprochen und gelacht. Auf die Frage, ob sie essen möchte, hat sie mit Kopfnicken geantwortet. Patientin hat am Mittag ein paar Löffel gegessen, hat gekaut und geschluckt, ohne

zu aspirieren. Sie kann sich sehr gut äußern, was sie will und was sie nicht will.“ Das Team überlegt nun, ob es sinnvoll wäre, der Patientin eine PEG-Sonde einzulegen, um eine adäquate Ernährung zu garantieren.

Mitarbeitende des Gesundheitswesens werden täglich mit vielen Fragen und Problemen konfrontiert, mit medizinischen (Wie dosiere ich das Insulin bei Herrn Meier?), mit pflegerischen (Wie mobilisiere ich Frau Müller bei anhaltendem Widerstand?), mit rechtlichen (Wer soll beim bewusstlosen Patienten entscheiden?). Daneben gibt es auch Fragen mit einer ethischen Dimension. Dabei geht es immer häufiger um das Problemfeld einer patientengerechten Versorgung und die Wahrnehmung von oft unterschwelligem Problemen, das richtige Maß zu finden und ein „Zuviel“ oder „Zuwenig“ zu vermeiden. Nicht immer erkennen Mitarbeitende die impliziten ethischen Aspekte, sondern haben „einfach“ ein ungutes Gefühl: „Irgendetwas scheint nicht zu stimmen, aber was?“

Wie geht es Ihnen beim Lesen dieser Fallvignette?

Fragen wie die folgenden gehen Ihnen beim Lesen möglicherweise durch den Kopf:

- Warum wird die Patientin überhaupt eingewiesen, wenn doch offenbar alle denken, man solle eigentlich nichts mehr tun?
- Wie soll die Patientin weiterbehandelt werden?
- Was ist medizinisch sinnvoll, und was wäre im Sinne der Patientin? Können die Bezugspersonen diese Frage beantworten?

Welche Antworten auf diese Fragen richtig sind, kann von den Behandelnden bzw. ihren Institutionen ganz unterschiedlich gesehen werden. Die Uneinigkeit am Krankenbett ist einer der häufigsten Auslöser von ethischen Problemen; dies bindet Ressourcen, und eine Lösung kommt mitunter verzögert auf den Weg [1]. Eine solche Ausgangslage ist charakteristisch für den Einsatz von METAP [2], einer forschungsgestützten Leitlinie für ethische Therapieentscheidungen, besonders bei vulnerablen Patientinnen und Patienten [3]. METAP ist die Abkürzung von Modular, Ethik, Therapie, Allokation und Prozess.

Lösung eines ethischen Problems

Wenn in einer schwierigen Situation ein Behandlungsplan umgesetzt werden soll, der auch ethisch überzeugt, so muss man sich zuerst über das ethische Problem klar werden, um eine Lösung zu finden. Medizinische und pflegerische Fragen lassen sich mit Hilfe von entsprechenden Leitlinien angehen. Diese auf den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin beruhenden Instrumente geben Empfehlungen und Handlungsanweisungen, die in der Praxis sehr hilf-

reich sind. Auch bezüglich medizinethischer Fragen ist die Entwicklung von Policies, Leit- und Richtlinien [6] vorangekommen; sie erscheinen z.B. als klinikinterne Hausregeln oder als Verlautbarungen von Fachgesellschaften. Wir haben eine medizinethische Leitlinie entwickelt, die sich ähnlich wie die evidenzbasierten medizinischen Leitlinien auf wissenschaftliche Grundlagen sowie auf ein Konsensverfahren stützt [2]. Aktuell ist das Modellprojekt METAP auf drei klinischen Pilotstationen im Einsatz und wird dort evaluiert (Operative Intensivbehandlung, Akutgeriatrie und Viszeralchirurgie, alle im Universitätsspital Basel).

Wie lässt sich die beschriebene Patientensituation mit METAP bearbeiten?

Die Entwicklung von METAP wurde durch den SNF (Schweizerischer Nationalfond, Projekt Nr. 3200Bo-125122) und verschiedene Stiftungen finanziell unterstützt. Es besteht aus einer Kurzfassung für die Manteltasche mit Hilfsmitteln für den Entscheidungsfindungsprozess und einer Langfassung zur Vertiefung des ethischen Wissens. Nach einem Stufenschema kann das Problem zuerst individuell mit Hilfe der Kurzfassung und anschließend im Gespräch mit einem geschulten Mitarbeiter bearbeitet werden. Lässt sich so keine befriedigende Lösung erzielen, empfiehlt METAP die Durchführung einer (internen) ethischen Fallbesprechung, Dafür liegen einige Hilfsmittel vor wie z.B. eine Checkliste zur Sammlung wichtiger Informationen zur Vorbereitung der Besprechung. Besteht eine ausgeprägte Uneinigkeit oder ein Bedürfnis nach Hilfe bei der Moderation oder Rückversicherung, empfehlen wir ein Ethikkonsil (sofern erreichbar).

Zur Beurteilung der vorliegenden Situation sollten folgende Fragen untersucht werden:

- Wer vertritt hier den Willen der Patientin?
- Welche Therapieziele sind erreichbar, und stehen sie im Einklang mit den Annahmen über den Willen der Patientin?
- Was wissen wir über die Vorstellungen der Patientin zur Lebensqualität?
- Wäre der Verzicht auf eine PEG-Sonde eine Unterbehandlung, oder ist eine künstliche Ernährung zu viel des Guten (Überbehandlung/„futility“) [4]?

Eine wichtige Komponente unseres Modells ist die Einschätzung des Risikos einer Unter- oder Ungleichbehandlung. Hierfür bietet METAP eine evidenzbasierte Zusammenstellung der Risikokriterien für eine unangemessene Behandlung.

Die Nutzer von METAP auf den Pilotstationen arbeiten bereits mit unseren Problemmatrizen. Das Ausfüllen einer Matrix erfolgt zu Beginn einer ethischen Fallbesprechung und dient der Sammlung und Aufbereitung wichtiger Informationen. Diese Informationen wiederum bilden den Ausgangspunkt für die weitere Diskussion und Lösungssuche. Die Matrix unserer Patientin ist in Tabelle 1 dargestellt.

Den mutmaßlichen Patientenwillen ermitteln

Die Patientin aus unserer Fallvignette kann sich selbst nicht mehr zu ihrem Willen äußern. Wir sind bei der Lösungssuche also auf den „mutmaßlichen Patientenwillen“ angewiesen und müssen uns fragen, wie die Patientin entscheiden würde, wenn sie dazu in der Lage wäre. Tabelle 2 zeigt, wie bei der Ermittlung des direkten und mutmaßlichen Patientenwillens vorgegangen wird und was zu beachten ist; diese ist ein Ausschnitt aus der Kurzfassung von METAP [3].

Tabelle 1: Problemmatrize METAP [3]

Medizinisches <ul style="list-style-type: none"> Dysphagie unklarer Aetio- logie, i.v. Flüssigkeitser- satz Demenz Harnwegsinfekt wird mit einem Antibiotikum behandelt 	Pflegerisches <ul style="list-style-type: none"> Essen muss eingegeben werden, Patientin verschluckt sich dabei Häufiges Umlagern bei be- ginnendem Decubitus nötig 	Prognose <ul style="list-style-type: none"> Demenz wird sich weiter verschlechtern Bezüglich Dysphagie unklar, da keine Ursache bekannt
Bisheriges Leben <ul style="list-style-type: none"> Patientin lebt seit Jahren im Pflegeheim, bettlägerig Sonst nichts bekannt, im Heim nachfragen 	Patientenwille <ul style="list-style-type: none"> Nach Besserung des Allgemeinzustands gibt Patientin zu verstehen, dass sie essen will 	Risikokonstellation für Über-, Unter- oder Ungleichbehandlung <ul style="list-style-type: none"> Alter 86 Jahre Weibliches Geschlecht Hohe Pflegebedürftigkeit Urteilsunfähigkeit
Soziales Umfeld <ul style="list-style-type: none"> Verwitwet, keine Kinder Zwei Nichten kümmern sich offenbar eher wenig um die Patientin 	Strukturelles	Anderes

Tabelle 2: Respekt vor der Patientenautonomie – Ermittlung des Patientenwillens (aus [3])

Urteilsfähigkeit vorhanden Direkter Patientenwille	Urteilsfähigkeit nicht vorhanden Mutmaßlicher Patientenwille
Zustimmung zu einer Behandlung <ul style="list-style-type: none"> Informed Consent, Aufklärung über eine Behandlung: Der urteilsfähige Patient entscheidet selber darüber, welche Therapie angemessen ist. Inhalt des Gespräches stichwortartig in der Krankengeschichte festhalten; Arzt trägt die Beweislast dafür, dass eine Aufklärung stattgefunden hat. Bei größeren Eingriffen sollte das Gespräch in mehreren Schritten und in einem zeitlichen Abstand vor dem Eingriff stattfinden. 	Früher gemachte schriftliche Äußerungen, Patientenverfügung (PV): <ul style="list-style-type: none"> Ideale Eigenschaften einer PV: <ul style="list-style-type: none"> Inhalt trifft auf die aktuelle Situation zu Verfügung ist aktuell oder regelmäßig aktua- lisiert worden enthält allenfalls den Namen einer Bezugsperson ist datiert und unterschrieben Rechtliche Gültigkeit in der Schweiz aktuell nicht einheitlich geregelt. Gemäß SAMW ist PV ein gewichtiges Indiz für den Patientenwillen
Ablehnung einer Behandlung <ul style="list-style-type: none"> Ein Patient, eine Patientin hat das Recht, eine vorgeschlagene Behandlung abzulehnen. Dabei muss geprüft werden, ob diese Entscheidung auf vollständigen Informationen beruht und ohne äußeren Druck zustande gekommen ist. Ebenso kann eine einmal gegebene Zustimmung jederzeit widerrufen werden. 	Früher gemachte mündliche Äußerungen: <ul style="list-style-type: none"> Hinweise aus der Biographie Umgang mit ähnlichen Situationen in der Vergangenheit Mündliche Äußerungen zu ähnlicher Situation
Recht auf Nicht-Wissen <ul style="list-style-type: none"> Nicht alle Patientinnen und Patienten wollen eine vollständige Information oder Aufklärung. Es gibt ein Recht auf Nicht-Wissen. Falls auf eine vollständige Information verzichtet wird, muss dies mit Begründung dokumentiert werden, und es muss sichergestellt werden, dass der Patient bewusst auf Informationen verzichtet. 	Nonverbale Äußerungen <ul style="list-style-type: none"> Konstante nonverbale Äußerungen (Mimik, Gestik etc.) können Hinweise für den mutmaßlichen PW geben, müssen aber vorsichtig interpretiert werden.
	Handeln im wohlverstandenen Interesse <ul style="list-style-type: none"> In Notfallsituationen oder wenn der mutmaß- liche Patientenwille nicht erhebbare ist, muss im wohlverstandenen Interesse gehandelt werden, das heißt so wie ein urteilsfähiger Patient wahrschein- lich entscheiden würde

Zurück zur Patientin und der PEG-Sonde: Bei unserer Patientin wurde – trotz der hausärztlichen Bedenken – in der Tat eine PEG-Sonde eingesetzt. Zwar lag kein Patientenwille im engeren Sinne vor, da die Patientin schwerlich in der Lage war, sich klar auszudrücken. Die Heimleitung und der Hausarzt legten ihre eigene Sichtweise, jedoch keinesfalls ihre Einschätzung des mutmaßlichen Patientenwillens dar. Diese Vermischung des Patientenwillens und des Willens anderer Personen geschieht in der Praxis nicht selten und sollte unbedingt vermieden werden. Die Patientin gab durch ihr Verhalten deutlich zu verstehen, dass sie essen wollte, aber nicht konnte. Das Behandlungsteam stützt sich hier bei der Entscheidungsfindung auf den mutmaßlichen Willen der Patientin, den sie mit nonverbalen Äußerungen zum Ausdruck gebracht hat. Hätte man in dieser Situation die Ernährung nicht substituiert, wäre dies unseres Erachtens klar eine unzureichende Versorgung ohne den dafür erforderlichen Patientenwillen gewesen.

Aber auch eine liegende PEG-Sonde be-
darf einer wiederkehrenden Evaluierung,
gerade unter ethischen Gesichtspunkten:

- Gibt es Anhaltspunkte, dass die künst-
liche Ernährung (weiterhin) im Sinne der
Patientin ist?
- Erreicht sie die in sie gesetzten Ziele?
- Gibt es Komplikationen oder belastende
Aspekte?
- Liegen Hinweise darauf vor, dass es
nicht (mehr) im Interesse der Patientin
wäre, auf diese Weise am Leben erhal-
ten zu werden [5, 6]?

Bei auftretender Uneinigkeit wäre entspre-
chend wieder eine ethische Fallbespre-
chung (oder ein Ethikkonsil) angezeigt.
„Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg“, lautet
ein bekanntes Sprichwort. Im Umkehr-

schluss bedeutet dies nun aber nicht, dass es dort, wo kein (Patienten-)Wille mehr artikuliert werden kann, keinen Weg gäbe. Um einen für den Patienten richtigen Weg finden und dann auch beschreiben zu können, müssen sich alle Beteiligten möglichst nah an dessen Lebenssituation herantasten. Vielleicht kann dieser Beitrag dabei helfen, die nötigen Werkzeuge zu finden, um den Weg gemeinsam im Sinne des Patienten zu ebnen.

Korrespondenzadresse

Professor Dr. rer. soc. Stella Reiter-Theil,
Leiterin

Dr. med. Barbara Meyer-Zehnder

Fachbereich Medizin- und
Gesundheitsethik (MGE)

Medizinische Fakultät,

Universitätsspital Basel

Kanonengasse 27

CH-4051 Basel

E-Mail: s.reiter-theil@unibas.ch

E-Mail: barbara.meyer@unibas.ch

<http://www.medethik.unibas.ch/>

Literatur

1. Hurst S, Perrier A, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Forde R, Slowther A, Garrett-Mayer E, Danis M: *Ethical difficulties in clinical practice: experiences of European doctors.* *J Med Ethics* 2007; 33: 51–57.
2. Reiter-Theil S, Mertz M, Meyer-Zehnder B, Albisser-Schleger H, Kressig RW, Pargger H: *Klinische Ethik als Partnerschaft – oder wie eine ethische Leitlinie für den patientengerechten Einsatz von Ressourcen entwickelt und implementiert werden kann.* *Ethik Med* 2010 (in Druck).
3. Albisser-Schleger H, Mertz M, Meyer-Zehnder B, Reiter-Theil S (im Druck/2011) *METAP – Ethische Problemanalyse und Lösungsstrategien in der Klinik.* Springer, Heidelberg, Berlin, New York.
4. Mols AM, Reiter-Theil S, Oertli D, Viehl CT: *Futility: ein Begriff im chirurgischen Alltag?* *Chirurg* 2010; 81(7): 643–646.
5. Reiter-Theil S: *Der Ethik-Fall. Kommentar zum Fall. „Beenden Sie endlich die quälende künstliche Ernährung!“* *Praxis* 2006; 95: 413–418.
6. *Empfehlungen von Fachgesellschaften:* <http://www.nahrungsverweigerung.de/scripts/peg.html>
7. *SAMW-Richtlinien (z.B. Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen 2004:* <http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-queltige-Richtlinien.html>

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von Medien&Medizin Verlag, Zürich, aus HAUSARZT PRAXIS 2010/12 www.medien-medizin.ch

Fazit für die Praxis

- Die ethische Entscheidungsfindung bereitet im Alltag häufig Probleme; dies ist verstärkt bei möglicher Therapiebegrenzung oder Futility (Überbehandlung) zu beobachten, gerade dann, wenn Uneinigkeit entsteht.
- Eine ethisch angemessene Therapie versucht, sowohl eine Unter- oder Ungleichbehandlung als auch eine Überbehandlung zu vermeiden.
- Der direkte oder mutmassliche Patientenwille definiert (unter anderem) für den einzelnen Patienten, was angemessen ist.
- Der Patientenwille sollte ganz klar vom Willen Dritter unterschieden werden.
- Die Leitlinie METAP bietet mit ihren verschiedenen Hilfsmitteln eine wissenschaftlich gestützte Basis dafür, Entscheide über den patientengerechten Einsatz von Ressourcen zu treffen und zu begründen.

Verbesserter Telefonservice der LÄK Hessen

Wie in den Ausgaben 11/2010 und 12/2010 des Hessischen Ärzteblattes bereits berichtet, hat sich das Präsidium der Landesärztekammer Hessen zum Ziel gesetzt, den Telefon-Service der Ärztekammer zu verbessern. In einer ersten Testphase bis zu den Weihnachtsferien 2010 wurde die telefonische Erreichbarkeit der Telefonzentrale in Frankfurt auf 18:00 Uhr ausgeweitet.

Ziel dieses Angebotes ist die sofortige Beantwortung Ihrer allgemeinen Fragen und die Weiterleitung Ihrer individuellen und fachspezifischen Fragen an die entsprechende Fachabteilung. Dies beinhaltet auch einen

entsprechenden Rückrufservice durch die Fachabteilung.

Nach Abschluss der Testphase hat das Präsidium der Landesärztekammer Hessen beschlossen, diesen Service im Jahr 2011 fortzusetzen, so dass die Telefonzentrale in Frankfurt weiterhin von **montags bis donnerstags bis 18:00 Uhr** unter der Telefon-Nr. 069 97672-0 besetzt ist.

Für das Präsidium der Landesärztekammer Hessen
Dr. med. Peter Zürner

Hessen gehört zu den Schlusslichtern bei der HPV-Impfung

Die Aufnahme der HPV-Impfung in die bestehende Impfvereinbarung zum 1. April 2011 bringt die Chance für höhere Impfraten *Karin Müller*

Hintergrund

Regionale Impfvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen regeln die Formalien zur Abrechnung der Impfleistung und Verordnung von Impfstoffen, womit den Versicherten ein unkomplizierter Zugang zur Impfung ermöglicht wird. Während in den meisten Bundesländern eine Impfvereinbarung mit den Verbänden der Krankenkassen für die Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV) bereits im Jahr 2007 in Kraft trat, konnte in Hessen erstmals im zweiten Halbjahr 2010 die HPV-Impfung über Chipkarte von den Ärzten abgerechnet werden. Allerdings konnten nur die Ärztinnen und Ärzte über das vereinfachte Verfahren abrechnen, die dem Vertrag zwischen dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) und den Kassen beigetreten waren. Erstmals mussten Versicherte nicht für die Impfung in Vorkasse treten und das Geld bei ihrer Krankenkasse zurückfordern, was für viele eine Hürde bei der Inanspruchnahme darstellt.

Leider war diese Abrechnungsmöglichkeit nicht von langer Dauer und wurde zum Ende des Jahres 2010 seitens der KV gekündigt.

Nach einem Intermezzo vor dem Sozialgericht, mit der Entscheidung, die Kündigung der Abrechnung aufzuheben, wurden die Honorarvereinbarungen zwischen KV und den Verbänden der Krankenkassen in Hessen wiederaufgenommen und führten im März 2011 zur Einigung. Ab dem 2. Quartal 2011 können nun Impfleistungen der 1., 2. und 3. HPV-Impfung von allen an der vertragsärztlichen Versorgung

teilnehmenden Ärzten extrabudgetär mit den Ziffern 89112 A, 89113 A und 89113 B abgerechnet werden, allerdings nicht über Sprechstundenbedarf, sondern über personenbezogene Einzelrezepte. Anspruchsberechtigt sind weibliche Versicherte im Alter von 12 bis 17 Jahren.

Es wundert nicht, dass sich die Unsicherheiten in der Abrechnung durch die verspätet abgeschlossene Impfvereinbarung

auf die hessischen Impfraten ausgewirkt haben. In anderen Bundesländern, in denen die Impfvereinbarungen früher abgeschlossen wurden, sind die Impfraten teilweise deutlich höher.

Bundesweit zählt Hessen bei der HPV-Impfung zu den Schlusslichtern, wobei sich durch die neue Impfvereinbarung eine Möglichkeit ergeben hat, dies langfristig zu ändern:

HPV-Impfraten bei 12- bis 17-jährigen Mädchen (Oktober 2009)

Saarland	46%	Sachsen	33%
Schleswig-Holstein	45%	Thüringen	33%
Rheinland-Pfalz	40%	Baden-Württemberg	29%
Nordrhein-Westfalen	40%	Niedersachsen	29%
Mecklenburg-Vorpommern	37%	Bayern	27%
Berlin	37%	Sachsen-Anhalt	26%
Hamburg	34%	Hessen	21%
Bremen	33%	Brandenburg	20%

Quelle: Ärzte Zeitung (IMS Health)

Tabelle aus <http://www.netdoktor.de/Gesund-Leben/Impfungen/Wissen/HPV-Impfung-Status-2010-11242.html>, Quelle: http://www.frauenaerzte-im-netz.de/de_news_652_1_831_hessen-und-brandenburg-sind-schlusslichter-bei-hpv-impfung.html

Auch hat die Diskussion über fragliche kausale Zusammenhänge zwischen der Impfung und unerwünschten Impfwirkungen sowie über die der Höhe nach angezweifelte Wirksamkeit der consequenten Einführung der HPV-Impfung in Deutschland geschadet.[1]

Ein Beispiel für eine breite Akzeptanz der HPV-Impfung und der Beweis des Nutzens der Impfung in der Praxis ist Australien. Hier wurden durch ein staatliches Impfprogramm innerhalb kürzester Zeit 65 % der Mädchen und Frauen von 12 bis 26 Jahren geimpft. Da bei diesem Impfprogramm

der tetravalente HPV-Impfstoff benutzt wurde, konnte man in einer großangelegten Studie schon nach kurzer Zeit einen Rückgang der durch HPV-verursachten Genitalwarzen um 59 % beobachten.[2]

Inzidenz und Mortalität

275.000 Frauen sind im Jahre 2002 weltweit nach Aussagen der WHO an einem Zervixkarzinom verstorben und 500.000 neu erkrankt, so dass das Zervixkarzinom nach dem Mammakarzinom weltweit und in Europa bei jüngeren Frauen im Alter zwischen 15 und 44 Jahren als die zweithäufigste Krebs-Todesursache gilt.[3,4]

Die geschätzten Inzidenzzahlen in den europäischen Ländern liegen dabei zwischen 4,5/100.000 Einwohnern in Finnland, 24/100.000 in Rumänien und 12 bis 14/100.000 in Deutschland.[3]

Nach einer Veröffentlichung des Zentrums für Krebsregisterdaten am RKI aus dem Jahre 2010 haben zwar in Deutschland die Neuerkrankungen und die Sterblichkeit für Gebärmutterhalskrebs durch die Früherkennung stark abgenommen (im Zeitraum zwischen 1980 und 2004 um ca. 40 % bei den 55 bis 79-jährigen),[5] dennoch erkranken hierzu Lande jedes Jahr ca. 6.500 Frauen trotz der Möglichkeit, regelmäßig an Früherkennungsuntersuchungen teilzunehmen.[4,6]

Jährlich sterben in Deutschland nach Angaben des Statistischen Bundesamtes ca. 1.600, meist junge Frauen an dieser Erkrankung. Hinzu kommt, dass wegen HPV bedingter Genitalwarzen (Condylomata acuminata) jedes Jahr ca. 55.000 Patientinnen ärztlich behandelt werden müssen.[7]

HPV-Infektion und onkogenes Potential

Humane Papillomviren werden nahezu ausschließlich durch Sexualkontakte übertragen und treten bei jungen Frauen als

häufigste sexuell übertragbare Infektion auf.

Die Infektion selbst ist zunächst symptomlos und heilt zumeist folgenlos aus, hinterlässt aber keine lebenslange Immunität. Es kann aber dazu kommen, dass chronische Infektionen von ein bis zwei Jahren die Zellen der cervix uteri zu Krebsvorstufen verändern und diese sich über einen längeren Zeitraum von fünf bis 20 Jahren zu einem Zervixkarzinom entwickeln.[8]

Bislang sind über 100 Genotypen identifiziert. 14 bis 15 davon haben ein onkogenes Potential, erhöhen also das Risiko für die Entstehung eines Zervixkarzinoms oder sind ursächlich am Auftreten von gutartigen Tumoren der Haut oder Schleimhaut wie z.B. den condylomata acuminata beteiligt.[3,6,9]

Früherkennungsuntersuchung als sekundäre Präventionsstrategie

Mit Hilfe des jährlichen Abstriches im Bereich der Cervix uteri sollen Gewebeveränderungen im Gebärmutterhals in einem frühen Stadium erkannt und behandelt werden.

Bei einer solchen Behandlung handelt es sich dann im Allgemeinen um einen gynä-

kologischen bzw chirurgischen Eingriff wie z.B. eine Konisation oder eine komplette Uterusentfernung.

Nicht selten kann es in Folge dieser Eingriffe an der Cervix neben den üblichen Komplikationsraten bei den betroffenen Frauen später auch zu Früh- oder Fehlgeburten kommen.

Impfstoffe als primäre Präventionsstrategie

Seit 2006/2007 stehen zwei Impfstoffe gegen HPV zur Verfügung.

Bei dem Impfstoff Cervarix handelt es sich um einen bivalenten Impfstoff mit den Genotypen 16 und 18; der Impfstoff Gardasil enthält vier HPV-Genotypen: 16 und 18, 6 und 11.

Während die Genotypen 6 und 11 im ursächlichen Zusammenhang mit den äußeren Genitalwarzen zu nennen sind, bedingen die HPV-Typen 16 und 18 etwa 70 % aller Zervixkarzinome.[9,10]

Somit können die beiden Impfstoffe gegen HPV einen Großteil der Infektionen und Zellveränderungen verhindern.

Die Grundimmunisierung besteht aus drei Einzeldosen zu je 0,5 ml, die nach dem Schema 0-2-6 (Gardasil der Firma Sanofi Pasteur) bzw. 0,-1,-6 Monate (Cervarix der Firma GlaxoSmithKline) intramuskulär, bevorzugt im Bereich des M. deltoideus des Oberarmes, injiziert werden. (siehe entsprechende Fachinformation der Pharmafirmen)

Während sich die Schutzwirkung von Cervarix ausschließlich auf die Prävention von Vorstufen maligner Läsionen der Cervix und des Zervixkarzinoms bezieht, deckt Gardasil auch die Prävention äußerer Genitalwarzen, der Condylomata acuminata mit ab und ist auch für die Prävention von Krebsvorstufen an Vagina und Vulva zugelassen.

Bei beiden Impfstoffen wurde kein Effekt auf eine aktive HPV-Infektion nachgewiesen. Daher ersetzen diese Impfungen niemals die routinemäßige Untersuchung zur Früherkennung des Zervixkarzinoms.

Wirksamkeit und Sicherheit der Impfung gegen HPV nach einer Neubewertung durch das RKI

Entsprechend den Empfehlungen eines Expertengremiums der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde für den Wirksamkeitsnachweis bei der HPV-Impfung nicht die Verhinderung eines Zervixkarzinoms, sondern die Verhütung von hochgradigen Dysplasien der Zervixschleimhaut festgelegt.[11]

Die beiden zur Verfügung stehenden Impfungen gegen HPV sind nach erneuter Einschätzung des Robert Koch-Institutes (RKI) zur Verhütung von Infektionen von mäßigen und schweren Krebsvorstufen (CIN 2 plus), die mit den Genotypen 16 und 18 in Verbindung stehen, nahezu zu 100 % wirksam. Diese fast hundertprozentige Wirksamkeit gilt für geimpfte junge Frauen, die HPV naiv sind. Der Nutzen der Impfung wird geringer, wenn vor der Impfung bereits eine HPV-Infektion bestand.[9]

Ausgelöst durch Publikationen aus dem deutschsprachigen Raum, in denen eine geringere Wirksamkeit von 16 bis 27 % angegeben und der Nutzen der Impfung infrage gestellt wurden,[1] hat das RKI unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Veröffentlichungen eine Neubewertung vorgenommen.[9] Danach lassen sich die unterschiedlichen Prozentangaben der verschiedenen Studien zur Wirksamkeit dadurch erklären, dass unterschiedliche Studienpopulationen betrachtet wurden.

Danach verringert sich die Wirksamkeit erheblich immer dann, wenn Frauen geimpft wurden, bei denen HPV-Infektionen bereits bestanden, die also nicht mehr HPV-naiv waren.

Daher zielt die Wirksamkeitsaussage des RKI auf junge Mädchen und Frauen vor Beginn der sexuellen Aktivität in einem Alter zwischen 12 und 17 Jahren, die noch nie mit einem HPV-Typ an der cervix uteri infiziert waren und einen kompletten Impfdurchgang erhalten haben.

Seit der Zulassung und Einführung der beiden Impfstoffe wurden weltweit über

40 Millionen Dosen Gardasil und 7,5 Millionen Dosen Cervarix europaweit verwandt, ohne dass eine erhöhte Rate schwerer Impfkomplicationen oder bleibender Impfschäden festgestellt wurde.

In den in Deutschland und Österreich im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung aufgetretenen Todesfällen konnte keine Kausalität zur Impfung mit Gardasil nachgewiesen werden. Auch in anderen zunächst als schwerwiegend eingeschätzten Nebenwirkungen wurde kein kausaler Zusammenhang mit der Impfung festgestellt.

Die Sicherheit der neuen HPV-Impfstoffe wird in eine Reihe mit den bewährten Impfstoffen gegen Tetanus, Diphtherie oder Hepatitis B gestellt.

Noch ist jedoch die Frage nach der Dauer des Impfschutzes nicht beantwortet. Auch die Frage nach der letzten Sicherheit im Hinblick auf seltene unerwünschte Wirkungen konnte verständlicherweise aufgrund der Kürze der Zeit bislang noch nicht geklärt werden. Daher sollte die HPV-Impfung durch weitere Forschungsarbeiten begleitet werden.

Fazit

Die HPV-Impfstoffe sind als sicher einzuschätzen, die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) empfiehlt die Impfung für junge Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren nach Möglichkeit vor dem ersten Sexualkontakt.

Weil aber die Impfung gegen HPV die Teilnahme an Krebs-Früherkennungsprogrammen nicht ersetzen kann und die Krebsfrüherkennung nicht jede pathologische Gewebeveränderung aufdeckt, bietet erst die Verschränkung beider Präventionsstrategien den Königsweg, Frauen optimal gegen eine tödliche Krebserkrankung zu schützen.

Auch in Hessen ist nun durch die neu abgeschlossene Impfvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Verbänden der Krankenkassen endlich Abrechnungssicherheit für Ärzte und Patientinnen eingetreten.

Jetzt gilt es alle Anstrengungen zu unternehmen, möglichst rasch die Impfungen

als Vorsorgemaßnahmen in den Praxen der Frauen-, Kinder- und Jugendärzte und Hausärzte vorzunehmen, damit Hessen nicht länger unter den Schlusslichtern bei der HPV-Impfung bleibt.

Anschrift der Verfasserin

Dr. med. Karin Müller
Gesundheitsamt Region Kassel
Kreishaus
Wilhelmshöher Allee 19-21
34117 Kassel
Tel. 0561 1003-1900
E-Mail: karin.mueller@stadt-kassel.de

Literatur

- [1] A. Gerhardus et al.: *Wie wirksam ist die HPV-Impfung?* Deutsches Ärzteblatt 2009; 8: A 330 - 134
- [2] O. Donovan, N. Franklin, R. Guy et al.: *Quadrivalent human papilloma virus vaccination and trends in genital warts in Australia: analysis of national sentinel surveillance data* www.thelancet.com/infection Published Online November 9, 2010
- [3] Y. Deléré: *Die Impfung gegen HPV. Empfehlungen im europäischen Vergleich.* Bundesgesundheitsbl. 2009, 52: 105 - 108
- [4] O. Damm, M. Nocon, et al.: *HTA Bericht. Impfung gegen Humane Papillomviren zur Prävention HPV 16/18 induzierter Zervixkarzinome und deren Vorstufen. DIMDI im Geschäftsbereich des Bundesministerium für Gesundheit: www.dimdi.de*
- [5] Robert Koch-Institut: *Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland. Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2010: 80 - 87*
- [6] Hampl. M: *Nutzen einer generellen HPV-Impfung bei sexuell aktiven Frauen.* Dtsch Med Wochenschr 2009; 134: S 95 - S 99
- [7] A. Kraut. T. Schink et al.: *Incidence of anogenital warts in Germany: a population – based cohort study.* BMC Infectious diseases 2010, 10: 360, www.biomedcentral.com/1471-2334/10/360
- [8] M. Schiffmann et al.: *Human papilloma virus and cervical cancer, Lancet 2007, 370 (9590): 890-907*
- [9] Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut. *Impfung gegen HPV – aktuelle Bewertung der STIKO.* Epidemiologisches Bulletin Epi. Bull. 32/2009: 319 - 328
- [10] S. Stöcker: *Paul-Ehrlich-Institut Wie wirksam ist die HPV-Impfung?* Deutsches Ärzteblatt 2009; 9: A 386 - A 388
- [11] Pagliusi and Aguado *Vaccine 23, 2004: 569 - 578*
GlaxoSmithKline: *Fachinformation Cervarix* Februar 2011
Sanofi Pasteur MSD: *Fachinformation Gardasil* August 2010

Stellungnahme der KV Hessen

Die Aufnahme der HPV-Impfung in die bestehende Impfvereinbarung war und ist uns als Kassenärztlicher Vereinigung Hessen ein wichtiges Anliegen. Gerne hätten wir dies zu einem wesentlich früheren Zeitpunkt erreicht, denn bereits seit mehr als zwei Jahren haben wir z.T. intensive Verhandlungen mit den hessischen Krankenkassenverbänden geführt. Bislang waren die Krankenkassen jedoch nicht bereit, eine angemessene Vergütung zu bezahlen. Eine ärztliche Leistung zu „Dumping-Preisen“ war und ist

mit der KV Hessen nicht zu machen. Wir wollen für unsere Mitglieder, die hessischen Vertragsärztinnen und -ärzte, stets faire und angemessene Vertragsbedingungen aushandeln. Dies ist uns nun endlich gelungen! Wir konnten uns mit den Verbänden der Krankenkassen in Hessen einvernehmlich über die Aufnahme und gleichzeitig die Vergütung der HPV-Impfung für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte einigen. Die Aufnahme der HPV-Impfung wurde in einer Nachtrags-

vereinbarung zur bestehenden Impfvereinbarung mit Wirkung vom 1. April 2011 vertraglich abgestimmt. Dies ist uns zu deutlich besseren Konditionen gelungen als seinerzeit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ). In einem Rundschreiben haben wir unsere Mitglieder über die genauen Modalitäten informiert und ihnen die Informationen zudem über unsere Homepage www.kvhessen.de zur Verfügung gestellt.

Frank Zimmeck

Endoprothesen

Neue Beurteilungskriterien im Schwerbehindertenrecht

Ruth Böhr

Die bisher gültigen „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“ wurden zum 1. Januar 2009 durch die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ (Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) ersetzt. Diese sind nun der versorgungsmedizinischen Begutachtung im Sozialen Entschädigungsrecht (Grad der Schädigungsfolgen/GdS) und dem Schwerbehindertenrecht (Grad der Behinderung/GdB) **rechtsverbindlich** zugrunde zu legen. Die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze (VMG)“ sind sowohl in Buchform als auch im Download von der Internetseite des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (www.bmas.bund.de) zugänglich. Änderungen werden im Rahmen einer Änderungsverordnung im Bundesgesetzblatt veröffentlicht. In der Ausgabe April 2011 (4/2011) des Hessischen Ärzteblattes wurde bereits über die neuen Beurteilungskriterien des Diabetes mellitus im Schwerbehindertenrecht nach In-Kraft-Treten der 2. Änderungsverordnung der Versorgungsmedizin-Verordnung berichtet.

Dritte Änderungsverordnung der Versorgungsmedizinverordnung

Im Bundesgesetzblatt Jahrgang 2010 Teil I Nr. 66, Blatt 2124, ist die Dritte Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung verkündet worden und am 23. Dezember 2010 in Kraft getreten.

Die Dritte Änderungsverordnung beinhaltet Neubewertungen im Schwerbehindertenrecht, welche die Behinderungen Autismus, Störungen des Sehvermögens, sowie die endoprothetische Versorgung der Gelenke betreffen. Durch die Neubewertungen erfolgte eine Anpassung an den

aktuellen Stand der wissenschaftlichen Lehrmeinung und der versorgungsmedizinischen Erfordernisse. Der nachfolgende Text bezieht sich ausschließlich auf die Neuregelung in der Bewertung der endoprothetischen Versorgung nach dem Schwerbehindertenrecht.

Gesetzliche Vorgabe

Die bisherige Nummer 18.12 der Versorgungsmedizin-Verordnung Teil B wird wie folgt ersetzt:

„18.12 Endoprothesen

Es werden Mindest-GdS angegeben, die für Endoprothesen bei bestmöglichem Behandlungsergebnis gelten. Bei eingeschränkter Versorgungsqualität sind höhere Werte angemessen. Die Versorgungsqualität kann insbesondere beeinträchtigt sein durch Beweglichkeits- und Belastungseinschränkung, Nervenschädigung, deutliche Muskelminderung, ausgeprägte Narbenbildung. Die in der GdS-Tabelle angegebenen Werte schließen die bei der jeweiligen Versorgungsart üblicherweise gebotenen Beschränkungen ein.

- **Hüftgelenk**

Bei einseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens 10,

Bei beidseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens 20;

- **Kniegelenk**

Bei einseitiger Totalendoprothese beträgt der GdS mindestens 20,

Bei beidseitiger Totalendoprothese beträgt der GdS mindestens 30,

Bei einseitiger Teilendoprothese beträgt der GdS mindestens 10,

Bei beidseitiger Teilendoprothese beträgt der GdS mindestens 20;

- **Oberes Sprunggelenk**

Bei einseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens 10,

Bei beidseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens 20;

- **Schultergelenk**

Bei einseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens 20,

Bei beidseitiger Endoprothese beträgt der GdS mindestens 40;

- **Ellenbogengelenk**

Bei einseitiger Totalendoprothese beträgt der GdS mindestens 30,

Bei beidseitiger Totalendoprothese beträgt der GdS mindestens 50;

- **Kleine Gelenke**

Endoprothesen bedingen keine wesentliche Teilhabebeeinträchtigung.“

Eine zeitliche Eingrenzung einer endoprothetischen Versorgung mit bestmöglichem Behandlungsergebnis kann nicht vorgenommen werden. Es lässt sich keine Zeitgrenze benennen, in der unterstellt werden kann, dass eine bestmögliche endoprothetische Versorgung gewährleistet ist. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat in dem Rundschreiben vom 2. September 2010 – Az. V b 3 – 48021-6/3 –, darauf hingewiesen, dass keinesfalls regelhaft ein bestimmtes Ergebnis angenommen werden kann.

Umsetzung der Dritten Änderungsverordnung

Die Durchführung des SGB IX und die Umsetzung der Änderungsverordnungen obliegt den Bundesländern und wird in Hessen durch Verfügungen der Abteilung Soziales des Regierungspräsidiums Gießen geregelt. Danach ergingen folgende Erläuterungen und Anweisungen zur Durchführung der Dritten Änderungsverordnung, die zum Verständnis der Anforderungen an die Befunderhebung bei den behandelnden Ärztinnen/Ärzten und für die Beurteilung der Behinderungen und des Gesamt-GdS/Gesamt-GdB von Bedeutung sind: Die vorgenommenen Änderungen in der Dritten Änderungsverordnung der Versorgungsmedizin-Verordnung stellen eine Änderung der Beurteilungsgrundlagen und somit der rechtlichen Verhältnisse dar. Als wesentliche Änderung im Sinne des § 48 Abs. 1 des Sozialgesetzbuches – Zehntes Buch – (SGB X) sind diese auch bei Neufeststellungsverfahren, Nachprüfungen von Amts wegen und Widerspruchsverfahren entsprechend zu berücksichtigen, wenn

eine endoprothetische Versorgung als Behinderung in einem vorhergehenden Bescheid bereits festgestellt und entsprechend bewertet wurde. Diese Beurteilung ist nunmehr anhand der geänderten Versorgungsmedizinischen Grundsätze (VMG) mit zu überprüfen, auch wenn die endoprothetische Versorgung nicht Grund der Antragstellung war.

Endoprothetische Versorgung als Behinderung im vorangehenden Bescheid

In diesen Fällen ist ein aktueller Befund über das Behandlungsergebnis der Versorgung mit endoprothetischem Gelenkersatz anzufordern und versorgungsärztlich entsprechend der Dritten Änderungsverordnung auszuwerten. Hierbei ist zu beachten, dass die neuen GdS/GdB-Werte lediglich Mindestwerte **bei bestmöglichem Behandlungsergebnis** darstellen, die nicht einfach regelhaft angenommen werden dürfen. Bei eingeschränkter Versorgungsqualität sind durchaus höhere Werte als die Mindestwerte angemessen.

Wird in den beigezogenen oder vorgelegten medizinischen Unterlagen eine eingeschränkte Versorgungsqualität beschrieben, ist zu prüfen, ob die bisherige Einzel-GdB-Bewertung für die Behinderung mit endoprothetischer Versorgung, sowie die Gewährung von Merkzeichen, hier insbesondere Merkzeichen G (erhebliche Gehbehinderung) bei einer beidseitigen Kniegelenkendoprothese, nach wie vor begründet ist.

Indikatoren für eine eingeschränkte endoprothetische Versorgungsqualität sind u.a.: Schmerzen, eine Beweglichkeits- und Belastungseinschränkung, Nervenschädigung, deutliche Muskelminderung, ausgeprägte Narbenbildung – siehe Gesetzestext.

Sofern ein Befundbericht über das Behandlungsergebnis mit endoprothetischem Gelenkersatz nicht beigezogen werden kann, da seit der Vorbeurteilung eine Behandlung nicht mehr stattgefunden hat und/oder der angeforderte Befund keine Aussage zu dem Behandlungsergebnis mit endoprothetischer Gelenkversorgung beinhaltet, ist von einem bestmöglichen Behandlungsergebnis auszugehen. In diesen Fällen ist eine Beurteilung nach den oben aufgeführten Mindest-GdS/GdB-Werten vorzunehmen und ggfs. das bereits gewährte Merkzeichen G zu entziehen. Vor einer etwaigen Herabsetzung des GdS/GdB bzw. dem Entzug des Merkzeichens/der Merkzeichen ist der behinderte Mensch gem. § 24 SGB X anzuhören. Hier hat er Gelegenheit seine gegenteilige Ansicht darzulegen und weitere Angaben zum Ergebnis der endoprothetischen Versorgung zu machen.

Sofern die Herabsetzung des Einzel-GdB einer Behinderung mit endoprothetischer Versorgung keine Auswirkungen auf die Höhe des Gesamt-GdB und/oder die Vergabe von Merkzeichen hat, verbleibt es bei einem Aktenvermerk, da lediglich Gesamt-GdB und/oder die Vergabe von Merkzeichen Gegenstand der schwerbehindertenrechtlichen Feststellung sind. In diesem Fall wird keine weitere Sachaufklärung hinsichtlich der Endoprothetik erfolgen.

Erstmalige Feststellung einer endoprothetischen Versorgung als Behinderung

Bei der erstmaligen Bewertung der endoprothetischen Versorgung ist, sofern zwischen der Implantation des Gelenkersatzes und dem Zeitpunkt der Feststellung keine sechs Monate (Erreichen eines Dauerzustandes) vergangen sind, hinsichtlich der Qualität des Behandlungsergebnisses

in der Regel zunächst von einem bestmöglichen Behandlungsergebnis auszugehen und der Mindest-GdS/GdB-Wert anzugeben.

Eine Abweichung von dieser Vorgehensweise ist zu begründen, wenn bereits zu diesem Zeitpunkt ärztlicherseits prognostisch abzusehen ist, dass auch nach Ablauf von sechs Monaten ein bestmögliches Behandlungsergebnis nicht zu erreichen ist.

Zusammenfassung

Seit dem 17. Dezember 2010 ist eine Dritte Neuausrichtung der Beurteilungsrichtlinien in den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen erfolgt, die neben den Behinderungen Autismus und Sehstörungen die endoprothetische Versorgung der Gelenke betrifft. Hierbei wurde vor allem berücksichtigt, dass sich das auf die Teilhabe auswirkende Behandlungsergebnis nach

endoprothetischem Gelenkersatz in den letzten 15 Jahren wesentlich gebessert hat.

Die Durchführung der Dritten Änderungsverordnung beinhaltet, dass die neuen Beurteilungskriterien für die endoprothetische Versorgung nicht nur bei Erstanträgen zu berücksichtigen sind, sondern eine Überprüfung der bereits festgestellten Endoprothesen auch dann erforderlich wird, wenn die Akte wegen eines Änderungsantrages, einer Nachuntersuchung von Amts wegen oder eines Widerspruchsverfahren einer erneuten ärztlichen Beurteilung des Gesamtleidenszustandes unterliegt. Die Überprüfung ist auch durchzuführen, wenn die endoprothetische Versorgung nicht Grund der Antragstellung war.

Die Dritte Änderungsverordnung der Versorgungsmedizin-Verordnung stellt eine Änderung der Beurteilungsgrundlagen und

somit der rechtlichen Verhältnisse dar, welche eine Herabsetzung des GdS/GdB und einen Entzug der Merkzeichen begründen kann.

Literatur

Versorgungsmedizin-Verordnung – Versorgungsmedizinische Grundsätze, 2009, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2008 Teil I Nr. 57, S. 2412, 2413 i.V.m. BGBl. 2008 Teil I Nr. 57, Anlagenband G 5702)

Dritte Verordnung zur Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung vom 17. Dezember 2010 (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2010 Teil I Nr. 66, Blatt 2124)

Anschrift der Verfasserin

Leitende Medizinaldirektorin Ruth Böhr

Leitende Ärztin Abteilung VI-Soziales

Regierungspräsidium Gießen

Dezernat 63

Landgraf-Philipp-Platz 1-7

35390 Gießen

E-Mail: ruth.boehr@rpgi.hessen.de

Ausschreibung: August Wilhelm und Lieselotte Becht-Forschungspreis 2011 der Deutschen Stiftung für Herzforschung

Bewerbungsschluss: 5. Juli 2011

Die Deutsche Stiftung für Herzforschung vergibt auch 2011 den August Wilhelm und Lieselotte Becht-Forschungspreis. Ausgezeichnet wird eine wissenschaftlich hochwertige und zugleich patientennahe Forschungsarbeit auf dem Gebiet der Herzkreislauf-Krankheiten. Der Preis ist mit 15.000 Euro dotiert und dient der Nachwuchsförderung. Teilnahmeberechtigt sind in Deutschland tätige Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die das 40. Lebensjahr noch nicht überschritten haben. Die Arbeiten dürfen einen Gesamtumfang von 25 Seiten nicht übersteigen und in dieser Form noch nicht veröffentlicht sein. Eine Zusammenfassung in deutscher Sprache ist sowohl englischsprachigen Arbeiten als auch deutschen Texten voranzustellen.

Die Bewerbungsunterlagen mit tabellarischem Lebenslauf und der Einverständniserklärung der Co-Autoren sowie deren Angabe zu ihren Arbeitsanteilen sind bis zum 5. Juli 2011 (Poststempel) in zweifacher Ausfertigung und zusätzlich in einer

anonymisierten Fassung als pdf- oder Word-Datei auf einem Datenträger zu senden an: Deutsche Stiftung für Herzforschung, Vogtstraße 50, 60322 Frankfurt am Main. Alternativ kann die Antragstellung auch online unter www.dshf.de/bewerben_online.php erfolgen. Alle Bewerbungen werden einem Gutachtergremium vollständig anonymisiert vorgelegt und nach einem Punktesystem bewertet.

Der Bewerber verpflichtet sich, im Falle der Prämierung eine für die Veröffentlichung in der Zeitschrift der Deutschen Herzstiftung HERZ HEUTE allgemeinverständliche Kurzfassung zu erstellen. Über die Vergabe des Preises entscheidet der Vorstand der Deutschen Stiftung für Herzforschung auf Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats. Die Preisverleihung erfolgt im Rahmen der Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie im Oktober 2011 in Düsseldorf.

Weitere Informationen finden Sie unter www.herzstiftung.de oder www.dshf.de

Erstaunliche Einblicke und spannende Entdeckungen

Ausstellung „Expressionismus im Rhein-Main-Gebiet. Künstler-Händler-Sammler“ im Frankfurter Museum Giersch

Lust auf „Mussecco“ in neoklassizistischem Ambiente? Bei einer anregenden Mixtur aus Museum und Prosecco können Besucher die Dauerausstellung des Museums Giersch in Frankfurt kennen lernen und dabei Allerlei über seine Trägerin, die Stiftung Giersch erfahren. 1994 gegründet, hatte die private Stiftung eine Villa am Frankfurter Museumsufer sanieren und zu einem Ausstellungsgebäude umbauen lassen. Im Jahr 2000 wurde das Museum Giersch eröffnet. Noch heute versetzen die prächtigen Holztüren, Wandtäfelungen und Glasintarsien im Parterre in die großbürgerliche Zeit der Familie Holzmann, für die die Villa 1910 errichtet worden war. Wer nach kurzem Eintauchen in die Vergangenheit die geschwungenen Treppen in die oberen Geschosse empor steigt, findet sich dort in modernen Ausstellungsräumen wieder. Aus allen Bereichen von Malerei, Fotografie, Skulptur, Grafik und Architektur werden hier Wechselausstellungen zur vielfältigen Kunst- und Kulturgeschichte des Rhein-Main-Gebietes gezeigt.

Inspiziert durch den Taunus

Unter dem Titel „Expressionismus im Rhein-Main-Gebiet. Künstler-Händler-Sammler“ zieht derzeit eine ganz besondere Ausstellung in ihren Bann: Im Rahmen des vom Kulturfonds Frankfurt RheinMain initiierten Großprojekts „Phänomen Expressionismus“ bietet die Schau mit 138 Exponaten von 59 Künstlern aus öffentlichem und privaten Besitz erstmalig einen umfassenden Überblick über den Expressionismus in der Region. Dabei hält sie auch erstaunliche Einblicke und spannende Entdeckungen bereit. Wer hätte etwa gewusst, dass der Frankfurter Kunsthändler Ludwig Schames und der ebenfalls aus Frankfurt stammende Sammler Carl Hagemann zu den wenigen Menschen zählten, die Ernst Ludwig Kirchner zu seinen Vertrauten zählte? Der als ausgesprochen schwierig und misstrauisch geltende Maler ist mit einigen in der Region entstandenen Werken in der Ausstellung vertreten. Mehr-



Carl Gutschmann: Figürliche Komposition, 1920
Öl auf Leinwand
Stadt- und Kreis-Sparkasse Darmstadt
© Nachlass Carl Gutschmann,
www.gutschmann.de, Kat. Nr. 18

mals hatte er sich in den Jahren 1915 und 1916 im Sanatorium Kohnstamm in Königstein behandeln lassen, um seine Kriegstraumata und die daraus resultierende Alkohol- und Morphiumabhängigkeit zu überwinden. Der Holzschnitt „Nervöse beim Diner“ und das bedrohlich anmutende, zugleich jedoch in leuchtenden Farben schwelgende Ölbild „Königstein mit roter Kirche“ stammen aus jener Zeit, in der Landschaft und Szenerien des Taunus Eingang in seine Arbeiten fanden.

Eindrücke des 1. Weltkrieges

Wie Kirchner litten die beiden anderen herausragenden Vertreter des Expressionismus Alexej von Jawlensky und Max Beckmann, die ebenfalls zeitweise im Rhein-Main-Gebiet lebten und arbeiteten, seelisch unter den Folgen des ersten Weltkrieges. Die nackten Beine gespreizt, hängt eine Frau mit gefesselten Handgelenken an einem Fenster, mit unwürdiger Grausamkeit wird einem Mann in der Dachkammer der Arm umgedreht: „Die Hölle“ – so

hat Beckmann jenen Zyklus überschrieben, zu dem die Lithografie „Die Nacht“ zählt. Bis zu seinem psychischen und körperlichen Zusammenbruch erlebte Beckmann den ersten Weltkrieg als freiwilliger Sanitätssoldat in Flandern. Ausdrucksstark und kantig gab Beckmann die Eindrücke des Krieges wieder. 1915 übersiedelte er nach Frankfurt, fand ein Atelier an der Schweizer Straße und wurde zehn Jahre später Professor an der Städelschule. Angespannt, die untere Zahnreihe gebleckt, so portraitierte sich Jawlensky in seinem Selbstbildnis mit rotem Schal vor dem Hintergrund des düster in den Himmel gereckten Frankfurter Doms. 1921 war er nach Wiesbaden gezogen, um dort nach neuen künstlerischen Ausdrucksformen zu suchen.

Werke aus der Region

Eine einheitliche expressionistische Kunstszene gab es damals im Rhein-Main-Gebiet nicht, doch als künstlerische Bewegung war der Expressionismus in der Region sehr wohl angekommen. So ließen sich auch die in Frankfurt lebenden Künstler Franz Karl Delavilla, August Babberger und Alexander Soldenhoff von der neuen Kunstrichtung inspirieren. Die Maler Emil Betzler, Gottfried Diehl und Hanns Ludwig Katz gründeten 1920 die Gruppe „Ghat“. In Darmstadt bildete sich 1919 die „Sezession“, die ein Jahr später die Schau „Deutscher Expressionismus Darmstadt 1920“ veranstaltete. Beiden Gruppen widmet die Ausstellung eigene Bereiche. In anderen Räumen werden Einblicke in die Sammlungen Hagemanns, Hanna Bekker vom Rath oder Heinrich Kirchoffs aus Wiesbaden gewährt. Zu den wichtigen Themen des Expressionismus sind in Exponaten-Gruppen Portraits, Menschen in der Natur – wie etwa Carl Gutschmanns farben- und sinnfrohe „Figürliche Komposition“ (1920), urbane Szenen und Bilder mit religiösen Motiven zu bestaunen.

Gemeinsam bilden die Gemälde, Aquarelle, Zeichnungen, Druckgrafiken und Skulpturen ein facettenreiches Bild des expressio-

nistischen Kunstbetriebes im Rhein-Main-Gebiet.

Die Ausstellung im Museum Giersch, Schaumainkai 83, 60596 Frankfurt am

Main, Tel. 069 63304-128, www.museum-giersch.de, läuft bis zum 17. Juli 2011.

Nächste Mussecco-Veranstaltung am 30. Juni 2011 von 16:30 – 18:30 Uhr. An-

meldung erforderlich. Weitere Informationen unter www.kultur-erlebnis.de

Katja Möhrle

Blaubarts Geheimnis

Ballett von Stephan Thoss

Musik von Henryk Górecki und Philip Glass, Staatstheater Wiesbaden

Die Figur des frauenmordenden Blaubarts gehört zu den unheimlichen und unbeliebten Gestalten der europäischen Literaturgeschichte. In einer Märchensammlung «Histoires ou Contes du temps passé avec des moralités» des französischen Schriftstellers Charles Perrault ist seine Geschichte im Jahre 1697 erstmalig niedergeschrieben worden. Eine junge Frau gibt nach anfänglichem Zögern dem Werben eines älteren Mannes nach. Das große Vermögen tröstet sie über den Makel seiner Hässlichkeit und seines Alters. Sie folgt ihm auf sein Schloss. Nach kurzer Zeit begibt sich Blaubart auf eine Reise. Er vertraut seiner Frau die Schlüssel seines Schlosses mit dem Hinweis an, alle benutzen zu dürfen, bis auf einen kleinen goldenen. Sie öffnet jedoch mit dem verbotenen, goldenen Schlüssel eine Tür, hinter der sie die Leichen ihrer Vorgängerinnen, der früheren Frauen Blaubarts findet. Voller Entsetzen lässt sie den goldenen Schlüssel auf den blutigen Boden fallen. Blaubart findet schnell heraus, dass sie die verbotene Tür geöffnet hat, denn das Blut lässt sich von dem goldenen Schlüssel nicht mehr entfernen.

Blaubart droht, seine junge Frau ebenfalls umzubringen, jedoch kommen in letzter Sekunde die Brüder zur Hilfe, die das Schloss besuchen. Sie bringen ihrerseits Blaubart um und sie wird zur Alleinerbin. Sie entlohnt ihre Familie großzügig und gründet mit dem Geld eine neue Existenz mit einem jungen Mann, der sie, wie das Märchen einfühlsam beschreibt, die schlimme Zeit vergessen lässt.

Thoss wandelt das Thema

Das mythologische Thema ist in vielen europäischen Ländern präsent. Blaubart ist ein alt werdender Adliger und reicher Mann. Er begehrt Judith aus armen Hause stammend und viel jünger als er, zur Frau. Hin- und hergerissen ob des ungeliebten Mannes gehorcht Judith dem Druck ihrer Familie und heiratet Blaubart. Sie geht zu ihm auf sein Schloss, er empfängt sie liebenswürdig und nach einer kurzen Zeit der Gemeinsamkeit überreicht er ihr die Schlüssel des Schlosses und weist sie an, das gesamte Schloss kennen zu lernen. Sie dürfe alle Räume betreten, bis auf einen. Judith hört nicht auf den Rat und betritt auch diesen Raum (die siebte Tür) und zu ihrem Schrecken findet sie dahinter sechs Leichen der ehemaligen Frauen von Blaubart.

Doch Thoss interpretiert das Thema neu. Er sieht in dem Thema ein Paradigma für das Verhalten von Männern und Frauen, für die Unfähigkeit zu Beziehungen und für Machtverhältnisse in Partnerschaften. Blaubart ist hin- und hergerissen von der Attraktivität und der Anziehungskraft der Frau einerseits, er steht jedoch auch unter der Macht seiner dominierenden Mutter. Beide wollen, dass ihre Beziehung gelingt, die Vergangenheit steht bedrohlich zwischen ihnen. Im übertragenen Sinne hat jeder „seine Leichen im Keller“, gescheiterte Beziehungen, mit denen sich der neue Partner auseinandersetzen muss. Vorausgegangene Liebesbeziehungen haben Spuren und Narben in der Seele der Partner hinterlassen und haben fortwir-

kende Einflüsse auf die Beziehungsfähigkeit.

Die beiden wachsen enger zusammen und ergründen Blaubarts Geheimnisse, auch jenes, mit dem sich dieser selbst nicht auseinandersetzen kann, und das bis jetzt, unbewusste Einflüsse ausübend, jede Beziehung zum Scheitern verurteilt hat. Thoss sucht ein versöhnliches Ende, in dem die beiden zu einer neuen Gemeinsamkeit finden und die Einflüsse der Mutter zu überwinden lernen.

Die Musik der beiden Zeitgenossen Henryk Górecki (1933 in Polen geboren) und Philip Glass (1937 in Baltimore, USA geboren) öffnen überraschende Fenster zu inneren und äußeren Bildern. Die musikalische Begleitung des Orchesters des Hessischen Staatstheaters aus Wiesbaden unter der Leitung von Wolfgang Ott ist virtuos und liefert neben der Kostümgestaltung und der Choreographie des Balletts einen Sinnesrausch optischer und akustischer Art. Die Uraufführung fand am 12. Februar 2011 statt, weitere Termine sind im Internet abrufbar.

Die Liebe öffnet geheime Türen, sie ermöglicht neues Denken, eine neue Beziehungsfähigkeit, und fördert ein neues Miteinander. Die kreative Bearbeitung des Themas von Stefan Thoss reizt alle Sinne und liefert stimulierende, getanzte Bilder und akustische Eindrücke.

Dr. med. Siegmund Drexler

Sicherer Verordnen

Krebstherapeutika – Kardiovaskuläre UAW

In einer Übersicht werden unerwünschte Wirkungen (UAW) gebräuchlicher Zytostatika auf das kardiovaskuläre System besprochen:

- Alkylantien wie Cyclophosphamid (Endoxan®): selten hämorrhagische Myokarditis in höheren Dosierungen.
- Anthrazykline wie Doxorubicin (Generika): dosis-abhängige progressive Kardiomyopathie, typischerweise erst nach Jahren nach der Behandlung auftretend, verstärkt durch zusätzliche thorakale Radiotherapie.
- Anti-HER2-Therapeutika wie Trastuzumab (Herceptin®) oder Lapatinib (Tyverb®): akute, meist reversible kardiale Dysfunktion, verstärkt in Kombination mit Anthrazyclinen oder Taxanen.
- Angiogenese-Inhibitoren wie Bevacizumab (Avastin®) oder Sunitinib (Sutent®) / Sorafenib (Nexavar®): arterielle Hypertonie, Thromboembolien, kardiale Dysfunktion.
- BCR-ABL-Inhibitoren wie Imatinib (Glivec®)/Nilotinib (Tasigna®)/Dasatinib (Sprycel®): Ödeme, Herzinsuffizienz.
- Tamoxifen (Generika) und Aromatasehemmer Anastrozol (Arimidex®)/Letrozol (Femara®)/Exemestan (Aromasin®): Thromboembolien, insbesondere Tamoxifen.
- Taxane wie Paclitaxel (Generika) oder Docetaxel (Taxotere®): akute Bradykardien, in Kombination mit Anthrazyclinen kontraktile Dysfunktion.

Die Autoren verweisen auf eine engmaschige Kontrolle der Herz-Kreislauf-Funktionen zu Beginn und während einer Behandlung, insbesondere bei vorgeschädigten oder älteren Patienten.

Quelle: *Schweiz Med Forum* 2010; 10(8): 143-7

Metamizol – altes Risiko neu aufgetreten

Unter der Therapie mit Tilidin (Generika), Metamizol (Generika) und Diclofenac (Generika) wegen einer pathologischen Schenkelhalsfraktur traten bei einem 17-jährigen Patienten Symptome einer toxischen Agranulozytose auf. Nach Ausschluss an-

derer Erkrankungen konnte die medikamentös-toxische Agranulozytose am ehesten Metamizol ursächlich zugeordnet werden (Inzidenz nach einer schwedischen Studie circa 1:5.000, Marktrücknahme von Metamizol in zahlreichen Ländern). Die Letalitätsrate dieser schweren unerwünschten Wirkung ging seit Einführung von Granulozyten-koloniestimulierenden Faktoren wie Filgrastim (Neupogen®, Generika) erheblich zurück. Trotzdem stellt sich die Frage, ob die stetige Zunahme der Verordnungen (2009 über 110 Millionen Tagesdosen allein zu Lasten der GKV) den begrenzten zugelassenen Indikationen entspricht (anzuwenden nur bei akuten starken Schmerzen und hohem Fieber, wenn andere therapeutische Maßnahmen nicht indiziert sind bzw. nicht ansprechen).

Zusätzlich mögliche psychiatrische Störungen und lebensbedrohliche hypotensive Reaktionen lassen es geraten erscheinen, eine Indikation von Metamizol auch in der Notfallmedizin nur streng zu stellen. Quellen: *Dtsch. Med. Wschr.* 2011; 136: 365-8; *Schwabe-Paffrath, Arzneiverordnungsreport 2010, S. 267; Notarzt* 2004; 20: 105-8

Modafinil – Therapieeinschränkungen

Die europäische Arzneimittelbehörde EMA hat aufgrund schwerwiegender Hautreaktionen und psychiatrischer Erkrankungen die Anwendungsgebiete von Modafinil (Vigil®) eingeschränkt. Modafinil kann nur noch bei Patienten mit exzessiver Schläfrigkeit, verbunden mit Narkolepsie, angewandt werden. Zur Therapie eines Schlafapnoe- oder Schichtarbeiter-Syndroms wird das Nutzen/Risiko-Verhältnis von Modafinil nicht mehr als positiv eingeschätzt.

Der Wirkungsmechanismus von Modafinil ist nicht genau bekannt. Ein Teil der Wirkung beruht auf einer durch α_1 -Adrenorezeptoren vermittelten zentralen Aktivierung ähnlich den Amphetaminen. In einer Studie wurde herausgefunden, dass eine längere Aufnahme dieser Stoffe das Risiko, nach Jahrzehnten an Morbus Parkinson zu erkranken, um 60 % erhöhen könnte – möglicherweise durch eine Wirkung

auf den Dopaminstoffwechsel. Ein Beweis steht noch aus.

Quellen: *AkdÄ Drug Safety Mail* 2011-143; www.aerzteblatt.de/nachrichten/44796

Compliance etc. – Begriffserklärungen

Die Bedeutung von Begriffen in der Medizin unterliegt oft einem zeitlichen Wandel. Nachfolgend ein Versuch einer Definition miteinander verbundener Begriffe für das individuelle Verhalten von Patienten gegenüber den Empfehlungen des Arztes zu einer erforderlich gehaltenen Arzneimitteltherapie:

Adhärenz: Gilt anstelle des Begriffes „Compliance“, der aus der Zeit paternalistischer Arzt-Patienten-Beziehungen stammt, als Oberbegriff, kann mit „Therapietreue“ gleichgesetzt werden.

Non-Compliance: Einnahme eines Medikaments nicht wie empfohlen (z.B. unregelmäßig aus Vergesslichkeit, falsche Einnahmeweise, bewusstes Auslassen als sog. Arzneimittel-Ferien, sog. Weißkittel-compliance: Einnahme nur kurz vor oder nach einem Arztbesuch).

Non-Akzeptanz: Nicht-Einlösen einer Verordnung in einer Apotheke, das Rezeptblatt wird weggeworfen.

Non-Persistenz: Abbruch der Tabletteneinnahme nach einiger Zeit aus unterschiedlichen Gründen (z.B. Unverträglichkeit, Krankheitssymptome verschwunden), ohne Rücksprache mit dem verordnenden Arzt.

Konkordanz: Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt (oder Apotheker) mit betonter aktiver Rolle des Patienten, d.h. gemeinsam getroffene Therapieentscheidungen. Unzureichende Umsetzung durch den Patienten bei vorheriger Übereinstimmung kann auf eine mangelhafte Kommunikation deuten.

Quelle: *Ärztezeitung/Apotheker plus Nr. 9 vom 15.5.2009, S. 5 (modifiziert)*

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 4/2011

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

I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Kompaktkurs Zweite Leichenschau (gemäß dem Friedhofs- und Bestattungsgesetz)

Der Kurs gliedert sich wie folgt: Theorie (6,5 Stunden); Praktische Schulung (50 Stunden im Krematorium mit Untersuchung von mindestens 100 Leichen); Abschlussprüfung (1,5 Stunden)

Beginn: Samstag, 11. Juni 2011, 09:00 – 16:30 Uhr insg. 62 P

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

Teilnahmebeitrag: insg. € 655 (davon Theorie € 200, prakt. Schulung € 400, Prüfung € 55), (Akademiemitgl. insg. € 635)

Teilnehmerzahl: max. 15

Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,
Fon: 06032 782-208, Fax: 069 97672-67208
E-Mail: ingrid.krahe@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, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,
E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Existenzgründerplanspiel für Ärztinnen und Ärzte – ein innovatives Planspielkonzept

Freitag, 23. Sep. 2011, 16:00 – 20:30 Uhr und

Samstag, 24. Sep. 2011, 09:00 – 18:30 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. V. Liebig, Ulm

Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
Fon: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Repetitorium Frauenheilkunde

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

Montag, 24. – Freitag, 28. Okt. 2011

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, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,
Fon: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,
E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Fachgebiet Arbeitsmedizin

In Kooperation mit dem Präventionsdienst Würzburg der BGW, der Hess. Arbeitsschutzverwaltung, dem LV Hessen des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte.

Nichts bleibt wie es war! – oder doch?

Neue Rechtsgrundlagen für Arbeits- u. Betriebsmediziner

Mittwoch, 15. Juni 2011, 14:00 – 19:00 Uhr 6 P

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Leitung: Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim
Dipl.-Ing. S. Stabel, Würzburg

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,
Fon: 06032 782-283, Fax: 069 97672-67283,
E-Mail: luise.stieler@laekh.de

4. Sommerakademie

Montag, 22. Aug. – Freitag, 26. Aug. 2011, jew. 13:00 – 21:00 Uhr

vorl. Programmübersicht:

Montag: Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz gem. RÖV f. Ärzte u. Medizinphysikexperten

Dienstag: Hautkrebsscreening

Mittwoch: Medizinische Rehabilitation gem. neuer Reha-Richtlinie (§135 Abs.2 SGB V)
Notfallmanagement in der niedergelassenen Praxis – Mega-Code-Training

Donnerstag: Intensivkurs / Hygiene in Arztpraxen

Freitag: EKG-Refresher

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage, Fortbildungen auch einzeln buchbar

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,
Fon: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,
E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Frauenheilkunde

MIC I – Kurs

Termin: auf Anfrage

Leitung: Prof. Dr. med. H.-R. Tinneberg, Gießen

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,
Fon: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,
E-Mail: melanie.turano@laekh.de





Schnittstelle Medizin und Physiotherapie

In Zusammenarbeit mit dem Dt. Verband für Physiotherapeuten.

Samstag, 27. Aug. 2011

Leitung: Prof. Dr. med. A. Henneberg, Frankfurt a. M.
H.-Y. Massuger, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 80 (Akademiemitgl. € 72)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Fon: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Impfkurs – Fachgebiet Öffentliches Gesundheitswesen

Samstag, 08. Okt. 2011, 09:00 – 17:30 Uhr 11 P

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

Teilnahmebeitrag: € 160 (Akademiemitgl. € 144)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltcher, Akademie,

Fon: 06032 782-211, Fax: 069 97672-211,

E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de

Rheumatologie

Rheuma an einem Tag 5 P

Mittwoch, 26. Okt. 2011, 15:00 Uhr – 19:00 Uhr

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

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Max. Teilnehmerzahl: 30

Tagungsort: Bad Nauheim, Kerckhoff-REHA-Zentrum

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Fon: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Repetitorium Innere Medizin 2011

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

Montag, 21. – Samstag, 26. Nov. 2011 insg. 51 P

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

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

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

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

25. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin des Klinikums der J. W. Goethe-Universität.

Montag, 26. Sep. – Freitag, 30. Sep. 2011 55 P

Leitung: PD Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt a. M.

PD Dr. med. S. Fichtlscherer, Frankfurt a. M.

Prof. Dr. med. T. O. F. Wagner, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 550 (Akademiemitgl. € 495)

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

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Fon: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Risikomanagement für Ärzte

Samstag, 08. Okt. 2011, 09:00 – ca. 17:00 Uhr

Leitung: Dr. med. W. Merkle, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Fon: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Workshop „Psychiatrie und Philosophie“

Mittwoch, 16. Nov. 2011 11 P

Leitung: Dr. med. F. Bossong, Hadamar

Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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

Aktuelles aus Nephrologie und Nierentransplantation – Wissen für die Praxis

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

Mittwoch, 14. Sep. 2011, 18:00 – 20:30 Uhr

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

Tagungsort: Klein-Linden, Bürgerhaus

Auskunft: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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



II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Std.)

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

Freitag, 19. Aug. – Sonntag, 21. Aug. 2011	G1-G3
Freitag, 09. Sep. – Sonntag, 11. Sep. 2011	G4-G6
Samstag, 01. Okt. – Montag, 03. Okt. 2011	G7-G9
Freitag, 18. Nov. – Sonntag, 20. Nov. 2011	G10-G12
Samstag, 03. Dez. – Sonntag, 04. Dez. 2011	G13-G14
Samstag, 10. Dez. 2011	G15

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (6 Std.) / Fallseminare (2 Std.) / GP-Kurse (80 Std.)

Samstag, 20. Aug. 2011
Samstag, 01. Okt. – Sonntag, 02. Okt. 2011
Samstag, 10. Dez. – Sonntag, 11. Dez. 2011
Leitung: Dr. med. W. Marić-Oehler, Bad Homburg
Teilnahmebeitrag: auf Anfrage
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,
 Fon: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,
 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, 22. Juni 2011, 08:30-17:45 Uhr **13 P**
Leitung: Dr. med. T. Umscheid, Bad Nauheim
Teilnahmebeitrag: € 220 (Akademiemitgl. € 198)
max. Teilnehmerzahl: 6
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,
 Fon: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,
 E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

Mittwoch/Donnerstag, 07./08. Dez. 2011 **16 P**
Leitung: Prof. Dr. med. V. Kretschmer, Rostock
Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
 Fon: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Prüferarzt 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, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,
 Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,
 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.
Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005
 Kurs B **09. Sep. – 10. Sep. 2011** **20 Std.** **20 P**
Weiterbildungsordnung ab 1999
 Block 17 Kurs B wird anerkannt
Teilnahmebeitrag 2011: 20 Std. € 300 (Akademiemitgl. € 270)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
 Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,
 E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

A2 Samstag, 10. Sep. – Samstag, 17. Sep. 2011
B2 Samstag, 22. Okt. – Samstag, 29. Okt. 2011
C2 Samstag, 26. Nov. – Samstag, 03. Dez. 2011
Leitung: Prof. Dr. med. H.-J. Weitowitz, Dr. med. D. Kobosil
Teilnahmebeitrag pro Kursteil: € 490 (Akademiemitgl. € 441)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,
 Fon: 06032 782-283, Fax: 069 97672-67283,
 E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes (HFD) und dem Hessischen Hausärzterverband; zertifiziert als DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2.
Mittwoch, 08. Juni 2011, 15:30 – 20:00 Uhr **6 P**
Teil 3: Die nichtmedikamentöse Diabetestherapie
Leitung: Dr. oec. troph. H. Raab, Frankfurt a.M.
Teil 4: Insulintherapie für die Praxis
Leitung: Dr. med. H.-J. Arndt, Nidda
Teilnahmebeitrag: € 30 (Akademiemitgl. kostenfrei)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,
 Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,
 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de
Weitere Termine 2011:
Mittwoch, 07. Sep. 2011 Teile 5 und 6 **6 P**
Mittwoch, 30. Nov. 2011 Teile 1 und 2 **6 P**





Curriculum Organspende (insg. 40 Std.)

Kriseninterventionsseminar (8 Std.)

(Für Teilnehmer, die bereits den theoretischen Teil absolviert haben.)

Mittwoch, 15. Juni und Mittwoch 17. Aug. 2011

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Leitung: Dr. med. W. O. Bechstein, Ffm., Dr. med. U. Samuel, Mainz

Teilnahmebeitrag: € 330 (Akademiemitgl. € 297)

excl. Getränke am Abend in Schloß Rauischholzhausen

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

Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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

Ernährungsmedizin (100 Std.)

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer) **insg. 100 P**
Kurs hat bereits begonnen (s. HÄBl 02/11)

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. J. Stein, Frankfurt a. M.

Dr. med. K. Winckler, Frankfurt a. M.

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Notfallmedizinische Fortbildung

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD

Freitag, 30. Sep. – Sonntag, 02. Okt. 2011

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

Teilnahmebeitrag: € 400 (Akademiemitgl. € 360)

Notfallmedizinisches Intensivtraining

in der niedergelassenen Praxis

Samstag, 24. Sep. 2011

10 P

Leitung: Dr. med. A. Dorsch, Haimhausen

Teilnahmebeitrag: € 240 (Akademiemitgl. € 216)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

WH-Seminar Leitender Notarzt

Samstag, 01. Okt. 2011

Leitung: D. Kann, K.-H. Krütt, Kassel

Tagungsort: Kassel

Seminar Leitender Notarzt

Samstag, 19. – Dienstag, 22. Nov. 2011

Leitung: D. Kann, K.-H. Krütt, Kassel

Tagungsort: Kassel

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Fon: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Marburger Kompaktkurs „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“

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

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

Freitag, 30. Sep. – Samstag, 08. Okt. 2011

Leitung: Dr. med. C. Kill, Marburg

Tagungsort: Marburg, Universitätsklinikum Gießen/Marburg,

Hörsaalgebäude 3, Conradstr.

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

Auskunft und Anmeldung: DRK Rettungsdienst Mittelhessen,

Bildungszentrum, Postfach 1720, 35007 Marburg,

Fon: 06421 950-220, Fax: -225, E-Mail: info@bzmmh.de

Medizinische Rehabilitation

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

Samstag, 18. Juni 2011, 09:00 – 17:00 Uhr

21 P

Leitung: Prof. Dr. med. T. Wendt, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 200 (Akademiemitgl. € 180)

Tagungsort: Bad Nauheim,

Rehazentrum der DRV-Bund Klinik Wetterau, Zanderstr. 30-32

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Modul III: **Freitag, 01. – Samstag, 02. Juli 2011** **16 P**

Teilnahmebeitrag: € 232 (Akademiemitgl. € 208)

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

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Fon: 06032 782-283, Fax: 069 97672-67283,

E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Didaktik

Moderatorentaining

Freitag, 04. – Samstag, 05. Nov. 2011

Leitung: Dr. med. Wolfgang Zeckey, Fulda

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Teilnahmebeitrag: € 360 (Akademiemitgl. € 324)

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

Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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

Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

17. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

IV. Freitag, 17. Juni – Sonntag, 19. Juni 2011 **20 P**

V. Freitag, 12. Aug. – Sonntag, 14. Aug. 2011 **20 P**

VI. Freitag, 18. Nov. – Sonntag, 20. Nov. 2011 **20 P**

Zusatztermin für Teilnehmer, die mind. zum dritten Mal am Curriculum teilnehmen:

Freitag, 09. Dez. – Sonntag, 11. Dez. 2011

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

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

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

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

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

Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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





Palliativmedizin

Fallseminar Modul III **31. Okt. – 04. Nov. 2011** **40 P**

Teilnahmebeitrag: € 700 (Akademiemitgl. € 630)

Basiskurs **29. Nov. – 03. Dez. 2011** **40 P**

Teilnahmebeitrag: € 600 (Akademiemitgl. € 540)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

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: 069 97672-67202,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

34. Bad Nauheimer Psychotherapie-Tage 2011

Theorie und Praxis: (s. HÄBL. 2/2011)

Block 1: Freitag, 16. – Sonntag, 18. Sep. 2011

Block 2: Freitag, 04. – Sonntag, 06. Nov. 2011

Block 3: Freitag, 10. – Montag, 13. Febr. 2012

Block 4: Freitag, 23. – Montag, 25. März 2011

jeweils von 9:15 bis 19 Uhr

Leitung: Dr. Nawid Peseschkian, Wiesbaden

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

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

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

Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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

Ärztliches Qualitätsmanagement

Dieser Kurs wird gem. Curriculum der BÄK in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen 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 Präsenzphasen, einer E-Learning-Phase, Selbststudium sowie einem Teilnehmerprojekt, das überwiegend in Eigeninitiative / Heimarbeit zu bearbeiten ist.

Block III a: **Mittwoch, 05. – Samstag, 08. Okt. 2011**

Telelernphase: **Samstag, 08. Okt. – Mittwoch, 07. Dez. 2011**

Block III b: **Donnerstag, 08. – Samstag, 10. Dez. 2011**

Leitung: N. Walter / Dr. med. H. Herholz, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: Block III a + b: € 1.500 (Akademiemitgl. € 1.350)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Fon: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Termine 2012 in Planung!

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV

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

Samstag, 12. Nov. 2011, 09:00 – 16:15 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 130 (Akademiemitgl. € 117)

Kurse zum Erwerb der Fachkunde:

Kenntniskurs (Theoretische und Praktische Unterweisung) **13 P**

Samstag, 13. Aug. 2011

Theoret. Unterw. ab 09:00 Uhr

Prakt. Unterw. ab 13:15 Uhr; die Teilnehmerzahl ist auf 36 Personen begrenzt.

Hinweis: Theoret./Prakt. Unterweisung auch einzeln buchbar!

Teilnahmebeitrag:

für den gesamten Kurs € 140 (Akademiemitgl. € 126)

für den theoretischen Teil € 100 (Akademiemitgl. € 90)

für den praktischen Teil € 50 (Akademiemitgl. € 45)

Spezialkurs Computertomographie (vorm.) **5 P**

Spezialkurs Interventionsradiologie (nachm.) **6 P**

Samstag, 20. Aug. 2011

Teilnahmebeitrag: je € 100 (Akademiemitgl. € 90)

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

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau E. Hiltcher, Akademie,

Fon: 06032 782-211, Fax: 069 97672-67211,

E-Mail: edda.hiltcher@laekh.de

Termine Grund-/Spezialkurs Rö.-Diagnostik in Planung!

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

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

Freitag, 23. Sep. – Samstag, 24. Sep. 2011 und **32 P**

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

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

Teilnahmebeitrag: € 480 (Akademiemitgl. € 432)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Suchtmedizinische Grundversorgung (50 Std.)

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

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

Herbst 2011 Rheinland-Pfalz

Termine in Planung!

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

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

Frühjahr 2012 Hessen

Termine in Planung!

Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,

Fon: 06032 782-208, Fax: 069 97672-208,

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de





Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

AK II Mittwoch, 26. Okt. – Freitag, 04. Nov. 2011 **80 P**
GK I Mittwoch, 18. Apr. – Freitag, 27. Apr. 2012
GK II Mittwoch, 22. Aug. – Freitag, 31. Aug. 2012
AK I Mittwoch, 31. Okt. – Freitag, 09. Nov. 2012
Leitung: Dr. med. R. Diehl, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: pro Teil € 650 (Akademiemitgl. € 585)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,
 Fon: 06032 782-287, Fax: 069 97672-67287,
 E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Verkehrsmmedizinische Qualifikation

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)
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, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler Akademie,
 Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,
 E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ als Blended-Learning-Veranstaltung

Einführungsseminar: 07. Okt. 2011
Telelernphase: 08. Okt. – 11. Nov. 2011
Präsenzphase: 12. Nov. 2011
 – mit abschließender Lernerfolgskontrolle
Leitung: Dr. phil. nat. W. Köhler, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: € 200 (Akademiemitgl. € 180)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,
 Fon: 06032 782-208, Fax: 069 97672-208,
 E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.
Block C 10./11. Sep. 2011 in Wiesbaden **20 P**
 Schmerzen bei vaskulären Erkrankungen; Schmerzen bei viszeralen Erkrankungen; Tumorschmerz; Schmerzen im Alter; Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen
Leitung: Prof. Dr. med. W. Jost, Wiesbaden
 Dr. med. U. Nickel, Bad Kreuznach
Block B 05./06. Nov. 2011 in Kassel **20 P**
 Neuropathische Schmerzen; Kopfschmerzen
Leitung: Prof. Dr. med. M. Tryba/Dr. med. M. Gehling, Kassel
Teilnahmebeitrag: pro Teil € 240 (Akademiemitgl. € 216)
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,
 Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,
 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Ultraschallkurse

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

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 € 50 danach € 100. 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, Fon: 06032 782-208, 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.





Patientenbetreuung / Praxisorganisation

Telefongespräche mit schwierigen Patienten (PAT 11)

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

Termin: Interessentenliste, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132

Datenschutzbeauftragte/r in ärztlich geleiteten Einrichtungen (PAT 12)

Inhalte: Die 20-stündige Fortbildung richtet sich an Personen nichtärztlicher Fachberufe in ärztlich geleiteten Einrichtungen, die gemäß §4f des Bundesdatenschutzgesetzes die erforderliche Fachkunde zur Übernahme der Aufgaben eines/r Datenschutzbeauftragte/n erwerben möchten. Die Fortbildung wird als Blended-learning-Veranstaltung durchgeführt, d.h. die Teilnehmer/innen lernen vor Ort in der Carl-Oelemann-Schule (=Präsenzveranstaltung) und tutoriell betreut zu Hause am PC-Arbeitsplatz (=Telearnphase).

Termin Präsenzphase: Samstag, 20.08.2011 und
Samstag 10.09.2011

Termin Telearnphase: 21.08.2011 bis 17.09.2011

Teilnahmegebühr: € 255

Das Geheimnis effizienter Patienteninformation

„Weniger ist mehr!“ (PAT 13)

Inhalte: Der Workshop „Weniger ist mehr!“ hat zum Ziel, die Effektivität von Patienteninformationsmedien zu prüfen und den Teilnehmer/innen im Workshop die Grundlagentechniken zur Beurteilung der Effizienz von Patienteninformationen durch praktische Umsetzungsbeispiele zu vermitteln.

Termin: Mittwoch, 17. August 2011, 14:30 – 18:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 70

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Schwerpunkt Medizin

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

Aktualisierungskurs nach § 18a RöV (MED 2)

Der vorliegende Sonderkurs richtet sich an alle Personen, die die Frist bis zum 1. Juni 2007 zur Aktualisierung versäumt haben und damit die Fachkunde oder die Kenntnisse im Strahlenschutz derzeit nicht mehr nachweisen können.

Termin: Freitag, 26.08.2011 bis Samstag, 27.08.2011 (16 Std.)

Teilnahmegebühr: € 245

Herz und Lunge (MED 3)

Inhalte: Ruhe-EKG, Langzeitmessung-EKG, Langzeitblutdruckmessung, Spirometrie, Inhalationstherapie, Fehlermöglichkeiten. Die Fortbildung wird anerkannt bei der Qualifizierung „Nichtärztliche Praxisassistenten“.

Termin: Interessentenliste, samstags 8 Stunden

Teilnahmegebühr: € 95

Injektionen/Infusionen (MED 5)

Inhalte: Die Vorbereitung einer Injektion/Infusion, unter Beachtung von hygienischen Maßnahmen, steht neben den Übungen von Injektionstechniken im Mittelpunkt der Veranstaltung. Hierbei werden die rechtlichen Aspekte zu delegationsfähigen ärztlichen Leistungen sowie die aktuellen Forderungen der TRBA 250 berücksichtigt und als Lerninhalte vermittelt.

Termin: Samstag, 20.08.2011, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Schwerpunkt Medizin

Notfallmanagement in der Arztpraxis (MED 6)

Inhalte: Der Notfall in der Arztpraxis ist immer wieder eine Herausforderung für das gesamte Praxisteam. Die Checkliste mit den verschiedenen Kriterien zur Identifikation von Notfallpatienten, die internen Regelungen zur unverzüglichen Versorgung der Patienten und damit verbunden eine Erstellung eines Notfallplanes sind die Grundlagen. Das Praxisteam als Ganzes zu sehen und in der gemeinsamen Notfallversorgung zu trainieren ist Ziel der Fortbildung.

Termin: Mittwoch, 07.09.2011, 09:30 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Notfallmanagement (MED 7) (20 Stunden)

Inhalte: Die Fortbildung bereitet insbesondere auf Notfälle in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen vor. Die Fortbildung wird anerkannt bei der Qualifizierung „nichtärztliche Praxisassistenten“ sowie bei der Aufstiegsfortbildung zum/zur „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“.

Termin: Interessentenliste

Teilnahmegebühr: € 255

Arzneimittelversorgung (MED 11)

Medizinische Fachangestellte und Arzthelferinnen unterstützen die Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Delegation in der Betreuung und Versorgung der Patienten. Im Umfang dieses Leistungsspektrums ist die Arzneimittelversorgung ein wichtiger Aspekt. Die Fortbildung baut auf dem Wissensstand der Berufsausbildung auf, vertieft und erweitert die Kenntnisse. Die Fortbildung wird anerkannt bei der Qualifizierung „Nichtärztliche Praxisassistenten“.

Termin: Interessentenliste, 8 Stunden

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Wiedereinstieg in das Berufsleben (44 Stunden)

Ziel der Fortbildung ist es, mutig und selbstbewusst wieder in der Praxis einsteigen zu können. Erneuern Sie ihr eigenes Verständnis zum Beruf, bringen Sie sich die häufigsten Krankheitsbilder wieder in Erinnerung, Sie erfahren die Neuerungen der Abrechnung, das Wichtigste zum Thema Arbeits- und Praxishygiene und frischen Ihre Kenntnisse zur Blutentnahme und Präanalytik wieder auf.

Termin: ab Donnerstag 25.08.2011

Teilnahmegebühr: € 550

Information: Annegret Werling, Fon: 06032 782-193, Fax -180

Case Management in der ambulanten Versorgung

Zur Spezialisierung auf die chronische Erkrankung Epilepsie (CMA 2)

Inhalte erster Lehrgangabschnitt: Kommunikation und Gesprächsführung, Wahrnehmung und Motivation, Patientenbegleitung und Koordination.

Inhalte zweiter Lehrgangabschnitt: Krankheitslehre zur Erkrankung Epilepsie, Krankheitsbild in den verschiedenen Lebensabschnitten, Diagnostik und Therapie, Besonderheiten in der Interaktion mit Epilepsie-Patienten, Interaktionsmuster, individuelle Lebenssituation in der Kommunikation berücksichtigen.

Termin: ab 19.08.2011

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184





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

Inhalte theoretischer Teil: Anatomie und Röntgenanatomie, Röntgenaufnahme-technik, Spezieller Strahlenschutz, Dokumentationspflichten, Rechtsvorschriften, Richtlinien und Empfehlungen
Inhalte praktischer Teil: Praktische Übungen zur Einstellung und Belichtung von Röntgenaufnahmen, Praktische Übungen zur Qualitätssicherung, Demonstrationen
Termin: ab 02.09.2011
Teilnahmebeitrag: € 780 zuzügl. € 55 Prüfungsgebühr
Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Betriebsmedizinische Assistenz

Herz-Kreislauf und Ergometrie in der Arbeitsmedizin (BET 4)
Inhalte: Um vergleichbare und reproduzierbare Untersuchungsergebnisse bei der Ergometrie – bei vielen BG-Grundsätzen vorgeschrieben – zu erhalten, werden entsprechend den Empfehlungen des Ausschusses Arbeitsmedizin im „Leitfaden für Ergometrie“ die theoretischen und praktischen Kenntnisse vermittelt.
Termin: Freitag, 19.08.2011 bis Samstag, 20.08.2011, (10 Stunden)
Teilnahmegebühr: € 150
Ansprechpartner: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

Ambulante Versorgung älterer Menschen

Organisation und Koordination in der ambulanten Versorgung (AVÄ 5)
Inhalte: Informationsmanagement und Koordination, Mitwirkung bei Einweisung und Entlassung, Kooperation im Team mit externen Partnern und Versorgungseinrichtungen, Dokumentation/Abrechnung/Qualitätsmanagement.
Termin: Mittwoch, 10.08.2011, 10:30 – 14:15 Uhr
Teilnahmebeitrag: € 70
Hausbesuche und Versorgungsplanung (AVÄ 3)
Inhalte: Rechtliche und medizinische Rahmenbedingungen von Hausbesuchen, häusliche Rahmenbedingungen einschätzen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen, Hausbesuchstasche kontrollieren, Hausbesuchsprotokoll führen, Versorgungs- und sozialrechtliche Anträge begleiten.
Termin: Mittwoch, 10.08.2011, 14:30 – 16:45 Uhr
Teilnahmebeitrag: € 70
Wundmanagement (AVÄ 4)
Inhalte: Wundarten/-heilung/-verläufe einschätzen, Wundheilungsstörungen und Interventionsmaßnahmen, Wundversorgung, Verbandtechniken, Wundprophylaxe, Wundbehandlung dokumentieren, Hebe- und Lagerungstechniken.
Termin: Donnerstag 11.08.2011, 10:30-17:45 Uhr und Freitag, 12.08.2011, 10:30 – 12:00 Uhr
Teilnahmebeitrag: € 150
Krankheitsbilder und typische Fallkonstellationen (AVÄ 1)
Inhalte: altersmedizinische Grundlagen, demenzielles Syndrom, Diabetes und Folgekrankheiten, Krankheiten mit erhöhtem Sturzrisiko, Dekubitus, Schwerstkranke und Palliativpatienten begleiten.
Termin: Freitag, 12.08.2011, 12:45 Uhr – 17:45 Uhr
Teilnahmebeitrag: € 95
Geriatrisches Basisassessment (AVÄ 2)
Inhalte: Verfahren zur Funktions- und Fähigkeitseinschätzung, Beurteilung der Sturzgefahr, Beurteilung der Hirnleistung, Beurteilung von Nutrition und Kontinenz
Termin: Samstag 13.08.2011, 10:30 – 16:00 Uhr
Teilnahmebeitrag: € 95

Ambulante Versorgung älterer Menschen

Die Fortbildungen werden anerkannt bei den Qualifizierungen „Nichtärztliche Praxisassistenten“ und „Ambulante Versorgung älterer Menschen“.
Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Ernährungsmedizin 120 Stunden

Die nachfolgenden Themen werden als Blockveranstaltung vermittelt:
Inhalte: Überblick über Ernährungs- und Stoffwechselphysiologie, Ernährungspyramide nach Vorgabe der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Ernährung in besonderen Lebensabschnitten, Krankheitsbilder und mögliche ernährungs-therapeutische Maßnahmen, angewandte Ernährungsmedizin, Kooperation und Koordination.
Termin: ab Montag, 22.08.2011
Teilnahmegebühr Blockveranstaltung: € 950 zuzügl. € 60 Lern-erfolgskontrolle
Zusätzlich sind die Themen: Kommunikation und Gesprächsführung, Wahrnehmung und Motivation sowie Moderation zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden.
Ansprechpartner: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

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.
Beginn Pflichtteil: ab 08.09.2011
Teilnahmegebühr Pflichtteil: € 1.480, **Prüfungsgebühren:** € 200
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: Mirjana Redzic, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-140, Fax: 782-250, E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de



Abgrenzung des Befunderhebungsfehlers vom Diagnoseirrtum

Katharina Deppert

Besprechung des Urteils des VI. Zivilsenats des Bundesgerichtshof vom 21. Dezember 2010, AZ.: VI ZR 284/09, VersR 2011, 400, insbesondere zur Abgrenzung des Befunderhebungsfehlers vom Diagnoseirrtum.

Mit diesem Beitrag soll auf eine Entscheidung des VI. Zivilsenats aufmerksam gemacht werden, die eine Reihe von Grundsätzen der höchstrichterlichen Rechtsprechung anhand eines sehr anschaulichen Sachverhaltes wiederholt und präzisiert.

Sachverhalt

Der Sachverhalt ist denkbar einfach. Der Kläger ist Alleinerbe der vertraglichen Schadensersatzansprüche aus dem Behandlungsvertrag seiner inzwischen verstorbenen Ehefrau gegen das Krankenhaus und dessen Ärzte als Erfüllungshelfen (278 BGB). Voraussetzung für die Ansprüche ist, dass die geschuldete ärztliche Behandlung in einer dem fachärztlichen Standard zuwiderlaufenden Weise erbracht wurde. Dem Bundesgerichtshof lagen nur noch die Ansprüche gegen das Krankenhaus zur Beurteilung vor.

Die Ehefrau war am 9. März 2003 zu einer Meniskusoperation in das Krankenhaus aufgenommen worden. Der Anästhesist veranlasste die Anfertigung einer Röntgenaufnahme der Lunge. Die Aufnahme wurde ihm ohne Auswertung durch die Radiologen übermittelt. Bei der eigenen Auswertung der Aufnahme stellte der Anästhesist keine der Anästhesie entgegenstehenden Umstände fest. Eine ca. zwei Bildzentimeter durchmessende Verdichtungszone rechts supradiaphragmal (Rundherd) bemerkte er nicht. Am 10. März 2003 wurde die Ehefrau des Klägers erfolgreich und ohne Komplikationen am

Meniskus operiert. Im April 2004 wurde bei ihr ein Adenokarzinom im Bereich des rechten Lungenflügels festgestellt, das zu ihrem Tod am 21. Dezember 2006 führte.

Dem Anästhesisten wird nunmehr zum Vorwurf gemacht, er habe einen Rundherd, der eindeutig auf ein tumoröses Geschehen hingewiesen habe, grob fehlerhaft nicht erkannt und nicht weiter abgeklärt, so dass dieser nicht schon im März 2003 habe festgestellt werden können. Der Kläger macht geltend, dass das Karzinom noch vor der Metastasierung hätte entfernt werden können, wenn es bereits im März 2003 erkannt worden wäre.

Sorgfaltspflichten bei nicht gebotenen Vorsichtsmaßnahmen

In dem genannten Urteil wird zunächst festgehalten, dass der Anästhesist die von ihm angeforderte Röntgenaufnahme trotz der Tatsache auswerten musste, dass ihre Anfertigung vor Durchführung der Meniskusoperation medizinisch nicht geboten gewesen sein könnte. Der Senat führt aus, da das Wohl des Patienten oberstes Gebot und Richtschnur eines jeden ärztlichen Handelns sei, verpflichteten den Arzt auch die Ergebnisse solcher Untersuchungen zur Einhaltung der berufsspezifischen Sorgfalt, die medizinisch nicht verlangt waren, aber trotzdem – beispielsweise aus besonderer Vorsicht – veranlasst wurden. Auf diese Weise gewonnene Erkenntnisse dürfen von dem Arzt nicht deshalb ignoriert werden, weil keine Verpflichtung zur Durchführung der entsprechenden Untersuchung bestand.

Es stellte sich nun die weitere Frage, ob der Anästhesist lediglich verpflichtet war, die Röntgenaufnahme auf anästhesierelevante Besonderheiten auszuwerten. Eine

solche Einschränkung hat der Bundesgerichtshof verneint. Er ist der Ansicht, „aufgrund der ihm gegenüber dem Patienten obliegenden Fürsorgepflicht hat der für die Auswertung eines Befundes im konkreten Fall medizinisch verantwortliche Arzt all die Auffälligkeiten zur Kenntnis und zum Anlass für die gebotenen Maßnahmen zu nehmen, die er aus berufsfachlicher Sicht seines Fachbereichs und der Berücksichtigung der in seinem Fachbereich vorausgesetzten Kenntnisse und Fähigkeiten sowie der Behandlungssituation feststellen muss“. Vor in diesem Sinne für ihn erkennbaren „Zufallsbefunden“ darf er die Augen nicht verschließen. Der die Vorinstanzen beratende Sachverständige hatte dargelegt, dass die Verdichtung auf dem Röntgenbild als krankhafter oder zumindest kontrollbedürftiger Befund zu bewerten war und dass dies auch für einen Anästhesisten, der mit Röntgenaufnahmen der Lunge zu tun habe, erkennbar gewesen sei. Es habe sich um einen klassischen Rundherd in einer Größe von 21 x 26 mm gehandelt, der auch ohne ausdrücklichen Hinweis der Radiologen Anlass zu weiteren diagnostischen Maßnahmen gegeben habe. Er sei im oberen Bereich der Größendefinition anzusiedeln und könne nicht als klein bezeichnet werden.

Beweislastumkehr bei Befunderhebungsfehlern

Nicht nachgewiesen war in dem bisherigen Verfahren, ob die Pflichtverletzung des Anästhesisten ursächlich für den weiteren Behandlungsverlauf bis hin zum Tod der Ehefrau des Klägers gewesen ist. Grundsätzlich hat der Patient nachzuweisen, dass der eingetretene Schaden auf der Pflichtverletzung des Arztes beruht. Das Berufungsgericht hatte aber die Beweislast auf die Arztseite verlagert. Das

Berufungsgericht hatte angenommen, dass das bei der Ehefrau des Klägers im Jahre 2004 festgestellte Adenokarzinom mit hinreichender Wahrscheinlichkeit bei den notwendigen Kontrolluntersuchungen im Anschluss an die im Jahr 2003 durchgeführte Meniskusoperation erkannt worden wäre, wenn sie denn vorgenommen worden wären. Angesichts des gravierenden Befundes eines Lungenkarzinoms, hatte das Berufungsgericht gemeint, wäre eine Nichtreaktion hierauf nicht anders als durch einen groben Behandlungsfehler zu erklären, so dass es zu einer Beweislastumkehr zu Lasten der Klinik komme. Die unterlassene Abklärung des Rundherdes sei geeignet gewesen, den eingetretenen Schaden zu verursachen. Es sei auch nicht völlig unwahrscheinlich, dass der Tumor bei einer früheren Behandlung im Jahre 2003 noch rechtzeitig vor einer Metastasierung hätte entfernt werden können. Ein Sachverständiger hatte dargetan, dass bei einer kompletten chirurgischen Resektion im frühesten Tumorstadium fast 40 % der Patienten ein Tumorrezidiv innerhalb von 24 Monaten erleiden würden, jedoch auch in diesem Fall noch 60 % eine Überlebensrate von fünf Jahren hätten, so dass nicht ausgeschlossen werden könne, dass bei einer früheren Behandlung des Karzinoms jedenfalls der Tod der Ehefrau erst zu einem späteren Zeitpunkt eingetreten wäre.

Mit diesen Erwägungen hatte das Berufungsgericht der Klinik die Beweislast dafür auferlegt, dass das Karzinom nicht noch im Jahre 2003 erkannt worden wäre und dass die entsprechende Therapie das Ableben der Patientin nicht verzögert hätte. Diese Umkehr der Beweislast beruhte auf dem Umstand, dass das Berufungsgericht die Grundsätze der Rechtsprechung über den Befunderhebungsfehler angewandt hat. Ein einfacher Befunderhebungs-

fehler führt zu einer Umkehr der Beweislast, wenn die Erhebung medizinisch gebotener Befunde unterlassen wurde, die unterlassene Abklärung geeignet gewesen wäre, den eingetretenen Gesundheitsschaden erkennen zu lassen, und es nicht völlig unwahrscheinlich war, dass die gebotene Therapie zum Erfolg geführt hätte (BGH, Urteil vom 27. April 2004, NJW 2004, 2011, 2013).

Abgrenzung Befunderhebungsfehler/ Diagnoseirrtum

Nach den Ausführungen des BGH in dem besprochenen Urteil ist der Fehler des Anästhesisten, das Nichterkennen des Rundherdes, jedoch als Diagnoseirrtum und nicht als Befunderhebungsfehler zu qualifizieren.

Ein Befunderhebungsfehler, so legt der BGH dar, ist gegeben, wenn die Erhebung medizinisch gebotener Befunde unterlassen wurde. Im Unterschied dazu liegt ein Diagnoseirrtum vor, wenn der Arzt erhobene oder sonst vorliegende Befunde falsch interpretiert und deshalb nicht die aus der berufsfachlichen Sicht seines Fachbereichs gebotenen therapeutischen oder diagnostischen Maßnahmen ergreift. Vorliegend wird dem Anästhesisten eine Fehlinterpretation des erhobenen Befundes, mithin ein Diagnosefehler, zur Last gelegt. Von seinem Standpunkt aus hatte er keinen Anlass, weitere Befunde zu erheben. Ein Diagnosefehler wird nicht dadurch zu einem Befunderhebungsfehler, dass bei objektiv zutreffender Diagnosestellung noch weitere Befunde zu erheben gewesen wären.

Das Gericht hat desweiteren erwogen, ob hier nicht daneben auch ein Befunderhebungsfehler deshalb zu bejahen wäre, weil der medizinische Standard es für ge-

boten gehalten hätte, dass der Narkosearzt nach seinem „Kurblick“ die Röntgenaufnahme den Fachärzten für Radiologie zur Befunderhebung hätte wieder vorlegen müssen. Dies wurde aber offen gelassen, weil die Sachverständigen sich zu dieser Frage widersprüchlich geäußert hatten. Einer der Sachverständigen der Vorinstanzen hatte eine Vorlage der Aufnahme an die Radiologen für erforderlich gehalten. Ein anderer hatte jedoch ausdrücklich angegeben, dass der Anästhesist, wenn er das Bild angesehen und hierbei keine Auffälligkeiten festgestellt hatte, eine weitere Befundung der Aufnahme nicht habe veranlassen müssen. Dieser Widerspruch zwischen den Äußerungen der von dem Berufungsgericht eingeschalteten Sachverständigen wäre von dem Berufungsgericht aufzuklären gewesen; das muss bei der Zurückverweisung von dem Berufungsgericht noch nachgeholt werden.

Für die Revisionsinstanz war demnach davon auszugehen, dass es an einem Befunderhebungsfehler fehlte und lediglich ein Diagnoseirrtum vorlag.

Beweislast bei einem Diagnoseirrtum

Bei einem Diagnoseirrtum hat es dabei zu verbleiben, dass die Patientenseite die Ursächlichkeit des Behandlungsfehlers des Arztes für den eingetretenen Gesundheitsschaden zu beweisen hatte. Wie dargetan, muss der Patient grundsätzlich die Voraussetzungen eines Behandlungsfehlers und dessen Ursächlichkeit für den geltend gemachten Gesundheitsschaden darlegen und beweisen (so der VI. Zivilsenat im Anschluss an das Senatsurteil vom 8. Juli 2003, VersR 2003, 1256). Zu einer positiven Feststellung der sogenannten haftungsbegründenden Kausalität hatte sich das Berufungsgericht aber nicht in der Lage

gesehen. Es konnte zwar nicht ausgeschlossen werden, dass bei einer früheren Behandlung des Karzinoms der Tod der Patientin vermieden oder erst zu einem späteren Zeitpunkt eingetreten wäre. Ebenso wahrscheinlich war es aber auch, dass bereits in dem frühen Stadium im Jahre 2003 eine Metastasierung des Tumors eingetreten war. Deshalb konnte das Berufungsgericht über den Heilungsverlauf bei einer im April 2003 durchgeführten Operation keine hinreichend sichere Aussage treffen.

Beweislastumkehr bei grober Fahrlässigkeit

Da der Beurteilung des Sachverhaltes durch den BGH ein Diagnosefehler zugrunde zu legen war, kam eine Beweislastumkehr nur dann in Betracht, wenn der Fehler als grob zu bewerten gewesen wäre (ständige Rechtsprechung, vgl. Urteil vom 8. Juli 2003 aaO, S. 1257). In dem hier in Rede stehenden Urteil hält der Senat ausdrücklich an seiner Rechtsprechung fest, dass ein Fehler bei der Interpretation der erhobenen Befunde nur dann einen schweren Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst und damit einem groben Diagnosefehler darstellt, wenn es sich um einen fundamentalen Irrtum handelt. Ein grober Behandlungsfehler setzt nach ständiger Rechtsprechung nicht nur einen eindeutigen Verstoß gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse voraus, sondern erfordert auch die Feststellung, dass ein Fehler vorliegt, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf (BGH, Urteil vom 19. Juni 2001, NJW 2001, 2794). Irrtümer bei der Diagnosestellung, die in der Praxis nicht selten vorkommen,

sind jedoch oft nicht die Folge eines vorwerfbaren, schon gar nicht eines grob fahrlässigen Versehens des Arztes. Die Symptome einer Erkrankung sind nämlich nicht immer eindeutig, sondern können auf die verschiedensten Ursachen hinweisen. Diagnoseirrtümer, die objektiv auf eine Fehlinterpretation der Befunde zurückzuführen sind, können deshalb nur mit Zurückhaltung als Behandlungsfehler gewertet werden (BGH Urteil vom 8. Juli 2003 aaO). Der BGH führt aus, wegen der bei Stellung einer Diagnose nicht seltenen Unsicherheiten müsse die Schwelle, von der ab ein Diagnoseirrtum als schwerer Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst – also als grober Fehler – zu beurteilen sei, der dann zu einer Belastung der Behandlungsseite mit dem Risiko der Unaufklärbarkeit des weiteren Ursachenverlaufs führen könne, hoch angesetzt werden.

Das hier besprochene Urteil ist nicht ohne Bedeutung für die ärztliche Praxis. Die wesentlichen Grundsätze sollen zusammenfassend noch einmal festgehalten werden.

Zusammenfassung

Wie es im Leitsatz des Urteils heißt, verpflichten den Arzt auch die Ergebnisse solcher Untersuchungen zur Einhaltung der berufsspezifischen Sorgfalt, die medizinisch nicht geboten waren, aber trotzdem – beispielsweise aus besonderer Vorsicht – veranlasst wurden.

Bei solchen nicht gebotenen Untersuchungen darf der Arzt seine Augen nicht vor Befunden verschließen, die zwar für seine ärztlichen Maßnahmen ohne Bedeutung sind, die aber unter Berücksichtigung der in seinem Fachbereich vorausgesetzten

Kenntnisse und Fähigkeiten sowie der Behandlungssituation festzustellen sind. Er muss auch diese Auffälligkeiten, „Zufallsbefunde“, zum Anlass für weitere Maßnahmen nehmen.

Eine Fehlinterpretation erhobener Befunde stellt einen Diagnosefehler dar. Dieser wird nicht dadurch zu einem Befunderhebungsfehler, dass bei objektiv richtiger Diagnosestellung noch weitere Befunde zu erheben gewesen wären. Waren unter Zugrundelegung des Diagnosefehlers weitere diagnostische Maßnahmen nicht geboten, scheidet ein Befunderhebungsfehler aus.

Ein Diagnoseirrtum ist nur mit Zurückhaltung als vorwerfbarer Fehler zu bewerten, als grober Fehler nur, wenn es sich um einen fundamentalen Irrtum handelt, der einen schweren Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst darstellt. Bei einem „einfachen“ Diagnosefehler verbleibt es dabei, dass die Patientenseite den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Fehler und dem geltend gemachten Gesundheitsschaden zu beweisen hat. Nur bei einem groben Diagnosefehler kommt eine Beweislastumkehr in Betracht. Hingegen kann schon ein einfacher Befunderhebungsfehler zu einer Umkehr der Beweislast führen, wenn sich mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein solch gravierender Befund ergeben hätte, dass eine Nichtreaktion hierauf als grober Behandlungsfehler zu werten wäre.

*Dr. jur. Katharina Deppert
Vors. Richterin am BGH a.D.
Vorsitzende der Gutachter- und
Schlichtungsstelle bei der
Landesärztekammer Hessen*

Lektor Hannibal sieht rot Klaus Britting

Hannibal sollte eigentlich Alexander oder Cäsar heißen. Weil sein Vater just zu der Zeit, als er geboren wurde, zufällig mit Begeisterung einen historischen Roman über die Alpenüberquerung des karthagischen Feldherrn Hannibal las, nannte er seinen Sohn danach. Immer noch besser als Old Shatterhand, sagte sich Hannibal später immer, wenn er die Karl-May-Bibliothek seines Vaters sah. Hannibal fand trotz der Sticheleien, die er seines Namens wegen hinnehmen musste, zu guten schulischen Leistungen, studierte dann Geschichte und promovierte, weil ihm ein Berufsberater dringend dazu geraten hatte. Ein Dokortitel mache nun einmal etwas her. Bereits zwei Jahre nach seinem Studium – er hatte in der Zwischenzeit erfolgreich als Taxifahrer, Eisverkäufer und Barkeeper gearbeitet und gelegentlich Korrekturen für einen Telefonbuchverlag gelesen – wurde er von einem Konzernverlag für das Gebiet „Ratgeber“ als Lektor eingestellt. Hannibal sah dies als Möglichkeit, später im Konzern den Bereich „Historische Romane“ zu übernehmen.

Obwohl Hannibal Vegetarier war und weder vom Kochen noch von edleren Getränken etwas verstand, gelang es ihm, sich so gut einzuarbeiten, dass er schon nach neun Monaten zum Leiter der Redaktion „Küche und Keller“ berufen wurde. Es geht doch nichts über ein Studium! Hannibals Talente sah auch der Konzern und übergab ihm zusätzlich die Redaktion für die Hobby- und Tierbücher eines Verlages, den man gekauft hatte. Weil der Cheflektor plötzlich seinen Hut und zusätzlich zwei Lektoren des Verlags mitnahm, bot der Verlag Hannibal das Cheflektorat an. Eigentlich wollte Hannibal sich seinem geliebten Fach Geschichte zuwenden, doch schließlich lockte das Geld. Obwohl er von den teils seltsamen Hobbys, die in den Büchern dargestellt waren, noch weniger als vom Kochen verstand, kam er gut voran, denn er hatte tüchtige Mitarbeiterinnen. Der Konzern sah dies, kaufte einen Verlag mit Gesundheitsliteratur dazu, übergab Hannibal auch hierfür das Cheflektorat. Hannibal hatte zwar keine Beziehung zur Medizin, sträubte sich aber nur schwach.

Schließlich sollte sein Gehalt aufgestockt werden.

Das Verhängnis begann an einem sonnigen Nachmittag, als ihm eine nette Kollegin Dutzende von Farbfotos vorlegte. Er sollte entscheiden, welche Bilder man für das Buch „Riesenschlangen richtig füttern“ nehme. Hannibal wurde rasch übel. Mit letzter Kraft sagte er „Sie treffen schon die richtige Auswahl“ und stürzte aus der Tür. Unglücklicherweise hatte die Marketingabteilung zu dieser Zeit mit einem Sponsor ein illustriertes Handbuch für Fleischer vereinbart. Und so musste sich Hannibal als Vegetarier zwei Tage später hunderte von blutroten Fleischbildern ansehen. Hannibal flüchtete anschließend auf die Toilette.

Der Dienstag der folgenden Woche hätte so angenehm sein können. Hannibal dachte gerade darüber nach, einen Roman über Brutus zu schreiben, da wurde seine Bürotür aufgerissen. Der Marketingleiter stellte ihm den Chef der hiesigen Pathologie vor, mit dem er befreundet sei. Dieser, ein bärtiger Hüne, entnahm seiner Aktentasche einen dicken Umschlag und ließ ein Bündel Fotos auf den Tisch fallen: aufgeschnittene Leichen, Körperteile aller Regionen, Nieren, Lebern, Mägen, Därme, Gehirne ... „Na, das wäre doch mal was Spektakuläres für den Gesundheitsbereich“, hörte Hannibal den Marketingleiter noch sagen, dann sackten ihm die Knie weg. Als er im Krankenwagen aufwachte, hörte er die Stimme des Pathologen, der vorsichtshalber gleich mitgefahren war: „Die jungen Leute vertragen heute überhaupt nichts mehr – aber Hannibal heißen wollen!“

Anschrift des Verfassers

Klaus Britting, Busdorf

(Anschrift ist der Redaktion bekannt)

In memoriam

Professor Dr. med. Hans-Jürgen Kuschke

Lieber Hans-Jürgen, nun hast Du den Weg in die Ewigkeit angetreten und Deine Lieben und Deine Freunde sehr traurig zurückgelassen. So sind die Zeilen für Dich auch Erinnerungen an unsere 66-jährige in amerikanischer Kriegsgefangenschaft entstandene Freundschaft bis in die letzten Tage Deines irdischen Lebens.

Im Juni 1945, das habe ich in meinen Aufzeichnungen festgehalten, befand sich im psychiatrischen Krankenhaus, damals Lazarett, in Merxhausen bei Kassel ein ruhiger, besonnener und allseits beliebter Kamerad, eben Du, Hans-Jürgen.

Das Licht der Welt erblicktest Du am 24. Oktober 1921 in Schlüchtern und gehörtest damit einem Jahrgang an, der gewissenlos in das Inferno des Zweiten Weltkriegs getrieben wurde.

Wir, mehr oder weniger heil dieser Apokalypse entkommen, befanden uns in einer demütigenden Situation. Das ist eine Gefangenschaft immer, auch für uns acht Medizinstudenten in unterschiedlichen Semestern. Offensichtlich hatten die amerikanischen Wachmannschaften uns gegenüber ihr Fraternalisierungsverbot vergessen und ließen uns neben der Betreuung deutscher kranker, meist operierter Soldaten eine relative Freiheit und die Möglichkeit ambulanter Behandlung der in umliegenden Ortschaften sesshaften Zivilbevölkerung. Dennoch waren es stundenlange ernste Gespräche, die wir führten: der verlorene Krieg, die verlorene Heimat einiger von uns, die unterbrochene Verbindung zu unseren Familien und die anfängliche Hoffnungslosigkeit, was einmal sein würde, wenn wir hier raus kämen. Wir hatten großes Glück in Horst Zimmermann, später Professor in der Pathologie, einen stellvertretenden Dolmetscher zu haben, der uns in buchstäblich letzter Minute über das Entlassungslager in Korbach in die Freiheit führte.

Erstaunlicherweise machten schon im Herbst 1945 die Universitäten wieder auf, und wir fanden glücklicherweise schnell in unser unterbrochenes Studium zurück. Am 25. Februar 1949 bestandest Du das medizinische Staatsexamen, und am 8. März desselben Jahres wurdest Du zum Doktor

med. promoviert. Deine Pflichtassistentenzeit begann am 1. April 1950 und Dir wurde eine wissenschaftliche Karriere in Würzburg, wo Du später Internist wurdest, vorausgesagt.

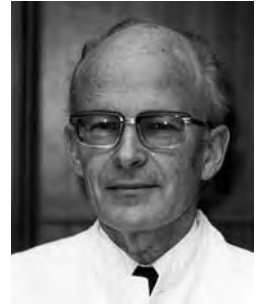
Hier habe ich in meinen Aufzeichnungen stehen: „In jungen Assistenzarztjahren stellte sich Hans-Jürgen Kuschke im ‚Marburger Bund‘ seinen jungen Kollegen uneigennützig als Wortführer zur Verfügung, um die unhaltbaren Zustände an den Universitätskliniken und Krankenhäusern zu bekämpfen.“

Du stelltest Dich, auch unter Hinnahme eigener Nachteile, hinter die gerechtfertigten Forderungen des ausgebeuteten ärztlichen Nachwuchses und gehörtest zu denen, die dieses Unrecht schließlich beseitigten. In dieser Zeit trat sichtbar für Deine Umwelt zutage, dass Du jedem erkannten Unrecht kompromisslos die Stirn bieten würdest. Unter Deinem Lehrer und Förderer Wollheim warst Du zwischenzeitlich Professor geworden, und wir waren froh, dass die Stadt Bad Nauheim Dir am 1. Januar 1966 das Tor zum Konitzky-Stift, der Inneren Klinik am Städtischen Krankenhaus, öffnete und Du wieder in Hessen warst.

In der Folgezeit hast Du Dich der verpflichtenden ärztlichen Aufgabe, sich beruflich fortzubilden, ständig für Deine Mitarbeiter in der Klinik und die niedergelassenen Ärzte in Hessen zur Verfügung gestellt. Du hast Seminare innerhalb der Klinik und außerhalb veranstaltet. Dein fundiertes Wissen, die Praxisbezogenheit Deines Vortrags und die konziliante Art des Umgangs mit Deinen Kolleginnen und Kollegen haben Dir Achtung und Anerkennung eingebracht. Das galt auch für Dein unermüdliches und ertragreiches Bemühen um Deine Patienten über jedes Zeitmaß hinaus. Für die ärztliche Berufsvertretung hast Du dabei einen unschätzbaren Dienst geleistet.

Mit der Einführung der mündlichen Prüfungen in den ärztlichen Fach- und Teilgebieten 1979 wuchs Dir eine neue verantwortungsvolle Aufgabe zu. Die Delegierten der Hessischen Landesärztekammer

wählten Dich zum Vorsitzenden des Prüfungsausschusses für die sog. „konservativen Fachgebiete“. Du wurdest nach vier Jahren wiedergewählt und hier steht ein Satz dazu: „Professor Kuschke hat es in geradezu unnachahmlicher Art verstanden, die Prüfungen zu leiten, zu koordinieren und sie transparent zu machen. Er hat den Prüflingen, immerhin Ärztinnen und Ärzten jenseits des dreißigsten Lebensjahres, das Gefühl vermittelt, dass diese Prüfungen unbestritten notwendig waren, aber in einer Atmosphäre der Kollegialität durchgeführt werden müssen. Er hat eingegriffen, wenn notwendig auch zugunsten des zu Prüfenden. Er war der ruhende Pol und hat die gewiss nicht leichte Aufgabe für die Ärztekammer mit großem Geschick gemeistert und das Ansehen des ärztlichen Berufsstandes in der Öffentlichkeit gefestigt.“



Lieber Hans-Jürgen, Du hast bis in Dein hohes Alter unsere herzliche Verbundenheit mit Dir bei den vielen Begegnungen immer wieder spüren können. Über Deine segensreiche Tätigkeit als Arzt Deiner Kranken, Deiner Schwerkranken und nicht selten unheilbar erkrankten Patienten hinaus hast Du Dich mit Deiner lieben Frau Dr. phil. Mutgard immer wieder in Bad Nauheim kulturell eingebracht und unschätzbare Werte des Jugendstils in dieser Stadt sichtbar gemacht. Dank Dir für das Vorbild, das Du für uns geworden bist.

Das Bundesverdienstkreuz wurde Dir verliehen. Ebenfalls hat Dich Deine Berufsvertretung, die Ärztekammer, mit ihrer Ehrenplakette ausgezeichnet.

Deine Freunde und alle, denen Du hingebungsvoll helfen konntest, behalten Dich als eine ärztliche Persönlichkeit in Erinnerung, der es nachzueifern gilt. Der pater familias ist heimgekehrt und lässt uns dankbar und trauernd zurück.

*Dein Horstjochem
(Der Name ist der Redaktion bekannt)*

Landesärztekammer Hessen

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Gotthilf Seiler, Riedstadt, am 6. Juli.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Werner Gruner, Badenweiler, am 3. Juli,
Dr. med. Dieter Zinke, Heusenstamm, am 7. Juli,
Dr. med. Otto Ludwig, Frankfurt, am 12. Juli.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Eva Maria Becker, Gießen, am 25. Juli,
Oberreg. Medizinalrat i.R. Dr. med. Klaus Becker, Gießen, am 25. Juli.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Medizinaloberrätin i.R. Dr. med. Mechthild Flotho, Hofgeismar, am 5. Juli.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Wolfgang Bossong, Idstein, am 8. Juli,
Dr. med. Udo von der Laden, Wiesbaden, am 21. Juli,
Dr. med. Peter Poganiuch, Idstein, am 25. Juli,
Professor Dr. med. Erich Schmitt, Wiesbaden, am 26. Juli.

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

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Klaus-Helmut Bathe, Gelnhausen
* 10.8.1950 † 24.3.2011

Dr. med. Roswitha Brandt, Königstein
* 8.12.1923 † 10.1.2011

Dr. med. Ruth von Fürstenmühl, Griesheim
* 26.6.1925 † 13.3.2011

Dr. med. Jörg Fuhrmann, Wetzlar
* 13.6.1959 † 11.9.2010

Dr. med. Richard Haag, Kassel
* 10.1.1925 † 22.11.2010

Professor Dr. med. Gert Hugo Kurt Huffmann, Marburg
* 10.1.1930 † 22.3.2011

Dr. med. Reinhard Kratz, Königstein
* 26.10.1936 † 2.12.2010

Dr. med. Isabelle Kuhn, Reinheim
* 17.5.1958 † 5.3.2011

Dr. med. Erich Mink, Wetzlar
* 18.5.1918 † 28.11.2009

Dr. med. Raimund Plaul, Eltville
* 22.8.1921 † 5.2.2011

Dr. med. Manfred Sopp, Frankfurt
* 26.10.1951 † 10.12.2010

Dr. med. Hiltrud Virneburg, Künzell
* 15.12.1936 † 24.3.2011

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Diana Reinwarth, tätig bei J. Krauß, Frankfurt a.M.

Fatime Gasi, tätig bei J. Krauß, Frankfurt a.M.

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

Tamara Fischbach, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. M. Rudolff und C. Discher, vormals Praxis Dr. med. H.-F. Koch, Felsberg/Gensungen

Ursula Stegmann, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. D. Schepp und Dr. med. M. Schmidt, vormals Praxis Dr. med. D. Schepp, Ortenberg

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

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

Sabine Herzog, tätig bei Dr. med. M. Rudolff und C. Discher, vormals Praxis Dr. med. H. Rudolff, Felsberg/Gensungen

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

Marion Wiesner, seit 30 Jahren tätig bei Dr. med. M. Rudolff und C. Discher, vormals Praxis Dr. med. H.-F. Koch, Felsberg/Gensungen

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

Lösung Medizinisches Kreuzworträtsel

aus 5/2011, Seite 295

PLEURITIS

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis Nr. HS/K/6962, ausgestellt am 1.9.2004, für Regina Baier, Kassel,

Arztausweis Nr. HS/K/9408, ausgestellt am 8.8.2006, für Dr. med. Eva-Kathrein Bialas, Zierenberg,

Arztausweis Nr. 060015916, ausgestellt am 24.2.2010, für Professor Dr. med. habil. Harald Froberg, Darmstadt,

Arztausweis Nr. HS/F/12619, ausgestellt am 2.3.2005, für Dr. med. Bertram Göрге, Oberursel,

Arztausweis (ohne weitere Angaben), ausgestellt für Dr. med. Mechthild Grüber, Großlüdern,

Arztausweis Nr. 060019866, ausgestellt am 2.2.2011, für Dr. med. Markus Kindermann, Wiesbaden,

Arztausweis Nr. HS/F/9891, ausgestellt am 5.1.2001, für Dr. Armin Lohrengel, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/W/16/2002, ausgestellt am 19.2.2002, für Dr. med. Brigitte Maaß-Rühl, Grävenwiesbach,

Arztausweis Nr. HS/G/6803, ausgestellt am 29.3.2007, für Aysun Sener, Eschenburg,

Arztausweis Nr. 060019066, ausgestellt am 23.11.2010, für Dr. med. Ulrike Utry, Frankfurt.

Erwerb des Abschlusses im staatlich anerkannten Ausbildungsberuf Medizinische/r Fachangestellte/r durch EXTERNENPRÜFUNG

Der Abschluss in einem anerkannten Ausbildungsberuf gilt gerade heute als „Mindestvoraussetzung“ für einen erfolgreichen Berufseinstieg und ein stabiles Beschäftigungsverhältnis. Personen ohne Ausbildungsabschluss tragen ein besonderes Arbeitsmarktrisiko.

Wir machen deshalb darauf aufmerksam, dass nach § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz auch Personen zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte zugelassen werden können, die keine dreijährige Vollzeitausbildung im dualen System durchlaufen haben. Voraussetzung hierfür ist der Nachweis einer vorangegangenen Tätigkeit im Beruf der Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer/innen. Die Dauer dieser Berufstätigkeit muss mindestens das Eineinhalbfache der regulären Ausbildungszeit betragen, also 4,5 Jahre. Als Zeiten der Berufstätigkeit gelten auch Ausbildungszeiten in einem anderen, einschlägigen Ausbildungsberuf. Von diesem Zeiterfordernis kann abgesehen werden, wenn durch Vorlage von Zeugnissen oder auf andere Weise glaubhaft dargelegt wird, dass die/der Bewerber/in die berufliche Handlungsfähigkeit erworben hat, die die Zulassung zur Prüfung rechtfertigt. Ausländische Bildungsabschlüsse und Zeiten der Berufstätigkeit im Ausland sind dabei zu berücksichtigen.

Alle Interessenten mit entsprechender Berufserfahrung können sich zur Abschlussprüfung anmelden. Die aktuellen Prüfungstermine können Sie unter den unten angegebenen Telefonnummern erfragen. Die Anmeldefristen liegen ca. drei Monate vor dem Prüfungstermin. Der schriftliche Antrag ist zu

richten an: Landesärztekammer Hessen, Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt, Telefon: 069 97672-154/155. Der Anmeldung sind ein Lebenslauf und die Bescheinigung über das Vorliegen der besonderen Zulassungsvoraussetzungen beizufügen. Die Carl-Oelemann-Schule bietet auch Prüfungsvorbereitungskurse an.

Falls Sie an der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte als Externe teilnehmen möchten, empfehlen wir Ihnen im Hinblick auf die Änderung des Ausbildungsberufsbildes und der gesteigerten Prüfungsanforderungen die Fortbildung in folgenden Bereichen: Disease Management Programme, Qualitätsmanagement, Praxismanagement, Kommunikation. Die Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim ist gerne bereit, Sie individuell – auch vor Ort – zu beraten (Tel. Sekretariat Schulleitung: 06032 782-189).

Im Zusammenhang mit dem Erwerb der notwendigen Fertigkeiten und Kenntnisse des Berufsbildes möchten wir auf das Fortbildungsprogramm der Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim hinweisen, das unter nachstehender Adresse zu beziehen ist: Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Telefon: 06032 782-100, Fax: 06032 782-180.

Landesärztekammer Hessen
Abt. Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

Forschungspreis Marfan 2011 ausgeschrieben

Hoffnung für Menschen mit seltener Erkrankung

Medizinische Forschung hat einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität und die Lebenserwartung von Menschen mit Marfan-Syndrom. Studien belegen, dass die Lebenserwartung von durchschnittlich 32 Jahren auf ein Niveau gestiegen ist, das nun fast dem Bevölkerungsdurchschnitt entspricht. Zu verdanken ist das nicht nur der erhöhten Aufmerksamkeit für das Krankheitsbild, sondern insbesondere den Fortschritten in der Medizin. Um diese Entwicklungen zu unterstützen schreibt die Marfan Hilfe (Deutschland) e.V. den „Forschungspreis Marfan 2011“ aus.

Es werden Bewerbungen aus allen Gebieten des Marfan-Syndroms entgegengenommen. Die Bewerbungsfrist läuft bis zum 30. September 2011. Der wissenschaftliche Beirat der Marfan Hilfe wird die Bewerbungen prüfen und beurteilen. Der „Forschungspreis Marfan 2011“ ist mit 6.000 Euro dotiert. Das Bewerbungsformular finden Sie ab sofort auf unserer Internetseite www.marfan.de. Dort sind auch die weiteren Einzelheiten zu erfahren.

Das Marfan-Syndrom ist eine Erkrankung des Bindegewebes und gehört mit einer Häufigkeit von 1-2:10.000 zu den häufigeren unter den seltenen Erkrankungen. Seit nunmehr 20 Jahren setzt sich die Marfan Hilfe (Deutschland) e.V. für die Belange von Betroffenen ein. Information, Vernetzung und Erfahrungsaustausch auf allen Ebenen sind die Ziele dieser gemeinnützigen Organisation.

**Deutscher Kongress für Orthopädie
und Unfallchirurgie
(97. Tagung der DGOOC,
75. Jahrestagung der DGU,
52. Tagung des BVOU)**

DKOU 2011

**25. – 28. Oktober 2011
Messe/ICC Berlin**

Grenzen überwinden – Ziele erreichen

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Dieter Michael Kohn,
Homburg (Präsident DGOOC)

Prof. Dr. med. Tim Pohlemann,
Homburg (Präsident DGU)

Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer, Berlin
(Präsident BVOU)

Das komplette Programm finden Sie unter
www.orthopaedie-unfallchirurgie.de
oder www.dkou.de

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

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt	Hautärztin/Hautarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Darmstadt	Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Reinheim	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin
----------	---

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

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

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

Planungsbereich Frankfurt am Main

Frankfurt am Main-Westend	HNO-Ärztin/HNO-Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main-Westend	Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater
Frankfurt am Main-Ostend	Radiologin/Radiologe (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt am Main-Innenstadt	Urologin/Urologe

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Bad Soden	Chirurgin/Chirurg
-----------	-------------------

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Nidderau	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Hanau	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach am Main-Innenstadt	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)
------------------------------	---

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Dietzenbach	Frauenärztin/Frauenarzt
-------------	-------------------------

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

Planungsbereich Landkreis Gießen

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

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

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

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Vilbel	Hautärztin/Hautarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
------------	--

Planungsbereich Landkreis Marburg-Biedenkopf

Marburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
---------	--

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Edermünde	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Schwalmstadt	Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Frielendorf	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Gießen, Bachweg 1, 35398 Gießen** zu senden.

Planungsbereich Landkreis Fulda

Fulda	Frauenärztin/Frauenarzt
-------	-------------------------

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Kassel	Augenärztin/Augenarzt
Kassel	Internistin/Internist – fachärztlich – Schwerpunkt Pneumologie (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Planungsbereich Landkreis Kassel

Habichtswald	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Kaufungen	Hautärztin/Hautarzt
Wolfhagen	Kinderärztin/Kinderarzt
Landkreis Kassel	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Spangenberg	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
-------------	--

Planungsbereich Waldeck-Frankenberg

Edertal	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
---------	--

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Eschwege	Frauenärztin/Frauenarzt
----------	-------------------------

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Kassel, Karthäuserstraße 7-9, 34117 Kassel** zu senden.

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Wiesbaden	Radiologin/Radiologe (Hälftiger Versorgungsauftrag, Überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Wiesbaden	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Wiesbaden	Chirurgin/Chirurg (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Wiesbaden	Orthopädin/Orthopäde (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Hochtaunuskreis	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 Wiesbaden, Abraham-Lincoln-Straße 36, 65189 Wiesbaden**, zu senden.

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

Praxisvertreter/-innen für Praxisvertretungen im Land Hessen.

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

Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt/M., Fon: 069 79502-604

zu wenden.

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

Durch die KV Hessen für ungültig erklärte Ausweise/Stempel:

Bereitschaftsdienstausweis Nr. 6772, ausgestellt am 20.11.2007, für Nikolai Ufnarovskij, Offenbach,

Stempel Nummer 40 77381 00, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Schlüchtern (Khair Mala'ebeh, Schlüchtern).

Das Web-Adressbuch für Deutschland 2011

Die neue Ausgabe des führenden deutschen Internet-Guides „Das Web-Adressbuch für Deutschland“ präsentiert die besten und wichtigsten Internet-Adressen auf einen Blick. Zu über 1.800 Themenbereichen werden jeweils die zwei bis zehn absoluten Top-Adressen aus dem Internet übersichtlich im Web-Adressbuch präsentiert.

Die Redaktion testet, bewertet und vergleicht jedes Jahr aufs Neue alle Web-Seiten und hat aus den Tiefen des Internets auch diesmal wieder die besten Web-Adressen herausgefischt.

Darunter sind auch viel neue, eher unbekanntete Surf-Tipps zu den aktuellen Trends. Mit Hilfe des Web-Adressbuches spart man sich somit das

ewige Herumsurfen und Durcharbeiten der Trefferlisten in Suchmaschinen und stößt auf viele interessante und praktische Web-Seiten, die bei den Suchmaschinen im Netz gar nicht oder nur sehr schwer zu finden sind!

Neu ist ein Special mit den besten Online-Shops.

Herausgeber: Mathias Weber. **Das Web- Adressbuch für Deutschland 2011.** 766 Seiten, ISBN 978-3-934517-12-7, 16,90 Euro.

Weitere Infos im Internet unter www.web-adressbuch.de m.w. Verlag GmbH, Frankfurt am Main