



Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

8 | 2011

August 2011

72. Jahrgang



- **114. Deutscher Ärztetag in Kiel:**
Hessische Stimmen zum 114. Deutschen Ärztetag
- **Erweiterung des Mitglieder Portals der LÄK Hessen**
- **Evaluation der Weiterbildung in Deutschland 2011**
- **Futility: ein Begriff im chirurgischen Alltag?**
- **Medizinisches Risikomanagement im Krankenhaus**
- **Aufklärung – Beratung – Dokumentation der Fahrsicherheit am Beispiel eines internistischen Erkrankungsbildes (Hypertonie)**
Teil 1: Verkehrsmedizin im Praxisalltag

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, Fischbachtal
Prof. Dr. med. Michael Tryba, Kassel
Dr. med. Gösta Strasding, 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**

„Arzt – Patient – Gewerbetreibender – Kunde – Anbieter – Konsument“ 468

Fortbildung

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen,
Teil 27: Melisse 469

Futility: ein Begriff im chirurgischen Alltag? 478

Aufklärung – Beratung – Dokumentation der Fahrsicherheit
am Beispiel eines internistischen Erkrankungsbildes (Hypertonie)

Teil 1: Verkehrsmedizin im Praxisalltag 482

Fortbildung in der Reisemedizin 488

Sicherer Verordnen 490

Medizinisches Risikomanagement im Krankenhaus 491

Landesärztekammer Hessen

Hessische Stimmen zum 114. Deutschen Ärztetag 470

Erweiterung des Mitglieder Portals der LÄK Hessen 476

Evaluation der Weiterbildung in Deutschland 2011 477

Aktuelles

Hausarzt, Facharzt und Chefarzt arbeiten gemeinsam
für Parkinson-Kranke 487

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim 493

Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim 499

Aktuelles

Ärztliche Akupunktur in Bad Nauheim 501

Parlando

Literarische Weinlese in Schlössern, Weingütern und historischen Gewölben/
„Ordnung und Vernichtung“ 503

Arzt- und Kassenarztrecht

Elektronische Patientendokumentation in Klinik und Praxis 505

Satire

Wie man Mitarbeiter spart 507

Briefe an die Schriftleitung

508

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen 509

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen 515

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 Verlegers.

„Arzt – Patient Gewerbetreibender – Kunde Anbieter – Konsument“



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

Liebe Kolleginnen und Kollegen, im „Ulmer Papier“ formulierte der 111. Deutsche Ärztetag 2008 u.a.: „Externe Eingriffe in die Therapiefreiheit, wie etwa schematische Standardisierungen, können sich nur destruktiv auf die Ver-

trauensbeziehungen von Patient und Arzt auswirken: Der Arzt fühlt sich seiner Freiheit beraubt, der Patient zweifelt an der Unabhängigkeit des Arztes.“

Was macht das besondere Verhältnis zwischen Patient und Arzt aus?

Patienten suchen ärztlichen Rat und Hilfe häufig in Situationen, in denen sie sich wie auch immer in ihrer persönlichen Integrität bedroht fühlen. Seit alters her sind Ärzte die von Patienten gewählten Vertrauenspersonen, denen diese sich mit ihrer Schwächung anvertrauen und denen sie zutrauen, angemessene Hilfe geben zu können. Daraus folgt per se ein Abhängigkeitsverhältnis des Kranken von der Persönlichkeit und der Kompetenz des Arztes. Der Patient hat den Wunsch, gesund zu werden, und keine andere Wahl, als Hilfe anzunehmen. Rechtlich gesehen gehen Arzt und Patient ein Dienstverhältnis ein, aus dem die Verpflichtung des Arztes zur Erbringung einer Leistung gegen Honorar erwächst ohne Zusage eines festen Endergebnisses.

§ 11 der Bundesärzteordnung schreibt per Rechtsverordnung für ärztliche Leistungen eine Gebührenordnung mit Höchst- und Mindestsätzen vor, die den berechtigten Interessen der Ärzte und auch der Zahlungsverpflichteten Rechnung tragen

muss. Der EBM ist ein Bewertungsmaßstab ärztlicher Leistung, der nach Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe im Verhältnis zur GOÄ eine Rabattierung der im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen zur Folge hat.

Die Gesundheitspolitik und die Krankenkassen hatten in den letzten Jahrzehnten statt des kurativen Elements vorwiegend Kostendämpfung im Fokus unzähliger Reformen. Dafür gab es viele Umschreibungen wie z.B. Ökonomie oder Verbesserung der Qualität. Statt des Patienten und seiner Leiden traten Dokumentation, Verschlüsselungen und Leitlinien als Anreiz für Vergütung in den Mittelpunkt. Ärztliche Tätigkeiten, die der Beurteilung, der Erhaltung oder der Wiederherstellung des Gesundheitszustands der Patienten dienen, wurden ausdrücklich nicht in den Geltungsbereich der Europäischen Dienstleistungsrichtlinien einbezogen. Nun drohen durch die Hintertür vom Europäischen Komitee für Normen (CEN) Standardisierung und Normierung ärztlicher Leistungen. Erste Beispiele sind bereits formuliert. Dies ist der Ansatz, ärztliche Leistung mit einzuhaltenden Normen verpflichtend zu verknüpfen, dem letzten Endes auch die Forderung nach normierten Ergebnissen folgen dürfte. Dadurch besteht die Gefahr des Wechsels der Vertragsgrundlage vom Dienstvertrag zum Werkvertrag, der mit der Zusage eines bestimmten Ergebnisses verbunden ist. Dies bildet sich in der Vorstellung eines Verhältnisses „Anbieter und Kunde“ zwischen Arzt und Patient ab. Das erfordert aber auch eine freie Wahlmöglichkeit des Kunden aus entsprechenden Angeboten. Die Souveränität eines „Patientenkunden“ ist jedoch nur eingeschränkt und je nach Krankheits-

lage gar nicht gegeben. Das für einen Therapieerfolg notwendige und schutzwürdige tiefe Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Ärztin/Arzt wird so durch Ökonomisierung und Standardisierung erodiert und lässt auf der einen Seite Forderungen und auf der anderen Seite den Rückzug nur auf Vorgeschriebenes zu.

Bereits im Jahr 2000 machte Professor Hoppe auf die Konsequenz aufmerksam, die die Sicht des Patienten als Kunden letztlich bedingt. Wenn aus dem Patienten ein Kunde wird, wird aus der ärztlichen Tätigkeit ein Gewerbe. Dort wo Kunden sind, werden Verbraucherschützer ein dankbares und berechtigtes Feld der Aktivität finden.

Dass eine wirtschaftliche Praxis- oder Krankenhausführung unter Kostendruck in Folge der oben beschriebenen negativen Zwänge erschwert, ja oftmals nicht mehr möglich ist, kann nachvollzogen werden. Dies führt unweigerlich dazu, dass neben der Patientenversorgung mit ärztlicher Kompetenz und Tätigkeit Leistungen angeboten werden, die nicht dem Kostendämpfungsdiktat unterliegen. Dennoch ist es letztlich unverzichtbar, dass alle Diagnostik und Therapie, die stets einen Eingriff in die Integrität des Individuums – wenn auch mit dessen Zustimmung – bedeuten, in ärztlicher Verantwortung verbleiben.

Und so bleibt der Unterschied Patient – Kunde bestehen. In jedem Falle bleibt es die Verpflichtung von uns Ärztinnen und Ärzten, die um Hilfe Fragenden, denen gegenüber wir gerade aufgrund unserer Kompetenz besondere Verantwortung tragen, als schutzbedürftige Menschen, als Patienten anzunehmen. In dem Zusammenhang wiederhole ich meine im Editorial

(9/2010) getroffene Feststellung: Ablehnung notwendiger, unverzichtbarer Behandlung von leidenden Menschen mit der Begründung ökonomischer Zwänge ist unärztlich und wird sich gegen die Ärzteschaft allgemein auswirken und auch berechnete ärztliche Forderungen unglaubwürdig werden lassen.

Interessierten empfehle ich als Literatur folgende Artikel a) von Professor Dr. med.

Giovanni Maio M.A., Freiburg, im Saarländischen Ärzteblatt 7/2011 „Zur inneren Aushöhlung der Medizin durch das Paradigma der Ökonomie“ und b) von Professor Dr. jur. Ulrich Preis, Köln, in MedR (2010) 28: 139-149 „Der Arzt zwischen grundrechtlicher Freiheit und staatlicher Regulierung“.

In der Urlaubszeit wünsche ich Ihnen die notwendige Erholung und danach wieder

Freude im Beruf sowie stets dankbare Patienten.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

Fortbildung

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen

Teil 27: Melisse (*Melissa officinalis* L.) Alexander H. Jakob



Zitronenmelisse

Ursprünglich im Mittelmeergebiet beheimatet, ist die Melisse auch nach Deutschland eingeführt worden und wird hier in Gärten und Kulturen angetroffen.

genutzt werden kann, ist die karminative und spasmolytische Wirkung beschrieben, so dass der Einsatz auch bei funktionellen Beschwerden des Magen-Darm-Traktes erfolgt. Teezubereitungen, sowie

Ihre beruhigende Wirkung ist allgemein bekannt. Hierfür ausschlaggebend ist das in den Blättern (*Melissae folium*) enthaltene Öl, das Citral und Citronellal, sowie Gerbstoffe enthält.

Neben der beruhigenden Wirkung, die zum Beispiel für Einschlafstörungen

Kombinationspräparate stehen hierfür zur Verfügung, aber auch Badeanwendungen sind möglich.

Desweiteren ist eine schwach antibakterielle und auch eine virustatische Wirkung untersucht worden. Für letztere sind enthaltene Gerbstoffe ausschlaggebend und der Einsatz kann äußerlich als Creme bei Herpes-simplex-Infektionen erfolgen.

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

Hessische Stimmen zum 114. Deutschen Ärztetag

Das Meer reicht bis mitten in die Stadt hinein. In unmittelbarer Nähe von Backsteingebäuden und belebten Straßen liegen riesige Passagierfähren am Kieler Hafen vor Anker. „Eine Stadt, die sich auszeichnet durch ihre Frische, ihren Wind und ihre Offenheit“, so hatte Oberbürgermeister Torsten Albig die Hauptstadt Schleswig-Holsteins auf der Eröffnungsveranstaltung des 114. Deutschen Ärztetages (DÄT) beschrieben. Tatsächlich zeigte sich Kiel den 250 Delegierten aus ganz Deutschland vom 31. Mai bis zum 3. Juni mit meist blauem Himmel und sanfter Brise von seiner besten Seite und schien damit die lebhaften Diskussionen des Ärztetages zu inspirieren. Mit zahlreichen Wortmeldungen und Anträgen beteiligten sich auch die Delegierten der Landesärztekammer Hessen an den Beratungen. Ergänzend zu dem in der Juli-Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes erschienenen Bericht haben einige von ihnen den 114. Deutschen Ärztetag aus ihrer Sicht kommentiert.

Eröffnungsveranstaltung

Es war sein letzter Ärztetag als Präsident der Bundesärztekammer: In seiner Abschiedsrede forderte Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe u.a. eine weitere Verbesserung der ärztlichen Arbeitsbedingungen in Deutschland. Mit deutlichen Worten brachte er seine ethische Positionierung zum Ausdruck: Ein klares Nein zu ärztlicher Sterbehilfe. An die Politik gewandt, verlangte Hoppe eine Reform der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) noch in dieser Legislaturperiode. Der scheidende Bundesärztekammerpräsident zeigte sich froh über die neue Dialogkultur mit dem Bundesministerium für



Daniel Bahr und Jörg-Dietrich Hoppe bei der Eröffnung des DÄT

Foto: Manuel Maier

Gesundheit und auch der neue Bundesgesundheitsminister, Daniel Bahr, fand freundliche Worte für die Ärzteschaft. Er erklärte, dass die Attraktivität des freien Arztberufes in Deutschland mit dem geplanten Versorgungsstrukturgesetz gestärkt werden solle und kündigte an, dass die Neuordnung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) noch in dieser Legislaturperiode angegangen werde.

Welche Inhalte waren für Sie in Professor Hoppes Rede von besonderer Bedeutung?

Dr. med. Georg Holfelder:

Die Äußerungen von Professor Hoppe zur Präimplantationsdiagnostik (PID), zur Sterbebegleitung, zur IGeL-Problematik, insbesondere zur Freiberuflichkeit der Ärzte und deren ethischer Verpflichtung waren für mich besonders wichtig.

Martin Leimbeck:

Relevanz des Gesundheitswesens für die Republik, Bedingungen der Berufsausübung, ethische Grundhaltung – auch den Ärztinnen und Ärzten gegenüber. Unser Gesundheitssystem ist definitiv nicht teuer, aber extrem leistungsfähig. Freiberuflichkeit, keine Staatsmedizin. Einigkeit der Ärzteschaft.



Dr. med. Susanne Johna Foto: Manuel Maier

Dr. med. Susanne Johna:

Freiberuflichkeit, Klarstellung des tatsächlichen Ärztemangels/Wochenar-

beitsstunden; Notwendigkeit der Beteiligung der Landesärztekammern an den sektorübergreifenden Koordinierungsstellen.



Dr. med. Klaus König Foto: Manuel Maier

Dr. med. Klaus König:

Hinweis auf GOÄ, Betonung der guten Zusammenarbeit mit der Politik. Schlecht: sein ewiges Nörgeln an den IGeL-Leistungen.

Dr. med. Dr. Ing. Hans-Dieter Rudolph:

- a. Klare Positionierung zur Rolle der Ärzte als Helfer.
- b. Rationierung in der Versorgung und Verteilungsgerechtigkeit.



Dr. med. Peter Zürner Foto: Manuel Maier

Dr. med. Peter Zürner:

Mich hat die offensichtliche körperliche Hinfälligkeit von Professor Hoppe angerührt. Die intellektuelle Brillanz seiner Reden der ersten Jahre begeisterte mich; jetzt tritt ein großer Präsident ab. Unser stehender Applaus ist Dank von ganzem Herzen und Wehmut angesichts unserer Vergänglichkeit.

Wie war Ihr Eindruck von der Rede des neuen Bundesgesundheitsministers Bahr?

Professor Dr. med. Cornelia Krause-Girth:

Bahr ist um Kooperation bemüht. Es ist positiv, dass er das neue Geschlechterverhältnis kennt und ausspricht!

Dr. med. Peter Zürner:

Der neue Gesundheitsminister tritt sachlich auf, am Anfang etwas aufgeregt, dann sicherer und erklärt die Gesundheitspolitik der FDP als eine Politik des Abbaus von Überregulierung und des Dialogs mit den Ärzten. Konflikte werden nicht angesprochen. Die Ehrung der Arbeit von Professor Hoppe führt zu einem freundlichen Schlussapplaus.

Dr. med. Susanne Johna:

Vorsichtig, sucht den Dialog. Die Formulierung, die Reformierung der GOÄ in dieser Legislaturperiode nur „anzugehen“, war unzureichend.

Dr. med. Klaus König:

Sehr ausgewogen, niemanden verletzend, auf Harmonie bedacht.

Dr. med. Georg Holfelder:

Der neue Gesundheitsminister hat sich bemüht, in seiner Rede – wie sein Vorgänger – ein gutes Verhältnis zu den Ärzten herzustellen. Seine Ausführungen waren dementsprechend nicht sehr präzise. Hinsichtlich der GOÄ-Novellierung hat er sich sehr zurückhaltend geäußert, konnte wohl auch nicht anders, da diese von der Zustimmung nicht nur der PKV, sondern auch weiteren Bundes- und Länderministerien abhängig ist. – Gegen-

über seinem Vorgänger hat er eine gute Kenntnis der gesundheitspolitischen Probleme in der Bundesrepublik, was in seiner neuen Funktion sicher von Nutzen sein wird. Ein ausschließlich arztfreundliches Verhalten sollte von ihm allerdings nicht erwartet werden.

Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak:

Seit dem DÄT in Dresden hat sich das Klima zwischen dem Gesundheitsminister und der deutschen Ärzteschaft gewandelt. Die Eiszeit und die Zeit der Diffamierungen sind vorbei. Daniel Bahr setzt den von Dr. Philipp Rösler begonnenen guten Dialog mit der Ärzteschaft fort und er ist auch in unseren Reihen akzeptiert. Da Daniel Bahr unter dem Gesundheitsminister Rösler die fachliche Ebene geleitet und beeinflusst hat, ist davon auszugehen, dass die begonnene Richtung der Gesundheitspolitik fortgesetzt wird, allerdings auch mit eigenen Akzenten von Daniel Bahr.

Michael Knoll:

Bahr kommt aus der Gesundheitspolitik, ist ein guter Fachmann. Mal sehen ... (er hört zu!).

Schwerpunkte des 114. DÄT

Neben den Wahlen des neuen Vorstandes der Bundesärztekammer war der 114. Deutsche Ärztetag von berufspolitischen und medizinethischen Diskussionen geprägt.

Die Themen waren Ärztemangel, Versorgungsstrukturgesetz, (Muster-)Berufsordnung, Gebührenordnung und (Muster-)Weiterbildungsordnung sowie Sterbehilfe, Organspende, Palliativmedizin und Präimplantationsdiagnostik.



Konzentrierte Aufmerksamkeit: Hessische Delegierte auf dem DÄT

Foto: Katja Möhrle

Welche Themen waren für Sie vor allem wichtig?

Dr. med. Klaus König:

Berufsordnung, Organspende, Palliativmedizin, PID, Wahlen.



Professor Dr. med. Cornelia Krause-Girth
Foto: Manuel Maier

Professor Dr. med. Cornelia Krause-Girth:

Die Palliativmedizin und die Berücksichtigung des Patientenwillens.

Dr. med. Peter Zürner:

Für mich persönlich wichtig war der Beschluss, dass Ärzte keine Hilfe zur Selbsttötung leisten dürfen, sondern dass es ihre Aufgabe ist, Kranke zu unterstützen, zu begleiten und belasten-

de Symptome zu lindern. Die Landesärztekammer hat mit ihrer Position diese Korrektur der Haltung der Bundesärztekammer zumindest gefördert.

Dr. med. Georg Holfelder:

Neuwahl des Präsidiums, Stellungnahme zur PID, Beratung über die Fortentwicklung der Palliativmedizin.

PD Dr. med. Andreas Scholz aus Hessen zählte zu den Delegierten, die sich in ihren Anträgen besonders mit dem geplanten Versorgungsgesetz und dem Thema (Muster-)Weiterbildungsordnung auseinandersetzten. Auf ihre Initiative gehen u.a. Beschlüsse des DÄT zur Stärkung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, zur Wahrung der Tarifautonomie und zu einer angestrebten besseren, auch sektorenübergreifenden Verzahnung fachärztlicher Leistungen zurück. Die an alle Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung gerichtete Aufforderung des DÄT, sich an der laufenden Evaluation Weiterbildung zu beteiligen, basierte ebenso wie der Beschluss zur Erleichterung eines Quereinstieg in die Weiterbil-

dung Allgemeinmedizin und die Förderung nach Sicherstellung der Vermittlung von Weiterbildungsinhalten innerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit auf Anträgen mit hessischer Beteiligung.

Präimplantationsdiagnostik

Nach ausführlicher Diskussion hat der Deutsche Ärztetag einem Memorandum zur Präimplantationsdiagnostik (PID) und damit der Zulassung der PID in engen Grenzen zugestimmt.

Hatten Sie den Eindruck, dass die Präimplantationsdiagnostik angemessen diskutiert worden ist?

Dr. med. Susanne Johna:

Sehr sachlich, ausgewogen, ausführlich.

Dr. med. Peter Zürner:

Das Thema Präimplantationsdiagnostik ist ein weiteres wichtiges ethisches Thema. Die Ärztekammern haben aus meiner Sicht die Aufgabe, ethische Vorgaben zu machen, die gesellschaftlich akzeptabel sind. Mir scheint es nicht begründbar, dass ein Paar mit einem hohen Risiko, ein krankes Kind zu bekommen gezwungen wird, ins Ausland zu gehen oder eine Schwangerschaft untersuchen zu lassen und diese dann gegebenenfalls abbrechen. Ein begrenztes Nutzen der PID erscheint mir als ein sinnvolles und pragmatisches Vorgehen.

Martin Leimbeck:

Nein, nicht angemessen. Es wird darauf hinauslaufen, dass Ärzte in Deutschland genetisches „Designen“ befürworten.

Organspende

Auf Beschluss des Deutschen Ärztetages soll die Information der Bevölkerung über die Möglichkeiten der Organspende und der Transplantationsmedizin intensiviert und das „Modell einer Informations- und Selbstbestimmungslösung mit Erklärungspflicht“ der BÄK konkretisiert werden.

Waren Sie mit dem Ergebnis der Debatten und der Beschlussfassung zur Organspende einverstanden?

Dr. med. Peter Zürner:

Auch das Thema Organspende wurde auf dem Ärztetag sachlich und pragmatisch behandelt. Eine gute Freundin von mir hat gerade eine Leber transplantiert bekommen und erhält so eine Chance weiterzuleben. Ich bin für diesen Beschluss dankbar.

Dr. med. Susanne Johna:

Ein wichtiger Schritt als vertrauensbildende Maßnahme.

Palliativmedizin

Professor Dr. med. Friedemann Nauck, Präsident, Dr. med. Elisabeth Albrecht und Dr. med. Barbara Schubert von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) berichteten über den Stand der ambulanten Palliativversorgung. U.a. wurde eine dringende Weiterentwicklung der ambulanten Palliativmedizin und eine Vernetzung aller Beteiligten gefordert. Der Deutsche Ärztetag forderte u.a. den weiteren Ausbau von Lehrstühlen für Palliativmedizin an hessischen Fakultäten und machte mit Nachdruck deutlich, dass die palliative Versorgung gestärkt, weiter ausgebaut und allen Menschen zugänglich gemacht werden muss.



Delegierte im Gespräch

Foto: Katja Möhrle

Auf der Grundlage des hessischen Antrages (Professor Dr. med. Alexandra Henneberg, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Dr. med. Klaus König) forderte der DÄT u.a. den Aufbau und Erhalt einer funktionsfähigen Versorgung für chronisch Kranke, Ausbau und Bezahlung der Delegation ärztlicher Leistungen durch Medizinische Fachangestellte, die Abschaffung der Regressdrohung gegen besonders engagierte Ärzte, Schluss mit der Stigmatisierung von chronisch Kranken als unnützen Kostenfaktor sowie den Auf- und Ausbau einer Präventivmedizin.

Wie beurteilen Sie den Stellenwert des Themas Palliativmedizin auf dem 114. DÄT? Wie war Ihr Eindruck von den Vorträgen und der anschließenden Diskussion?

Martin Leimbeck:

Der Eingangsvortrag war grotteschlecht und hat Skeptiker in keiner Weise überzeugen können. Die Diskussion verlief wesentlich angemessener.

Michael Knoll:

Die allgemeine Palliativmedizin muss gleichwertig gefördert werden.

Dr. med. Susanne Johna:

Die Vorträge waren etwas zu sehr auf die spezielle Palliativmedizin ausgerichtet. Die Diskussion war von einer gemeinsamen Zielrichtung geprägt.

Dr. med. Gabriel Nick:

Ein Gebiet, das seit Jahrzehnten von Land- und Hausärzten mit versorgt wurde. Die Spezialisierung kann Verbesserung bringen.

Dr. med. Peter Zürner:

Die Behandlung des Themas Palliativmedizin war eine gute Antwort auf die Diskussion um den assistierten Suizid. Aus meiner Erfahrung mit schwerkranken Menschen wünschen diese Hilfe, Begleitung und Unterstützung, gerade wenn sie nicht mehr weiter wissen und um Assistenz beim Suizid bitten.



*Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Foto: Manuel Maier*

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen, unterstrich die Bedeutung des Dispensationsrechts: „Das wichtige Problem ist die Versorgung mit Betäubungsmitteln und verschrei-

bungspflichtigen Schmerzmitteln in Zeiten des Apothekennotdienstes. Wir stoßen dann plötzlich an die Grenzen des Möglichen, weil die Ärzte keine Medikamente beim Patienten lassen dürfen.“



*Professor Dr. med. Alexandra Henneberg
Foto: Manuel Maier*

Professor Dr. med. Alexandra Henneberg:

„Das Schlimmste, was passieren kann, ist, dass Patienten glauben, es macht keinen Sinn mehr zu leben.“

(Muster-)Berufsordnung

Der 114. Deutsche Ärztetag hat die (Muster-)Berufsordnung novelliert. Die Änderungen betrafen etliche Paragraphen – von den allgemeinen Berufspflichten über berufliche Kooperationen und Honorare bis zu unerlaubten Zuwendungen.

Nachdem sich Berufsordnung laut Präambel bisher an alle „deutschen Ärztinnen und Ärzte“ gerichtet hatte, wurde der Passus in der neuen Fassung durch die „in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte“ ersetzt.

Dr. med. Susanne Johna aus Hessen beantragte, den Satz „Ärztinnen und Ärzte dürfen weder ihr eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl der Patientinnen und Patienten stel-

len“ aus dem Paragraphen 16 zu streichen. „Wir sollten uns keine Ansprüche stellen, denen wir nicht gerecht werden können“, so Johna in der Begründung. Nach intensiven Debatten beauftragten die Delegierten den BÄK-Vorstand eine Formulierung zu finden, die den Grundgedanken wiedergibt.

Wahl des neuen Präsidiums der Bundesärztekammer

Fünf Kandidaten, unter ihnen der Präsident der Landesärztekammer Hessen, hatten sich um das Amt des Bundesärztekammerpräsidenten beworben. In seiner Vorstellung betonte Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach die Notwendigkeit einer geschlossenen Ärzteschaft und stellte als wichtigste Ziele u.a. die Novellierung der GOÄ, den Erhalt der Tarifpluralität im Krankenhaus, die Sicherung des ärztlichen Nachwuchses, eine praxisnähere Ausbildung sowie die Refinanzierung der Weiterbildung in Praxis und Krankenhaus heraus.

Im zweiten Wahlgang wurde Dr. med. Frank Ulrich Montgomery mit großer Mehrheit zum Präsidenten der Bundesärztekammer gewählt. Vizepräsidenten sind Dr. med. Martina Wenker und Dr. med. Max Kaplan. Dem neuen Vorstand gehören auch Rudolf Henke und Dr. med. Ellen Lundershausen an.

Als ältester Abgeordneter des Ärztetages verpflichtete Dr. med. Georg Holfelder aus Hessen den neu gewählten Vorstand satzungsgemäß „auf die getreue Amtsführung zum Wohle der Deutschen Ärzteschaft.“ Professor Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe wurde per Akklamation zum Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer ernannt.



Dr. von Knoblauch am Rednerpult

Foto: Manuel Maier

Welche Eindrücke hatten Sie von den Wahlen? Was erhoffen Sie sich von dem neuen Präsidenten/von dem neuen Präsidium?

Dr. med. Egbert Reichwein:
Weiterentwicklung des Arztbildes.

Dr. med. Klaus König:
Der neue Präsident muss die Position der Ärzte klar nach außen darstellen; das Präsidium muss auch die Interessen der Niedergelassenen deutlich vertreten.

Professor Dr. med. Cornelia Krause-Girth:

Ich wünsche mir einen anständigen, demokratischen und durchsetzungsfähigen Präsidenten. Schade nur, dass keine Frau zur Wahl stand.

Martin Leimbeck:
Einigkeit der Ärzteschaft. Nachwuchsförderung und -begeisterung, GOÄ und

Verbesserung der Berufsausübungsbedingungen. Eine klare ethische Grundhaltung. Ärzte sind gesellschaftlich aufzuwerten und politisch einzubinden. Anpassung und Modernisierung der Weiterbildungsordnung sowie Anerkennung der Versorgungsrealität.

Dr. med. Dr. Ing. Hans-Dieter Rudolph:
Eine „lautere“ Stimme der Ärzteschaft.

Dr. med. Susanne Johna:
Mehr Medienpräsenz, mehr Fokus auf dem Thema Nachwuchsförderung. Die Delegierten hatten wirklich die Wahl zwischen qualifizierten Kandidaten.

Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak:
Mit der Vizepräsidentin Dr. Martina Wenker und dem Vizepräsidenten Dr. Max Kaplan bildet Monti (Dr. med. Frank Ulrich Montgomery) ein hervorragendes Team, in dem sowohl die

Interessen der angestellten als auch der niedergelassenen Ärzte ferner die Fach- und die Hausärzte vertreten sind.

Dr. med. Gabriel Nick:
Wahlergebnis wie erwartet. Es wurde viel versprochen; hoffentlich werden fünfzig Prozent der Zusagen erfüllt. Bis dato waren Ergebnisse der Verbesserung für Ärzte nicht zu entdecken.



v.l.: Dr. med. Georg Holfelder und Dr. med. Wolfandreas Fach Foto: Manuel Maier

Dr. med. Georg Holfelder:
Das Ergebnis der Wahlen zum Vorstand entspricht meinen Erwartungen. Die Außendarstellung wird sich gegenüber der unter der Präsidentschaft von Professor Hoppe sicher ändern, was nicht zum Nachteil der Ärzteschaft sein dürfte. Das Präsidium erscheint ausgewogen zusammengesetzt und wird sicher gut arbeiten können. Dr. Montgomery muss sich für alle Ärzte einsetzen und sollte versuchen keine weiteren Gräben zwischen Haus- und Fachärzten entstehen zu lassen, bzw. hier zu vermitteln. Ich bin sicher, dass er seine frühere Einstellung gegen die Fachärzte in freier Niederlassung nicht mehr in dieser Schärfe weiter verfechten wird.

Hintergründe und Zusammenstellung
Katja Möhrle

Erweiterung des Mitglieder Portals der Landesärztekammer Hessen

Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Portal | Hilfe | Impressum

Portal | Veranstaltungen der Akademie... Instanz: Test DB | Rev. 711/1179 | Benutzer: Testschüler

Veranstaltungen der Akademie

Um die Suche zu starten, geben Sie ein Stichwort zur gewünschten Veranstaltung ein. Sie können die Suche verfeinern, indem Sie durch Anklicken der Überschriften die Sortierreihenfolge auf- oder absteigend variieren. Markieren Sie dann die gewünschte Veranstaltung und klicken Sie auf "Veranstaltungsdetails anzeigen".

Suche:									Anzahl Zeilen: 5	
Thema	Fachgebiet	Ort	Termin	Leitung	Punkte	Teilnahmebeitrag (standard) in €	Anmeldeschluss	Verfügbar		
<input type="checkbox"/> Sozialemedizinischer Grundkurs GK II	Arbeitsmedizin	Bad Nauheim	29.09.2011, 09:00 - 08.10.2011, 17:00	Herr Max Muster	80	650	21.09.2011	Ja		
<input type="checkbox"/> 16. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung	Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie	Bad Nauheim	24.09.2011, 13:00 - 16:00	Frau Erika Mustermann	20	320	17.09.2011	Ja		
<input type="checkbox"/> Grundausbildung Akupunktur B1	Naturheilkunde	Bad Nauheim	10.09.2011, 09:00 - 16:30	Frau Susi Sonnenschein	8	200	03.09.2011	Ja		
<input type="checkbox"/> Grundausbildung Akupunktur B2	Naturheilkunde	Bad Nauheim	11.09.2011, 09:00 - 16:30	Herr Moritz Mustermann	8	200	04.09.2011	Ja		
<input type="checkbox"/> Grundausbildung Akupunktur B3	Naturheilkunde	Bad Nauheim	12.09.2011, 09:00 - 16:30	Herr Dr. V. Mustermann	8	200	05.09.2011	Ja		

Das seit fast fünf Jahren im Einsatz befindliche Mitglieder Portal der Landesärztekammer Hessen, welches als persönliche Informationsplattform der Mitglieder genutzt wird, verfügt inzwischen über mehr als 12.000(!) registrierte Nutzer. Im Dezember letzten Jahres hat es optisch und funktional einige Neuerungen erhalten. Der Focus des neuen Portals steht jedoch weiterhin auf der Fortbildung, insbesondere der Einsicht in das persönliche Punktekonto, sowie der dynamischen Erstellung von Fortbildungszertifikaten.

Veranstaltungsanmeldung online

Seit einigen Wochen bietet das Mitglieder Portal der Landesärztekammer Hessen einige Neuerungen an, unter anderem die Möglichkeit sich online zu Veranstaltungen der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung anzumelden. Diese Funktion steht sowohl hessischen Mitgliedern, als auch Ärztinnen und Ärzten aus anderen Kammerbereichen sowie weiteren medizinischen Fachberufen zur Verfügung. Dazu wählen Sie die gewünschte

Akademieveranstaltung in der Übersicht im Mitglieder Portal aus, und melden sich innerhalb von drei Prozessschritten (Konto-Verbindung, Anschrift und AGB) verbindlich an.

Dieser Prozess ermöglicht es sich schnell und unabhängig von Tag und Ort, aber sicher und zuverlässig zu einer Veranstaltung anzumelden. Dabei werden systemseitig die wesentlichen Informationen komprimiert abgefragt und in die sichere Infrastruktur der Landesärztekammer Hessen überführt.

Neue Webformulare

Auf dieser Technologie beruht ebenso der neue elektronische Meldebogen der Landesärztekammer Hessen. Über die Homepage der Kammer können Sie den Meldebogen als Webformular bequem zu jeder Tages- und Nachtzeit am PC ausfüllen. Die von Ihnen online eingegebenen Daten werden im Datenbanksystem der Landesärztekammer Hessen verschlüsselt zwischengespeichert. Mit Hilfe des 2D-Barcodes, welcher automatisch beim Ausdruck des Meldebogens integriert wird, können die gespeicherten Daten, nach Eingang des ausgedruckten und unterschriebenen Meldebogens, entschlüsselt und weiterverarbeitet werden. Sofern der Meldebogen nicht innerhalb von sechs Wochen in der Kammer eintrifft, werden Ihre gespeicherten Daten endgültig aus dem System gelöscht. Eine benutzerfreundliche Maskenföhrung dient einem zeitsparenden und verwaltungswarmen Bearbeitungsprozess, sowohl für Sie als Mitglied, als auch für die kammerinterne Sachbearbeitung.

Ähnlich zum Meldebogen wurde in Zusammenarbeit mit der Abteilung Ausbildungswesen Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen der bisherige online aus-

füllbare Berufsausbildungsvertrag für Medizinische Fachangestellte überarbeitet. Das neue Webformular erleichtert dem Anwender das fehlerfreie Ausfüllen des Formulars durch inhaltlich strukturierte Eingabemasken und die dazugehörige Onlinehilfe. Sofern weitere Antragsformulare benötigt werden, wie beispielsweise bei Verkürzung der Ausbildungszeit, sind diese automatisch dem ausgedruckten Ausbildungsvertrag vorausgefüllt beigefügt.

Die diesjährige bundesweite zweite Befragungsrunde zur Evaluation der Weiterbildung, wurde in Hessen ebenfalls unter Berücksichtigung des Mitglieder Portals der

Landesärztekammer Hessen durchgeführt. Den hessischen Teilnehmern an der diesjährigen Befragungsrunde wurden Ihre Zugangsdaten zum Webportal der ETH Zürich nicht postalisch zugestellt, sondern innerhalb Ihres persönlichen Bereiches in unserem Mitglieder Portal angezeigt. Insgesamt ist eine positive Resonanz im Vergleich zur letzten Befragung zu verzeichnen.

Bis heute sind im Mitglieder Portal schon viele Funktionen und Serviceangebote integriert. Um Ihrem Anspruch an die Landesärztekammer Hessen als serviceorientierter Ansprechpartner gerecht zu wer-

den, folgen in Kürze bereits weitere Serviceerweiterungen im Mitglieder Portal.

Es lohnt sich also, regelmäßig das Mitglieder Portal der Landesärztekammer Hessen aufzurufen! Sofern Sie bislang noch nicht als Portaluser registriert sind – es bedarf nur ein paar weniger Schritte. Rufen Sie hierzu einfach unsere Portalseite <https://portal.laekh.de> auf und registrieren Sie sich noch heute als Benutzer.

*Vesna Blažević, Dipl.-Kauffr. (FH)
Sandra Greiner, Gesundheitsökonomin (VWA)
Abt. EDV- und Organisation*

Evaluation der Weiterbildung in Deutschland 2011

Beginn der Befragungsrunde für Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten

Seit dem 1. Juni 2011 wird die zweite Befragungsrunde des gemeinsamen Projektes der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern „Evaluation der Weiterbildung in Deutschland“ durchgeführt. Sie dient der Sicherung der Qualität der ärztlichen Weiterbildung in Deutschland. Sowohl die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (WBA) als auch die Weiterbildungsbeauftragten (WBB) können über das Online-Portal der ETH Zürich Stärken, Schwächen und Verbesserungspotentiale der ärztlichen Weiterbildung bewerten. Nach der Auswertung der ersten Befragungsrunde in 2009, an der sich bundesweit rund 30.000 Ärztinnen und Ärzte beteiligt hatten, wurden Änderungen am Befragungsprozess sowie der Ergebnisdarstellung vorgenommen. In Hessen sind alle WBB gemäß WBO verpflichtet, der Landesärztekammer ihre WBA zu melden. Sie können dies z.B. tun, in-

dem sie **bis zum 31. Juli 2011** über das Mitglieder Portal der LÄK Hessen ihre WBA melden, und haben außerdem die Möglichkeit, sich bis zum gleichen Stichtag an der Befragung der WBB im Online-Portal der ETH Zürich zu beteiligen.

Für die von den WBB gemeldeten WBA werden die Zugangsdaten für das Online-Portal der ETH Zürich in deren persönlichem Account des Mitglieder Portals der LÄK Hessen hinterlegt. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung haben bis zum **31. August 2011** die Möglichkeit, an der Befragung teilzunehmen.

Dazu müssen sie sich am Mitglieder Portal der Landesärztekammer Hessen unter folgender Adresse <https://portal.laekh.de>, anmelden bzw. neu registrieren, falls sie bisher noch keinen Account haben. Unter dem Menüpunkt „Evaluation WBA“ finden sie ihre oben erwähnten Zugangsda-

ten für das Online-Portal der ETH Zürich. WBA, die spätestens **ab 1. August 2011** noch keine Zugangsdaten im Mitglieder Portal der LÄK Hessen angezeigt bekommen, wurden wahrscheinlich von ihrem WBB nicht an die LÄK Hessen gemeldet. **Solche noch nicht gemeldete WBA können aber trotzdem an der Evaluation teilnehmen, wenn sie sich selbst direkt an die Hotlineadresse der Landesärztekammer Hessen wenden. Entweder unter E-Mail: evaluation2011@laekh.de oder telefonisch unter der 069 97672-800. Diese Kontaktmöglichkeiten stehen ihnen ebenso für Fragen und Informationen rund um die Evaluation 2011 in Hessen zur Verfügung.**

*Dr. med. Roland Kaiser,
Ärztliche Geschäftsführung
Dr. med. Viktor Karnosky,
Leiter der Abt. Weiterbildung*



Futility: ein Begriff im chirurgischen Alltag?

A. M. Mols³, S. Reiter-Theil², D. Oertli¹, C. T. Viehl¹

Zusammenfassung

Ethisch anspruchsvolle Indikationsstellungen bei Patienten, die ihren Willen nicht selbst äußern können, wie beispielsweise schwer demenzkranke Patienten, konfrontieren uns häufig. Es stellt sich hierbei die Frage, ob wir mit operativen Eingriffen eine Übertherapie vollziehen. Der Begriff „futility“ der Medizinethik beschreibt Übertherapie, ist allerdings für eine konkrete Anwendung problematisch, da eine exakte Definition fehlt. In der klinischen Situation von schwer demenzkranken, hochbetagten Patienten muss in chirurgischen Abteilungen eine Aufarbeitung von medizinischem Hintergrund, Lebensumständen des Patienten und belegtem oder mutmaßlichem Patientenwillen erfolgen mit dem Ziel, Indikationen individualisiert zu stellen. Nur so können diese Patienten optimal versorgt werden, eine klare Kommunikation über Behandlungsziele mit Angehörigen stattfinden sowie eine Vermeidung eines „burnout“ bei den Behandelnden erreicht werden. Von großem Nutzen ist hierbei eine enge Zusammenarbeit mit Medizinethikern.

In unserem Fach sind wir häufig mit Indikationsstellungen bei Patienten konfrontiert, die sich nicht selbst äußern können. Dabei nehmen wir in diesem Artikel nicht Bezug auf den bewusstlosen Patienten in der Notfallsituation, sondern in erster Linie auf den hochbetagten, schwer demenzkranken Patienten, bei dem sich die Frage nach einem operativen Eingriff stellt. Wir haben erlebt, dass gerade bei diesen

Menschen Operationsentscheide für die Angehörigen, für uns Operateure sowie auch die Pflegenden am Bett in besonderem Maße belastend sein können.

Daher möchten wir die Thematik unter besonderer Berücksichtigung des viel diskutierten Begriffes „futility“ beleuchten; wir arbeiten die Problematik anhand eines realen Falles auf.

Ausgangspunkt: Beschreibung eines realen Falles

Anamnese

Auf unserer Notfallstation wird eine 94-jährige Patientin durch ihre beiden Töchter vorgestellt. Nach Angaben der Angehörigen hat die Patientin seit Wochen abdominelle Beschwerden. Sie selbst kann aufgrund einer Demenz keinerlei Angaben zur Anamnese machen. Die Patientin lebt seit Jahren in einer Pflegeeinrichtung. Eine durch den Hausarzt veranlasste Koloskopie vor wenigen Monaten ergab keinen pathologischen Befund bei allerdings mangelnder Beurteilbarkeit aufgrund von Stuhlverschmutzungen. Da sich der Hausarzt bezüglich weiterer Abklärungen zurückhaltend verhielt, wechselte die Familie kürzlich den Hausarzt.

Es besteht ein Status nach Sigmaresektion bei Sigmadivertikulitis vor Jahren, ein Status nach Resektionsrektomie sowie Status nach Hysterektomie. Die Patientin leidet an einer Depression.

Aktuell bestehen abdominelle Schmerzen, zunehmende Appetitlosigkeit sowie einmaliges Erbrechen am Vortag. Der letzte Stuhlgang war vor zwei Tagen nach Verabreichung eines Einlaufes.

Befund

- Adipositas permagna, reizlose Narben, Meteorismus. Keine Klopf- oder Druckdolenz, kein Peritonismus. Darmgeräusche hochgestellt, klingend, normfrequent.
- Labor: makrozytäre Anämie, keine Erhöhung der Infektparameter.
- Röntgenübersicht des Abdomens: massive Koprostase, mehrere Dünndarmspiegel.

Diagnose

Aufgrund der Befunde stellen wir die Diagnose eines Subileus.

Verlauf

Wir führen über mehrere Tage eine konservative Therapie mit abführenden Maßnahmen und Flüssigkost durch; die Patientin erhält eine analgetische und antiemetische Medikation. Bei zunehmender Aggressivität der dementen Patientin wird ein gerontopsychiatrisches Konsilium und, den Empfehlungen entsprechend, eine neuroleptische Therapie eingeleitet. Die Patientin wehrt Ärzte und Pflegenden mit wechselnder Intensität ab, teilweise unter Verwendung deutlicher Kraftausdrücke.

Über mehrere Tage zeigt sich ein erfolgreiches Ansprechen auf die abführenden Maßnahmen. Mehrmalig kommt es zu Beginn der Behandlung zum Absetzen großer Stuhlportionen, bei vorsichtigem Kostaufbau tritt dann erneut ein zunehmender Stuhlverhalt auf. Am sechsten Tag der Hospitalisation setzt schwallartiges Erbrechen ein; es sind nun hochgestellte Darmgeräusche auszukultivieren. Wir stellen die Diagnose eines konservativ nicht beherrschbaren Ileus.

¹ Viszeralchirurgie, Universitätsspital Basel, Basel

² Fachbereich Medizin- und Gesundheitsethik, Medizinische Fakultät, Universitätsspital Basel, Basel

³ Chirurgische Klinik Kantonsspital Olten

Die Patientin besitzt keine Patientenverfügung. Die Töchter der Patientin können keine Auskunft über den mutmaßlichen Patientenwillen geben. Gespräche mit der Mutter vor Beginn ihrer demenziellen Entwicklung über Entscheidungen am Ende des Lebens hat es nicht gegeben.

Eine der beiden Töchter wünscht, dass „alles“ für ihre Mutter getan wird, diese Tochter hatte den Hausarztwechsel initiiert. Die zweite Tochter äußert sich in Anbetracht des Alters und der Gesamtsituation der Patientin zurückhaltend, scheint allerdings mit der Situation emotional und intellektuell überfordert zu sein. Wir haben keinen Anhalt dafür, welche der Töchter das vertrautere Verhältnis zur Mutter hatte und möglicherweise eher den Patientenwillen widerspiegelt.

Bei nicht bekanntem Patientenwillen stellt sich nun also die Frage, ob wir eine Operation des Ileus für sinnvoll erachten. Aus chirurgischer Sicht besteht bei konservativ nicht beherrschbarem Ileus klar die Indikation zum operativen Eingriff. Wir

sehen uns jedoch konfrontiert mit einer über 90-jährigen schwer dementen Patientin, die unselbständig in einem Pflegeheim lebt, depressiv und abwehrend ist.

Darf eine über 90-jährige demente Patientin nicht an einem Ileus sterben? Verlängern wir mit einer Operation ein Leben, dessen Lebensqualität wir nicht klar beurteilen können? Können wir die Risiken einer Laparotomie bei der Hochbetagten mit möglichen Komplikationen in Kauf nehmen?

Aber: Sind wir als Chirurgen nicht fast gezwungen, einen eindeutigen Ileus operativ zu beheben? Dürfen und wollen wir einen Menschen im Ileus sterben lassen, und wenn ja, unter welchen Bedingungen ist dies vertretbar?

Dies ist ein Fall, dessen ethische Herausforderung im klinischen Alltag nicht außergewöhnlich ist. Obwohl oder gerade weil dieser Fall so „gewöhnlich“ ist und uns in anderen Spielarten so häufig konfrontiert, haben wir versucht, die Schwierigkeit der Indikationsstellung aufzuarbeiten.

Theoretischer Hintergrund – Begriffsdefinition Futility

Futility, zu Deutsch „Sinnlosigkeit“, „Zwecklosigkeit“ ist ein komplexer Begriff der Medizinethik, der Übertherapie zu beschreiben versucht. In einer sehr weiten Auslegung des Begriffes geht es um Situationen, in welchen prognostiziert werden kann, dass eine Therapie den Zustand des Patienten nicht verbessert und daher unterlassen werden soll.

Die klare Eingrenzung des Begriffes ist erheblich schwieriger. In den 1980er Jahren kam der Begriff Futility zunächst in den USA auf, da zunehmend Fälle gesehen wurden, bei denen Patienten und Angehörige Therapien forderten, die Ärzte nicht als sinnvoll erachteten. In dieser ersten Phase der Futility-Debatte gingen Reaktion und Gegenreaktion auf eine veränderte ärztliche Rolle und die Eingrenzung des medizinischen Paternalismus ein [5].

Schneiderman et al. versuchten, den Begriff auf einen kleinsten gemeinsamen

Nenner zu bringen: Eine Therapie sei „quantitativ futile“, wenn eine Wahrscheinlichkeit (aus Daten und Erfahrung) unter 1 % besteht, dass eine Behandlung Erfolg hat, sie sei „qualitativ futile“, wenn die Behandlung an Bewusstlosigkeit oder Abhängigkeit von intensivmedizinischer Behandlung nichts ändern kann [11].

Eine Welle der Kritik bezog sich sowohl auf die quantitative 1%-Grenze, als auch auf die Eingrenzung der qualitativen Futility, da sie sich auf ein sehr enges Patientenspektrum – intensivmedizinische Fälle – bezieht. Auf Patienten in Pflegeeinrichtungen oder Patienten mit schweren Behinderungen, die außerhalb der Intensivstationen häufig erhebliche Probleme bei Indikationsstellungen bereiten, wurde nicht eingegangen. Dennoch wurde als hilfreich erachtet, dass diese Begriffsklärung eine Beurteilung des medizinischen Erfolges sowie eine Bewertung der zu erwartenden Lebensqualität ermöglicht [2, 3].

In der weiteren Diskussion wurde fortan weniger versucht, eine Definition des Begriffes zu etablieren, da er sich offensichtlich als zu schwer fassbar herausstellte. Es wurde vielmehr daran gearbeitet, dessen Operationalisierung in institutionellen und legislativen Maßnahmen zu erreichen. Dabei ging und geht es vor allem in den USA weiterhin in erster Linie um Konflikte zwischen Behandelnden und Angehörigen in der Therapie Schwerstkranker. Eine gegenwärtige Entwicklung im Umgang mit Futility bezieht sich vor allem auf die Kommunikation mit Angehörigen und auf eine Akzeptanz von unterschiedlichen Werten am Ende des Lebens [7, 9].

Herauszustellen ist, dass das Konzept „Futility“ nicht mit einer Diskussion um Ressourcenverteilung interferieren darf. Futility ist ein Begriff der Medizinethik, der die Angemessenheit medizinischer Maßnahmen in Bezug auf das Individuum bezogen bewertet [8].

Anwendung der Theorie im konkreten Fall

Wir sehen hier also einen Begriff, von dem wir zunächst intuitiv annehmen, dass er unser ethisches Problem passend als Übertherapie beschreibt, der allerdings aufgrund seiner vagen Definition für unseren Fall schwer anwendbar bleibt.

Dennoch kommen wir in der Auseinandersetzung zu einem der Kernpunkte: Welche Intention verfolgen wir hier mit einem operativen Eingriff? Natürlich scheitern wir mit einer Intention, die auf eine Wiederherstellung der allumfassenden Gesundheit der Patientin abzielt. Dies ist unmöglich, die Patientin wird schwer dement, depressiv und pflegeheimabhängig bleiben.

Unsere Intention kann lediglich die Vermeidung eines – möglicherweise – qualvollen Todes im Ileus sein und dient daher einer palliativen Zielsetzung. Palliative care „provides relief from pain and other distressing symptoms; affirms life and regards dying as a normal process; intends neither to hasten nor to postpone death ...“, so beschreibt es die WHO [6]. Damit nehmen wir als vorrangige Verpflichtung die Schadensvermeidung („nonmaleficence“) an; diese kann ggf. mit dem Respekt vor Autonomie (bzw. den Wünschen von Patient oder Angehörigen) in Konflikt treten.

Obwohl wir weiter durchaus Bedenken haben, die alte Dame zu operieren, sehen wir in unseren Überlegungen die Vermeidung von Leid am ehesten durch die Vermeidung eines Todes im Ileus gewährleistet. Wir entscheiden uns daher für eine Operation.

Intraoperativ sehen wir eine fortgeschrittene Peritonealkarzinose bei unklarem Primärtumor. Es wird eine Jejunotransversostomie angelegt. Die Patientin erholt sich rasch von dem Eingriff. Allerdings kommt es postoperativ zu einer zuneh-

menden Nahrungsverweigerung der Patientin. Im Lichte der Gesamtsituation nehmen wir dies als Hinweis auf den mutmaßlichen Willen der Patientin und entscheiden im Einvernehmen mit den Töchtern gegen die parenterale Ernährung oder Sondenkost. Wichtig ist hier, dass die (eigenen) Präferenzen von Angehörigen zwar gehört, aber nicht automatisch mit dem (mutmaßlichen) Patientenwillen (und dem wohlverstandenen Patienteninteresse) gleichgesetzt werden [7, 9]. Die Patientin wird am 12. postoperativen Tag in ihr Altersheim zurückverlegt.

Warum ist eine Auseinandersetzung mit der ethischen Dimension notwendig?

Wir sehen verschiedene Gründe, warum wir eine Auseinandersetzung mit der ethischen Problematik bei Indikationsstellungen bei Patienten, die sich nicht äußern können, für unbedingt erforderlich halten. Primär geht es um eine optimale Versorgung der Patienten. In Fällen wie dem unseren bedeutet dies leider häufig nicht nur *primum nihil nocere*, sondern – pointierter – ein Abwägen, welche Maßnahme am wenigsten schadet. Oftmals werden in ethisch schwierigen Situationen – je nach Fachgebiet und persönlichem Standpunkt – fast schon reflexartig Meinungen laut wie: „über einem Ileus darf die Sonne weder auf- noch untergehen“ vs. „ein alter Mensch muss auch sterben dürfen“. Wichtig ist, dass wir nicht die Chance verpassen, eine Lösung zu finden, die für den Patienten die beste Alternative darstellt, unabhängig von unseren persönlichen Wertvorstellungen.

Zweitens müssen wir den Angehörigen vermitteln können, dass wir überlegte und auf die Patienten zugeschnittene Lösungen anbieten. In unserem dargestellten Fall konnten wir die Töchter aufgrund deren Uneinigkeit nicht an einer Entschei-

dung beteiligen. Eine solche Beteiligung sollte jedoch nach Möglichkeit angestrebt werden [9].

Wenn man sich vor Augen führt, wie schwer dieser Fall aus Sicht der nächsten Angehörigen erlebt wird, wie viel Leid die Töchter bei ihrer Mutter erfahren, wie Angehörige selbst in einer solchen Entscheidungsfindung zerrissen sein können, so haben wir als behandelnde Ärzte die Pflicht, den Angehörigen unsere Intentionen und die Indikationen in angemessener Form mitzuteilen – jenseits von „Sprechblasen“. Drittens sind wir es uns auch selbst schuldig, in ethischen Grenzfällen unsere Motive herauszuarbeiten. Operationen bei schwer Demenzkranken sind für uns als Operateure belastend. Das Bewusstsein von Futility oder Übertherapie ist für denjenigen, der eine Operation vornimmt, moralisch kaum tragbar. Studien belegen einen Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung von Übertherapie und einem erhöhten Risiko für Distress oder Burnout [4]. Wir empfehlen bei Indikationsstellungen, die ethisch problematisch erscheinen, eine klare und möglichst strukturierte Vorgehensweise.

Zentrale Punkte der Beurteilung sind:

- Krankheitsverlauf und zu erwartendes operatives Outcome,
- aktuelle Lebenssituation des Patienten,
- direkt geäußelter oder mutmaßlicher Patientenwille, der durch die Angehörigen oder zusätzlich den Hausarzt erfragt werden sollte.

Als äußerst hilfreich erachten wir hierbei eine enge Zusammenarbeit mit der Medizinethik, welche an vielen Kliniken ethische Konsilien anbietet. Im Universitätsspital Basel ist zudem ein strukturiertes Gespräch der Behandelnden (ethische Fallbesprechung) unter Zuhilfenahme der Leitlinie METAP (Modular Ethical Treatment Allocation Process) etabliert [7, 10]. Wir

als chirurgische Abteilung haben positive Erfahrungen in der Zusammenarbeit sammeln können, da uns das strukturierte Angehen der ethischen Fragestellungen und der unvoreingenommene Blick von außen oftmals eine zusätzliche Klarheit bringt [1]. Eine systematische Evaluation ist im Gange.

Fazit

Operationen bei Patienten, die ihren Willen nicht äußern können und insbesondere hochbetagte, demenzkranke Patienten wie in unserem Fall, stellen eine Herausforderung in der Indikationsstellung dar. Diese Indikationsstellungen müssen unter Kenntnisnahme aller medizinischen wie auch aller sozialen Umstände und möglicher Erfolgsaussichten gefällt werden. Von großer Bedeutung ist die kompetente Einbeziehung der Angehörigen. Insbesondere ist der mutmaßliche Patientenwille von Präferenzen der Angehörigen zu unterscheiden. Wichtig erscheint es uns, dass innerhalb chirurgischer Abteilungen eine bewusste Auseinandersetzung mit ethischen Problemstellungen stattfindet, um Patienten, Angehörige und uns selbst vor vorgefertigten Meinungen zu schützen. Hilfreich ist hierbei eine Reflexion der Intentionen verschiedener Behandlungsformen im Detail. Der Begriff Futility ist als solcher nur schwer anzuwenden. Im Vordergrund sollte die explizite Begründung der Maßnahmen, auch in ethischen Begriffen, stehen, um mögliche Rationalitätslücken zu schließen. Empfehlenswert ist eine enge Zusammenarbeit mit der Medizinethik.

Fußzeile

- 1 SNF Project: No. 32003B-125122 ("Fairness and Transparency. Clinical Ethical Guideline METAP – Evaluation, Methodological Foundation and Improvement", 2009–2011); Principal Investigator: Prof. Dr. S. Reiter-Theil, Co-Investigator: Prof. Dr. H. Pargger; Clinical Partner: Department of Surgery, USB, Basel.

Literatur

1. Albisser Schleger H, Pargger H, Reiter-Theil S (2008) Futility – Übertherapie am Lebensende? Gründe für ausbleibende Therapiebegrenzung in Geriatrie und Intensivmedizin. *Z Palliativmed* 9:67–75
2. Bernat JL (2005) Medical Futility. Definition, Determination, and Disputes in Critical Care. *Neurocrit Care* 2:198–205
3. Burns JP, Truog RD (2007) Futility. A concept in evolution. *Chest* 132:1987–1993
4. Meltzer LS, Huckabay LM (2004) Critical care nurses' perceptions of futile care and its effects on burnout. *Am J Crit Care* 13:202–208
5. Moratti S (2009) The development of „medical futility“: towards a procedural approach based on the role of the medical profession. *J Med Ethics* 35:369–372
6. National cancer control programmes (2002) policies and managerial guidelines, 2nd edn. WHO online
7. Reiter-Theil S (2008) Ethikberatung in der Klinik – ein integratives Modell für die Praxis und ihre Reflexion. *Ther Umsch* 65:359–365
8. Reiter-Theil S, Albisser Schleger H (2007) Alter Patient – (k)ein Grund zur Sorge? Notfall Rettungsmed 10:189–196
9. Reiter-Theil S, Mertz M, Meyer-Zehnder B (2007) The complex roles in end-of-life decision-making: An ethical analysis. *HEC Forum* 19:341–364
10. Reiter-Theil S, Mertz M, Meyer-Zehnder B et al. (2010) Klinische Ethik als Partnerschaft – oder wie eine ethische Leitlinie für den patientengerechten Einsatz von Ressourcen entwickelt und implementiert werden kann. *Ethik Med (im Druck)*
11. Schneiderman LJ, Faber-Langendoen K, Jecker N (1994) Beyond futility to an ethic of care. *Am J Med* 96:110–114

Korrespondenzadresse

Dr. A. M. Mols

Chirurgische Klinik Kantonsspital Olten
Baslerstraße 150, CH-4600 Olten
E-Mail: Anke.Mols@spital.so.ch

Interessenkonflikt

Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Chirurg 2010

DOI 10.1007/s00104-010-1946-y

© Springer-Verlag 2010

Mit freundlicher Genehmigung von
Springer Science and Business Media

Aufklärung – Beratung – Dokumentation der Fahrsicherheit am Beispiel eines internistischen Erkrankungsbildes (Hypertonie)

Teil 1: Verkehrsmedizin im Praxisalltag

Einleitung

Das Thema Fahrsicherheit im Zusammenspiel zwischen Selbstverantwortung des Patienten und Haftung des Arztes ist hochbrisant. Eine fehlende oder fehlerhafte Bewertung einer Erkrankung oder eine fehlerhafte Reaktion auf eine für die Teilnahme am Straßenverkehr risikobehaftete Symptomatologie stellen erhebliche Risiken im Straßenverkehr dar.

Die Ärzteschaft ist mehr denn je gefordert, die Erkrankungen ihrer Patienten nicht nur mit ihrem spezifischen – ständig zu aktualisierenden – medizinischen Fachwissen, sondern auch mit Blick auf die verkehrsmedizinische Relevanz einzuordnen und im Rahmen ihrer therapeutischen Aufklärungspflicht kompetent und adäquat in jedem Einzelfall zu handeln. Dies ist schwer genug, zumal auch die demographische Entwicklung der Bevölkerung neue Probleme mit sich bringt und damit neue und schwierige Aufgaben stellt: Der ältere Verkehrsteilnehmer ist einerseits erfahren, andererseits aber auch altersbedingt und krankheitsbedingt gehandicapt.

Die Autoren stellen in diesem Beitrag spezifische Probleme des Krankheitsbildes der Hypertonie vor, insbesondere vor dem Hintergrund der für die Verkehrssicherheit relevanten Symptomatologien, Risiko- und Verlaufsformen und unter Betrachtung der Compliance des Patienten. Es wird aufgezeigt, welche haftungsrechtlichen Implikationen bestehen und wie eine zureichende Dokumentation für eine Absicherung sowohl des Arztes als auch des Patienten aussehen kann.

Teil 1 des Beitrags stellt die verkehrsmedizinischen Hintergründe mit Kasuistiken

dar; Teil 2 des Beitrags greift die Fragen der Aufklärung, der Beratung und der Dokumentation vor ihrem juristischen Hintergrund auf.

Kasuistik

Der 54-jährige Patient stellt sich nach einem Intervall von 2 1/2 Jahren erstmals wieder ambulant bei seinem Internisten vor, der vor zehn Jahren eine schwere Hypertonie mit diastolischen Blutdruckwerten von > 110 mm Hg sowie ein metabolisches Syndrom diagnostiziert hatte. An kardiovaskulären Risiken war darüber ein Nikotinabusus bekannt. Endorganschäden waren in der Vergangenheit nicht nachgewiesen, das Hypertoniemanagement hatte sich jedoch im Wesentlichen wegen der unzureichenden Compliance des Patienten schwierig gestaltet.

Bei seiner aktuellen Vorstellung erbat der Patient die Ausstellung eines Rezepts über seine Antihypertensiva (Betablocker und ACE-Hemmer), da sein Hausarzt, der ihm bisher jene Medikamente verschrieben habe, zwischenzeitlich seine Praxis aufgegeben habe. Vor allem aber benötige er umgehend als LKW-Fahrer eine ärztliche Bescheinigung zur Verlängerung seiner Fahrerlaubnis der Klasse C1E, die in einer Woche auslaufe. Das sei – so der Patient – wohl nur eine Formsache, er fühle sich gesund und nehme außer den Hochdruckmitteln keine weiteren Medikamente ein.

Der Ruheblutdruck des adipösen Patienten mit einem BMI von 35 kg/m^2 war am Untersuchungstag mit $200/117$ mm Hg deutlich erhöht, wobei der Patient darauf verwies bei Eigenmessungen normale Blutdruckwerte zu haben.

Fragestellungen

Teil 1: Verkehrsmedizin im Praxisalltag

1. Wie ist das Vorgehen aus verkehrsmedizinischer Sicht?
2. Kann eine Bescheinigung nach Anlage 5 FeV von dem Internisten am Tag der Vorstellung ohne weiteres ausgestellt werden bzw. unter welchen Bedingungen kann diese Bescheinigung ausgestellt werden?
3. Welche Untersuchungsbefunde sollten noch vorliegen?

Teil 2: Ärztliche Aufklärung – Beratung – Dokumentation – StreetReadyTool®

1. Wie ist der Patient aufzuklären und zu beraten?
2. Wie kann die Aufklärung und Beratung professionell dokumentiert werden?

I. Problemstellung

Verkehrsmedizinische Fragestellungen sind im Praxis- und Klinikalltag immanent und nicht nur dann relevant, falls der Patient ausdrücklich Fragen nach der Fahrsicherheit stellt oder wenn Unbedenklichkeitsbescheinigungen erbeten werden. Viele neurologisch/psychiatrische aber auch internistische Erkrankungen können die Fahrsicherheit beeinträchtigen. Sie setzen zur sachgerechten Beratung der Patienten hinreichende Kenntnisse der Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung voraus. Internisten, Allgemeinmediziner und Hausärzte sind somit notwendigerweise immer wieder mit verkehrsmedizinischen Aspekten ihres ärztlichen Handelns konfrontiert, so auch bei der Behandlung ihrer Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, mit diabetischer Stoffwechsellage oder ihrer

Patienten mit Lungen- oder Bronchialerkrankungen (hier: insbesondere ihrer z.B. der Patienten mit Schlafapnoe-Syndrom). Besondere verkehrsmedizinische Kompetenz wird allen Ärzten schon wegen der demographischen Entwicklung abverlangt, die sie zunehmend mit älteren und multimorbiden Patienten konfrontiert. Dabei kommt den dementiven Erkrankungen ein besonderer Stellenwert zu.

Zu den risikoreichen und damit verkehrsrelevanten internistischen Erkrankungen gehören die Herz-Kreislauf-Erkrankungen und hier zählen Herzrhythmusstörungen, koronare Herzkrankheit, Herzschwäche und arterieller Bluthochdruck zu den für die Fahrsicherheit problematischen Krankheitsbildern. Die Notwendigkeit einer sachgerechten Aufklärung und Beratung für Patienten mit kardialen Risiken liegt auf der Hand. Die Aufklärung hat sich nach den Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung zu richten. Die Deutsche Herzstiftung hat kürzlich ein Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung zu Fragen der Fahrsicherheit empfohlen, das sich auf den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand beruft aber teilweise – jedoch nicht in der Bewertung der Hypertonie – von den verbindlichen Empfehlungen der Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung abweicht.

Die Autoren folgen den Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung, die verbindlichen Charakter haben. Gleichwohl ist die Lektüre auch des genannten Positionspapiers ausdrücklich empfohlen.

Für die richtige und sachgerechte Beratung aller Patienten ist stets auch die Kenntnis der Fahrerlaubnisklasse (s. Kasuistik) unabdingbar, da für nahezu alle Erkrankungen für LKW- oder Bus- oder Taxifahrer

höhere Anforderungen und strengere Bewertungsmaßstäbe gelten, als für Privatfahrer. So unterscheiden die Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung – nach Anlage 4 der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) – zwei Gruppen von Fahrerlaubnisinhabern und -bewerbern:

Gruppe 1: Führer von Fahrzeugen der Klassen A, A1, B, BE, M, S, L und T.

Gruppe 2: Führer von Fahrzeugen der Klassen C, C1, CE, C1 E, D, D1, DE, D1E und Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung.

II. Die praktische Bedeutung von Krankheiten für die Fahrsicherheit

Dass Erkrankungen ein hohes Risikopotential für eine mindestens mitwirkende Verursachung von Unfällen beinhalten, ist unstrittig, wenngleich dieses Risiko allein mithilfe statistischer Parameter schwierig einschätzbar ist.

Bei Lichte betrachtet erweisen sich die gesetzlichen Regelungen zur Gewährleistung der Verkehrssicherheit auf den Straßen nur scheinbar als ausreichend.

Im Rahmen der Erteilung der Erlaubnis findet bekanntlich neben einem Sehtest keine

besondere Überprüfung statt, es sei denn, dass im Rahmen der Wiedererteilung oder Verlängerung (Gruppe 2) oder ein sonst Anlass bezogener Grund vorliegt:

„Geeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen ist, wer die notwendigen körperlichen und geistigen Anforderungen erfüllt und nicht erheblich oder nicht wiederholt gegen verkehrsrechtliche Vorschriften oder gegen Strafgesetze verstoßen hat. Ist der Bewerber aufgrund körperlicher oder geistiger Mängel nur bedingt zum Führen von Kraftfahrzeugen geeignet, so erteilt die Fahrerlaubnisbehörde die Fahrerlaubnis mit Beschränkungen oder unter Auflagen, wenn dadurch das sichere Führen von Kraftfahrzeugen gewährleistet ist. ...“ (§ 2 Abs. 4 FeV).

Ist der Bewerber erst einmal im Besitze einer Fahrerlaubnis, stellen die rechtlichen Rahmenbedingungen im Wesentlichen auf die Selbstverantwortung der Fahrerlaubnisinhaber ab. Sofern danach die Gesamtleistungsfähigkeit des Führers eines Kraftfahrzeugs z.B. wegen geistig-seelischer oder körperlicher Leistungsausfälle oder wegen Enthemmung in einem Maße herabgesetzt ist, dass er nicht mehr fähig ist,

ein Fahrzeug im Straßenverkehr sicher zu führen, ist eine Fahrsicherheit nicht mehr gegeben:

„Wer sich infolge körperlicher oder geistiger Mängel nicht sicher im Verkehr bewegen kann, darf am Verkehr nur teilnehmen, wenn Vorsorge getroffen ist, dass er andere nicht gefährdet.“ (§ 2 Abs. 1 FeV).

Der Fahrerlaubnisinhaber ist indes nicht zur Selbstanzeige oder – unbeschadet einer Anlass bezogenen behördlichen Anordnung – auch nur zur Durchführung einer Untersuchung seiner Leistungsfähigkeit verpflichtet.

Die Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) in der maßgeblichen Anlage 4 zu § 11 FeV enthält auch ausdrücklich keine abschließende Auswahl der für die Fahrsicherheit relevanten Krankheitsbilder. Dazu heißt es in der Vorbemerkung zu Anlage 4 FeV:

„Die nachstehende Aufstellung enthält häufiger vorkommende Erkrankungen und Mängel, die die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen längere Zeit beeinträchtigen oder aufheben können. Nicht aufgenommen sind Erkrankungen, die seltener vorkommen oder nur kurzzeitig andauern (z.B. grippale Infekte, akute infektiöse Magen-/Darmstörungen, Migräne, Heuschnupfen, Asthma).“

Deshalb sind die **Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung**, die ihre Grundlage in der Fahrerlaubnis-Verordnung und der Zweiten Führerscheinrichtlinie der EG haben, als Hilfestellung bei der Eignungsbegutachtung von Kraftfahrern auf medizinischem und auf psychologischem Gebiet zwingend heranzuziehen und füllen letztlich die Fahrerlaubnis-Verordnung und die dort genannten Erkrankungen fachlich aus (verfügbar als Kommentar „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung“,

Hrsg. Schubert, Schneider, Eisenmenger, Stephan, 2. Aufl. 2005, Kirschbaum Verlag, Bonn).

Trotz dieser rechtlichen Rahmenbedingungen der Fahrsicherheit ist die Dunkelziffer der Ursächlichkeit von Krankheiten für Unfälle im Straßenverkehr wie jene für Alkohol-, Drogen-, und auch Medikamenteneinfluss groß.

III. Verkehrsmedizinische Aspekte zur Hypertonie nach Maßgabe der Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung

Eine Hypertonie, die oft von den Betroffenen wegen meist fehlender Symptome gar nicht als Krankheit wahrgenommen wird, kann durchaus die Fahrsicherheit einschränken.

Vorübergehende Fahrsicherheitsprobleme können aus der medikamentösen (Neu-)Einstellung resultieren z.B. durch Blutdruckabfall bedingte zerebrale Nebenwirkungen wie Konzentrationsprobleme, Müdigkeit oder Schwindel oder auch durch orthostatische Nebenwirkungen. Gerade wegen der unzureichenden Krankheitswahrnehmung sind Hypertoniker besonders auf die ärztliche Aufklärung – auch im Hinblick auf die Fahrsicherheit – angewiesen, zumal 1/3 der diagnostizierten Hypertoniker in Deutschland als unzureichend behandelt gelten. Die Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung unterscheiden in der Bewertung jene Patienten mit diastolischen Blutdruckwerten über 100 mm Hg und solchen mit diastolischen Blutdruckwerten über 130 mm Hg.

1. Diastolischer Blutdruck ständig über 100 mm Hg

Bei Hochdruckkranken mit ständig über 100 mm Hg liegenden diastolischen Blutdruckwerten sind nach den Begutach-

tungs-Leitlinien zur Abschätzung des Verkehrsrisikos internistische Untersuchungen zur Abklärung von Endorganschäden an Herz, Gefäßen, Gehirn und Niere erforderlich. Bei gleichzeitigem Vorliegen von Augenhintergrundveränderungen (z.B. Blutungen und Exsudaten), deutlicher linksventrikulärer Hypertrophie des Herzens, KHK bzw. Myokardinfarkt, Stenosen der Hals-/peripheren Gefäße, TIA (bzw. apoplektischen Insulten), anderen zerebrovaskulären Schäden z.B. vaskuläre Demenz, hypertensiver Nephropathie, ist für Fahrerlaubnisinhaber der Gruppe 1 nur eine bedingte Fahrsicherheit (unter regelmäßigen Kontrollen) gegeben, sofern die Befundlage nach Ausprägung und Kombination nicht per se ein sichereres Verhalten im Straßenverkehr ausschließt.

Fahrerlaubnisinhaber der Gruppe 2 (Berufskraftfahrer) mit diastolischen Blutdruckwerten über 100 mm Hg sind dann nicht in der Lage, den Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen (der Gruppe 2) gerecht zu werden, wenn gleichzeitig andere prognostisch ernste Symptome, z.B. Zeichen einer gestörten Nierenfunktion, starke Augenhintergrundveränderungen (Blutungen und Exsudate), zerebrale Symptome wie neurologische Restsymptome nach Hirndurchblutungsstörungen oder eine deutliche Linkshypertrophie des Herzens nachzuweisen sind.

2. Weitere riskante kardiovaskuläre Risikofaktoren

Patienten mit diastolischen Blutdruckwerten über 100 mm Hg ohne Endorganschäden, bei denen jedoch gleichzeitig riskante begleitende kardiovaskuläre Risikofaktoren und/oder Begleiterkrankungen bestehen, z.B. Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Schlafapnoe, Alkohol- oder Nikotinmissbrauch, relevantes Übergewicht, sind besonders im Hinblick auf

die Risikofaktoren aufzuklären und regelmäßig zu kontrollieren und zu bewerten. Wegen der besonderen Unfallträchtigkeit sollte gezielt nach Symptomen einer Schlafapnoe-Symptomatik befragt werden, zumal diese eine häufige Begleiterkrankung bei Hypertonikern ist und – sofern unbehandelt – die Fahrsicherheit ausschließt.

3. Diastolischer Blutdruck ständig über 130 mg Hg

Die Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung schließen grundsätzlich Patienten, deren diastolischer Blutdruck ständig über 130 mg Hg liegt, von der Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr aus. Bei Hochdruckkranken mit dieser sehr schweren Hypertonie kann erst dann eine ausreichende Fahrsicherheit wieder angenommen werden, sofern die medikamentöse Behandlung eine effektive stabile Blutdruckreduktion zeigt bei Fehlen von relevanten Folge- und Begleiterkrankungen und dem Nachweis von Compliance.

4. Systolischer Blutdruck

Die Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung stellen zwar maßgeblich auf die Bewertung der diastolischen Blutdruckwerte ab. Nicht zu vernachlässigen sind aber auch überhöhte systolische Blutdruckwerte, denen auch eine wesentliche Bedeutung für das Auftreten hypertensiver Endorganschäden zukommt.

IV. Kasuistik

Wie sind nun die Fragen zur vorangestellten Kasuistik zu beantworten?

1. Der Patient ist darüber zu informieren, dass noch weitere Untersuchungen zur Abklärung des Verkehrsrisikos notwendig werden.

Dies kann mündlich geschehen, zur Absicherung (dazu Teil 2 im nächsten

(StreetReadyTool®, 1. Auflage 2011 Schattauer Verlag, Stuttgart)

Heft) z.B. durch und mithilfe einer geeigneten Software, deren Dokumentationstool dem Patienten auch ausgedruckt und ausgehändigt werden kann.

2. Im Hinblick auf die aus der Vorgeschichte bekannten Probleme im Zusammenhang mit der Compliance und in Anbetracht der früheren unbefriedigenden Einstellung des Blutdrucks und bei Vorliegen von kardiovaskulären Risikofaktoren kann bei dem aktuellen Befund eine Verlängerung der Fahrerlaubnis für die Gruppe 2 ohne weitere Abklärung nicht erfolgen.

Auch dieser Umstand muss beraten und sollte für den Patienten dokumentiert werden.

3. Erst wenn sich keine Hinweise auf Endorganschäden ergeben, ist eine hinreichende Fahrsicherheit gegeben, wobei allerdings die Effektivität der erreichten Blutdrucksenkung durch eine

24-Stunden-Langzeit-Blutdruckmessung dokumentiert werden sollte. Sollte weiterhin die Compliance problematisch sein, wäre im Rahmen eines Kurzgutachtens ein verkürztes Zeitintervall bis zur nächsten Kontrolle der Fahrerlaubnisbehörde vorzuschlagen.

Die üblichen Untersuchungen umfassen neben anamnestischen Besonderheiten (z.B. krisenhafte Blutdruckanstiege, ggf. Einnahme von Medikamenten mit zentralen Nebenwirkung oder mit Orthostasefolgen, Abklärung von Begleiterkrankungen wie z.B. Schlafapnoe) auch körperliche und apparative Untersuchungsergebnisse u.a. Gefäßstatus, Untersuchung des Augenhintergrunds, EKG mit Belastung, 24-Stunden-Blutdruckmessung, abdominale Sonographie, Echokardiographie ggf. Doppler-Duplexuntersuchung der Gefäße ggf. Kernspintomographie und die übliche Labordiagnostik (Kalium und Kreatin im Serum, Lipidstatus,

Harnsäure, Fibrinogen, Blutzucker und Urinstatus.

Dieser Beitrag zu verkehrsmedizinischen und rechtlichen Fragen im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild der Hypertonie wird im nächsten Heft fortgesetzt mit dem Thema Ärztliche Aufklärung – Beratung – Dokumentation – StreetReadyTool®.

Anschriften der Verfasser

*Dr. med. Hannelore Hoffmann-Born
Leitende Ärztin
stellv. Bereichsleiterin Life Service
TÜV Technische Überwachung
Hessen GmbH
Kaiserstraße 72, 60329 Frankfurt am Main
E-Mail:
Hannelore.Hoffmann-Born@tuevhessen.de*

*Rechtsanwalt Jürgen Peitz
Arzt- Medizinrecht
und Versicherungsrecht
Am Ostpark 14, 33604 Bielefeld*



Ausschreibung Hufeland-Preis 2012

Das Kuratorium der Stiftung „Hufeland-Preis“ fordert hiermit alle Ärztinnen/Ärzte öffentlich auf, sich um den „Hufeland-Preis“ 2012 zu bewerben. Der im Jahre 1959 erstmalig ausgeschriebene und mit 20.000 Euro dotierte „Hufeland-Preis“ ist der renommierteste Preis auf dem Gebiet der Präventivmedizin.

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

Die an der Ausschreibung zum „Hufeland-Preis 2012“ teilnehmenden Arbeiten müssen bis zum 31. März 2012 bei der Notarin **Dr. Ingrid Doyé, Kattenbug 2, 50667 Köln**, unter dem Stichwort „Hufeland-Preis“ in zweifacher Ausfertigung eingereicht worden sein.

Die Bewertung der Arbeiten erfolgt durch ein Preisrichterkollegium, die Verleihung erfolgt durch das Kuratorium.

Träger des „Hufeland-Preises“ sind neben der Stifterin des Preises, der Deutschen Ärzteversicherung AG, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer und die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

Die kompletten Ausschreibungsunterlagen finden Sie unter: www.hufeland-preis.de

Hausarzt, Facharzt und Chefarzt arbeiten gemeinsam für Parkinson-Kranke

Mit der Fortbildung „Stadienkonforme Behandlung des Parkinson-Syndroms“, die am 6. April 2011 als gemeinsame Fortbildung für Haus- und Fachärzte im Klinikzentrum Lindenallee, Bad Schwalbach, stattgefunden hat, wurde ein erster Versuch unternommen, Haus- und Fachärzte gemeinsam patientenorientiert fortzubilden.

Eingeladen hatten einerseits der Hausärzterverband, andererseits der BVDN, wobei für die Logistik der Unternehmung die Firmen Teva und Lundbeck federführend waren.



v.l.: Dr. Ekkehard Starke, Prof. Dr. Alexandra Henneberg, Dr. Michael Werner

„Als Hausarzt zwischen den Fronten – was ist Pflicht, was ist Kür?“ Mit diesem Thema setzte sich Dr. med. Ekkehard Starke, Offenbach, im Eingangsvortrag auseinander. Er nahm sofort allen Zuhörern, die auf das Vorliegen diffiziler Behandlungspläne gewartet hatten, den Wind aus den Segeln: Wir Hausärzte sind ja nicht nur für Parkinson zuständig, sondern auch für Hochdruck, Diabetes, Arthrose, chronische Schmerzkrankheiten, Nieren- und Leberschädigungen und vieles mehr. Da ist es nicht möglich, dem Patienten zu vermitteln, dass er für das eine Krankheitsbild zwölf Medikamente einnehmen sollte. Im Gegenteil – je mehr Präparate dem Patienten bei Entlassung aus der Klinik angeboten würden, desto wahrscheinlicher wäre es, dass er den Einnahmeplan modifizieren und damit verkleinern würde. Dies würde sich leider nicht nach wissenschaftlichen Kriterien richten, sondern z.B. nach der Länge des Beipackzettels, kommentierte der erfahrene Hausarzt.

„Früherkennung und Frühbehandlung des Parkinson-Syndroms“ forderte daraufhin Professor Dr. med. Alexandra Henneberg, niedergelassene Neurologin aus Frankfurt: Nur durch frühes Erkennen eines Krankheitsbildes können wir rechtzeitig Behandlung anbieten, dann muss das Ganze nicht kompliziert werden und kann für Jahre gut gehalten bleiben. Die Vielfachtherapien sind im Anfang häufig gar nicht nötig, es reicht, wenn man sich auf Medikamente konzentriert, die ein schnelles Fortschreiten der Krankheit verhindern können, also das Prinzip Neuroprotektion vom Tag der Erstdiagnose an durchsetzt. Therapeutischer Nihilismus ist hier ebenso wenig angebracht wie künstlich erschwerte Behandlungspläne.

„Wo endet die ambulante Ambition – oder: Wann weise ich in die Klinik ein?“ Der er-

fahrene Chefarzt Dr. med. Michael Werner zeigte zunächst auf, wie die chronischen und damit komplizierteren Bilder des Parkinson-Syndroms auf sich aufmerksam machen, hierbei sind Fachwörter wie „Festfrieren“ am Boden mit Sturzgefahr, Halluzinationen, aber auch kognitive Störungen und Komplikationen wie Schlafstörungen, Antriebsverlust und On-Off-Fluktuationen, d.h. Überbeweglichkeit und völlige Unterbeweglichkeit darzustellen. Diese Krankheitsbilder können einfach nicht mehr ambulant behandelt werden, da man den Patienten täglich sehen muss, wenn man die Medikamente individuell an ihn angepasst einstellen möchte, forderte der Chefarzt.

Die anschließende Diskussion im Kreise ebenfalls Parkinson vorerfahrener Hausärzte und Fachärzte drehte sich bald um ein mögliches Zusammenspiel und vor allem darum, dass sich die einzelnen Arztgruppen nicht gegenseitig im Weg stehen dürften, sondern patientenorientiert handeln sollen. Hierbei wäre sogar, meinte Professor Henneberg, eine Schaltstelle zwischen Ambulanz und Klinik durch eine weiter ausgebildete medizinische Fachangestellte, an die ärztliche Leistungen von beiden Seiten delegiert würden, denkbar. Dies sind sicherlich Zukunftsvisionen, dennoch, so schlossen alle Beteiligten, keine Unmöglichkeit in einer modernen Medizinlandschaft.

Korrespondenzadresse

Professor Dr. med. Alexandra Henneberg
Scheffelstraße 31, 60318 Frankfurt
E-Mail: henneberg-neuropsych@t-online.de

Fortbildung in der Reisemedizin – ein Querschnittsfach mit stetig wachsender Bedeutung

Ulrich Klinsing

Die Reiselust der Bundesbürger ist trotz Krise ungebrochen. Daher spielen reisemedizinische Fragen im ärztlichen Alltag eine immer größere Rolle. Nach einer Studie des Robert Koch-Institutes werden in 95 % aller Hausarztpraxen reisemedizinische Patienten betreut. Themen sind u.a. Impfungen (94 %), Malariaprophylaxe (90 %), Vermeidung von Reisediarrhoe (83 %), Reiseapotheke (80 %), Sonnenschutz (58 %), sexuell übertragbare Erkrankungen (48 %), weiterhin Tauchtauglichkeit, Thromboseschutz, Flugtauglichkeit, Aufenthalt in großer Höhe und individuelle Gesundheitsprobleme. Auch in Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens und in der Arbeitsmedizin gewinnen reisemedizinische Fragen zunehmend an Bedeutung.

Vermeintlich Reisen in gesundheitsgefährdende Gebiete

Die Tendenz zu Reisen insbesondere in Regionen mit einem im Vergleich zu Deutschland erhöhten gesundheitlichen Risiko ist weiter ansteigend. Neben dem Tourismus führen vor allem die Globalisierung des Wirtschaftslebens und die häufig internationale Ausrichtung deutscher Unternehmen zu immer mehr Mobilität und damit auch vermehrt zu Aufenthalten in gesundheitsgefährdenden Gebieten. Bei diesen Personen muss nach den Grundsätzen der Berufsgenossenschaft (G35) arbeitsmedizinisch die Tauglichkeit festgestellt werden. Die bisher hierfür erforderlichen Qualifikationen sind entfallen, so dass jeder Betriebs- und Arbeitsmediziner mit kniffligen reisemedizinischen Problemen befasst werden kann, ohne dass die Reisemedizin in der bisherigen Weiterbildung ausreichend Berücksichtigung fand. Hierzu finden zur Zeit in der Akademie für

Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim Planungen statt, die obligaten Weiterbildungsinhalte um spezifische arbeitsmedizinisch relevante reisemedizinische Themen zu ergänzen und diese als Fortbildung auch den Kollegen anzubieten, die die Weiterbildung bereits abgeschlossen haben (s.u.).

Hinzu kommt, dass immer mehr Personen mit medizinischen Risiken, hier besonders chronisch kranke und ältere Menschen, reisen. Die Reisebranche hat sie schon längst als krisenfeste Kunden entdeckt: die „Best-Ager“, die „55 plus“-, „60 plus“-Kunden, die „Senioren“. Ziele sind hierbei nicht mehr nur die klassischen Urlaubsgebiete Bayern, Österreich, Italien und Spanien. Die Senioren steuern immer häufiger weltweite Fernreiseziele an und es werden dort sogar vielfach Abenteuer-, Sport-, Erlebnisreisen oder komplizierte Rundreisen durchgeführt. Ein ganz neues Reisesegment sind die ärztlich begleiteten Reisen, bei denen ein erfahrener und reisemedizinisch fortgebildeter Arzt den Reisenden während der gesamten Reise medizinisch zur Verfügung steht.

Abrechnung als privatärztliche Leistungen

Neben dem aus medizinischen Gründen steigenden Bedarf an reisemedizinischen Leistungen sind auch wirtschaftliche Gründe anzuführen, sich als Arzt verstärkt mit reisemedizinischen Fragen zu befassen. Viele Leistungen der Reisevorbereitung sind primär keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und sind somit privatärztlich abzurechnen. Wer als Arzt eine ärztlich begleitete Reise betreuen will, muss reisemedizinische Berufserfahrung und die entsprechende Fortbildung nachweisen.

Qualifikation in „Reisemedizin“

Wie kann man sich also in der Reisemedizin qualifizieren? Bei der „Reisemedizin“ handelt es sich um kein durch die ärztliche Weiterbildungsordnung definiertes Fach. Die Beschreibung „reisemedizinisch qualifizierter Arzt“ beispielsweise in unterschiedlichen Internetlistungen lässt nur beschränkt auf tatsächliche Qualifikationen schließen, denn die Voraussetzungen für diese Listungen sind sehr unterschiedlich.

Hier hat die Einführung der strukturierten Fortbildung „reisemedizinische Gesundheitsberatung“ durch die Bundesärztekammer und das hierzu vom deutschen Senat für ärztliche Fortbildung vorgelegte Curriculum zu einer positiven vereinheitlichenden Entwicklung beigetragen. In diesem Curriculum sind im Rahmen eines 32-Stunden-Kurses die Inhalte festgelegt, die allen Ärzten, die sich im Rahmen ihrer allgemeinen ärztlichen Tätigkeit auch mit der Reisemedizin befassen, das notwendige Rüstzeug vermitteln.

Auch die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim bietet seit einigen Jahren an zwei Wochenenden einen solchen Kurs nach den Vorgaben der „Strukturierten Curriculären Fortbildung“ der BÄK an (dieses Jahr 23./24. September und 28./29. Oktober 2011, siehe Veranstaltungsankündigungen auf Seite 497, Interessenten sollten sich umgehend anmelden).

Im Kurs wird vor allem auf eine praxisnahe Vermittlung des notwendigen Wissens und der Möglichkeit eines intensiven Erfahrungsaustausches mit reisemedizinischen Experten in Kleingruppen Wert gelegt. Nach erfolgreichem Abschluss wird das von der Ärztekammer anerkannte Zer-

tifikat „Reisemedizinische Gesundheitsberatung“ ausgestellt.

Für Arbeits-/Betriebsmediziner komplettiert dieser Kurs in Verbindung mit der o.a. Erweiterung des Weiterbildungskurses eine besondere Qualifizierung in der auf die Arbeitsmedizin bezogenen Reisemedizin.

Schwerpunkt Reisemedizin

Für diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die sich schwerpunktmäßig mit der Reisemedizin befassen wollen, bietet der Kurs die Grundlage für weiterführende Spezialisierung. Hierfür können dann dem interdisziplinären Charakter der Reisemedizin entsprechend besonders strukturierte Fort-

bildungskurse verschiedener Anbieter in reisemedizinisch relevanten Fachgebieten wie Höhenmedizin, Tauchmedizin, Flugmedizin, Reisen von Risikogruppen, Rückkehrerkrankungen, absolviert werden, die im Basiskurs – entsprechend den Vorgaben des Curriculums der Ärztekammer – nur einführend behandelt werden können. Abgeschlossen werden kann diese Spezialisierung dann mit dem Fachzertifikat „Reisemedizin“ der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin. Möglichkeiten der weiterführenden reisemedizinischen Fortbildung, inklusive von reisemedizinischen Exkursionen nach Indien und Ecuador als besonders intensive Form einer

praxisnahen Lehre, werden im Bad Nauheimer Kurs vorgestellt. Informationen hierzu können auch direkt beim Verfasser erfragt werden.

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Ulrich Klinsing

Leiter des Seminars

*„Reisemedizinische Gesundheitsberatung“
in Bad Nauheim*

Vorsitzender der Deutschen

Fachgesellschaft für Reisemedizin

Facharzt für Allgemeinmedizin

Hans-Thoma-Straße 9

60596 Frankfurt/M

E-Mail: Klinsing@t-online.de



Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen

Dokumentation der 5. Fachtagung
am 21. April 2010, Bad Nauheim

Eine gemeinsame Veranstaltung von:



Koordinations- und Ansprechstelle
für Dienste der Sterbebegleitung
und Angehörigenbetreuung
(KASA) Hessen.



Landesärztekammer Hessen



Hospiz- und Palliativ-
Verband Hessen e.V.
(HPVH)

Dokumentation der Fachtagung „Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen“

Die Dokumentation der 5. Fachtagung „Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen“ am 21. April 2010 in Bad Nauheim ist erschienen.

Im Mittelpunkt der Tagung stand das Thema „Qualifizierung“. In Vorträgen, Workshops und Diskussionen wurden Vorstellungen und Lösungsmöglichkeiten dafür erarbeitet, wie eine gemeinsame, fachübergreifende Fortbildung aller an der hospizlichen und palliativen Betreuung und Versorgung Beteiligten aussehen kann.

Ein Druckexemplar der 44-seitigen Broschüre kann bei der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen zum Preis von 8,50 Euro angefordert werden. Ansprechpartnerin: Juliane Schad, Fon: 06032 782-222, E-Mail: juliane.schad@laekh.de

möh

Sicherer Verordnen

Impfstoffe – Wirkungsverlust bei Minusgraden

In den USA wurden Kühlschränke in regionalen ambulanten Gesundheitszentren untersucht. Nur 58 % der überprüften Kühlschränke wiesen die u.a. für Impfstoffe vorgeschriebene Lagerungstemperatur auf (2-8 °C). Bei zu kalter Lagerung verklumpen die Adsorbentien und der Impfstoff wird inaktiviert. Die Anzahl von Pertussiserkrankungen in einzelnen Regionen war korreliert mit einer Lagerung bei Minusgraden.

In der Praxis sollten Impfstoffe nur in geeigneten Kühlschränken mit Temperaturüberprüfung (z.B. mit Min-Max-Thermometer) gelagert werden. Da in Apotheken in der Regel Kühlschränke mit verschiedenen Temperaturzonen vorhanden sind, wird empfohlen, nur den geschätzten Tagesbedarf an Impfstoffen dort abzurufen. Ein kurzfristiges geringes Überschreiten der Lagerungstemperatur sollte in der Regel zu keinem Wirkungsverlust führen.

Quelle: Am J Pub Health 2011; 101:46, zitiert in Ärztezeitung 2011, Nr. 70, S.4

H1N1-Impfstoff – Narkolepsie

Am Beispiel des Pandemie-Impfstoffes Pandemrix® kann nachvollzogen werden, wie schwierig eine Ermittlung des Kausalzusammenhanges zwischen der Gabe eines Impfstoffes (oder auch eines Arzneistoffes) und dem Auftreten einer seltenen unerwünschten Wirkung (hier: Narkolepsie, vor allem bei Kindern und Jugendlichen bis 20 Jahren) sein kann. Wobei erschwerend hinzukommt, dass die Ursache(n) einer Narkolepsie noch ungeklärt sind. In Schweden wurde ein vierfach, in Finnland ein neunfach erhöhtes Risiko festgestellt, in Deutschland wurden nur einzelne Verdachtsfälle berichtet. In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin führt das zuständige Paul-Ehrlich-Institut (PEI) eine epidemiologische Studie durch, um dem Verdacht nachzugehen. Um Mithilfe der Schlaflabore, der Hausärzte und der betroffenen Patienten wird gebeten.

Quelle: Bull. Zur Arzneimittelsicherheit, März 2011, Nr. 1, S. 19-21

Lokalanästhetika – toxische Methämoglobinämie

Bei einer 19-jährigen Patientin wurde unter Blockanästhesie mit 2 x 26 ml 2 % Prilocain (Xylonest®) und 2 x 12 ml 0,5 % Bupivacain (Carbostesin®, Generika) eine ambulante Spreizfußoperation durchgeführt. Es trat eine Hypoxämie auf, die sich auch unter hochdosierter Sauerstofftherapie nicht besserte und eine Überführung in eine klinische Notfallambulanz erforderte. Nach Gabe von Methylenblau und Ascorbinsäure besserte sich der Zustand der Patientin innerhalb von wenigen Stunden.

Vor allem Lokalanästhetika können, auch bei topischer Anwendung z.B. als Spray in der Bronchoskopie oder Gastroskopie, eine Methämoglobinämie induzieren. Bei Sauerstofftherapie-resistenter Hypoxämie mit zentraler Zyanose und entsprechender Verdachtsdiagnose ist die Gabe von 1-2 mg/kg KG Methylenblau indiziert. Kontraindikation: Glukose-6-Phosphatdehydrogenase-Mangel (vermindertes NADPH).

Quelle: Dt.med.Wschr. 2011; 136: 762-4

Einflussnahme der pharmazeutischen Industrie

Im Idealfall werden Studienergebnisse nach Zustimmung kompetenter Fachgutachter publiziert. Danach ist die wissenschaftliche Gemeinde aufgerufen, zustimmende oder kritische Stellungnahmen abzugeben. Die Einflussnahme der pharmazeutischen Industrie, insbesondere auf die Herausgeber einer Fachzeitschrift, erfolgt bei ungünstigen Ergebnissen für ein Produkt in der Regel diskret vor einer endgültigen Publikation.

Selten werden diese Vorgänge publik gemacht. Im umkämpften Markt der Antidiabetika veröffentlichte eine englische Fachzeitschrift, dass eine kritische Studie zu Exenatid (Byetta®) und Sitagliptin (Januvia®), bereits publiziert auf der Website der Zeitschrift Gastroenterology, nach Angaben des Herausgebers zurückgezogen wurde. Die Hersteller hatten gegen eine Veröffentlichung der Ergebnisse schriftlich Bedenken erhoben.

Aus FDA-Daten hatten die Autoren gefolgert, dass unter der Einnahme von Exenatid das Risiko des Auftretens einer Pankreatitis 11,8-fach und unter der Einnahme von Sitagliptin 6,8-fach erhöht ist. Auch traten im Zeitraum von 2004 bis 2009 72 Fälle von Pankreaskarzinomen unter Exenatid und 14 unter Sitagliptin auf.

Auch wenn die Daten aus der Datenbank der FDA relativ „weich“ sind, wurde bereits empfohlen, Patienten auf diese sog. Inkretinmimetika oder GLP-1-Rezeptoragonisten nur unter besonderen Umständen neu einzustellen und alle mit diesen Arzneistoffen Behandelte über die neuen Ergebnisse zu informieren.

Quelle: Brit.med.J. 2011; 342: 842-3

Spironolacton – Gastrointestinale Blutungen

Leitliniengerecht und nach neuen Studienergebnissen soll bei moderater bis schwerer Herzinsuffizienz Spironolacton (Aldactone®, Osyrol®, Generika) eingesetzt werden, auch zusätzlich zu einer Standardmedikation und unter Überwachung der Nierenfunktion und des Serum-Kaliums. Eine Bewertung der Ergebnisse dreier Studien (Kohortenstudie und zwei Case-control-Studien) weist auf eine andere, bereits bekannte UAW: dosis-abhängiges, circa dreifach erhöhtes Risiko gastrointestinaler Blutungen. Ähnlich einer Risikoerhöhung einer Hyperkaliämie durch eine Kombination mit einem ACE-Hemmer oder AT₁-Antagonisten kann auch eine Kombination mit ulzerogenen Arzneistoffen wie Nicht-steroidale Antiphlogistika zu einer Erhöhung des GI-Blutungsrisikos führen.

Quellen: Dt.med.Wschr. 2010; 135: 134; Prescrire internat. 2011; 20:98

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 6/2011

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

Medizinisches Risikomanagement im Krankenhaus

Susanne Johna

Primum nil nocere sollte die Grundlage jedes therapeutischen Handelns sein. Dennoch kommt eine relevante Anzahl von Patienten im Krankenhaus durch vermeidbare Fehler zu Schaden (Brennan et al., 1991:370-6). Eine Minimierung dieser Fälle ist das Ziel des Medizinischen Risikomanagements im Rahmen des Qualitätsmanagements. Ausgangslage in den Kliniken ist eine ansteigende Zahl von Haftpflichtfällen, die eine deutliche Steigerung der Versicherungsprämien nach sich zieht. Spätestens aufgrund dieses wirtschaftlichen Drucks stoßen Ärzte mit ihrer Forderung nach einem medizinischen Risikomanagement in den Kliniken zunehmend auf offene Ohren. Wichtig ist es, neben der rückblickenden Einzelfallaufklärung vorausschauende Präventionsinstrumente zu entwickeln, die der Komplexität der modernen Medizin gerecht werden.

Die Fehlertheorie nach dem englischen Psychologen James Reason fußt auch auf Grundlagen der Arbeiten des Dänen J. Rasmussen (Reason 2000). Dieses sogenannte „Schweizer-Käse-Modell“ (siehe Abbildung) geht davon aus, dass aus einer Gefahr nur dann ein Unfall oder ein unerwünschtes Ereignis entstehen kann, wenn die dazwischen liegenden „Sicherheitsbarrieren“ versagen, also Löcher entstanden sind. Diese Löcher müssen dann auch noch durch besondere Umstände genau „in einer Achse“ liegen. Die Löcher entstehen durch aktives und latentes Versagen und werden durch verschiedene Faktoren beeinflusst.

Als Fazit der Fehlertheorie kann festgehalten werden, dass das Entstehen von Fehlern (fast) immer viele Ursachen auf verschiedenen Ebenen der Organisation hat, die zusätzlich durch Faktoren außerhalb der Organisation beeinflusst werden

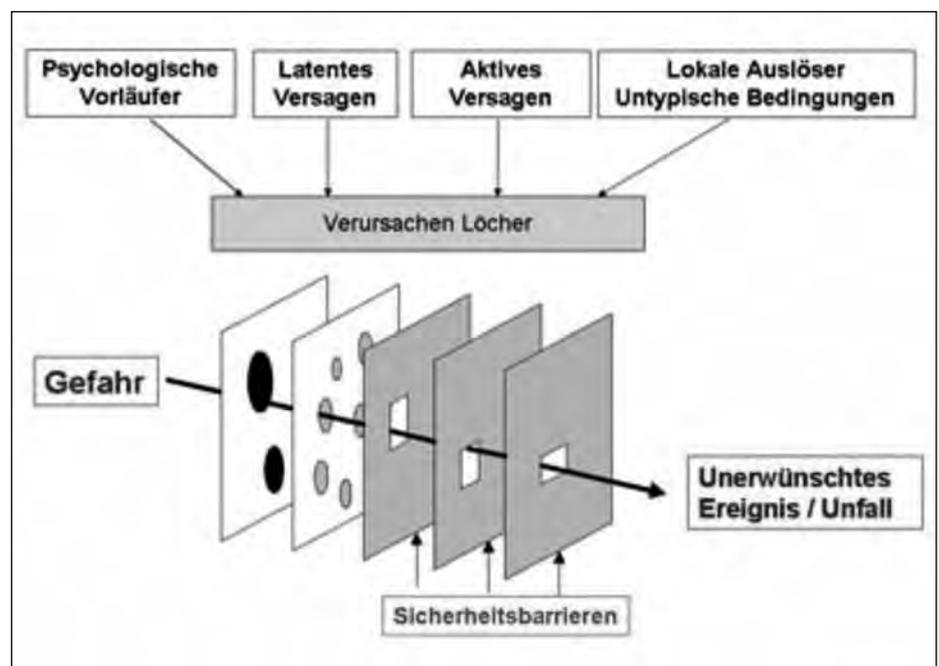
können. Nicht nur in Großorganisationen wie Kliniken, auch in der einzelnen Arztpraxis lohnt es sich, latente Sicherheitsprobleme, das Funktionieren von Barrieren und die mittelbar zum Auftreten eines Fehlers beitragenden Umstände zu analysieren, um die Sicherheit zu erhöhen. Teil dieser Sicherheitsanalyse muss die Berücksichtigung der häufigen Schnittstellenproblematik sein.

Der deutsche Ärztetag hat 2005 die Einführung von sogenannten Critical Incident Reporting Systems (CIRS) befürwortet. Diese sollen nicht nur helfen, unerwünschte Ereignisse und Zwischenfälle zu erkennen, bevor sie beim Patienten zu Schäden geführt haben, sondern auch eine Veränderung der „Fehlerkultur“ im Unternehmen bewirken. Die häufig geübte Praxis, einen Fehler immer als persönliches Vergehen eines Einzelnen zu definieren und entsprechend zu sanktionieren (Sündenbockprinzip) soll einem lernorientierten, offenen und sanktionsfreien Prinzip weichen. Die

entscheidende Frage bei Auftreten eines Fehlers sollte somit nicht sein: „Wer war schuld?“ sondern: „Was war schuld?“.

Durch zunehmende Technisierung sowie Änderung der Arbeitsorganisation mit abnehmender Kontinuität der ärztlichen Behandlung kommt es zu zusätzlichen Risiken. Ebenso führt die „Ökonomisierung der Behandlung“ mit Effizienzsteigerung bei zusätzlichem Personalmangel zur Gefahr der Vernachlässigung von notwendigen Kontrollen.

Nur wenn auf das Wissen und die täglichen Erfahrungen möglichst aller Mitarbeiter zurückgegriffen werden kann, lässt sich ein klinisches Risikomanagement sinnvoll etablieren. Um dies zu erreichen, sollten bei der Planung zur Einführung eines Risikomanagements möglichst alle Abteilungen einer Organisation einbezogen werden. Nur dann ist auch mit einer guten Akzeptanz zu rechnen. Wenn sich möglichst viele Mitarbeiter beteiligen, können



Swiss Cheese Model of System Accidents (nach Reason)

die häufigen Schnittstellen- und Detailprobleme im Einzelablauf erkannt werden. Die grundsätzliche Idee von CIRS beruht darauf, aus kritischen Ereignissen die nicht zu einem relevanten Schaden geführt haben, zu lernen. Jeder einzelne Mitarbeiter kann über ein Formular oder online ein solches Ereignis anonymisiert berichten. Je mehr Zwischenfälle erfasst werden, desto größer ist die Chance, Schwachstellen im System zu erkennen und durch geeignete Maßnahmen zu eliminieren. Voraussetzung hierfür ist ein auf Funktionseinheiten bezogenes Risikomanagement. Die Berichte müssen durch eine fachlich versierte Vertrauensperson gelesen, ggf. anonymisiert und ausgewertet werden.

Somit ist es zur Vermeidung von systemischen Fehlern am besten, ein individuell angepasstes CIRS-Meldesystem einzuführen.

Aber auch bereits existierende CIRS-Systeme können genutzt und somit aus Fallberichten anderer gelernt werden. Beispiele, teils fachspezifisch, sind angeführt:

- www.jeder-fehler-zaehlt.de
(CIRS für Hausarztpraxen)
- www.cirspaeditarie.de
(CIRS für die Pädiatrie)
- www.cirsmedical.de
(CIRS der deutschen Ärzteschaft)
- www.kh-cirs.de
(Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland)

- www.cirs-notfallmedizin.de
(präklinische Notfallmedizin)
- www.kritische-Ereignisse.de
(für die Altenpflege)

Literatur

Brennan TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324(6):370-6
Reason J. Human error: Models and management. *BMJ* 2000;320(7237):768-70

Anschrift der Verfasserin

Dr. med. Susanne Johna
Median-Klinik NRZ Wiesbaden
Aukammallee 39
65191 Wiesbaden
E-Mail: mb@johna.eu

12. Deutscher Medizinrechtstag

Der 12. Deutsche Medizinrechtstag findet am 16. und 17. September 2011 in Berlin statt. Die Veranstaltung steht unter dem Motto „**Recht statt Vertrauen – Patientenrecht, EU-Richtlinie und die Praxis**“

Einige Akzente des diesjährigen Deutschen Medizinrechtstags:

- **Implementation der EU-Patientenrichtlinie in deutsches Recht**
Prof. Dr. iur. Gerhard Igl, Universität Kiel
- **Bleibt Arzthaftung Anwaltsache? – Die Konsequenzen für die Anwaltschaft**
Rechtsanwalt Frank Johnigk, Geschäftsführer der Bundesrechtsanwaltskammer
- **Auswirkungen des Patientenrechtgesetzes auf die anwaltliche Praxis und Bewertung**
Rechtsanwalt Prof. Dr. Karl Otto Bergmann, Hamm

Der jährliche Deutsche Medizinrechtstag ist das interdisziplinäre Symposium von Medizinrechtsanwälten und Ärzten. Referenten aus Justiz, Wissenschaft, Praxis, Verbänden und Politik beleuchten im Rahmen der Veranstaltung einen Themenkreis aus unterschiedlichen Perspektiven.

Das Symposium wird vom Medizinrechtsanwälte e.V. in Zusammenarbeit mit der Stiftung Gesundheit veranstaltet.

Das Programm sowie einen Video-Trailer finden Sie hier:
www.medizinrechts-beratungsnetz.de/deutscher-medizinrechtstag

Online-Fortbildung leicht zu finden: CME-Angebote der Arztbibliothek

Fortbildungsangebote im Internet nehmen zu. Dabei ist es nicht immer leicht, die Einheiten zu finden, die ins eigene Fachgebiet passen und entsprechend zertifiziert sind. Die Arztbibliothek listet seit März 2011 thematisch aufbereitete und von Ärztekammern anerkannte Fortbildungsangebote und erleichtert Ärzten damit die Suche nach themenspezifischen Online-Angeboten.

Derzeit sind in der Arztbibliothek 239 aktuelle CME-Angebote zu 42 Themen online. Die angebotenen Online-CME sind von den deutschen Ärztekammern zertifiziert und somit offiziell zur Erlangung des Fortbildungszertifikats anerkannt. Es wird sowohl auf kostenlose als auch auf kostenpflichtige (meist abonnementsgebundene) Angebote verwiesen, wobei je Einheit ein bis drei Fortbildungspunkte erworben werden können. Alle drei Monate werden neue Online-CME-Module in die Arztbibliothek aufgenommen und die Aktualität bzw. die Gültigkeit vorhandener Fortbildungseinheiten überprüft.

Ansprechpartnerin:
Dr. Monika Nothacker MPH
E-Mail: nothacker@azq.de

- **Online CME-Angebote der Arztbibliothek**
<http://www.arztbibliothek.de/cme-angebote>
- **Arztbibliothek – das Wissensportal für Ärzte von BÄK und KBV**
<http://www.arztbibliothek.de>

Professor Dr. rer. nat. Dr. med. Günter Ollenschläger
Leiter des ÄZQ
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
(Gemeinsames Institut von Bundesärztekammer
und Kassenärztlicher Bundesvereinigung), Berlin

I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

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 **9 P**
 Inhalt: Grundlagen, Organisation, Wechselwirkung, Qualitätssicherung, Praktische Übungen, Indikationsstellung, Stand der Technik
- Dienstag:** Hautkrebsscreening **11 P**
 Inhalt: Häufigkeit, Ätiologie, Anamnese, Krankheitsbilder, Praktische Übungen, Dokumentation
- Mittwoch:** Medizinische Rehabilitation 16-Std.-Kurs gem. neuer Reha-Richtlinie (§135 Abs.2 SGB V) **21 P**
oder
 Notfallmanagement in der niedergelassenen Praxis – Mega-Code-Training **10 P**
 Inhalt: BLS, Tipps & Tools, ACLS, ERC Guidelines, Praktische Übungen, Mega-Code im Praxisteam
- Donnerstag:** Intensivkurs / Hygiene in Arztpraxen **10 P**
 Inhalt: Rechtliche Grundlagen, Händehygiene, Dienst- u. Schutzkleidung, Hygieneplan, Reinigungs- u. Desinfektionsmaßnahmen, Aufbereitung von Medizinprodukten
- Freitag:** EKG-Refresher-Kurs **10 P**
 Inhalt: Grundlagen, P-Welle, QRS-Komplex, ST-Strecke, Infarkt-EKG, Herzrhythmusstörungen, Schrittmacher-EKG, mitgebrachte EKG-Kurven werden besprochen

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

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Mittwoch, 24. Aug. 2011, 14:00 – 19:00 Uhr **6 P**
Leitung: Prof. Dr. med. T. Weber, Wiesbaden
Teilnahmebeitrag: € 110 (Akademiemitgl. € 99)
max. Teilnehmerzahl: 25
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau B. Sebastian, BZÄK Wiesbaden,
 Fon: 0611 977-4812, Fax: -4841, E-Mail: barbara.sebastian@laekh.de
Weitere Termine 2011: 07. Sep., 09. Nov., 07. Dez.

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 **19 P**
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

Schnittstelle Medizin und Physiotherapie

In Zusammenarbeit mit dem Dt. Verband für Physiotherapeuten.

Pädiatrie in der Neurologie und Orthopädie – Interdisziplinäre Herausforderung für Arzt und Therapeut **8 P**

Samstag, 27. Aug. 2011

Folgende Themen werden jeweils aus medizinischer und physiotherapeutischer Sicht behandelt: Pädiatrie in der hausärztlichen Versorgung; Kinderneurologie; Kinderorthopädie

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

Aktuelles aus Nephrologie und Nierentransplantation – Wissen für die Praxis

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

Herz- und Niereninsuffizienz – was tun? **4 P**

Themen: Die kardiorenenalen Syndrome – ein Überblick; Leitliniengerechte Therapie der hochgradigen Herzinsuffizienz; Peritonealdialyse bei hochgradiger Herzinsuffizienz: „Aquapherese“

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

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

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

25. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

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

Das Seminar soll Teilnehmer, die im Rahmen der Weiterbildungsrotation auf der kardiologischen, internistischen bzw. interdisziplinären Intensivstation eingesetzt werden, im Sinne einer Qualitätssicherung vorbereiten.

Die Inhalte orientieren sich deshalb an den praktischen Bedürfnissen des Alltags der Intensivmedizin. Der Seminarstoff wird auf der Basis eines pathophysiologischen Verständnisses dargestellt, damit durch das Verstehen von WIE und WARUM die notwendige Flexibilität in der praktischen Umsetzung der neueren Erkenntnisse jederzeit möglich ist.

Montag, 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 Zimmer 330, Haus 11, 3. Stock

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

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

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de





Das Gesundheitswesen, Aufgaben der ärztlichen Körperschaften sowie Versicherungen und Versorgung für Ärztinnen / Ärzte in Deutschland

Allen Ärztinnen und Ärzten, die in Deutschland eine ärztliche Tätigkeit neu beginnen, wird eine Teilnahme an dieser Veranstaltung vom Hessischen Sozialministerium, der Hessischen Approbationsbehörde und der Landesärztekammer empfohlen.

Samstag, 17. Sep. 2011, 09:00 – ca. 16:15 Uhr

Leitung: Dr. med. R. Kaiser, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

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

E-Mail: veronika.wolfinger@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

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

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Samstag, 16. – Sonntag, 17. Juni 2012 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

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

Impfkurs – Fachgebiet Öffentliches Gesundheitswesen

Vorgesehene Themen: (s. HÄBL. 7/2011)

Die Teilnehmer werden gebeten, ihren Impfpass zwecks Überprüfung des eigenen Impfstatus mitzubringen. (Impfung auf eigene Verantwortung).

Samstag, 08. Oktober 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

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

6. Wiesbadener Symposium zu entzündlichen Erkrankungen des ZNS

In Kooperation mit der Klinik für Neurologie der Dr. Horst Schmidt Klinik.

Neues zur Pathophysiologie und Therapie der Multiplen Sklerose

Mittwoch, 16. Nov. 2011, 16:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. G. F. Hamann, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Wiesbaden, Dr. Horst Schmidt Klinik

Auskunft und Anmeldung: Frau Hannelore Noll,

Fon: 0611 432-376, Fax: 0611 432-732,

E-Mail: hannelore.noll@hsk-wiesbaden.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, 07. Dez. 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

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: € 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. Woitowitz, 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 und KHK.

Mittwoch, 07. Sep. 2011, 15:30 – 20:00 Uhr **6 P**

Teil 5: Herz, Blutdruck und Gefäße

Leitung: Dr. med. M. Braun, Schlüchtern

Teil 6: Auge, Niere, Fuß

Leitung: C.-D. Möller, Frankfurt a. M.

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

Weiterer Termin 2011: Mittwoch, 30. Nov. 2011, Teile 1 u. 2 **6 P**

Curriculum Organspende (insg. 40 Std.)

Kriseninterventionsseminar (8 Std.)

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

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





Medizinische Rehabilitation

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

Termin: auf Anfrage

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

Teilnahmebeitrag: € 200 (Akademiemitgl. € 180)

Tagungsort: Bad Nauheim

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

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

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Notfallmedizinische Fortbildung

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD 27 P

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, 27. Aug. 2011

Leitung: G. John, Wiesbaden

Tagungsort: Wiesbaden

WH-Seminar Leitender Notarzt

Samstag, 01. Okt. 2011

Leitung: D. Kann, N. Schmitz, Kassel

Tagungsort: Kassel

Seminar Leitender Notarzt

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

Leitung: D. Kann, N. Schmitz, Kassel

Tagungsort: Kassel

Teilnahmebeitrag: € 740 (Akademiemitgl. € 666)

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

Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Modul I: **Freitag, 30. – Samstag, 31. März 2012**

Modul II: **Freitag, 11. – Samstag, 12. Mai 2012**

Modul III: **Freitag, 06. – Samstag, 07. Juli 2012**

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 20 P

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

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

Prüfarzt in Klinischen Studien

Freitag, 15. – Samstag, 16. Juni 2012

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

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

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

Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

17. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

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



**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****Leitung:** Dr. Nawid Peseschkian, Wiesbaden**Tagungsort und Anmeldung:** Wiesbaden, Internat.

Akademie für Positive und Transkulturelle Psychotherapie,

Kaiser-Friedrich-Residenz, Langgasse 38-40,

Fon: 0611 3411-675 und -674, Fax: 0611 3411-676

Ärztliches Qualitätsmanagement

Dieser Kurs wird gem. dem 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**Teilelernphase: 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)**Block I: Dienstag, 14. – Samstag, 18. Feb. 2012****Block II a: Dienstag, 20. – Freitag, 23. März 2012****Block II b: Mittwoch, 02. – Samstag, 05. Mai 2012****Block III a: Mittwoch, 26. – Samstag, 29. Sep. 2012****Block III b: Mittwoch, 28. Nov. – Samstag, 01. Dez. 2012****Teilnahmebeitrag:** Block I: € 990 (Akademiemitgl. € 891)

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

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

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer. (s. Seite 488)

Freitag, 23. Sep. – Samstag, 24. Sep. 2011 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**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!****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**Ultraschallkurse****Abdomen****Leitung:** Dr. med. J. Bönhof, 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. Bönhof**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



Verkehrsmedizinische 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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

Block C 10./11. Sep. 2011 in Wiesbaden **20 P**

Schmerzen bei vaskulären Erkrankungen; Schmerzen bei viszeraleen 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

Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ als Blended-Learning-Veranstaltung

Einführungseminar: 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

Suchtmedizinische Grundversorgung (50 Std.)

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

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

Frühjahr 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

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****Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1)**

Inhalte: Die in der eintägigen Fortbildung vermittelten Kenntnisse und Fertigkeiten sollen die Teilnehmer/innen befähigen, Gespräche professionell und zielgerichtet zu führen. Durch das Training in der Gruppe erhält der/die Teilnehmer/in Anregungen zur Optimierung seiner/ihrer Fragen- und Antworttechniken sowie Unterstützung zur Verbesserung der Rhetorik.

Termin: Freitag, 25.11.2011, 10:00 – 17:30 Uhr
Teilnahmegebühr: € 95

Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)

Inhalte: Die Teilnehmer/innen der Fortbildung werden systematisch in die Grundlagen der Wahrnehmungspsychologie eingeführt und erwerben über diese Kenntnisse die Fähigkeit, Bedürfnisse des Gesprächspartners zu erkennen und die Patientencompliance durch Motivation zu verbessern.

Termin: Samstag, 26.11.2011, 10:00 – 17:30 Uhr
Teilnahmegebühr: € 95

Moderation (PAT 3)

Es werden einfache, kostengünstige Präsentationsmedien vorgestellt, die die Aufgaben z.B. bei der Mitwirkung in Patientenschulungen sowie die Vorbereitung von Teambesprechungen erleichtern. In der Fortbildung werden Grundlagen der Methodik sowie Kenntnisse und Fertigkeiten im Umgang mit verschiedenen Medien vermittelt.

Termin: Freitag, 28.10.2011, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)
Teilnahmegebühr: € 95

Beschwerde- und Konfliktmanagement (PAT 4)

Inhalte: Teamarbeit ist im Praxisalltag eine wichtige Voraussetzung, um Beschwerden und Konflikte von/mit den Patienten durch Fach- und Sachkompetenz zu lösen. Zielsetzung der Veranstaltung ist u.a. Lösungsstrategien für die vielfältigen, schwierigen Praxissituationen zu entwickeln.

Termin Kassel: Mittwoch, 21.09.2011, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Std.)
Termin Bad Nauheim: Samstag, 29.10.2011, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Std.)
Teilnahmegebühr: € 95

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, 19.11.2011 u. Samstag 10.12.2011
Termin Telearnphase: 20.11.2011 bis 17.12.2011
Teilnahmegebühr: € 255

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Privatliquidation – Grundlagen und Übungen am PC (PAT 6)

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

Termin: Samstag, 19.11.2011, 09:00 – 17:00 Uhr
Teilnahmegebühr: € 95

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 Praxisteams durch stressfreies, patientenorientiertes Telefonieren.

Termin: Samstag, 13.08.2011, 10:00 – 16:30 Uhr
Teilnahmegebühr: € 95

Information: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132

Patientenbetreuung / Praxisorganisation**Patientenbetreuung und Koordination chronisch kranker Patienten (PBK 1)**

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

Termin: Donnerstag, 17.11.2011, 10:00 – 17:30 Uhr
Teilnahmegebühr: € 95

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

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

Termin: Freitag, 18.11.2011, 10:00 bis
 Samstag, 19.11.2011, 17:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 185

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 Praxisassistenz“

Termin: Interessentenliste, samstags 8 Stunden
Teilnahmegebühr: € 95

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

Impfungen (MED 10)

Inhalte: Impfkalender der STIKO/Indikationsimpfung, Impfmüdigkeit, Kontraindikationen, Impfkomplikationen, Impfschäden, Impfmanagement, Praktische Übungen

Termin: Mittwoch, 23.11.2011, 09:00 bis 16:15 Uhr
Teilnahmegebühr: € 95

Klinikassistenz (120 Stunden)

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

Termin: ab 22.10.2011
Teilnahmegebühr: € 1.180 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

Information: Monika Kinscher, Fon: 06032 782-187





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

Betriebsmedizinische Assistenz

G2o Lärm (BET 3)

Inhalte: Es werden theoretische und praktische Kenntnisse (Übungsteil) zur Durchführung der vorgeschriebenen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen vermittelt.

Termin: Freitag, 09.12.2011, 14:00 – 19:00 Uhr und Samstag, 10.12.2011, 08:30 – 12:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 150

Information: 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, 09.11.2011, 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, 09.11.2011, 14:30 – 16:45 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 70

Wundmanagement (AVÄ 4)

Inhalte: Wundarten/-heilung/-verläufe einschätzen, Wundheilungsstörungen und Interventionsmaßnahmen, Wundversorgung, Verbandstechniken, Wundprophylaxe, Wundbehandlung dokumentieren, Hebe- und Lagerungstechniken

Termin: Donnerstag 10.11.2011, 10:30-17:45 Uhr und

Freitag, 11.11.2011, 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, 11.11.2011, 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 12.11.2011, 10:30 – 16:00 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 95

Die Fortbildungen werden anerkannt bei den Qualifizierungen „Nichtärztliche Praxisassistenz“ und „Ambulante Versorgung älterer Menschen“.

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Zweitägige Onkologiefortbildung

Die vorliegenden Veranstaltungen werden angeboten unter Bezug auf die Onkologievereinbarung vom 1. Juli 2009 und richten sich an Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte, die bereits erfolgreich an einem 120/130-stündigen Qualifizierungslehrgang „Fortbildung in der Onkologie“ für Arzthelfer/innen und MFA erfolgreich teilgenommen haben.

Natur, Technik und Krebs

Inhalte: Strahlenbelastung in der Umwelt, Stellenwert der Homöopathie in der Onkologie, Verlustängste und Depression, Pharmakologie in der Geriatrie, Sexualität und Krebs

Termin: Fr. 28.10.2011, 10:00 Uhr bis Sa. 29.10.2011, 12:15 Uhr

Teilnahmegebühr: € 150

Lebensqualität aus onkologischer, geriatrischer und palliativmedizinischer Sicht

Inhalte: Aktuelle Informationen zur Palliativversorgung, Verordnung und Abrechnung von Heil- und Hilfsmitteln, Erfassung der Lebensqualität, Multimorbidität als Herausforderung, Humor in der Palliativversorgung, Pro und Contra PEG, Ernährung, Psychoonkologie, Demenz

Termin: Fr. 11.11.2011, 10:00 Uhr bis Sa. 12.11.2011, 12:15 Uhr

Teilnahmegebühr: € 150

Information: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

Epilepsie

Der 54-stündige Fortbildungslehrgang ist gegliedert in zwei Lehrgangsabschnitte. Im ersten werden die Lerninhalte des Qualifizierungslehrganges „Patientenbegleitung und Koordination“ vermittelt. Aufbauend auf diesen Handlungskompetenzen findet die Spezialisierung auf das Krankheitsbild „Epilepsie“ statt. Einen Informationsflyer mit näherer Inhaltsbeschreibung finden Sie auf unserer Homepage.

Erster Lehrgangsabschnitt

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1)

Termin: 26.08.2011, 09:30 – 16:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)

Termin: 27.08.2011, 09:30-16:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Patientenbegleitung und Koordination (PBK)

Teilnahmegebühr: € 280

Zweiter Lehrgangsabschnitt

Epilepsie (CMA 2)

Termin: 23.09.2011, 8:30 Uhr bis 24.09.2011, 16:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 185

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

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, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, 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



Ärztliche Akupunktur in Bad Nauheim

Eine erfolgreiche Erweiterung des interdisziplinären Angebotes der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen durch Kooperation mit der Deutschen Ärztegesellschaft für Akupunktur (DÄGfA)

Walburg Marič-Oehler

Die Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur DÄGfA, gegr. 1951, bildet seit sechzig Jahren Ärzte in Akupunktur aus. Sie war eine der ersten ärztlichen Akupunkturgesellschaften im Westen. Sie leitete damit eine völlig neue Ära der bis dahin bis auf wenige Ausnahmen auf den ostasiatischen Raum beschränkten Akupunkturtradition ein, eine Zeit der westlichen Perzeption der Akupunktur, der Integration in die westliche Medizin und eine Zeit der zunehmenden wissenschaftlichen Erforschung, getragen von Begeisterung, Pioniergeist und Mut zu Neuem.

Die DÄGfA führt seit fünfundzwanzig Jahren ihre jährliche Veranstaltung *Bad Nauheimer Akupunkturwoche* in den Räumlichkeiten des Fortbildungszentrums der LÄK Hessen durch.

An dieser immer sehr gut besuchten Veranstaltung nahmen wegen der Ortsnähe und wegen der zentralen Lage in Deutschland nicht nur Kolleginnen und Kollegen aus allen Teilen der Republik, sondern besonders auch aus Hessen teil.

Zu Beginn der zunächst nur räumlichen Kooperation war die DÄGfA zwar ein gern gesehener Gast, für die Vertreter der konventionellen Medizin jedoch noch keineswegs ein ernstzunehmender Partner. Über die sich daran anschließenden zwei Jahrzehnte hat sich einiges geändert. Es sind neue und moderne Räumlichkeiten gebaut worden. Das Fortbildungszentrum der LÄK Hessen hat sich zu einer Art Modellprojekt in Deutschland entwickelt. Parallel dazu ist die Akupunktur inzwischen offiziell anerkannt und ein geschätzter



Gruppenarbeit mit praktischen Übungen zur Lokalisation der Akupunkturpunkte, Kooperationsveranstaltung Akademie der LÄKH und DÄGfA

Dialog-Partner national, auf der europäischen und internationalen Ebene. Sie wurde 2003 in die Ärztliche Weiterbildungsordnung integriert, die Umsetzung auf Landesebene erfolgte in Hessen 2005. So fand in Bad Nauheim eine Annäherung statt, die sich über viele Jahre langsam konkretisierte.

2008 war es soweit, um mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der LÄK Hessen einen offiziellen ‚Versuchsballon‘ mit einer gemeinsamen Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung Akupunktur zu starten. Dieses Angebot wurde mit Begeisterung angenommen. Inzwischen haben drei komplette Durchgänge stattgefunden. Ein vierter hat Anfang dieses Jahres begonnen.

Ein Durchgang besteht entsprechend den Vorgaben der Ärztlichen Weiterbildungsordnung aus 120 Unterrichtseinheiten (UE) Theorie mit praktischen Übungen, 60 UE Praxiskursen und 20 UE Fallseminaren, mit einer internen Wissensüberprüfung nach dem theoretischen Teil (entsprechend dem ehemaligen Diplom A der Akupunkturgesellschaften).

Im Rahmen dieses Projektes haben bisher über 4.000 Kursteilnahmen stattgefunden. 2008 (Beginn im 2. Halbjahr) waren es bereits über 1.000, 2009 zusätzlich 1.500 und 2010 sogar nochmals 1.593 Kursteilnahmen. Zwei Drittel der Teilnehmer kamen aus Hessen, ein Drittel aus anderen Bundesländern bzw. aus dem Ausland. In vielen Rückmeldungen und Gesprächen wurde immer wieder besonders anerkannt,

dass die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der LÄK Hessen eine Vorreiterrolle im Anbieten ungewöhnlicher Weiterbildungsinhalte übernommen hat, und dass es damit möglich wurde, relativ ortsnah die gesamte Zusatz-Weiterbildung Akupunktur zu absolvieren. Sie wurde von mehreren Dozenten der DÄGfA im Wechsel durchgeführt. Der größte Teil der Teilnehmer hat inzwischen die gesamte Weiterbildung (200 UE) einschließlich Zwischenprüfung durchlaufen.

Die Abschluss-Prüfung wird ab 1. November 2010 von der LÄK Hessen abgenommen.

Es ist kaum noch bekannt, dass Bad Nauheim in der Nachkriegsgeschichte nicht nur politisch, sondern auch in der ärztlichen Ausbildung eine zentrale Rolle gespielt hat. Selbst die Bundesärztekammer hatte hier zeitweise ihren Sitz. Die Akademie der Landesärztekammer Hessen war eine der ersten ihrer Art in Deutschland. Für die hessischen Kolleginnen und Kollegen gehört Bad Nauheim zum festen Bestandteil ihrer Fortbildungsaktivitäten. Sie schätzen die zentrale und Wald nahe Lage, die Verpflegung, die helle, freundliche und lernfördernde Atmosphäre und vor allem die Verbindungsmöglichkeit mit schulmedizinischen Angeboten, ein Treffpunkt besonderer Art mit vielen Möglichkeiten, sich kennen zu lernen und auszutauschen.

Kollege Ulli Patrik Schweig, Facharzt für Allgemeinmedizin, aus Saarbrücken, schreibt dazu:

... Vielen Dank für meine bisherige Ausbildung.... Ich habe bisher sehr viel davon für meinen Praxisalltag profitiert, besonders auch dahingehend, die Dinge in einem anderen Licht zu sehen.

Seit September 2008 nehme ich an den Akupunktur-Weiterbildungskursen der DÄGfA an der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der LÄK Hessen teil. Ich bin mit der Ausbildung und Organisation sehr zufrieden und hoffe, dass die Aktivitäten der Akademie erhalten bzw. ausgebaut werden, so dass auch in Zukunft weitere Kollegen diese Vorteile nutzen können. Dieses Projekt sollte Schule machen, ich denke an andere Landesärztekammern und deren Fortbildungsbemühungen ...

Ein andere Teilnehmerin, Kollegin und Diplom-Psychologin Heidrun Maurer, aus Frankenberg, schickt folgenden Kommentar:

... In diesem Jahr (2010) durfte ich meine Akupunktur-Grundausbildung vollständig am Fortbildungszentrum der LÄK Hessen in Bad Nauheim durchführen und abschließen. Meine Fortbildungsnachweise habe ich mittlerweile bei der LÄKH zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Akupunktur eingereicht. Bei meinen ersten Anwendungen der Akupunktur in meiner Praxis habe ich immer wieder den Eindruck, nicht genügend Hintergrundwissen über die chinesische Medizin ... zu haben. Gern würde ich daher das Grundwissen erweitern. ...

Die nächsten Kurse finden meist in weit entfernten Orten statt, ... Neben meinem anstrengenden Praxisalltag bedeuten die weiten Anreisen, Hotelübernachtungen etc. eine zusätzliche Belastung.

Ich würde es daher begrüßen, wenn weiterführende Kurse, über die Akupunkturwoche im Mai hinaus, an der Akademie der LÄK Hessen in Bad Nau-

heim angeboten werden könnten. Im Sommer kann ich aus ‚Hessisch-Sibirien‘ die Fahrtstrecke hin und zurück problemlos bewältigen, im Winter bieten sich im Gästehaus gegenüber des Fortbildungszentrums angenehme Übernachtungsmöglichkeiten. Die Zusammenarbeit zwischen der Akademie der LÄKH und der DÄGfA hat sich meiner Meinung nach bewährt und sollte ausgebaut werden.

Sigrid Blehle, die leider scheidende Geschäftsführerin der Akademie der LÄK Hessen, war die initiiierende und unermüdlich treibende Kraft für die gelungene innovative Kooperation, mit wohlwollender Unterstützung durch den Vorstandsvorsitzenden der Akademie, Professor Dr. med. Ernst-Gerhard Loch. Ihnen beiden gilt der besondere Dank, darüber hinaus dem gesamten Team der Fortbildungsakademie, das immer einsatzbereit für einen reibungslosen Einsatz garantiert. Melanie Turano koordiniert in inzwischen bewährter Weise mit Astrid Bauss vom Fortbildungszentrum der DÄGfA in München die Verwaltung der Teilnehmer.

Alle Beteiligten freuen sich auf eine erfolgreiche Fortsetzung der Kooperations-Veranstaltung zur Zusatz-Weiterbildung Akupunktur und hoffen, damit einen Beitrag zur Entwicklung einer Integrativen Medizin zu leisten.

Anschrift der Verfasserin

*Dr. med. Walburg Marić-Oehler
Leitung Zusatz-Weiterbildung Akupunktur
Bad Nauheim, Lehrbeauftragte für
Akupunktur der Universitätsmedizin JGU
Mainz, Ehrenpräsidentin der Deutschen
Ärztegesellschaft für Akupunktur DÄGfA
Loewengasse 1, 61348 Bad Homburg v.d.H.
E-Mail: maric-oehler.daegfa@t-online.de*

Literarische Weinlese in Schlössern, Weingütern und historischen Gewölben

Im September öffnet das Rheingau Literatur Festival seine Pforten

Als bewundernswerten Fluss, den „das Auge des Poeten wie das Auge des Publizisten unter der Durchsichtigkeit seiner Fluten Vergangenheit und Zukunft Europas ahnen“ lasse, hatte ihn der Franzose Victor Hugo im Jahr 1845 gepriesen. Vom Zauber des Rheins ließen sich auch andere große Dichter und Schriftsteller wie Heinrich Heine, Clemens von Brentano, Kurt Tucholsky oder Heinrich Böll inspirieren. Seit 1993 wird an seinen Ufern jährlich zur Weinlesezeit Literarisches zelebriert: Mit Lesungen und Gesprächen über Literatur findet auch 2011 vom 15. bis 25. September das „Rheingau Literatur Festival“ in Rheingauer Weingütern, Kelterhallen, Schlössern und Klöstern statt. Erlesene Tropfen aus einheimischen Reben im Glas, kann das Publikum zeitgenössischen Autoren lauschen oder sich mit Professor Dr. Heiner Boehnke – Frankfurter Germanistikprofessor, hr2-Kulturredakteur und Programmverantwortlicher des Festivals in einer Person – am 17. und 24. September auf literarische Wanderungen durch die Weinberge begeben.

Dort, wo in den Sommermonaten während des Rheingau Musik Festivals Melodien in der Luft liegen, wird im Herbst das geschriebene Wort zum Klingen gebracht. Den Auftakt macht Peter Kurzeck, der am 15. September um 20 Uhr im Oestricher Weingut Geheimrat J. Wegeler aus „Vorabend“, dem fünften Band seiner auf zwölf Bände angelegten Chronik „Das alte Jahrhundert“ liest. Die autobiographisch-poetische Zeitreise des Autors ist als ein Epochenbild bundesrepublikanischer Realität angelegt, in deren Mittelpunkt die sechziger und siebziger Jahre stehen. Eine Zeit, als Kapitalismus und Wachstum in seiner oberhessischen Heimat angekom-

men waren – für Kurzeck eine „Erfahrung des Verlusts“.

Die Kelterhalle des Rheingau Musik Festivals, ein barockes Winzerhaus aus dem Jahr 1747 in Oestrich, wird am 16. September zum Schauplatz eines audiovisuellen Portraits des Literaturnobelpreisträgers Thomas Mann. In den Gewölben der ehemaligen Sektkellereien Schloss Rheinberg und Schloss Waldeck veredelt man seit 1984 hochwertige Kabinettweine der Region nach der Methode der Champagnerherstellung, der „Klassischen Flaschengärung“ zu Sekten. Diese werden am 17. September ab 19 Uhr bei der Isländischen Nacht mit Steinunn Sigurdardóttir und Tilman Spreckelsen kredenzt. Pünktlich zu der Lesung erscheint der neue Roman der bekannten isländischen Autorin Sigurdardóttir „Der gute Liebhaber“. Spreckelsen erzählt in „Der Mordbrand von Örnolfsdalur und andere Isländer Sagas“ isländische Sagen nach. Auch für Michael Degens Lesung aus seinem Roman „Familienbande“, in dem er die Lebensgeschichte von Michael Mann, dem jüngsten Sohn Thomas Mann, literarisch ausbreitet, bietet die Sektkellerei Bardong am 24. September ab 20 Uhr eine stilvolle Kulisse.

Liebe, Lüge und Geheimnisse

Für ihren ersten Roman »Der Schwimmer« wurde sie mit dem aspekte-Literaturpreis, dem Deutschen Bücherpreis, dem Jürgen-Ponto-Preis, dem Mara-Cassens-Preis sowie dem Adelbert-von-Chamisso-Preis ausgezeichnet: Zsuzsa Bánk, die in Mainz und Washington Publizistik, Politikwissenschaft und Literatur studiert hat, lebt heute als Autorin in Frankfurt am Main. Ihr neuer Roman »Die hellen Tage«, den sie

am 18. September um 11 Uhr in einer literarischen Matinée im Hattenheimer Weingut Balthasar Ress vorstellt, ist ein Buch über Freundschaft und Verrat, Liebe und Lüge. Bánk erzählt darin die Geschichte dreier Familien und enthüllt vergangene Geheimnisse.

Altes Mauerwerk, dunkle Weinfässer leuchten im Kerzenschein: Wer die Stufen zu Breuer's Kellerwelt in Rüdesheim herabsteigt, taucht in weitläufige Kellergewölbe ein. Seit Beginn des 20. Jahrhunderts befindet sich das 1880 als Teil einer Weinhandlung gegründete Weingut im Familienbesitz. Hier liest der Autor und diesjährige Stadtschreiber von Mainz, Ingo Schulze, am 21. September um 20 Uhr aus seinen Büchern „33 Augenblicke des Glücks“, „Handy – Dreizehn Geschichten in alter Manier“ und „Orangen und Engel“. Ebenfalls in „Breuer's Kellerwelt“ präsentiert Nele Neuhaus am 22. September um 20 Uhr ihren fünften Taunus-Krimi, in dem ein Nachtwächter zu Tode stürzt. Ist es bloße Gier, die Menschen dazu bringt, zu lügen, zu betrügen und irrezuführen? Diese und andere Fragen stellt – und beantwortet – Ulrich Wickert in seinem Buch „Redet Geld, schweigt die Welt“, das er am 23. September ab 20 Uhr im Schloss-Johannisberg präsentiert.

Am 25. September endet das diesjährige Festival im Kaminsaal des Schloss Vollrads in Oestrich-Winkel mit der Verleihung des 18. Rheingau Literatur Preises (11 Uhr) und der Lesung der Preisträgerin oder des Preisträgers. Das Programm des Rheingau Literatur Festivals ist unter www.rheingau-musik-festival.de eingestellt.

Katja Möhrle

„Ordnung und Vernichtung“

**Ausstellung über die Polizei im NS-Staat, Berlin, Deutsches Historisches Museum,
1. April – 31. August 2011**

Mit den Worten: „Nur wer seine Vergangenheit kennt, hat eine Zukunft“, hat Boris Rhein der Hessische Minister des Inneren und Vorsitzender der Innenministerkonferenz den ausstellungsbegleitenden Band eingeleitet. Es zitiert damit Wilhelm von Humboldt. Auf Initiative der Innenminister und -Senatoren der Länder wurde ein Beschluss zur Initiierung eines Forschungsprojektes über die „Polizei im NS-Staat“ gefasst. Die Ausstellung zeigt, deutlich aufgebaut, wie schnell die Polizei in der NS-Zeit ihre Bindung an Recht und Gesetz aufgegeben hat und aus einer, durchaus diskutierbaren, demokratischen Verankerung, sich eine „willige“, ins NS-System eingebundene und schließlich auch ausführende Organisation von Unrecht und Terror wurde. Die Grenzen zwischen SS und Polizei zunehmend fließend, in Zusammenarbeit mit der SS, Wehrmacht und den so genannten Einsatzgruppen, wurden konkrete massenhafte Verbrechen begangen.

Die Ausstellung und der Katalog sind in der Lage eindrucksvoll und klar aufzuzeigen, nicht nur was geschehen ist, sondern auch, wie, Schritt für Schritt, eine demokratische und rechtsstaatliche Verankerung aufgegeben wurde und ein, unter den damaligen staatlichen Vorgaben, unumkehrbarer Weg in Verderben und Verbrechen geführt hat.

Das Projekt wird als Mahnung verstanden, ist ein Auftrag für uns, sich mit Bedrohungen unserer demokratischen staatlichen Verfassung zu befassen. Polizistinnen und Polizisten tragen als „Gesetzeshüter“ eine hohe Verantwortung. Sie teilen diese Verantwortung auch mit anderen innerhalb der Gesellschaft wirkenden staat-

lichen oder zumindest in enger Anbindung an staatliche Normen und Aufträge agierenden Gruppierungen, zum Beispiel uns Ärzten. Boris Rhein: „Es ist deshalb wichtig, gerade bei jenen das Bewusstsein zu schärfen, dass die Polizei ausführendes Organ des NS-Terrors bis hin zur aktiven Teilnahme am Völkermord war. Auf diese Weise kann heute insbesondere rechtsradikalen Auswüchsen begegnet werden.“

Der Prozess der Aufarbeitung der Deutschen Geschichte ist schwierig und lang. Die Beschäftigung mit dem Thema ist nicht „rückwärtsgerichtet“. Sie ist erforderlich und ein zwingender Baustein einer lebendigen demokratischen Gesinnung, die nicht nach „schnellen Lösungen“ oder „Leitfiguren“ als vermeintliches Lösungsmittel für gesellschaftliche Konflikte ruft. Boris Rhein regt an, dass Elemente des Projektes dauerhaft Einzug in die Ausbildung deutscher Polizistinnen und Polizisten bekommen.

Claus Neidhardt, Präsident der Deutschen Hochschule der Polizei schreibt, dass angesichts der Ungeheuerlichkeit der genannten Verbrechen, es nicht verwundere, dass diejenigen, die verantwortlich waren oder hätten eingreifen können, dass diejenigen als Täter und Tatbeteiligte, Anstifter und Mitwisser, schuldig geworden waren, sich vielfach nicht zu ihren Taten und ihrer Tatbeteiligung bekennen konnten oder wollten. Es gab einen kollektiven Mechanismus des Verschweigens, Verdrängens, der Beschönigung und Projektion, Versuche der Rechtfertigung und Schuldabweisung. Wie in anderen gesellschaftlichen Bereichen, konnten nicht wenige, auch in verantwortlichen Stellen tätige, in der Polizei der Nachkriegszeit und der neu gegründeten

Bundesrepublik Deutschland ihre Karrieren fortsetzen. Nur eine kleine Zahl der Täter wurde strafrechtlich zur Verantwortung gezogen. Viele gelangten in Führungspositionen.

Manche Prozesse der so genannten „Aufarbeitung“ benötigen ihre Zeit. Die Feststellung der historischen Fakten, die Aufarbeitung des Archivmaterials, die Befragung von Zeugen, das Sichern und Sichten von Bildmaterial, die Analyse von Zeugenaussagen in Gerichtsverfahren oder staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren braucht ihre Zeit. Die Gremien müssen willens sein, Geld für diese Projekte auszugeben und sie – dies ist eine wichtige Voraussetzung – in einen demokratischen Diskussionsprozess einzubringen in dem, in die gesamte Gesellschaft ausstrahlend, Schritte der Orientierung, der Überprüfung eigener Positionen und nicht zuletzt die Entwicklung einer lebendigen und handlungsfähigen Demokratie gefördert werden können.

Dazu leistet die Ausstellung einen zweifellos wichtigen Beitrag, es ist nicht zu spät! Nicht alle gesellschaftlichen Gruppierungen haben diese Schritte bereits hinter sich gebracht.

Dr. med. Siegmund Drexler

Ausstellungskatalog:
Ordnung und Vernichtung, Die Polizei im NS-Staat, Herausgegeben von der Deutschen Hochschule der Polizei, Münster, und Florian Dierl, Mariana Hausleitner, Martin Hölzl und Andreas Mix, Sandstein Verlag, ISBN 978-3-942422-20-8, Euro 24,80.

Elektronische Patientendokumentation in Klinik und Praxis

Voraussetzungen und Handling der digitalen Dokumentation

A. Wienke, R. Sailer

Der Trend weg von hohen Aktenstapeln hin zur elektronischen Datenerfassung macht auch vor Arztpraxen und Kliniken nicht halt. Mittlerweile bedienen sich immer mehr Ärzte und Kliniken der Möglichkeit der elektronischen Dokumentation. Die Vorteile liegen klar auf der Hand: Computerdateien müssen nicht herumgetragen werden, nehmen keinen Platz weg, sind schnell und einfach aufzurufen und können von mehreren Personen gleichzeitig genutzt werden.

Jede Einführung neuer Technologien bringt aber auch eine große Verunsicherung und viele technischen und rechtlichen Fragen mit sich. Die Kernfragen, ob das elektronische Dokument tatsächlich das Papier in der Hand ersetzen kann, und welchen Anforderungen die digitale Archivierung von Patientendaten im Einzelnen genügen muss, werden im Folgenden beantwortet:

Ursprünglich nur als Gedächtnisstütze des Arztes gedacht ist die ordnungsgemäße Dokumentation der Behandlung seit den 70er Jahren eine der wesentlichen beruflichen Pflichten des Arztes. Gerade bei der Beteiligung anderer Ärzte ist eine fachgerechte Mit- und Weiterbehandlung nur durch gewissenhafte und sorgfältige Dokumentation zu gewährleisten. Im Übrigen ist der Arzt verpflichtet, dem Patienten jederzeit Rede und Antwort über die Behandlung zu stehen und ihm auf Wunsch die Behandlungsunterlagen (in Kopie) aushändigen zu können. Ein weiterer Zweck der Dokumentation, die Möglichkeit der Beweisführung vor Gericht, ergibt sich aus der zunehmend häufiger werdenden Pflicht des Arztes, in Schadensersatzprozessen die fachgerechte Ausführung der Behandlung beweisen zu müssen. Schließlich ist die Dokumentati-

on auch Grundlage und Nachweis für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen gegenüber der jeweiligen KV oder dem Patienten selbst.

§ 10 Abs. 5 der Musterberufsordnung (MBO) sieht die elektronische Dokumentation ausdrücklich vor, allerdings unter der Voraussetzung einer ausreichenden Sicherung gegen Veränderung, Vernichtung und Verwendung durch Unbefugte. Es lassen sich dabei zwei Formen der elektronischen Dokumentation unterscheiden: Zum Einen ist es möglich, ein Originaldokument aus Papier einzuscannen und damit eine Bilddatei (Scan) herzustellen, zum Anderen kann das Dokument direkt am Computer entworfen und als Textdatei gespeichert werden.

Für beide Formen der Dokumentation sollten nach den „Empfehlungen der Bundes-

ärztekammer zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“ (www.bundesaerztekammer.de/downloads/Empfehlung_Schweigepflicht_Datenschutz.pdf) vom 9. Mai 2008 folgende Sicherheitsvorkehrungen getroffen werden: Um den Zugriff Unbefugter zu verhindern, sollten die Dateien in jedem Falle verschlüsselt und möglichst nicht auf dem PC gespeichert werden, der auch die Internetverbindung herstellt. Täglich sollten Sicherungskopien der bearbeiteten Dateien angefertigt werden. Für die Aufbewahrungsfrist gilt nichts anderes als für die Patientenakte aus Papier: Vorgeschrieben sind laut MBO zehn Jahre, besser sind jedoch 30 Jahre, da Schadensersatzansprüche wegen Körper- und Gesundheitsschäden erst nach dieser Zeit verjährt sind und erst dann sicher nicht mehr mit einem Prozess gerechnet werden muss.

Unterschiede ergeben sich jedoch bei den technischen Möglichkeiten, die Dokumente vor Manipulationen zu schützen. Während eigens am PC hergestellte Dateien mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehen werden können und dadurch nicht mehr zu verändern sind, besteht beim Erstellen von Scans durchaus die Möglichkeit zu manipulieren. Zwar können auch diese nachträglich mittels elektronischer Signatur gegen künftige Veränderung gesichert werden, jedoch ist es bis zu diesem Zeitpunkt möglich, sie zu bearbeiten. Zudem kann bereits das Originaldokument vor dem Scannen verändert werden, ohne dass dies später noch feststellbar wäre.

Dieser Unterschied hat unter Umständen bedeutsame Folgen für den Arzthaftungsprozess:

Muss der Arzt – etwa im Falle eines groben Behandlungsfehlers oder für die Aufklärung des Patienten generell – beweisen, keinen Behandlungsfehler begangen bzw. ordnungsgemäß aufgeklärt zu haben, kann ihm dies in aller Regel nur mithilfe der Behandlungsunterlagen gelingen. Sofern er diese aber nur in digitalisierter Form vorhält und ausgedruckte, also re-

produzierte Fassungen seiner Dokumentation vorlegen kann, befindet er sich möglicherweise im Nachteil gegenüber einer Originaldokumentation.

Grundsätzlich entscheidet der Richter über eingebrachte Beweise nach seiner freien richterlichen Überzeugung. Für die Frage, ob er den Behandlungsunterlagen Glauben schenkt und wie er sie inhaltlich bewertet, spielt die Form der Vorlage keine Rolle. Eine wichtige Rolle spielt sie dagegen bei der vorgeschalteten Frage, ob ein Dokument echt ist, also die Grundlage der richterlichen Bewertung bilden kann.

Vom Arzt unterschriebene Behandlungsunterlagen aus Papier sind Urkunden im Sinne der Zivilprozessordnung (ZPO). Diesen Urkunden wird im Prozess ein hoher Beweiswert zuerkannt. Zwar hat grundsätzlich derjenige, der eine solche Urkunde vorlegt, deren Echtheit zu beweisen, also dass die enthaltene Erklärung in dieser Form tatsächlich von ihm abgegeben worden ist. Es spricht aber eine Vermutung für die Echtheit mit der Folge, dass nicht der Arzt, sondern der Patient darlegen und notfalls beweisen muss, dass die Urkunde nicht echt, also beispielsweise nachträglich verändert worden ist.

Am PC hergestellte Dateien, die mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehen sind, werden von der Rechtsprechung wie Urkunden behandelt, womit ihnen eben dieser hohe Beweiswert zukommt und sie keinerlei Nachteile gegenüber der guten alten Patientenakte aus Papier haben.

Dies gilt dagegen nicht für eingescannte Dokumente. Da Manipulationen tatsächlich möglich und nicht erkennbar sind, muss der Arzt – wenn berechtigte Zweifel an der Echtheit des Dokuments aufkommen – beweisen, dass es weder lückenhaft ist noch nachträglich verändert wurde. Solange keine Anhaltspunkte für eine Manipulation bestehen, wird der Richter das digitale Dokument in der Regel als echt bewerten.

Dieser Beweis ist aber naturgemäß nur durch den Vergleich mit dem Originaldokument aus Papier zu führen. Wer also seine Patientenakten einscannen will, um die Originale vernichten und damit Platz im Aktenschrank schaffen zu können, sollte sich überlegen, ob diese organisatorischen Vorteile das erhöhte Prozessrisiko im Falle des Falles wettmachen. Solange es noch keine technischen und von der Rechtsprechung anerkannten Methoden gibt, Scans täuschungssicher herzustellen, sollten die maßgeblichen Originalunterlagen also besser aufbewahrt werden, um auf Nummer sicher zu gehen.

Korrespondenzanschrift

*Dr. Albrecht Wienke
Wienke & Becker – Köln
Rechtsanwälte –
Fachanwälte für Medizinrecht
Sachsenring 6
50677 Köln
Tel.: 0221 3765310
E-Mail: AWienke@Kanzlei-WBK.de*

Wie man Mitarbeiter spart

Klaus Britting

Sandmann wischte sich ungläubig die Augen. Als stellvertretender Leiter des Referates Kommunalbauvorhaben im Bauamt des Landkreises hatte er soeben erfahren, dass auch im nächsten Quartal kein Neubau möglich sei. Die Mittel erlaubten es nicht. Wie jeder Beamte, der dem Staat seine unerschöpfliche Arbeitskraft mit Leidenschaft Tag für Tag in voller Vielfalt zur Verfügung stellen möchte, machte sich Sandmann Gedanken. Er war neununddreißig Jahre alt, das konnte doch nicht die Erfüllung seines Lebens sein, zumal er auf jeden Fall in zwölf Jahren Leiter des Referates werden wollte, schon der späteren Rente wegen.

Doch dann geschah dies: Im Bericht des Rechnungshofes wurde die Frage gestellt, weshalb man für die wenigen Reparaturen, die der Kreisetat noch hergab, sieben Mitarbeiter benötige, dazu gleich zwei leitende. Sandmann fand dies äußerst ungerecht. Es zeigte wieder einmal, wie wenig Einblick so ein Rechnungshof in die aufopferungsvolle Arbeit der Mitarbeiter eines so wichtigen Referates hatte. Erstens brauchte man einen Chef, dazu natürlich einen Stellvertreter, wenn der Chef in Urlaub weilt, seine Kur nimmt, aus dienstlichen Gründen auf Reisen und zu Parteiveranstaltungen muss oder wegen der vielen Dienstbesprechungen nicht anwesend sein kann. Dann brauchte man natürlich drei Sachbearbeiter für die einzelnen Bereiche: große, mittlere und kleine Bauvorhaben. Wie hätte man sonst die Gebiete gerecht aufteilen sollen? Und Gerechtigkeit war dem Personalrat heilig. Mitarbeiter Nummer sechs war ein Bauingenieur, also völlig unersetzlich. Und eine Mitarbeiterin wurde natürlich für Schreibarbeiten und Hilfsdienste benötigt. Daran gab es nun wirklich nichts zu rütteln.

Durch Presseberichte und Leserbriefe in der örtlichen Zeitung wurde die Diskus-

sion darüber so aufgeheizt, dass der Kreis zwangsläufig beschloss, eine Prüfungskommission einzusetzen, die klären sollte, wieviele Mitarbeiter das Referat Kommunalbauvorhaben haben dürfe, wenn es, wie auch für die folgenden Jahre befürchtet, kaum noch Bauvorhaben gebe. Um Kosten zu sparen wurde Sandmann zum Leiter des Gutachterausschusses der „Prüfungskommission zur Klärung der Personalfrage im Referat Kommunalbauvorhaben“ ernannt. Eine vernünftige Entscheidung, wie jeder einsehen wird, denn wer sollte mehr über die Aufgaben des Referates wissen als sein stellvertretender Leiter?

Wie sich herausstellte, entsprach Sandmanns neue Aufgabe nach den Besoldungsvorschriften jedoch der eines Referatsleiters, weshalb er nicht nur Anspruch auf eine Beförderung, sondern auch auf ein eigenes Dienstzimmer besaß. Es versteht sich von selbst, dass der Leiter eines Gutachterausschusses seine scharfsinnigen und detailliert angelegten Analysen diktiert und nicht selbst schreibt. Also war eine Sekretärin erforderlich, die man nicht einfach aus dem Referat Kommunalbauvorhaben herausnehmen konnte. Die verbleibenden sechs Mitarbeiter hätten ihre

geistigen Kapazitäten sonst nicht mehr so effizient einsetzen können. Wer wollte das schon verantworten?

Weil kein Dienstzimmer frei war und auch für die Sekretärin ein Raum gebraucht wurde, dazu natürlich zwei Toiletten, entschloss sich der Kreis zu einem bescheidenen Anbau. Dies wiederum rief alle Mitarbeiter des Referates Kommunalbauvorhaben auf den Plan, die nun so beschäftigt waren, dass Sandmann in seiner tiefgründigen Analyse der Nachweis nicht schwer fiel, das Referat würde eigentlich neun Mitarbeiter benötigen. Die Prüfungskommission ergab sich ermattet den Sachzwängen.

Sandmann wartet nun auf den Anbau. Er hofft, schon bald wieder befördert zu werden. Weil im Kreis überhaupt nicht mehr gebaut wird, will man nun prüfen, ob das Baureferat insgesamt wirklich 39 Mitarbeiter benötigt. Man sucht den Leiter eines neuen, viel größeren Gutachterausschusses. Der soll noch eine Besoldungsstufe höher eingestuft werden.

Anschrift des Verfassers

*Klaus Britting, Busdorf
(Anschrift ist der Redaktion bekannt)*

Zum Editorial, September 2010 (Seite 544)

Ich beziehe mich auf das Editorial im Hessischen Ärzteblatt 9/2010 des Kollegen von Knoblauch zu Hatzbach. Leider entspricht Ihre Aussage, Zitat: „Patienten sind keine Kunden“ in der Augenheilkunde nicht zu: wie Sie wissen, ist die Vergütung der augenärztlichen Versorgung gesetzlich versicherter Patienten seit Jahren derart gering, dass eine Augenarztpraxis ohne den „Verkauf“ von Wahlleistungen betriebswirtschaftlich nicht mehr funktioniert; der seit Jahren sinkende Fallwert von z.T. deutlich weniger als 20,- Euro pro Patient und Quartal ist selbst nach den Berechnungen der KBV nicht mehr kostendeckend (betriebswirtschaftliche Berechnung des EBM der KBV aus dem Jahr 2004); **die augenärztliche Behandlung eines jeden gesetzlich versicherten Patienten ist defizitär, wenn der Patient keine Wahlleistungen in Anspruch nimmt.** Die vertragsärztliche Tätigkeit nimmt ca. 70-80 % unserer Arbeitszeit in der konservativen Augenarztpraxis in Anspruch, bringt jedoch nur noch 30-50 % des Umsatzes derselben Praxis; eine Vielzahl der Leistungen in der Augenheilkunde sind Vorsorgeuntersuchungen, Führerscheingutachten u.a. Dienstleistungen außerhalb der maximal limitierten vertragsärztlichen Versorgung nach §12 SGB V und dem Leistungskatalog der GKV.

Wir Augenärzte sind darauf angewiesen, unsere Leistungen zu „verkaufen“, weil die KV/KBV unsere originären Aufgaben zwar einfordert, aber nicht honoriert; die (noch) gute augenärztliche Versorgung ist nicht Ergebnis einer erfolgreichen Tätigkeit von Ärztekammer oder Kassenärztlicher Vereinigung, sondern nur durch die

Quersubventionierung der kurativen Leistungen durch „Verkauf“ von Wahlleistungen durch die Augenärzte aufrecht zu erhalten.

Ich weiß, dass Ihnen diese Tatsachen wohlbekannt sind und verstehe nicht, warum Sie diese Tatsachen „unter den Teppich kehren“.

Ich bin Vertreter der „jungen Generation“, habe selbst im November 2003 eine Augenarztpraxis neu gegründet und einen Betrag investiert, den andere Menschen meines Jahrganges in ein eigenes Haus investiert haben (ich wohne zur Miete). Ich habe eine genaue betriebswirtschaftliche Buchführung, die meine oben gemachten Angaben belegt – meine eigentliche Kernaufgabe, kranken Menschen zu helfen und zu heilen, ist ohne den „Verkauf“ von Wahlleistungen nicht möglich. Es hat in den letzten Jahren immer wieder politische Aussagen und KV-Honorarscheide gegeben, die bei mir und anderen Kollegen eine permanente Existenzangst begründet haben – der einzige Ausweg sind unsere Wahlleistungen geworden; eine Vielzahl von Augenarztpraxen wird in den nächsten Jahren verschwinden, weil aufgrund dieser Entwicklungen keine Nachfolger mehr gefunden werden oder potentielle Nachfolger keine Bankkredite bekommen; mir ist klar, dass diese Entwicklung so gar nicht in das ärztliche Berufsethos passt, das die Ärztekammer beschwört – diese Entwicklung ist jedoch Realität und sollte nicht weiter ignoriert werden.

Die anspruchsvollen Patienten werden von ihren Krankenkassen wie Kunden behan-

delt und mit entsprechenden Leistungsversprechen zum Arzt verwiesen; dieser soll dann aber ganz altruistisch und ohne betriebswirtschaftlichen Verstand „Gutes tun“ – das funktioniert nicht .

Ihr Editorial verkennt die wahre Situation und ist für meine Fachgruppe eine Ohrfeige und ein Dolchstoß in den Rücken – diese generelle Einstellung der Ärztekammern wurde auf dem Ärztetag in Kiel durch die Rede des Ehrenpräsidenten Professor Hoppe noch einmal eindrucksvoll bestätigt und zeigt die Unkenntnis von der Situation kleinerer Fachgruppen, die eben auf diese Wahlleistungen (und deren „Verkauf“) angewiesen sind.

Stellen Sie sich bitte der Realität und sagen den Kollegen und der Öffentlichkeit die Wahrheit:

- ja, der Patient ist (auch) Kunde;
- Leistungen, die eingefordert werden, sind zu bezahlen – ggf. vom Patienten selbst;
- welche Leistungen noch von den Krankenkasse bezahlt werden, wurde politisch entschieden und ist nicht von den Ärzten zu verantworten;
- ja, es gibt für besseres Geld auch bessere Medizin.

Ich wünsche mir von Ihnen einen offenen Dialog zum Thema im Hessischen Ärzteblatt und stehe gerne für weitere Informationen zur Verfügung.

*Dirk Paulukat
Facharzt für Augenheilkunde,
Bad Camberg*

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Franz-Georg Sahrholz, Schwalbach, am 29. September.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Peter Zwecker, Kassel, am 14. September,
Dr. med. Peter Birkner, Baunatal, am 20. September.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Sandra Klein, tätig bei Dr. med. E. Schulze Spüntrup, Mainz-Kostheim

Helga Papenheim, tätig bei Dr. med. E. Schulze Spüntrup, Mainz-Kostheim

Nina Keim, tätig bei Dr. med. C. Lüdicke, vormals Praxis Dr. med. R. Ritzel, Groß-Umstadt

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

Ayten Acabay, seit 16 Jahren tätig bei Dr. med. M. Kopetz-Sprengel und Dr. med. N. Ressel, Mainz-Kastel

Nicole Haake, seit 14 Jahren tätig bei Dr. med. A. Göbel, Wiesbaden

Nicole Pretzel, seit 11 Jahren tätig bei Dr. med. M. Kopetz-Sprengel und Dr. med. N. Ressel, Mainz-Kastel

Verena Ziegler, seit 13 Jahren tätig bei Dr. med. M. Kopetz-Sprengel und Dr. med. N. Ressel, Mainz-Kastel

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

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

Sandra Jurca, tätig bei Dr. med. D. Oldenburg, dr. (Univ. Belgrad) P. Simic und Dr. med. T. Kuhn, Hanau

Andrea Eich, tätig bei Dr. med. W. Jungkunz und Dr. med. H. Grenz, vormals Praxis Vilborg Asmus-Reuter, Friedberg

Petra Schröder, tätig bei Dr. med. Ch. Weber und Dr. med. C. Schubert, Riedstadt

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

Monika Schneider, seit 31 Jahren tätig bei Dr. med. K. Larem und K.-L. Zimmer, vormals Praxis Dr. med. Kaffenberger, Münster

Naciye Ongen, seit 27 Jahren tätig bei Dr. med. M. Kopetz-Sprengel und Dr. med. N. Ressel, Mainz-Kastel

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

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis Nr. HS/F/14150, ausgestellt am 28.3.2007 für Tip Dr./Univ.Istanbul Ara Arzuyan, Hanau,

Arztausweis (ohne weitere Angaben), für Silke Brackmann, Oberursel,

Arztausweis (ohne weitere Angaben), für Dr. med. Annette Dunzendorfer, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/G/6591, ausgestellt am 12.7.2006 für Viviane Freund, Gießen,

Arztausweis (ohne weitere Angaben), für Dr. med. Martin Hönig, Lampertheim,

Arztausweis Nr. HS/F/14845, ausgestellt am 12.2.2008 für Dr. med. Gustav Kaminsky, Langen,

Arztausweis Nr. HS/M 2/2008, ausgestellt am 2.1.2008 für Dr. med. Matthias Knauf, Bad Wildungen,

Arztausweis (ohne weitere Angaben), für Dr. med. Dr. phil. nat. Christoph Königs, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060018515, ausgestellt am 1.10.2010 für Dr. med. Hans-Juergen Lührs, Wiesbaden,

Arztausweis Nr. HS/F/11696, ausgestellt am 5.11.2003 für Johannes Theodor Nagel, Offenbach,

Arztausweis Nr. HS/F/11625, ausgestellt am 6.10.2003 für Dr. med. Michael Ohligs, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/M 110/2005, ausgestellt am 7.9.2005 für Carlheinz Pfeil, Marburg,

Arztausweis (ohne weitere Angaben), für Heike Rosendahl, Kronberg,

Arztausweis Nr. HS/K/10002, ausgestellt am 16.7.2008 für Carsten Schmidt, Kassel,

Arztausweis Nr. HS/F/11467, ausgestellt am 4.7.2003 für Achim Wanner, Offenbach,

Arztausweis (ohne weitere Angaben), für Dr. med. Hans-Jürgen Wilp, Bad Nauheim,

Arztausweis Nr. HS/F/14215, ausgestellt am 4.5.2007 für Eveline Wolf, Neu-Isenburg.

Aktive Immunisierung gegen Hepatitis B

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

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

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

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

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr.-medic. Michael Angelescu, Kassel
* 28.6.1947 † 16.4.2011

Gabriele Börgers, Hofheim
* 20.11.1947 † 6.10.2010

Dr. med. Walter Brenner, Kassel
* 29.4.1926 † 15.5.2011

Dr. med. Gerhard Paul Cegla, Bad Homburg
* 14.1.1926 † 9.5.2011

Dr. med. Guenter Commichau, Fulda
* 3.2.1926 † 28.4.2011

MUDr. Jan Foustka, Frankfurt
* 16.3.1931 † 21.5.2011

Jakob Hermann, Frankfurt
* 29.7.1929 † 10.2.2011

Dr. med. Helmut Philipp Christian Löw, Wehrheim
* 16.4.1910 † 3.6.2010

Dr. med. Heinrich Müller, Gießen
* 14.3.1913 † 1.6.2011

Dr. med. Hildegard Schmitt, Abtsteinach
* 5.4.1915 † 15.11.2010

Dr. med. Hans-Joachim Simon, Bad Nauheim
* 13.1.1952 † 10.4.2011

Dr. med. Karl Sommer, Gießen
* 11.11.1920 † 28.5.2011

Dr. med. Elisabeth Spahn, Offenbach
* 1.2.1923 † 7.4.2011

Dr. med. Edeltraute Spiegl, Gießen
* 9.11.1917 † 23.4.2011

Dr. med. Karl-Friedrich Vilmar, Kassel
* 10.10.1919 † 14.5.2011

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e.V.

Gesellschaftspolitisches Forum

veranstaltet am

Freitag, dem 19. August 2011, um 18 Uhr

im Hause der
Deutschen Apotheker- und Ärztekammer eG
NL Frankfurt (Galluswarte)
Mainzer Landstr. 275, 60326 Frankfurt am Main

ein

BAD NAUHEIMER GESPRÄCH

Referent

Dr. med. Andreas Botzlar
2. Bundesvorsitzender des Marburger Bundes
Oberarzt Chirurgie
an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik
Murnau

**„Ärztinnen und Ärzte an Krankenhäusern –
Situation und Perspektiven“**

Andreas Botzlar, Jahrgang 1967

seit 2007 2. Bundesvorsitzender Marburger Bund
seit 2010 Stellv. Landesvorsitzender
des Marburger Bundes Bayern
seit 2011 Oberarzt Chirurgie BG Klinik Murnau

Ärztinnen und Ärzte in deutschen Krankenhäusern stehen unter Druck. Die zeitliche Arbeitslast ist immer noch sehr hoch. Die Arbeitsdichte hat erheblich zugenommen. Immer mehr Kliniken haben freie Stellen. Wo sind Konzepte, die die ärztliche Arbeit attraktiver machen, die Weiterbildung sichern, Führungs- und Versorgungsstrukturen zeitgemäß verändern und Qualität sichern? Risiken und Chancen innovativer Wege müssen offen diskutiert werden.

Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt frei!

Lösung Medizinisches Kreuzworträtsel

aus 7/2011, Seite 414

STERNOTOMIE

Große Nachfrage nach Aufstiegsfortbildung zum/zur Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung

Die seit 2009 angebotene Aufstiegsfortbildung erfreut sich eines guten Zuspruchs. Derzeit werden drei Lehrgänge parallel in der Carl-Oelemann-Schule durchgeführt.

Am 7. Mai und am 18. Juni dieses Jahres haben insgesamt 24 Teilnehmer/innen die anspruchsvolle Fortbildungsprüfung erfolgreich bestanden. Einige von ihnen konnten zusätzlich den erforderlichen Nachweis für den medizinischen Wahlteil bereits vorlegen und erhielten den Brief zur Bestätigung ihres Abschlusses zum/zur „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“.

Als Vertreter des Berufsbildungsausschusses der Landesärztekammer Hessen nahm Dr. med. Lothar Hofmann an der Prüfung am 7. Mai als Beobachter teil. Er lobte den hohen Anspruch des Prüfungsausschusses: *„Wer diese Prüfung bestanden hat, hat Leistung gezeigt! Eine Führungskraft mit diesen Qualifikationen im Praxisteam zu haben, ist mit Sicherheit eine erhebliche Entlastung für meine Kolleginnen und Kollegen. Als niedergelassener Arzt freue ich mich ganz besonders darüber, dass sich einige Teilnehmerinnen die Qualifizierung ‚Ambulante Versorgung älterer Menschen‘ oder ‚Palliativversorgung‘ als medizinischen Wahlteil für die Aufstiegsfortbildung ausgewählt haben.“*



Abschlussprüfung 7. Mai 2011



Abschlussprüfung 18. Juni 2011

Aufgrund der hohen Prüflingszahlen wurde erstmals am 18. Juni 2011 mit zwei Ausschüssen pro Tag geprüft. Dr. med. Alice Lange, die zu Beginn des Jahres – als ehrenamtliche Prüferin vom Präsidium der Landesärztekammer berufen wurde – war insbesondere von der Themenvielfalt und dem Engagement begeistert, das die Teilnehmerinnen bei der Bearbeitung der einzelnen Felder in der Projektarbeit zeigten. Dr. Lange sagte nach ersten Tätigkeiten als Prüferin: *„Ich bin überzeugt, dass mit dieser umfangreichen und praxisbezogenen Weiterbildung eine deutliche Qualifizierung der Medizinischen Fachangestellten (MFA) gelungen ist.“*



Prüfungsausschüsse (v.l.): Nime Akgül-Duru, Ingrid Gerlach, Dr. Rita Pinkowski, Angelika Unger-Bailleu, Sabine Dumbacher, Dr. Alice Lange

Die von der Bundesärztekammer aktuell auf dem Deutschen Ärztetag in Kiel präsentierte Broschüre „Weiter geht’s – fortbilden und durchstarten“, stellt die Möglichkeiten der beruflichen Fortbildung für Medizinische Fachangestellte dar.

Die Mustercurricula der Bundesärztekammer haben den Grundstein zur Sicherstellung der länderübergreifenden Vergleichbarkeit von Bildungsmaßnahmen gelegt. Der Vorstand der Carl-Oelemann-Schule unterstützt diese qualitätssichernde Maßnahme durch das entsprechende Bildungsangebot in der Schule der Landesärztekammer Hessen.

Wer noch nicht ganz entschieden ist, ob er sich die Aufstiegsfortbildung zum/zur Fachwirt/in für ambulante Versorgung absolvieren soll, hat durch das Bausteinsystem der Schule auch die Möglichkeit, die Module einzeln zu buchen. Bei der Anmeldung zum Gesamtlehrgang findet eine Anerkennung statt. Nähere Auskünfte zur Anerkennung gibt gerne Monika Kinscher, Carl-Oelemann-Schule.

Informationen erhalten Sie:

www.carl-oelemann-schule.de
www.fortbildung-mfa.de

Silvia Happel
Schulleiterin

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Beispiel:

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

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

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

Die o.g. Ausführungen gelten hinsichtlich Beschäftigungsverbot und Anrechnungsregelung seit 1. März 1997 wegen einer Änderung des Jugendarbeitsschutzgesetzes nicht mehr für **volljährige Auszubildende**. Die **volljährigen Auszubildenden** müssen an jedem Berufsschultag zu-

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

2. Die Probezeit **muss** gemäß § 20 BBiG **mindestens einen Monat** und **darf höchstens vier Monate** betragen. Eine Verlängerung der Probezeit würde sich zu Ungunsten des Auszubildenden auswirken (vereinfachte Kündigungsmöglichkeit) und wäre aus diesem Grund gemäß § 4 BBiG nichtig. Der Manteltarifvertrag, der eine Verlängerung der Probezeit auf sechs Monate ermöglicht, gilt insoweit nicht für Auszubildende. Eine Probezeit findet bei Wechsel der Ausbildungspraxis erneut statt, allerdings nicht bei Praxisübergabe.
3. Der Auszubildende ist für die Teilnahme an Prüfungen freizustellen (§ 15 BBiG). Prüfungen sind die Zwischenprüfung, die schriftliche Abschlussprüfung, die Prüfung im Fach „Praktische Übungen“ (bzw. der praktische Teil der Abschlussprüfung bei Medizinischen Fachangestellten) und die Mündliche Ergänzungsprüfung (bzw. die ergänzende mündliche Prüfung bei Medizinischen Fachangestellten). Die Freistellung für die Teilnahme an den Prüfungen erstreckt sich grundsätzlich auf die Zeit, die der Auszubildende für eine ordnungsgemäße Teilnahme benötigt. **Jugendliche** haben darüber hinaus Anspruch darauf, an dem Arbeitstag, der der schriftlichen Abschlussprüfung unmittelbar vorausgeht, freigestellt zu werden (§ 10 Abs. 1 Ziff. 2 JArbSchG). Für **volljährige** Auszubildende gibt es eine entsprechende Vorschrift im Berufsausbildungsvertrag, die aber wegen fehlender gesetzlicher Grundlage von den Vertragspartnern gestrichen werden kann. Geht dem Tag der schriftlichen Abschlussprüfung unmittelbar ein Berufsschultag voran, ist der Auszubildende an dem Arbeitstag unmittelbar vor dem Berufsschultag freizustellen. Eine Freistellung vom Berufsschulunterricht am Tag vor der Abschlussprüfung kann dagegen nicht verlangt werden.
4. Der Auszubildende ist verpflichtet, den Auszubildenden für die Überbetriebliche Ausbildung freizustellen und die Kosten für diese Ausbildung einschließlich der **notwendigen** Fahrtkosten zu übernehmen. Im Berufsausbildungsvertrag muss eine entsprechende Verpflichtung enthalten sein (§ 19 Abs. 5 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen). Der Auszubildende trägt einen Eigenanteil an den Verpflegungskosten i.H.v. Euro 25,00 pro Lehrgang, der vom Gehalt abgezogen werden kann.
5. Der Auszubildende hat sicherzustellen, dass der Auszubildende über die Immunisierungsmaßnahmen gegen Hepatitis B zu Beginn der Ausbildung unterrichtet wird. Die Schutzimpfung ist den Auszubildenden kostenlos anzubieten (vgl. BGR 250/TRBA 250 „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“ der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege).
6. Der Auszubildende ist berechtigt, die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit bereits vor Ablauf von drei Kalendertagen zu verlangen (§ 5 Satz 3 Entgeltfortzahlungsgesetz).

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

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

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf den Manteltarifvertrag, auf den Gehaltstarifvertrag und auf den Tarifvertrag für betriebliche Altersversorgung vom 20. Januar 2011.

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

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

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

2. Nach dem MTV stellt der Auszubildende die notwendige Schutz- und Berufskleidung, mindestens zwei Berufskittel im Jahr, unentgeltlich zur Verfügung. Er trägt die Reinigungskosten (§ 15 MTV).

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

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

Das 13. Monatsgehalt wird auch anteilig für das Jahr gewährt, in dem die Ausbildung beginnt oder endet. Für jeden angefangenen Monat des Ausbildungsverhältnisses ist ein Zwölftel des 13. Monatsgehaltes zu zahlen. Ein angefangener Monat wird bei der Berechnung des 13. Monatsgehaltes dann voll einbezogen, wenn der Auszubildende mindes-

tens 16 Kalendertage im Ausbildungsverhältnis stand. Hat das Ausbildungsverhältnis in einem Monat weniger als 16 Kalendertage bestanden, ist dieser anteilig zu berücksichtigen (1/30 pro Kalendertag) (§ 12 Abs. 3 MTV).

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

4. Nach dem MTV hat der Auszubildende ab dem 2. Ausbildungsjahr (§ 12 Abs. 7 MTV) monatlich Anspruch auf Euro 15,00 vermögenswirksame Leistungen.
5. Der neue Tarifvertrag zur „Betriebliche Altersversorgung und Entgeltumwandlung“, der eine Ausweitung des Tarifvertrages aus dem Jahr 2002 darstellt, tritt ab 1. Juli 2011 in Kraft. Über die ausschließlich **arbeitnehmerfinanzierte** Altersversorgung durch Umwandlung von eigenen Entgeltbestandteilen hinaus wird nun ein **zusätzlicher arbeitgeberfinanzierter Vorsorgebeitrag** sowie ein **Zuschuss zur Entgeltumwandlung** eingeführt. Die Medizinischen Fachangestellten/Arztshelferinnen haben bis zum 31. Dezember 2014 das Wahlrecht zwischen VW-Leistungen und der Einzahlung in eine betriebliche Altersversorgung. Bei Abschluss neuer Verträge ab dem 1. Januar 2015 haben sie ausschließlich Anspruch auf den Arbeitgeber-Beitrag zur betrieblichen Altersversorgung. Der Zuschuss zur VWL wird zum 31. Dezember 2014 abgeschafft. Detaillierte Informationen erhalten Sie von: **Deutsche Ärzte-Versicherung**, Tel.: 0221 14822700, **MLP-Geschäftsstelle** Wiesbaden, Ralph Jakobs, Tel.: 0611 97622-31, **apo-Finanz**, Daniela Schmidt, Tel.: 069 795092-252
6. In § 4 Nr. 3 des Berufsausbildungsvertrages hat sich der Auszubildende dazu verpflichtet, die Kosten für die Inanspruchnahme von öffentlichen Verkehrsmitteln zum regelmäßigen Besuch der zuständigen Berufsschule zu tragen. Eine Befreiung tritt dadurch ein, dass das Land Hessen diese Kosten übernimmt, allerdings nur für das **1. Schuljahr**.

Die Kostenübernahme durch das Land Hessen erfolgt nicht automatisch, sondern muss über die jeweilige Berufsschule **beantragt** werden. Die Auszubildenden werden i.d.R. in der Berufsschule darüber informiert.

Die Vorschrift kann wegen fehlender gesetzlicher Grundlage von den Vertragsparteien gestrichen werden.

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

Landesärztekammer Hessen
Abt. Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

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

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	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Darmstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Darmstadt	Internistin/Internist – fachärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Darmstadt	Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Darmstadt	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Griesheim	Augenärztin/Augenarzt Mit angestelltem Arzt/ Vollzeitbeschäftigung
-----------	--

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Lampertheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Heppenheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

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

Planungsbereich Frankfurt am Main

Frankfurt am Main-Berkersheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt am Main-Höchst	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt am Main-Nordend	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt am Main-Sachsenhausen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Frankfurt am Main-Bornheim	Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag MVZ-Anteil)

Frankfurt am Main-Bockenheim	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin
Frankfurt am Main-Hedderheim	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Eppstein	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Hofheim	Orthopädin/Orthopäde (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Bad Homburg	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
-------------	--

Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach-Innenstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Offenbach-Innenstadt	Internistin/Internist – fachärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Offenbach-Süd-Ost	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt
Offenbach-Innenstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Offenbach-Innenstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Heusenstamm	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Dreieich-Sprendlingen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Hanau	Internistin/Internist – fachärztlich –
-------	--

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	Frauenärztin /Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Gießen	Kinderärztin/Kinderarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Grünberg	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

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

Planungsbereich Vogelsbergkreis

Grebenhain Chirurgin/Chirurg (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Vilbel Augenärztin/Augenarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
 Friedberg Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
 Friedberg Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
 Karben Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Braunfels Kinderärztin/Kinderarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
 Lahnau Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Landkreis Marburg-Biedenkopf

Marburg Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
 Marburg Chirurgin/Chirurg (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

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

Petersberg Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Landkreis Hersfeld-Rotenburg

Wildeck Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
 Bebra Kinderärztin/Kinderarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
 Rotenburg Urologin/Urologe

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
 Kassel Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeut

Planungsbereich Landkreis Kassel

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

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Melsungen Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Bad Arolsen Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Eschwege Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
 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 Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
 Wiesbaden Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
 Wiesbaden Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
 Wiesbaden Hautärztin/Hautarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
 Wiesbaden Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

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

Planungsbereich Limburg-Weilburg

Limburg Internistin/Internist – fachärztlich –
(Hälftiger Versorgungsauftrag
Überörtlicher Berufsausübungs-
gemeinschaftsanteil)

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.

practica 2011

in Zusammenarbeit mit der Zeitschrift *Der Allgemeinarzt*, dem Deutschen Hausärzterverband e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

practica 2011 – Fortbildung zum Mitmachen

Bad Orb

26. – 29. Oktober 2011

**Der diesjährige Tagungsschwerpunkt lautet
„Hausarzt 2011 – Zwischen Empirie und Evidenz“**

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. Frank H. Mader

Das komplette Programm finden Sie unter: www.practica.de

Durch die KV Hessen für ungültig erklärte Ausweise/Stempel:

Bereitschaftsdienstausweis Nr. 6743, ausgestellt am 6.10.2010, für Dr. med. Hans-Jürgen Lührs, Wiesbaden,

Stempel Nummer 417509700, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Alsfeld (Dr. med. Hermann Künstler, Alsfeld).

Organisationsseminar für Bereitschaftsdienstärzte

In diesem Seminar erfahren Sie, wie die Kassenärztliche Vereinigung Hessen die Struktur des ärztlichen Bereitschaftsdienstes regelt. Sie erhalten Informationen über Ihre Tätigkeit im ärztlichen Bereitschaftsdienst und Tipps im Umgang mit Problemfällen. Es werden Ihnen wirtschaftliche Behandlungs- und Ordnungsweisen genauso wie Abrechnungsverfahren im ärztlichen Bereitschaftsdienst näher gebracht. Als Abschluss erhalten Sie Hinweise zur Versteuerung Ihrer Bereitschaftsdiensteinnahmen.

5 Fortbildungspunkte
sind beantragt.

Anmeldung bitte unter qm-info@kvhessen.de oder online: www.kvhessen.de

Kassenärztliche
Vereinigung
Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Zielgruppe:	nicht niedergelassene Ärzte, die im ärztlichen Bereitschaftsdienst arbeiten möchten
Hinweis:	Das Seminar ist Voraussetzung für die Ausstellung eines Bereitschaftsdienstausweises.
Teilnahmegebühr:	25,00 € je Teilnehmer inkl. Getränke u. Pausensnack
Dauer:	4 Stunden
Gruppengröße:	100 Teilnehmer maximal
Termin:	Sa 19.11.2011 KVH Frankfurt 09.30 – 13.30 Uhr

Bitte geben Sie bei der Anmeldung Geburtsdatum und Adresse an. Diese Angaben benötigen wir aus erfassungstechnischen Gründen.