

Hessisches Ärzteblatt

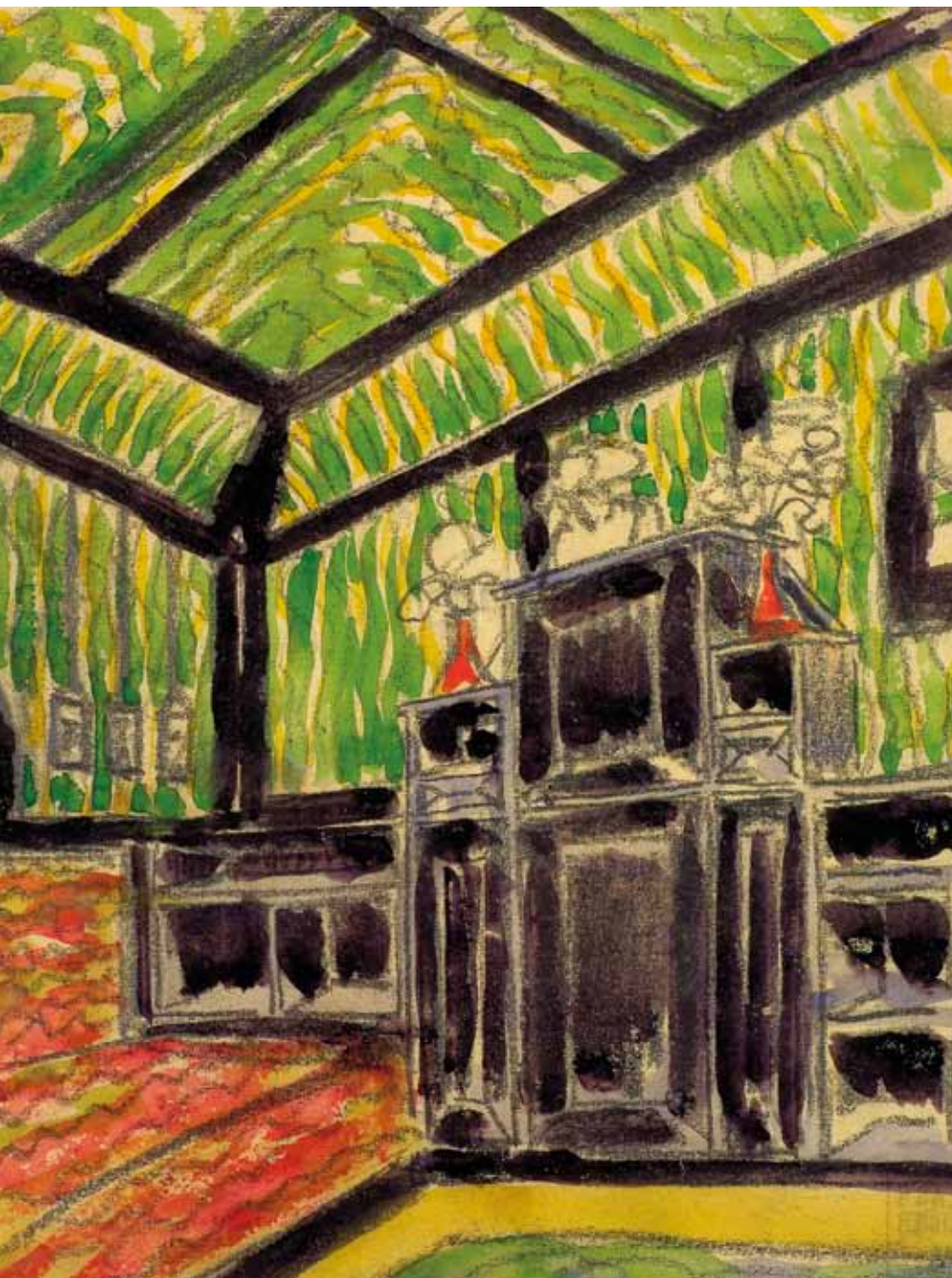
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

12 | 2011

Dezember 2011

72. Jahrgang



- **Themenheft Hygiene**

- Hygiene in der ambulanten Arztpraxis
- Die Aufbereitung von Instrumenten beim niedergelassenen Arzt
- Schwerpunktaktion zur Verbesserung des Hygienemanagements in Einrichtungen für ambulantes Operieren in Hessen
- Aufbereitung von Medizinprodukten in der Berufsausbildung für MFA
- Nicht immer ist es ein Hygienemangel

- **Geben Sie der Grippe keine Chance**

- **Kinderbetreuung an hessischen Krankenhäusern 2011**

- **Gesundheitskonferenzen nach dem Hessischen Krankenhausgesetz 2011**

Ernst Ludwig Kirchner

Entwurf für das Projekt Hetzer. Bibliothek.
Perspektive, 1901–1905

Bleistift und Aquarell auf Transparentpapier

© Nachlass Ernst Ludwig Kirchner,
Günther Ketterer und Ingeborg Henze-Ketterer,
Wichtrach/Bern

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

Verlagsleitung:

Dr. Rainer Stumpe

Anzeigendisposition:

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

Druck:

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

Layout-Design:

Kathrin Artmann, Heidesheim
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen

Zzt. ist Anzeigenpreisliste 2011 vom 1.1.2011 gültig.

Bezugspreis / Abonnementspreise:

Der Bezugspreis im Inland beträgt 121,00 € (12 Ausgaben), im Ausland 121,00 € zzgl. Versand, Einzelheft 12,50 € zzgl. 2,50 € Versandkosten. Kündigung des Bezugs 2 Monate vor Ablauf des Abonnements. Für die Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

ISSN: 0171-9661

Hessisches Ärzteblatt

**Editorial**

Die Zukunft braucht Ideen

728

Weihnachtsgrüße und Weihnachtsaufruf

729, 742

Fortbildung

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen, Teil 31, Ginkgo

730

Hygiene in der ambulanten Arztpraxis

736

Die Aufbereitung von Instrumenten beim niedergelassenen Arzt –

Mögliche Alternativen zur eigenen Aufbereitung

743

Schwerpunktaktion zur Verbesserung des Hygienemanagements

in Einrichtungen für ambulantes Operieren in Hessen

745

Aufbereitung von Medizinprodukten – Erwerb der Sachkenntnis

in der Berufsausbildung für Medizinische Fachangestellte

747

Sicherer Verordnen

773

Aus der Berufsgerichtsabteilung

Warnung vor Marketing-Strategien, die die Berufspflichten des Arztes ignorieren

748

Aktuelles

Gesundheitskonferenzen nach dem Hessischen Krankenhausgesetz 2011

731

25 Jahre AIDS-AUFKLÄRUNG

769

Leiden lindern und Würde zurückgeben –

Die Malteser Migranten Medizin Frankfurt

771

Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung

772

Arzt- und Kassenarztrecht

Nicht immer ist es ein Hygienemangel

(Aus der Gutachter- und Schlichtungsstelle der LÄK Hessen)

749

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim

755

Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim

761

Landesärztekammer Hessen

Geben Sie der Grippe keine Chance –

Erfolgreiche Grippe-Impfaufklärungsaktion am Frankfurter Flughafen

753

Kinderbetreuung an hessischen Krankenhäusern 2011

763

Zehn Jahre SPORT PRO GESUNDHEIT

767

Parlando

Empfehlungen und Kulturtipps zum Jahresausklang

774

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

776

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

777

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

780

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

Mit dem Einreichen eines Beitrages zur Veröffentlichung erklärt der Autor, dass er über alle Rechte an dem Beitrag verfügt; er überträgt das Recht, den Beitrag in gedruckter und in elektronischer Form zu veröffentlichen auf die Schriftleitung des „Hessischen Ärzteblattes“. Das Hessische Ärzteblatt ist in seiner gedruckten und in der elektronischen Ausgabe durch Urheber- und Verlagsrechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Beiträgen beim Autor, sonst bei der Landesärztekammer Hessen bzw. bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Alle Verwertungsrechte der gedruckten und der elektronischen Ausgaben sind der Leipziger Verlagsanstalt GmbH übertragen. Kopien in körperlicher und nichtkörperlicher Form dürfen nur zu persönlichen Zwecken angefertigt werden. Gewerbliche Nutzung ist nur mit schriftlicher Genehmigung durch die Leipziger Verlagsanstalt GmbH möglich. Anzeigen und Fremdbeilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. übernimmt die Schriftleitung keine Verantwortung. Vom Autor gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Schriftleitung wieder. Die Veröffentlichung der Beiträge „Sicherer Verordnen“ erfolgt außerhalb der Verantwortung der Schriftleitung und des Verleges.

Die Zukunft braucht Ideen



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

Liebe Kolleginnen und Kollegen, einmal mehr liegt ein spannendes und ereignisreiches Jahr hinter uns. Doch wer glaubt, nun werde Ruhe einkehren, darf sicher sein, sich diesbezüglich zu täuschen. Wie sagt man doch im Fußball: nach dem Spiel ist vor dem Spiel.

Bei Redaktionsschluss für diese Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes stand die endgültige Verabschiedung des Versorgungsstrukturgesetzes noch aus, und im Anschluss daran geht die Arbeit erst richtig los. Hier in Hessen sind wir schon einen kleinen Schritt weiter. Die nach dem Hessischen Krankenhausgesetz in ihrer Zusammensetzung wie auch bezüglich der Aufgabenstellung neu konzipierten Regionalen Gesundheitskonferenzen, die die bisherigen Krankenhauskonferenzen abgelöst haben, haben ihre Arbeit aufgenommen. Die Landesärztekammer Hessen ist dort dem Gesetz entsprechend Mitglied und wird ihre Verantwortung, ärztlichen Sachverstand als unparteiliches Mitglied einzubringen, sehr ernst nehmen. Bitte lesen Sie dazu auch den Artikel von Jochen Metzner auf Seite 731.

Auf Bundesebene ist die längst überfällige Überarbeitung der GOÄ immer noch auf der Liste der Aufgaben, die aus Sicht der Ärzteschaft einer dringenden Erledigung bedürfen. Nach Verabschiedung der GOZ, in der zumindest das Ansinnen der PKV nach Selektivverträgen abgewehrt werden konnte, muss das zuständige Bundesgesundheitsministerium endlich dem berechtigten Anliegen einer Neugestaltung Rechnung tragen. Die immer noch gelten-

de, vor über 25 Jahren in Kraft gesetzte GOÄ ist veraltet. Sie bildet die aktuelle Leistungsfähigkeit ärztlicher Tätigkeit nicht mehr ab, geschweige denn die wirtschaftliche Entwicklung dieses Zeitraumes. Die Gremien der Bundesärztekammer haben ein schlüssiges Konzept erarbeitet. Unabhängig davon, dass es immer fachbezogenen Korrektur- und Anpassungsbedarf gibt, besteht die Gefahr einer Verschlechterung auf dem Wege des Verhandlungs- und parlamentarischen Weges. Am Ende wäre das möglicherweise mit einer „EBMisierung“ der GOÄ und dem Verlust der Privatversicherungen zu bezahlen.

Auch die nun vom GBA vorbehaltlich der Prüfung durch das BMG und der Veröffentlichung im Bundesanzeiger gem. § 94 SGB V vorgelegte „Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V“ wird noch für viel Diskussionsstoff sorgen. Darin heißt es „Die Ausübung beinhaltet die Übernahme fachlicher, wirtschaftlicher und rechtlicher Verantwortung“. Dies bedeutet, dass die betroffenen Pflegekräfte für ihre Ausübung der Heilkunde selbst haften, auch wenn zuvor eine ärztliche Diagnose- und Indikationsstellung vorausgesetzt werden. Weiter ist darin zu lesen, dass die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt umgehend dokumentiert zu informieren ist, wenn diese Pflegekräfte zu Erkenntnissen kommen, die einer Vornahme der ihnen auf der Grundlage dieser Richtlinie übertragenen ärztlichen Tätigkeit entgegenstehen oder die die ärztliche Diagnose und Indikationsstellung betreffen. Leider wurden Vorschläge der Bundesärztekammer, diese Modellversuche auch für medizinische Fachangestellte zu eröffnen, nicht umge-

setzt. Gerade in Hessen, wo bereits entsprechende Curricula zur Fortbildung geeigneter und interessierter MFAs vorhanden sind, hätte eine gute Chance bestanden, unter der Gesamtverantwortung eines Arztes wertvolle Erfahrungen zu sammeln und dies ohne die Schaffung zusätzlicher Schnittstellen in der Versorgung. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung stehen wir vor vermutlich viel größeren Herausforderungen als Delegation, Substitution oder „Task-Shifting“. Fakt ist ein schon heute bestehender Fachkräftemangel. In jedem Berufszweig der medizinischen Versorgung werden wir alle innovativ sein müssen, um die Versorgungsqualität auf dem heutigen Niveau zu erhalten, Innovationen einzubinden und den Menschen, unseren Patienten, gerecht zu werden.

Erfreulich sind hingegen die Pläne der Union, die Krankenhäuser nun doch um etwa 400 Millionen Euro im nächsten Jahr entlasten zu wollen. Der „Frankfurter Rundschau“ war am 7. November 2011 zu entnehmen, dass es in der CDU/CSU-Bundestagsfraktion Überlegungen gebe, die Belastungen der Kliniken aus den bevorstehenden Tarifabschlüssen zu mildern, in dem die Lohnerhöhungen für das Personal teilweise bei der Vergütung der Krankenhäuser für 2012 berücksichtigt würden. Dies ist nicht nur im Sinn der Krankenhausärzte, sondern auch der Pflegekräfte und aller Beschäftigten, die tagtäglich großen Einsatz erbringen und dies vor wenigen Monaten bei der Bewältigung der EHEC-Epidemie eindrucksvoll unter Beweis gestellt haben.

Eine Impfung zur Vermeidung von EHEC-Epidemien existiert zwar leider nicht, wohl aber eine Impfung gegen Masern. Die WHO berichtet, dass in Deutschland alleine von Januar bis Oktober 2011 eine Verdoppelung der Maserninfektionen gegenüber

dem Vorjahr zu verzeichnen war, nämlich mehr als 1.500 Fälle. Wenn schwangere Frauen sich infizieren, besteht die Gefahr, dass jedes Vierte Neugeborene zu früh auf die Welt kommt. Erfolgt die Infektion im Endstadium der Schwangerschaft, können lebensbedrohliche Infektionen des Babys die Folge sein. Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe Professor Klaus Friebe sieht erheblichen Nachholbedarf, Frauen mit Kinderwunsch gegen Masern zu impfen. Derzeit bilden Deutschland und Rumänien das Schlusslicht bei der Masernimmunität innerhalb der EU. Als Ärztinnen und Ärzte

sind wir gefordert, der weit verbreiteten Impfmüdigkeit, zum Teil sogar Impfgegnerschaft immer wieder mit guten Argumenten wie auch gutem Beispiel entgegen zu wirken. Dies gilt auch für die Influenza, bei der Kontaktpersonen, die mit vielen Menschen zusammenkommen, Multiplikatoren für die Ausbreitung sind. Lassen auch Sie sich deshalb bitte gegen Influenza impfen.

Sie sehen, die ärztliche Tätigkeit, ob in Praxis, Klinik oder Berufs- und Standespolitik war und bleibt spannend und interessant.

In diesem Sinn wünsche ich Ihnen und Ihren Familien ein frohes und gesegnetes Weihnachtsfest, einen guten Übergang in und Verlauf für das neue Jahr 2012 sowie ausreichend Gelegenheit, Ihre Energiereserven für die Arbeit mit unseren Patienten wieder zu füllen.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident



Fotolia.com

Wir möchten Ihnen auf diesem Weg unsere Wünsche für ein gesegnetes Weihnachtsfest und ein friedvolles und gesundes Neues Jahr übermitteln.

Landesärztekammer Hessen

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

Frankfurt am Main, Dezember 2011

Liebe Kolleginnen,
liebe Kollegen,

wir werden auch in diesem Jahr keine Weihnachts- und Neujahrsgrüße in Kartenform versenden, sondern das dadurch eingesparte Geld als Spende einem wohltätigen Zweck zukommen lassen.

Dr. med. Gottfried von
Knoblauch zu Hatzbach,
Präsident

Dr. med. Roland Kaiser,
Ärztliche Geschäftsführung

Phytotherapeutisch bedeutsame Pflanzen in Hessen

Teil 31: Ginkgo (Ginkgo biloba L.) *Alexander H. Jakob*



Blatt des Ginkgo

Ursprünglich aus China stammend, ist der Ginkgo heute weltweit verbreitet und auch in Hessen zu finden. In Frankfurt am Main soll der älteste Ginkgobaum Deutschlands stehen.

Johann Wolfgang von Goethe hat ihn be-
dichtet und das Blatt beschrieben, „das
sich in sich selbst getrennt“ und hat den
Ginkgo damit in der Gedichtsammlung
„West-östlicher Divan“ verewigt.

Extrakte der Blätter des Ginkgo biloba
(Ginkgo bilobae folium) werden symp-
tomatisch bei hirnorganisch bedingten

hemmenden Medikamenten beachtet
werden muss.

Wie bei anderen
in der Demenzthe-
rapie eingesetzten
Präparaten sollte
im Verlauf der Er-
folg mittels stan-
dardisierter Test-
verfahren überprüft
und die damit wei-
tere Anwendung
hinterfragt werden.
Häufig findet aller-
dings eine Selbst-

Leistungsstörun-
gen bei dementiel-
len Syndromen und
durchblutungsför-
dernd bei der peri-
pheren arteriellen
Verschlusskrank-
heit eingesetzt, wo-
bei hierfür der Ge-
rinnungsstatus des
Patienten bekannt
sein sollte und eine
mögliche Interak-
tion mit anderen
blutgerinnungs-

medikation mit Ginkgopräparaten, die in
flüssiger und fester Zubereitung erhältlich
sind, statt.

In der traditionellen chinesischen Medizin
sind zahlreiche weitere Indikationen be-
kannt und es werden neben den Blättern
auch weitere Baumbestandteile verwendet.

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

Gesundheitskonferenzen nach dem Hessischen Krankenhausgesetz 2011

– ein Angriff auf die Partikularinteressen des Gesundheitssystems –

Jochen Metzner

Abstract: Wenn man die Auffassung vertritt, dass eine medizinisch hochwertige Versorgung von schweren, altersbedingten oder chronischen Erkrankungen zukünftig am besten innerhalb interdisziplinärer und sektorenübergreifend tätiger Netzwerke erfolgen soll, dann wird man den Aufbau solcher Netzwerke unterstützen müssen. Dazu sind Gremien erforderlich, in denen sich die an der Versorgung Beteiligten unter Einbindung von Patientenvertretern untereinander austauschen und sich darüber abstimmen, wie eine regionale Versorgung optimiert werden kann. Mit dem HKHG 2011 wurden in den sechs Versorgungsgebieten die bisherigen Krankenhauskonferenzen abgeschafft und zu regionalen Gesundheitskonferenzen (§ 21 HKHG 2011) verändert. Diese haben im Wesentlichen die Aufgabe, die regionalen Versorgungsstrukturen zu beobachten und mit den an der Gesundheitsversorgung Beteiligten einen intensiven Dialog zu führen. Insbesondere sollen sie drohende Unterversorgung erkennen, Qualitätsdefizite aufdecken, Vorschläge zur Optimierung der Versorgung machen, die Bildung von Kooperationen und Versorgungsnetzwerken nach § 17 Abs. 8 HKHG 2011¹ unterstützen und moderieren und dem Sozialministerium jährlich über die Entwicklung der regionalen Versorgung berichten. Auf der Landesebene wird es sich zusätzlich anbieten, das im Entwurf des Ver-

sorgungsstrukturgesetzes in § 90a SGB V vorgesehene sektorenübergreifende Landesgremium zu bilden. So könnte zukünftig eine abgestufte und abgestimmte Kommunikationsstruktur zur Förderung interdisziplinärer Strukturen entstehen, die auch ähnliche Gremien auf Landkreisebene einbezieht.

Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem ist aus gutem Grund korporatistisch aufgebaut. Wie auch in anderen Bereichen („Bündnis für Arbeit“) steckt dahinter der Versuch, die Interessen der Beteiligten und Betroffenen bei staatlichen Entscheidungen zu berücksichtigen. Teilweise sind im deutschen Gesundheitswesen wesentliche Entscheidungsebenen auf die Selbstverwaltung übertragen worden, etwa der Stellungsauftrag für die ambulante Versorgung an die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Auch im Krankenhausbereich bestimmt § 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, dass die Landesbehörden mit den an der Krankenhausversorgung im Lande Beteiligten eng zusammen arbeiten müssen und bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben sind. Dies wird in allen Ländern durch Landesgremien gewährleistet, in Hessen durch den Landeskrankenhausausschuss. Für die ambulante Versorgung gibt es die vergleich-

bare Regelung der Landesausschüsse nach § 90 SGB V.

Wie im deutschen Gesundheitssystem seit Jahrzehnten üblich, wurde in diesem gewachsenen System die Versorgung der Patienten ausschließlich im jeweiligen Sektor und im Lichte der eigenen Interessen betrachtet. Dabei schmorte man gerne im eigenen Saft, schaute selten über die Grenzen der täglichen Erkenntnisse hinaus.

Krankenhauskonferenzen nach dem HKHG 2002

Mit dem Hessischen Krankenhausgesetz 2002 (HKHG) wurden dazu sogenannte regionale Krankenhauskonferenzen eingeführt, weil man der Meinung war, dass die Beteiligten auf regionaler Ebene größere Nähe zu den spezifischen Gegebenheiten haben und die jeweiligen krankenhauplanerischen Anträge sowie die beabsichtigten baulichen Maßnahmen daher besser beurteilen können als die Landesebene. Die Krankenhauskonferenzen wurden dabei jeweils den sechs hessischen Versorgungsgebieten zugeordnet (Kassel, Fulda-Bad Hersfeld, Gießen-Marburg, Frankfurt-Offenbach, Wiesbaden, Limburg und Darmstadt). In den Krankenhauskonferenzen saßen jeweils acht Krankenkassen- sowie Krankenhausvertreter, den Vorsitz hatte ein neutraler Vorsitzender, der bei Stimmengleichheit einen Entscheidungsvorschlag an das Sozialministerium abzugeben hatte.

Leider zeigte sich bald, dass sich die mit dem HKHG 2002 verbundenen Erwartungen nicht erfüllen ließen. Durch die Block-

¹ Hiernach können Versorgungsaufträge als „Besondere Aufgabe“ auch an sektorenübergreifend tätige Netzwerke mehrerer Krankenhäuser erteilt werden.

bildung (acht Kassenvertreter gegen acht Krankenhausvertreter) ergaben sich nur selten sachgerechte Ergebnisse, so dass bei strittigen Fragen die Vorsitzenden das Vorschlagsrecht gegenüber dem Hessischen Sozialministerium ausüben mussten. Wirkliche Strukturdiskussionen hat es nicht gegeben.

Es zeigte sich dabei auch, dass es zu kurz gegriffen ist, wenn sich Gremien nur auf einen bestimmten Sektor konzentrieren, obwohl es immer offensichtlicher wird, dass es auf die neuen Probleme keine alten Antworten geben kann. Gerade die Versorgung in strukturschwachen Gebieten, wo absehbar ist, dass es zu Versorgungsengpässen kommen wird, wenn nicht gegengesteuert wird, gerät zunehmend in

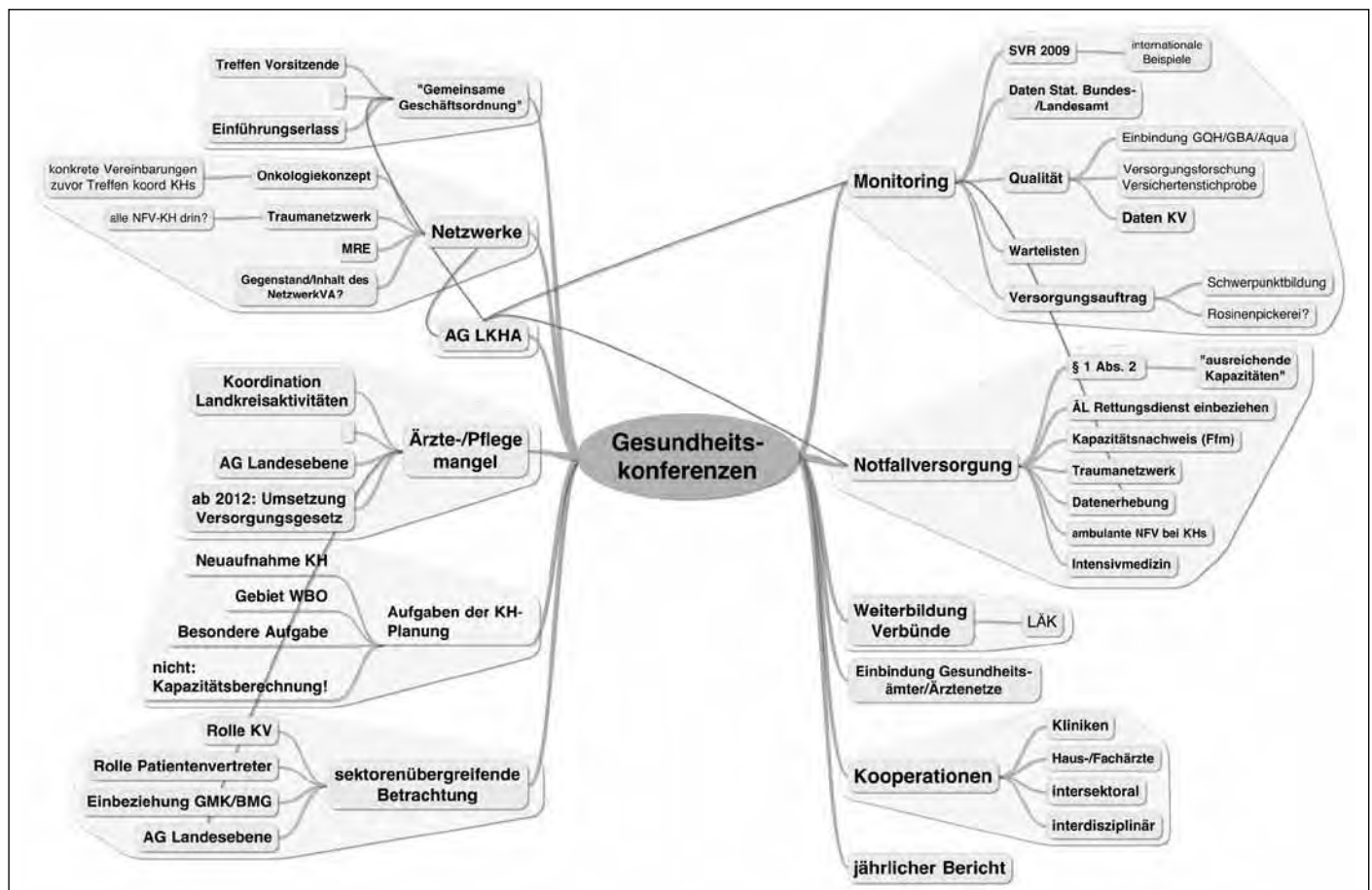
den Fokus öffentlicher Diskussionen. Es ist offensichtlich, dass die Gesundheitsversorgung der Zukunft die Sektorentrennung überwinden muss.

Gesundheitskonferenzen nach dem HKHG 2011

Da das Hessische Krankenhausgesetz zum Jahr 2011 komplett novelliert werden sollte, bot sich daher an, die bisherigen Krankenhauskonferenzen in regionale Gesundheitskonferenzen zu verändern. Dies ist nun zum 1. Januar 2011 mit dem Inkrafttreten des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 (HKHG 2011) geschehen.

Zunächst wurde die Zusammensetzung der Konferenzen verändert. Die Zahl der Krankenhaus- und Kassenvertreter wurde von

acht auf fünf Sitze reduziert, wobei einer der Krankenhaussitze der Hessischen Krankenhausgesellschaft zugewilligt wurde. Patienten- und Ärztevertreter (Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung) wurden in die regionalen Gesundheitskonferenzen einbezogen. Um die Rolle der Kommunen, denen schließlich die Sicherstellung der stationären Versorgung und des Rettungsdienstes obliegt, zu stärken, wurden auch alle in den jeweiligen Konferenzgebieten liegenden Landkreise und kreisfreien Städte berücksichtigt. Hierbei war auch zu berücksichtigen, dass die kommunalen Gesundheitsämter Überblick über wesentliche Fragen der medizinischen Versorgung haben. Schließlich sind die Kommunalpolitiker meist erster Ansprechpartner der Bürger, wenn es



Mindmap zu Themen der Gesundheitskonferenzen

Engpässe im ambulanten Bereich gibt. Die kommunalen Vertreter haben auch den Vorsitz der Gesundheitskonferenzen.

Gesetzliche Aufgaben

Welches sind nun die Aufgaben der Gesundheitskonferenzen? Neben den „klassischen“ Aufgaben, den Stellungnahmen zu Krankenhausplanerischen Anträgen und der Beurteilung der Krankenhausbauprogramme, haben die Gesundheitskonferenzen nach § 21 HKHG 2011 „die regionalen Versorgungsstrukturen zu beobachten und mit den an der Gesundheitsversorgung Beteiligten einen intensiven Dialog zu führen. Insbesondere sollen sie

- a) drohende Unterversorgung erkennen,
- b) Qualitätsdefizite aufdecken,
- c) Vorschläge zur Optimierung der Versorgung machen,
- d) die Bildung von Kooperationen und Versorgungsnetzwerken nach § 17 Abs. 8 unterstützen und moderieren und
- e) dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium jährlich über die Entwicklung der regionalen Versorgung berichten.“

Die Neuregelung soll es also ermöglichen, die regionalen Versorgungsstrukturen zu beobachten und zu diskutieren und Schwachstellen zu beleuchten (Monitoringfunktion). Dabei hat der Gesetzgeber mit dem HKHG 2011 insgesamt ein Leitbild vorgegeben, und zwar das einer intersektoral, interdisziplinär vernetzten Versorgung, an der die Beteiligten gemeinsam, über Berufsgrenzen und frühere Gräben hinweg, arbeiten. Kooperation statt Konfrontation muss im Vordergrund stehen. Hierbei wird es erforderlich sein, Transparenz zuzulassen und Schwächen einzugehen.

Die sechs regionalen Gesundheitskonferenzen wurden im Laufe des Sommers

konstituiert, da sich nach den hessenweiten Kommunalwahlen zunächst erst die Landkreise und kreisfreien Städte teilweise personell neu aufstellen mussten. Daher befinden sich die Gesundheitskonferenzen noch in der Startphase, mittlerweile wurde eine gemeinsame Geschäftsordnung erarbeitet.

Umsetzung in der Praxis

Es wird nun darum gehen, die gesetzlichen Aufgaben mit Leben zu erfüllen: wie kann man den Zustand der Gesundheitsversorgung in einer Region überhaupt beurteilen? Welche Daten stehen hierzu zur Verfügung, welche will man betrachten? Wie kann man Unterversorgung erkennen? Was sind Qualitätsdefizite, an welchen Benchmarks will man sich ausrichten?

Auf diese Fragen gibt es noch keine abschließenden Antworten, in einem gemeinsamen zweitägigen Workshop aller Beteiligten im Dezember wird darüber gesprochen werden. Die Gutachten des Sachverständigenrats für die Begutachtung im Gesundheitswesen etwa liefern genug Material und Anregungen, worauf der Fokus zu richten ist.

Es geht auch keineswegs darum, „das Rad neu zu erfinden“. So ist bereits im

SGB V und den Bedarfsplanungsrichtlinien bestimmt, was im ambulanten Bereich unter Unterversorgung zu verstehen ist. Im Rahmen des – aktuell im Gesetzgebungsverfahren befindlichen – Versorgungsstrukturgesetzes werden diese Regelungen überarbeitet werden, um eine kleinräumigere Betrachtungsweise zu ermöglichen, denn unterversorgte Gemeinden, in denen sich kein Hausarzt mehr niederlassen will, gibt es nicht nur auf dem Land, sondern auch in einzelnen großstädtischen Bezirken.

Hierzu liefert die Publikation „Versorgung Heute“ der KV Hessen einen aktuellen und differenzierten Überblick über die hausärztliche Versorgung heute und die zu erwartenden Entwicklungen.

In der Krankenhausplanung hat das Hessische Sozialministerium zuletzt begonnen, den Bedarf nicht nur anhand der vorhandenen Daten des Statistischen Bundes- und Landesamtes nach der tatsächlichen Belegung zu erfassen, sondern es wurden, zunächst in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, zusätzlich auch Wartelisten berücksichtigt, da dort allenthalben beklagt wurde, dass zu wenig stationäre Kapazitäten verfügbar seien. Auch bei psychosoma-

tischen Erkrankungen ist der Bedarf kaum nach den hergebrachten Methoden zu ermitteln. Offensichtlich ist die ambulante Versorgung ungenügend, u.a. weil es zwar auf dem Papier eine ausreichende Anzahl von zugelassenen Psychotherapeuten gibt, die aber nicht alle ausschließlich für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen. In den Konferenzen soll und muss daher die Versorgungswirklichkeit, wie sie Patienten Tag für Tag erleben, thematisiert werden.

Vernetzte Versorgung

Abseits aller Unwägbarkeiten sind aber für die Gesundheitskonferenzen auch jetzt schon eindeutige Aufgabenstellungen vorhanden: das HKHG 2011 ermöglicht in § 17 Abs. 8 erstmals, Versorgungsaufträge nicht nur an einzelne Krankenhäuser, sondern an Netzwerke zu vergeben, die sich auf regionaler Ebene zusammengeschlossen haben. Die Gesundheitskonferenzen sollen die Bildung dieser Netzwerke begleiten, beobachten und moderieren, soweit es erforderlich ist. Regelmäßig sollen nicht nur die Krankenhäuser, sondern auch die niedergelassenen Ärzte daran beteiligt sein.

Solche Netzwerke gibt es teilweise bereits, etwa das Traumanetzwerk der DGU oder die regionalen MRSA-Netzwerke, dazu Palliativ- oder auch Diabetesnetzwerke. Die krankenhausplanerische Ausweisung wird es möglich machen, ggfs. einen erforderlichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand über Zuschläge zu finanzieren, wenn es verbindliche Strukturen und vertragliche Vereinbarungen gibt.

Ganz am Anfang sollen die Gesundheitskonferenzen dafür sorgen, dass das hes-

sische Onkologiekonzept² umgesetzt wird, bei denen alle Krankenhäuser, die krebskranke Patienten behandeln, verpflichtend zusammenarbeiten müssen und es jeweils in einer Region koordinierende und kooperierende Kliniken geben wird. Die onkologischen Schwerpunktpraxen sollen hierbei einbezogen werden. Hierbei geht es ganz konkret darum, die Versorgung krebskranker Menschen sektorenübergreifend zu verbessern.

Notfallversorgung

Ein ganz wichtiges Feld der Gesundheitskonferenzen wird die Notfallversorgung sein. Das HKHG 2011 fordert, die Krankenhäuser in die ambulante Notfallversorgung einzubeziehen, wie dies teilweise schon gelebte Praxis ist. Auch die Fortentwicklung der Leitstellen zu integrierten Leitstellen sollte thematisiert werden. Die Anzahl der Leitstellen ist genauso zu diskutieren wie die Einbeziehung ärztlichen Sachverständs, wie dies etwa im Lahn-Dill-Kreis praktiziert wird.

Bei der stationären Notfallversorgung haben die Konferenzen zu beobachten, ob die „golden hour“ bei Herzinfarkt, Schlaganfall und Trauma eingehalten wird, die die „Eckpunkte zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung“ fordern, herausgegeben im November 2007 unter Mitwirkung aller an der Notfallversorgung beteiligten Leistungserbringer und Fachgesellschaften sowie Notfallmediziner und der Bundesärztekammer³. Hiernach muss bei Schlaganfall, Herzinfarkt, Schädel-Hirn-Trauma und Schwerverletztenversorgung die stationäre Diagnostik und Therapie spätestens eine Stunde („golden hour“) nach Notrufeingang beginnen. Davon ausgehend, dass für die Fahrt des Rettungs-

dienstes und die rettungsdienstliche Erstversorgung etwa 30 Minuten erforderlich sind, bleibt für den Transport in die Zielklinik etwa 30 Minuten. Zusätzlich ist es nötig, dass diese entsprechend vorbereitet ist und z.B. der Linksherzkathetermessplatz umgehend bereit steht („door to needle time“).

Das HKHG 2011 räumt der Notfallversorgung einen besonderen Stellenwert ein. Der Staat ist in besonderer Weise dafür verantwortlich, dass die gesamte Rettungskette funktioniert und als Einheit gesehen wird. Den Patienten ist es herzlich egal, wie einzelne Teilbereiche der Rettungskette funktionieren, Hauptsache sie erhalten die im Einzelfall optimale Versorgung. Die hessischen Regelungen hierzu sind sowohl im Rettungsdienst als auch in der Krankenhausplanung bundesweit als vorbildlich anerkannt. Im nächsten Jahr wird es eine weitere Verbesserung geben, wenn landesweit der webbasierte Versorgungskapazitätsnachweis verpflichtend eingeführt wird, den die Stadt Frankfurt entwickelt hat und er einen zuvor nie gekannten differenzierten Überblick über die vorhandenen Notfallkapazitäten der Krankenhäuser liefert.

Dennoch gibt es in der Praxis eine Vielzahl von Einzelfällen, bei denen die Versorgung nicht optimal gelaufen ist, wie dies dem Verfasser gerade erst wieder anlässlich der Beiratssitzung des Traumanetzwerks berichtet wurde. Fast immer geht es dabei um Kommunikationsmängel, oft auch um engstirniges, manchmal kommunalpolitisch geprägtes Festhalten daran, das nächst gelegene Krankenhaus im eigenen Landkreis anzufahren, obwohl es nicht das geeignete ist.

² zu finden unter „hsm.hessen.de/Gesundheit/Krankenhauswesen/Onkologiekonzept“.

³ http://www.dgch.de/attachments/047_Eckpunktepapier_def1.pdf.

Die Gesundheitskonferenzen, speziell die kommunalen Vertreter, müssen hier eine offene Diskussion ermöglichen und führen. Sie sollten hierbei unbedingt die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst einbeziehen.

Kommunikation und Kooperation

Ohnehin wird es bei den neuen Gremien darum gehen, eine neue Kommunikationskultur zu entwickeln und sich von der eigenen Rolle zu lösen. Das HKHG 2011 fordert den Ausbau der Kooperationen, sei es zwischen den Leistungserbringern, sei es zwischen den Sektoren, sei es zwischen den Berufsgruppen oder Lobbyisten. Schaut man bei anderen Wirtschaftsbereichen, in welchem Ausmaß dort kooperiert wird, stellt man fest, dass der Gesundheitsbereich noch Jahrzehnte zurückhängt. Gesundheitspolitische Zielvorstellung ist ein Wettbewerb der Regionen, nicht eine Kannibalisierung der Leistungserbringer untereinander.

Der Erfolg der Gesundheitskonferenzen wird davon abhängen, inwiefern die Beteiligten bereit sind, sich einzubringen und über Strukturverbesserungen zu diskutieren. Gerade den Patientenvertretern kommt hierbei die Aufgabe zu, die Patientensicht einzubringen, ohne die eine Beurteilung der gesundheitlichen Verhältnisse nicht möglich ist. Weitere Sachverständige sind nicht offiziell in die Konferenzen einbezogen, sollten aber regelmäßig eingeladen werden. Dies gilt für die bereits genannten Ärztlichen Leiter Rettungsdienst, aber auch für die Gesundheitsämter und die regionalen Ärztenetze.

Die Konferenzen sollen darüber hinaus einen engen Austausch mit den auf Land-

kreisebene bestehenden ähnlichen Gremien pflegen. Wenn man die Versorgung in ländlichen Gebieten auch zukünftig sichern will, wird dabei auch die Diskussion über die Infrastruktur der Region insgesamt notwendig sein. Wer künftig Ärztinnen, Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger in eine Region locken will, muss mehr bieten als einen Krankenhausstandort oder eine freie Arztpraxis.

Auch die Kommunikation mit dem Hessischen Sozialministerium wird forciert werden müssen. Wir werden eigene Positionen erläutern, wir werden berichten, was auf Bundesebene geplant ist, wir werden Anregungen aufgreifen und wenn möglich auch umsetzen. Allerdings sind die Gesundheitskonferenzen kein echtes Entscheidungsgremium, sondern ein beratendes Gremium. Dies wird zwar gelegentlich kritisiert, ist aber angesichts der bestehenden bundes- und landesrechtlichen Vorgaben nicht zu ändern. Darin kann allerdings auch eine Stärke liegen, neue und kreative Vorschläge nicht gleich deswegen zu verwerfen, weil man fürchtet, sie seien nicht umsetzbar.

Einmal im Jahr haben die Gesundheitskonferenzen dem Hessischen Sozialministerium darüber zu berichten, wie sich die regionale Versorgung entwickelt hat. Diese Regelung soll bewirken, dass die Aufgaben strukturiert und Ergebnisse vergleichbar werden.

Bundesrecht

Übrigens wird ein derartiges Gremium durch das Versorgungsstrukturgesetz nun auch auf Landesebene vorgesehen. Nach dem Entwurf eines § 90a SGB V ist dort

die Ermächtigung für ein Gemeinsames Landesgremium vorgesehen, das Stellungnahme zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben soll und zu Bedarfsfragen und Angelegenheiten der Landesausschüsse gehört werden soll. Hessen wird diese Ermächtigung nutzen und im Jahr 2012 einen entsprechenden Gesetzentwurf vorlegen.

Schlussbemerkung

Wie das DRG-System, werden auch die Gesundheitskonferenzen lernende Systeme sein müssen. Es liegt an den Beteiligten, ob sie sich bewähren und die Erwartungen erfüllen. Alle Verantwortlichen, ob auf Landes- oder Regionalebene, müssen bereit sein für eine offene Kommunikation, müssen bereit sein, eigene Positionen in Frage und Patientenbedürfnisse in den Vordergrund zu stellen. Ein gutes Beispiel dafür, dass dies in der Vergangenheit nicht so war, ist der kaum zu ertragende Streit über § 116b SGB V. Die Vorschrift wird, soviel ist schon absehbar, im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes geändert werden, voraussichtlich werden konkrete Kooperationsvereinbarungen zumindest teilweise vorausgesetzt.

Die regionalen Gesundheitskonferenzen sind in ihrer Konzeption ein Angriff auf die im Gesundheitssystem vorherrschenden Partikularinteressen. Die Zukunft wird zeigen, ob die Konferenzen eine Erfolgsgeschichte werden. Ich wünsche es mir.

Anschrift des Verfassers

Jochen Metzner
Referatsleiter Krankenhausversorgung
Hessisches Sozialministerium
Dostojewskistraße 4, 65187 Wiesbaden

Hygiene in der ambulanten Arztpraxis –

Rückblick auf zehn Jahre Infektionsschutzgesetz aus Sicht des Frankfurter Amtes für Gesundheit

Ursel Heudorf

Vor zehn Jahren trat das Infektionsschutzgesetz (IfSG) [1] in Kraft. Es betont in § 1 die Eigenverantwortung aller Einrichtungen, verpflichtet aber in § 36 die Gesundheitsämter erstmals auch, die Hygiene in „Einrichtungen für ambulant Operieren“ zu überwachen (Pflichtaufgabe): Darüber hinaus können auch Arztpraxen von den Gesundheitsämtern infektionshygienisch überwacht werden (Kann-Aufgabe). Zuvor, auf der Grundlage des Bundesseuchengesetzes (BSeuchG), waren ausschließlich Einrichtungen mit „heimtäglicher“ Unterbringung zu überwachen, also Krankenhäuser, Altenpflegeheime etc.. Das IfSG brachte also völlig neue Aufgaben für die Gesundheitsämter mit sich. Nachfolgend soll ein Rückblick auf diese letzten zehn Jahre IfSG gegeben und eine Bewertung versucht werden – aus Sicht der Hygieneabteilung des Frankfurter Gesundheitsamtes.

Rückblick aus Sicht des Gesundheitsamtes Frankfurt

Für das Gesundheitsamt waren die Begehungen ambulanter Einrichtungen ebenso neu wie für die Praxen. Schnell stellte sich heraus, dass die bewährte Routine der Begehungen in den Kliniken auf die ambulante Praxis so nicht übertragbar war. Während in den Frankfurter Kliniken überall etablierte Hygienestrukturen vorhanden sind – mit Hygienekommission, Hygieneplänen, Hygienefachpersonal – fehlten in den Praxen diese Strukturen ebenso wie Hygienefachpersonal und spezielle Hygienefachkenntnisse. Darüber hinaus ist die Zeit für die Beschäftigung mit diesen Fragen oft knapp. Auch waren unsere ersten Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen

für die niedergelassenen Ärzte zunächst zu sehr von der Krankenhaus-Situation beeinflusst und hatten die konkreten Möglichkeiten und Voraussetzungen in den Arztpraxen zu wenig berücksichtigt. Verständnisschwierigkeiten und Missverständnisse waren damit geradezu vorprogrammiert.

Nach diesen ersten Erfahrungen haben wir eine neue Strategie für die Begehungen der ambulanten Praxen entwickelt und versuchen, uns in die Situation in den Praxen im Sinne eines Perspektivenwechsels hinein zu versetzen [2]. Wir informieren die Praxen über die sie betreffenden Hygieneanforderungen speziell und „zielgruppenorientiert“. Die oft schwer verständlichen Richtlinien und Hygienevorschriften haben wir in eine einfachere, verständliche Sprache übertragen und uns dabei auf das für die Praxen Wesentliche beschränkt. Denn: wenn Zeit und Vorkenntnisse fehlen, werden detaillierte und selbst für Fachleute komplexe Richtlinien kaum gelesen. Teilweise haben wir die oft sehr komplexen Anforderungen „heruntergebrochen“ in einfachere, erreichbare Teilziele und Mindestanforderungen formuliert [3, 4]. Wir haben viele Informationen auf unserer Homepage eingestellt (www.frankfurt.de)* und in einer Artikelserie im Hessischen Ärzteblatt die wesentlichen Informationen zu den Anforderungen der Hygiene in der Arztpraxis publiziert [5-7]. Was wurde erreicht?

Hygiene in Einrichtungen für ambulant Operieren

Zuerst wurde die Hygiene in den Einrichtungen für ambulant Operieren überprüft, d.h. in den sog. ambulanten Opera-

tionszentren aber auch in den Praxen, in denen Ärzte ambulant Operationen vornehmen. Vor den Begehungen wurden den Ärzten eine Fortbildung und umfangreiche Informationsmaterialien incl. eines Musterhygieneplanes angeboten. Dabei zeigte sich jedoch rasch, dass diese zu umfangreich, zu komplex und zu wenig auf die Belange der Praxen zugeschnitten waren (s.o.).

Bei den Begehungen 2002/03 stellte sich heraus, dass oft Grundlagen eines Hygienemanagements fehlten, wie beispielsweise Hygienepläne, Reinigungs- und Desinfektionspläne, Ausstattung für eine sachgerechte Hände-, Flächen- und Instrumentendesinfektion [3, 8]. Die größten Probleme wurden jedoch bei der Aufbereitung der Medizinprodukte gesehen. Die Anforderungen des Medizinproduktegesetzes und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung [9], deren Einhaltung von den Regierungspräsidien überwacht werden, sowie die einschlägige Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention [10], die Bewertungsgrundlage für die Gesundheitsämter nach IfSG ist, waren in keiner Praxis eingehalten. Das Frankfurter Gesundheitsamt hat angesichts dieser Probleme versucht, die Anforderungen den Praxisbetreibern gegenüber auf der Basis der KRINKO-Empfehlungen zunächst schrittweise diesen KRINKO-Anforderungen anzunähern. In einem ersten Schritt wurde ab 2003 die Einhaltung von vier Mindestvoraussetzungen gefordert [3]:

- Risikobewertung der Instrumente (Einstufung in Risikoklassen nach KRINKO-Richtlinie),

* [http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2847&_ffmpar\[_id_inhalt\]=24022](http://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2847&_ffmpar[_id_inhalt]=24022)

- Schulung des Personals,
- exakte Festlegung der Verfahrensschritte und der Verantwortlichkeiten im Hygieneplan im Sinne eines Qualitätsmanagements und
- genaue Dokumentation sowie Überprüfung der Aufbereitungs-Verfahren (Chargenkontrolle, Bioindikatoren).

Darüber hinaus wurden Mindestanforderungen für Sterilisation in der Praxis formuliert [4]. Bei korrekter Einhaltung dieser Vorgaben kann seitens des überwachenden Gesundheitsamtes zumindest angenommen werden, dass keine Tatsachen vorliegen, die unmittelbar zum Auftreten von übertragbaren Krankheiten führen und die damit das Einschreiten des Gesundheitsamtes entsprechend §16 Abs. 1 IfSG (Maßnahmen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten) notwendig machen würden. Den Praxisinhabern wurde aber gleichzeitig dargelegt, dass die gesetzlichen Anforderungen des Medizinprodukterechts über diese Mindestanforderungen deutlich hinausgehen. In der Medizinprodukte-Betreiberverordnung wird die Aufbereitung nach validierten Verfahren gefordert. In Tab. 1 sind die einzelnen notwendigen Aufbereitungsschritte und ge-

Tab. 1: Verfahrensschritte zur Aufbereitung von Medizinprodukten (MP) sowie Verfahren zur Validierung der Einzelschritte und des Gesamtprozesses – Verfahrensschritte zur Aufbereitung desinfiziert zur Anwendung kommenden MP: 1-8; Verfahrensschritte zur Aufbereitung sterilisiert zur Anwendung kommenden MP: 1-11.

Einzelschritt	Validierung	
	Standardarbeitsanweisung	Prozessvalidierung
1 Vorbehandeln	✓	
2 Sammeln	✓	
3 Vorreinigen	✓	
4 Zerlegen	✓	
5 Reinigung, Desinfektion Manuelle Verfahren Maschinelle Verfahren	✓	✓*
6 Spülung, Trocknung	✓	
7 Pflege, Instandsetzung	✓	
8 Funktionsprüfung	✓	
9 Verpackung	✓	
10 Sterilisation		✓**
11 Dokumentierte Freigabe	✓	

* www.krankenhausthygiene.de/pdfdata/leitlinien/validierung_weiss.pdf

** www.krankenhausthygiene.de/pdfdata/empfehlung_dampf_validierung.pdf

forderten Verfahren der Validierung aufgeführt. Der Vergleich mit den o.g. vier Mindestanforderungen zeigt, dass diese für die manuellen Verfahrensschritte den Forderungen nach Validierung vergleichbar ist, dass nach Medizinprodukterecht bei maschinellen Verfahren jedoch zwingend detaillierte Prozesskontrollen durchgeführt werden müssen.

Ab 2007 wurden alle in Frankfurt praktizierenden Ärzte, die neu die Ermächtigung zum ambulanten Operieren erhalten hatten, systematisch beraten und deren Praxen begangen (Erstbegehung). Darüber hinaus wurden Zweitbegehungen der im Jahre 2002/03 begangenen Praxen durchgeführt, bei Erfordernis auch Drittkontrollen.

Insgesamt wurden bei den Begehungen 2007/10 bessere hygienische Verhältnisse in den Praxen vorgefunden als 2002/03 [11]; dieser positive Trend betraf insbesondere die Voraussetzungen zur Händehygiene und zur Haut- und Flächendesinfektion. Deutliche Verbesserungen fanden sich auch bei der Instrumentenaufbereitung (Abb. 1). Hatte im Jahre 2002/03 nur eine Praxis (1 %) ihre Instrumente maschinell aufbereitet, waren es 2007/10 insgesamt elf (9,2 %) und weitere elf Praxen ließen ihre Instrumente durch Dritte aufbereiten. Allerdings wurden die Reinigungs- und Desinfektionsgeräte in den Praxen nur zum geringen Teil mikrobiologisch regelmäßig überprüft und gewartet. 2007/10 ergab sich auch eine bessere Ausstattung mit Sterilisatoren: insbesondere die neu zum ambulanten Operieren ermächtigten Praxen hatten Dampfsterilisatoren angeschafft, viele davon mit automatischer Dokumentation.

Die sog. „Vier Mindestanforderungen“ waren jedoch 2007/10 weiterhin in vielen Praxen nicht umgesetzt: zwar war in 86 % der Praxen eine Risikobewertung der eingesetzten Instrumente vorgenommen (2002/03: 0 %), aber nur in 63 % der Praxen waren gute/ausreichende Arbeitsanweisungen erstellt worden (2002/03: 10 %) und in 57 % der Praxen war die Sterilisation dokumentiert (2002/03: 52 %). Am ungünstigsten stellte sich die Forderung nach ausreichender Ausbildung der mit der Aufbereitung Betrauten dar: hier konnten nur 54 % der Praxen die geforderte Ausbildung der Mitarbeiter/innen vorweisen (2002/03: 0 %). Trotz des positiven Trends waren also weiterhin teilweise erhebliche Mängel vorzufinden, die auch ein unmittelbares Eingreifen des Gesundheitsamtes erforderten. In einigen Fällen wurden schwere Mängel bei der Medizinprodukte-Aufbereitung an das für das Medi-

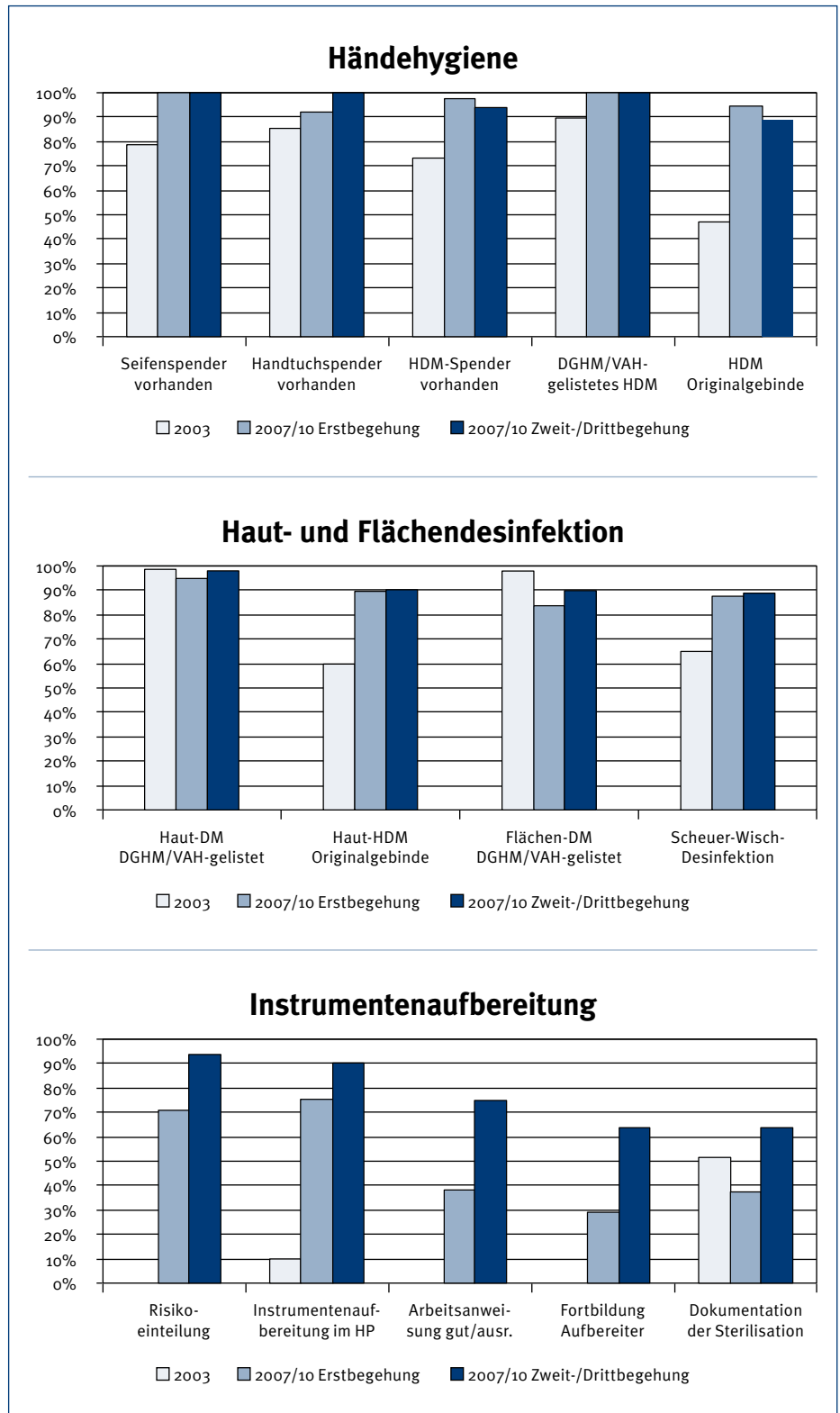


Abb. 1: Händehygiene, Haut- und Flächendesinfektion sowie Instrumentenaufbereitung in Praxen für ambulantes Operieren 2002/03 (n=94) sowie 2007/10 Erstbegehung (n=37) und 2007/10 Zweit-/Drittbegehung (n=81) (HDM = Händedesinfektionsmittel)

Tab. 2: Einhaltung der Anforderungen an die Hygiene bei der Endoskopie mit flexiblen Endoskopen in Klinik und Praxis – Ergebnisse aus Frankfurt/M

	2003 Erstuntersuchung			2004 Nachkontrolle	
	Kliniken	Praxen >1.000 U/J	Praxen <1.000 U/J	Praxen >1.000 U/J	Praxen <1.000 U/J
Untersuchte Einrichtungen	15 n (%)	10 n (%)	13 n (%)	10 n (%)	10 n (%)
Aufbereitung der flexiblen Endoskope	15	10	13	10	10
– maschinell	14 (93)	3 (30)	2 (15)	3 (30)	2 (20)
– teilmaschinell (Halbautomat)	0	7 (70)	2 (15)	7 (70)	1 (10)
– manuell	1 (7)	0	9 (69)	0	7 (70)
Bei manueller/teilmaschineller Aufbereitung	1	7	11	7	8
– Desinfektionsmittel DGHM-gelistet	1 (100)	5 (71)	10 (91)	6 (86)	7 (88)
– Konzentration und Einwirkzeit korrekt	1 (100)	5 (71)	9 (82)	6 (86)	7 (88)
Lagerung des aufbereiteten Endoskops sachgerecht	15 (100)	8 (80)	4 (31)	9 (90)	9 (90)
Optikspülflasche	15	10	13	10	10
– arbeitstäglich aufbereitet, sachgerecht gelagert	15 (100)	9 (90)	8 (62)	9 (90)	9 (90)
– mit sterilem Wasser befüllt	15 (100)	7 (70)	5 (39)	9 (90)	9 (90)
Aufbereitung von Zusatzinstrumentarium	15	10	13	10	5*
– Sterilisation sichergestellt (Sterilisator vorhanden etc)	15 (100)	9 (90)	4 (31)	10 (100)	5 (100)
– geeignete Sterilgutverpackung	15 (100)	9 (90)	7 (54)	10 (100)	8 (80)
– Benutzung von Sterilisationsindikatoren	12 (80)	2 (20)	0 (0)	5 (50)	1 (10)
Mikrobiologische Testung					
– keinerlei Testung bisher	0 (0)	3 (30)	7 (54)	0	0

* Nur fünf Praxen mit weniger als 1.000 Untersuchungen pro Jahr bereiteten das Zusatzinstrumentarium selbst auf

zinprodukterecht zuständige Regierungspräsidium weitergemeldet, das dann teilweise erhebliche Bußgelder für die Praxisbetreiber festsetzte.

Hygiene in der Gastroenterologie – Aufbereitung der Endoskopie

Nachdem in der HYGEA-Studie im Jahre 2002 über erhebliche Hygienemängel bei der Aufbereitung von Endoskopen berichtet worden war [12], wurde – wiederum

nach Fortbildungen und Informationsveranstaltungen – noch im Jahr 2003 die Hygiene in gastroenterologischen Praxen in Frankfurt am Main überprüft, parallel zur Überprüfung der Hygiene in den gastroenterologischen Abteilungen der Kliniken. Es zeigte sich ein erheblicher Verbesserungsbedarf bei der Aufbereitung der Endoskope in den Praxen, und hier insbesondere in den Praxen, die weniger als 1.000 endoskopische Untersuchungen pro Jahr durchführen. Nach Erstveröffent-

lichung dieser Ergebnisse mit teilweise erheblichen Mängeln bei der Aufbereitung der Endoskope und des endoskopischen Zusatzinstrumentariums im Hessischen Ärzteblatt [13] war innerhalb kürzester Frist eine deutliche Verbesserung erreicht (Tab. 2) [14, 15].

Hygiene in der Urologie – Aufbereitung der Cystoskope

Auch Urologen führen endoskopische Untersuchungen durch (Cystoskopien). Allerdings können nur starre Cystoskope – als kritisch-A-Instrumente – wie gefordert sterilisiert werden. Die in den letzten Jahren zunehmend eingesetzten flexiblen Cystoskope sind nicht thermostabil und können deswegen nicht im Dampfsterilisator aufbereitet werden. Vor diesem Hintergrund hatte die Kommission für Krankenhaushygiene (KRINKO) gemeinsam mit dem Bundesinstitut für Medizinprodukte und Arzneimittel (BfArM) im Jahre 2005 eine Empfehlung zur sog. high level-Desinfektion der flexiblen Cystoskope herausgegeben [16]. Diese haben wir umgehend an alle Urologen geschickt und – nach einer Informationsveranstaltung – die Aufbereitung der Cystoskope in den urologischen Praxen und parallel in den urologischen Abteilungen der Frankfurter Kliniken überprüft. Auch hier ergab sich insbesondere im ambulanten Bereich Verbesserungsbedarf, der aber – ebenso wie bei den Gastroenterologen – rasch abgearbeitet war [17] (Tab. 3). Gemeinsam mit einem urologischen Qualitätszirkel erstellten wir praktische Arbeitsanweisungen und veröffentlichten diese in einer urologischen Fachzeitschrift [18].

Hygiene in Praxen von Internisten, Hausärzten und Allgemeinärzten

Seit 2005 werden auch die Praxen von Internisten, Haus- und Allgemeinärzten von

Tab. 3: Aufbereitung der starren und flexiblen Cystoskope in urologischen Praxen – Erhebungen bei der Erstbegehung vor Ort sowie nach den Begehungen (n=22 Praxen)

	Praxis bis Begehung	Praxis nach Begehung
Aufbereitung Cystoskop starr (n=22)	N (%)	N (%)
Desinfektion		
Aufbereitung manuell	19 (86 %)	19 (86 %)
Aufbereitung maschinell	3 (14 %)	3 (14 %)
Desinfektion korrekt	18 (82 %)	22 (100 %)
Desinfektion nicht korrekt*	4 (18 %)	0 (0 %)
Sterilisation		
Sterilisation in Praxis	19 (86 %)	12 (55 %)
Sterilisation extern	3 (14 %)	10 (45 %)
Sterilisation sachgerecht	11 (50 %)	21 (95 %)
Sterilisation nicht sachgerecht**	11 (50 %)	1 (5 %)
Aufbereitung Cystoskop flexibel (n=8)		
Desinfektion		
Aufbereitung manuell	7 (87,5 %)	7 (87,5 %)
Aufbereitung maschinell	1 (12,5 %)	1 (12,5 %)
Aufbereitung korrekt	2 (25,0 %)	7 (87,5 %)
Desinfektion nicht korrekt* (nur nach VAH-Konzentration und Einwirkzeit)	5 (62,5 %)	1 (12,5 %)

* nicht gelistetes Desinfektionsmittel, falsche Konzentrationen/Einwirkzeiten, bzw. kein Nachweis/Gutachten des Herstellers für die Eignung der Aufbereitung von Cystoskopen; zu geringe Konzentration und Einwirkzeit

** ungeeigneter Sterilisator, offene Sterilisation, falsche Verpackung, Sterilisator nicht getestet

der Hygieneabteilung des Frankfurter Gesundheitsamtes beraten und begangen, die bei einer Vorabfrage angegeben hatten, invasive Tätigkeiten mit wiederaufzubereitenden Instrumenten vorzunehmen.

In der Regel handelt es sich hierbei um Wundversorgung. Bereits bei den – sehr gut besuchten – Fortbildungsveranstaltungen empfahlen wir den Ärzten, eine Abwägung vorzunehmen, ob sich die Auf-

bereitung der Medizinprodukte in der eigenen Praxis lohnt, oder ob es ökonomisch nicht sinnvoller sei, die Instrumente durch Dritte aufbereiten zu lassen oder Einmalinstrumente einzusetzen, die inzwischen von verschiedenen Firmen angeboten werden (s. auch Beitrag Thiele auf Seite 743). Die Entscheidung liegt beim Arzt. Wenn aber eine Sterilisation von Instrumenten in der Praxis weiter vorgenommen wird, müssen zumindest die o.g. Mindestanforderungen erfüllt sein, was für die Praxisbetreiber erhebliche Kosten bedeutet. Im Rahmen der Begehungen von bisher 201 Praxen haben 66 (33 %) auf Einmalmaterial umgestellt, im ersten Jahr waren es 18 % in den Jahren 2009/10 waren es 62 % der begangenen Praxen. Wurden in drei Viertel der im Jahre 2005 begangenen Praxen noch Instrumente in der Praxis sterilisiert, waren dies im Jahre 2009/10 nur noch 5 % (Abb. 2). Die Ergebnisse der Begehungen über die Jahre zeigen durchaus Verbesserungen: so kann zunehmend ein (korrekter) Hygieneplan vorgelegt werden und die Fehler bei der Hände-, Haut- und Flächendesinfektion haben über die Jahre abgenommen (Abb. 3). Allerdings werden Flächen immer wieder nur mittels Sprühdessinfektion (oberflächlich) behandelt und keine sachgerechte Scheuer-Wisch-Desinfektion durchgeführt.

Zusammenfassung: Hygiene in Praxen ist wichtig, machbar und bezahlbar

Die zeit- und kostenintensive Aufbereitung von Medizinprodukten (incl. Sterilisation) ist nur in wenigen Praxen (ambulante Operierer, Gastroenterologen, Urologen) wirklich erforderlich. In vielen anderen Praxen – wie z.B. Allgemeinmedizin, Innere – sollte eine Abwägung stattfinden, ob es sich lohnt, die Medizinprodukte selbst aufzubereiten, die Aufbereitung extern zu vergeben oder auf Einmalprodukte

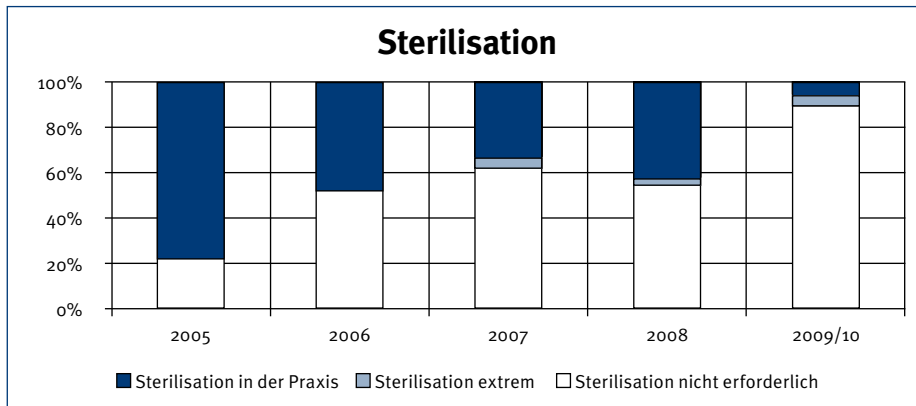


Abb. 2: Anwendung von Sterilisationsverfahren in den Praxen von Internisten, Hausärzten und Allgemeinärzten – 2005-2010 (n=201 Praxen)

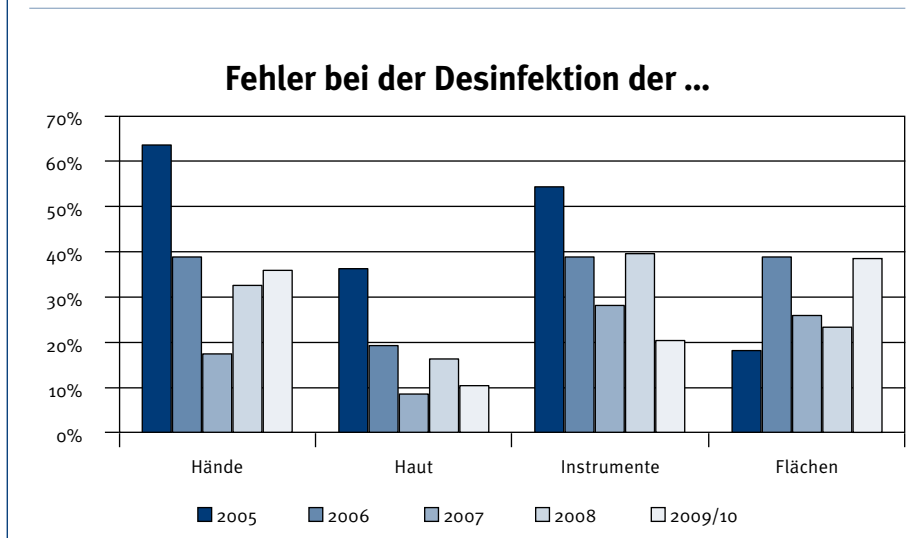
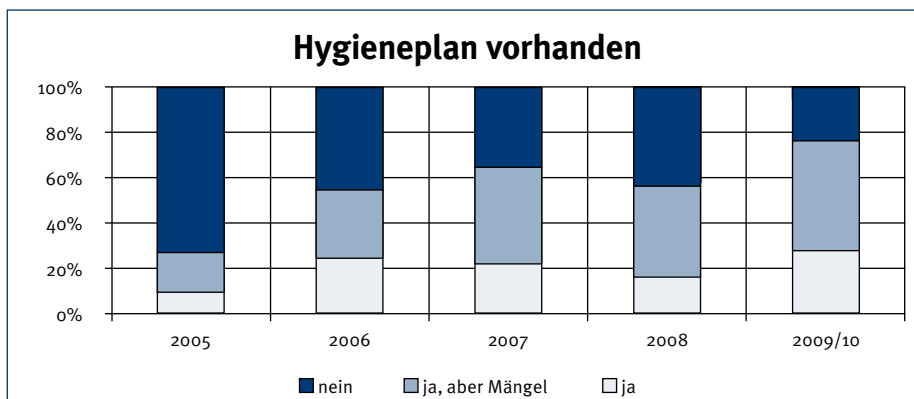


Abb. 3: Hygiene in Praxen von Internisten, Hausärzten und Allgemeinärzten in Frankfurt am Main 2005-2010: Vorhandensein eines Hygieneplans (oben) – Fehler bei Desinfektionsverfahren (unten)

umzustellen. Hier gibt es zunehmend bessere und preiswerte Alternativen (s. auch Beitrag Thiele auf Seite 743).

Sachgerechte Hygiene in Praxen (ohne Medizinprodukte-Aufbereitung) braucht folgende Voraussetzungen: Personal, das

Infektionsrisiken und insbesondere Übertragungswege kennt und sich entsprechend verhält, gute Händehygiene, Flächendesinfektion. Dies ist nicht teuer, aber wirkungsvoll. So sind die Praxen auch für die zunehmende Problematik multiresistenter Keime gewappnet. Abschließend sei Mattes zitiert: „Seien Sie Vorbild! Benennen Sie Zuständigkeiten! Üben Sie mit den Mitarbeitern die Basishygienemaßnahmen. Lassen Sie künstliche Fingernägel, Uhr und Ringe nicht zu. Und schauen Sie mal nach: wieviel Händedesinfektionsmittel bestellt Ihre Praxis pro Quartal?“ [19].

Referenzen

1. IfSG: Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (IfSG) Bundesgesetzblatt 2000; 1045-1077.
2. Heudorf U: Überwachung der Infektionshygiene im stationären und ambulanten medizinischen Bereich durch die Gesundheitsämter – Strategien, Ziele und Zielerreichung. Gesundheitswesen (2009) 71: 87-93.
3. Heudorf U, Hofmann H, Kutzke G, Otto U: Hygiene beim ambulanten Operieren. Ergebnisse der infektionshygienischen Überwachung von Einrichtungen für ambulantes Operieren in Frankfurt am Main durch das Gesundheitsamt. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz (2003) 46: 756-764.
4. Heudorf U, Wille B, Pitten F, Fröblich P, Porsch G, Wille, Zinn GC. Mindestanforderungen bei der Aufbereitung von Medizinprodukten in Arztpraxen – aktualisiert. Krankenhaushyg Infektionsverh 2007;29:154-6.
5. Heudorf U, Herholz H, Kaiser R: Hygiene in der Arztpraxis – Teil 1 Grundlagen und Händehygiene. Hessisches Ärzteblatt (2007) 68: 538-543. http://www.aerzteblatt-hessen.de/pdf/hae07_538.pdf
6. Heudorf U, Herholz H, Kaiser R: Hygiene in der Arztpraxis – Teil 2 Flächendesinfektion und Umgang mit Abfällen. Hessisches Ärzteblatt (2007) 68: 609-611. http://www.aerzteblatt-hessen.de/pdf/hae07_609.pdf
7. Heudorf U, Herholz H, Kaiser R: Hygiene in der Arztpraxis – Teil 3 Instrumentenaufbereitung und Checkliste „Hygiene in der Arztpraxis“. Hessisches Ärzteblatt (2007) 68: 659-663. http://www.aerzteblatt-hessen.de/pdf/hae07_659.pdf
8. Heudorf U: Wie steht es mit der Hygiene beim ambulanten Operieren? Hessisches Ärzteblatt (2004) 65: 85-86. http://www.aerzteblatt-hessen.de/pdf/hae04_085.pdf
9. Medizinproduktebetriebsverordnung Verordnung über das Errichten, Betreiben und An-



Detailliertere Angaben sowie weitere Daten zur Hygiene in Krankenhäusern, Altenpflegeheimen, Schulen, Trink- und Badebeckenwasserhygiene finden Sie im Bericht:

„Hygiene und Infektionsprävention 2009/2010 in Frankfurt am Main – Ziele Zahlen, Zielerreichung“

den Sie kostenlos bestellen können unter info.hygiene@stadt-frankfurt.de oder im Internet (www.frankfurt.de).

wenden von Medizinprodukten. Bundesgesetzblatt 1998, zuletzt geändert 2009 <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/mpbetreibv/gesamt.pdf>

10. KRINKO Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut: Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten. Bundesgesundheitsblatt (2001) 44: 1115-1126 http://www.rki.de/CLN_162/nn_201414/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Medpro__Errat,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Medpro__Errat.pdf
11. Heudorf U: Zehn Jahre Infektionsschutzgesetz: Hygiene beim ambulanten Operieren in der Arztpraxis – Daten des Amtes für Gesundheit in Frankfurt am Main. Hygiene und Medizin (2011) 36: 202-209.

12. Bader L, Blumenstock G, Birkner B, Leiss O, Heesemann J, Riemann JF, Selbmann HK. [HYGEA (Hygiene in der Gastroenterologie – Endoskop-Aufbereitung): Studie zur Qualität der Aufbereitung von flexiblen Endoskopen in Klinik und Praxis] Z Gastroenterol. 2002; 40: 157-70.
13. Heudorf U: Hygiene beim Endoskopieren mit flexiblen Endoskopen Ergebnisse der Überprüfung von Krankenhäusern und Praxen in Frankfurt am Main durch das Gesundheitsamt, 2003. Hessisches Ärzteblatt (2004) 65: 525-526 http://www.aerzteblatt-hessen.de/pdf/haebo4_525.pdf
14. Heudorf U, Stark S: Erhebliche Verbesserungen in der Hygiene beim Endoskopieren in Praxen von 2003 bis 2004 erreicht. Aktuelle Daten des Gesundheitsamtes der Stadt Frankfurt am Main, 2004. Hessisches Ärzteblatt

(2005) 66: 307-308. http://www.aerzteblatt-hessen.de/pdf/haebo5_307.pdf

15. Heudorf U, Hofmann H, Kutzke G, Otto U, Exner M. Wie steht es um die Hygiene beim Endoskopieren? Ergebnisse der infektionshygienischen Überwachung der Endoskopie-Einrichtungen in Frankfurt am Main, 2003 und 2004. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz (2005) 48: 1265-1272.
16. Kommentar der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, des BfArM und des RKI (Stand 28.01.2005): Zur Aufbereitung flexibler Zystoskope. http://www.rki.de/CLN_162/nn_201414/DE/Content/Infekt/Epid-Bull/Archiv/2005/Ausschnitte/Aufbereit__Zystoskope__EB__06__05,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Aufbereit_Zystoskope__EB__06__05.pdf
17. Heudorf U, Otto U: Aufbereitung von Zystoskopen in der Urologie. Was geschieht wirklich? Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz (2007) 50: 1138-1144.
18. Heudorf U, Otto U, Leiß O, Wiesel M: Sachgerechte Aufbereitung starrer und flexibler Zystoskope. Hinweise für die Praxis. Urologe (2007) 46: 1528-1533.
19. Heudorf U: Multiresistente Erreger – Was gibt es Neues? Hessisches Ärzteblatt (2011) 71: 544-548.

Anschrift der Verfasserin

Priv.-Doz. Dr. med. Ursel Heudorf
 Amt für Gesundheit
 Abteilung Medizinische Dienste
 und Hygiene
 Breite Gasse 28, 60313 Frankfurt
 Fon: 069 212-36980
 Fax: 069 212-30475
 E-Mail: ursel.heudorf@stadt-frankfurt.de

Unbürokratische Hilfen für Arztfamilien in Not

Seit über 50 Jahren kümmert sich die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ um bedürftige Arztkinder und in Not geratene Ärzte. Der Wunsch, kollegiale Hilfe zu leisten, war und ist ihr zentraler Gedanke. Ursprünglich als Hilfswerk zur Unterstützung mittelloser Kollegenkinder aus der damaligen DDR gegründet, hat die Stiftung in den Folgejahren neue Schwerpunkte gesetzt. Heute sind es Kinder in Not geratener Ärzte sowie Halbwaisen und Waisen aus Arztfamilien, die dringend Hilfe benötigen und diese bei der Hartmannbund-Stiftung finden. Mit der Förderung sozial benachteiligter junger Menschen, setzt sich die Stiftung zum Ziel, diesen einen Weg in die berufliche Existenz zu ermöglichen. Aber auch die Hilfestellung bei der Berufseingliederung von Ärztinnen und Ärzten sowie die schnelle und unbürokratische Unterstützung bei Schicksalsschlägen und Notlagen sind ein wichtiger Bestandteil der Stiftungsarbeit. Helfen Sie mit, diese unverzichtbare Hilfe nicht nur aufrecht zu erhalten, sondern auch auszubauen.

Unterstützen Sie mit Ihrer Spende die Arbeit der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ – damit wir auch in Zukunft dort Hilfe leisten können, wo sie gebraucht wird. Vielen Dank.

Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V.

Dr. Waltraud Diekhaus, Stellvertretende Vorsitzende der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, Vizepräsidentin des Weltärztinnenbundes und die Vorsitzenden der ärztlichen Verbände

Spendenkonto der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“
 Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG Stuttgart
 Konto-Nr.: 0001486942, BLZ: 300 606 01

Die Aufbereitung von Instrumenten beim niedergelassenen Arzt – Mögliche Alternativen zur eigenen Aufbereitung

Birgit Thiede

Die Problematik von Hygienemängeln im Gesundheitssystem wird in den vergangenen Jahren immer häufiger publik. Die Aufbereitung von wiederverwendbarem Instrumentarium ist ein wichtiger Teilbereich aller notwendigen Hygienemaßnahmen in Gesundheitseinrichtungen. Für die Sicherheit der Qualität eines steril zur Anwendung kommenden Instrumentes ist die korrekte, standardisierte Durchführung des gesamten Aufbereitungsprozesses zwingend erforderlich. Selbstverständlich darf es dabei in den Hygienestandards und im Qualitätsmanagement der Hygiene keine Unterschiede zwischen stationärem und niedergelassenem Bereich geben. Die von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Jahr 2001 veröffentlichte Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“¹ ist in Deutschland gesetzlich in der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) konkret genannt. Damit erhält diese RKI-BfArM-Empfehlung gesetzlichen Charakter, auch für den niedergelassenen Arzt. Unter Anderem wird dem Unternehmer die Aufgabe übertragen, für seine Betriebsstätte die Wirtschaftlichkeit und Ökologie des Aufbereitungsprozesses zu ermitteln und auszuwerten. Es fehlen jedoch Erläuterungen zur Umsetzung dieses Aspektes.

Die aktuelle, reale Situation für den niedergelassenen Arzt

Gesundheitssysteme sind historisch gewachsen. In Deutschland besteht ein Sys-

tem niedergelassener Fachärzte, die ein breites Spektrum an Leistungen, so auch operative Eingriffe, anbieten. Dieses System entlastet in vielen Bereichen die Kliniken und bietet einen guten Komfort für Patienten. Durch die Einführung von Gesundheitsreformen, sich ändernden Gesetzesvorlagen und technischen Neuerungen wird von dem niedergelassenen Arzt eine ständige Anpassung an neue Gegebenheiten gefordert. „Im niedergelassenen Bereich bestehen dieselben hygienischen Zielsetzungen und Aufgabenstellungen wie im Krankenhaus, jedoch mit dem Unterschied, dass hierfür im Unterschied zum Krankenhaus keine spezielle personelle Struktur (Hygienebeauftragter Arzt, Hygienekommission, Krankenhaushygieniker) vorhanden ist, d.h. der Praxisinhaber trägt die ungeteilte Verantwortung“². Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass die Aufbereitungsprozesse vieler Praxen nicht den Anforderungen der RKI-BfArM-Empfehlung entsprechen^{3,4}. Der Aufbau und die Unterhaltung eines gesetzeskonformen Aufbereitungsprozesses und damit die gewünschte gleiche Qualität in Kliniken und Praxen bedeuten einen hohen finanziellen Aufwand. Verständlicherweise versucht der niedergelassene Arzt die Kosten der Instrumentenaufbereitung niedrig zu halten. Kostenintensive Parameter der eigenen Instrumentenaufbereitung sind die Qualitätssicherung, technische Ausstattung, Wartung der Geräte, Ausbildung des Personals und räumliche Bedingungen. Es entsteht ein Konflikt zu dem Wunsch des Arztes für „seine“ Patienten die gleichwertigen Hygienestandards wie in einem guten Klinikum anzubieten.

Alternativen zur eigenen Aufbereitung

Grundsätzlich bieten die externe Aufbereitung und die Verwendung von Einmalinstrumenten gute Alternativen zur eigenen Aufbereitung. Vom Regierungspräsidium Darmstadt wurde eine Broschüre erarbeitet, die von dem niedergelassenen Arzt für die Bewertung der Wirtschaftlichkeit seines Aufbereitungsprozesses herangezogen werden kann.

Zahlreiche Einmalinstrumente aus Kunststoff und Metall sind bereits auf dem Markt, ein umfangreicheres Angebot ist zu erwarten. Der praktische Umgang mit diesen Instrumenten erfordert einen Zeitraum der Umstellung, kann dann jedoch eine gleichwertige chirurgische Qualität bieten. Für die Nutzung der externen Aufbereitung muss der Arzt die Möglichkeiten in seiner näheren Umgebung erkunden. Immer mehr Kliniken und Operationszentren bieten diese Leistung an, benötigen jedoch aufgrund der großen Nachfrage keine Werbung. Der Arzt muss die Qualität der externen Aufbereiter überprüfen und einen geeigneten Vertrag abschließen. Hierfür werden Hinweise in genannten Broschüre gegeben.

Einige niedergelassene Ärzte haben bereits auf eine dieser Alternativen zurückgegriffen. Diese Ärzte bieten „ihren“ Patienten stets ein hohes Maß an Qualitätssicherheit und sparen die Kosten für die eigene Aufbereitung.

Ärzte mit wenigen, kleinen Eingriffen wie beispielsweise Allgemeinmediziner und Dermatologen können komplett auf das Angebot von Einmalinstrumenten zurück-

¹ Bundesgesundheitsblatt 44 S. 1115-1126, 2001

² Zitat von Axel Kramer - Axel Kramer, Peter Heeg, Konrad Botzenhart - Krankenhaus- und Praxishygiene S.2

³ Heudorf, U. et al. Hygiene beim ambulanten operieren – Bundesgesundheitsblatt 46 S. 756-764, 2003

⁴ Attenberger J. Rechtliche Grundlagen der Aufbereitung und Tätigkeit der Behörden FORUM 2005 Berlin, 2005

greifen. Sie sind unabhängig von einem externen Aufbereiter und arbeiten deutlich kostengünstiger als bei Vorhaltung einer eigenen Aufbereitung. Die externe Aufbereitung kostet je Instrument ca. 1,00 – 1,80 Euro. Das Vorhalten eines doppelten Instrumentensatzes wird durch die doppelte Nutzungszeit kompensiert. Auch für das Instrumentensortiment vieler Chirurgen oder Orthopäden ist die externe Aufbereitung kostengünstiger als die eigene Aufbereitung. Mit Zusammenschluss mehrerer Ärzte und bei Aufbereitung eines großen Instrumentenspektrums kann eine eigene Aufbereitung wirtschaftlich aufgebaut werden.

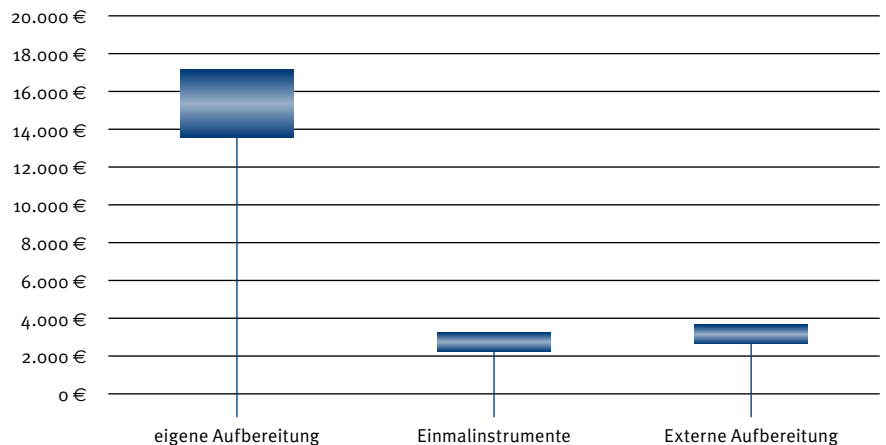
Konkretisierung der Kostenschätzung

Es wurde beispielhaft eine detaillierte Kostenberechnung für eine Praxis vorgenommen, in der jährlich 500 bis 700 ambulante Eingriffe und Operationen durchgeführt werden. Diese Kostenberechnung ermittelt, in welcher Größenordnung sich die Kosten für die eigene Aufbereitung, die externe Aufbereitung und die Nutzung von Einmalinstrumenten befinden.

Die berechneten, in der Abbildung dargestellten jährlichen Kosten beziehen sich auf die Dauer von 46 Arbeitswochen in einer niedergelassenen Praxis mit täglich einem Sieb mit ca. 5-10 aufzubereitenden Instrumenten. Dabei wurden folgende Aspekte zugrundegelegt:

- Küretten, Stanzen und Skalpelle werden meist als Einmalprodukte eingesetzt und daher in die Berechnung nicht einbezogen.
- Tupfer und Abdecktücher fallen unter Operationsmaterial und werden nicht in die Berechnung einbezogen.
- Kostenintensive Einmalanschaffungen wurden über den Nutzungszeitraum verrechnet. Hierzu zählen Kosten für Geräte, Instrumente, Validierung und Mobiliar (etwa 16.000 Euro).

Jährliche Kostenschätzung Berechneter Mittelwert +/- 10 %



- Kosten für hochwertige bzw. günstige Instrumente sind über den Nutzungszeitraum gerechnet sehr ähnlich, daher wurden Mittelwerte zugrunde gelegt.
- Berechnungsgrundlage für den Raumbedarf sind Mittelwerte für das klein- bis mittelstädtische Umfeld.

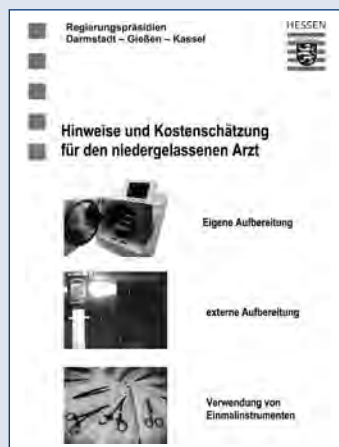
ten eine gute Lösung sein. Sollte in der näheren Umgebung des Arztes die Möglichkeit der externen Aufbereitung angeboten werden, ist diese Alternative in Erwägung zu ziehen. Der Arzt lässt sich die Qualitätssicherung des Anbieters vorlegen und schließt einen geeigneten Vertrag ab.

Fazit

Vor dem Aufbau einer eigenen Aufbereitung sollte jeder Arzt ermitteln, ob eine kostengünstige Alternative möglich ist. Bei eingeschränkter Instrumentenvielfalt kann die Nutzung von Einmalinstrumenten

Anschrift der Verfasserin

Birgit Thiede
Regierungspräsidium Darmstadt
Dezernat IV/Da 45.2
Rheinstraße 62, 64278 Darmstadt
E-Mail: Birgit.Thiede@rpda.hessen.de



Weitere Informationen und die Konkretisierung der Kosten sind in der Broschüre

„Hinweise und Kostenschätzung für den niedergelassenen Arzt“

des Regierungspräsidiums Darmstadt erläutert. Diese ist unter www.RP-Darmstadt.hessen.de zu finden.

Schwerpunktaktion zur Verbesserung des Hygienemanagements in Einrichtungen für ambulant Operieren in Hessen

Birgit Thiede¹, Angela Wirtz², Lucia Voegeli-Wagner², Mardjan Arvand³

Einleitung

Das Ziel der modernen Krankenhaushygiene ist die kontinuierliche Verbesserung des Hygienemanagements unter Anwendung wissenschaftlich anerkannter Standards und unter Berücksichtigung von ökologischen und ökonomischen Aspekten. Hierfür ist zunächst eine sorgfältige Analyse des Infektions- bzw. Übertragungsriskos in spezifischen Bereichen notwendig, um möglichst genau dort Barrieren einzurichten, wo die Gefahr einer nosokomialen Keimübertragung groß ist. In den letzten Jahren hat die Zahl der Einrichtungen für ambulant Operieren im allgemein-chirurgischen Bereich, aber auch in speziellen operativen Fachdisziplinen erheblich zugenommen. Gleichzeitig werden auch in Krankenhäusern vermehrt die räumlichen und logistischen Voraussetzungen geschaffen, um kleinere operative Eingriffe ambulant durchführen zu können. Die Verlagerung aus dem stationären in den ambulanten Bereich muss mit einem hohen Standard an Infektionsschutz für die Patienten einhergehen. Aus infektionshygienischer Sicht ist es deshalb erforderlich, einen möglichst hohen Hygienestandard in Praxen und Zentren für ambulant Operieren sicherzustellen. Mit der letzten Änderung des Infektionsschutzgesetzes vom 28. Juli 2011 sind die Bundesländer aufgefordert infektionshygienische Anforderungen durch Landeshygieneverordnungen zu regeln. Im Rahmen der Vorgaben des neuen Infektionsschutzgesetzes sind dabei explizit auch die Einrichtungen für ambulant Operieren genannt.

Die Überwachung des Hygienemanagements in Einrichtungen für ambulant Operieren obliegt in Hessen den Gesundheitsämtern. Die Überprüfung der Instrumentenaufbereitung obliegt den Regierungspräsidien. Die wichtigsten Rechtsgrundlagen hierfür sind das Infektionsschutzgesetz (IfSG), das Hessische Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD), das Medizinproduktegesetz (MPG), die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) und die gemeinsame Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu den „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ [1-5]. Durch Erlass des Hessischen Sozialministeriums unterstützen sich die Regierungspräsidien und die Gesundheitsämter bei der Überwachung der sicheren und hygienischen Aufbereitung von Medizinprodukten gegenseitig und stimmen ihre Überwachungstätigkeit ab. Eine ordnungsgemäße Aufbereitung von Medizinprodukten ist gewährleistet, wenn die Instrumente nach dem Aufbereitungsprozess sowohl keimarm bzw. steril als auch funktionsfähig und sicher in der Anwendung sind. Der Eintrag von Fremdstoffen stellt ein erhöhtes Risiko für allergische oder toxische Reaktionen dar, der bei der Aufbereitung vermieden werden soll.

Die unzureichende Einhaltung der Hygieneempfehlungen und -richtlinien können

schwerwiegende Folgen haben. Dazu gehört vor allem die Übertragung von Krankheitserregern in Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen. Verschärft wird diese Problematik durch die zunehmende Resistenz von Krankheitserregern gegenüber Antibiotika. Daher kommt einer vorsorgenden Strategie eine umso größere Bedeutung zu.

In Hessen wurden in den letzten Jahren nicht nur in den Krankenhäusern sondern auch in Arztpraxen gravierende Hygienemängel festgestellt. Da insbesondere Zentren für ambulant Operieren durch die invasiven Maßnahmen ein hohes Gefährdungspotential für die Infektionsübertragung bergen, wurde vom Hessischen Sozialministerium ein Schwerpunktprojekt konzipiert, um die Hygieneüberwachung in Einrichtungen für ambulant Operieren zu intensivieren.

Schwerpunktprojekt Hygieneüberwachung in Einrichtungen für ambulant Operieren

Im Rahmen dieses Projekts sollen die Einrichtungen für ambulant Operieren in Hessen durch ein Expertenteam aus beiden zuständigen Behörden (Gesundheitsamt und Regierungspräsidium) begangen werden. Ziele der Hygieneüberwachung sind die Überprüfung des allgemeinen Hygienemanagements und die Umsetzung eines einheitlichen Standards in der Instrumentenaufbereitung in Einrichtungen für ambulant Operieren. Die Begehung soll anhand eines standardisierten Schemas

¹ Regierungspräsidium Darmstadt, 64295 Darmstadt

² Hessisches Sozialministerium, 65187 Wiesbaden

³ Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen, Zentrum für Gesundheitsschutz, 35683 Dillenburg

erfolgen, das ein einheitliches Handeln erleichtern und eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse ermöglichen kann. Dabei werden unter anderen folgende Punkte betrachtet:

- Vorhandensein eines aktuellen und vollständigen Hygieneplans nach IfSG (auch in der TRBA 250 [6])
- Surveillance nosokomialer Infektionen nach IfSG
- Ordnungsgemäße hygienische und technisch-funktionelle Aufbereitung von Medizinprodukten nach MPBetreibV
- Anforderungen an den Bau, technische Ausstattung und Betriebstechnik
- Arbeitnehmerschutz, insbesondere vor Infektionen.

Die Erkenntnisse werden anschließend anonymisiert statistisch ausgewertet, um den derzeitigen Stand zu dokumentieren, die Schwachstellen zu erkennen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Für die Erarbeitung der notwendigen Unterlagen wurde eine Arbeitsgruppe beauftragt, die sich aus Vertretern von drei Gesundheitsämtern, zwei Regierungspräsidien und dem Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen zusammensetzte. Die Arbeitsgruppe tagte regelmäßig zwischen September 2010 und Mai 2011, um die Unterlagen zu erstellen und die notwendigen Rahmenbedingungen zu definieren. Die Brisanz der Thematik erforderte eine zeitnahe Erarbeitung der notwendigen Unterlagen.

Standardisierter Ablauf mit Hilfe von einheitlichen Unterlagen

Die Überwachung der Hygiene in Praxen für ambulantes Operieren soll zunächst in

den großen Zentren für ambulantes Operieren nach folgendem Schema ablaufen.

1. Das zuständige Gesundheitsamt versendet ein Anschreiben an den Praxisbetreiber (Ärztin/Arzt) und fügt folgende Anlagen bei:
 - einen Bogen zur Selbstauskunft
 - Informationen zur Medizinprodukte-Betreiberverordnung
 - eine Liste der wichtigsten Informationsquellen mit Internet-Adresse
2. Der Bogen zur Selbstauskunft wird vom Praxisbetreiber ausgefüllt an das zuständige Gesundheitsamt zurückgesandt. Der Bogen wird vor der Ortsbegehung ausgewertet, um die Begehungszeit zu reduzieren.
3. Die Terminvereinbarung wird telefonisch durchgeführt und dem Praxisbetreiber schriftlich bestätigt.
4. Die Begehung wird in der Regel von je einem Mitarbeiter des Gesundheitsamtes und des Regierungspräsidiums anhand einer gemeinsamen Checkliste durchgeführt. Das Gesundheitsamt überprüft die Einhaltung der Hygienrichtlinien in der gesamten Praxis, während sich das Regierungspräsidium auf die Instrumentenaufbereitung und die wesentlichen Aspekte des Arbeitnehmerschutzes konzentriert.
5. Der Praxisbetreiber erhält bei Vorliegen von kleinen Mängeln einen Bericht, in dem die Mängel aufgelistet sind und Fristen für die Behebung genannt werden. Bei Vorliegen gravierender Mängel können weitere Maßnahmen erfolgen.
6. Abschließend werden die Begehungprotokolle (Checklisten) und die Fragebögen zur Selbstauskunft anonymisiert statistisch ausgewertet.

Schlussfolgerung

Die Patientensicherheit muss in ganz Hessen gewährleistet sein, sowohl in Kliniken als auch im niedergelassenen Bereich. Im Rahmen des vorliegenden Schwerpunktprojekts sollen die Einhaltung der allgemeinen Hygienevorschriften und die Umsetzung eines einheitlichen Standards in der Instrumentenaufbereitung in Einrichtungen für ambulantes Operieren in Hessen überprüft werden. Dabei sollen mögliche Schwachstellen identifiziert und beseitigt werden.

Literatur

1. Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (IfSG), BGBl. I S. 1045, 2000
2. Hessisches Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD) GVBl. I S. 659, 2007
3. Gesetz über Medizinprodukte (MPG) BGBl. I S. 3146, 2002
4. Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) BGBl. I S. 3396, 2002
5. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu den „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“, Bundesgesundheitsblatt Nr. 44, S. 1115–1126, 2001
6. Technische Regel für biologische Arbeitsstoffe „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“ (TRBA 250) Bundesarbeitsblatt 7-2006, S. 193

Korrespondenzadresse

Birgit Thiede

Regierungspräsidium Darmstadt

Rheinstraße 62

64278 Darmstadt

E-Mail: Birgit.Thiede@rpda.hessen.de

Aufbereitung von Medizinprodukten

Erwerb der Sachkenntnis in der Berufsausbildung für Medizinische Fachangestellte

Lucia Voegeli-Wagner*, Oliver Peichl*, Karl-Heinz Blum**, Silvia Happel**, Roswitha Barthel**

Die Aufbereitung von Medizinprodukten gemäß RKI-BfArM-Empfehlung setzt den Nachweis der Sachkenntnisse nach § 4 Abs. 3 MPBetreibV voraus.

Zum Erwerb der Sachkenntnis ist in der Regel die erfolgreiche Teilnahme an einer 40-stündigen Fortbildungsmaßnahme erforderlich. Wie im Februar 2008 im Hessischen Ärzteblatt (Ausgabe 2/2008) berichtet, wurde zwischen Hessischem Sozialministerium (HSM) und Landesärztekammer Hessen für die Berufsgruppe Arzthelfer/in ein 30-stündiger Fortbildungslehrgang unter der Voraussetzung abgestimmt, dass der Teilnehmer zu Beginn des Lehrgangs einen Eingangstest besteht.

Zum o.a. Zeitpunkt wurde bereits über die Frage beraten, ob die neugeordnete Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten die erforderliche Sachkenntnis zur Aufbereitung von Medizinprodukten gemäß § 4 MPBetreibV vermittelt. Die Bundesärztekammer hat dies bejaht.

Entgegen der Meinung der Bundesärztekammer hat das Hessische Sozialministerium (HSM) nach umfangreicher Prüfung nun entschieden: Die Sachkenntnis zur Aufbereitung von Medizinprodukten wird in der Berufsausbildung nicht ausreichend vermittelt. Dies sei u.a. wegen der unterschiedlichen Lernorte in der dualen Berufsausbildung und der damit verbundenen fehlenden zeitlichen und strukturellen Vermittlung der geforderten Lerninhalte nicht umsetzbar. Außerdem setze die Teilnahme an der Fortbildungsmaß-

nahme eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem anerkannten medizinisch orientierten Fachberuf voraus.

In Bezug auf die Lehrgänge der Überbetrieblichen Ausbildung (ÜA) in Hessen wurde mit Vertretern des Fachreferats des HSM, Vertretern der Fachdezernate Arbeits- und Umweltschutz der Regierungspräsidien und Vertretern der Landesärztekammer Hessen ein besonderes Bildungskonzept festgelegt, in dem im Rahmen der ÜA die Möglichkeit zum Erwerb der Sachkenntnis gem. § 4 Abs. 3 MPBetreibV integriert ist. Der Erwerb der Sachkenntnis wird durch eine zusätzliche (freiwillige) Fortbildungsmaßnahme von insgesamt 21 Stunden ermöglicht (Näheres s.u.).

Mit dem HSM wurden für die Lehrgänge der ÜA die erforderlichen Inhalte bzgl. der Kenntnisse einer ordnungsgemäßen Aufbereitung so abgestimmt, dass die Lehrgänge der ÜA inhaltlich mit den Anforderungen der sonst üblichen Fortbildungsmaßnahmen vergleichbar sind. Ein weiterer wesentlicher Aspekt für die Entscheidung des HSM waren die Rahmenbedingungen der ÜA, vor allem die Fachraumausstattung in der Carl-Oelemann-Schule.

Um die hohen Anforderungen, die an den Erwerb der Sachkenntnis gestellt werden, erfüllen zu können, hat der zuständige Ausschuss die erforderlichen Lehrplanänderungen unverzüglich beraten und entschieden.

Die Carl-Oelemann-Schule setzte die notwendigen Änderungen um, so dass bereits in den am 31. Oktober 2011 begonnenen

Lehrgängen der Fachstufe 1 das neue, erweiterte Bildungskonzept realisiert werden kann.

Die, mit den Beteiligten des HSM vereinbarte Übergangsregelung stellt sicher, dass bereits die Auszubildenden mit Ausbildungsbeginn 2010 und Teilnahme an der ÜA Grundstufe 2011 nach dem neuen Bildungskonzept die Sachkenntnis im zeitlichen Zusammenhang mit dem Berufsabschluss erwerben können. Regulär findet das Konzept Anwendung mit Beginn der Berufsausbildung in 2011.

Das Lehrplankonzept „Erwerb der Sachkenntnis nach § 4 Abs. 3 MPBetreibV in der Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten“ beschreibt folgenden Aufbau:

- Teilnahme an den Lehrgängen der Überbetrieblichen Ausbildung und
- Teilnahme an einer 21-stündigen Fortbildung, die sich aufgliedert in eine zwölfstündige Telelernphase (E-learning mit tutorieller Betreuung) und eine neunstündige Präsenzveranstaltung sowie die
- erfolgreiche Teilnahme an einer Lernerfolgskontrolle.

Die Teilnahme an der 21-stündigen Fortbildungsmaßnahme ist nur möglich im zeitlichen Zusammenhang mit der Abschlussprüfung zum/zur Medizinischen Fachan-

* Hessisches Sozialministerium

** Landesärztekammer Hessen

gestellten. Die Frist zur Teilnahme daran endet zwölf Monate nach dem Termin der Abschlussprüfung. Versäumt der/die Medizinische Fachangestellte die Frist, ist die Teilnahme an einem 30- bzw. 40-stündigen Lehrgang zum „Erwerb der Sachkenntnis nach § 4 Abs. 3 MPBetreibV“ erforderlich.

Um interessierten und lernstarken Auszubildenden die Möglichkeit zu bieten, be-

reits mit Abschluss der Berufsausbildung den Nachweis der Sachkenntnis zu erhalten, werden entsprechende Kurse voraussichtlich ab November 2012 angeboten. Die Auszubildenden können sich bereits nach der ÜA Fachstufe 2 zur Fortbildung mit Lernerfolgskontrolle anmelden. Wird die Lernerfolgskontrolle erfolgreich bestanden, erfolgt die Ausstellung des Zertifikates unmittelbar nach der erfolgreichen

Abschlussprüfung zum/zur Medizinischen Fachangestellten.

Die Landesärztekammer Hessen weist darauf hin, dass die Teilnahme an der Fortbildungsmaßnahme innerhalb der Berufsausbildungszeit keine ausbildungsvertragliche Verpflichtung ist. Es bestehen folglich keinerlei Verpflichtung des/r Auszubildenden (z.B. zur Zahlung der Teilnahmegebühr).

Aus der Berufsgerichtsabteilung

Warnung vor Marketing-Strategien, die die Berufspflichten des Arztes ignorieren

Seit dem Artikel in der Zeitschrift „Stern“ mit der Schlagzeile: „Der Pharmaskandal“ aus dem November 2005 und der Pressemitteilung der Staatsanwaltschaft Ulm vom November 2006 über die Durchsuchungen und Beschlagnahmungen bei den Verantwortlichen der Firma Ratiopharm und aus sämtlichen Veröffentlichungen, die unter dem Suchwort „Ratiopharm“ in den Suchmaschinen abgespeichert sind, ist bekannt, dass bundesweit mehrere tausend niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Geld dafür bezahlt bekamen, dass sie bevorzugt Arzneimittel der Firma Ratiopharm ihren Patienten verschrieben. Die Pharmavertreter versenkten von Ratiopharm hergestellte Software mit dem Namen Doc-Expert an verschiedene Ärztinnen und Ärzte und spielten sie auf dem Praxiscomputer ein. Sie beobachteten sodann die Verschreibungen und rechneten umsatzbedingt Vergütungen aus, die sie pro Quartal in Gestalt eines Verrechnungs-

schecks überbrachten. Die an diesem Vorgehen beteiligten Ärztinnen und Ärzte quittierten und unterschrieben mit den Pharmavertretern sodann eine Honorarabrechnung für angebliche Patientenseminare und Vorträge, welche auf Vordrucken der Firma Ratiopharm handschriftlich angefertigt wurden.

Die Staatsanwaltschaft Ulm ließ bundesweit bei den Pharmavertretern Durchsuchungen und Beschlagnahmungen durchführen. Nur wenige Ärztinnen und Ärzte wurden wegen Bestechlichkeit strafrechtlich verurteilt. Die damit verbundenen streitigen Rechtsfragen werden gegenwärtig vom Großen Strafsenat des Bundesgerichtshofs noch überprüft. Soweit Verfolgungsverjährung nach Berufsrecht noch nicht eingetreten ist, haben die Landesärztekammern den Überhang aus den Ermittlungsergebnissen zu überprüfen wegen Verstoßes gegen § 34 der Berufsord-

nung für die Ärztinnen und Ärzte. Danach ist es der Ärztin oder dem Arzt verboten, eine Vergütung für die Verordnung von Arzneimitteln anzunehmen. Einer vergleichbaren Berufspflicht unterliegen die Pharmavertreter nicht.

Im Bereich der Landesärztekammer Hessen ist die Welle dieser berufsrechtlichen Ermittlungsverfahren nunmehr abgeebbt. Was bleibt ist die Warnung vor Pharmavertretern, wenn sie mit Raffinesse und ohne Risiko für eigenes Fehlverhalten Marketing-Strategien verfolgen, die die Berufspflichten der Ärztin oder des Arztes ignorieren. Besondere Obacht ist geboten, wenn der Arzt von einem Pharmavertreter eine Geldzahlung für nicht erbrachte Leistungen erhalten soll.

*Rainer Raasch
Vorsitzender Richter am LG a. D.
Berufsgerichtsabteilung*

Nicht immer ist es ein Hygienemangel

(Aus der Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungen bei der LÄK Hessen, Frankfurt)

Wolfgang Rösch, Hans Gießler

Sofort wird über Hygienemängel im Krankenhaus geklagt, wenn es, wie unlängst, zu Todesfällen durch kontaminierte Infusionslösungen gekommen ist. Bis zu 40.000 Todesfälle pro Jahr werden auf im Krankenhaus erworbene Keime zurückgeführt, der Forderung nach Hygienebeauftragten in jeder Klinik sind viele Verwaltungen inzwischen nachgekommen, selbst viele Fachabteilungen beauftragen speziell geschulte Ärzte, sich der Überwachung von Hygienestandards zu widmen. So wundert es nicht, dass auch Patienten sich dem Vorwurf mangelnder Hygiene anschließen, wenn sie einen entsprechenden Schadensfall an sich selbst zu erkennen glauben. Dass die Dinge häufig anders liegen, soll die folgende Kasuistik verdeutlichen.

Kasuistik

Der 44-jährige Patient trägt vor, er sei vor drei Jahren an Silvester wegen akuter Herzbeschwerden vom Notarzt in ein Krankenhaus eingewiesen worden. Zuvor sei er wegen einer länger anhaltenden Erkältung über einen längeren Zeitraum mit Cephalosporinen einer „neueren Generation“ behandelt worden. Er sei in einem Einzelzimmer untergebracht worden, das in seinen Augen erhebliche hygienische Mängel aufgewiesen habe. So habe er sich u.a. im Spülraum die Zähne putzen und waschen müssen. Nach Ausschluss eines Myokardinfarktes sei er am darauffolgenden Tag wieder entlassen worden. Wenige Tage später seien massive Durchfälle aufgetreten. Sein Hausarzt habe vorsorglich eine Stuhlprobe an ein Labor versandt, da er an eine beginnende pseudomembranöse Colitis nach längerer Antibiotikaeinnahme gedacht habe, und ihn an einen Facharzt für Gastroenterologie zur Durchführung

einer Koloskopie überwiesen. Dieser habe eine Lebensmittelvergiftung diagnostiziert und Tavanic verordnet. Sein Befund habe gelautet: Entzündlich veränderte Schleimhaut im gesamten Colon mit aufgehobener Gefäßzeichnung, aber ohne Pseudomembranen: geringgradige Colitis, passend zu einer fast abgeheilten mikrobiell bedingten Colitis. Der histologische Befund habe gelautet: minimale chronische, nicht aktive Colitis mit geringgradiger Gewebseosinophilie.

Das Antibiotikum sei ihm verschrieben worden, obwohl er schlüssig von dem Anfangsverdacht des Hausarztes berichtet und auf das noch ausstehende Ergebnis der Stuhlprobe hingewiesen habe.

Die Krankheitssymptome hätten sich verschlimmert mit Durchfall alle zwei bis vier Stunden. Nach dem Nachweis von Clostridium difficile Toxin in der Stuhlprobe sei er nochmals in der gastroenterologischen Fachpraxis vorstellig geworden, wo ihm Metronidazol verordnet worden sei. Der Gebrauchsinformation habe er entnommen, dass dieses Antibiotikum möglicherweise krebserregend sei und nicht länger als zwei Wochen eingenommen werden solle. Er habe deshalb die Behandlung nach zehn Tagen abgebrochen, woraufhin es nach einem Tag zu einem Rückfall der Durchfallerkrankung gekommen sei. Erst die längere Gabe von Vancomycin über sechs Wochen hätte die Darmsymptome zum Verschwinden gebracht, allerdings auf Kosten starker Nebenwirkungen wie z.B. einer Mittelohrentzündung.

Die Infektion habe bis heute nicht vollständig auskuriert werden können, da die Sporen von Clostridium difficile im Darm erhalten blieben und die Darmschleimhaut nie mehr den ursprünglichen Zustand

erreichen könne. Dieses Bakterium könne nur im Krankenhaus oder bei Stuhlkontakt mit einem Erkrankten vorkommen. Laut Internet komme eine derartige Infektion nur im Krankenhaus durch fehlende Hygiene und dadurch Übertragung vor. Seine Kinder hätten sich glücklicherweise trotz gleicher Toilettenbenutzung und Antibiotikagabe nicht angesteckt. Sein Krankheitszustand habe bislang zahlreiche Krankenschreibungen und hohe Medikamentenkosten verursacht. Vor einem Jahr sei es trotz Prophylaxe mit Perenterol nach einer Antibiotikagabe im Rahmen einer Septumrhinoplastik zu einem Rezidiv der pseudomembranösen Colitis gekommen. Diese habe nur durch eine lange Vancomycingabe gestoppt werden können, die Teilerholung des Darmes sei diesmal rascher erfolgt. Um den Darm ausreichend stabilisieren zu können, nehme er auf eigene Kosten dauerhaft Präbiotika ein.

Die Krankheit stelle ein zusätzliches unberechenbares Risiko bei künftigen Operationen dar. Er befürchte, dass sich sein Darm nie mehr erholen werde, und das alles nur, weil die hygienischen Verhältnisse in dem Krankenhaus, wo er eine Nacht verbracht habe, absolut inakzeptabel gewesen seien.

Gutachterliche Stellungnahme

Jede Antibiotikagabe führt zu einer Störung der Darmflora, was sich in der Regel in einer Durchfallsymptomatik äußert. Insbesondere nach längerfristiger Einnahme von Clindamycin, Amoxicillin, Cephalosporinen, aber auch anderen Breitband-Antibiotika kann es zu einem Überwuchern von Toxin-bildenden Clostridium difficile Bakterien kommen, wobei dieser Keim zur „physiologischen Darmflora“ gehört, also

nicht von außen aufgenommen wird. Nur vereinzelt ist auf Intensivstationen eine horizontale Übertragung über Bettpfannen berichtet worden, insbesondere bei Patienten, die eine Mehrfach-Antibiose erhalten hatten und/oder bei denen eine Chemotherapie zum Tragen kam.

Der Vorwurf des Patienten, die kritisierten schlechten hygienischen Verhältnisse in dem von ihm in Anspruch genommenen Einbettzimmer seien für die Darminfektion mit *Clostridium difficile* verantwortlich, sind deshalb nicht nachvollziehbar und ungerechtfertigt. So ist es auch nicht verwunderlich, dass sich die Kinder des Patienten trotz Benutzung derselben Toilette nicht infiziert haben.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sistieren die Durchfälle ohne weitere Therapie, wenn das auslösende Antibiotikum abgesetzt wird. Das makroskopische Erscheinungsbild schwankt dabei zwischen einer weitgehend unauffälligen Schleimhaut, makroskopisch erkennbaren entzündlichen Veränderungen und ausgeprägten Pseudomembranen, die bei dem Patienten nie nachgewiesen wurden, sodass der Begriff pseudomembranöse Colitis nicht gerechtfertigt ist.

Antibiotika-induzierte Durchfälle bedürfen nur dann einer Therapie, wenn sie das Allgemeinbefinden hochgradig beeinträchtigen oder wenn Pseudomembranen nachgewiesen wurden. Auch der Nachweis von *Clostridium difficile* Toxin A und B bedingt noch nicht zwangsläufig eine gezielte Therapie, zumal das Mittel der ersten Wahl, nämlich Metronidazol, in seltenen Fällen auch eine pseudomembranöse Colitis auszulösen vermag.

Zum Zeitpunkt des stationären Aufenthaltes bestand offensichtlich noch keine Durchfallssymptomatik, die Aufnahme selbst

erfolgte zum Ausschluss eines Myokardinfarktes. Auch bei der Entlassung 24 Stunden später finden sich keine Vermerke über Diarrhoen. Für die prophylaktische Gabe eines *Saccharomyces boulardii* Präparates lag selbst bei Kenntnis einer längerfristigen Antibiotikaeinnahme keine Indikation vor. Im übrigen dient dieses Medikament eher der Verhütung eines Rezidivs; ob die prophylaktische Einnahme das Auftreten antibiotika-assoziiierter Durchfälle zu verhindern vermag, ist umstritten. Leitlinien zur Therapie einer „*Clostridium difficile*-Infektion“ existieren bislang nicht.

Der konsultierte Hausarzt hat wohl in Kenntnis der mehrwöchigen Einnahme eines Cephalosporinpräparates eine Stuhluntersuchung auf *Clostridium*-Toxin veranlasst, deren Ergebnis zum Zeitpunkt der Erstkonsultation beim Gastroenterologen noch nicht vorlag. Dieser ging, wohl ohne Kenntnis der vorausgegangenen Antibiose, von einer Lebensmittelvergiftung aus und verordnete Tavanic als Antibiotikum der Wahl bei einer Salmonellenenteritis, revidierte seine Diagnose jedoch nach dem Toxinachweis und rezeptierte Metronidazol. Der vorgebrachte Einwand, Metronidazol dürfe wegen einer möglichen Krebsauslösung nicht länger als zwei Wochen eingenommen werden, ist im übrigen nicht richtig, da z.B. bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Morbus Crohn) eine Metronidazoltherapie über drei bis sechs Monate, insbesondere bei Fisteln, üblich ist.

Da es nach Absetzen von Metronidazol zu einem Rezidiv gekommen ist, war die nachfolgende Behandlung mit Vancomycin indiziert und hat auch zu einer Ausheilung des Krankheitsbildes geführt.

Da *Clostridium difficile* zur physiologischen Darmflora gehört, ist es nicht unge-

wöhnlich, wenn es bei einer erneuten längerfristigen Antibiotika-Einnahme zu einem Rezidiv der Durchfallserkrankung kommt. Nach Abklingen des akuten Krankheitsbildes heilt im übrigen die Darmschleimhaut vollständig aus; es verbleiben auch keine entzündlichen Restinfiltrate. Eine lebenslange Prophylaxe, wie sie der Patient mit der Einnahme von Probiotika praktiziert, ist deshalb nicht gerechtfertigt.

Nach Angaben des Robert Koch-Instituts aus dem Jahre 2010 ist zwar *Clostridium difficile* mit einem Anteil von 20-30 % der häufigste Auslöser der Antibiotika-assoziierten Diarrhoe und für über 90 % der Fälle von pseudomembranöser Colitis verantwortlich, doch steht überhaupt nicht fest, ob bei dem Patienten eine pseudomembranöse Colitis vorlag. Im Vordergrund der klinischen Symptomatik stehen zwar profuse Durchfälle, das makroskopische Erscheinungsbild der durch das Toxin ausgelösten Diarrhoe reicht jedoch von einer unauffälligen Schleimhaut bis zu flächendeckenden Pseudomembranen im Kolon, seltener auch im Dünndarm. Die Letalität der *Clostridium difficile* assoziierten Diarrhoe steigt von 1-2 % bei milden Verlaufsformen auf 6-30 % bei der pseudomembranösen Enterocolitis an.

Zusammenfassend kann somit festgehalten werden

1. Die Ursache der von dem Patienten geklagten Durchfälle ist das nachgewiesene *Clostridium difficile* Toxin. Eine pseudomembranöse Colitis ist zu keinem Zeitpunkt dokumentiert.
2. Auslöser der Durchfallssymptomatik ist die vorausgegangene mehrwöchige Einnahme von Cephalosporinen, sodass es zu einer Überwucherung von *Clostridium difficile* gekommen ist.
3. Eine Infektion infolge schlechter hygienischer Verhältnisse während des Krankenhausaufenthaltes ist bei einer sta-

- tionären Behandlung von ein bis zwei Tagen undenkbar.
4. Die Verordnung von Tavanic durch den Gastroenterologen unter der Verdachtsdiagnose einer Lebensmittelvergiftung war falsch. Allerdings lag zu dem Zeitpunkt der Rezeptur das Ergebnis des Toxin-Nachweises im Stuhl noch nicht vor.
 5. ob Tavanic die Antibiotika-induzierten Durchfälle nachhaltig verschlechtert hat, muss spekulativ bleiben, da die Durchfallsymptomatik ja bereits bestand.
 6. Nach einer erfolgreichen Therapie einer Clostridium difficile Infektion mittels Metronidazol oder Vancomycin bzw. Teicoplanin heilt die Darmschleimhaut vollständig aus. Frühe Rezidive treten innerhalb von Tagen bis Wochen auf, weshalb empfohlen wird, die Therapie mindestens zwei Wochen lang ausschleichend zu praktizieren. Allerdings besteht bei erneuter Einnahme von Antibiotika immer die Gefahr, dass sich das Durchfallgeschehen wiederholt, schließlich ist Clostridium difficile ein ubiquitärer Keim, der bei bis zu 5 % der Erwachsenen und bis zu 80 % aller Kleinkinder regelmäßig im Stuhl nachgewiesen werden kann.
 7. Eine prophylaktische Gabe von Perenterol oder von probiotischen Joghurts (Nestle LC1, Activia) vermag eine Antibiotika-induzierte pseudomembranöse Colitis nicht zu verhindern und kann allenfalls nach einem akuten Krankheitsschub einem Frührezidiv vorbeugen.
 8. Nach Abschluss einer Metronidazol-Behandlung sind nach Angaben des Robert Koch-Instituts 59 % der Patienten Clostridium difficile frei, nach einer Behandlung mit Vancomycin 89 %. Trotzdem gilt, auch aus Kostengründen, nach wie vor Metronidazol bei entsprechendem Keimnachweis als das Mittel der ersten Wahl.
 - Die Vorwürfe des Patienten gegenüber den behandelnden Ärzten sind somit nicht gerechtfertigt. Immer, wenn eine längerfristige Antibiotika-Gabe indiziert ist, muss mit dem Auftreten einer Antibiotika-assoziierten Diarrhoe gerechnet werden.
 9. In einem Spülraum erfolgt die Reinigung von Bettpfannen in einem geschlossenen System (Waschvollautomaten) mit einer Desinfektionslösung. Eine vorgetragene Infektion über in ein Spülbecken ausgeleerte Urinflaschen kommt nicht infrage, da Clostridium difficile nur im Stuhl, nicht jedoch im Urin nachgewiesen werden kann. Auch nach Meinung konsultierter Klinikhygieniker und des Stadtgesundheitsamtes Frankfurt ist eine „Übertragung“ im Rahmen eines kurzfristigen Aufenthaltes in einem Spülraum extrem unwahrscheinlich und praktisch auszuschließen.
 10. In zunehmendem Maße werden antibiotika-induzierte Durchfälle nicht nur im Krankenhaus, sondern auch im ambulanten Bereich beobachtet, bedingt durch den weitverbreiteten Einsatz von

Breitbandantibiotika. Der Erfahrung des Gutachters zufolge ist das Verhältnis bereits 50:50; mit einer weiteren Zunahme von Clostridium difficile induzierten Durchfällen ist zu rechnen.

Juristische Stellungnahme

Wie in jedem Arzthaftpflichtverfahren war im vorliegenden Fall zu prüfen, ob ein irgendwie gearteter vermeidbar ärztlicher Fehler vorlag und ob darauf ein Schaden des Patienten an Körper oder Gesundheit beruht.

Zur Frage eines ärztlichen Fehlers hatte der Patient Hygienemängel behauptet. Ob solche vorlagen, konnte offen gelassen werden, da der Patient den ihm obliegenden Beweis dafür, dass er sich die nach der Krankenhausentlassung aufgetretene Durchfallerkrankung im Krankenhaus zugezogen hat, nicht erbracht hat.

Ein derartiger Nachweis gehört zum Bereich der sog. Haftung begründenden Kausalität, für den es – im Unterschied zur sog. Haftung ausfüllenden Kausalität – nicht ausreicht, dass die körperliche Beeinträchtigung des Patienten (hier: die Infektion für die Durchfallerkrankung)

wahrscheinlich auf einem Verstoß gegen ärztliche Standardregeln beruht. Vielmehr muss der ursächliche Zusammenhang zwischen ärztlicher Pflichtverletzung und körperlicher Beeinträchtigung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (vergl. zur Haftung begründende Kausalität § 286 ZPO, zur Haftung ausfüllende Kausalität § 287 ZPO).

Die Durchfallerkrankung beruhte auf einem nachweislich festgestellten Clostridium Toxin, das seinerseits durch die mehrwöchige Einnahme von Cephalosporin verursacht war. Typische Krankenhauserreger (wie z.B. *Staphylococcus aureus*) schieben somit als Krankenhausursache aus. Da kein Anhalt für sonstige Infektionserreger vorlag, war der Patient beweisfällig geblieben mit der Folge, dass eine Arzthaftung ausschied.

Fazit

Im Zeitalter von EHEC sollte man nicht außer Acht lassen, dass einer der Gründe für eine strenge Indikationsstellung zu einer längerfristigen Antibiose die Gefahr einer nachhaltigen Schädigung der Darmflora ist. Wir kennen heute die 450 bis 600 physiologischen Keime im Darm des Menschen, für deren qualitative und quantitative Analyse einer einzigen Stuhlprobe durch ein international anerkanntes Referenzlabor ein Aufwand von etwa einem Jahr erforderlich ist.

Beim Auftreten von Durchfällen nach Antibiotikagabe sollte die Behandlung nach Möglichkeit abgebrochen werden und eine Stuhluntersuchung auf das Clostridium Toxin veranlasst werden, wie es auch im vorliegenden Fall erfolgt ist.

Über weitere Therapiemaßnahmen entscheidet die Schwere des Krankheitsbildes und der endoskopische Befund. Beim Nachweis von Pseudomembranen (Blickdiagnose) sollte eine gezielte Behandlung mit Metronidazol oder Vancomycin oral eingeleitet werden. Die Behandlung sollte mindestens 14 Tage durchgeführt werden, dann kann ausgeschlichen werden. Eine weiterführende Therapie mit z.B. Perenterol kann wahrscheinlich einem Frührezidiv vorbeugen, für die (therapeutische) Einnahme probiotischer Joghurts fehlen noch entsprechende Studien.

Korrespondenzadresse

*Professor Dr. med. Wolfgang Rösch,
Frankfurt
(Anschrift ist der Redaktion bekannt)
E-Mail: wolfgang.roesch@online.de*

Uniklinik Frankfurt ist Vorreiter in Sachen Hygiene

Das Klinikum der J.W. Goethe-Universität Frankfurt am Main erhielt als erstes hessisches Krankenhaus das Silber-Zertifikat der „Aktion Saubere Hände“.

Als erstes Haus in ganz Hessen hat das Klinikum der J.W. Goethe-Universität am 10. Oktober 2011 das Silber-Zertifikat der „Aktion Saubere Hände“ erworben und konnte im Rahmen der Kampagne seine Händehygiene nachweislich weiter verbessern. Um diese Auszeichnung zu erhalten, musste das Klinikum unter anderem einen Lenkungsausschuss etablieren, Aktionstage zum Thema durchführen und den Händedesinfektionsmittelverbrauch merklich steigern. Nicht zuletzt durch die Initiative des Frankfurter Gesundheitsamtes nehmen alle Frankfurter Krankenhäuser an der Aktion teil.

Händehygiene, insbesondere die Händedesinfektion mit alkoholbasierten Händedesinfektionsmitteln, gilt als wichtigste Maßnahme zum Schutz der Patienten vor im Gesundheitswesen erworbenen Infektionen. Obwohl die entsprechenden Maßnahmen in Deutschland – im internationalen Vergleich – bereits seit Jahren gut etabliert sind, gibt es dennoch erhebliches

Steigerungspotential. Die Aktion Saubere Hände verfolgt daher das Ziel, die Umsetzung der Händehygiene im Gesundheitswesen zu verbessern. Sie ist weltweit eine der größten und erfolgreichsten nationalen Händehygienekampagnen.

Das Projekt wurde Anfang 2008 vom Deutschen Bundestag ins Leben gerufen und wird vom Bundesgesundheitsministerium gefördert. Es basiert auf der 2005 gestarteten WHO-Kampagne „Clean Care is Safer Care“. Sie ist die erste Kampagne der Weltgesundheitsorganisation, die sich nicht speziell an Entwicklungsländer, sondern auch an Industrieländer wendet. Organisiert wird sie von einem Projektteam, das am Hygieneinstitut der Berliner Charité angesiedelt ist.

Weitere Informationen finden Sie unter:
www.aktion-sauberehaende.de

Geben Sie der Grippe keine Chance

Erfolgreiche Grippe-Impfaufklärungsaktion am Frankfurter Flughafen



v.l.n.r.: Philipp Engel, Peter Schmitz, Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Dr. Dr. Oswald Bellinger, Dr. Walter Gaber

(Foto: Beate Völker)

Grippeviren kennen keine Grenzen: Um über die Notwendigkeit des Impfschutzes zu informieren, veranstalteten die Landesärztekammer Hessen und das Amt für Gesundheit der Stadt Frankfurt am 7. Oktober 2011 bereits zum dritten Mal eine ge-

meinsame Grippe-Impfaufklärungsaktion. Unter dem Titel „Geben Sie der Grippe keine Chance!“ fand die Veranstaltung mit großzügiger, auch organisatorischer Unterstützung der Fraport AG in diesem Jahr auf dem Frankfurter Flughafen statt. Die

Impfdosen wurden kostenlos von dem Amt für Gesundheit zur Verfügung gestellt.

Im Terminal 1 konnten sich Reisende und Gäste am Stand der Veranstalter über die Gripeschutzimpfung informieren. Das Interesse war groß. 45 Flughafenbesucher und Angestellte ließen sich vor Ort von Ärztinnen und Ärzten des Amtes für Gesundheit und einer niedergelassenen Ärztin impfen. Da allerdings auch bei der Gripeschutzimpfung Unverträglichkeiten wie bei jedem Medikament nicht völlig auszuschließen sind, wurden Fluggäste nicht geimpft, sondern nur aufgeklärt.

„Schutzimpfungen sind sichere Maßnahmen zur Vorbeugung von Krankheiten wie z.B. der Grippe bzw. Influenza. Mit dem Frankfurter Flughafen haben wir einen Veranstaltungsort gewählt, der es uns möglich macht, vor Ort, vor allem aber auch über die Verbreitung in den Medien viele Menschen zu erreichen und zur Impfung aufzurufen“, erklärte der Präsident der Landesärztekammer Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach auf der von Philipp Engel (hr) moderierten Pressekonferenz. „Täglich haben wir hier mehr als 150.000 Fluggäste“, teilte Peter Schmitz, Mitglied des Vorstandes der Fraport AG, mit. Außerdem seien rund 72.000 Mitarbeiter auf dem Frankfurter Flughafen beschäftigt. Die Gefahr einer Ansteckung mit Grippeviren sei bei so vielen Menschen natürlich besonders hoch. Dr. med. Walter Gaber, Leitender Arzt der Fraport AG, ergänzte, dass ein Großflughafen wie Frankfurt am Main die Eintrittspforte für Infektionskrankheiten jeglicher Art sein könne. Umso wichtiger sei es, dass Fluggäste, Besucher und Mitarbeiter durch Impfungen vor vermeidbaren Krankheiten wie Grippe geschützt seien.



Moderator Philipp Engel lässt sich von Dr. Christiane Kunz impfen

(Foto: Beate Völker)



Aufklärungsaktion stößt auf reges Interesse der Medien

(Foto: Ines Fabisch)

Dass die Grippe nicht mit einem grippalen Infekt, d.h. einer harmlosen Erkältung verwechselt werden darf, machte Dr. Dr. Oswald Bellinger, kommissarischer Leiter der Abteilung Infektiologie des Amtes für

Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main, der Amtsleiter Professor Dr. Dr. René Gottschalk vertrat, deutlich.

Bei der „echten Grippe“ handle es sich vielmehr um eine schwere und ernst zu



Dr. von Knoblauch zu Hatzbach informiert über die Gripeschutzimpfung (Foto: Ines Fabisch)

nehmende Erkrankung, die auch heute noch jedes Jahr zahlreiche Menschenleben fordere. „Nur wenn es uns gelingt, eine ausreichend hohe Durchimpfungsrate in der Bevölkerung und vor allem in den Risikogruppen zu erreichen, können wir viele schwere Erkrankungen und viele Todesfälle verhindern“, so Bellinger.

Von Knoblauch zu Hatzbach, Bellinger und Gaber appellierten insbesondere an Menschen über 60 und Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung, sich bei ihrer Hausärztin/ihrem Hausarzt oder in ihrem Gesundheitsamt gegen Grippe impfen zu lassen.

Auch riefen sie die Angehörigen medizinischer Berufe und alle anderen Berufe auf, die im Kontakt mit vielen Menschen stehen, die jährliche Gripeschutzimpfung wahrzunehmen.



Elisabeth Köhler (l), Dr. Ingrid Beuermann (r), Ärztinnen im Frankfurter Amt für Gesundheit

(Foto: Ines Fabisch)

Katja Möhrle

Schnelle Anmeldung zu Veranstaltungen der Akademie jederzeit online möglich!

Lassen Sie sich kostenfrei im Mitglieder Portal der Landesärztekammer registrieren unter <https://portal.laekh.de> oder informieren Sie sich im Veranstaltungskalender der Landesärztekammer unter www.laekh.de/Aerzte/Veranstaltungskalender.

Telefonische Informationen: Frau C. Ittner, Akademie, Fon: 06032 782-223

I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Fachgebiet Augenheilkunde

Neues aus der Ophthalmologie

4 P

Mittwoch, 07. Dez. 2011, 17:00-20:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. C. Ohrloff, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Frankfurt a. M., Klinik für Augenheilkunde, Klinikum der JWG-Universität, Theodor-Stern-Kai 7, Haus 22 – Hörsaal H221

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

Fon: 06032 782-281, Fax: 069 97672-67281,

E-Mail: katja.baumann@laekh.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

Hautkrebs-Screening

Freitag, 17. Feb. 2012, 13:00 – 21:00 Uhr

11 P

Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechtheim

Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

Teilnahmebeitrag: € 170 (Akademiemitgl. € 153)

(inkl. Pausenverpflegung) zzgl. € 70 Schulungsmaterial

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

6. Fachtagung „Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung in Hessen“

Der Palliativpatient im Spannungsfeld zwischen Krankenhaus, ambulanter Versorgung, hospizlicher Begleitung und SAPV

Eine Veranstaltung der Landesärztekammer Hessen in Zusammenarbeit mit dem Hospiz- und Palliativverband und der Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung.

Mittwoch, 29. Feb. 2012, 09:30 Uhr – 17:15 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. K.-R. Genth, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 15

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau J. Schad, Akademie,

Fon: 06032 782-222, Fax: 069 97672-67222,

E-Mail: juliane.schad@laekh.de

Adipositas – Der schmale Grat der Therapie

Samstag, 11. Feb. 2012, 09:45 – 16:00 Uhr

7 P

Leitung: Dr. med. A. Schüler-Schneider, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Teilnahmebeitrag: € 75 (Akademiemitgl. kostenfrei)

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

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

E-Mail: andrea.floeren-benachib@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 LÄKH empfohlen.

Samstag, 21. Apr. 2012, 09:00 – ca. 16:15 Uhr

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

Teilnahmebeitrag: € 90 inkl. Verpflegung und Kursunterlagen

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

Burnout – Boreout – Workout

Zuviel – zuwenig – Das richtige Maß

Samstag, 25. Feb. 2012, 09:30 – 16:15 Uhr

9 P

Leitung: Dr. med. A. Schüler-Schneider, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 75 (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





Mykologie-Kurs

Dermatomykologie mit praktischen Übungen. In diesem Kurs werden, neben der aktuellen Übersicht über Krankheitsbilder, Problem-befunde und zeitgemäße antimykotische Therapie, insbesondere praktische Übungen der mykologischen Diagnostik angeboten.

Samstag, 10. März 2012

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

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

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

20. Bad Nauheimer Symposium der Klinischen Hämostaseologie

Multimorbidität und Multimedikation mit Gerinnungshemmern
Eine interaktive interdisziplinäre Veranstaltung mit Falldemonstrationen

Samstag, 10. März 2012, 09:00 u.t. – 15:00 Uhr

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

Teilnahmebeitrag: € 80 (Akademiemitgl. € 30)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Ittner, Akademie,

Fon: 06032 782-223, Fax: 069 97692-67223,

E-Mail: christina.ittner@laekh.de

Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218 StGB

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

Samstag, 10. März 2012, 09:00 – 16:00 Uhr

Teilnahmebeitrag: € 150 (Akademiemitgl. € 135)

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

Kompaktkurs Zweite Leichenschau

(gemäß dem Friedhofs- und Bestattungsgesetz)

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

Beginn: Samstag, 02. Juni 2012

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

Dr. med. M. Schimmelpfennig, Kassel

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

Teilnehmerzahl: max. 15

Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,

Fon: 06032 782-208, Fax: 069 97672-67208

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

26. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

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

Montag, 26. – Freitag, 30. März 2012

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 Zi. 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

Repetitorium Innere Medizin 2012

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

Montag, 23. – Samstag, 28. Apr. 2012

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 97672-229,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

EKG – Kurs mit praktischen Übungen

Freitag, 27. – Samstag, 28. Apr. 2012

22 P

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

Teilnahmebeitrag: € 320 (Akademiemitgl. € 288)

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

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



Medizin in der Literatur

B. Pasternak „Dr. Schiwago“

Mittwoch, 28. März 2012

Leitung: Prof. Dr. med. D. von Engelhardt, Lübeck

Teilnahmebeitrag: € 30

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

Existenzgründerplanspiel für Ärztinnen und Ärzte – ein innovatives Planspielkonzept

Freitag, 21. – Samstag, 22. Sep. 2012

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

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.)

Samstag, 03. Dez. – Sonntag, 04. Dez. 2011 G13-G14

Samstag, 10. Dez. 2011 G15

Samstag, 23. März – Sonntag, 25. März 2012 G1-G3

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

Samstag, 10. Dez. – Sonntag, 11. Dez. 2011

Samstag, 11. Feb. – Sonntag, 12. Feb. 2012

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

Ernährungsmedizin (100 Std.)

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)

Teil I Freitag, 03. – Samstag, 04. Feb. 2012 **insg. 100 P**

Teil II Freitag, 17. – Samstag, 18. Feb. 2012

Teil III Freitag, 16. – Samstag, 17. März 2012

Teil IV Freitag, 11. – Samstag, 12. Mai 2012

Teil V Freitag, 01. – Samstag, 02. Juni 2012

plus Hospitation, plus Klausur

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

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

Teilnahmebeitrag: € 1.500 (Akademiemitgl. € 1.350)

Tagungsorte: Teil I bis V Bad Nauheim, FBZ der LÄK Hessen

Hospitation: Frankfurt a. M., Katharina Kasper Kliniken

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

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

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

A1 Samstag, 21. Jan. – Samstag, 28. Jan. 2012

B1 Samstag, 25. Feb. – Samstag, 03. März 2012

C1 Samstag, 14. Apr. – Samstag, 21. Apr. 2012

Leitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Prof. Dr. med. H.-J. Woitowitz

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

Didaktik

Moderatorentaining

20 P

Freitag, 16. – Samstag, 17. März 2012

Leitung: Prof. Dr. rer. nat. H. Haid, Konstanz

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

Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes (HFD) und dem Hessischen Hausärzterverband; zertifiziert als DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2.

Mittwoch, 28. März 2012, 15:30 – 20:00 Uhr **6 P**

Teil 3: Die nichtmedikamentöse Diabetestherapie

Leitung: Dr. oec. troph. H. Raab, Frankfurt a. M.

Teil 4: Insulintherapie für die Praxis

Leitung: Dr. med. H.-J. Arndt, Bad Salzhausen

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

Termin 2012:

Mittwoch, 20. Juni Teile 5 / 6, **Mittwoch, 26. Sep.** Teile 1 / 2,

Mittwoch, 28. Nov. Teile 3 / 4





Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter 16 P
Mittwoch/Donnerstag, 07./08. Dez. 2011

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

Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)

Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie 40 P

(in Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz)

Freitag/Samstag, 11./12. Mai 2012 und

Freitag, 15. – Sonntag, 17. Juni 2012

Leitung: Dr. med. M. Weippert-Kretschmer, Rostock

Teilnahmebeitrag: pro Tag € 150 (Akademiemitgl. € 135)

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 C1	11. Feb. 2012	8 Std.	8 P
---------	---------------	--------	-----

Kurs C2	28. Apr. 2012	6 Std.	6 P
---------	---------------	--------	-----

Kurs A	01./02. Juni 2012	20 Std.	20 P
--------	-------------------	---------	------

Kurs B	21./22. Sep. 2012	20 Std.	20 P
--------	-------------------	---------	------

Weiterbildungsordnung ab 1999

Block 16 Kurs A wird anerkannt

Block 17 Kurs B wird anerkannt

Teilnahmebeitrag 2012: 6 Std. € 90 (Akademiemitgl. € 81),

8 Std. € 120 (Akademiemitgl. € 108), 20 Std. € 300

(Akademiemitgl. € 270)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

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

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Notfallmedizinische Fortbildung

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD

Freitag, 02. – Samstag, 04. März 2012

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

Teilnahmebeitrag: € 400 (Akademiemitgl. € 360)

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

Marburger Kompaktkurs „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“

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

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

Freitag, 02. – Samstag, 10. März 2012

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@bzmh.de

Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

17. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

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

Freitag, 09. Dez. – Sonntag, 11. Dez. 2011 20 P

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

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

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

18. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Freitag, 20. – Sonntag, 22. Jan. 2012

Freitag, 16. – Sonntag, 18. März 2012

Freitag, 04. – Sonntag, 06. Mai 2012

Freitag, 22. – Sonntag, 24. Juni 2012

Freitag, 17. – Sonntag, 19. Aug. 2012

Freitag, 09. – Sonntag, 11. Nov. 2012

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

Freitag, 05. – Sonntag 07. Okt. 2012

Leitung: P. Frevert, Frankfurt a. M.

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

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Teilnahmebeitrag: Block (20h) € 330 (Akademiemitgl. € 297)

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 für 2012 auf Anfrage!

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

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

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Modul 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.

Teilnahmebeitrag: Modul I/II € 174 (Akademiemitgl. € 157)

Modul III € 232 (Akademiemitgl. € 208)

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

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

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer. 32 P

Freitag, 05. – Samstag, 06. Okt. 2012

Freitag, 16. – Samstag, 17. Nov. 2012

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



Palliativmedizin

Aufbaukurs Modul I: Dienstag, 20. – Samstag, 24. März 2012
Aufbaukurs Modul II: Mittwoch, 27. Juni – Mittwoch, 01. Juli 2012
Fallseminar Modul III: Montag, 19. – Freitag, 23. Nov. 2012
Basiskurs: Dienstag, 04. – Samstag, 08. Dez. 2012

Teilnahmebeiträge:

Basiskurs/Modul I/II € 600 (Akademiemitgl. € 540)
 Modul III € 700 (Akademiemitgl. € 630)

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.wolfiger@laekh.de

Ärztliches Qualitätsmanagement

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

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

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

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV

Kenntniskurs (Theoretische und Praktische Unterweisung)

Samstag, 18. Feb. 2012 und Samstag, 11. Aug. 2012

Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde gem. RöV

Samstag, 25. Feb. 2012 und Samstag, 01. Sep. 2012

Samstag, 10. März 2012

Grundkurs

Samstag, 12. – Sonntag, 13. Mai 2012

Grund- / Spezialkurs Rö.-Diagnostik

Samstag, 22. – Sonntag, 23. Sep. 2012

Spezialkurse Computertomografie / Interventionsradiologie

Samstag, 29. Sep. 2012

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

Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge – G 20 – Lärm als Blended-Learning-Veranstaltung (Kombination aus E-Learning und Präsenzlernen)

Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge im B1-Kurs als Blended-Learning-Veranstaltung in die arbeitsmedizinische Weiterbildung zum Facharzt für Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin integriert.

Einführung Telelernphase: **21. Jan. 2012** **insg. 30 P**

Telelernphase: **21. Jan. – 01. März 2012**

Präsenzphase: **02. März – 03. März 2012**

mit abschließender Lernerfolgskontrolle

Leitung: Dr. rer. nat. J. Kießling, Gießen,
 Dr. med. D. Kobosil, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 320 (Akademiemitgl. € 288)

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

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

Modul I: **Freitag, 20. – Samstag, 21. Jan. 2012**

Modul II/III: **Freitag, 03. – Samstag, 04. Feb. 2012**

Modul IV und Wahlthema: **Freitag, 17. – Samstag, 18. Feb. 2012**

Modul V: **Freitag, 02. – Samstag, 03. März 2012**

Teilnahmebeitrag pro Wochenende: € 165

Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,

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

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

Block A 03./04. März 2012 in Bad Nauheim **20 P**

Leitung: Dr. med. K. Böhme, Kassel

Dr. med. T. Wiehn, Friedrichsdorf

Block D 12./13. Mai 2012 in Bad Nauheim **20 P**

Leitung: Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt a. M.

Block C 15./16. Sep. 2012 in Bad Nauheim **20 P**

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

Block B 03./04. Nov. 2012 in Kassel **20 P**

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

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

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

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

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de



Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

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

Verkehrsmedizinische Qualifikation

(Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer)

Freitag, 22. Juni – Samstag, 23. Juni 2012 16 P

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

Teilnahmebeitrag: € 250 (Akademiemitgl. € 225)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler Akademie,

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

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ als Blended-Learning-Veranstaltung

Einführungsseminar: Freitag, 05. Okt. 2012

Telelernphase: Samstag, 06. Okt. – Freitag, 30. Nov. 2012

Präsenzphase: Samstag, 01. Dez. 2012

– 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

Ultraschallkurse

Abdomen

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

Grundkurs 40 P

Samstag, 14. und Sonntag, 22. Jan. 2012 (Theorie)

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

Aufbaukurs 40 P

Samstag, 10. und Sonntag, 18. März 2012 (Theorie)

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

Abschlusskurs 29 P

Samstag, 03. Nov. 2012 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 320 (Akademiemitgl. € 388)

Gefäße

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

Interdisziplinärer Grundkurs 29 P

Donnerstag, 16. – Freitag, 17. Feb. 2012 (Theorie)

Samstag, 18. Feb. 2012 (Praktikum)

Teilnahmebeitrag: € 440 (Akademiemitgl. € 396)

Aufbaukurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße) 25 P

Donnerstag, 14. – Freitag, 15. Juni 2012 (Theorie)

Samstag, 16. Juni 2012 (Praktikum)

Teilnahmebeitrag: € 380 (Akademiemitgl. € 342)

Abschlusskurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße) 20 P

Freitag, 23. – Samstag, 24. Nov. 2012 (Theorie + Praktikum)

Teilnahmebeitrag: € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Jost,

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

Prüfarzt in Klinischen Studien

Freitag, 15. – Samstag, 16. Juni 2012 16 P

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

Teilnahmebeitrag: € 440 (Akademiemitgl. € 396)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

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

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

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! Verbindliche Anmeldung sind auch im Internet unter <https://portal.laekh.de/> oder auf der Homepage der Akademie www.akademie-hessen.de schnell und kostenfrei möglich.

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 Redžić, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-230, Fax: 06032 782-250, E-Mail: mirjana.redzic@laekh.de

Freiwilliges Fortbildungszertifikat der Akademie: Die Ärztin / der Arzt muss mindestens 250 Fortbildungspunkte in 5 Jahren gemäß den in der Akademie gültigen Kriterien erwerben. Der Nachweis wird mit dem 5 Jahre gültigen freiwilligen Fortbildungszertifikat der Akademie und der Blauen Plakette bestätigt. Einen formlosen Antrag stellen Sie bitte bei der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Ingrid Krahe, 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.





Prüfungsvorbereitungskurse

Abrechnung: EBM (PVK 1)

Inhalte: Ziel des Kurses ist die Wiederholung und Vertiefung der Lerninhalte in den Fächern „Abrechnung“ und „Formularwesen“ zur Vorbereitung auf die Abschlussprüfung. Die jeweils gültigen Beschlüsse der zuständigen Abrechnungsstellen werden in den Inhalten berücksichtigt.

Termin: Samstag, 24.03.2012, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Abrechnung: GOÄ (PVK 2)

Inhalte: In dem Kurs werden die Kernelemente der GOÄ und die Abrechnung von Arbeitsunfällen nach der UV-GOÄ mit praktischen Beispielen und Übungsaufgaben wiederholt und zur Vorbereitung auf die Abschlussprüfung vertieft.

Termin: Samstag, 21.01.2012, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 3)

Inhalte: Zielsetzung des Kurses ist die Simulation der Vorbereitungsphase und des Prüfungsablaufs im praktischen Teil der Abschlussprüfung. Der Kurs soll den Teilnehmer/innen die Möglichkeit bieten, die Prüfungssituation exemplarisch in den Räumen der Carl-Oelemann-Schule kennen zu lernen.

Termin (vorwiegend für Teilnehmer/innen der Abschlussprüfung

Frühjahr 2012): Samstag, 04.02.2012, 09:30 – 17:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Medizinische Fachkunde (PVK 4)

Inhalte: Ziel des Kurses ist, vorbereitend auf die schriftliche Abschlussprüfung relevante Themen nach deren systematischer Vorstellung in aktiven Übungsphasen zu wiederholen. Hierbei sollen auch Aufgaben in Anlehnung an die Prüfungsfragen bearbeitet werden. Zudem sollen Hilfestellungen und Anleitungen zu einer methodischen Prüfungsvorbereitung gegeben werden.

Termine: Samstag, 03.03.2012 (Stufe 1) und
10.03.2012 (Stufe 2), 10:00 – 16:30 Uhr (14 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 125

Praktische Laborkunde und EKG-Übungen (PVK 5)

Inhalte: EKG, Laborkunde: Analysen, Teststreifen, Urin und Blutzucker, Analyse BSG, Analyse occultes Blut im Stuhl, Hygienestandards, Qualitätssicherung (z.B. Blutzucker), Dokumentation, Mikroskopierübungen: Harnsediment, Leukozytenzählung

Termin: Samstag, 28.01.2012, 09:15 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

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

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, 17.02.2012, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Patientenbetreuung / Praxisorganisation

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, 18.02.2012, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 5)

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

Termin: Stufe 1: Samstag, 25.02.2012, 10:00 – 16:30 Uhr

Stufe 2: Samstag, 10.03.2012, 09:15 – 17:30 Uhr (16 Std.)

Teilnahmegebühr: € 185

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

Wiedereinstieg in das Berufsleben (PAT 10)

Ziel der Fortbildung ist es, mutig und selbstbewusst wieder in die 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: Donnerstag, 09.02.2012 bis Samstag, 11.02.2012 und
Donnerstag, 23.02.2012 bis Samstag, 25.02.2012 (44 Std.)

Teilnahmegebühr: € 550

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

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 zur Aktualisierung versäumt haben und damit die Fachkunde oder die Kenntnisse im Strahlenschutz derzeit nicht mehr nachweisen können.

Termin: Freitag, 30.03.2012 bis Samstag, 31.03.2012 (16 Std.)

Teilnahmegebühr: € 245

Herz und Lunge (MED 3)

Inhalte: Ruhe-EKG, Langzeitmessung-EKG, Langzeitblutdruckmessung, Spirometrie, Inhalationstherapie, Fehlermöglichkeiten

Termin: Interessentenliste, samstags 8 Stunden

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184





Palliativversorgung für Medizinische Fachangestellte

Die begleitende und beratende Versorgung und die Organisation der medizinischen Belange der Patienten und ihrer Angehörigen im Rahmen der ärztlichen Delegation bilden den Schwerpunkt der Qualifizierung, die aus den nachfolgenden Bausteinen besteht:

- **Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1)**
Termin: 17.02.2012, 10:00 – 17:30 Uhr
Gebühr: € 95
- **Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)**
Termin: 18.02.2012, 10:00 – 17:30 Uhr
Gebühr: € 95
- **Kommunikation mit Schwerkranken (PAL 1)**
Termin: 26.01.2012, 09:30 – 17:45 Uhr
Gebühr: € 95
- **Symptomkontrolle in der Palliativversorgung (PAL 2)**
Termin: 27.01.2012, 09:30 – 16:45 Uhr und
28.01.2012, 09:30 – 16:45 Uhr
Gebühr: € 185
- **Therapeutische und pflegerische Maßnahmen (PAL 3)**
Termin: 03.02.2012, 10:15 – 16:45 Uhr und
04.02.2012, 09:30 – 15:00 Uhr
Gebühr: € 185
- **Sterben und Trauer (PAL 4)**
Termin: 02.03.2012, 09:30 – 15:00 Uhr und
03.03.2012, 09:30 – 15:00 Uhr
Gebühr: € 150
- **Ethik und Recht (PAL 5)**
Termin: 20.04.2012, 09:30 – 15:00 Uhr,
Gebühr: € 95
- **Palliativmedizinische Zusammenarbeit und Koordination (PAL 6)**
Termin: 20.04.2012 bis 21.04.2012
Gebühr: € 95
- **Allgemeine medizinische Grundlagen in der Onkologie und Palliativversorgung (ONK PAL 1)**
Termin: 08.03.2012, 13:30 – 18:30 Uhr
Gebühr: € 70
- **Versorgung und Betreuung von Patienten (ONK PAL 2)**
Termin: 09.03.2012, 9:30 – 12:45 Uhr
Gebühr: € 70
- **Psychosoziale Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter/innen im Bereich der onkologischen und palliativen Versorgung (ONK PAL 3)**
Termin: 09.03.2012, 13:30 – 16:45 Uhr
10.03.2012, 09:30 – 15:00 Uhr
Gebühr: € 150

Information: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

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

Inhalte theoretischer Teil: Anatomie und Röntgenanatomie, Röntgenaufnahmetechnik, Spezieller Strahlenschutz, Dokumentationspflichten, Rechtsvorschriften, Richtlinien und Empfehlungen
Inhalte praktischer Teil: Praktische Übungen zur Einstellung und Belichtung von Röntgenaufnahmen, Praktische Übungen zur Qualitätssicherung, Demonstrationen

Termin: ab 20.01.2012

Teilnahmebeitrag: € 780

Prüfungsgebühr: € 55

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Assistenz beim ambulanten Operieren (80 Stunden)

Die Fortbildung vermittelt nicht nur Handlungskompetenzen in der unmittelbaren Unterstützung und operationstechnischen Assistenz der Ärztin/des Arztes bei der Durchführung ambulanter Eingriffe sondern auch Kenntnisse zu deren vielfältigen Rahmenbedingungen.

Lehrinhalte:

- Medizinische und strukturelle Grundlagen
- Instrumenten- und Materialkunde
- Hygiene
- Instrumentenaufbereitung und Sterilisation
- Anästhesieverfahren
- Perioperative Notfälle
- Umgang mit Patienten und Begleitpersonen
- Verwaltung und Organisation
- Dokumentation, Recht und Arbeitsschutz

Termin: ab **Mittwoch, 18.04.2012**

Teilnahmegebühr: € 1.010 inkl. Lernerfolgskontrolle

Information: Monika Kinscher, Fon: 06032 782-187

Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung – Aufstiegsfortbildung

Die Aufstiegsfortbildung richtet sich an Medizinische Fachangestellte oder Arzthelfer/innen, die spezifische Fach- und Führungsaufgaben im Praxisteam oder in mittleren Gesundheitseinrichtungen bereits übernommen haben oder eine leitende Position anstreben. Durch die Kombination von 300 Stunden Pflichtteil und 120 Stunden medizinischen Wahlteil hat der/die Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung Kompetenzen sowohl im Bereich des Praxismanagements wie auch in den Bereichen Patientenkoordination und Medizin. Eine Tätigkeitsbeschreibung finden Sie auch unter: www.fortbildung-mfa.de

Als medizinischer Wahlteil werden u.a. Fortbildungskurse gemäß Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Gerne übersenden wir Ihnen das Fortbildungsprogramm 2012 der Carl-Oelemann-Schule, in dem u.a. die Qualifizierungslehrgänge, die als Wahlteil angeboten und anerkannt werden, beschrieben sind.

Der Pflichtteil der Aufstiegsfortbildung umfasst folgende Module:

- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Patientenbetreuung und Teamführung
- Risikopatienten und Notfallmanagement
- Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien
- Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
- Qualitätsmanagement
- Durchführung der Ausbildung
- Lern- und Arbeitsmethodik

Beginn: ab 09.02.2011

Teilnahmegebühr Pflichtteil: € 1.480, **Prüfungsgebühr:** € 200

Es besteht die Möglichkeit der Teilnahme an einzelnen Modulen. Teilnahmegebühr auf Anfrage.

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

ALLGEMEINE HINWEISE

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

Veranstaltungsort: soweit nicht anders angegeben, finden die Veranstaltungen im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, 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



Kinderbetreuung an hessischen Krankenhäusern 2011

Eine Umfrage der Landesärztekammer Hessen und der Hessischen Krankenhausgesellschaft

1. Ausgangslage

Im Laufe des vergangenen Jahrzehnts wuchs die Zahl der Frauen, die sich für ein Medizinstudium entscheiden, bundesweit kontinuierlich an. Zum Wintersemester 2009/2010 waren 61,3 % der eingeschriebenen Medizinstudierenden Frauen. Dadurch ist der Anteil der Frauen im Arztberuf stetig gestiegen und lag in 2010 bei etwa 43,0 % aller ärztlich Berufstätigen und 44,5 % des ärztlichen Personals in Krankenhäusern. [3,6].

Im Zuge dieser Entwicklungen gewinnt die Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern und damit auch deren Betreiber ständig an Bedeutung. Die ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Kindern benötigen zunächst eine bedarfsgerechte Betreuungsmöglichkeit am Standort des Klinikums. Ein solches Angebot ist nicht nur eine Hilfe für Ärztinnen und Ärzte, ihrem Beruf uneingeschränkt nachgehen zu können, sondern nutzt auch den Krankenhäusern. Eine Untersuchung der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau hat ergeben, dass eine betriebseigene, gut organisierte Kinderbetreuung eine geringere Personalfuktuation und somit geringere Kosten für Anwerbung und Einarbeitung neuen Personals bewirkt. In Verbindung mit anderen personalpolitischen Maßnahmen, wie beispielsweise flexible Teilzeitregelungen, ermöglicht sie eine frühere Rückkehr aus der Elternzeit und geringere Ausfallzeiten [2]. Die Krankenhäuser werden hierdurch als Arbeitgeber für qualifiziertes Personal attraktiver [3]. Eine Befragung hessischer Krankenhausärztinnen durch die LÄKH im Jahr 2006 hatte ergeben, dass damals nur ca. 14,0 % der hessischen Krankenhäuser eine Kinderbetreuung in betriebseigenen oder in Kooperation mit anderen ortsansässigen Einrichtungen anbieten. Dieses Ergebnis

zeigte bereits vor fünf Jahren, dass in der Entwicklung familienfreundlicher Angebote für Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter noch viel Potential steckt [1].

2. Methodik

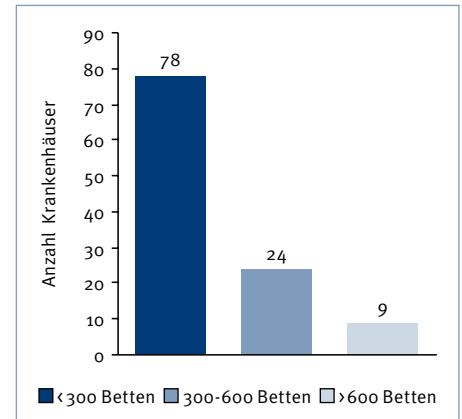
Um ein aktuelles Bild der Kinderbetreuungsangebote an hessischen Kliniken zu erhalten, befragten LÄKH und die Hessische Krankenhausgesellschaft (HKG) gemeinsam im Juni 2011 mittels eines standardisierten Fragebogens per Post 172 hessische Krankenhäuser. Dabei wurde erfasst, welche Formen eigener Angebote der Häuser, wie viele Betreuungsplätze und welche alternativen Betreuungsangebote es gibt. 114 der angeschriebenen Kliniken antworteten, was einer guten Rücklaufquote von 66,3 % entspricht. Im ersten Teil des Fragebogens wurden bei Krankenhäusern mit betriebseigener Kinderbetreuung Betreuungsart, Öffnungszeiten und Vergabekriterien sowie Anzahl der Kinder auf eventuellen Wartelisten ermittelt. Der zweite Teil richtete sich an Kliniken ohne betriebseigene Kinderbetreuung und beinhaltete Angaben zu geplanten Kinderbetreuungseinrichtungen, anderen Hilfestellungen und dem Vorhandensein von Belegplätzen. Trotz der an sich anonym konzipierten Befragung und nur optionalen Angabe der Klinikanschrift gaben 111 der 114 Kliniken diese an.

3. Ergebnisse

Verteilung der Krankenhäuser nach Bettenzahl (n=111)

Die angeschriebenen Krankenhäuser unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Größe und wurden deshalb auf Basis der Bettenzahlen in drei Kategorien klassifiziert. „Kleine Krankenhäuser mit <300 Betten“, „mittlere Krankenhäuser mit 300 bis 600 Betten“ und „große Krankenhäuser mit >600 Betten“. Bei drei Krankenhäusern

fehlten Angaben zur Bettenzahl. Die nachfolgende Grafik zeigt die Verteilung von 111 Kliniken nach Bettenzahl.



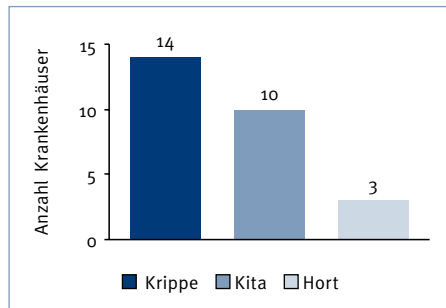
Grafik 1: Verteilung der antwortenden Krankenhäuser nach Betten

Größtenteils haben kleinere Häuser an der Befragung teilgenommen, dies entspricht 70,2 %. 21,6 % sind den mittleren und 8,1 % den größeren Krankenhäusern zuzuordnen. Im Durchschnitt liegt die Bettenzahl der antwortenden Krankenhäuser bei 259 Betten pro Klinik (vgl. in Hessen: 218 Betten pro Klinik [4]). Dies bedeutet, dass die Ergebnisse unserer Erhebung recht gut die gesamte hessische ‚Krankenhaushauslandschaft‘ abbilden.

Einrichtungen mit betriebseigener Kinderbetreuung (n=14)

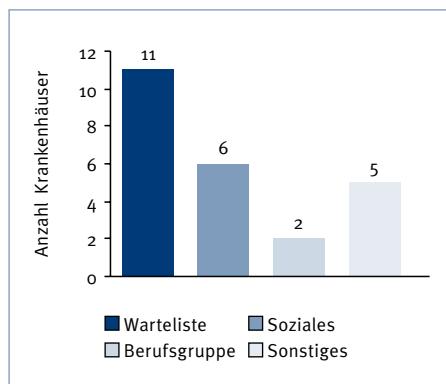
Die Betreuung von Kindern wird zumeist in drei verschiedenen Altersgruppen organisiert. In einer Krippe werden Kleinkinder bis zu drei Jahren, in Kindertagesstätten (Kita) Kinder von drei Jahren bis zum Schuleintritt und in einem Hort Schulkinder betreut. Von den 114 Krankenhäusern gaben 14 eine betriebseigene Kinderbetreuungseinrichtung an. Die Verteilung der Betreuungsarten in den Krankenhäusern zeigt Grafik 2.

Jedes der 14 Krankenhäuser hat eine Krippe, zehn von ihnen bieten Kitaplätze an, und



Grafik 2: Verteilung der betriebseigenen Kinderbetreuungsangebote (Mehrfachnennung war möglich)

drei verfügen über einen Hort. Im Durchschnitt sind in den Häusern 19,8 Plätze in den Krippen und 32,5 in den Kitas eingerichtet. Für die Betreuungsform Hort gab nur eine Klinik an, 18 Plätze vorzusehen. Da an Krankenhäusern ganztätig, auch an Sonn- und Feiertagen und häufig in Schicht- und Bereitschaftsdienst gearbeitet wird, sind Öffnungszeiten während der Woche, in den Ferien und insbesondere an Sonn- und Feiertagen sowie außerplanmäßige Betreuungskonzepte von besonderem Interesse. Alle Einrichtungen gaben an, in den Ferien geöffnet zu haben, wobei fünf von 14 allerdings in den Sommerferien für drei Wochen schließen. Keine der Betreuungseinrichtungen hat an Sonn- oder Feiertagen geöffnet. Unter der Woche öffnen die Einrichtungen ab spätestens 7:30 Uhr, wobei 50,0 % der Betreuungsangebote bereits ab 5:45 bis



Grafik 3: Verteilung der Vergabekriterien (Mehrfachnennung war möglich)

6:30 Uhr zur Verfügung stehen. Die Öffnungszeiten enden in den meisten Betrieben zwischen 16:00 und 17:30 Uhr, nur zwei Kliniken gaben an, Kinder bis 20:40 bzw. 22:00 Uhr betreuen zu können. In den Ferien unterscheiden sich die Öffnungszeiten nicht, wobei hier bei acht Krankenhäusern die entsprechenden Angaben fehlen. Lediglich drei der 14 Kliniken verfügen über ein Betreuungskonzept für außerplanmäßige Ereignisse, wie beispielsweise ungeplante Überstunden.

Da in Krankenhäusern mehrere Berufsgruppen, insbesondere Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte, beschäftigt werden, wurde im Rahmen der Befragung ermittelt, ob die Betreuungsplätze für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gleichermaßen zur Verfügung stehen. Dies bestätigten alle Krankenhäuser dieser Gruppe.

Meist steht nur eine begrenzte Anzahl an Betreuungsplätzen zur Verfügung, und die Vergabe der freien Plätze muss nach bestimmten Kriterien organisiert werden. Grafik 3 zeigt die Verteilung der Vergabekriterien in den antwortenden Häusern.

Elf der Krankenhäuser nutzen eine Warteliste für die Verteilung von Betreuungsplätzen. Soziale Aspekte, wie beispielsweise Geringverdiener oder Alleinerziehende, sehen sechs der Häuser als ein wichtiges Kriterium zur Vergabe, und nur zwei Einrichtungen orientieren sich nach der jeweiligen Berufsgruppe der Antragsteller (z.B. die der Pflegenden oder Ärzteschaft). Fünf der Häuser benannten sonstige Kriterien, wie z.B. „Geschwisterkinder“ oder „Kriterien der städtischen Betreuungseinrichtungen“.

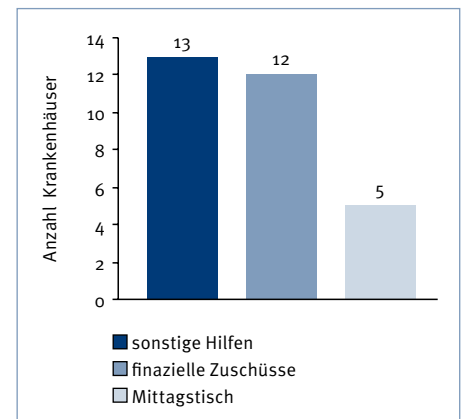
13 der 14 Krankenhäuser führen in irgendeiner Form Wartelisten, davon neun für Krippen- und drei für Kitaplätze. Im Durch-

schnitt warten 16 Kinder auf einen Krippenplatz, und 19 auf einen Kitaplatz.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass dies lediglich den registrierten Bedarf der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Krankenhäusern mit betriebseigener Kinderbetreuung widerspiegelt. Es ist weder bekannt, wie hoch die ‚Dunkelziffer‘ derer ist, die sich keine Chance über eine Warteliste ausrechnen, noch wissen wir, wie hoch der Bedarf an arbeitsplatznahen Betreuungsplätzen in Krankenhäusern ohne betriebseigene Kinderbetreuung ist.

Einrichtungen ohne betriebs-eigene Kinderbetreuung (n=100)

Bei dieser Gruppe interessierten alternative Betreuungsmöglichkeiten und eine eventuelle kurz- bzw. langfristige Planung betriebseigener Betreuungseinrichtungen. In den nächsten zwei bis drei Jahren ist an zwölf von 100 Kliniken die Einführung von Betreuungseinrichtungen angedacht. Weitere drei planen dies auch, gaben aber für die Umsetzung keinen Zeitraum an. Kooperation mit externen Einrichtungen, in denen sogenannte Belegplätze in Anspruch genommen werden können, bieten 18 Kliniken ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an. Belegplätze in einer klinikna-



Grafik 4: Verteilung anderer Unterstützungsangebote (Mehrfachnennung war möglich)

hen Krippe haben 14 Krankenhäuser, 13 haben einen Zugriff auf Kitaplätze und drei stehen in Kooperation mit einem externen Hort.

Die Kinderbetreuung kann neben Betreuungseinrichtungen oder Belegplätzen auch durch andere Hilfsangebote und Rahmenbedingungen gesichert werden. Grafik 4 stellt dar, welche zusätzlichen Alternativen die befragten Kliniken anbieten.

Eine finanzielle Unterstützung stellen zwölf Krankenhäuser ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung, fünf bieten einen Mittagstisch für Kinder von Angestellten an und 13 gaben sonstige Hilfen an. Unter diese fallen zumeist Angebote wie flexible Arbeitszeitmodelle und „Notplätze“ für ungeplanten Betreuungsbedarf in externen Einrichtungen.

Übersicht aller aktuellen Betreuungsangebote

Während 59 der antwortenden Krankenhäuser über eine betriebseigene Kinderbetreuung oder externe Belegplätze verfügen bzw. solches planen, erwägen 55 der befragten Häuser zum jetzigen Zeitpunkt weder die Gründung noch die Planung von Kinderbetreuung, dies entspricht 48,2 % aller antwortenden Krankenhäuser. In vergangenen Befragungen (vgl. [5]) wurde oftmals gerade von kleinen Häusern die Problematik, geschildert, eine Kinderbetreuung sei finanziell und organisatorisch nur schwer zu erfüllen. Im Rahmen der aktuellen Befragung fällt auf, dass 55,0 % der kleineren Krankenhäuser keine Kinderbetreuung haben bzw. planen. Dies könnte also in der Befürchtung kleinerer Häuser begründet sein, eine solche Betreuung finanziell nicht stemmen zu können. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen aber, dass auch kleinere Häuser Kinderbetreuung anbieten können. 16,7 % von ihnen haben eine betriebseigene Kinderbetreuung oder verfügen über Beleg-

Tabelle 1: Verteilung der Krankenhäuser nach Bettenanzahl und Betreuungsangeboten (bei drei Krankenhäusern fehlt die Angabe zur Bettenzahl)

	<300 Betten	300-600 Betten	>600 Betten	Summe
betriebseigene Kinderbetreuung	6	2	6	14
Belegplätze	7	8	2	17
keine Kinderbetreuung vorhanden, planen aber eine solche	22	5	0	27
Haben/planen keine Kinderbetreuung	43	9	1	53
Summe	78	24	9	111

plätze, und weitere 28,2 % planen Maßnahmen zur Kinderbetreuung.

4. Diskussion

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass bisher nur 12,6 % der antwortenden Krankenhäuser über betriebseigene Einrichtungen zur Kinderbetreuung für eigene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen. Weitere 15,3 % bieten zumindest Belegplätze etc. in anderen Einrichtungen an. Das sind zusammen ca. 28,0 %. Ein Drittel der von uns angeschriebenen Häuser hat keine Angaben gemacht. Es muss

angenommen werden, dass es sich dabei mehrheitlich um Krankenhäuser handelt, die bisher keine Betreuung anbieten und/oder dieser Frage weniger Bedeutung beimessen. Insgesamt bieten gegenwärtig wahrscheinlich 20 – 25 % aller hessischen Krankenhäuser ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in irgendeiner Form Kinderbetreuung an.

Die große Mehrheit (elf von 14) der Krankenhäuser mit eigenem Betreuungsangebot führt dafür Wartelisten, kann also mit dem derzeitigen Angebot den angemeldeten Bedarf noch nicht decken. Auch diese

Wartelisten dürften nur einen Teil des ungedeckten Bedarfes abbilden. Eltern, die sich keine Chancen über eine Warteliste ausrechnen oder solche, die der Not gehorchend bereits andere weniger attraktive krankenhausunabhängige Betreuungsmöglichkeiten nutzen, werden davon nicht erfasst.

Der tatsächliche aktuelle gesamte Betreuungsbedarf ist nicht genau bekannt. Frühere Befragungen von Ärztinnen durch die LÄKH weisen jedoch darauf hin, dass dieser für das ärztliche Personal weit über der Kapazität der bisherigen Betreuungsangebote liegt. Verbesserungsfähig erscheint auch die Struktur der bisherigen Betreuungsangebote sowohl hinsichtlich der Ausdehnung auf schulpflichtige Kinder als auch einer noch besseren Abdeckung von Dienstzeiten an Sonn- und Feiertagen und außerhalb der normalen täglichen Arbeitszeit. Wir

gehen davon aus, dass sich die Situation für andere Berufsgruppen im Krankenhaus, insbesondere die Krankenpflege, ähnlich darstellt.

Die durch die Umfrage gewonnenen Ergebnisse zeigen Handlungsmöglichkeiten auf, die in die politische Diskussion um die Vermeidung und Beseitigung des Fachkräftemangels vor dem Hintergrund der Sicherstellung der medizinischen Versorgung eingebracht werden können.

Erfreulich ist, dass 25,0 % der antwortenden Kliniken zwar bislang noch keine Kinderbetreuung haben, nach eigenen Angaben solche Maßnahmen aber konkret planen. Auch diese Häuser haben offensichtlich die Erfordernisse der Zukunft erkannt und machen sich auf den Weg.

Wir bedanken uns bei den teilnehmenden Krankenhäusern für die Unterstützung unserer Umfrage!

Literatur

- [1] Baumann L., Kaiser R., Köhler S.: *Hessische Ärztinnen fordern familienfreundlichere Arbeitsbedingungen von ihren Krankenhäusern*. Hessisches Ärzteblatt 12/2006; Frankfurt a.M.: 932-935
- [2] Bühren A., Dettmer S.: *Das familienfreundliche Krankenhaus. Vorteil im Wettbewerb durch zufriedene Ärztinnen und Ärzte*. Deutsches Ärzteblatt 2006; 103(49). Berlin: A3320-5
- [3] Bundesärztekammer. *Ärztestatistik. Berufstätige Ärztinnen nach Arztgruppe*. <http://www.bundesaerztekammer.de/specialdownloads/StatoAbbo4.pdf> (Stand: 31.10.2010) Zugriff: 02.11.2011
- [4] Hessische Krankenhausgesellschaft. *Medizinische Versorgung* (<http://www.hkg-online.de/wir-ueber-uns/die-hessischen-krankenhaeuser/medizinische-versorgung.html>) Stand 2011. Zugriff: 02.11.2011
- [5] Schoeller E.: *Familienfreundliche Arbeitsbedingungen. Betriebseigene Kinderbetreuung in Krankenhäusern rechnet sich personell und finanziell*. ASUpraxis Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 45,9.2010. Berlin.121-123
- [6] Statistisches Bundesamt: *Prüfungen an Hochschulen: Deutschland, Jahre, Geschlecht, Prüfungsergebnis, Studienfach* (<https://www-genesis.destatis.de>) Wiesbaden. Zugriff: 01.11.2011

S. Nahlinger, A. Fetscher, N. Walter

Christlicher Gesundheitspreis ausgeschrieben

Zum 2. Mal wird der Christliche Gesundheitspreis ausgeschrieben. Dieser zeichnet Initiativen aus Gesundheitswesen und Kirche aus. Dabei handelt es sich um einen Anerkennungs- und Förderpreis, mit dem die Zusammenarbeit von Einrichtungen des Gesundheitswesens und von Gemeinden oder geistlichen Gemeinschaften honoriert werden soll. Der Gesundheitspreis ist der Idee verpflichtet, dass es der Genesung kranker Menschen dient, wenn die professionelle Arbeit im Gesundheitswesen mit der geistlichen Begleitung und psycho-sozialen Unterstützung durch Gemeinden oder Gemeinschaften verbunden wird. Diese Idee verdient nach Jahrzehnten einer übertriebenen „Arbeitsteilung“ zwischen Gemeinde und Gesundheitswesen neue Aufmerksamkeit und Förderung.

Der erste Preis ist mit einem Preisgeld in Höhe von 2.000 Euro, der zweite Preis von 1.000 Euro verbunden. Einsendeschluss ist der 31. Januar 2012. Verliehen wird der Preis am 24. März 2012 im Rahmen des 3. Christlichen Gesundheitskongresses. Den ersten Preis hatte 2010 das Albertinen-Diakoniewerk in Hamburg mit einer Initiative zur Begleitung von Eltern still geborener Kinder erhalten. Den zweiten Preis teilten sich das „Wochenende für Kranke“, Christen im Gesundheitswesen, Aumühle und das Zentrum für Gesundheit – Therapie – Heilung, Karlsruhe.

Mehr zum Gesundheitskongress und zur Ausschreibung finden Sie unter: www.christlicher-gesundheitskongress.de

OECOTROPHICA-Preis 2012

Nachwuchswissenschaftler können sich ab sofort für den OECOTROPHICA-Preis 2012 bewerben.

Angenommen werden wissenschaftliche Arbeiten aus dem Bereich der Ernährungsverhaltens- und Konsumforschung und dem Bereich der Humanernährung, die in den Jahren 2010 oder 2011 im Studienfach Oecotrophologie, Haushalts- und/oder Ernährungswissenschaften oder einem fachverwandten Studium abgeschlossen wurden.

Pro Bereich prämiiert das Kuratorium die beste Doktorarbeit mit 1.750 Euro und die beste Diplom- oder Masterarbeit mit 750 Euro. Die Bewerbungsfrist endet am 29. Februar 2012.

Der Verband der Oecotrophologen e.V. (VDOE) vergibt den OECOTROPHICA-Preis bereits zum sechzehnten Mal. Stifter des Preises ist das Margarine-Institut für gesunde Ernährung e.V. in Bonn. Ziel ist es, wissenschaftliche Nachwuchskräfte zu fördern und hervorragende wissenschaftliche Arbeiten bekannt zu machen.

Der OECOTROPHICA-Preis wird im Rahmen der VDOE-Jahrestagung vom 14. bis 16. Juni 2012 in Nürnberg verliehen.

Weitere Informationen und das Bewerbungsformular für den OECOTROPHICA-Preis 2012 finden Sie im Internet unter www.vdoe.de/oecotrophica-preis.html

Zehn Jahre SPORT PRO GESUNDHEIT

Eine „bewegte“ Kooperation von Landessportbund Hessen und Landesärztekammer Hessen

Vor zehn Jahren wurde das von Bundesärztekammer und Deutschem Olympischen Sportbund entwickelte Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT in Hessen aus der Taufe gehoben. Damals zeichneten Landessportbund Hessen und Landesärztekammer Hessen gemeinsam mit dem Hessischen Turnverband und dem Hessischen Schwimmverband in Langen erstmals 26 Sportvereine mit der Marke für hochwertige Sportprogramme aus. Heute bieten 1.200 Vereine über 2.500 mit dem Qualitätssiegel zertifizierte Kurse an. Die Zahl der qualifizierten Übungsleiter/innen stieg von 1.450 in 2001 auf 3.550 in 2011. Auch der Hessische Tischtennis-Verband, der Hessische Pferdesportverband und der Hessische Fachverband für Karate zählen inzwischen zu den Mitgliedern der Landesarbeitsgemeinschaft unter der Federführung des Landessportbundes, die am 27. Oktober mit Vertreterinnen und Vertretern aus Politik, Medizin, Sportwissenschaft, Sportverbänden und Sportvereinen in der Sportschule des Landessportbundes ihr zehnjähriges Bestehen feierte.

Martin Leimbeck, Vizepräsident der Landesärztekammer Hessen, bezeichnete Bewegung als „Waffe gegen zunehmende Immobilität und Schlüssel zu einer höheren Lebenserwartung“. Regelmäßige körperliche Aktivität verbessere die Gemütslage, baue Stress ab, stärke die Immunabwehr, reguliere den Fettstoffwechsel, helfe, ein normales Körpergewicht zu bewahren und schütze vor zahlreichen Krankheiten. Auch wirkten sich Sport und Bewegung günstig auf die Prophylaxe und Therapie von Krebserkrankungen aus. Leimbeck unterstrich, dass die Prävention von Krankheiten durch individuell abgestimmte, sinnvolle Bewegung und eine ausgewogene, gesunde Ernährung wichtiger Bestandteil ärztlicher Betreuung und Versorgung sei.



Podiumsdiskussion: (v.l.n.r.) Prof. Winfried Banzer, Martin Leimbeck, Ralf-Rainer Klatt (Foto: Katja Möhrle)

„Ärztinnen und Ärzte, die ihre Patienten auf spezifische Bewegungsangebote aufmerksam machen möchten, müssen sich darauf verlassen können, dass diese tatsächlich gesundheitsfördernd und qualitätsgesichert sind“, unterstrich Leimbeck. Als Ausweis präventiv ausgerichteter Gesundheitssportangebote in Turn- und Sportvereinen diene dabei das Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT. „Immer mehr Ärztinnen und Ärzte in Hessen nutzen die Möglichkeit, ihre Patienten auf die qualitätsgesicherten Angebote der Turn- und Sportvereine hinzuweisen“, fügte Leimbeck hinzu. In vielen Regionen stellen sie das sogenannte „Rezept“ für Gesundheit als Empfehlung aus. Neben den Maßnahmen, mit denen die Landesärztekammer das Qualitätssiegel in der Ärzteschaft bekannt mache, forderte Leimbeck auch zertifizierte Vereine auf, vor Ort an die Ärzte heranzutreten. Eine wichtige Entscheidungshilfe für Ärzte und Patienten stellten die Wegweiser des Landessportbundes Hessen dar, auf die auch die Landesärztekammer unter www.sportprogesundheits.de auf ihrer Homepage verlinkt hat.

Ausdrücklich begrüßte Leimbeck, dass der Landessportbund das von der Landesärz-

tekammer ins Leben gerufene Diabetes-Präventionsprojekt „Fit und gesund älter werden“ gemeinsam mit u.a. der HAGE und der DGE als Kooperationspartner unterstützt. Das Hessische Sozialministerium hat die Schirmherrschaft für das Projekt übernommen.

Dr. Rolf Müller, Präsident des Landessportbundes Hessen, wies darauf hin, dass die Prävention von Zivilisationskrankheiten durch Bewegung, Sport und Spiel vor dem Hintergrund dramatischer Kostensteigerungen im Gesundheitswesen ein großes Potential beinhalte, für das die Sportvereine geradezu prädestiniert seien. Das Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT für Vereine sei „zu einer bundesweit anerkannten Marke für sehr hochwertige Gesundheitssport-Programme geworden“.

Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong, Referatsleiterin im Hessischen Sozialministerium, hob die „Kombination von körperlicher und psychischer Gesundheit“ hervor. Psychische Erkrankungen stellten bei Erwachsenen inzwischen die häufigste Erkrankungsform dar. Auch hier eigneten sich Sport und Bewegung besonders gut zur Therapie. Professor Dr. Heinz Zielinski, Ministerialrat im Hessischen Ministerium

des Innern und für Sport, sprach von einer Fülle von Facetten und Herausforderungen für den Sport und bezeichnete Gesundheit als „ein Querschnittsthema.“

Wie positiv sich Sport und Bewegung auf Prävention und Therapie von Krankheiten auswirken, machte der Landesbeauftragte für Sport und Gesundheit im Landessportbund, Professor Dr. Dr. Winfried Banzer, in seinem Fachvortrag deutlich. Noch vor zehn Jahren sei das Thema Prävention in der gesundheitspolitischen Diskussion zweitrangig gewesen. Dies habe sich in-

zwischen geändert. Heute sei es wissenschaftlich unbestritten, dass ausreichende körperliche Bewegung das Risiko, vorzeitig zu erkranken und zu sterben, um 30 Prozent reduziere. Als weiteren großen Vorteil des Sports bezeichnete er die Freude, die dieser bereite, und seine integrative Kraft. Banzer ließ zehn Jahre SPORT PRO GESUNDHEIT in Hessen Revue passieren, skizzierte die politische Tragweite und machte deutlich, dass es Ziel der Landesarbeitsgemeinschaft sei, Neu- und Wiedereinsteiger – also die Menschen, die

sich nicht bewegen – zu erreichen. „Jeder dritte Sportverein in Hessen bietet inzwischen Programme mit Zielsetzungen der Gesundheitsförderung und Prävention an. Hessen liegt damit über dem Bundesdurchschnitt.“ Unter dem Titel „Alles im Kopf. Mit Merktechniken zum Supergedächtnis“ führte der Zauberkünstler Wilfried Possin auf der Veranstaltung vor, dass Bewegung und Denksport auch die grauen Zellen fit halten.

Katja Möhrle

Doppelter Erfolg für die Frankfurter Rechtsmedizin

PD Dr. Dr. Markus Parzeller vom Institut für Rechtsmedizin der Goethe-Universität wurde von der Konrad-Händel-Stiftung und der Deutschen Gesellschaft für Gesetzgebung für herausragende Leistungen in der Rechtsmedizin geehrt.

Seit Jahren setzt der Direktor und Leiter der Frankfurter Rechtsmedizin, Professor Jürgen Bratzke, neben den klassischen rechtsmedizinischen Aktivitäten für staatliche Institutionen auf eine forschungs- und lehrintensive Ausrichtung seines Instituts. Neben Ärzten, Pharmazeuten und Biologen forschen im Frankfurter Institut auch Juristen zu medizinrechtlichen und rechtsmedizinischen Fragestellungen.

Die gezielte Förderung wissenschaftlicher Projekte trägt im Jahr 2012 besondere Früchte. Der Arzt und Jurist PD Dr. Dr. habil. Markus Parzeller, Leiter der Abteilung für Medizinrecht und Unterrichtsbeauftragter des Frankfurter rechtsmedizinischen Instituts, wurde für seine Forschung mit zwei Wissenschaftspreisen ausgezeichnet. Der Forscher ist auf den Gebieten des Medizin- und Sportrechts sowie der Rechtsmedizin tätig.

Im September erfolgte die Verleihung des Konrad Händel Preises, der von der Konrad-Händel-Stiftung zur Förderung der rechtsmedizinischen Wissenschaft gestiftet wird. In seiner Laudatio im Rahmen des „International Symposium Advances in Legal Medicine“ (ISALM) würdigte der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, Professor Stefan Pollak, die jahrelangen wissenschaftlichen Leistungen von PD Dr. Dr. Parzeller und die unmittelbare Bedeutung seiner Forschung für die Rechtspflege.

Zudem prämierte die Deutsche Gesellschaft für Gesetzgebung (DGG) im Oktober den wissenschaftlichen Aufsatz zur Unbe-

stimmtheit von gesetzlichen Vorschriften im Arzneimittelgesetz für den Kampf gegen Doping im Sport von PD Dr. Dr. Parzeller und Professor Dr. Cornelius Prittwitz vom Fachbereich Rechtswissenschaft der J.W. Goethe-Universität. Der Beitrag erhielt den dritten Preis von rund 50 eingereichten Vorschlägen. Die Preisverleihung fand im Reichstagsgebäude in Berlin im Anschluss an die Einführungsworte durch den Bundestagsabgeordneten und Vorsitzenden der DGG Dr. Günter Krings und die Festrede der Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger statt. In seiner Laudatio hob Thomas Hadamek, Ministerialrat des Bundestages und Vorstandsmitglied der DGG, die treffliche kritische Analyse der derzeitigen Regelungen durch die beiden Frankfurter Juristen Parzeller und Prittwitz hervor und betonte die Bedeutung ihrer Anmerkungen und Lösungsansätze für die Gesetzgebungspraxis.

Die hohe Auszeichnung für einen Wissenschaftler des Frankfurter Institutes für Rechtsmedizin belegt die Bedeutung dieser Institution, die nicht nur für das Land Hessen, sondern für die gesamte Bundesrepublik Deutschland wegweisende rechtspolitische Akzente gesetzt hat. Eine angemessene und ausreichende finanzielle Ausstattung rechtsmedizinischer Institute wird langfristig eine solche praxisbezogene interdisziplinäre und – wie die Preisverleihungen belegen – erfolgreiche Frankfurter rechtsmedizinische Forschung zum Wohle der Bürger und des Staates sichern.

25 Jahre AIDS-AUFKLÄRUNG

Aus Anlass unseres 25-jährigen Bestehens finde ich es aussagekräftiger, langjährige Mitglieder und ehrenamtlich Tätige zu befragen, wieso sie den Verein damals gegründet haben und wieso sie weiterhin unsere Arbeit unterstützen, als einen sonst üblichen Bericht über die vergangenen 25 Jahre abzugeben, vor allem, da wir ja mehr in die Zukunft schauen wollen.

Meine eigene fast 20-jährige Tätigkeit als Vorsitzende hat mir trotz manchmal schwieriger Zeiten – z.B. wegen fehlender finanzieller Ressourcen und daraus folgender chronischer personeller Unterbesetzung – immer viel Freude gemacht. Die investierte Zeit und die vielerlei Sorgen wurden aufgehoben durch positive Aussagen von Menschen, die mit uns und unserer Arbeit – seien es Aufklärungsveranstaltungen, anonyme HIV-Tests oder Broschüren – zu tun hatten und die durch uns profitiert haben.

Dr. med. Dagmar Charrier, Vorsitzende

Sie fragen warum ich mich bei der Frankfurter AIDS-AUFKLÄRUNG engagiere? Ganz einfach: weil Aufklärung immer noch Not tut – vielleicht heute sogar mehr als in der Anfangszeit, als wir alle in Panik und entsprechend vorsichtig waren. Heute glauben viele, AIDS sei kein Thema mehr. Das ist so absolut falsch, dass ich es gar nicht beschreiben kann, wie falsch diese Einstellung ist. Und gerade wegen dieses Irrglaubens wird die Krankheit immer gefährlicher.

Mein Beitrag ist sicher nur klein – ich kann ein bisschen schreiben und fotografieren, beides Fähigkeiten, die bei der Erstellung von Broschüren benötigt werden. Aber ich bin froh, dass ich wenigstens diesen Beitrag leisten kann. Und wenn meine Mitarbeit auch nur eine Neuerkrankung verhin-

dert, dann hat sie sich für mich immens gelohnt.

Ingrid Malhotra



Als die AIDS-AUFKLÄRUNG 1986 gegründet wurde, empfahl mir Professor Dr. med. Wolfgang Stille, der damalige Infektiologe und HIV-Spezialist der Universitätsklinik Frankfurt, dieser Organisation beizutreten. Hierzu habe ich mich dann sofort entschlossen.

Seit nahezu 25 Jahren engagiere ich mich in der AIDS-AUFKLÄRUNG, um die mit der HIV/AIDS-Erkrankung auftretenden sozialen Probleme lösen zu helfen, die trotz der heute gegebenen guten Behandlungsmöglichkeiten in ihrem Ausmaß eher größer werden.

Mit der längeren Überlebenszeit treten bei den HIV/AIDS-Kranken neben medizinischen Problemen oft neue soziale Fragen immer stärker in den Vordergrund.

Leider nimmt generell, aber besonders auch am Arbeitsplatz, Diskriminierung immer noch zu, so dass ich mich für die Antidiskriminierung einsetze, und hoffe damit einen Beitrag zur Prävention zu leisten.

Seit über zwei Jahrzehnten verfolge ich die HIV/AIDS-Entwicklung vor allem in Deutschland und stelle fest, dass diese Erkrankung immer weniger Beachtung in der Bevölkerung findet. Deshalb ist Aufklärung weiterhin dringend erforderlich, da jede neue HIV-Infektion eine zu viel ist.

Mit meinem Einsatz für die sozialen Belange bei der noch immer unheilbaren Erkrankung, hoffe ich den Betroffenen weiterhin helfen zu können.

Dr. med. Helga Exner-Freisfeld

Ich arbeite ehrenamtlich für die AIDS-AUFKLÄRUNG, weil ich weiß, dass wir durch unsere Aufklärungs- und Präventionsarbeit viel Leid im Vorfeld verhindern können. Da wir auch mit Betroffenen zusammenarbeiten, wollte ich bei der Wahl meines Ehrenamtes bewusst ein Zeichen für das Miteinander und gegen die Ausgrenzung setzen. Außerdem hat mir das starke Engagement des Vereins, der unermüdlich nun seit 25 Jahren sein Bestes gibt, gefallen.

Helga Langer

Mit Begeisterung und Dankbarkeit habe ich in meinem Beruf lange Jahre in der Klinik und später in der eigenen Praxis als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe gearbeitet. In den Monaten nach meinem Ruhestand habe ich zunehmend den sozial-medizinischen Kontakt zu Menschen vermisst. Glücklicherweise trat zu dieser Zeit Dr. med. Dagmar Charrier, Vorsitzende der seit 1986 bestehenden AIDS-AUFKLÄRUNG e.V. in Frankfurt, mit der Frage der ehrenamtlichen Mitarbeit in ihrem Verein an mich heran. Besonders hat mich die intensive Arbeit des Vereins auf dem Gebiet der AIDS-Prävention (und bei Bedarf auch anderer sexuell übertragbarer Erkrankungen) überzeugt. Jede neue HIV-Infektion ist eine Infektion zu viel und mit viel Leid verbunden. Deswegen bin ich der AIDS-AUFKLÄRUNG e.V. als Mitglied

beigetreten. Nach Einarbeitung führe ich mit der gleichen Zufriedenheit im sechsten Jahr dort ehrenamtlich HIV-Antikörper-Teste und ärztliche Beratungen ein- bis zweimal stundenweise pro Woche durch. Von großem Interesse sind für mich die fachbezogene Weiterbildung und die Kontakte mit den infektiologischen Praxen.

Dr. med. Manfred Schmitt

Angeregt durch die Diskussionen im wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer und basierend auf eigenen Erkenntnissen traf die Gründungsvorsitzende Helene Seidel auf deutlich positive Resonanz, um mich für das Engagement in dem neu gegründeten Verein „AIDS-AUFKLÄRUNG“ zu begeistern.

Dass es an vielen Berufsschulen keinen Biologie-Unterricht gab, war bedauerlich. So war es für die Landesärztekammer Hessen wichtig, in der Carl-Oelemann-Schule die Überbetriebliche Ausbildung der Arzthelferinnen durch ergänzenden Unterricht der AIDS-AUFKLÄRUNG anzureichern, was

meines Wissens bis heute geschieht. Bereits Anfang der 90er Jahre wurde festgestellt, dass sich eine gewisse Aufklärungsmüdigkeit entwickelte, die besonders für die junge Generation eine Gefahr bedeutete. Deshalb sind die Präventionsveranstaltungen in Schulen und JVA's, die von der AIDS-AUFKLÄRUNG geleistet werden, bis heute so sehr wichtig.

Meine Überzeugung war, dass Aufklärung, die sich nur auf „Kondomismus“ beschränkt, zum Scheitern verurteilt sei. Auch der zunehmende Sextourismus, insbesondere in Endemiegebiete, musste bedacht werden, da vor allem auch venerische Krankheiten vor allem durch sexuell aktive Menschen mit Mehrfachkontakten verbreitet werden. Die Broschüren der AIDS-AUFKLÄRUNG wollen auch darauf hinweisen.

Nicht unerwähnt soll bleiben, dass viele Personen aus der Wissenschaft und Forschung die AIDS-AUFKLÄRUNG von ihrer Anfangszeit bis heute (siehe wissenschaftlicher Beirat) mit Sach- und Fachverstand unterstützen.

Dr. med. Michael Popović

Nach 25 Jahren im Bereich der AIDS-Arbeit ist ein Rückblick und mit diesem als Grundlage vor allem auch Ausblick auf das möglich, was sich uns als Verein, aber auch allgemein-gesellschaftlich noch an Herausforderungen im Bereich der AIDS-Arbeit stellen mag: Es zeigen sich Tendenzen, dass die Themen HIV und AIDS zunehmend aus den Köpfen der Menschen verdrängt werden. Indikatoren dafür sind u.a. steigende Zahlen an Neuinfektionen und zunehmende Resistenzen unter auch Neuinfizierten. All dies jedoch in einem Land, in dem fast jede HIV-Infektion aufgrund vorhandener Schutzmöglichkeiten und der vielerorts geleisteten Aufklärungsarbeit, zu einem eigentlich vermeidbaren Krankheitsrisiko wird.

Daher sind 25 Jahre vielleicht erst der Start von 25 weiteren Jahren Arbeit der AIDS-AUFKLÄRUNG e.V., im Dienst der Gesundheit vieler Menschen.

*Simon Böhringer,
Mitarbeiter seit Oktober 2011*

Marburger Wissenschaftler mit Deutschem Forschungspreis für Allgemeinmedizin ausgezeichnet

„Entscheidungsfindung in der Hausarztpraxis“ lautete das Ausschreibungsthema der Dr. Lothar-Beyer-Stiftung für den Deutschen Forschungspreis für Allgemeinmedizin 2011.

Mit Dr. med. Stefan Bösner und Dr. rer. nat. Oliver Hirsch sind in diesem Jahr zwei Wissenschaftler der Philipps-Universität Marburg ausgezeichnet worden.

Der erste Preis ging an Dr. Bösner und sein Team für die Arbeit „Marburger Herzscore“, einem Instrument, mit dem bei Patienten mit akutem Brustschmerz anhand fünf verschiedener Kriterien bereits in der hausärztlichen Versorgung gefährliche Verläufe mit einer hohen Treffsicherheit ausgeschlossen werden

können. Dr. Hirsch und seine Arbeitsgruppe erhielten den 3. Preis für „arriba-lib“, einer PC-Bibliothek von Entscheidungshilfen, in der Hausärzte Unterstützung bei ihren Entscheidungen finden. „arriba-lib“ besteht aus den Modulen kardiovaskuläre Prävention, Vorhofflimmern, koronare Herzkrankheit, orale Antidiabetika, „einfache“ und intensivierte Insulinbehandlung und Depression. Beide Wissenschaftler wurden im September auf dem wissenschaftlichen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) in Salzburg für ihre Forschungsarbeit geehrt.

Ines Fabisch

Leiden lindern und Würde zurückgeben

Die Malteser Migranten Medizin Frankfurt

In der Malteser Migranten Medizin (MMM) kümmern wir uns um die benachteiligten Menschen in unserer Stadt – in Situationen, die deren Leib und Seele gefährden. Gerade in Frankfurt, das für „Big Business“ in Deutschland steht, sorgt MMM für den so wichtigen humanen Ausgleich: Menschen ohne Krankenversicherung und Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus erhalten anonym und kostenlos medizinische Hilfe.

Die Sprechstunden finden jeden Dienstag von 9:30 bis 13:30 Uhr im Frankfurter Bürgerhospital statt.

Die Patienten der MMM Frankfurt

Der 50-jährige Herr G. aus Nordafrika lebt seit vielen Jahren ohne legalen Aufenthaltsstatus in Frankfurt. Er möchte ein Attest über seine Krankheit, um damit eine Duldung zu erreichen. Eine Rechtsanwältin hatte ihn zu uns geschickt.

Bei Herrn G. wurde vor einem halben Jahr ein Diabetes festgestellt, der bisher noch nicht behandelt wurde. Außerdem leidet er unter einer Hauterkrankung im Gesicht, die dazu geführt hat, dass er keine Arbeit findet.

Wir haben ihn zum Diabetologen und in die Ambulanz der Hautklinik überwiesen.

Der Diabetes ist jetzt mit Insulin gut eingestellt, die Kosten für Insulin und Teststreifen übernimmt MMM. Ebenso tragen wir die hohen Kosten der Behandlung in der Hautklinik.

Herr Y. stammt ebenfalls aus Nordafrika und lebt auch seit Jahren ohne Papiere in Frankfurt. Bei ihm ist seine Zuckerkrankheit seit vier Jahren

bekannt, seither muss er Insulin spritzen. Das Insulin hatte er gespendet bekommen, Teststreifen konnte er nicht bezahlen. Er hat sich also jahrelang „blind“ behandelt. Ein Wunder, dass er ohne Komplikationen überlebt hat! Jetzt bekommt er Insulin und Teststreifen auf Kosten von MMM und ist in diabetologischer Überwachung.

Frau M. aus Westafrika lebt seit drei Jahren hier ohne Papiere. Sie leidet unter einem ausgeprägten Ödem des Unterschenkels nach einer komplizierten Fraktur vor vielen Jahren. Wir verordnen Lymphdrainagen und einen Kompressionsstrumpf. Der Erfolg ist gut, Frau M. ist glücklich, dass

ihr Bein endlich wieder schlank ist. Die Kosten der Behandlung trägt MMM, die Patientin zahlt einen symbolischen Beitrag. Später kommt Frau M. wieder in die Sprechstunde. Sie hat einen Knoten in der Brust bemerkt. Durch die Mammographie kann sie beruhigt werden: der Knoten ist gutartig. Als Frau M. uns erklärt, dass sie in ihr Herkunftsland zurückkehren möchte, schicken wir sie zur Migrationsberatung, damit sie über Rückkehrhilfen aufgeklärt wird. Sie ist bisher die einzige unserer statuslosen Patienten, die in ihre Heimat zurückkehren will.

Diese drei Fallgeschichten zeigen, wie komplex manche Probleme sind und wie wichtig die Unterstützung durch die zahlreichen niedergelassenen Kollegen für uns ist. Sie machen auch anschaulich, dass unsere Arbeit ohne die Kooperation mit Krankenhäusern und Beratungsstellen nicht möglich wäre.

Anschrift des Verfassers

Matthias Plieninger, MMM-Arzt
Malteser Hilfsdienst e.V.
Stadtgeschäftsstelle Frankfurt
Diözese Limburg
Schmidtstraße 67, 60326 Frankfurt



Ein Herz für Kranke: Der leitende MMM-Arzt Matthias Plieninger während der Sprechstunde
(Foto: Malteser Hilfsdienst, Frankfurt)

Die Malteser Migranten Medizin Frankfurt sucht Leitenden Arzt (m/w) auf ehrenamtlicher Basis (30 Stunden/Monat)

Aufgaben:

- Durchführung der Sprechstunde inkl. Vor- und Nachbereitung
- Leitung des Teams von zwei Ärztinnen, zwei Krankenschwestern und einer Sekretärin

Profil:

- Allgemeinärztliche oder internistische und diabetologische Qualifikation erwünscht
- Fremdsprachenkenntnisse (engl. und franz.) sind von Vorteil

Kontakt: Malteser Hilfsdienst e.V. Frankfurt, Edeltraud Eckoldt,
Tel. 069 9421050, E-Mail: edeltraud.eckoldt@malteser.org

Weitere Informationen: www.malteser-frankfurt.de

Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung

Es kann wirklich funktionieren Beispiel: Kardiologie HSK Wiesbaden

Im Jahre 1999 wurde die Kooperation zwischen einer großen kardiologischen Gemeinschaftspraxis in Wiesbaden mit der kardiologischen Klinik der Dr. Horst Schmidt Klinik begonnen. Die niedergelassenen Kardiologen betreiben seit dieser Zeit ein eigenes Katheterlabor in den Räumlichkeiten des kardiologischen Funktionstraktes der Dr. Horst Schmidt Kliniken und haben ein spezielles Bettenkontingent für die Nachsorge ihrer Patienten im Bettenbereich der Kardiologie zur Verfügung. Es werden die diagnostischen Verfahren der Katheteruntersuchung, die Intervention mit Stentimplantation, Schrittmacherooperationen und weitere Diagnostik und Therapie durchgeführt.

Von Seiten der Klinik stehen alle Möglichkeiten der Unterstützung mit sofortiger stationärer Aufnahme, Intensivtherapie, gemeinsamer Besprechung von Diagnostik und Therapie im ambulanten wie im stationären Bereich sowie gemeinsame Diskussion von schwierigen Entscheidungen zur Verfügung.

Heute ist die Kooperation ausgeweitet auf zwei große kardiologische Praxen mit insgesamt acht invasiv tätigen Kardiologen. Gemeinsam werden mehr als 3.500 Katheteruntersuchungen im Jahr durchgeführt und etwa 1.000 Interventionen. Die Vor-

teile dieser sehr engen Verzahnung für die Qualität der medizinischen Versorgung liegen auf der Hand.

Ambulante und stationäre Kompetenz kommt jedem Patienten nach den individuellen Gegebenheiten zugute. Kommunikationswege sind kurz und hürdenlos. Dadurch werden wichtige Informationen über Patienten aktuell weitergegeben und Einschätzungen werden durch gemeinsame Bewertung und Interpretation gesichert. Die Patienten erleben einen fließenden Übergang von ambulanter in stationäre Versorgung. Gerade in sehr kritischen Situationen wird Vertrauen gebildet, wenn die behandelnden Ärzte aus dem ambulanten Bereich in Gegenwart der Patienten mit den Ärzten des stationären Bereiches die Situation besprechen und sich abstimmen.

Der diagnostische und therapeutische Workflow wird optimiert, Doppeluntersuchungen entfallen. Für die ambulant tätigen Kollegen bietet das Versorgungsnetz der HSK vielfältige Erweiterungen diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten, die ambulante Leistung kann mit dem Backup der Fachklinik unter logistisch- und sicherheitstechnisch optimalen Bedingungen erbracht werden. Aber auch nichtmedizinische Leistungen wie Putzdienst, Medizintechnik o.ä., können von

der HSK geleistet in Anspruch genommen werden.

Für die Klinik ergeben sich feste Einweiserstrukturen. Die gesundheitspolitisch sinnvolle Verschiebung prinzipiell ambulant zu erbringender Leistungen wurde umgesetzt, um das Spektrum der Fachklinik auf obligat intrahospital zu erbringende Diagnostik und Therapie zu fokussieren. Dies ist nicht zuletzt auch aus ökonomischer Sicht sinnvoll und zukunftssicher. Zusätzlich profitieren die ausschließlich in der Klinik tätigen Ärzte von der Einschätzung der ambulant tätigen Kollegen sowie vice versa.

In den Jahren der gemeinsamen Zusammenarbeit sind Hürden und Berührungspunkte abgebaut worden. Darüber hinaus wurden Sorgen vor ungewünschten Patientenströmen aufgelöst. Es hat sich ein freundschaftliches Miteinander entwickelt, dass das Maß der Zufriedenheit im Arbeitsalltag günstig beeinflusst.

Anschrift des Verfassers

*Professor Dr. med. M. Sigmund
Direktor der Klinik für Innere Medizin I
Ludwig-Erhard-Straße 100
65199 Wiesbaden
E-Mail:
Martin.Sigmund@HSK-Wiesbaden.de*

Praxisteam aus Hessen mit dem deutschen Preis für Therapie-Treue ausgezeichnet

Paris. 71 Praxisteams aus ganz Deutschland hatten sich für den ersten deutschen TherapieTreuePreis 2011 beworben. Bei dem Europäischen Kardiologenkongress in Paris (27.-31. August 2011) wurden drei niedergelassene Ärzte mit dem Preis geehrt, die sich besonders für eine erfolgreiche Langzeittherapie ihrer Hypertonie-Patienten engagieren.

Der erste Preis ging an das Praxisteam von Dr. med. Frank Klein, Facharzt für Allgemeinmedizin und Diabetologie, und Dr. Herrmann Finck, Inter-

nist, aus Schenkengsfeld in Hessen. Die Jury würdigte insbesondere die strukturierten und häufig durchgeführten Patientenschulungen, die eigens eingerichtete Hypertonie-Sprechstunde, die Bereitstellung einer Hypertonie-Assistentin und die Entwicklung eines selbst entworfenen Messprotokolls in der Blutdrucklangzeitmessung.

Sicherer Verordnen

Plazebo-Effekte in der Schmerztherapie

Obwohl schon lange bekannt und auch häufig eingesetzt, wurden in den letzten Jahren Plazebo- (und Nozebo-) Effekte wissenschaftlich genauer untersucht (1953 – 2009 circa 2.000 gezielte Studien zur Plazebowirkung). U.a. Erwartungshaltung, klassische Konditionierung und Beobachtung anderer Schmerzpatienten erzeugen ähnliche Reaktionen im Gehirn wie die Gabe eines Schmerzmittels. Empfehlungen für die Praxis:

1. Systematische Nutzung der Plazebo-Effekte durch Änderung der Begleitumstände z.B. intensive ärztliche Zuwendung, Verstärkung des Vertrauensverhältnisses, positive non-verbale Reaktionen.
2. Die alleinige Gabe eines Plazebos (oder Pseudoplazebos) ohne effektive Therapie wie bei vielen alternativen Therapieempfehlungen stößt an ethische Grenzen – gegen eine zusätzliche unterstützende Plazebogabe kann z.B. in der GKV nur das Wirtschaftlichkeitsgebot sprechen.
3. Vermeidung eines Nozebo-Effektes durch Betonung positiver Wirkungen (z.B. sollten die überwiegend negativen Botschaften in den Packungsbeilagen wirksamer Arzneimittel risiko-adäquat relativiert werden).
4. Eine effektive Schmerztherapie zu Beginn einer Behandlung verstärkt positive Erwartungen und erhöht den Plazebo-Effekt, der grundsätzlich bei jeder Therapie vorhanden ist.
5. Das Wissen über die Wirkmechanismen von Plazebos reicht noch nicht aus, um im Einzelfall konkrete Aussagen zur Verlässlichkeit der komplexen Plazebowirkungen zu machen.

Quelle: Hausarzt 2011; 48(11): 40-3; AM-Therapie-Kritik 2011, Folge 3

NSAID und Säurehemmstoffe

Empfehlungen einer französischen kritischen Zeitschrift:

1. Um gastrointestinalen Blutungen und Perforationen durch nicht-steroidale Antiphlogistika (NSAID) vorzubeugen, sind Mittel der ersten Wahl die Gabe anderer Analgetika (z.B. Paracetamol) oder eine begrenzte Einnahmedauer oder eine Dosisreduktion. Dies hat den Vorteil, dass dadurch auch andere unerwünschte

Wirkungen (UAW) der NSAID (kardial, renal, hepatisch, kutan, neuropsychologisch) minimiert werden können.

2. Falls eine NSAID indiziert ist, sollten Arzneistoffe mit dem günstigsten Nutzen-Risikoprofil angewandt werden (z.B. Ibuprofen oder Naproxen).
3. Nur bei Patienten mit hohem Risiko ist die präventive Gabe eines säurehemmenden Arzneistoffes indiziert. Alter über 65 Jahre, Ulkusanamnese in der Vergangenheit, Hochdosistherapie eines NSAID, Alkohol- und Nikotinmissbrauch, gleichzeitige Gabe eines Plättchenaggregationshemmers, eines Glukokortikoids oder eines SSRI-Antidepressivums gehören zu den bekannten Risikofaktoren.
4. Zur Therapie wird Misoprostol 400-800 µg/d (z.B. Cytotec®) an erster Stelle empfohlen, bei Unverträglichkeit (Diarrhö, GI-Schmerzen) Omeprazol 20 mg/d (Generika) oder Famotidin 40 mg/d (Generika).
5. Die Gabe eines Säurehemmstoffes darf nicht dazu führen, die Dosis des jeweiligen NSAID zu erhöhen.

Quelle: Prescrire internat. 2011; 20 (119): 216 - 9

„Personalisierte Medizin“ – kritisch zu sehendes Schlagwort

In der Laienpresse ist seit einiger Zeit vermehrt von einer „personalisierten Medizin“ die Rede. Dieses Schlagwort scheint jedoch derzeit eher Teil einer neuen Marketingstrategie pharmazeutischer Hersteller zu sein, die ihre neuen Medikamente, vor allem zur Krebstherapie, besser verkaufen wollen. Die Markteinführung von Trastuzumab (Herceptin®) hat für Frauen mit Brustkrebs mit vielen Her2-Rezeptoren einen Vorteil erbracht, ob dadurch ihr Leben aber langfristig verlängert werden kann, bleibt noch ungewiss. Ein zusätzliches Problem sind dabei die verwendeten Biomarker, die bei weitem nicht so selektiv sind wie behauptet, abzulesen an der nur gering erhöhten Lebenszeit. Auch wenn die systematische Erforschung der Genetik von Tumoren zukünftig Vorteile für Krebspatienten verspricht, übertriebene Forschungserfolge wecken derzeit nicht erfüllbare Hoffnungen.

Der Einschätzung des Vorsitzenden der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, ein bekannter und kritischer

Onkologe, kann zugestimmt werden: „Bisher ist die personalisierte Medizin in erster Linie ein leeres Versprechen“.

Es gibt noch einen anderen Grund, das neue Schlagwort einer personalisierten Medizin kritisch zu sehen, impliziert es doch, dass die derzeitigen Therapiebemühungen der Ärzteschaft eher routinemäßig ablaufen und nicht auf den individuellen Patienten zugeschnitten seien. Diese Herabsetzung der ärztlichen Tätigkeit sollte eigentlich heftigen Protest der Kolleginnen und Kollegen hervorrufen. Die Marketingexperten der pharmazeutischen Industrie und mit ihnen verbundene Experten haben nicht unbedingt Ärztinnen und Ärzte im Dienst für ihre Patienten im Blick (siehe auch „Biologika“, die verharmlosende Bezeichnung für hochwirksame, aber auch mit sehr schweren UAW verbundene Arzneistoffe).

ACE-Hemmer und Angioödem

ACE-Hemmer gehören zum Therapiestandard der Hypertonie. Die Zahl ihrer Verordnungen haben sich in den letzten zehn Jahren verdreifacht (2000: 1.756 Mio DDD, 2010: 5.121 Mio DDD), daher sollte erneut auf die Gefahr des Auftretens eines nicht-allergischen Angioödems (erstmalig auch nach jahrelanger Therapie!) hingewiesen werden (Inzidenz 0,1 bis 0,7 Prozent). Zur Therapie dieser UAW kann nur auf einen off-label-Einsatz eines C1-Esterase-Inhibitors (Berinert®), Glukokortikoids, evtl. inhalatives Adrenalin oder Icatibant (Firazyr®) verwiesen werden, da diese Arzneistoffe nur zur Therapie des allergischen-bedingten oder hereditären Angioödems zugelassen sind. Ein Ersatz des ACE-Hemmers durch einen AT1-Antagonisten ist nur in besonders begründeten Fällen sinnvoll, da unter AT1-Blocker Angioödeme in ähnlicher Größenordnung auftreten können.

Quellen: Pharm. Ztg. 2011; 156(34): 2890-4; Schwabe/Paffrath, Arzneiverordnungsreport 2010, S. 219

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 10/2011

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

Empfehlungen und Kulturtipps zum Jahresausklang

Bücher

Ein bisher übersehener Klassiker: Michail Bulgakow, *Meister und Margarita*. Satan mit Gefolge kommt nach Moskau. Jesus führt Gespräche mit Pilatus, Staatsmacht der Sowjetunion und die Menschen sind verwirrt. Ein großer Roman.

Für die Leserratte, die noch nicht alles hat. Jose Louis Borges: *Die Bibliothek von Babel*; 30 Bände, einer spannender als der andere. Unbekanntes von Kafka, Kipling, Melville unendliche Freuden, Vieles zum Kennenlernen. Eine Provokation zur Ethikdiskussion: Was darf der Staat, was muss der Einzelne ertragen? Julie Zeh *„Corpus Delicti“*. Gibt es eine Pflicht zur Gesundheit?

Dr. med. Siegmund Drexler

Steven Uhly, 1964 geborener Autor deutsch-bengalischer Herkunft, ist mit seinem 2011 erschienen zweiten Roman *„Adams Fuge“* ein faszinierendes Oeuvre gelungen. Nur vordergründig eine aberwitzige Familiengeschichte, liest sich *„Adams Fuge“* in erster Linie als Identitäts- und Entwicklungsroman und trägt die Züge eines Agenten-Thrillers. Hauptfigur ist ein Deutsch-Türke, der jenseits gängiger Integrationsklischees zur Spielfigur im Gefüge der Mächtigen wird. Steven Uhly: *Adams Fuge*. Secessions Verlag

Ein Künstler auf Zeitreise: Für ihr in Romanform gegossenes Gedanken-spiel um den wiedererwachten Mozart und sein unvollendetes Requiem wurde Eva Baronsky 2010 mit dem „Förderpreis zum Friedrich Hölderlin-Preis der Stadt Bad Homburg“ ausge-

zeichnet. Mit köstlichem Sinn für Humor und einem fast musikalisch anmutenden Schreibstil, in dem die Sprache des 18. Jahrhunderts mit der Diktion der Gegenwart kontrastiert, nimmt Baronsky ihre Leser auf Mozarts abenteuerliche letzte Reise mit.

Eva Baronsky: *Herr Mozart wacht auf*. Aufbau-Verlag

Katja Möhrle

Empfehlung zur Deutschen Geschichte

Auseinandersetzung mit dem Nationalsozialismus. Hanna Krall: *Herz König*. lakonisch, novellistisch. So schreibt nur Hanna Krall.

Edgar Hilsenrath: *„Nacht“* – Grauen und Gräuel aus einem Ghetto in Transnistrien. Abgründe menschlichen Verhaltens, wenig Bekanntes aus dem Krieg im Osten. Düster, aber wichtig!

Dr. med. Siegmund Drexler

Ausstellungen und Kataloge

Ausstellung im Städel Frankfurt: **Beckmann in Amerika**. Ein wenig bekannter Max Beckmann – unbedingt besuchenswert.

Bildband: Isolde Ohlbaum: **Bilder des literarischen Lebens**, Fotografien aus vier Jahrzehnten. Bilder, Menschen und Begegnungen.

Dr. med. Siegmund Drexler

Ernst Ludwig Kirchner als Architekt:

Die Mathildenhöhe Darmstadt lädt dazu ein, neue Seiten eines Künstlers zu entdecken: Als Maler, Grafiker und Bildhauer des Expressionismus und Gründungsmitglied der Künstlergruppe „Brücke“ wurde Ernst Ludwig Kirchner weltberühmt. Kaum bekannt war bisher, dass er vor seiner Entscheidung für die Künstlerlaufbahn Architektur studiert hatte. In der Ausstellung „Ernst Ludwig Kirchner als Architekt“ sind jetzt auf der Mathildenhöhe Baupläne und virtuose Architekturzeichnungen des jungen Kirchner aus seiner Studienzeit in Dresden und München zu sehen.

Ausstellung Museum Künstlerkolonie, Mathildenhöhe, Darmstadt, 2. Oktober 2011 bis 8. Januar 2012

DuMonts Großer Kunstkalender 2012.

Seit 1961 legt der DuMonts-Verlag Reproduktionen von Gemälden großer Künstler für den jährlich erscheinenden Kalender auf. 2012 sind Werke von Ernst-Ludwig Kirchner, Edouard Manet, Franz Marc, Paul Gauguin, Wassily Kandinsky, Paul Klee, Claude Monet, Emil Nolde, Gabriele Münter, Marc Chagall, Vincent van Gogh und Pablo Picasso zu bestaunen. Ein separates Textblatt bietet sachkundige Erläuterungen zu Künstlern und Gemälden. Preis: 24,99 Euro

Katja Möhrle

Kultur
TIPP

Musik

Singer/Songwriter der Sonderklasse: Tom Waits „Bad as me“, die letzte CD von Tom Waits. Ein wunderbarer Musiker und Sänger.

Philip Jaroussky: „Requiem“ mit Matthias Goerne. Eine Entdeckungsreise mit Countertenor und Bariton.

Für Geigenmusikliebhaber: Hilary Hahn, CD der Deutschen Grammophon, Konzerte von Schönberg (Opus 36) und Jean Sibelius Konzert für Violine und Orchester (Opus 47) mit den Swedish Radio Sinfony Orchestra.

Jazzduo: Der amerikanische Saxofonist und der deutsche Pianist Archie Shepp/Joachim Kühn spielten im November 2010 dieses Album ein. Sie kennen sich seit Ende der Sechziger Jahre und finden miteinander zu wunderbaren Ausdrucksformen, Titel der CD Wo!Man.

Dr. Siegmund Drexler

Oper Frankfurt. Aus der Götterwelt herabgestiegen, hat Göttervater Jupiter nichts Besseres zu tun, als auf Erden erotische Turbulenzen zu entfachen. 1640 wurde Francesco Calisto Barockoper „La Calisto“ voller Leidenschaft, Intrigen und Komik, die ein kritisches Gesellschaftsbild vermittelt und als Cavallis zentrales Werk gilt, im kleinsten Theater Venedigs, dem Teatro San Apollinare, uraufgeführt. Nun hat die Oper Frankfurt „La Calisto“ auf den Spielplan gesetzt. Premiere ist am Freitag, dem 23. Dezember 2011 im Bockenheimer Depot

Katja Möhrle

Theater

Staatstheater Kassel. Ihr Glück scheint immer an einem anderen Ort zu liegen. Daher können sich die Wünsche der Figuren in Anton Tschechows tragikomischen Stücken nie erfüllen. Ein Schicksal, das auch die Drei Schwestern „Olga, Mascha und Irina“ teilen, die nach dem Tod ihres Vaters der langweiligen Provinz den Rücken kehren wollen und auf die Erfüllung ihrer Sehnsüchte in Moskau hoffen. Am 3., 14., 17. und 25. Dezember wird das Stück im Schauspielhaus des Staatstheaters Kassel aufgeführt.

Das Internationale Theater Frankfurt. Deutsche Bühne, English Theatre, Théâtre Français, Teatro Hispano, Teatro Italiano, Russkij Teatr – und alles unter einem Dach. Das bietet das Internationale Theater in Frankfurt. Auch das Dezember-Programm ist bunt gemischt. Ein paar Kostproben daraus: Am 7. Dezember singt das Vokalensemble Anima vorweihnachtliche Lieder aus Russland, am 9. und

10. Dezember präsentiert das Berliner Ensemble Label Noir das humorvoll-ironische Stück „Heimat, bittersüße Heimat“ und Markus Grimm interpretiert am 11. Dezember Charles Dickens „Weihnachtsmärchen“ als Ein-Mann-Stück. Krönender Abschluss ist die Silvester Dinnershow „Piano Creole & Chicago Blues“ am 31. Dezember. Das Internationale Theater Frankfurt, Hanauer Landstraße 5-7 (Zoo-Passage), 60314 Frankfurt. www.internationales-theater.de

Katja Möhrle

Für das Kind

Wissensdurst; Susanne Rebscher, Leonardo da Vinci, zahlreiche optische Effekte, Klappen, herausnehmbare Karten, Briefe und Notizen da Vincis erlauben Blicke in die Epoche der Renaissance und in das Universum des Meisters.

Dr. Siegmund Drexler

Liebe Frau Kollegin Ende, liebe Brigitte,



am 2. November bist Du 60 Jahre alt geworden und dazu möchte ich Dir im Namen des Vorstandes des Versorgungswerkes an dieser Stelle noch einmal ganz herzlich gratulieren!

Getreu dem Motto, das Leben nicht mit Jahren, sondern die Jahre mit Leben zu füllen, kannst Du eine respektable Bilanz vorweisen: Nach einer Friseurlehre im elterlichen Betrieb bist Du auf dem zweiten Bildungsweg zur Medizin gekommen. Mit der Dir eigenen Disziplin hast Du die Studienjahre in Marburg und München erfolgreich absolviert und die Weiterbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in München begonnen. Fasziniert von dem Facettenreichtum psychiatrischer Erkrankungen hast Du Dir diese Disziplin aus dem Blickwinkel der Forschung, der ambulanten und stationären Patientenversorgung erarbeitet, bevor Du 1990 in eigener Praxis die Versorgung der psy-

chiatrisch erkrankten Patienten und Patientinnen rund um Gießen aufgenommen hast.

Dieser Weitblick, vor allem aber Deine innere Haltung sowie Deine persönliche Identifikation als Ärztin haben immer dafür gesorgt, über den Tellerrand hinaus zu schauen. Seit mehr als 20 Jahren bist Du neben Deinem Beruf ehrenamtlich in wichtigen Gremien und Funktionen der Landesärztekammer Hessen tätig. Hervorzuheben ist Deine langjährige Tätigkeit als Vorsitzende der Bezirksärztekammer Gießen sowie als Vorsitzende des Vorstandes des Versorgungswerkes. Darüber hinaus vertrittst Du in bundesweiten Gremien, z.B. in der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungswerke (ABV) die Anliegen der hessischen Ärztinnen und Ärzte. Dank Deiner umfangreichen Kenntnisse, Deiner Disziplin und Deiner Professionalität bist Du dort eine geschätzte Gesprächspartnerin. Oft genug warst Du die erste, manchmal die einzige Frau in diesen Ämtern. Viele Ärztinnen hast Du ermutigt, berufspolitisch aktiv zu werden

und für die ärztliche Selbstverwaltung, also „die eigene Sache“, einzutreten.

Ehrenamtliches Engagement ist in der Regel mit Zivilcourage verbunden. So mutig, wie Du zunächst unpopulär erscheinende Themen, z.B. die Anerkennung von Kindererziehungszeiten oder familienfreundliche Arbeitsbedingungen berufspolitisch hofmäßig gemacht und vorangetrieben hast, so mutig kämpfst Du für ein menschenfreundliches Lebensumfeld Deiner „Ziehkinder“ in Südafrika.

Ja, Deine Jahre sind mit Leben gefüllt! Was kann man da noch wünschen? Wir wünschen Dir von Herzen alles Liebe und Gute: weiterhin die Gesundheit und die Schaffensfreude, damit Du uns noch recht lange begleitest. Die Muße, das Erreichte im Kreise Deiner Lieben zu genießen und natürlich das nötige Quäntchen Glück bei Allem, was Du noch bewegen möchtest.

*Dr. Susan Trittmacher
Mitglied des Vorstandes des
Versorgungswerkes*

Der Publizistik-Preis der Stiftung Gesundheit



Wissen ist die beste Medizin – so lautet der Slogan der Stiftung Gesundheit. In diesem Sinne würdigt sie hervorragende Veröffentlichungen zum Thema Gesundheit und Medizin jedes Jahr mit dem Publizistik-Preis.

Die Auszeichnung gilt Beiträgen, die gesundheitliches Wissen in hervorragender Weise anschaulich vermitteln und Zusammenhänge transparent darstellen. Dazu müssen sie ein Höchst-

maß sowohl medizinisch-fachlicher als auch didaktisch-journalistischer Kompetenz zeigen.

Wenn Sie am Publizistik-Preis 2012 teilnehmen möchten, finden Sie die Ausschreibungsunterlagen unter:

www.stiftung-gesundheit.de/publizistik-preis/Ausschreibungsunterlagen_pub-preis_2012.pdf

Die Ausschreibungsfrist endet am 13. Januar 2012.

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Eckart Mende, Seeheim-Jugenheim, am 23. Januar,
Dr. med. Wolf Grimmer, Rüsselsheim, am 26. Januar.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Anke Althaus, Schrecksbach, am 19. Januar.

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Medizinaldirektorin i.R. Dr. med. Kaete Hoffmann, Geisenheim, am 25. Januar.

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

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Lösung Medizinisches Kreuzworträtsels

aus 11/2011, Seite 676

CLONIDIN

Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung von Arztpraxen – BGW startet neue Nachweisaktion

Das Arbeitsschutzgesetz und das Arbeitssicherheitsgesetz verpflichtet jeden Unternehmer, eine betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung – die regelmäßigen Personaluntersuchungen müssen übrigens immer an einen neutralen Betriebsarzt bzw. Arbeitsmediziner vergeben werden – einzurichten, sobald ein Arbeitnehmer oder eine Arbeitnehmerin beschäftigt wird. Das gilt auch für geringfügig Beschäftigte, Teilzeitkräfte und Aushilfen. Hierzu stehen verschiedene Betreuungsformen zur Verfügung: die Regelbetreuung für Betriebe bis zehn Beschäftigte, die Regelbetreuung für Betriebe mit mehr als zehn Beschäftigten sowie die Alternative bedarfsorientierte Betreuung, das so genannte ‚Unternehmermodell‘, für Betriebe mit nicht mehr als 50 Beschäftigten. Weitere Informationen sowie eine Übersicht über die drei Betreuungsformen finden Sie auf unserer Homepage www.laekh/betriebsaerztlichebetreuung.de

Nach Informationen der BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) findet Ende November/Anfang Dezember 2011 erneut eine Nachweisaktion zur betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung, u.a. auch von Arztpraxen in Hessen, statt. Die Stichprobe umfasst die Abfrage, welche Betreuungsform Sie eingerichtet haben und wer Ihre Fachkraft für Arbeitssicherheit und Ihr Betriebsarzt sind. Zu diesem Zweck wird Ihnen von der BGW ein Nachweisbogen zugesandt, den wir als Muster ebenfalls auf unserer Homepage eingestellt haben.

Sollten Sie für Ihre Praxis noch keine betriebsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung festgelegt haben oder ggf. eine Änderung der Betreuungsform in Erwägung ziehen, stehen wir Ihnen gerne bei der Auswahl der für Sie optimalen Betreuungsform beratend zur Seite.

In den von uns angebotenen Unternehmerschulungen zur alternativen bedarfsorientierten Betreuung erhalten Sie neben der Einführung in den Arbeits- und Gesundheitsschutz umfassende Informationen zu den rechtlichen Anforderungen, der Gefährdungsbeurteilung und Maßnahmen in der Arztpraxis sowie zur Verwendung der vorgeschriebenen ‚Safety Instruments‘ (s.a. „Infektionsrisiko durch Nadelstichverletzungen“), um nur einige Beispiele zu nennen. Die Termine für 2011 können Sie unserem Anmeldeformular entnehmen. In 2012 werden ebenfalls Unternehmerschulungen angeboten, die Termine hierfür werden in Kürze veröffentlicht.

Weitere Informationen erhalten Sie gerne unter folgender Telefonnummer: 0611 97748-0, (Durchwahl -25, Barbara S. Sebastian).

Barbara S. Sebastian
Bezirksärztekammer Wiesbaden

Hospital Build Europe 2012

Fachmesse für Krankenhausbau, -betrieb und -ausstattung
24. – 26. April 2012 in Berlin
www.hospitalbuildeurope.com

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Herta Engelhardt, Marburg
* 22.2.1921 † 26.9.2011

Dr. med. Frank-Lutz Fabian, Michelstadt
* 21.7.1947 † 17.9.2011

Professor Dr. med. Hugo-Constantin Friederich, Marburg
* 1.6.1922 † 24.9.2011

Obermedizinalrat Dr. med. Karl Heckmann, Rotenburg
* 17.5.1920 † 22.9.2011

Dr. med. Ursula Hellweger, Bad Soden-Salmünster
* 3.2.1932 † 21.9.2009

Dr. med. Ruth Hinüber, Marburg
* 10.4.1917 † 10.9.2011

Dr. med. Alois Kölzer, Hadamar
* 6.2.1916 † 16.9.2011

Dr. med. Horst-Dieter Kombächer, Arolsen
* 17.5.1952 † 23.9.2011

Kreismedizinalrat a.D. Dr. med. Lothar Schute, Seligenstadt
* 11.9.1921 † 2.9.2011

Dr. med. Renate Sellmann-Richter, Willingen
* 15.10.1952 † 14.9.2011

Dr. med. Anita Tilling, Dreieich
* 28.2.1927 † 7.9.2011

Professor Dr. med. Egmont Wildhirt, Kassel
* 26.3.1924 † 24.7.2011

Dr. med. Renate Zissler, Kronberg
* 28.2.1922 † 3.1.2009

Richtige Antworten

Zu den Multiple Choice-Fragen „Interventionelle Thermoablation von malignen Lebertumoren und Lebermetastasen: Vergleich von Radiofrequenzablation (RFA), laserinduzierter Thermotherapie (LITT) und Mikrowellenablation (MWA)“ in der Oktober-Ausgabe 2011, Seite 606

Frage 1	4	Frage 6	1
Frage 2	2	Frage 7	3
Frage 3	2	Frage 8	2
Frage 4	1	Frage 9	1
Frage 5	3	Frage 10	4

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis Nr. 060016513, ausgestellt am 9.4.2010
für Dr. med. Walter Auerhammer, Riedstadt,

Arztausweis (ohne weitere Angaben)
für Andre Bildhäuser, Rain, Schweiz,

Arztausweis Nr. HS/F/15406, ausgestellt am 27.10.2008
für Christian Bischoff, Offenbach,

Arztausweis Nr. HS/F/14850, ausgestellt am 13.2.2008
für Dr. med. Kim Dahl-Hoppe, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060010521, ausgestellt am 18.12.2008
für Dr. med. André Dupin, Neu-Anspach,

Arztausweis (ohne weitere Angaben)
für Rafael Gorb, Kaufungen,

Arztausweis (ohne weitere Angaben)
für Thomas Gugerel, Kiedrich,

Arztausweis Nr. 060012433, ausgestellt am 21.4.2009
für Dr. med. Sabine Güssow, Zwingenberg,

Arztausweis Nr. HS/F/14516, ausgestellt am 12.9.2007
für Dr. med. Götz Hanebuth, Seligenstadt,

Arztausweis (ohne weitere Angaben)
für Khay Sun Haong, Nürnberg,

Arztausweis Nr. 060016898, ausgestellt am 18.5.2010
für Justin Hasenecker, Gießen,

Arztausweis Nr. 060013248, ausgestellt am 8.7.2009
für Nina Höhler, Weilburg,

Arztausweis Nr. 060016194, ausgestellt am 22.3.2010
für Dr. med. Katrin Holzwarth, Bernex, Schweiz,

Arztausweis Nr. 060017825, ausgestellt am 9.8.2010
für Anje-Bettina Kanngießer, Kirchhain,

Arztausweis (ohne weitere Angaben)
für Dagmar Kessel, Nidda,

Arztausweis Nr. HS/F/13224, ausgestellt am 21.12.2005
für Ann-Christin Kirchner, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060016047, ausgestellt am 9.3.2010
für Claus Klipper, Otzberg,

Arztausweis Nr. 060010615, ausgestellt am 23.12.2008
für Marco Leo, Babenhausen,

Arztausweis (ohne weitere Angaben)
für Dr. med. Symon Mehari, Kassel,

Arztausweis (ohne weitere Angaben)
für Ivo Meraskentis, Nidda,

Arztausweis (ohne weitere Angaben)
für Professor Dr. med. Wolfgang Milch, Wettengel,

Arztausweis Nr. 060018251, ausgestellt am 8.9.2010
für Dr. med. Gesine Mistry, Offenbach,

Arztausweis Nr. HS/F/15420, ausgestellt am 5.11.2008
für Dr. med. Melching-Schedlinski, Dreieich-Götzenhain,

Arztausweis Nr. HS/D/4587, ausgestellt am 24.5.2005
für Dr. med. Jan Niemeyer, Hofheim a.T.,

Arztausweis Nr. HS/F/14875, ausgestellt am 27.2.2008
für Dr. med. Katrin Niemeyer, Hofheim a.T.,

Arztausweis Nr. HS/M/40/2007, ausgestellt am 15.2.2007
für Dieter Risch, La Cadière d'Azur, Frankreich,

Arztausweis Nr. 060014992, ausgestellt am 17.12.2009
für Dr. med. Joachim Riße, Marburg,

Arztausweis Nr. 060017342, ausgestellt am 23.6.2010
für Fabian Sagebiel, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/K/6058, ausgestellt am 23.4.2003
für Michael Scherer, Kaufungen,

Arztausweis Nr. 060013682, ausgestellt am 12.8.2009
für Dr. Univ. Pisa Martin Seeger-Tabatabai, Rodenbach,

Arztausweis (ohne weitere Angaben)
für Ralf-Christoph Seitz, Fulda, Fulda, Fulda,

Arztausweis Nr. 060013528, ausgestellt am 27.7.2009
für Christine Sommerlad, Marburg,

Arztausweis (ohne weitere Angaben)
für Medizinaldirektor Dr. med. Gerhard Stephan, Bad Schwalbach,

Arztausweis Nr. 060022067, ausgestellt am 29.8.2011
für Dr. med. Kathrin Tepper-Wessels, Göttingen,

Arztausweis (ohne weitere Angaben)
für PD Dr. med. Winfried Vahlensieck, Bad Wildungen,

Arztausweis (ohne weitere Angaben)
für Nina Wandel, Marburg,

Arztausweis Nr. 060022520, ausgestellt am 14.10.2011
für Janna Weber, Alsbach-Hönnlein,

Arztausweis Nr. 060020506, ausgestellt am 5.4.2011
für Anne Winkler, Buseck.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

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

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt	Augenärztin/Augenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Darmstadt	Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater
Darmstadt	Orthopädin/Orthopäde (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Darmstadt	Radiologin/Radiologe (Hälftiger Versorgungsauftrag, Überörtlicher Berufsausübungs- gemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Rimbach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Wald-Michelbach	Kinderärztin/Kinderarzt
Viernheim	Orthopädin/Orthopäde (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Mörfelden-Walldorf	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Riedstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Odenwaldkreis

Michelstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – mit angestelltem Arzt/Teilzeitbeschäftigung
-------------	---

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Darmstadt, Pallaswiesenstraße 174, 64293 Darmstadt** zu senden.

Planungsbereich Frankfurt am Main

Frankfurt am Main-Sachsenhausen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt am Main-Westend	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Frankfurt am Main-Nordwestzentrum	HNO-Ärztin/HNO-Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankfurt am Main-Westend	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Bad Homburg	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Hochtaunuskreis	Orthopädin/Orthopäde mit angestelltem Arzt
Bad Homburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach-Innenstadt	Frauenärztin/Frauenarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
----------------------	---

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Langenselbold	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Bruchköbel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Hanau	Orthopädin und Unfallchirurgin/ Orthopäde und Unfallchirurg (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

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

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Langen	Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Neu-Isenburg	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt

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	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Gießen	Orthopädin/Orthopäde (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Pohlheim	Chirurgin/Chirurg (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Wetzlar	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
---------	--

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Planungsbereich Landkreis Marburg-Biedenkopf

Lahnatal	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Marburg	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Wohratal	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Homburg/Efze	Frauenärztin/Frauenarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
--------------	---

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

Planungsbereich Landkreis Fulda

Fulda	Orthopädin/Orthopäde (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Fulda	Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Fulda	Radiologin/Radiologe (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Landkreis Hersfeld-Rotenburg

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

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Kassel	Hautärztin/Hautarzt
Kassel	Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Kassel	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

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

Planungsbereich Wiesbaden

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

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Hochtaunuskreis	Augenärztin/Augenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
-----------------	---

Planungsbereich Limburg-Weilburg

Limburg-Weilburg	Hautärztin/Hautarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Limburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

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

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

Praxisvertreter/-innen

für Praxisvertretungen im Land Hessen.

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

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Georg-Voigt-Straße 15

60325 Frankfurt/M.

Fon: 069 79502-604

zu wenden.

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