



Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

6 | 2012

Juni 2012

73. Jahrgang



- **Themenheft Palliativmedizin**
 - Palliativversorgung, Kompetenzen der Medizinischen Fachangestellten
 - Entwicklung der Palliativmedizin in Potsdam und Mittelmark
 - „... und wer kümmert sich um uns?“
- **Fünf Jahre Ethikkomitee der Kinderklinik Frankfurt-Höchst**
- **Diabetes-Präventionstag „Fit und gesund älter werden“ in Offenbach**
- **Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Hessen**
- **Ärztetze in Hessen**

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. med. 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. med. Klaus-Reinhard Genth

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Katja Möhrle, M. A.

Redaktions-Beirat:

Prof. Dr. med. Erika Baum, Biebental
Armin Beck, Flörsheim
Monika Buchalik, Hanau
Prof. Dr. med. Ulrich Finke, Offenbach
Dr. med. Brigitte Hentschel-Weiß, Groß-Gerau
Prof. Dr. med. Dietrich Höffler, Darmstadt
Dr. med. Hans-Martin Hübner, Langgöns
Prof. Dr. med. Manuela Koch, Marburg
Dr. med. Snjezana Krückeberg, Bad Homburg
Martin Leimbeck, Braunfels
PD Dr. med. Ute Maronna, Frankfurt
Dr. med. Edgar Pinkowski, Pohlheim
Karl Matthias Roth, Fischbachtal
Christian Sommerbrodt, Wiesbaden
Dr. med. Gösta Strasding, Frankfurt
Prof. Dr. med. Michael Tryba, Kassel
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:

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

Layout-Design:

Kathrin Artmann, Heidesheim
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen

Zzt. ist Anzeigenpreisliste 2012 vom 1.1.2012 gültig.

Bezugspreis / Abonnementspreise:

Der Bezugspreis im Inland beträgt 123,00 € inkl. Versandkosten (12 Ausgaben), im Ausland 123,00 € zzgl. Versand, Einzelheft 12,75 € 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

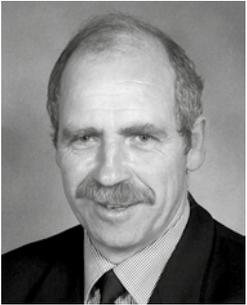


Editorial	352
5. Hessischer Heilberufetag	353
Das 3. Hessische Gründer- und Abgeberforum der KV Hessen	354
Fortbildung	
Palliativversorgung, Kompetenzen der Medizinischen Fachangestellten	355
„... und wer kümmert sich um uns?“	360
Sicherer Verordnen	395
Risikobewertungsverfahren für eisenhaltige Injektionsmittel eingeleitet ...	396
Aktuelles	
Entwicklung der Palliativmedizin in Potsdam und Mittelmark	356
Ein Hospiz für Gießen und die Region	364
Fünf Jahre Ethikkomitee der Kinderklinik Frankfurt-Höchst – ein Erfahrungsbericht	365
Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Hessen	373
Psychosomatische Rehabilitation – Therapeuten begleiten Transfer per Internet	379
Landesärztekammer Hessen	
Diabetes-Präventionstag „Fit und gesund älter werden“ in Offenbach	366
Ärztetze in Hessen	369
Ansichten und Einsichten	
UKGM – eine unendliche Geschichte	371
Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim	381
Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim	387
Parlando	
Auf den Spuren der Romantiker / Analoges Leben	389
Arzt- und Kassenarztrecht	
Blind nach Magenblutung – AION (ICD-10: H47.0)	391
Briefe an die Schriftleitung	397
Von hessischen Ärztinnen und Ärzten/Personalia	399
Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	403
Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	409

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 Verlages.

Liebe Kolleginnen und Kollegen!



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

Aus aktuellem Anlass heraus beschäftigt mich die Frage erneut, ob in der Gesundheitsversorgung erzielte Gewinne eben dieser Gesundheitsversorgung entzogen werden dürfen, um damit beispielsweise den Anteilseignern privater Einrichtungen der Gesundheitsversorgung

Dividenden auszuschütten. Rechtliche Gründe stehen dem nicht entgegen. Dennoch muss eine kritische Sicht erlaubt sein. Nicht umsonst zählt die gesundheitliche Versorgung unserer Bevölkerung zu den Aufgaben der Daseinsvorsorge. Gemeinhin wird unter Daseinsvorsorge die staatliche Aufgabe zur Bereitstellung der für ein menschliches Dasein als notwendig erachteten Güter und Leistungen – die so genannte Grundversorgung – verstanden. Diese wird über Steuern, Gebühren oder eben auch durch die Beiträge der Versicherten zur Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Der Sicherstellungsauftrag für die stationäre Krankenhausversorgung liegt bei den Landkreisen und kreisfreien Städten, und zwar zeitlich stets und inhaltlich unabhängig von der Trägerschaft der Einrichtungen.

Nun haben wir uns längst daran gewöhnt oder vielmehr damit abgefunden, dass die Länder ihrer Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung im stationären Sektor nur noch unzureichend nachkommen. In der Folge sehen sich die Krankenhäuser gezwungen, diese Lücke durch so genannte Eigenmittel zu erfüllen, d.h. die Krankenhäuser müssen dafür entsprechende Gewinne erwirtschaften.

Solange diese Gewinne in neue Behandlungsmethoden oder medizinische Geräte investiert werden, verbleibt das Geld im System und dient seiner eigentlichen Bestimmung. Mit welcher Berechtigung jedoch werden diese Gewinne privatisiert, während doch die Kosten sozialisiert werden?

Ein möglicher neuer Höhepunkt dieser Entwicklung ist die Ankündigung des Ge-

sundheitskonzerns Fresenius, die Mehrheit der privaten Rhön Klinikum AG übernehmen zu wollen. Zum Fresenius-Konzern gehören mehrere weltweit handelnde Unternehmensbereiche: Fresenius Medical Care (Produkte und Dienstleistungen für Patienten mit chronischem Nierenversagen), Fresenius Kabi (Infusionstherapie, enterale und parenterale Ernährung, Infusions- und Transfusionstechnologie, Ambulatory Care), Fresenius Helios (Krankenhäuser) und Fresenius Vamed (Projekt- und Managementgeschäft von Gesundheitseinrichtungen) sowie Fresenius Biotech (Entwicklung und Vermarktung von biopharmazeutischen Therapien). Fresenius Helios kann so bei Fresenius Kabi und Fresenius Medical Care einkaufen, sich der Managementunterstützung von Fresenius Vamed bedienen und über Fresenius Biotech in den eigenen Häusern forschen und entwickeln. Sicher lassen sich in diesem Geflecht die Gewinne an der gewünschten Stelle erzielen. Selbst mir als einfachem, ambulant tätigen Arzt leuchtet dieses Geschäftsmodell in seiner vertikalen Tiefe ein. Wohl gemerkt, dies ist kein Vorwurf an Vorstände oder Investoren, die sich wirtschaftlich auf legalem Boden bewegen. Der mögliche Spielraum wird von Staat und Gesellschaft abgesteckt.

Bereits jetzt ist Fresenius Helios der größte private Krankenhausbetreiber in Deutschland. Mit der Übernahme der Häuser der Rhön Klinikum AG würde dessen Marktanteil nach Expertenschätzungen auf etwa 7 bis 8 Prozent steigen. Der Vorstandsvorsitzende Dr. Ulf Schneider erwartet von neu erworbenen Häusern nach fünf Jahren eine mindestens 15-prozentige Vorsteuergewinnmarge. Auch das Universitätsklinikum Gießen-Marburg müsste dem Genüge tun. Die hessische Landesregierung hegt die Hoffnung, dass ein neuer Betreiber den Ausweg für die bekannten Probleme des Rhön Klinikum AG Managements weisen könnte. Diese reichen von nicht verstummenden kritischen Stimmen, z.B. NotRuf 113, der abgebrochenen Inbetriebnahme des Partikelzentrums bis hin zu den jüngsten Diskussionen um einen Stellenabbau.

Nach Auskunft von Verdi liegt der Marktanteil privater Krankenhausbetreiber mittlerweile bei 18 Prozent und übertrifft damit die USA. Kann oder soll ein Markt liberalisiert werden, der im Sinn der Wirtschaftswissenschaft gar kein klassischer Markt ist? Das Gesundheitswesen kennt nicht die selbst regulierende Preisbildung von Angebot und Nachfrage, die Investitionsautonomie der Anbieter noch Kundenautonomie oder Konsum- und Vertragsfreiheit. Der eine oder andere hält dies sogar für ein Grundproblem des Gesundheitswesens. Aber löst die Liberalisierung unsere Schwierigkeiten? Hat man nicht mit der Liberalisierung des Strommarktes sinkende Preise angekündigt? Laut Wikipedia (Stand 27. April 2012) werden 80 Prozent des deutschen Stroms von vier Konzernen produziert. Kann man hier noch von echtem Wettbewerb sprechen oder sehen wir uns nicht vielmehr einem Oligopol gegenüber? Während sich die Gewinne der Energiekonzerne in den letzten Jahren vervielfacht haben, sind die Verbraucherpreise für Strom seit dem Jahr 2000 um über 50 Prozent gestiegen. Hat die Umwandlung der Deutschen Bundesbahn in die Deutsche Bahn AG, die zwar noch in öffentlicher Hand ist, aber dennoch nach den Maximen eines privaten Unternehmens handelt, eine Verbesserung bewirkt? Abgesehen davon, dass ich nicht mehr wie früher „pünktlich wie die Bahn“ sage (zumindest nicht mehr als Kompliment), lässt sich eine deutliche Einschränkung des Streckenangebots verzeichnen. Dieses Schicksal darf die Gesundheitsversorgung nicht erleiden. Und jetzt bediene ich mich sogar aus den Argumenten der Wirtschaft. Eine gute Infrastruktur, für die die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar ist, ist eine Voraussetzung für ein innovatives und erfolgreiches Deutschland.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

5. Hessischer Heilberufetag



Patient im Internet – zu Risiken und Nebenwirkungen ...

13. Juni 2012 | 16:00 Uhr

Ort: Kurhaus Kolonnaden Wiesbaden

Kurhausplatz 1 | 65189 Wiesbaden

Referent:

Dr. Eckart von Hirschhausen

Autor und Fernsehmoderator

Moderation:

Andreas Hieke

Fernsehjournalist und Moderator der Hessenschau

**Wir laden Sie herzlich ein:
Diskutieren Sie mit!**

Eintritt frei!

Medienkooperation mit

WIESBADENER KURIER
Die stärksten Seiten der Stadt.

Veranstalter:

Landesärztekammer Hessen • Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen • Landes Zahnärztekammer Hessen
Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen • Landesapothekerkammer Hessen • Landeskammer für Psychologische
Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Hessen
Landestierärztekammer Hessen

Weitere Informationen: Pressestelle der Landesärztekammer Hessen, Katja Möhrle, Telefon 069 97672-188

www.heilberufetag.de

Wir bringen Sie zusammen!

PRAXISFORUM
SUCHE PRAXIS BIETE PRAXIS

**23. Juni 2012
Frankfurt**

Foto: Scherer

Sie sind herzlich eingeladen: Das 3. Hessische Gründer- und Abgeberforum

Sie wollen Ihre Praxis abgeben oder
suchen eine Praxis, um sich niederzulassen?

Dann kommen Sie zum 3. Hessischen Gründer-
und Abgeberforum der Kassenärztlichen Verei-
nigung Hessen am 23. Juni 2012 nach Frankfurt.

Zwischen 10 und 14 Uhr haben wir folgendes
Angebot für Sie: Neben zahlreichen Fach-
vorträgen, wie z. B. zur erfolgreichen Praxis-
abgabe, können Praxisabgeber auf unserem
Marktplatz ihre Praxis inserieren. Niederlas-
sungsinteressierte haben die Möglichkeit ent-
weder direkt auf die Anzeigen zu reagieren
oder selbst ein Inserat zur Praxisuche zu schal-
ten. Außerdem können sich – wenn gewünscht
– Praxisabgeber und Existenzgründer direkt
begegnen.

Veranstaltungsort:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Georg-Voigt-Straße 15
60325 Frankfurt am Main

23. Juni 2012 • 10 – 14 Uhr

Ihr Inserat nehmen wir auch gerne vorab
entgegen. Nutzen Sie dazu unser Suche- oder
Biete-Formular auf unserer Homepage
www.kvhessen.de

Nähere Infos und Anmeldung zum
3. Hessischen Gründer- und Abgeberforum:

Online über www.kvhessen.de,
per E-Mail an: praxisforum@kvhessen.de oder
per Fax an: (0 69) 7 95 02-81 68

Wir freuen uns auf Sie!

Palliativversorgung, Kompetenzen der Medizinischen Fachangestellten

Elisabeth Lohmann

Die „Neuverteilung“ von Aufgaben in der Patientenversorgung wurde von uns als Ärztinnen und Ärzte klar und eindeutig formuliert: Wir wollen die Delegation und lehnen die Substitution von ärztlichen Aufgaben ab!

Fast unbemerkt hat sich in den letzten Jahren unmittelbar an „unserer Seite“ eine Berufsgruppe entwickelt, die über Jahrzehnte im Schatten stand: Die/der Arzthelfer/in entwickelte sich zur Medizinischen Fachangestellten (MFA). Nicht nur durch die Anpassung und Änderung des Berufsbildes hat diese Berufsgruppe an Bedeutung für uns gewonnen, sondern auch durch die Vielzahl von Möglichkeiten der Weiterqualifizierung und damit spezialisierten Unterstützung unserer Aufgabengebiete.

Im Bereich Pflege hat die Entwicklung früh eingesetzt. Aus der „Krankenschwester“ – einen „Krankenbruder“ gab es übrigens nie – wurden Pflegenden mit einem immer stärkeren profilierten Berufsbild. Sie waren nach meiner Auffassung nie nur „Zuarbeiter/innen“ der Ärztinnen und Ärzte, sondern waren und sind in einem eigenständigen Arbeitsbereich tätig. Die Pflegenden haben gelernt sich ihrer Profession stärker bewusst zu sein und diese auch gegenüber uns als Ärztinnen und Ärzte zu vertreten. Viele von uns haben bereits gelernt sie als Partner in der Patientenversorgung wahrzunehmen und wertzuschätzen.

Als Palliativmedizinerin konnte ich die Entwicklung der verschiedenen Berufs-

gruppen im direkten Handlungsprozess beobachten und in der vielseitigen Teamarbeit erleben.

Während die Pflege in der Palliativversorgung bereits ihren Platz gefunden hat, wird die MFA mit ihren Kompetenzen noch wenig wahrgenommen. Wir möchten in unserer Arbeit unterstützt und entlastet werden, dazu ist es jedoch erforderlich, Ressourcen zu erkennen und diese angemessen zu fördern. Die demographische Entwicklung stellt uns dabei vor zusätzliche und neue Herausforderungen.

Die Rahmenbedingungen für die Palliativversorgung hat sich in den letzten Jahren zunehmend verbessert, jedoch kann man immer noch nicht von einer flächendeckenden guten Versorgungslandschaft sprechen. Durch die vertraglichen Strukturen der Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) konnte ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung gesetzt werden. Jedoch erreichen wir durch diese Maßnahmen nur 10 % der schwerstkranken und sterbenden Patienten.

Patienten die keinen Anspruch auf eine Versorgung nach den Richtlinien der SAPV haben, sollten aber ebenfalls keine Angst haben müssen, nicht gut versorgt und betreut zu werden. Die Entwicklung zeigt jedoch, dass die Zahl der Ärzte zurückgeht. Auch im Bereich der Pflege wird bereits vom Zukunftsbild des Pflegenotstandes gesprochen. Wir brauchen folglich zunehmend mehr weiterqualifizierte

MFA, als fachkompetente Mitarbeiter/innen an unserer Seite.

Fortbildungslehrgänge, wie „Ambulante Versorgung älterer Menschen“, „Palliativversorgung“ und „Onkologie“ werden bereits von verschiedenen Ärztekammern nach den Mustercurricula der Bundesärztekammer angeboten. Was jedoch bedeutet, dass wir in die Qualifizierung der MFAs investieren müssen, ohne derzeit einen finanziellen Vorteil davon zu haben. Gleiches gilt in der Regel für die Mitarbeiter/in, die an der Fortbildung teilnimmt und ebenfalls investiert.

Daher sehe ich es als eine wichtige Aufgabe an, dass wir uns berufspolitisch dafür einsetzen unsere Arbeit und die Tätigkeit unserer qualifizierten Mitarbeiter/innen so vergütet zu bekommen, dass Investitionen keine Zusatzbelastung für uns darstellen. Auch ist darauf zu achten, dass wir gegenüber unseren Mitarbeiter/innen dafür Sorge tragen können, entsprechend ihrer Qualifizierung, angemessene Gehälter zu zahlen. Nur wer fachkompetente Mitarbeiter/innen hat, kann auch Aufgaben delegieren, z.B. Hausbesuche, Informationsgespräche oder ausgewählte Tätigkeiten im Rahmen der Palliativversorgung.

Bei einigen MFA gibt es Angst oder Unsicherheit gegenüber den Aufgaben und Tätigkeiten in der Palliativversorgung. Im Gegensatz zu den Pflegeberufen sind die MFAs nicht bereits durch die Berufsausbildung mit Sterbenden in Kontakt gekom-

men. Es bietet sich daher an, insbesondere für Praxismitarbeiter/innen die noch sehr unsicher sind, an Fortbildungen teilzunehmen, die an das Thema heranzuführen. In unserer Ärztekammer bietet die Carl-Oelemann-Schule Fortbildungen im Bausteinsystem an. D.h. ein/e Teilnehmer/in muss nicht gleich zum Gesamtlehrgang Palliativversorgung anmelden, sondern er/sie kann auch zunächst nur z.B. die Fortbildung „Kommunikation mit Schwerkranken“ besuchen.

Die Carl-Oelemann-Schule berücksichtigt mit diesem Bildungskonzept sowohl die finanzielle Belastung für die Fortbildungs-

teilnahme aber auch u.a. Überlegungen, dass nicht jede Praxis sich in der personellen Situation befindet, eine/n Mitarbeiter/in über mehrere Tage freustellen zu können. Deshalb Fortbildung im Bausteinsystem.

Wer im Nachgang zur Teilnahme an einzelnen Bausteinen Interesse hat, sich vertiefend mit dem Bereich der Palliativversorgung zu beschäftigen, für diejenigen gibt es die Möglichkeit am Qualifizierungslehrgang für MFA „Palliativversorgung“ teilzunehmen.

Wir brauchen in der Zukunft noch stärker die Berufsgruppe der MFA um eine gute

Versorgung unserer Patienten gewährleisten zu können.

Gemeinsam mit unseren qualifizierten Mitarbeiter/innen sollten wir die Chance der Gestaltungsmöglichkeiten für unsere Arbeit in den Praxis und Kliniken nutzen. Zumindest wenn wir, außer arbeiten, auch noch das Leben genießen wollen!

Anschrift der Verfasserin

*Dr. med. Elisabeth Lohmann-Hrycak
Oberärztin Ambulantes Palliativteam
der Wetterau
Altkönigstraße 28
61169 Friedberg*

Aktuelles

Entwicklung der Palliativmedizin in Potsdam und Mittelmark

Knud Gastmeier

Die Palliativmedizin ist im Wesentlichen durch die Entwicklung in den stationären Hospizen und den Palliativstationen geprägt. Auf dieser Basis sind es gesetzliche Bestimmungen, die den Anspruch Betroffener auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung festlegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt nach § 91 Abs. 4 in den Richtlinien nach § 92 bis zum 30. September 2007 das Nähere über die

Leistungen, insbesondere 1. die Anforderungen an die Erkrankungen sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten. 2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (integrativer Ansatz);

die **gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen**. 3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.¹

Vorgeschichte der Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

In dem Versorgungsgebiet Potsdam hat sich seit 1987, aus dem ehemaligem Be-

¹ Gesetz vom 1. April 2007 (Sozialgesetzbuch V) § 37b SGB V - Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

zirkskrankenhaus Potsdam eine ambulante Tumorschmerztherapie heraus entwickelt. Damals wurden gemeinsam mit Hausärzten begonnen, ein Sterben von Krebschmerzpatienten im Häuslichen Milieu zu ermöglichen. Die Hausärzte mussten obligat im Rahmen von regelmäßigen Weiterbildungen im Bezirkskrankenhaus Potsdam hospitieren. In diesem Zusammenhang wurde ein Kurs zur Tumorschmerztherapie angeboten. Weiterhin gab es im Umland von Potsdam, in Teltow seit 1987, die erste ambulante interdisziplinäre Schmerzkongress. Der größte Besprechungsbedarf bestand damals bei Tumorschmerzpatienten. Hausärzte nutzten hier die Möglichkeiten ihre Problemkrebspatienten vorzustellen. Innovationen, wie Periduralkatheter, Ports und Pumpen, die erstmals ambulant bei diesen Patienten eingesetzt wurden, waren Diskussionsschwerpunkt. Des Weiteren mussten auch die ambulanten Pflegekräfte in die Technik eingewiesen werden. Über die Jahre entwickelte sich so im Versorgungsgebiet eine auf Tumorpatienten bezogene Zusammenarbeit, die neben der Krebschmerztherapie auch die Symptomkontrolle mit einschloss.

Entwicklungen weiterer Strukturen

Nach der Wende organisierten sich 1993 auf Basis kollegialer Zusammenarbeit Kolleginnen und Kollegen verschiedener Disziplinen, um die Interessen der Schmerzmedizin in Brandenburg umzusetzen. Sie gründeten den Interdisziplinären Arbeitskreis Brandenburger Schmerztherapeuten und Palliativmediziner (IABSP). Bereits 1994 konnte so erreicht werden, dass eine Kommission Schmerztherapie die Arbeit bei der KV Brandenburg (KVBB) aufnahm und ein Kurrikulum Schmerztherapie bei der LÄK Brandenburg (LÄKBB) gestartet

werden konnte. Aus diesem Kurrikulum entwickelte sich später der Kurs zur Speziellen Schmerztherapie. Bemerkenswert bei diesem Kurrikulum war noch, dass die ersten Kursleiter den Auftrag von der LÄKBB bekamen, Fortbildungen und Kurse im Gebiet der Schmerz- und Palliativmedizin durchzuführen. Dies wurde in den Kursen auch praktiziert und schuf so eine gute Basis für die Entwicklung der Palliativversorgung in Brandenburg.

1993 gründete sich die Landesarbeitsgemeinschaft Onkologische Versorgung Brandenburg (LAGO) mit dem Ziel, ein Konzept für eine bessere Versorgung von Tumorerkrankungen und für die Koordination der daran Beteiligten, zu erarbeiten. Die Schmerztherapeuten setzten sich hier aktiv bei der Umsetzung dieser Ziele mit ein. Besonders über das Netz der Brandenburger Schmerzkongresse wurden viel Hausärzte erreicht und konnten Interessenten aus dem niedergelassenen Bereich für die Palliativmedizin gewonnen werden.

Gesundheitspolitische Grundlagen und deren Folgen

2005 gab das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg in Zusammenarbeit mit den Primärkassen ein Gutachten „Palliativversorgung im Land Brandenburg – Bestandsaufnahme und Empfehlungen zur Weiterentwicklung“² in Auftrag. Die auf dieser Basis gesammelten Daten bildeten die Grundlage für die weitere Entwicklung des palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgungsgeschehens. Brandenburg wurde in zwölf Versorgungsgebiete nach Größe und Struktur aufgeteilt ebenso der personelle Versorgungsbedarf. Für das Gutachten wurden Hausärzte, Pflegedienste, Altenheime und allge-

meine Krankenhausabteilungen befragt. Obwohl Schmerztherapeuten bereits sehr viel im Vorfeld der Palliativversorgung geleistet hatten, wurden sie nicht befragt. Im Gegenteil heißt es im Gutachten: „Auch wurde in Zweifel gezogen, dass die Einschaltung schmerztherapeutischer Spezialisten – die Versorgungssituation von Palliativpatienten insgesamt verbessern kann.“ Aus heutiger Sicht stellen in allen Brandenburger Palliative-Care-Teams die Schmerztherapeuten eine nicht mehr wegdankbare Versorgungsbasis dar. Ein weiteres Problem, dass sich aus der Nichtbeachtung der Schmerztherapeuten ergab, besteht darin, dass man nicht deren positiven als auch negativen Erfahrungen bei der Entwicklung der Schmerzmedizin in Brandenburg berücksichtigt hat. Eine Reihe von Problemen, die die Schmerztherapeuten in den letzten 20 Jahren lösen mussten, stehen in der Palliativversorgung wieder auf der Tagesordnung. Z.B. kann man sich nur an der Schmerztherapievereinbarung beteiligen, wenn man die psychosomatische Grundversorgung erbringen kann. Sicherlich werden hierdurch Psychotherapeuten nicht ersetzt, aber entsprechende psychische Probleme werden schneller erkannt und sind in den Anfangssituationen auch therapeutisch positiv beeinflussbar. Ein weiteres Problem sind die auslaufenden Übergangsbestimmungen für die Beteiligung an der SAPV. Diese haben ein Überpotential an SAPV-Medizinern produziert, die aber nicht speziell ambulant palliativ versorgen. In Brandenburg arbeiten von ca. 170 anerkannten SAPV-Medizinern nur 77 in der speziellen Ambulanz. Damit muss man die Übergangsbestimmungen als suboptimal ansehen, zu mindestens haben sie keinen langfristigen praktischen Nutzen am ambulanten Krankenbett, um das es ja Primär geht, geschaffen! Ähnlich

² Schneider, N. Amelung, V.E. Buser, K.: *Neue Wege in der Palliativversorgung*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2005

wie in der Schmerztherapie, sind jetzt auch in der SAPV Zugangsbedingungen geschaffen, die einigen einen Besitzstand wahren helfen. Niedergelassenen und Interessierten wird diese Anerkennung quasi verwehrt, da sie unter den Bedingungen der ambulanten Patientenbetreuung nicht mehr realisiert werden können. Ein Jahr Schmerztherapie in einer Schmerzklinik hat sich mengenmäßig als Versorgungshemmnis erwiesen. Jetzt finden wir die selbe Situation in der SAPV. Hier müssen dringend Bedingungen geschaffen werden, die es am ambulanten Palliativbett ermöglichen die SAPV-Qualifikation zu erlangen. Alles andere, insbesondere in Flächenländern, ist praxisfern.

Die verpasste Gelegenheit für die AAPV

Ein weiterer Vorteil für die Einbeziehung der Schmerztherapeuten, die in Brandenburg zur Hälfte Hausärzte sind, in die Palliativversorgung, wäre eine solide Basis für die Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) gewesen. In Brandenburg hat sich hier das Hausarztbasierte Palliativnetz im Interdisziplinären Arbeitskreis Brandenburger Schmerztherapeuten und Palliativmediziner e.V. (IABSP) gegründet und ein komplexes Palliativversorgungskonzept entwickelt. Allerdings wurde die AAPV aus allen Verhandlungen gestrichen. Ein entsprechendes Konzept wurde über die KV-comm den Kassen zur Verhandlung vorgestellt, aber von Kassenseite als normale ärztliche Leistung abgelehnt. Im Rahmen des Hausarztbasierten Palliativnetzes/IABSP wurde ein Krebstherapeuten unabhängiges Patientendokumentationsmodul entwickelt und erfolgreich eingesetzt. Unter www.krebs-therapiebegleiter.de können Patienten ihren Krankheitsverlauf unabhängig von der jeweiligen Therapiestufe selbst online dokumentieren. Ziel ist es hier rechtzeitig eine Symptombeeinträchtigung

zu erkennen und eine Schmerzchronifizierung zu vermeiden. Dieses Modul könnte insbesondere für die AAPV von Nutzen sein. Es fehlen jetzt hier betriebswirtschaftlich kalkulierte und arzneimittelrechtlich abgesicherte ambulante Strukturen, die die stabilisierten SPAV-Patienten auffangen und weiter betreuen.

Nadelöhr Palliativpflege

Problematisch stellt sich auch die Situation für die Hauskrankenpflegen in der SPAV dar. Es ist erstaunlich, wenn in Brandenburg 170 Ärztinnen und Ärzte den Nachweis gegenüber der LÄKBB zur speziellen ambulanten Palliativversorgung (PV) erbracht haben, ohne dass die Palliativpflege der Hauskrankenpflegen in gleichem Maße berücksichtigt wurde? (Die gemeinsam palliativversorgten Fälle hätten auch den Hauskrankenpflegen angerechnet werden müssen!) Werden hier entscheidenden Kooperationspartnern durch unterschiedliche Zugangsbedingungen zur SAPV zu zweitrangigen Partnern degradiert? Warum hat man Hauskrankenpflegen, die sich zum Teil seit 1987 intensiv und regelmäßig mit der Versorgung von ambulanten Palliativpatienten befassen, nicht wenigstens die gleichen Übergangsbestimmungen wie den Ärzten eingeräumt? Die derzeitigen Zugangsbedingungen gestalten sich für Hauskrankenpflegen noch schwieriger als für Ärzte, insbesondere was den praktischen Ausbildungsteil angeht. Laut unserem Vertrag sind von den Pflegekräften mindestens eine sechswöchige Mitarbeit in einer spezialisierten Einrichtung der Hospiz- und Palliativversorgung nachzuweisen. Für kleinere Pflegedienste, heißt dies, dass sie jemand zur Weiterbildung abstellen müssen, der dann im o.g. Bereich arbeitswerte Leistung erbringt, ggfs. als „Urlaubsvertretung“, in der eigenen Häuslichen Krankenpflege (HKP) muss zusätzlich jemand als Ersatz

eingestellt werden. In Summa beträgt der Kostenanteil für die HKP ca. 5.000 Euro. Wenn man die Behandlungspflege IV mit drei Tageseinsätzen für eine Woche als Beispiel ansetzt, so kann die HKP 249,48 Euro abrechnen. Im Rahmen der SAPV beträgt die Wochenpauschale 250 Euro! Im ungünstigsten Fall müssten 9.615 Wochen, also 185 Jahre gearbeitet werden, um die Unkosten einzuspielen! Berücksichtigt man noch die Briefmarken für die Rechnung, so fällt dies noch ungünstiger aus. Weiterhin gibt es hier Praxisbeispiele, dass Pfleger in den o.g. Einrichtungen abgeworben wurden oder in das besser zahlende Berlin verschwanden, nach der von der HKP bezahlten Ausbildung.

Unser Lösungsweg zur Öffnung des Nadelöhrs Palliativpflege

Bei den Vertragsverhandlungen mit den Kostenträgern wurde diese Argumentation verstanden und berücksichtigt. Durch die Bildung eines Kernteams von qualifizierten Schwestern aus verschiedenen Hauskrankenpflegen, die sich zur engen Kooperation und gegenseitigen Vertretung verpflichteten, konnten wir eine flächendeckende Versorgung aufbauen. So konnten wir auch die qualitativ notwendigen Rahmenbedingungen erfüllen, wenn mal Personal ausfiel (Krankheit, Rente, Kündigung, etc.). Durch die abgesprochene und koordinierte regionale Arbeitsteilung gelang es bis dato auch pflegerisch die SAPV-Richtlinien umzusetzen. Dies wäre uns so mit der Konzentration auf wenige Teams in der Fläche nicht möglich gewesen. Ähnlich wie die Ärzte sich im Hausarztbasierten Palliativnetz/IABSP, haben sich auch die Pflegenden im Pflegebasierten Palliativnetz/IABSP in Brandenburg zusammen geschlossen. Zur Zeit entwickeln sie ein Konzept, für das in Brandenburg geforderte Praktikum, in der Ambu-

lanz für die spezielle ambulante Palliativpflege am häuslichen Palliativbett.

Weitere Einschränkungen bei der praktischen Umsetzung der SAPV

Neben den alle Palliativmediziner betreffenden Problemen des **Off-label** (aufwendige Dokumentation, Arzneimittelregressgefahr...), der **Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmVV)** (immer wieder unklare Rechtsverhältnisse) und nicht vorhersehbare juristische Wertungen der Palliation (für leidenslindernde Behandlungsformen gelten „plötzlich“ andere Rechte als für kausale Therapien – so zumindest das Landessozialgericht Schleswig (L 4 KA 34/08)) treten zunehmend praxisrelevante Einschränkungen durch den **Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK)** in den Vordergrund. Mit deutlicher Verzögerung zur vertraglich fixierten Ablehnungsfrist, werden Leistungen nicht erstattet, wenn der MDK (oft im Nachhinein) zu einer anderen Einschätzung der palliativen Situation kommt, als es der tatsächlichen Aufnahmesituation entsprach. Offensichtlich gibt es einen nicht veröffentlichten SAPV-Kriterienkatalog des MDK, der zu einer massiven Beeinträchtigung der SAPV führt. Wünschenswert wäre hier eine SAPV-Qualifikation, die allen Akteuren der SAPV vertraglich auferlegt sind bzw. ein gemeinsam festgelegter SAPV-Bewertungskatalog. Ein ebenfalls nicht gelöstes Problem ist das

Entlassungsmanagement der Krankenhäuser. Obwohl die Vorhersehbarkeit eines SAPV-Falles unter stationären Bedingung absehbar ist, kommen plötzliche nicht abgesprochene Entlassungen zum Wochenende und massiv zu den Feiertagen in nennenswerter Anzahl vor. Gegebenfalls wird zum Wochenende der Hauskrankenpflege allein der SAPV-Patient überantwortet.

Leistungsbilanz des Patent Cooperation Treaty (PCT) „Potsdam und Umland“ GbR

Trotz der schwierigen Zugangsbedingungen ist es uns gelungen zehn Ärztinnen/Ärzte und neun Hauskrankenpflegen die vertragskonform eine SAPV im Stadtgebiet und in Potsdam Mittelmark (zusammen ca. 2.660 qkm) mit mehr als 350.000 Einwohnern zu organisieren. Unsere Arbeit haben wir im März 2011 aufgenommen. Ende März 2012 hatten wir mit 177 Patienten, etwa die Hälfte des für unser Team errechneten Jahressolls. Im Versorgungsgebiet konnten wir so alle an uns gestellten Anfragen erfüllen. Von den betreuten SAPV-Patienten verstarben nur 5 % im Krankenhaus.

Fazit

In Summa muss festgehalten werden, dass die Rahmenbedingungen für die SAPV in enger Abstimmung mit den speziell ambulanten Palliativversorgern erfolgen und ggfs. neu bewertet werden muss. Mittler-

weile sind deutschlandweit genügend ambulante Strukturen, Erfahrungen und ambulante Patienten vorhanden, die sich weit von der Situation von vor fünf Jahren abheben. Die sich daraus ergebenden Möglichkeiten sollten mit allen an der AAPV und SAPV-Beteiligten aufgegriffen und mit dem Schwerpunkt „speziell ambulant“ gefördert werden. Damit könnte es zu einer deutlichen Entlastung der stationären Hospize und Palliativstationen kommen. Lernen wir aus den Fehlern der Schmerztherapeuten: durch praxisferne Qualifizierungsvorgaben fehlen bundesweit zunehmend Schmerztherapeuten. Die Ausbildung zur speziellen ambulanten Palliativpflege und Palliativmedizin muss künftig schwerpunktmäßig am häuslichen Krankenbett also in der Ambulanz erfolgen. Dass dies in der Ambulanz für die Schmerztherapeuten geht, hat der IABSP für die Schmerztherapeuten nach langem und zähem Ringen in Brandenburg erreicht. Diesen schmerzlichen Weg will der IABSP gemeinsam mit jenen, die das Problem ähnlich sehen, den an Palliativpflege und Palliativmedizin Interessierten in Brandenburg künftig ersparen.

Anschrift des Verfassers

*Dr. med. Knud Gastmeier
Karl-Marx-Straße 44
14482 Potsdam
Tel. 0331 743070
E-Mail: knud.gastmeier@t-online.de
www.sapv-team.de*

„... und wer kümmert sich um uns?“

Martin Fuchs

Ärzte/innen, Pfleger/innen und alle nicht nur in der Palliativmedizin Tätigen sind in ihrer Arbeit enormen Anforderungen ausgesetzt. Doch wie geht es jenen Menschen, die anderen – manchmal bis zur Selbstaufgabe – helfen? Wer kümmert sich um sie? Was geschieht durch die Bedingungen des Arbeitsplatzes mit der eigenen Identität, mit dem Selbstverständnis und dem Selbstwertgefühl?

In der Palliativmedizin hat sich in den vergangenen Jahren eine enorme Entwicklung vollzogen: Als am 7. April 1983 in der

Klinik für Chirurgie in der Uniklinik Köln eine palliativmedizinische Einrichtung eröffnet wurde, war diese Modellstation die erste in Deutschland. Heute existieren mehr als 300 palliativmedizinische Stationen und Hospize. Der ganzheitliche Ansatz der modernen Palliativmedizin hat es sich zur Aufgabe gemacht, schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie deren Angehörigen eine „bestmögliche medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung“ zu ermöglichen.

Die Menschen, die dort arbeiten und den Patienten bis zu seinem Ende begleiten,

medizinisch versorgen, pflegen, sich um ihn kümmern und ihn trösten, sind selber auch Belastungen ausgesetzt. Aber wer kümmert sich um sie? Wo finden sie Aussprache und Stärkung?

Wir haben in den vergangenen 20 Jahren sowohl in der hospizlichen Begleitung als auch in der palliativmedizinischen Betreuung Angebote entwickelt, die großes, ja unerträgliches Leiden lindern können. Wir haben gelernt, dass neben der Linderung von körperlichen Symptomen Hilfen – also das Kümmern – auch für die emotionale psychische Situation sehr wohl mög-

lich sind. Dies entspricht dem von uns so definierten ganzheitlichen Ansatz“.

Er bedingt, dass wir uns bemühen müssen, die Gründe zu erfahren und diese zu verstehen, warum der sterbende Mensch seine sehr persönlichen Wünsche, Hoffnungen und Ängste hat. Dieses Vorgehen nennen wir Ressourcensuche.

Die eigene Individualität tritt in den Hintergrund

Die Kommunikation zwischen dem Menschen in seiner existentiellen Krise und uns Begleitern ist sehr vielschichtig. Sie braucht unser Können, Wissen und eigene Lebenserfahrung. Der Begriff Fertigkeit ist hier eher falsch, da er lediglich den „technischen“ Teil der Kompetenz erfasst. Wichtiger sind die ständige Einlassung und die Bereitschaft, die eigene Individualität im Interesse der Sterbenden in den Hintergrund zu stellen.

Bei genauerer Betrachtung – eine Mammutaufgabe: Die Gespräche und die Durchführung von Sterbehilfen wie die Festlegungen mit gleichzeitiger Patientenverfügung, die persönliche Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben und Tod, das eigene „Haus und Hof bestellen“, mein Abschiednehmen. Die Kommunikation mit dem Team, die Teamfähigkeit, die Rückstellung eigener Interessen des Handelnden oder der gute Informationsaustausch mit der anschließenden Entscheidungsfindung wie -durchführung, die dann auszuhalten sind. Dabei orientieren wir uns immer wieder primär daran, dass wir dem Betroffenen und seinem psychosozialen Umfeld gerecht werden müssen.

Bei dieser Fülle an Aufgaben, ist es da überhaupt noch möglich, auf uns selbst zu schauen beziehungsweise wer kümmert sich um uns? Insbesondere dann, wenn



Hilfsbedürftigkeit, Überlastung, Überforderung und Frustration der Helfenden wird in der Palliativmedizin zu wenig wahrgenommen.

Foto: Ines Engelmohr

sich Überforderungen einstellen und das eigene Selbstverständnis hintenan bleibt? Die Erfahrungen in der Palliativversorgung (PV) zeigen, dass sich dieses Kümmern primär am Wohl der Sterbenden und seines Umfeldes orientiert und weniger an den Belastungen, den Problemen wie den Grenzbereichen der Helfenden selbst. Deren gleichzeitige Hilfsbedürftigkeit wird leider viel weniger wahrgenommen.

In diesem Kontext stellt sich auch die Frage: Unter welchen ökonomischen wie gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen arbeiten wir eigentlich? Gäbe es keine Probleme bei der Finanzierung einer verantwortlichen Palliativversorgung (PV), wäre die Ökonomie nur positiv zu erwähnen, da sie es möglich macht, der Würde des Menschen am Ende seines Lebens gerecht zu werden. Unser Handeln erführe keinen alltäglichen Konflikt zwischen dem Notwendigen einerseits und dem Submaximalen, oft auch wesentlich Schlechteren, andererseits. Das Kümmern alleine um den Menschen und um seine Begleiter wäre wesentlich konfliktärmer.

Leider ist es aber Realität, dass die Rationalisierung und Rationierung in unserem Beruf und im Gesundheitswesen den Alltag bestimmen: Die Personalstellen in der Palliativmedizin und in den Pflegeheimen werden reduziert. Die Bürokratie und die Dokumentationspflicht werden erhöht. Aushilfskräfte mit wenig Qualifikation werden als numerischer Trick eingesetzt. Die Versorgung erfolgt nach eng gesteckten Vorgaben, schließlich muss sich die ‚Sache‘ unterm Strich rechnen. Die ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen lassen eine adäquate Betreuung im ganzheitlichen Sinne nicht mehr zu. Die Folge ist eine erhebliche Belastung der enttäuschten Patienten, deren Angehörigen, von uns selbst und des Teams.

Ökonomie setzt auf den Idealismus der Handelnden

Wie gehen wir, die Begleiter und Betreuer, damit um?

Nicht selten, indem wir unsere eigene ‚Schlagzahl‘ weiter erhöhen und versuchen, für die Betroffenen die negativen Folgen zu kompensieren. Ein Kollege beispielsweise hat deshalb bis zum Jahr 2010 über zwei Jahre keinen Urlaub mehr genommen. Den zeitgleichen Bereitschaftsdienst am Wochenende hat er fast allein bestritten. Viele Palliativnetze haben bei fehlender Finanzierung rote Zahlen für ihren Einsatz in Kauf genommen. Dabei wurde die Spezielle ambulante Palliativversorgung (SAPV) im April 2007 durch den gemeinsamen Bundesausschuss festgeschrieben. Seit September 2007 wurde gesetzlich das Anrecht auf adäquate PV für jeden Bürger verankert.

Dennoch haben die Krankenkassen in den folgenden Jahren hinhaltend einen Mustervertrag mit ausreichender Finanzierung unterlaufen, eine Regelung hinausgezögert und bis heute eine Umsetzung für den Anspruch auf eine PV verhindert. Das Interesse der Ökonomie liegt im Einsparen. Es wird deshalb auf den Idealismus der Han-

delnden im Hospizbereich und in der Palliativmedizin spekuliert.

Wer trägt die Folgen der Sparpolitik?

Es trifft diejenigen, die Palliativversorgung dennoch so weit es ihnen möglich ist, anbieten und durchführen. Ihr Beruf ist eben Berufung. Aber wie geht es diesen Menschen, die anderen in der Not Helfer sein wollen und dies nicht ausreichend sein können? Wie gehen diese mit ihrer eigenen Hilflosigkeit, Enttäuschung und potentieller Frustration um?

Hierzu lässt sich feststellen:

- Die zunehmende Überlastung führt bei Pflegenden und Ärzten zu einer abnehmenden Belastungsfähigkeit.
- Die Zufriedenheit mit dem eigenen Arbeitsplatz nimmt ab, da man sich selbst nicht mehr findet.
- Die positiv besetzte Identifikation mit der Berufsausübung ist schwierig geworden.

Die von der Ökonomie zunehmend bestimmte Patientenversorgung gewichtet auf Kosten der Profession zunehmend die Professionalität. Das heißt, nicht das Selbst-

verständnis des Berufes und dessen ethische Prinzipien, sondern die handwerkliche Kompetenz stehen im Vordergrund. Ein Übergewicht der Professionalität hat zur Folge, dass das Selbstverständnis zur Berufsausübung überwiegend durch handwerkliche Kriterien geprüft und gestärkt wird (falsches Qualitätsmanagement). Damit wird es schwieriger, ethische Grundsätze für das ärztliche Handeln abzufragen und sie in die Handlungsweise einwirken zu lassen. Diese Verschiebung stärkt die Erwartung, der Helfer habe grundsätzlich „selbstlos!“ zu sein!

Geschicht suggeriert die Professionalität Kriterien der Quantität und der Qualität dieser eher „handwerklichen Leistungen“ für die Zufriedenheit beziehungsweise das Selbstverständnis der Handelnden. Ergänzt wird dieses Angebot von Forderungen nach noch mehr Fort- wie Weiterbildung und nach Optimierung der professionellen handwerklichen Fertigkeiten. Die erhebliche Belastung der Handelnden am und durch den Arbeitsplatz und die gegebenen ökonomisch definierten Rahmenbedingungen lassen gleichzeitig die individuellen Reflektionen zur Profession unwichtiger erscheinen – im Gegenteil, sie stört. Es gibt mittlerweile Kolleginnen und Kollegen die sich diesem „Diktat“ unterwerfen.

Anforderungen führen zu psychischen Beeinträchtigungen

Die Helfer akzeptieren in einem nächsten Schritt, dass ihre ganz persönlichen, wichtigen Dinge aus und für das eigene Leben zurückgedrängt und/oder minimiert werden. Gemeint sind hier insbesondere persönliche Begegnungen und Zeiten, die für das eigene Ich, die eigene Identität kritisch betrachtet unverzichtbar sind. Die Professionalität wünscht sich jedoch überwie-

gend einen handwerklich hervorragenden Mediziner oder einen in der Pflege Tätigen, der die Gegebenheiten akzeptiert und den Versorgungsmangel nicht hinterfragt, sondern ihn mit verwaltet.

Die jetzige Situation des so von äußeren Bedingungen bestimmten Arbeitsplatzes führt wissenschaftlich und statistisch immer häufiger zu teilweise erheblichen psychischen Alterationen. Es ist die emotionale Ebene die verunsichert wird, die zunehmende Demotivation auslöst und den Beruf mehr als Job betrachtet. Dieser Job ist – in der Sprache der jüngeren Generation ausgedrückt – nicht „mehr mein Ding!“. Mögliche Folgen sind: keine Corporate Identity, innere Kündigung, Fatalismus, und Rückzug wegen gefühlter geringerer Wertschätzung.

In den Jahren 2008/2009 hat die Bezirksärztekammer Koblenz in sieben Krankenhäusern 475 Ärzte anhand unterschiedlicher Fragen gebeten, ihre Zufriedenheit am Arbeitsplatz zu beschreiben. Bei der Frage nach der Arbeitsbelastung sagten 44 Prozent der teilnehmenden Befragten, dass sie „hoch“ und sogar 34 Prozent, dass diese „sehr hoch“ sei. Die Frage, ob man dem Burn-out-Syndrom für sich ganz persönlich eine große Bedeutung gebe, wurde von 39 Prozent mit „hoch“ und von 30 Prozent mit „sehr hoch“ beantwortet. Die Überstunden wollen 45 Prozent der Befragten mit Freizeit ausgleichen und nicht mit Geldwert. Bei 64 Prozent beziehungsweise 24 Prozent der Rückantworten lassen sich berufliche Belastungen mit dem Privatleben kaum beziehungsweise überhaupt nicht vereinbaren.

Das pünktliche Verlassen des Arbeitsplatzes, das Liegenlassen von noch nicht erledigten Dingen ist damit eine – neudeutsch ausgedrückt – self-care, auf die man nicht mehr verzichten will und kann. Es sind

mehr oder weniger laute wie leise Anfragen von Entscheidern und Handelnden an sich selbst: „Wer bist du?“, „Bist du heute der, der du sein wolltest, der du früher schon warst und/oder der du sein kannst?“

„Auszeiten“ bewahren und festigen das eigene Ich

Deshalb muss es immer wieder im Alltag „Auszeiten“ geben, in denen mein „Istzustand“ geprüft wird. Je mehr ich über meine Identität wie meine Entwicklung weiß, umso mehr festigen sich in mir wichtige grundsätzliche Positionen. Diese Positionierung ist im Sinne meiner Wertschätzung eine wichtige Hilfe für meine Entscheidungen zur Bewahrung und zur Findung des eigenen Ichs.

So entwickelt sich eine inhaltliche und damit konturierende Identität. Weil sie eine Authentizität möglich macht, ist der kommunikative Austausch mit anderen Menschen letztlich leichter, weil zumeist so gegenseitige Wertschätzung und Vertrauen möglich werden.

Das Selbstwertgefühl kann sehr kritisch die Erwartungen der Ökonomen prüfen. Es kann schließlich entscheiden, diesen Erwartungen Widerstand zu leisten und damit Alternativen zur Ökonomie ermöglichen. In diesem Sinne sind individuelle Positionen fundamental, weil sie ihrerseits die eigene Würde und Wertschätzung und die des Anderen möglich machen.

In der Palliativversorgung ist die Fokussierung auf die Bedürfnisse des Menschen am Lebensende richtig. Darauf müssen sich die handelnden Begleiter einstellen. Die handelnden Begleiter wiederum dürfen dabei jedoch ihre Individualität und Identität nicht negieren oder gar verlieren, also nicht „selbstlos“ sein. Sie müssen gleichzeitig den Konflikt zwischen Fremd- und Eigeninteresse zulassen und so nach

Kompromissen suchen, damit beide Parteien weiterhin gegenseitige Wertschätzung behalten.

Die Aussage „Liebe Deinen Nächsten wie Dich selbst“ fordert ganz entschieden entsprechende Zuwendung auch zu sich selbst! Sie meint eben nicht die Selbstlosigkeit als alleinige Voraussetzung für die Nächstenliebe!!!

Änderung der ökonomischen Konzepte gefordert

Helfen soll und muss sich der Handelnde oder Helfer selbst, weil er für sich und seine eigene Identität primär verantwortlich ist. Er muss sich seinem individuellen Selbstverständnis immer wieder stellen, es prüfen und damit sich selbst prüfen. Auch die Mitarbeiter am Arbeitsplatz können sich umeinander kümmern, sich gegenseitig stützen und helfen, wenn sie eine entsprechende Sensibilität leben. Ebenso wichtig sind weitere Helfer wie die Familie, Freunde, individuelle Begabungen, die Religiosität oder die Auseinandersetzung mit Kultur, die zu bereichernden persönlichen Interessen führen kann (z.B. Musizieren o.ä.). Zu den positiven ‚Verstärkern‘ gehören natürlich auch das berufliche Erfolgserlebnis und die Identifikation mit dem Beruf selbst und dem Arbeitsplatz.

Darüber hinaus kann und muss sich auch die Ökonomie um uns kümmern! Auch sie muss sich selbst fragen: Wer bin ich? Was fordere ich? Wem nutze ich und welche meiner Intentionen lösen nicht zumutbare Belastungen anderer aus?

Wenn wir zulassen, dass die psychischen Erkrankungen weiterhin erheblich zunehmen, die Handelnden ausbrennen und sich selbst nicht mehr wiederfinden, wenn Ausfallzeiten zunehmen, Kündigungen und Frühberentungen die Folgen sind, dann sind Änderungen der ökonomischen Konzepte dringend notwendig. Im Fokus des

ökonomischen Konzeptes muss sowohl der Patient als auch der Helfer stehen. Die Bedeutung der individuellen Persönlichkeit darf nicht außer Acht gelassen werden.

Übrigens, auch in puncto Volkswirtschaft hat die Ökonomie einen entscheidenden Rechenfehler gemacht: Durch die zugemuteten erheblichen Belastungen führen die ausgelösten psychischen Alterationen und die dadurch verursachten langen Behandlungen mit teuren Therapien, Reha-Maßnahmen und Frührenten zu erheblichen Kosten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: In der Beziehung zwischen dem Patienten mit seinem psychosozialen Umfeld und den handelnden Versorgern gibt es beidseitige vielschichtige Bedingungen, die das Kümmern um die Linderung der existenziellen Not beeinflussen. Die ökonomischen Rahmenbedingungen haben dabei einen erheblichen Einfluss auf die Möglichkeiten einer Versorgung dieser Menschen am Lebensende. Leider auch schädigend, da sie viel Personal und Zeit bindet, die den Patienten nicht mehr geschenkt werden kann.

Dabei steht der schwer Kranke zweifelfrei im Mittelpunkt aller Bemühungen. Ihm gerecht zu werden, bedarf es eines Respekts vor seiner Person, seiner individuellen Persönlichkeit und seiner Würde. Primär ist bei den Handelnden ihr Wissen und Können als kompetenter Helfer gefragt. Für die Individualität des Helfers mit eigenen Ressourcen, Überzeugungen und auch ethischen Festlegungen fehlt häufig der Raum. Damit verlieren sich Selbstverständnis und Selbstwertgefühl. Dabei kann der Handelnde aber durch die Vorrangigkeit des Patienten in erhebliche Konflikte mit seiner Individualität geraten. Deshalb gilt es, sich auch um ihn selbst zu kümmern.

Er selbst kann zum Beispiel über seine Ressourcen Orientierung und damit Hilfen erfahren. Ebenso hilfreich sind seine persönlichen Wertvorstellungen wie seine ethisch begründete Berufsauffassung. Unsere Gesellschaft muss ihr jetziges Angebot an ihre Kranken und pflegebedürftigen, alten Menschen deshalb dringend korrigieren. Auch um diesen Prozess müssen wir uns kümmern, weil davon unser eigenes Selbstwertgefühl und damit unsere Berufstätigkeit abhängen. Wir brauchen außerdem eine Reflektion der gegebenen Bedingungen auf der Grundlage der Profession. Prüfkriterien sind ethische Grundsätze und Fragen zu der individuellen Persönlichkeit, deren Identität und dem Selbstverständnis. Eine so genutzte und vor allem gelebte mitgestaltende Profession macht eine individuelle Persönlichkeit des Handelnden möglich. Sie eröffnet zeitlebens einen Weg zum Selbstverständnis, zur Wertschätzung und damit zur Würde auf beiden Seiten.

Um ein ‚Ausbrennen‘ im und für den Beruf zu verhindern, brauchen wir eine intensive Auseinandersetzung mit der Frage „... und wer kümmert sich um uns?“ – und diese ist nicht nur im Bereich der Palliativmedizin von großer Aktualität und Brisanz!

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers

*Dr. med. Martin Fuchs
Internist und Palliativmediziner
Auf dem Stumpelrott 46
50499 Köln
E-Mail: martinfuchs_K@web.de*

Nachdruck aus dem Ärzteblatt Rheinland Pfalz 11/2011, mit freundlicher Genehmigung der Landesärztekammer Rheinland Pfalz.

Ein Hospiz für Gießen und die Region

Aufruf zur Unterstützung!

Robert Cachandt

Unser Leben ist zeitlich befristet; und Sterben gehört zum Leben. Wer möchte nicht gerne die letzten Atemzüge seines Lebens in seinem Zuhause, friedlich und behütet erfahren dürfen? Bei einem hohen Prozentsatz unserer Bevölkerung geht dieser Wunsch leider nicht in Erfüllung. Lebensbedrohliche Erkrankungen, schmerzhafte körperliche und seelische Zustände belasten ein Leben häufig gerade zum Ende hin über längere Zeiträume. Für viele unserer Mitbürgerinnen und Mitbürger ist eine derartig letzte und angespannte Situation des Abschieds im häuslichen Rahmen gar nicht mehr zu bewältigen und oftmals auch personell nicht aufzufangen.

Wenn keine Heilung mehr abzusehen ist, so hilft doch eine angemessene Medizin (Palliativmedizin) und Pflege, ineins mit einer sozialen und geistlichen Begleitung in der Hospizarbeit zu einem menschen-

würdigen Sterben. In einem „Hospiz-Haus“ bieten diese helfenden Möglichkeiten eine fachkundige Weggemeinschaft mit sterbenden Menschen. Sie führen dort als „Gäste des Hauses“ die Regie. Es ergeben sich in den letzten Wochen des Lebens Kontakte der „Gäste“ untereinander und mit dem Personal. Auch für Angehörige hat diese Gemeinschaft entlastende Bedeutung.

Für Gießen und die umliegende Region möchten wir ein „Hospiz-Haus“ auf dem Gelände des Evangelischen Krankenhauses Mittelhessen in Gießen errichten. Intensive Vorgespräche mit Kliniken, Krankenhäusern, Wohlfahrtsverbänden, Ärzteschaft und Politik in der Region haben uns bis heute zu diesem Schritt ermutigt. Es soll ein Haus mit elf Betten werden. Mitte des Jahres 2013 kann es betriebsfertig sein. Die Partner, die dieses Projekt mit

uns schultern wollen, haben wir gefunden: Es sind die Betreiber dieses Evangelischen Krankenhauses.

Die Kosten werden sich nach bisherigen Einschätzungen auf ca. 1,5 Mill. Euro belaufen. Ohne eine rege Unterstützung aus der Region, von Stiftungen und Institutionen, werden wir das erwartete Spendenoptimum von 500.000,- Euro nicht erreichen. Wir sind der Überzeugung, dass Spenden der guten Idee folgen werden. So rufen wir auch jetzt dazu auf, alle Möglichkeiten für Spenden zu diesem Hospiz-Projekt bei Betriebsfeiern, Jubiläen, besonderen Anlässen zu nutzen. Auch familiäre Ereignisse und Feiern im Vereins- und Bekanntenkreis bieten willkommene Gelegenheiten zu einer gezielten Hospiz-Spende. Jede Unterstützung, die uns erreicht, bildet einen „Pfeiler der Mitmenschlichkeit“ in unserer Region! Gerne stehen wir zur Rücksprache bereit!

Anschrift des Verfassers

Robert Cachandt, Pfr. i.R.

Vorsitzender Hospiz-Verein Gießen e.V.

Friedrichstraße 14, 35392 Gießen

E-Mail: info@hospiz-verein-giessen.de

www.hospiz-verein-giessen.de

Spendenkonten:

- Volksbank Mittelhessen
BLZ: 513 900 00
Konto-Nr. 800 800 00
- Sparkasse Gießen
BLZ: 513 500 25
Konto-Nr. 205019269

Fünf Jahre Ethikkomitee der Kinderklinik Frankfurt-Höchst – ein Erfahrungsbericht

Susanne Skrzypek

Marufa ist ein frühgeborenes Mädchen der 26. Schwangerschaftswoche, dessen Zustand in den ersten zwei Lebenswochen sehr stabil war und das zunächst nur relativ wenig medizinische Unterstützung zum Leben benötigte. Dann aber entwickelte es eine nekrotisierende Enterokolitis, eine der Komplikationen, die stets wie ein Damoklesschwert über kleinen Frühgeborenen schweben. Sie war schwer krank, musste in septischem Zustand operiert werden und der Darm stellte sich schwer geschädigt dar, so dass fraglich war, ob Marufa jemals ausreichend oral ernährbar sein würde. Zurück aus dem OP auf der neonatologischen Intensivstation benötigte sie volle intensivmedizinische Unterstützung, mit hohem Katecholaminbedarf, intensiver Beatmung, breiter antibiotischer Abdeckung, Substitution von Blutprodukten. Wenige Stunden später wurde in der Ultraschalluntersuchung des Gehirns eine viertgradige Hirnblutung festgestellt, die beide Hemisphären betraf. Damit stellte sich Marufas Prognose nun sehr düster dar. Sollte sie die akute Situation überleben, wäre eine normale körperliche und mentale Entwicklung nicht mehr erreichbar. Vielmehr musste davon ausgegangen werden, dass die kleine Patientin sowohl körperlich als auch mental schwer-, ja vermutlich schwerstbehindert aufwachsen würde.

Und nun? Sollte weiterhin alles intensivmedizinisch mögliche in „kurativer“ Absicht für die Patientin getan werden? Oder sollte ein Wechsel des Therapieziels hin zur Palliation vollzogen werden? Wie sollten die Eltern in diese Entscheidung involviert werden? Was ist in dieser Situation richtig oder statthaft?

Diese Geschichte ist ein Beispiel für die Szenarien, mit denen sich das Ethikkomitee der Kinderklinik Frankfurt Höchst seit nunmehr gut fünf Jahren beschäftigt.

Initiiert wurde es 2006 vom Chefarzt der Kinderklinik, Professor Dr. med. Lothar Schrod, der den Bedarf an ethischer Diskussion in der Pädiatrie und somit auch im eigenen Haus wahrnahm und sich entschloss, aktiv zu werden. Die Gründung eines Ethikkomitees an einer Kinderklinik war damals ein sehr ungewöhnlicher Schritt. Inzwischen ist das Komitee mit seinen monatlichen regulären Treffen und den bei Bedarf einberufenen Ad-hoc-Sitzungen längst fester Bestandteil der Klinikstruktur geworden. Neben aktuellen und retrospektiven Fallbesprechungen werden interne Arbeitspapiere als Hilfsmittel bei ethischen Fragestellungen erstellt und Fortbildungen durchgeführt. Die verschiedenen Berufsgruppen der Kinderklinik arbeiten hier zusammen: die Pflege, Ärzte, Seelsorger, Krankengymnasten und Mitarbeiter des Sozialpädiatrischen Zentrums. Sie alle sehen sich als Multiplikatoren, die das Wissen um ethische Prinzipien, das Denken in ethischen Kategorien, ihre Erfahrungen aus entsprechenden Falldiskussionen in den klinischen Alltag hinaustragen und damit die Sensibilität aller Mitarbeiter bezüglich ethischer Fragestellungen erhöhen. Sie sind auch die Ansprechpartner vor Ort, denn manche Fragen können auch ohne Diskussion im größeren Rahmen beantwortet und gelöst werden. „Das Ethikkomitee leistet einen wichtigen Beitrag zur Optimierung der Versorgung unserer Patienten und zur eigenen Arbeitszufriedenheit“, ist sich Dr. med. Skrzypek, Funktionsoberärztin der Kinderklinik, sicher, die seit mehr als drei

Jahren die Sitzungen des Ethikkomitees moderiert und sich inzwischen zum Ethikberater im Gesundheitswesen fortgebildet hat. „Es fällt viel leichter, auch bei schwierigen Entscheidungen hinter dem zu stehen, was man tut, wenn man weiß, dass diese Entscheidung nicht nur medizinisch, sondern auch ethisch diskutiert und geprüft wurde.“

Ethik im medizinischen Alltag ist nicht neu, bereits seit den Anfängen der Medizin spielt sie eine – mal größere, mal kleinere – Rolle im medizinischen Alltag. Gerade heute, angesichts der Vielzahl der medizinischen Möglichkeiten und angesichts des Dilemmas, dass Patienten sich einerseits eine Behandlung wünschen, die alle Möglichkeiten der modernen Medizin in Betracht zieht, andererseits aber Angst haben, einer anonymen „Apparatemedizin“ ausgeliefert zu werden, ist die Einbeziehung ethischer Fragestellungen in die Entscheidungsfindung für die beste Behandlung eines Patienten essentiell. Dass Ethik derzeit viel Beachtung findet, z.B. auch im Hessischen Krankenhausgesetz, ist daher sicher ein Schritt in die richtige Richtung. Aus unserer Erfahrung heraus können wir nur dazu ermutigen, Ethik-Strukturen im eigenen Bereich zu etablieren, und dabei nicht nur der Gesetzeslage zu genügen, sondern dem tatsächlichen Bedarf in der eigenen Einrichtung nachzuspüren und darauf zu reagieren. Es lohnt sich!

Anschrift der Verfasserin

Dr. med. Susanne Skrzypek
Klinikum Frankfurt-Höchst
Gotenstraße 6-8, 65929 Frankfurt-Höchst
E-Mail: kinderklinik-intensivstation@
klinikumfrankfurt.de

Diabetes-Präventionstag „Fit und gesund älter werden“ in Offenbach

Bewegung und gesunde, fettarme Ernährung sind die Zauberwörter



Pressekonferenz Präventionstag – v.l.n.r.: Dr. Kreinhoff, PD Dr. Sahn, F. Mecke-Bilz, Dr. Klepzig, C. Hanisch, M. Beseler, St. Grüttner, Dr. v. Knoblauch zu Hatzbach, K. Möhrle, H. Ball, P. Dinkel, O. Janiczek

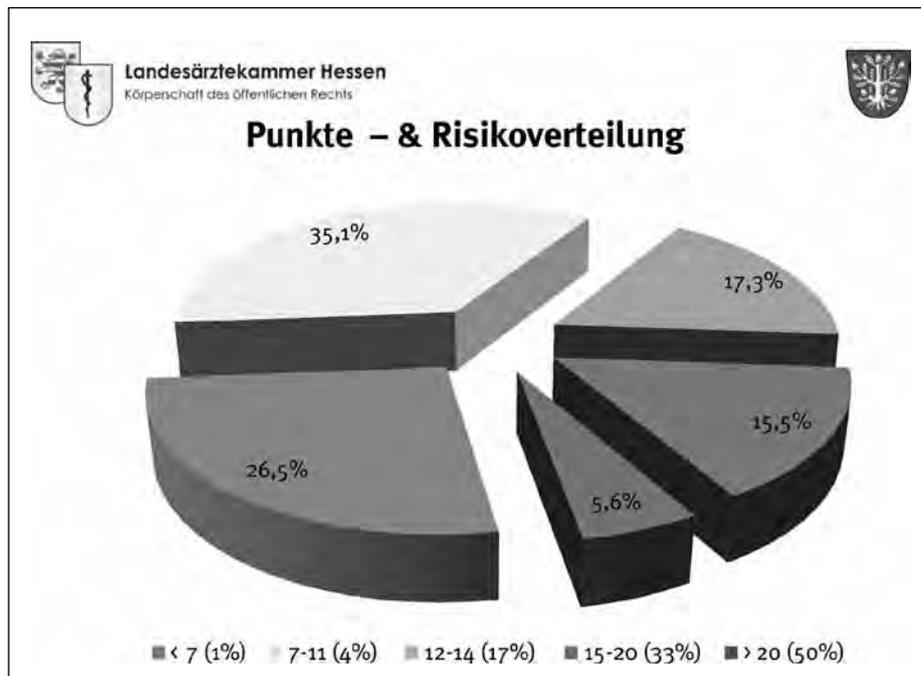
(Foto: Katja Kölsch)

Vorbeugen ist einfacher, als viele glauben. „Schon 10.000 Schritte am Tag senken das Diabetes-Risiko um 30 Prozent“, erklärte der hessische Sozialminister Stefan Grüttner bei der Eröffnung des Diabetes-Präventionstages, zu dem die Landesärztekam-

mer Hessen am 28. April 2012 in das Offenbacher Rathaus eingeladen hatte. Die öffentliche Veranstaltung, die trotz hochsommerlicher Temperaturen von mindestens 400 Offenbacher Bürgerinnen und Bürgern besucht wurde, war Höhepunkt

des Diabetes-Präventionsprojektes „Fit und gesund älter werden“ der Landesärztekammer in der städtischen Modellregion Offenbach. Schirmherrin des hessenweiten Projektes ist das Hessische Sozialministerium; für die Modellregion Offenbach haben die Stadt Offenbach die Schirmherrschaft und die ehemalige Olympiasiegerin im Fechten, Cornelia Hanisch, die Patenschaft übernommen.

Wie wichtig es ist, Menschen über das Risiko einer Diabetes-Erkrankung und ihre Folgen zu informieren, machte Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer, deutlich: „In Hessen leiden mehr als eine halbe Million Menschen an Diabetes. Die tatsächliche Zahl der Erkrankten dürfte allerdings viel höher liegen, da Typ-2-Diabetes sich auf leisen Sohlen anschleicht.“ Ursachen für den Diabetes Typ 2 sind in der Regel Übergewicht und mangelnde Bewegung. „Es gibt Schätzungen, die davon ausgehen, dass im Jahr 2030 der Anteil der Diabetiker (erkannter und unerkannter) an der Gesamtbevölkerung bis zu 40 Prozent betragen könnte“, warnte Michael Beseler, Stadtkämmerer der Stadt Offenbach. Nicht nur Ältere sind betroffen, sondern immer häufiger schon Kinder und Jugendliche: „Wir steuern auf eine Generation zu, die ihre Eltern nicht mehr überleben wird“, ergänzte Dr. med. Christian Klepzig, niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin und Diabetologie in Offenbach mit drastischen Worten.



An der erreichten Gesamt-Punktzahl des Fragebogens (FIND RISK-Fragebogen der Deutschen Diabetes-Stiftung) lässt sich ablesen, wie hoch das Risiko ist, in den nächsten zehn Jahren an Diabetes zu erkranken.

- unter 7 Punkte: kaum gefährdet (Risiko: 1%)
- 7 – 11 Punkte: Risiko leicht erhöht (Risiko: 4%)
- 12 – 14 Punkte: erhöhtes Risiko (Risiko: 17%)
- 15 – 20 Punkte: erhebliche Gefährdung (Risiko: 33%)
- über 20 Punkte: es besteht akuter Handlungsbedarf (Risiko: 50%)

Fragebogenaktion in Hausarztpraxen und Kliniken

In Offenbach als städtischer Modellregion war das von der Presseabteilung der Landesärztekammer konzipierte Präventions-

projekt am 14. März mit einer Fragebogenaktion zur Ermittlung des Diabetes-Risikos (FIND RISK-Fragebogen) in 13 teilnehmenden Hausarztpraxen und auf Stationen des Klinikums Offenbach gestartet. Diese hatten ein „Starterpaket“ mit Fragebögen und Checklisten, darunter u.a. eine Übersicht der Sportvereine und Ernährungsberatungsangebote in Offenbach, „Rezept für Bewegung“-Blöcke und Informations-Flyer, erhalten. Im Rahmen der Fragebogenaktion wurden Risiko-Patienten von ihren Ärztinnen und Ärzten gezielt auf eine mögliche Diabetesgefährdung angesprochen, beraten, über das „Rezept für Bewegung“ auf Bewegungsangebote und auf die Ernährungsberatung unserer Partner aufmerksam gemacht. Im Anschluss an die Aktion wertete die Landesärztekammer die anonymisierten Durchschläge der Fragebögen aus.

510 Fragebögen waren ausgefüllt worden, von denen 498 bis zu dem Präventionstag ausgewertet werden konnten. Die Ergebnisse der Auswertung bestätigten die tendenzielle Zunahme des Diabetes-Risikos in der Bevölkerung. Immerhin 366 der befragten Offenbacher Bürgerinnen und Bürger – und damit rund 73 Prozent – hatten

ein leichtes bis erhebliches Risiko, in den nächsten zehn Jahren einen Typ-2-Diabetes zu entwickeln. „Die gute Nachricht ist. Man kann etwas tun, um die Krankheit zu vermeiden: Die Zauberwörter heißen Bewegung und gesunde, fettarme Ernährung“, sagte Dr. von Knoblauch zu Hatzbach. Cornelia Hanisch und Peter Dinkel, Vorsitzender des Sportkreises Offenbach, bekräftigten, dass Bewegung auch das körperliche und seelische Wohlbefühl steigere. Dr. Ulrike Kreinhoff, Geschäftsführerin der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), Sektion Hessen, berichtete, dass sich im Zuge des Projektes bereits zahlreiche Offenbacherinnen und Offenbacher wegen Ernährungsberatung an die DGE gewandt hätten: „Der Beratungsbedarf ist hoch.“

Motivieren, Impulse zur Umstellung der Lebensgewohnheiten geben und die ärztliche Kompetenz in der Prävention deutlich machen: Das sind die Anliegen des Diabetes-Präventionsprojektes, mit dem die Landesärztekammer gemeinsam mit ihren Kooperationspartnern (in Offenbach: die Hausarztpraxen Andrea Assenmacher, Angelika Bayer, Birgit Cremer, Dr.-med. Irene-Gabriele Fischer-Nestor, Dr. med. Rainer Gareis und Christine Wörner, Dr.

med. Karl Albert Mutter, Naum Pavolotski, Claus-Michael Reimers, Gisela Margarete Schell, Dr. med. Andor Schmidt, Dr. med. Renate Ulrich, Dr. med. Brigitte Wilhelm-Probst, sowie die Praxisgemeinschaft Im Kleinen Biergrund (u.a. Dr. med. Christian Klepzig, Dr. med. Gerd Nitzsche), das Klinikum Offenbach und das Ketteler-Krankenhaus Offenbach, Gesundheitsamt und Sportamt Offenbach, Landessportbund Hessen, Sportkreis Offenbach, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Sektion Hessen, Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung (HAGE), Diabetikerbund, Landesverband Hessen und die Mediengruppe Offenbach-Post) unter der Schirmherrschaft des Hessischen Sozialministeriums und der Stadt Offenbach einen Beitrag zur Vorbeugung von Typ-2-Diabetes leisten möchte.

Information, Beratung und Workshops

Wie die Vorbeugung aussehen kann, führte der Präventionstag im Offenbacher Rathaus mit einem abwechslungsreichen Programm aus Experten-Vorträgen, Podiumsdiskussion unter der Leitung von Peter Schulte-Holtey (Offenbach Post), einem Markt der Möglichkeiten und Unterhaltung



Mitmach-Workshop Judo (Gleichgewichtstraining) (Foto: Beate Völker)



Besucher-Gedränge vor den Ständen

(Foto: Hans-Dieter Völker)

vor. Das Vormittagsprogramm war der Information gewidmet: Dr. med. Gerd Nitzsche, Offenbach, warnte in seinem Vortrag vor dem „Diabetes-Drama“: Erblindung, Nierenversagen, Amputationen, Herzinfarkt und Schlaganfall. Professor Dr. med. Arend Billing, Klinikum Offenbach, zeigte auf, wie sich Durchblutungsprobleme vermeiden und behandeln lassen. Er riet: „Beobachten Sie Ihre Füße!“ Die Mehrzahl der Diabetes Typ-2-Erkrankungen entwickle sich auf dem Boden eines metabolischen Syndroms – Fettstoffwechselstörung, Bluthochdruck, gestörter Zuckerstoffwechsel, Übergewicht – führte Christian-Dominik Möller, Bürgerhospital Frankfurt, aus. Dr. med. Christian Klepzig, Offenbach, berichtete in seinem Vortrag über die Folgen von Bluthochdruck: Herzmuskel- und Nierenschwäche, Herzinfarkt und Schlaganfall. Seine Empfehlung zur Vorbeugung: Gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Auch Professor Dr. med. Winfried Banzer, Universität Frankfurt, unterstrich die wichtige Rolle, die Bewegung in der Prävention und Therapie von Diabetes einnehme. Er riet zu Ausdauertraining und Krafttraining mit niedriger Belastung und hoher Wiederholung. Dass sowohl die Entstehung von Diabetes als auch von Krebs u.a. vom Lebensstil (Ernährungsgewohnheiten, körperliche Inaktivität, Rauch- und Trinkgewohnheiten) beeinflusst werde, machte PD Dr. med. Stephan Sahn, Ketteler-Krankenhaus Offenbach, deutlich. Weniger Kalorien, weniger Fett: Wer ohne Reue genussvoll essen und dabei Diabetes vorbeugen wolle, müsse seine Energiezufuhr drosseln, unterstrich Dr. med. Dieter Klein, Klinikum Offenbach.

Die Besucher des Präventionstages konnten sich an verschiedenen Ständen über Ernährung, die Zubereitung gesunder Brotaufstriche und über Angebote der Sportvereine in Offenbach informieren oder ih-

ren Blutdruck bzw. den Blutzuckergehalt messen lassen. Am „Hausärzte-Stand“ boten niedergelassene Allgemeinärzte aus Offenbach Information und Beratung; Ansprechpartner in der „Zuckerstubb“ waren niedergelassene Ärzte, Ärzte des Klinikums Offenbach sowie Ernährungsberater. Hier wurde außerdem zum Thema diabetischer Fuß beraten. Auch das Ketteler-Krankenhaus, die Offenbacher Apotheken zum Löwen, Buchrain und Schwanen sowie mehrere Pharmafirmen (Novo Nordisk, Lilly, Berlin Chemie, Roche, Sanofi) und die Getränkefirma Kampfmann waren als Sponsoren mit Ständen vertreten.

Am Nachmittag konnten die Besucher an Bewegungs-Workshops von sieben Offenbacher Sportvereinen – von „Drums alive“ über Gymnastik, Judo, Sturzprophylaxe und Walking bis hin zu „Zumba“ – teilnehmen. Musikalisches Highlight der Veranstaltung waren die Auftritte der Frauen-Senioren-Rockband „Weiberg’sang“ und der Senioren-Rockband „Too young to be old“, beide aus Offenbach. Für zündende kabarettistische und musikalische Einlagen sorgte das Gießener Mediziner-Kabarett „elephant toilet“. Den Gewinnern des Gewinnspiels winkten ein Fahrrad, ein Kochkurs bei der Volkshochschule Offenbach, ein „Candlelight Dinner für zwei“ und zwei Sport-Schnupperkurse als Preise. Evaluiert wird die Veranstaltung von der HAGE.

Projekt-Perspektiven

Das Modellprojekt in Offenbach soll nicht mit dem Präventionstag enden. „Das Engagement aller Beteiligten in Offenbach hat uns begeistert und wir würden uns wünschen, auch die Krankenkassen für die Unterstützung des Präventionsprojektes gewinnen zu können“, betonte Dr. von Knoblauch zu Hatzbach. Die Landesärztekammer wolle das Projekt künftig auch

Firmen und Verwaltungen anbieten. In Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Kliniken seien außerdem Angebote für fremdsprachige Mitbürger sowie Projekte für Kinder und Jugendliche vorstellbar.

Franziska Mecke-Bilz, Geschäftsführerin des Klinikums Offenbach, unterstrich ebenfalls die Nachhaltigkeit des Projektes. So werde die Fragebogenaktion für die Mitarbeiter des Krankenhauses im Herbst am Weltdiabetestag wiederholt. Als Besonderheit sei geplant, aus dem Krankenhaus herauszugehen, direkt in Offenbacher Betriebe und Behörden, um den Diabetes mehr ins Bewusstsein zu rücken. PD Dr. med. Stephan Sahn, Chefarzt am Ketteler-Krankenhaus, hob die erfolgreiche Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung in Offenbach hervor. Zur Förderung von Bewegung im höheren Lebensalter will die Stadt Offenbach ehrenamtlich begleitete Gehgruppen anbieten.

Das Diabetes-Präventionsprojekt der Landesärztekammer Hessen wird auch hessenweit fortgesetzt. „Ich bin überzeugt, dass wir damit gemeinsam einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung der betroffenen Menschen in Hessen leisten werden,“ erklärte Staatsminister Stefan Grüttner in Offenbach. Am 25. April, startete „Fit und gesund älter werden“ im Landkreis Hersfeld-Rotenburg unter der Schirmherrschaft von Landrat Dr. Karl-Ernst-Schmidt; unser ärztlicher Ansprechpartner vor Ort ist Dr. med. Frank Klein aus Schenkklengsfeld. Im Landkreis beteiligen sich 12 Hausarztpraxen und drei Kliniken. Am 16. Juni findet im Hotel am Kurpark in Bad Hersfeld der dortige Präventionstag statt, der u.a. von der Knappschaft und der B. Braun-Melsungen AG unterstützt wird.

Katja Möhrle

Ärztennetze in Hessen

In der Januarausgabe 2012 des Hessischen Ärzteblattes veröffentlichte die Redaktion einen Fragebogen, um hessischen Ärztenetzen die Möglichkeit zu geben, sich den Kolleginnen und Kollegen kurz vorzustellen. 23 hessische Netze nutzten diese Gelegenheit. Ohne einen wissenschaftlichen Anspruch erheben zu wollen, werden nachfolgend einige aus dieser Befragung erhaltene Zahlen dargestellt.

Die ältesten Netze stammen aus dem Jahr 1998, das jüngste Netz gründete sich 2011.

Während vor allem die kleineren Netze überwiegend örtlich begrenzt agieren, sind besonders die fachgebundenen Netze hessenweit aktiv. Mehrheitlich nennen die Netze als Aufnahmekriterium die Niederlassung als Arzt sowie in einigen Netzen die Zugehörigkeit zu bestimmten ärztlichen Fachgruppen, sind zum Teil jedoch auch für Nichtärzte offen. Fast alle Netze verfügen über Qualitätszirkel und Fortbildungsangebote. Häufig finden sich auch Leitlinien, Behandlungspfade, Fallkonferenzen, aber auch Case Management sowie vereinzelt das Monitoring von Arzneimitteltherapien, stationären Einweisungen sowie Überweisungen oder sogar Versorgungsforschung.

Sieht man vom Dachverband Hessenmed e.V. ab, so zählen die Netze zwischen 13 und 336 Mitglieder. Zum Zeitpunkt der Befragung waren 19 der antwortenden Netze Mitglied von Hessenmed e.V. – Dachverband Hessische Ärztenetz, der nach eigenen Angaben ca. 2.500 Mitglieder aus 20 angeschlossenen Ärztenetzen unter seinem Dach vereint.

19 Netze betreiben eine eigene Homepage, deren Angebot von Informationen nur für die eigenen Mitglieder bis hin zu umfangreichen Informationen für Patien-

ten und interessierte Besucher reicht. Auch wenn die Vorzüge einer IT-Vernetzung vielfach gepriesen werden, so scheint deren Umsetzung im Alltag doch noch keine Routine zu sein. Lediglich vier Netze verfügen nach eigenen Angaben über eine entsprechende Vernetzung, weitere vier Netze befinden sich diesbezüglich in der Planungs- bzw. Aufbauphase. Ein Netz erhält Zugang in das Intranet eines örtlichen Krankenhauses.

Etwa die Hälfte der Netze gab an, mit Krankenhäusern zu kooperieren, wobei die Spannweite von Einladungen zu den Netztreffen über Qualitätszirkel bis hin zu einem gemeinsamen Patientenbuch in einem Netz reicht. Sieben Netze beteiligen sich an klinischen Studien.

Hinsichtlich der Rechtsform wählten neun Netze einen eingetragenen Verein, zwölf Netze eine eingetragene Genossenschaft, und ein Netz entschied sich für eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts. Während eingetragene Vereine nach deutschem Recht in aller Regel keine wirtschaftlichen Zwecke verfolgen dürfen, bzw. sich nur nebenher und nachrangig wirtschaftlich betätigen dürfen, gilt dies nicht für eingetragene Genossenschaften. Der Zweck einer eingetragenen Genossenschaft ist laut Wikipedia die Förderung des Erwerbs oder der Wirtschaft ihrer Mitglieder, oder deren soziale oder kulturelle Belange durch den gemeinsamen Geschäftsbetrieb zu fördern.

Folgerichtig nennen die in Vereinsform organisierten Netze vorrangig Ziele wie die qualitative Verbesserung der medizinischen Versorgung und der kollegialen Zusammenarbeit, einheitliche Versorgung, Fortbildung, Prävention oder Patientenschulung. Auch die Genossenschaften gaben ähnliche Ziele an, legen jedoch vielfach auch einen Schwerpunkt auf die wirt-

schaftliche Förderung und Betreuung ihrer Mitglieder sowie den Erhalt der Freiberuflichkeit. Der Rechtsform geschuldet, verfügen fast alle Netze über eine Satzung, zum Teil auch Geschäftsordnungen oder Partnerverträge.

So überrascht es nicht, dass sich ein hauptamtliches Netzmanagement fast nur bei den Genossenschaften findet, während lediglich zwei Vereine hier auf hauptamtliche Unterstützung zurückgreifen. Insgesamt gaben 13 Netze ein rein ehrenamtliches, fünf Netze ein hauptamtliches, vier Netze ein haupt- und ehrenamtliches sowie in ein Netz ein nebenamtliches Management an.

Die Mehrzahl der genossenschaftlichen Netze bietet ein gemeinsames Beschaffungsmanagement an, während dies bei den übrigen Netzen nur vereinzelt der Fall ist. Sieben Netze gaben bestehende oder in Verhandlung befindliche Verträge mit den Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigung an. Auch hier überwiegen genossenschaftliche Netze.

Etwa die Hälfte der Netze bezieht die Medizinischen Fachangestellten zumindest als Fortbildungsteilnehmer ein oder betraut sie aktiv mit Patientenschulungen.

Vier Netze bieten ihren Patienten eine Termingarantie, etwa drei Viertel bieten Patientenschulungen an. Ein Viertel benannte das Vorhandensein angeschlossener Dienste wie z.B. Pflege oder Physiotherapie.

Eine tabellarische Übersicht mit den eingegangenen Antworten der hessischen Netze veröffentlicht das Hessische Ärzteblatt in dieser sowie den folgenden Ausgaben.

Sabine Goldschmidt M.A.

Hessenweit tätige Ärztenetze						
		Mitglied Hessenmed e.V.	Mitglied Hessenmed e.V.	Mitglied Hessenmed e.V.		Mitglied Hessenmed e.V.
Name	Hessenmed e.V. – Dachverband Hessische Ärztenetze	Kardiologie- Plattform Hessen eG	Diabetologen Hessen eG	Neuromed Hessen eG	Genossenschaft Niedergelassener Operateure e.G.	Hessische Urologen eG
Ziel	Erhalt Freiberuflichkeit niedergel. Ärzte + der wirtsch. Existenz, Professionalisierung der Ärztenetze	Wirtschaftliche Förderung und Betreuung der Mitglieder mittels gemeinschaftlichen Geschäftsbetriebs	anerkannte + kompetente Interessenvertretung, qual. hochwertige Patientenversorgung, wirtschaftliche Leistungserbringer	Förderung und Vertretung von Nervenärzten, Neurologen und Psychiatern; Entwicklung von Behandlungs- und Sonderverträgen	Unterstützung und Stärkung der Interessen niedergelassener aus operativen Fächern	Wirtschaftliche Förderung und Betreuung der Mitglieder mittels gemeinschaftlichen Geschäftsbetriebs
gegründet	2009	2003	2008	2009	2008	2007
Rechtsform	eingetragener Verein	eingetragene Genossenschaft	eingetragene Genossenschaft	eingetragene Genossenschaft	eingetragene Genossenschaft	eingetragene Genossenschaft
Management	haupt- und ehrenamtlich	hauptamtlich	hauptamtlich	hauptamtlich	ehrenamtlich	hauptamtlich
Teilnehmer	ca. 2.500 Mitglieder aus 20 Ärztenetzen	112	55	57	82	131
Fachrichtungen	alle Fachrichtungen	Kardiologen, Angiologen, Gefäßchirurgen	Diabetologen	Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	operative Fachgebiete	Urologen
Aufnahmekriterien	Ärztenetz	niedergelassene kardiologisch und/oder angiologisch tätige Fachärzte in Hessen	Ärzte mit ZB Diabetologie, Personen von Interesse		laut Satzung	in Hessen niedergelassene Fachärzte für Urologie
reg. Ausdehnung	Hessen	Hessen	Hessen	Hessen	Hessen	Hessen
Qualitätskriterien		QZ, Fortbildungsangebot	Fortbildungsangebot, Versorgungsforschung	QZ, Leitlinien, Behandlungspfade, Fallkonferenzen, Fortbildungsangebot, Ergebnisqualität: Monitoring Arzneimitteltherapie, stat. Einweisung, Überweisung	QZ, Fortbildungsangebot, QM mit Zertifizierung	QZ, Leitlinien, Behandlungspfade, Fortbildungsangebot, Monitoring Arzneimitteltherapie
Einbeziehung MFA		Durchführung Patientenschulungen durch MFA	Aufbau einer Info-Plattform mit Newsletter und eigenen Veranstaltungen		QZ, QM	nein
IT-Vernetzung	nein	nein	nein	in Arbeit	nein	ja
Webauftritt	www.hessenmed.de reines Ärzteportal	kardiologie-plattform.de Organisation, Mitgliederverzeichnis, Patienteninformation, interner Bereich	diabetologen-hessen.de Übersicht Struktur, Aktivitäten, Termine, Newsletter, Rahmenvereinbarung	neuromedhessen.de Arzt/Patienteninformationen	gnoh.de	hessische-urologen.de Organisation, Mitgliederverzeichnis, Patienteninformation, interner Bereich
gem. Beschaffungsmanagement	Rahmenverträge	nein	Praxisbedarf	in Planung	geplant	ja
Mitarbeiterpool	nein	nein	Diabetesberaterin	nein	nein	nein
gem. Verträge mit KV u.ä.	in Verhandlung	ja	nein	Sondervertrag Heimversorgung	in Arbeit	ja
Termingarantie	in Arbeit	nein	nein	nein		nein
Patientenschulung	in einzelnen Netzen	Hypertonie, KHK, Herzinsuffizienz	Diabetes, Praxisseminar Medizinprodukte	in Planung	nein	ja
angeschlossene Dienste		keine	keine	keine	keine	keine
Kooperation mit Krankenhaus	über Gespräche in den Mitgliedsnetzen	durch die jeweiligen Mitgliederpraxen	keine	in Vorbereitung	über Mitgliederpraxen	durch die jeweiligen Mitgliederpraxen
klin. Studien	nein	Register-Studien	Aufbau eigene Struktur Versorgungsforschung	nein	nein	nein
wiss. Begleitung	nein	Uniklinik Marburg	Prof. Dr. R. Göke	bei Bedarf	nein	nein

UKGM – eine unendliche Geschichte ...

Ursula Stüwe

Ansichten

Es war im Jahre 2005, als die hessische Landesregierung beschloss, die Universitätskliniken Gießen und Marburg zusammen zu führen, um sie sechs Monate später an einen privaten Klinikbetreiber zu verkaufen! Im Rahmen dieser beiden Gesetzesverfahren war ich in meiner Eigenschaft als Präsidentin der Landesärztekammer Hessen sowie als Vorsitzende des Marburger Bundes Hessen um eine Stellungnahme gebeten worden.

Die Diskussionen über die Kliniken in Gießen und Marburg nahmen im Frühjahr 2012 sowohl in der Fach- wie auch der allgemeinen Presse großen Raum ein:

- Stellenabbau von ca. 500 Stellen,
- Erneutes Auswechseln der Geschäftsführung,
- Gewinnwarnung, trotz immer noch erklecklich zu erwartender Gewinne,
- und schließlich zwei Brandbriefe der Klinikdirektoren nach vorausgegangenen Mitteilungen der Personalräte
- geplante Übernahme des Rhönkonzerns durch Fresenius/Helios!

Meine schlimmsten Befürchtungen, geäußert in 2005, sehe ich bestätigt. Auch, wenn ich damit Recht bekomme, so kann ich mich darüber nicht freuen!

Bereits im April d.J. schrieb ich in der Frankfurter Rundschau, dass unser Gesundheitssystem auf dem Boden des Grundgesetzes steht – es ist eine der vornehmsten Aufgaben des Staates, für die Versorgung der Bevölkerung zu sorgen. Dafür werden sinnvollerweise Steuern erhoben. Politik kann diese Aufgabe einem Klinikbetreiber

übergeben, wie hier. Und nun ist die Rendite zwar ziemlich gut, aber nicht wie erwartet! Dabei war dieses Ergebnis schon vor ca. sieben Jahren absehbar, weil gerade die Finanzierung der hochspezialisierten Medizin krankte und immer noch krankt! Und wenn die Energiekosten einer Klinik steigen, wenn auch und gerade die Gesundheitswirtschaft (!) hochpreisige Geräte verkauft, wenn Entsorgungen von Sondermüll u.a. teurer werden, dann wird immer und immer am Personal eingespart!

Was braucht aber ein kranker Mensch, der sich in einer Ausnahmesituation in einer Klinik befindet? Er braucht sehr gute ärztliche und fachlich kompetente medizinische Versorgung, er braucht ganzheitliche Pflege, er braucht Trost, Zuspruch, Hilfe. Daran hat sich trotz aller technischer Neuerungen nichts geändert. Alle diese so dringend notwendigen Zuwendungen werden durch Menschen wie Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflegepersonal und soziale Dienste vor Ort erbracht! Wer hier „wegrationalisiert“, hat Medizin nicht verstanden! Und wenn sich dann Klinikdirektoren wie in Gießen und Marburg in aller Öffentlichkeit zu Wort melden¹, ist die Situation vor Ort für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Kliniken unerträglich geworden!

Inzwischen ist der 16. (!) kaufmännische Geschäftsführer in den UKGM im Amt – eingesetzt von der Rhön AG. Das Vertrauen des Betriebsrates hat er zunächst nicht – schließlich hat er die Aufgabe, die Kliniken attraktiv zu machen u.a. wohl für die nächste Aktionärsversammlung! Man möchte gerne einmal wissen, wie viele Kranken-

pflagestellen z.B. durch diese schnellen und häufigen Geschäftsführerwechsel möglich gewesen wären: jedes Mal wird neues Briefpapier gedruckt, ein neues Namensschild angebracht, alle Auftritte nach außen hin müssen angepasst werden. Gar nicht zu reden von der Einarbeitungszeit des/der „Neuen“!

Ähnliches passiert in der hessischen Landeshauptstadt an den Dr. Horst Schmidt-Kliniken! Sie sind seit wenigen Wochen zu 49 % von Rhön übernommen worden – die neuen Geschäftsführer arbeiten sich ein. Es sind (noch) die ersten von Rhön! Zu den geplanten Verbesserungen in Wiesbaden kann man nur vage Andeutungen in Zeitungen lesen. Man wird misstrauisch, denn mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit liegt ein Veränderungskonzept vor, weit über einen Neubau hinaus. Ob man sich nach den gemachten Erfahrungen in Mittelhessen mit Äußerungen zurück hält, um nicht auch hier sofort anzuecken bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern?

Und kaum war der Teilverkauf der HSK-Wiesbaden an Rhön perfekt, wurde die Klinik-Szene aufgerüttelt durch die Veröffentlichung, dass Fresenius den Rhönkonzern komplett übernehmen und in seine Krankenhauskette Helios integrieren will. Beide Seiten zeigten sich einverstanden – doch was bedeutet das für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerade hier in Hessen? In den Universitätskliniken UKGM erneuter Geschäftsführerwechsel, neue „Firmenphilosophie“ mit neuem Leitbild, neues Logo, etc.. Welche Kosten entste-

¹ <http://www.uni-giessen.de/cms/ueber-uns/pressestelle/aktuelles/offener-brief-zur-situation-am-ukgm> http://www.uni-giessen.de/cms/ueber-uns/pressestelle/aktuelles/universitaetsmedizin-in-mittelhessen-bestmoeglich-sichern/bernarticleblock_direct_view

hen, die man besser in Personal investiert hätte?

Sollte das wirklich das „Leuchtturmprojekt“ der hessischen Landesregierung sein: alle paar Jahre ein neuer Träger, Unruhe in den Kliniken und keine Zeit für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sich in Ruhe um die Kranken zu kümmern (Kernaufgabe!) – denn wahrscheinlich steht schon wieder der nächste „Gesprächstermin“ an zur Kostenentwicklung, zur Firmenphilosophie, zur Corporate identity!

Da Fresenius ja auch in der „Gesundheitswirtschaft“ tätig ist, auch außerhalb des Krankenhausbereiches, entstehen ganz wichtige, für die Patientinnen und Patienten äußerst relevante Fragen:

- Bleibt die ärztliche Therapiefreiheit erhalten, oder werden nur noch Medikamente zur Verfügung gestellt, die die Attraktivität von Fresenius für Aktionäre bessern? Hier zeigt sich ein besonders wichtiges Aufgabenfeld für die Landesärztekammer!
- Welche Personalressourcen müssen abgebaut werden, um die Übernahmefinanzierung wieder herein zu holen?
- Mit welcher zusätzlichen Arbeitsverdichtung müssen die Mitarbeiter rechnen, um die gemachten Investitionen in die Rentabilität zu führen?
- Werden Investitionen in neue Geräte/Gebäude noch möglich sein, oder wurde das Geld schon zum Kauf ausgegeben?

Fresenius argumentiert zu seiner zukünftigen Marktmacht, dass jeder potentielle Patient nach Übernahme von Rhön „nur noch“ 100 km vom nächsten HeliosRhön-Krankenhaus entfernt wohnen wird. Das ist für eine Notfallversorgung schon einmal viel zu weit! Die muss in der Nähe stattfinden können, sonst ist sie sinnlos. (siehe Rettungsdienstgesetz!) Eine Reise von 100 km für einen Krankenbesuch ist

Auszüge aus der Stellungnahme 2005

Zu Punkt 1: Rahmenbedingungen

... Die Fallpauschalen (DRG's) genügen schon jetzt nicht der Finanzierung und den Leistungserfordernissen von Krankenhäusern mit Spitzenmedizin und Hochleistungsmedizin, zukünftig wird im Rahmen der Konvergenzphase hier noch mit weiteren finanziellen Verlusten zu rechnen sein. Diese Verluste sind im System immerhin vorprogrammiert, und können auch durch einen privaten Betreiber mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht aufgefangen werden. ...

Auswirkungen auf die regionale Krankenhausstruktur sind mit Sicherheit zu erwarten, da auch zu erwarten ist, dass die Anzahl der Krankenhausbetten abgebaut wird. Voraussichtlich werden die hochspezialisierten Leistungen von beiden Universitätsklinik durchgeföhrt werden, weniger kostenträchtige Versorgungen können voraussichtlich in den umliegenden Krankenhäusern erbracht werden. Damit liegen mehr und mehr unterfinanzierte Patienten in den Universitätsklinik mit Auswirkungen auf das Finanzbudget. ...

Zu Punkt 4: Privatisierung

Ein möglicher Käufer wird ein Klinikum erwerben, um letzten Endes auch Profit zu machen, aufgrund der erheblichen Investitionen, die zunächst notwendig sind. Dieses wird Auswirkung auf die Anzahl des verfügbaren Personals haben, jedoch ebenfalls auch im Hinblick auf weitere, nicht profitorientierte Arbeitsgebiete eines Klinikums. ... Die Auswirkungen auf die Krankenversorgung sind als erheblich einzustufen. Bei weiterer Arbeitsverdichtung durch Wegfall von Personal wird darunter langfristig auch die Qualität leiden. Die regionalen Strukturen und das Versorgungsangebot wird sich dahingehend verändern, dass die Versorgungsdichte dünner werden wird. Inwieweit hier das Land Hessen aus seinem Versorgungsauftrag entbunden werden kann, steht offen.

für viele Menschen sowohl ein finanzielles wie ein ganz praktisches Problem!

Diese Argumentation der Entfernung ist für Patientinnen und Patienten kaum interessant – sie suchen sich eine Ärztin, einen Arzt, der ihre ganz spezielle Krankheit richtig und sinnvoll behandeln kann – das bedeutet: qualifizierte, vorhandene Ärzte sind ungleich wichtiger zur Patientenakquise als jedwede Firmenbezeichnung!

Und ich bin ganz sicher: keine einzige Patientin, kein Patient möchte mit der eigenen, vom Schicksal „zugeteilten“ Krankheit dafür herhalten müssen, Aktionärsünsche zu befriedigen!

Und last but not least: warum zahle ich Steuern für die Daseinsvorsorge – eine der „vornehmsten Aufgaben des Staates“ – wenn dieser die Aufgabe an ein börsennotiertes Unternehmen abgibt?

Anschrift der Verfasserin

Dr. med. Ursula Stüwe
Dreiruthenweg 14
65388 Schlangenberg
E-Mail: ursula.stuewe@t-online.de

Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten und Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Hessen

Aufgaben – Organisation – Schnittstellen

Thomas Gaertner, Jörg van Essen

1. Allgemeine Grundlagen

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist die sozialmedizinische Sachverständigeninstitution innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit der ihr zugeordneten sozialen Pflegeversicherung (SPV). Die GKV als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die SPV ist dazu bestimmt, den Versicherten Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind. Die diese Sozialversicherungen tragenden Kranken- und Pflegekassen haben nach dem Untersuchungsgrundsatz des § 20 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) den leistungsberechtigenden Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln. Zu den Beweismitteln, die nach pflichtgemäßem Ermessen zur Ermittlung des Sachverhalts erforderlich sein können, zählen nach § 21 SGB X:

1. Auskünfte jeder Art einholen,
2. Beteiligte anhören, Zeugen und Sachverständige vernehmen oder die schriftliche oder elektronische Äußerung von Beteiligten, Sachverständigen und Zeugen einholen,
3. Urkunden und Akten beiziehen,
4. den Augenschein einnehmen.

Die einzelnen Medizinischen Dienste der Länder arbeiten bundesweit einheitlich nach rechtlich festgeschriebenen Bestimmungen. Im Auftrag der Kranken- und Pflegekassen sowie ihrer Verbände erbringt dabei die Arbeitsgemeinschaft Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Hessen (MDK Hessen) sachverständige Leistungen folgender Kategorien:

- Begutachtungen von Versicherten
- Qualitätsprüfungen in Versorgungseinrichtungen
- Beratungen zu Grundsatz- und Versorgungsfragen
- Fortbildungen für Sozialleistungsträger.

Eine sozialmedizinische Stellungnahme des MDK hat dabei lediglich empfehlenden Charakter. Sie vermittelt somit zwischen medizinischen Tatbeständen und der leistungsrechtlichen Entscheidung auf Seiten der Kranken- bzw. Pflegekasse (Seger 2011). Die sozialgesetzlichen Regelungen zu den Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden ergänzt und konkretisiert durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes sowie die Rechtsprechung. Die Fachaufgaben des MDK werden von Ärzten und Angehörigen anderer Heilberufe wahrgenommen, bezüglich der Aufgaben speziell für die Pflegeversicherung in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften. Nach § 275 Abs. 5 SGB V sind die Ärztinnen und Ärzte des MDK bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. Aufgrund des behördlichen Sachverständigenstatus sind für die Gutachtererstellung seitens des MDK grundsätzlich die gleichen fachlichen Voraussetzungen verpflichtend, wie sie in Sachverständigenordnungen festgeschrieben sind (Gaertner und Gnatzy 2011). Dazu gehören:

- Unabhängigkeit
- Weisungsfreiheit
- Gewissenhaftigkeit
- Unparteilichkeit.

Zur Gewährleistung der Unabhängigkeit wurde der MDK vom Gesetzgeber als kasernenartenübergreifende Arbeitsgemein-

schaft der gesetzlichen Krankenversicherung institutionalisiert, unabhängig also von einer einzelnen ihn beauftragenden Kranken- bzw. Pflegekasse. Bezüglich der Weisungsfreiheit ist herauszustellen, dass hinsichtlich des sozialmedizinischen Leistungsgeschehens im MDK gemäß § 2 Abs. 4 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) folgendes zu beachten gilt: „Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen“. Gewissenhaftigkeit im Sachverständigenwesen bedeutet neben der Erfahrung im Sinne von Fachwissen und Sachkenntnis, der sorgfältigen Ermittlung auf der Grundlage der obengenannten Beweismittel und einer nachvollziehbaren Begründung der Ergebnisse insbesondere die Berücksichtigung des aktuellen Stands der Wissenschaft und Technik sowie speziell für den MDK die Beachtung der Richtlinien. Unparteilichkeit subsummiert die Achtung auf Unbefangenheit, die Gewährleistung der Objektivität und Unvoreingenommenheit sowie die Wahrung der Neutralität. Dazu gehört auch, dass entsprechend dem § 275 Abs. 5 SGB V die Gutachterinnen und Gutachter des MDK bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nicht berechtigt sind, „in eine medizinische Behandlung einzugreifen“.

2. Aufbauorganisation des MDK Hessen

Die Kranken- bzw. Pflegekassen sind in gesetzlich bestimmten Fällen oder bei besonderen Erkrankungskonstellationen verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen. Geprüft werden vom MDK die Voraussetzungen, Art und Umfang von diagnos-

Tabelle 1: Begutachtungsleistungen des MDK Hessen nach Anlassgruppen im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2011.

Anlass	Anzahl der gutachterlichen Stellungnahmen
Stationäre Leistungen	282.935
Arbeitsunfähigkeit	136.632
Vorsorge/Rehabilitation	82.783
Hilfsmittel	21.743
Ambulante Leistungen	22.018
Neue/unkonventionelle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel	7.044
Ansprüche gegenüber/von Dritten	3.259
Zahnmedizin	838
Sonstige Anlässe	925
Gesamt	558.177

Tabelle 2: Begutachtungsleistungen des MDK Hessen nach Anlassgruppen im Auftrag der gesetzlichen Pflegekassen im Jahr 2011.

Anlass	Anzahl der gutachterlichen Stellungnahmen
Pflegebedürftigkeit in der ambulanten Pflege	95.986
Pflegebedürftigkeit in der vollstationären Pflege	26.882
Pflegebedürftigkeit in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	552
Übrige Leistungen, wie z.B. Pflegehilfsmittel, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	12.761
Gesamt	136.181

tischen und therapeutischen Leistungen sowie von Arbeitsunfähigkeit, die Notwendigkeit medizinischer Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, die Erforderlichkeit von häuslicher Krankenpflege oder von Hilfsmitteln, die Pflegebedürftigkeit sowie die Qualität in Pflegeeinrichtungen. Weiterhin sollen die Krankenkassen und ihre Verbände im notwendigen Umfang den Medizinischen Dienst zu Rate ziehen, insbesondere für allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten, für Fragen der Qualitätssicherung, für Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und für Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen, insbesondere der Prüfungsausschüsse (§ 275 SGB V, § 18 und § 114 SGB XI). Die Krankenkasse hat dabei eigenverant-

wortlich zum richtigen Zeitpunkt die gebotene Auswahl an Fällen zu treffen, bei denen sie zur Klärung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen einen (sozial-)medizinischen Begutachtungs- bzw. Beratungsbedarf seitens des MDK sieht (Gaertner und van Essen 2012).

In Analogie zu den Vereinbarungen der Kosten- und Leistungstransparenz innerhalb der MDK-Gemeinschaft werden die sozialmedizinischen sachverständigen Stellungnahmen des MDK Hessen nach Anlassgruppen klassifiziert (s. Tabellen 1 bis 3). Diese Systematik zugrunde legend und auch der für (sozial-)medizinische Leistungen erforderlichen Spezialisierung folgend ist der MDK Hessen als zeitgemäße Spartenorganisation in vier Geschäftsbereiche gegliedert. Die Begutachtungs-

Prüfungs- und Beratungsaufgaben verteilen sich auf diese wie folgt:

Geschäftsbereich Krankenhaus (GB KH)

- Stationäre Krankenhausversorgung
- Ambulantes Operieren im Krankenhaus
- Psychische und Verhaltensstörungen
- Krankheiten des Nervensystems

Geschäftsbereich Arbeitsunfähigkeit/ Rehabilitation (GB AU/Reha)

- Arbeitsunfähigkeit
- Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen
- Plastisch-kosmetische Operationen
- Bariatrisch-chirurgische Eingriffe
- Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe
- Fahrtkosten
- Chronische Erkrankungen

Geschäftsbereich Ambulante Versorgung (GB AV)

- Hilfsmittel
- Arznei- und Heilmittel
- Medizinprodukte
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- Ambulante Palliativversorgung
- Sorgfaltspflichtverletzungen und Ersatzansprüche
- Zahnmedizin

Geschäftsbereich Pflege (GB Pflege)

- Pflegebedürftigkeit
- Pflegehilfsmittel
- Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
- Pflegequalität

Mit festen Standorten ist der MDK Hessen vertreten in Oberursel (Hauptsitz) sowie Darmstadt, Frankfurt am Main, Fulda, Gießen, Kassel, Marburg, Offenbach und Wiesbaden. In Verbindung mit zusätzlich bedarfsabhängig zu nutzenden Untersuchungsstellen in weiteren neun hessischen Städten wurde so flächendeckend ein effizientes Versorgungsnetz im Land

Tabelle 3: Qualitätsprüfungen von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durch den MDK Hessen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen im Jahr 2011.

Anlass	Regelprüfung	Anlassprüfung	Wiederholungsprüfung	Gesamt
Qualität bei Pflegediensten	934	36	23	993
Qualität in Pflegeheimen	903	39	26	968
Gesamt	1.837	75	49	1.961

etabliert. Mit dieser Infrastruktur ist bei der Notwendigkeit einer Inaugenscheinnahme oder Untersuchung eines Versicherten eine wohnortnahe Erreichbarkeit des MDK Hessen sichergestellt und die Möglichkeit einer unkomplizierten direkten Kontaktaufnahme mit Leistungserbringern landesweit gegeben.

3. Schnittstellenregelungen

Nach § 276 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, dem MDK die für die Begutachtung und Beratung erforderlichen Unterlagen vorzulegen sowie Auskünfte zu erteilen. Unterlagen, die der Versicherte über seine Mitwirkungspflicht hinaus der Krankenkasse freiwillig selbst überlassen hat, dürfen an den MDK nur weitergegeben werden, soweit der Versicherte eingewilligt hat. In Betracht kommen beispielsweise Angaben, Berichte oder Bescheinigungen über

- medizinische Leistungen,
- Arbeitsunfähigkeit,
- Krankheits- und Behandlungsverlauf,
- Vorerkrankungen,
- Art der Beschäftigung und berufliche Gegebenheiten,
- Besonderheiten aus dem sozialen Umfeld.

Bei der Übermittlung der Unterlagen nahm in den letzten Jahren der internetbasierte Datentransfer stetig zu. So erreichten den MDK Hessen im Jahr 2011 über 40 Prozent der Pflegebegutachtungsaufträge und rund

80 Prozent aller Aufträge im Geschäftsbereich Krankenhaus in elektronischer Form. Der MDK darf allerdings Sozialdaten nur erheben und speichern, soweit dies für die Begutachtungen, Prüfungen und Beratungen erforderlich ist. Die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten dürfen ausschließlich für die sozialgesetzlich vorgesehenen Zwecke verarbeitet oder genutzt werden. Die Sozialdaten sind nach fünf Jahren zu löschen.

Haben die Krankenkassen eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den MDK veranlasst, sind, soweit dies dafür erforderlich ist, die Leistungserbringer verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen zu übermitteln. Nach § 277 SGB V hat der MDK dem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt, sonstigen Leistungserbringern, über deren Leistungen er eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben hat, und der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und der Krankenkasse die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen. Er ist befugt, den genannten Ärzten und Leistungserbringern die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen. Der Versicherte kann der Mitteilung über den Befund an die Leistungserbringer widersprechen. Die Krankenkasse hat, solange ein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts besteht, dem Arbeitgeber und dem Versicherten das Ergebnis des Gutachtens des MDK

über die Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen, wenn das Gutachten mit der Bescheinigung des Kassenarztes im Ergebnis nicht übereinstimmt. Die Mitteilung darf keine Angaben über die Krankheit des Versicherten enthalten.

Gerade die durch psychische und psychosomatische Erkrankungen bedingte Arbeitsunfähigkeit stellt Vertragsärzte, Krankenkassen und Medizinische Dienste zunehmend vor Herausforderungen. In Ergänzung zur Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit wurde daher ein spezieller Begutachtungsleitfaden, der den Besonderheiten bei der gutachtlichen Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei Versicherten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen Rechnung trägt, entwickelt. Mit dem Ziel, auch auf diesem Gebiet ein bundesweit möglichst gleichartiges Vorgehen durch die MDK-Gutachter zu gewährleisten, wurde dieser Leitfaden im Februar 2012 von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte der MDK-Gemeinschaft verabschiedet und zur Anwendung empfohlen.

Die gutachtliche Stellungnahme des MDK ist für den behandelnden Arzt grundsätzlich verbindlich. Nach dem Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) kann im ambulanten Sektor der behandelnde Vertragsarzt bei Meinungsverschiedenheiten unter Darlegung seiner Gründe bei der Krankenkasse ein Zweitgutachten beantragen. Der MDK soll dann mit dem Zweitgutachten einen Arzt des Gebietes beauftragen, in das die verordnete Leistung oder die Behandlung der vorliegenden Erkrankung fällt. Für den stationären Sektor existiert eine solche Regelung auf Bundesebene und speziell auch für Hessen auf Landesebene nicht. An den Schnittstellen von Krankenkasse, Versichertem, Leistungserbringer und MDK sind neben den gesetzlichen sowie landes-

spezifischen vertraglichen Regelungen insbesondere nach § 282 Satz 3 SGB V die Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung aus dem Jahr 1990 weiterhin von grundlegender Bedeutung. Allerdings sind darin die Überprüfung der Krankenhausabrechnung auf Kodierqualität oder indikationsspezifische Plausibilität entsprechend dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 noch nicht enthalten. Bestandteil dieses Gesetzes war ja unter anderem auf der Grundlage der German Diagnosis Related Groups (G-DRG) die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für die allgemeinen Krankenhausleistungen.

Bei der DRG-Begutachtung durch den MDK handelt es sich entsprechend § 275 Abs. 1 Satz 1 nicht, wie gemeinhin formuliert um eine Abrechnungsprüfung im engeren, pekuniären Sinne. Diese nämlich, die „Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung“ obliegt der Krankenkasse, die, falls der MDK involviert wurde, sie erst im Nachgang und unter Berücksichtigung der von ihr beauftragten einzelfallbezogenen Stellungnahme des MDK vornimmt. Die DRG-Begutachtung stellt gleichermaßen wie die Begutachtung zur Beurteilung der Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung besondere Anforderungen an die Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter bezüglich der Aktualität ihres Fachwissens sowie ihrer Kenntnis der Rechtsgrundlagen (Dirschled et al. 2010, Huber et al. 2012). Die Begutachtung des Einzelfalls seitens des MDK basiert auf seiner sozialmedizinischen, d.h. sozialgesetz- und richtlinienkonformen „Prüfung von Voraussetzung, Art und Umfang der Leistung“, d.h. der bereits oben erwähnten indikationsspezifischen Plausibilität, und der darauf basierenden Überprüfung auf medizinisch einwandfreie Kodierung

nach dem DRG-System seitens des Leistungserbringers.

Die Eingruppierung in eine G-DRG erfolgt unter Anwendung diagnosebezogener (ICD) und prozedurenassoziierter (OPS) sensibler persönlicher Daten von Krankenhauspatienten unter Berücksichtigung dokumentierter Angaben zur persönlichen Krankengeschichte unter anderem auch zur Familien- und Sozialanamnese. Die DRG-Begutachtung ist somit kein reiner Verwaltungsakt, sondern eine nach § 20 SGB X ärztliche Ermittlung, fachgemäße Beurteilung und sachgerechte Feststellung eines individuellen medizinischen Tatbestands im Auftrag der als Behörde geltenden Krankenkasse. Die Begutachtung, gerade auch im prozessualen Sinne, unterliegt damit nicht nur dem sozialgesetzlichen verbrieften Datenschutz des Versicherten. Wesentlich maßgebend ist es, bei der gutachterlichen Ermittlung für die Ärztinnen und Ärzte ebenso wie die anderen Angehörigen heilbehandelnder Berufe des Medizinischen Dienstes die standesrechtlichen Normen zur Verschwiegenheitspflicht (Schweigepflicht) zunächst einmal als Gutachter selbst einzuhalten und diese dann auch gegenüber Dritten, nicht an der Patientenversorgung und deren Dokumentation unmittelbar Beteiligten, während zu beachten.

Nach der stationären Versorgung sowie der Arbeitsunfähigkeit stellen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen den dritthäufigsten Anlass dar, seitens der Krankenkassen den MDK Hessen mit einer Begutachtung zu beauftragen. Der MDK überprüft nicht nur die Indikation, sondern er hat auch die Aufgabe, der Krankenkasse Alternativen zu empfehlen (Hagen 2009). Bei Anträgen zur medizinischen Vorsorge bzw. Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 24 bzw. § 41 SGB V sind neben den primär begründenden Gesundheitsproble-

men gerade auch die psycho-sozialen Aspekte von besonderer Bedeutung. Eine diesbezüglich bundesweit vergleichbare Beurteilung seitens der Medizinischen Dienste wurde in letzter Zeit nicht zuletzt vom Bundesrechnungshof angemahnt. Um eine homogene Begutachtungspraxis sicherzustellen, wurde ebenfalls im Februar dieses Jahres eine Standardverfahrensanweisung durch die Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte beschlossen und zur einheitlichen Anwendung in den MDK empfohlen. Sie ist in Verbindung mit der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation und den Umsetzungsempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes, der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des MDS anzuwenden. Demnach sind zur gutachterlichen Klärung der Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit, -ziele und -prognose neben Mitteilungen zu allgemeinen umwelt- und personbezogenen Faktoren einschließlich Risikofaktoren sowie mütter-/vaterspezifischen Kontextfaktoren folgende Unterlagen zur Beurteilung notwendig:

- Antrag auf eine Leistung nach § 24 bzw. § 41 SGB V,
- Befundbericht/ärztliche Verordnung,
- Selbstauskunft der/des Versicherten,
- Leistungsauszug der Krankenkasse,
- weitere Befundberichte aus den letzten zwölf Monaten zum antragsbegründenden Gesundheitsproblem,
- Krankenhaus-Entlassungsberichte aus den letzten zwölf Monaten,
- zurückliegende Vorsorge-/Reha-Entlassungsberichte.

Damit ein Begutachtungsauftrag zügig und möglichst abschließend bearbeitet werden kann, sollten dem MDK bei Auftragserteilung alle notwendigen Dokumente seitens der Krankenkasse vorgelegt werden können. Die für die Begutachtungen anlässlich der Versorgung mit/des

Einsatzes von Arzneimitteln, Heilmitteln, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Hilfsmitteln beurteilungsrelevanten Unterlagen hat der MDK Hessen in so genannten Checklisten zusammengestellt. Diese finden sich auf der Homepage des MDK Hessen unter: <http://www.mdk-hessen.de/72.htm>. Bedacht werden sollte auch, dass nicht nur die Überprüfung einer Verordnung ex ante, sondern auch Hinweise auf eine möglicherweise insuffiziente Hilfsmittelversorgung ex post Anlass für eine Begutachtung durch den MDK sein können. Zudem kann bei einer Begutachtung durch den MDK entlastend für die GKV gelegentlich auch die Zuständigkeit eines anderen Sozialleistungsträgers festgestellt werden (Kern 2010).

Dem § 8 SGB XI zufolge ist die pflegerische Versorgung der Bevölkerung eine in gemeinsamer Verantwortung getragene gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Bei Pflegebedürftigkeit leistet die soziale Pflegeversicherung daher im Sinne einer Teilabsicherung Hilfe nur unterstützend, also lediglich ergänzend zur Pflege oder Betreuung durch Angehörige, Nachbarn sowie Selbsthilfegruppen und zu den Hilfeleistungen von Ländern oder Kommunen (Gaertner 2009). Die Beteiligung des Medizinischen Dienstes am Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit als leistungsberechtigendem Tatbestand ist gesetzlich vorgeschrieben. Dazu erstellt der MDK Hessen grundsätzlich unter Einbeziehung medizinischer Unterlagen, der Auskünfte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, einer orientierenden Untersuchung des Versicherten, der Exploration der Pflegenden zum Hilfebedarf und der Inaugenscheinnahme des Wohnumfeldes das in den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien vorgesehene ausführliche Formulargutachten (http://www.mds-ev.de/media/pdf/BRI_Pflege_09o6o8.pdf).

Nach § 18 SGB XI hat der MDK Hessen im Auftrag der Pflegekasse zu prüfen ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Zudem sind das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz und auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind. Auf dieser Grundlage haben dann Versicherte einen Anspruch ge-

gen den zuständigen Träger auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

4. Schlussbetrachtung

Seit dem Gesundheitsreformgesetz aus dem Jahre 1988 obliegt es der GKV, das Gesundheitssystem strukturell und prozessual aktiv mitzugestalten. Dabei ergeben sich Interferenzen der Krankenkassen mit Versicherten, Leistungserbringern, Sozialleistungsträgern, Rechtsprechung, Wissenschaft, Politik, Ökonomie und Medien mit den ihnen eignenden medizinisch relevanten Wissenssphären. Zur medizinisch-sachverständigen Unterstützung der In-

teraktion an den funktionalen Systemgrenzen wurde als Begutachtungs-, Prüf- und Beratungsinstanz der Medizinische Dienst der Krankenversicherung bundesweit institutionalisiert. Die praxeologische Wissenssoziologie begreift Medizin als eine kommunikationsgetragene Kulturleistung, wobei Kultur als Bedingungs-konstrukt gemeinschaftsstiftenden Handelns zu verstehen und Krankenbehandlung in ihrer sozialen Komplexität wahrzunehmen intendiert ist (Vogd 2011). In diesem Kontext können auch die rein gutachterlichen Interventionen des MDKs als Phänomene der Kommunikation eingeordnet werden. Diese erhält ihre regulativ-konstitutive Bedeutung dadurch, den durch Informationsbedarf und Implausibilitäten hervorgerufenen Ungewissheiten Verständnis vermittelnd, Handlungsperspektiven eröffnend und damit Gemeinschaft stabilisierend zu begegnen. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Hessen ist eine Sachverständigeninstitution modernen Zuschnitts. Als Teil der Solidargemeinschaft ist der MDK Hessen nach § 70 SGB V an die sozialgesetzlichen Grundsätze der Qualität, Humanität und

Wirtschaftlichkeit gebunden. Er hat seinen umfassenden vermittelnden Versorgungsauftrag an Schnittstellen des Gesundheitssystems. Es ist eine Verpflichtung zur sozialmedizinisch fachgemäßen und situativ sachgerechten Kommunikation, die „arbeitet an der Bestimmung des Unbestimmten, aber Bestimmbaren, um Bestimmtes verstehen zu können“ (Baecker 2005).

Anschrift der Verfasser

Dr. med. Thomas Gaertner
 Leiter Stabs- und Servicebereich Wissen und Kommunikation
 E-Mail: t.gaertner@mdk-hessen.de

Dr. med. Jörg van Essen
 Leitender Arzt
 E-Mail: j.essen@mdk-hessen.de

MDK Hessen
 Zimmersmühlenweg 23
 61440 Oberursel
www.mdk-hessen.de

Literatur

1. Baecker D. *Form und Formen der Kommunikation*. Suhrkamp, Frankfurt am Main (2005)

2. Dirschedl P, Waibel B, Mohrmann M. *Sozialmedizinische Begutachtung der Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlung im G-DRG-System*. *Gesundheitswesen* 72: 433-442 (2010)
3. Gaertner T. *Systemimmanente Prinzipien und Funktion der sozialen Pflegeversicherung*. In: Gaertner T, Gansweid B, Gerber H, Schwegler F, von Mittelstaedt G. *Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung*. 2. Auflage. Walter de Gruyter, Berlin (2009)
4. Gaertner T, Gnatzy W. *Zum Sachverständigenstatus im Medizinischen Dienst der Krankenversicherung am Beispiel des MDK Hessen*. *Gesundheit und Pflege* 5: 166-173 (2011)
5. Gaertner T, van Essen J. *Begutachtung und Beratung im Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung – Allgemeine Grundsätze*. In: Gostomzyk JG: *Angewandte Sozialmedizin. Handbuch für Weiterbildung und Praxis*. 20. Erg. Lfg. *ecomed MEDIZIN, Landsberg/Lech* (2012)
6. Hagen T. *Rehabilitation aus Sicht des MDK*. *Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed.* 44: 487-489 (2009)
7. Huber H, Brambrink M, Rieger M. *Qualitätssicherung in der Kodierbegutachtung von Krankenhausfällen im G-DRG-System*. *Gesundheitswesen DOI: 10.1055/s-0031-1301269*
8. Kern L. *Die Begutachtung von Hilfsmitteln aus Sicht des MDK*. *Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed* 45: 76-78 (2010)
9. Seger W. *Qualität der (sozial-)medizinischen Beratung und Begutachtung in der gesetzlichen Sozialversicherung*. *Gesundheitswesen* 73: 520-531 (2011)
10. Vogd W. *Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung*. *Velbrück Wissenschaft, Weilerswist* (2011)

Faktor Mensch – Risikomanagement und Fehlervermeidung im Patientenbetrieb

Seminar für Ärzte und Führungskräfte in der Medizin

Theorie und Praxis

Die Veranstaltung wird durchgeführt von Dr. med. Walter Merkle, Wiesbaden in Kooperation mit der LÄK Hessen und AIMS International-Germany GmbH, Neuss

- Modul I – theoretischer Teil:
 2. Juni 2012 und 15. September 2012
 (mit 8 Fortbildungspunkten zertifiziert)
 jeweils 09:00 – 17:00 Uhr
- Modul II – praktischer Teil:
 3. Juni 2012 und 16. September 2012
 (mit 10 Fortbildungspunkten zertifiziert)

Tagungsort: SHERATON Frankfurt Airport Hotel & Konferenzzentrum, Terminal 1 / Airport, Hugo-Eckener-Ring 15, Frankfurt a.M.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.laekh.de → **Aktuelles**

Psychosomatische Rehabilitation Therapeuten begleiten Transfer per Internet

Leonie von Manteuffel

Um Behandlungsergebnisse zu stabilisieren und die Rückfallquoten zu senken, haben Rehabilitationskliniken der Psychosomatik, Psychotherapie und Psychiatrie verschiedentlich begonnen, entlassene Patienten noch einige Wochen in ihrem Alltag über elektronisch zu begleiten. Das Spektrum umfasst E-Mails, Chatgruppen, Foren und Kombinationen der digitalen Verständigung. Die Internet-Brücke von der Klinik in den ambulanten Bereich kann dazu beitragen, Versorgungslücken zu schließen und die Schnittstellenproblematik zu entschärfen.

Die ärztliche Empfehlung, die stationäre Behandlung am Wohnort in geeigneter Weise ambulant fortzusetzen, führt viele Patienten mit Depression, Angststörung und weiteren Indikationen zunächst in eine aufreibende Suche nach einem (passenden) Therapieplatz. Mehrmonatige Wartezeiten sind üblich. Zur Überbrückung hat die Deutsche Rentenversicherung eine „Intensivierte Rehabilitations-Nachsorge“ (IRENA) auch nach psychosomatischer Rehabilitation eingeführt. Sie umfasst 25 wöchentliche Gruppensitzungen und wird bundesweit in etwa 70 Einrichtungen angeboten.

„Doch das Angebot ist nicht flächendeckend verteilt“, sagt Valiollah Golkaramnay, Psychotherapeut an der Klinik Alpenblick in Isny-Neutrauchburg. Wie inzwischen weitere Häuser bietet die Klinik eine wöchentliche, therapeutisch begleitete Chatgruppe zur Nachsorge an. Kommuniziert wird in Echtzeit, synchron und textbasiert und nach einem strukturierten Ablauf (z.B. Begrüßung, Blitzlicht, Themenentscheidung usw.). Die fünfzehnwöchige „Internetbrücke“ wurde in einer kontrollierten Studie mit

600 Personen aus zwei Kliniken evaluiert. Bei den Teilnehmern waren Reha-Ergebnisse noch nach einem Jahr deutlich häufiger stabil. Auch wurden Arbeits- und Erwerbsfähigkeit günstig beeinflusst, berichtete das Team. Die Akzeptanz war hoch (Abbrüche < 10 %). Das Interesse ist daher groß. „Wir erhalten viele Anfragen, auch aus anderen Kliniken“, berichtet der Psychologe.

„Back home but not alone“

In wissenschaftlichen Studien wurden auch E-Mail-Kontakte im Nachgang zu einem Klinikaufenthalt als wirksame psychosoziale Unterstützung belegt. In einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzept haben Kliniker und Forscher mehrere Instrumente kombiniert, um Patienten „auf effektive Weise beim poststationären Verfolgen ihrer Therapieziele zu unterstützen, die Eigenaktivität im Transferprozess zu fördern und ein soziales Netz unter Mitpatienten zu generieren“. Die dreimonatige „Webbasierte Rehabilitations-Nachsorge nach Psychosomatischer Rehabilitation“ (W-RENA) umfasst:

- die Weiterarbeit an den persönlichen Zielen, u.a. über ein wöchentliches „Web-Entwicklungstagebuch“ des Patienten,
- Austausch in Mitpatientengruppe bis zu sechs Personen im virtuellen sozialen Netz (Peer-Support),
- Erfassen therapeutischer Fortschritte per Online-Monitoring,
- Therapeuten-Feedback (stützende Rückmeldung innerhalb 48 Stunden) und
- 24-Stunden-Notfallhotline.

Entwickelt wurde das Programm am Institut für Psychologie der Leuphana-Universität in Lüneburg, evaluiert in Kooperation mit der Philipps-Universität Marburg an

der Vogelsbergklinik im hessischen Grebenhain, einer Dr. Ebel Fachklinik für Psychotherapie und Psychosomatik. Als W-RENA-Herzstück gilt das Web-Tagebuch. Es soll den Betroffenen zum Beispiel helfen, sich gefühlsmäßig bedeutungsvolle Ereignisse der vergangenen Tage bewusst zu machen und belastende Erlebnisse durch Schreiben zu verarbeiten, heißt es im W-RENA-Konzept. Die Struktur gibt weitere Rubriken vor, so die Reflexion über das Umsetzen der Ziele aus dem persönlichen Entwicklungsplan und eine Wochenplanung.

Trend zur Verschlechterung umgekehrt

Mit insgesamt 400 Patientinnen und Patienten wurden Akzeptanz und Effekte des W-RENA-Programms in einer randomisierten, kontrollierten Studie untersucht. Besonders stolz ist das Team um die Professoren Dr. Bernhard Sieland und Dr. Matthias Berking darauf, dass sich der übliche Trend zur Verschlechterung umkehren ließ. „Die psychopathologische Belastung der W-RENA-Teilnehmer verringerte sich nach der Entlassung weiter, während sie bei der Kontrollgruppe deutlich wieder anstieg“, berichtet Projektkoordinator David D. Ebert. Demnach lag das Rückfallrisiko bei W-RENA-Teilnehmern mit rund 12 % gegenüber rund 29 % in der Kontrollgruppe wesentlich niedriger. Die Ergebnisse belegten einen deutlichen Zuwachs an psychischem Wohlbefinden, an Selbststeuerungskompetenzen, Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit.

Internetprogramm für Depression

Nach der indikationsübergreifend angelegten W-RENA wird derzeit ein zweites Programm wissenschaftlich erprobt, das

jedoch speziell auf Therapieziele und Rückfallproblematik bei Depression zugeschnitten ist (OTF-D: „Evaluation einer online-basierten Transferförderung nach stationärer Depressionstherapie“). Bausteine sind u.a. die Tagesstrukturierung durch tägliche Aufgaben, der Aufbau positiver Aktivitäten und eine kognitive Umstrukturierung, etwa durch ein „Tagebuch positiver Erfahrungen“. „Ein wichtiges Ziel ist auch, frühzeitig Rückfälle zu erkennen und ihnen effektiv entgegenzuwirken“, erläutert Professor Berking zu dem laufenden Projekt, das vom Bundesforschungsministerium, der Deutschen Rentenversicherung und Spitzenverbänden der Gesetzlichen wie privaten Krankenversicherung gefördert wird.

Innovativer Schub für die Versorgung

Viele weitere Akteure haben das Potential webbasierter Kommunikation in der Nachsorge wie auch präventiv erkannt und entwickeln entsprechende Instrumente:

- Von Teams am Universitätsklinikum Heidelberg wird derzeit an mehreren Kliniken ein zwölfmonatiges internetgestütztes Programm für Menschen mit rezidivierender Depression erprobt. SUMMIT (kurz für: Supportives Monitoring und Krankheitsmanagement über das Internet) umfasst Fachinformationen zur Depression, ein Internetforum, die Beobachtung depressiver Symptome und ein Krisenmanagement.
- Die an der Universität Leipzig verankerte Stiftung Deutsche Depressionshilfe und die Barmer Gmünder Ersatzkasse verhandeln über ein Projekt zur Online-Nachsorge bei Depression, das nach stationärer Psychiatrie ansetzt. Es würde das bestehende niederschwellige Forum der Stiftung ergänzen, an dem sich jeder Interessierte anonym beteiligen kann (www.diskussionsforum-depression.de).

- Das Bundesministerium für Gesundheit hat im vergangenen Jahr ein Modellprojekt ausgeschrieben: Ein E-Mental-Health-Programm soll das Selbstmanagement bei leichter oder erst beginnender Depression stärken.
- Am Uniklinikum in Hamburg-Eppendorf wird eine E-Mail-Nachsorge bei Angsterkrankungen untersucht.
- Neue Impulse sind auch von den „Internetbasierten Gesundheitsinterventionen“ (IGI) zu erwarten, die im Rahmen des „Innovations-Inkubators Lüneburg“ entwickelt werden. Dieses an der Universität angesiedelte Großprojekt soll praxisnahe Forschung leisten und wird aus Mitteln des Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung (EFRE) und vom Land Niedersachsen gefördert.

Arbeitsbezogene Trainingsprogramme aus Lübeck

Bei den IGI werden verschiedene Instrumente zur Prävention psychischer Erkrankungen erprobt. Dazu gehören zum Beispiel

- ein Flexibles Internettraining (FIT) bei arbeitsbezogenem Stress,
- ein „Moodlifter“ zur Bewältigung depressiver Beschwerden und
- ein Programm für Alkoholismusgefährdete.

Jedes Programm umfasst maximal acht Lektionen von 30 bis 45 Minuten Dauer. (Kontakt: ebert@inkubator.leuphana.de).

Finanzierung in der Schwebe

„Die Akzeptanz ist gut, die Ergebnisse sind gut“, sagt Valiollah Golkaramnay, sagen auch die Therapeuten in Grebenhain. Unzufrieden sind die Kliniken mit der noch ungelösten Finanzierungsfrage. So sehen sich engagierte Teams vielfach vor dem Problem, nach Auslaufen der im Rahmen von Forschungsprojekten geförderten Evaluation die innovativen E-Health-Module

zu beschneiden oder auslaufen zu lassen. „Für eine Übernahme in die Regelversorgung ist es noch zu früh“, heißt es bei der Deutschen Rentenversicherung Bund, die zahlreiche Reha-Forschungsprojekte einschließlich Studien zur Internet-Nachsorge fördert. Der Träger will unterschiedliche Verfahren der E-Nachsorge vergleichen. In der Praxis werden zum Teil Übergangslösungen gefahren.

Internetgestützte Nachsorge

Vorteile:

- Ortsunabhängigkeit
 - Nahtlose Versorgung
 - Geringer Organisationsaufwand
 - Versorgung aus einer Hand
 - Kontinuierliches Online-Monitoring
 - Integriertes Qualitätsmanagement und Qualitätssicherungsprogramm
 - Formale und inhaltliche Strukturierung
- Nachteile:

- Schriftliches Ausdrucksvermögen entscheidend
- Durch fehlende nonverbale Kommunikation ist das Befinden nur bedingt einschätzbar.

(nach: V. Golkaramnay, B. Cicholas, J. Vogler, Internetgestützte Nachsorge nach psychosomatischer Rehabilitation, in: F. Petermann (Hg.) Neue Ansätze in der psychosomatischen Rehabilitation, Regensburg 2010)

Weitere Informationen

- <http://www.leuphana.de/inkubator/gesundheit/internettherapie.html>
- www.deutsche-rentenversicherung-bund.de → Zielgruppen: Reha-Einrichtungen → Nachsorgeprogramme
- www.deutsche-depressionshilfe.de

Angaben zur Verfasserin

Fachjournalistin Gesundheit und Soziales, Köln

E-Mail: manteuffel@pressethema.de

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!

Strukturierte fachspezifische Fortbildung Kinder- und Jugendmedizin

4. Pädiatrisch-kinderpsychiatrisches Forum

Samstag, 02. Juni 2012, 09:00 – 13:00 Uhr

Leitung: Dr. med. Dipl.-Psych. D. Mallmann, Eltville

Teilnahmebeitrag: je € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

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

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Fachgebiet Arbeitsmedizin

In Kooperation mit dem Präventionsdienst Würzburg der BGW und der Hessischen Arbeitsschutzverwaltung.

Neues aus der Arbeitsmedizin

Mittwoch, 13. Juni 2012, 14:00 – 19:00 Uhr

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

Dipl.-Ing. S. Stabel, Würzburg

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

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

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

Schnittstelle Medizin und Physiotherapie

In Zusammenarbeit mit dem Dt. Verband für Physiotherapeuten

Pädiatrie in der Neurologie und Orthopädie –

Interdisziplinäre Herausforderung für Arzt und Therapeut

Samstag, 01. Sep. 2012, 10:00 – 17:45 Uhr **8 P**

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

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

Teilnahmebeitrag: € 80

(Akademiemitgl., Mitglieder des ZVK € 72)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

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

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Betriebswirtschaftliche Planung der Niederlassung

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

Impfkurs – Fachgebiet Öffentliches Gesundheitswesen

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

Samstag, 13. Okt. 2012, 09:00 – 17:30 Uhr **11 P**

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

Teilnahmebeitrag: € 160 (Akademiemitgl. € 144)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

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

E-Mail: melanie.turano@laekh.de





Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Freitag, 24. Aug 2012 von 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 M. Turano, Akademie,

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

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Repetitorium Innere Medizin 2012

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

Montag, 19. – Samstag, 24. Nov. 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 97672-67227,

E-Mail: adelheid.zinkl@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, 17. Nov. 2012, 09:00 – ca. 16:15 Uhr

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

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

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

Intensivkurs – Hygiene in Arztpraxen

Dienstag, 21. Aug. 2012, 13:00 – 21:00 Uhr **10 P**

Leitung: S. Niklas, Moldautal, Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

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

Workshop „Psychiatrie und Philosophie“

Mittwoch, 31. Okt. 2012 **10 P**

Leitung: Dr. med. F. Bossong, Hadamar

Teilnahmebeitrag: € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

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

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

Rheumatologie

Rheuma an einem Tag

Mittwoch, 31. Okt. 2012

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

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Kerckhoff-REHA-Zentrum

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

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

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

7. Wiesbadener Symposium zu entzündlichen Erkrankungen des ZNS

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

Autoimmunenenzephalitiden – differenzialdiagnostisch und therapeutisch wichtige und seltene Erkrankungen

Mittwoch, 28. Nov. 2012, 16:00 Uhr

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

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Wiesbaden, Dr. Horst Schmidt Klinik

Auskunft und Anmeldung: Frau Hannelore Noll,

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

E-Mail: hannelore.noll@hsk-wiesbaden.de

Basiskurs Sexualmedizin

Modul I Freitag, 14. – Sonntag, 16. Dez. 2012

Modul II Freitag, 15. – Sonntag, 17. Feb. 2013

Modul III Freitag, 26. – Sonntag, 28. Feb. 2013

Leitung: Dr. med. H. Berberich, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

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

E-Mail: katja.baumann@laekh.de



II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Std.)

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

Freitag, 17. Aug. – Sonntag, 19. Aug. 2012	G7-G9
Freitag, 31. Aug. – Sonntag, 02. Sep. 2012	G10-G12
Freitag, 05. Okt. – Sonntag, 07. Okt. 2012	G13-G15

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Samstag, 18. Aug. – Sonntag, 19. Aug. 2012
Sonntag, 11. Nov. 2012

Prüfungsvorbereitungskurse für die Prüfung vor der Ärztekammer

Samstag, 10. Nov. 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

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

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

Psychosomatische Grundversorgung –
 Theorie: Kenntnisse in psychosomatischer Krankheitslehre, Anamnese, Befunderhebung, Diagnose und Klassifizierung, Abgrenzung psychischer Störungen von Neurosen und Psychosen, psychische Störungen

Leitung: Dr. med. Wolfgang Hönnmann, Frankfurt a. M.

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

Psychosomatische Grundversorgung –
 Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken: verbaler Inhalt und Körpersprache des Patienten/des Arztes, klientenzentriertes Gespräch, Techniken: Konfrontation, Interpretation, paradoxe Reaktion, Wahrnehmung des latenten Konfliktes

Leitung: Dr. med. Wolfgang Hönnmann, Frankfurt a. M.

Weiterbildungsordnung ab 1999

Block 16 Kurs A wird anerkannt / Block 17 Kurs B wird anerkannt

Teilnahmebeitrag: 20 Std. € 300 (Akademiemitgl. € 270)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

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

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

„Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen (G35)“ ist in den Kurs B2 integriert.

A2 Samstag, 15. Sep. – Samstag, 22. Sep. 2012 **60 P**

B2 Samstag, 27. Okt. – Samstag, 03. Nov. 2012 **60 P**

C2 Samstag, 01. Dez. – Samstag, 08. Dez. 2012 **60 P**

A1 Samstag, 26. Jan. – Samstag, 02. Feb. 2013

B1 Samstag, 16. März – Samstag, 23. März 2013

C1 Samstag, 13. Apr. – Samstag, 20. Apr. 2013

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

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

Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen (G35)

Integriert in den Kurs B2 der arbeitsmedizinischen Weiterbildung zum Facharzt für Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin

Freitag, 02. Nov. 2012, 09:00 – 16:30 Uhr **insg. 16 P**

Samstag, 03. Nov. 2012, 09:00 – 16:15 Uhr

Leitung: Dr. med. U. Klinsing / Dr. med. D. Kobosil, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 280 (Akademiemitgl. € 252)

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

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

E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Qualifikation zur fachgebundene genetische Beratung im Kontext der vorgeburtlichen Risikoabklärung

Samstag, 02. Juni 2012

Leitung: Prof. Dr. med. T. Dimpfl, Kassel

Dr. med. K. König, Steinbach

Dr. med. E.-M. Schwaab, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: € 70 (Akademiemitgl. € 60,

Ärzte, die nicht in Hessen tätig sind: € 80)

Tagungsort: Kassel

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

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

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer

Modul III: **Freitag, 06. – Samstag, 07. Juli 2012** **16 P**

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

Teilnahmebeitrag: Modul III € 232 (Akademiemitgl. € 208)

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





Aktuelle Diabetologie

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

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

Teil 5: Herz, Blutdruck und Gefäße

Teil 6: Auge, Niere, Fuß

Leitung: Dr. med. M. Braun, Schlüchtern
Dr. med. M. Eckhard, Gießen

Teilnahmebeitrag: € 30 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

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

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

weitere Termine 2012:

Mittwoch, 26. Sep. Teile 1 / 2, **Mittwoch, 28. Nov.** Teile 3 / 4

Curriculum Organspende (insg. 40 Std.)

Kriseninterventionsseminar (8 Std.)

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

Mittwoch, 13. Juni oder Mittwoch 15. Aug. 2012

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

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

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

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

Krankenhaushygiene

Modul I: Montag, 20. – Freitag, 24. Aug. 2012 in Gießen

Modul III: Montag, 27. – Freitag, 31. Aug. 2012 in Gießen

Leitung: Prof. Dr. med. Thomas Eikmann

Modul II: Montag, 03. – Freitag, 07. Sep. 2012 in Gießen

Leitung: Prof. Dr. med. Trinad Chakraborty

Modul IV: Montag, 17. – Freitag, 21. Sep. 2012 in Bad Nauheim

Leitung: Dr. med. C. Brandt, PD Dr. med. habil. B. Jahn-Mühl

Modul V: Montag, 08. – Freitag, 12. Okt. 2012 in Gießen

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann

Teilnahmebeitrag: je Modul € 650 (Akademiemitgl. € 585)

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

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

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Medizinische Rehabilitation

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

Mittwoch, 10. Okt. 2012, 13:30 – 20:45 Uhr **21 P**

Leitung: Dr. med. W. Deetjen, Gießen

Teilnahmebeitrag: € 200 (Akademiemitgl. € 180)

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

Didaktik

Moderatorentaining **20 P**

Freitag, 26. Okt. – Samstag, 27. Okt. 2012

Leitung: Dr. med. Wolfgang Zeckey, Fulda

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Teilnahmebeitrag: € 360 (Akademiemitgl. € 324)

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

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

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

Notfallmedizinische Fortbildung

WH-Seminar Leitender Notarzt

Samstag, 10. Nov. 2012

Leitung: D. Kann, N. Schmitz, Kassel

Teilnahmebeitrag: € 240

Tagungsort: Kassel

WH-Seminar Leitender Notarzt

Termin auf Anfrage

Leitung: G. John, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: € 220

Tagungsort: Wiesbaden

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD

Freitag, 28. – Sonntag, 30. Sep. 2012 **29 P**

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

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“

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

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

Freitag, 05. – Samstag, 13. Okt. 2012

Leitung: Dr. med. C. Kill, Marburg

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

Teilnahmebeitrag: € 770 (Akademiemitgl. € 695) incl. Verpflegung

Auskunft und Anmeldung: DRK Rettungsdienst Mittelhessen, Bildungszentrum, Postfach 1720, 35007 Marburg,

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





Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter 16 P
Freitag/Samstag, 15./16. Juni 2012
Leitung: Dr. med. M. Weippert-Kretschmer, Rostock
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Donnerstag/Freitag, 08./09. Nov. 2012 16 P
Leitung: PD Dr. med. Y. Schmitt, Darmstadt
Tagungsort: Darmstadt, Klinikum Darmstadt, Grafenstr. 9
Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)
Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
 Fon: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

18. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung
Freitag, 22. – Sonntag, 24. Juni 2012 20 P
Freitag, 17. – Sonntag, 19. Aug. 2012 20 P
Freitag, 09. – Sonntag, 11. Nov. 2012 20 P
 Zusatztermin für Teilnehmer, die mind. zum dritten Mal am Curriculum teilnehmen:
Freitag, 05. – Sonntag 07. Okt. 2012 20 P
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

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 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 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

Palliativmedizin

Aufbaukurs Modul II: Mittwoch, 27. Juni – Sonntag, 01. Juli 2012
Fallseminar Modul III: Montag, 19. – Freitag, 23. Nov. 2012
Basiskurs: Dienstag, 04. – Samstag, 08. Dez. 2012
Teilnahmebeiträge:
 Basiskurs/Modul I/II je € 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.wolfinger@laekh.de

Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

GK II Mittwoch, 22. Aug. – Freitag, 31. Aug. 2012 80 P
AK I Mittwoch, 31. Okt. – Freitag, 09. Nov. 2012 80 P
GK II Mittwoch, 21. Aug. – Freitag, 30. Aug. 2013 80 P
AK I Mittwoch, 30. Okt. – Freitag, 08. Nov. 2013 80 P
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

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV

Grundkurs
Samstag, 11. – Sonntag, 12. Aug. 2012
Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde gem. RöV
Samstag, 01. Sep. 2012
Kenntniskurs (Theoretische und Praktische Unterweisung)
Samstag, 11. Aug. 2012
Spezialkurs Röntgen-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 M. Turano, Akademie,
 Fon: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,
 E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.
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





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 97672-67208,

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Ultraschallkurse

Abdomen

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

Abschlusskurs **29 P**

Samstag, 03. Nov. 2012 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Gefäße

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

Aufbaukurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße) **25 P**

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

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

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

Ernährungsmedizin (100 Std.)

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer

insg. 100 P

Teil I Freitag, 08. – Samstag, 09. Feb. 2013

Teil II Freitag, 22. – Samstag, 23. Feb. 2013

Teil III Freitag, 08. – Samstag, 09. März 2013

Teil IV Freitag, 12. – Samstag, 13. Apr. 2013

Teil V Freitag, 07. – Samstag, 08. Juni 2013

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

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 die AGB und 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, in Elternzeit oder ohne ärztliche Tätigkeit beträgt der jährliche Beitrag € 50 danach € 100. Weitere Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Fon: 06032 782-204, E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de





Patientenbegleitung und Koordination

Die Fortbildung wird anerkannt bei der Qualifizierung „Nichtärztliche Praxisassistenz“.

Inhalte: Die Unterstützung des Arztes/der Ärztin in der Versorgung chronisch kranker Patienten. Die Fortbildung umfasst 40 Stunden fachtheoretischen Unterricht und beinhaltet eine Lernerfolgskontrolle. Die Fortbildung wird modular durchgeführt und unterteilt sich in die Module „Kommunikation und Gesprächsführung“ (PAT 1), „Wahrnehmung und Motivation“ (PAT 2) sowie die fachspezifischen Inhalte, die im Modul Patientenbegleitung und Koordination vermittelt werden.

Termin PBK 1: Do. 21.06.2012 bis Sa. 23.06.2012

Teilnahmegebühr: € 280

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

Case Management in der ambulanten Versorgung

Zur Spezialisierung auf die chronische Erkrankung Depression (CMA 1)

Die Teilnahme an der 14-stündigen Fortbildung „Depression“ setzt den Nachweis der Teilnahme am Qualifizierungslehrgang „Patientenbegleitung und Koordination“ voraus.

Inhalte: Krankheitslehre zur Erkrankung „Depression“, endogene und reaktive Muster unterscheiden, Suizidalität erkennen, Besonderheiten in der Interaktion mit depressiven Patienten, Interaktionsmuster (-modelle) kennen und in Interaktionen anwenden, individuelle Lebenssituation in der Kommunikation berücksichtigen.

Termine: 29.06.2012, 09:30 – 16:00 Uhr und
30.06.2012, 08:30 – 15:00 Uhr (14 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 185

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

Ambulante Versorgung älterer Menschen

Die Fortbildung wird anerkannt bei der Qualifizierung „Nichtärztliche Praxisassistenz“.

Die Versorgung älterer Menschen hat einen bedeutenden Schwerpunkt in der ärztlichen ambulanten Versorgung eingenommen. Besonders in ländlichen Regionen sind Hausbesuche unvermeidbar. In ausgewählten Betreuungs- und Behandlungsfällen kann ein Hausbesuch an die Mitarbeiterin/den Mitarbeiter der Arztpraxis im Rahmen der Delegation von Leistungen beauftragt werden. Die 60-stündige Fortbildung vermittelt die dazu erforderlichen Kompetenzen und unterteilt sich in die einzelnen buchbaren Module:

- PAT 1: Kommunikation und Gesprächsführung
- PAT 2: Wahrnehmung und Motivation
- AVÄ 1: Krankheitsbilder und typische Fallkonstellationen in der ambulanten Versorgung älterer Menschen
- AVÄ 2: Geriatrisches Basisassessment
- AVÄ 3: Hausbesuche und Versorgungsplanung
- AVÄ 4: Wundmanagement
- AVÄ 5: Organisation und Koordination in der ambulanten Versorgung

Termin: ab Mittwoch, 19.09.2012, 09:30 – 12:45 Uhr

Teilnahmegebühr: für die einzelnen Bausteine siehe Homepage. Weitere Informationen auf Anfrage

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

Schwerpunkt Patientenbetreuung / Praxisorganisation

Englisch für Gesundheitsberufe (PAT 7)

Inhalte: Die Fortbildung baut auf Schulenglisch-Grundkenntnissen auf. Sie ist ebenso geeignet für Teilnehmende, die den Umgang mit der englischen Sprache lange nicht mehr geübt haben und den Wiedereinstieg durch anwendungsbezogene Übungen mit fachbezogenem Vokabular finden möchten.

Termine: 4x samstags: 01.09., 08.09., 22.09. und
29.09. jeweils von 10:00 – 14:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 280

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

Wiedereinstieg in das Berufsleben (PAT 10)

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

Termin: Donnerstag, 30.08.2012 bis Samstag, 01.09.2012 und
Donnerstag, 13.09.2012 bis Samstag, 15.09.2012
(44 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 550

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

Durchführung der Ausbildung (FAW 2)

Inhalte: Die 40-stündige Fortbildung richtet sich an alle, die an der Planung, Durchführung und Kontrolle in der Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten mitwirken. Die Fortbildung wird bei der Aufstiegsfortbildung zur Fachwirtin als Wahlteil anerkannt.

Termin: 21.09. – 22.09.2012 und 11.10. – 13.10.2012

Teilnahmegebühr: € 480

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

Schwerpunktmedizin

Injektionen/Infusionen (MED 5)

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

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

Teilnahmegebühr: € 95

Notfallmanagement (MED 7)

Die Fortbildung wird anerkannt bei der Qualifizierung „Nichtärztliche Praxisassistenz“ und in der Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“

Inhalte: Die Fortbildung bereitet insbesondere auf Notfälle in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen vor.

Termin: 23.08.2012 bis 25.08.2012 (20 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 255

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180





Ernährungsmedizin (120 Stunden)

Die nachfolgenden Themen werden als Blockveranstaltung vermittelt:

Inhalte: Überblick über Ernährungs- und Stoffwechselphysiologie, Ernährungspyramide nach Vorgabe der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Ernährung in besonderen Lebensabschnitten, Krankheitsbilder und mögliche ernährungstherapeutische Maßnahmen, angewandte Ernährungsmedizin, Kooperation und Koordination

Termin: ab Montag, 20.08.2012

Teilnahmegebühr Blockveranstaltung: € 950 zuzügl. € 60 Lernerfolgskontrolle

Zusätzlich sind die Themen: Kommunikation und Gesprächsführung, Wahrnehmung und Motivation sowie Moderation zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden.

Ansprechpartner: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, Fax: -180

Erwerb der Sachkenntnis gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV für Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte

Inhalte: Mikrobiologie und Grundlagen der Epidemiologie, infektionsprophylaktische Maßnahmen zum Schutz des Patienten und des Personals, Fehlerquellen und Probleme, Handhabung und Aufbereitung von Medizinprodukten, Qualitätsmanagement, rechtliche Aspekte

Termin in Bad Nauheim (SAC 3): Fr. 21.09. bis Sa. 22.09.2012 und
Do. 11.10. bis Sa 13.10.2012

Teilnahmegebühr: € 410 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Klinikassistentz (120 Stunden)

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

Termin: ab 11.10.2012

Teilnahmegebühr: € 1.180 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

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

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 Praxismanagement, 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 den 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: 23.08.2012

Teilnahmegebühr Pflichtteil: € 1.480

Prüfungsgebühren: € 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 Seminargebäude 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



Auf den Spuren der Romantiker

„Impuls Romantik. Rheinromantik – Mainromantik“

Romantik liegt in der Luft. Und dies in Frankfurt, einer Stadt, deren Bankentürme sich stolz in den Himmel recken und die als Finanz- und Dienstleistungszentrum von Weltrang gilt. Ausgerechnet hier und in der geschäftigen RheinMain-Region soll angeblich die blaue Blume der Romantik blühen, die Goethe als seine „Urpflanze“ in Italien suchte und die als zentrales Symbol der Romantik für Sehnsucht, Liebe und das metaphysische Streben nach dem Unendlichen steht. Doch so ungewöhnlich die Verbindung von metropolitanen Region und Romantik heute auch scheinen mag, so stark war einst der Einfluss von Dichtern, Malern, Musikern und Gartenarchitekten jener Epoche auf die Region. Etwa von Clemens Brentano und Achim von Arnim; beide waren 1802 von Frankfurt aus zu einer Rheinreise aufgebrochen, die als Geburtsstunde der Rheinromantik gilt. Bettine von Arnim, geborene Brentano, stammte aus Frankfurt und war eine bedeutende Vertreterin der deutschen Romantik. 1812 erschienen die Kinder- und Hausmärchen der Hanauer Brüder Grimm. Friedrich Hölderlin lebte zunächst in Frankfurt, dann in Bad Homburg. In Bad Soden schrieb Felix Mendelssohn-Bartholdy 1844 Teile des ‚Elias‘. Von 1815 bis 1818 war Friedrich Schlegel österreichischer Legationsrat am Frankfurter Bundestag. Durch die Direktoren Philipp Veit und Eduard von Steinle wurde das 1816 gegründete Städels-Museum zum Zentrum der Kunstströmung der Nazarener. Und die Liste der illustren Romantiker ließe sich weiter fortsetzen.

Ein Füllhorn von Angeboten

Anlass genug für den Kulturfonds Frankfurt RheinMain, sich intensiv mit der Romantik auseinanderzusetzen. Wie das erste Schwerpunktthema „Phänomen Expressionismus“ ist auch das neue mit dem Titel „Impuls Romantik. Rheinromantik – Mainromantik“ ein Rhein-Main-übergreifendes Thema, in dessen Rahmen zum Einen die Bedeutung der Region in der Romantik dargestellt und zum Anderen gezeigt werden soll, wie aktuell die Impul-

se dieser Epoche für die Gegenwart sind. Die Region habe für die Romantik wie ein Knotenpunkt oder eine Werkstatt gewirkt, in der Begegnungen und intensiver Austausch stattfanden und in der experimentiert worden sei.

Welche Früchte diese Aktivitäten getragen haben, will der gemeinnützige Kulturfonds von 2012 bis 2014 mit einem wahren Füllhorn „romantischer Angebote“ deutlich machen. Zahlreiche Kulturinstitutionen in Frankfurt, Wiesbaden, Darmstadt, dem Main-Taunus-Kreis und dem Hochtaunus-Kreis werden eine der wichtigsten Kunstepochen Deutschlands präsentieren. Die „Exponate“ können sich sehen lassen: Ob man das Fürstenlager Bensheim-Auerbach oder den Staatspark Hanau-Wilhelmsbad besuchen oder sich in Bad Homburg zwischen Schlosspark und Gotischem Haus auf romantische Spurensuche begeben möchte: In dem von der Verwaltung der Staatlichen Schlösser und Gärten Hessen koordinierten, gattungsübergreifenden Projekt stehen Anlagen der Gartenkunst und Landschaftsinszenierungen der Zeit zwischen 1760 und 1850, Landschaftsmalerei der Romantik, aber auch herausragende Persönlichkeiten der Epoche und deren Verhältnis zur Landschaft im Mittelpunkt.

Flüsse, Lieder und Märchen

Mit der Ausstellung „Rheinromantik – Kunst und Natur“ stellt das Museum Wiesbaden im Jahr 2013 die Genese der eigenen Sammlung und die eng mit dieser verbundene Geschichte der Rheinromantik dar. Im Mai 2012 beginnt der vierteilige Veranstaltungszyklus „Via Brentano – Route der Romantik“ entlang der Flüsse Rhein, Main und Kinzig. Weitere Veranstaltungen finden am 29./30. Juni, 27./28. Oktober und 24./25. November dieses Jahres statt. Die Reihe, die u.a. zu den Orten Bingen, Frankfurt am Main, Hanau und Aschaffenburg führt, kreist um die Dichter Bettine und Clemens Brentano, Karoline von Günderode, Achim von Arnim sowie Jacob und Wilhelm Grimm. So sind die Ver-

staltungsorte mit literarischen Werken wie etwa der Liedersammlung „Des Knaben Wunderhorn“ und den Märchen der Brüder Grimm verknüpft.

Unter dem Titel „Hänsel und Gretel im Bilderwald“ sind bis zum 15. Juli 2012 Illustrationen romantischer Märchen im Frankfurter Goethe-Haus zu sehen. Im Grimm-Jahr 2012, in dem sich das Erscheinen der „Kinder- und Hausmärchen“ zum 200. Mal jährt, zeigt die Ausstellung mit Werken von Künstlern wie Philipp Otto Runge und Karl Friedrich Schinkel, Ludwig Richter und Moritz von Schwind, Max Beckmann und David Hockney eine repräsentative Auswahl romantischer Märchenillustration.

Angesichts von so viel Romantik in der Region trifft es sich gut, dass die Finanzierung des Romantikmuseums als Erweiterung des Goethehauses in Frankfurt nunmehr gesichert ist. In den Kellern des Goethehauses lagert die umfangreichste Sammlung von Nachlässen deutscher Romantiker auf der Welt.

Katja Möhrle

Interessenkonflikt

Autoren sind aufgefordert, mögliche Interessenkonflikte offenzulegen. Eine entsprechende Erklärung ist dem Manuskript beizufügen: „Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben.“ oder: „Die Autoren XX und YY erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben. ZZ ist für die Firma ABC tätig.“ oder: „Die Arbeit wurde durch die Firma ABC unterstützt.“

LÄKH

Analoges Leben

Die meisten Menschen, so auch ich, nutzen, mehr oder weniger geschickt, mehr oder weniger selbstverständlich, die Segnungen des Internets. Die Geschwindigkeit und Verfügbarkeit von Informationen sprengt alles, was vor 15 und mehr Jahren vorstellbar war. Gleichzeitig haben sich Dinge entwickelt, die so nicht geplant und auch nicht denkbar waren. Es scheint ja kaum jemand in der Lage zu sein, an der Bushaltestelle zu warten, ein Gespräch zu führen, im Lokal Essen einzunehmen, ohne sein Mobiltelefon zu befeuern und, so scheint, es verliebt anzuschauen.

Der DGB hat in einer in Auftrag gegebenen Studie, wen wundert's, herausgefunden, dass der Arbeitsplatz in Deutschland als stressverursachender Faktor Nummer Eins empfunden wird. Möglicherweise weil die Forderung nach ständiger Erreichbarkeit sich so verselbstständigt hat. Möglicherweise ist aber auch beteiligt, dass wir alle, und es scheinen immer mehr zu werden, in jeder Minute ihrer Zeit die Sehnsucht zu empfinden scheinen, „online“ zu sein. Hierzu benutzen sie dieselben Gerätschaften, die sie auch im Dienst verwenden.

Wenn in der Wartezeit schnell ein Sudoku gelöst, gegooglet, in Facebook herumge-

stöbert wird und mit vermeintlichen „Freunden“ kurze Botschaften ausgetauscht werden, so ist eine bedenkliche Entwicklung im Gange. Auf dem Pad, oder dem Smartphone lassen sich auch vermeintlich spannende Filme gucken, die eingegangenen E-Mails lesen und mit dem Freundeskreis eine Kommunikation pflegen. Ist Entspannung jedoch digital lösbar?

Der Genuss von einem echten (analogen) Spaziergang, von Sonne und Regen, von frischer Luft, dem Empfang von – analogen – Gästen, die gemeinsame Zubereitung von Speisen, Herrichten von Tischen, Kochen und die Mahlzeit gemeinsam einnehmen, drohen zu einer Randgruppenbeschäftigung zu verkümmern. Als Skeptiker gegenüber den E-Books habe ich daran gezweifelt, dass der Eindruck beim Lesen ähnlich sein könnte, wie der von wirklichen, gedruckten, Büchern. Ich musste mich eines Besseren belehren lassen, die Lesbarkeit, die Anpassung der Schriftgröße, das kleine Gepäck beim Fahren zum Büro oder in den Urlaub, das kleinere Gewicht mögen Argumente sein. Ich persönlich bevorzuge nach wie vor gedruckte Bücher und auch Musikhören von selbstgekauften CDs. Der echte, im Realen, nicht

im Virtuellen erfolgende Gang ins Museum, oder ins Theater, ins Kino sind durch nichts zu ersetzen.

Ich frage gelegentlich Patienten, ob sie ihr Smartphone selbst auf dem Gang zur Toilette bei sich führen und ob sie die Situation erlebt haben, auf dem Throne sitzend geschäftliche oder private Telefonate, quasi gleichzeitig, mit zu erledigen. Viele geben an, dies bereits erlebt zu haben. Sie sagen auf Befragen, dass sie dies selbst nicht gut fänden. Wie auch?

Wie viel ist die Pflege des Gefühls wert, nicht immer erreichbar zu sein? Nicht jeden Anruf sofort zu beantworten, jede SMS, jede E-Mail? Wie viel Zeit investieren wir in die Pflege von Beziehungen, auch der zur Partnerin/zum Partner? Wie pflegen wir den Freundeskreis?

Die Neuen Medien und die schnellere Kommunikation haben zweifellos ihre Vorteile und haben manches, positiv und fruchtbar verändert und bereichert. Das Leben findet analog statt und unser Lernsystem, unsere Genetik, unsere evolutionäre Entwicklung rufen „Sei analog, sei real!“

Dr. med. Siegmund Drexler

Eine Nordische Nacht – Konzertnacht-Open-Air 2012

Im Weimarahallenpark mit der Staatskapelle Weimar • Samstag, 7. Juli 2012, 20:00 Uhr

Sattgrüne Wiesen und stille Fjorde, Tänzer unter Birken und wirbelnde Trolle, flirrendes Nordlicht und endlose Nächte: Unter dem Motto Eine Nordische Nacht krönen die Staatskapelle Weimar und die weimar GmbH den Konzertsommer 2012 mit einem spektakulären Open Air im stimmungsvoll illuminierten Weimarahallenpark. Musikalische Höhepunkte, die von der lichtdurchfluteten Weite der skandinavischen Landschaft schwärmen, stehen dabei ebenso auf dem Programm wie in Weimar bislang „unerhörte“ Geheimtipps, aus denen Sehnsucht, Melancholie, aber auch die Lebensfreude der langen Nächten rund um Mittsommer klingen.

Generalmusikdirektor Stefan Solyom hat jede Menge Musik aus seiner skandinavischen Heimat im Gepäck und lädt Sie ein, gemeinsam mit der Staatskapelle Weimar in die sagenhafte Welt nordischer Mythen einzutauchen, sich von der energiegeladenen Vitalität der alles andere als unterkühlten Nordlichter inspirieren zu lassen.

Den Auftakt macht das phänomenale Tongedicht „Finlandia“ des großen Finnen Jean Sibelius, aus dessen Feder später am Abend noch der berühmte „Schwan von Tuonela“ atmosphärisch seine Kreise auf dem Weimarahallen-See ziehen wird. Edvard Griegs „Peer Gynt“-Suite steht ebenso auf dem Programm wie tänzerische Mittsommernachtsklänge von Hugo Alfvén und Oskar Merikanto sowie weitere hörenswerte Entdeckungen von Skandinavien wie Johann Halvorsen, Carl Nielsen oder Esa-Pekka Salonen. Landestypische Snacks und Getränke krönen den Abend zu einem nordischen Fest der Sinne, in das das Publikum auf den angestammten Terrassenplätzen oder flanierend durch den Park genüsslich eintauchen kann.

Karten gibt es in der Tourist-Information Weimar, an der Theaterkasse und online unter www.weimar.de sowie www.nationaltheater-weimar.de

Deutsches Nationaltheater und Staatskapelle Weimar, weimar GmbH

Aus der Arbeit der Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungen bei der Landesärztekammer Hessen

Blind nach Magenblutung – AION (ICD-10: H47.0)

W. Rösch, G. Kober, H. Gießler

Die anteriore ischämische Optikusneuropathie (AION) stellt ein seltenes, aber bereits seit der Antike bekanntes Krankheitsbild dar. Die Erstbeschreibung geht auf HIPPOKRATES zurück, der vor 2.500 Jahren bei der Beschreibung der „schwarzen Krankheit“ festhielt: „... der Patient erbricht schwarzes, blutiges Material ... und er klagt über Kopfschmerzen und kann nicht mehr sehen“.

Nicholas FONTANUS berichtete in seiner 1641 erschienenen Sammlung seltener Beobachtungen über einen Visusverlust nach ausgiebigem Aderlass, HAYREH konnte in einer Übersichts-literatur 600 Fälle einer posthaemorrhagischen Amaurose dokumentieren[1].

Typischerweise tritt der Visusverlust zeitlich verzögert zu dem Blutungsereignis auf, in der Regel nach einem Intervall von bis zu zehn, seltener nach 14 bis 21 Tagen. CHISHoLM[2] weist darauf hin, dass entsprechende Sehstörungen nicht nur nach einer gastrointestinalen Blutung (80 %), sondern auch nach gynäkologischen Blutungen, bei operativen Eingriffen am offenen Herzen, bei Herzstillstand und nach ausgedehnten Operationen beobachtet wurden.

Ursache ist in jedem Fall eine Ischämie des Nervus opticus, der nach dem bekannten Ophthalmologen DRANGE als „schockgefährdetes Organ“ angesehen werden muss, wenn er schreibt „the optic nerve lead should be added to the recognized list of organs compromised by the shock state“[3]. Die Eintrittsstelle des Nervus opticus in den Bulbus wird von zwei Arteriensystemen versorgt, nämlich der Arteria ophthalmica, die in der Mitte

des Sehnervs verläuft und von Seitenästen der Ziliararterien flankiert wird. Im Rahmen eines Schockgeschehens, wo zahlreiche vasoaktive Substanzen wie Renin, Suprarenin, Vasopressin u.a. freigesetzt werden, wird offensichtlich zur Aufrechterhaltung der Perfusion lebenswichtiger Organe wie Gehirn, Koronargefäße und Niere auch der Sehnerv schlecht durchblutet. Die Zentralisation des Kreislaufs bedingt periphere Ischämien, wie sie im Bereich der Extremitäten, im Gastrointestinaltrakt (ischämische Enterocolitis) und der Lunge, ja sogar im Bereich der Zungenspitze auftreten können[4].

Auch ein Hörverlust nach Schock geht auf eine entsprechende Durchblutungsstörung des Nervus acusticus zurück. In einem Fallbericht wurden Sehstörungen im Sinne einer anterioren ischämischen Optikusneuropathie als erstes Symptom einer klinisch atypisch verlaufenden akuten Pankreatitis berichtet[5]. Das Spektrum der ophthalmoskopisch zu erhebenden Befunde reicht dabei von „cotton wool“ Exsudaten über eine albuminurische Retinitis bis zur Optikusatrophie, die gewöhnlich bilateral geklagten Sehstörungen (86 %) vom verschwommenen Sehen („blurred vision“) bis zum kompletten Visusverlust auf einem oder auf beiden Augen oder zunächst auf einem Auge und später auf dem anderen Auge. Meist tritt der Visusverlust plötzlich auf (vom Patienten beim Erwachen festgestellt), aber auch eine Progression über Stunden und Tage wurde beschrieben. Die Problematik dieses wahrscheinlich auf Intensivstationen häufiger vorkommenden Krankheitsbildes (schließlich überleben bis zu 50 % intensivpflichtiger Patienten den dortigen

Aufenthalt nicht) soll die folgende Kasuistik unterstreichen, die der Gutachter- und Schlichtungsstelle zur Entscheidung vorgebracht wurde.

Kasuistik

Der 80-jährige multimorbide Patient wurde am 13. November 2008 wegen einer Harnblasenentleerungsstörung bei benigner Prostatahyperplasie in die urologische Klinik eines kommunalen Krankenhauses im Rhein-Main-Gebiet stationär aufgenommen. Anamnestisch bekannt sind eine arterielle Hypertonie mit pAVK und chronischer Niereninsuffizienz II° sowie eine Erblindung des linken Auges (Zentralvenenverschluss?, AION?).

Am 10. postoperativen Tag kam es zu einer Synkope im Rahmen eines NSTEMI-Myokardinfarktes mit einer CK von 516 U/l, sechs Tage später muss der Patient nach kardialer Dekompensation 20 Minuten reanimiert werden. Im UKG globale Akinesie der linken Herzkammer, EF unter 20 %. Der Patient muss mehrere Tage beatmet werden. Nach Stabilisierung selektive Koronarangiographie mit Nachweis einer 80 %igen linken Hauptstammstenose und einer 80 %igen RCX-Stenose. Verlegung in die Universitätsklinik Frankfurt, dort am 1. Januar 2009 Durchführung eines aortokoronaren Bypasses, LIMA auf LAD und Vene auf RCX in Opacab-Technik. Am elften postoperativen Tag kam es zu einer massiven gastrointestinalen Blutung aus einem Zwölffingerdarmgeschwür; zur Kreislaufstabilisierung waren sieben Blutkonserven und zwei PPSB erforderlich. Die Blutung konnte durch zwei Gefäßclips im Rahmen der Notfallendoskopie zum Stillstand gebracht werden. Drei Tage später konnte der Patient bei stabilen Kreislauf-

verhältnissen in das Heimatkrankenhaus zurückverlegt werden. Es bestand ein Handrückenabszess im Bereich einer Braunüle mit einer Leukozytose von 18.200, der nach Spaltung mit Sobelin behandelt worden war. Am 19. Januar 2009 klagte der Patient über einen Visusverlust des rechten Auges. Da der HB-Wert von 9,8 auf 6,8 abgefallen war, erhielt der Patient zunächst zwei Erythrozytenkonzentrate. Ein neurologisches Konsil wegen des Verdachts auf eine Hirnembolie kam zu folgendem Ergebnis: CT wegen Verdacht auf Posteriorinfarkt, DD Arteriitis (wenig wahrscheinlich), BSG und Elektrophorese, Augenkonsil.

Ein am Abend des 19. Januar durchgeführtes CT ergab keinen Hinweis auf einen Infarkt oder eine Embolie, die BSG betrug 42/94, was bei einem Zustand nach Bypass und bestehendem Handrückenabszess als nicht wegweisend interpretiert wurde. Es wurde eine intravenöse Heparinbehandlung eingeleitet. Das am nächsten Tag durchgeführte augenärztliche Konsil ließ eine anteriore ischämische Optikusneuropathie des rechten Auges erkennen mit der Empfehlung, drei Tage lang mit 500 mg Prednisolon zu therapieren. Am 22. Januar

erfolgte eine augenärztliche Vorstellung in der Universitätsklinik Frankfurt mit folgendem Befund: Augenhintergrund rechts Papille unscharf mit temporaler Papillarrandblutung und diskreter Stauung, links Optikusatrophie. Verdacht auf Arteriitis temporalis HORTON, A. temporalis bds. unauffällig. Therapievorschlag 500 mg Cortison i.v., wenn nicht vertretbar 100 mg, Temporalisbiopsie nicht sinnvoll, Wiedervorstellung in fünf Tagen. Beim Re-Konsil am 28. Januar ergab sich folgender Befund: Augenhintergrund rechte Papille unscharf, blass mit Randblutungen und cotton wool Herden, zusätzlich mikroangiopathische Veränderungen, evt. bedingt durch Herz-Lungen-Maschine. Diagnose: Augenveränderungen rechts am ehesten durch ischämische oder entzündliche AION, regelmäßige BSG- und CRP-Kontrollen. Cortison fünf Tage 80 mg, dann für jeweils fünf Tage 60 mg bzw. 40 mg. Haematokrit über 35 %, Wiedervorstellung in drei bis vier Wochen, Carotis-Doppler. Diese Untersuchung war bereits am 26. Dezember vorgenommen worden und hatte eine geringe Makroangiopathie beidseits ohne relevante Stenosierung der extrakraniellen hirnversorgenden Arterien ergeben.

Vom 6. Februar bis 27. Februar 2009 befand sich der Patient in einer geriatrischen Reha-Klinik. Es bestand eine Optikusatrophie beidseits mit Blindheit des linken Auges und einer Sehschwäche des rechten Auges. Die Visuseinschränkung sei alltagsrelevant, könne jedoch kompensiert werden. Die räumliche Wahrnehmung wird als alltagsrelevant und kompensierbar beschrieben, das Gesichtsfeld als alltagsrelevant eingeschränkt ohne ausreichende Kompensation. In der Universitäts-Augenklinik sei die Optikusatrophie jetzt auch als wahrscheinlich ischämischer Genese diagnostiziert worden; dort sei auch ein Blindengeldantrag unterstützt worden. Eine kardiologische Kontrolluntersuchung am 28. Juni 2011 ergab keinen Hinweis auf eine Progression der koronaren Herzkrankheit. Die körperliche Leistungsfähigkeit wird als altersentsprechend ausreichend bewertet. Der anwaltlich vertretene Patient erhebt den Vorwurf, das augenärztliche Konsil sei zu spät erfolgt. Dadurch sei eine Therapieverzögerung von 36 Stunden eingetreten. Durch eine frühzeitigere Therapie hätte die Erblindung des rechten Auges verhindert werden können. So sei eine Lysetherapie nur innerhalb eines Zeitfensters von vier Stunden erfolgreich. Es wird der Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung und der Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht erhoben.

Gutachterliche Stellungnahme

Ein plötzlicher Visusverlust bei einem bereits auf einem Auge blinden Patienten stellt sicherlich ein dramatisches Ereignis dar. Differentialdiagnostisch kommen, wie in Tabelle 1 aufgeführt, eine Reihe von Erkrankungen in Frage. Auslöser war mit großer Wahrscheinlichkeit die rezidivierende gastrointestinale Blutung, aber auch der koronarchirurgische Eingriff käme als auslösender Faktor in Frage. Eine Lysethe-

Tab. 1: Ischämische Erkrankungen von N. opticus und Papille

Kinder/Jugendliche	junge Erwachsene	ältere Erwachsene
Kollagenosen (L. E. disseminatus) juvener Diabetes mellitus	Hypertensives Papillenödem Kollagenosen Systemische Arteriitis 1. Pulseless disease 2. Moya-Moya Embolisation 1. Rheumatisches Herzvitium 2. snapping valve syndrome Migränephänomene (Kontrazeptiva) chronisches Glaucoma simplex	Ausgedehnter Hirninfarkt verschiedene Glaukomarten Syphilis schock-induzierte Optikusneuropathie Ischämische Optikusneuropathie Riesenzellarteriitis

rapie, auch auf Verdacht hin, kam a priori bei der kurz zurückliegenden Operation und der massiven Ulcus duodeni Blutung nicht infrage und muss als absolut kontraindiziert angesehen werden. Auch die von der Universitäts-Augenklinik vorgeschlagene hochdosierte Prednisolon-Therapie mit 500 mg i.v. war nicht ungefährlich; schließlich bestand ein florides Ulcus duodeni. Die BSG von 42/94 bei einer CRP von 50 war durch aortokoronaren Bypass und Handrückenabszess erklärbar und für einen Morbus HORTON eigentlich zu niedrig. Eine Haemodilution oder eine ASS-Therapie kamen aus den oben genannten Gründen ebenfalls nicht infrage; im Gegenteil, es musste bei einem HB von 6,4 am Tag des Visusverlustes Blut gegeben werden. Die Prognose der Arteriitis-bedingten Erblindung durch eine Cortison-Therapie ist mit einer über 90 %igen Therapieversager-Quote[6] keineswegs gut. Bei der AION ist bei dem aufgeführten Zeitintervall zwischen auslösender gastrointestinalen Blutung und den ersten Zeichen einer Visusbeeinträchtigung der „Zug bereits abgefahren“. Im übrigen muss angemerkt werden, dass bei einer AION in 20 % ein Befall des Partnerauges innerhalb von fünf Jahren auftritt. Nur in zehn bis 15 % aller Patienten mit AION kommt es zu einer Restitutio ad integrum, ein permanenter Visusverlust findet sich bei rund 50 %. Die Leitlinien der Deutschen Ophthalmolo-

gischen Gesellschaft zeigen, dass keine Therapiemaßnahmen wie Haemodilution, ASS, Vasodilatation oder ACE-Hemmer einen eindeutig positiven Effekt auf die AION-Symptome zeitigen. Somit kann festgehalten werden: Die bei dem Patienten im Zusammenhang mit der am 19. Januar 2009 aufgetretenen anterioren ischämischen Optikusatrophie (AION) durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgten in Anbetracht des komplizierten allgemeinen Krankheitsbildes zeitnah und adäquat. Die Maßnahmen entsprachen dem heutigen medizinischen Standard. Absolute und relative Kontraindikationen schränkten das therapeutische Armamentarium nachhaltig ein und wurden entsprechend berücksichtigt. Dem Patienten ist dadurch, dass die Behandlung unter Umständen wenige Stunden früher hätte beginnen können, kein Schaden entstanden. Die aufgetretenen und bleibenden Schäden sind als schicksalhaft anzusehen.

Juristische Beurteilung

Von Seiten des Patienten wurde der Vorwurf erhoben, die am 19. Januar 2009 plötzlich aufgetretene Visusverschlechterung des rechten Auges sei nicht rechtzeitig diagnostiziert und behandelt worden. Diesen Vorwurf hatte bereits das Gutachten für unbegründet gehalten. Die Kommission kam zu dem selben Ergebnis.

Richtig ist zwar, dass vom Auftreten der Visusverschlechterung am 19. Januar 2009 bis zum augenärztlichen Konsil vom 20. Januar 2009 (mit Feststellung der AION) etwa 1 1/2 Tage verstrichen waren. Daraus konnte die Kommission jedoch nicht auf eine schuldhaftige Diagnoseverzögerung schließen. Denn die beteiligten Ärzte waren in der Zwischenzeit nicht etwa untätig geblieben, vielmehr hatten sie angesichts des lebensbedrohlichen HB-Abfalls von 6,8 g/dl zunächst Blutersatzmittel zu verabreichen. Außerdem mussten sie nach der Blutungsursache suchen. Diesem Zweck dienten die noch am 19. Januar 2009 vorgenommene Gastroskopie und das zum Ausschluss einer frischen intracerebralen Blutung bestimmte neurologische Konsil, auf Grund dessen dann am Abend des 19. Januar 2009 noch ein Schädel-MRT angefertigt wurde. Daneben wurde bereits am 19. Januar 2009 noch das augenärztliche Konsil angefordert, das auf der vorgenommenen Diagnostik aufbauen und sie verwerten konnte. Eine schuldhaft verzögerte Diagnostik konnte unter diesen Umständen nicht festgestellt werden. Aber auch eine schuldhaft verspätete Behandlung war nicht feststellbar.

Wie zuvor (unter Gutachterliche Stellungnahme) bereits ausgeführt, war wegen der bestehenden Blutung eine Lysetherapie kontraindiziert. Dasselbe gilt für eine Haemodilution oder einer ASS-Therapie. Nach Ansicht der Kommission war aber auch eine Kortisonbehandlung am 19. Januar 2009 noch nicht hinreichend indiziert, da erst aufgrund der an diesem Tag durchgeführten Untersuchungen angenommen werden konnte, dass die AION auf einer entzündlichen Ursache beruhte. Die Kortisontherapie erfolgte dann auch noch rechtzeitig innerhalb des drei bis vier Tage dauernden Zeitfensters für diese Behandlungsmethode.

Schließlich war auch zweifelhaft, ob durch eine frühere Kortisonbehandlung der eingetretene Augenschaden des Patienten (ganz oder teilweise) hätte verhindert werden können.

Fazit

Das Kausalitätsbedürfnis eines Patienten ist nachvollziehbar und dem Menschen eigen. Warum aber immer der Arzt wegen einer vermeintlich zu spät gestellten Diagnose oder einer falschen oder zu spät einsetzenden Therapie verantwortlich sein soll, ist nicht immer ersichtlich. Im vorliegenden Fall hätte eine Haemodilutionsbehandlung desaströse Folgen gehabt, eine

Kortisontherapie muss bei einer anterioren ischämischen Optikusneuropathie wirkungslos bleiben. Dass eine lebensbedrohliche gastrointestinale Blutung auch Auswirkungen auf den Gesamtorganismus haben kann, erschließt sich dem Laien naturgemäß nicht auf den ersten Blick, ein schicksalhafter Verlauf einer Kaskade von miteinander verwobenen Ereignissen entspricht häufig nicht seinem Weltbild.

Korrespondenzadresse

Professor Dr. med. Wolfgang Rösch
Steinbacher Hohl 32
60488 Frankfurt am Main
E-Mail: wolfgang.roesch@online.de

Literatur

- [1] Hayreh, S S: Anterior ischaemic optic neuropathy. VII Clinical features and pathogenesis of posthaemorrhagic amaurosis. *Ophthalmology* 1987;94:1488-1502
- [2] Chisholm I A: Optic neuropathy of recurrent blood loss. *Brit.J.Ophthal.* 1969; 53:289-295
- [3] Drance S; Morgan R A, Sweeney C P: Shock-induced neuropathy. A cause of nonprogressive glaucoma. *N Engl J Med* 1973;288:392-395
- [4] Rösch W, Deppert K: ERCP unter Propofol bei fraglicher Indikation *Endo heute* 2009;22: 256-258
- [5] Semlacher EA, Chan-Yan C: Acute pancreatitis presenting with visual disturbances. *Am J Gastroenterol* 1993; 88:756-759
- [6] Hayreh S S: Visual improvement with corticosteroid therapy in giant cell arteritis: Report of a large study and review of the literature. *Acta Ophthalmol Scand* 2002; 80:353-367

Schwangere Arbeitnehmerinnen – Das individuelle Beschäftigungsverbot – Gestaltungsmöglichkeiten der Ärztinnen und Ärzte

Der unter diesem Titel auf der Homepage des Regierungspräsidiums Darmstadt (www.rp-darmstadt.hessen.de) eingestellte Artikel „Info Beschäftigungsverbote – Berührungspunkte zwischen Ärzten und Arbeitsschutzverwaltung“ gibt einen Überblick über die generellen Beschäftigungsverbote und -beschränkungen und das individuelle Beschäftigungsverbot auf der Grundlage des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) und der Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz (MuSchArbV). Diese gesetzlichen Regelungen gelten für die Beschäftigung von schwangeren Arbeitnehmerinnen.

Der Artikel befasst sich zunächst mit der Rolle und der Verantwortung des Arbeitgebers. Der Arbeitgeber hat die Arbeitsbedingungen einer werdenden Mutter im Hinblick auf Gefährdungen für die Schwangerschaft und das ungeborene Kind zu beurteilen. Er kann sich dabei vom Betriebsarzt bzw. der Betriebsärztin und/oder der Sicherheitsfachkraft beraten lassen. Wird im Rahmen dieser Gefährdungsbeurteilung eine Gefährdung festgestellt, so hat der Arbeitgeber die erforderlichen Schutzmaßnahmen (Abänderung der Arbeitsbedingungen, Umsetzung oder Freistellung) in eigener Verantwortung und von sich aus zu veranlassen. Er benötigt keine Bescheinigung eines Arztes oder der Aufsichtsbehörde.

Wenn dieser Schutz der generellen Beschäftigungsverbote im Einzelfall nicht ausreicht, haben Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit ein so genanntes individuelles Beschäftigungsverbot auszusprechen. Nach § 3 Abs. 1 MuSchG dürfen werdende Mütter nicht beschäftigt werden, soweit nach ärztlichem Zeugnis bei Fortdauer der Beschäftigung Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind gefährdet ist. Bei der Attestierung eines derar-

tigen individuellen Beschäftigungsverbotes gilt es folgende Punkte zu beachten:

1. Es darf keine Arbeitsunfähigkeit vorliegen.
2. Es muss noch kein primär krankhafter Zustand vorliegen.
3. Der Arzt ist auf Nachfrage des Arbeitgebers auskunftspflichtig, von welchen Arbeitsbedingungen er ausgegangen ist und ob und ggf. welche konkreten Tätigkeiten die werdende Mutter im Rahmen des individuellen Beschäftigungsverbotes noch ausüben kann. Bei der Auskunftserteilung ist die ärztliche Schweigepflicht (Befund, Diagnose) zu beachten.
4. Nimmt der Arbeitgeber die Gefährdungsbeurteilung nicht oder nicht sorgfältig vor, kann der Arzt ausnahmsweise ein befristetes individuelles Beschäftigungsverbot aussprechen.
5. Der Anfahrtsweg ist kein hinreichender Grund für ein individuelles Beschäftigungsverbot.
6. Das Beschäftigungsverbot kann auf die individuellen Verhältnisse angepasst werden, z.B. durch Reduzierung der Arbeitszeit, teilweise Freistellung oder völlige Freistellung.

Der schwangeren Arbeitnehmerin darf durch die Beachtung der mutterschutzrechtlichen Beschäftigungsbeschränkungen und -verbote kein wirtschaftlicher Nachteil entstehen. Der Arbeitgeber kann sich den Durchschnittsverdienst über die – in der Regel – bei der Krankenkasse der werdenden Mutter angesiedelte Umlagekasse U2 erstatten lassen.

Monika Kuhbald-Plöger, Frank Heldt
Regierungspräsidium Darmstadt

Sicherer Verordnen

Interaktion Statine – Protease-Inhibitoren

Protease-Inhibitoren werden zur Therapie von HIV und HCV eingesetzt. Statine werden wegen der unerwünschten Wirkung der Protease-Inhibitoren, Cholesterin- und Triglyzeridspiegel zu erhöhen, zusätzlich verordnet. Dabei besteht die Gefahr gefährlicher Rhabdomyolysen mit nachfolgendem Nierenversagen, überwiegend abhängig von dem jeweiligen Statin. Bei Lovastatin (Generika) und Simvastatin (Generika) besteht nach Ansicht der amerikanischen FDA generell eine Kontraindikation, bei Rosuvastatin (Crestor®) und Atorvastatin (Sortis®) sollte die tägliche Statindosis begrenzt werden, bei Pravastatin (Generika) existieren keine Dosiseinschränkungen, zu Fluvastatin (Generika) gibt es keine Daten. Die Fachinformationen einzelner Protease-Inhibitoren sollten vor der Anwendung beider Arzneistoffgruppen durchgesehen werden, um genauere Informationen zum Interaktionspotential zu erhalten. *Quelle: www.fda.gov/Drugs/DrugSafety*

Aliskiren – Studienabbruch

Eine Studie mit dem Reninhemmer Aliskiren (Rasilez®) in Kombination mit einem ACE-Hemmer oder einem Sartan musste vorzeitig gestoppt werden, da keine Prognoverbesserung bei Typ-2-Diabetikern mit Hypertonie eintrat und darüber hinaus eine erhöhte Inzidenz von nicht-tödlichen Schlaganfällen, renalen Komplikationen, Hyperkaliämien und Blutdruckabfällen auftrat. Das Studiendesign verwundet etwas: seit 2008 ist bekannt, dass duale Eingriffe in des Renin-Angiotensin-System negative Auswirkungen haben können (eine Studie mit einer Kombination aus Sartanen und ACE-Hemmern führte zu erhöhter Rate von Hyperkaliämien, Blutdruckabfällen und Nierenfunktionsstörungen). Die doppelte RAS-Blockade scheint nur bei sehr wenigen Patienten sinnvoll zu sein (z.B. bei ungenügender Blutdruckkontrolle durch andere Antihypertensiva-Gruppen). Grundsätzlich sollte auch eine Therapie mit fixen Kombinationspräparaten wie z.B. Rasilez® HCT, eine Kombination

von Aliskiren mit Hydrochlorothiazid, überdacht werden, auch in Hinblick auf das derzeit als nicht optimal diskutierte Thiazid. *Quelle: Pharm. Ztg. 2012; 1567: 91 und 94, Dtsch.Ärztebl. 2012; 109(3): C 64*

Medizinprodukte – Besserung in Sicht?

Materialfehler bei Hüftendoprothesen oder Schrittmachern, neuerdings fehlerhafte Brustimplantate oder ganz aktuell im Ausland erkannt: Hüftprothesen aus Metall mit toxischem Abrieb und zurückgerufene Defibrillatoren, die im Notfall nicht anspringen: Hersteller bescheinigten sich bis 2010 selbst mit einer Konformitätserklärung, dass ihr Produkt europäischen Normen entspricht. Hierzu suchten sie sich eine passende, von ihnen bezahlte sogenannte Benannte Stelle, um die Konformität mit EU-Richtlinien zu bestätigen. Das konnte nicht gut gehen.

Seit 2010 bedürfen klinische Prüfungen mit einem Medizinprodukt einer Genehmigung der zuständigen Bundesoberbehörde und einer zustimmenden Bewertung einer Ethikkommission – Medizinprodukte könnten in Zukunft sicherer werden. Dann sollten sich auch die Schuldzuweisungen an Ärzte relativieren, wie die Aussage des BfArM im Deutschen Ärzteblatt, wonach die Ärzteschaft „die Probleme mit den Brustimplantaten zu spät gemeldet“ habe. Das erinnert an den Skandal der HIV- und HCV-verseuchten Blutkonserven in den 1990er Jahren, als Aufsichtsbehörden auch Ärzten den Schwarzen Peter zuschoben. Überwiegend sind auch Ärzte betrogen worden – für die Zukunft sollte jedoch die Lehre gezogen werden, vollmundigen Aussagen von Herstellern zu misstrauen, neue Erkenntnisse über die verwendeten Produkte aufmerksam zu verfolgen und nicht zuletzt auch Berichte von Patienten über ungewöhnliche Erscheinungen ernst zu nehmen. Dies gilt übrigens auch für die Verordnung von Arzneimitteln.

Quellen: Dtsch. Ärzteblatt 2012; 109(3 und 7): C 70 und C 260, Bundesgesundheitsblatt 2012; 55: 270-6

Systemische Antiinfektiva – UAW am Auge

Unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln (UAW) am Auge werden häufig nicht erkannt. Selbst geringe anatomische oder physiologische Veränderungen führen zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Funktion des Auges, durch übliche Untersuchungen und Bestimmungen von Laborwerten nicht erfasst, jedoch auf Nachfragen in der Regel vom Patienten angegeben. Bei häufig angewandten systemischen Antiinfektiva sind bereits folgende, zum Teil irreversible potentielle UAW bekannt:

- Cidofovir (Vistide®): Uveitis
- Linezolid (Zyvoxid®): Optikusneuropathie bis zum Verlust des Sehvermögens, Latenzzeit bis zu drei Monate
- Telithromycin (Ketek®): verschwommenes Sehen, Doppelbilder
- Voriconazol (Vfend®): Triazol-Antimykotikum mit hohen Konzentrationen im Augennern, u.a. verschwommenes Sehen, Photophobie bis hin zur Optikusatrophie
- Tuberkulostatika:
 - Ethambutol (Myambutol®, EMB-Fatol®): Visusminderung, Störung des Farbsehens, Gesichtsfelddefekte, dosisabhängige Optikusneuropathie
 - Isoniazid (Tebesium®, Generika): Optikusneuropathie
 - Rifabutin (Mycobutin®): Uveitis
 - Streptomycin (Generika): Optikusneuropathie.

Bei diesen Arzneistoffen sollte eine augenärztliche Untersuchung erwogen werden, insbesondere bei Patienten mit eingeschränkter Kooperationsfähigkeit.

Quelle: Dtsch.med.Wschr. 2012; 137: 85-9

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 4/2012

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

Risikobewertungsverfahren für eisenhaltige Injektionsmittel eingeleitet – Risiko für allergische Reaktionen – eine Mitteilung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte sowie des Paul-Ehrlich-Institutes

Gegenstand des europäischen Risikobewertungsverfahrens nach Artikel 31 ist ein möglicherweise erhöhtes Risiko für das Auftreten von allergischen Reaktionen nach parenteraler Verabreichung von Eisenpräparaten. Das Bewertungsverfahren wurde eingeleitet, nachdem eine erhöhte Melderate von schweren allergischen Reaktionen im Anschluss an parenterale Gaben von niedermolekularem Eisendextran in Frankreich verzeichnet worden war. Eisendextran – in Deutschland CosmoFer® – ist zur Behandlung eines Eisenmangels bei nachfolgenden Indikationen zugelassen:

- Wenn orale Eisenpräparate nicht angewendet werden können, zum Beispiel aufgrund von Unverträglichkeiten oder bei nachgewiesener mangelnder Wirksamkeit einer oralen Eisentherapie, sowie
- bei klinischer Notwendigkeit zur raschen Auffüllung der Eisenspeicher.

Eine Überprüfung der Berichtshäufigkeit im Zeitraum Februar 2004 bis 2010 ergab, dass die Melderate für schwere allergische Reaktionen nach parenteraler Gabe von niedermolekularem Eisendextran welt-

weit bei 0,009 Fällen/1000 DDD (definierte Tagesdosis) lag. Im Vergleich dazu war in Frankreich die Melderate des dort erst seit März 2008 auf dem Markt befindlichen Eisendextranpräparates Ferrisat® mit 0,1 Fällen/1000 DDD hundertmal höher. Das BfArM fordert noch einmal alle Ärzte auf, Verdachtsfälle von allergischen Reaktionen nach parenteraler Gabe von Eisenpräparaten gemäß den geltenden Verpflichtungen zu melden.

Dr. med. Wolfgang LangHeinrich
Referat Pharmakotherapie der KV Hessen

Versorgungsatlas: ZI lobt Wissenschaftspreis „regionale Gesundheitsversorgung“ aus

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) prämiert Forschungsarbeiten, die sich mit regionalen Besonderheiten der medizinischen Versorgung beschäftigen. Diesem noch wenig ausgeprägten Forschungsbereich soll damit mehr Aufmerksamkeit zu teil werden. Die eingereichten Arbeiten sollen unter www.versorgungsatlas.de veröffentlicht werden. Der mit 5.000 Euro dotierte Wissenschaftspreis „regionale Gesundheitsversorgung“ wird erstmalig in diesem Jahr verliehen. Das ZI ruft Wissenschaftler zur Einreichung ihrer Arbeiten aus der Erforschung regionaler Unterschiede in der Krankheitsprävalenz, der Inanspruchnahme oder der Qualität der medizinischen Versorgung im Krankenhaus und im ambulanten Bereich auf. Bewertet werden die Arbeiten durch den wissenschaftlichen Redaktionsbeirat des Versorgungsatlas. Einsendeschluss ist der 20. Juli 2012. Die Preisverleihung findet im Rahmen des ZI-Forums zur regionalen Versorgungsforschung im September 2012 statt.

Die ausführlichen Anforderungen finden Sie auf www.versorgungsatlas.de unter dem Stichwort „Wissenschaftspreis“

Ausschreibung: Harkness Fellowships 2013-14

Der Commonwealth Fund lädt gemeinsam mit der Robert Bosch Stiftung und der B. Braun Stiftung interessierte Bewerber aus Deutschland zur Teilnahme an den Harkness Fellowships 2013-14 ein. Bewerbungen können **bis zum 19. November 2012** beim Commonwealth Fund eingereicht werden.

Die Harkness Fellowships bieten eine einzigartige Möglichkeiten der Qualifizierung für Experten in gesundheitspolitischen Fragestellungen und sind dieses Jahr mit **bis zu 119.000 USD** dotiert (Fellows mit Familie erhalten einen Familienzuschuss von bis zu 55.000 USD).

Im Rahmen des prestigeträchtigen Programms verbringen die Fellows ein Jahr an renommierten Universitäten und Einrichtungen des Gesundheitswesens in den USA und erarbeiten eine Studie bzw. ein Rechercheprojekt zu aktuellen Fragen des Gesundheitssystems. Hochkarätige Seminare und Symposien mit führenden US-amerikanischen Gesundheitsexperten ergänzen die Arbeit am eigenen Projekt.

Weitere Informationen zu den Fellowships finden Sie unter www.bosch-stiftung.de

Eins für alle und gegen alles: Was mir noch alles atypisch vorkommt am Einsatz eines Atypikums in diesen Zeiten

Spannungsfeld im Verordnungsalltag eines hessischen Psychiaters, aber auch der Allgemeinmediziner

(Hessisches Ärzteblatt 4/2012, Seite 242)

Als Oberarzt einer großen psychosomatischen Klinik mitten in Frankfurt habe ich den Beitrag von Peter Laß-Tegethoff im letzten hessischen Ärzteblatt mit großer Neugierde gelesen und möchte darauf antworten. Die Problematik ist mir bzw. uns in der Klinik weder neu noch egal.

Meiner Ansicht nach sollten aber zwei Aspekte getrennt voneinander betrachtet werden: der medizinische und der wirtschaftliche Aspekt bei der Verordnung von Quetiapin.

Aus ärztlicher Sicht muss es für die Verordnung neben der Diagnose vor allem eine Indikation geben, die den Einsatz nicht nur von Quetiapin sondern aller Medikamente rechtfertigt. Die Begriffe werden leider manchmal synonym gebraucht, was falsch ist. Die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie ist in der Regel die Indikation für die Gabe eines Antipsychotikums, auch wenn die betroffenen Patienten dies nicht selten anders sehen. Wir alle wissen aber, dass Diagnosen uns Trennschärfen suggerieren, die es im klinischen Alltag nicht immer gibt. Viele unserer psychosomatischen Patienten leiden unter schweren strukturellen Störungen die oft begleitet sind von psychosenahem Erleben. Sie sind unruhig, zerfahren, ängstlich, extrem angespannt, leiden unter Schlafstörungen, haben kognitive Einschränkungen und sind – ja, natürlich – oft auch depressiv. Die Indikation für die Gabe von Quetiapin leitet sich also eher aus dem klinischen Beschwerdebild als von einer eindeutigen Diagnose ab. Und hier fängt das Problem an, weil die Zulassung von Medikamenten sich nach Diagnosen und nicht nach Symptomen richtet.

Auch wir verordnen mittlerweile immer öfter Quetiapin, nicht etwa, weil wir es für so harmlos halten, sondern weil es im Vergleich zu anderen Medikamenten gewisse Vorteile bietet. Wir machen uns den sedierenden, den antipsychotischen und auch den antidepressiven Effekt zunutze. Im Vergleich zu anderen Atypika ist das Nebenwirkungsprofil „relativ“ günstig, vor allem im niedrigeren Dosisbereich, wie es bei uns der Fall ist, also zwischen 25 bis 200 mg täglich. Die meisten unserer Patienten sind extrem skeptisch was die Verordnung von Psychopharmaka angeht, so dass man nicht viele Versuche hat, ein geeignetes Medikament zu finden. Die Compliance sinkt rapide mit der Anzahl der Fehlversuche. Insofern könnte der Wunsch nach Weiterverordnung im ambulanten Bereich nicht bloßer Ausdruck einer unkritischen Einnahme sein, sondern vielmehr eines gemeinsamen Behandlungserfolgs und einer gewissen Zufriedenheit. Kommt ein Patient neu zu uns die Klinik, schauen wir in der Regel die ersten zwei bis drei Wochen, ob eine Änderung der bestehenden Medikation oder eine Neuverordnung notwendig erscheint und entscheiden dann gemeinsam. Dies ist einer der großen Vorteile, den wir in der stationären Behandlung haben: Das tagtägliche Beisammensein und sich austauschen können. Der Zeitdruck, wie in einer ärztlichen Praxis, ist hier geringer, der Patient hat mehr Raum, seine Beschwerden und Befindlichkeiten vorzutragen, und wir haben durch die Arbeit im Team bessere Möglichkeiten zur Beobachtung. Insofern wissen wir nichts besser, aber vielleicht mehr, als in einem kurzen Sprechstundenkontakt

vermittelbar ist. Wir klären die Patienten über die Verordnung und die möglichen Nebenwirkungen auf und keiner erhält irgendwelche „Tabletten im Dosett bunt durcheinander gemischt“. Dies entspricht weder unserem Selbstverständnis noch würden unsere Patienten dies akzeptieren. Die Auswahl gut wirksamer und gut verträglicher Psychopharmaka ist ohnehin beschränkt, so dass der Einsatz stets gut abgewogen werden muss.

Gerade weil wir eine Polypharmazie vermeiden wollen, ist Quetiapin oft eine gute Alternative zu einer Kombination aus Antidepressivum, Antipsychotikum und ggf. Anxiolytikum oder Sedativum.

Die von Herrn Laß-Tegethoff beklagte Schwierigkeit bei der Weiterverordnung „teurer Medikamente“ ist hingegen ein Problem der Budgetierung und nicht der „Sorglosigkeit“ der Klinikärzte geschuldet, die sich keine Gedanken über die Kosten machen würden. Der Wunsch nach mehr Wirtschaftlichkeit in den Kliniken klingt da fast schon zynisch. Der Kostendruck ist allgegenwärtig und die Zahl der Prüfungen durch den MDK nimmt kontinuierlich zu. Insofern müssen wir aufpassen, uns durch die Kostenträger nicht gegeneinander ausspielen zu lassen. Eine bessere Vernetzung und Abstimmung ambulanter und stationärer Behandlung tut Not. Gegenseitige Schuldzuweisungen sind aber sicher der falsche Weg.

*Dr. med. Sven Eisenreich
Arzt für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Oberarzt Hospital zum heiligen Geist GmbH,
Psychosomatische Klinik, Frankfurt*

Kommentar

Der Kollege hat nachvollziehbare Argumente gebracht, wie man in besonderen Fällen ein Medikament auswählt, meiner Meinung nach kann sich das aber nur auf Ausnahmen beziehen.

Wenn wir regelmäßig rein nach Symptomatologie verordnen, dabei aber den Zulassungsstatus eines Medikamentes ausblenden oder überdehnen, sollten wir es im Rahmen unserer eigenen Verantwortung rechtfertigen können. Wenn jemand dann aber der weiteren Verantwortung

eines Kollegen oder einer Kollegin übergeben wird, so bedarf das in diesen besonderen Fällen einer exakten Erläuterung und Erklärung, damit es im Interesse des Patienten reibungslos fortgeführt werden kann. Und selbst dann besteht die Frage, ob das (also die Argumentation, dass man es sich gut überlegt hat) im Falle eines Regresses als Rechtfertigung anerkannt würde. Nach allem, was ich weiß, muss man annehmen, dass es keinen Schutz darstellt. Ich bin dem Kollegen aber sehr dankbar

für seine Rückmeldung. Meine Kritik bezog sich auf die große Masse an Verordnungen, die nicht nur für mich, sondern auch für Kollegen auffällig geworden war. Gegen Kreativität und Sensibilität gerade im Bereich der Psychopharmakologie habe ich vom Ansatz her inhaltlich keine Einwände, denn wir haben es alle mit schwierigerem Klientel zu tun.

Peter Laß-Tegethoff, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Hüttenberg

Wir empfehlen Ihnen nicht den Besuch des Deutschen Heilpraktikertages (Hessisches Ärzteblatt 5/2012, Seite 321)

In der Ausgabe 5/2012 bedauern Sie, in einer vorangegangenen Nummer eine Veranstaltung des Heilpraktikerverbandes bekannt gemacht zu haben. Die Zusammenarbeit mit Heilpraktikern sei laut Berufsordnung der Ärzte nicht zulässig. Zu die-

sem Vorgang möchte ich mein Befremden äußern.

Ich halte es einer Ärztezeitung – auch wenn sie standespolitisch orientiert ist – für unwürdig, so rigide die Zusammenarbeit mit benachbarten Berufsgruppen zu verwei-

gern. Der Hinweis auf „evidenzbasierte Medizin“ hilft da nicht weiter, denn vieles, was Ärzte tun (nicht nur Homöopathen und Naturheilkundler) ist fern von jeder Evidenzbasiertheit und statistisch stabiler Begründung.

Richtig ist: Ärzte, Heilpraktiker, Hebammen und Psychotherapeuten im Sinne des Gesetzes sind selbständige Heilberufe. Sie legen eigenverantwortlich therapeutische Interventionen fest und begründen ein Vertrauensverhältnis, rechtlich gesehen einen Dienstleistungsvertrag, zum Patienten.

Dass die Berufsgruppen einander verächtlich machen, sollte im Hessischen Ärzteblatt keinen Raum haben. Falls die Berufsordnung wirklich einer kollegialen Zusammenarbeit mit Heilpraktikern entgegensteht, muss man sie eben ändern.

*Dr. med. Helmut Schulz
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Arzt für öffentliches Gesundheitswesen,
Hohenahr*

Durchschlagende Erfolge bei der Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms erzielt ein Offenbacher Modellprojekt

In Deutschland werden jährlich 28.000 Amputationen als Folge von Diabetes durchgeführt. Die meisten davon an Füßen und Beinen. Tendenz steigend. Zehen und Fuß werden nicht mehr ausreichend durchblutet. Kleinste Verletzungen führen dann zu nicht heilenden Wunden. Häufig bleibt den Medizinerinnen nichts anderes übrig, als die betroffenen Gliedmaßen abzutrennen. Doch viele Amputationen könnten vermieden werden. Darauf machen auch die Fachärzte der Diabetes-Fußambulanz in Offenbach seit Jahren aufmerksam. Mit sehr großem Erfolg. Ende Februar wurde die Einrichtung beim Rhein-Main-Zukunftskongress im Büsing Palais in Offenbach als bundesweites Vorzeigeprojekt und damit medizinisches ‚Aushängeschild‘ für Offenbach und ganz Hessen geehrt. Dem Offenbacher Modellprojekt gehören an: Dr. med. Christian Klepzig, Dr. med. Dieter Klein, Christian-Dominik Möller, Professor Dr. med. Arend Billing u.a..



Das Team der Fußambulanz bei der Arbeit: Dr. Dieter Klein (links), Dr. Stefan Rothfritz (rechts) und Dr. Gerd Nitzsche
Foto: Dr. Christian Klepzig

Bundesverdienstkreuz am Bande



Dr. med. Nuredin Alamuti, Facharzt für Plastische Chirurgie, Beleg und Konsiliararzt an der Deutschen Klinik für Diagnostik in Wiesbaden, Gemeinschaftspraxis für Plastische Chirurgie Dr. Alamuti und Dr. Scholz in Wiesbaden. Dr. Alamuti ist im Vorstand von Interplast Germany e.V., dem größten europäischen Verein für plastisch chirurgische Hilfe in Europa. Der Verein hat über 1.500 Mitglieder und organisiert mehr als 60 Einsätze in medizinisch unterentwickelte Regionen der Welt. Er hat mehr als 30 internationale Einsätze geleitet – ab Ende Oktober 2011 war er im Irak mit einem achtköpfigen Team tätig. Von seiner Wiesbadener Praxis aus werden die Einsätze organisiert und geplant. Regelmäßig werden in der Wiesbadener Praxis Patienten aus medizinisch unterversorgten Regionen kostenfrei behandelt. Michael Boddenberg, Hessischer Minister für Bundesangelegenheiten und Bevollmächtigter des Landes beim Bund, hat ihm für sein Engagement im September 2011 das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland überreicht.

Professor Dr. med. Hans-Jürgen Becker mit Hessischem Verdienstorden gewürdigt

Der Kardiologe und frühere Vorstandsvorsitzende der Deutschen Herzstiftung, Professor Dr. med. Hans-Jürgen Becker aus Hanau, erhielt im März 2012 den Hessischen Verdienstorden für sein ehrenamtliches Engagement und für sein Wirken bei der Herzstiftung. Damit habe Professor Becker „einen bedeutenden Teil zur Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, einer der häufigsten Todesursachen in Deutschland geleistet“, sagte der Sprecher der hessischen Landesregierung, Staatssekretär Michael

Bußer, bei der Ehrung auf Schloss Philippsruhe in Hanau. „Medizin ist Ihre Leidenschaft. Das Herz, der ‚Motor des Menschen‘, ist der Schwerpunkt Ihrer Arbeit, für die Sie sich weit über das normale Maß hinaus engagiert haben“.



Foto: Archiv

Ehrenmedaille für Nestor der Diabetesforschung



Foto: privat

In Anerkennung seines Lebenswerkes überreichte im Dezember 2011 auf der jährlich stattfindenden Promotionsfeier in der Universitätsaula Medizin-Dekan Professor Trinad Chakraborty an Professor Dr. med. Drs. h.c. Konrad Federlin, seit 1976 bis Mitte der neunziger Jahre Direktor der 3. Medizinischen und Poliklinik, als dem ‚Nestor der deutschen Diabetesforschung‘ die ihm von der Fakultät zuerkannte Ehrenmedaille, die als höchste Auszeichnung der Gießener Hochschulmedizin anlässlich ihres 400. Jahrestages 2007 gestiftet worden war.

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

Der ehem. Bundespräsident beruft Frankfurter Kinderkrebsexpertin Professor Simone Fulda in den Wissenschaftsrat Das hochangesehene Gremium berät Bundesregierung und Länder in Fragen rund um die Themen Wissenschaft und Forschung



Die Direktorin des Instituts für Experimentelle Tumorforschung in der Pädiatrie am Universitätsklinikum Frankfurt, **Professor Dr. med. Simone Fulda**,

wurde vom ehem. Bundespräsident Christian Wulff zum 1. Februar 2012 in den Wissenschaftsrat berufen. In den Wissenschaftsrat werden Forscher auf gemeinsamen Vorschlag der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), der Max-Planck-Gesellschaft, der Hochschulrektorenkonferenz und der Helmholtz-Gemeinschaft Deutscher Forschungszentren aufgenommen, die wissenschaftliche Exzellenz mit wissenschaftspolitischer Kompetenz und Erfahrung verbinden. Professor Fulda hat sich einen Namen mit ihrer Apoptose-Forschung gemacht. Dies ist das programmierte Zellaufsterben, das für die Aufrechterhaltung der Gewebemöostase notwendig ist.

Außerdem wurde Professor Dr. med. Simone Fulda im September 2011 zur Eröffnung des neuen Forschungstraktes im Forschungshaus der Frankfurter Stiftung für krebskranke Kinder der Ingrid zu Solms-Stiftungs-Sonderpreis überreicht.

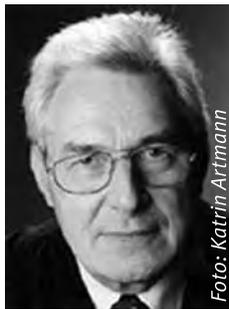
Bundesverdienstkreuz 1. Klasse an DRK Frankfurt-Projektkoordinator Professor Dr. med. Leo Latasch

Im Rahmen der Katastrophenschutzübung SOGRO MANV 250 wurde **Professor Dr.**



liehen. Dr. Helge Braun, Parlamentarischer Staatssekretär, würdigte im Februar 2012 in der Fraport Arena in Frankfurt am Main Leo Latasch für seine herausragenden Verdienste um das bundesdeutsche Rettungswesen.

Ehrenplakette in Silber der LÄK Hessen



Professor Dr. med. Ernst-Gerhard Loch, langjähriger Vorsitzender des Vorstands der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim

hat zum Ende des Jahres 2011 sein Ehrenamt niedergelegt. Für sein engagiertes Wirken für die Ärzteschaft wurde Professor Loch in einer Feierstunde die Ehrenplakette in Silber der Landesärztekammer Hessen vom Präsidenten der LÄK Hessen, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, in Bad Nauheim überreicht.

Paul-Ehrlich-Institut in Ausschuss für Human-Arzneimittel der EMA gewählt

Der Ausschuss für Humanarzneimittel („Committee for Medicinal Products for Human Use“, CHMP) der Europäischen Arzneimittelagentur EMA hat **Dr. med. Jan Müller-Berghaus** vom Paul-Ehrlich-Institut (PEI) in Langen mit Wirkung zum 14. November 2011 als kooptiertes Mitglied ge-

wählt. Die Beru-

fangsperiode umfasst drei Jahre. Müller-Berghaus vertritt im Ausschuss den Bereich ‚Qualität und Sicherheit biomedizinischer Arzneimittel einschließlich neuartiger Therapien („advanced therapies“)‘. Die biomedizinische Expertise des PEI fließt damit auch in Zukunft in die Arzneimittelbewertung des CHMP und die Zulassungsentcheidung der Europäischen Union ein.



Euricius Cordus-Medaille

Professor Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt, emeritierter Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Philipps-Uni-

versität Marburg, wurde auf dem Dies academicus des Fachbereichs Medizin mit der Euricius Cordus-Medaille 2011 ausgezeichnet. Dies ist die höchste Ehrung, die der Fachbereich Medizin zu vergeben hat. Mit der Medaille werden Persönlichkeiten der Marburger Hochschulmedizin geehrt, die sich in besonderer Weise um den Fachbereich verdient gemacht haben. Die Medaille ist nach dem ersten Medizinprofessor der Marburger Universität benannt, der im Jahr 1527 anlässlich der Gründung der Marburger Hochschule berufen wurde.

Cicatrix-Förderpreis

Hohe Auszeichnung für einen Mediziner des Zentrums für Schwerbrandverletzte des Offenbacher Klinikums: **Dr. med. Evan-**

gelos Sarantopoulos wurde auf dem internationalen Verbrennungskongress in Klagenfurt mit dem Cicatrix-Förderpreis für seine Bemühungen zur



Verbesserung der Wundheilung bei Brandverletzten ausgezeichnet. Das Forschungsprojekt, an dem sowohl Apotheker als auch Ärzte arbeiten, beschäftigt sich mit der Entwicklung und Anwendung einer infektiionshemmenden Creme zur Wundbehandlung bei Verbrennungen.

Mediziner aus Hessen mit Rumänischem Verdienstorden ausgezeichnet / Dr. med. Jürgen Schweiger erhält Zivilorden für seinen Einsatz für leukämiekranken Kinder

Für seine besonderen Verdienste auf dem Gebiet der Medizin ist Dr. med. Jürgen Schweiger, Chefarzt der Inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses Rotenburg a.d. Fulda, jetzt mit dem Sanitätsorden der Republik Rumänien im Rang eines Kommandeurs ausgezeichnet worden. Der Mediziner ist Vorsitzender des Fördervereins „Patricia Popa“, eines Hilfsvereins für hämato-onkologisch erkrankte Kinder der Universitätsklinik „Louis Turcanu“ in Temesvar, Rumänien. Ziel des Vereins ist, die Heilungschancen von leukämiekranken Kindern zu erhöhen. Denn die Überlebensrate krebserkrankter Kinder in Rumänien liegt noch erheblich unter den Zahlen in Deutschland. Dr. Schweiger engagiert sich seit vielen Jahren ehrenamtlich für die Verbesserung der Situation. Eine der größten Errungenschaften seines Einsatzes ist die deutliche Erhöhung der Überlebensrate leukämieerkrankter Kinder in Temesvar von 50 auf 75 Prozent.



v.l.: Honorarkonsul von Rumänien in Hessen Dr. Rainer Seele, Chefarzt i.R. Dr. Jürgen Schweiger, Generalkonsul von Rumänien in Bonn Dr. Vlad Vasiliu

Die hohe Auszeichnung für Dr. Schweiger wurde im Dezember 2011 im Honorarkonsulat von Rumänien in Kassel vom Generalkonsul Dr. Vlad Vasiliu sowie Dr. Rainer Seele, Honorarkonsul in Hessen, überreicht.

Thomas Sitte erhält „Fuldaer Rose“

Thomas Sitte, Vorstandsvorsitzender der Deutschen PalliativStiftung, hat im Februar den Preis für Zivilcourage „Fuldaer Rose“

erhalten. Überreicht wurde der Preis von SPD-Generalsekretärin Andrea Nahles bei der Veranstaltung des SPD Stadtverbands „Markt der Möglichkei-



ten“ in der Orangerie in Fulda. Allerdings konnte der Palliativmediziner den Preis nicht selbst entgegennehmen. Stellvertretend ließ sich seine Frau Dr. Edelgard Ceppa-Sitte die in Acryl gegossene rote Rose überreichen. „Einen Preis hier zuhause in Fulda für meine Zivilcourage zu erhalten, ist etwas sehr besonderes. Zivilcourage und manchmal auch ziviler Ungehorsam sind mir sehr wichtig. Damit können wir viel bewirken. Deshalb freut es mich riesig, dass dies auch offiziell anerkannt wird. Vielleicht regt es andere wieder an, hin- statt wegzuschauen“, so die Dankesworte von Thomas Sitte, die seine Frau verlas.

Professor Dr. med. Rokuro Makabe †



Foto: Archiv

Professor Dr. med. Rokuro Makabe ist am 7. April 2012 im Alter von 81 Jahren im Kreis seiner Familie verstorben. 1960 kam er als Stipendiat des Deutschen Akademischen Austauschdienstes an die Augenklinik der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main. Dort leitete er nach seiner Habilitation von 1973 bis zu seinem Ausscheiden 1996 die Abteilung für Funktionsdiagnostik und Lasertherapie am Zentrum für Augenheilkunde. Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Arbeit war die Durchblu-

tung des Auges und die Messung des Augendruckes. Insgesamt verfasste er über 160 Artikel. Für sein Engagement wurde ihm 2003 vom japanischen Kaiser der „Orden des Heiligen Schatzes“ in der vierten Stufe und 2007 vom Bundespräsidenten das Verdienstkreuz am Bande verliehen.

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

Bundesministerium für Gesundheit zählt auf Frankfurter Universitätsmedizinerin Priv.-Doz. Dr. med. Sabine Wicker wird Mitglied der neu berufenen Ständigen Impfkommission

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Ständige Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut im Januar letzten Jahres neu zusammengestellt.

Die Wahl fiel dabei auch auf **Priv.-Doz. Dr. med. Sabine Wicker**, Leiterin des Betriebsärztlichen Dienstes des Klinikums der J.W. Goethe-Universität. Dr. Wicker nahm die Berufung an und zeigt sich erfreut über die besondere Auszeichnung. „Die Berufung zeigt, dass das Universi-



Foto:
Robert Koch-Institut

tätsklinikum bei Impfkampagnen eine Vorreiterrolle in Deutschland spielt“, erklärte sie. Die STIKO ist für die Erstellung von Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen und anderen Maßnahmen zur Vorbeugung von übertragbaren Krankheiten zuständig. Diese dienen den obersten Landesgesundheitsbehörden als Basis für deren öffentliche Empfehlungen.

Die Kommission besteht aus Experten unterschiedlicher Disziplinen der Wissenschaft und Forschung, aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und niedergelassenen Ärzten. Von den Mitgliedern werden umfangreiche und praktische Erfahrungen mit Schutzimpfungen gefordert. Die Mitarbeiter der Kommission werden für drei Jahre berufen und arbeiten ehrenamtlich.

Personalia

Dieter Bartsch neuer Präsident der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG)

Neuer Präsident der Hessischen Krankenhausgesellschaft ist **Dieter Bartsch**. Der auf der Mitgliederversammlung im Dezember 2011 für eine Amtszeit von



vier Jahren neu gewählte Vorstand der Hessischen Krankenhausgesellschaft ist im Februar 2012 in Eschborn zu seiner konstituierenden Sitzung zusammengetreten und hat aus seinen Reihen den Präsidenten und den Vizepräsidenten des Dachverbandes der Krankenhäuser in Hessen für die Amtsperiode 2012 bis 2015 gewählt. Dieter Bartsch ist Geschäftsführer der Main-Kinzig-Kliniken gGmbH und gehört als Vertreter der Kreiskrankenhäuser in Hessen dem Vorstand der HKG bereits seit 2004 als Mitglied an.

„AKTION Saubere Hände“

Patientensicherheit im Fokus

Krankenhäuser in Deutschland verbrauchen deutlich mehr Händedesinfektionsmittel als zu Beginn der Kampagne

Die „AKTION Saubere Hände“ (ASH) basiert auf dem multimodalen Interventionsmodell und der Struktur der WHO Kampagne „Clean Care is Safer Care“. Im Rahmen der multimodalen Intervention müssen Messungen vorgenommen werden. Zum einen um einen Ausgangszustand zu erhalten und zum anderen, um einen Effekt der Interventionen nachweisen zu können. Das zentrale Messsystem der „AKTION Saubere Hände“ ist dabei die Messung des Verbrauchs an alkoholischem Händedesinfektionsmittel als ein Surrogatparameter für die Compliance (Umsetzung) der Händedesinfektion. Dazu wurde in das bereits etablierte Krankenhaus Infektions Surveillance System ein neues Modul eingeführt: HAND-KISS. Für alle teilnehmenden Einrichtungen ist die Messung des jährlichen Verbrauchs an Händedesinfektionsmittel Pflicht.

159 Krankenhäuser geben seit dem Jahr 2007 ihre Daten in das HAND-KISS Modul ein. Im Verlauf von vier Jahren konnten diese Häuser ihren Verbrauch an Händedesinfektionsmittel um 36 Prozent steigern. Der gesteigerte Verbrauch von Händedesinfektionsmittel ist als eine Parameter für eine verbesserte Compliance der Händedesinfektion anzusehen. Darüber hinaus haben viele Krankenhäuser die Ausstattung ihrer Patientenzimmer mit Händedesinfektionsmittelspendern deutlich verbessert. Die Bereitstellung von Händedesinfektionsmittel in unmittelbarer Patientennähe ist eine Grundvoraussetzung für eine hohe Compliance der Händedesinfektion.

Informationen auch unter <http://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/hand-kiss/>

Die bundesweite „AKTION Saubere Hände“ setzt sich seit 2008 für verbesserte Krankenhaushygiene ein und wird durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Mittlerweile haben sich mehr als 980 Einrichtungen, davon 732 bettenführende Einrichtungen und 30 Universitätskliniken, zur aktiven Teilnahme an der „AKTION Saubere Hände“ entschlossen. Die Teilnahme ist seit einem Jahr auch für Pflegeeinrichtungen (157) und ambulante Einrichtungen (61) möglich. Jährlich gibt es in Deutschland etwa 500.000 Fälle von Krankenhausinfektionen (nosokomiale Infektionen), europaweit rund drei Millionen. Sie führen zu zusätzlichem Leid für Patienten, längeren Liegezeiten und immensen zusätzlichen Kosten für das Gesundheitswesen. In Europa sterben laut Expertenschätzungen rund 50.000 Menschen jährlich an den nosokomialen Infektionen. Die bundesweite Kampagne „AKTION Saubere Hände“ hat seit ihrem Beginn im Januar 2008 eine große Hygienewelle in Deutschlands Krankenhäusern ins Rollen gebracht.

Träger der Aktion: Nationales Referenzzentrum für die Surveillance nosokomialer Infektionen, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V.

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Medizinaldirektorin i.R. Dr. med. Ilse Zahn, Hanau, am 14. Juli,
Dr. med. Gesa Werner, Bad Soden, am 25. Juli.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Gisela Busch, Gernsheim, am 30. Juli.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Manfred Schmitt, Künzell, am 18. Juli,
Professor Dr. med. Hartmut Radebold, Kassel, am 23. Juli,
Dr. med. Nina Schmidt-Schabert, Lohfelden, am 27. Juli.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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

Richtige Antworten

Zu den Multiple Choice-Fragen „Update Herzrhythmusstörungen“ in der April-Ausgabe 2012, Seite 223.

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

Schreiben Sie uns Ihre Meinung**Hessisches Ärzteblatt**

– Leserbriefe –
Redaktion Hessisches Ärzteblatt
Im Vogelsgesang 3
60488 Frankfurt

E-Mail: angelika.kob@laekh.de
Telefax 069 97672-247



Wir gedenken der Verstorbenen

Medizinaldirektorin Dr. med. Hildegard Bock, Frankfurt

* 16.5.1921 † 19.2.2012

Dr. med. Klaus Fleischer, Bad Schwalbach

* 11.10.1941 † 15.4.2012

Dr. med. Helmut Hosenfeld, Petersberg

* 18.2.1921 † 16.2.2012

Dr. med. Dr. med. dent. Peter Kelemen, Frankfurt

* 22.10.1972 † 3.3.2012

Dr. med. Klaus Lehmacher, Frankfurt

* 10.7.1921 † 31.3.2012

Dr. med. Siegfried Eduard Alois Petau, Bad Nauheim

* 7.10.1920 † 5.12.2011

Dr. med. Ingeborg Pohl, Darmstadt

* 23.2.1924 † 9.2.2012

Dr.-medic./Imp Bukarest Mihai Savu, Bad Soden-Salmünster

* 17.3.1925 † 23.9.2011

Dr. med. Rainer Schmidt, Lich

* 2.12.1941 † 31.3.2012

Barbara Steenpaß, Frankfurt

* 25.4.1976 † 1.3.2012

Privatdozent Dr. med. Gunter Trieb, Weiterstadt

* 10.3.1942 † 21.3.2012

44. Internationaler Seminarkongress in Grado/Italien

vom 26. bis 31. August 2012
Collegium Medicinae Italo-Germanicum
in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer

Die Veranstaltung wurde von der Bayerischen Ärztekammer mit insgesamt 33 Fortbildungspunkten zertifiziert, pro Tag gibt es 6 Fortbildungspunkte.

Schwerpunktthemen der Seminare:

Angiologie • Arbeitsmedizin • Komplementäre und alternative Medizin (KAM) in der Onkologie: Tipps und Fallstricke für die ärztliche Praxis • Notfallmedizin – Theorie • Rechtsfragen aus Klinik und Praxis • Rheumatologie • Interdisziplinäre Gespräche, Themen täglich wechselnd.

Kurse (mit Zusatzgebühren):

Balint-Gruppe • Notfallmedizin – Praxis.

Änderungen für alle Seminare und Kurse bleiben vorbehalten.

Das Programm und weitere Informationen erhalten Sie unter www.bundesaerztekammer.de (Termine) oder bei Frau Del Bove unter Te. 030 400456-415, E-Mail: cme@baek.de

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Soghra Dias Rodrigues Da Cruz, tätig bei Prof. Dr. med. R. Bickeböller, Dr. med. M. Eishold und Prof. Dr. med. E. Gerharz, Frankfurt

Jenny Manns, tätig bei K. Leipold, Kalbach-Uttrichshausen

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

Sabine Petry, seit 25 Jahren tätig bei Dr. med. J. Herold, Wiesbaden, vormals in verschiedenen Praxen tätig

Sonja Schottroff, seit 13 Jahren tätig bei Dr. med. H. Scheele, Dr. med. S. Schraut und Dr. med. U. Reimold, Niedernhausen

Simone Schulze, seit 11 Jahren tätig bei W. Schmidt-Betschel, vormals Praxis Dr. med. Eckhardt, Bad Wildungen

Nicole Foest, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. K.-J. Menge, Roßdorf

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

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

Ulrike Zieske, tätig bei M. Rietzkow, vormals Praxis Dr. med. A. Rietzkow, Oestrich-Winkel

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

Heidrun Wissemann, seit 26 Jahren tätig bei W. Schmidt-Betschel, vormals Praxis Dr. med. Eckhardt, Bad Wildungen

Sabine Wesp, seit 30 Jahren tätig bei Dr. med. K.-J. Menge, Roßdorf

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

Wir gratulieren der Helferin zum **mehr als 10-jährigen Berufsjubiläum**

Regina Matura, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. G. Diestel und R. A. Depenbrock, vormals Praxis Dr. med. G. Diestel, Erzhausen

In Anerkennung Ihrer treuen Dienste wurde dieser Helferin eine Urkunde ausgehändigt.

Erratum

zu HÄBL 5/2012 „Delegiertenversammlung der LÄK Hessen“

In dem Beitrag über die Delegiertenversammlung, auf Seite 294, wurde ein Foto von Michael Andor versehentlich mit „Dr.“ Andor beschriftet. Wir bitten diesen Fehler zu entschuldigen.

Katja Möhrle

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis Nr. 060017375, ausgestellt am 25.6.2010 für dr. (MU Budapest) Helmut Binder, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060024040, ausgestellt am 13.1.2012 für Stephania Daradimos, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060024146, ausgestellt am 17.1.2012 für Sebastian Dettmer, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060011685, ausgestellt am 27.2.2009 für Dr. med. Peter Eberle, Kassel,

Arztausweis Nr. 060013923, ausgestellt am 1.9.2009 für Jamila Hassan, Wiesbaden,

Arztausweis Nr. 51059 der ÄK-Niedersachsen, ausgestellt am 27.5.2004 für Dr. med. Anja Hillebrand, Mainhausen,

Arztausweis Nr. HS/G/3855, ausgestellt am 14.2.2005 für Dr. med. Peter H. Kilian, Schmitten,

Arztausweis Nr. 060025481, ausgestellt am 4.4.2012 für Dr. med. Katharina Krause, Wiesbaden,

Arztausweis Nr. HS/D/5327, ausgestellt am 10.4.2008 für Dr. med. Susanne Leifheit, Darmstadt,

Arztausweis Nr. HS/F/9834, ausgestellt am 5.12.2000 für Dr. med. Robert Lienenlücke, Oberursel,

Arztausweis Nr. 060014075, ausgestellt am 15.9.2009 für Dr. med. Carmen Löhr, Homberg,

Arztausweis Nr. 060011763, ausgestellt am 5.3.2009 für Dr. med. Anja Maltzahn, Kassel,

Arztausweis Nr. 060021726, ausgestellt am 28.7.2011 für Dr. med. Anja Müller, Bottmingen, Schweiz,

Arztausweis Nr. HS/F/14961, ausgestellt am 28.3.2008 für Hannah Nuiding, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060014158, ausgestellt am: 21.9.2009 für Brigitte Sachs, Solms,

Arztausweis Nr. 060015494, ausgestellt am 25.1.2010 für Dr. med. Marc Schindewolf, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/12408, ausgestellt am 1.12.2004 für PD Dr. med. Dr. phil. nat. Achim Schmidtke, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060023906, ausgestellt am 10.1.2012 für Dr. med. Björn Steffen, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060024812, ausgestellt am 27.2.2012 für Dr. med. Anna Themann, Frankfurt,

Arztausweis Nr. 060012000, ausgestellt am 19.3.2009 für Natalija Zoric, Neu-Isenburg.

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

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

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

Alle Interessenten mit entsprechender Berufserfahrung können sich zur Abschlussprüfung anmelden. Die aktuellen Prüfungstermine können Sie unter den unten angegebenen Telefonnummern erfragen. Die Anmeldefristen liegen ca. drei Monate vor dem Prüfungstermin. Der schriftliche Antrag ist zu richten an: Landesärztekammer Hessen, Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt, Telefon: 069 97672-154/155. Der Anmeldung ist ein Lebenslauf und die Bescheinigung über das Vorliegen der besonderen Zulassungsvoraussetzungen beizufügen. Die Carl-Oelemann-Schule bietet auch Prüfungsvorbereitungskurse an.

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

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

Landesärztekammer Hessen
Abt. Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

Abschlussfeier der Bezirksärztekammer Wiesbaden für examinierte Medizinische Fachangestellte der Abschlussprüfung Winter 2012

In schönem Ambiente fand am 28. März 2012 die feierliche Zeugnisübergabe für die examinierten Medizinischen Fachangestellten der Abschlussprüfung Winter 2012 im Festsaal des Wiesbadener Rathauses statt. Eingeladen waren die Absolventinnen und deren ausbildende Ärztinnen und Ärzte, Berufsschullehrer der Louise-Schroeder-Schule Wiesbaden, der Adolf-Reichwein-Schule Limburg und der Saalburgschule Usingen, sowie Prüfungsausschussmitglieder, Familienangehörige und Freunde der erfolgreichen Absolventinnen.

Von den 49 Auszubildenden, die an der Winterprüfung 2012 teilgenommen haben, haben 36 die Prüfung erfolgreich bestanden, drei davon mit der Note „sehr gut“ im praktischen Teil.

Der Bürgermeister und Gesundheitsdezernent der Stadt Wiesbaden, Arno Goßmann, begrüßte die Gäste mit einer Festansprache und gratulierte den Absolventinnen zum bestandenen Examen. Goßmann machte ihnen Mut, mit viel Engagement und Freude bei ihrem Beruf zu bleiben. „Sie haben einen interessanten, vielseitigen und vor allem am Menschen orientierten Beruf gewählt“, sagte er und betonte, dass damit ein hohes Maß an Verantwortung und Fürsorgepflicht für die Patientinnen und Patienten verbunden sei. Goßmann ist sich jedoch sicher, dass die jungen Medizinischen Fachangestellten die dafür notwendigen Kompetenzen in ihrer Ausbildung vermittelt bekommen haben: „Sie können mit Ihrem Wissen, das Sie in der Ausbildung



Arno Goßmann, Bürgermeister und Gesundheitsdezernent der Stadt Wiesbaden



Dr. med. H. Christian Piper, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Wiesbaden

erlangt haben, zu einem harmonischen und reibungslosen Praxisablauf beitragen und vor allem Menschen helfen“.

Auch Dr. med. H. Christian Piper, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Wiesbaden, betonte in seiner Ansprache die wertvolle Arbeit der Medizinischen Fachangestellten in den Arztpraxen und die Anerkennung der Anforderungen in diesem Beruf und des Dienstes am Menschen: „Sie sollten in den Jahren der Ausbildungszeit gespürt haben, dass die Arbeit als Medizinische Fachangestellte Herausforderungen hat, deren persönliche und professionell geschulte Bewältigung hohe Befriedigung und auch Respekt verschafft. Ihr Beruf ist ein sozialer, ein fürsorgender und heute auch ein technisch sehr anspruchsvoller Beruf.“ Dr. Piper ermutigte die Absolventinnen, sich auch in ferner Zukunft dem Wachstumsmarkt Gesundheit zu widmen: „Ihr Beruf hat von seiner Vielseitigkeit und der steten Weiterentwicklung der Medizin, ihres Managements und ihrer wirtschaftlichen Herausforderungen eine große Zukunft!“

Eingerahmt wurde die Abschlussfeier mit unterhaltsamen Darbietungen der „Dilthey-Kaffeebohnen“, die das Publikum nicht wie gewohnt mit klassischer Musik sondern mit stimmungsvollen Seemannsliedern unterhielten.

Abschließend gab es die Möglichkeit zu Gesprächen im Foyer, um die Abschlussfeier bei einem kleinen Umtrunk ausklingen zu lassen.

Marianne Müller, Katja Kölsch
(alle Fotos: Silvia Conrad)



v.l.: OStR R. Sturm, die examinierten MFA's Fabienne Uthe und Anne Fechner sowie OStR K. Potthoff

Aufgrund des § 79 Abs. 4 i.V.m. § 54 BBiG vom 23. März 2005 (BGBl. I S. 931), zuletzt geändert durch Gesetz vom 20. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2854), und des § 24 Absatz 2 Nr. 4 der Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (Röntgenverordnung) vom 8. Januar 1987 (BGBl. I S. 114) in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. April 2003 (BGBl. I S. 604), die durch Artikel 2 der Verordnung vom 4. Oktober 2011 (BGBl. I S. 2000) geändert worden ist, i.V.m. der vom Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (BMU) herausgegebenen „Richtlinie Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin und Zahnmedizin vom 22. Dezember 2005“ i.V.m. § 11 Abs. 5 Nr. 1 der Verordnung über Zuständigkeiten auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes, der Sicherheitstechnik, der Produktsicherheit und des Medizinprodukte-rechts (Arbeitsschutzzuständigkeitsverordnung – ArbSchZV) vom 8. Juli 2003 (GVBl. I 2003, S. 206), zuletzt geändert am 15. Dezember 2009 (GVBl. I S. 747), hat die Landesärztekammer Hessen als zuständige Stelle nach § 24 Absatz 2 Nr. 4 der Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen die vom Berufsbildungsausschuss am 22. Februar 2012 beschlossene nachstehende Prüfungsordnung für den Lehrgang „Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß § 24 Absatz 2 Nr. 4 Röntgenverordnung“ durch die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 24. März 2012 erlassen:

Prüfungsordnung für den Lehrgang „Kenntnisse im Strahlenschutz“ gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 4 RÖV

§ 1 Prüfungsausschuss

- (1) Zur Abnahme der Prüfung im Rahmen der Lehrgänge zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz nach § 24 Absatz 2 Nr. 4 RÖV errichtet die Landesärztekammer Hessen einen Prüfungsausschuss.
- (2) Der Prüfungsausschuss besteht aus drei Mitgliedern und deren Stellvertreter. Die Mitglieder müssen für die Prüfungsgebiete fach- und sachkundig sowie für das Prüfungswesen geeignet sein. Die Mitglieder von Prüfungsausschüssen sind hinsichtlich der Beurteilung der Prüfungsleistungen unabhängig und nicht an Weisungen gebunden.
- (3) Dem Prüfungsausschuss gehören als Mitglieder in gleicher Zahl Ärzte/Ärztinnen als Beauftragte der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen und Medizinische Fachangestellte (Arztshelfer/Arztshelferinnen) als Beauftragter/Beauftragte der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen sowie mindestens eine Person, die als Lehrkraft im Fortbildungswesen tätig ist, an.
- (4) Die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder werden für eine einheitliche Periode, längstens für fünf Jahre von der Landesärztekammer Hessen berufen.
- (5) Werden Mitglieder nicht oder nicht in ausreichender Zahl innerhalb einer von der Landesärztekammer Hessen gesetzten angemessenen Frist vorgeschlagen, so beruft diese insoweit nach pflichtgemäßem Ermessen.
- (6) Die Tätigkeit im Prüfungsausschuss ist ehrenamtlich. Für bare Auslagen und für Zeitversäumnis ist, soweit eine Entschädigung nicht von anderer Stelle gewährt wird, eine angemessene Entschädigung zu zahlen, deren Höhe von der Landesärztekammer Hessen festgesetzt wird.

§ 2 Vorsitz, Beschlussfähigkeit, Abstimmung

- (1) Den Vorsitz übernimmt der Arzt/die Ärztin des Prüfungsausschusses oder deren direkte/r Vertreter/in.
- (2) Der Prüfungsausschuss ist beschlussfähig, wenn zwei Drittel der Mitglieder mitwirken. Er beschließt mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen.

§ 3 Geschäftsführung

- (1) Die Leitung der Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer Hessen regelt im Einvernehmen mit dem Prüfungsausschuss dessen Geschäftsführung, insbesondere Einladungen, Protokollführung und Durchführung der Beschlüsse.
- (2) Die Sitzungsprotokolle sind vom Protokollführer und vom Vorsitzenden zu unterzeichnen.

§ 4 Verschwiegenheit

Unbeschadet bestehender Informationspflichten, insbesondere gegenüber dem Berufsbildungsausschuss, haben die Mitglieder des Prüfungsausschusses und sonstige mit der Prüfung befassten Personen sowie ggf. zugelassene Gäste über alle Prüfungsvorgänge Verschwiegenheit gegenüber Dritten zu wahren. Ausnahmen bedürfen der Einwilligung der Landesärztekammer Hessen.

§ 5 Inhalt und Ziel der Prüfung

Inhalt und Ziel der Prüfung ergeben sich aus der Richtlinie Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin und Zahnmedizin in der jeweils gültigen Fassung.

§ 6 Anmeldung zur Prüfung

- (1) Die Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer Hessen legt die Prüfungstermine fest. Diese werden frühzeitig, spätestens einen Monat vor Ablauf der Anmeldefrist auf der Homepage veröffentlicht. Die Anmeldung zur Prüfung ist schriftlich der Carl-Oelemann-Schule innerhalb der von ihr bestimmten Fristen abzugeben.
- (2) Für die Teilnahme an der Prüfung wird eine von der Landesärztekammer Hessen festgesetzte Gebühr erhoben, die mit der Anmeldung zu entrichten ist.

§ 7 Zulassung zur Prüfung

Zur Prüfung/Teilprüfung ist zuzulassen, wer

- a) eine mit Erfolg vor einer Ärztekammer abgelegten Abschlussprüfung als Medizinische/r Fachangestellte/r, Arztshelfer/in oder einen erfolgreichen Abschluss in einer anerkannten Berufsausbildung in einem medizinischen Fachberuf nachweisen kann.
- b) mindestens 90 % Teilnahme am Lehrgang nachweist.

§ 8 Prüfverfahren und Wiederholungsprüfung

- (1) Die Prüfung findet in schriftlicher Form, im zeitlichen Umfang von 45 Minuten statt.
- (2) Der Prüfungsausschuss beschließt auf der Grundlage der Prüfungsanforderungen die Prüfungsaufgaben.
- (3) Die schriftliche Prüfung ist mit Ergebnis „bestanden“ oder „nicht bestanden“ zu bewerten. Die Prüfung ist als „bestanden“ zu bewerten, wenn 70 % der maximal möglichen Punktzahl erreicht wird.
- (4) Die Prüfung kann bei Nicht-Bestehen zweimal durch die erneute Teilnahme an der schriftlichen Prüfung wiederholt werden.
- (5) Wird die zweite Wiederholungsprüfung „nicht bestanden“, kann die Landesärztekammer Hessen auf Antragstellung des Prüfungsteilnehmers über die Durchführung einer mündlichen oder schriftlichen Prüfung entscheiden, verbunden mit der Einforderung eines zusätzlichen Nachweises der erneuten vollständigen oder anteiligen Teilnahme am Lehrgang.
- (6) Über den Verlauf der mündlichen Prüfung ist eine Niederschrift zu fertigen. Sie ist von den Mitgliedern des Prüfungsausschusses zu unterzeichnen.
- (7) Die Prüfungssprache ist Deutsch.

Landesärztekammer Hessen

- (8) Der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin hat sich auf Verlangen gegenüber der Prüfungsaufsicht oder des Prüfungsausschusses über seine/ihre Person auszuweisen. Er/Sie ist vor Beginn der Prüfung über den Prüfungsablauf, die zur Verfügung stehende Zeit, die erlaubten Arbeits- und Hilfsmittel, die Folgen von Täuschungshandlungen, Ordnungsverstöße, Rücktritt und Nichtteilnahme zu belehren.

§ 9 Prüfungsaufsicht und Bewertung

- (1) Die schriftliche Prüfung wird unter Aufsicht einer/s von der Leitung der Carl-Oelemann-Schule beauftragte/n und in der Landesärztekammer Hessen angestellten Mitarbeiter/in durchgeführt.
- (2) Die Auswertung der schriftlichen Prüfungsergebnisse erfolgt durch ein Mitglied des Prüfungsausschusses.
- (3) Die dritte Wiederholungsprüfung ist im schriftlichen Teil unter Aufsicht eines Mitgliedes des Prüfungsausschusses durchzuführen. Die mündliche Prüfung ist in Anwesenheit aller Mitglieder des Prüfungsausschusses oder deren Stellvertreter durchzuführen.
- (4) Auf Antrag ist dem Prüfungsteilnehmer Einsicht in seine Prüfungsunterlagen zu gewähren.
- (5) Die Prüfungsunterlagen werden zehn Jahre ab Durchführung der Prüfung aufbewahrt.

§ 10 Rücktritt, Nichtteilnahme

- (1) Der Prüfungsbewerber kann nach erfolgter Anmeldung rechtzeitig vor Beginn der Prüfung, bei schriftlicher Prüfung vor Bekanntgabe der Prüfungsaufgaben, durch schriftliche Erklärung zurücktreten. In diesem Fall gilt die Prüfung als nicht begonnen.
- (2) Erfolgt der Rücktritt nach Beginn der Prüfung oder nimmt der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin an der Prüfung nicht teil, ohne dass ein wichtiger Grund vorliegt, so wird die Prüfung mit „nicht bestanden“ bewertet.
- (3) Der wichtige Grund ist unverzüglich mitzuteilen und nachzuweisen. Im Krankheitsfall ist die Vorlage eines ärztlichen Attestes erforderlich. Die Entscheidung über das Vorliegen eines wichtigen Grundes trifft der Prüfungsausschuss.

§ 11 Täuschungshandlungen und Ordnungsverstöße

- (1) Wird während der Prüfung festgestellt, dass ein Prüfungsteilnehmer/eine Prüfungsteilnehmerin eine Täuschungshandlung begeht oder einen entsprechenden Verdacht hervorruft, ist der Sachverhalt von der Aufsichtsführung festzustellen und zu protokollieren. Der Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin setzt die Prüfung vorbehaltlich der Entscheidung des Prüfungsausschusses über die Täuschungshandlung fort.
- (2) Liegt eine Täuschungshandlung vor, wird die von der Täuschungshandlung betroffene Prüfungsleistung mit „nicht bestanden“ bewertet.
- (3) Behindert ein Prüfungsteilnehmer/eine Prüfungsteilnehmerin durch sein/ihr Verhalten die Prüfung so, dass die Prüfung nicht ordnungsgemäß durchgeführt werden kann, ist er/sie von der Teilnahme auszuschließen. Die Entscheidung hierüber kann von der Aufsichtsführung getroffen werden. Die endgültige Entscheidung über die Folgen für den Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin hat der Prüfungsausschuss unverzüglich zu treffen.

§ 12 Feststellung des Prüfungsergebnisses

- (1) Die Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer Hessen teilt dem Prüfungsteilnehmer/der Prüfungsteilnehmerin spätestens nach zwei Kalenderwochen nach dem Prüfungstermin das Prüfungsergebnis schriftlich mit.

- (2) Nach bestandener Prüfung wird eine Bescheinigung der Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß der Richtlinie Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin und Zahnmedizin in der jeweils gültigen Fassung durch die Carl-Oelemann-Schule ausgestellt.
- (3) Bei Teilnahme an der dritten Wiederholungsprüfung teilt der Prüfungsausschuss dem Prüfungsteilnehmer / der Prüfungsteilnehmerin unmittelbar nach Abschluss der Prüfung das Prüfungsergebnis schriftlich mit.
- (4) Die Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer Hessen teilt dem Prüfungsteilnehmer/der Prüfungsteilnehmerin bei nicht bestandener Prüfung spätestens zwei Kalenderwochen nach dem Prüfungstermin das Prüfungsergebnis durch einen schriftlichen Bescheid mit.
- (5) Wird innerhalb eines Jahres nach der Prüfung festgestellt, dass die Zulassung aufgrund von gefälschten Unterlagen oder falschen Angaben ausgesprochen wurde, gilt die Prüfung als nicht bestanden.

§ 13 Ausschluss der Öffentlichkeit

- (1) Die Prüfungen sind nicht öffentlich.
- (2) Vertreter und Vertreterinnen der obersten Landesbehörden, der Landesärztekammer Hessen sowie Mitglieder des Berufsbildungsausschusses der Landesärztekammer Hessen können anwesend sein.
- (3) Der Prüfungsausschuss kann im Einvernehmen mit der Landesärztekammer Hessen andere Personen als Gäste zulassen.
- (4) An der Beratung über das Prüfungsergebnis dürfen nur die Mitglieder des Prüfungsausschusses beteiligt sein.

§ 14 Rechtsbehelfsbelehrung

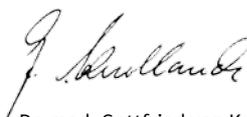
Maßnahmen und Entscheidungen der Prüfungsausschüsse sowie der Landesärztekammer Hessen sind bei ihrer schriftlichen Bekanntgabe an den Prüfungsbewerber/die Prüfungsbewerberin bzw. den Prüfungsteilnehmer/die Prüfungsteilnehmerin mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen. Diese richtet sich im Einzelnen nach der Verwaltungsgerichtsordnung und den dazu erlassenen Ausführungsbestimmungen des Landes Hessen.

§ 15 In-Kraft-Treten/Außer-Kraft-Treten, Übergangsvorschriften

- (1) Die Prüfungsordnung tritt am 1. Juli 2012 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Prüfungsordnung vom 5. Oktober 1988 (Häbl. 3/1989, S. 183) außer Kraft.
- (2) Die Amtszeit der am 30. Juni 2012 im Amt befindlichen Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder des Prüfungsausschusses endet mit Ablauf der sich aus § 2 Abs. 3 der bisherigen Prüfungsordnung ergebenden dreijährigen Amtszeit.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 24. März 2012 erlassene Prüfungsordnung für den Lehrgang „Kenntnisse im Strahlenschutz“ gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 4 RöV wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 9. Mai 2012



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

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

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

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Darmstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Darmstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Darmstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Darmstadt	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin
Darmstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Darmstadt	Radiologin/Radiologe (Hälftiger Versorgungsauftrag, Überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Dieburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
---------	---

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

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

Planungsbereich Odenwaldkreis

Michelstadt	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, mit Anstellung über 10 bis 20 Std. pro Woche)
-------------	--

Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

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

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Rödermark	Orthopädin/Orthopäde (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
-----------	---

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

Harheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Westend	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Bornheim	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Bornheim	Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Westend	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Berken-Enkheim	Urologin/Urologe
Nordend	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Main Taunus Kreis:

Kriftel	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
---------	---

Planungsbereich Hochtaunuskreis:

Kronberg	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin
Bad Homburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Offenbach

Innenstadt	Anästhesistin/Anästhesist (MVZ-Anteil)
Innenstadt	Frauenärztin/Frauenarzt
Innenstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Innenstadt	Orthopädin/Orthopäde

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Schöneck	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin / Internist – hausärztlich –
Steinau	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin / Internist – hausärztlich –
Hanau	Urologin/Urologe

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

Allendorf	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Gießen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Gießen	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Gießen	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Gießen	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

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

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

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

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Marburg	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Lahntal	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Biedenkopf	Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

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

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Nauheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Büdingen	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 Gießen, Bachweg 1, 35398 Gießen** zu senden.

Planungsbereich Landkreis Hersfeld-Rotenburg

Nentershausen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Philippsthal	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel	Urologin/Urologe (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
--------	--

Planungsbereich Landkreis Kassel

Baunatal	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Baunatal	Urologin/Urologe (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Immenhausen	Ärztin/Arzt für Kinder- und Jugendmedizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Bad Wildungen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Waldeck	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Waldeck	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

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

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

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotheapeutisch tätiger Arzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Wiesbaden	Frauenärztin/Frauenarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Wiesbaden	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Wiesbaden	Hautärztin/Hautarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

Rheingau-Taunus-Kreis	Frauenärztin/Frauenarzt
-----------------------	-------------------------

Planungsbereich Limburg-Weilburg

Limburg	Hautärztin/Hautarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
---------	---

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

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

Praxisvertreter/-innen

für Praxisvertretungen im Land Hessen.

Ärzte, die einen Vertreter benötigen und Ärzte, die selbst eine Vertretung übernehmen möchten, werden gebeten, sich an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt/M., Fon: 069 79502-604** zu wenden.

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

Durch die KV Hessen für ungültig erklärte Arztausweise/Stempel:

Bereitschaftsdienstausweis Nr. KSo285, ausgestellt am 27.6.2011, für Ursula Schulz, Gießen,

Bereitschaftsdienstausweis Nr. 006674, ausgestellt am 6.3.2006, für Brigitte Sachs, Solms,

Stempel Nummer 440029000, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Marburg (Elke Neuwohner, Marburg).