Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de



8 | **2012** August 2012 73. Jahrgang



• Themenheft Palliativmedizin

- Thesen und Aussichten zur Palliativversorgung in ländlichen Regionen
- Die Rolle von Pflegefachkräften in der Palliativversorgung
- Wirkt "hessisches" Palliative Care?
- Umsetzung der Patientenverfügung einer Wachkoma-Patienten durch ein Ambulantes Palliativteam
 - 1. Aus ärztlicher Sicht
 - 2. Aus pflegerischer Sicht
 - 3. Aus Sicht der Angehörigen
- Sterbehilfe und Sterbebegleitung
- Diabetes-Präventionsprojekt im Landkreis Hersfeld-Rotenburg
- 5. Hessischer Heilberufetag in Wiesbaden
- Herzgruppen in Hessen
- Vertragsärzte sind keine Beauftragten oder Amtsträger der Krankenkassen!

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, Biebertal 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:

Brühlsche 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

8 2012 • 73. Jahrgang

Hessisches Ärzteblatt



Editorial Lage der Palliativmedizin – Immer noch ein Thema?	500
Tischvorlage "Überblick zu den Fallgruppen der Sterbebegleitung und Sterbehilfe"	F0:
Zulässigkeit der Behandlung / Bestimmung des Patientenwillens	50: 502
Palliativmedizin Thesen und Aussichten zur Palliativversorgung in ländlichen Regionen Die Rolle von Pflegefachkräften in der Palliativversorgung Wirkt "hessisches" Palliative Care? Umsetzung der Patientenverfügung einer Wachkoma-Patientin durch ein Ambulantes Palliativteam 1. Aus ärztlicher Sicht 2. Aus pflegerischer Sicht 3. Aus Sicht der Angehörigen	503 504 506 509 510 511
Ethik in der Medizin Sterbehilfe und Sterbebegleitung	512
Fortbildung Informationen zu schwerwiegenden allergischen Reaktionen/Überempfindlichkeitsreaktionen bei der Verordnung von Adenuric® (Febuxostat) Sicherer Verordnen	516 517
Aktuelles 5. Hessischer Heilberufetag in Wiesbaden "Patient im Internet" Herzgruppen in Hessen Herausforderung Schiffsarzt Erstellung amtsärztlicher Gutachten durch die hessischen Gesundheitsämter PIP Brustimplantate – Chronik eines Skandals	518 520 523
·	537
Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim	527
Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim	533
Landesärztekammer Hessen Diabetes-Präventionsprojekt im Landkreis Hersfeld-Rotenburg	53!
Parlando dOCUMENTA (13)	539
Arzt- und Kassenarztrecht Vertragsärzte sind keine Beauftragten oder Amtsträger der Krankenkassen!	54:
Von hessischen Ärztinnen und Ärzten	543
Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	544
Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	55

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.

Lage der Palliativmedizin – Immer noch ein Thema?



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

Liebe Kolleginnen und Kollegen, der Schwerpunkt der vorliegenden Ausgabe unseres hessischen Ärzteblattes liegt bei der Palliativmedizin. Ist das denn immer noch ein Thema, mag mancher denken. Schließlich schwirren überall Begriffe wie SAPV (Spezialisierte ambulante Palliativ-

versorgung) oder im stationären Bereich OPS-Codes wie "8-982-Palliativmedizinische Komplexbehandlung" oder "8-98e ff-Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung" herum. Aber bedeutet dies auch tatsächlich, dass kranken Menschen, die einer palliativen Behandlung bedürfen – sei es im häuslichen Umfeld, im Krankenhaus oder am Ende des Wegs auch in einem Hospiz –, diese auch überall zuteil wird?

Leider nein, wenn auch in den vergangenen Jahren deutliche Fortschritte erzielt wurden. Nach Angaben des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbandes stieg die Zahl der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste von 451 im Jahr 1996 auf etwa 1.500 im Jahr 2011. Im gleichen Zeitraum wuchs die Zahl der stationären Hospize von 30 auf 195 und die Zahl der stationären Palliativstationen von 28 auf 231. Städtische Regionen sind zumeist besser versorgt. Auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin findet sich die Information, dass Hessen pro eine Million Einwohner über weniger als 28 Betten in Palliativstationen und stationären Hospizen verfügt. Experten schätzen den Bedarf pro eine Million Einwohner auf etwa 50 bis 100 Betten, so dass Hessen auch bei Annahme der niedrigsten Zahl noch einen erheblichen Nachholbedarf hat. Dank des großen Engagements aller Beteiligten ist die Versorgung mit SAPV in Hessen so gut wie flächendeckend. Auch die Weiterbildungsaktivitäten der hessischen Kolleginnen und Kollegen belegen diese Anstrengungen. So stieg die Zahl

derjenigen, die über die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin verfügen von 545 Anfang 2011 auf 681 Anfang 2012, eine Steigerung von 25 %! Zudem bietet die Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer seit 2006 die Fortbildung "Palliativmedizinische Versorgung durch die ärztliche Praxis" an. Die Qualifikation der Medizinischen Fachangestellten besteht in Abgrenzung zu den Angehörigen der Pflege- und Sozialberufe - schwerpunktmäßig in der begleitenden und beratenden Versorgung und der Organisation medizinischer Belange der Patienten und ihrer Angehörigen im Rahmen der ärztlichen Delegation. Dringend verbesserungsbedürftig hingegen ist die Vergütung dieser Leistungen, ganz zu schweigen von der Honorierung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung. 2011 forderte der 114. Deutsche Ärztetag auf Basis eines hessischen Antrags u.a. den Ausbau und die Vergütung der Delegation ärztlicher Leistungen durch unsere Medizinischen Fachangestellten sowie die Abschaffung der Regressbedrohung gegen besonders engagierte Ärzte.

Während die Weiterbildung gut vorankommt, weist die Ausbildung in Hessen deutliche Lücken auf. Noch immer gibt es an keiner der drei hessischen Universitätskliniken einen eigenständigen Lehrstuhl für Palliativmedizin, obwohl die Palliativmedizin im Jahr 2009 als Pflichtlehrund Prüfungsfach in die Approbationsordnung für Ärzte aufgenommen wurde. Zu den wesentlichen Aspekten des Curriculums gehören Symptomkontrolle, ethische Aspekte, kommunikative Kompetenz, reflektierte Haltung, die Arbeit im multiprofessionellen Team und in institutionellen Netzwerken. Bei der Ausstattung dieser Lehrstühle sollte den besonderen Anforderungen in der Pädiatrie und der Geriatrie Rechnung getragen werden. Dieser Forderung kommt eine besondere Bedeutung zu, denn derzeit werden in Deutschland, wie auch in den anderen europäischen Ländern überwiegend Patienten mit Tumorerkrankungen palliativmedizinisch betreut. Deren Anteil in deutschen Palliativstationen liegt bei etwa 90 %. Schätzungen gehen jedoch davon aus, dass vier von zehn palliativbedürftigen Patienten unter einer anderen als einer Tumorerkrankung leiden. Diese Patienten haben einen deutlich erschwerten Zugang zur Palliativversorgung. Gleiches gilt für sozioökonomisch Benachteiligte, die insbesondere von einer Versorgung zu Hause (hauswirtschaftliche und/oder zusätzliche pflegerische Hilfe) eher ausgeschlossen sind.

Erfreulich hingegen ist die vom Deutschen Bundestag am 28. Juni 2012 beschlossene Novellierung des Arzneimittelgesetzes. Das Betäubungsmittelgesetz wurde mit dem Ziel geändert, die Versorgung ambulanter Palliativpatienten zu verbessern. So heißt es darin: "Zur Deckung des nicht aufschiebbaren Betäubungsmittelbedarfs eines ambulant versorgten Palliativpatienten darf der Arzt diesem die hierfür erforderlichen Betäubungsmittel in Form von Fertigarzneimitteln überlassen, soweit und solange der Bedarf des Patienten durch eine Verschreibung nicht rechtzeitig gedeckt werden kann." Dabei darf die Höchstüberlassungsmenge den Dreitagesbedarf nicht überschreiten.

Bei all diesen Fortschritten und der Professionalität, die heute erfreulicherweise in der palliativmedizinischen Versorgung vorhanden ist, dürfen wir jedoch nicht vergessen, dass ehrenamtliches Engagement weiterhin unverzichtbar ist. Gegenseitige Wertschätzung und Achtung aller an der Versorgung beteiligten Gruppen, seien diese hauptberuflich oder ehrenamtlich tätig, Hausarzt oder Facharzt, Pflegekraft, Hospizbetreuer oder Seelsorger, sind eine conditio sine qua non bei dieser zutiefst humanen Aufgabe.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach Präsident

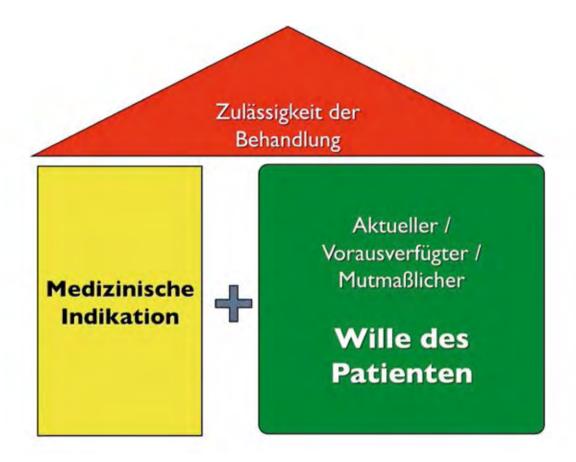
J. Smilland

Überblick zu den Fallgruppen der Sterbebegleitung und Sterbehilfe

Prof. Dr. jur. Torsten Verrel, Geschäftsführender Direktor des Kriminologischen Seminars der Rechts- und Staatswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bonn Dr. theol. Kurt W. Schmidt, Zentrum für Ethik in der Medizin am AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUS // Diakonisches Werk für Frankfurt im Ev. Regionalverband

Tischvorlage zum Beitrag "Sterbehilfe und Sterbebegleitung"

ng Tötung auf Verlangen Beihilfe zur nehilfe) (früher sog. "aktive" Selbsttötung Sterbehilfe)	er effek- Gezielte Tötung des Patienten Mitwirkung bei der Selbstfötung eim Sterauf dessen Wunsch durch einen eines Menschen, vor allem durch meidbare nicht seiner Heilung, der Symp- Beschaffung tödlich wirkender nsverkürtomkontrolle oder Behandlungs- Medikamente (vgl. Fall Hackene Atem- begrenzung dienenden Eingriff thal, Sterbehilfeorganisationen), (z.B. durch die bewusste Überaber auch durch die Nichtverdosierung von Medikamenten). hinderung eines Suizids oder das Unterlassen der Rettung eines Suizidenten.	e/Symp- Kurz: Vom Patienten gewünsch- Kurz: Ermöglichung, Förderung absichtig- te Tötung durch einen außerhalb oder Nichtverhinderung eines einer medizinischen Behandlung Suizids liegenden Eingriff	Strafbar Mutumaß- evorliegt einen medizinisch nicht indi- evorliegt zierten Eingriff töten, machen niderung Erfogt ein solcher Eingriff so- gar eigenmächtig, also ohne Ver- langen des Patienten, machen sie sich wegen Totschlag oder Mord nach § 212, 211 StGB strafbar! Mord nach § 212, 211 StGB strafbar! Mord nach § 212, 211 StGB strafbar! Mord der Sie zugen mächtig, also ohne Ver- langen der Patienten, machen sie sich wegen Totschlag oder Mord nach § 212, 211 StGB strafbar! Muster]Berufsordnung § 16: "Ärztinnen und Ärzte () dür- fen keine Hilfe zur Selbstfötung teisten."), jedoch derzeit sehr umstritten.
richer sog. "passive" Sterbehilfe) (früher sog. "passive" Sterbehilfe) (sog. indirekte Sterbehilfe)	Eine das Leben des Patienten erhaltende oder verlängernde Be- handlung wird von vornherein nicht durchgeführt oder eine lau- tende lebenserhaltende/-verlängernde Behandlung wird nicht beprozess hat als unvermeiblare fortgesetzt oder aktiv beendet (z.B. das "Abstellen" eines Beat- mungsgeräts, die Nichtfortsetzung einer Dialysebehandlung, die zung zur Folge (z.B. eine Atem- Einstellung einer künstlichen Ernährung). Ein anderes Therapie- depression).	Kurz: Schmerztherapie / Sympauch durch Beenden bereits bestehender Maßnahmen ter Lebensverkürzung	 Straflos, wenn folgendes zutrifft: der Mäsnahme ist medizinisch nicht (mehr) indiziert oder der entscheidungsfähige Patient verzichtet aktuell auf eine der entscheidungsfähige Patient verzichtet aktuell auf eine der entscheidungsfähige Patient verzichtet aktuell auf eine icher) Patientenwille vorliegt zieht seine bisher gegebene Zustimmung zurück oder es liegt eine wirksame (!) Patientenverfügung mit einem solchen Behandlungsverzicht/-veto vor oder der Behandlungsverzicht/-veto vor oder der Behandlungsverzicht entspricht dem mutmaßlichen Willen des Patienten Strafbar ist die vom Arzt / der Pflegekraft / dem Angehörigen vorder Behandlungsverzichten respektiert werden. Der (aktuelle / vorausverfügte / mutmaßliche) Wille des Patienten ben (aktuelle / vorausverfügte / mutmaßliche) Wille des Patienten ben (aktuelle / vorausverfügte / mutmaßliche) Wille des Patienten ben (aktuelle / vorausverfügte / mutmaßliche) Wille des Patienten ben (aktuelle / vorausverfügte / mutmaßliche) Wille des Patienten ben (aktuelle / vorausverfügte / mutmaßliche) Wille des Patienten ben (aktuelle / vorausverfügte / mutmaßliche) Wille des Patienten ben (aktuelle / vorausverfügte / mutmaßliche) Wille des Patienten ben (aktuelle / vorausverfügte / mutmaßliche) Wille des Patienten eitscheidet ein Betreuurgsrecht: Berreuungsrecht: B
Sterbebegleitung Behandlungsbegrenzun (sog. reine Sterbehilfe) (früher sog. "passive	Zu den elementarsten ärztlichen und pflegerischen Aufgaben gehalung wird von vornherein nich hört die Begleitung des Sterbenfen. Sie umfasst die Beschwerfortgesetzt oder aktiv beendet (z. Ben indernde Betreuung, das mungsgeräts, die Nichtfortsetzung Eingehen auf emotionale Not, Einstellung einer künstlichen Ernäh die Gewährung von Nähe und ziel, die Palliation, tritt jetzt in den Freiraum, Zeit für (non)verbale	Kurz: Basisversorgung ohne le- auch durch Beenden bei bensverkürzende Wirkung auch durch Beenden bei	Straflos 2ur Hilfe im Sterben ist der Arzt/ die Ärztin verpflichtet, auch wenn auf lebenserhaltende Maßnahmen verzichtet wurde. CAVE: CAVE: CHAVE:
	Beschreibung Zu un höu hör de de de de die Fir	b K	Juristische Beurteilung und ethische Aspekte Aspekte CAA Sicologian Sicol



Bestimmung des Patientenwillens

1. Der aktuell erklärte Wille des einwilligungsfähigen Patienten, der umfassend aufgeklärt wurde (informed consent)

Wenn dies nicht gegeben, dann



2. Der von einem Volljährigen vorausverfügte Wille, der durch eine schriftlich abgefasst Patientenverfügung erklärt wurde und auf die konkrete Situation anwendbar ist Wenn dies nicht gegeben, dann



3. Der mutmaßliche Wille, der aus früheren Äußerungen, allgemeinen Behandlungswünschen und den Wertvortellungen des Patienten ermittelt wurde Wenn dies nicht möglich war, dann



4. Entscheidung zum Wohl des Patienten, wobei der Lebensschutz großes Gewicht hat

Nach: Borasio G, Heßler H-J, Wiesing U. Patientenverfügungsgesetz: Umsetzung in die klinische Praxis. Dtsch Arztebl 2009; 106(40): A-1952

Thesen und Aussichten zur Palliativversorgung in ländlichen Regionen

Ulrike Mäthrich

Thesen

- Patienten/innen und ihre Nahestehenden haben am Lebensende prinzipiell die gleichen Bedürfnisse, d.h. unabhängig davon ob sie auf dem Lande oder in der Stadt wohnen.
- Stationäre und ambulante Palliativversorgung findet in drei Versorgungsstufen statt. Diese sind abhängig vom Bedarf des Patienten bzw. der Qualifikation der Leistungserbringer und werden in Basisversorgung, allgemeine (APV) und spezielle Palliativversorgung (SPV) unterschieden. 10 bis 15 Prozent der Sterbenden brauchen zumindest phasenweise eine spezialisierte Betreuung.
- 3. Die ständige Erreichbarkeit von qualifiziertem ärztlichen und pflegerischen Personal, die mit der individuellen Situation des Patienten und seiner Angehörigen vertraut sind, ist unabdingbare Voraussetzung für eine spezialisierte stationäre oder ambulante Palliativversorgung.
- Im ambulanten Bereich darf die Einsatzzeit zur Krisenintervention 45 (besser 30) Minuten nicht übersteigen.
- Multiprofessionelle Teams der Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) sind mehr als Pflege und Arzt! Die feste Integration von psychothe-

- rapeutischen, seelsorgerlichen und sozialen Angeboten gehören zum Selbstverständnis der SAPV ebenso die enge Zusammenarbeit mit den regionalen Hospizdiensten.
- 6. Zur Erlangung einer ausreichenden gemeinsamen Erfahrung, d.h. der Festlegung eigener Standards ist die Bildung fester Palliative-Care-Teams notwendig. Dies beinhaltet wöchentliche Teambesprechungen aller an der Versorgung beteiligten sowie gemeinsamen Supervision.
- Das tragfähige Team ist eine wesentliche Ressource für die Mitarbeitenden, um mit den besonderen Belastungen der permanenten Konfrontation mit hochemotionalen Krisensituationen umgehen zu können.
- 8. Auch in ländlichen Regionen (Beispiel Kreis Hersfeld-Rotenburg, Vogelsbergkreis) ist die Bildung und kostendeckende Finanzierung von Palliativteams die ausschließlich oder vorwiegend in der Palliativversorgung tätig sind, möglich und bewährt.
- Eine Versorgung mit für die Krisenintervention notwendigen Medikamenten durch Apotheken auch zur Unzeit ist auf dem Lande aktuell nicht gewährleistet, da z.B. Betäubungsmittel (BTM) zur Injektion in aller Regel nicht

- bevorratet und die diensthabenden Apotheken sehr weit entfernt sind.
- 10. Die spezialisierte stationäre Palliativversorgung weist noch erhebliche Lücken auf, wobei in den wohnortnahen Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung die Einrichtung von Palliativstationen (d.h. mindestens fünf Betten) nicht angemessen ist und daher andere Formen (z.B. integrierte Palliativzimmer, Palliativkonsildienst) gefunden werden müssen.

Aussichten

- Palliativversorgung wird in Stadt und Land integrale Säule des Gesundheitssystems.
- Alle Leistungserbringer aber auch Kostenträger erkennen die Differenzierung zwischen allgemeiner und spezialisierter Versorgung auch für Menschen in der letzten Lebensphase an.
- 3. Psychotherapeutische und künstlerische Therapieangebote sind integraler Bestandteil der stationären und ambulanten Palliativversorgung.
- Netzwerkbildung insbesondere in ländlichen Regionen führt auch dort zur Ausbildung eigenständiger Teams für die SAPV.
- 5. Auf regionaler Ebene werden entsprechend der Empfehlung der Deut-

- schen Gesellschaft für Palliativmedizin Absprachen getroffen, die durch niedergelassene Apotheken oder Klinikapotheken die Bereitstellung aller zur Krisenintervention notwendigen Medikamente garantieren.
- 6. Die Delegation ärztlicher Leistungen an Palliative-Care-Pflegekräfte z.B. in der Erfassung von Symptomen oder im Gespräch zur psychischen Unterstützung ist ein tragendes Element zur Sicherstellung der Palliativversorgung in dünn besiedelten Gebieten.
- Eine Kooperation zwischen den hessischen p\u00e4diatrischen Versorgungszentren und den regionalen Palliativteams (f\u00fcr Erwachsene) erm\u00f6glicht auch die

- ambulante Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen auf dem Lande.
- Die besonderen Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung müssen für Ärzte und Pflegedienste einen Niederschlag in der Vergütung finden. Sie setzen (im Gegensatz zur Basisversorgung) eine Qualifikation (z.B. 160 Stunden-Kurs) voraus.
- Bisher sind ca. 90 Prozent der Patienten in Einrichtungen der spezialisierten Palliativversorgung onkologische Patienten. In Zukunft wird der Bedarf für weitere internistische (COPD, Herzinsuffizienz, etc.) sowie neurologische Erkrankungen (MS, ALS, M. Parkinson) mehr Aufmerksamkeit brauchen.
- 10. Die Integration von palliativpflegerischem Denken und Handeln in den Einrichtungen der stationären Altenpflege vermindert Klinikeinweisungen am Lebensende bei gleichzeitiger Verbesserung der Versorgungsqualität durch Qualifikation der Pflegenden und Zusammenarbeit mit den Palliativteams vor Ort.

Anschrift der Verfasserin

Dr. med. Ulrike Mäthrich
Leiterin der Abt. für Palliativmedizin
Klinikum Bad Hersfeld
Seilerweg 29
36251 Bad Hersfeld
E-Mail: ulrike.maethrich@klinikum-hef.de

Die Rolle von Pflegefachkräften in der Palliativversorgung

Michaela Hach

Palliative Care beschreibt ein ganzheitliches Unterstützungs- und Behandlungskonzept für Patienten, die von einer voranschreitenden und nicht heilbaren, lebenslimitierenden Erkrankung betroffen sind. Die Linderung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychischen, sozialen und spirituellen Problemen besitzt hierbei höchste Priorität.

Palliativversorgung ist interdisziplinär und multiprofessionell in ihrem Ansatz und umfasst den Patienten, die Familie und deren Umfeld. Sie orientiert sich in erster Linie an den Bedürfnissen des Patienten, wo immer er oder sie betreut wird, sei es zu Hause, im Pflegeheim oder im Krankenhaus. Palliativversorgung bejaht das Leben und sieht das Sterben als normalen Prozess; weder beschleunigt noch verhindert sie den Tod. Sie strebt danach, die bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod zu erhalten [1].

Eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Palliativversorgung in diesem Sinne kann nur durch eine gute, über alle Sektorengrenzen hinweg geleistete Teamarbeit erreicht werden. Alle Beteiligten tragen die Verantwortung für den am Willen des schwerkranken Menschen ausgerichteten Versorgungsprozess gemeinsam. Palliative-Care-Teams unterstützen hierbei insbesondere das medizinisch-pflegerische Ziel der Lin-

derung von belastenden und komplexen Symptomen.

Pflegefachkräfte tragen in der Palliativversorgung in besonderer Weise Verantwortung. Eine wichtige Rolle fällt ihnen unter anderem in der Vermittlung von Informationen, der Beratung und Edukation, der Symptomkontrolle und Koordination zu.

Pflegefachkräfte verfügen durch ihre oft körpernahe Arbeit über einen anderen Zugang zum Patienten. Nicht selten können sie dadurch mehr als andere Berufsgruppen erfahren. Durch unauffällige Beobachtungen können sie so Veränderungen oder Besonderheiten zeitnah wahrnehmen, ge-

nießen Vertrauen "im Alltag" und verbessern dadurch nicht selten die Compliance von Patienten.

Sie sind auch den Angehörigen nahe und können sie stützen und stärken. Krankenbeobachtung, Behandlung, Durchführung von Delegationsleistungen, aber auch die Beratung, Anleitung und Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen sind elementare Aufgaben der Pflegefachkräfte.

Die Koordination zur Versorgungsergänzung und -vernetzung mit den jeweils re-

gional vorhandenen Versorgungs- und Betreuungsangeboten und damit die Stärkung des Versorgungsziels ist ebenfalls eine wichtige Aufgabe für Pflegefachkräfte (z.B. Case Management).

Eine große Verantwortung tragen Pflegefachkräfte in der Entwicklung eines angemessenen Pflegeprozesses. Pflegeprozesse der allgemeinen und speziellen kurativen Pflege können sich mit der der Palliativpflege überschneiden, fließend ineinander übergehen oder sich gar ergänzen.

Zur Versorgungs- und Unterstützungsstabilität sollten Anpassungen des Therapieund Hilfeplanes immer als Teamarbeit umgesetzt werden. Unterschiedliche Orientierungen und Meinungsäußerungen tragen zur Verwirrung des Patienten und seines häuslichen Settings bei und führen nicht selten zu unnötigen Krankenhausaufenthalten. In multiprofessionellen Teams und in einer interdisziplinären Versorgungsstruktur, die die Verantwortung für ihre Patienten und deren Angehörige gemeinsam trägt, offene Kommunikation pflegt und auch konstruktive Kritik zulässt, wächst die Qualität der Ergebnisse und somit auch eine an den Bedürfnissen des Patienten ausgerichtete Behandlung und Unterstützung.

Beispiele zur Veränderung von Versorgungszielen

	Kurativ	Palliativ + Begleit- erkrankung	Palliativ-Terminal
Dekubitus 3°	Abheilung	←→	 Orientierung an der vom Patienten definierten Lebensqualität Schmerzlinderung Exsudatmanagement Vermeidung von Infektionen Vermeidung von Körperbildstörung
Exsikkose	Infusion	+	 Orientierung an der vom Patienten definierten Lebensqualität Aufklärung über Vor- und Nachteile der Flüssigkeitsgabe Spezielle Mundpflege
Blutung	Kompression Krankenhaus- einweisung	\	 Orientierung an der vom Patienten definierten Lebensqualität Bereitstellen eines Notfallsets Information über und Anleitung zu Notfallmaßnahmen Blutstillende Maßnahmen Psychische Unterstützung
Kontraktur	Prophylaxe Mobilisation	←→	 Orientierung an der vom Patienten definierten Lebensqualität Art und Grad der Mobilisation und Lagerung wird vom Patienten bestimmt Schmerzlinderung

Literatur

[1] European Association for Palliative Care. Definition of Palliative Care, 1998; Im Internet: http://www.eapcnet.org/about/definition.html; Stand: 2.8.2011

Die verwandten Begriffe beinhalten sowohl eine weibliche als auch männliiche Form

Anschrift der Verfasserin

Michaela Hach Pflegerische Leitung Palliative Care Team Leuchtturm Sudetenstraße 3 64521 Groß-Gerau E-Mail: kontakt@michaela-hach.de

Wirkt "hessisches" Palliative Care?

Zur Diskussion um Erfolgsparameter guter Palliativversorgung

Bernd Oliver Maier

Mit der Einführung und Verfügbarkeit eines differenzierten, abgestuften palliativmedizinischen Versorgungsangebotes stellt sich die Frage nach der Effektivität der einzelnen Maßnahmen und Angebote. Gerade die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) hat hier eine beträchtliche Diskussion in Gang gesetzt, da im deutschlandweiten Vergleich sehr unterschiedliche inhaltliche Konzepte und auch Finanzierungsmodelle unter diesem Begriff verstanden und umgesetzt werden. In Hessen gibt es einen landesweit gültigen SAPV-Mustervertrag, der zumindest innerhalb des Bundeslandes erlaubt ein weitestgehend einheitliches Strukturkonzept für die SAPV-Erbringung vorauszusetzen, so dass eine gewisse Vergleichbarkeit gegeben ist. Aber auch wenn sich die prinzipielle Diskussion an der Einführung der SAPV entzündet hat, gilt es doch festzuhalten, dass im stationären Sektor, also im Krankenhausbereich, inhaltlich dieselbe Diskussion geführt wird.

Durch die Abgrenzung bzw. das Zusammenspiel mit Protagonisten der bisherigen palliativen Grundversorgung wird oft die Frage nach der Angemessenheit der jeweiligen Versorgungsstufe diskutiert, dabei auch zunehmend vor einem berufspolitisch motivierten Hintergrund. Besonders im Fokus ist dabei immer wieder der Übergang von "allgemeiner" zur "spezialisierten Palliativversorgung". Wann brauchen Patienten welche Form was macht den Unterschied denn tatsächlich aus?

Wer braucht "allgemeine" und wer "spezialisierte" Palliativversorgung?

Um bei dieser Frage nicht in ideologischberufspolitischen aufgeladenen Positionen hängen zu bleiben, lohnt sich dazu vielleicht einmal der Blick über die Grenzen, mit der Frage was ist gesichert bzgl. Wirkung der unterschiedlichen Ebenen.

Bereits 2004 hatte das WHO Regional-Büro-Europa in den Publikationen "Better palliative care for older people" und "The solid facts" die Gründe für einen weiteren Ausbau der Palliativversorgung auf allen unterschiedlichen Ebenen, also sowohl der palliativen Grundversorgung als auch der Versorgungsmöglichkeiten durch Spezialisten begründet. Wesentliche Argumente sind in der demographischen Entwicklung, der Lebensumstände (erwartete Zunahme Alleinstehender) sowie in der prognostizierten epidemiologischen Entwicklung von Krankheitsentitäten zu sehen, die einen Bedarf an palliativer Betreuung erwarten lassen.

In dem europäischen PRISMA Projekt (Reflecting the positive diversities of European Priorities for research and End of life care), dass im Rahmen der EU-Förderung des siebten Rahmenprogrammes internationale Trends und Forschungsstrategien untersucht und dessen Bericht 2011 vorgelegt wurde, wird dargelegt, dass eine Erfassung validierter patientenorientierter Parameter zwingende Voraussetzung für die Beurteilung der inhaltlichen Wirksamkeit eines Palliativprogrammes ist. Die internationalen Experten sehen darin die Grundlage Palliativprogramme bzgl. ihrer Strukturgualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität beschreibbar und damit vergleichbar zu machen.

In dem Bericht werden entsprechende Instrumente vorgestellt und deren Nutzen und Benutzung erläutert. In den 2009

englisch und 2011 auch deutsch publizierten White Paper on Standards and Norms on hospice and palliative care in Europe Part 1 and Part 2 wird die Definition der unterschiedlichen Angebote präzise konkretisiert und in den Zusammenhang der Bedarfe und Bedürfnisse der Patienten und Gesundheitssysteme gestellt.

Wie lässt sich palliativmedizinische Effektivität messen?

Eine wesentliche Voraussetzung ist die patientenorientierte Erfassung und Beschreibung der tatsächlichen Problemlage. Hierbei müssen die unterschiedlichen Dimensionen der Palliativbetreuung – also medizinisch körperliche, palliativpflegerische und psychosozial – spirituelle Themen beschreibbar erfasst werden, unabhängig von der zugrunde liegenden Versorgungsintensität des palliativmedizinischen Unterstützungsangebotes.

Erst die saubere diagnostische Erfassung des palliativen Handlungsbedarfes erlaubt im zweiten Schritt die Zuordnung zu einem angemessen Angebot. In der Praxis erleben wir hier allerdings eine Vielzahl oft eher intuitiver methodischer Ansätze: eine Systematik im Sinne einer umfassenden Analyse der Ausgangsituation und klaren Formulierung von Therapiezielen – die unbedingte Voraussetzung für die Überprüfbarkeit von Therapieerfolg ist – bleibt in der aktuellen Zuweisungspraxis zu palliativen Versorgungsangeboten eher die Ausnahme.

Im stationären Bereich gibt es das "Palliativmedizinische Basisassessment", das als eigenständiges Mindestmerkmal im Rahmen des Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS) Operationalisierung für die palliativmedizinische Komplexbehandlung eine derartige Analyse vorsieht, aber hier gilt wie im ambulanten Sektor: Nicht der Zuweisende aus der Ebene der Allgemeinen Palliativversorgung nimmt die Analyse vor, sondern erst der Spezialist ist angehalten, das zu tun, um seinen Einsatz zu legitimieren.

Dabei macht es aus inhaltlicher Sicht viel mehr Sinn, diese diagnostische Erfassung mit über alle Sektoren- und Spezialisierungsbarrieren kommunizierbaren Ergebnissen, also auf Basis anerkannter Erfassungsinstrumente erhobener Befunde, ganz an den Anfang der Palliativversorgung zu stellen. Wichtig ist dabei, dass alle Dimensionen der Palliativbetreuung berücksichtigt sein müssen. Die Beschränkung auf einzelne Aspekte oder Dimensionen hat nämlich nichts mit der Zuordnung zu einer Versorgungsebene allgemein oder spezialisiert zu tun, sondern stellt den palliativen Ansatz als solchen in Frage. Eine Palliativversorgung die z.B. nur somatische Aspekte berücksichtigt ist Symptomatologie und nicht Palliative Care.

Nach der Diagnose folgt die Zuordnung zu einer angemessenen und zweckmäßigen Therapie, also Leistung, also auch leistungserbringenden Struktur. Das bestehende Leistungsspektrum ist durch die Ebenen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung charakterisiert unabhängig ob im Krankenhaus oder ambulant erbracht. Die Strukturen der spezialisierten Versorgungsebene zeichnen sich dabei vor allem durch eine 24-stündige, auch notfällig verfügbare Expertenkompetenz und hauptamtlich überwiegende oder ausschließliche Beschäftigung in der Palliativbetreuung aus. Das heißt, das oft auch bei Vorliegen einer persönlichen Qualifikation eines einzelnen Arztes oder

einer einzelnen Pflegekraft, diese Strukturkriterien einer umfänglich spezialisierten Versorgung tatsächlich nicht erfüllbar sind, wenn diese Qualifikation nicht in einen kontinuierlichen Teamansatz, wie er z.B. in SAPV gelebt wird, integriert sind oder in einer Palliativstation im Krankenhaus aufgehen. Auf dieser Ebene spielen also die Standards und Normen eine wichtige Rolle, um eine Strukturqualität bei einem Angebot voraussetzen zu können.

Erfolgsparameter palliativer Versorgung

Zu allererst steht hier natürlich das Befinden des Betroffenen selbst – und das in allen für die Palliativversorgung relevanten Dimensionen. Das beinhaltet die oft auch in der Routine vernachlässigten palliativpflegerischen und psycho-sozial/spirituellen Themen sowie die Indikatoren für kontinuierliche prozesshafte Beziehungsaspekte mit den Betroffenen.

Als weitere wesentliche Erfolgsparameter werden das Versterben am präferierten Ort, die Aggressivität medizinischer Maßnahmen in den letzten Lebenswochen, die Zahl der (unerwünschten, nicht sinnvollen) Krankenhauseinweisungen, die Inan-

spruchnahme von Rettungsmedizin und viele weitere deskriptive Faktoren genannt: diese Surrogatmarker eines populationsbasierten Ansatzes differenzieren die Inanspruchnahme als angemessen deklarierter Maßnahmen gegenüber unangemessenen als Erfolg. Wichtig ist zu betonen, dass Einzelfaktoren nicht in der Lage sind hier ein differenziertes Bild zu zeichnen, da die Komplexität der Zusammenhänge und der individuell verfügbaren Ressourcen sowie die individuellen Lebensplanungen jeden einzelnen der Faktoren limitieren.

So gibt es in der internationalen Literatur Daten zum präferierten Sterbeort, die zeigen, dass die Beantwortung der Frage selbst sehr wesentlich von der Semantik der Fragestellung abhängt. Und offen bleibt in vielen Studien deshalb auch, wofür "Präferenz" steht: ein als realistisch angesehenes Vorausplanungskonzept steht oder eher ein hypothetischer Wunsch. Das soll illustrieren, das die schnell in der politischen Diskussion eingeworfenen Einzelargumente und Ergebnisse zwar einzelne Puzzlestücke eines komplexen Bildes sind, aber nie für sich genommen kritiklos als Beweis für oder gegen eine wirkungsvolle Palliativmedizin sein können.

Wo steht Hessen in der Entwicklung?

Wenn man all das nun auf die hessische Palliativlandschaft überträgt, gilt es festzuhalten, dass wir auf einem guten Weg sind. Es gibt viel Hinweise, dass das bestehende System abgestufter Palliativversorgung wie es in Hessen umgesetzt ist mit hausärztlicher bzw. klinischer Basisversorgung, SAPV, hospizlicher Versorgung und spezialisierten Palliativstationen Wirkung zeigt – obwohl es noch keine eingeübte und reibungslose Vernetzung der Ebenen gibt. Was schmerzlich fehlt ist die verbindliche Definition des Leistungsspektrums, der Strukturgualität und der Finanzierung der Ebene der allgemeinen ambulante Palliativversorgung (AAPV). Diese Definition ist dringend notwendig, um die Übergänge von einer Versorgungsebene in die nächste klarer strukturieren zu können und die geforderten Aspekte der "bedarfsgerechten" und "zweckmäßigen" Palliativversorgung ernsthaft würdigen zu können.

Die Zahlen der SAPV-Versorgungen sind erfreulich, die Zahl derer die zu Hause ver-

bleiben können mit Unterstützung durch spezialisierte Teams ist beeindruckend hoch – und doch helfen uns diese Trends noch nicht ausreichend zu verstehen, was im Einzelfall geschieht.

Wünschenswert ist hier die konsequente Weiterführung des Vergleichbarkeit erlaubenden einheitlichen hessischen Versorgungsweges in ein wissenschaftliches Begleitprogramm, dass dann hilft die ietzt notwendige Detailschärfe in die Frage der Wirksamkeit und damit auch Struktur- und Versorgungsplanung zu bekommen und zwar sowohl in einem individuell patientenorientierten als auch in einem populationsbasierten Ansatz. Solange diese Daten aber nicht vorliegen, bleibt nur in konstruktivem und intensivem Dialog der jeweils kooperierenden Partner im Krankenhaus und im ambulanten Bereich - möglichst unabhängig von berufspolitisch geprägtem Lobbyismus – die Interessen der Betroffenen systematisch in den Mittelpunkt eines gemeinsamen Lernprozesses zu stellen.

Literatur

Radbruch et al: White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 and part 2

Recommendations from the European Association for Palliative Care, 2009 Available as download on www.eapc.net

Bausewein C, Daveson B, Benalia H, Simon ST, Higginson IJ et al: Outcome Measurement in Palliative Care The Essentials; 2010 available as download: http://www.csi.kcl.ac.uk/files/Guidance% 200n%20Outcome%20Measurement%20in% 20Palliative%20Care.pdf

Hearns E, Higginson IJ: PALLIATIVE CARE FOR OL-DER PEOPLE: BETTER PRACTICES 2004 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_ file/0017/143153/e95052.pdf

Davies E, Higginson IJ et al: Palliative Care: The solid facts; 2004 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf

Alle Publikationen auch zum Download auf www. dgpalliativmedizin.de – dort auch in deutscher Übersetzung

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Bernd Oliver Maier MSc Abteilungsleiter Palliativmedizin HSK, Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH Ludwig Erhard Str. 100, 65199 Wiesbaden E-Mail:

Bernd-Oliver.Maier@hsk-wiesbaden.de

Fortschritt bei der Versorgung ambulanter Palliativpatienten

Mit der am 12. Juni 2012 in Kraft getretenen vierten Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) ist ein entscheidender Fortschritt bei der Versorgung von Palliativpatienten verbunden. So müssen Apotheken künftig Betäubungsmittel immer vorrätig halten oder Betäubungsmittel – Opioide in transderund in transmucosaler Darreichungsform – zumindest kurzfristig beschaffen können. Während das Dispensierrecht weiterhin nur Apothekern vorbehalten ist, sollen Ärzte ambulanten Palliativpatienten bestimmte Betäubungsmittel im Notfall überlassen dürfen, um den dringenden, kurzfristigen Betäubungsmittelbedarf der Patienten rechtzeitig zu decken. Diese Neuregelung soll künftig über das Arzneimittelgesetz auch im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) verankert werden.

Eine gemeinsame Initiative von Deutscher PalliativStiftung mit Hessischem Sozialministerium, Landesapothekerkammer Hessen und Landesärztekammer Hessen ging einen Schritt weiter. Damit die Versorgung von

Palliativpatienten durch Apotheken optimiert wird, vereinbarte man vertraglich eine Positivliste wichtiger Medikamente, die alle hessischen Apotheken vorhalten sollen.

Schon lange war das bisher geltende BtMG von der Deutschen Palliativstiftung kritisiert worden, da es den Arzt vor das Dilemma stellt, in Notfällen außerhalb der Apothekenöffnungszeiten entweder gegen das BtMG zu verstoßen oder sich wegen Körperverletzung strafbar zu machen. Aus diesem Grund hatte Thomas Sitte, Vorsitzender der Deutschen Palliativstiftung, in einer Petition an den Bundestag eine Änderung des BtMG gefordert. Die von allen Beteiligten gewünschte Überlassung von Betäubungsmitteln im Notfall zur so genannten Unzeit dürfe keinen Straftatbestand mehr darstellen. Nachdem das Bundeskabinett den Forderungen entsprochen hat, muss nun nur noch der Bundesrat zustimmen.

möh

Umsetzung der Patientenverfügung einer Wachkoma-Patientin durch ein Ambulantes Palliativteam

1. Aus ärztlicher Sicht

Einführung

Der folgende Beitrag ist Ausdruck unserer multiprofessionellen Teamarbeit in der Palliativversorgung. Das Besondere ist, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus drei Berufsgruppen daran mitgearbeitet haben: eine Ärztin, zwei Palliativfachpflegende und ein Psychologe.

Wir wollen die unterschiedlichen Perspektiven aufzeigen, die uns bei der Patienten- und Angehörigenbetreuung hilfreich und wichtig sind. Dadurch, dass wir nicht nur parallel, sondern gemeinsam arbeiten, fügen sich einzelne Puzzlestücke zu einem facettenreichen Bild zusammen. So können wir unserem Anspruch und Wunsch. Patientinnen und Patienten sowohl in physischer wie psychischer, in sozialer und spiritueller Hinsicht wahrzunehmen und zu unterstützen, eher umsetzten. Für die einzelnen Teammitglieder ist multiprofessionelle Teamarbeit eine Entlastung und ermöglicht, schwierige und belastende Betreuung gemeinsam zu tragen.

Ich erhielt den Anruf eines befreundeten Palliativarztes: "Könnt Ihr die Begleitung für Patientin Z. übernehmen?".

Er begann zu erzählen von einer jungen Frau, die mit 20 Jahren, nach einem status asthmatikus reanimiert worden war und seit 16 Jahren im Zustand des coma vigile sei. Da sie bereits seit ihrer Kindheit unter schweren Asthma-Anfällen litt, die z.T. auch lebensbedrohlich waren, habe sie mit 19 Jahren eine Patientenverfügung geschrieben. Sie schrieb sie während eines Krankenhausaufenthaltes auf ein Blatt Papier, das sie zur Hand hatte. Die Patientin hatte darin niedergeschrieben, dass

sie keine lebenserhaltenden Maßnahmen möchte, falls sie länger als einige Tage ins Koma fallen sollte.

Die Mutter, als gesetzliche Betreuerin, bat darum, die Patientenverfügung endlich umzusetzten. Denn die Patientin wurde seit 16 Jahren über eine PEG-Sonde ernährt.



Alle an einem Tisch: Patient, Angehörige, Fachpflegerin und Psychologe. Das Bild ist Teil des Wanderausstellungsprojekts "Palliativversorgung aus Patientinnensicht". Foto: Peter Steudtner © panphotos.org

Die Eltern von Frau Z. hatten wenige Wochen nach der Reanimation der Legung einer PEG-Sonde zugestimmt, da sie noch voller Hoffnung auf Besserung der Situation waren und die behandelnden Ärzte die PEG für "notwendig" hielten. "Sie können Ihre Tochter doch nicht verhungern lassen!".

Bei einem späteren Klinikaufenthalt wagten die Eltern noch einmal, die Patientenverfügung anzusprechen. Der behandelnde Professor einer Universitätsklinik bestätigte, dass es möglich sei, die künstliche Ernährung zu beenden – aber: "Bitte haben Sie Verständnis dafür – nicht bei uns!".

Die Eltern von Frau Z. schöpften Hoffnung, als sie von dem "Fall Putz" in den Medien hörten. Rechtsanwalt Putz aus München hatte Angehörigen geholfen, eine Patientenverfügung umzusetzen.

Aber das Pflegeheim, in dem Frau Z. betreut wurde, hatte trotz der aktuellen Rechtslage, eine Umsetzung der Patientenverfügung kategorisch abgelehnt.

Und nun die Umsetzung bei uns, in der Begleitung unseres Palliativteams?

Ich besprach die Anfrage des Kollegen in unserem Team. Eine große Betroffenheit war da, angesichts des Schicksals der Patientin und ihrer Eltern. Gleichzeitig gab es den Wunsch, der Patientin und ihren Angehörigen zur Umsetzung der Patientenverfügung zu helfen.

Zunächst fand ein Vorgespräch mit den Eltern statt, bei dem wir die Patientenverfügung von Frau Z. und ihre Vorbefunde erhielten. Die Patientenverfügung war auch nach juristischer Prüfung, die die Eltern veranlasst hatten, eindeutig. Die Patientin wurde gegen ihren Willen über die PEG ernährt.

Die Patientin hatte sowohl in früheren Gesprächen als auch in der schriftlichen Äußerung auf dem Blatt Papier deutlich gemacht, dass sie sich der Schwere ihrer Erkrankung bewusst war, dass sie im Falle eines Komas keine künstliche Lebensverlängerung wünsche.

Haben wir Ärztinnen und Ärzte ein Recht, eine solche Verfügung nicht umzusetzen, weil die Patientin noch sehr jung war? Für mich macht es die Entscheidung emotional belastender, aber ich hatte keinen Zweifel, dass diese junge Frau wusste, um was es geht.

Immer wieder höre ich von Kolleginnen und Kollegen den Einwand: Kann es nicht sein, dass die Patientin ihre Meinung ändern würde, wenn die antizipierte Situation tatsächlich eingetreten ist? Das kann ich natürlich nie mit letzter Sicherheit ausschließen.

Damit befinden wir uns im Bereich der Spekulation. "Mit einer Patientenverfügung nimmt die Patientin das Risiko auf sich, dass ihr Sterben gegen ihre womöglich geänderte Willensbildung zugelassen wird", erklärt Rechtsanwalt Putz.

Ich kann nie sicher sein, auch eine falsche Entscheidung zu fällen. Dies gilt aber und gerade auch für den Fall, dass ich die PEG-Ernährung fortsetzte, ohne den Patientenwillen zu kennen.

Je umfangreicher und diffiziler die Behandlungsmöglichkeiten durch die moderne Medizin werden, um so wichtiger erscheint es mir, immer wieder darüber nachzudenken, ob und wann wir begonnene Therapien beenden. Das bedeutet für mich, dass ich die Bereitschaft und den Mut haben muss, Verantwortung im Sinne der Patientin zu übernehmen – auch ohne letzte ethische Sicherheit.

Im Team haben wir überlegt, ob jedes Teammitglied die Betreuung bejaht und mittragen kann. Innerhalb der Dienstbereitschaft 24 Stunden/sieben Tage die Woche muss jede/r eine solche Entscheidung mittragen können, ansonsten ist eine Betreuung nicht möglich.

Wir haben die Betreuung gemeinsam übernommen.

Wir haben die Ernährung und Flüssigkeitsgabe über PEG beendet. Wir haben zu einer intensiven Mundpflege angeleitet, damit die Mundschleimhaut nicht austrocknet. Wir haben eine analgetische Grundabdeckung vorgenommen und anhand der

vegetativen Parameter überprüft, dass die Patientin keine Schmerzen hat. Die Eltern wurden von einem engagierten Pflegedienst und ehrenamtlichen Hospizmitarbeiterinnen unterstützt. Nach sieben Tagen ist die Patientin verstorben.

War die Entscheidung, die PEG-Ernährung und Flüssigkeitsgabe einzustellen, richtig? Die Entscheidung war richtig, weil gar keine andere getroffen werden konnte! Wir haben den eindeutig geäußerten Willen der Patientin umgesetzt – bestätigt Rechtsanwalt Putz.

Anschrift der Verfasserin

Dr. med. Elisabeth Lohmann Ärztin für Allgemeinmedizin, Psychotherapie, Palliativmedizin 61169 Friedberg (Anschrift ist der Redaktion bekannt) E-Mail: dr.elisabeth-lohmann@t-online.de

Umsetzung der Patientenverfügung einer Wachkoma-Patientin durch ein Ambulantes Palliativteam

2. Aus pflegerischer Sicht

Der erste Besuch bei Frau Z. bleibt in Erinnerung mit einem Blick auf Frau Z. im Bett liegend und dazu der Blick auf zwei Fotos auf der Fensterbank, die sie kurz vor dem alles verändernden Asthma-Anfall zeigen: eine junge, bildhübsche Frau, phantastisch lange dunkle Locken, ein wunderschönes Lächeln.

Von den Angehörigen wird sie beschrieben als sehr zielstrebig, lebensfroh, "dickköpfig" und tierlieb.

Jetzt liegt Frau Z. bewegungslos mit starrem Blick gegen die Decke im Bett. Die Locken sind ergraut. Sie atmet ruhig durch die Trachealkanüle. Auf Ansprache und Berührung reagiert sie nicht. Sie wirkt sehr gut gepflegt.

Heute ist Frau Z. seit vielen Jahren erstmals wieder zuhause. Die Situation vor Ort ist ruhig und entspannt. Der Pflegedienst kommt mehrmals täglich. Pflegeund Hilfsmittel sind ausreichend vorhanden. Es gibt ein Netzwerk aus vielen Begleitern.

Getragen von den Angehörigen, dem Hausarzt, dem Pflegedienst, dem Hospizdienst und unserem Palliativteam, fühlt es sich gut an, dass die vor Jahren niedergeschriebene Patientenverfügung endlich Umsetzung findet.

Diese Patientenverfügung schrieb Frau Z. als 19-jährige während eines Krankenhaus-Aufenthaltes nach einem akutem Asthma-Anfall mit Todesangst. Und in eben dieser Angst griff sie nach einem Blatt Papier, einem Stift und verfasste die Verfügung. Was uns besonders beeindruckte war, dass sie ihren Angehörigen schrieb: "...UND VERGESST NICHT ZU LEBEN".

Anschrift der Verfasserinnen

Annett Fiech, Palliativpflegefachkraft Heike Hoheisel, Palliativpflegefachkraft 61169 Friedberg (Anschrift ist der Redaktion bekannt)

3. Aus Sicht der Angehörigen

"Die Angst der Behandler hat alles geblockt"

Die Geschichte von Familie Z. spiegelt ein Stück der Geschichte des Umgangs mit Patientenverfügungen wider: Für die Eltern von Frau Z. hatte die Patientenverfügung von Anfang an den Stellenwert eines Testaments, also einer verbindlichen Willensäußerung. Diesen Stellenwert hat die Patientenverfügung ihrer Tochter in den ganzen 16 Jahren auch nie verloren. Was die konsequente Umsetzung einer Patientenverfügung durch die medizinischen Behandler anbelangt, hat sich allerdings auch 16 Jahre lang kaum etwas verändert die Patientenverfügung wurde entweder in Frage gestellt, oder sie wurde zwar als gültig anerkannt, aber Zeitpunkt oder Art und Weise ihrer Umsetzung wurden eingeschränkt.

So wurde in Bezug auf Frau Z. bereits vor über zehn Jahren beschlossen, dass im Falle einer lebensbedrohlichen Zweiterkrankung keine Reanimation vorgenommen werden solle, das Absetzen *aller* lebenserhaltenden Maßnahmen (also auch der Ernährung) kam für die Behandler aber nicht in Frage. Die Eltern von Frau Z. fühlten sich allein gelassen mit ihrem Wunsch, dem Willen ihrer Tochter Geltung zu verschaffen. "Es ist doch verrückt, dass man dann auf einen Notfall hoffen muss".

Sie fühlten sich unter Druck gesetzt ("Sie wollen ihre Tochter doch nicht verhungern lassen") und vermissten die Möglichkeit, das Thema Sterben-lassen überhaupt mit den behandelnden Ärzten oder Heimleitungen besprechen zu können. "Wir kamen uns vor wie jemand, der jemanden umbringen will", erinnern sie sich.

"Recht zu haben und Recht zu bekommen ist zweierlei"

Zwar wussten sie um die Möglichkeit, mittels einer gerichtlichen Entscheidung dem

Willen ihrer Tochter Geltung verschaffen zu können, aber was hätte ein Gerichtsentscheid genutzt, der dann zu einem Vertrauensverlust mit den Behandlern geführt hätte? Wie hätte ihre Tochter dann in einer friedlichen Atmosphäre sterben können? Es bestand also eine gewisse Abhängigkeit von den Behandlern. Außerdem hätte ein solcher Schritt bedeutet, als Präzedenzfall in der Öffentlichkeit diskutiert zu werden, was beide Eltern nicht wollten. So blieb jahrelang alles unverändert, die Eltern besuchten ihre Tochter zwar regelmäßig im Heim, litten aber an dem inneren Konflikt, dass ihre Tochter gegen ihren eigenen Willen am Leben gehalten wurde.

Der Präzedenzfall – und damit auch Rechtssicherheit – wurde dann durch den "Fall Putz" geschaffen. Endlich sahen die Eltern von Frau Z. die Möglichkeit zum Handeln, aber: "Recht zu haben und Recht zu bekommen ist zweierlei". Denn der Vorschlag, nun einen runden Tisch im Pflegeheim mit Rechtsanwalt Putz als Berater einzuberufen, stieß auf keine Resonanz – wohl aus Angst vor Öffentlichkeit und aus Unsicherheit der Heimleitung im Umgang mit dem Thema "Sterben-lassen".

Es begann eine Zeit der Suche nach einer Einrichtung, welche bereit war, diesen Schritt zu gehen. Diese Suche dauerte ein Jahr. An allen Stellen hatte man zwar Verständnis für das Anliegen, "aber bitte nicht bei uns".

"Wir hätten uns mehr Bereitschaft zum Dialog gewünscht"

Erst mit dem Kontakt zum Ambulanten Palliativ-Team kam Bewegung in die Angelegenheit, denn hier gab es die Bereitschaft zum Dialog. Dass im Erstgespräch die Motive der Eltern für das Sterben-lassen kritisch hinterfragt wurden, war für Herrn und Frau Z. ein Zeichen dafür, ernst genommen zu werden. Endlich gab es Menschen, die sich Zeit nahmen, die eine Entscheidung gemeinsam mit ihnen als Eltern trafen und nach dem für alle Beteiligten richtigen Weg suchten. Dieser bestand letztlich darin, dass Herr und Frau Z. nach vielen Jahren ihre Tochter wieder zu sich nach Hause nahmen, wo sie dann innerhalb von sieben Tagen starb.

Der Tod löste große Erleichterung aus: "Endlich konnten wir dem Willen unserer Tochter, so nicht leben zu wollen und deshalb sterben zu dürfen, entsprechen". An der Richtigkeit dieser Entscheidung haben Herr und Frau Z. seither nie gezweifelt – auch heute würden sie wieder so entscheiden. Sie haben die Verantwortung als Fürsprecher ihrer Tochter wahrgenommen, d.h. sie haben den Willen ihrer Tochter ernst genommen, ihn nicht in Frage gestellt oder relativiert.

Im Rückblick hätten die Eltern sich generell die Bereitschaft zum Dialog und zur gemeinsamen Entscheidungsfindung gewünscht. "Die Angst der Behandler hat alles geblockt". Denn diesen ging es vielleicht um ein *prinzipiell* richtiges Handeln, aber es wurde nicht erkannt, dass es bei jedem Patienten um eine Einzelfallentscheidung gehen muss. Die richtige Entscheidung kann aber nur gemeinsam von Behandlern und Angehörigen getroffen werden. Der Wille des Patienten muss dabei im Mittelpunkt stehen.

(Jan Gramm im Interview mit Ehepaar Z.)

Anschrift des Verfassers

Jan Gramm, Dipl. Psychologe 61169 Friedberg (Anschrift ist der Redaktion bekannt)

Ethik in der Medizin

Sterbehilfe und Sterbebegleitung

Eine Orientierungshilfe zur ärztlichen Entscheidungsfindung aus juristischer und medizinethischer Sicht

Torsten Verrel, Kurt W. Schmidt

Eine farbige Tischvorlage zum Heraustrennen "Überblick zu den Fallgruppen der Sterbebegleitung und Sterbehilfe" finden Sie auf den Seiten 501/502

I. Einleitung

Entscheidungen an den Grenzen des Lebens haben nichts von ihrer ethischen Brisanz verloren. Zum einen verdanken viele Menschen dem Fortschritt auf dem Gebiet der Notfall- und Intensivmedizin ihr Leben, hochwirksame Medikamente und technische Unterstützungs- und Überbrückungssysteme verlängern ihr Leben und erhöhen ihre Lebensqualität. Untrennbar damit verbunden ist jedoch die Frage nach den Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht. Wann darf, wann kann, wann muss die ärztliche Bemühung eingestellt werden, den Patienten zu heilen bzw. seinen Zustand zu stabilisieren? Wann ist der richtige Zeitpunkt gekommen, um eine Therapiezieländerung vorzunehmen und sich auf palliative Maßnahmen zu konzentrieren? Wann darf auf eine Reanimation verzichtet werden?

Im Laufe ihres Berufswegs wurden und werden Ärztinnen und Ärzte immer wieder vor die schwierige Aufgabe derartiger Entscheidungsfindungen gestellt. Persönliche Bindungen zum (mitunter langjährig bekannten) Patienten werden dabei ebenso eine Rolle spielen wie eigene Werturteile. berufsethische Positionen, erlebte Vorbilder, belastend empfundene Krankheitsund Behandlungsverläufe und nicht zuletzt die Sorge vor rechtlichen Konsequenzen. Manche der getroffenen Entscheidungen bleiben in ihrer Ambivalenz ein Leben lang in Erinnerung und hinterlassen Narben; kurz: Entscheidungen an der Grenze des Lebens haben vielfältige sensible Ebenen. Aufgabe der Ethik ist es, Argumente hilfreich zu sortieren, ohne die mit den Handlungsoptionen verbundenen Gefühle und Sorgen zu vernachlässigen. Dabei ist es – gerade bei den Fragen der Sterbehilfe und Sterbebegleitung – überaus wichtig, den rechtlichen Kontext mit einzubeziehen und zu erläutern, welchen Handlungsrahmen das Gesetz und die Rechtsprechung dem Arzt/der Ärztin geben. In den letzten Jahren ist es hier zu wichtigen Klärungen sowohl der Entscheidungsmaßstäbe als auch der Entscheidungszuständigkeiten gekommen, vor allem durch:

- Die gesetzliche Regelung zum Umgang mit Patientenverfügungen vom 1. September 2009
- 2. Das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 25. Juni 2010.

Mit dem folgenden Beitrag wollen wir den aktuellen Stand der Diskussion und der Rechtslage darstellen, indem wir eine Übersicht zu den Fallgruppen der Sterbebegleitung und Sterbehilfe vorstellen. Zu deren besseren Verständnis wird zunächst auf einige grundsätzliche ethische und (straf-)rechtliche Aspekte hingewiesen.

II. Primat der Ethik

Entscheidungen an den Grenzen des Lebens sind primär ethische Entscheidungen, die den aktuellen rechtlichen Rahmen berücksichtigen. Dabei ist es wichtig voranzuschicken, dass das Strafrecht als "ultima ratio" der staatlichen Kontrolle nur die Einhaltung elementarer Verhaltensregeln gewährleisten soll. Es kann dem ärztlichen Handeln Grenzen und Beurteilungsmaßstäbe aufzeigen, nicht aber die Entscheidung über den Therapieumfang in jedem Einzelfall vorgeben! So zeigen sich Ärztinnen und Ärzte immer wieder überrascht über den Beurteilungsspielraum, den ihnen das Recht bei der Behandlung ihrer Patienten einräumt. Um innerhalb

dieses Korridors rechtlich zulässiger Behandlungen dann im Einzelfall verantwortungsvoll entscheiden zu können, bedarf es des ärztlichen Fachwissens und der medizinethischen Reflexion. Dabei steht die Frage nach dem ethisch Vertretbaren und Angemessenen für den Patienten im Vordergrund, die auf dem Hintergrund der rechtlichen Situation zu beleuchten ist. Freilich wird gerade das Risiko eines stigmatisierenden und womöglich unabhängig von seinem Ausgang existenzbedrohenden Strafverfahrens als besonders belastend empfunden und dürfte häufig der Grund für eine Behandlung "bis zuletzt" sein. Aus rechtstatsächlicher Sicht ist diese Angst vor strafrechtlicher Haftung des Arztes und die daraus zu Lasten des Patienten resultierende Defensivmedizin nicht begründet. Abgesehen davon, dass Strafverfahren, in denen sich Ärzte wegen Therapieentscheidungen am Lebensende verantworten mussten, überaus selten sind, haben die neueren Urteile des Bundesgerichtshofs (BGH) zu einer erheblichen Steigerung der Rechtssicherheit beigetragen, die herzustellen an sich Aufgabe des Gesetzgebers ist, der sich bisher jedoch nur zu einer rechtlichen Absicherung von Patientenverfügungen durchgerungen hat.

III. Grundmuster der Entscheidungsfindung

Die Zulässigkeit einer ärztlichen Behandlung lässt sich in ihrer Grundstruktur in der folgenden Abbildung darstellen: Der Arzt prüft aufgrund seines Fachwissens, ob eine medizinische Indikation zur Behandlung vorliegt und – wenn Ja – klärt den Patienten (bzw. seinen gesetzlichen Vertreter) über die Behandlungsoptionen auf, um die für die Durchführung ärztlicher

Maßnahmen stets notwendige Einwilligung des Patienten zu erhalten (informed consent).

Dies bedeutet zum einen:

- Liegt keine medizinische Indikation zur (Weiter)Behandlung vor, muss der Arzt solche Optionen auch nicht anbieten.
 Zugleich kann der Patient (oder bspw. seine Angehörigen) auch keine (Weiter)
 Behandlung vom Arzt einfordern oder erzwingen, wenn dafür keine medizinische Indikation vorliegt.
- Lehnt der erwachsene und entscheidungsfähige Patient die ihm angebotene Behandlung ab, kann der Arzt diese nicht gegen den erklärten Patientenwillen durchführen. Dabei kann sich der Arzt jedoch nicht im Anschluss an ein einmalig geäußertes Nein des Patienten abrupt zurückziehen, sondern muss aufgrund seiner Fürsorgepflicht die medizinische Notwendigkeit darlegen, um dem Patienten eine informierte Entscheidung zu ermöglichen. Eine danach erfolgte Ablehnung muss er letztlich akzeptieren. Mit anderen Worten:

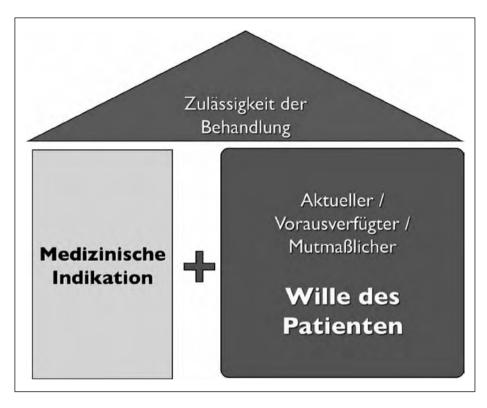
"... der Arzt muss das Veto des Patienten selbst bei großer Unvernunft respektieren, nachdem er vergeblich versucht hat, Einsicht in das Notwendige zu wecken"

A. Laufs, ArztR RdNr 148 /Handbuch des Arztrechts, 1999, 2. Aufl., § 52, 9

Die ethische und rechtliche Zulässigkeit einer Behandlung – bzw. eines medizinischen Eingriffs – lässt sich durch die Grafik (siehe oben) zusammenfassend darstellen.

IV. Ethische Grundprinzipien

Neben der *Achtung des Selbstbestim-mungsrechts des Patienten* (Autonomie) haben Ärzte und Pflegende also auch eine



Fürsorgepflicht gegenüber dem Patienten und ihre Behandlung hat sich am Prinzip des Nicht-Schadens zu orientieren. Patientenautonomie und Fürsorgepflicht können in der Praxis in einem Spannungsverhältnis stehen, es ergeben sich daraus im Klinikalltag drei Grundpfeiler für den Umgang mit jenen Patienten, die sich nicht in einer akuten Notfallsituation befinden (wie bspw. ein Notarzt am Unfallort, der keine nähere Kenntnis des Patienten hat und sofort Maßnahmen zur Lebensrettung ergreifen muss und davon ausgehen kann, dass diese Maßnahmen auch dem mutmaßlichen Willen des Patienten entsprechen):

- Bevor diagnostische und therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden dürfen, muss jeder Patient über diese Maßnahmen ausreichend informiert werden und ihnen zugestimmt haben (informed consent).
- Jeder erwachsene Patient, der die Folgen seiner Entscheidung kompetent abwägen kann, hat das Recht, Maßnahmen

- abzulehnen, auch wenn diese Ablehnung dazu führt, dass dadurch das eigene Leben erheblich gefährdet ist, bzw. nicht mehr verlängert werden kann und der Patient verstirbt (z.B. Ablehnung der weiteren Dialysebehandlung.)
- Bei entscheidungsunfähigen Patienten bringt der in Fragen der Gesundheitsfürsorge vom Betreuungsgericht eingesetzte Betreuer oder ein vom Patienten im Wege der Vorsorgevollmacht bestimmter Bevollmächtigter den Willen des Patienten zum Ausdruck. Das deutsche Recht kennt keine automatische Stellvertretung etwa durch den Ehepartner und auch kein alleiniges Entscheidungsrecht des Arztes.

V. Strafrechtliche Grundprinzipien

Aus der Sicht des Strafrechts lassen sich ebenfalls drei Prinzipen benennen, die sich unschwer den ethischen Aspekten zuordnen lassen:

Ethik in der Medizin

- 1. Das *Prinzip des absoluten Lebensschutzes*, das grundsätzlich keine Differenzierungen nach der Lebensfähigkeit, Lebenserwartung, der Lebensqualität oder gar nach der "Wertigkeit" menschlichen Lebens zulässt und damit auch eine bewusste Reaktion auf die Vernichtung "lebensunwerten" Lebens in der Zeit des Nationalsozialismus ist.
- 2. Das Selbstbestimmungsrecht des entscheidungsfähigen Patienten, der nicht gegen seinen Willen therapiert werden darf. Eine Missachtung dieses Rechts kann die Strafbarkeit des Behandelnden wegen Körperverletzung zur Folge haben.
- 3. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten umfasst aber nicht die Befugnis, seine Tötung durch eine andere Person zu verlangen. Vielmehr macht sich gemäß § 216 StGB wegen Tötung auf Verlangen strafbar, wer das Leben des Patienten auf dessen Wunsch durch einen nicht indizierten Eingriff beendet. Dies gilt wegen des Grundsatzes des absoluten Lebensschutzes auch dann, wenn es sich um die Tötung eines absehbar

sterbenden Patienten handelt. Erst recht strafbar ist die eigenmächtige "Mitleidstötung" von Patienten.

VI. Grundlagen der Fallgruppenbildung

Die Bedeutung der Fallgruppenbildung und der sie bestätigenden bzw. fortentwickelnden Gerichtsurteile ergibt sich daraus, dass das geschriebene Strafrecht (d.h. die Vorschriften des Strafgesetzbuchs [StGB]) mit Ausnahme des Verbots der Tötung auf Verlangen keine Regelungen über Therapiebegrenzungen und Maßnahmen der Leidenslinderung mit lebensverkürzender Wirkung enthält und somit einem ausnahmslosen Lebensschutz verpflichtet zu sein scheint. Das StGB ist insoweit noch auf dem Stand einer Zeit, in der man sich nicht vorstellen konnte, dass es einst möglich sein wird, den vermeintlich schicksalhaften Sterbeprozess durch künstliche Aufrechterhaltung einzelner Körperfunktionen auch über Jahre hinweg zu manipulieren. Die fehlende Regelung der Sterbehilfe und Sterbebegleitung im StGB wird schon seit langem beklagt, hat aber den Gesetzgeber bislang nicht zu einer Reform bewegen können. Neben der Sorge

vor einer zu starken Verrechtlichung ärztlichen Handelns vertraut der Gesetzgeber darauf, dass die von der Rechtswissenschaft in Zusammenarbeit mit Medizinern und Ethikern entwickelte, im Ergebnis weitgehend konsentierte und zunehmend von der Rechtsprechung bestätigte Sterbehilfekasuistik eine Grenzziehung zwischen erlaubten und verbotenen Formen der Sterbehilfe ermöglicht. Da letztlich nicht die Meinung der Gelehrten, sondern die Auffassung der Gerichte maßgeblich ist und keineswegs alle Fragen geklärt sind, kommt diesen richterlichen Entscheidungen und ihrer Kenntnis entscheidende Bedeutung für die rechtliche Orientierung in der klinischen Praxis zu.

VII. Der aktuelle Stand der Strafrechtsprechung

Besonders wichtig und hilfreich ist insoweit die Entscheidung des 2. Strafsenats des Bundesgerichtshofs vom 25. Juni 2010 (s.u. Fall >Fulda<), in der die nicht nur unter Medizinern, sondern auch Juristen verbreitete Vorstellung korrigiert wurde, dass sich die Abgrenzung zwischen erlaubter und verbotener Sterbehilfe danach richtet. ob ein Tun oder Unterlassen vorliegt. Dieses Missverständnis wurde vor allem durch die überkommene terminologische Unterscheidung zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe befördert und dadurch, dass sich die Straflosigkeit in Fällen einer unterlassenen Behandlung rechtskonstruktiv leichter darstellen lässt. Tatsächlich besteht zwar eine psychologische, aber keine normative Differenz zwischen dem Zulassen des Sterbens durch schlichte Untätigkeit oder durch die aktive Beendigung einer lebenserhaltenden Behandlung. In beiden Fällen kommt es allein darauf an, ob das ärztliche Verhalten dem Willen des Patienten entspricht oder mit einer fehlenden medizinischen Indikation für die (Weiter) Behandlung begründet werden kann.

Der Fall ›Fulda Zulässigkeit des aktiven Behandlungsabbruchs

Im Oktober 2002 erleidet die 71-jährige Patientin eine linksseitige Hirnblutung mit der Folge eines apallischen Syndroms. Im November 2002 erhält sie eine PEG-Sonde zur künstlichen Ernährung. Im Frühjahr des Jahres 2002 hatte der Ehemann der Patientin eine Hirnblutung erlitten und im Gespräch mit der Tochter hatte die Patientin geäußert, sie selbst möchte keine lebensverlängernden Maßnahmen, wenn ihr so etwas widerfahren sollte.

Im Februar 2003 wird die Patientin in ein Alten- und Pflegeheim verlegt; im Dezember 2006 kommt es zur Fraktur des linken Oberarms mit der Folge einer Amputation. Im Iuli 2007 wird der Zustand der Patientin aus ärztlicher Sicht als irreversibel beurteilt: im November 2007 widerrufen die Betreuungspersonen (Tochter und Sohn) durch einen Rechtsanwalt die Zustimmung zur künstlichen Ernährung; der Arzt sieht dafür keine weitere Indikation. Die Pflegekräfte verweigern jedoch die Ernährungseinstellung. Das angefragte Betreuungsgericht sieht für diesen Fall keine Kontrollzuständigkeit, da kein Konflikt zwischen Betreuer und Arzt vorliegt. Schließlich erklärt sich die Heimleitung mit einer von der Tochter durchgeführten Reduktion der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr einverstanden. Die Geschäftsleitung der Einrichtung weist die Heimleitung jedoch kurz vor Weihnachten an, die künstliche Ernährung wieder aufzunehmen, die Betreuer sollen sich binnen zehn Minuten damit einverstanden erklären, andernfalls erhalten sie Hausverbot. Auf telefonischen Rat ihres Anwalts durchtrennt die Tochter den Schlauch der PEG-Sonde über der Bauchdecke. Aufgrund staatsanwaltlicher Anweisung wird die Patientin in ein nahegelegenes Klinikum verlegt und erhält dort eine neue PEG-Sonde. Am 5. Januar 2008

verstirbt die Patientin aufgrund dekompensierter Herzinsuffizienz, ein Zusammenhang mit der Durchtrennung des PEG-Schlauchs besteht nicht.

Gegen die Tochter und den Rechtsanwalt wird Anklage wegen versuchten Totschlags erhoben. Im April 2009 verurteilt das Landgericht Fulda den Rechtsanwalt wegen versuchten Totschlags in Mittäterschaft zu einer Freiheitsstrafe von neun Monaten auf Bewährung und spricht die Tochter wegen eines unvermeidbaren Verbotsirrtums frei. In der Revisionsinstanz spricht der 2. Strafsenat des Bundesgerichtshofs auch den Rechtsanwalt frei und hält in den Leitsätzen des Urteils fest:

- 1. Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht (§1901a BGB) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.
- 2. Ein Behandlungsabbruch kann sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden.
- 3. Gezielte Eingriffe in das Leben eines Menschen, die nicht in einem Zusammenhang mit dem Abbruch einer medizinischen Handlung stehen, sind einer Rechtfertigung durch Einwilligung nicht zugänglich.

BGH, Urteil vom 25. Juni 2010 – 2 StR 454/09

2. Der Fall ›Köln‹: Strafbarkeit des eigenmächtigen Behandlungsabbruchs

Die 82-jährige Patientin befindet sich wegen einer Sepsis infolge einer Lungenentzündung auf der Intensivstation, wo sie u.a. über Perfusoren versorgt wird. Ihr

Zustand ist ernst, aber nicht hoffnungslos. Der Schwiegersohn fordert das Pflegepersonal und die Stationsärztin in aggressiver Weise auf, die Behandlung zu beenden und beruft sich auf eine Patientenverfügung der Patientin, deren Inhalt ihm jedoch gar nicht bekannt war. Die Stationsärztin verlangt die Vorlage der Verfügung. Unmittelbar nachdem der Schwiegersohn die Patientenverfügung, die die eingetretene Situation nicht erfasste, per Fax auf die Intensivstation geschickt hat, drängt er abermals, die Geräte abzuschalten, was die Ärztin unter Hinweis auf die noch erforderliche Prüfung der Verfügung, die die Patientin bislang nicht erwähnt hatte, ablehnt. Mit den Worten: "Gut, dann mach ich das jetzt selbst!" begibt sich der Schwiegersohn zur Patientin, schaltet die Perfusoren aus und kann nur durch einen Krankenpfleger daran gehindert werden, auch noch das Beatmungsgerät abzuschalten. Die Patientin verstirbt einige Stunden später an einem septischen Schock; das kurzfristige Abschalten der Perfusoren ist dafür nicht nachweisbar ursächlich.

Der Bundesgerichtshof bestätigte die erstinstanzliche Verurteilung des Schwiegersohnes durch das Landgericht Köln wegen versuchten Totschlags zu zwei Jahren Freiheitsstrafe, da die im Fall >Fulda< aufgestellten Voraussetzungen für einen gerechtfertigten Behandlungsabbruch nicht vorlagen.

BGH, Urteil vom 10. November 2010 – 2 StR 320/10

VIII. Fazit

Der Arzt, der Behandlungsbegrenzungen in Übereinstimmung mit dem ggf. durch einen Stellvertreter übermittelten Willen des Patienten vornimmt oder zu dem Ergebnis kommt, dass die bisherigen therapeutischen Bemühungen den Eintritt des Sterbeprozesses nicht verhindern konn-

Ethik in der Medizin

ten und deswegen zu palliativen Maßnahmen übergeht, handelt rechtmäßig. Dies betrifft alle (intensiv)medizinischen Maßnahmen, insbesondere die Dialyse, künstliche Beatmung, künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr und die Gabe kreislaufstabilisiernder Medikamente. Es entspricht aber in den allermeisten Fällen dem Willen des Patienten, eine effektive Symptomkontrolle zu erhalten, dass der Körper gepflegt, etwaige Hunger- und Durstgefühle gestillt und die Atemwege freigehalten werden. Bei allen Fortschritten, die die juristische Bewältigung der Sterbehilfe und -begleitung gerade in der letzten Zeit gemacht hat, wird es eine völlige Rechtssicherheit allein schon wegen der weiter fortschreitenden Technik und der Vielfalt immer neuer Sachverhaltskonstellationen nicht geben, und sie kann es auch nicht geben, wenn ärztliche Erfahrung, Urteilskraft und Standesethik Vorrang gegenüber einer starren

rechtlichen Reglementierung haben sollen. Damit ist dann aber auch zugleich die Absage an den von Ärztinnen und Ärzten mitunter geäußerten Wunsch verbunden, das (Straf-)Recht möge ihnen "eindeutige" Regeln an die Hand geben, mit deren Hilfe sie in jedem Fall die "richtige" Entscheidung treffen können. Hat aber der Arzt eine an den oben genannten Leitlinien ausgerichtete und nach seinen jeweiligen Erkenntnismöglichkeiten sorgfältig abgewogene Entscheidung getroffen, hat er keine "juristischen Konsequenzen" zu fürchten.

Anschriften der Verfasser

Professor Dr. jur. Torsten Verrel Geschäftsführender Direktor Kriminologisches Seminar der Universität Bonn Adenauerallee 24-42, 53113 Bonn Tel. 0228 73-9133 E-Mail: verrel@jura.uni-bonn.de Dr. theol. Kurt W. Schmidt

Zentrum für Ethik in der Medizin
am AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUS
Wilhelm-Epstein-Straße 4
60431 Frankfurt/Main
Tel.: 069 9533-2555
E-Mail: ZEMmarkus@aol.com
www.medizinethik-frankfurt.de

Verantwortlich für die Rubrik "Ethik in der Medizin" ist Dr. Kurt W. Schmidt, Zentrum für Ethik in der Medizin am AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUS, Frankfurt/Main

Lehrbeauftragter für Medizinethik, Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Klinikum der Goethe-Universität Frankfurt/ Main

Fortbildung

Informationen zu schwerwiegenden allergischen Reaktionen / Überempfindlichkeitsreaktionen bei der Verordnung von Adenuric® (Febuxostat)

Adenuric® ist ein Arzneimittel, welches bei Erwachsenen zur Behandlung der chronischen Hyperurikämie bei Erkrankungen, die bereits zu Uratablagerungen geführt haben (einschließlich eines aus der Krankengeschichte bekannten oder aktuell vorliegenden Gichtknotens und/oder einer Gichtarthritis), zugelassen ist.

Nach Markteinführung wurde selten über schwerwiegende allergische Reaktionen/ Überempfindlichkeitsreaktionen berichtet, von denen einige mit systemischen Symptomen verbunden waren. Nun informiert der Hersteller über das Risiko für schwere

Hypersensibilitätsreaktionen, darunter auch Stevens-Johnson-Syndrom und akute anaphylaktische Reaktionen/Schock mit Adenuric®.

Überempfindlichkeitsreaktionen gegenüber Febuxostat können mit den folgenden Symptomen einhergehen: Hautreaktionen, die durch eine infiltrierte makulopapulöse Eruption charakterisiert sind, generalisierte oder exfoliative Ausschläge sowie Hautläsionen, Gesichtsödeme, Fieber, hämatologische Anomalien wie Thrombozytopenie und Einzel- oder Multiorganbeteiligung (Leber und Nieren, einschließlich tubulo-

interstitieller Nephritis). Das Stevens-Johnson-Symdrom ist gekennzeichnet durch fortschreitende Hautausschläge in Verbindung mit Blasenbildung, Schleimhautläsionen und Augenreizung infolge erosiver Konjuktivitis.

Aufgrund dieser Beobachtungen und Bewertung zur Sicherheit wurde die Fachinformation zu Adenuric® überarbeitet und Informationen zu allergischen Reaktionen/ Überempfindlichkeitsreaktionen aufgenommen.

Dr. med. Wolfgang LangHeinrich Referat Pharmakotherapie der KV Hessen

Sicherer Verordnen

Fentanylpflaster – nicht unkritisch anwenden!

Nach Hinweisen über einen ausgeprägten Verordnungsanstieg von Fentanylpflastern (Durogesic®, viele Generika) und Berichten zu Überdosierungen mit schwerwiegenden Folgen warnt die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) vor einer unkritischen Anwendung. Die Pflaster sind nicht für opioid-naive Patienten geeignet und sollten nur bei Patienten mit Dauerschmerzen, stabilem Opioidbedarf und bei Problemen mit einer oralen Einnahme verordnet werden. Für akute Schmerzen sind Fentanylpflaster nicht indiziert. Diese Hinweise (und weitere Empfehlungen in der Bekanntgabe der AkdÄ) sollten sorgfältig beachtet werden.

Die Kanadier weisen auf ein weiteres Problem mit diesen Pflastern hin (drei von fünf Berichten betrafen Pflaster): in Kombination mit anderen Arzneimitteln mit serotonergen Effekten (z.B. SSRI, trizyklische Antidepressiva) kann es zu einem potentiell lebensgefährlichen Serotonin-Syndrom (u.a. psychische Veränderungen, epileptische Anfälle, Myoklonien) kommen.

Quellen: Dt. Ärztebl. 2012; 109(14). C 624; Canad. Adv.React.Newsletter 2012; 22(2): 3

Pharmakotherapie rheumatischer Erkrankungen im Alter

Neben altersbedingten Veränderungen der Pharmakokinetik muss eine Pharmakotherapie rheumatischer Erkrankungen aufgrund häufiger zusätzlicher Erkrankungen im Alter enger überwacht werden, da unerwünschte Wirkungen (UAW) vermehrt auftreten können.

NSAID (Nicht-steroidale Antiphlogistika): Anstieg gastrointestinaler, renaler und kardiovaskulärer UAW, cave: zusätzliche Einnahme niedrig dosierter ASS oder freiverkäuflicher Analgetika!

Opioide: Zunahme von Schwindel, Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen Glukokortikoide: geringere Anfangsdosierungen, langsameres Ausschleichen, bei anhaltend hohen Steroidbedarf frühzeitig Methotrexat

Basistherapeutika (DMARTS): niedriger dosieren, cave: eingeschränkte (auch kurzfristig wie bei Infekten oder Exsiccose) Nierenfunktion!

Biologika: nach derzeitiger Datenlage UAW nicht häufiger als bei jungen Menschen, bei Niereninsuffizienz kann eine gut überwachte Biologikatherapie sicherer sein als mit konventionellen DMARTS. Das UAW-Spektrum ist jedoch noch nicht gesichert. Quelle: Dtsch Med Wschr 2012; 137: 793-8

Fixkombination gegen UAW?

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) treten bei Patienten in der Regel nicht vorhersehbar auf – sowohl der Zeitpunkt des Auftretens als auch das Ausmaß der UAW sind individuell unterschiedlich. Eine fixe Kombination eines Nicht-steroidalen Antiphlogistikums (hier: 500 mg Naproxen) mit einem Protonenpumpenhemmer (hier: 20 mg Esomeprazol) ist daher überwiegend spekulativ. Ein höherer NSAID-Bedarf aufgrund einer Schmerzattacke muss nicht in gleichem Maß einen höheren Protonenpumpenhemmer-Bedarf nach sich ziehen. Klar ist jedoch, dass sich zu den UAW eines NSAID, die nicht durch eine Säureblockade verhindert werden können (z.B. renale und kardiovaskuläre UAW). zusätzlich noch mögliche UAW eines Protonenpumpenhemmers addieren (relativ neue UAW: Clostridium difficile Infektionen mit vermehrten Rezidiven, erhöhte Pneumoniegefahr, vermehrte Schenkelhalsfrakturen bei Frauen, Interaktionen durch die Hemmung des CYP 2C19-Metabolisierungsweges).

Die Gabe eines Protonenpumpenhemmers ohne nachgewiesene gastrointestinale Empfindlichkeit ist daher pharmakologisch wenig sinnvoll und kann zu einer Dosiserhöhung des NSAID verführen. Diese Kombination ist vergleichbar mit der fixen Kombination von Diclofenac mit Misoprostol, die im Rahmen der GKV zurecht nicht erstattungsfähig ist. Die Markteinführung von Vimovo® scheint nicht unbedingt dem Wohl der Patienten zu dienen.

Quellen: Pharm. Ztg. 2012; 157: 142, www.evimed.ch

Therapiefolgen bei Krebs-Langzeitüberlebenden

Neben körperlichen Langzeitfolgen nach Tumoroperationen und nach Strahlentherapie (z.B. gastrointestinal, kardiopulmonal, Zweitmalignome) rücken aufgrund längerer Überlebenszeiten auch Langzeitfolgen nach systemischer Therapie in den Focus. Sie können nahezu jedes Organsystem betreffen. Bekannt sind

- Niereninsuffizienz und Ototoxizität durch Cisplatin,
- Kardiomyopathie durch Anthrazykline,
- Akute oder chronische pulmonale Toxizität durch Antitumor-Antibiotika, Alkylanzien und Antimetabolite, auch mTOR-Inhibitoren.
- Peripher sensorische, selten motorische Neuropathien, häufig kumulativ, durch viele Zvtostatika
- Infertilität durch die meisten Zytostatika,
- Zweitmalignome, geprägt durch individuelle genetische Merkmale, durch die meisten Zytostatika.

Langzeiteffekte durch neue, zielgerichtete Arzneistoffe wie EGFR-Antikörper, Immunmodulatoren, Proteasomeninhibitoren, Multi-Tyrosinkinaseinhibitoren können noch nicht beurteilt werden.

Besonders gravierend sind Langzeitfolgen bei Kindern. Nach dem Deutschen Kinderkrebsregister treten bei rund drei Prozent der Kinder Zweittumore zehn bis 15 Jahre nach Abschluss einer onkologischen Therapie auf. Neben dem schon erwähnten Krebsregister existieren noch www.lessstudie.de, RiSK an der Universität Münster und www.kinderkrebsinfo.de Dort kann man sich näher informieren.

Quellen: Dtsch; Med Wschr 2012; 137: S 7. 10, Bundesgesundheitsblatt 2012: 55: 493-500

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus: Rheinisches Ärzteblatt 6/2012

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

Surfen ist Silber, Reden ist Gold

5. Hessischer Heilberufetag in Wiesbaden "Patient im Internet"

Wer bettlägerig ist, weiß, wie gut es ist, wenn man seinem behandelnden Arzt blind vertrauen kann. Ist man dagegen kerngesund, denkt man völlig anders. Zum Zeitvertreib recherchiert man schon mal im Internet nach Fachärzten oder günstigen Versandapotheken. Ob das Internet für Verbraucher, Patienten oder Mediziner eher Fluch oder Segen ist, war am 13. Juni 2012 Thema des 5. Hessischen Heilberufetags.

Scharf beobachtend und mit trockenem Humor führte Gastredner Dr. Eckart von Hirschhausen in das Thema ein. Für Hypochonder sei das Internet eine wahre Fundgrube, um sich krank zu surfen, so eine seiner Thesen. Exemplarisch dafür seien Selbstdiagnosen mit denen Ärzte konfrontiert würden, wie "Herr Doktor, ich hab' Ebola. Ich habe mich im Internet informiert. Ich habe alle Symptome. Ich brauche nur noch eine Krankmeldung". Hirschhausen, der von den Heilkräften von "Dr. Humor" überzeugt ist, appellierte aber auch an die anwesenden Ärzte, ihr Interesse an einer qualitativ hochwertigen, dialogorientierten



Die Veranstalter des Heilberufetags freuten sich über das rege Interesse an der Veranstaltung. Rund 250 Interessierte folgten der Einladung in die Kurhaus Kolonnaden.

Behandlung mehr in den öffentlichen Fokus zu rücken. Des Weiteren warb er dafür, bei Konzepten zur ärztlichen Weiterbildung zukünftig auch einen Schwerpunkt auf die Weiterentwicklung von Teams zu legen. Ärzteteams sollten aus "Beinahe-Unfällen" lernen, so wie es Piloten tun. Patienten forderte er auf, eigenverantwortlich zu handeln und gegebenenfalls eine Zweitmeinung einzuholen. Es sei falsch, sich vom weißen Kittel blenden und von medizinischen Fachausdrücken einschüchtern zu lassen. Unter www.washabich.de könnten sich Patienten kostenlos von Medizinstudenten ihre Befunde übersetzen lassen.

Den Nutzen von Arztbewertungsportalen sieht Hirschhausen nicht unbedingt gegeben. 90 % der Bewertungen seien sowieso positiv. Aufgrund eindeutig zu vereinbarender Kriterien seien aber Online-Bewertungsportale von Krankenhäusern sinnvoll. Von Krankenhausbetreibern wünsche er sich demnach keine Blockadehaltung gegenüber derartigen Initiativen.

Als Vertreter der Landesärztekammer wies deren Vizepräsident Martin Leimbeck darauf hin, dass bei zahlreichen Online-Portalen keine Unabhängigkeit gewahrt wür-

de. "Wer verdient mit dem Online-Auftritt Geld?". Diese Frage stelle er sich regelmäßig, so Leimbeck. Nichts spreche aber dagegen, dass Patienten im Internet nach Dingen recherchieren, die ihnen nach einem Arztgespräch noch einfallen. "Ich schätze gut informierte Patienten, mit denen ich quasi auf Augenhöhe sprechen kann", so Leimbeck. Seine Erfahrung sei aber auch, dass viele Patienten die Informationen des Internets nicht richtig beurteilen und einordnen könnten.

Informationsflut versus Wissenslücke

Diese Ansicht Leimbecks teilte auch Gregor Bornes von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen. Für Menschen mit medizinischen Kenntnissen seien die Seiten des Robert Koch und des Paul-Ehrlich-Institutes eine gute Wissensquelle, für Laien dürften manche Informationen allerdings zu fachlich sein. Laien reichten gegebenenfalls eher die Basisinformationen, die man bei Wikipedia finde.

Als Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung sprach sich Frank-Rüdiger Zimmeck für eine bessere Vergütung der Ärzte für Beratungsgespräche aus. Einig waren sich alle Experten, dass für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und Arzt der direkte Kontakt unerlässlich ist. Das Internet könne so etwas nicht ermöglichen, wohl aber flankierend unterstützen. Beispielsweise über sinnvolle Online-Tools, wie webbasierte Diabetestagebücher, virtuelle Selbsthilfegruppen oder übergeordnete, unabhängige Internetseiten, in denen evidenzbasierte Informationen für die zwei unterschiedlichen Zielgruppen Laien und Mediziner aufbereitet würden. Und Hirschhausen näherte sich diesem Aspekt ganz humorvoll. Wenn Kollegen aufgrund der Symptomatik wirklich keine Diagnose stellen könnten, sollten sie dies



Dr. med. Eckart von Hirschhausen, Arzt, Autor und Fernsehmoderator

mit ihrem Patienten besprechen, statt ihn mit der Pseudodiagnose "Essentielle, vegetative, idiopathische, funktionelle Dystonie" zu entlassen – was soviel heißt wie: "Keine Ahnung, was da los ist."

Erika Fink, Präsidentin der Landesapothekerkammer, die – im Gegensatz zu ihren Kollegen der anderen Heilberufe – schon seit Jahren durch Versandapotheken mit direkter Konkurrenz zur Apotheke um die Ecke vertraut ist, ermutigte die Ärzte. "Natürlich haben wir auch Patienten verloren, die rein nach Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten agieren. Die virtuelle Welt kann aber die Beratung in der Apotheke nicht ersetzen und viele Patienten sind wieder zu uns zurück gekommen, weil sie doch den persönlichen Kontakt suchen. Je größer der Gesundheitsmarkt wird, desto besser müssen wir uns um Patienten und ihre persönliche Anliegen kümmern. Sind wir Heilberufler für Patienten da, haben wir eine Win-win-Situation für alle."

Dass Patienten auf das Internet als Stütze zurückgreifen, wenn die Beratung zuvor von Heilberuflern zu wünschen übrig lässt, bestätigte Patrick Körber vom Wiesbadener Kurier. Er zitierte exemplarisch aus einem Leserbrief. Dank der Informationen im Netz hatten Eltern den Mut, die Diagnose ihres Arztes anzuzweifeln. Sie wandten sich darauf an einen anderen Spezialisten, der schließlich die lebensbedrohliche Erkrankung ihres Kindes erfolgreich behandelte.

Nicht zuletzt griff Hirschhausen auch noch das schwierige Thema Fehlbehandlung auf. Adressiert an die Medienvertreter sprach er sich für eine fundiertere Berichterstattung über Volkskrankheiten aus und vergaß nicht für sein Lieblingsthema "Dr. Humor" zu werben. 2008 gründete er die Stiftung "Humor hilft heilen", um Ärzte, Pflegekräfte und Klinik-Clowns weiterzubilden und das therapeutische Lachen in Medizin, Arbeitswelt und Öffentlichkeit zu fördern.

Petra Bendrich, KV Hessen Fotos: Katja Kölsch



Auf dem Podium: (v.l.n.r.) Dr. Stammberger, Gregor Bornes, Alfred Krieger, Dr. med. Eckart von Hirschhausen, Martin Leimbeck, Patrick Körber, Andreas Hieke

Herzgruppen in Hessen

Gestern - Heute - Morgen

Klaus Edel

Zusammenfassung

Die Teilnahme an einer Herzgruppe wäre für jeden Patienten nach einer akuten Herzerkrankung sinnvoll. Leider wird diese Möglichkeit der Eigenaktivität nur von etwa einem Drittel der Betroffenen genutzt - und dies, obwohl der Nutzen für die Gesundheit und der Gewinn an Lebensqualität hinreichend bekannt sind. Die Teilnahme an der Herzgruppe ist eine nebenwirkungsfreie und sehr effektive Therapieform. Sie sollte ebenso wie die medikamentöse Therapie grundsätzlich bei der Behandlung chronisch Herzkranker eingesetzt werden. Die Herzgruppe ist ein notwendiger Baustein der langfristigen Versorgung bei Herzerkrankungen. Sie hilft dem Betroffenen mit seiner Krankheit leben zu lernen. Wir Ärzte sind aufgefordert, uns für die Fortführung dieses Therapieangebotes stark zu machen und durch unser Engagement zu unterstützen.

Organisation der Herzgruppen

Heute gibt es in Deutschland etwa 6.000 Herzgruppen, in denen mehr als 110.000 Patienten ein- bis zweimal in der Woche, ärztlich überwacht, unter Anleitung ausgebildeter Übungsleiter (Übungsleiter B Sport in der Rehabilitationssport – Innere Medizin), körperlich aktiv sind und bezüglich ihres Krankheitsbildes professionell geschult werden. Die Herzgruppen sind unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen e.V. (DGPR) in 16 Landesverbänden zusammengefasst. Im Bundesland Hessen gibt es 221

Herzgruppen (Stand:12/2011). Diese sind über den HBRS (Hessischer Behindertenund Rehabilitationssportverband) organisiert.

Seit Gründung der Herzgruppen ist es üblich, dass Herzkranke¹ praktisch lebenslang an ihrer Herzgruppe teilnehmen. Die Kosten hierfür werden von den Krankenkassen bzw. von den Rentenversicherungsträgern übernommen. Die Kosten der Erstattung decken jedoch in der Regel die Kosten für Sporthalle, Zahlungen für Herzgruppenärzte, Übungsleiters etc. nicht.

Verordnung von Herzsport

Neue gesetzliche Grundlagen ab dem Jahr 2000 machten mehrere Neufassungen der Rahmenvereinbarung für den Rehabilitationssport notwendig. So ist seit 1. Januar 2011 die neueste Version in Kraft. Seither ist eine zeitlich begrenzte Regelförderung über 90 Übungseinheiten innerhalb eines Zeitraumes von 24 Monaten möglich. Danach wird den Herzgruppenteilnehmern empfohlen, auf eigene Kosten in einer Nachfolgegruppe bzw. in Eigeninitiative weiterhin sportlich aktiv zu sein.

Eine erstattungsfähige Folgeverordnung ist bei einer eingeschränkten Dauerbelastbarkeit unter 1,4 Watt pro Kilogramm Körpergewicht möglich. Ebenso kann die Teilnahme an einer Herzgruppe weiter verordnet werden nach wiederholten Herz-Kreislauf-Ereignissen, wie z.B. nach einem erneutem Herzinfarkt, einer Bypass-Operation oder nach Implantation eines Defibrillators um ein paar Beispiele zu nennen.

Wie wirkt Herzsport?

Herzgruppen haben den Teilnehmern viel zu bieten. Ziel ist es, eine Verschlimme-

bzw. deren Fortschreiten aufzuhalten. Der Gesundheitszustand sowie die körperliche und geistige Belastbarkeit sollen nicht nur stabilisiert sondern verbessert werden. Damit lässt sich die Lebensqualität deutlich steigern. Der Schwerpunkt der Herzgruppenarbeit liegt auf der körperlichen Bewegung. Körperliche Aktivität, insbesondere Ausdauertraining, bewirkt nicht nur eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit, sondern hat zahlreiche weitere schützende Effekte für das Herz-Kreislauf-System. Regelmäßiges Training wirkt gegen arterielle Hypertonie, Adipositas und Diabetes mellitus Typ 2; eine Hypercholesterinämie ebenso wie die Hypertriglyzeridämie werden positiv beeinflusst. Da viele Herzpatienten auch an Diabetes Typ 2 leiden, ist wichtig zu wissen, dass die Zuckerkrankheit bei aktiven Menschen viel besser zu behandeln ist. Körperliche Bewegung hat zudem einen günstigen Einfluss auf die Fließeigenschaften des Blutes. Das Gehirn wird stärker gefordert und besser versorgt, was die Denkfähigkeit und das Gedächtnis positiv beeinflusst. Zudem wird durch regelmäßige körperliche Aktivität das Immunsystem gestärkt und damit die Infektionsanfälligkeit Erkältungsgefahr herabgesetzt. Durch gymnastische Übungen werden Beweglichkeit und Koordination verbessert; kräftigende Übungen stärken die Muskulatur. Ein weiterer großer Vorteil: Sport stabilisiert die Psyche durch den Abbau depressiver Verstimmungen und wirkt stressentlastend. Somit trägt die körperliche Aktivität in Herzgruppen mit dazu bei, die Alltagssituation für chronisch Herzkranke langfristig zu verbessern. Da-

rung der Herzkrankheiten zu verhindern

¹ Die männliche Form gilt im Folgenden für beide Geschlechter.

mit untrennbar verbunden ist der Transfer von Bewegung ins tägliche Leben durch bewusste, selbständige Förderung der Freizeit- und Alltagsaktivitäten.

Der Arzt in der Herzgruppe

In Herzgruppen werden Patienten mit chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf ärztliche Verordnung hin durch speziell dafür qualifizierte Übungsleiter betreut. Der Herzgruppenarzt ist anwesend. um Fragen zu beantworten und bei eventuell auftretenden Problemen sofort helfen zu können. Gemeinsam werden im Rahmen des ganzheitlichen Konzeptes durch Bewegungs- und Sporttherapie, Erlernen von Stressmanagementtechniken, Änderungen im Essverhalten und durch psychosoziale Unterstützung eine optimale Vorbeugung gegen das Fortschreiten der Herzkrankheiten angestrebt. Der Patient wird im Idealfall zum Experten seiner eigenen Krankheit und erreicht dadurch mehr Selbstsicherheit und übernimmt mehr Verantwortung für seine Erkrankung.

Bewegungstransfer im Alltag

Die Herzgruppenteilnehmer haben eine unterschiedliche körperliche Leistungsfähigkeit und sportliche Vorerfahrung. Allmählich werden sie über ein umfassendes Aufbauprogramm an die für sie richtige Belastung herangeführt. Wesentliche Bestandteile des Sportprogramms sind neben Gymnastik und Muskelaufbautraining u.a. mit vorbeugender Rückenschule die Hinführung zum Geh- und Lauftraining und/oder zu anderen ausdauerorientierten Aktivitäten, wie beispielsweise Radfahren, Ergometertraining, Walking bzw. Nordic-Walking, Wandern, Schwimmen und oder Wassergymnastik, bis hin zur Vermittlung von Spiel- und Bewegungserfahrung als Mannschaftsspiel, aber ohne Wettkampfcharakter.

Verhaltensmodifikation, gesunde Lebensführung

Hinzu kommen Entspannungsübungen, Vorträge/Seminare und individuelle Beratungen. Die Teilnehmer sollen dazu motiviert werden, nach Abschluss der Förderzeit selbständig und eigenverantwortlich körperlich aktiv zu sein. In Herzgruppen lernt der Patient seine individuelle Leistungsgrenze kennen und erfährt auch, sich diesbezüglich einzuschätzen, zu kontrollieren und gewinnt dadurch an Sicherheit. Er erhält individuelle Trainingsempfehlungen, die Möglichkeit, diese unter Anleitung

auszuüben. und zudem Informationen zur aktiven Alltags-, Freizeit- und Urlaubsgestaltung. Ziel ist es, ihn zu regelmäßiger, selbständiger und eigenverantwortlicher Bewegung insbesondere im Alltag und damit auch außerhalb der Herzgruppe zu motivieren.

Wie sicher ist die Herzgruppe?

Wie unsere Daten-Analyse in Hessen 2004 über einen Zeitraum von neun Monaten gezeigt hat, ist im Rahmen der Herzgruppen nur ein sehr geringes, Verletzungsrisiko (Prellungen, Zerrungen, Verstauchungen) vorhanden. Dies liegt sicherlich daran, dass die Bewegung unter Anleitung von geschulten Übungsleitern durchgeführt und zusätzlich von einem Arzt begleitet wird. So können Befindlichkeitsstörungen und gesundheitliche Probleme frühzeitig erkannt und umgehend einer Behandlung zugeführt werden. Auch in dieser Hochrisikoklientel ist das Risiko eines Herz-Kreislauf-Stillstandes verhältnismäßig gering. So kam es zu vier Herzstillständen mit erfolgreicher Reanimation. Das wichtigste Symptom, das sich in 583.889 Patientenübungsstunden herauskristallisierte, war akut auftretende Dyspnoe. Falls gesundheitliche Probleme auf-

treten, sollten sich Herzgruppenteilnehmer gleich beim Übungsleiter und/oder dem Arzt melden.

Der Stellenwert der Herzgruppenärzte²

Die vielfältigen Möglichkeiten, die Herzgruppen bieten, gehen über das körperliche Training weit hinaus. Die soziale Unterstützung durch den Zusammenhalt in der Gruppe ist ganz wichtig. Gespräche mit anderen Herzkranken, vor allem aber der Kontakt mit dem betreuenden Arzt. helfen, die Krankheit auch psychisch zu verarbeiten und Strategien zur Krankheitsbewältigung zu entwickeln. In vielen Fällen entstehen in der Gruppe Freundschaften, die durch gemeinsame Feste und Unternehmungen mehr Freude in den Alltag bringen. Zugleich bieten Herzgruppen die Möglichkeit, das Wissen über die eigene Krankheit und die Risikofaktoren, die sie verursachen, zu vertiefen und immer auf dem neuesten Stand zu halten. Dadurch lässt sich ein gesunder Lebensstil besser umsetzen. Der gewissenhafte Umgang mit den verordneten Medikamenten ist (z.B. durch die Beratung des Herzgruppenarztes bei Bedarf) leichter zu erlernen. Leider stehen immer weniger Ärzte für die Arbeit in Herzgruppen zur Verfügung. Daher appelliere ich an dieser Stelle aus-

drücklich an alle Kolleginnen und Kollegen in Hessen, sich dieser gesellschaftlichen Aufgabe zu stellen. Ohne ärztliche Mithilfe wird es in den nächsten Jahren keinen Zuwachs an Herzgruppen geben. Im Gegenteil - da die Anwesenheit eines Arztes gesetzlich vorgeschrieben ist, wird das Angebot wegen sinkender Bereitschaft der Kollegen zu deren Betreuung eher abnehmen – eine angesichts des zunehmenden Bedarfs sehr bedauerliche Entwicklung. Wir von Seiten der Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation werden uns mit allen Kräften für den Fortbestand der ärztlichen Herzgruppenarbeit einsetzen. Für die Zukunft ist eine herzgruppenorientierte Fortbildung exklusiv für Herzgruppenärzte geplant. Hintergrund ist Ziel einer einheitlichen Vorgehensweise z.B. im Umgang mit Notfällen, da die in Herzgruppen tätigen Kollegen aus den unterschiedlichsten Subspezialisierungen stammen. Sollten Sie Interesse an der Arbeit in Herzgruppen in Ihrer Nähe haben, so nehmen Sie bitte Kontakt mit der Geschäftsstelle des Hessischen Behinderten- und Rehabilitationssportverbandes in Fulda unter der angegeben Adresse auf. Den Flyer zur Mitgliedschaft in der hessischen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation finden Sie auf der Homepage der LÄKH unter der Rubrik Hessisches Ärzteblatt.

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Klaus Edel
Vorsitzender der Gesellschaft für
Prävention und Rehabilitation von
Herz-/Kreislauferkrankungen
in Hessen e.V.
Landessportarzt Präventions- und
Rehabilitationssport
Chefarzt am Zentrum für Kardiologische
Rehabilitation und Prävention
Heinz-Meise-Straße 100
36199 Rotenburg
Fon: 06623 88-6105
Fax: 06623 88-6114
E-Mail: k.edel@hkz-rotenburg.de
www.hkz-rotenburg.de

Literatur

Degenhardt, R; Unverdorben, S; Edel, K; Brusis, O; Vallbracht, C; Unverdorben, M: Risiko von Sportverletzungen in ambulanten Herzsportgruppen im Vergleich zu Freizeitsportgruppen Gesunder. Sportverl Sportschad 2007; 21: 79-82

Karoff, M; Held, K; Bjarnason-Wehrens, B: Eine Chance: Herzgruppen. Deutsche Herzstiftung 2005 Mahr, Otto: Bericht der Geschäftsstelle des HBRS an die DGPR Dezember 2011

Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011

Unverdorben, M; Unverdorben, S; Edel, K; Degenhardt, R; Brusis, A; Vallbracht, C; Risk predictors and frequency of cardiovascular symptoms occurring during cardiac rehabilitation programs in phase III-WHO. Clinical Research in Cardiology 2007; 96 (6): 383-88. DOI 10.1007/500392-007-0517-9

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: 15. September 2012, 09:00 17:00 Uhr (mit 8 Fortbildungspunkten zertifiziert)
- Modul II praktischer Teil: 16. September 2012, 09:00 17:00 Uhr (mit 10 Fortbildungspunkten zertifiziert)

Tagungsort: Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim

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

 $^{^{\}scriptscriptstyle 2}$ Die männliche Form gilt im Folgenden für beide Geschlechter.

und Rehabilitation von Herz-/Kreislauferkrankungen in Hessen e.V. (GPR in Hessen). Per Brief oder Fax (oder dieses Formular eingescannt [Unterschrift!] per E-Mail) an: Frankfurter Straße 7, 36043 Fulda, Fax: 0661-869769-29, (Tel: 0661-869769-0) E-Mail: <u>geschaeftsstelle@hbrs.de</u> per Lastschrifteinzugsverfahren von meinem Konto bin ich einverstanden. Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Gesellschaft für Prävention von 20 Euro Mit der Abbuchung des Jahresmitgliedsbeitrags Name, Vorname, Titel: Bankleitzahl: Bank: Aufnahmeantrag Telefon: Straße: E-Mail: Verein: Konto: Beruf:

Gesellschaft für) Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen in Hessen (GPR-H) e.V.

Mitgliedschaft:

Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e.V.



Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband e.V.



Kooperationspartner:

Unterschrift:

Ort, Datum:

Deutsche Herzstiftung



Was tun wir für Sie?

- Beratung von ambulanten Herzgruppen (AHGs) und Beantwortung medizinischer/Sport bezogener Fragen (schriftlich oder telefonisch)
- Hilfestellung bei Fragen zur Qualitätssicherung in AHGs
- Medikamenten- und Materialienempfehlung für den Notfallkoffer in AHGs
- Beratung zur Planung und Durchführung von Laien-Schulungen in Reanimation und Erster Hilfe

Unsere Kooperation mit dem Hessischen Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband (HBRS)

- Hilfe bei Gründung und Aufbau von AHGs
- Anerkennung und Zertifizierung von AHGs
- Aus- und Fortbildungen für Ärzte und Übungsleiter für die Betreuung von AHGs
- Für Ärzte: Einschluss in die AHG-Haftpflicht-Versicherung



Vorteile der GPR-H Mitgliedschaft

- Ermäßigte Teilnahmegebühr an der gemeinsamen Jahrestagung von GPR-H und HBRS mit Fortbildungspunkten (LÄK, Sportmedizin, Übungsleiter)
- ➤ Zeitschrift >HBRS direkt< mit Infoteil "Herznachrichten" (6x/Jahr)
- Reduzierter Mitgliedsbeitrag bei der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation (DGPR)



Die DGPR-Mitgliedschaft beinhaltet:

- ► Ermäßigte Kongressgebühren zur traditionellen DGPR-Jahrestagung
- Kostenlose Zusendung der Mitglieder-Info "DGPR Intern" sowie der Programme von DGPR-Veranstaltungen
- Kostenloser Bezug der Fachzeitschriften/-Journale herzmedizin, Cardio News sowie Diabetes, Stoffwechsel und Herz
- Sonderkonditionen zum Bezug der Zeitschrift "Clinical Research in Cardiology", dem wissenschaftlichen Organ der Deutschen Kardiologischen Gesellschaft



Herausforderung Schiffsarzt

Als Hausarzt auf Tuchfühlung mit Besatzung und Passagieren

Frank Heblich

Schiffsärzte arbeiten im – temporären – "Haushalt" ihrer Patienten. Neben vielen allgemeinmedizinischen Konsultationen müssen sie dabei auch Fachmann in allen Fragen der Notfallmedizin, der Hygiene und z.B. der Notfallseelsorge sein.

Eine zivile Ausbildung für diese anspruchsvolle Tätigkeit gab es bisher nicht.

Schiffsärzte arbeiten nicht nur dort, wo Andere Urlaub machen. Sie sitzen sogar mit ihren Patienten buchstäblich "in einem Boot". Schiffsärzte sind ihren Patienten damit wesentlich näher als es allen anderen Ärzten jemals gelingen kann. Sie sind im Rahmen ihrer Tätigkeit je nach Schiffstyp für zwei Personengruppen verantwortlich. Alle an Bord eingesetzten Ärzte sind zunächst einmal Hausarzt für die Besatzung. Und diejenigen, die auf Forschungs- oder Kreuzfahrtschiffen eingesetzt sind, kümmern sich zusätzlich um die eingeschifften Passagiere bzw. Wissenschaftler.

Nah am Patienten

Diese Nähe zum Patienten erweist sich in der Regel als sehr hilfreich. Selbst auf großen Kreuzfahrtschiffen, die von der Anzahl an Besatzungsmitgliedern und Passagieren an Kleinstädte erinnern, lassen sich die Hilfesuchenden ohne großen Aufwand praktisch täglich wieder einbestellen, das verbessert die Möglichkeiten zu einer guten Nachsorge erheblich. Und Besatzungsmitglieder, die eher zum Dissimulieren neigen, können direkt an ihrem Arbeitsplatz aufgesucht und betreut werden. Ein Luxus, den man an Land nicht häufig finden wird.

Die in einer Allgemeinarztpraxis eher gängige Verschreibungspraxis kann an Bord oft deutlich minimiert werden. Der Arzt kann in vielen Fällen auf den Einsatz von Medikamenten verzichten, da er sich täglich ein Bild seines Patienten verschaffen kann. Das gibt sowohl Arzt wie auch Patient ein zusätzliches Maß an Sicherheit. Die Kehrseite der Medaille: Der Schiffsarzt muss rund um die Uhr erreichbar sein. Das kann auf großen Schiffen mit zwei Kollegen und einem guten Pflegeteam, die sich die Dienste teilen, erträglich sein. Ist man Einzelkämpfer, kann das je nach Patientengut zu einer großen Herausforderung werden.

Entschlussfähigkeit gefragt

Das Gros des Tagesgeschäfts machen nach wie vor die allgemeinmedizinischen Konsultationen aus. Spektakulärer und deshalb aus Presse und Fernsehen besser bekannt sind die – erfreulicherweise selteneren – Notfalleinsätze.

Und hier beginnen die Schwierigkeiten. Wann entwickelt sich ein unklares allgemeinmedizinisches Problem zu einem Notfall?

Der Internist und Arbeitsmediziner Dr. med. Tobias Riemer berichtet von einer Patientin, die ihn auf der Seereise vom schwarzen Meer nach Kanada in Atem gehalten hat. Nach einem ausgedehnten Bad in der Mittagssonne klagte eine frisch zugestiegene Reisende über vermehrte Müdigkeit, die sie selbst dem Jetlag zuschrieb. Bei der Vorstellung im Schiffshospital am Folgetag fühlte sie sich in keinster Weise ausgeschlafen. Im Gegenteil war sie schläfriger als jemals zuvor.

Die klinische Untersuchung zeigte keine Hirndruckzeichen, das eingeschränkt mögliche Labor – an Elektrolyten ließ sich nur Kalium bestimmen – war unauffällig. Die Patientin wurde stationär im Schiffshospital aufgenommen und fiel innerhalb weniger Stunden in ein nicht beatmungspflichtiges Koma.

Was tun? Die Vorgeschichte nahezu unbekannt, keine Fachkollegen für ein Konsil, keine ausgedehnten Diagnostikmöglichkeiten wie CCT und keine Intensivstation außer der bordeigenen weit und breit. Als Verdachtsdiagnosen Sonnenstich, Drogenabusus, Apoplex oder Hirnblutung.

Hier beginnt dann zusätzlich zur medizinischen Tätigkeit die Managementaufgabe: Herstellen des Kontakts zu potentiell aufnehmenden Krankenhäusern an der amerikanischen Ostküste, Organisieren eines Rücktransports ins Heimatland mit einem Assistance-Unternehmen sowie Kontaktaufnahme und Koordination des weiteren Vorgehens mit den Verwandten der Patientin zu Hause. "Ein furchtbarer bürokratischer Aufwand", so Dr. Riemer.

Um es kurz zu machen: Die Patientin wurde ausgeschifft, mit einem Rettungswagen ins Krankenhaus gefahren und dort untersucht. Dabei klarte sie auf, die neurologische Diagnostik blieb ergebnislos, das CCT ohne pathologischen Befund. Die Verdachtsdiagnose der Kollegen an Land lautete Alkoholentzugssyndrom, die Patientin wurde entlassen. Trotz ihrer eingeschränkten Englisch-Kenntnisse fand die Dame den Weg zurück zum Hafen und setzte die Seereise bis zum geplanten Ende ohne weitere Auffälligkeiten fort.

Vertrauen der Besatzung

Über die zweite Patientengruppe, die Besatzungsangehörigen, berichtet der Allgemein- und Arbeitsmediziner Dr. med. Frank Heblich. Diese Mitarbeiter, die auf einem Schiff häufig aus bis zu 54 verschiedenen

Ländern stammten, sehen bei ihren oft ein Jahr dauernden Heuerzeiten meist keinen Arzt an Land und sind deshalb besonders vom Engagement und der Zivilcourage des eingesetzten Schiffsarztes abhängig. Das Vertrauen dieser Menschen zu gewinnen ist nicht ganz einfach. Und vielen Kollegen gelingt das auch nicht, wenn sie nicht aktiv an die Arbeitsplätze der Besatzung herantreten und sich sichtlich für die Tätigkeit und auch für das Leben der ihnen Anvertrauten interessieren. Umso erfreulicher ist es dann für einen echten Hausarzt, wenn er oder sie bei der Mannschaft Vertrauen gewinnt, therapeutisch aber auch präventiv tätig werden darf.

Dr. Heblich freut sich noch Jahre später über den Anruf eines Decksmanns der Lilli Marleen: "Ich weiß nicht, wie er an meine Telefonnummer gekommen ist!" Der junge Mann war seit Jahren nicht geimpft worden und hatte auf einer gemeinsamen Seereise zum Teil Auffrischimpfungen und zum Teil die ersten Dosen der Grundimmunisierung für Impfungen nach dem STIKO-Schema erhalten. "Doc, Sie haben uns damals geimpft. Sind wir nun wieder dran?" Ja, sie waren. Und haben dann durch den Kollegen auf ihrem neuen Schiff den Abschluss der Grundimmunisierung erfahren.

Noch einmal nach dem Basisgeschäft gefragt resümiert Dr. Riemer die Schwerpunkte seiner Tätigkeit. Gerade auf Kreuzfahrtschiffen sind ein großer Teil der Patienten Kinder. Häufigstes Krankheitsbild sei der Sonnenbrand, die größte Krankheitsgruppe sei dem HNO-Bereich zuzuordnen. Bei den Besatzungsmitgliedern seien Ekzeme häufig, bei den Maschinisten zusätzlich noch abszedierende Infektionen der Haut. Passagiere klagten oft über Zahnschmerzen. In der Regel sei die Schmerztherapie an Bord schaffbar. Die Beratung und in einigen Fällen Therapie

fände allerdings, auch wenn Zahnärzte unter den Passieren seien, fast ausschließlich bei zahnärztlichen Kollegen an Land statt. Hier steuert Dr. Heblich die Geschichte eines Patienten bei, der durch eine entzündete Zahnwurzel innerhalb eines Tages so starke Schmerzen entwickelte, die mit Höchstdosen von NSAR und einem niedrigpotenten Opioid nicht adäquat gelindert werden konnten. Erst die Trepanation des Zahns - Dr. Heblich hatte die Technik während seiner Ausbildung zum Schiffsarzt der Marine gelernt - führte zu einer sofortigen Schmerzlinderung. An Bord würden solche Zähne nur provisorisch verschlossen, die Endbehandlung den zahnärztlichen Kollegen an Land überlassen. Aus dem Gebiet der Allgemeinchirurgie sei die Abszessspaltung der häufigste Eingriff, der Traumatologe im Schiffsarzt habe sich hauptsächlich um Distorsionen meist des Sprunggelenks gelegentlich auch um Frakturen zu kümmern.

Mandat der Hygiene

Zum Aufgabenbereich des Schiffsarztes gehört aber auch der große Bereich der Hygiene. Und zwar außer der Hygiene im Hospital, gemeinsam mit anderen Abteilungen an Bord auch die Trinkwasser- und die Küchenhygiene. Unspektakulär, solange nichts passiert. Aber äußerst unangenehm, wenn sich der Schiffsarzt nach einem Noro-Virus-Ausbruch und entsprechenden Schlagzeilen der Boulevardpresse kritischen Fragen zum Hygienemanagement gefallen lassen muss. "Sollte es dennoch einmal zu einem Ausbruch kommen – und hundertprozentig kann man sich dagegen nicht schützen", so Bettina Gau, Ärztin an der Uni-Klinik Kiel und ehemalige Hamburger Hafenärztin, "müssen unverzüglich die bordeigenen Ausbruchspläne umgesetzt werden. Hier gilt es, alle Kontrollmaßnahmen bei Infektionskrankheiten an Bord durch Diagnostik, Desinfektion, Isolation und eventuell Quarantäne anlassbezogen umzusetzen."

Auch wenn Notfälle vergleichsweise selten auftreten, bleiben sie einfach besser im Gedächtnis. Der COPD-Patient, der nach tagelangen frustranen Therapieversuchen an Bord doch ausgeschifft werden musste. Und die Patientin mit der Transitorische ischämische Attacke, die in der Ostsee mitten in der Nacht ausgeflogen wurde. Und alle Kollegen sind sich einig, dass sie bisher Glück hatten. Dass das Wetter gut genug war für einen Hubschrauberstart, dass die Entfernung zum nächstgelegenen Land so kurz war, dass die Reichweite des Helikopters ausreichte, dass ein Patient solange stabilisiert werden konnte, bis das Schiff einen geeigneten Hafen anlaufen konnte.

Gute Vorbereitung essentiell

Einigkeit herrscht zwischen den Kollegen aber auch, dass die schiffsärztliche Tätigkeit zu einer der anspruchsvollsten Sparten in der Medizin gehört und sich die Wenigsten auf ihren ersten Fahrten hinreichend vorbereitet fühlten.

Mit dem Zertifikat Maritime Medizin hat die Ärztekammer Schleswig-Holstein im Jahr 2001 erstmals ein qualitativ hochwertiges Curriculum zur Ausbildung von Schiffsärzten erstellt, an dem sich die Schiffsarztausbildung der Marine seitdem orientierte. Eine entsprechende Ausbildung für den zivilen Bereich hat es bisher nicht gegeben. Ein auf dem zurzeit ausgesetzten Zertifikat Maritime Medizin basierendes und modular aufgebautes Ausbildungskonzept wurde erst in diesem Jahr etabliert und wird mit ausgewiesenen Experten auf allen Gebieten angehende Schiffsärzte in einem ersten "Basic Course - Einführung in die Maritime Medizin" die grundlegenden maritimen Kenntnisse ver-

mitteln (www.schiffsarztlehrgang.de). In einem zweiten Modul, dem Advanced Course, wird das dort erworbene Wissen in verschiedenen Spezialgebieten wie beispielsweise Ausbruchsmanagement, Tropen- und Reisemedizin, Tauchmedizin und vielen anderen Themen vertieft. Und in einem dritten Modul, dem Professional Course, das sich hauptsächlich an bereits erfahrene Schiffsärzte richtet, sollen die Kolleginnen und Kollegen anhand von Leitlinien-Updates angepasst an das maritime Umfeld wieder auf den aktuellen Stand der Medizin gebracht werden und außerdem die Ausbilderfähigkeit für Sofortmaßnahmen, Erste Hilfe, Reanimation und Frühdefibrillation gefestigt werden.

Christoph Sevenich, Geschäftsführer und Mitinitiator der Schiffsarztlehrgang GbR beschreibt den Hintergrund des ersten zivilen deutschen Schiffsarztlehrganges: "Auf Grund fehlender Regularien besteht die Gefahr unsachgemäßer Fortbildungsangebote in diesem wachsenden Segment. Qualitativ hochwertige Fortbildung aus erster Hand, mit Augenmaß und Verantwortungsbewusstsein ist unsere oberste Prämisse. Uns ist wichtig, unseren Teilnehmern gleich von Anfang an ihre bedeutsame Rolle für Besatzung und Passagiere zu verdeutlichen, sie auf ihren späteren Einsatz gut vorzubereiten und dabei mit viel Einfühlungsvermögen und echter Praxiserfahrung aus der Maritimen Medizin Wissen zu vermitteln."

"Wenn es das schon früher gegeben hätte, wäre mir auf meinen ersten Seereisen deutlich wohler gewesen", so Dr. Riemer, der nun als einer der Referenten seine inzwischen ausgiebigen Erfahrungen an die Kollegen weitergeben wird.

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Frank Heblich
Facharzt für Allgemeinmedizin und
Arbeitsmedizin
Maritime Medizin, Flugmedizin
Wissenschaftlicher Leiter
Schiffsarztlehrgang GbR
Meimersdorfer Weg 217
24145 Kiel
E-Mail: heblich@schiffsarztlehrgang.de

OLG Karlsruhe beanstandet Ärzteverzeichnis:

Keine Werbung mit "Top-Experten"

Bei der Auswahl von Ärzten verlassen sich Patienten neben Empfehlungen von Verwandten und Freunden auf die – oft nur vermeintlich – objektiven Bewertungen in Ärzteverzeichnissen. Das OLG Karlsruhe hat in einem aktuellen Urteil ein solches Ärzteverzeichnis, das sich ausweislich der Eigendarstellung an Patienten aus dem In- und Ausland wandte, in verschiedener Hinsicht als wettbewerbswidrig beanstandet, weil es die bei den Lesern erweckten Erwartungen nicht erfüllte:

Die in dem Verzeichnis dargestellten Mediziner wurden als "Spitzenmediziner", "Top-Experten" oder "Top-Fachärzte" bezeichnet. Insgesamt wurde der Eindruck erweckt, durch aufwendige Recherchen könne man ein Verzeichnis von Ärzten präsentieren, die mit Abstand führend in ihrem Fachgebiet seien. Dass ein solch deutlicher und nachhaltiger Vorsprung in der Qualifikation der jeweiligen Mediziner gegenüber dem Durchschnitt der auf dem jeweiligen Fachgebiet tätigen Kollegen bestand, konnte der Beklagte allerdings im Prozess nicht darlegen. Manche Kriterien hielt das Gericht bereits für untauglich zur Einstufung als "Spitzenmediziner" (etwa akademische Titel oder die Zugehörigkeit zu wissenschaftlichen Gesellschaf-

ten). Insgesamt fehlte es den Richtern an einer überzeugenden Darstellung der Ermittlung und Gewichtung der einzelnen Kriterien, die zur Einstufung als "Top-Experten" und ähnlichem führten. Hinzu kam, dass die Ärzte und Einrichtungen, die von dem Beklagten als Spitzenmediziner dargestellt wurden, für den Eintrag erhebliche Beträge zahlen mussten. Es handelt sich bei dem Verzeichnis daher nach Auffassung des OLG Karlsruhe nicht um redaktionelle Berichterstattung, wie die Beklagte suggerieren wolle, sondern um eine von den präsentierten Ärzten durch hohe Entgelte mit finanzierte Werbeplattform. Dies sei für den Verbraucher aber nicht ersichtlich. Das OLG Karlsruhe hat die Revision nicht zugelassen (OLG Karlsruhe, Urteil vom 7. Mai 2012, 6 U 18/11).

Weitere Informationen zum Verfahren erhalten Sie von der Wettbewerbszentrale, Büro Bad Homburg, Frau RAin Christiane Köber unter Angabe des Aktenzeichens F 4 0010/10.

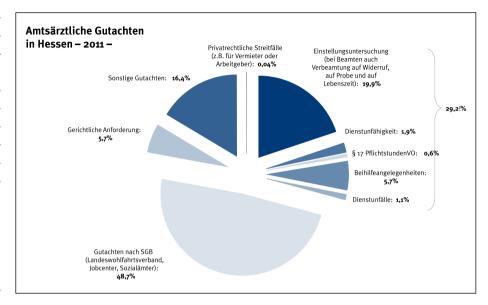
RAin Christiane Köber Wettbewerbszentrale, Büro Bad Homburg

Erstellung amtsärztlicher Gutachten durch die hessischen Gesundheitsämter – Fallzahlen für das Jahr 2011

Was untersuchen Amtsärztin und Amtsarzt?

Ärztliche Untersuchungen und die Erstellung von Gutachten gehören zu den klassischen Aufgaben der hessischen Gesundheitsämter. Amtsärztinnen und Amtsärzte sind als neutrale und unabhängige Gutachter gefragt. Für zahlreiche Entscheidungen sind amtsärztliche Gutachten gesetzlich vorgeschrieben, so das Regierungspräsidium Darmstadt, das hessenweit für die Aufsicht über die Gesundheitsämter zuständig ist. Auch Gerichte können zur Beweissicherung amtsärztliche Gutachten verlangen.

Die 24 bei den kreisfreien Städten und Landkreisen angesiedelten hessischen Gesundheitsämter haben im Jahr 2011 insgesamt knapp 48.000 amtsärztliche Gutachten erstellt. Im Durchschnitt hat also iedes Gesundheitsamt etwa 2.000 Gutachten im Jahr erstellt, eine hohe Zahl. "Diese hohe Zahl stellt die Leistungsfähigkeit der Gesundheitsämter eindrucksvoll unter Beweis", sagte Regierungspräsident Johannes Baron. Die Bandbreite erstreckt sich von den althergebrachten Untersuchungen von Beamtinnen und Beamten (z.B. bei Einstellung oder Dienstunfähigkeit) mit einem Anteil von ca. 29 % bis hin zu Gutachten auf Anforderung von Gerichten, z.B. wegen Haft- und Verhandlungsfähigkeit oder in Betreuungsangelegenheiten (ca. 6 %).



Fast die Hälfte der Gutachten wurde nach dem Sozialgesetzbuch für den Landeswohlfahrtsverband, Sozialämter und Jobcenter u.a. im Rahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte, die Begutachtung der Arbeitsfähigkeit (Hartz IV/ALG II) usw. erstellt. Aufgabe der Gesundheitsämter ist es beispielsweise, die gesundheitliche Eignung für berufliche Tätigkeiten oder die Berechtigung von Leistungsansprüchen festzustellen.

Hinter "Sonstigen Gutachten" mit einem Anteil von insgesamt ca. 16 % verbergen sich hessenweit beispielsweise über 1.000 Gutachten zur Sportbefreiung von Schülerinnen und Schülern, fast 2.000 Gutachten bei krankheitsbedingtem Rücktritt von Prüfungen bei Studentinnen und Studenten und über 2.000 Gutachten in Zusammenhang mit dem Führerschein (gesundheitliche Eignung, Führerscheinentzug etc.). Ein Vergleich der Statistik für die letzten drei Jahre zeigt, dass die Fallzahlen in allen Bereichen relativ konstant sind.

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Alexander Beile Regierungspräsidium Darmstadt Dezernat II 24 – Gesundheit Luisenplatz 2, 64283 Darmstadt



Schnelle Anmeldung zu Veranstaltungen der Akademie jederzeit online möglich!

3 P

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 auf Seite 532!

5. Sommerakademie

Montag 20. Aug. 2012, 19:00 - 20:30 Uhr 2 P

Myokardrevaskularisation:

Indikationen und Ergebnisse der Katheterverfahren Indikationen und Ergebnisse koronar-chirurgischer

Verfahren

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

Intensivkurs - Hygiene in Arztpraxen

(auch für med. Fachpersonal)

Mittwoch 22. Aug. 2012, 17:00 - 19:15 Uhr

Gelenkschmerzen: Differentialdiagnose

Arthrose/Arthritis

Indikationen und Ergebnisse konservativer

Behandlungsmöglichkeiten

Indikationen und Ergebnisse chirurgischer Behandlungsmöglichkeiten (Gelenkersatz)

Donnerstag 23. Aug. 2012, 17:00 - 20:30 Uhr

Präoperative Diagnostik bei abdominellen Eingriffen

Diagnostische Methoden und wegweisende Befunde - Klinik, EKG, Ultraschall, Röntgen, MRT, Labor Kopfschmerzen – ein interdisziplinäres Problem?

Freitag 24. Aug. 2012, 13:00 - 21:00 Uhr **Hautkrebsscreening**

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage, Fortbildungen auch einzeln buchbar

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

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

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Schnittstelle Medizin und Physiotherapie

In Zusammenarbeit mit dem Dt. Verband für Physiotherapeuten

Pädiatrie in der Neurologie und Orthopädie -

Interdisziplinäre Herausforderung für Arzt und Therapeut

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

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

Themen: Mikrobiologisch-immunologische Impfbasics und kleine Impfstoffkunde; Rechtliche Grundlagen, allgemeine fachliche Regeln, STIKO-Empfehlungen; Schutzimpfungen im Kindes- und Jugendalter; Impfungen in der Schwangerschaft, Impfungen der Frau; Impfungen bei älteren und chronisch kranken Menschen; Impfungen im Arbeitsleben; Impfungen im Reiseverkehr; Malariaprophylaxe; Kassenärztliche Abrechnung von Impfungen; Impffördernde Praxisorganisation; Praktische Impf-Übungen in 4 POL-Gruppen; Impfkritik, Impfreaktionen und -schäden; Neue Entwicklungen auf dem Gebiet der Schutzimpfungen

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

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

Rheumatologie

Rheuma an einem Tag

6 P

11 P

Mittwoch, 31. Okt. 2012

Leitung: Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim **Teilnahmebeitrag:** € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Max. Teilnehmerzahl: 30

Tagungsort: Bad Nauheim, Kerckhoff-REHA-Zentrum Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

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

E-Mail: heike.cichon@laekh.de





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

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: € 90

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

7. Wiesbadener Symposium zu entzündlichen Erkrankungen des ZNS

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

<u>Autoimmunenzephalitiden – differentialdiagnostisch und</u> 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

Aktuelles aus der Arbeitmedizin

Samstag, 17. Nov. 2012, 09:00 - 14:00 Uhr

Leitung: Dr. med. M. Kern, Frankfurt

Teilnahmebeitrag: € 25 (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 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

Basiskurs Sexualmedizin

Modul I Samstag, 15. – Sonntag, 16. Dez. 2012 Modul II Samstag, 16. – Sonntag, 17. Feb. 2013 Modul III Samstag, 27. – Sonntag, 28. Apr. 2013 Leitung: Dr. med. H. Berberich, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag gesamt: € 880 (Akademiemitgl. € 792) **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

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Samstag, 15. - Sonntag, 16. Juni 2013

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

Ärztliches Peer Review

Termine in Planung

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

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

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Bad Nauheimer Interdisziplinäre Tage

Samstag, 03. Nov. 2012

09:00 - 13:30 Uhr Kopf- und Gesichtsschmerzen

Leitung: Dr. med. J. M. Klotz, Fulda

14:00 – 18:00 Uhr Gesundheitliche Belastungen durch Fluglärm u.

flugverkehrsbedingte Umweltverschmutzung Leitung: Prof. Dr. med. Thomas Eikmann, Gießen

PD Dr. med. Ursel Heudorf, Frankfurt

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 Ärztegesellschaft 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 Ärztegesellschaft 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 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 Hönmann, Frankfurt a. M.

Weiterbildungsordnung ab 1999

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

Prüfarzt in Klinischen Studien

Freitag, 28. – Samstag, 29. Juni 2013

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

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

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

 $\hbox{E-Mail: } \textit{adelheid.zinkl} @ \textit{laekh.de} \\$

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

"Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen (G_{35}) " 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

Teilnahmebeitrag pro Kursteil: € 490 (Akademiemitgl. € 441)

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

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

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

Teilnahmebeitrag pro Kursteil: auf Anfrage

Leitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Prof. Dr. med. H.-J. Woitowitz **Tagungsort: Bad Nauheim,** Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie, Fon: 06032 782-283, Fax: 069 97672-67283,

E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Didaktik

Moderatorentraining

20 P

Freitag, 26. Okt. – Samstag, 27. Okt. 2012 Leitung: Dr. med. Wolfgang Zeckey, Fulda Teilnahmebeitrag: € 360 (Akademiemitgl. € 324)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238, E-Mail: andrea.floeren-benachib@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. R. Snethlage, 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

Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer

Modul I Freitag, 01. – Samstag, 02. März 2013 12 P Modul II Freitag, 26. – Samstag, 27. Apr. 2013 12 P

Modul III Freitag, 21. – Samstag, 22. Juni 2013 16 P

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

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





Curriculum Organspende (insg. 40 Std.)

Kriseninterventionsseminar (8 Std.)

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

Mittwoch 15. Aug. 2012

Leitung: Dr. med. W. O. Bechstein, Ffm., Dr. med. U. Samuel, Mainz **Tagungsort: Bad Nauheim,** Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie, Fon: 06032 782-238. Fax: 069 97672-67238.

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

Krankenhaushygiene

Modul I: Montag, 20. – Freitag, 24. Aug. 2012 in Gießen 40 P

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 40 P

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

Aktuelle Diabetologie

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

Mittwoch, 26. Sep. 2012, 15:30 – 20:00 Uhr 6 F

Teil 1: Prävention – Chancen und Umsetzungsmöglichkeiten

 $\label{thm:continuous} \textbf{Teil 2:} \qquad \textbf{Metabolisches Syndrom-aktuelle therapeutische}$

Strategien

Leitung: Dr. med. B. Fischer, Gießen

Dr. med. R. Wellhöner, Kassel

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, 28. Nov. Teile 3 / 4

Medizinische Rehabilitation

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

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

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

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

Donnerstag/Freitag, 08./09. Nov. 2012

16 P

Leitung: PD Dr. med. Y. Schmitt, Darmstadt

Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)

Tagungsort: Darmstadt, Klinikum Darmstadt, Grafenstr. 9 **Auskunft und Anmeldung:** Frau H. Cichon, Akademie,

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

E-Mail: heike.cichon@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 I

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

Teilnahmebeitrag: € 400 (Akademiemitgl. € 360)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Kurs Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Kursmodul I (alleine) Mittwoch, o6. – Freitag, o8. Feb. 2013
Kursmodul II (alleine) Freitag, o8. – Samstag, o9. Feb. 2013
Kursmodul I + II Mittwoch, o6. – Samstag, o9. Feb. 2013

Leitung: Dr. med. E. Wranze-Bielefeld, Dautphetal

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 gemäß 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, Conradistr.

21 P

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





Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

18. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35 100/35 110). Es handelt sich um eine inte grierte Veranstaltung.

Enthalten sind hierin die erforderlichen Anteile von 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balint), 30 Stunden Interventionstechniken, 20 Stunden Wissen, d. h. insgesamt 80 Stunden.

Die Balintgruppenarbeit (Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung) ist bereits in jeden Block inkludiert und somit bereits in den Teilnahmegebühren enthalten.

Ein Einstieg in den Kurs ist zu jedem Block (außer zum Zusatztermin) möglich!

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.

Teilnahmebeitrag: Block (20h) € 330 (Akademiemitgl. € 297) **Tagungsort: Bad Nauheim,** Fortbildungszentrum der LÄK Hessen **Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238, E-Mail: andrea.floeren-benachib@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
AK II Mittwoch, o6. Feb. – Freitag, 15. Feb. 2013	80 P
GK I Mittwoch, 10. Apr. – Freitag, 19. Apr. 2013	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

Palliativmedizin

Fal	Isem	inar	Mod	ul III:

Montag, 19. – Freitag, 23. Nov. 2012	40 P
Basiskurs:	

Dienstag, 04. – Samstag, 08. Dez. 2012 40 P

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

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen Die Reihenfolge der Teilnahme muss eingehalten werden: Basiskurs – Aufbaukurs Modul I – Aufbaukurs Modul II (diese

beiden sind tauschbar) – Fallseminar Modul II.

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Fon: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202, E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV

Grundkurs

Samstag, 11. – Sonntag, 12. Aug. 2012 16 P

Teilnahmebeitrag: € 300 (Akademiemitgl. € 270)

Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde gem. RöV 9 P

Samstag, 01. Sep. 2012

Teilnahmebeitrag: € 130 (Akademiemitgl. € 117)

Kenntniskurs (Theoretische und Praktische Unterweisung)

Samstag, 10. Nov. 2012

Spezialkurs Röntgen-Diagnostik

Samstag, 22. – Sonntag, 23. Sep. 2012 16 P

Teilnahmebeitrag: € 300 (Akademiemitgl. € 270)

Spezialkurse Computertomografie / Interventionsradiologie

Samstag, 29. Sep. 2012

Teilnahmebeitrag: jeweils € 100 (Akademiemitgl. € 90)

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

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 32 P Block III b: Mittwoch, 28. Nov. – Samstag, 01. Dez. 2012 32 P

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

Teilnahmebeitrag: Block III a + b: € 1.500 (Akademiemitgl. € 1.350) **Tagungsort: Bad Nauheim,** Fortbildungszentrum der LÄK Hessen **Auskunft und Anmeldung:** Frau H. Cichon, Akademie,

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

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Termine 2013

Block || a: Dienstag, 12. – Samstag, 16. Feb. 2013

Block || a: Mittwoch, 17. – Samstag, 20. Apr. 2013

Block || a: Mittwoch, 19. – Samstag, 22. Juni 2013

Block || a: Mittwoch, 25. – Samstag, 28. Sep. 2013

Bock || b: Donnerstag, 14. – Samstag, 16. Nov. 2013





Curriculum "Qualifikation Tabakentwöhnung" als Blended-Learning-Veranstaltung

Einführungsseminar: Freitag, 05. Okt. 2012 insg. 20 P Telelernphase: Samstag, 06. Okt. – Freitag, 30. Nov. 2012

Präsenzphase: Samstag, 06. Okt. – Freitag, 30. I – 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. Bönhof, 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. Bönhof

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

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

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

Verkehrsmedizinische Qualifikation

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer

Freitag, 28. – Samstag, 29. Juni 2013

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

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.akademiehessen.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





ZUSÄTZLICHER TERMIN!

Onkologie für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen

Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang "Onkologie" basiert auf der Onkologie-Vereinbarung, die beschreibt, dass in begründeten Fällen Medizinische Fachangestellte als Assistenz hinzugezogen werden können. Die Fortbildung wird in modularer Form angeboten und ist unterteilt in die Module:

- PAT 1: Kommunikation und Gesprächsführung
- PAT 2: Wahrnehmung und Motivation
- ONK PAL 1: Allgemeine und medizinische Grundlagen in der Onkologie und Palliativmedizin
- ONK PAL 2: Versorgung und Betreuung von Patienten
- ONK PAL 3: Psychosoziale Bewältigungsstrategien
- ONK 1: Spezielle onkologische Grundlagen, Krankheitsbilder und Therapien
- ONK 2: Dokumentation und rechtliche Grundlagen
- ONK 3: Therapeutische und pflegerische Interventionen
- ONK 4: Psychoonkologische Grundlagen

Termine: ab 24.08.2012

Teilnahmegebühr: für die einzelnen Bausteine siehe Home-

page. Weitere Informationen auf Anfrage

Information: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, 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 einzeln 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 amb. Versorgung

Termin: ab Mittwoch, 19.09.2012

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

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

Schwerpunkt Patientenbetreuung / Praxisorganisation

Beschwerde- und Konfliktmanagement (PAT 4)

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

Termin: Sa., 13.10.2012, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 95

Schulungen und Training im Praxisteam – Qualitätsmanagement (PAT 9)

Schulungen, Trainings und Belehrungen sind feste Bestandteile eines QM-Systems in der Arztpraxis und im Krankenhaus. Die Motivierung des Teams zur aktiven Mitarbeit steht im Zentrum der Fortbildung.

Inhalte:

- Rhetorik und Ausdruckspsychologie
- Visualisierungstechniken
- Didaktische Aspekte
- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess in der Planung
- Durchführung und Kontrolle von Schulungs- und Trainingsmaßnahmen

Termin: Interessentenliste, mittwochs, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

<u>Datenschutzbeauftragte/r in ärztlich geleiteten</u> Einrichtungen (PAT 12)

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

Termin Präsenzphase: Sa., 22.09.2012 und Sa., 13.10.2012 **Termin Telelernphase:** 23.09.2012 bis 06.10.2012

Teilnahmegebühr: € 255

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, 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: Do., 30.08.2012 bis Sa., 01.09.2012 und

Do., 13.09.2012 bis Sa., 15.09.2012 (44 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 550

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

Telefongespräche mit schwierigen Patienten (PAT 11)

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

Termin: Sa., 03.11.2012, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Std.)

Teilnahmegebühr: € 95

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





Schwerpunktmedizin

Herz und Lunge (MED 3)

Die Fortbildung wird anerkannt bei der Qualifizierung "Nichtärztliche Praxisassistenz".

Inhalte: Neben der theoretischen Vermittlung der am häufigsten durchgeführten Messverfahren werden vielfältige praktische Übungen durchgeführt.

Termin: Sa., 15.09.2012, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Std.)

Teilnahmegebühr: € 95

Injektionen/Infusionen (MED 5)

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: Sa., 08.09.2012, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Std.)

Teilnahmegebühr: € 95 **Schmerz (MED 8)**

Thema des Kurses ist die Behandlung chronischer Schmerzen zusätzlich zur medikamentösen Behandlung. Es werden Methoden vorgestellt und erlernt, die Medizinische Fachangestellte erlernen und anwenden können, u.a.: Tens, TAPE, Infiltrationstherapien. Weiterhin werden verschiedene Schmerzarten erörtert.

Termin: Mi., 12.09.2012, 14:00 – 18:15 Uhr (5 Std.)

Teilnahmegebühr: € 70

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 Mo., 20.08.2012

Teilnahmegebühr: € 950 zuzügl. € 60 Lernerfolgskontrolle

Zusätzlich sind die Themen: Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1), Wahrnehmung und Motivation (PAT 2) sowie Moderation (PAT 3) zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden.

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

Klinikassistenz (120 Stunden)

Die Fortbildung "Klinikassistenz" umfasst 100 Unterrichtsstunden sowie ein 20-stündiges Praktikum. Die zur Klinikassistenz Fortgebildeten sollen in Aufgaben unterstützen und entlasten, die an nichtärztliches Personal zu delegieren sind und nicht dem pflegerischen Aufgabenbereich zugeordnet werden.

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

Termin: ab Do., 11.10.2012

Teilnahmegebühr: € 1.180 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle **Information:** Monika Kinscher, Fon: 06032 782-187, Fax: -180

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

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

Termin: ab Fr., 12.10.2012

Teilnahmebeitrag: € 780 zuzügl. € 55 Prüfungsgebühr **Information:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, 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: Frühjahr 2013

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



Weg mit Chips und Schoko – raus in die Natur, laufen, springen und walken

Diabetes-Präventionsprojekt im Landkreis Hersfeld-Rotenburg

"Mehr Bewegung und gesündere Ernährung: Runter vom Sofa, weg mit Chips und Coke und Schoko - raus in die Natur, laufen, springen, walken", forderte Landrat Dr. Karl-Ernst Schmidt bei der Eröffnung des Diabetes-Präventionstages, zu dem die Landesärztekammer Hessen am 16. Juni 2012 in das Hotel am Kurpark in Bad Hersfeld eingeladen hatte. Mindestens 300 Bürgerinnen und Bürger besuchten den Präventionstag, der zugleich Höhepunkt des Diabetes-Präventionsprojektes "Fit und gesund älter werden" der Landesärztekammer Hessen im Landkreis Hersfeld-Rotenburg war. Schirmherr des hessenweiten Projektes ist der Hessische Sozialminister Stefan Grüttner, für die ländliche Modellregion Hersfeld-Rotenburg hatte Landrat Dr. Karl-Ernst Schmidt die Schirmherrschaft übernommen.

Wie wichtig es ist, Menschen über das Risiko einer Diabetes-Erkrankung und ihre Folgen zu informieren, machte Dr. med. Roland Kaiser, Ärztlicher Geschäftsführer der Landesärztekammer, deutlich: "In Hessen leiden mehr als eine halbe Million Menschen an Diabetes. Die tatsächliche Zahl der Erkrankten dürfte allerdings viel höher liegen." Ursachen für den Diabetes Typ 2 sind in der Regel Übergewicht und mangelnde Bewegung. Alarmierende Zahlen nannte Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong, Hessisches Sozialministerium: "Im Jahr 2009 waren insgesamt 328.340 Frauen, 284.820 Männer und 4.720 Kinder in Hessen an Diabetes erkrankt. Unter den über 70-jährigen Hessen leidet heute ungefähr jeder fünfte Hesse an Diabetes. Bei den 75- bis 80-jährigen steigt der Anteil auf 25 Prozent. Diabetes Typ 2 ist somit eine der wichtigen und in ihren Konsequenzen teuersten chronischen Erkrankungen in Hessen. So ist die Vermeidung oder zu-



Großes Interesse am Programm des Präventionstages

Foto: Katja Kölsch

mindest die Verzögerung der Typ-2-Diabetes-Erkrankung eine der herausragenden Aufgaben aller Akteure im Gesundheitswesen."

Diabetes-Risiko bei 75 Prozent der Befragten

Auch die im Rahmen des Projektes in zwölf Hausarztpraxen im Landkreis Hersfeld-Rotenburg, im Klinikum Bad Hersfeld und im Kreiskrankenhaus Rotenburg a.d. Fulda durchgeführte Fragebogenaktion zur Risikoermittlung zeigte, dass viele Menschen gefährdet sind, ohne sich dessen bewusst zu sein. 345 Frauen (59 Prozent) und Männer (41 Prozent) nahmen an der anonym ausgewerteten Befragung teil. Immerhin 260 von ihnen - und damit rund 75 Prozent – hatten ein leichtes bis erhebliches Risiko, in den nächsten zehn Jahren einen Tvp-2-Diabetes zu entwickeln. Doch Prävention sei nicht schwer, betonte Dr. med. Frank Joachim Klein, Facharzt für Allgemeinmedizin in Schenklengsfeld und ärztlicher Ansprechpartner des Modellprojekts im Landkreis Hersfeld-Rotenburg: "In Deutschland entwickelt sich die Zahl

der Übergewichtigen parallel zu den PKW-Zulassungszahlen. Ein Zufall? Es zeigt in jedem Fall, dass wir uns immer weniger selbst bewegen und das Körpergewicht nimmt zu. Dabei ist es so leicht, etwas für die eigene Gesundheit zu tun. Nur "ein wenig mehr" bewegen. Am besten jeden Tag – immer wieder."

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



Besucher auf dem Markt der Möglichkeiten

Foto: Jasmin Völker

Motivieren, Impulse zur Umstellung der Lebensgewohnheiten geben und die ärztliche Kompetenz in der Prävention deutlich machen: Das sind die Anliegen des Diabetes-Präventionsprojektes "Fit und gesund älter werden", mit dem die Landesärztekammer gemeinsam mit ihren Kooperationspartnern (im Landkreis Hersfeld-Rotenburg: zwölf niedergelassene Hausarztpraxen, Klinikum Bad Hersfeld, Kreiskrankenhaus Rotenburg a.d. Fulda, Herzund Kreislaufzentrum Rotenburg a.d. Fulda, Knappschaft, Knappschaftsklinik Bad Soden-Salmünster, HAGE (Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung), Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Sektion Hessen, Landessportbund Hessen, Sportkreis Hersfeld-Rotenburg, Diabetiker-Selbsthilfegruppe Bad Hersfeld, Deutscher Diabetikerbund - Landesverband Hessen und die Firma Continental) und der Hersfelder Zeitung einen Beitrag zur Vorbeugung von Typ-2-Diabetes leisten möchte. "Als Knappschaft unterstützen wir dieses Proiekt der Landesärztekammer Hessen, um den Fokus verstärkt auf die Primärprävention mit einer gesunden Ernährung und einer sportlichen Betätigung zu legen. Daher sehen wir als Kooperationspartner im Projekt "Fit und gesund älter werden" einen weiteren

wichtigen Schritt zur Etablierung einer dauerhaften Präventionskultur in Hessen zur Verminderung von Diabetes-Neuerkrankungen", erklärte Birgit Büttner auf der Pressekonferenz die Motivation der Knappschaft, sich als Kooperationspartner an dem Projekt zu beteiligen.

Beratung und Information

Wie kann Vorbeugung gelingen? Das führte der Präventionstag mit Experten-Vorträgen (Bad Hersfeld: ChA Dr. med. Markus Kroker, Schenklengsfeld: Dr. med. Frank Klein, Rotenburg a.d. Fulda: OA Dr. med. Michael Metzler, Friedrichsdorf: Dr. Ulrike Kreinhoff), Podiumsdiskussion unter der Leitung von Kai Struthoff (Hersfelder Zeitung), einem Markt der Möglichkeiten und Unterhaltung vor. Bereits vor offiziellem Veranstaltungsbeginn wollten sich zahlreiche Besucher auf dem Markt der Möglichkeiten informieren. An den Ständen wurde beraten, über Ernährung, die Zubereitung gesunder Brotaufstriche und über Angebote von Sportvereinen informiert oder der Blutdruck bzw. der Blutzuckergehalt gemessen. Auch die teilnehmenden Kliniken, die Knappschaft, der Diabetikerbund - Landesverband Hessen, die Diabetiker-Selbsthilfegruppe Bad Hersfeld, die HAGE, die Deutsche Gesellschaft für

Ernährung, Sektion Hessen, der Pflegestützpunkt Landkreis Hersfeld-Rotenburg, der Allgemeine Deutsche Fahrrad-Club Hessen e.V., MOVELO sowie die Pharmafirmen Braun Melsungen und Sanofi waren mit Informationsständen vertreten. Das Interesse an einer E-Bike-Einweisung war groß. Da der angebotene Nordic-Walking-Schnupperkurs wegen Regenschauern "ins Wasser fiel", wurde spontan eine Gymnastikrunde organisiert. Musikalisches Highlight der Veranstaltung war der Auftritt des Saxophon-Quartetts der Musikschule des Landkreises Hersfeld-Rotenburg. Für spritzige kabarettistische und musikalische Einlagen sorgte das Gießener Mediziner-Kabarett "elephant toilet". Evaluiert wird die Veranstaltung von der HAGE.

Nach dem erfolgreichen Auftakt in Offenbach und dem Landkreis Hersfeld-Rotenburg soll das Projekt "Fit und gesund älter werden" in anderen hessischen Kommunen und Regionen fortgesetzt werden. Es sei der Landesärztekammer Hessen gelungen, im Rahmen des Projektes alle für die Diabetesprävention relevanten Partner zu gewinnen, um dadurch einen integralen Präventionsansatz zu ermöglichen, erklärte Maulbecker-Armstrong: "Solche Präventionsansätze, die die Landesregierung aktiv unterstützt, bewirken Kosteneinsparungen, aber vor allem auch eine längere Lebenszeit verbunden mit einer höheren Lebensqualität der Betroffenen, eine Erwartung die das Projekt "Fit und gesund älter werden" sicher gleichermaßen erfüllen wird".

Weitere Infos und mitwirkende Ärzte finden Sie unter www.laekh.de/Diabetes-Prävention

Presseabteilung der LÄK Hessen

PIP Brustimplantate - Chronik eines Skandals

Folgen für die Praxis

Henrik Menke

Die Verwendung von Brustimplantaten zum Brustaufbau oder zur Brustvergrößerung zählt zu den häufigsten rekonstruktiven und ästhetischen Eingriffen der Mammachirurgie. Seitdem zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen die Anfang der 90er Jahre geäußerte Befürchtung über mögliche gesundheitliche Risiken von Silikon ausräumen konnten, werden hierzu seit vielen Jahren überwiegend mit Silikongel gefüllte Implantate verwendet. Hierbei handelt es sich um sogenannte kohäsive Gele, die zum einen formstabil sind, zum anderen nicht auslaufen im Falle eines Kapseldefektes.

Französische Behörden entdeckten, dass die von der Firma PIP (Poly Implant Prothesis) seit 2001 hergestellten und vertriebenen Brustimplantate als Füllmaterial kein medizinisches, sondern illegal industrielles Silikon enthielten. Dieses unterliegt nicht den strengen Qualitätsanforderungen wie medizinisches Silikon. Offensichtlich zeigen diese Implantate eine um den Faktor 5 erhöhte Rupturrate, wie auch eine vermehrte Kapseldurchlässigkeit mit dem Risiko einer Silikonfreisetzung (Abb. 1-3). Dies führte zum Verbot der Implantate in Europa seit April 2010. Hinweise für ein erhöhtes Krebsrisiko oder eine genotoxische Wirkung durch PIP Implantate konnten bislang nicht bestätigt werden. Pikanterweise erfolgte die TÜV Zertifizierung dieser Implantatproduktion in einem europäischen Markt durch den TÜV Rheinland.

Die geschätzte Zahl der verwendeten Implantate in Frankreich beträgt ca. 30.000. Mehr als 1.000 Rupturen wurden gemeldet. Auch in Deutschland wurden mehr als 9.000 dieser Implantate eingesetzt. Auch

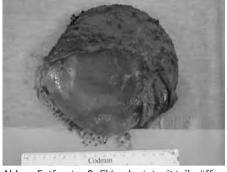


Abb. 1: Entferntes Rofil Implantat mit teileröffneter Kapsel. Auffallende inkonsistente Struktur des Füllmaterials bei vorhandener Ruptur der Implantathülle

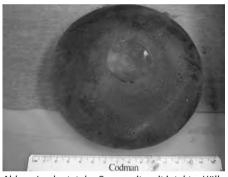


Abb. 2: Implantat der Gegenseite mit intakter Hülle

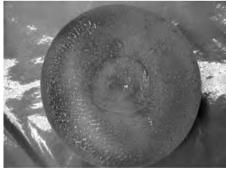


Abb. 3: "Intaktes" Implantat mit feuchtbelegter unruhiger Oberfläche durch vermehrtes Schwitzen, d.h. Übertritt des Inhaltes an die Oberfläche

Implantate der holländischen Firma Rofil (Typ IMGHC-TX, IMGHC-MX und IMGHC-LS) sowie der deutschen Firma GfE Medizintechnik (TiBREEZE, verkauft September 2003 bis August 2004) waren mit diesem Industrie-Silikon gefüllt.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) folgte den Empfehlungen der französischen Behörden und empfahl 2011 zunächst vorbeugende Sicherheitsmaßnahmen bei den betroffenen Patientinnen. Am 6. Januar 2012 wurde die Empfehlung zur Entfernung der o.g. Implantate veröffentlicht. Wie dringend eine Entnahme im Einzelfall ist, hängt wesentlich davon ab, wie lange die Patientin das Implantat bereits trägt.

Konsequenzen für betroffene Patienten

Nach der aktuellen Datenlage ist den betroffenen Patientinnen eine Entfernung der Implantate anzuraten. Dieser Eingriff kann in Ruhe geplant und somit elektiv durchgeführt werden. Der Umfang ergänzender Untersuchungen ist individuell abzustimmen. Hinweise auf Rissbildung der Hülle oder ein vermehrtes Übertreten von Implantatinhalt ("Ausschwitzen") sind Gründe für einen rascheren Handlungsbedarf.

Nicht einheitlich zu beantworten ist die Frage des Kostenträgers für Untersuchungen wie auch die Implantatentfernung. Handelte es sich um eine medizinische Indikation für die Implantatersteinlage, z.B. zum Brustaufbau nach Karzinom, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen diese Leistung. Bei Patienten mit ästhetischer Indikation, die eine Eigenleistung darstellte, ist die Kostenfrage dagegen unklar. § 52 Absatz 2 SGB V schreibt gesetzlich vor, dass eine Krankenkasse den Patienten an den Folgekosten durch Komplikationen nach einem medizinisch nicht indizierten Eingriff (z.B. Imlantateinlage zur Brustvergrößerung, Tätowierung etc.) beteiligen muss. Ob dies auch gilt inso-

Aktuelles

weit kriminelle Machenschaften wie im vorliegenden Fall verantwortlich für die Folgeoperation sind, ist noch in der Diskussion. Betroffene Patientinnen sollten sich mit ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen und können sich für weitere Informationen an das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit wenden (01805-996602).

Konsequenzen für den Arzt

Die Entfernung der betroffenen Implantate ist meldepflichtig an das BfArM. Obgleich der Einsatz dieser Implantate durch den behandelnden Arzt nach bestem Wissen und Gewissen erfolgte, ist von juristischer Seite die Frage der Produkthaftung aufgeworfen worden. Auch vermeintlich TÜV zertifizierte Produkte müssen kritisch reflektiert werden. Die Herstellerfirma PIP ist mittlerweile insolvent.

Die Operation beinhaltet die Entfernung der Implantate, der vom Körper gebildeten Kapsel um das Implantat und gegebenenfalls von nachweis- und angehbaren Silikonomen.

Die Einlage von Brustimplantaten zählt zu den häufigsten Eingriffen im Brustbereich. Gleichwohl müssen die Patienten vor der Anwendung von Brustimplantaten sorgfältig über die hiermit verbundenen Risiken aufgeklärt werden. Diese beinhalten auch mögliche Folgeoperationen.

Vor diesem Hintergrund ist auch die Aussage einiger großer Hersteller, dass ein Implantatwechsel nicht mehr erforderlich sei, kritisch zu hinterfragen. Keine Produktprüfung vermag die Reaktion des Körpers auf ein einliegendes Implantat über Jahrzehnte zu simulieren. Daher sollte der behandelnde Arzt die Patienten immer auf die eventuelle Notwendigkeit eines Implantatwechsels hinweisen.

Anschrift des Verfassers

Professor Dr. med. Henrik Menke Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie Zentrum für Schwerbrandverletzte Klinikum Offenbach Starkenburgring 66, 63069 Offenbach

Notärzte / Notärztinnen für boden- und luftgebundene Patiententransporte

Die DRK Rettungsdienst Rhein-Main-Taunus gGmbH ist der größte rettungsdienstliche Leistungserbringer in den Landkreisen Main-Taunus, Rheingau-Taunus sowie der Landeshauptstadt Wiesbaden.

Zur Erweiterung unseres Teams suchen wir Notärzte/-innen auf Honorarbasis zur Begleitung von Bodentransporten und insbesondere für luftgebundene, weltweite Patiententransporte (Linienflugbegleitungen).

Wir bieten

- eine vollkommen freie Zeiteinteilung ohne zeitliche Verpflichtungen, bestens auch als Nebentätigkeit geeignet (nachdem Sie sich bei uns registriert haben informieren wir Sie regelmäßig über freie Aufträge)
- eine spannende und abwechslungsreiche Tätigkeit
- eine sehr gute Bezahlung
- kostenfreie Fortbildungen und Schulungen
- ein nettes Team mit hochqualifizierten, motivierten Kollegen

Sie verfügen idealerweise über

- Approbation und mindestens dreijährige klinische Tätigkeit in einem Fach mit akutmedizinischen Versorgungsaufgaben
- Zusatzbezeichnung Notfallmedizin oder Fachkundenachweis Rettungsdienst sowie regelmäßige notärztliche Tätigkeit und Fortbildung

Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Dann schreiben Sie eine kurze Nachricht per E-Mail unter Nennung Ihrer Rückrufnummer an notarzt@drkambulance.de

Haben Sie Freunde oder Kollegen die Interesse haben könnten? Dann freuen wir uns über die Weitergabe unserer Kontaktdaten.

DRK Rettungsdienst Rhein-Main-Taunus gGmbH, Flachstraße 6, 65197 Wiesbaden

dOCUMENTA (13)

9. Juni 2012 - 16. September 2012 in Kassel

Am 9. Juni 2012 öffnete die alle fünf Jahre stattfindende einzigartige Ausstellung über zeitgenössische Kunst für 100 Tage in Kassel ihre Tore. Der Begriff der "zeitgenössischen Kunst" stellt, wie die Großund Kleinschreibung des Titels der Ausstellung, vieles infrage, welches dem Betrachter, dem Leser, dem Kunstkenner, dem interessierten Laien an gewohnten Bildern. Gewohnheiten und Gedanken durch den Kopf, einschließlich der merkwürdigen Parenthese, durch den Kopf zu gehen vermag. Aus den bescheidenen Anfängen im zerstörten Deutschland 1955 entwickelte sich die dOCUMENTA in Kassel zu einem riesigen Ereignis, welches bei der letzten Ausstellung rund 750.000 Menschen anzulocken vermochte. Weltweit richten sich Museen, Galeristen, Sammler und Konsumenten nach dem stilprägenden und oft mutigen Aussagen der jeweiligen dOCU-MENTA. Die "Kunstzeitung" (Lindinger und Schmid): "Die einschränkende Klammer um die Zahl 13 relativiert die zum Mega-Event mutierte Weltkunstschau zu einem Einschub: einer Möglichkeit, eine Vielleicht-Ausstellung. Und entspricht damit ganz und gar der von dOCUMENTA-Chefin Carolyn Christov-Bakargiev praktizierten Kunst der offenen Fragen".

Kunst ist und war immer auch politisch. Wenn Kunst eine dem Menschen eigene Ausdrucksform und ein Bedürfnis ist, mit dem Menschen in seiner Zeit und mit all' dem was Menschen umgibt, die belebte und unbelebte Natur, die Tierwelt, die Pflanzen, die Luft, das Wasser, das Feuer, die Gewalt wie den Frieden, so ist Kunst auch immer politisch gewesen, ja, sie war Teil, ob sie es wollte oder nicht, der jeweiligen Politik. So war sie immer Subjekt und Objekt menschlichen Wirkens. Carolyn Christov-Bakargiev stellt die anthropozentrische Blickweise auf die Welt infrage



Fridericianum Vitrine Erdgeschoss

Foto: B. Drexler-Gormann

und lenkt den Blick auf alle für uns notwendigen gleichberechtigten Lebensformen, Mitbewohner und Zeitgenossen, welche gemeinsam mit uns die Erde bewohnen. CCB1: "Dabei handelt es sich um Gebiete, in denen politisches untrennbar ist von einem sinnlichen, energetischen und weltgewandten Bündnis zwischen der aktuellen Forschung auf verschiedenen wissenschaftlichen und künstlerischen Feldern und anderen, historischen ebenso wie zeitgenössischen Erkenntnissen".

Die dOCUMENTA wird von einer ganzheitlichen und nicht logozentrischen Vision angetrieben, die dem beharrlichen Glauben an wirtschaftliches Wachstum skeptisch gegenüber steht.

Die Ausstellung in Kassel befasst sich intensiv mit dem Ort ihres Stattfindens,

gleichzeitig baut sie einen Rahmen auf mit anderen Orten. Diese Orte sind die Bühne, dies beinhaltet das Spielen von Rollen, der subjektive Versuch der Wiederaufführung, die Belagerung (ich bin umlagert von anderen, belagert von anderen). Vom Zustand der Hoffnung und des Optimismus sowie dem Rückzug, ich bin zurückgezogen, ich beschließe die anderen zurück zu lassen, ich schlafe.

Diese Zustände beziehen sich auf vier Schauplätze an denen die dOCUMENTA gezeigt wird. Kassel, Kabul in Afghanistan, Alexandria/Kairo in Ägypten sowie Banff in Canada.

Kunst ist immer das, was sie ist und stellt die Frage nach dem, was sie nicht ist. Kunst ist das, was sie tut, und das, was sie nicht tut. Sie ist ein Experiment, sie ist reduktionistisch und holistisch, sie for-

Parlando

dert heraus Standpunkte einzunehmen, Blickweisen zu ändern, sie ist ganzheitlich, sie spricht die Sinne an, auch unerwartete. Kunst ist der dimensionslose Punkt, der Strich, die Fläche, die Skulptur, die Farbe, die Musik, der Lärm – die Stille. Kunst ist provozierend und friedensstiftend. Sie erfordert handwerkliche Fertigkeiten und sie ist spontan. Sie entsteht in Bruchteilen einer Sekunde – oder braucht Jahre für die Konzeptionierung und Realisation. Ihre Ausstellung, so CCB, habe keinen Anfang und kein klares Ende, sie sei in Bewegung, quasi auf der Durchreise.

Die dOCUMENTA ist an rund 50 Standorten in Kassel verteilt. Mehr als 160 Künstler zeigen ihre Werke oder lassen sie uns spontan und live miterleben. Aus 55 Ländern kommen die Künstlerinnen und Künstler. Eines wollen die Kuratorin und die Künstler der dOCUMENTA ganz sicher: Reale wie fiktionale Grenzen aufheben auslösen überwinden. Grenzüberschreitende Sinneserfahrungen werden durch ungewöhnliche und mutige Kunstwerke intendiert und möglich. Zerstörung und Heilung von Dingen und menschlichen Beziehungen stellen ein zentrales Motiv der dOCUMENTA dar.

Ein gewichtiger Baustein der Ausstellung sind die Kunstwerke im Fridericianum. Wenn man die Eingangshalle betritt, tritt man in einen großen, leeren, weiß gestrichenen Raum, ein Nichts? Nur am Aufgang zum oberen Stockwerk befinden sich zwei kleine Menschfiguren in einer Vitrine, ca. 40 cm groß, der Mensch selbst ist ein winzig kleiner Punkt in diesem offenen Raum.

Neben aktuellen Auseinandersetzungen mit Kriegserfahrungen haben verschiedene Künstler auch an die Geschichte angeknüpft: So Vann Nath (geb. 1946 in Kambodscha), der an seine Haft unter der



Llyn Foulkes mit seiner "The Machine" bei der Eröffnung

Foto: S. Drexler

Herrschaft der Roten Khmer mit seinen Bildern erinnert. Oder die eindrucksvollen großflächigen Wandteppiche der Künstlerin Hannah Ryggen (Schweden), die Mitte der 1930er Jahre gegen die vorherrschende Teilnahmslosigkeit gegenüber dem sich entwickelnden Faschismus in Europa sensibilisieren wollte.

In der Vielzahl der ausgestellten Objekte fällt es schwer eine Auswahl von Sehenswertem zu treffen. Mehr Zeit, mehr Information, ein Gespräch, vermögen das Verstehen, oder den Zutritt zu einem Kunstwerk zu fördern. Die Skulpturen mit den durch Kriegseinwirkungen verletzten Gesichtern oder das Drumset von Llyn Foulkes, von ihm "The Machine" genannt, neben seinen Bildern sind sicherlich beachtenswerte Aufmerksamkeitsfänger.

Eine Fülle von Begleitveranstaltungen haben eine eigenständige Funktion erlangt und sind aus der reinen Kommentarfunktion herausgetreten. Kaum eine Zeitung kommt an der dOCUMENTA vorbei, der Hessische Rundfunk hat auf seiner Homepage eine regelmäßige Vorstellung von Objekten, im Fernsehen werden Besuche virtuell angeboten, Diskussionsveranstaltungen in und um Kassel fördern die Auseinandersetzung mit der zeitgenössischen Kunst.

Als Begleitmaterialien sind zur Ausstellung ein rund 800 Seiten starker Katalog: "Das Buch der Bücher" sowie ein rund 500 Seiten umfassender Begleitband erschienen.

Sich auf die Ausstellung einzulassen ist eine Freude mit der Chance, Inneres und Äußeres zu entdecken. Alles zu sehen wird wahrscheinlich nicht gelingen, es wird empfohlen, sich im Vorfeld Schwerpunkte zu setzen und bereits damit eigene Positionen zu beziehen.

Dr. med. Birgit Drexler-Gormann
Dr. med. Siegmund Drexler

Entscheidung des Großen Senats des Bundesgerichtshofs:

Vertragsärzte sind keine Beauftragten oder Amtsträger der Krankenkassen!

Mark Geis

Die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit folgt einer Berufung. In der Tagesarbeit ist sie aber auch Beruf und hat als solche eine starke wirtschaftliche Komponente.

Gerade diese wirtschaftliche Komponente geriet in den letzten Jahren immer mehr auch in den Blick der Strafjustiz. Die Entwicklung folgte wohl einem Zeitgeist, der als renommiert angesehene und zuvor aufgrund gesteigerten Respekts geschonte Berufe – ein anderes Beispiel ist das des hohen Wirtschaftsmanagers – nun im Gegenteil gerne in den Mittelpunkt strafjuristischer Arbeit stellte.

Wohl der Höhepunkt der Zuschreibung strafrechtlicher Verantwortlichkeiten war erreicht, als im Jahr 2011 dem Großen Senat des Bundesgerichtshofs die Rechtsfragen zur Entscheidung vorgelegt wurden, ob Vertragsärzte als "Beauftragte" der Krankenkassen im Sinne des Strafgesetzbuchs und gar als "Amtsträger" anzusehen sind. Damit, so wurde vertreten, könnten sich Vertragsärzte nach einer Norm des Strafgesetzbuchs – § 299 – strafbar machen, die unter Strafe stellt, wenn "Angestellte oder Beauftragte" eines Geschäftsbetriebs unerlaubt Vorteile eines Dritten annehmen für die Bevorzugung seiner Produkte, was z.B. bei honorierten Anwendungsbeobachtungen und bevorzugtem Verschreiben der beobachteten Produkte der Fall sein kann. Wenn Vertragsärzte gar als Amtsträger im Auftrag der Krankenkassen bei Ausübung einer öffentlichen Aufgabe der Gesundheitsvorsorge anzusehen seien, käme sogar eine Strafbarkeit nach Amtsträgerbestechungsdelikten (§§ 331ff. StGB) in Betracht. Sofern solches Verhalten unlautere Komponenten hatte, war es bisher nur berufsrechtlich zu ahnden.

Dass unlauteres Verhalten hier auch strafrechtlich nach § 299 StGB strafbar sein könnte, wurde in der strafrechtlichen Literatur vorwiegend mit dem Argument bestritten, dass nach Strafgesetzen nur verfolgt werden kann, wenn deren expliziter Wortlaut erfüllt bzw. nicht überschritten ist ("Grundsatz "Keine Strafe ohne Gesetz", er ergibt sich aus § 1 Strafgesetzbuch). Dies aber sei beim Arzt und auch beim Vertragsarzt nicht der Fall, weil der Begriff des "Beauftragten" ein Auftragsverhältnis und einen Auftraggeber voraussetze. Der Arzt werde aber nicht im Auftrag der Krankenkasse, sondern als Freiberufler für seinen Patienten tätig. Eine

Beauftragung durch die Kassen sei sogar gesetzlich verboten, Ausnahmen regele ausdrücklich das Sozialgesetzbuch V (eine juristisch detailliertere Zusammenfassung findet sich bei *Geis*, *Gesundheitsrecht* 2011, Heft 11).

Dieser Kritik hatte sich in einem außergewöhnlichen Schritt auch die Deutsche Ärzteschaft angeschlossen, indem sie auf dem 113. Deutschen Ärztetag durch Beschluss feststellte, dass der Vertragsarzt kein Beauftragter der Krankenkasse sei. Dies drückt ein bestimmtes Selbstverständnis aus. Gegen eine Stellung gar als Amtsträger wurde unter anderem vorgebracht, dass der Begriff des Amtsträgers nach herkömmlichem Verständnis einem gewissen Obrigkeitsverhältnis zugeordnet ist (so etwa bei der Tätigkeit des Amtsarztes, der

Arzt- und Kassenarztrecht

Lebensmittelvorschriften überwacht oder amtsärztliche Zeugnisse erteilt), welches im Verhältnis des Vertragsarztes zu seinem Patienten aber gerade nicht vorliege. Diese Sicht ist durch den Großen Senat des Bundesgerichtshofs nun schlussendlich bestätigt worden. Mit einem am 22. Juni 2011 veröffentlichten Beschluss (AZ: GSSt 2/11) hat der Große Senat erfreulicherweise festgestellt, dass Vertragsärzte weder Beauftragte der Krankenkassen noch gar als Amtsträger für diese tätig sind und entsprechende Strafbarkeiten nach dem Strafgesetzbuch damit ausscheiden.

Denn im Mittelpunkt ärztlichen Tuns, so lässt sich der Geist der Entscheidung des Großen Senats auf einen Satz komprimieren, steht der Patient – der wirkliche Auftraggeber des Arztes – und nicht die Krankenkasse.

Für die Anerkennung dieser an sich selbstverständlich anmutenden Sicht haben die juristischen Verteidiger der Ärzteschaft, so lässt sich am Ende erleichtert resümieren, in der seit sieben Jahren andauernden Diskussion hart, am Ende aber mit Erfolg gekämpft.

Die Entscheidung des Großen Senats des Bundesgerichtshofs markiert damit nicht nur einen guten Tag für die Ärzteschaft, sondern auch für die Justiz. Denn auch dem juristischen Grundsatz "Keine Strafe ohne Gesetz" und einer zutreffenden, insbesondere die Begriffe des Beauftragten und des Amtsträgers nicht überdehnenden, Auslegung der Gesetze wurde Rechnung getragen.

Gleichwohl, darauf ist deutlich hinzuweisen, bleiben weiterhin Gewissenhaftig-

keit und Beachtung der einschlägigen Richtlinien für den Umgang mit Pharmaunternehmen geboten. Denn die Annahme ungerechtfertigter Vorteile als Gegenleistung für die Verschreibung bestimmter Präparate bleibt selbstverständlich weiterhin berufsrechtlich verboten und kann auch außerhalb des Strafrechts empfindlich sanktioniert werden. In Zweifelsfällen sollte stets anwaltlicher Rat oder der Rat der Ärztekammer eingeholt werden.

Anschrift des Verfassers

Dr. jur. Mark Geis, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Strafrecht Eysseneckstraße 19 60322 Frankfurt am Main Tel.: 069 13023707 www.dr-jur-geis.de

Ausschreibung im Förderprogramm Palliative Praxis – Dritte Entscheidungsrunde

Im Programm "Palliative Praxis – Projekte für alte Menschen" fördert die Robert Bosch Stiftung Praxisprojekte, die aufzeigen, wie palliative Praxis umgesetzt und zum festen Bestandteil in der Betreuung alter Menschen werden kann. Mit der aktuellen Ausschreibung stellen wir in den Jahren 2011 bis 2014 insgesamt bis zu 720.000 Euro zur Verfügung.

Wir freuen uns auf Ihre Projektanfragen zur dritten Entscheidungsrunde. Einsendeschluss ist der 15. September 2012.

Bewerben können sich Träger von ambulanten Diensten und Altenhilfeeinrichtungen sowie einzelne Einrichtungen, Arztpraxen, Krankenhäuser, Hospize, Kommunen und Landkreise.

Genauere Informationen zum Bewerbungsprozess, einen Leitfaden für Bewerber, den Zeitplan zum Programm sowie eine Übersicht der bereits geförderten Praxisprojekte, und unsere Kontaktdaten finden Sie unter www.bosch-stiftung.de

Berliner Gesundheitspreis 2013

Innovationswettbewerb um Wissen und Wissenstransfer in der Patientenversorgung

Der mit insgesamt 50.000 Euro dotierte Berliner Gesundheitspreis 2013 wird für theoretische und konkrete Ansätze zum Thema "Wissen und Wissenstransfer in der Patientenversorgung" vergeben. Die Initiatoren des Berliner Gesundheitspreises AOK-Bundesverband, Ärztekammer Berlin und AOK Nordost möchten mit diesem Wettbewerb nach neuen Lösungen suchen, die es ermöglichen, wissenschaftliche Erkenntnisse in Medizin und Pflege möglichst schnell in den Praxisalltag von Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften zu transportieren.

Die Ausschreibung richtet sich an Ärzte, medizinisches Fachpersonal, Fachgesellschaften, Patientenorganisationen, Selbsthilfegruppen, wissenschaftliche Einrichtungen und Initiativen von Studenten und Auszubildenden.

Einsendeschluss für Bewerbungen ist der 30. September 2012. Weitere Informationen finden Sie unter www.berliner-gesundheitspreis.de

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

Dr. med. Michael Popović - 65

Lieber Herr Popović,

für eine Laudatio zum 65. Geburtstag gibt es bei Ihnen viele Gründe.

Sie haben als Hauptgeschäftsführer von 1986 bis 2010 die Hessische Ärztekammer mitgeprägt, mitentwickelt und mitgestaltet.

Mit Ihrer immensen Erfahrung halfen Sie der tschechischen Regierung beim Aufbau eines neuen Gesundheitssystems und einer Ärztekammer.

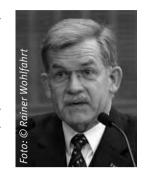
Mit all Ihrer Kraft haben Sie sich für Völkerverständigung eingesetzt, für Prävention und für die Palliativmedizin. Als Gründungspräsident der Deutsch-Tschechischen Gesellschaft für Palliativmedizin konnten Sie Ihre Anliegen verbinden.

Die Landesärztekammer Hessen verdankt Ihrem Engagement über viele Jahre eine exzellent funktionierende Kammerstruktur. Wir verdanken Ihnen und Ihrer Ausdauer den Neubau des Gästehauses in Bad Nauheim.

Mit Ihnen auf die deutschen Ärztetage zu fahren war immer eine besondere Erfahrung. Mühelos entwickelten sich tiefgründige Gespräche über Grundsätzliches in Gesundheitswesen und Politik. Ich habe von Ihrem umfassenden Wissen im Finanzausschuss

wie im Präsidium profitiert und Sie dabei als temperamentvollen Kämpfer erlebt.

Ausgleich für Ihre engagierte und anstrengende Kammerarbeit war für Sie stets u.a. das Fliegenfischen. Wir



wünschen Ihnen, dass Ihnen für dieses und andere Hobbies jetzt mehr Zeit bleibt.

Mit Hochachtung
Peter Zürner



Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL® schreibt vier neue Forschungsstipendien mit einem Gesamtvolumen von 200.000 Euro aus

Die Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL® – Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention fördert den wissenschaftlichen Nachwuchs im Bereich der Hypertonie mit vier Forschungsstipendien. Die vier Stipendien laufen über zwei Jahre (2013 und 2014) und sind mit jeweils 50.000 Euro dotiert. Die Bewerber sollten nicht älter als 35 Jahre sein (in begründeten Ausnahmefällen werden auch Bewerbungen von Wissenschaftlern bis 40 Jahre akzeptiert). Junge Hypertonieforscher können sich sowohl mit Projekten aus der Grundlagenforschung als auch mit klinischen Projekten bewerben.

Bewerbungen können bis zum 15. Oktober 2012 eingereicht werden.

"Wir möchten kreative, vielversprechende Forschungsansätze unterstützen und junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler fördern, auch um Deutschland international als innovativen Standort der Bluthochdruckforschung zu behaupten und weiter auszubauen", so kommentiert Univ.-Professor Dr. med. Ulrich Kintscher, der Vorsitzende der Deutschen Hochdruckliga e.V. DHL® – Deutschen Gesellschaft für Hypertonie und Prävention, die Ausschreibung der hoch dotierten Forschungsstipendien. Durch die Vergabe der Forschungsstipendien, aber auch durch die Verleihung von Wissenschaftspreisen und Stiftungsprofessuren hat sich die Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL® als wichtigste Förderinstitution im Bereich der Hypertonieforschung in Deutschland etabliert.

Weitere Informationen zu den Bewerbungsrichtlinien finden Sie unter: www.hochdruckliga.de

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Reinhard Häßler, Fulda, am 21. September.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Professor Dr. med. Otto Winkelmann, Frankfurt, am 13. September.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Professor Dr. med. Ernst-Gerhard Loch, Wiesbaden, am 6. September.

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Walter Schmitt, Schlitz, am 20. September.

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

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Barbara Fietze-Fischer, Gudensberg

* 30.3.1956 † 10.6.2012

Dr. med. Margarete Regine Hochhut, Frankfurt

* 29.3.1953 † 15.4.2012

Dr. med. Hedda Mehlhorn-Hurlbrink, Vöhl
* 2.6.1924 † 26.11.2008

Dr. med. Thomas Montag-Lessing, Darmstadt

* 3.3.1951 † 18.5.2012

Dr. med. Richard Nielbock, Kelkheim
* 24.3.1944 † 25.3.2012

> Dr. med. Herta-Helene Roloff, Kassel * 17.11.1923 † 6.6.2012

Medizinaloberrat Dr. med. Helmut Schmitt, Bad Soden * 18.9.1952 † 11.5.2012

Dr. med. Helga Schramm, Hirzenhain

* 20.11.1919 † 12.5.2012

Dr. med. Gottfried Schwander, Frankfurt

* 3.6.1918 † 17.4.2012

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis Nr. 5226, ausgestellt am 12.11.2007 für Dr. med. Waltraud Deuker, Darmstadt,

Arztausweis-Nr. 060024986, ausgestellt am 7.3.2012 für Natalie Eydlin, Fulda,

Arztausweis-Nr. 060018493, ausgestellt am 29.9.2010 für Dr. med. Ansgar Forderer, Kassel,

Arztausweis-Nr. 060022087, ausgestellt am 30.8.2011 für Dr. med. Andrea de Greiff, Wiesbaden,

Arztausweis Nr. 18764, ausgestellt von der ÄK Nordbaden für Professor Dr. med. Gernot Hartung, Bensheim,

Arztausweis-Nr. HS/F/15383, ausgestellt am 13.10.2008 für Wolfgang Lang, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060019057, ausgestellt am 23.11.2010 für Lorenzo Meise, Gießen,

Arztausweis-Nr. 060019421, ausgestellt am 29.12.2010 für Dewi Oey-Eißmann, Rüsselsheim,

Arztausweis-Nr. 060022821, ausgestellt am 11.11.2011 für Dr. med. Monika Pohl-Rupp, Bensheim,

Arztausweis-Nr. 060014505, ausgestellt am 19.10.2009 für Dr. med. Sylvia von Rosenberg-Gruszczynski, Eschborn,

Arztausweis Nr. HS/W/152/2004, ausgestellt am 1.10.2004 für Dr. med. Astrid Ruffer, Wiesbaden,

Arztausweis-Nr. 060023060, ausgestellt am 5.12.2011 für Stefan Günter Schilling, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060025583, ausgestellt am 12.4.2012 für Dr. med. Friederike Schlaegel, Mainz,

Arztausweis Nr.: HS/D/3037, ausgestellt 1997, für Dr. med. Gabriele Schröter-Klitzke, Groß-Zimmern,

Arztausweis-Nr. 060017902, ausgestellt am 16.8.2010 für Dr. med. Stefanie Wagner, Frankfurt.

Aktive Immunisierung gegen Hepatitis B

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

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

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

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

Landesärztekammer Hessen Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

Wir gratulieren den Arzthelferinnen zum 10-jährigen Berufsjubiläum

Eileen Tomszak, tätig bei Dr. med. M. Hacker und Dr. med. C. Lüchtenberg, Frankfurt

Christine Hamel-Kalbfleisch, tätig bei Dr. med. M. Heide, Alsfeld

Michaela Schreiner, tätig bei Dr. med. C. Langner und PD Dr. med. J.-O. Steiß, Fulda

Diana Deutrich, tätig bei Dr. med. C. Langner und PD Dr. med. J.-O. Steiß, Fulda

und zum mehr als 10-jährigen Berufsjubiläum

Melanie Dietrich, seit 17 Jahren tätig bei Dr. med. H. Scheele, Dr. med. S. Schraut und Dr. med. U. Reimold, Niedernhausen

Bettina Bechthold, seit 12 Jahren tätig bei Dr. med. B. Hirte-Schoenwald, P. Kinzler und Dr. med. T. Kinzler, vormals Praxis Dr. med. B. Hirte-Schoenwald, Gießen

Martina Krämer, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. W. Rau und Dr. med. C. von Mallinckrodt, vormals Praxis Dr. med. W. Rau, Rüsselsheim

Gabriele Becker, seit 16 Jahren tätig bei Dr. med. W. Rau und Dr. med. C. von Mallinckrodt, Rüsselsheim

Yvonne Schmidbauer, seit 11 Jahren tätig bei Dr. med. W. Rau und Dr. med. C. von Mallinckrodt, Rüsselsheim

Charlotte Biermann, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. G. Schneider, Hanau

Martina Schmitt, seit 12 Jahren tätig bei Dr. med. G. Schneider, Hanau

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

Zum 40-jährigen Berufsjubiläum gratulieren wir den Arzthelferinnen

Ingeborg Koch, tätig bei Dr. med. R. Ahl und Dr. med. J. Schuster, Darmstadt

Hildegard Metzner, tätig bei Dr. med. C. Langner und PD Dr. med. J.-O. Steiß, Fulda

und zum **mehr als 40-jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir den Arzthelferinnen

Ute Kubinek, seit 45 Jahren tätig bei Dr. med. W. Rau und Dr. med. C. von Mallinckrodt, vormals Praxis Dr. med. W. Rau, vormals Praxis Dr. med. Secker, vormals Praxis Dr. med. Regel, Rüsselsheim

Hildegard Süssner, seit 43 Jahren tätig bei Dr. med. R. Georg, vormals Praxis Dr. med. Zimmermann, Lauterbach, vormals Praxis Dr. med. H. Röttger, Bad Salzschlirf

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

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e.V.

Gesellschaftspolitisches Forum

veranstaltet am

Mittwoch, dem 19. September 2012, um 18:00 Uhr

im Hause der

Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
– Dr. O. P. Schaefer-Saal –
Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt am Main

ein

BAD NAUHEIMER GESPRÄCH

Referenten

Dr. med. Jürgen **Bausch**, Bad Soden-Salmünster

Professor Dr. med. vet. Jochen **Maas**, Frankfurt/M.-Höchst

Professor Dr. med. Stefan **Offermanns**, Bad Nauheim

Professor Dr. rer. nat. Manfred **Schubert-Zsilavecz**, Frankfurt

Moderation

Dr. med. Johannes Knollmeyer, Frankfurt/M.-Höchst

"Arzneimittelforschung in Deutschland"

In neuen medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten und auch präventiven Ansätzen ruhen die Hoffnungen vieler Patienten. Arzneimittelforschung geschieht überwiegend ohne öffentliche Wahrnehmung. Die Veranstaltung der Bad Nauheimer Gespräche verschafft einem interessierten Laien- und Fachpublikum Einsichten in das hochkomplexe Sachgebiet und soll Verständnis für die sich stetig wandelnden Anforderungen schaffen. Die Zusammensetzung der Referenten aus unterschiedlichen Einrichtungen wird auch die Frage der Kooperation aufwerfen.

Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt frei!

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website www.bad-nauheimer-gespraeche.de

Im Vogelsgesang 3,60488 Frankfurt a. M., Fon: 069 766350, E-Mail: Info@bad-nauheimer-gespraeche.de, www.bad-nauheimer-gespraeche.de

Einladung zur 11. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 14. Legislaturperiode 2008 – 2013

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur 11. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Legislaturperiode 2008 – 2013 lade ich Sie für

Mittwoch, den 5. September 2012, 17:00 Uhr s.t.,

in das Seminargebäude im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, ein.

TAGESORDNUNG

- 1. Begrüßung
- 2. Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung
- Genehmigung des Beschlussprotokolls der 10. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 24. März 2012
- 4. Bericht des Präsidenten
- 5. Versorgungswerk
 - a) Vortrag "Leistungsunterschiede bei Versorgungswerken und ihre Ursachen"
 - b) Änderung der Satzung und Versorgungsordnung
 - c) Bericht des Vorstandes
- 6. Jahresabschluss 2011
 - a) Finanzausschuss
 - b) Hilfsfonds
 - c) Feststellung des Jahresabschlusses 2011
 - d) Entlastung des Präsidiums für das Jahr 2011
- 7. Evaluation der Weiterbildung
- 8. Änderung der Akademiesatzung
- 9. Medizinische Fachangestellte
 - Übertragung von Aufgaben nach BQFG an die Ärztekammer Westfalen-Lippe
- Wahl der Delegierten zum 116. Deutschen Ärztetag 2013 in Hannover
- Sachstandsbericht "Kinderbetreuung w\u00e4hrend \u00e4rztlicher Veranstaltungen"
- 12. Verschiedenes

Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten.

Frankfurt am Main, den 27. Juni 2012

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

J. Shulland

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

Die Bezirksärztekammer Darmstadt zieht um

Die Bezirksärztekammer Darmstadt, bisher Wilhelminenplatz 7, befindet sich seit 18. Iuli 2012 in neuen Büroräumen:

Wilhelminenplatz 8

Telefon- und Fax-Nummern bleiben unverändert.

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Aufwind: Ausbildungszahlen in hessischen Arztpraxen steigen

Das Interesse am Beruf des/der Medizinischen Fachangestellten in Hessen ist ungebrochen. Auch die Ausbildungsbereitschaft der Ärztinnen und Ärzte nimmt weiter zu. So sind die Ausbildungszahlen in hessischen Arztpraxen zum 30. Juni 2012 mit 520 gegenüber 462 zum gleichen Zeitpunkt des Vorjahres nochmals deutlich gestiegen.

Ein Trend, den Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen, ausdrücklich begrüßt: "Zum einen, weil der Beruf der/des Medizinischen Fachangestellten attraktiv und zukunftsorientiert ist. Zum anderen, da er einen wichtigen Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung leistet."

Als Voraussetzung für die verantwortungsvolle Tätigkeit als "rechte Hand" der Ärztin oder des Arztes bezeichnet von Knoblauch zu Hatzbach die hochwertige Ausbildung, die jungen Menschen in hessischen Arztpraxen geboten werde: "Auf diese Weise sorgen Ärztinnen und Ärzte auch im eigenen Interesse für qualifizierten Nachwuchs, um auch künftig Patientinnen und Patienten qualifiziert betreuen zu können."

möh

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Beispiel:

Erster (langer) Berufsschultag: 40 Std. - 8 Std. = 32 Std.Zweiter Berufsschultag: $32 \text{ Std.} - 4 \frac{1}{4} \text{ Std.} = 27 \frac{3}{4} \text{ Std.}$

 ${\bf 27~3/4~Std.}$ verbleiben (im o.g. Beispiel) für die betriebliche Ausbildungszeit.

Die o.g. Ausführungen gelten hinsichtlich Beschäftigungsverbot und Anrechnungsregelung seit 1. März 1997 wegen einer Änderung des Jugendarbeitsschutzgesetzes nicht mehr für volljährige Auszubildende. Die volljährigen Auszubildenden müssen an jedem Berufsschultag zusätzlich in die Praxis. Die Unterrichtszeit einschließlich der Pausen und

Wegezeiten wird konkret auf die Arbeitszeit angerechnet. Die Summe der Berufsschulzeit und der betrieblichen Ausbildungszeiten kann kalenderwöchentlich größer sein als die regelmäßige tarifliche Wochenausbildungszeit laut Berufsausbildungsvertrag.

- 2. Die Probezeit muss gemäß § 20 BBiG mindestens einen Monat und darf höchstens vier Monate betragen. Eine Verlängerung der Probezeit würde sich zu Ungunsten des Auszubildenden auswirken (vereinfachte Kündigungsmöglichkeit) und wäre aus diesem Grund gemäß § 4 BBiG nichtig. Der Manteltarifvertrag, der eine Verlängerung der Probezeit auf sechs Monate ermöglicht, gilt insoweit nicht für Auszubildende.
 - Eine Probezeit findet bei Wechsel der Ausbildungspraxis erneut statt, allerdings nicht bei Praxisübergabe.
- 3. Der Auszubildende ist für die Teilnahme an Prüfungen freizustellen (§ 15 BBiG). Prüfungen sind die Zwischenprüfung, die schriftliche Abschlussprüfung, die Prüfung im Fach "Praktische Übungen" (bzw. der praktische Teil der Abschlussprüfung bei Medizinischen Fachangestellten) und die Mündliche Ergänzungsprüfung (bzw. die ergänzende mündliche Prüfung bei Medizinischen Fachangestellten).

Die Freistellung für die Teilnahme an den Prüfungen erstreckt sich grundsätzlich auf die Zeit, die der Auszubildende für eine ordnungsgemäße Teilnahme benötigt.

Jugendliche haben darüber hinaus Anspruch darauf, an dem Arbeitstag, der der schriftlichen Abschlussprüfung unmittelbar vorausgeht, freigestellt zu werden (§ 10 Abs. 1 Ziff. 2 JArbSchG). Für volljährige Auszubildende gibt es eine entsprechende Vorschrift im Berufsausbildungsvertrag, die aber wegen fehlender gesetzlicher Grundlage von den Vertragspartnern gestrichen werden kann.

Geht dem Tag der schriftlichen Abschlussprüfung unmittelbar ein Berufsschultag voran, ist der Auszubildende an dem Arbeitstag unmittelbar vor dem Berufsschultag freizustellen. Eine Freistellung vom Berufsschulunterricht am Tag vor der Abschlussprüfung kann dagegen nicht verlangt werden.

- 4. Der Ausbildende ist verpflichtet, den Auszubildenden für die Überbetriebliche Ausbildung freizustellen und die Kosten für diese Ausbildung einschließlich der notwendigen Fahrtkosten zu übernehmen. Im Berufsausbildungsvertrag muss eine entsprechende Verpflichtung enthalten sein (§ 19 Abs. 5 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen).
 - Der Auszubildende trägt einen Eigenanteil an den Verpflegungskosten i.H.v. Euro 25,00 pro Lehrgang, der vom Gehalt abgezogen werden kann.
- 5. Der Ausbildende hat sicherzustellen, dass der Auszubildende über die Immunisierungsmaßnahmen gegen Hepatitis B zu Beginn der Ausbildung unterrichtet wird. Die Schutzimpfung ist den Auszubildenden kostenlos anzubieten (vgl. BGR 250/TRBA 250 "Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege" der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege).
- 6. Der Ausbildende ist berechtigt, die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit bereits vor Ablauf von drei Kalendertagen zu verlangen (§ 5 Satz 3 Entgeltfortzahlungsgesetz).

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

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

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

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

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

Für Jugendliche gelten die Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes. Nach der tarifdispositiven Regelung des § 21 a JArbSchG wurde im Manteltarifvertrag Folgendes vereinbart: Die maximale Arbeitszeit wird auf bis zu neun Stunden täglich verlängert, die erste Pause muss spätestens nach fünf Stunden gewährt, die Schichtzeit (tägliche Arbeitszeit unter Hinzurechnung der Ruhepausen) wird bis auf elf Stunden täglich verlängert, die Arbeitszeit wird auf bis zu 5 ½ Tage verteilt. Dabei darf die wöchentliche Höchstarbeitszeit von 40 Stunden nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz nicht überschritten werden (§ 6 Abs. 5 MTV).

- Nach dem MTV stellt der Ausbildende die notwendige Schutz- und Berufskleidung, mindestens zwei Berufskittel im Jahr, unentgeltlich zur Verfügung. Er trägt die Reinigungskosten (§ 15 MTV).
 - Die Schutz- und Berufskleidung verbleibt jedoch im Eigentum des Ausbildenden und ist nach Ausscheiden aus der Praxis zurückzugeben, es sei denn, es sind andere Vereinbarungen getroffen worden.
- Nach dem MTV hat der Auszubildende Anspruch auf Auszahlung eines
 Monatsgehaltes. Das 13. Monatsgehalt bemisst sich nach der Höhe des letzten vollen Monatsgehaltes.

Das 13. Monatsgehalt wird auch anteilig für das Jahr gewährt, in dem die Ausbildung beginnt oder endet. Für jeden angefangenen Monat des Ausbildungsverhältnisses ist ein Zwölftel des 13. Monatsgehaltes zu zahlen. Ein angefangener Monat wird bei der Berechnung des 13. Monatsgehaltes dann voll einbezogen, wenn der Auszubildende mindestens 16 Kalendertage im Ausbildungsverhältnis stand. Hat das Ausbildungsverhältnis in einem Monat weniger als 16 Kalendertage bestanden, ist dieser anteilig zu berücksichtigen (1/30 pro Kalendertag) (§ 12 Abs. 3 MTV).

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

- 4. Nach dem MTV hat der Auszubildende ab dem 2. Ausbildungsjahr (§ 12 Abs. 7 MTV) monatlich Anspruch auf Euro 15,00 vermögenswirksame Leistungen.
- 5. Der neue Tarifvertrag zur "Betriebliche Altersversorgung und Entgeltumwandlung", der eine Ausweitung des Tarifvertrages aus dem Jahr 2002 darstellt, trat ab 1. Juli 2011 in Kraft, Über die ausschließlich arbeitnehmerfinanzierte Altersversorgung durch Umwandlung von eigenen Entgeltbestandteilen hinaus wird nun ein zusätzlicher arbeitgeberfinanzierter Vorsorgebeitrag sowie ein Zuschuss zur Entgeltumwandlung eingeführt. Die Medizinischen Fachangestellten/Arzthelferinnen haben bis zum 31. Dezember 2014 das Wahlrecht zwischen VW-Leistungen und der Einzahlung in eine betriebliche Altersversorgung. Bei Abschluss neuer Verträge ab dem 1. Januar 2015 haben sie ausschließlich Anspruch auf den Arbeitgeber-Beitrag zur betrieblichen Altersversorgung. Der Zuschuss zur VWL wird zum 31. Dezember 2014 abgeschafft. Detaillierte Informationen erhalten Sie von: Deutsche Ärzte-Versicherung, Tel.: 0221 14822700, MLP-Geschäftsstelle Wiesbaden, Ralph Jakobs, Tel.: o611 97622-31, apo-Finanz, Daniela Schmidt, Tel.: o69 795092-252
- 6. In § 4 Nr. 3 des Berufsausbildungsvertrages hat sich der Ausbildende dazu verpflichtet, die Kosten für die Inanspruchnahme von öffentlichen Verkehrsmitteln zum regelmäßigen Besuch der zuständigen Berufsschule zu tragen. Eine Befreiung tritt dadurch ein, dass das Land Hessen diese Kosten übernimmt, allerdings nur für das 1. Schuljahr. Die Kostenübernahme durch das Land Hessen erfolgt nicht automatisch, sondern muss über die jeweilige Berufsschule beantragt werden. Die Auszubildenden werden i.d.R. in der Berufsschule darüber informiert. Die Vorschrift kann wegen fehlender gesetzlicher Grundlage von den Vertragsparteien gestrichen werden.

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

Landesärztekammer Hessen Abt. Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

Meldedaten der Landesärztekammer Hessen



Landesärztekammer Hessen
– Meldewesen –
Postfach 90 06 69
60446 Frankfurt

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

Ihre Adresse ändert sich? Sie haben eine neue E-Mail-Adresse oder Handynummer? Bitte teilen Sie uns diese Änderung mit.
Sie können uns nachstehendes Formular übersenden per Post, online über das Formular Adressänderungen unter www.laekh.de, per Mail an meldewesen@laekh.de oder selbstverständlich per Fax 069 97672-128.

Vielen Dank!

Mitgliedsnummer			
Name			
Vorname(n)			
ggf. Geburtsname	10 1		
Titel/Akademische Grade	4		
Geburtsdatum		Geburtsort	
Privatadresse	seit	16-	
	Straße		
	Postleitzahl		
	Ort	7.7	
	Fon		
	Fax	VAS	
	Mobiltelefon		
	E-Mail		
	Homepage	http://www.	
Dienstadresse	seit		
	Straße	//	
	Postleitzahl	1/1	
	Ort		
	Dienststelle	\ \ \ \	
	Fon		
	Fax	1/1/	
	Mobiltelefon	1/1	
	E-Mail		//
	Homepage	http://www.	- //
Datum	Unterschrift de	Mile III	

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

Planungsbereich Darmstadt-Land

Alsbach-Hähnlein	Kinder- und Jugendlichen Psycho-
	the rape ut in / Kinder- und Jugendlichen

Psychotherapeut

(Hälftiger Versorgungsauftrag)

Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Bergstraße

Hirschhorn	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder
	Internistin/Internist – hausärztlich –
Viernheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder
	Internistin/Internist – hausärztlich –
	$(Beruf saus \"{u}bung sgemeinschaft santeil) \\$
Heppenheim	Neurologin und Psychiaterin/
	Neurologe und Psychiater
	$(Beruf saus \"{u}bung sgemeinschaft santeil,\\$
	Hälftiger Versorgungsauftrag)
Heppenheim	Neurologin und Psychiaterin/
	Neurologe und Psychiater
	$(Beruf saus \"{u}bung sgemeinschaft santeil,\\$

Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Biebesheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1x volle oder 2x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Büttelborn	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Trebur	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Riedstadt	(Berufsausübungsgemeinschaftsanteil) HNO-Ärztin/HNO-Arzt

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

Bahnhofsviertel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Bockenheim	Augenärztin/Augenarzt
Nordend	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizii
Nordend	und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt
	für Psychotherapeutische Medizin
	(Hälftiger Versorgungsauftrag)
Fschersheim	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizii
Lacheranenn	und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt
	für Psychotherapeutische Medizin
	(Hälftiger Versorgungsauftrag)
Westend	Psychologische Psychotherapeutin/
Westellu	Psychologischer Psychotherapeut
	(Hälftiger Versorgungsauftrag)
Fschersheim	Psychologische Psychotherapeutin/
Escricisficini	Psychologischer Psychotherapeut
	(Hälftiger Versorgungsauftrag)
Fschersheim	Psychologische Psychotherapeutin/
Eschersheim	Psychologischer Psychotherapeut
	(Hälftiger Versorgungsauftrag)
Bornheim	Psychologische Psychotherapeutin/
Dominemi	Psychologischer Psychotherapeut
	(Hälftiger Versorgungsauftrag)
Fschersheim	Kinder- u. Jugendlichen-Psycho-
Eschersheim	therapeutin/Kinder- u. Jugendlichen-
	Psychotherapeut
	(Hälftiger Versorgungsauftrag)
Höchst	Urologin/Urologe

Planungsbereich Main Taunus Kreis

Hofheim	Kinder- u. Jugendlichen-Psycho-
	therapeutin/Kinder- u. Jugendlichen-
	Psychotherapeut
	(Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Hochtaunuskreis		
Kronberg	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)	
Bad Homburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)	
Oberursel	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)	
Bad Homburg	Kinder- u. Jugendlichen-Psycho- therapeutin/Kinder- u. Jugendlichen- Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)	

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Planungsbereich Offenbach		Herborn	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Innenstadt	Psychotherapeutisch tätige/r Ärztin/Arzt	Hüttenberg	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder
Innenstadt	Psychologische Psychotherapeutin/		Internistin/Internist – hausärztlich –
	Psychologischer Psychotherapeut		(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung,
	(Hälftiger Versorgungsauftrag)		Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Innenstadt	Psychologische Psychotherapeutin/	Wetzlar	Ärztin/Arzt für
	Psychologischer Psychotherapeut		Psychotherapeutische Medizin
	(Hälftiger Versorgungsauftrag)		(Hälftiger Versorgungsauftrag)
Innenstadt	Psychologische Psychotherapeutin/	Wetzlar	Psychologische Psychotherapeutin/
	Psychologischer Psychotherapeut		Psychologischer Psychotherapeut
	(Hälftiger Versorgungsauftrag)		(Hälftiger Versorgungsauftrag)

Marburg

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Langen	Frauenärztin/Frauenarzt
Langen	HNO-Ärztin/HNO-Arzt
	(Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Neu Isenburg	Psychotherapeutisch tätige/r Ärztin/Arzt
	(Hälftiger Versorgungsauftrag)
Dietzenbach	Psychologische Psychotherapeutin/
	Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Gelnhausen	Psychologische Psychotherapeutin/
	Psychologischer Psychotherapeut
	(Hälftiger Versorgungsauftrag)
Langenselbold	Psychologische Psychotherapeutin/
	Psychologischer Psychotherapeut
	(Hälftiger Versorgungsauftrag)
Gelnhausen	Radiologin/Radiologe
	(Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

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

Planungsbereich Landkreis Gießen

Gießen	Internistin/Internist – fachärztlich –
	(Hälftiger Versorgungsauftrag,
	Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Gießen	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische
	Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Gießen	Psychologische Psychotherapeutin/
	Psychologischer Psychotherapeut
	(Hälftiger Versorgungsauftrag)
Lollar	Psychologische Psychotherapeutin/
	Psychologischer Psychotherapeut
	(Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

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

Planungsbereich Landkreis Marburg-Biedenkopf

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

Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Nauheim	Hautärztin/Hautarzt
	(Hälftiger Versorgungsauftrag)
Bad Nauheim	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 Fulda

Fulda	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin
	und Psychotherapie
	(Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Hersfeld-Rotenburg

Bad Hersfeld Ärztin/Arzt für Psychiatrie und

Psychotherapie

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder

Internistin/Internist – hausärztlich –

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Planungsbereich Landkreis Kassel

Baunatal Chirurgin/Chirurg

(Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Eschwege Ärztin/Arzt für Kinder- und Jugendmedizin

(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 Psychologische Psychotherapeutin/

Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Wiesbaden Psychotherapeutisch tätige/r Ärztin/Arzt
Wiesbaden Psychotherapeutisch tätige/r Ärztin/Arzt

(Hälftiger Versorgungsauftrag)

Wiesbaden Psychologische Psychotherapeutin/

Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

Taunusstein Chirurgin/Chirurg

(Hälftiger Versorgungsauftrag, überörtlicher Berufsausübungs-

gemeinschaftsanteil)

Oestrich-Winkel Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder

Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Limburg-Weilburg

Limburg HNO-Ärztin/HNO-Arzt

(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:

Stempel Nummer 400133500, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Main-Kinzig-Ost (Martin Jost, Gelnhausen),

Stempel Nummer 420060900, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Fulda (Dr. med. Oliver Ranze, Fulda),

Stempel Nummer 420074300, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Fulda (Dr. med. Roland Krahl, Poppenhausen).