

Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

8 | 2013

August 2013

74. Jahrgang

Fit und gesund älter werden Diabetes-Präventionstag in Frankfurt

mit Vorträgen, Beratung, Workshops, musikalischer Unterhaltung, gesunden Snacks und Sportvorführungen

Patenschaft: Cornelia Hanisch

am 24.08.2013 von 10 - 15 Uhr
im Dominikanerkloster in Frankfurt

Eintritt frei!

Schirmherr für Hessen:
Stefan Grüttner,
Hessischer Sozialminister

Schirmherr für Frankfurt:
Oberbürgermeister
Peter Feldmann



Ein Projekt der Landesärztekammer Hessen

- Wahljahr 2013 – Hessische Heilberufe stellen Parteien auf den Prüfstand
- Kinder krebskranker Eltern
- Publikumsmedien als Akteure in der Gesundheitsaufklärung
- Reden Sie noch oder kommunizieren Sie schon?
- COPD: Besonderheiten im Alter
- Interaktionen mit Cytochrom-P450
- Wieviel Ökonomie verträgt die Medizin?
- Aufstieg und Fall der Stadt Mahagonny
- Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

„Fit und gesund älter werden“ Ein Projekt der LÄK Hessen unter der Schirmherrschaft des Hessischen Sozialministeriums

Foto: fotolia.com

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, Braunsfels
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 und Dipl. Soz. Maren Siepmann,
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, Schwäbisch-Hall
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen

Zzt. ist Anzeigenpreisliste 2013 vom 1.1.2013 gültig.

Bezugspreis / Abonnementspreise:

Der Bezugspreis im Inland beträgt 125,50 € inkl. Ver-
sandkosten (12 Ausgaben), im Ausland 125,50 € zzgl.
Versand, Einzelheft 13,00 € zzgl. 2,50 € Versandkosten.
Kündigung des Bezugs 2 Monate vor Ablauf des Abonne-
ments. Für die Mitglieder der Landesärztekammer
Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag
abgegolten.

ISSN: 0171-9661

Hessisches Ärzteblatt

**Editorial**

592

Aktuelles

Wahljahr 2013 – Hessische Heilberufe stellen Parteien auf den Prüfstand	593
Diabetes-Präventionstag in Kassel	596
Kinder krebskranker Eltern	611
Rückblick – Nicaragua 2012	612
Publikumsmedien als Akteure in der Gesundheitsaufklärung.	
Potenzial von Wissenschaftsbeiträgen in Presse und Fernsehen	
für die Vermittlung von Gesundheitsthemen	621
Reden Sie noch oder kommunizieren Sie schon?	635

Fortbildung

COPD: Besonderheiten im Alter	598
Prolongierte Entwöhnung vom Respirator nach Langzeitbeatmung	603
Interaktionen mit Cytochrom-P450	606
Sicherer Verordnen	609
Schwere hämolytische Reaktionen nach intravenöser Gabe	
von Immunglobulinen	610

Landesärztekammer Hessen

25-jähriges Dienstjubiläum in der Landesärztekammer Hessen	610
--	-----

Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Bad Nauheim	627
--	------------

Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim	633
--	------------

Ansichten und Einsichten

Wieviel Ökonomie verträgt die Medizin?	614
--	-----

Parlando

Aufstieg und Fall der Stadt Mahagonny – Oper von Kurt Weill, Libretto von Bert Brecht	636
--	-----

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

Thomas Klippstein zum 65. Geburtstag	637
--------------------------------------	-----

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

640

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

654

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

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



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

wer glaubte, dass die bevorstehenden Landtagswahlen in Hessen, die zeitgleich mit der Bundestagswahl am 22.9.2013 stattfinden werden, die Aktivität der hessischen Parteien hinsichtlich der Beantwortung von Fragen der hessischen Heilberufekammern beflügelt hätte, der sah sich getäuscht. Die im Bündnis „heilen & helfen“ zusammengeschlossenen hessischen Heilberufekammern hatten den Parteien Wahlprüfsteine in Form von Fragen z.B. zur zukünftigen Ausgestaltung der Krankenversicherung oder der angemessenen Beteiligung ärztlichen Sachverständs in den Regionalen Gesundheitskonferenzen bzw. dem noch auszugestaltenden Landesgremium nach § 90a SGB V vorgelegt (siehe auch <http://www.heilberufehessen.de/Aktionen> und einen Artikel auf den nächsten Seiten). Gerade die großen Parteien ließen sich sehr viel Zeit mit der Beantwortung, so dass wieder einmal angezweifelt werden darf, wie es um die Wertschätzung der Berufe von Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Apothekern und Psychologischen Psychotherapeuten aussieht, die doch das Rückgrat der gesundheitlichen Versorgung darstellen. Unter der o.g. Internetadresse finden Sie alle Antworten der Parteien. Die Beurteilung der inhaltlichen Tiefe des Großteils dieser Antworten erspare ich mir.

An dieser Stelle möchte ich jedoch zum wiederholten Mal den Verfechtern einer Bürgerversicherung entgegentreten. Die Bürgerversicherung wird ihre Versprechungen nicht einhalten. Ein Blick in die Niederlande oder nach Großbritannien zeigt die zu erwartende Wirklichkeit. Wer sich

keine Zusatzversicherung oder Barzuzahlung leisten kann, muss zum Teil mehrere Monate auf einen Arzttermin oder eine Operation warten. Und wer Pech hat, landet in einem völlig unzureichend ausgestatteten Krankenhaus, wie dem Tameside Hospital in der Nähe von Manchester, dem es nicht nur an Fachpersonal, sondern auch an Betten fehlt. Deutschland liegt mit seinem System der dualen Krankenversicherung im internationalen Vergleich an der Spitze. Die Wartezeiten sind gering, der Zugang zur Versorgung ist offen, während die Kosten keineswegs an vorderster Stelle liegen, sondern bezogen auf die Pro-Kopf-Ausgaben an neunter Stelle unter den OECD-Staaten. Dieses Niveau kann jedoch nur aufrechterhalten werden, wenn die Versorgungsleistungen angemessen vergütet werden und ihre Erbringer entsprechende Wertschätzung erfahren. Dies gilt wohlgermerkt nicht nur für Ärztinnen und Ärzte, sondern auch für Pflegekräfte, Medizinische Fachangestellte und alle anderen Heil- und Pflegeberufe. Wenn jedoch die Vergütungen aus der Behandlung Privatversicherter entfallen (mir fehlt der Glaube an den Ausgleich durch höhere Honorare aus der sogenannten Bürgerversicherung), wird die wirtschaftliche Situation vieler Praxen höchstwahrscheinlich nicht mehr tragbar sein. Aber das kommt vermutlich vielen Politikern und Kassenvertretern nicht unangelegen. Zwar reden alle von drohender bzw. bereits eingetretener Unterversorgung und vergießen auch gelegentlich Krokodilstränen, was sie aber nicht davon abhält, in schöner Regelmäßigkeit Diffamierungs- und Diskreditierungskampagnen zu starten. Das Motto lautet: wenn man genug Dreck wirft, bleibt schon etwas hängen. Ja, das ist richtig. Hängen bleibt der Dreck, aber nicht an der vom Werfer gewünsch-

ten Stelle, sondern bei der Motivationslage derer, die in Praxis und Krankenhaus die Lust an der Arbeit verlieren, sich aus der Patientenversorgung zurückziehen oder erst gar nicht damit beginnen.

Ich möchte mich jedoch an meinen eigenen Grundsatz halten, immer auch gute Neuigkeiten zu würdigen. Dazu gehört z.B. die Nachricht, dass das Interesse an allgemeinmedizinischer Weiterbildung in Hessen so groß ist, dass das Fördermittelbudget der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen für das laufende Jahr bereits überschritten wurde. Das innerärztliche Werben um Nachwuchs scheint also erfolgreich zu sein. Daran dürfen sich andere gerne ein Beispiel nehmen.

Auch der Start der Nationalen Kohorte, der bislang größten medizinischen Gesundheitsstudie Deutschlands, gehört zu den guten Nachrichten. Vielleicht erhalten auch Sie Anfang nächsten Jahres Post und werden dann zu den 200.000 Freiwilligen gehören, die untersucht und befragt werden, um neue Erkenntnisse im Kampf gegen große Volkskrankheiten wie Krebs, Diabetes oder Demenz zu gewinnen.

Genießen Sie den Sommer, der beim Schreiben dieser Zeilen freundlich lacht, und tanken Sie Kraft für unsere ärztliche Arbeit.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

Wahljahr 2013 – Hessische Heilberufe stellen Parteien auf den Prüfstand

Am 22. September 2013 ist Bundestagswahl, in Hessen wird zugleich ein neuer Landtag gewählt. Das Bündnis „heilen und helfen“, ein Zusammenschluss der fünf hessischen Heilberufekammern sowie der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen, hat dies zum Anlass genommen, die Fraktionen im Hessischen Landtag mit „Wahlprüfsteinen“ zu konfrontieren.

Das Wohl des Patienten und Verbraucher im Fokus ihrer Tätigkeit eint die hessischen Heilberufe, wie auf der Pressekonferenz am 26. Juni 2013 des Bündnisses im traditionsreichen Café Maldaner in Wiesbaden deutlich wurde, in deren Rahmen die Wahlprüfsteine und die Reaktionen der Parteien vorgestellt wurden.

Thematisch reichen die Wahlprüfsteine von Lieferengpässen bei Arzneimitteln über das Krankenversicherungssystem in Deutschland, der Mitsprache und Entscheidungskompetenz der ambulanten und stationären Medizin bei den regionalen Gesundheitskonferenzen und in dem Landesgremium nach § 90a SGB V, der angestrebten



Alfred Krieger, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Dr. med. vet. Ingo Stamberger und Dr. med. dent. Michael Frank (v.l.n.r.)

Neufassung zahnärztlicher Ausbildung an den hessischen Universitäten und den Behandlungskapazitäten für psychisch erkrankte Kinder bis zu der Frage nach der Einführung einer „Task Force Tierschutz“ in ganz Hessen.

Zur Zukunft des Krankenversicherungssystems: Bürgerversicherung oder duales System?

Mit „oberflächlich schönen Versprechen“ würden Befürworter der Bürgerversicherung für ihr Konzept werben, das Dr. med.

Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen, u.a. ins Visier nahm. Nicht das duale System der Krankenversicherung stehe für die Zwei-Klassen-Medizin, diese werde erst durch die Bürgerversicherung heraufbeschworen. Von Knoblauch zu Hatzbach warnte, dass in einem solchen Einheitsystem die Gefahr bestehe, dass medizinischer Fortschritt allein schon unter Kostendämpfungsaspekten zum Stillstehen komme. Das Wohl des Patienten stehe demnach offensichtlich nicht mehr im Vordergrund. Zudem prognostizieren Gutach-

ten, wie das der Hans-Böckler-Stiftung, den Verlust an Arbeitsplätzen im Gesundheitssektor und den Wegfall der Einnahmen, der vor allem die Existenz von Praxen in strukturschwachen Gebieten gefährde. Ein weiterer Kritikpunkt bezogen auf die Bundesregierung in der letzten Legislaturperiode betraf den Reformstau bei der Gebührenordnung Ärzte (GOÄ). Die GOÄ müsse nach über 30 Jahren der medizinischen Entwicklung Rechnung tragen. Die Inflationssteigerung wurde ignoriert und mit der Weitergabe des Reformauftrages an die Privaten Krankenkassen habe sich die Bundesregierung ihrer aus der in der Bundesärzteordnung festgelegten Verantwortung gestohlen.

Tragfähige Antworten auf Fragen, wie sich die Einführung einer Bürgerversicherung realisieren lassen, welche Pläne die Parteien haben, um in diesem Fall den massiven Arbeitsplatzverlust zu kompensieren oder wie mit dem Konzept der Kostenerstattung von CDU und FDP die Probleme gelöst werden können, blieben größtenteils aus, kritisierte von Knoblauch zu Hatzbach.

Im Zeichen des Tier- und Verbraucherschutzes

Der Transport von Schlachttieren und der Schutz von Zirkustieren oder Exoten werde bereits anhand vieler guter Gesetze und Verordnungen sichergestellt, stellte Dr. med. vet. Ingo Stammberger, Präsident

der Landestierärztekammer, fest. Dies nütze jedoch nichts, wenn es an Personal fehle, das die Einhaltung der gesetzlichen Schutzvorschriften kontrolliere. Ähnlich sei es um den Verbraucherschutz bestellt, was durch die immer wiederkehrenden Lebensmittelskandale in den Schlagzeilen zum Ausdruck komme. Stammberger forderte daher eine Task Force für Tier- und Verbraucherschutz, die Tierärzte in den Veterinärämtern u.a. bei Kontrollen von Tiertransporten, Zirkustieren, Reptilienschauen und Schlachthöfen unterstützen soll. In diesem Zusammenhang nannte er die mitunter nur unzureichende Betäubung von Schlachttieren während des Schlachtprozesses.

Die Politik, insbesondere die Regierungsfaktionen, reagiere lediglich mit den Hinweisen auf ausreichenden Schutz durch die Gesetzeslage. Die Durchsetzung der Gesetze, sei jedoch zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich, kritisierte Stammberger und forderte entsprechende Maßnahmen.

Inanspruchnahme von Psychotherapie nimmt zu

Alfred Krieger, Präsident der Psychotherapeutenkammer, machte auf die ungenügende psychotherapeutische Versorgung in Hessen aufmerksam. Dabei legte er jedoch darauf Wert, zwischen Inanspruchnahme und Bedarf zu differenzieren. So lasse sich die in den Medien häufig vertretene Behauptung, dass die Zahl psychisch

Erkrankter steige, nicht eindeutig festmachen. Es sei jedoch Fakt, dass immer mehr Menschen Psychotherapie in Anspruch nehmen, weil die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft zurückgehe.

Insbesondere für Kinder und Jugendliche forderte Krieger eine Ausweitung präventiver Angebote. Denn Kinder mit einer Leserechtschreibschwäche, Zappelphilippe oder Schulstörer seien nicht gleich psychisch krank. Durch Beratungsangebote könne im Vorfeld einer Behandlung geholfen werden. Eine Ausweitung der Definition von psychischer Erkrankung sei daher abzulehnen. Vielmehr forderte Krieger eine finanzielle und konzeptionelle Beteiligung des Landes an der Förderung von Erziehungsberatungsstellen. Vor allem die Regierungsfaktionen hielten sich diesbezüglich in ihren Antworten zurück.

Approbationsordnung für Zahnärzte (AOZ) von 1955

Der Präsident der Landes Zahnärztekammer Hessen, Dr. med. dent. Michael Frank, machte darauf aufmerksam, dass junge Zahnmedizinerinnen und Zahnmediziner ihren Beruf heute immer noch auf Basis der Approbationsordnung für Zahnärzte (AOZ) aus dem Jahr 1955 erlernen. Zwar bekundeten alle Fraktionen in ihren Reaktionen eine generelle Offenheit gegenüber einer Novellierung. Frank prangerte jedoch an, dass das Land Hessen eine bereits un-

ter Mitwirkung der Länder erarbeitete Neufassung blockiere, die vom Bundesministerium für Gesundheit den Ländern zur endgültigen Freigabe vorgelegt wurde. Die damit verbundenen Kosten seien der Grund, dies werde jedoch nicht offen ausgesprochen. Zumal sie sich im niedrigen, einstelligen Bereich belaufen. In den Antworten der Parteien werde immer wieder von der Wichtigkeit einer guten Ausbildung von Zahnärztinnen und Zahnärzten gesprochen. „Doch im konkreten Einzelfall werden längst überfällige Reformen auf Grund geringer Mehrkosten gestoppt“, so Frank.

Gemeinsam gegen Einheitsmedizin und Pauschalen

Ärzte und Zahnärzte lehnen die Bürger-

versicherung als Finanzkonzept für das Gesundheitswesen ab. Gute medizinische Versorgung könne nicht mit Einheitsmedizin und Pauschalen aufrechterhalten werden. Zudem sei die Umsetzung des Konzepts nicht durchdacht.

Einigkeit herrschte auch in Bezug auf Versorgungsdefizite in ländlichen Gebieten. Es sei absurd, die Vergabe von Studienplätzen an die Bereitschaft zu koppeln, aufs Land zu gehen. „Planwirtschaft geht voll daneben. Es müssen die Rahmenbedingungen geschaffen werden, die zur hohen Attraktivität des Arztberufes passen und dazu gehört unter anderem die Schaffung von mehr Studienplätzen“, kommentierte von Knoblauch zu Hatzbach.

Die Wahlprüfsteine des Bündnis heilen&helfen sowie die Antworten der Landtagsfraktionen sind auf der neuen Webseite des Bündnisses www.heilberufehessen.de einzusehen.

Die Landesärztekammer Hessen gehört dem Bündnis heilen&helfen seit seiner Gründung im Jahr 2007 an, um gemeinsam für eine bessere gesundheitliche Versorgung der hessischen Bevölkerung, gegen eine Bevormundung durch die Ökonomie, für mehr Zeit im Umgang mit den Patienten und für geeignete berufliche Rahmenbedingungen einzutreten.

Maren Siepmann

Abt. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Unterstützung für Frauen in Not



Gewalt gegen Frauen gehört in Deutschland leider zum Alltag. 40 Prozent sind schon einmal Opfer von körperlicher oder sexueller Gewalt geworden. 25 Prozent haben mindestens einmal in ihrem Leben körperliche oder sexuelle Gewalt durch ihren Lebenspartner erlitten. 13 Prozent wurden Opfer von sexueller Gewalt. Obwohl eine Mehrzahl der Frauen weiß, dass es Beratungs- und Hilfsangebote für sie gibt, wenden sich nur wenige an eine solche Institution. An dieser Stelle setzt das neue und bundesweit einmalige Hilfefon des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit seinem Rund-um-die-Uhr-Angebot an.

Unter der **kostenlosen Telefonnummer 08000 116 016** ist das Hilfefon seit März diesen Jahres erreichbar. Kompetente Ansprechpartnerinnen stehen betroffenen Frauen bei allen

Fragen zur Seite. Auf Wunsch werden Hilfesuchende an Unterstützungseinrichtungen vor Ort weitervermittelt. Das Hilfefon berät zu allen Formen von Gewalt gegen Frauen. Neben den betroffenen Frauen können sich auch Angehörige, Freunde und andere Menschen aus dem sozialen Umfeld sowie Fachkräfte an das Hilfefon wenden.

Auf www.hilfefon.de können Frauen auch über eine gesicherte, anonyme und barrierefreie Online-Verbindung Kontakt zu den Beraterinnen aufnehmen. Über die Website gibt es außerdem einen Zugang zu einer Gebärdendolmetschung.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.bmfsfj.de und unter www.hilfefon.de

Diabetes-Präventionstag in Kassel

Es ist nie zu früh und nie zu spät, etwas an seinem Verhalten zu ändern

Der Schlüssel zur Gesundheit ist eine gesunde, fettarme Ernährung in Kombination mit ausreichender Bewegung. Dies wurde bereits bei der Eröffnung des Diabetes-Präventionstages deutlich, zu dem die Landesärztekammer Hessen am 25. Mai 2013 in das Haus der Kirche in Kassel eingeladen hatte.

Die öffentliche Veranstaltung war Höhepunkt des Diabetes-Präventionsprojektes „Fit und gesund älter werden“ der Landesärztekammer in Kassel. Schirmherr des hessenweiten Projektes ist der Hessische Sozialminister Stefan Grüttner, für Kassel hat Stadträtin Anne Janz die Schirmherrschaft übernommen.

Diabetes-Erkrankungen in Hessen

„In Hessen leiden mehr als eine halbe Million Menschen an Diabetes. Die tatsächliche Zahl der Erkrankten dürfte allerdings viel höher liegen, da Typ-2-Diabetes sich auf leisen Sohlen anschleicht“, erläuterte Dr. med. Roland Kaiser, Ärztlicher Geschäftsführer der Landesärztekammer Hessen. Ursachen für den Diabetes Typ 2 sind in der Regel Übergewicht und mangelnde Bewegung. Alarmierende Zahlen nannte auch 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 verbreitetsten und in ihren Konsequenzen teuersten chronischen Erkrankungen in Hessen. So gehört die Vermeidung oder zumindest die Verzögerung der Typ-2-Diabetes-Erkrankung zu einer der wichtigsten Aufgaben aller Akteure im Gesundheitswesen.“ Der Anreiz zu täglicher Bewe-

gung spiele hierbei eine ganz wesentliche Rolle. Notwendig seien 10.000 Schritte, die zu einer Risikosenkung für Diabetes um 27 % beitragen würde. „Gehen ist die einfachste Möglichkeit, Bewegung in den Alltag hineinzubringen“, so Maulbecker-Armstrong.



Risikoermittlung per Fragebogen

Dass viele Menschen gefährdet sind, ohne sich dessen bewusst zu sein, zeigte auch die Fragebogenaktion zur Risikoermittlung, die im Rahmen des Projektes in mehreren Hausarztpraxen in Kassel durchgeführt und anonymisiert ausgewertet wurde: Von den Bürgerinnen und Bürgern, die bis zum Zeitpunkt des Präventionstags teilgenommen hatten (110 Personen) weisen rund 51 Prozent ein mittleres bis erhebliches Risiko auf, in den nächsten zehn Jahren einen Typ-2-Diabetes zu entwickeln. Auch Dr. med. Ingo C. Niemetz, Ärztlicher Ansprechpartner des Projektes in Kassel, sprach in diesem Zusammenhang von „einem Tsunami einer Erkrankung“. Dabei ist es so leicht, etwas für die eigene Gesundheit zu tun. Allein in Kassel gibt es mehr als 600 Bewegungsangebote für jegliche Altersgruppen in den Sportvereinen, wie Diana Bruch vom Landessportbund mitteilte.

Dr. Ulrike Kreinhoff, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, betonte ebenfalls, dass das Übergewicht den bedeutsamsten Risiko-

faktor darstelle. Einen Beitrag zur Senkung des Diabetesrisikos könne neben der Bewegung ein „hoher Verzehr von Ballaststoffen und Vollkornprodukten“ leisten. Besonders gefährdet ist das „stammbetonte Fettverteilungsmuster“ erläuterte Kreinhoff. Dabei handelt es sich um die sogenannten „Apfeltypen“, zumeist Männer mit einem im Volksmund beschriebenen Bierbauch.

Etablierung einer Präventionskultur

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 (in Kassel: niedergelassene Hausärzte, Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel, Knappschaft, Knappschaftsklinik Bad Driburg, HAGE (Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung), Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Sektion Hessen, Landessportbund Hessen, Gesundheitsamt und Sportamt Kassel, Diabetes Selbsthilfe Nordhessen e.V., Deutscher Diabetikerbund – Bezirksverband Kassel/Werra Meißner und die Ärztegenossenschaft DOXS) einen Beitrag zur Vorbeugung von Typ-2-Diabetes leisten möchte. „Als Knappschaft unterstützen wir dieses Projekt 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.

Wie die Vorbeugung aussehen kann, führte der Präventionstag mit einem abwechslungsreichen Programm aus Experten-Vorträgen (Dr. med. Ingo C. Niemetz „Diabetes mellitus – Behandlung nicht nur mit Medikamenten“, Dr. Ulrike Kreinhoff „Anders essen für einen gesunden Lebensstil“, Dr. med. Regine Wellhöner „Dem Diabetes auf der Spur – früh erkennen, richtig behandeln“, Dr. Andrea Fröhlich „Bewegung im Alltag – Gesundheit fürs Leben“), Podiumsdiskussion, einem Markt der Möglichkeiten und Unterhaltung vor.

Programmvialfalt: Informationen und Unterhaltung

Wer wollte, konnte sich an verschiedenen Ständen über Ernährung, die Zubereitung gesunder Brotaufstriche und über Angebote von Sportvereinen informieren oder den Blutdruck bzw. den Blutzuckergehalt messen lassen. In der „Ärzte-Sprechstunde“ boten niedergelassene Allgemeinärzte Information und Beratung an. Auch die Knappschaft und Knappschaftsklinik Bad

Driburg, der Diabetikerbund – Bezirksverband Kassel/Werra Meißner, die Diabetes Selbsthilfe Nordhessen e.V., die Deutsche Gesellschaft für Ernährung, die HAGE, Sektion Hessen, der Allgemeine Deutsche Fahrrad-Club Hessen e.V., MOVELO, das Fitness-Studio fit + fun, die Laufschule Kassel sowie die Pharmafirmen Novo Nordisk, Braun und Roche waren mit Informationsständen vertreten.

Besonderes Highlight der Veranstaltung war der Besuch von Spielern der Kassel Huskies und des KSV Hessen Kassel, die zur Autogrammstunde luden. Für zündende kabarettistische und musikalische Einlagen sorgte das Gießener Mediziner-Kabarett „elephant toilet“. Die Tanzgruppe „Step-by-Step“ des TSG Wilhelmshöhe 1883 e.V. ebenso wie Alice Metz vom KSV Baunatal e.V. führten in einer tänzerischen Darbietung und einer aktiven Pause vor, dass Bewegung nicht nur fit und locker, sondern auch Spaß macht.

Den Gewinnern des Gewinnspiels winkten ein Fahrrad, eine von der Knappschaft zur Verfügung gestellte Pulsuhr und ein handsigniertes Hörbuch des Kabarettisten Dr.

Eckart von Hirschhausen. Evaluert wird die Veranstaltung von der HAGE.

Über den Präventionstag hinaus wolle die Landesärztekammer das Projekt künftig auch Firmen und Verwaltungen anbieten, ergänzte Kaiser. In Zusammenarbeit mit Kliniken und niedergelassenen Ärzten seien außerdem Angebote für fremdsprachige Mitbürger sowie Projekte für Kinder und Jugendliche vorstellbar. Dass dies gelingen wird, davon zeigte sich auch Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong, Hessisches Sozialministerium, auf der Pressekonferenz überzeugt: „Es ist der Landesärztekammer Hessen gelungen, im Rahmen des Projektes alle für die Diabetesprävention relevanten Partner zu gewinnen, um dadurch einen integralen Präventionsansatz zu ermöglichen. 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“.

*Maren Siepmann
Abt. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit*

Kammern in Hessen: Freiheit in Verantwortung

Wie geht es weiter nach der Landtagswahl? Der Wirtschaftsstandort Hessen steht vor großen Herausforderungen. Wie wollen die Parteien im Landtag reagieren?

Antworten darauf im Dialog zwischen Politik und Kammerorganisation in Hessen am

Dienstag, 27. August 2013, 13 Uhr
Hessischer Landtag, Eingangshalle, Grabenstr., 65183 Wiesbaden

Einlass ab 12:30 Uhr, Ende ca. 15:00 Uhr

Anmeldungen per E-Mail an:
info@kammern-in-hessen.de oder per Fax an 0611 136-8115

COPD: Besonderheiten im Alter

Manuel Jonas Richter^{1,4}, Robert Voswinckel^{1,3,4}, Friedrich Grimminger^{2,4}, H. A. Ghofrani^{1,4}

Übersicht

Das Management chronischer Erkrankungen im fortgeschrittenen Alter stellt eine besondere Herausforderung für alle behandelnden Ärzte dar. Hierbei gestaltet sich vor allem die Therapie und Behandlung von älteren Patienten mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) oftmals schwierig. Eine steigende, altersabhängige COPD Prävalenz und Mortalität in den nächsten Jahren, die Nebenwirkungsprofile COPD-spezifischer Medikamente, nicht-invasive Beatmung, palliative Medizin, Rehabilitation und Management von Exazerbationen erfordern die Kenntnis von Besonderheiten in Therapie und Diagnostik der COPD. Dieser Fortbildungsbeitrag präsentiert aktuelle Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der COPD bei älteren Patienten.

Einleitung

Eine weltweit zunehmende, altersabhängige Prävalenz der COPD von bis zu 25 % bei Patienten über 70 Jahren, und ein prognostizierter Anstieg der Mortalität in den nächsten Jahren weisen in Anbetracht der demographischen Entwicklung in Deutschland auf die globale Bedeutung der COPD im Alter hin [12]. Die Diagnostik an Hand der spirometrischen Grenzwerte der Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD-Kriterien) und der deutschen COPD-Leitlinie können im höheren Alter erschwert sein, wobei Unter- sowie Überdiagnostik ein Problem darstellen. Gerade im Hinblick auf therapeutische Maßnahmen müssen Adhärenz, Komorbiditäten und Nebenwirkungsprofile der spezifischen Medikationen beachtet werden. Die Komorbiditäten können in pul-

monale, wie z.B. Tumore oder Bronchiektasien, und in extra-pulmonale unterteilt werden, wobei vor allem kardio-vaskuläre Erkrankungen mit einer Prävalenz von 20 % gerade bei älteren COPD-Patienten häufig anzutreffen sind und entscheidend die Mortalität, Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten sowie akute Exazerbation (AE) beeinflussen [27]. Die zum Teil hohen Prävalenzen unterschiedlichster extra-pulmonaler Komorbiditäten kennzeichnen die COPD als Systemerkrankung und reduzieren die tägliche physikalische Aktivität, senken die Überlebensrate, verschlechtern den Gesundheitsstatus und verschlimmern die Symptome (Tabelle 1) [27].

Die AE stellt selbst einen entscheidenden Mortalitätsfaktor mit einer hohen Krankenhausletalität dar, und erfordert nicht selten eine mechanische oder nicht-invasive (NIV) Beatmung (Indikationen: hyperkapnische respiratorische Insuffizienz: pH < 7,35 und PaCO₂ > 45 mm Hg). Hierbei kann die Letalität auch im höheren Alter

mit Hilfe der NIV reduziert werden [31]. Eine große Bedeutung nimmt bei der COPD die palliative Behandlung eines weit fortgeschrittenen Krankheitsprozesses am Lebensende ein, hier zeigen aktuelle Daten die zunehmende Notwendigkeit zur Diskussion mit dem Patienten [7].

Diagnostik bei Patienten über 70 Jahre

Die allgemeine lungenfunktionelle Diagnostik der COPD richtet sich in den aktuellen, deutschen Leitlinien nach dem post-bronchodilatativen Tiffeneau-Wert (FEV₁/FVC) < 70 %, wobei dieses Kriterium vielfach diskutiert wurde [37]. Primär sollte eine Abgrenzung zum Asthma bronchiale bei Erwachsenen erfolgen, das sich auch im hohen Alter manifestieren kann und dessen Prävalenz zwar im Vergleich zur COPD niedriger ist, jedoch immer noch bei 4-5 % liegt [18].

Wichtig ist hierbei die Erhebung der Anamnese (Symptome: intermittierend oder

Tabelle 1: Komorbiditäten bei COPD-Patienten. Modifiziert nach [27].

Co-Morbidität	Prävalenz (%)
Osteoporose/Osteopenie	50-70
Arterielle Hypertension	40-60
Gastro-ösophagealer Reflux	30-60
Muskuläre Dysfunktion	32
Depression	25
Ischämische Kardiomyopathie	10-23
Herzinfarkt	4-23
Anämie	17
Apoplex	10-14
Herzrhythmusstörung	6-14
Diabetes Mellitus Typ II	12
Chronische Niereninsuffizienz	6-11
Herzinsuffizienz	5-7
Obstruktives Schlaf Apnoe Syndrom	1-4

¹ Abteilung für allgemeine Pneumologie, Zentrum für Herz-, Thorax- und Rheumaerkrankungen, Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim

² Abteilung für pneumologische Onkologie, Zentrum für Herz-, Thorax- und Rheumaerkrankungen, Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim

³ Max-Planck-Institut für Herz- und Lungenforschung, Abt. für Lungenentwicklung und -umbau, Bad Nauheim

⁴ Mitglied des Deutschen Zentrums für Lungenforschung (DZL)

persistierend (z. B. arbeitsplatzbezogen, abhängig vom saisonalen Pollenflug); wiederholtes Auftreten anfallsartiger, oftmals nächtlicher Atemnot; evtl. Auslöse- oder Risikofaktoren) und die Verbesserung der Einsekundenkapazität (FEV₁) im Reversibilitätstest mit einem kurzwirkenden Beta-2-Sympathomimetikum (SABA), sowie im Falle eines Nichtansprechens auf SABA die Reaktion der FEV₁ auf inhalative Glukokortikoide (ICS) im Verlauf.

Die FEV₁ nimmt bei der COPD mit zunehmenden Alter je nach Stadium, Raucherstatus, Exazerbationshäufigkeit, Emphyse- und geographischen Faktoren unterschiedlich schnell ab (Abbildung 1) [25]. Besonders wenn der Quotient aus FEV₁/FVC zur Diagnosestellung verwendet wird, sind jüngere Patienten unterdiagnostiziert und bis zu 12,5 % der Patienten über 70 Jahre fälschlicherweise als obstruktiv klassifiziert [17]. Ältere Patienten sind mit den Atemmanövern in der Spirometrie oftmals überfordert, welches zu falsch positiven, aber bei inkompletem Manöver zu einer erniedrigten Vitalkapazität (FVC) mit einem erhöhtem FEV₁/FVC-Quotienten und daher auch zu falsch negativen Befunden führen kann [15].

Als diagnostisches Konzept wurden daher die GOLD-Kriterien aktuell überarbeitet und schlagen zur Stadieneinteilung eine Kombination von spirometrischen und klinischen Parametern (Dyspnoe-Score und Exazerbationshäufigkeiten) vor (Abbildung 2). Im klinischen Alltag sollte sich die Diagnose COPD bei älteren Patienten daher an den Kriterien der deutschen Leitlinie und den überarbeiteten GOLD-Kriterien in der Zusammenschau mit der Anamnese (z.B. Nikotinabusus), klinischem Untersuchungsbefund, radiologischen Aufnahmen und mehrerer spirometrischer Befunde (Atemschleife, FEV₁ in % vom Soll, RV/TLC, totaler Atemwegswiderstand, Diffusionskapazität) orientieren. Schon alleine die Hinzu-

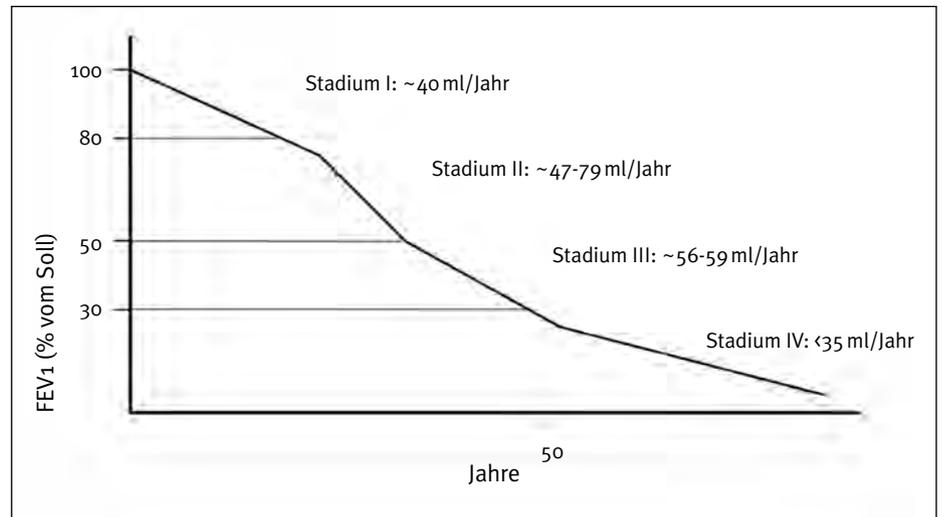


Abbildung 1: Verhalten der FEV₁ bei COPD Patienten im Alter: Nach Krankheitsstadium und Bereich der jährlichen FEV₁-Abnahme. Modifiziert nach [25].

nahme mehrerer spirometrischer Parameter senkt die Rate einer falschen Klassifikation um bis zu 50 % [15]. Jedoch sollten generell Differentialdiagnosen einer unklaren Dyspnoe (Herzinsuffizienz, Lungenembolie etc.) einbezogen werden.

Stadiengerechte Therapie oder erhöhte Risiken für ältere Patienten?

Die leitliniengerechte Therapie der COPD orientiert sich an der Schwere der Erkrankung und sieht je nach Stadium eine Mono- bzw. Kombinationstherapie mit kurz-

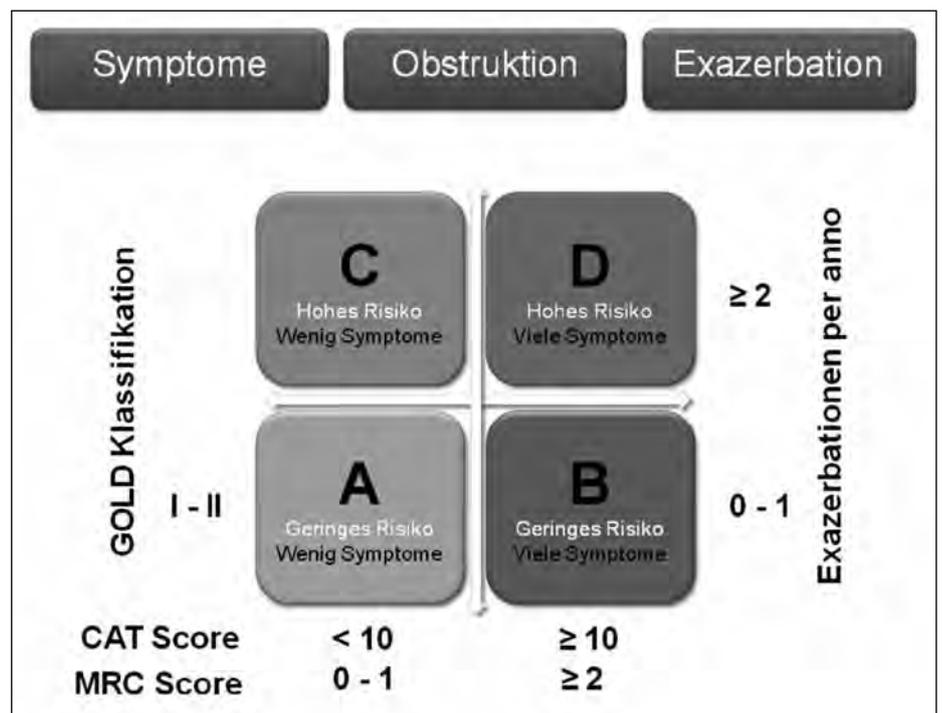


Abbildung 2: Neue Stadieneinteilung bei der COPD nach GOLD 2011. Modifiziert nach [http://www.goldcopd.org]. CAT: COPD Assessment Test, MRC: Medical Research Council

und langwirksamen inhalativen Bronchodilatoren (SABA, langwirksame Beta-2-Sympathomimetika (LABA), ICS, kurz- bzw. langwirksame Muskarinrezeptorantagonisten (SAMA/LAMA)) vor [37]. Bei nicht ausreichender Wirkung kann in Abwesenheit von Kontraindikationen Theophyllin hinzugenommen werden. Bei hoher Exazerbationsrate und deutlicher bronchitischer Komponente kann Roflumilast verwendet werden, bei Hypoxämie ($pO_2 < 55$ mmHg arteriell) Langzeitsauerstoff. Hinzu kommen die begleitenden Maßnahmen wie Impfungen gegen Pneumokokken und Influenza, Nikotinverzicht, physische Aktivität und bei Untergewicht eine Nahrungsergänzung. Vor allem der Effekt von physischer Aktivität sollte im Alter nicht unterschätzt werden, eine deutliche Zunahme der 6-Minuten-Gehstrecke von 65m und der Leistungsfähigkeit bei einer Trainingsintensität 3x pro Woche über acht Wochen sind beschrieben worden [21].

Im klinischen Alltag sollten besonders die Therapien der Komorbiditäten beachtet werden, hierbei führen vor allem Statine und kardioselektive β -Blocker bei der koronaren Herzkrankheit und Herzinsuffizienz zu einer Reduktion der Mortalität. An Depression, arterielle Hypertension, Diabetes Mellitus Typ II, Anämie, chronische Niereninsuffizienz und Osteoporose sollte vor allem bei fortgeschrittener COPD gedacht und entsprechend diagnostiziert werden.

Die inhalativen Therapien sind generell auch im Alter anzuwenden und verringern Mortalität, Exazerbationshäufigkeit und Krankenhauseinweisungen [16, 29]. Bezüglich des Nebenwirkungsprofils können LABA Hypokaliämien, Tremor und über inotrope und chronotrope Effekte Tachykardien und Arrhythmien auslösen und somit das Risiko für kardiovaskuläre Er-

eignisse, vor allem bei vorbekannter Herzinsuffizienz/Arrhythmie, erhöhen [16, 38]. Inhalative Anticholinergika werden generell gut vertragen und weisen als seltene Nebenwirkungen eine Mundtrockenheit, Harnverhalt, Augeninnendruckerhöhung und Obstipation im Alter auf [16, 29].

Bei den ICS werden als Nebenwirkungen vor allem Heiserkeit, orale Candidose und Husten beschrieben sowie eine gesteigerte Inzidenz von Pneumonien diskutiert [35].

Zusammenfassend sollten daher bei älteren Patienten mit kardialen Vorerkrankungen inhalative Anticholinergika (z.B. langwirksames Tiotropiumbromid) und eher LABA als SABA eingesetzt werden. Nach der Verordnung von ICS sollte vor allem die Spülung des Mundes/Pharynx wiederholt thematisiert werden. Kombinationstherapien haben additive Effekte und bei älteren Patienten mit Nebenwirkungen nach Inhalation von LABA (Tremor, Tachykardie) kann durch Dosis-Reduktion und Verordnung eines inhalativen Anticholinergikums eine nebenwirkungsärmere Behandlung erreicht werden.

Die Adhärenz und die richtige Auswahl der Inhalierhilfen sind entscheidende Faktoren im Alter, da hohe Raten von Medikamentenänderungen (bis zu 58 % im ersten Jahr) und hohe Absetzraten (bis zu 48 % im ersten Jahr) nach Therapiebeginn auftreten [33]. Die Inhalierhilfen sollten möglichst einfach und bei gestörter Koordination sowie reduzierter Einatmung im Alter sicher bedienbar sein, eine ausführliche Schulung ist dabei unabdingbar. Vor allem eignen sich Vernebler („nebulizer“) mit einer Anwendung über ein Mundstück oder eine Maske, jedoch ist diese Methode zeitintensiver und teurer [1]. Ferner eignen sich bei reduzierter Kraft zur Inspiration Dosieraerosole mit Spacern (z.B. Aero-

chamber®) oder sich langsam ausbreitender Sprühwolke (z.B. Respimat®) sowie bei ausreichender Einatmung inhalationsgetriggerte Geräte (z.B. Easi-Breathe®).

Der Einsatz von Theophyllin ist in den letzten Jahren bei enger therapeutischer Breite und ungünstigem Nebenwirkungsprofil zurückgegangen, Untersuchungen zeigten eine leicht erhöhte Mortalität, Exazerbationshäufigkeit und Krankenhauseinweisungen unter Theophyllin-Therapie [19]. Eine generelle Kontraindikation im fortgeschrittenen Alter gibt es nicht, Daten älterer Patienten aus Japan zeigten jedoch selbst unter regelmäßigen Serumspiegelkontrollen ein signifikant erhöhtes Nebenwirkungsprofil beim Vorliegen von Komorbiditäten (chronische Niereninsuffizienz, bekannte Herzrhythmusstörungen oder Lebererkrankungen), da diese die Serumspiegel erhöhen können [26].

Roflumilast in Kombination mit einem LABA wurde in zwei großen Studien getestet und weist einen signifikanten antiinflammatorischen Effekt mit Zunahme der FEV₁ auf [10], ferner wurden Exazerbationshäufigkeit und -dauer signifikant reduziert [2]. Das Nebenwirkungsprofil umfasst hauptsächlich gastro-intestinale Nebenwirkungen welche im Alter von Bedeutung sein können und daher schwanken Absetzraten unter Therapie zwischen 11-14%. Auch psychische Alterationen (Depression) können durch Roflumilast begünstigt werden und die Patienten sollten darüber aufgeklärt werden.

Akute Exazerbation: Besonderheiten im Alter

AE treten in allen Schweregraden der Erkrankung und unabhängig vom Alter der Patienten auf, jedoch steigen die Häufigkeit und das Risiko einer AE (bis zu 20 % erhöhtes Risiko alle zehn Jahre) sowie

Krankenhauseinweisungen (um 36 % alle fünf Jahre) bei über 65 Jährigen stetig an [23]. Ferner haben ältere Patienten auf Grund der fortschreitenden Lungenerkrankung, Komorbiditäten und reduzierter Muskelmasse ein erhöhtes Risiko eine respiratorische Insuffizienz zu entwickeln. Mortalitätsraten der AE bei Krankenhauseinweisung sind hoch und liegen zwischen 4-30%, wobei Patienten mit respiratorischer Insuffizienz bei Aufnahme insgesamt eine höhere Mortalität mit 11-26% aufweisen [28]. Hierbei spielen pulmonale sowie extra-pulmonale Komorbiditäten eine wichtige Rolle. Sie sind ein unabhängiger Mortalitätsfaktor und müssen hinsichtlich der Diagnostik und Therapie miteinbezogen werden [24]. Gerade Lungenembolien sind klinisch teilweise schwer zu diskriminieren und erfordern schnelle und zielgerichtete Diagnostik, da hohe Raten von Lungenembolien von bis zu 25 % bei COPD-Patienten mit AE beschrieben sind [36]. Die begleitende akute Linksherzdekompensation stellt einen weiteren unabhängigen Risikofaktor für die Krankenhausletalität dar, und tritt bei 25-30 % der COPD-Patienten mit einer AE auf [20]. Ebenfalls haben COPD-Patienten ein deutlich erhöhtes Risiko für Herzinfarkt oder Angina Pectoris, wobei ältere Patienten am stärksten betroffen sind [27].

Eine weitere wichtige Rolle im Alter spielen Infektionen die eine AE auslösen können, hier kommen verschiedenste virale (humanes Rhinovirus, Coronavirus, respiratory syncytial Virus, Influenza, Parainfluenza und Adenovirus) und bakterielle Erreger (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Chlamydia pneumoniae* und *Mycoplasma pneumoniae*) in Frage. Zur Prophylaxe wird von der Impfkommisssion (STIKO) für ältere Patienten die jährliche Influenzaimpfung sowie eine einmalige Pneumo-

kokkenimpfung empfohlen, deren Umsetzung jedoch lückenhaft ist.

Die medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie der AE unterscheidet sich grundsätzlich im Alter nicht: ist eine NIV erforderlich, reduziert diese signifikant die Mortalität, die Intubationsrate, verkürzt den Krankenhausaufenthalt und verringert Komplikationen [1]. In der akuten respiratorischen Insuffizienz können, unabhängig von der Ursache, mit Unterstützung der NIV 6-Monats-Überlebensraten bei Patienten > 80 Jahre von bis zu 51 % erreicht werden [31].

Nicht-invasive Heimbeatmung: Nur eine Möglichkeit?

Die aktuellen deutschen Leitlinien sprechen sich für eine NIV-Heimbeatmung nur bei ausgewählten Patienten mit einer symptomatischen, chronischen ventilatorischen Insuffizienz ($pCO_2 > 50$ mmHg Tags und/oder $pCO_2 > 55$ mmHg Nachts, ≥ 2 AE pro Jahr, im Anschluss an eine beatmungspflichtige AE) aus, hierbei wird aktuell eine Beatmungsdauer von 8-12h/Tag empfohlen [37, 39].

Publizierte Daten weisen bei Patienten > 70 Jahre, nach sorgfältiger stationärer Einstellung, grundsätzlich auf eine ausreichende Adhärenz mit befriedigenden Nutzungsdaten (7,3h/Tag) hin, jedoch sind Abbruchraten der Heimbeatmung in allen Altersgruppen von 45 % innerhalb der ersten sechs Monate beschrieben [3, 6]. Generell sind positive Effekte auf funktionelle Parameter (Blutgase, Spontanatemfrequenz und Hyperinflation), die körperliche Leistungsfähigkeit, die Schlafqualität, die Lebensqualität sowie eine Verbesserung der Oxygenierung und der Dyspnoe beschrieben.

Daher kann bei ausgewählten älteren Patienten mit einer symptomatischen, venti-

latorischen Insuffizienz und zu erwartender guter Adhärenz durchaus eine Heimbeatmung erwogen werden. Hierbei kommt der richtigen Maskenauswahl und Einstellung eines tolerierbaren Beatmungsmodus einer Schlüsselrolle zu, um Abbruchraten zu verringern und die Nutzungszeit zu erhöhen.

Pulmonale Rehabilitation im Alter

Eine eingeschränkte Belastungsfähigkeit, niedrige tägliche physikalische Aktivitätslevel und eine reduzierte Muskelkraft sind bei COPD-Patienten mit erhöhter Mortalität, Exazerbationsraten und Krankenhausaufenthalten verbunden [30, 34]. Hierbei verbessert die pulmonale Rehabilitation gerade bei älteren COPD-Patienten signifikant die Lebensqualität und die Belastungsfähigkeit, ausgedrückt als eine Verbesserung funktioneller Parameter wie z.B. der 6-Minuten Gehstrecke, der maximalen Sauerstoffaufnahme und der Wattzahl [11]. Ausreichend gute Compliance und ein langfristiger Effekt über einen Zeitraum von sechs Monaten sind im Vergleich zu Patienten < 65 Jahre gegeben [5]. Die direkt an eine AE angeschlossene Rehabilitation („early rehabilitation“) wird hinsichtlich der Effektivität diskutiert, bei Patienten mit einem mittleren Alter von 70 Jahren konnte eine Studie einen signifikanten, positiven Effekt auf die Belastungsfähigkeit und Exazerbationshäufigkeit vorweisen [22].

Die beschriebenen positiven Effekte der pulmonalen Rehabilitation durch eine signifikante Verbesserung des täglichen Aktivitätslevels und einer erhöhten Belastungsfähigkeit mit verbesserter Lebensqualität konnte für ältere Patienten gezeigt werden, eine pulmonale Rehabilitation ist daher gerade auch bei älteren Patienten in Erwägung zu ziehen.

Palliative Therapie und „End-of-life-Care“

Die palliative Therapie am Lebensende als „end-of-life-care“ in spezialisierten Einrichtungen wird aktuell bei COPD-Patienten noch vernachlässigt [9]. Das primäre Ziel einer palliativen Therapie ist unter Einbeziehung des Patienten und seiner Familie, Lebensqualität zu verbessern oder zu erhalten und Leiden zu mildern. Im Vordergrund steht zunächst ein Gespräch mit dem Patienten und deren Angehörigen über Prognose der Erkrankung und Vorstellungen einer Therapie am Lebensende, jedoch ist dieses oftmals schwierig zu beginnen, da die Prognose der COPD-Patienten auch im fortgeschrittensten Stadium teilweise schlecht abschätzbar ist. Curtis et al. zeigten in diesem Zusammenhang, dass nur 12-25 % der behandelnden Ärzte mit COPD-Patienten im Endstadium über Prognose, Sterben und Vorstellung am Lebensende oder „end-of-life-care“ sprechen [8]. Daher werden COPD-Patienten im Vergleich mit Bronchialkarzinom-Patienten im terminalen Stadium häufiger und länger auf eine Intensivstation (ICU) aufgenommen, werden seltener palliativ begleitet und sterben öfter in der ICU mit vermehrtem Empfinden von Dyspnoe [4, 14].

Initiiert werden könnte ein Gespräch nach Vorschlägen von Curtis et al. z.B. bei fortgeschrittener Erkrankung mit einer FEV₁ < 30% (Tabelle 2).

Von großer Bedeutung sind die palliativen Einrichtungen oder palliative Teams, die gerade in einer langsamen Endphase mit unvorhersehbaren Exazerbationen COPD-Patienten betreuen und Dyspnoe und Angst suffizient behandeln. Hierbei muss einem möglichen schwierigen Verlauf in der „end-

Tabelle 2: Entscheidungshilfen zum Start einer Diskussion über eine palliative Therapie. Modifiziert nach [7].

FEV ₁ < 30% vom Soll
Langzeitsauerstofftherapie
> 1 akute Exazerbation mit Krankenhausaufenthalt pro Jahr
Linksherzinsuffizienz
Pulmonale Kachexie
Alter: > 70 Jahre
Abnehmender funktionaler Status
Zunehmende Hilfsbedürftigkeit

of-life-care“ Rechnung getragen werden, und Angehörigen sowie dem Patienten bewusst werden, dass sich der Status des Patienten möglicherweise nach einer AE kurzzeitig auch erholen kann, eine palliative Begleitung jedoch weiterhin notwendig ist. Ebenfalls können Opiode (Sublingual/Intranasal) sicher und effektiv bei zunehmender Dyspnoe im Endstadium der Erkrankung eingesetzt werden, im Vergleich zu z.B. Tumorerkrankungen werden diese jedoch wesentlich seltener am Lebensende eingesetzt [13, 32]. Dieser schwierige Verlauf am Lebensende trägt ebenfalls dazu bei, dass COPD-Patienten primär keiner palliativen Behandlung zugeführt werden [7]. Der NIV wird hierbei aktuell keinen Stellenwert in der palliativen Medizin zur Symptomkontrolle und Linderung von Dyspnoe eingeräumt [7].

Zusammenfassung

Die Häufigkeit der COPD bei älteren, multimorbiden Patienten nimmt weltweit zu. Die Diagnostik ist in den deutschen COPD-Leitlinien vorgegeben und kann durch Zunahme weiterer spirometrischer und anamnestischer Daten noch an Genauigkeit gewinnen. Therapeutisch werden vor allem inhalative Anticholinergika und langwirksame Bronchodilatoren empfohlen, bei erhöhter Exazerbationsrate auch ICS und bei Exazerbationen und pro-

duktiver Bronchitis Roflumilast. Die NIV kann in der akuten respiratorischen Insuffizienz sowie bei der chronischen ventilatorischen Insuffizienz bei ausgewählten älteren Patienten eingesetzt werden. Nach einer akuten Exazerbation eignet sich eine pneumologische Rehabilitation gerade auch bei älteren Patienten um Lebensqualität und die Belastungsfähigkeit zu verbessern. Palliative Therapie am Lebensende darf bei COPD Patienten nicht in den Hintergrund geraten und sollte rechtzeitig mit dem Patienten besprochen werden.

Korrespondenz

Dr. med. Manuel Jonas Richter
Abteilung für allgemeine Pneumologie
Kerckhoff-Klinik gGmbH
Benckestraße 2-8
D-61231 Bad Nauheim
Tel. ++49 (0)6032 996 2479
Fax ++49 (0)6032 996 2417

Interessenkonflikt:

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Homepage www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Literatur zum Beitrag

COPD: Besonderheiten im Alter

(Hessisches Ärzteblatt 8/2013, Seite 598)

1. Abbatecola AM, Fumagalli A, Bonardi D et al. (2011) Practical management problems of chronic obstructive pulmonary disease in the elderly: acute exacerbations. *Curr Opin Pulm Med* 17 Suppl 1:549-54
2. Bateman ED, Rabe KF, Calverley PM et al. (2011) Roflumilast with long-acting beta2-agonists for COPD: influence of exacerbation history. *Eur Respir J* 38:553-560
3. Cheng SL, Chan VL, Chu CM (2012) Compliance with home non-invasive ventilation. *Respirology* 17:735-736
4. Claessens MT, Lynn J, Zhong Z et al. (2000) Dying with lung cancer or chronic obstructive pulmonary disease: insights from SUPPORT. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *J Am Geriatr Soc* 48:S146-153
5. Corhay JL, Nguyen D, Duysinx B et al. (2012) Should we exclude elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease from a long-time ambulatory pulmonary rehabilitation programme? *J Rehabil Med* 44:466-472
6. Criner GJ, Brennan K, Travaline JM et al. (1999) Efficacy and compliance with noninvasive positive pressure ventilation in patients with chronic respiratory failure. *Chest* 116:667-675
7. Curtis JR (2008) Palliative and end-of-life care for patients with severe COPD. *Eur Respir J* 32:796-803
8. Curtis JR, Engelberg RA, Nielsen EL et al. (2004) Patient-physician communication about end-of-life care for patients with severe COPD. *Eur Respir J* 24:200-205
9. Elkington H, White P, Addington-Hall J et al. (2004) The last year of life of COPD: a qualitative study of symptoms and services. *Respir Med* 98:439-445
10. Fabbri LM, Calverley PM, Izquierdo-Alonso JL et al. (2009) Roflumilast in moderate-to-severe chronic obstructive pulmonary disease treated with longacting bronchodilators: two randomised clinical trials. *Lancet* 374:695-703
11. Finnerty JP, Keeping I, Bullough I et al. (2001) The effectiveness of outpatient pulmonary rehabilitation in chronic lung disease: a randomised controlled trial. *Chest* 119:1705-1710
12. Geldmacher H, Biller H, Herbst A et al. (2008) [The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Germany. Results of the BOLD study]. *Dtsch Med Wochenschr* 133:2609-2614
13. Goodridge D, Lawson J, Rucker G et al. (2010) Factors associated with opioid dispensation for patients with COPD and lung cancer in the last year of life: A retrospective analysis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 5:99-105
14. Gore JM, Brophy CJ, Greenstone MA (2000) How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. *Thorax* 55:1000-1006
15. Guder G, Brenner S, Angermann CE et al. (2012) „GOLD or lower limit of normal definition? A comparison with expert-based diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease in a prospective cohort-study“. *Respir Res* 13:13
16. Gupta P, O'Mahony MS (2008) Potential adverse effects of bronchodilators in the treatment of airways obstruction in older people: recommendations for prescribing. *Drugs Aging* 25:415-443
17. Hansen JE, Sun XG, Wasserman K (2007) Spirometric criteria for airway obstruction: Use percentage of FEV₁/FVC ratio below the fifth percentile, not < 70%. *Chest* 131:349-355
18. Knipel V, Windisch W, Bayarassou AH (2012) Epidemiologie von Lungenerkrankungen. *Der Pneumologe Volume* 9:321-330
19. Lee TA, Schumock GT, Bartle B et al. (2009) Mortality risk in patients receiving drug regimens with theophylline for chronic obstructive pulmonary disease. *Pharmacotherapy* 29:1039-1053
20. MacIntyre N, Huang YC (2008) Acute exacerbations and respiratory failure in chronic obstructive pulmonary disease. *Proc Am Thorac Soc* 5:530-535
21. Mador MJ, Krauz M, Shaffer M (2012) Effect of exercise training in patients with chronic obstructive pulmonary disease compared with healthy elderly subjects. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 32:155-162
22. Man WD, Polkey MI, Donaldson N et al. (2004) Community pulmonary rehabilitation after hospitalisation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: randomised controlled study. *Bmj* 329:1209
23. Miravittles M, Guerrero T, Mayordomo C et al. (2000) Factors associated with increased risk of exacerbation and hospital admission in a cohort of ambulatory COPD patients: a multiple logistic regression analysis. The EOLO Study Group. *Respiration* 67:495-501
24. Mohan A, Premanand R, Reddy LN et al. (2006) Clinical presentation and predictors of outcome in patients with severe acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease requiring admission to intensive care unit. *BMC Pulm Med* 6:27
25. Nishimura M, Makita H, Nagai K et al. (2012) Annual change in pulmonary function and clinical phenotype in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 185:44-52
26. Ohta K, Fukuchi Y, Grouse L et al. (2004) A prospective clinical study of theophylline safety in 3810 elderly with asthma or COPD. *Respir Med* 98:1016-1024
27. Patel AR, Hurst JR (2011) Extrapulmonary comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease: state of the art. *Expert Rev Respir Med* 5:647-662
28. Patil SP, Krishnan JA, Lechtzin N et al. (2003) In-hospital mortality following acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 163:1180-1186
29. Pistelli R, Ferrara L, Misuraca C et al. (2011) Practical management problems of stable chronic obstructive pulmonary disease in the elderly. *Curr Opin Pulm Med* 17 Suppl 1:S43-48
30. Pitta F, Troosters T, Probst VS et al. (2006) Physical activity and hospitalization for exacerbation of COPD. *Chest* 129:536-544
31. Schortgen F, Follin A, Piccari L et al. (2012) Results of noninvasive ventilation in very old patients. *Ann Intensive Care* 2:5
32. Simon ST, Niemand AM, Benalia H et al. (2012) Acceptability and preferences of six different routes of drug application for acute breathlessness: a comparison study between the United Kingdom and Germany. *J Palliat Med* 15:1374-1381
33. Solem CT, Lee TA, Joo MJ et al. (2012) Complexity of medication use in newly diagnosed chronic obstructive pulmonary disease patients. *Am J Geriatr Pharmacother* 10:110-122.e111
34. Swallow EB, Reyes D, Hopkins NS et al. (2007) Quadriceps strength predicts mortality in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 62: 115-120
35. Thornton Snider J, Luna Y, Wong KS et al. (2012) Inhaled corticosteroids and the risk of pneumonia in Medicare patients with COPD. *Curr Med Res Opin* 28:1959-1967
36. Tillie-Leblond I, Marquette CH, Perez T et al. (2006) Pulmonary embolism in patients with unexplained exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: prevalence and risk factors. *Ann Intern Med* 144:390-396
37. Vogelmeier C, Buhl R, Criege CP et al. (2007) [Guidelines for the diagnosis and therapy of COPD issued by Deutsche Atemwegsliga and Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin]. *Pneumologie* 61:e1-40
38. Wilchesky M, Ernst P, Brophy JM et al. (2012) Bronchodilator use and the risk of arrhythmia in COPD: part 2: reassessment in the larger Quebec cohort. *Chest* 142:305-311
39. Windisch W, Haenel M, Storre JH et al. (2009) High-intensity non-invasive positive pressure ventilation for stable hypercapnic COPD. *Int J Med Sci* 6:72-76

Prolongierte Entwöhnung vom Respirator nach Langzeitbeatmung

Definition, Prognose, Therapie

Henry Schäfer

Zusammenfassung:

Eine hohe Anzahl von Intensivpatienten benötigt mehr als drei Versuche, um vom Beatmungsgerät entwöhnt zu werden. Dieses wird als prolongierte Entwöhnung (Weaning) bezeichnet und ist bedingt durch die Erschöpfung der Atempumpmuskulatur, vorwiegend bei Patienten mit COPD. Die Prognose verschlechtert sich mit zunehmender Dauer der Beatmung. Das Ziel der Behandlung im spezialisierten Zentrum ist die Erkennung und Überwindung von Hindernissen, um ein erfolgreiches Entwöhnen vom Beatmungsgerät zu erreichen. Hierfür ist eine spezielle personelle und räumliche Ausstattung erforderlich. Bei Versagen der Entwöhnung erfolgt die Planung und Vorbereitung der außerklinischen Versorgung.

Schlüsselwörter: Beatmungsentwöhnung, prolongierte Entwöhnung, respiratorische Insuffizienz, Weaning.

Der Prozess der Beatmungsentwöhnung ist gleichzusetzen mit der schrittweisen Rückübernahme der Atemarbeit durch den Patienten.

Durch das zunehmende Alter vieler Intensivpatienten, verbunden mit erhöhter Komorbidität, steigt die Anzahl derjenigen Patienten, die prolongiert beatmet werden müssen. Durchschnittlich sind ungefähr ein Drittel aller Patienten auf bundesdeutschen Intensivstationen künstlich beatmet, der Anteil an Langzeitbeatmungen (Beatmung > 7d) beträgt circa 20 %. In den USA bedürfen jährlich fast 800.000 Patienten einer künstlichen Beatmung. Diese Patienten sind für die jeweilige Klinik

sehr aufwendig und beanspruchen einen Großteil der finanziellen und personellen Ressourcen einer Intensivabteilung.

In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um Patienten mit chronischen Lungen- oder Herzerkrankungen. Bei diesen Patienten zeigt sich am häufigsten eine prolongierte Entwöhnung von der Beatmung. Das zentrale Problem des Patienten mit Weaningversagen (weaning = entwöhnen) ist die erschöpfte Atemmuskulatur.

In den letzten Jahren hat sich gezeigt, dass viele Patienten mit gescheiterter Entwöhnung dennoch in spezialisierten Zentren in einem größeren Prozentsatz erfolgreich behandelt werden können. Die Erfolgsrate beträgt hierbei 60-70%. Ein geringer Anteil der Patienten verlässt das Weaningzentrum allerdings mit fortgesetzter Beatmung und wird ambulant versorgt.

Tabelle 1: Einteilung der Weaning-Kategorie:

Einfaches Weaning: Erfolgreiche Entwöhnung nach dem ersten Spontanatmungsversuch
Schwieriges Weaning: Erfolgreiche Entwöhnung nach höchstens drei Spontanatmungsversuchen
Prolongiertes Weaning: Mehr als drei gescheiterte Spontanatmungsversuche oder Entwöhnungsdauer länger als sieben Tage nach erstem Spontanatmungsversuch.

Pathophysiologisch werden zwei Arten der Insuffizienz des respiratorischen Systems unterschieden, da unser Atemsystem aus zwei jeweils limitierbaren Anteilen besteht: Das Lungengewebe zum Gasaustausch und die Atemmuskulatur zur Atemexkursion.

Hieraus ergibt sich, dass bei Störungen des Kompartiments Lunge eine respiratorische Insuffizienz entsteht (z.B. ARDS). Aufgrund der gestörten Oxygenierung sinkt der PaO₂ (Sauerstoffpartialdruck). Bei Störung des Kompartiments Atempumpmuskulatur (z.B. exazerbierte COPD) liegt eine ventilatorische Insuffizienz vor. Daher steigt der PaCO₂ (Kohlendioxidpartialdruck) an, das CO₂ kann nicht mehr abgeatmet werden. Das Ungleichgewicht zwischen der Kapazität der Muskulatur und der erhöhten Last der Atemarbeit (z.B. durch Obstruktion der Atemwege, Sekret, Überwässerung und Agitation) führt zur Unmöglichkeit der Beatmungsentwöhnung und ist die entscheidende Grundlage für das Weaningversagen. Besondere Bedeutung hat hierbei die Dysfunktion des Zwerchfells als größter und wichtigster Atemmuskel. Aufgrund der Auswertungen von Patienten aus mehr als 70 Zentren im Rahmen des WeanNet-Programms der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin hat sich gezeigt, dass die COPD mit Ventilationsversagen die häufigste Ursache für eine prolongierte Entwöhnung darstellt, gefolgt von der Pneumonie und dem postoperativen Atemversagen (siehe Abbildung 1).

Nach einer Konsensuskonferenz 2007 verschiedener Fachgesellschaften erfolgt die Einteilung des Weaningverlaufes in drei Kategorien: Einfache Entwöhnung, schwierige Entwöhnung, prolongierte Entwöhnung (siehe Tabelle 1).

Sobald der Patient bereit ist für die Entwöhnung (siehe Tabelle 2), erfolgt der erste Spontanatmungsversuch (SBT = Spontaneous Breathing Trial).

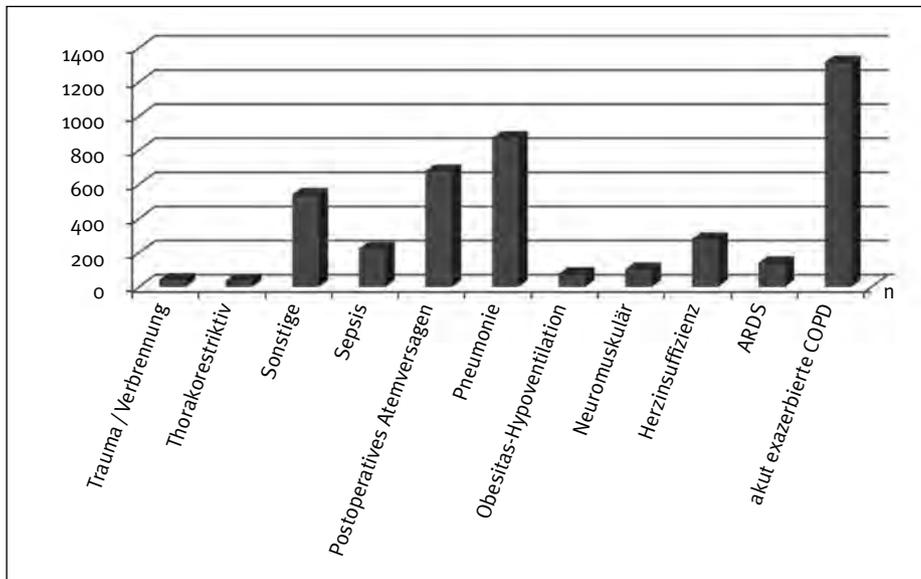


Abbildung 1: Ursachen der Langzeitbeatmung (Quelle: WeanNet)

Tabelle 2: Allgemeine Kriterien zum Entwöhnungsbeginn („ready to wean“):

1. Patient wach, RASS* + 1 bis -2?
2. Katecholamine ausreichend reduziert?
3. Temperatur < 38,5°C?
4. FiO₂ ≤ 0,4?
5. PEEP ≤ 8 mbar?
6. PaO₂ > 55 mmHg?
<i>RASS Richmond Agitation Sedation Score</i>
<i>FiO₂ Inspiratorische Sauerstoff-Fraktion (%)</i>
<i>PEEP Positiver endexpiratorischer Druck</i>
<i>PaO₂ Sauerstoffpartialdruck</i>

Bei einem Spontanatmungsversuch atmet der Patient mit reduzierter maschineller Atemunterstützung oder ohne Beatmung über 30-60 Minuten. Wichtige Kontrollparameter sind hierbei der Sauerstoffpartialdruck, der Kohlendioxidpartialdruck, die Atemfrequenz im Verhältnis zum Tidalvolumen (rapid shallow breathing index, RSBI), das Kreislaufverhalten sowie die mentale Verfassung des Patienten (Agitation, Somnolenz). Die Anzahl der Beatmungstage und der erforderlichen Spontanatmungsversuche definieren hierbei die Weaning-Kategorie.

Die Bedeutung dieser Weaning-Kategorien ergibt sich auch in der prognostischen

Einschätzung, da die Mortalität in der Kategorie 3 deutlich erhöht ist (siehe Abbildung 2).

Aufgrund der zunehmenden Anzahl von Beatmungspatienten mit Weaningproblemen wurden spezialisierte Abteilungen in einzelnen Kliniken eingerichtet. Diese Zentren haben sich im WeanNet, einem bundesweiten Weaningregister, zusammengeschlossen.

Die Behandlung im spezialisierten Zentrum erfolgt mittels eines strukturierten Entwöhnungsprogramms. Dies beinhaltet

ein enges Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen: Fachärztliche Betreuung (Pneumologie, Anästhesie, Intensivmedizin), Intensivpflegepersonal, Physiotherapeuten, Logopädie, Atemtherapeuten und Sozialarbeiter. Die Klinik muss über eine entsprechende Infrastruktur verfügen: Intensivstation, Weaning-Station, Heimbeatmungsstation, ambulante Betreuung (siehe Abbildung 3).

Nach Aufnahme in eine Weaning-Einheit wird zunächst eine Bestandsaufnahme des Ist-Zustandes des Patienten durchgeführt sowie eine Analyse der Entwöhnungshindernisse. Je nach Befund erfolgen Wechsel der Beatmungszugänge und Katheter sowie eine Bronchoskopie zum mikrobiologischen Monitoring, da aufgrund der Vorbehandlung auf anderen Intensivstationen resistente Keime eine Rolle spielen können.

Je nach Zustand des Patienten wird die Fortsetzung der invasiven Beatmung (eventuell über ein Tracheostoma) favorisiert oder der rasche Umstieg auf ein nichtinvasives Beatmungsverfahren gewählt. Nach Entfernung einer Trachealkanüle kommt oft ein Platzhalter zum Einsatz, der die erneute Kanülierung eines Patienten erleichtert (siehe Abbildung 4).

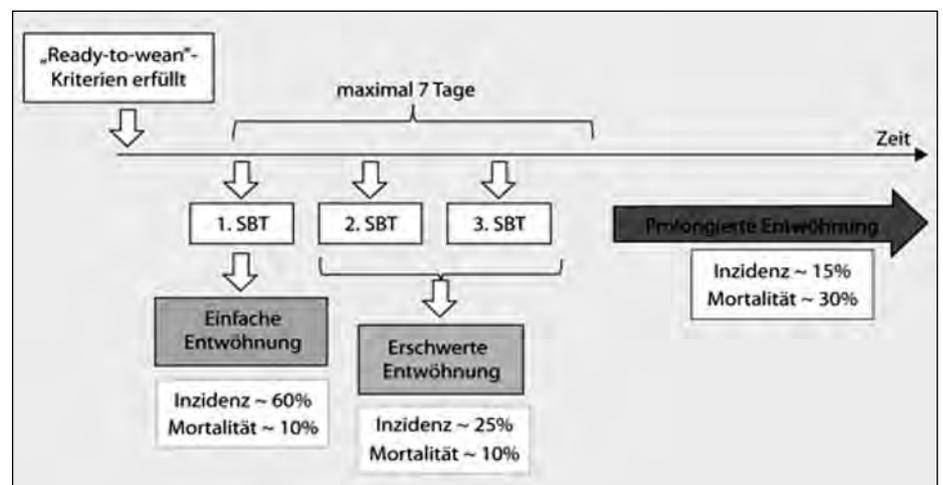


Abbildung 2: Kategorisierung der Beatmungsentwöhnung

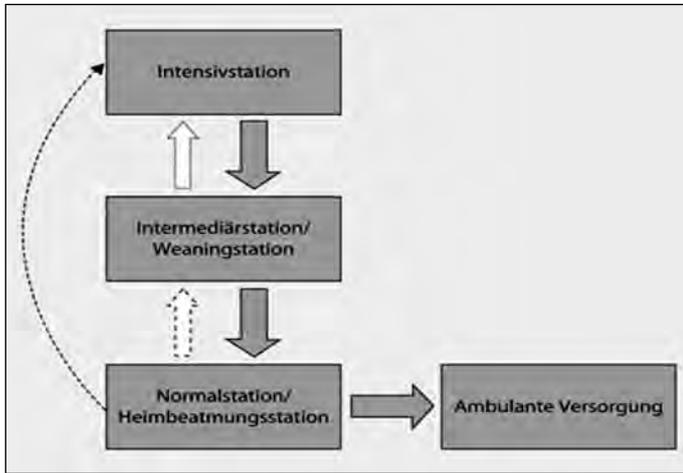


Abbildung 3: Struktur einer Weaning-Abteilung



Abbildung 4: Einsatz eines Platzhalters nach Entfernung der Beatmungskanüle

Die strukturierte Entwöhnung erfolgt bei prolongierten Fällen über einen Wechsel von Spontanatmungsverfahren mit Phasen der Entlastung der Atemmuskulatur durch kontrollierte Beatmungsverfahren. Die zeitliche Abfolge wird täglich der aktuellen Situation

des Patienten angepasst. Die konsequente Behandlung der Entwöhnungshindernisse (siehe Tabelle 3), die Reduzierung oder Beendigung der Sedierung sowie die frühzeitige Planung der weiteren Versorgung sind entscheidende Schritte für eine erfolgreiche Behandlung.

So gelingt in vielen Fällen die bereits als aussichtslos geltende Entwöhnung vom Respirator. Aufgrund der pulmonalen Vorerkrankungen vieler Patienten ist oftmals eine Sauerstoffversorgung oder die Etab-

lierung einer intermittierenden Atemunterstützung (nichtinvasive Beatmung) erforderlich. In seltenen Fällen verbleibt eine invasive Beatmung.

Fazit

Patienten, bei denen eine Entwöhnung vom Beatmungsgerät nach mehr als drei Spontanatmungsversuchen oder länger als eine Woche nicht gelungen ist, können von der Behandlung in einem auf diese Fälle spezialisiertem Zentrum profitieren. Eine Verlegung zur Beatmungsentwöhnung sollte daher in diesen Fällen geprüft werden.

Literatur

- A. Esteban, *Chest* 1994; 106: 1188
 J. Mc Conville, *NEJM* 2012; 367: 2233-2239
 G. Funk, *Intensivmedizin und Notfallmedizin* 2012 107: 622-628
 J. Boles, *European Respiratory Journal* 2007; 29: 1033-1056
 N. McIntyre, *Chest* 2005; 128: 3937-3954
 N. McIntyre, *Chest* 2001 Suppl.; 120: 375S-395S
 B. Schönhofer, *Deutsches Ärzteblatt* 2011; 108: 2768-2769
 W. Windisch: *Zeitschrift für Pneumologie* 2008; 62(S1): 18
 A. Chang, *Chest* 2005; 128: 553-559
 H. Wunsch, *Critical Care Medicine* 2010; 38: 1947-1953
 A. Esteban, *JAMA* 2002; 287: 345-355
 T. Vassilakopoulos, *European Respiratory Journal* 19: 2383-2400

Korrespondenz

Dr. med. Henry Schäfer
 Klinik für Pneumologie,
 Intensiv- und Beatmungsmedizin
 Verein Frankfurter
 Stiftungskrankenhäuser e.V.
 Bürgerhospital Frankfurt am Main
 E-Mail: h.schaefer@buergerhospital-ffm.de

Tabelle 3: Wichtige Entwöhnungshindernisse:

Problem:	Therapieansatz:
Bewusstseinsstörungen, Delir	Moderne Sedierungskonzepte, Sedierungspausen, keine Dauersedierung, neue Medikamente
Adipositas	Spezielle Lagerungstherapie, Patientenlifte, Spezialbetten- und Stühle
Sekretstau	Modernes Sekretmanagement, Endoskopie, Cough-Assist-Systeme, Physiotherapie
Überwässerung, Linksherzinsuffizienz, Rechtsherzinsuffizienz, Niereninsuffizienz	Behandlung kardialer Erkrankungen, Hämodialyse
Infektion	Zielgerichtete antibiotische Therapie
Obstruktion	Moderne Inhalationstherapie, Sekretmanagement
Mangelernährung	Ausreichende enterale Ernährung, PEG-Sonde
Schmerzen	Moderne Schmerzkonzepte
Ventilationsinsuffizienz, Zwerchfelldysfunktion	Einsatz nichtinvasiver Beatmung
Critical-illness-Neuropathie	Physiotherapie, Rehabilitation
Überblähung	Vermeidung von airtrapping
Metabolische Störungen	Ursachen behandeln

Interessenkonflikt:

Der korrespondierende Autor hat Vortragshonorare der Firmen Boehringer und GlaxoSmithKline erhalten.

Interaktionen mit Cytochrom-P450

Einführung am Beispiel der CSE-Hemmer

Holger Petri

Abstract:

Pharmakokinetische Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln sind bei der Aufnahme, Verteilung, Verstoffwechslung und Ausscheidung möglich. In dieser Serie werden Wechselwirkungen aus dem Bereich der Biotransformation betrachtet, die durch die Enzyme aus der Cytochrom-P450-Familie (CYP) verursacht werden. Arzneimittel sind sehr häufig Substrate dieser CYP-Enzyme, nicht wenige beeinflussen zudem ihre Aktivität. Mit jeder Folge dieser Serie wird eine Interaktionstabelle präsentiert, die den Leser über das Verhalten von Medikamenten einer Stoffgruppe in Bezug auf Cytochrome informiert. Mögliche Interaktionen mit anderen Substanzen sind mit Hilfe einer weiteren Abbildung leicht identifizierbar. Ziel ist es, den Leser darin zu unterstützen, insbesondere bei der Erstverordnung die Substanz oder Substanzen einer Stoffgruppe mit einem möglichst geringen Interaktionsrisiko zu wählen und andererseits problematische Kombinationen zu erkennen. Den Anfang der Serie machen die Wirkstoffe aus der Gruppe der CSE-Hemmer.

Grundlagen: Der Körper versucht gewöhnlich, Medikamente und andere Fremdstoffe (Xenobiotika) in zwei Schritten wasserlöslicher zu machen, um sie besser ausscheiden zu können. In der ersten Reaktion, der sogenannten Phase-I-Reaktion, werden die Xenobiotika so chemisch verändert, dass sie in der Phase-II-Reaktion mit einer körpereigenen, sehr wasserlöslichen Substanz (Beispiel Glucuronsäure) gekoppelt werden (Konjugationsreaktion). Die so entstandene Verbindung ist gegenüber der Muttersubstanz wesentlich polarer und kann daher leichter primär über die Nieren eliminiert werden.

Die Enzyme der Cytochrom-P450-Familie haben im Körper die größte Bedeutung für Phase-I-Reaktionen. Es handelt sich dabei

um Isoenzyme. Das bedeutet, sie katalysieren dieselbe chemische Reaktion, haben aber ein unterschiedliches Affinitätsverhalten zu Substraten. Beim Menschen wurden bislang 60 verschiedene Cytochrome gefunden. Allerdings sind für die Biotransformation von Medikamenten nur wenige von Bedeutung. Die Nomenklatur ist so aufgebaut, dass auf das Symbol CYP eine Zahl für die Familie, ein Buchstabe für die Unterfamilie und eine Nummer für das einzelne Enzym folgen: CYP1A2, CYP2D6 und CYP3A seien als Beispiele genannt.

Genetische Polymorphismen: Bedingt durch genetische Variationen unterscheidet sich die Aktivität einzelner CYP-Isoenzyme. Am besten untersucht ist dies für CYP2D6: 7-10% der Mitteleuropäer bilden keine funktionsfähigen Cytochrome. Bei Ihnen verläuft die Biotransformation von CYP2D6-Substraten sehr langsam, während bei 1-10% der Mitteleuropäer diese sehr schnell abläuft, da sie viel mehr Enzyme produzieren als der Durchschnitt.

Wie beeinträchtigen Arzneimittel die Cytochrome?

Arzneimittel und auch Nahrungsmittel können die Aktivität der Cytochrome modulieren. Durch einen Hemmer (Inhibitor) verlieren die Cytochrome an Aktivität. Bei einem starken Hemmer wie Paroxetin ist das Enzym CYP2D6 quasi nicht mehr funktionsfähig. Bei Verordnung eines Induktors hingegen wird die Bildung von Cytochromen angeregt. Beispielsweise induziert systemisches Johanniskraut in therapeutischen Dosen CYP3A4.

Welche möglichen Konsequenzen hat dies für den therapeutischen Erfolg?

Der therapeutische Erfolg zahlreicher Medikamente hängt entscheidend von der

Funktionsfähigkeit der Cytochrome ab, über die sie verstoffwechselt werden. Dabei sind verschiedene Konstellationen von Wechselwirkungen auf Ebene der Cytochrome denkbar:

Substrat und Inhibitor: Wird der Abbau des Arzneimittels durch einen Cytochrom-Inhibitor blockiert, steigen die Plasmaspiegel. Der gewünschte Effekt stellt sich ein, aber das Risiko des Auftretens von Nebenwirkungen ist erhöht, wenn nicht die Dosis des Arzneimittels reduziert wird. Somit besteht die Gefahr, dass eine wirksame Therapie wegen der reduzierten Verträglichkeit nicht fortgeführt wird oder die Nebenwirkungen als neues Symptom missdeutet werden, was zur Verordnung eines weiteren Medikamentes führen kann.

Substrat und Induktor: Der Abbau des Medikamentes wird in einem Ausmaß beschleunigt, dass die Plasmaspiegel ohne Dosiserhöhung in einen Bereich fallen, dass der therapeutische Effekt ausbleibt. Dies führt unter Umständen zur Verordnung einer Alternativmedikation, die nicht vergleichbar wirksam oder verträglich ist.

Prodrug und Inhibitor/Induktor: Prodrugs sind Arzneimittel, die selbst nicht wirksam sind, sondern erst im Körper durch in der Regel enzymatische Reaktionen in die aktive Form überführt werden. Auch die Cytochrome sind für die Wirkung einer Reihe von Prodrugs wichtig. Als Beispielsubstanzen sind Clopidogrel, Dacarbazin oder Tamoxifen genannt. Wird ein Prodrug mit einem Hemmer des Enzyms kombiniert, über das die Bioaktivierung erfolgt, entstehen reduzierte Plasmaspiegel des Metaboliten und die Wirksamkeit ist beeinträchtigt (Clopidogrel und Tamoxifen). In Kombination mit einem Induktor werden mehr aktive Metabolite als therapeu-

Tab. 1: Übersicht der Cytochrom-P450-assoziierten Interaktionen von CSE-Hemmern (mit freundlicher Genehmigung aus: Krankenhauspharmazie 2013; 34:243-5)

Substanz (Beispiel für Handelspräparat)	CYP450: Metabolisierung und modulierende Wirkungen ^I	Interaktion durch CYP450- Modulatoren	Interaktions- risiko	Bemerkungen	Pharmakogenetik ^{II}
Atorvastatin (Sortis)	<ul style="list-style-type: none"> Substrat von CYP3A4 	CYP3A4-Inhibitoren und -Induktoren	CHECK		
Fluvastatin (Locol)	<ul style="list-style-type: none"> Substrat von CYP2C9 	CYP2C9-Inhibitoren und -Induktoren	CHECK		CYP2C9: Etwa 18% der Mitteleuro- päer besitzen eine Mutation, die zu einer verminderten Enzymaktivität führt.
Lovastatin (Mevinacor)	<ul style="list-style-type: none"> Substrat von CYP3A4 Mittelstarker Inhibitor von CYP2C8 	CYP3A4-Inhibitoren und -Induktoren	CHECK		
Pravastatin (Pravasin)	Nicht relevant	Nicht bekannt	✓	Leitsubstanz der Kassen- ärztlichen Bundesvereinigung	
Rosuvastatin (Crestor)	Nicht relevant	Nicht bekannt	CHECK	Pharmakokinetische WW auf Ebene von Transportproteinen sind mög- lich (FI Crestor, Stand 12/2012)	
Simvastatin (Zocor)	<ul style="list-style-type: none"> Substrat von CYP3A4 	CYP3A4-Inhibitoren und -Induktoren	CHECK	Leitsubstanz der Kassen- ärztlichen Bundesvereinigung	



Vor einer Kombinationstherapie ist die Anwendung eines Interaktionsprogramms unverzichtbar!



Vor einer Kombinationstherapie ist die Anwendung eines Interaktionsprogramms zu empfehlen.

Es gibt mehrere klinisch bedeutsame Interaktionen.
Die Anwendung eines Interaktionsprogramms ist ratsam.

Es sind vereinzelte Interaktionen zu beachten.

Die aufgeführten Daten bewerten allein die Eigenschaften der Substanzen auf Ebene der Metabolisierung über Cytochrom-P450-Isoenzyme. Da Interaktionen nur im klinischen Kontext richtig interpretiert werden können, ist es offensichtlich, dass die Interaktionstabelle keine eindeutigen Schlüsse zulässt, sondern lediglich wichtige Hinweise vermittelt^{III}. Eine pharmakologische Bewertung, beispielsweise hinsichtlich Wirksamkeit, Zulassungsstatus oder Kontraindikationen, bleibt mit Ausnahmen (siehe Spalte „Bemerkungen“) unberücksichtigt. WW: Wechselwirkungen, FI: Fachinformation.

Quellen:

- I: medIQ-Interaktionsprogramm, Haupt- und relevante Abbauewege (Stand 4/2013); II: Benkert O, et al. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 8. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2010; III: Masche U, et al. Zytochrome und andere Proteine und ihre Bedeutung für pharmakokinetische Arzneimittelinteraktionen. 4. Auflage, Wi: Infomed-Verlags AG, 2009.

tisch notwendig gebildet und die Verträglichkeit ist beeinträchtigt (Dacarbazin).

Konsequenzen für die Praxis am Beispiel der CSE-Hemmer:

Anhand der beiden Leitsubstanzen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aus der Gruppe der HMG-CoA-Reduktasehemmer, Simvastatin und Pravastatin, soll veranschaulicht werden, wie unterschiedlich das Risiko für Wechselwirkungen ist.

Kombination mit CYP3A4-Hemmern:

Simvastatin ist ein Lacton-Prodrug: seine Wirkung kommt über den Hauptmetaboliten zustande. Der Tabelle 1 ist zu entnehmen, dass der weitere Abbau über das Isoenzym

CYP3A4 stattfindet. Bei gleichzeitiger Verordnung von CYP3A4-Hemmern steigt die AUC (Fläche unter der Konzentrations-Zeit-Kurve), was mit einem signifikant erhöhten Rhabdomyolyse-Risiko einhergeht. Starke CYP3A4-Hemmer sind daher unter einer Simvastatin-Therapie kontraindiziert. In Abbildung 1 ist eine Auswahl an starken CYP3A4-Hemmern aufgeführt. Bei gleichzeitiger Verordnung mit mittelstarken als auch einzelnen schwachen CYP3A4-Hemmern (Amlodipin, Ticagrelor) ist die Tageshöchstdosis von Simvastatin limitiert. Die jeweilige Höchstdosis ist der Fachinformation des zu verordnenden Präparates zu entnehmen, da sie je nach Pharmazeutischen Unternehmer unterschiedlich vorgegeben wird.

Kombination mit CYP3A4-Induktoren:

Das Antiepileptikum Carbamazepin senkt über eine Induktion des CYP3A4-Enzyms die AUC von Simvastatin um etwa 75%. Dies erfordert unter Monitoring der Blut-fettwerte eine Erhöhung der Tagesdosis von Simvastatin. Sollte Carbamazepin im weiteren Verlauf der Therapie abgesetzt und die Dosis von Simvastatin nicht gesenkt werden, steigen die Plasmaspiegel und damit die Gefahr von schwerwiegenden Nebenwirkungen.

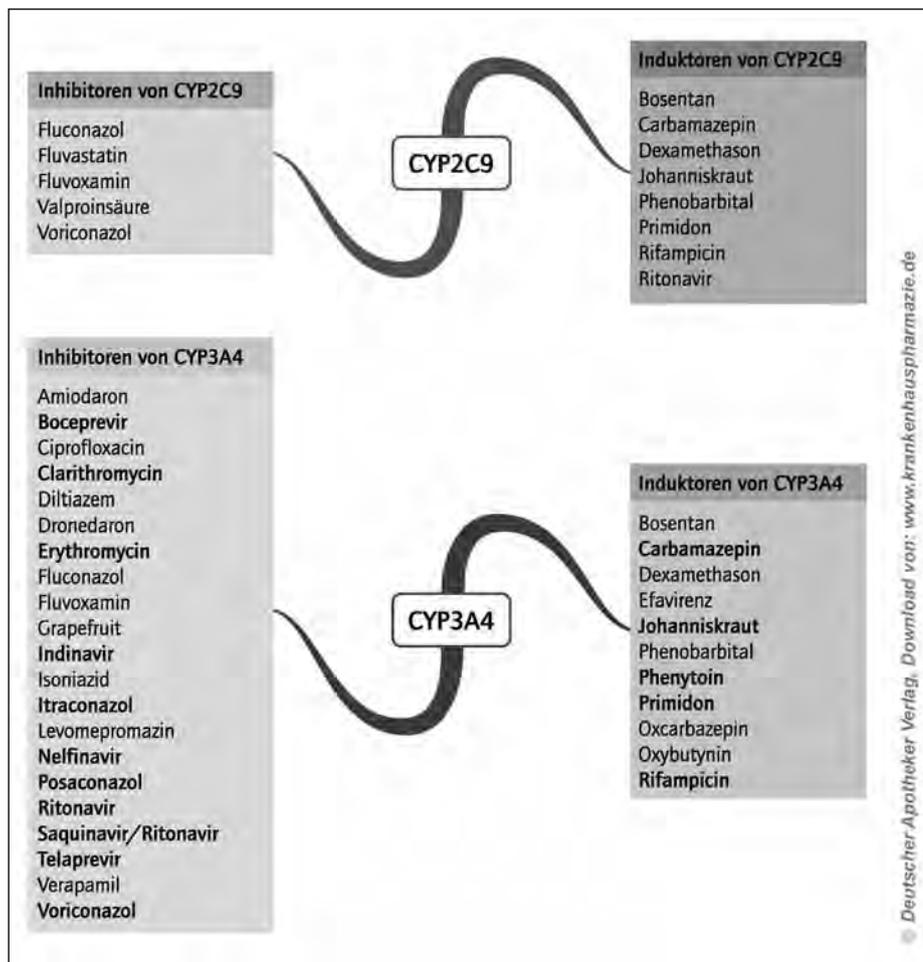
Der Abbau von Pravastatin ist unabhängig von den CYP-Enzymen. Dosisanpassungen bei gleichzeitiger Verordnung von CYP-Modulatoren sind daher nicht notwendig.

Fazit: In Leitlinien und Empfehlungen zur Pharmakotherapie mit CSE-Hemmern wird neben der Titrationsstrategie die Gabe einer fixen Statinstandarddosis („fire and forget“) als wesentliche Option erwähnt. Auf Ebene von CYP-Interaktionen erscheint Pravastatin (gemäß Arzneimittelverordnungsreport 2011 92,3 Mio. definierte Tagesdosen, DDD) geeigneter für die Strategie der fixen Dosis als Simvastatin (1 3479 Mio DDD 2011).

Anschrift des Verfassers:

Holger Petri
 Fachapotheker für Arzneimittelinformation
 Fachapotheker für Klinische Pharmazie
 Zentral-Apotheke der Wicker Kliniken
 Tel.: 05621 803 290, Fax: 05621 803 841
 E-mail: petri@werner-wicker-klinik.de
 Werner-Wicker-Klinik, Orthopädisches
 Schwerpunkt-Klinikum Werner Wicker KG
 Im Kreuzfeld 4
 34537 Bad Wildungen-Reinhardshausen

Literatur beim Verfasser



© Deutscher Apotheker Verlag, Download von: www.krankenhauspharmazie.de

Abb. 1: Auswahl von modulierenden Substanzen (stark wirkende fettgedruckt) mit klinisch relevanter Wirkung auf einzelne CYP450-Isoenzyme (Stand: 04/2013) [Quelle: mediQ-Interaktionsprogramm]. (mit freundlicher Genehmigung aus: Krankenhauspharmazie 2013; 34:243-5)

Dieser Beitrag stellt den ersten Artikel einer Serie dar, die in regelmäßigen Abständen erscheinen wird.

Sicherer Verordnen

Agomelatin – zu viele UAW

Eine französische kritische Fachzeitschrift bezeichnet das Antidepressivum Agomelatin (Val-doxan®), ein Melatonin-Rezeptor-agonist, aufgrund seiner unerwünschten Wirkungen (UAW) und strittigen Wirksamkeit als unnötig und gefährlich. Unterschiedliche, auch schwere Leberfunktionsstörungen, Hautreaktionen bis hin zum Stevens-Johnson-Syndrom, muskuläre UAW bis hin zu Rhabdomyolyse, mögliche Herzfunktionsstörungen, gastro-intestinale UAW und zentralnervöse UAW (u.a. Aggression, Schlafstörungen, Tinnitus, Krämpfe, Selbsttötungsgedanken bis hin zu erfolgreichen Versuchen) lassen das Risikoprofil von Agomelatin wenig positiv erscheinen. Die Autoren empfehlen, auch vor einer möglichen Marktrücknahme dieses Antidepressivum nicht zu verordnen.

Quelle: *Prescr. Internat.* 2013; 22: 70-1

Glukokortikoide – wenig Erfolg beim Tennisellenbogen

In einer Zusammenfassung einer amerikanischen Studie zur Anwendung von Glukokortikoiden bei chronischer Epicondylalateralis, dem sogenannten Tennisellenbogen, im Vergleich zu Placeboinjektionen und Physiotherapie wird festgestellt, dass

- Glukokortikoide in dieser Indikation zu höheren Rezidivraten als Placebo nach einem Jahr führen (Kurzzeitergebnisse nach vier Wochen waren für Glukokortikoide noch positiv).
- Physiotherapie die Ergebnisse nicht verschlechtert, aber auch keine objektiven Vorteile zeigt.

Quelle: *DtschMedWschr* 2013; 138: 769

NSAID – UAW auf Dünn- und Dickdarm

Neben den bekannten UAW auf den Magen wirken nicht-steroidale Antiphlogistika (NSAID) auch auf Dünn- und Dickdarm ulzerogen, beginnend mit einem subklinischen Mukosaschaden bei 60 bis 70 Prozent der Patienten. Im Dünndarm zeigen sich nach 14-tägiger Einnahme eines NSAID bereits ähnlich häufige Blutungen, Ulzera-

tionen und konzentrische Diaphragmen mit Stenosen wie nach Langzeiteinnahme. Spezifische COX-2-Inhibitoren zeigen keinen Vorteil, ebenso wie die zusätzliche Gabe von H₂-Blockern oder Protonenpumpeninhibitoren (PPI). Nur Misoprostol scheint eine Wirkung zu zeigen, ist jedoch aufgrund seiner UAW (Diarrhoe, Bauchkrämpfe) nur bedingt empfehlenswert. Generell sollte bei gastrointestinalen UAW ein Präparat abgesetzt werden – mit schnellem Abheilen entzündlicher Prozesse. Diaphragmatische Stenosen und Strikturen bilden sich jedoch nicht zurück (evtl. Ballondilatation).

Am Dickdarm verursachen NSAID bei oraler Gabe nur selten UAW. Grundsätzlich können jedoch ähnlich UAW wie am Dünndarm auftreten, vor allem am Colonscandens.

Cave:

- Die Kombination eines NSAID mit ASS erhöht das Risiko, auch die Low-Dose-Therapie mit zum Beispiel 100 mg/d.
- Fragen nach einer Einnahme von zusätzlichen freiverkäuflichen Präparaten eines NSAID oder ASS vor einer Verordnung dringend zu empfehlen!

Quelle: *Gastroenterol.* 2010; 5: 461-72, *nachgedruckt in Hess. Ärztebl.* 2013; 1: 19 –28.

Ein schwarzes Dreieck ...

Ab September dieses Jahres sollen Arzneimittel, die einer zusätzlichen Überwachung unterliegen, sowohl in Packungsbeilage als auch in der Fachinformation mit einem gleichseitigen, auf der Spitze stehenden Dreieck und mit einem zusätzlichen Text versehen werden. Dies gilt für alle Mittel, die seit 2011 zugelassen wurden und neue Arzneistoffe enthalten und generell für alle Biologicals.

In anderen europäischen Ländern haben sich diese Warnhinweise bereits bewährt. Mit der Zulassung ist das Risikoprofil eines neuen Arzneistoffes noch längst nicht erfasst. Besondere Risikogruppen wie Kinder und alte Menschen können auf einen neuen Arzneistoff sensibler reagieren. Insbesondere medikamentös behandelte chronisch Kranke fallen oft unter die Aus-

schlusskriterien einer Zulassungsstudie, sodass zum Beispiel die Frage der Interaktionen mit anderen Arzneistoffen nur unzureichend geklärt ist.

Offen bleibt, aus welchen Gründen ein Warnhinweis nicht bereits auf der äußeren Verpackung angebracht werden muss. Es soll Patienten geben, die sich die Gebrauchsinformation nicht ansehen – ebenso wie Ärzte, die einen Blick in die jeweiligen Fachinformationen nicht für nötig erachten.

Auch sollen zum Stichtag keine Rückrufe aufgrund der geplanten Änderung erfolgen, noch jahrelang werden sich daher Arzneimittel mit nicht geklärem Sicherheitsprofil ohne schwarzes Warndreieck im Handel befinden. Für Patienten ist dies sicher nicht von Vorteil. Es bleibt wenigstens zu hoffen, dass der Warnhinweis auch bei der Publikation von Werbeanzeigen nicht vergessen wird.

Quelle: *Pharm. Ztg.* 2013; 158(11):105

ACE-Hemmer – Angioödemrisiko neu kalkuliert

Im Vergleich zu Betablockern war nach einer retrospektiven amerikanischen Kohortenstudie bei über vier Millionen Patienten das Risiko eines Angioödems bei ACE-Hemmern etwa dreifach erhöht, bei AT₁-Blockern praktisch unverändert. Das Risiko schwerer Angioödeme war für AT₁-Antagonisten gegenüber Betablockern nicht erhöht, bei ACE-Hemmern jedoch 5-fach höher. Nachdem beispielsweise unter Therapie mit Captopril Angioödeme bei 0,1 bis einem Prozent der Patienten auftreten, relativieren sich die Zahlen.

Quelle: *DtschMedWschr* 2013; 138: 302

Dr. med. Günther Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 6/2013

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

Schwere hämolytische Reaktionen nach intravenöser Gabe von Immunglobulinen

Intravenöse Immunglobuline (IVIg) sind zugelassen zur Substitutionsbehandlung bei verschiedenen angeborenen oder erworbenen Störungen der Antikörperbildung (z.B. bei chronisch lymphatischer Leukämie, Multiplem Myelom oder nach allogener hämatopoetischer Stammzellentransplantation) sowie zur Immunmodulation bei einigen Autoimmunerkrankungen (z.B. Immuntrombozytopenie, Guillain-Barré-Syndrom) und Erkrankungen unbekannter Ätiologie wie das Kawasaki-Syndrom. Die Querschnitts-Leitlinien der Bundesärztekammer zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten erwähnen darüber hinaus die off-label-Anwendung in verschiedenen Indikationen, wie zuletzt bei Polymyositis und Dermatomyositis.

Zu den lange bekannten möglichen, seltenen Nebenwirkungen von IVIg-Präparaten zählen reversible hämolytische Reaktionen. Diese werden vermutlich ausgelöst durch Antikörper gegen Blutgruppenantigene – Isoagglutinine – die in den IVIg-Präparaten enthalten sein können. Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) berichtete im Juni 2012 über vermehrte Meldungen von schweren hämolytischen Reaktionen nach Gabe von IVIg. Dabei waren einzelne neuere Produkte, wie z.B. Privigen® besonders betroffen. Dies hat zur Aufnahme eines Warnhinweises in die Fachinformation von Privigen® geführt und zur Versendung von Risikoinformationen in der Schweiz und Kanada.

Neuere IVIg-Prüfte weisen einen geänderten Herstellungsprozess auf, der gegenüber älteren Produkten Vorteile haben kann – z.B. geringerer IgA-Gehalt, geringere prokoagulatorische Aktivität – aber auch Nachteile wie höhere Titer an Isoagglutininen (Anti-A- und Anti-B-IgG). Über einen möglichen Zusammenhang zwischen neueren IVIg-Produkten und häufigeren hämolytischen Reaktionen wurde bereits 2008 berichtet.

*Dr. med. Wolfgang LangHeinrich,
Vorstandsbeauftragter
Pharmakotherapie der KV Hessen*

Landesärztekammer Hessen

25-jähriges Dienstjubiläum in der Landesärztekammer Hessen



Nach 25 Jahren in der Carl-Oelemann-Schule schaut **Sabine Selent** (geb. Veith) auf eine ganze Generation von Arzthelfer/innen zurück, die u. a. durch ihre fach-

kompetente Anleitung Lerninhalte für den erfolgreichen Abschluss ihrer Berufsausbildung erlernt haben.

Frau Selent begann ihre Tätigkeit in der Landesärztekammer Hessen am 3. Oktober 1988, nachdem sie selbst den Beruf der Arzthelferin erlernt und einige Jahre bei einem niedergelassenen Arzt Berufs-

erfahrung gesammelt hatte. Fachlich immer aktuell zu sein und auch vor neuen Herausforderungen keine Scheu zu haben, war ihr wichtig und wird durch ihren beruflichen Werdegang bestätigt. Im Jahr 1993 absolvierte Sabine Selent erfolgreich die berufsbegleitende Aufstiegsfortbildung zur Arztfachhelferin (heutige Abschlussbezeichnung: Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung). Sie nahm mit Erfolg an Qualifizierungslehrgängen, wie z. B. „Kenntnisse im Strahlenschutz“ sowie an verschiedenen Anpassungsfortbildungen teil. Die Veränderungen im Berufsbild der Arzthelferin und heutigen Medizinischen Fachangestellten verfolgt Sabine Selent aktiv und stellt sich durch eigene Fortbildungen auf die beruflichen Veränderun-

gen ein, um in ihrem Tätigkeitsgebiet in der Carl-Oelemann-Schule immer aktuell zu sein.

Seit 2012 ist Sabine Selent zusätzlich Mitglied in den Prüfungsausschüssen der Landesärztekammer Hessen zur Abschlussprüfung von Medizinischen Fachangestellten.

Das Präsidium, die Geschäftsführung der Landesärztekammer Hessen und die Vorsitzenden der Gremien der Carl-Oelemann-Schule gratulieren Sabine Selent zu ihrem Dienstjubiläum. Wir wünschen ihr weiterhin eine erfolgreiche Zeit in der Landesärztekammer Hessen.

Silvia Happel, Schulleiterin

Kinder krebskranker Eltern

Kinder sind immer Mitbetroffene bei einer Krebserkrankung

150.000 Kinder, d.h. 5-15 % aller Jugendlichen in Deutschland sind jährlich neu von der Krebserkrankung eines Elternteils betroffen. Nach Schätzungen leben in jeder dritten Familie, in der Mutter oder Vater an Krebs erkranken, minderjährige Kinder oder Jugendliche.

Nach der Diagnose „Krebs“ gehen den Eltern viele Fragen durch den Kopf, was den Umgang mit den Kindern betrifft: ob, wann und wie sie sagen sollen, dass sie krank sind – am liebsten gar nichts sagen, um die Kinder zu schonen?

Jedoch selbst kleinere Kinder haben ganz feine Antennen, merken die Sorgen und Ängste der Eltern nach der Befundmitteilung, den veränderten Tagesablauf, verminderte Leistungsfähigkeit und Schwäche des Vaters oder der Mutter während der Therapiephase – auch wenn man nicht mit ihnen über die Krebserkrankung gesprochen hat. Daher ist es sehr wichtig, dass krebskranke Mütter und Väter mit ihren Kindern in jedem Alter offen und ehrlich reden, alters- und wahrheitsgemäß. Kleinere Kinder sind nicht lange aufnahmefähig, es sollte

ihnen in mehreren Gesprächen der Sachverhalt erklärt werden. Auch das Wort „Krebs“ sollte benutzt werden, da die Gefahr besteht, dass die Kinder das Wort sonst von Mitschülern oder Nachbarn – oft plötzlich und grausam – erfahren.

Wenn die Eltern ihre Kinder und Jugendlichen nicht genau aufklären, weil sie sie „schonen“ wollen, fühlen sich die Kinder oft nicht geliebt und ausgegrenzt. Bezieht man sie hingegen ein, fühlen sie sich aufgewertet und ernst genommen, wollen kleinere Aufgaben übernehmen und in der schwierigen Situation helfen.

Kinder haben auch häufig Schuldgefühle, meinen, die Krankheit von Vater oder Mutter verursacht zu haben. Durch vorsichtiges Fragen kann man dies herausfinden und darauf reagieren.

Bei Jugendlichen ist die Situation nach der Krebsdiagnose eines Elternteiles etwas anders: Jugendliche streben aus dem Elternhaus, sind nun durch die Übernahme von z.B. Haushaltspflichten wieder gezwungen, in das Elternhaus zurückzukehren – sie wissen nicht, ob sie noch in die Disko oder

Buchtipps

1. Was macht der Krebs mit uns? – Kindern die Krankheit der Eltern erklären
Sabine Brütting, Balance-Verlag 2011
2. Plötzlich ist alles ganz anders – wenn Eltern an Krebs erkranken
Sylvia Broeckmann, Klett-Cotta 2009
3. Mama hat Krebs – Mit Kindern die Krankheit begreifen
Kreuz-Verlag 2004
4. Das ist Krebs – ein Buch für Kinder
atp-Verlag
5. Mit Kindern über Krebs sprechen
Bianca Senf, Monika Rak – kostenlose Informationsbroschüre, anfordern beim Verein „Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e.V.“
6. Mir sagt ja doch (K)einer was!
Anita Zimmermann, Gerhard Trabert, Flüsterpost e.V.

mit Freunden ausgehen und fröhlich sein dürfen. Hier ist es wichtig, die Jugendlichen zu einem möglichst „normalen“ Leben aufzufordern. Jugendliche haben auch oft Angst, selber Krebs zu bekommen – die Ängste sollten ernst genommen werden.

Der richtige Umgang mit den Kindern und Jugendlichen bei der Krebserkrankung eines Elternteils ist nicht immer einfach – wenn Vater oder Mutter überfordert oder zu schwach sind, mit den Kindern zu sprechen, kann man sich bei Verwandten, Freunden oder professionellen Helfern Hilfe holen. Kinder und Jugendliche müssen immer Ansprechpartner haben, die offen für ihre Fragen sind. Lehrer und Erzieher sollten über die Krankheit des Elternteils informiert sein, damit sie eventuelle Verhaltensänderungen der Kinder richtig einordnen und darauf reagieren können.

Die europäische COSIP – Studie (Dr. Romer, Hamburg, 2002) hat gezeigt, dass es den Kindern umso besser geht, je besser die Patienten ihre Krankheit bewältigen. Auch sie sollten sich Hilfe holen, wenn die Krankheitsverarbeitung für sie allein zu schwierig ist.

*Dr. med. Lida Schneider, Frankfurt
Psychoonkologin
Geschäftsführerin des Vereins*

„Hilfe für Kinder krebskranker Eltern“ e.V.

Sitz: Offenbach · Dr. Lida Schneider (Geschäftsführung)

Güntherstraße 4a · 60528 Frankfurt · Tel. / Fax: 069 67724504

www.hilfe-fuer-kinder-krebskranker.de · hkke@hilfe-fuer-kinder-krebskranker.de



Der gemeinnützige Verein „Hilfe für Kinder krebskranker Eltern“ wurde 1997 an der Strahlenklinik Offenbach unter Vorsitz von Prof. Dr. med. Nikolaos Zamboglou gegründet. Seit 1998 betreuen und beraten Psychologinnen/Psychotherapeutinnen für den Verein Kinder und Eltern zum richtigen Umgang in dieser schwierigen Krankheitssituation.

Patienten/innen, Großeltern, Freunde, Sozialarbeiter (fast nie die Kinder und Jugendlichen selbst!) wenden sich per Telefon, Fax, E-Mail an den Verein. Die Geschäftsführerin Dr. med. Lida Schneider, Ärztin und Psychoonkologin, führt zunächst ein Gespräch und leitet bei Bedarf die Hilfesuchenden für die Vereinbarung von Terminen an die seit vier Jahren im Verein tätigen Psychotherapeutin Sabine Brütting weiter. Sind die Hilfesuchenden ortsfrem, berät Brütting auch per Email oder Telefon. Die Gespräche sind für die Nutzer kostenlos, bis zu zehn Sitzungen werden vom Verein bezahlt (bei Bedarf auch mehr).

Da es im deutschsprachigen Raum keinen kompetenten Ratgeber für Krebspatienten zum Umgang mit Kindern in dieser Situation gab, brachte der Verein im September 2004 die Broschüre „Mit Kindern über Krebs sprechen“ (Autorinnen: Dr. Bianca Senf, Dipl. Soz. Päd. Monika Rak) heraus. Die Broschüre liegt mittlerweile in der 5. Auflage vor, davon wurden bisher über 50.000 Exemplare auf Anforderung in Deutschland, in die Schweiz, nach Österreich und Frankreich verschickt. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, es wird lediglich um die Erstattung der Portokosten gebeten.

Seit 2003 können sich Patienten und Interessierte auf der Internetseite

www.hilfe-fuer-kinder-krebskranker.de über die Arbeit und aktuelle Hilfsangebote informieren. Für den Austausch mit anderen Familien bietet der Verein seit 2009 Wochenendseminare im Feriendorf Hübingen (Westerwald) an.

Rückblick – Nicaragua 2012

Ein Jahr nach einem Dritte Welt Einsatz

Etwa 3890 Stunden sind nach meiner Rückkehr schon wieder vergangen und ich ercappe mich des Öfteren dabei, wie ich die Erlebnisse aus dem nicaraguanischen Bergland mit meinem Arbeitsalltag in unserer internistisch-diabetologischen Gemeinschaftspraxis vergleiche.

Die Basisstation „Casa Nazareth“ der Organisation „Ärzte für die Dritte Welt“ (jetzt: German Doctors e.V.) liegt in Ocotal, einer Kleinstadt von ca. 30.000 Einwohnern nahe der honduranischen Grenze ca. vier Stunden nördlich von Managua, der Hauptstadt Nicaraguas.

Mit unserer Clinic Movil (ein Allrad-Fahrzeug samt Fahrer, ein Zahnarzt, ein Internist, eine Krankenschwester, eine Zahnarzt- und eine Apothekenhelferin) besuchten wir täglich verschiedene Orte, meist Bergregionen. Wir starteten morgens zwischen 7:30 Uhr und 8 Uhr nach Einsatzplan „Programma de consultas medicas“. Teils im Schrittempo fuhren wir durch viel unwegsames Gelände mit bis zu 90 Minuten Anfahrtszeit auf über 1.200 Meter Meereshöhe. Die „Nicas“ liefen teils bis vier Stunden zu uns.

An einem „Sprechstundentag“ inmitten der unwirtlichen Bergregion konsultierten mich bis zu 80 Patienten täglich (bei meinen Vorgängern waren es teils weit über 100 Patienten). Ca. 45 Fälle täglich waren zahnärztlicher Art.

Das medizinische Spektrum bestand aus Magen-/Darminfektionen mit und ohne Parasitenbefall. Außerdem Hautinfektionen und Kopf-/Gelenkbeschwerden. Neben der zahnärztlichen Betreuung mit Zahn-/Wurzelentfernungen, sowie Kontrollen des Zahnstatus, wurde wieder damit begonnen, regelmäßig Sehprüfungen durchzuführen. Die Vergabe von mitgebrachten

älteren deutschen Brillen war für viele Patienten hilfreich und verbesserte deren Lebensqualität deutlich.

Bei einem Kleinkind (siehe Bild unten) mit 39,7 Grad Fieber und mehr als 100 Atemzügen/Minute im Dämmerzustand war schnelle Hilfe gefragt. Es handelte sich um eine lebensbedrohliche Lungenentzündung mit asthmatischer Komponente, so dass wir Mutter samt Kind mit nach Ocotal mitnahmen. Glücklicherweise wendete sich Alles zum Guten.

Die Abende in unserer „Casa Nazareth“ gestalteten sich meist ruhig und waren geprägt von gemeinsamen Kochen, Gesprächen und Lesen. Die Besuche in unserer Stammkneipe „casa vieja“ (altes Haus) werde ich nicht vergessen.

Nach fünf Wochen hatte ich 1050 Patienten behandelt. Das hieß sieben bis acht Stunden tägliche Sprechstunde ohne Mittagessen. Jeder Patient schilderte seine Symptome und wurde untersucht. Danach erfolgten Karteikarteneinträge, Rezeptausstellung und die „Befriedigung“ des deutschen Statistikbogens.

Zurück in Frankfurt nahm der Alltag eines niedergelassenen Arztes wieder seinen Lauf. Trotz numerisch geringerer täglicher Patientenzahlen und kürzen An-/Abfahrtswegen zur Praxis war ALLES anders. Recht schnell führte mich die deutschlandspezifische permanente Reizüberflutung (Telefonate, Anfragen mündlich, per Email bzw. Intramail, Diktate, Berichtanalyse, etc.) wieder an den Rand des organisatorischen Kammerflimmerns. Das Wiedereintauchen in den Fluss von Reformen, QM-Vorgaben, DMP-Vorschriften etc. fiel mir plötzlich viel schwerer und manchmal bekam ich das Gefühl eines gesundheitspolitischen, indoktrinierten Tunneldenkens.

Und die Frage „Wo stehen in dieser Welt unsere Patienten?“ stellte sich mir.

Sicherlich produziert die Patientenwunschmaschine in unserer Bedarfsweckungsgesellschaft viele Ansprüche an uns Ärzteschaft.

Dennoch: Wir können weiterhin einen erfüllten sinnvollen Beruf ausüben. Neben Regressionsängsten und dem permanen-



ten Effizienzdruck sollte man nicht die Kunst des Heilens verlieren (wie Bernhard LOWN in seinem Buch „Die Verlorene Kunst des Heilens“ mahnt). Empathisches Verhalten in der Arzt-Patienten-Beziehung ist für beide Seiten wertvoll. Der Mensch sollte in seiner Gesamtheit betrachtet und therapiert werden, ohne sich zu sehr in Teilfragmenten zu verlieren. Unser Ziel sollte es sein, Hoffnung statt Angst zu vermitteln. Der kollegiale Austausch hat

sich in meiner Erfahrung ebenfalls als sehr hilfreich erwiesen.

Es bleibt dagegen eine Herausforderung den individuell erträglichen Tages- Input-/ Output zu optimieren bzw. zu reduzieren, um weiter Freunde am Beruf zu erhalten. Jeden Tag, den ich neugierig auf die Wünsche und Sorgen der Menschen bin, ist ein guter Tag.

Setzen Sie sich doch öfter mal neben Ihr Hamsterrad und entschleunigen Sie und

reanimieren Sie den gesunden Pragmatismus.

Mein Resümee: Das passagere „Inselleben“ in meinem Einsatz hat mir persönlich viel Freude und Selbstreflexion beschert. Weitere Einsätze werden folgen.

Dr. med. Eckhard Klör
Frankfurt

Startschuss für die Nachwuchskräfteaktion des VDBW „docs@work“ in Hessen



In Hessen ist der Startschuss für die Nachwuchskräfteaktion „docs@work“ gefallen. Am 11. Juni 2013 erhielten junge Ärztinnen und Ärzte aus der Region einen Einblick in das Berufsfeld des Betriebs- und Werksarztes bei Infracerv im Industriepark Höchst in Frankfurt am Main und konnten sich mit arbeitsmedizinischen Themen in einem der größten Chemie- und Pharmastandorte in Europa auseinandersetzen. Damit haben sie die erste Etappe des Wettbewerbs erfolgreich überstanden. Jetzt sind es nur wenige Schritte bis in das große Finale im Herbst.

Nach einer Begrüßung und Vorstellung des betrieblichen Gesundheitsmanagements durch den leitenden Betriebsarzt bei Infracerv Höchst – Dr. med. Martin Kern – konnten die docs@work-Bewerber das Arbeitsmedizinische Zentrum des Unternehmens besichtigen und wichtige Fragestellungen in Theorie erklärt bekommen. Kern wies auf die vielversprechenden Möglichkeiten hin: „Die Arbeitsmedizin ist ein modernes Fach mit Zukunft und eine echte Karriere-Chance“.

Im zweiten Teil der Veranstaltung ging es dann zur Sache – besichtigt wurde das Nutzfahrzeugzentrum von Infracerv Höchst. Mit Sicherheitsschuhen und Schutzbrillen ausgerüstet, besuchten die Teilnehmer zuerst die Bahnwerkstatt. Dabei wurden wichtige gesundheitlich belastende Arbeitssituationen angesprochen. Auch in der Nutzfahrzeugwerkstatt, bei der Behälterreinigung und der Lebensmittelbahn konnten sich die docs@work-Bewerber über betriebsmedizinische Problemstellungen informieren und unter der Anleitung von Arbeitshygieniker Manfred Speier typische Aufgaben eines Arbeitsmediziners behandeln.

Im Rahmen einer Abschlussdiskussion wurden erste Eindrücke über den Beruf des Arbeitsmediziners kommuniziert. Eine Bewerberin mit langjähriger medizinischer Erfahrung erklärte ihre Motivation, an den weiteren Runden der Nachwuchskräfteaktion teilzunehmen: „Nach einigen Jahren im kurativen Bereich erlebe ich jetzt meinen zweiten medizinischen Frühling. Ich sehe eine meiner Domänen auf jeden Fall in der Beratung von Menschen, in der Prävention. Deshalb freue ich mich besonders auf die weiteren Runden bei docs@work und die nächsten arbeitsmedizinischen Herausforderungen“.

Mit interessanten Erfahrungen gehen die Teilnehmer in die nächste Etappe des Wettbewerbs. Besonders positiv wurde die Möglichkeit bewertet, einem leitenden Betriebsarzt, bei seinem Alltag über die Schulter zu schauen. Auch das Thema „Praxisbezug in der medizinischen Weiterbildung“, der für viele zu kurz kommt, wurde am Ende der betrieblichen Exkursion angesprochen.

Die fünfte Staffel von docs@work mit neuen Impulsen

Für die bereits fünfte Staffel des Betriebsarzt-Wettbewerbs docs@work hat der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. (VDBW) eine regionale Vorrunde initiiert. In mehreren Unternehmen finden hierzu bundesweit an unterschiedlichen Terminen Exkursionen in die Arbeitsmedizin statt. Wer sich im Anschluss für das Finale in Bremen bewerben möchte, wird am Ende der Exkursion vor einer Kamera um ein persönliches Statement gebeten, warum er daran teilnehmen will. Zusätzlich müssen die Teilnehmer einen Online-Test absolvieren.

Eine Jury wählt im Anschluss acht Finalisten aus, die am 26. September 2013 zum Deutschen Betriebsärzte-Kongress nach Bremen eingeladen werden. Das Finale besteht aus weiteren Begehungen von zwei Bremer Unternehmen und der Diskussion arbeitsmedizinischer Themen mit den jeweils betreuenden Betriebsärzten. Anschließend müssen in Teams Testaufgaben rund um das Erlebte gelöst werden. Als Gewinn winken Fortbildungsveranstaltungen im Wert von mehreren Tausend Euro sowie zwei iPads.

Verbandskontakt:
Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V.
Hauptgeschäftsführer Jochen Protzer
Friedrich-Eberle-Str. 4a
76227 Karlsruhe
Tel.: 0721 9338181
E-Mail: jochen.protzer@vdbw.de

Pressekontakt:
DauthKaun Public Relations
Tabea Jost, MSc
Monbijouplatz 5
10178 Berlin
Tel.: 030 240478631
E-Mail: tabea.jost@dauthkaun.de

Wieviel Ökonomie verträgt die Medizin?

Plädoyer für eine neue Aufwertung der medizinischen Logik¹

Giovanni Maio

Ansichten

Vor kurzem hörte ich auf der Veranstaltung einer medizinischen Fachgesellschaft einen Nachruf auf einen sehr anerkannten Arzt, in dem neben den wissenschaftlichen Meriten des Verstorbenen vor allem die Selbstverständlichkeit gewürdigt wurde, mit der er sich der kranken Menschen angenommen hatte und wie er das Gespräch suchte gerade mit den Menschen, bei denen keine Hoffnung auf Heilung mehr bestand. Ich habe mich dabei innerlich gefragt, was man wohl in einigen Jahrzehnten für Nachrufe auf die heutige Generation der Ärzte halten wird. Und ich habe mich gefragt, ob man dann wohl bei den zu ehrenden Ärzten deren Fallzahl, deren Case-Mix oder deren Erlöse im Benchmark-Vergleich hervorheben wird. Und schon die Tatsache, dass uns eine solche Vorstellung heute eher merkwürdig vorkommt, zeigt auf, dass das, woran heute die Ärzte gemessen werden nicht kongruent ist mit dem, was den ärztlichen Beruf von seiner Essenz her ausmacht.

Dennoch sind die Bilanzen, die Werte, die Zahlen alle wichtig für eine gute Medizin, und genau das ist der springende Punkt. Wenn wir heute über die Grenzen der Ökonomisierung der Medizin sprechen, so darf dieses Sprechen nicht als Verweigerung verstanden werden, die Realitäten und Notwendigkeiten anzuerkennen. Ich würde sogar sagen, dass Menschlichkeit und Effizienz keine Gegensätze sind. Humanität oder Ökonomie, das ist schlichtweg die falsche Frage. Und so sind auch Ökonomie und Medizin keine Antipoden. Es sind schlichtweg zwei verschiedene Logiken, die je für sich ihre Berechtigung haben.

Die Ökonomie schafft die Ermöglichungsbedingungen für die Medizin. Sie ermöglicht die Strukturen, durch die überhaupt erst ärztliche Hilfe realisiert werden kann. Immer wenn es darum geht, anderen zu helfen, ist man unweigerlich auf gute Strukturen angewiesen. Die Medizin muss gut organisiert sein, sie kann sich kein Missmanagement leisten und sie darf erst recht nicht verschwenden.

Und deswegen lässt sich auch sagen, dass das Ziel der Unternehmensführung, den Fortbestand des Krankenhauses durch ein gutes Wirtschaften zu sichern, ein hehres Ziel ist, und viele Häuser, die zunächst darum bangen müssen, ggf. verkauft oder gar aufgelöst zu werden, sie sind ja den neuen Krankenhausleitungen, ihren Geschäftsführern überaus dankbar, wenn diese mit ihrem Sachverstand das Haus aus den roten Zahlen führen. Dieser Sachverstand ist für viele Häuser die letzte Rettung, und ohne diesen kann Medizin nicht realisiert werden. Daher kann es nicht darum gehen, das ökonomische Denken zu verteufeln und die Ökonomie als Feindbild zu sehen. Das ökonomische Denken ist eine Notwendigkeit und auch im Interesse der Beitragszahler.

Aber man muss sich darüber im Klaren sein, dass das ökonomische Denken einer ihm eigenen Logik folgt und dass die Logik der Ökonomie in einen Konflikt geraten kann mit der Logik der Medizin. Gerade am Krankenbett erweist sich die Logik der Ökonomie als eine der Medizin fremde Logik, weil die Medizin eben nicht Ökonomie ist, sondern eine soziale Praxis, und weil die

Medizin in ihrem Kern es nicht mit Kunden zu tun hat, sondern mit hilfsbedürftigen Menschen, die nichts kaufen wollen und die nicht unverbindliche Angebote einholen wollen, sondern die meist in einer Situation der Bedürftigkeit und Abhängigkeit nach einem Menschen suchen, der sie aus ihrer krankheitsbedingten Krise herausführt. Das heißt also, dass die Logik der Ökonomie sich vor allem dort ausbreiten kann, wo es um die Optimierung der Prozesse geht, dort wo es um die Schaffung einer strukturellen Grundlage geht, durch die eine Arzt-Patient-Beziehung überhaupt erst gestaltet werden kann. Je patienten-näher aber der Bereich ist, auf den die Ökonomie Einfluss nimmt, desto größer wird die Gefahr der Kollision zweier verschiedener Logiken, die dann eben in einen Wettstreit geraten und Dilemmasituationen herbeiführen und Gewissensprobleme evozieren. Je mehr also das ökonomische Denken auch dort sich breit macht, wo eigentlich ein anderes Denken naturgemäß gelten müsste, desto mehr entfremdet sich die Medizin von ihrem eigentlichen Ziel. Daher kann auch nicht von einer Gleichrangigkeit von ökonomischer und medizinischer Logik gesprochen werden, denn es kann ja nicht darum gehen, dass Ärzte nur in bestimmten Situationen das ökonomische Interesse der guten Versorgung unterordnen, sondern der Arzt hat eine Loyalitätspflicht dem Patienten gegenüber, die er nicht einfach abgeben kann. Es geht also nicht um einen Ausgleich, ein Ausbalancieren von ökonomischem Vorteil und Wohl des Patienten, weil das Wohl des Patienten nicht verhandelbar ist. Die Ökonomie wird also dann zum Prob-

¹ Überarbeitete Fassung des Gastreferates auf dem 116. Deutschen Ärztetag, gehalten am 28. Mai 2013 in Hannover

lem, wenn sie ihre Logik nicht nur auf die Handlungsbedingungen anwendet, sondern auf den Inhalt der Medizin selbst. Die Frage ist also: wie weit ermöglicht die Ökonomie ärztliches Handeln und ab wann bestimmt die Ökonomie ärztliches Handeln?

Dass die Gefahr des Bestimmens medizinischer Realität durch die Ökonomie tatsächlich besteht, ist schon im System verankert. Denn Ökonomie meint vom Grundlegenden her den Ansatz, beim Verfolgen von Zielen die richtigen Mittel anzuwenden und dabei auf die Ersparnis des Aufwandes zu achten. Die Ersparnis von Aufwand, das ist der Weg zur Effizienz. Was aber ist in der Medizin ein Aufwand, der minimiert werden muss? Ein Aufwand, der eingespart werden muss?

1. Wegrationalisierung der Beziehung

Hier ist der Blick in die Realität sehr ernüchternd, denn er zeigt, dass nicht nur in den organisatorischen Abläufen der Aufwand minimiert wird, sondern auch und vor allen Dingen im Arzt-Patient-Kontakt selbst. So zeigen viele empirische Studien, dass die DRG-Einführung einen Trend zur Reduzierung der Personalkosten mit sich gebracht und damit unweigerlich eine starke Arbeitsverdichtung für alle Beschäftigten etabliert hat. Eine Arbeitsverdichtung, die auch dadurch begründet ist, dass administrative Aufgaben in Form der DRG-Kodierung und der Bürokratie der Qualitätssicherung dem Arzt meist zusätzlich aufgebürdet werden ohne dass er an anderer Stelle Entlastung fände. Durch diese Verdichtung der Arbeit finden die Gespräche mit den Patienten immer mehr in den Zeiten statt, in denen die Ärzte ihr Arbeitspensum erledigt haben, und dies eben oft genug außerhalb der eigentlichen Arbeitszeit. Durch den Sparzwang

und die dadurch evozierte Arbeitsverdichtung entsteht also sukzessive eine neue Kultur des Umgangs mit dem Patienten. Die Klinikumsleitung hat ein Interesse daran, dass die Patientenakte administrativ so rasch wie möglich abgeschlossen wird. Die Ärzte werden dazu angehalten, dem Formalen die oberste Priorität einzuräumen; es ist wichtiger, die Dokumentation rechtzeitig abzuschließen als noch ein Patientengespräch zu führen, weil man für das Nicht-Sofort-Dokumentieren sanktioniert wird, nicht aber für das Hinausschieben oder Verunmöglichen eines Patientengesprächs, das vielleicht für den Patienten ganz entscheidend gewesen wäre. Auf diese Weise etabliert sich immer mehr eine Kultur der formalistischen Korrektheit, die bis zur Unpersönlichkeit geht, weil die Prioritäten so vorgegeben werden.

Innerhalb einer ökonomischen Logik wird eben die ärztliche Arbeit wie eine technische Bürokratie aufgefasst, die Abläufe werden fragmentiert; die ärztliche Behandlung wird reduziert aufgefasst wie eine technische Reparatur, die dann eben so kostensparend wie möglich ablaufen soll; dabei wird aber der Mensch mit seiner Befindlichkeit und die psychosoziale Dimension des Krankseins zu sehr vernachlässigt. Weil in einem ökonomisierten System die Bedeutung einer fürsorgenden und empathischen Zwischenmenschbeziehung zwischen Arzt und Patient unterbewertet wird, sind die sozialen Kontakte relativ starr in einen vorgegebenen Ablaufplan eingefasst, wodurch die Gespräche mit dem Patienten in ein zeitliches Korsett gezwängt werden. So ergibt sich kaum eine Möglichkeit, spontan zu reagieren, sich auch mal mehr Zeit zu nehmen. Es sind dann die schwachen Patienten, die alten Patienten, die gebrechlichen Patienten, die hier zu kurz kommen, weil sie mehr

Erklärungen brauchen als der formalisierte Zeittakt zulässt. Gerade bei der Entlassung zeigt sich dieses Manko; so fühlen sich heute sehr viele Patienten schlecht auf ihre Entlassung vorbereitet, weil man sich nicht genügend Zeit dafür nimmt, ihnen Hilfestellungen zu geben und Ratschläge, wie es zuhause am besten weitergehen kann.

Ökonomie ist der Versuch, ein Ziel durch das Einsparen von Aufwand zu erreichen, haben wir gesagt. Heute wird unter ökonomischem Druck der Aufwand an Gesprächszeit, an Begegnungszeit mit dem Patienten eingespart, und so spart die Medizin nicht das Überflüssige ein, sondern sie spart am Kern ihrer Identität ein, weil der Kontakt mit dem Patienten das ist, was der eigentliche Grund war, Medizin als sozialen Beruf zu wählen. Aber sie spart auch deswegen am Kern ihrer Identität, weil gerade über den Kontakt mit dem Patienten erst eine vertrauensvolle Beziehung entstehen kann. Und diese Beziehung, sie ist ja nicht nur idealistisches Sahnehäubchen, sondern sie ist doch die eigentliche Grundlage dafür, dass die Therapien beim Patienten überhaupt eine Wirkung entfalten können. Die Beziehung ist Teil der Therapie, Grundlage der Therapie und nicht etwas fakultativ Hinzukommendes. Dieser Zeitdruck, diese Arbeitsverdichtung, sie ist nicht nur für den stationären Bereich beherrschend, sondern in gleicher Weise für den ambulanten Bereich. Allein schon deswegen, weil die Krankenhäuser, um Geld zu sparen, sehr viel in den ambulanten Bereich verlagern aber auch deswegen, weil die Bürokratie gerade auch im ambulanten Bereich ein Großteil der Zeit verschlingt, denn wenn nicht alles lückenlos dokumentiert wird und Belege gesammelt werden, drohen Plausibilitätsprüfungen. Auch hier also eine Dominanz des Formalistischen.

Ansichten

Die ökonomische Rationalität ist auf diese Weise eben nicht nur ein Begleitumstand, sondern sie erzeugt eine Wirklichkeit, die der medizinischen Logik zuwiderläuft und die medizinische Logik sukzessive überformt. Die Ärzte können sich am Anfang mit dieser Logik zwar nicht identifizieren, aber indem sie dennoch nach ihr handeln, schaffen die Ärzte selbst die Realität, die in Kontrast zu ihrer ursprünglichen Identität steht. Das ist das Paradoxe daran. Die Ärzte selbst verabschieden die medizinische Logik, und nicht die Ökonomen.

Zusammengenommen können wir also sagen: Die Ökonomie erscheint heute nicht nur als Unterstützung, die der Medizin erst den Raum verschafft für die medizinische Behandlung, sondern die Ökonomie füllt den Raum selbst aus und wird damit zum Taktgeber; sie bestimmt die Abläufe, sie bestimmt aber zunehmend auch die Ziele der Medizin. Dies zeigt sich vor allem daran, dass die Patienten selbst nach Rentabilität klassifiziert werden.

2. Klassifikation der Patienten nach Rentabilitätskalkülen

Viele empirische Befunde zeigen, dass unter dem Einfluss der DRG-Abrechnung die Tendenz besteht, Patienten in ökonomische Kategorien aufzuteilen. So wird heute den Ärzten subschwellig beigebracht, bei jedem Patienten stets mit zu reflektieren, welche Bilanz er verspricht. Eine schlechte Bilanz versprechen vor allem chronisch Kranke, Patienten mit Mehrfacherkrankungen, Patienten mit Komplikationsrisiken, Patienten mit hohem Versorgungsaufwand und auch Patienten mit völlig unklarer Diagnose, weil sie eine unkalkulierbare Verweildauer und einen offenen Ausgang haben. Wenn also die Medizin die ökonomische Logik verinnerlichte, dann würde der Patient in Not nicht

mehr ausschließlich aus der Perspektive betrachtet werden, was seine Not erfordert, sondern konkurrierend auch aus der Perspektive der Bilanz, die er verspricht. Auf diese Weise würde aber die Ökonomie die ärztliche Logik komplett auf den Kopf stellen. Eine Medizin hat es mit schwachen Patienten zu tun, und deswegen ist die Antwort der Medizin auf diese Schwachheit die Selbstverständlichkeit der Hilfe, der Unterstützung, letzten Endes die Übernahme der Verantwortung für den Patienten, um diese Not auszugleichen. Wenn aber der Patient nun in der ökonomischen Logik unter dem Blickwinkel betrachtet wird, welche Bilanz er verspricht, dann ist das eine komplett andere Logik, denn diese sucht nicht primär nach der Linderung der Not, sondern sieht die Not als Anlass, um gute Zahlen damit zu machen. Das heißt ja nicht weniger, als dass der Patient, der nur noch so gesehen werden würde, im Grunde benutzt werden würde zur Steigerung der Bilanzen. Oder eben auch umgekehrt: Je höher der Aufwand für ihn, je komplizierter seine Krankheit, je anfälliger für Komplikationen, desto mehr würde dieser Patient als mögliche Bedrohung der Bilanzen gesehen werden.

Das Präsenthalten der ökonomischen Zahlen wird so zur Selbstverständlichkeit, dass manche Ärzte es gar nicht mehr merken, wie sie durch das System sukzessive innerlich umprogrammiert werden. Das ist vielleicht die folgenschwerste Veränderung durch die Ökonomisierung, dass die Ärzte Gefahr laufen, sich innerlich zu verändern und Zug um Zug die eigentlich fremde Logik der Ökonomie zu ihrer eigenen Logik zu machen. Je mehr die Ärzte dazu verleitet werden, desto mehr werden sie ganz subtil von der Ökonomie innerlich gekapert. Die Ärzte laufen Gefahr, gekapert zu werden, weil sie vorher durch

die strukturellen Entscheidungen und die neuen Machtverhältnisse in die Situation einer strukturellen Bevormundung gebracht worden sind. Es sind die strukturell vorgegebenen knappen zeitlichen Ressourcen, die sozusagen als verdeckte Vorschrift den Ärzten nicht erlauben, das zu tun, was sie von ihrem ärztlichen Anspruch her gerne täten. Diese Bevormundung erfolgt nicht direkt, sondern durch die Etablierung einer Herrschaft von Arbeitsintensität und Zeitdruck. Neben der strukturellen Bevormundung haben wir eine ideelle Vereinnahmung der Ärzte dadurch, dass ihnen subtil eine Distanzierung von ihren eigenen Idealen nahegelegt wird. Zumindest wird ihnen implizit beigebracht, dass die Erfordernisse des Betriebs mindestens genauso wichtig sind. Das Gefährliche daran ist, dass die neue Wertehierarchie nicht einfach verordnet wird, sondern dass die Ärzte nur indirekt dazu gebracht werden, diese neue als Sachzwang ausgegebene Hierarchie so weit zu verinnerlichen, dass sie am Ende als eine freiwillige Übernahme in Erscheinung tritt.

Die Ökonomisierung verändert also sukzessive die inneren Einstellungen der Ärzte. Und genau das muss unbedingt gestoppt werden. Um das zu stoppen, müssen wir realisieren, dass diese innere Übernahme ökonomischer Logiken drei systemische Gründe hat: sie liegt an der beschriebenen strukturellen Einzwängung durch Zeit und Dokumentation; sie liegt aber auch an den Anreizsystemen, die sehr geschickt die Ärzte steuern sollen und sie anhalten sollen, sich auf die Unternehmensziele auszurichten. Und sie liegt drittens daran, dass den Ärzten nicht nur die medizinisch-ärztliche Verantwortung, sondern zugleich auch die ökonomische Verantwortung für das Haus aufgebürdet wird. Sie werden zu Mitunternehmern deklariert und dadurch

machen sie die ökonomische Logik zu ihrem persönlichen Anliegen. Viele Ärzte handeln deswegen ökonomiekonform, weil ihnen auch suggeriert wird, dass wenn die Zahlen nicht stimmen, die Existenz des Klinikums auf Dauer gefährdet sei. Dadurch werden die Ärzte in gewisser Weise erpressbar. Es ist wie wenn man sagen würde, dass nur ein bestimmter wirtschaftlicher Erfolg die Ärzte berechtigt ihren eigenen Arbeitsplatz zu behalten. Niemand schreibt vor, dass die Ärzte nun nach Kostengesichtspunkten Therapien vorschlagen sollen, das wird nie jemand sagen, es ist vielmehr der Arzt selbst, der meint, sich diese Vorschrift machen zu müssen, wenn auch *contre coeur*, aber er macht sie sich. Die Internalisierung der Verantwortung für das Überleben des Hauses ist das Eintrittstor in die Aushöhlung der ärztlich-medizinischen Logik. Und diese Aushöhlung, sie findet am Ende ohne Vorgaben, sondern durch eine innere Umformung der Mentalitäten statt.

Natürlich hängt diese innere Umformung auch mit dem Zustand der Ärzteschaft selbst zusammen. Die Ärzteschaft hat natürlich selbst auch dazu beigetragen zu dieser Situation, vor allem durch den oft mangelnden internen Zusammenhalt. Und natürlich ist die Übernahme der ökonomischen Logik für manche Ärzte auch komfortabel. Auch das darf man nicht vergessen. Aber die meisten Ärzte empfinden die Ökonomisierung als eine zunehmende Sinnentleerung ihres Tuns, weil sie spüren, dass sie als Mitunternehmer ihre Arbeitskraft für ein Ziel einsetzen, wofür sie eigentlich nicht angetreten waren.

Dass der Patient nun im Zeitalter der Fallpauschalen genau kalkuliert werden kann, hat eine weitere Folge. Denn nun können die Krankenhäuser oder auch die einzel-

nen Abteilungen miteinander genau verglichen werden, was ihren Erlös betrifft, und sehr schnell wird es dann eben ertragreiche Abteilungen und weniger ertragreiche geben, was zu einem Druck auf die weniger ertragreichen führt, sich den anderen anzupassen, wenn sie nicht dem Rotstift geopfert werden wollen. Und wenn sie dem Rotstift geopfert werden, so eben nicht, weil diese Abteilungen unnötig oder weniger wichtig wären oder schlechte Arbeit geleistet hätten, sondern einzig und allein, weil ihre Patienten eben wenig ertragreiche Diagnosen haben. Hier sehen wir, wie ein neues Qualitätsmerkmal auftaucht; es gilt nicht mehr das als erhaltenswert, was einen wertvollen Beitrag zur Versorgung der Patienten leistet, sondern nur noch das, was einen Beitrag zur finanziellen Konsolidierung leistet. Das ist ein großer Unterschied. Man kann es auch so sagen: ob eine Behandlung, eine Abteilung, ein Klinikum gut ist oder nicht, bemisst sich im Zeitalter des Verdrängungswettbewerbs nicht daran, ob sie sinnvolle Behandlungen vornehmen, sondern es bemisst sich allein am Geld, das sie einbringen. Heute möchte man ja den Wettbewerb als Lösung aller sozialen Probleme. Nur Wettbewerb, Konkurrenz, das heißt ja, dass die unrentablen Teile des Unternehmens abgestoßen oder einem andern Träger überlassen werden, der kostengünstiger arbeitet. Das bedeutet, dass Patienten, die einen hohen Aufwand erfordern aufgrund ihrer komplexen Krankengeschichte zu reinen Kostenfaktoren oder Kostentreibern werden, die auf dem Markt schlechtere Chancen haben.

Daraus wird deutlich, dass eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung nicht allein dadurch garantiert werden kann, dass man einen Verdrängungswettbewerb verhängt, weil dieser Wettbewerb

zwar Rückschlüsse auf die Wirtschaftlichkeit der Kliniken erlaubt, nicht aber Rückschlüsse auf die Realisierung einer bedarfsgerechten Versorgung. Wenn tatsächlich der Wettbewerb über alles entscheiden soll, dann muss man bedenken, dass es beim Wettbewerb dann nicht um den Patienten an sich geht, um jeden Patienten gehen kann, sondern dann gibt es erwünschte Patienten, d.h. rentable Patienten mit hohem Erlös und unerwünschte Patienten. Es gibt Patienten, um die man buhlt und Patienten, die man meidet. Aber eine Medizin, die Patienten meidet, kann sich doch nicht mehr Medizin nennen. Das heißt also, dass durch die Überbetonung der Effizienz und durch die Etablierung der Wettbewerbsfähigkeit als neues Qualitätsmerkmal einmal mehr aus dem Blick gerät, was Medizin ist und wofür Medizin da ist.

3. Abwertung der ärztlichen Qualifikation

Die Grenze der ökonomischen Logik haben wir dort ausgemacht, wo diese Strukturlogik der Ökonomie auch auf die Kernfähigkeit der ärztlichen Betreuung übertragen wird. Und genau diese Übertragung geschieht heute in zunehmendem Maße, aber eher subtil und verdeckt. Die ökonomische Systemrationalität, sie kommt dadurch zum Ausdruck, dass das Gesundheitssystem im stationären wie im ambulanten Bereich so aufgebaut ist, als ginge es gar nicht um die ärztliche Erfahrung, die ärztliche Kompetenz, sondern um den Einsatz von klar bestimmbar Algorithmen. Gerade im extrem durchregulierten ambulanten Bereich findet eine Entwertung der ärztlichen Qualifikation statt. Immer mehr etabliert sich dann ein Verständnis von Medizin, das reduziert wird auf die Einhaltung von Protokollen, Ablaufplänen und einer Fülle an Dokumentationen und

Ansichten

Leistungsnachweisen - und Kontrollen. All das, was nicht gemessen werden kann, fällt aus dem Raster der Bewertung heraus. Und kontrolliert wird nur das Messbare. Man spricht heute von Outputorientierung, von Leistungspaketen, man spricht von Produktbildungsprozessen und Ablaufoptimierungen. Das mag alles wichtig sein, aber all das erinnert eher an einen Betrieb, wo es gar nicht um Menschen, sondern um die Herstellung von Gegenständen geht. Die Ökonomisierung fördert also ein rational-distanziertes und schematisiertes Handeln. Dieses Handeln hat zum Teil seine Berechtigung, aber genuin ärztliches Handeln geht darin nicht auf.

Das qualifizierte Handeln des Arztes besteht nicht allein in der Anwendung von Regeln und Handlungsanleitungen, vielmehr geht es immer um eine situationspezifische und kontextgebundene und an der Lebenswelt des Patienten orientierte Antwort auf den Kranken, um eine singuläre Antwort, die erst generiert wird in der Begegnung mit dem Kranken. Es geht also nicht nur um die Qualität der Prozesse, nicht nur um das Messbare, sondern letzten Endes doch um die Qualität des Zuhörens, des In-Beziehung-Tretens, des Sich-Einlassen-Könnens, die Qualität der Begegnung mit dem kranken Menschen als Menschen. Die Ökonomisierung führt zu einer Abwertung dieser nicht messbaren aber unabdingbar notwendigen Qualitäten, die nicht zuletzt ärztliche Erfahrung erfordern. Diese systematische Nicht-Beachtung zwischenmenschlicher Qualitäten wirkt sich demotivierend aus auf die Ärzte, die sich persönlich engagieren. Es darf also nicht nur um einen funktionalen und zweckrationalen Zugang auf den Patienten gehen, sondern es muss vor allem um einen Zugang der Anerkennung, der Sorge, der Anteilnahme gehen,

um einen Zugang, durch den der existentiellen Erfahrung der Hilfsbedürftigkeit angemessen Ausdruck verliehen wird.

Das ärztliche Engagement, seine erfahrungsgesättigten Bemühungen um den Patienten, das ist nicht ein zu minimierender Aufwand, sondern das ist die eigentliche Investition in das Gesundheitswesen; ohne diese Investition kann gar nichts erreicht werden; daher muss ein Umdenken stattfinden und die immer fortschreitende Abwertung des fachlichen und menschlichen Engagements der Ärzte muss gestoppt werden.

Durch die Ökonomisierung entsteht das Bestreben, die ärztlichen Entscheidungen vom System her steuerbar und damit kalkulierbar zu machen; relevante Entscheidungen sollen weitgehend aus der konkreten Arzt-Patient-Beziehung ausgelagert werden. Medizin soll komplett berechenbar gemacht werden, wie in einem industriellen Produktionsprozess. – Aber so funktioniert Medizin nunmal nicht. Zentrale Tätigkeit des Arztes ist ja nicht einfach die Umsetzung eines Algorithmus, sondern seine zentrale Tätigkeit ist erst einmal der oft komplizierte Weg zur Diagnose, das systematische Abklären verschiedenster Differentialdiagnosen, das Sich-herantasten an einen Befund. Zentrale Arbeit ist doch das behutsame Abklären, das in alle-Richtungen-Denken-dürfen, um ja nichts zu übersehen. Wenn aber nun in den Praxen und Kliniken nur noch Effizienz zählt und die Umsetzung von Algorithmen erwartet wird, dann wird die schnelle Entscheidung belohnt und die Ärzte werden oft zu Abkürzungsstrategien angehalten, und so kommt die eigentliche ärztliche Qualität gar nicht mehr zur Geltung. Das Eigentliche ärztlicher Entscheidungen lässt sich nicht einfach abbilden,

es lässt sich nicht überführen in Algorithmen, weil das Eigentliche sich in den vielen informellen Gesprächen, in dem Nachdenkprozess, in dem Einbringen von Erfahrung, Gespür und Intuition niederschlägt, und all das kann und darf nicht abgekürzt werden.

Wenn aber nun Ärzte nur noch danach bewertet werden, was sie dokumentieren können, dann sind sie logischerweise frustriert. Engagierte Ärzte werden in einem ökonomisierten System systematisch demotiviert, denn je mehr sie in die Patientengeschichte investieren, desto mehr erscheinen sie als betriebswirtschaftlich unvernünftig und müssen sogar mit Regressforderungen rechnen. Arztsein hat mit der Lösung von Problemen zu tun und nicht nur mit der Anwendung von Flussdiagrammen. Und dieses Problemlösen ist immer etwas Kreatives. Der Arzt kann also nicht reduziert werden auf einen Manager, der für einen reibungslosen Ablauf zu sorgen hat, Ärzte sind eben nicht einfach Funktionierer und Vollzugsagenten von vorgegebenen Unternehmenszielen, sondern sie sind gefordert, in der Begegnung mit dem Patienten patientengerechte und das heißt singuläre Entscheidungen zu fällen.

Der moderne Arzt, im ambulanten wie im stationären Bereich, soll zum Ingenieur für den Menschen gemacht werden, und dabei wird sein Verstehenwollen, sein erfahrungsgesättigter Zugang auf den Kranken als ganzem Menschen geringgeschätzt. Was den Arzt aber vom Ingenieur am meisten unterscheidet, ist doch die Tatsache, dass der Arzt ein Vertrauensbündnis mit seinem Patienten eingeht. Das heißt, dass ein Arzt nicht einfach, wie ein Ingenieur, ausrechnet, was geht und was nicht geht, sondern dass der Arzt sich als Pro-

fessioneller verpflichtet, beim Patienten zu bleiben, auch dann, wenn Vieles nicht mehr geht. Er erklärt seine Kunst nicht einfach für beendet, sondern er verbündet sich mit seinem Patienten und begleitet ihn, er sichert ihm zu, da zu sein, weil dieses Da-sein zu seinem ärztlichen Auftrag gehört – auch wenn es keine Ziffer dafür gibt.

Daher ist es gefährlich, wenn an den Arbeitsbedingungen der Ärzte gespart wird. Denn die Ärzte sind eine zentrale Ressource für die Gewährleistung dessen, wofür die Patienten in die Praxen, in die Kliniken gehen. Wenn den Ärzten immer mehr Entscheidungsfreiräume genommen werden und ihnen damit die Identifikationsmöglichkeit mit ihrem Beruf geraubt wird, dann ist das nicht nur ein Raub an den Ärzten, sondern indirekt auch ein Raub an den Patienten, weil Patienten nur dann gut versorgt werden können von ihren Ärzten, wenn diese Ärzte aus tiefer Überzeugung und mit Freude ihren Beruf ausüben. Wenn die Freude am ärztlichen Tun verloren geht, ist das eine Gefährdung der guten Versorgung der Patienten.

Und die Freude geht heute deswegen verloren, weil sich Ärzte heute zerrissen fühlen zwischen widersprüchlichen Anforderungen, die an sie gestellt werden; sie sollen sich einerseits für ihre Patienten einsetzen, andererseits müssen sie helfen, die ökonomischen Unternehmensziele zu erreichen. Und ich finde, es ist vom System her unverantwortlich, den Ärzten diesen Konflikt aufzubürden.

4. Warum die Fürsorge nicht monetarisiert werden darf

Daher darf die Politik nicht allein auf Wettbewerb setzen, wenn es ihr um eine bedarfsgerechte Versorgung geht, son-

dern sie muss Planungssicherheit geben und sie muss Strukturen schaffen, durch die die niedergelassenen Ärzte und die Klinikärzte dafür geachtet und nicht bestraft werden, wenn sie sich gerade der schwierigen Fälle annehmen, der chronisch kranken Patienten, die nicht so leicht in Raster zu fassen sind und die Begleitung und Anleitung brauchen, der Schwerkranken, die man nicht einfach heilen kann, der vielfach Kranken, die komplexe Krankheitsbilder haben. Wir sind heute an einen Punkt gelangt, an dem die Ärzte selbst Partei ergreifen müssen für die schwachen Patienten, die vielen Patienten, die sich eben nicht äußern, nicht kämpfen können. Diese Patienten brauchen die Ärzte, damit sie für sie in die Bresche springen, um eine systembedingte Unterversorgung dieser Patienten zu vermeiden und sie brauchen Politiker, die anerkennen, dass die Sorge für die ernsthaften kranken Menschen nicht monetarisiert werden darf. Die Sorge für kranke Menschen darf nicht monetarisiert werden, weil es das Selbstverständlichste der Welt bleiben muss, dass man kranken Menschen hilft, nicht weil es sich rentiert, sondern weil sie Hilfe brauchen und weil man dafür Arzt geworden ist.

Es kann nicht darum gehen, sich alte Zeiten herbeizusehnen, denn die alten Zeiten hatten ihre eigenen Unzulänglichkeiten, und der heutige Ökonomisierungsschub ist nicht zuletzt auch Resultat des verschwenderischen Umgangs mit Ressourcen in der Vergangenheit. Und eine Entökonomisierung allein ist sicher keine Garantie für Humanität, aber eine unangemessene Übertragung ökonomischen Denkens auf die Medizin gefährdet die Humanität. Daher bedarf es hier eines konstruktiven Dialogs. Es wird von Ärzten immer erwartet, dass sie lernen, ökonomisch zu denken, aber es ist noch wichtiger, dass Ökonomen lernen, medizinisch zu denken, damit sie wissen, wo ökonomisches Denken angemessen ist und wo das ökonomische Denken dem medizinischen Denken seinen Platz wieder freimachen muss. Gefragt ist hier also eine dialogische Verständigung, und es kann nicht um ein Überstülpen industriell-ökonomischen Denkens auf die Ärzte gehen. Ein solches Überstülpen findet aber statt, wenn die Regeln zu starr sind.

Standardisierte Vorgaben wie untere oder obere Grenzverweildauer sind unangemessen; jeder Patient ist anders, und genau darin liegt die Kompetenz des Arztes, dass er das allgemeine Wissen auf das Individuum Patient übertragen kann. Je rigider die Vorgaben sind, desto mehr werden Ärzte gezwungen, ihre am Wohl des Patienten ausgerichtete Logik zu verlassen und nach medizinfremden Kriterien zu entscheiden. So werden manche Patienten in der Klinik belassen, obwohl sie entlassfähig sind, nur um die untere Grenzverweildauer nicht zu unterschreiten. Und andere werden auch dann nach Hause geschickt, wenn die Ärzte wissen, dass es für die Wundheilung oder für die Mobilisation noch besser wäre, sie würden noch ein paar Tage bleiben. Eine solche Situation sollte nicht zugelassen werden. Natürlich müssen Ärzte angehalten werden, keine Ressourcen zu vergeuden, aber dies in einer Weise zu tun, die die medizinärztliche Logik außer Kraft setzt, wird auf Dauer kontraproduktiv sein.

Befriedigung durch die ärztliche Arbeit ist nur möglich, wenn die Ärzte nicht das Gefühl haben, dass sie eingesetzt werden, um Gewinne zu erzielen, sondern wenn ihnen das Gefühl gegeben wird, ihren Auftrag als Ärzte gut erfüllt zu haben, das

Ansichten

Gefühl, das geleistet zu haben, wofür sie als Ärzte angetreten sind. Daher müssen Ärzte viel entschiedener formulieren, wofür sie eigentlich angetreten sind und für welche Ziele sie bereit sind zu arbeiten. Die Ärzte müssen eine eigene starke Berufsethik einbringen und aufzeigen, dass sie einen sparsamen Umgang mittragen, aber dass sie es nicht verantworten können, dabei ihre Fürsorgerationalität aufzugeben. Die Ärzte müssen eine aktive Positionierung vornehmen und sich dagegen wehren, dass ihre Arbeit gegenwärtig einem bloß ökonomischen Deutungsmuster unterliegt. Wenn sie das nicht tun, werden sie die ökonomische Logik immer weiter still verinnerlichen. Dadurch aber manövrieren sie sich immer mehr in eine eigene Machtlosigkeit. Die Ärzte befinden sich in der Knechtschaft einer ökonomischen Sachzwanglogik, und sie müssen alles tun, um sich dieser vorgegebenen Logik zu entziehen. Denn es ist kein Naturgesetz, dass Medizin nach ökonomischen Kriterien bewertet wird, und die Sachzwänge, sie kommen nicht vom Himmel, sondern sie sind politisch verordnet –

aber sie sind grundsätzlich zu hinterfragen. Wenn das grundsätzliche Hinterfragen ausbleibt, dann merken die Ärzte erst zu spät, dass sie im gegenwärtigen System ihr eigentliches Ziel aus den Augen verloren haben.

Daher müssen Ärzte viel entschiedener formulieren, für welche Ziele und nach welchen Qualitätskriterien sie bereit sind zu arbeiten. Die Ärzte müssen zu einer Gemeinschaft zurückfinden und noch klarer machen, dass sie auch in Zeiten knapper Ressourcen ihre ärztliche Identität nicht aufgeben können. Die Ärzte müssen sich aktiv für die medizinische Logik einsetzen, denn allein die Patienten sind es, die dem Arzt seine Existenzberechtigung verleihen. Daher ist es Zeit, das Bestehende zu hinterfragen, keine Denkverbote hinzunehmen, sondern dafür einzutreten, dass Ärzte nicht zu Geschäftsleuten werden, sondern das bleiben, was sie werden wollten, als sie die Hörsäle betraten: nämlich Anwälte ihrer Patienten.

Und wenn Ärzte dafür eintreten, dann besteht eine Chance, dass in einem Nachruf

auf diese Generation vielleicht stehen könnte: „Er war ein guter Arzt. Er hat sich immer für seine Patienten eingesetzt, war aber nie verschwenderisch. Er war ein guter Arzt, weil er mit den Ökonomen immer den Dialog gesucht hat, und weil er sie am Ende davon überzeugen konnte, dass die ärztliche Zuwendung zum Patienten kein betriebswirtschaftlicher Luxus ist, sondern die Sache selbst.“

Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A. phil.

Lehrstuhl für Medizinethik

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Stefan-Meier-Straße 26

79104 Freiburg i.Br.

Tel.: 0761-203-5034

E-Mail: maio@ethik.uni-freiburg.de

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

Der „PalliativKalender 2014“ ist fertig

Vernissage am 14. September 2013 in Kassel

Es ist der dritte Wandkalender, den die Deutsche Palliativ-Stiftung (DPS) herausgibt. Der vorausgegangene Fotowettbewerb der Stiftung war in diesem Jahr mit dem Thema „Lebensfreude hilft. Bis zuletzt!“ überschrieben und erstmals auch international auf Resonanz gestoßen. Die offizielle Vernissage findet am 14. September 2013 im Regierungspräsidium in Kassel statt.

Der Kalender ist ein Charity-Projekt, mit dem nicht nur die Öffentlichkeit auf das Thema Palliativversorgung und Hospiz-

arbeit stärker aufmerksam gemacht werden, sondern mit dessen Erlös auch ein Teil der Stiftungsarbeit finanziert werden soll. Die Kosten für einen Kalender betragen 10 Euro.

Kontakt:

Caroline Schreiner, Geschäftsstelle Fulda:

0661 480 49797, Mobil: 0171 2655428

Am Bahnhof 2, 36037 Fulda

caroline.schreiner@palliativstiftung.de



Publikumsmedien als Akteure in der Gesundheitsaufklärung. Potenzial von Wissenschaftsbeiträgen in Presse und Fernsehen für die Vermittlung von Gesundheitsthemen

Rolle der Medien in der Vermittlung von Gesundheitsthemen

„Positive Signale und Warnzeichen“ – so der Titel einer Pressemitteilung, mit der das Robert Koch-Institut am 27. Mai 2013 die Publikation von Ergebnissen der „Studie zur Gesundheit Erwachsener“ (DEGS) ankündigte.¹ Die Meldung betont die besondere Häufigkeit von Stoffwechselerkrankungen, v.a. Diabetes, und verweist auf Faktoren, die auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsempfinden Einzelner Einfluss nehmen, z.B. sozio-ökonomischer Status oder körperliche Bewegung. Zahlreiche Publikumsmedien² haben seitdem Themen der DEGS-Publikationen aufgegriffen und dabei vor allem auf Möglichkeiten der Prävention von Erkrankungen hingewiesen. Ein Beispiel hierfür sind Befunde zum Bluthochdruck, den die DEGS-Studie für etwa die Hälfte aller Schlaganfälle und Herzerkrankungen verantwortlich macht. 30 Prozent aller Frauen und 33 Prozent der Männer leiden unter Bluthochdruck. Auf Basis der Erkenntnisse des Robert Koch-Instituts thematisieren Medienbeiträge Risikofaktoren, vor allem aber Möglichkeiten, mit gesunder Ernährung, Bewegung und einem gesunden Körpergewicht dazu beizutragen, den Blutdruck zu regulieren und damit Folgeerkrankungen vorzubeugen.³

Über die Berichterstattung in Presse, Hörfunk, Fernsehen und Online-Medien kön-

nen Gesundheitsinformationen weite Teile der Bevölkerung erreichen und dort Sachkenntnis vermitteln, ein Bewusstsein für Gesundheitsprobleme, ihre Ursachen, Folgen und Verbreitung schaffen sowie Möglichkeiten der Vorsorge wie auch des Umgangs mit Erkrankungen aufzeigen. Idealerweise nehmen Medien auf solche Weise die Rolle eines zentralen, weil niederschweligen und weitreichenden Akteurs im Bereich der gesundheitlichen Aufklärung und Bildung ein. Eine Voraussetzung dafür, dass dies erfolgreich gelingen kann, ist die sachliche Darstellung von Fakten und die Gewichtung von Themen, Gesundheitsproblemen, Therapien usw. entsprechend ihrer tatsächlichen Bedeutung bzw. Verbreitung, wie sie beispielsweise aus epidemiologischen Studien bekannt sind. Die Eintrittswahrscheinlichkeit von Erkrankungen und die faktische Bedeutung von Maßnahmen zu ihrer Verhinderung bzw. Behandlung bilden nur einen Teil der Kriterien für die Auswahl von Nachrichten über Gesundheitsthemen. Vorrang haben im Einzelfall Nachrichtenfaktoren, die Themen für Medien interessant machen, unabhängig davon, welche Aufmerksamkeit diese Themen in der Fachwelt haben. Hier spielen u.a. überraschende und spektakuläre Ereignisse (z.B. sehr ungewöhnliche Erkrankungen, Unfälle oder Todesfälle), besonders drastische oder weitreichende Risiken (wie mögliche Folgen von BSE, SARS) oder die Beteiligung prominenter

Personen (z.B. die präventive Brustamputation von Angelina Jolie) eine Rolle. Studien zeigen, dass durch die verzerrte Darstellung von Risiken beispielsweise die Häufigkeit von Todesursachen mit faktisch geringer Eintrittswahrscheinlichkeit von der Bevölkerung überschätzt, die Häufigkeit von Todesursachen mit faktisch hoher Eintrittswahrscheinlichkeit aber unterschätzt wird.⁴ Die gegenüber fachlich fundierten Schätzungen, externen Messungen und Hochrechnungen verzerrten Darstellungen führen in entsprechenden Situationen zu Fehlwahrnehmungen und ggf. auch zu unangemessenen Verhaltensweisen. Ein Beispiel hierfür ist der Absatz von Rindfleisch, der im Gefolge der Berichterstattung über BSE massiv zurückging, ohne dass es für den Verzicht auf Rindfleisch nachweisbare Gründe gegeben hätte.⁵

Bei den genannten Fällen (BSE, SARS, Amputation zur Prävention von Brustkrebs) handelt es sich um spektakuläre Einzelfälle, die Themen zeitweise überproportional stark betonen und in das Bewusstsein der Bevölkerung bringen. Die Einzelfälle ragen aus einem Kontinuum von Routineberichterstattung heraus, die in mehr oder weniger stetigem Rhythmus Gesundheitsthemen aufgreift. Jenseits der Ausnahmesituationen, die häufig Konflikt- und Krisenfälle oder die Skandalisierung von Missständen bedeuten, besitzt die Normalberichterstattung durchaus ein Potenzial, in

¹ http://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2013/05_2013.html?nn=3552964 (5.6.2013).

² Mit dem Begriff „Publikumsmedien“ sind Angebote gemeint, die sich an ein möglichst breites, durch das Interesse am angebotenen Inhalt umrissenes Publikum wenden. Davon unterscheiden sich Fach- oder Special Interest-Medien, die durch Beruf, soziale Stellung, politische oder religiöse Bindung definierte Bevölkerungsgruppen ansprechen.

³ Vgl. beispielhaft die Darstellung des Spiegel: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/degs1-gesundheit-und-gesundheitsverhalten-der-deutschen-a-901324.html> (3.6.2013).

⁴ Vgl. beispielhaft Lichtenstein, Sahra; Paul Slovic, Baruch Fishhoff, Mark Layman, Barbara Comby (1978): *Judged Frequency of Lethal Events*. In *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory* 4, 551-578.

⁵ Vgl. Kepplinger, Hans-Mathias (2011): *Realitätskonstruktionen*. Wiesbaden: VS Verlag f. Sozialwissenschaften, 102ff.

der genannten Weise als Multiplikator für die Vermittlung von Sachkenntnis, Problembewusstsein, Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten wirksam zu werden. Eine erste Voraussetzung dafür ist, dass Gesundheitsthemen in einem engeren (Medizinberichterstattung) und weiteren Sinne (Thematisierung von gesunder Lebensweise wie Ernährung etc.) in unterschiedlichen Publikumsmedien mit einer Häufigkeit zu finden sind, die die Aufmerksamkeit der Bevölkerung erreicht. Gesundheitsthemen müssen mit anderen Worten regelmäßig in Presse, Hörfunk, Fernsehen und Online-Medien aufgegriffen werden. Eine zweite Voraussetzung besteht darin, dass die Nutzer⁶ der Publikumsmedien sich für die genannten Themen interessieren und entsprechende Beiträge (Zeitungsartikel, Fernsehsendungen) lesen, hören oder anschauen. Eine dritte Voraussetzung ist, dass die Nutzer von Beiträgen über Gesundheitsthemen die vermittelten Informationen und Botschaften verstehen, in ihren Alltag integrieren und daraus handlungsrelevante Schlussfolgerungen für ihr eigenes Gesundheitsbewusstsein und -verhalten ziehen können.

Mehrstufige empirische Untersuchung zur Wissenschaftsberichterstattung

In welchem Maße eignen sich Publikumsmedien mit ihrer Berichterstattung als Akteure der gesundheitlichen Bildung und Aufklärung? Diese Frage lässt sich anhand einer mehrstufigen empirischen Untersu-

chung beantworten, die das Institut für Lese- und Medienforschung der Stiftung Lesen von 2006 bis 2011 durchgeführt hat. Die von der Athenaeum Stiftung – Dietrich Götze Stiftung für Kultur und Wissenschaft finanzierte Studie kombiniert eine systematische Analyse der Berichterstattung über Wissenschaftsthemen in Zeitungen und Fernsehsendungen über je eine exemplarische Woche im Frühjahr 2006 bzw. 2007 und im Frühjahr 2011⁷ mit einer bevölkerungsrepräsentativen Telefonbefragung von 502 Personen im Frühjahr 2011. Zusätzlich wurde mit ausgewählten Einzelbeiträgen eine Rezeptionsanalyse durchgeführt, ergänzt durch Leitfadeninterviews mit Wissenschaftlern und Wissenschaftsjournalisten. Die Medienanalyse und die Bevölkerungsbefragung erfassen, der Systematik der Deutschen Forschungsgemeinschaft⁸ folgend, Themen, die sich in einem breiten Sinne mit Wissenschaft und Technik beschäftigen. Für den vorliegenden Beitrag werden Untersuchungsergebnisse herangezogen, die sich Themen aus den Bereichen Medizin (inklusive Pharmazie), Psychologie, Ernährungswissenschaften, Anatomie und Physiologie zuordnen lassen. Sie werden im Folgenden unter dem Begriff „Gesundheitsthemen“ zusammengefasst.

Basis der Analyse sind 506 Presseartikel und 65 Beiträge in Fernsehsendungen über Gesundheitsthemen während der genannten Untersuchungszeiträume. Die Beiträge aus den Jahren 2006/07 und 2011

werden zusammen betrachtet, da sich in der Darstellung der Zeitungen und Fernsehsender zwischen den beiden Jahren keine größeren systematischen Unterschiede feststellen lassen.⁹ Presse und Fernsehen werden stellvertretend für die komplette Bandbreite von Publikumsmedien betrachtet, die darüber hinaus u.a. Hörfunk sowie unterschiedliche Formen von web-basierten Angeboten umfassen. Aufgrund von medieninternen Thematisierungsprozessen und Rezeptionsgewohnheiten in der Bevölkerung kann man davon ausgehen, dass die Themen, die Presse und Fernsehen aufgreifen, auch (z.T. zeitverzögert und mit anderen Schwerpunkten) in den hier nicht berücksichtigten Publikumsmedien zu finden sind bzw. über sie das Publikum erreichen. Die Aussagen über die Wahrnehmung der Bevölkerung beruhen auf standardisierten telefonischen Interviews mit einer Stichprobe von 502 Personen, die in ihrer statistischen Zusammensetzung die Struktur der Gesamtbevölkerung hinsichtlich Bildung, Alter und Geschlecht abbilden.

Publikumsmedien bieten ein breites Angebot an Gesundheitsthemen und -erkenntnissen

Gesundheitsthemen spielen im Kontext der Wissenschaftsberichterstattung von Presse und Fernsehen quantitativ eine zunehmend hervorgehobene Rolle. Von allen untersuchten Beiträgen befassten sich in der exemplarisch ausgewählten Woche

⁶ Zu Gunsten der Lesbarkeit wird zur Bezeichnung von Personen immer die männliche Form verwendet. Darin sind selbstverständlich immer auch Nutzerinnen, Wissenschaftlerinnen, Expertinnen etc. eingeschlossen.

⁷ Die Untersuchungszeiträume der Inhaltsanalyse umfassen aus dem Jahr 2011 die Woche vom 3.5. bis zum 11.5. für Print und TV, aus dem Jahr 2007 die Woche vom 11.5. bis zum 17.5. (nur Print) und eine künstliche Woche aus dem Jahr 2006 (nur TV). Für künstliche Wochen werden die Wochentage über mehrere Kalenderwochen rotiert (z.B. Montag der KW1, Dienstag der KW3, Mittwoch der KW5 usw.). Aufgegriffen wurden Artikel oder Fernsehbeiträge, die (z.B. mit Überschrift, Einspieler etc.) einen sichtbaren Bezug zum Thema Wissenschaft und/oder Technik hatten. Bei den Printmedien wurden 17 Tageszeitungen untersucht, darunter Frankfurter Allgemeine Zeitung, taz und Bild-Zeitung, sowie acht Wochen- bzw. Sonntagszeitungen und Magazine. Bei den TV Medien wurden Sendungen öffentlich-rechtlicher und privater Sendeanstalten berücksichtigt.

⁸ www.dfg.de/dfg_profil/gremien/fachkollegien/faecher/ (Stand: 8.6.2013)

⁹ Dies gilt für den Umfang der Beiträge, ihre thematischen Schwerpunkte sowie die Art der Darstellung (z.B. Konflikthaltigkeit, Politisierung, Bewertung von Personen usw.).

2006/07 18 Prozent und 2011 39 Prozent mit Themen aus den Bereichen Medizin, Pharmazie, Physiologie, Anatomie, Psychologie und Ernährungswissenschaften. Die Zahl der Beiträge zu den relevanten Bereichen hat sich 2011 gegenüber 2007 erkennbar erhöht. Dies mag an jeweils aktuellen Themen der Untersuchungsjahre liegen, spiegelt möglicherweise aber auch ein gestiegenes Interesse an Gesundheitsthemen in den Publikumsmedien. In jedem Fall deuten die Befunde darauf hin, dass gesundheitsbezogene Themen einen besonderen Schwerpunkt in der Wissenschaftsberichterstattung von Presse und Fernsehen bilden. Zwei Drittel aller Beiträge über Gesundheitsthemen betreffen Ereignisse innerhalb Deutschlands. Damit stellen Presse und Fernsehen für die Leser und Zuschauer sehr häufig einen Bezug zu ihren Lebenswelten her und vermitteln Gesundheitsthemen mit Blick auf ihre räumliche Ausdehnung lebensnah.

Presse- und Fernsehbeiträge können allgemeine Entwicklungen aufgreifen und damit eher den Hintergrund eines Themas beleuchten. Sehr häufig knüpfen Beiträge aber an aktuelle kommunikative Anlässe an, die sie quasi „auslösen“, z.B. eine Pressekonferenz, Verlautbarungen zu wissenschaftlichen Entdeckungen o.ä. Die untersuchten Presseartikel und Fernsehbeiträge, die sich eindeutig auf einen solchen kommunikativen Anlass zurückführen ließen, knüpften weit überwiegend an Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen und ihre unmittelbaren Folgen an. Dazu gehören beispielsweise Erkenntnisse aus der Krebsforschung, die Einführung neuer Therapien und Medikamente usw. Damit spielt der Bereich der Forschung zu gesundheitsbezogenen Themen eine zentrale Rolle in der Berichterstattung. Dies

lässt eine problembezogene und lösungsorientierte Art der Darstellung erkennen, die Lesern und Zuschauern zeigt, in welcher Weise die einschlägigen Disziplinen medizinische Fragestellungen und Herausforderungen im Gesundheitsbereich anpacken. Die Darstellung von Akteuren bestärkt und ergänzt diesen Eindruck: Durchschnittlich zitiert jeder Artikel bzw. Fernsehbeitrag 1,64 Aussagen von Experten. Dabei handelt es sich in der Regel um Mediziner, Therapeuten, Pharmakologen und Wissenschaftler angrenzender Disziplinen. Die Experten, die im Bild (Pressefotos oder Filmeinspieler) gezeigt werden, sind für den Betrachter fast immer durch eindeutige Attribute als Wissenschaftler erkennbar: Viele der portraitierten Personen tragen einen Labor- oder Arztkittel bzw. Schutzkleidung, sind in einem Labor zu sehen, bedienen Geräte, benutzen Utensilien und Materialien für Forschungs- bzw. Untersuchungszwecke.

Die Analyse der Berichterstattung in Presse und Fernsehen zeigt, dass Publikumsmedien ihren Lesern und Zuschauern ein breites Angebot an Gesundheitsthemen und Erkenntnissen einschlägiger medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse bieten. Damit ist eine erste Voraussetzung dafür erfüllt, dass Medien die Rolle eines Vermittlers von gesundheitlicher Bildung und Aufklärung wahrnehmen.

Publikumsmedien erreichen mit Gesundheitsthemen und -erkenntnissen die breite Bevölkerung

Wenn die Bevölkerung in Deutschland an Wissenschaft und Technik denkt, verbinden die Menschen mit den Begriffen sehr häufig Disziplinen und Themen, die mit Medizin und Gesundheit zu tun haben. 42

Prozent der 502 Befragten assoziierten spontan und ohne Antwortvorgaben mit dem Wort Wissenschaft die Medizin – wesentlich weniger beispielsweise Physik (30 %) oder Geistes- (9 %) und Sozialwissenschaften (8 %). Die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung besitzt ein großes allgemeines Interesse an Wissenschaft und Technik. Entsprechend ihrem Begriffsverständnis sind die meisten dabei auch an medizinischen und Gesundheitsthemen interessiert (80 %), die damit sowohl im Bewusstsein der Bevölkerung wie auch in ihren Themeninteressen einen klaren Schwerpunkt bilden. Dies gilt weit überwiegend unabhängig vom Bildungsniveau. Auch bildungsferne Schichten sind somit potenziell mit Themen zu erreichen, die einen Bezug zu Gesundheit und Krankheit, zu gesunden und ungesunden Lebensweisen, zum Umgang mit und zur Vorsorge vor gesundheitlichen Problemen haben.

Fragt man, woher sich die Bevölkerung im Allgemeinen über wissenschaftliche Themen informiert, nennen die meisten das Fernsehen, das Internet sowie (Tages-) Zeitungen.¹⁰ 76 Prozent der Befragten lesen häufig oder gelegentlich wissenschaftsbezogene Beiträge in Zeitungen oder schauen entsprechende Angebote im Fernsehen an (80 %). Im Fernsehen sind vor allem unterhaltend konzipierte Wissenschaftssendungen wie Galileo beliebt, die meist mehrere Themen behandeln und dabei in der Regel auch mindestens einmal medizinisch relevante Aspekte ansprechen – sei es im Kontext von gesunder Ernährung und Lebensweise, sei es mit Verweis auf ein Krankheitsbild, Therapieformen o.ä. Die Medienanalyse hatte gezeigt, dass mehr als ein Drittel aller untersuchten Beiträge in Presse und Fernsehen gesundheitsbezogene Schwer-

¹⁰ Dies bestätigt die Entscheidung, für die vorliegende Studie die Berichterstattung von Presse und Fernsehen in den Mittelpunkt zu stellen.

punkte setzten. Dies erklärt sicherlich zum Teil, dass ein Großteil der Bevölkerung Wissenschaft unmittelbar mit Medizin und Gesundheit gleichsetzt bzw. assoziiert. In diesen Themen liegen darüber hinaus auch am häufigsten unmittelbare Lebensbezüge, da die Leser und Zuschauer selbst oder ihr Umfeld von Gesundheitsrisiken bedroht, von Krankheiten betroffen, zu gesunder Lebensweise motiviert sein können usw.

Die Antworten der Befragten lassen gute Voraussetzungen dafür erkennen, dass Gesundheitsthemen, die Medien in Pressebeiträgen, Fernsehsendungen und anderen Formaten aufgreifen, tatsächlich ein breites Publikum erreichen und in der Bevölkerung auf Interesse und Offenheit für die Thematik stoßen. Damit ist auch die zweite Voraussetzung dafür erfüllt, dass Medien in der gesundheitlichen Bildung und Aufklärung wirksam werden können.

Gesundheitsthemen werden in Publikumsmedien gut verständlich vermittelt

Gesundheitsbezogene Informationen und Empfehlungen werden umso mehr im Sinne einer gesundheitlichen Aufklärung breitenwirksam sein können, je besser die Leser, Zuhörer und Zuschauer die Inhalte verstehen können. 79 Prozent der Befragten charakterisieren die Beiträge, die sie in Zeitungen und Fernsehen zu Gesundheitsthemen nutzen, als gut oder sehr gut verständlich. Wenn Beiträge nicht gut verständlich sind, dann in der Regel aufgrund ihrer Sprache, v.a. der Fachbegriffe, die von Experten zitiert oder vom Autor benutzt werden. Dies führt zu der Frage, wie häufig die 2006/07 und 2011 untersuchten Beiträge in Presse und Fernsehen Fachbegriffe enthalten und ob den Lesern bzw. Zuschauern diese Begriffe erläutert wer-

den. 41 Prozent aller erfassten Beiträge nennen keine, 44 Prozent wenige, d.h. ein bis zwei Fachbegriffe. Man kann somit davon ausgehen, dass der Großteil der Berichterstattung über Gesundheitsthemen in den Publikumsmedien tatsächlich in einer allgemein verständlichen Sprache gehalten ist, die den Eindruck der Bevölkerung bestätigt und erklärt, dass die Darstellung gut nachvollziehbar sei. Wenn in Beiträgen zu Gesundheitsthemen Fachbegriffe verwendet werden, findet sich dort häufiger eine Erklärung als für Fachbegriffe in Beiträgen zu Themen aus anderen wissenschaftlichen Disziplinen, z.B. den Geistes- und Sozialwissenschaften.

Neben der Anzahl der Fachbegriffe trägt auch die Sachlichkeit der Darstellung in den Massenmedien zur Verständlichkeit und einer guten Verarbeitung der Berichterstattung bei. Je stärker Beiträge werten oder Standpunkte einseitig darstellen, desto größer ist die Gefahr einer manipulativen Wirkung, weil Rezipienten nicht in die Lage versetzt werden, alle relevanten Positionen kennenzulernen und für sich abzuwägen. Die untersuchte Berichterstattung zu Gesundheitsthemen in den Jahren 2006/07 und 2011 wurde im Rahmen der Medienanalyse daraufhin eingeschätzt, ob die Darstellung für einen Laien eher verständlich oder unverständlich, tatsachen- oder meinungsbetont, sachlich oder emotional war. Darüber hinaus wurde der Charakter der Sprache als alltags- oder fachsprachlich eingestuft. Im Durchschnitt wurden die Artikel und Filmbeiträge mit medizinischen und gesundheitsbezogenen Inhalten überwiegend als verständlich, tatsachenbetont, sachlich und alltagssprachlich wahrgenommen. Dies stützt die Befunde der Bevölkerungsbefragung, wonach ein Großteil der Nutzer von wissenschaftlichen Angeboten in den Medien diese nach eigener Aussage gut verstehen können. Hier-

zu trägt möglicherweise auch bei, dass in fast jedem untersuchten Presse- und Fernsehbeitrag eine wissenschaftliche Einrichtung, meist an einer Universität genannt wurde. Bei der Erwähnung von Experten wurden häufig ihre akademischen Titel bzw. Qualifikationen und Rollen in den Forschungsinstitutionen angegeben. Beides trägt zur Glaubwürdigkeit der Inhalte bei, weil mit der Erwähnung von Einrichtungen und Expertise der Eindruck von Sachlichkeit und tatsachenbetonter Darstellung verstärkt wird, den die Sprache bereits erweckt.

Mit dem Gefühl, über Medien vermittelte Sachverhalte gut zu durchdringen, wächst vermutlich in der Bevölkerung das Vertrauen in die Quellen der Information, die über die zitierten Experten und Forschungsinstitute sichtbar sind. Dies bildet eine dritte gute Voraussetzung dafür, dass medizinische Forschung und Gesundheitsaufklärung erfolgreich über Publikumsmedien in die breite Bevölkerung vermittelt werden kann.

Sichtbare Expertise als Voraussetzung einer effektiven Vermittlung von Gesundheitsthemen

Die weithin gute Sichtbarkeit von Experten in der Berichterstattung über gesundheitsbezogene Themen entspricht Erwartungen, die Leser, Zuhörer und Zuschauer an die Publikumsmedien haben. Sie verbinden die wahrgenommene Notwendigkeit einer gut verständlichen, alltagssprachlichen Darstellung mit dem Anspruch, Informationen aus erster Hand zu erhalten. Dies zeigen Antworten auf eine Frage, die mit einem Fallbeispiel eine typische Rezeptionssituation beschreibt. Die Befragten sollten sich vorstellen, dass ein Forschungsinstitut eine Studie veröffentlicht, die wichtige Fortschritte in der Heilung

von Krebserkrankungen erreicht hat. Sie wurden gebeten anzugeben, wen ein Fernsehjournalist in einem geplanten Hintergrundbericht über die Untersuchung unbedingt persönlich zu Wort kommen lassen sollte. Dazu wurden ihnen verschiedene Personen(-gruppen) vorgegeben, darunter ein Wissenschaftler, der an der Durchführung der Studie beteiligt war, ein Arzt, ein Patient, ein Pressesprecher der Forschungseinrichtung und ein Gesundheitspolitiker. Fast alle Befragten (96%) waren der Meinung, dass der Fernsehbeitrag unbedingt einen der beteiligten Wissenschaftler zu Wort kommen lassen sollte. Eine große Mehrheit sieht darüber hinaus in jedem Fall (85%) oder eventuell (13%) einen Arzt in der Sendung. Zum Vergleich: Weit weniger wünschen sich das Statement eines Pressesprechers (37%).

Statements von Experten bilden faktisch wie auch in der Erwartung der Rezipienten einen unverzichtbaren Bestandteil von Beiträgen zu medizinischen Themen in Publikumsmedien. Sie gewährleisten die Glaubwürdigkeit der Darstellung und das Vertrauen der Rezipienten in die Qualität der Berichterstattung, die ihnen Inhalte im Routinefall meist verständlich, sachlich und alltagssprachlich vermittelt. Man kann erwarten, dass gesundheitliche Aufklärung im Sinne von Empfehlungen oder Warnungen über Statements von einschlägigen Wissenschaftlern, Medizinern, Pharmakologen, Therapeuten usw., die in Beiträgen von Publikumsmedien platziert

werden, effektiv ihre Zielgruppe erreichen können. Die Expertise der Personen wird zusammen mit einer gut verständlichen Sprache, wenigen oder gut erklärten Fachbegriffen und mit lebensnahen Bezügen, Beispielen usw. ein breites Publikum nicht nur im Sinne von Sachinformation erreichen, sondern auch dazu geeignet sein, auf Gesundheitsbewusstsein, gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen Einfluss zu nehmen. Dies wird umso besser gelingen, je mehr unterschiedliche Mediengattungen und journalistische Formate ein Thema aufgreifen und somit für das Publikum präsent machen.

In der Konsequenz erscheint es unerlässlich, dass Forschungseinrichtungen systematisch unter ihrem wissenschaftlichen Personal Kontakt- und Gewährspersonen aufbauen, schulen und kontinuierlich im Umgang mit Journalisten trainieren. Es ist wichtig, Verbindungen zu Medien zu pflegen, Journalisten persönlich mit Informationen zu versorgen, Geduld zu investieren, um auch scheinbar banale Anfragen zu beantworten, dabei eine einfache Sprache zu benutzen, Begriffe zu erklären, Verfahren transparent zu machen usw. Wenn Experten auf diese Weise in Redaktionen

präsent und im Alltag ansprechbar sind, erhöht sich die Chance, dass Journalisten auch im Ausnahme- oder gar Konfliktfall auf diese Personen zugreifen und ihre Expertise einholen.

Wahrnehmung und Lesbarkeit

In diesem Sinne leisten Experten und ihre wissenschaftlichen Einrichtungen einen zentralen Beitrag zur öffentlichen Wahrnehmung und Lesbarkeit ihrer Disziplinen. Wie wichtig und notwendig dies ist, belegen Erkenntnisse zur Lesefähigkeit in der Bevölkerung: Eine 2011 veröffentlichte Untersuchung der Universität Hamburg zur Alphabetisierung Erwachsener identifiziert bundesweit 7,5 Millionen Erwachsene im Alter von 18 bis 64 Jahren, die Texte nicht richtig verstehen und nicht richtig schreiben können. Der Anteil dieser sogenannten funktionalen Analphabeten entspricht 14,5 Prozent der Deutsch sprechenden Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter.¹¹ Dabei ist mangelnde Lesekompetenz ein nachwachsendes Problem von gleichbleibender Brisanz – dies zeigen unter anderem die PISA-Studie und die Internationale Grundschul-Lese-Untersuchung (IGLU): 2009 hatten 18,5 Prozent der 15-Jährigen Schwierigkeiten beim Lesen und Schrei-

¹¹ Zentrale Ergebnisse der Studie enthält Grotlüschen, Anke, Wibke Riekmann (2011): *Presseheft: leo. – Level-One Studie. Literalität von Erwachsenen auf den unteren Kompetenzniveaus. Hamburg 2011. Download unter http://www.alphabetisierung.de/fileadmin/files/Dateien/Downloads_Texte/leo-Pressheft-web.pdf (2.3.2013). Vgl. im Detail Grotlüschen, Anke, Wibke Riekmann (Hrsg.) (2012): *Funktionaler Analphabetismus in Deutschland. Ergebnisse der erste leo. – Level-One Studie. Münster u.a.**

ben,¹² 2011 erreichten 15,4 Prozent der Schülerinnen und Schüler der vierten Grundschulklassen kein ausreichendes Leistungsniveau im Lesen.¹³

Die Zahlen belegen, dass alle gesellschaftlichen Akteure und Bildungsinstitutionen gemeinsam dazu beitragen müssen, diejenigen Bevölkerungsgruppen zu erreichen und zu stärken, die durch fehlende Lese- und Schreibfähigkeiten in Bildung, persönlicher Entwicklung und gesellschaftlicher Teilhabe benachteiligt sind und es in absehbarer Zukunft auch weiterhin bleiben werden.¹⁴ Neben einer systematischen und medienübergreifenden Leseförderung gehört dazu auch, relevante Themen mit entsprechend zugeschnittenen Medieninhalten einfach verständlich und lebensnah zu vermitteln – ob in gedruckten Medien, in Hörfunk- und Fernsehsendungen oder web-basierten Angeboten. Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass Publikumsmedien in Bezug auf Gesundheits-

themen im Rahmen ihrer Routineberichterstattung gut in der Lage sind, diese Aufgabe wahrzunehmen. Wissenschaftler in der medizinischen und pharmazeutischen Forschung, praktizierende Mediziner und Angehörige anderer Heilberufe können als Partner und Inputgeber der Publikumsmedien dazu beitragen, Bildungs- und Informationsdefizite in jenen Bevölkerungsgruppen entgegenzuwirken, die sich mit dem Lesen schwer tun. Gerade sie – das bele-

gen Daten der aktuellen Studie zur Gesundheit Erwachsener bedürfen einer besonderen Aufmerksamkeit bei der Vermittlung von Gesundheitsinformationen und der Sensibilisierung für Prävention und gesunde Lebensweise.

*Dr. Simone C. Ehmig,
Daniela Stelzmann
Institut für Lese- und Medienforschung
der Stiftung Lesen*

Autoren

Dr. Simone C. Ehmig (Jg. 1964) leitet seit November 2009 das Institut für Lese- und Medienforschung der Stiftung Lesen. Nach dem Studium der Publizistikwissenschaft, Deutschen Philologie und Kunstgeschichte arbeitete sie am Institut für Publizistik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz und leitete von 2007 bis 2009 eine Abteilung für angewandte Forschung an der Università della Svizzera italiana in Lugano. Forschungsschwerpunkte: Lese- und Medienforschung, Gesundheitskommunikation, Politische Kommunikation und Journalismusforschung, Methodenentwicklung.

Daniela Stelzmann (Jg. 1988) studiert an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz Publizistikwissenschaft, Psychologie und Deutsche Philologie. Sie ist seit 2010 als studentische Mitarbeiterin am Institut für Lese- und Medienforschung der Stiftung Lesen tätig und hat an zentralen Schritten der Untersuchung mitgearbeitet.

¹² Klieme, Eckhard u.a. (2010): PISA 2009. Bilanz nach einem Jahrzehnt. Münster u.a.

¹³ Siehe die Befunde in Bos, Wilfried, Irmela Tarelli, Albert Bremerich-Vos, Knut Schwippert (Hrsg.) (2012): IGLU 2011. Lesekompetenzen von Grundschulkindern in Deutschland im internationalen Vergleich. Münster u.a.; eine Übersicht über die Befunde im Kontext der TIMSS-Studie findet sich unter http://www.ifs-dortmund.de/assets/files/presse/IGLU_TIMSS_2011_Pressekonferenz.pdf (2.3.2013).

¹⁴ Vgl. dazu http://www.stiftunglesen.de/fileadmin/PDFs/15022013_Zukunftsstrategie_Version.pdf.

Diabetes-Präventionsprojekt „Fit und gesund älter werden“ in Frankfurt gestartet – öffentlicher Präventionstag am 24. August

Motivieren, Impulse zur Umstellung der Lebensgewohnheiten geben und die ärztliche Kompetenz in der Prävention deutlich machen: Das sind die Ziele des Diabetes-Präventionsprojektes „Fit und gesund älter werden“ der Landesärztekammer Hessen unter der Schirmherrschaft des Hessischen Sozialministers Stefan Grüttner (hessenweit) und des Frankfurter Oberbürgermeisters Peter Feldmann (für Frankfurt), das am 19. Juni 2013 auch in der Mainmetropole gestartet ist.

Gemeinsam mit ihren Kooperationspartnern will die Landesärztekammer Frankfurter Bürgerinnen und Bürger ab 45 darüber informieren, wie sie sich wirksam vor Typ-2-Diabetes schützen können.

Höhepunkt des Projekts ist der öffentliche Diabetes-Präventionstag am **24. August 2013, von 10:00 bis 15:00 Uhr im Dominikanerkloster** zu dem wir Sie und Ihre Patienten/innen herzlich einladen!

Experten-Vorträge, Diskussionsrunden, Beratung, Workshops zu Bewegung und Ernährung und ein Markt der Möglichkeiten bieten ein informatives Programm rund um Prävention durch Bewegung und Ernährung. Eine Kochvorführung des Frankfurter Starkochs Mirko Reeh, Musik der beiden Senioren-Rockbands „Weiberg'sang“ und „Sandrock 55“ und (Mitmach-)Auftritte der Square-Dance-Gruppe „Beaux & Belles“ runden das Angebot für Menschen ab 45 Jahren ab. Die Frankfurter Rundschau begleitet das Projekt „Fit und gesund älter werden“ als Medienpartnerin.

Informationen zu dem 2012 initiierten Projekt, das bereits in Offenbach, dem Landkreis Hersfeld-Rotenburg und in Kassel durchgeführt worden ist, finden Sie auf der Homepage der Landesärztekammer Hessen unter www.laekh.de.

Modellprojekt: Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

Freitag nachmittags und Samstag ganztags möglich!

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

I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise auf Seite 632!

Curriculum Organspende (insg. 40 Std.)

Kriseninterventionsseminar (8 Std.)

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

Mittwoch, 04. Sep. 2013

8 P

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

Teilnahmebeitrag: € 360 (Akademiemitgl. € 324)

excl. Getränke am Abend im Schloß Rauischholzhausen

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

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

Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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

Bad Nauheimer Interdisziplinäre Tage

Freitag, 13. – Samstag, 14. Sep. 2013

Programm:

Freitag, 13. Sep. 2013, 15:00 – 18:45 Uhr

Kopfschmerzen –

Diagnostik und moderne Therapiemöglichkeiten

5 P

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

Samstag, 14. Sep. 2013, 09:00 – 13:00 Uhr und 13:30 – 17:15 Uhr

Urogenitale Dysfunktionen im Alter – Was ist wann zu tun?

5 P

Leitung: Prof. Dr. med. H. Melchior, Kassel

Gute Grenzen in der ärztlichen Behandlung –

Wodurch werden sie möglich? Wann sind Sie gefährdet?

4 P

Leitung: Dr. med. M. Korte, Hanau; Beauftragter der „Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen“ der LÄKH

Teilnahmebeitrag je Veranstaltung:

€ 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau K. Baumann, Akademie,

Tel.: 06032 782-281, Fax: 069 97672-67281,

E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Kommunikation bei Schadensfällen

(siehe S. 635)

Samstag, 28. Sep. 2013, 09:00 Uhr – 16:30 Uhr

10 P

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

Teilnahmebeitrag: € 110 (Akademiemitgl. € 99)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

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

Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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

Repetitorium Frauenheilkunde

Mittwoch, 04. – Samstag, 07. Sep. 2013

Programmübersicht:

Mittwoch: **Endokrinologie, Reproduktionsmedizin und lernpsychologische Prüfungsvorbereitung** (Gruppe 1)
Tagesleitung: Prof. Dr. med. H.-R. Tinneberg, Gießen

Donnerstag: **Gynäkologische Onkologie**
Tagesleitung: Prof. Dr. med. C. Jackisch, Offenbach

Freitag: **Gynäkologie, Urogynäkologie und lernpsychologische Prüfungsvorbereitung** (Gruppe 2)
Tagesleitung: Prof. Dr. med. H.-R. Tinneberg, Gießen

Samstag: **Geburtshilfe, incl. Pränataldiagnostik**
Tagesleitung: Dr. med. F. Oehmke, Gießen

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

Teilnahmebeitrag: € 420 (Akademiemitgl. € 378),

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

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

29. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

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

Montag, 23. – Freitag, 27. Sep. 2013

55 P

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

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

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

Teilnahmebeitrag: € 550 (Akademiemitgl. € 495)

Tagungsort: Frankfurt a. M., Universitätsklinikum

Seminarraum Zi. 330, Haus 11, 3. Stock

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Tel.: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Mittwoch, 25. Sep. 2013, 14:00 – 19:00 Uhr

6 P

Leitung: Prof. Dr. med. T. Weber, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: € 110 (Akademiemitgl. € 99)

max. Teilnehmerzahl: 25

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau B. Sebastian, BZÄK Wiesbaden,

Tel.: 0611 97748-25, Fax: -41, E-Mail: barbara.sebastian@laekh.de

Weitere Termine 2013: 30. Okt., 13. Nov., 11. Dez.





Gastroenterologisches Fallseminar

In Zusammenarbeit mit der Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie.

Mittwoch, 02. Okt. 2013, 17:30 – 20:00 Uhr

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

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Frankfurt a. M., Universitätsklinikum,

Theodor-Stern-Kai 7, Haus 22, 1. OG, Hörsaal 22-2

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: : 069 97672-67227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Impfkurs – Fachgebiet Öffentliches Gesundheitswesen

Samstag, 05. Okt. 2013, 09:00 – 17:30 Uhr 11 P

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

Teilnahmebeitrag: € 160 (Akademiemitgl. € 144)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Rheumatologie

Rheuma an einem Tag 6 P

Terminänderung: Mittwoch, 04. Dez. 2013, 15:00 – 19:00 Uhr

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

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Kerckhoff-REHA-Zentrum

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Repetitorium Innere Medizin 2013

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

Montag, 18. – Samstag, 23. Nov. 2013 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,

Tel.: 06032 782-227, Fax: 069 97672-227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Freitag, 22. Nov. 2013, 13:00 Uhr – 21:00 Uhr 11 P

Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechtheim

Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

Teilnahmebeitrag: € 170 (Akademiemitgl. € 153), zzgl. € 70

Schulungsmaterial

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Tel.: 06032 782-287, Fax: 069 97672-67287,

E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Moderatorentaining

Freitag, 04. – Samstag, 05. Okt. 2013 20 P

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,

Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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

Fachgebietsveranstaltung Lungen- u. Bronchialheilkunde, Rheumatologie, Infektiologie, Pathologie, Radiologie

Interdisziplinäres Forum Frankfurt 2013

Samstag, 05. Okt. 2013, 09:00 – 14:00 Uhr 6 P

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

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Frankfurt a. M., Nordwestkrankenhaus,

Kommunikationszentrum, Steinbacher Hohl 2-26, Raum Taunus

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218 StGB

Erwerb der Berechtigung zur Beratung

Samstag, 02. – Sonntag, 03. Nov. 2013

Teilnahmebeitrag: € 300 (Akademiemitgl. € 270)

Erfahrungsaustausch und Wiederholungsseminar

Für Ärzte, die bereits die Berechtigung zur Beratung erworben haben und erneuern wollen.

Samstag, 09. Nov. 2013

Teilnahmebeitrag: € 150 (Akademiemitgl. € 135)

Leitung: Dr. med. A. Goldacker, Hanau

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Tel.: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Aktuelles aus der Arbeitsmedizin

Samstag, 16. Nov. 2013, 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,

Tel.: 06032 782-283, Fax: 069 97672-67283,

E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Samstag, 14. – Sonntag, 15. Jun. 2014 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,

Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de



II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise auf Seite 632!

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.)

Samstag, 24. – Sonntag, 25. Aug. 2013 **G13-G14**
Samstag, 14. Sep. 2013 **G15**

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Sonntag, 15. Sep. 2013 **GP**
Samstag, 16. Nov. 2013 – Sonntag, 17. Nov. 2013 **GP**

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,

Tel.: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

oder Frau A. Bauß, Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur e.V.

Tel.: 089 71005-11, Fax: -25, E-Mail: bauss@daegfa.de

Geriatrische Grundversorgung

Block I Freitag, 01. – Sonntag, 03. Nov. 2013 **24 P**

Leitung: PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt

Block II Freitag, 24. – Sonntag, 26. Jan. 2014 **22 P**

Leitung: Dr. med. P. Groß, Darmstadt

Block III Freitag, 14. – Samstag, 15. Feb. 2014 **14 P**

Leitung: Prof. Dr. med. W. Vogel, Hofgeismar

Teilnahmebeitrag: Block I: € 360 (Akademiemitgl. € 324), Block II: € 330 (Akademiemitgl. € 297), Block III: € 210 (Akademiemitgl. € 189)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

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

Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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

Palliativmedizin

Fallseminar Modul III:

Montag, 25. – Freitag, 29. Nov. 2013 **40 P**

Basiskurs:

Dienstag, 03. – Samstag, 07. Dez. 2013 **40 P**

Teilnahmebeiträge:

Basiskurs: € 600 (Akademiemitgl. € 540)

Fallseminar Modul III: € 700 (Akademiemitgl. € 630)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Die Reihenfolge der Teilnahme muss eingehalten werden:

Basiskurs – Aufbaukurs Modul I – Aufbaukurs Modul II (diese

beiden sind tauschbar) – Fallseminar Modul III.

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Tel.: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

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

A2 Samstag, 14. Sep. – Samstag, 21. Sep. 2013 **60 P**

B2 Samstag, 26. Okt. – Samstag, 02. Nov. 2013 **60 P**

C2 Samstag, 30. Nov. – Samstag, 07. Dez. 2013 **60 P**

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

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

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

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

Freitag, 01. Nov. 2013, 09:00 – 16:30 Uhr **insg. 16 P**

Samstag, 02. Nov. 2013, 09:00 – 17:30 Uhr

Leitung: Dr. med. U. Klinsing / Dr. med. R. Snethlage, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 280 (Akademiemitgl. € 252)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Tel.: 06032 782-283, Fax: 069 97672-67283,

E-Mail: luise.stieler@laekh.de

Aktuelle Diabetologie

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

Mittwoch, 25. Sep. 2013, 15:30 – 20:00 Uhr **6 P**

Teil 3: Die nichtmedikamentöse Diabetestherapie

Teil 4: Insulintherapie für die Praxis

Leitung: Dr. med. B. Fischer / Dr. J. Liersch, Gießen

Teilnahmebeitrag: € 30 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

weitere Termine 2013: 27.11.2013 Teile 5 / 6

Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

Modul I Freitag, 21. – Samstag, 22. März 2014 **12 P**

Modul II Freitag, 04. – Samstag, 05. Apr. 2014 **12 P**

Modul III Freitag, 09. – Samstag, 10. Mai 2014 **16 P**

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

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de





Krankenhaushygiene

Modul I:	Montag, 02. – Freitag, 06. Sep. 2013,	40 P
	in Gießen	
	Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann	
Modul V:	Dienstag, 17. – Freitag, 20. Sep. 2013,	32 P
	in Bad Nauheim	
	Leitung: PD Dr. med. Dr. med. habil. C. Brandt, PD Dr. med. habil. B. Jahn-Mühl	
Gesamtkursleitung:	Dr. med. K. H. Blum, Frankfurt	
Teilnahmebeitrag:	Modul I: € 650 (Akademiemitgl. € 585) Modul II-VI: je € 520 (Akademiemitgl. € 468)	
Auskunft und Anmeldung:	Frau H. Cichon, Akademie, Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209, E-Mail: heike.cichon@laekh.de	
Termine für Modul II, III, IV und VI in Planung!		

Spezielle Schmerztherapie

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

Block C	14./15. Sep. 2013 in Bad Nauheim	20 P
	Leitung: Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.	
Block B	02./03. Nov. 2013 in Kassel	20 P
	Leitung: PD Dr. med. M. Gehling, Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel	
Teilnahmebeitrag pro Block:	€ 240 (Akademiemitgl. € 216)	
Auskunft und Anmeldung:	Frau A. Zinkl, Akademie, Tel.: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de	

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

Kurs B	20./21. Sep. 2013	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. W. Hönnmann, Frankfurt a. M.		
Kurs C	08. Feb. 2014	10 Std.	10 P
Psychosomatische Grundversorgung unter speziellen Gesichtspunkten der Allgemeinmedizin – verbale Interventionstechniken Entscheidungsfindung, Prävention, Hausbesuch, Multimorbidität und Priorisierung, Sterbebegleitung, Angehörigengespräche, professionelles Selbstverständnis			
Leitung:	Prof. Dr. med. E. Baum, Marburg, Dr. med. R. Gerst, Baden-Baden		
Kurs A	23./24. Mai 2014	20 Std.	20 P
Psychosomatische Grundversorgung – Theorie: Kenntnisse in psychosomatischer Krankheitslehre, Anamnese, Befunderhebung, Diagnose und Klassifizierung, Abgrenzung psychischer Störungen von Neurosen und Psychosen, psychische Störungen			
Leitung:	Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt a. M.		
Teilnahmebeitrag:	10 Std. € 150 (Akademiemitgl. € 135), 20 Std. € 300 (Akademiemitgl. € 270)		
Tagungsort:	Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen		
Auskunft und Anmeldung:	Frau R. Heßler, Akademie, Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203, E-Mail: renate.hessler@laekh.de		

Notfallmedizinische Fortbildung

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD	29 P
Freitag, 27. – Sonntag, 29. Sep. 2013	
Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg, M. Leimbeck, Braunfels	
Teilnahmebeitrag: € 400 (Akademiemitgl. € 360)	
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen	
Seminar Leitender Notarzt	40 P
Samstag, 02. – Dienstag, 05. Nov. 2013	
Leitung: D. Kann, N. Schmitz, Kassel	
Teilnahmebeitrag: € 740 (Akademiemitgl. € 666)	
Tagungsort: Kassel	
Wiederholungsseminar Leitender Notarzt	
Samstag, 28. Sep. 2013	10 P
Leitung: G. John, Wiesbaden	
Teilnahmebeitrag: € 220	
Tagungsort: Wiesbaden	
Samstag, 23. Nov. 2013	13 P
Leitung: D. Kann N. Schmitz, Kassel	
Teilnahmebeitrag: € 240	
Tagungsort: Kassel	
Kurs Ärztlicher Leiter Rettungsdienst	33 P
Mittwoch, 12. – Samstag, 15. Feb. 2014	
Leitung: Dr. med. E. Wranze-Bielefeld, Dautphetal	
Teilnahmebeitrag: € 480 (Akademiemitgl. € 430)	
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen	
Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie, Tel.: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202, E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de	

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

Marburger Kompaktkurs „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“

Kursteile A-D gemäß Richtlinien der BÄK (80 Std.)

Freitag, 04. – Samstag, 12. Okt. 2013
Leitung: PD Dr. med. C. Kill, Marburg
Teilnahmebeitrag: € 770 inkl. Verpflegung
Tagungsort: Marburg, Universitätsklinikum Gießen/Marburg, Hörsaalgebäude 3, Conradistr.

Marburger Intensivseminar Management Großschadenslagen

Wiederholungsseminar und Fachweiterbildung für Leitende Notärzte und Organisatorische Leiter Rettungsdienst

Freitag, 18. – Samstag, 19. Okt. 2013
Leitung: Dr. med. E. Wranze-Bielefeld, PD Dr. med. C. Kill, L. Schäfer, Marburg
Teilnahmebeitrag: € 255
Tagungsort: Marburg

Auskunft und Anmeldung: DRK Rettungsdienst Mittelhessen, Bildungszentrum, Postfach 1720, 35007 Marburg
Tel.: 06421 950-220, Fax: -225, E-Mail: info@bzmmh.de

Medizinische Rehabilitation

16-Stunden-Kurs gem. neuer Reha-Richtlinie (§135 Abs.2 SGB V)	
Mittwoch, 09. Okt. 2013, 13:30 – 20:30 Uhr	21 P
Leitung: Dr. med. W. Deetjen, Gießen	
Teilnahmebeitrag: € 200 (Akademiemitgl. € 180)	
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen	
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie, Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203, E-Mail: renate.hessler@laekh.de	



Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35 100/35 110). Es handelt sich um eine **integrierte** 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 in jeden Block inkludiert und somit bereits in den Teilnahmegebühren enthalten.

19. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Freitag, 23. – Sonntag, 25. Aug. 2013 **20 P**

Freitag, 08. – Sonntag, 10. Nov. 2013 **20 P**

Leitung: P. E. Frevert, Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.

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

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

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

Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

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

Hämotherapie
Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

Donnerstag, 07. – Freitag, 08. Nov. 2013 **16 P**

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

Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)

Tagungsort: Darmstadt, Klinikum, Gräfenstr. 9

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Ärztliches Qualitätsmanagement

Dieser Kurs wird gem. dem Curriculum der BÄK in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen angeboten.

Er umfasst insg. 200 Fortbildungsstunden und erfüllt die Voraussetzungen für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ gem. der Weiterbildungsordnung der LÄKH.

Der Kurs besteht aus Präsenzphasen, einer E-Learning-Phase, Selbststudium sowie einem Teilnehmerprojekt, das überwiegend in Eigeninitiative / Heimarbeit zu bearbeiten ist.

Block I: Di., 18. – Sa., 22. Feb. 2014

Block II a: Mi., 14. – Sa., 17. Mai 2014

Block II b: Mi., 09. – Sa., 12. Jul. 2014

Block III a: Mi., 08. – Sa., 11. Okt. 2014

Telelernphase: So., 12. Okt. – Mi., 19. Nov. 2014

Block III b: Do., 20. – Sa., 22. Nov. 2014

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

Teilnahmebeitrag: Block I: € 990 (Akademiemitgl. € 891),

Block II a + b: je € 750 (Akademiemitgl. € 675)

Block III a + b: je € 750 (Akademiemitgl. € 675)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV

Kenntniskurs (theoretische und praktische Unterweisung)

Samstag, 30. Nov. 2013

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

Teilnahmebeitrag: gesamt € 140 (Akademiemitgl. € 126)

Theoretische Unterweisung: € 100 (Akademiemitgl. € 90)

Praktische Unterweisung: € 50 (Akademiemitgl. € 45)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Termine 2014: Samstag, 22. Feb.

Grundkurs

Samstag, 22. – Sonntag, 23. Mär. 2014

Praktikum: Montag, 24. und Dienstag, 25. Mär. 2014

Teilnahmebeitrag: € 300 (Akademiemitgl. € 270)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum LÄK Hessen

(Theorie), Hochwaldkrankenhaus (Praktikum)

Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde

Samstag, 12. Okt. 2013

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

Teilnahmebeitrag: € 130 (Akademiemitgl. € 117)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Termine 2014: Samstag, 12. Apr., Samstag, 27. Sep. 2014

Spezialkurs Röntgendiagnostik

Samstag, 17. – Sonntag, 18. Aug. 2013

Praktikum: Montag, 19. Aug. 2013 und Mittwoch, 21. Aug. 2013, jew. 14:00 – 18:00 Uhr

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

Teilnahmebeitrag: € 300 (Akademiemitgl. € 270)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Praktikum: Frankfurt, Krankenhaus Nordwest

Spezialkurs Computertomographie

Termine in Planung

Spezialkurs Interventionsradiologie

Termine in Planung

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ als Blended-Learning-Veranstaltung

Einführungsseminar: Freitag, 11. Okt. 2013 **insg. 20 P**

Telelernphase: Samstag, 12. Okt. – Freitag, 22. Nov. 2013

Präsenzphase: Samstag, 23. Nov. 2013

– mit abschließender Lernerfolgskontrolle

Teilnahmebeitrag: € 200 (Akademiemitgl. € 180)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Aufbaumodul Tabakentwöhnung mit strukturiertem Therapieprogramm

Das Modul baut auf das zwanzigstündige Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer auf, in dem Kenntnisse zur Tabakabhängigkeit und Beratungstechniken sowie Interventionstechniken zur Entwöhnung vermittelt werden.

Samstag, 07. Dez. 2013, 09:00 – 16:15 Uhr **8 P**

Leitung: Dr. W. Köhler, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 170 (Akademiemitgl. € 153)

max. Teilnehmerzahl: 12

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,

Tel.: 06032 782-208, Fax: 069 97672-208,

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

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

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer. **32 P**
Freitag, 27. – Samstag, 28. Sep. 2013
Freitag, 22. – Samstag, 23. Nov. 2013
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,
 Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,
 E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Basiskurs Sexualmedizin – Einführung in die sexualmedizinische Diagnostik und Beratung

Der Kurs vermittelt Basiskompetenzen in der Erkennung von und Beratung bei sexuellen Störungen. Ein weiteres Ziel ist die Überweisungskompetenz bei tiefer gehenden sexuellen Störungen.

Modul I Samstag, 14. – Sonntag, 15. Dez. 2013
Modul II Samstag, 15. – Sonntag, 16. Feb. 2014
Modul III Samstag, 26. – Sonntag, 27. Apr. 2014
Der Kurs ist nur als Ganzes buchbar.
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,
 Tel.: 06032 782-281, Fax: 069 97672-67281,
 E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

Mit Wirkung vom 1. Juni 2012 müssen alle Teilnehmer zuerst die erforderlichen Grundkurse absolvieren um anschließend mit den Aufbaukursen abzuschließen. Von dieser Regelung ausgenommen bleibt aber die Reihenfolge innerhalb der Grund- und Aufbaukurse. Für die Teilnehmer, die vor dem Stichtag (1. Juni 2012) bereits mit einem Aufbaukurs begonnen haben, werden Übergangsbestimmungen eingeräumt, so dass diese, ausgenommen der neuen Regelung, die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ erwerben können.

GK II Mittwoch, 21. Aug. – Freitag, 30. Aug. 2013 **80 P**
AK I Mittwoch, 30. Okt. – Freitag, 08. Nov. 2013 **80 P**
AK II Mittwoch, 05. Feb. – Freitag, 14. Feb. 2014 **80 P**
GK I Mittwoch, 02. Apr. – Freitag, 11. Apr. 2014 **80 P**
GK II Mittwoch, 16. Jul. – Freitag, 25. Jul. 2014 **80 P**
AK I Mittwoch, 08. Okt. – Freitag, 17. Okt. 2014 **80 P**
Leitung: Ltd. Med. Dir. 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,
 Tel.: 06032 782-287, Fax: 069 97672-67287,
 E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Verkehrsmedizinische Qualifikation

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer. **16 P**
Freitag, 27. – Samstag, 28. Jun. 2014
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,
 Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,
 E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Ultraschallkurse

Abdomen

Leitung: Dr. med. J. Böhnhof, Dr. med. W. Schley

Abschlusskurs **29 P**

Samstag, 02. Nov. 2013 (Theorie)
 + 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.), € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Grundkurs **40 P**

Samstag, 18. und Sonntag, 26. Jan. 2014 (Theorie)
 + 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 440 (Akademiemitgl. € 396)

Aufbaukurs **40 P**

Samstag, 22. und Sonntag, 30. Mrz. 2014 (Theorie)
 + 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 440 (Akademiemitgl. € 396)

Abschlusskurs **29 P**

Samstag, 01. Nov. 2014 (Theorie)
 + 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.), € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Gefäße

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

Abschlusskurs (periphere Arterien und Venen) **20 P**

Freitag, 29. – Samstag, 30. Nov. 2013 (Theorie + Praktikum)
 € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Interdisziplinärer Grundkurs **29 P**

Donnerstag, 20. – Freitag, 21. Feb. 2014 (Theorie)

Samstag, 22. Feb. 2014 (Praktikum)
 € 440 (Akademiemitgl. € 396)

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

Donnerstag, 12. – Freitag, 13. Jun. 2014 (Theorie)

Samstag, 14. Jun. 2014 (Praktikum)
 € 380 (Akademiemitgl. € 342)

Abschlusskurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße) **20 P**

Freitag, 28. – Samstag, 29. Nov. 2014 (Theorie + Praktikum)
 € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Auskunft und Anmeldung: Frau J. Schwab,
 Tel.: 06032-782 211, Fax: 069 97672-67211,
 E-Mail: juliane.schwab@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 AGBs und etwaige Teilnahmevoraussetzungen! Eine verbindliche Anmeldung ist auch im Internet unter <https://portal.laekh.de> schnell und kostenfrei möglich.

Modellprojekt: Kinderbetreuung für Kinder von drei bis acht Jahren Freitag nachmittags und Samstag ganztags möglich! Telefonische Informationen: Frau C. Ittner, Akademie, Tel.: 06032 782-223.

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. Der Jahresbeitrag der Akademie-Mitgliedschaft beträgt € 100. Während der Zeit der Weiterbildung sowie in Elternzeit oder ohne ärztliche Tätigkeit € 50. Für Studenten der Medizin ist die Mitgliedschaft kostenfrei. Der Jahresbeitrag gilt unabhängig vom Eintrittstag für das laufende Kalenderjahr. Weitere Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Tel.: 06032 782-204, E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de





Schwerpunkt Patientenbetreuung / Praxisorganisation

Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)

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

Termin: Sa., 31.08.2013, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Std.)

Gebühr: € 95

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

Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 5)

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

Termin: Sa., 09.11.2013, 10:00 – 16:30 Uhr und
Sa., 16.11.2013, 09:15 – 17:30 Uhr (16 Stunden)

Gebühr: € 185

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

Privatliquidation – Grundlagen und Übungen am PC (PAT 6)

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

Termin: Sa., 30.11.2013, 09:15 – 17:30 Uhr (9 Std.)

Gebühr: € 95

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

Wiedereinstieg in das Berufsleben (PAT 10)

Ziel der Fortbildung ist es, mutig und selbstbewusst wieder in 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: Interessentenliste, 6 Termine (insgesamt 44 Std.)

Gebühr: € 550

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

Telefongespräche mit schwierigen Patienten (PAT 11)

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

Termin: Sa., 02.11.2013, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Std.)

Gebühr: € 95

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

Ernährungsmedizin (ERM – 120 Stunden)

Die nachfolgenden Themen werden als Blockveranstaltung vermittelt: Überblick über Ernährungs- und Stoffwechselfysiologie, 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., 26.08.2013

Gebühr: € 950 zzgl. € 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.

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

NEU: Elektronische Praxiskommunikation und Telematik

Der Qualifizierungslehrgang hat das Ziel, den sach- und funktionsbezogenen Umgang mit aktuellen Kommunikationsmedien zu erlernen. Durch konkrete praxisbezogene Fallbeispiele und Anschauungsmaterialien lernen die Fortbildungsteilnehmer telemedizinische Anwendungen kennen.

Inhalte: Der Lehrgang mit insgesamt 80 Stunden besteht aus zwei Kursen:

Teil 1 (Kurs-Nr. EPA 1)

- Datenschutz und Datensicherheit (20 Std.)
- Informations- und Kommunikationstechnologie (20 Std.)

Teil 2 (Kurs-Nr. EPA 2)

- Telemedizinische Grundlagen (20 Std.)
 - strukturierte Behandlungsprogramme
 - technische und rechtliche Rahmenbedingungen
- Telemedizinische Anwendungen (20 Std.)
 - u.a. Telekardiologie, Telediabetes, Teleradiologie

Termine und Gebühren

EPA 1: 23.08.2013 – 24.08.2013 und 12.09.2013 – 14.09.2013

Gebühr: € 480

EPA 2: 27.09.2013 – 28.09.2013 und 31.10.2013 – 02.11.2013

Gebühr: € 480

Weitere Informationen zum Lehrgangsverlauf und den Zugangsvoraussetzungen finden Sie auf unserer Homepage.

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

Schwerpunkt Medizin

Sonderkurs zur Fortgeltung der Fachkunde und der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz für medizinisches Assistenzpersonal Aktualisierungskurs nach § 18a RöV (MED 2)

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

Termin: Fr., 13.09.2013 und Sa., 14.09.2013 (insgesamt 16 Std.)

Gebühr: € 245 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Belastungs-EKG für Fortgeschrittene (MED 4)

Inhalte: Die Fortbildung richtet sich an Teilnehmer/innen, die ihren Kenntnisstand und ihre Fertigkeiten vertiefen möchten sowie den Wissensstand zum Thema „pathologisches Ruhe- und Belastungs-EKG“ erweitern möchten. Grundkenntnisse zur Durchführung eines Ruhe-EKGs werden vorausgesetzt. Die Veranstaltung wird unter ärztlicher Leitung durchgeführt.

Termin: Sa., 14.09.2013, 09:15 – 16:30 Uhr (8 Std.)

Gebühr: € 95

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

Injektionen/Infusionen (MED 5)

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

Termin: Sa., 21.09.2013, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Std.)

Gebühr: € 95

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

Notfalltraining (MED 6)

Inhalte: Im Rahmen eines Gruppentrainings wird das gesamte Praxisteam rund um den Notfall geschult. Durch praxisorientiertes Training mit dem gesamten Notfallequipment werden Ängste und Hemmschwellen abgebaut und Sicherheit für die Notfallversorgung geschaffen.

Termin: Sa., 31.08.2013, 09:15 – 17:30 Uhr (9 Std.)

Gebühr: € 95

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





Schwerpunkt Medizin

Wundmanagement (AVÄ 4)

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

Termin: Do., 05.09.2013, 09:30 – 16:45 Uhr und
Fr., 06.09.2013, 9:30 – 11:00 Uhr (insgesamt 10 Std.)

Gebühr: € 150

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

Wundmanagement Aufbaufortbildung (MED 12)

Inhalte: In der Aufbaufortbildung werden die Entstehung und Behandlung von Dekubitus anhand konkreter Fallbeispiele behandelt sowie die Kompressionstherapie und Auswahl und Umgang mit Produkten der modernen Wundversorgung. In vielen praktischen Übungen können die Inhalte geübt werden.

Termin: Sa., 02.11.2013, 09:30 – 15:00 Uhr (9 Std.)

Gebühr: € 95

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

Klinikassistent (120 Stunden)

Die Fortbildung „Klinikassistent“ umfasst 100 Unterrichtsstunden sowie ein 20-stündiges Praktikum. Die zur Klinikassistent 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 krankenhausesrelevanter Gesetzgebung, Aufbau- und Ablauforganisation im Krankenhaus, Dokumentation und Verwaltung von Patientenakten, EDV, Formular- und Abrechnungswesen, Gesprächsführung, Praktikum

Termin: ab 31.10.2013

Gebühr: € 1.180 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

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

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

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

Termin: ab Fr., 15.11.2013 (insgesamt 30 Std.)

Gebühr: € 410 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Onkologie

Nach der „Onkologievereinbarung“ können bei der Behandlung von Onkologiepatienten in begründeten Fällen Medizinische Fachangestellte hinzugezogen werden. Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Onkologiepatienten in onkologischen Schwerpunktpraxen wird in Modulform angeboten. Die Module können einzeln gebucht werden.

Spezielle onkologische Grundlagen, Krankheitsbilder und Therapien (ONK 1)

Termin: Mi., 16.10.2013 bis Sa., 19.10.2013 (insgesamt 28 Stunden)

Gebühr: € 350

Dokumentation und rechtliche Grundlagen (ONK 2)

Termin: Fr., 22.11.2013, 10:15 – 15:00 Uhr (5 Std.)

Gebühr: € 70

Onkologie

Therapeutische und pflegerische Interventionen (ONK 3)

Termin: Fr., 22.11.2013, 15:15 – 18:30 Uhr und
Sa. 23.11.2013, 08:30 – 16:45 (insgesamt 13 Std.)

Gebühr: € 185

Psychononkologische Grundlagen (ONK 4)

Termin: Fr., 07.12.2013, 10:15 – 18:30 Uhr (9 Std.)

Gebühr: € 95

Allgemeine medizinische Grundlagen in der Onkologie und Palliativversorgung (ONKPAL 1)

Termin: Do., 19.09.2013, 13:30 – 18:30 (5 Std.)

Gebühr: € 70

Versorgung und Betreuung von Patienten (ONKPAL 2)

Termin: Fr., 20.09.2013, 09:30 – 12:45 Uhr (4 Std.)

Gebühr: € 70

Psychosoziale Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter/innen im Bereich der onkologischen und palliativen Versorgung (ONKPAL3)

Termin: Fr., 20.09.2013, 13:30 – 16:45 Uhr und
Sa., 21.09.2013, 09:30 – 15:00 Uhr (insgesamt 10 Std.)

Gebühr: € 150

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

2-tägige Onkologiefortbildung: Mammakarzinom

Die Fortbildung richtet sich besonders an Teilnehmerinnen, die bereits die Qualifizierung „Fortbildung in der Onkologie“ besucht haben. Sie steht auch anderen Personen aus medizinischen Fachberufen offen.

Termin: Fr., 01.11.2013, 10:30 – 17:00 Uhr und
Sa., 02.11.2013, 09:00 – 13:00 Uhr

Gebühr: € 150

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

2-tägige Onkologiefortbildung: Uroonkologie

Die Fortbildung richtet sich besonders an Teilnehmerinnen, die bereits die 120/130-stündige Qualifizierung „Fortbildung in der Onkologie“ besucht haben. Sie steht auch anderen Personen aus medizinischen Fachberufen offen.

Termin: Fr., 15.11.2013, 10:30 – 17:45 Uhr und
Sa., 16.11.2013, 09:00 – 12:15 Uhr

Gebühr: € 150

Information: Elvira Keller, Tel.: 06032 782-185, Fax: -180

Bekanntgabe von Prüfungsterminen

Abschlussprüfung für die Aufstiegsfortbildung Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung

Zusätzlicher Termin!

Abschlussprüfung

Pflichtteil: 06.12.2013 und 07.12.2013 Anmeldeschluss: 15.11.2013

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



Reden Sie noch oder kommunizieren Sie schon?

Wie man schwierige Gespräche mit Patienten meistert

Effektives Risikomanagement erfordert nicht nur ein gutes Fachwissen, sondern auch die Schlüsselqualifikation der Konflikt- und Kommunikationsfähigkeit. Zu diesem Thema findet am 28. September 2013 eine Fortbildungsveranstaltung in der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim mit dem Titel „Kommunikation bei Schadensfällen“ statt.

Kommunikation als Grundlage der Arzt-Patienten-Beziehung

Anspruchsvolle Gesprächssituationen ergeben sich nicht nur bei Übermittlung schlechter Nachrichten. So schreibt das Patientenrechtegesetz vor, dass Arzt und Ärztin dem Patienten alle wesentlichen Behandlungsumstände in verständlicher Weise erläutern muss und nennt insbesondere die Diagnose, die Therapie, die Eingriffsrisiken und sogar mögliche Behandlungsfehler. Vor allem die Diskussion über Behandlungsfehler bietet Fallstricke, die zu einer unnötigen Eskalation führen können.

Wesentliche Elemente der Kommunikation

Viel zu oft wird nur auf das „Was“, nicht aber auf das „Wie“ einer Kommunikation Wert gelegt. Dieses „Wie“ hat nichts mit perfekter Rhetorik, Schlagfertigkeit oder souveränem Auftreten zu tun. Wirkliche Kommunikation findet nur statt, wenn Partnerkongruenz besteht; sie schlägt fehl, wenn die gesendeten Botschaften aneinander vorbeigehen.

Dies kann zum Beispiel sein, wenn Aussagen jeweils nach eigenen Erwartungen interpretiert werden. So wurde ein Patient vor einer Operation gefragt, ob er Blut verdünnende Medikamente nehme. Der Patient verneinte, weil er hierunter nur verschreibungspflichtige Produkte wie Heparin und Marcumar verstand. Er nahm aber prophylaktisch hoch dosiert ASS, Vitamin E sowie Enzympräparate, so dass es zu einer Nachblutung kam. Der Kommunikationsfehler lag in der unterstellten Fachlichkeit. Besser wäre es gewesen, dem Patienten beispielhaft auch frei verkäufliche Präparate zu benennen.

Es ist immer problematisch, sich nicht über das tatsächliche Verständnis des Gesprächspartners zu informieren. In einem Fall wurde empfohlen, morgens und mittags jeweils zwei und abends eine Tablette eines Medikamentes einzunehmen. Der Arzt fragte den Patienten, ob er dies verstanden hat, und dieser antwortete mit „ja“. Verstanden hatte er aber drei Tabletten täglich. Der Kommunikationsfehler lag in der Frage „Haben Sie das verstanden“. Denn sichergestellt werden kann ein Verstehen nur, indem der Gesprächspartner die erhaltenen Informationen wiederholt. Neben diesen inhaltlich-fachlichen Aspekten betrifft das „Wie“ der Kommunikation auch die Sozialkompetenz, also die Konzentration auf den einen Patienten, das Ausschalten von Störungen (wie Anrufe), das aufmerksames Zuhören mit Zeichen des Verstehens, das Nachfragen. Prüfen Sie doch einmal, wie Sie selbst – privat oder beruflich – in schwierigen Situationen kommunizieren:

- Schaffe ich einen ruhigen, ungestörten Gesprächsrahmen?
- Begrüße ich meinen Gesprächspartner freundlich?
- Frage ich nach seinem Befinden?
- Ist meine komplette Aufmerksamkeit bei meinem Gegenüber?
- Höre ich zu ohne zu unterbrechen?
- Gebe ich Aufmerksamkeitssignale wie Kopfnicken?
- Frage ich nach?
- Nehme ich die Emotion meines Gesprächspartners wahr?
- Beschreibe ich Sachverhalte ohne Angriffe und ohne Vorwürfe?
- Unterlasse ich körperliche Signale, die als Zurückweisung oder Abwertung verstanden werden könnten?
- Schlage ich konstruktive Schritte vor, die in Richtung Unterstützung oder Lösung gehen?

Es ist perfekt, wenn Sie alle Fragen mit ja beantwortet haben. Falls nicht: Kommunikation kann man lernen. Oft ist ein sinnvoller erster Schritt, Ego-Spiele zu unterlassen und eine spontane Verteidigungs-

haltung bewusst zu vermeiden. Gerade für Ärztinnen und Ärzte ist dies wichtig. Denn sie werden vom Patienten meist als der ohnehin Überlegene wahrgenommen.

Umgang mit Vorwürfen

Ein Patient, der sich verstanden fühlt, zeigt nicht nur eine höhere Compliance. Er ist auch zugänglicher in einer der anspruchsvollsten Situationen der Kommunikation, nämlich bei Eintritt eines unerwünschten Ereignisses oder Vorhalt eines iatrogenen Schadens. Leider gehören beide zur Versorgungswirklichkeit. Ein einfühlsames, informierendes Gespräch zeigt dem Patienten medizinische und rechtliche Perspektiven wie Behandlungsstrategien oder die Einschaltung der Haftpflichtversicherung. Gerichtliche Klagen, Strafverfahren und die Einschaltung der Medien lassen sich so oft vermeiden. Hier schließt sich der Kreis zum Patientenrechtegesetz: Nach § 630c Abs. 1 Satz 2 BGB ist der Behandelnde verpflichtet, den Patienten über erkennbare Umstände, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren.

Der Arzt sollte in einer solchen Situation nichts tun, was das möglicherweise ohnehin in Frage gestellte Vertrauen des Patienten vollends zerstört und ihn in die Eskalation treibt. Hierzu muss es nicht kommen. Kommunikation kann man lernen. Deutliche Formulierung, aktives Zuhören mit nachfragen, Übereinstimmen der verbalen und der nonverbalen Äußerung sind nur einige der entsprechenden Themen. Perfekt lässt sich Kommunikation gestalten, wenn man die Mitteilungen des anderen sofort analysieren, Kommunikationsstörungen erkennen und noch im Gespräch korrigieren kann. In Kombination mit der Beachtung rechtlicher Aspekte (wie der Einschaltung der Haftpflichtversicherung) ist man dann auf der sicheren Seite.

*RA Patrick Weidinger
Abteilungsdirektor*

*Deutsche Ärzteversicherung, E-Mail:
Patrick.Weidinger@Aerzteversicherung.de*

Aufstieg und Fall der Stadt Mahagonny – Oper von Kurt Weill, Libretto von Bert Brecht

Hessisches Staatstheater Wiesbaden, Spielzeit 2013-2014

Die Oper „Aufstieg und Fall der Stadt Mahagonny“ ist das zentrale Werk der Zusammenarbeit Weills und Brechts. Zwischen Mai 1927 und September 1929 wurde sie komponiert. Sie ist das erste moderne Opernwerk überhaupt und war beispielgebend für viele nachfolgende Kompositionen. Die Theorie des „epischen Theaters“ und der „epischen Oper“ wird hierbei diskutiert und geformt.

Ausgehend von Bemühungen die bürgerliche Welt seiner Epoche zu durchschauen und ihre Lebensverhältnisse darzustellen, wurde eine Verknüpfung zur Funktion des Theaters in dieser Welt gefunden. Eine Erkenntnis war, dass die bis dahin häufige Form des Dramas und der Darstellung der Prozesse und der Lebensläufe in der Gesellschaft nicht mehr geeignet war, die Realität und die Lebensgefühle der damaligen Zeit darzustellen. Das Theater sollte berichten, die Erfahrungen des Ersten Weltkrieges und des Elends in der Welt, die nicht mehr die rein europäische war, waren so ungeheuerlich, die Dramatik sollte dieses berücksichtigend auch auf der Bühne darstellen. Die Oper „Aufstieg und Fall der Stadt Mahagonny“ ist gleichzeitig der Gipfel der künstlerischen Verwendung der Fragestellung als auch eine Attacke auf die Institution Oper selbst.

War die „Drei Groschen Oper“ noch mit Schauspielern, welche zu singen hatten, realisierbar, so forderte „Aufstieg und Fall der Stadt Mahagonny“ professionelle, gut ausgebildete Sängerinnen und Sänger.

Im September 1929 schloss Weill die erste Fassung der Oper ab. Im November veröffentlichte „die Universaledition“ einen Klavierauszug und Text. Alle Mittel der

traditionellen Oper wurden benutzt, eine Ouvertüre, Belcantoarien bis hin zu großen Ensemble und Chorszenen. Die Mittel der traditionellen Oper verwendend ist „Aufstieg und Fall der Stadt Mahagonny“ dennoch auch ein Gegenentwurf zu ihr. Die bürgerliche Welt wurde mit Mahagonny, einer „Netzstadt“ und den in ihr unverhüllt waltenden Gesetzen der Gier, Lust, der falschen Liebe und der Sehnsucht nach Erlebnissen, nach Vertreiben der Langeweile umgesetzt. Ein unerbittlicher Zerrspiegel wurde der Gesellschaft vorgehalten.

Zur Handlung: Im ersten Akt kommen drei Gauner, die Witwe Begbick, Dreieinigkeitsmoses und Fatty, ein betrügerischer Prokurist auf der Flucht vor ihren Verfolgern in die Wüste. Sie kommen nicht weiter und gründen die Stadt Mahagonny. In dieser Stadt wollen sie einem einzigen Zweck dienen, den Goldsuchern ihr mühsam erworbenes Geld wieder abzunehmen. Nach und nach entwickelt die Stadt eine große Attraktivität und magnetische Anziehungskraft. Leichte Damen kommen zahlreich und viele Männer. Darunter der Holzfäller Jim Mahoney, mit seinen Freunden Alaskawolf Joe, Jakob Schmidt und Sparbüchsen Bill. Es zeigt sich bald, dass die Gäste der Paradiesstadt mit käuflicher Liebe, Trinken und Spielen nicht dauerhaft zufriedengestellt werden können. Ein heranziehender Taifun scheint der Paradiesstadt endgültig den Garaus zu machen. Der drohende Untergang spitzt die Lebenssituation aller zu. Hier findet Jim Mahoney einen neuen Leitsatz: „Du darfst!“. Alle Gesetze werden ausgehebelt, jeder kann tun und lassen was ihm gefällt, ohne Rücksicht auf andere, so tut es der Taifun schließlich auch. Im zweiten Akt, der Taifun ist an Mahagonny vorbeigezogen, erlebt Mahagonny

eine neue Blüte. Die Idylle hat sich in eine totale Vergnügungsindustrie, in heutiger Sprache einer neuen Eventkultur entwickelt. Die Stadt bietet alles was das Herz begehrt im Überfluss: fressen, lieben, boxen, saufen. Wer genug Geld hat, kann sich jeden Wunsch erfüllen. Doch da ereignet sich ein Unglück. Jim Mahoney hat in einem Boxkampf sein gesamtes Geld auf seinen Freund gesetzt. Dieser verliert, wird von Dreieinigkeitsmoses umgebracht, Jim Mahoney kann seine Rechnungen nicht mehr bezahlen. Darauf steht in Mahagonny die Todesstrafe.

Niemand der vorhandenen Personen ist bereit für ihn zu bezahlen. Mit einer Bestechung der Anwälte, der Staatsanwälte und des Richters könnte er frei kommen. Dieses ist jedoch nicht möglich. Die Käuflichkeit der Welt führt zu ihrem anarchischen Untergang.

Im dritten Akt wird in einem korrupten Gerichtsverfahren Jim Mahoney zum Tode verurteilt und auch hingerichtet.

Viele Philosophen und Musiktheoretiker, unter anderem Adorno, haben sich mit „Aufstieg und Fall der Stadt Mahagonny“ befasst. Die Musik ist begeisternd und viele der Lieder sind aus der Musikkultur nicht mehr weg zu denken.

Die Leistung des Orchesters des Staatstheaters Wiesbaden ist überragend, die sängerische Leistung ebenfalls. Ein kurzweiliger Abend, der unvergessliche Erlebnisse beschert – und Nachdenklichkeit über unsere momentane Kultur provoziert. So funktioniert der Genuss und die Provokation der Oper bis heute.

Dr. med. Siegmund Drexler

Paracelsus-Medaille

Für seine herausragenden Verdienste ist **Prof. Dr. med. Hans-Joachim Weitowitz**, ehemaliger langjähriger Leiter der Klinik für Arbeitsmedizin der Justus-Liebig-Universität zu Gießen, zum Auftakt des 116. Deutschen Ärztetags



in Hannover mit der Paracelsus-Medaille, der höchsten Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft, geehrt worden. Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. Frank Ulrich

Montgomery unterstrich in seiner Laudatio Weitowitz' großes Engagement in klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit. Der Schwerpunkt seiner Arbeit habe in der Prävention von Berufserkrankungen, vor allem Krebserkrankungen von Berufstätigen, gelegen. Als einer der Ersten habe Weitowitz vor Asbest und dessen Auswirkungen auf die Gesundheit gewarnt. „Sein Name steht für kompetente Politikberatung“, fügte Montgomery hinzu.

Ehrenplakette der LÄK Hessen in Silber

Dr. med. Thomas Klippstein, Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie, wurde für sein Engagement für die hessische Ärzteschaft mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber geehrt. Überreicht wurde die Auszeichnung vom Präsidenten Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach. Klippstein engagiert sich in zahlreichen Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung von Kassenärztlicher Vereinigung und der Landesärztekammer Hessen. Seit 1996 ist er gewählter Abgeordneter der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und dort u.a. Vorsitzender der Onkologiekommision.

„Mutmacher-Preis“



Dr. med. Lida Schneider, Psychoonkologin am Städtischen Klinikum Offenbach, nahm als Geschäftsführerin für den Verein „Hilfe für Kinder krebserkrankter Eltern“ den mit 5000 Euro dotierten „Mutmacher-Preis“ entgegen. Seit 1997 widmet sich der Verein den Problemen von Kindern krebserkrankter Eltern. Der Preis soll motivieren sich erneut für den Springer Medizin Charity Award zu bewerben.

Theodor Stern-Stiftungspreis

Zwei Frankfurter Wissenschaftler wurde der Theodor Stern-Stiftungspreis für ihre herausragenden Leistungen in der medizinischen Forschung und Praxis verliehen.



Dr. med. Sylvia Hartmann, Fachärztin für Pathologie und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Dr. Senckenbergischen Institut für Pathologie des

Universitätsklinikums Frankfurt, hat in den letzten Jahren sehr erfolgreich die Diagnostik von Lymphknotenerkrankungen mit der Erforschung von deren Ursachen verbunden.

Dr. med. Michael Potente, Oberarzt in der Abteilung für Kardiologie des Universitätsklinikums Frankfurt, Arbeitsgruppenleiter der Vascular Epigenetics



Group im Center for Molecular Medicine der Goethe-Universität Frankfurt und Forschungsgruppenleiter am Max-Planck-Institut für Herz- und Lungenforschung Bad Nauheim, erforscht die Angiogenese, um auf dieser Grundlage neue Strategien zur Behandlung von Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen zu entwickeln.

Bernhard-Christoph-Faust-Medaille & Johann Peter Frank-Medaille

Dr. med. Claudia Kuhnhen, Ltd. Medizinaldirektorin im Ruhestand, wurde für ihr besonderes Engagement als Leiterin des Gesundheitsamtes des Landkreises Marburg-Biedenkopf sowie ihr weiteres Engagement geehrt. Überreicht wurde die Auszeichnung durch Sozialminister Stefan Grüttner.

Mit der Johann Peter Frankfurt-Medaille erhielt Kuhnhen durch den Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.v. (BVÖGD) eine weitere Auszeichnung für Ihre Ver-



Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

dienste im öffentlichen Gesundheitswesen in Deutschland.

Hector-Forschungspreis

Die H.W. & J. Hector Stiftung hat **Prof. Dr. med. Oliver T. Keppler**, Direktor des Instituts für Medizinische Virologie am Universitätsklinikum Frankfurt, mit dem Hector-Forschungspreis 2013 ausgezeichnet. Der Wissenschaftler erhielt den in Deutschland renommiertesten und höchstdotierten Forschungspreis auf dem HIV/AIDS-Gebiet für seine Arbeit unter dem Titel

„SAMHD1 restricts HIV-1 infection in resting CD4(+) T cells“. Die Stiftung würdigte, dass mit den Forschungsergebnissen „die Grundlage zur eingehenden Erforschung wichtiger Fragen in der HIV/AIDS-Erkrankung geschaffen wird.“ Die Verleihung des Preises erfolgte am 14. Juni im Rahmen des deutsch-österrei-



chischen HIV/AIDS-Kongresses in Innsbruck.

Berufung

Prof. Dr. med. Andrea Meurer, Ärztliche Direktorin und Geschäftsführerin der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim, Frankfurt am Main, ist von der Bundesministerin für Arbeit und Soziales, Ursula von der Leyen, zum Mitglied des Ärztlichen Sachverständigenbeirates Versorgungsmedizin berufen worden.

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



Thomas Klippstein zum 65. Geburtstag

Niemand wird allein durch die Anzahl der Jahre alt. Wir werden alt, weil wir unsere Ideale aufgeben. Die Jahre lassen unsere Haut welken, aber die Unfähigkeit zur Begeisterung lässt unsere Seele welken.

(Samuel Ullmann)

Dass die Seele von Thomas Klippstein nicht „welkt“ kommt sicherlich von seiner nicht nachlassenden Fähigkeit zur Begeisterung für die Medizin, aber auch für die Berufspolitik, der Begeisterung für das Fach Onkologie und seinem Festhalten an Idealen.

Wir gratulieren ihm herzlich zu seinem 65. Geburtstag.

Thomas Klippstein wurde am 17.6.1948 in Fulda geboren, von 1969 bis 1975 studierte er Medizin an den Universitäten Freiburg und Frankfurt, wo er auch das Studium abschloss. Am 20.8.1975 wurde er promoviert und am 2.6.1976 erhielt er seine Approbation. Von 1976 bis 1983 absolvierte er eine Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin, später mit Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie an der Frankfurter Universitätsklinik.

In der damaligen Zeit galten seine wissenschaftlichen Interessen und sein Engagement der Erforschung und Behandlung solider Tumoren und hämatologischer Systemerkrankungen. Mit seinem Eintritt und der Mitbegründung der 1. Onkologischen

Praxis 1984 am Krankenhaus Bethanien, zusammen mit Professor Fischer und seinem Kollegen Privatdozent Walther, setzte er nicht nur in Frankfurt, sondern auch auf dem Gebiet der Hämatologie/Onkologie Akzente und öffnete die Tür zur ambulanten Behandlung dieser Patienten.

War es doch seine Praxis, die als ersten Versuch unternahm, onkologische Patienten auch ambulant zu behandeln. Ein Versuch, von dem man heute, nach fast 30 Jahren ununterbrochener engagierter Tätigkeit, sagen darf, dass er geglückt ist.

Neben seiner klinischen Tätigkeit ist Thomas Klippstein in der Kassenärztlichen Vereinigung engagiert. Dort wurde er am 25.5.2013 durch den Präsidenten der Landesärztekammer Hessen mit der Ehrenplakette in Silber der Landesärztekammer Hessen für sein Wirken und Eintreten für die hessische Ärzteschaft geehrt.

Ich selber kenne und schätze ihn seit 1999, dem Beginn meiner Tätigkeit im Gebührenordnungsausschuss der Landesärztekammer Hessen. In dem Ausschuss arbei-

tet Thomas Klippstein seit 1994 und übernahm dessen Vorsitz als Nachfolger des ehemaligen Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Gerhard Loewenstein. Seit fast 14 Jahren leitet er diesen Ausschuss

engagiert und geschickt. Mit einer durch sein Fachwissen geprägten Urteilskraft und der sich hieraus ergebenden richtigen Gewichtung der oftmals komplexen Aspekte der Gebührenordnung für Ärzte vermag er ein für alle Seiten ausgewogenes und in der Regel befriedendes Ergebnis zu erzielen.

Für dieses langjährige und immerwährende Engagement gepaart mit der Fähigkeit zur Begeisterung möchten wir ihm danken, wünschen ihm viel Glück und hoffen, dass wir mit ihm noch lange zusammen arbeiten können. – Herzlichen Glückwunsch!

Professor Dr. med. Ulrich Finke



Foto: Monika Buchalik

Landesärztekammer Hessen

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Prof. Dr. med. Harald Lange, Marburg, am 24. September.

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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

21. Weiterbildungsseminar für Fachärzte/innen (mit Zertifizierung) und Assistenzärzte/innen im letzten Ausbildungsjahr zur Frauenärztin/zum Frauenarzt (Vorbereitung zur Facharztprüfung)

in Wiesbaden vom 8.11. bis 9.11.2013

Geeignet als Refresherkurs zum Wiedereinstieg in den Beruf z.B. nach der Elternzeit.

Themen: Vorträge, Fragen und Antworten aus der Gynäkologie und Geburtshilfe

Veranstalter: FBA – Frauenärztliche Bundesakademie, München

Leitung: PD Dr. S. Sievers, Neustadt, Prof. Dr. G. Hoffmann, Wiesbaden, Dr. W. Harlfinger, Mainz

Auskunft: Frau Fechner, St. Josefs-Hospital, Wiesbaden
Telefon: 0611 177-1501, Fax: 0611 177-1510
E-Mail: sfechner@joho.de

Das Seminar ist von der FBA – Frauenärztliche Bundesakademie empfohlen und wird mit Fortbildungspunkten zertifiziert.

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Gerhard Böhm, Taunusstein
* 3.3.1950 † 28.5.2013

Dr./Imp Cluj Rumaen. Georg Costa, Mörfelden-Walldorf
* 28.9.1925 † 23.8.2012

Klaus Heinrich Diemer, Bingen
* 27.10.1966 † 20.5.2013

Falko Magnus Frank, Frankfurt
* 28.3.1987 † 20.4.2013

Dr. med. Heinz Gerhard, Griesheim
* 22.2.1926 † 18.5.2013

Obermed. Rat i.R. Dr. med. Walter Gobes, Heppenheim
* 6.9.1928 † 7.2.2013

Dipl.-Psych. Christina Goldsche, Darmstadt
* 24.8.1925 † 10.4.2013

Dr. med. Leonore Gros, Wiesbaden
* 16.6.1923 † 11.6.2013

Dr. med. Herbert Hoditz, Wiesbaden
* 1.7.1934 † 30.1.2013

Med.Dir. a.D. Dr. med. Hartwig Hurtzig, Kassel
* 15.4.1919 † 2.7.2011

Dr. med./Univ. Belgrad Dusan Ivancevic, Homberg
* 27.2.1930 † 27.2.2009

Dr. med. Walter Kanis, Mainz
* 13.1.1920 † 21.3.2010

Dr. med. Anita Kampmann, Frankfurt
* 11.9.1941 † 29.4.2013

Dr. med. Gunther Keiper, Wiesbaden
* 21.7.1923 † 12.6.2010

Dr. med. Jörg Kristan, Biebergemünd
* 15.9.1954 † 28.5.2013

Dr. med. Maria Lausberg, Vöhl
* 12.1.1911 † 22.12.2009

Dr. med. Ulrike Losch, Frankfurt
* 16.5.1954 † 25.4.2013

Dr. med. Edith Luthardt, Frankfurt
* 14.6.1913 † 19.4.2013

Dr. med. Eberhard Meltzer, Gersfeld
* 3.12.1921 † 1.10.2012

Med.-Dir. a.D. Dr. med. Max Niklaus, Marburg
* 31.10.1920 † 5.6.2013

Professor Dr. med. Guenter Oehlert, Hanau
* 4.4.1923 † 9.4.2013

Dr. med. Dipl. Soz. Rolf Ossenkopf, Marburg
* 23.8.1950 † 18.6.2013

Dr. med. Cornelia Otto, Hochheim
* 10.3.1955 † 30.5.2013

Ltd.Med.Dir. i.R. Dr. med. Hans-Ulrich Papke, Heppenheim
* 5.11.1919 † 30.3.2013

Ursula Rheindorf, Bad Nauheim
* 18.5.1923 † 19.4.2013

Bernhard Steubing, Sinn
* 2.9.1946 † 9.5.2013

Dr. med. Bernhard Rudolf Vogel, Bad Vilbel
* 18.3.1924 † 18.5.2013

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis-Nr: 060022923, ausgestellt am 22.11.2011 für Frau Stephanie Agethen, Paderborn

Arztausweis-Nr: HS-W-525/2006, ausgestellt am 7.2.2012 für Dr. med. Peter Broichmann, Wiesbaden

Arztausweis-Nr: 060030105, ausgestellt am 5.6.2013 für Jonny Dau, Hanau

Arztausweis-Nr: 060028054, ausgestellt am 29.11.2012 für Ingrid Helduser, Bromskirchen

Arztausweis-Nr: 060012951, ausgestellt am 10.6.2009 für Dr. med. Joachim Bernd Helk, Heidelberg

Arztausweis-Nr: 060021664, ausgestellt am 25.7.2011 für Zahra Joura M.B.B.S., Offenbach

Arztausweis-Nr: 060018460, ausgestellt am 27.9.2010 für Dr. med. Erika Martinez Martin, Oberursel

Arztausweis-Nr: 060013568, ausgestellt am 3.8.2009 für Dr. med. Jochen Patscheke, Gießen

Arztausweis-Nr: 060029639, ausgestellt am 16.4.2013 für Dr. med. Susanne Prüßner-Feig, Weilburg

Arztausweis-Nr: 060029827, ausgestellt am 3.5.2013 für Uwe Santjer, Bad Homburg

Arztausweis-Nr: 060018248, ausgestellt am 8.9.2010 für Dr. med. Dipl.-Phys. Bertram Scheller, Wiesbaden

Arztausweis-Nr: 060013577, ausgestellt am 4.8.2009 für Dr. med. Christine Wilcke, Eltville

Arztausweis-Nr: HS-W-366/2005, ausgestellt am 10.8.2011 für Dr. med. Udo Zimmermann, Mainz

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Kirstin Glitsch, tätig bei Dr. med. S. Zinn, S. Hengst und V. Peters, Alsfeld

Marianne Baule, tätig bei Dr. med. R.-D. Heck, Dr. med. C. Kempa und Dr. med. A. Luckau, Frankfurt

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

Dominique Schmitt, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. N. Vondung, Dr. med. I. Weber und Dr. med. U. Oppermann, Mühlheim

Christiane Schäfer, seit 11 Jahre tätig bei Dr. med. N. Vondung, Dr. med. I. Weber und Dr. med. U. Oppermann, Mühlheim

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

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

Yvonne Winderlich, tätig bei Dr. med. F. Uffelmann, Dr. med. A. Stenner und Dr. med. W. Stenner, Gemünden

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

Birgit Käkenmeister, seit 35 Jahren tätig bei Dr. med. N. Vondung, Dr. med. I. Weber und Dr. med. U. Oppermann, Mühlheim

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

Schreiben Sie uns Ihre Meinung

Hessisches Ärzteblatt

– Leserbriefe –

Redaktion Hessisches Ärzteblatt

Im Vogelsgesang 3

60488 Frankfurt

E-Mail: maren.siepmann@laekh.de

Telefax 069 97672-247

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

Einladung zur 1. und Konstituierenden Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 15. Wahlperiode 2013-2018

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
zur 1. und Konstituierenden Delegiertenversammlung der Landes-
ärztekammer Hessen der Wahlperiode 2013-2018 lade ich Sie für

Samstag, den 31. August 2013, 10:00 Uhr s.t.,

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

TAGESORDNUNG

1. **Begrüßung**
2. **Wahl des Wahlausschusses**
 - a) **Wahl der Wahlleiterin / des Wahlleiters**
 - b) **Wahl der drei Beisitzer**
3. **Feststellung der Zahl der Beisitzer des Präsidiums**
4. **Wahlen**
 - a) **Präsidium**
 - (1) Präsidentin/Präsident
 - (2) Vizepräsidentin/Vizepräsident
 - (3) Beisitzer des Präsidiums
 - b) **Vorstände der Bezirksärztekammern**
 - c) **Finanzausschuss**
 - d) **Ausschuss „Hilfsfonds“**
 - e) **Schlichtungsausschüsse**
 - f) **Ausschüsse im Weiterbildungswesen**
Vorsitzende und Stellvertreter/innen der Prüfungs- und
Widerspruchsausschüsse.
5. **Verschiedenes**

Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten.

Frankfurt am Main, den 12. Juni 2013

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



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

Mandatsniederlegung und Nachfolge von Sitzen in der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen für die Wahlperiode 2013-2018

Mandatsverzicht	mit Datum vom:	Nachrücker
Dr. med. Dieter Conrad Liste 8 DIE HAUSÄRZTE (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie)	20.06.2013	Dr. med. Uwe Wolfgang Popert Liste 8 DIE HAUSÄRZTE (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie)
Dr. med. Andrea Grunewald Liste 2 Liste ÄrztINNEN Hessen (Fachärztinnen, Hausärz- tinnen, angestellte Ärzt- tinnen, niedergelassene Ärztinnen, Ärztinnen in Weiterbildung, u.a.)	04.07.2013	Christiane Hoppe Liste 2 Liste ÄrztINNEN Hessen (Fachärztinnen, Hausärz- tinnen, angestellte Ärzt- tinnen, niedergelassene Ärztinnen, Ärztinnen in Weiterbildung, u.a.)
Dr. med. Bettina Conrad Liste 2 Liste ÄrztINNEN Hessen (Fachärztinnen, Hausärz- tinnen, angestellte Ärzt- tinnen, niedergelassene Ärztinnen, Ärztinnen in Weiterbildung, u.a.)	25.06. 2013 (nicht ange- nommen)	Fatma Ulu Liste 2 Liste ÄrztINNEN Hessen (Fachärztinnen, Hausärz- tinnen, angestellte Ärzt- tinnen, niedergelassene Ärztinnen, Ärztinnen in Weiterbildung, u.a.)
Fatma Ulu Liste 2 Liste ÄrztINNEN Hessen (Fachärztinnen, Hausärz- tinnen, angestellte Ärzt- tinnen, niedergelassene Ärztinnen, Ärztinnen in Weiterbildung, u.a.)	01.07. 2013	Dr. med. Brigitte Hentschel-Weiß Liste 2 Liste ÄrztINNEN Hessen (Fachärztinnen, Hausärz- tinnen, angestellte Ärzt- tinnen, niedergelassene Ärztinnen, Ärztinnen in Weiterbildung, u.a.)

Bekanntmachung

Die GGH (Gesundheitsgenossenschaft Hessen) befindet sich
in Liquidation. Begründete Forderungen richten Sie bitte an
Dr. J. Götting, Walter-Kolb-Straße 9-11, 60594 Frankfurt oder
Dr. B. Fahl, Schulstraße 37, 60594 Frankfurt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Beispiel:

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

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

27 3/4 Stunden 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 Wochenarbeitszeit laut Berufsausbildungsvertrag.

2. Die Probezeit muss gemäß § 20 BBiG mindestens einen Monat und darf höchstens vier Monate betragen. Eine Verlängerung der Probezeit würde sich zu Ungunsten des Auszubildenden auswirken (vereinfachte Kündigungsmöglichkeit) und wäre aus diesem Grund gemäß § 4 BBiG nichtig.

Der Manteltarifvertrag, der eine Verlängerung der Probezeit auf sechs Monate ermöglicht, gilt insoweit nicht für Auszubildende. Eine Probezeit findet bei Wechsel der Ausbildungspraxis erneut statt, allerdings nicht bei Praxisübergabe.

3. Der Auszubildende ist für die Teilnahme an Prüfungen freizustellen (§ 15 BBiG). Prüfungen sind die Zwischenprüfung, die schriftliche Abschlussprüfung, die Prüfung im Fach „Praktische Übungen“ (bzw. der praktische Teil der Abschlussprüfung bei Medizinischen Fachangestellten) und die Mündliche Ergänzungsprüfung (bzw. die ergänzende mündliche Prüfung bei Medizinischen Fachangestellten).

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

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

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

4. Der Auszubildende ist verpflichtet, den Auszubildenden für die Überbetriebliche Ausbildung freizustellen und die Kosten für diese Ausbildung einschließlich der notwendigen Fahrtkosten zu übernehmen. Im Berufsausbildungsvertrag muss eine entsprechende Verpflichtung enthalten sein (§ 19 Abs. 5 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen).

Der Auszubildende trägt einen Eigenanteil an den Verpflegungskosten i. H. v. € 28,00 pro Lehrgang, der vom Gehalt abgezogen werden kann.

5. Der Auszubildende hat sicherzustellen, dass der Auszubildende über die Immunisierungsmaßnahmen gegen Hepatitis B zu Beginn der Ausbildung unterrichtet wird. Die Schutzimpfung ist den Auszubildenden kostenlos anzubieten (vgl. BGR 250/TRBA 250 „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“ der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege).
6. Der Auszubildende ist berechtigt, die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit bereits vor Ablauf von drei Kalendertagen zu verlangen (§ 5 Satz 3 Entgeltfortzahlungsgesetz).

Vertragliche Bestimmungen (z.B. Gehalts- und Manteltarifvertrag für Medizinische Fachangestellte/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.

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

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

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

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

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

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

Das 13. Monatsgehalt wird auch anteilig für das Jahr gewährt, in dem die Ausbildung beginnt oder endet. Für jeden angefangenen Monat des Ausbildungsverhältnisses ist ein Zwölftel des 13. Monatsgehaltes zu zahlen. Ein angefangener Monat wird bei der Berechnung des 13. Monatsgehaltes dann voll einbezogen, wenn der Auszubildende 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 zweiten Ausbildungsjahr (§ 12 Abs. 7 MTV) monatlich Anspruch auf € 15,00 vermögenswirksame Leistungen.

5. Der neue Tarifvertrag zur „Betriebliche Altersversorgung und Entgeltumwandlung“, der eine Ausweitung des Tarifvertrages aus dem Jahr 2002 darstellt, trat am 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, Tel.: 0611 97622-0, **apo-Finanz**, Tel.: 069 795092-0.

6. In § 4 Nr. 3 des Berufsausbildungsvertrages hat sich der Auszubildende dazu verpflichtet, die Kosten für die Inanspruchnahme von öffentlichen Verkehrsmitteln zum regelmäßigen Besuch der zuständigen Berufsschule zu tragen. Eine Befreiung tritt dadurch ein, dass das Land Hessen diese Kosten übernimmt, allerdings nur für das erste 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
Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

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

Erfolgreicher Abschluss der Berufsausbildung zum/r Medizinischen Fachangestellten 2013?

Verkürzter Fortbildungslehrgang zum Erwerb der Sachkenntnis nach § 4 Abs. 3 MPBetreibV

Für Auszubildende, die ihre Abschlussprüfung zum/zur Medizinischen Fachangestellten erfolgreich 2013 absolviert haben, bietet die Carl-Oelemann-Schule den Erwerb der Sachkenntnis nach MPBetreibV in einem verkürzten Fortbildungslehrgang an. Der Lehrgang umfasst eine Telelernphase (12 Stunden) und einen Präsenztage (9 Stunden) in der Schule. Am darauffolgenden Tag findet bereits die Lernerfolgskontrolle statt.

Voraussetzung für die Teilnahme an diesem verkürzten Fortbildungslehrgang ist die Teilnahme an allen drei Lehrgängen der Überbetrieblichen Ausbildung.

Entsprechend der Abstimmung zwischen der Landesärztekammer Hessen und dem Hessischen Sozialministerium ist die Zulassung zu diesem verkürz-

ten Lehrgang zeitlich beschränkt. D.h. eine Teilnahme ist nur innerhalb von 12 Monaten, ab dem Tag der Abschlussprüfung möglich.

Ist der Zeitraum überschritten, haben die Medizinischen Fachangestellten jedoch die Möglichkeit, die Sachkenntnis durch Teilnahme in einem 30-stündigen Lehrgang in der Carl-Oelemann-Schule zu erwerben oder bei einem anderen Bildungsanbieter (in der Regel 40-stündige Bildungsangebote).

Informationen zur Fortbildung und zu den nächsten Lehrgangsterminen übersendet Ihnen gerne:

Renate Treyse

Tel.: 06032 782 174, E-Mail: rena.teyrese@laekh.de

Aufgrund §§ 5 Absatz 1 und 17 Absatz 1 Nr. 4 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66-87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. Mai 2012 (GVBl. I S. 126), i.V.m. § 5 Absatz 6 Buchstabe "c" der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBl. 9/1995, S. 293-295), zuletzt geändert durch Satzung vom 1. Dezember 2008 (HÄBl. 1/2009, S. 72), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. März 2013 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen

I.

Die Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 2. September 1998 (HÄBl. 10/1998, S. I - VIII); zuletzt geändert am 5. Mai 2010 (HÄBl. 6/2010, S. 392), wird wie folgt neu gefasst:

„Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen

Inhaltsübersicht:

A. Präambel

B. Regeln zur Berufsausübung

I. Grundsätze

- § 1 Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte
- § 2 Allgemeine ärztliche Berufspflichten
- § 3 Unvereinbarkeiten
- § 4 Fortbildung
- § 5 Qualitätssicherung
- § 6 Mitteilung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen

II. Pflichten gegenüber Patientinnen und Patienten

- § 7 Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln
- § 8 Aufklärungspflicht
- § 9 Schweigepflicht
- § 10 Dokumentationspflichten
- § 11 Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- § 12 Honorar und Vergütungsabsprachen

III. Besondere medizinische Verfahren und Forschung

- § 13 Besondere medizinische Verfahren
- § 14 Erhaltung des ungeborenen Lebens und Schwangerschaftsabbruch
- § 15 Forschung
- § 16 Beistand für Sterbende

IV. Berufliches Verhalten

1. Berufsausübung

- § 17 Niederlassung und Ausübung ärztlicher Tätigkeit in Praxis und Krankenhaus
- § 18 Berufliche Kooperation
- § 18 a Ankündigung von Berufsausübungsgemeinschaften und sonstigen Kooperationen
- § 19 Beschäftigung angestellter Praxisärztinnen und -ärzte und Ausbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

- § 20 Vertretung
- § 21 Haftpflichtversicherung
- § 22 (aufgehoben)
- § 23 Ärztinnen und Ärzte im Beschäftigungsverhältnis
- § 23 a Ärztegesellschaften
- § 23 b Medizinische Kooperationsgemeinschaft zwischen Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe
- § 23 c Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten an sonstigen Partnerschaften
- § 23 d Praxisverbund
- § 24 Verträge über ärztliche Tätigkeit
- § 25 Ärztliche Gutachten und Zeugnisse
- § 26 Ärztlicher Notfalldienst

2. Berufliche Kommunikation

- § 27 Erlaubte Information und berufswidrige Werbung
- § 28 (aufgehoben)

3. Berufliche Zusammenarbeit

- § 29 Kollegiale Zusammenarbeit
- § 29 a Zusammenarbeit mit Dritten

4. Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten

- § 30 Ärztliche Unabhängigkeit
- § 31 Unerlaubte Zuweisung
- § 32 Unerlaubte Zuwendungen
- § 33 Zuwendungen bei vertraglicher Zusammenarbeit

Gelöbnis

Für jede Ärztin und jeden Arzt gilt folgendes Gelöbnis:

„Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.
Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben.
Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patientinnen und Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.
Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren.
Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder aufgrund einer etwaigen Behinderung noch nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung.
Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.
Ich werde meinen Lehrerinnen und Lehrern sowie Kolleginnen und Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich auf meine Ehre.“

A. Präambel

Die auf der Grundlage des Hessischen Heilberufsgesetzes beschlossene Berufsordnung stellt die Überzeugung der Ärzteschaft zum Verhalten von Ärztinnen und Ärzten gegenüber den Patientinnen und Patienten, den Kolleginnen und Kollegen, den anderen Partnerinnen und Partnern im Gesundheitswesen sowie zum Verhalten in der Öffentlichkeit dar. Dafür geben sich die in Hessen tätigen Ärztinnen und Ärzte die nachstehende Berufsordnung. Mit der Festlegung von Berufspflichten der Ärztinnen und Ärzte dient die Berufsordnung zugleich dem Ziel,

- das Vertrauen zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten zu erhalten und zu fördern;

- die Qualität der ärztlichen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen;
- die Freiheit und das Ansehen des Arztberufes zu wahren;
- berufswürdiges Verhalten zu fördern und berufsunwürdiges Verhalten zu verhindern.

Die Berufsordnung gilt für Kammerangehörige nach § 2 Abs. 1 des Hessischen Heilberufsgesetzes und Berufsangehörige nach § 3 Abs. 1 des Hessischen Heilberufsgesetzes gleichermaßen.

B. Regeln zur Berufsausübung

I. Grundsätze

§ 1 Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte

- (1) Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.
- (2) Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist es, das Leben zu erhalten, Krankheiten vorzubeugen, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.

§ 2 Allgemeine ärztliche Berufspflichten

- (1) Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.
- (2) Ärztinnen und Ärzte haben ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei ihrer Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Sie haben dabei ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten.
- (3) Eine gewissenhafte Ausübung des Berufs erfordert insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse.
- (4) Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.
- (5) Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften unterrichtet zu halten.
- (6) Unbeschadet der in den nachfolgenden Vorschriften geregelten besonderen Auskunft- und Anzeigepflichten haben Ärztinnen und Ärzte auf Anfragen der Ärztekammer, welche diese zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben bei der Berufsaufsicht an die Ärztinnen und Ärzte richtet, in angemessener Frist zu antworten.
- (7) Werden Ärztinnen und Ärzte, die in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union niedergelassen sind oder dort ihre berufliche Tätigkeit entfalten, vorübergehend und gelegentlich im Geltungsbereich dieser Berufsordnung grenzüberschreitend ärztlich tätig, ohne eine Niederlassung zu begründen, so haben sie die Vorschriften dieser Berufsordnung zu beachten.

§ 3 Unvereinbarkeiten

- (1) Ärztinnen und Ärzten ist neben der Ausübung ihres Berufs die Ausübung einer anderen Tätigkeit untersagt, welche mit den ethischen Grundsätzen des ärztlichen Berufs nicht vereinbar ist. Ärztinnen und Ärzten ist auch verboten, ihren Namen in Verbindung mit einer ärztlichen Berufsbezeichnung in unlauterer Weise für gewerbliche Zwecke

herzugeben. Ebensovienig dürfen sie zulassen, dass von ihrem Namen oder vom beruflichen Ansehen der Ärztinnen und Ärzte in solcher Weise Gebrauch gemacht wird.

- (2) Ärztinnen und Ärzten ist untersagt, im Zusammenhang mit der Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeit Waren und andere Gegenstände abzugeben oder unter ihrer Mitwirkung abgeben zu lassen sowie gewerbliche Dienstleistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen, soweit nicht die Abgabe des Produkts oder die Dienstleistung wegen ihrer Besonderheiten notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie sind.

§ 4 Fortbildung

- (1) Ärztinnen und Ärzte, die ihren Beruf ausüben, sind verpflichtet, sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu ihrer Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.
- (2) Auf Verlangen müssen Ärztinnen und Ärzte ihre Fortbildung nach Absatz 1 gegenüber der Ärztekammer durch ein Fortbildungszertifikat einer Ärztekammer nachweisen.

§ 5 Qualitätssicherung

Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, an den von der Ärztekammer eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit teilzunehmen und der Ärztekammer die hierzu erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

§ 6 Mitteilung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen

Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, die ihnen aus ihrer ärztlichen Behandlungstätigkeit bekannt werdenden unerwünschten Wirkungen von Arzneimitteln der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und bei Medizinprodukten auftretende Vorkommnisse der zuständigen Behörde mitzuteilen.

II. Pflichten gegenüber Patientinnen und Patienten

§ 7 Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln

- (1) Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen. Das Recht der Patientinnen und Patienten, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, ist zu respektieren.
- (2) Ärztinnen und Ärzte achten das Recht ihrer Patientinnen und Patienten, die Ärztin oder den Arzt frei zu wählen oder zu wechseln. Andererseits sind – von Notfällen oder besonderen rechtlichen Verpflichtungen abgesehen – auch Ärztinnen und Ärzte frei, eine Behandlung abzulehnen. Den begründeten Wunsch der Patientin oder des Patienten, eine weitere Ärztin oder einen weiteren Arzt hinzuzuziehen oder einer anderen Ärztin oder einem anderen Arzt überwiesen zu werden, soll die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt in der Regel nicht ablehnen.
- (3) Ärztinnen und Ärzte haben im Interesse der Patientinnen und Patienten mit anderen Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe im Gesundheitswesen zusammenzuarbeiten. Soweit dies für die Diagnostik und Therapie erforderlich ist, haben sie rechtzeitig andere Ärztinnen und Ärzte hinzuzuziehen oder ihnen die Patientin oder den Patienten zur Fortsetzung der Behandlung zu überweisen.
- (4) Ärztinnen und Ärzte dürfen individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchführen. Auch bei telemedizinischen Verfahren

ist zu gewährleisten, dass eine Ärztin oder ein Arzt die Patientin oder den Patienten unmittelbar behandelt.

- (5) Angehörige von Patientinnen und Patienten und andere Personen dürfen bei der Untersuchung und Behandlung anwesend sein, wenn die verantwortliche Ärztin oder der verantwortliche Arzt und die Patientin oder der Patient zustimmen.
- (6) Ärztinnen und Ärzte haben Patientinnen und Patienten gebührende Aufmerksamkeit entgegen zu bringen und mit Patientenkritik und Meinungsverschiedenheiten sachlich und korrekt umzugehen.
- (7) Ärztinnen und Ärzte dürfen im Umgang mit Patientinnen und Patienten sexuelle Kontakte weder aufnehmen noch dulden.
- (8) Bei der psychotherapeutischen Behandlung ist in besonderem Maße das Abstinenzgebot zu beachten.
- (9) Bei der Überweisung von Patientinnen und Patienten an Kolleginnen oder Kollegen oder ärztlich geleitete Einrichtungen, haben Ärztinnen und Ärzte rechtzeitig die erhobenen Befunde zu übermitteln und über die bisherige Behandlung zu informieren, soweit das Einverständnis der Patientinnen und Patienten vorliegt oder anzunehmen ist. Dies gilt insbesondere bei der Krankenhauseinweisung und -entlassung. Originalunterlagen sind zurückzugeben.
- (10) Ärztinnen und Ärzte dürfen einer missbräuchlichen Verwendung ihrer Verschreibung keinen Vorschub leisten.

§ 8 Aufklärungspflicht

Zur Behandlung bedürfen Ärztinnen und Ärzte der Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch vorauszugehen. Die Aufklärung hat der Patientin oder dem Patienten insbesondere vor operativen Eingriffen Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einschließlich Behandlungsalternativen und die mit ihnen verbundenen Risiken in verständlicher und angemessener Weise zu verdeutlichen. Vor diagnostischen oder operativen Eingriffen ist soweit möglich eine ausreichende Bedenkzeit vor der weiteren Behandlung zu gewährleisten. Je weniger eine Maßnahme medizinisch geboten oder je größer ihre Tragweite ist, umso ausführlicher und eindrücklicher sind Patientinnen oder Patienten über erreichbare Ergebnisse und Risiken aufzuklären.

§ 9 Schweigepflicht

- (1) Ärztinnen und Ärzte haben über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Ärztin oder Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist – auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus – zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen der Patientin oder des Patienten, Aufzeichnungen über Patientinnen und Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.
- (2) Ärztinnen und Ärzte sind zur Offenbarung befugt, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht der Ärztin oder des Arztes einschränken, soll die Ärztin oder der Arzt die Patientin oder den Patienten darüber unterrichten.
- (3) Ärztinnen und Ärzte haben ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies schriftlich festzuhalten.
- (4) Wenn mehrere Ärztinnen und Ärzte gleichzeitig oder nacheinander dieselbe Patientin oder denselben Patienten untersuchen oder behandeln, sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis der Patientin oder des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist.

§ 10 Dokumentationspflicht

- (1) Ärztinnen und Ärzte haben über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für die Ärztin oder den Arzt, sie dienen auch dem Interesse der Patientin oder des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.
- (2) Ärztinnen und Ärzte haben Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen grundsätzlich in die sie betreffenden Krankenunterlagen Einsicht zu gewähren; ausgenommen sind diejenigen Teile, welche die Schweigepflicht gegenüber Dritten berühren. Auf Verlangen sind der Patientin oder dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.
- (3) Ärztliche Aufzeichnungen sind für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht.
- (4) Nach Aufgabe der Praxis haben Ärztinnen und Ärzte ihre ärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde gemäß Absatz 3 aufzubewahren oder dafür Sorge zu tragen, dass sie in gehörige Obhut gegeben werden. Ärztinnen und Ärzte, denen bei einer Praxisaufgabe oder Praxisübergabe ärztliche Aufzeichnungen über Patientinnen und Patienten in Obhut gegeben werden, müssen diese Aufzeichnungen unter Verschluss halten und dürfen sie nur mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten einsehen oder weitergeben.
- (5) Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern. Ärztinnen und Ärzte haben hierbei die Empfehlungen der Ärztekammer zu beachten.

§ 11 Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

- (1) Mit Übernahme der Behandlung verpflichten sich Ärztinnen und Ärzte den Patientinnen und Patienten gegenüber zur gewissenhaften Versorgung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.
- (2) Der ärztliche Berufsauftrag verbietet es, diagnostische oder therapeutische Methoden unter missbräuchlicher Ausnutzung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit von Patientinnen und Patienten anzuwenden. Unzulässig ist es auch, Heilerfolge, insbesondere bei nicht heilbaren Krankheiten, als gewiss zuzusichern.

§ 12 Honorar und Vergütungsabsprachen

- (1) Die Honorarforderung muss angemessen sein. Für die Bemessung ist die Amtliche Gebührenordnung (GOÄ) die Grundlage, soweit nicht andere gesetzliche Vergütungsregelungen gelten. Ärztinnen und Ärzte dürfen die Sätze nach der GOÄ nicht in unlauterer Weise unterschreiten. Bei Abschluss einer Honorarvereinbarung haben Ärztinnen und Ärzte auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse der oder des Zahlungspflichtigen Rücksicht zu nehmen.
- (2) Ärztinnen und Ärzte können Verwandten, Kolleginnen und Kollegen, deren Angehörigen und mittellosen Patientinnen und Patienten das Honorar ganz oder teilweise erlassen.
- (3) Auf Antrag eines Beteiligten gibt die Ärztekammer eine gutachterliche Äußerung über die Angemessenheit der Honorarforderung ab.
- (4) Vor dem Erbringen von Leistungen, deren Kosten erkennbar nicht von einer Krankenversicherung oder von einem anderen Kostenträger erstattet werden, müssen Ärztinnen und Ärzte die Patientinnen und Patienten schriftlich über die Höhe des nach der GOÄ zu berechnenden voraussichtlichen Honorars sowie darüber informieren, dass ein Anspruch auf Übernahme der Kosten durch eine Krankenversicherung oder einen anderen Kostenträger nicht gegeben oder nicht sicher ist.

III. Besondere medizinische Verfahren und Forschung**§ 13 Besondere medizinische Verfahren**

- (1) Bei speziellen medizinischen Maßnahmen oder Verfahren, die ethische Probleme aufwerfen und zu denen die Ärztekammer Richtlinien oder Empfehlungen zur Indikationsstellung und zur Ausführung festgelegt hat, haben Ärztinnen und Ärzte die Richtlinien oder Empfehlungen zu beachten. Dies gilt insbesondere für die Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion (Anlage).
- (2) Ärztinnen und Ärzte haben die Anwendung solcher Maßnahmen oder Verfahren der Ärztekammer anzuzeigen.
- (3) Vor Aufnahme entsprechender Tätigkeiten haben Ärztinnen und Ärzte auf Verlangen der Ärztekammer den Nachweis zu führen, dass die persönlichen und sachlichen Voraussetzungen entsprechend den Richtlinien oder Empfehlungen erfüllt werden.

§ 14 Erhaltung des ungeborenen Lebens und Schwangerschaftsabbruch

- (1) Ärztinnen und Ärzte sind grundsätzlich verpflichtet, das ungeborene Leben zu erhalten. Der Schwangerschaftsabbruch unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen. Ärztinnen und Ärzte können nicht gezwungen werden, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen oder ihn zu unterlassen.
- (2) Ärztinnen und Ärzte, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen oder eine Fehlgeburt betreuen, haben dafür Sorge zu tragen, dass die tote Leibesfrucht keiner missbräuchlichen Verwendung zugeführt wird.

§ 15 Forschung

- (1) Ärztinnen und Ärzte, die sich an einem Forschungsvorhaben beteiligen, bei dem in die psychische oder physische Unversehrtheit eines Menschen eingegriffen wird und/oder Körpermaterialien oder Daten verarbeitet werden, die sich einem bestimmten Menschen zuordnen lassen, müssen sicherstellen, dass vor der Durchführung des Forschungsvorhabens eine Beratung erfolgt, die auf die mit ihm verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen zielt und die von einer bei der zuständigen Ärztekammer gebildeten Ethik-Kommission oder von einer anderen, nach Landesrecht gebildeten unabhängigen und interdisziplinär besetzten Ethik-Kommission durchgeführt wird. Dasselbe gilt vor der Durchführung gesetzlich zugelassener Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und lebendem embryonalen Gewebe.
- (2) In Publikationen von Forschungsergebnissen sind die Beziehungen der Ärztin oder des Arztes zum Auftraggeber und dessen Interessen offen zu legen.
- (3) Ärztinnen und Ärzte beachten bei der Forschung am Menschen nach Absatz 1 die in der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes in der Fassung der 59. Generalversammlung 2008 in Seoul niedergelegten ethischen Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen.

§ 16 Beistand für Sterbende

- (1) Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen und Leiden zu lindern.
- (2) Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten.
- (3) Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.

IV. Berufliches Verhalten**1. Berufsausübung****§ 17 Niederlassung und Ausübung ärztlicher Tätigkeit in Praxis und Krankenhaus**

- (1) Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern einschließlich konzessionierter Privatkliniken ist an die Niederlassung in einer Praxis (Praxisstiz) gebunden, soweit nicht gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen.
- (2) Ärztinnen und Ärzten ist es gestattet, über den Praxisstiz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein. Ärztinnen und Ärzte haben Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße, insbesondere zeitnahe, ärztliche Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten an jedem Ort ihrer Tätigkeiten zu treffen.
- (3) Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit im Umherziehen ist berufsrechtswidrig. Zum Zwecke der aufsuchenden medizinischen Gesundheitsversorgung kann die Ärztekammer auf Antrag der Ärztin oder des Arztes von der Verpflichtung nach Absatz 1 Ausnahmen gestatten, wenn sichergestellt ist, dass die beruflichen Belange nicht beeinträchtigt werden und die Berufsordnung beachtet wird.
- (4) Der Praxisstiz ist durch ein Praxisstizschild kenntlich zu machen. Ärztinnen und Ärzte haben auf ihrem Praxisstizschild
 - den Namen,
 - die (Fach-) Arztbezeichnung,
 - die Sprechzeiten sowie
 - ggf. die Zugehörigkeit zu einer Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 18 a
 anzugeben. Ärztinnen und Ärzte, welche nicht unmittelbar patientenbezogen tätig werden, können von der Ankündigung ihres Praxisstizes durch ein Praxisstizschild absehen, wenn sie dies der Ärztekammer anzeigen. Ärztinnen und Ärzte, die nach Absatz 2 an mehreren Orten tätig sind, haben gegenüber den Patientinnen und Patienten in geeigneter Form auf die Zeiten hinzuweisen, zu denen sie planmäßig der Patientenversorgung zur Verfügung stehen.
- (5) Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit am Praxisstiz sowie die Aufnahme weiterer ärztlicher Tätigkeiten und jede Veränderung haben Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammer unverzüglich mitzuteilen.
- (6) Die vorstehenden Bestimmungen der Absätze 2 bis 5 gelten sinngemäß auch für ambulante und stationäre ärztliche Tätigkeiten im Krankenhaus.

§ 18 Berufliche Kooperationen

- (1) Ärztinnen und Ärzte dürfen sich zu Berufsausübungsgemeinschaften, Organisationsgemeinschaften, Kooperationsgemeinschaften und Praxisverbänden zusammenschließen. Der Zusammenschluss zur gemeinsamen Ausübung des Arztberufs kann auch zum Erbringen einzelner Leistungen erfolgen (Teilberufsausübungsgemeinschaft), sofern er nicht einer Umgehung des § 31 oder anderer Vorschriften der Berufsordnung dient. Eine Umgehung liegt insbesondere dann vor, wenn sich der Beitrag der Ärztin oder des Arztes auf das Erbringen medizinisch-technischer Leistungen auf Veranlassung der übrigen Mitglieder einer Teilberufsausübungsgemeinschaft beschränkt oder der Gewinn ohne Grund in einer Weise verteilt wird, welche nicht dem Anteil der persönlich erbrachten Leistungen entspricht. Die Anordnung einer Leistung, insbesondere aus den Bereichen der Labormedizin, der Pathologie und der bildgebenden Verfahren, stellt keinen Leistungsanteil im Sinne des Satzes 3 dar. Verträge über die Gründung von Teilberufsausübungsgemeinschaften sind der Ärztekammer vorzulegen.

- (2) Ärztinnen und Ärzte dürfen ihren Beruf einzeln oder gemeinsam in allen für den Arztberuf zulässigen Gesellschaftsformen ausüben, wenn ihre eigenverantwortliche, medizinisch unabhängige sowie nicht gewerbliche Berufsausübung gewährleistet ist. Bei beruflicher Zusammenarbeit, gleich in welcher Form, hat jede Ärztin und jeder Arzt zu gewährleisten, dass die ärztlichen Berufspflichten eingehalten werden.
- (2a) Eine Berufsausübungsgemeinschaft ist ein Zusammenschluss von Ärztinnen und Ärzten untereinander, mit Ärztesellschaften oder mit ärztlich geleiteten Medizinischen Versorgungszentren, die den Vorgaben des § 23 a Absatz 1, Buchstabe a, b und d entsprechen, oder dieser untereinander zur gemeinsamen Berufsausübung. Eine gemeinsame Berufsausübung setzt die auf Dauer angelegte berufliche Zusammenarbeit selbständiger, freiberuflich tätiger Gesellschafter voraus. Erforderlich ist, dass sich die Gesellschafter in einem schriftlichen Gesellschaftsvertrag gegenseitig verpflichten, die Erreichung eines gemeinsamen Zweckes in der durch den Vertrag bestimmten Weise zu fördern und insbesondere die vereinbarten Beiträge zu leisten. Erforderlich ist weiterhin regelmäßig eine Teilnahme aller Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft an deren unternehmerischem Risiko, an unternehmerischen Entscheidungen und an dem gemeinschaftlich erwirtschafteten Gewinn.
- (3) Die Zugehörigkeit zu mehreren Berufsausübungsgemeinschaften ist zulässig. Die Berufsausübungsgemeinschaft erfordert einen gemeinsamen Praxissitz. Eine Berufsausübungsgemeinschaft mit mehreren Praxissitzen ist zulässig, wenn an dem jeweiligen Praxissitz mindestens ein Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft eine ausreichende Patientenversorgung verantwortlich sicherstellt.
- (4) Bei allen Formen der ärztlichen Kooperation muss die freie Arztwahl gewährleistet bleiben.
- (5) Soweit Vorschriften dieser Berufsordnung Regelungen des Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes (Gesetz über Partnerschaftsgesellschaften Angehöriger Freier Berufe [PartGG] vom 25.07.1994 – BGBl. I S. 1744) einschränken, sind sie vorrangig aufgrund von § 1 Absatz 3 PartGG.
- (6) Alle Zusammenschlüsse nach Absatz 1 sowie deren Änderung und Beendigung sind der zuständigen Ärztekammer anzuzeigen. Sind für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte mehrere Ärztekammern zuständig, so ist jede Ärztin und jeder Arzt verpflichtet, die für ihn zuständige Kammer auf alle am Zusammenschluss beteiligten Ärztinnen und Ärzte hinzuweisen.

§ 18 a Ankündigung von Berufsausübungsgemeinschaften und sonstigen Kooperationen

- (1) Bei Berufsausübungsgemeinschaften von Ärztinnen und Ärzten sind – unbeschadet des Namens einer Partnerschaftsgesellschaft oder einer juristischen Person des Privatrechts – die Namen und Arztbezeichnungen aller in der Gemeinschaft zusammengeschlossenen Ärztinnen und Ärzte sowie die Rechtsform anzukündigen. Bei mehreren Praxissitzen ist jeder Praxissitz gesondert anzukündigen. § 19 Absatz 4 gilt entsprechend. Die Fortführung des Namens einer/eines nicht mehr berufstätigen, einer/eines ausgeschiedenen oder verstorbenen Partnerin/Partners ist unzulässig.
- (2) Bei Kooperationen gemäß § 23 b muss sich die Ärztin oder der Arzt in ein gemeinsames Praxisschild mit den Kooperationspartnern aufnehmen lassen. Bei Partnerschaften gemäß § 23 c darf die Ärztin oder der Arzt, wenn die Angabe ihrer oder seiner Berufsbezeichnung vorgesehen ist, nur gestatten, dass die Bezeichnung „Ärztin“ oder „Arzt“ oder eine andere führende Bezeichnung angegeben wird.
- (3) Zusammenschlüsse zu Organisationsgemeinschaften dürfen angekündigt werden. Die Zugehörigkeit zu einem Praxisverbund gemäß § 23 d kann durch Hinzufügen des Namens des Verbundes angekündigt werden.

§ 19 Beschäftigung angestellter Praxisärztinnen und -ärzte und Ausbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

- (1) Ärztinnen und Ärzte müssen die Praxis persönlich ausüben. Die Beschäftigung ärztlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Praxis setzt die Leitung der Praxis durch die niedergelassene Ärztin oder den niedergelassenen Arzt voraus. Die Ärztin oder der Arzt hat die Beschäftigung der ärztlichen Mitarbeiterin oder des ärztlichen Mitarbeiters der Ärztekammer anzuzeigen.
- (2) In Fällen, in denen der Behandlungsauftrag der Patientin oder des Patienten regelmäßig nur von Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachgebiete gemeinschaftlich durchgeführt werden kann, darf eine Fachärztin oder ein Facharzt als Praxisinhaberin oder Praxisinhaber die für sie oder ihn fachgebietsfremde ärztliche Leistung auch durch eine angestellte Fachärztin oder einen angestellten Facharzt des anderen Fachgebiets erbringen.
- (3) Ärztinnen und Ärzte dürfen nur zu angemessenen Bedingungen beschäftigt werden. Angemessen sind insbesondere Bedingungen, die der beschäftigten Ärztin oder dem beschäftigten Arzt eine angemessene Vergütung gewähren sowie angemessene Zeit zur Fortbildung einräumen und bei der Vereinbarung von Wettbewerbsverboten eine angemessene Ausgleichszahlung vorsehen. Dies gilt entsprechend für die Beschäftigung von Psychologischen Psychotherapeuten.
- (4) Über die in der Praxis tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte müssen die Patientinnen und Patienten in geeigneter Weise informiert werden.
- (5) Ärztinnen und Ärzte, die Arzthelfer/innen/Medizinische Fachangestellte ausbilden, sind verpflichtet, die Auszubildenden für die Überbetriebliche Ausbildung freizustellen und die Kosten für diese Ausbildung einschließlich notwendiger Internats- und Fahrtkosten zu übernehmen. Die auszubildenden Ärztinnen und Ärzte haben die Teilnahmepflicht der bzw. des Auszubildenden an der Überbetrieblichen Ausbildung im Ausbildungsvertrag vorzusehen.

§ 20 Vertretung

- (1) Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sollen grundsätzlich zur gegenseitigen Vertretung bereit sein; übernommene Patientinnen und Patienten sind nach Beendigung der Vertretung zurückzuüberweisen. Ärztinnen und Ärzte dürfen sich grundsätzlich nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt desselben Fachgebiets vertreten lassen.
- (2) Die Praxis einer verstorbenen Ärztin oder eines verstorbenen Arztes kann zugunsten des überlebenden Ehegatten oder eines unterhaltsberechtigten Angehörigen in der Regel bis zur Dauer von drei Monaten nach dem Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Tod eingetreten ist, durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt fortgesetzt werden.

§ 21 Haftpflichtversicherung

Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern.

§ 22 (aufgehoben)

§ 23 Ärztinnen und Ärzte im Beschäftigungsverhältnis

- (1) Die Regeln dieser Berufsordnung gelten auch für Ärztinnen und Ärzte, welche ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines privatrechtlichen Arbeitsverhältnisses oder öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses ausüben.
- (2) Auch in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis darf eine Ärztin oder ein Arzt eine Vergütung für ihre oder seine ärztliche Tätigkeit nicht dahingehend vereinbaren, dass die Vergütung die Ärztin oder den Arzt in

der Unabhängigkeit ihrer oder seiner medizinischen Entscheidungen beeinträchtigt.

§ 23 a Ärztegesellschaften

- (1) Ärztinnen und Ärzte können auch in der Form der juristischen Person des Privatrechts ärztlich tätig sein. Gesellschafter einer Ärztegesellschaft können nur Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige der in § 23 b Absatz 1 Satz 1 genannten Berufe sein. Sie müssen in der Gesellschaft beruflich tätig sein. Gewährleistet sein muss zudem, dass
 - a) die Gesellschaft verantwortlich von einer Ärztin oder einem Arzt geführt wird; Geschäftsführer müssen mehrheitlich Ärztinnen und Ärzte sein,
 - b) die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und der Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zusteht,
 - c) Dritte nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sind,
 - d) eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für jede/jeden in der Gesellschaft tätige Ärztin/tätigen Arzt besteht.
- (2) Der Name der Ärztegesellschaft des Privatrechts darf nur die Namen der in der Gesellschaft tätigen ärztlichen Gesellschafter enthalten. Unbeschadet des Namens der Gesellschaft können die Namen und Arztbezeichnungen aller ärztlichen Gesellschafter und der angestellten Ärztinnen und Ärzte angezeigt werden.

§ 23 b Medizinische Kooperationsgemeinschaft zwischen Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe

- (1) Ärztinnen und Ärzte können sich auch mit selbständig tätigen und zur eigenverantwortlichen Berufsausübung befugten Berufsangehörigen anderer akademischer Heilberufe im Gesundheitswesen oder staatlicher Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen sowie anderen Naturwissenschaftlerinnen und Naturwissenschaftlern und Angehörigen sozialpädagogischer Berufe – auch beschränkt auf einzelne Leistungen – zur kooperativen Berufsausübung zusammenschließen (medizinische Kooperationsgemeinschaft). Die Kooperation ist in der Form einer Partnerschaftsgesellschaft nach dem PartGG oder aufgrund eines schriftlichen Vertrages über die Bildung einer Kooperationsgemeinschaft in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder einer juristischen Person des Privatrechts gem. § 23 a gestattet.
- (2) Ärztinnen und Ärzten ist ein solcher Zusammenschluss im Einzelnen nur mit solchen anderen Berufsangehörigen und in der Weise erlaubt, dass diese in ihrer Verbindung mit der Ärztin oder dem Arzt einen gleichgerichteten oder integrierenden diagnostischen oder therapeutischen Zweck bei der Heilbehandlung, auch auf dem Gebiete der Prävention und Rehabilitation, durch räumlich nahes und koordiniertes Zusammenwirken aller beteiligten Berufsangehörigen erfüllen können. Darüber hinaus muss der Kooperationsvertrag gewährleisten, dass
 - a) die eigenverantwortliche und selbständige Berufsausübung der Ärztin oder des Arztes gewahrt ist;
 - b) die Verantwortungsbereiche der Partner gegenüber den Patientinnen und Patienten getrennt bleiben;
 - c) medizinische Entscheidungen, insbesondere über Diagnostik und Therapie, ausschließlich die Ärztin oder der Arzt trifft, sofern nicht die Ärztin oder der Arzt nach ihrem oder seinem Berufsrecht den in der Gemeinschaft selbständig tätigen Berufsangehörigen eines anderen Fachberufs solche Entscheidungen überlassen darf;
 - d) der Grundsatz der freien Arztwahl gewahrt bleibt;
 - e) die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt zur Unterstützung in seinen diagnostischen Maßnahmen oder zur Therapie auch andere als die in der Gemeinschaft kooperierenden Berufsangehörigen hinzuziehen kann;

- f) die Einhaltung der berufsrechtlichen Bestimmungen der Ärztinnen und Ärzte, insbesondere die Pflicht zur Dokumentation, das Verbot der berufswidrigen Werbung und die Regeln zur Erstellung einer Honorarforderung, von den übrigen Partnerinnen und Partnern beachtet wird;
- g) sich die medizinische Kooperationsgemeinschaft verpflichtet, im Rechtsverkehr die Namen aller Partnerinnen und Partner und ihre Berufsbezeichnungen anzugeben und – sofern es sich um eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft handelt – den Zusatz „Partnerschaft“ zu führen.

Die Voraussetzungen der Buchstaben a-f gelten bei der Bildung einer juristischen Person des Privatrechts entsprechend. Der Name der juristischen Person muss neben dem Namen einer ärztlichen Gesellschafterin oder eines ärztlichen Gesellschafters die Bezeichnung „Medizinische Kooperationsgemeinschaft“ enthalten. Unbeschadet des Namens sind die Berufsbezeichnungen aller in der Gesellschaft tätigen Berufe anzukündigen.

- (3) Die für die Mitwirkung der Ärztin oder des Arztes zulässige berufliche Zusammensetzung der Kooperation im einzelnen richtet sich nach dem Gebot des Absatzes 1 Satz 3; es ist erfüllt, wenn Angehörige aus den vorgenannten Berufsgruppen kooperieren, die mit der Ärztin oder dem Arzt entsprechend ihrem oder seinem Fachgebiet einen gemeinschaftlich erreichbaren medizinischen Zweck nach der Art ihrer beruflichen Kompetenz zielbezogen erfüllen können.

§ 23 c Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten an sonstigen Partnerschaften

Ärztinnen und Ärzten ist es gestattet, mit Angehörigen anderer Berufe als den in § 23 b beschriebenen in allen Rechtsformen zusammen zu arbeiten, wenn sie nicht die Heilkunde am Menschen ausüben.

§ 23 d Praxisverbund

- (1) Ärztinnen und Ärzte dürfen, auch ohne sich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenzuschließen, eine Kooperation verabreden (Praxisverbund), welche auf die Erfüllung eines durch gemeinsame oder gleichgerichtete Maßnahmen bestimmten Versorgungsauftrags oder auf eine andere Form der Zusammenarbeit zur Patientenversorgung, z. B. auf dem Felde der Qualitätssicherung oder Versorgungsbereitschaft, gerichtet ist. Die Teilnahme soll allen dazu bereiten Ärztinnen und Ärzten ermöglicht werden; soll die Möglichkeit zur Teilnahme beschränkt werden, z. B. durch räumliche oder qualitative Kriterien, müssen die dafür maßgeblichen Kriterien für den Versorgungsauftrag notwendig und nicht diskriminierend sein und der Ärztekammer gegenüber offen gelegt werden. Ärztinnen und Ärzte in einer zulässigen Kooperation dürfen die medizinisch gebotene oder von der Patientin oder dem Patienten gewünschte Überweisung an nicht dem Verbund zugehörige Ärztinnen und Ärzte nicht behindern.
- (2) Die Bedingungen der Kooperation nach Absatz 1 müssen in einem schriftlichen Vertrag niedergelegt werden, der der Ärztekammer vorgelegt werden muss.
- (3) In eine Kooperation nach Absatz 1 können auch Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken und Angehörige anderer Gesundheitsberufe nach § 23 b einbezogen werden, wenn die Grundsätze nach § 23 b gewahrt sind.

§ 24 Verträge über ärztliche Tätigkeit

Ärztinnen und Ärzte sollen alle Verträge über ihre ärztliche Tätigkeit vor ihrem Abschluss der Ärztekammer vorlegen, damit geprüft werden kann, ob die beruflichen Belange gewahrt sind.

Auf Verlangen der Ärztekammer haben sie den Vertrag über ihre ärztliche Tätigkeit vorzulegen.

§ 25 Ärztliche Gutachten und Zeugnisse

Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse haben Ärztinnen und Ärzte mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszusprechen. Gutachten und Zeugnisse, zu deren Ausstellung Ärztinnen und Ärzte verpflichtet sind oder die auszustellen sie übernommen haben, sind innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben. Zeugnisse über Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung müssen grundsätzlich innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung, bei Ausscheiden unverzüglich, ausgestellt werden.

§ 26 Ärztlicher Notfalldienst

- (1) Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, am Notfalldienst teilzunehmen. Auf Antrag einer Ärztin oder eines Arztes kann aus schwerwiegenden Gründen eine Befreiung vom Notfalldienst ganz, teilweise oder vorübergehend erteilt werden. Dies gilt insbesondere,
 - wenn sie/er wegen körperlicher Behinderung hierzu nicht in der Lage ist,
 - wenn ihr/ihm aufgrund besonders belastender familiärer Pflichten die Teilnahme nicht zuzumuten ist,
 - wenn sie/er an einem klinischen Bereitschaftsdienst mit Notfallversorgung teilnimmt,
 - für Ärztinnen ab dem Zeitpunkt der Bekanntgabe ihrer Schwangerschaft und bis zu 12 Monate nach der Entbindung sowie für weitere 24 Monate, soweit nicht der andere Elternteil die Versorgung des Kindes gewährleistet,
 - für Ärztinnen und Ärzte ab dem Tag der Geburt des Kindes für einen Zeitraum von 36 Monaten, soweit nicht der andere Elternteil die Versorgung des Kindes gewährleistet,
 - für Ärztinnen und Ärzte über 65 Jahre.
- (2) Für die Einrichtung und Durchführung eines Notfalldienstes im Einzelnen ist die Notfalldienstsatzung der Landesärztekammer Hessen maßgebend. Die Verpflichtung zur Teilnahme am Notfalldienst gilt für den festgelegten Notfalldienstbereich.
- (3) Die Einrichtung eines Notfalldienstes entbindet die behandelnden Ärztinnen und Ärzte nicht von ihrer Verpflichtung, für die Betreuung ihrer Patientinnen und Patienten in dem Umfang Sorge zu tragen, wie es deren Krankheitszustand erfordert.
- (4) Ärztinnen und Ärzte haben sich auch für den Notfalldienst fortzubilden, wenn sie gemäß Absatz 1 nicht auf Dauer von der Teilnahme am Notfalldienst befreit sind.

2. Berufliche Kommunikation

§ 27 Erlaubte Information und berufswidrige Werbung

- (1) Zweck der nachstehenden Vorschriften der Berufsordnung ist die Gewährleistung des Patientenschutzes durch sachgerechte und angemessene Information und die Vermeidung einer dem Selbstverständnis der Ärztin oder des Arztes zuwiderlaufenden Kommerzialisierung des Arztberufs.
- (2) Auf dieser Grundlage sind Ärztinnen und Ärzte sachliche berufsbezogene Informationen gestattet.
- (3) Berufswidrige Werbung ist Ärztinnen und Ärzten untersagt. Berufswidrig ist insbesondere eine nach Inhalt oder Form anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung. Ärztinnen und Ärzte dürfen eine solche Werbung durch andere weder veranlassen noch dulden. Eine Werbung für eigene oder fremde gewerbliche Tätigkeiten oder

Produkte im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit ist unzulässig. Werbeverbote aufgrund anderer gesetzlicher Bestimmungen bleiben unberührt.

- (4) Ärztinnen und Ärzte können
 1. nach der Weiterbildungsordnung erworbene Bezeichnungen,
 2. nach anderen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbene Qualifikationen,
 3. sonstige ärztliche Qualifikationen und hauptsächliche Tätigkeitsfelder, wenn im Rahmen der Ankündigung in allgemeinverständlicher Form deutlich herausgestellt wird, dass sie nicht nach öffentlich-rechtlichen Vorschriften verliehen wurden,
 und
 4. organisatorische Hinweise
 ankündigen.

Die nach Nr. 1 erworbenen Bezeichnungen dürfen nur in der nach der Weiterbildungsordnung zulässigen Form geführt werden. Ein Hinweis auf die verleihende Ärztekammer ist zulässig.

Andere Qualifikationen und hauptsächliche Tätigkeitsfelder dürfen nur angekündigt werden, wenn diese Angaben nicht mit solchen nach geregelter Weiterbildungsrecht erworbenen Qualifikationen verwechselt werden können.

- (5) Die Angaben nach Absatz 4 Nr. 1 bis 3 sind nur zulässig, wenn die Ärztin oder der Arzt die umfassten Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausübt.
- (6) In der Bundesrepublik Deutschland anerkannte medizinische akademische Grade und ärztliche Titel dürfen angekündigt werden. Andere in der Bundesrepublik Deutschland anerkannte akademische Grade dürfen nur in Verbindung mit der Fakultätsbezeichnung genannt werden.
- (6a) Ein ausländischer Hochschulgrad, der aufgrund eines nach dem Recht des Herkunftslandes anerkannten Hochschulabschlusses nach einem ordnungsgemäß durch Prüfung abgeschlossenen Studium verliehen worden und auch nach europäischem Rechtsverständnis ein Hochschulgrad ist, kann in der Form, in der er verliehen wurde unter Angabe der verleihenden Hochschule geführt werden. Bei Graden aus der Europäischen Union und der Schweiz kann der Hinweis auf die verleihende Hochschule entfallen. Inhaber von in einem wissenschaftlichen Promotionsverfahren erworbenen Doktorgrad, der in einem Mitgliedsstaat der EU erworben wurde, können anstelle der im Herkunftsland zugelassenen oder nachweislich allgemein üblichen Abkürzung die Abkürzung „Dr.“ ohne Zusatz und ohne Herkunftsbezeichnung führen.
- (7) Die Bezeichnung „Professor“ darf geführt werden, wenn sie auf Vorschlag der medizinischen Fakultät (Fachbereich) durch die Hochschule oder das zuständige Landesministerium verliehen worden ist. Ist die Bezeichnung „Professor“ von einer anderen als einer medizinischen Fakultät verliehen worden, so darf die Bezeichnung „Professor“ nur unter der Angabe der Fakultäts- und Hochschulzugehörigkeit geführt werden. Absatz 6a Satz 1 und 2 gilt für ausländische Professorentitel entsprechend.
- (8) Ärztinnen und Ärzte haben der Ärztekammer auf deren Verlangen die zur Prüfung der Voraussetzungen der Ankündigung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Die Ärztekammer ist befugt, ergänzende Auskünfte zu verlangen.

§ 28 (aufgehoben)

3. Berufliche Zusammenarbeit

§ 29 Kollegiale Zusammenarbeit

- (1) Ärztinnen und Ärzte haben sich untereinander kollegial zu verhalten. Die Verpflichtung, in einem Gutachten, auch soweit es die Behandlungsweise einer anderen Ärztin oder eines anderen Arztes betrifft, nach bestem Wissen die ärztliche Überzeugung auszusprechen, bleibt

unberührt. Unsachliche Kritik an der Behandlungsweise oder dem beruflichen Wissen einer Ärztin oder eines Arztes sowie herabsetzende Äußerungen sind berufswidrig.

- (2) Es ist berufswidrig, eine Kollegin oder einen Kollegen aus ihrer oder seiner Behandlungstätigkeit oder aus dem Wettbewerb um eine berufliche Tätigkeit durch unlautere Handlungen zu verdrängen. Es ist insbesondere berufswidrig, wenn sich Ärztinnen und Ärzte innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr ohne Zustimmung der Praxisinhaberin oder des Praxisinhabers im Einzugsbereich derjenigen Praxis niederlassen, in welcher sie in der Aus- oder Weiterbildung mindestens drei Monate tätig waren. Ebenso ist es berufswidrig, in unlauterer Weise eine Kollegin oder einen Kollegen ohne angemessene Vergütung oder unentgeltlich zu beschäftigen oder eine solche Beschäftigung zu bewirken oder zu dulden.
- (3) Ärztinnen und Ärzte mit aus einem Liquidationsrecht resultierenden oder anderweitigen Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit (z. B. Beteiligungsvergütung) sind verpflichtet, den von ihnen dazu herangezogenen Kolleginnen und Kollegen eine angemessene Vergütung zu gewähren bzw. sich dafür einzusetzen, dass die Mitarbeit angemessen vergütet wird.
- (4) In Gegenwart von Patientinnen und Patienten oder anderen Personen sind Beanstandungen der ärztlichen Tätigkeit und zurechtweisende Belehrungen zu unterlassen. Das gilt auch im Verhältnis von Vorgesetzten und Mitarbeitern und für den Dienst in Krankenhäusern.
- (5) Die zur Weiterbildung befugten Ärztinnen und Ärzte haben ihre nach der Weiterbildungsordnung gegenüber Weiterzubildenden bestehenden Pflichten zu erfüllen.
- (6) Ärztinnen und Ärzte dürfen ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht diskriminieren und haben insbesondere die Bestimmungen des Arbeits- und Berufsbildungsrechts zu beachten.

§ 29 a Zusammenarbeit mit Dritten

- (1) Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärztinnen oder Ärzte sind, noch zu ihren berufsmäßig tätigen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern gehören, zu untersuchen oder zu behandeln. Dies gilt nicht für Personen, welche sich in der Ausbildung zum ärztlichen Beruf oder zu einem Fachberuf im Gesundheitswesen befinden.
- (2) Die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Fachberufe im Gesundheitswesen ist zulässig, wenn die Verantwortungsbereiche der Ärztin oder des Arztes und des Angehörigen des Fachberufes klar erkennbar voneinander getrennt bleiben.

4. Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten

§ 30 Ärztliche Unabhängigkeit

Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, in allen vertraglichen und sonstigen beruflichen Beziehungen zu Dritten ihre ärztliche Unabhängigkeit für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu wahren.

§ 31 Unerlaubte Zuweisung

- (1) Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten oder Untersuchungsmaterial oder für die Verordnung oder den Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich oder Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.
- (2) Sie dürfen ihren Patientinnen und Patienten nicht ohne hinreichenden Grund bestimmte Ärztinnen oder Ärzte, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen empfehlen oder an diese verweisen.

§ 32 Unerlaubte Zuwendungen

- (1) Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, von Patientinnen und Patienten oder anderen Geschenke oder andere Vorteile für sich oder Dritte zu fordern oder sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn hierdurch der Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird. Eine Beeinflussung liegt dann nicht vor, wenn der Wert des Geschenkes oder des anderen Vorteils geringfügig ist.
- (2) Die Annahme von geldwerten Vorteilen in angemessener Höhe ist nicht berufswidrig, sofern diese ausschließlich für berufsbezogene Fortbildung verwendet werden. Der für die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltung gewährte Vorteil ist unangemessen, wenn er über die notwendigen Reisekosten und Tagungsgebühren hinausgeht.
- (3) Die Annahme von Beiträgen Dritter zur Durchführung von Veranstaltungen (Sponsoring) ist ausschließlich für die Finanzierung des wissenschaftlichen Programms ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen und nur in angemessenem Umfang erlaubt. Das Sponsoring, dessen Bedingungen und Umfang sind bei der Ankündigung und Durchführung der Veranstaltung offen zu legen.

§ 33 Zuwendungen bei vertraglicher Zusammenarbeit

Soweit Ärztinnen und Ärzte Leistungen für die Hersteller von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten oder die Erbringer von Heilmittelversorgung erbringen (z.B. bei Anwendungsbeobachtungen), muss die hierfür bestimmte Vergütung der erbrachten Leistung entsprechen. Die Verträge über die Zusammenarbeit sind schriftlich abzuschließen und sollen der Ärztekammer vorgelegt werden.

Anlage:

Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion¹⁾

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Juli 2013 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. März 2013 beschlossene und vom Hessischen Sozialministerium am 20. Juni 2013 (Geschäftszeichen: V2B – 18 b 2120) gemäß § 17 Abs. 2 des Hessischen Heilberufsgesetzes genehmigte Satzung zur Änderung der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 26. Juni 2013



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

¹⁾ Hier nicht abgedruckt. Für den Text der Richtlinie siehe HÄBL. 5/2007, S. 325-330 und HÄBL. 6/2010, S. 392.

Öffentliche Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen:

Vergabe eines Versorgungsauftrages an eine(n) zweite(n) Programmverantwortliche(n) Vertragsärztin oder Vertragsarzt für die Screening-Einheit 4 in Hessen im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch **Mammographie-Screening**

gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien – KFE-R) vom 2. März 2011 und der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge (BMV-Ä/EKV) vom 27. März 2012.

Für die Ausschreibung ist der jeweils aktuelle Stand der KFE-R, der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) maßgebend.

Präambel

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat zum 1.1.2004 in dem Abschnitt B Nr. 4 der KFE-R ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening eingeführt. Die weitere Ausgestaltung wurde in der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV festgelegt.

Ziel des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening ist die deutliche Senkung der Brustkrebssterblichkeit in der anspruchsberechtigten Bevölkerungsgruppe (Frauen ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres). Gleichzeitig sollen die Belastungen, die mit einem Mammographie-Screening verbunden sein können, minimiert werden.

Das Programm ist in regionale Versorgungsprogramme gegliedert, das für Hessen die Grenzen des Bundeslandes Hessen und damit das Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV Hessen) umfasst. Ein regionales Versorgungsprogramm ist wiederum in regionale Screening-Einheiten untergliedert, für die sog. Programmverantwortliche Ärzte Versorgungsaufträge erhalten können.

Gem. § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV kann ein Versorgungsauftrag auch von zwei Programmverantwortlichen Ärzten, die in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind, übernommen werden.

Für die Screening-Einheit 4 wird zum 1.1.2014 ein/e Nachfolger/in für einen Programmverantwortlichen Arzt gesucht. Die Berufsausübungsgemeinschaft wird zwischen dem/der Bewerber/in und dem verbleibenden Programmverantwortlichen Arzt geschlossen.

1. Verfahren der Ausschreibung

Die KV Hessen führt für die Nachfolge ein öffentliches Ausschreibungsverfahren für den Versorgungsauftrag der Screening-Einheit 4 durch. Das Verfahren verläuft zweistufig (§ 4 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV):

1. Bei Erfüllung der Voraussetzungen für eine Bewerbung nach § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV bis **29.8.2013** erhält der Bewerber Ausschreibungsunterlagen zugesandt, die er bis **30.9.2013, 12 Uhr**, bei der KV Hessen in Wiesbaden einreicht.
2. Gem. § 4 Abs. 2 c der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV kann die KV Hessen im Einvernehmen mit den Verbänden der hessischen Krankenkassen nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Bewerbungen eine Genehmigung (unter Auflagen) zur Übernahme des Versorgungsauftrages erteilen.

Ein Konzept zur Organisation des Versorgungsauftrages nach § 4 Abs. 2 b) i. V. m. § 5 Abs. 2 b) und c) Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ist entbehrlich, sofern die Voraussetzungen an die Verfügbarkeit und Qualifikation der im Rahmen des Versorgungsauftrages kooperierenden Ärzte und radiologischen Fachkräfte in der jeweiligen Screening-Einheit sowie die sachlichen Voraussetzungen zur Praxisausstattung und apparativer Ausstattung bereits durch die in der jeweiligen Screening-Einheit tätigen Programmverantwortlichen Ärzte erfüllt und nachgewiesen wurden. Der Bewerber muss jedoch detaillierte Angaben zu den persönlichen Voraussetzungen gem. § 5 Abs. 2 a) Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV machen.

Im Fall der Nachfolge eines/r Programmverantwortlichen Arztes/Ärztin ist Entscheidungsgrundlage die persönliche Qualifikation der Bewerber und deren zeitliche Verfügbarkeit zur Erfüllung des Versorgungsauftrages. Bei mehreren gleich geeigneten Bewerbern, die einen Versorgungsauftrag übernehmen wollen, ist ausschlaggebend, ob und wie sich der Bewerber in den schon vorhandenen Versorgungsauftrag mit dem jetzigen Programmverantwortlichen in einer Berufsausübungsgemeinschaft einbinden lässt. Gemäß § 5 Abs. 6 Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ist der Versorgungsauftrag an den Praxisnachfolger übertragbar, wenn die entsprechenden Voraussetzungen nach diesem Vertrag erfüllt sind.

2. Versorgungsauftrag

Der Versorgungsauftrag wird ausgeschrieben für

Screening-Einheit 4

Stadt und Landkreis Offenbach

Wetteraukreis

Main-Kinzig-Kreis

Der Versorgungsauftrag umfasst die notwendige ärztliche Behandlung und Betreuung der Frauen einschließlich Aufklärung und Information sowie die übergreifende Versorgungsorganisation und -steuerung. Er ist umfassend und vollständig zu erfüllen.

Einzelheiten des Versorgungsauftrages ergeben sich aus Abschnitt B Nr. 4 i der KFE-R bzw. § 3 Absatz 3 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV (die folgenden §-Angaben beziehen sich auf die Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV):

1. Kooperation mit der Zentralen Stelle, der Kooperationsgemeinschaft und dem Referenzzentrum (§ 7)
2. Überprüfung des Anspruchs der Frau auf Teilnahme am Früherkennungsprogramm vor Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 8)
3. Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 9)
4. Organisation und Durchführung der Befundung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 10)
5. Durchführung der Konsensuskonferenz (§ 11)
6. Durchführung der Abklärungsdiagnostik (§ 9)
7. Durchführung der multidisziplinären Fallkonferenzen (§ 13)
8. Ergänzende ärztliche Aufklärung (§ 14)
9. Organisation und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 15)

3. Ablauf der Versorgungsschritte

Zu Inhalt und Ablauf der einzelnen Versorgungsschritte ist aus Sicht des Programmverantwortlichen Arztes folgendes festzuhalten:

Die Programmverantwortlichen Ärzte haben durch die Bereitstellung entsprechender Kapazitäten dafür zu sorgen, dass alle Frauen der Zielgruppe innerhalb des 2-Jahres-Zyklus mindestens einmal eingeladen werden können. Über die Zentrale Stelle erhalten die anspruchsberechtigten Frauen einen Termin in einer bestimmten Mammographie-Einheit. Grundsätzlich soll die in der Einladung genannte Mammographie-Einheit aufgesucht werden. Abweichungen hiervon sind nur in Abstimmung mit der Zentralen Stelle möglich. In der Mammographie-Einheit ist zunächst zu klären, ob die Frau das Merkblatt zum Früherkennungsprogramm (siehe Anlage IV der KFE-R) über die Zentrale Stelle erhalten hat und ob aufgrund des standardisierten Fragebogens zur Anamnese (Anlage V der KFE-R) ein Leistungsanspruch der Frau besteht. Auf Verlangen wird die Frau zusätzlich über Strahlen- und Datenschutz im Rahmen des Screening-Programms informiert. Die Mammographie-Aufnahme wird unter verantwortlicher Leitung des Programmverantwortlichen Arztes von einer radiologischen Fachkraft erstellt. Der Programmverantwortliche Arzt organisiert die Doppelbefundung der Aufnahmen gemäß § 10 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, führt deren Ergebnisse zusammen und leitet ggf. eine zusätzliche Befundung im Rahmen der Konsensuskonferenz nach § 11 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ein. Diese Konsensuskonferenzen sollen in der Regel mindestens einmal pro Woche zusammen mit den beiden Ärzten, die die Doppelbefundung vorgenommen haben, stattfinden. Frauen mit weiterhin auffälligen Befunden werden zur Abklärungsdiagnostik nach § 12 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV eingeladen. Der Programmverantwortliche Arzt ist verpflichtet, in der Regel mindestens einmal in der Woche eine Sprechstunde zur Abklärungsdiagnostik durchzuführen. Falls erforderlich veranlasst der Programmverantwortliche Arzt die histopathologische Untersuchung der durch Biopsie gewonnenen Präparate. Bleibt der Verdacht auf eine maligne Erkrankung der Brust bestehen, ruft der Programmverantwortliche Arzt in der Regel mindestens einmal in der Woche eine prä- und eine postoperative Fallkonferenz nach § 13 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ein. Die Qualitätssicherung bezieht sich auf die gesamte Versorgungskette des Programms und betrifft die fachliche Qualifikation aller beteiligten Ärzte und radiologischen Fachkräfte, die organisatorischen und technischen Aspekte sowie die Evaluierung des gesamten Programms. Zu den Aufgaben der Programmverantwortlichen Ärzte im Bereich der Qualitätssicherung gehören u. a.:

- Pflicht zur Übermittlung der Daten (§ 7 i. V. mit Anhang 9 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV) und zwar im Rahmen des Einladungswesens, der ärztlichen Untersuchung, der Qualitätssicherung (diagnostische Bildqualität, Beurteilung der Fallsammlung, Selbstüberprüfung) und der Evaluation.
- Dokumentation gemäß Anlage VI der KFE-R (Erstellung und Befundung der Mammographie-Aufnahmen und Teilschritte der Abklärungsdiagnostik)
- Dokumentation der Konferenzen (gemäß Anhang 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV)
- Nachweise der fachlichen Befähigung gemäß Abschnitt E der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, soweit von den Programmverantwortlichen Ärzten selbst gegenüber der KV Hessen vorzulegen. Kooperierende Ärzte müssen den Nachweis selbst führen.
- Nachweise der Voraussetzungen der technischen Qualitätssicherung gemäß Abschnitt H der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV
- Teilnahme an den Verfahren zur Selbstüberprüfung gemäß § 15 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV.

4. Kooperation

Die Leistungen des Versorgungsauftrages können nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse nur in Kooperation mit anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten erbracht werden.

Dazu zählen:

- Befundende Ärzte mit einer Genehmigung nach § 25 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die eine konsiliarische Befundung der Mammographie-Aufnahmen vornehmen und ggf. an den gemeinsamen Konsensuskonferenzen teilnehmen.
- Ärzte nach § 27 Abs. 3 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die auf Veranlassung des Programmverantwortlichen Arztes im Rahmen der Abklärungsdiagnostik die Biopsie(n) unter Röntgenkontrolle durchführen.
- Pathologen nach § 28 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die die Beurteilung der histopathologischen Präparate im Rahmen der Abklärungsdiagnostik durchführen.

Der Programmverantwortliche Arzt sollte auch mit angestellten Krankenhausärzten kooperieren, die nach § 13 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV an den prä- und postoperativen multidisziplinären Fallkonferenzen teilnehmen und dafür eine Ermächtigung nach § 29 erhalten.

5. Radiologische Fachkräfte

Die Screening-Mammographieaufnahmen werden durch eine radiologische Fachkraft unter verantwortlicher Leitung eines Programmverantwortlichen Arztes erstellt (§ 9 Abs. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV). Der Programmverantwortliche Arzt muss jederzeit erreichbar und ggf. in angemessener Zeit vor Ort sein.

Der Programmverantwortliche Arzt kann radiologische Fachkräfte im Screening-Programm einsetzen, wenn sie die Voraussetzungen des § 24 Abs. 2 der Anlage 9.2. BMV-Ä/ EKV erfüllen.

6. Vergütung und Abrechnung

Gemäß § 3 Abs. 4 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV müssen die Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung der Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), die dem Versorgungsauftrag jeweils zugeordnet sind (EBM-Nr. 01750, 01752, 01754, 01758), von den Programmverantwortlichen Ärzten erfüllt und die Leistungen bei entsprechender Indikationsstellung persönlich durchgeführt werden. Davon ausgenommen sind Leistungen, die nach diesem Vertrag von den Programmverantwortlichen Ärzten veranlasst werden können bzw. müssen.

Der Programmverantwortliche Arzt kann die Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen (§ 18) sowie die Durchführung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle (§ 19) und muss die Durchführung von histopathologischen Untersuchungen (§ 20) an andere am Screening-Programm teilnehmende Ärzte, denen eine entsprechende Genehmigung (§ 16 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) erteilt worden ist, übertragen.

Der Programmverantwortliche Arzt kann an der Doppelbefundung teilnehmen. In diesem Fall übernimmt sein Partner in der Berufsausübungsgemeinschaft gemäß § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV den Versorgungsauftrag (§ 10 Abs. 2 c der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV).

Die Programmverantwortlichen Ärzte sowie andere Ärzte, die Leistungen im Rahmen des Screenings erbringen, rechnen die Screening-Leistungen jeweils über ihre lebenslange Arztnummer (LANR) sowie eine eigene Betriebsstättennummer (BSNR) mit der KV Hessen ab.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Die Vergütung der EBM-Ziffern 01750 bis 01759 erfolgt extrabudgetär. In dieser Vergütung wird ab 1.10.2012 ein Aufschlag in Höhe von 1,25 Prozent zur Finanzierung der sog. Overhead-Kosten im Rahmen der KFE-R (u. a. für die Kooperationsgemeinschaft und die Referenzzentren) enthalten.

Die Höhe des Punktwertes richtet sich nach den jeweils gültigen Bestimmungen des EBM sowie dem jeweils gültigen Honorarvertrag der KV Hessen abzüglich des Aufschlages für den Overhead. Sachkostenziffern sind davon nicht betroffen. Auf die abgerechneten Leistungen werden die satzungsgemäßen Umlagen und Verwaltungskosten der KV Hessen erhoben.

7. Bewerber

Um einen Versorgungsauftrag bewerben können sich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte für Diagnostische Radiologie sowie Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Der/die Bewerber(in) ist/wird mit der jetzigen Programmverantwortlichen Ärztin in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig (sein).

Hinweis: Für die Berufsausübungsgemeinschaft ist die jeweils aktuelle Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen sowie die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte maßgeblich.

8. Bewerbungsvoraussetzungen

Wenn Sie sich um den Versorgungsauftrag als Programmverantwortlicher Arzt/Ärztin in der Screening-Einheit 4 als Nachfolger bewerben wollen, so erhalten Sie von uns die Bewerbungsunterlagen, wenn Sie die folgenden Voraussetzungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV erfüllen und fristgerecht gegenüber der KV Hessen vollständig nachweisen:

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung ‚Diagnostische Radiologie‘ oder ‚Frauenheilkunde und Geburtshilfe‘
- Die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde nach § 18a Abs. 1 und 2 Röntgenverordnung
- Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der ‚kurativen‘ Mammographie gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V
- Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik der Mamma gemäß der Ultraschall-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V.

Die Bewerbungsunterlagen werden Ihnen nur auf Ihren schriftlichen Antrag hin zugeschickt.

9. Bewerbung

Ihre Bewerbungsunterlagen müssen nach § 5 Abs. 2 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV detaillierte Angaben zu Ihren persönlichen Voraussetzungen enthalten, insbesondere:

- Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm gemäß Anhang 2 Nr. 1
- Ggf. Tätigkeit im Rahmen des Früherkennungsprogramms
- Ggf. bereits vorliegende Nachweise gemäß § 5 Abs. 5 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV

10. Genehmigung

Nach Prüfung der eingereichten Bewerbungsunterlagen kann die KV Hessen im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden in Hessen eine Genehmigung zur Durchführung des Versorgungsauftrages erteilen, die mit Auflagen

verbunden sein kann. Diese sind innerhalb von neun Monaten nach Erteilung der Genehmigung und vor dem Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrages zu erfüllen und nachzuweisen. Werden die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 5 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV nicht innerhalb eines Zeitraums von neun Monaten nach Erteilung der Genehmigung und vor dem Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrages erfüllt und nachgewiesen, wird die Genehmigung widerrufen. Beruht das Nichterfüllen der Voraussetzungen auf Gründen, die der Genehmigungsinhaber nicht selber zu vertreten hat, verlängert sich die Frist zur Erfüllung der Genehmigungsvoraussetzungen auf Antrag um einen weiteren Monat.

Die Genehmigung für die Übernahme eines Versorgungsauftrages wird unbefristet erteilt.

11. Fristen und Anschrift

Interessierte Ärzte haben bis **29.8.2013** die Möglichkeit, Bewerbungsunterlagen anzufordern (siehe Punkt 8).

Vollständige Bewerbungen (siehe Punkt 9) müssen schriftlich in einem geschlossenen Umschlag bis zum **30.9.2013, 12:00 Uhr**, bei der

Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
Mammographie-Screening
Stichwort: Ausschreibung MSP
Abraham-Lincoln-Str. 36, 65189 Wiesbaden

eingereicht werden. Nach diesem Zeitpunkt können keine Bewerbungen mehr angenommen werden.

Veröffentlichung des Gesamt-Wahlergebnisses der Wahl zum Beirat für die Erweiterte Honorarverteilung bei der KV Hessen, Zeitraum 2013-2016

Wahlberechtigte EHV-Empfänger: 3.708 Gültige Stimmen: 1945
Abgegebene Stimmen: 1971 Ungültige Stimmen: 26
Diese verteilen sich wie folgt:

Liste	Stimmen	Sitze	Mandatsträger
II. „IG EHV Interessengemeinschaft EHV“	1604	4	Burk, Dr. med. Otto Aßmann, Dr. med. Hartmut P. Plass, Dr. med. Johann W. Nick, Dr. med. Gabriel
I. „Dr. Harald Wirth“	232	–	–
III. „Dr. Meinhard Quack“	109	–	–

Jeder Wahlberechtigte kann binnen 14 Tagen nach Veröffentlichung des Wahlergebnisses wegen Verletzung der Wahlordnung der KV Hessen beim Landesausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt/Main, schriftlich Wahlanfechtungsbeschwerde erheben, über die der Landeswahlausschuss unverzüglich schriftlich zu entscheiden hat.

Frankfurt/Main, den 26. Juni 2013
Der Landeswahlleiter

Unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Hessische Sozialministerium gemäß § 90 Abs. 6, Satz 2 SGB V

Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen auf der Grundlage des Bedarfsplans 2013 in Anwendung der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen hat am 27. Juni 2013 unter zu Grunde Legung des Arztstandes 1.6.2013 auf Basis der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012 folgende Beschlüsse gefasst:

I. Es wird festgestellt, dass im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in den in den Tabellen 1 bis 4 jeweils dargestellten Versorgungsebenen in den mit ÜV gekennzeichneten Planungsbereichen und Fachgruppen

eine Überversorgung (ÜV) gemäß § 101 SGB V in Verbindung mit § 103 Abs. 1 SGB V vorliegt.

II. In Anwendung des § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 16 b Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) werden für diese Planungsbereiche und Fachgruppen Zulassungsbeschränkungen angeordnet.

Tabelle 1: Hausärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich	Hausärzte	Planungsbereich	Hausärzte	Planungsbereich	Hausärzte
Hofgeismar	1	Haiger/Dillenburg	10	Idstein	9,5
Bad Arolsen	ÜV	Gladenbach	ÜV	Taunusstein	1,5
Wolfhagen	1	Marburg	ÜV	Bad Schwalbach	0,5
Kassel	ÜV	Kirchhain	3,5	Wiebaden	ÜV
Witzenhausen	ÜV	Stadtallendorf	2,5	Eltville	ÜV
Korbach	3,5	Alsfeld	1,5	Rüdesheim/Geisenheim	ÜV
Allendorf (Eder)/Battenberg	3,5	Lauterbach	ÜV	Hochheim/Flörsheim	ÜV
Frankenberg (Eder)	1	Herborn	2,5	Hattersheim/Hofheim/Kelkheim	ÜV
Bad Wildungen	ÜV	Wetzlar	ÜV	Bad Homburg/Oberursel/Friedrichsdorf	ÜV
Fritzlar	ÜV	Giessen	ÜV	Königstein/Kronberg/Schwalbach/Bad	ÜV
Melsungen	3	Grünberg/Laubach	ÜV	Frankfurt	ÜV
Hessisch Lichtenau	ÜV	Lich/Hungen	2	Hanau	12
Eschwege	ÜV	Weilburg	ÜV	Offenbach	3
Borken (Hessen)	2,5	Limburg	4	Seligenstadt	ÜV
Homburg (Efze)	1,5	Butzbach	4	Heusenstamm/Rödermark/Rodgau/Dietzenbach	17
Schwalmstadt	ÜV	Usingen	ÜV	Neu-Isenburg/Dreieich/Langen	4,5
Bebra/Rotenburg a.d.Fulda	ÜV	Nidda	ÜV	Rüsselsheim	17,5
Sontra	0,5	Friedberg/Bad Nauheim	3	Darmstadt	13,5
Bad Hersfeld	0,5	Büdingen	2	Dieburg/Groß-Umstadt	9
Heringen (Werra)	ÜV	Schlüchtern	2,5	Michelstadt/Erbach	4
Hünfeld	ÜV	Bad Orb	0,5	Lampertheim/Viernheim/Bensheim/Heppenheim/Bürstadt/Lorsch	17,5
Fulda	ÜV	Gelnhausen	0,5		
Biedenkopf	7,5	Wächtersbach/Bad Soden-Salmünster	2,5		

ÜV Überversorgung
Versorgungsgrad 100 bis 110 %
Versorgungsgrad unter 100 %
Versorgungsgrad unter 75 %

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Tabelle 2: Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich	Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	Hautärzte	HNO-Ärzte	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Urologen	Psychotherapeuten
Darmstadt, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Frankfurt am Main, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Offenbach am Main, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1*
Wiesbaden, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Kreis Bergstraße	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Darmstadt-Dieburg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Kreis Groß-Gerau	ÜV	ÜV	ÜV	1	0,5	ÜV	1	ÜV	0,5	ÜV
Hochtaunuskreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Main-Kinzig-Kreis	2	ÜV	ÜV	2	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,5**
Main-Taunus-Kreis	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	ÜV	1,5*
Odenwaldkreis	3	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	0,5*
Landkreis Offenbach	2,5	ÜV	0,5	0,5	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,5	2,0*
Rheingau-Taunus-Kreis	1,5	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Wetteraukreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Gießen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,5*
Lahn-Dill-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	2	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	2,5*
Kreis Limburg-Weilburg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,5*
Landkreis Marburg-Biedenkopf	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,5	ÜV	ÜV
Vogelsbergkreis	0,5	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	ÜV	1,5	1,5	ÜV	ÜV
Kassel, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Stadt und Landkreis Fulda	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	2,5
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	ÜV	ÜV	ÜV	1,5	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	4,5
Landkreis Kassel	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Schwalm-Eder-Kreis	1,5	1	3	0,5	2,5	1,5	0,5	ÜV	1,5	ÜV
Landkreis Waldeck-Frankenberg	ÜV	ÜV	1	ÜV	0,5	ÜV	1	0,5	ÜV	3,0
Werra-Meißner-Kreis	0,5	0,5	0,5	ÜV	ÜV	ÜV	0,5	ÜV	1	0,5

ÜV Überversorgung	Versorgungsgrad 100 bis 110 %
* geöffnet für KJP	Versorgungsgrad unter 100 %
** geöffnet für ÄPT	Versorgungsgrad unter 50 %

Tabelle 3: Spezialisierte fachärztliche Versorgung

Planungsbereich	Anästhesisten	Fachinternisten	Kinder- und Jugendpsychiatern	Radiologen
Mittelhessen	ÜV	ÜV	ÜV	1
Nordhessen	ÜV	ÜV	0,5	ÜV
Osthessen	ÜV	ÜV	4	ÜV
Rhein-Main	ÜV	ÜV	8,5	ÜV
Starkenburger	ÜV	ÜV	8	ÜV

ÜV Überversorgung
Versorgungsgrad 100 bis 110 %
Versorgungsgrad unter 100 %
Versorgungsgrad unter 50 %

Tabelle 4: Gesonderte fachärztliche Versorgung

Planungsbereich	Humangenetiker	Laborärzte	Neurochirurgen	Nuklearmediziner	Pathologen	Physikalische- und Rehabilitationsmediziner	Strahlentherapeuten	Transfusionsmediziner
Hessen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	4	1,5	1

ÜV Überversorgung
Versorgungsgrad 100 bis 110 %
Versorgungsgrad unter 100 %

III. Bei den Planungsbereichen und Fachgruppen, in denen gemäß § 103 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 26 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie Zulassungen erfolgen dürfen, ist die Anzahl der freien Sitze in den Tabellen 1 bis 4 ausgewiesen.

Zulassungsanträge und die hierfür erforderlichen Unterlagen gemäß § 18 Ärzte-ZV sind innerhalb von sechs Wochen nach Erscheinen der Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Zulassungsausschuss für Ärzte/Psychotherapie, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt/M., zu senden.

Der Zulassungsausschuss berücksichtigt bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge. Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

- berufliche Eignung,
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
- Approbationsalter,
- Dauer der Eintragung in die Warteliste gemäß § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V
- bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztesitzes,

- Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (z.B. Fachgebietsschwerpunkt, Barrierefreiheit).

Hinweis:

Besonderheiten gelten für den Fall, in dem eine Zulassung endet und die Praxis durch einen Nachfolger fortgeführt werden soll (§ 103 Abs. 4c SGB V).

Redaktioneller Hinweis:

Im Zusammenhang mit dieser Veröffentlichung der Beschlüsse des Landesausschusses vom 27. Juni 2013 wird vorsorglich darauf aufmerksam gemacht, dass durch zwischenzeitliche Beschlüsse des Zulassungsausschusses für Ärzte/Psychotherapie diese Veröffentlichung partiell überholt sein kann. Niederlassungswilligen Ärzten/Psychotherapeuten wird daher empfohlen, sich beim Zulassungsausschuss oder dem für den Niederlassungsort zuständigen KVH-BeratungsCenter über die Gültigkeit dieser Veröffentlichung zu informieren.

Matthias Mann

Rechtsanwalt

Vorsitzender des Landesausschusses

Deutsche KinderPalliativStiftung gegründet



Die Gründer der Deutschen PalliativStiftung (DPS) mit Sitz in Fulda haben die Deutsche KinderPalliativStiftung ins Leben gerufen. Im Mai hat die Stiftungsaufsicht in Kassel dafür grünes Licht gegeben. Ziel der neuen Stiftung ist es, die Versorgungsstrukturen der Hospizarbeit und Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche in Deutschland stärker auszubauen und das bisherige Nischenfach bekannter zu machen.

Nach Auskunft von Prof. Dr. Boris Zernikow, Chefarzt des Kinderpalliativzentrums Datteln und Stiftungsrat der Deutschen PalliativStiftung, leiden Hochrechnungen zufolge etwa 60.000 Kinder in Deutschland an lebensbedrohlichen und lebenslimitierenden Krankheiten. 1.500 bis 3.000 Kinder sterben jährlich an ihrer chronischen Erkrankung, etwa 600 von ihnen an Krebs.

Doch noch sind die Versorgungslücken groß: So hat beispielsweise in Hessen erst im März 2012 ein SAPV-Team für Kinder und Jugendliche seine Arbeit aufgenommen, und zwar das PalliativTeam Frankfurt Gemeinnützige GmbH. Zwei weitere Teams sind im Aufbau: in Kassel und in Gießen. Bei diesen

sind allerdings noch die Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen im Gange. Da sich diese beiden hessischen Teams noch im Strukturaufbau befinden, organisiert übergangsweise die Deutsche KinderPalliativStiftung die ambulante Palliativversorgung eines kleinen Jungen im Raum Fulda, der an einer schweren Nervenkrankheit leidet.

Nach Auskunft von Zernikow benötigt man für eine flächendeckende Versorgung in Deutschland etwa 30 SAPV-Teams für Kinder, 14 haben bereits die Arbeit aufgenommen.

Spendenkonto:

Deutsche KinderPalliativStiftung
Deutsche Bank
Spendenkonto 35 33 00
BLZ 100 700 00

Kontakt:

Caroline Schreiner, Geschäftsstelle Fulda: 0661 480 49797,
Mobil: 0171 2655428, Am Bahnhof 2, 36037 Fulda
caroline.schreiner@palliativstiftung.de

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 Praxismachfolger fortgeführt werden:

Hausärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Mittelbereich Darmstadt

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

Planungsbereich Mittelbereich Michelstadt/Erbach

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

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

Planungsbereich Mittelbereich

Lampertheim/Viernheim/Bensheim/Heppenheim/Bürstadt/Lorsch

Lampertheim Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Alsbach-Hähnlein Orthopädin/Orthopäde

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.

Hausärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Mittelbereich Frankfurt

Frankfurt-Eschersheim Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Frankfurt-Westend Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Frankfurt-Seckbach Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Mittelbereich Offenbach

Offenbach-Bieber Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Offenbach-Süd-West Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Mittelbereich Hanau

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

Planungsbereich Mittelbereich Wächtersbach/ Bad Soden-Salmünster

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

Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Frankfurt am Main

Frankfurt-Innenstadt Hautärztin/Hautarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Frankfurt-Bornheim Frauenärztin/Frauenarzt

Frankfurt-Nordend Orthopädin/Orthopäde (Hälftiger Versorgungsauftrag, MVZ-Anteil)

Frankfurt-Nordend Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Frankfurt-Westend Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Frankfurt-Westend Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Frankfurt-Bockenheim Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Frankfurt-Sachsenhausen Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Frankfurt-Hedderheim Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Frankfurt-Bonames Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Frankfurt-Bornheim Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Hanau Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Offenbach am Main

Offenbach-Innenstadt	Kinder- u. Jugendlichen- Psychotherapeutin/Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
----------------------	--

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Eschborn	Chirurgin/Chirurg
Kelkheim	Hautärztin/Hautarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, (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.

Hausärztliche Versorgungsebene**Planungsbereich Mittelbereich Allendorf (Eder) / Battenberg**

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

Planungsbereich Mittelbereich Biedenkopf

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

Planungsbereich Mittelbereich Friedberg/Bad Nauheim

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

Planungsbereich Mittelbereich Gießen

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

Planungsbereich Mittelbereich Haiger / Dillenburg

Dietzhöhlthal	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
---------------	--

Planungsbereich Mittelbereich Marburg

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

Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene**Planungsbereich Landkreis Gießen**

Wettenberg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Gießen	Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Gießen	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Hüttenberg	Kinderärztin/Kinderarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
------------	---

Planungsbereich Landkreis Marburg-Biedenkopf

Marburg	HNO-Ärztin/HNO-Arzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Marburg	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Wetteraukreis

Ober-Mörlen	Ärztin für Psychotherapeutische Medizin/ Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)
-------------	---

Spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene**Planungsbereich Raumordnungsregion Nordhessen**

Bad Zwesten	Radiologin/Radiologe (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
-------------	---

Planungsbereich Raumordnungsregion Rhein-Main

Friedberg	Radiologin/Radiologe (Hälftiger Versorgungsauftrag, überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
-----------	---

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

Hausärztliche Versorgungsebene**Planungsbereich Mittelbereich Kassel**

Kassel, St.	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
-------------	--

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Planungsbereich Mittelbereich Hofgeismar

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

Planungsbereich Mittelbereich Sontra

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

Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel	HNO-Ärztin/HNO-Arzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Kassel	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Planungsbereich Landkreis Kassel

Fuldabrück	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Hofgeismar	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Bad Wildungen	Ärztin/Arzt für Kinder- und Jugendmedizin (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Bad Wildungen	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

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

Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Wiesbaden

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

Planungsbereich Limburg-Weilburg

Limburg	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt
---------	---

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung 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 3900889, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Groß-Umstadt (Dr. med. Ute Eberlein, Groß-Umstadt).

Stempel Nummer 390090100, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Groß-Umstadt (Susanna Hellmeister, Groß-Umstadt).