



Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

12 | 2013

Dezember 2013

74. Jahrgang

Frohes Fest

- IGeL-Leistungen – Was will der Patient?
- Aufgaben des Ethik-Liaisondienstes
- Fobi@pp – Nun mit Zugang zum eigenen Fortbildungskonto
- Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen
- Interaktionen mit Cytochrom-P450
- PEG ohne Einverständniserklärung
- Empfehlungen und Kulturtipps zum Jahresausklang

Hessisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Bekanntmachungen
der Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R.
und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen K.d.ö.R.

Impressum**Herausgeber:**

Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M.
Fon: 069 97672-0
Internet: www.laekh.de, E-Mail: info@laekh.de

Schriftleitung (verantwortlich):

Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann
Vertreter des Präsidiums: Dr. med. Peter Zürner
verantwortlich für Mitteilungen der LÄK Hessen:
Dr. med. Peter Zürner
verantwortlich für Mitteilungen der Akademie:
Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Katja Möhrle, M. A.

Redaktions-Beirat:

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

Arzt- und Kassenarztrecht:

Dr. Katharina Deppert,
Gutachter- und Schlichtungsstelle
Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen

Anschrift der Redaktion:

Angelika Kob und Dipl. Soz. Maren Grikscheit,
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	868
Aktuelles	
Bad Nauheimer Gespräch: IGeL-Leistungen – Was will der Patient?	870
Wenn der Patient sich nicht mehr äußern kann – Aufgaben des Ethik-Liaisondienstes	872
Ernährungssonde durchtrennt	881
Dr. med. Ursula Stüwe zum Ehrenmitglied des Marburger Bundes ernannt	882
Fobi@pp – Nun mit Zugang zum eigenen Fortbildungskonto	905
Fortbildung	
Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen	875
Interaktionen mit Cytochrom-P450	879
Sicherer Verordnen	888
Einschränkung der Anwendung von Protelos® – Strontiumranelat – bei der Behandlung der Osteoporose	897
Sicherheitshinweise und Rote-Hand-Briefe der Arzneimittelkommission	897
Aus der Gutachter- und Schlichtungsstelle	
PEG ohne Einverständniserklärung ist Körperverletzung	883
Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Bad Nauheim	889
Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim	895
Ansichten und Einsichten	
Über Ärztemangel und Dogmen in der Gesundheitspolitik	898
Prof. Dr. med. Pavel Schmidt – Ein europäischer Brückenbauer	900
Parlando	
Grelle Strandlandschaften und archaische Kokons	903
Empfehlungen und Kulturtipps zum Jahresausklang	904
Von hessischen Ärztinnen und Ärzten	
Professor Dr. med. Martin Kaltenbach – 85 Jahre	905
Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	906
Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	908

In dieser Ausgabe finden Sie in einigen PLZ-Gebieten eine Beilage der AMT Abken Medizintechnik GmbH, für deren Inhalt der Werbungtreibende verantwortlich ist.

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

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



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

geht es Ihnen auch so? Am 1. Dezember ist der erste Advent und ich stelle mit Erstaunen und ein wenig Schrecken fest, dass das Jahr sich schon seinem Ende entgegen neigt. Ja, ja, werden Sie sich im Stillen denken, Weihnachten

überrascht uns jedes Jahr wieder. Nein, das meine ich gar nicht, auch wenn es nicht ganz von der Hand zu weisen ist. Vielmehr denke ich unter anderem an die drei stattgefundenen Wahlen. Das für die Legislaturperiode 2013 bis 2018 gewählte Präsidium steht und wird seine Aufgaben verantwortungsbewusst im Sinne der Kammermitglieder und der hessischen Bürgerinnen und Bürger wahrnehmen. Bislang wissen wir aber noch nicht, wohin die Reise bezüglich einer neuen Bundes- bzw. einer neuen hessischen Landesregierung gehen wird.

Es ist erfreulich, dass das Thema Bürgerversicherung wohl erst einmal vom Tisch zu sein scheint. Unerfreulich ist hingegen, dass manche Gesundheitspolitiker unverdrossen alte Platten wieder auflegen, deren Inhalt dadurch jedoch nicht richtiger wird. So will Jens Spahn (CDU) Fachärzten das Budget kürzen, wenn Patienten nicht innerhalb von zwei bis drei Wochen einen Termin beim Facharzt bekämen. Lediglich 17 % der befragten Teilnehmer der Versichertenbefragung 2013 der KBV gaben an,

dass die Wartezeiten für einen Arzttermin zu lang seien. Dies waren sogar 5 % weniger als bei der vorherigen Befragung 2011. Wartezeiten finden sich übrigens vorwiegend bei den spezialisierten Fachärzten und dürften damit in der Regel selbsterklärend sein. Glauben Politiker tatsächlich, dass solche Vorschläge oder Drohungen geeignet sind, junge Kolleginnen und Kollegen für eine Niederlassung zu motivieren? Als Kammern und Kassenärztliche Vereinigungen bemühen wir uns sehr, genau das zu tun. Solche populistischen Querschüsse seitens gesundheitspolitischer Experten sind schlicht kontraindiziert.

Auf Seiten der SPD gefällt sich Karl Lauterbach mit der Forderung, die Zahl der Krankenhäuser zu verringern, von denen ca. ein Drittel rote Zahlen schreibt. Die völlig unzureichende Investitionsfinanzierung der Länder trägt gehörig zu diesem Dilemma bei. Auch die neue hessische Landesregierung – welcher Farbenlehre sie auch entstammen mag – wird hier kaum Besserung zusichern. Kein Politiker erwähnt jedoch, dass die Fallkosten im internationalen Vergleich eher niedrig sind, und vor allem, dass andere Länder über erheblich mehr Personal pro Fall bzw. Bett verfügen. Und so wird der Druck auf alle Beschäftigten weiter zunehmen. Bürokratisierung und Regulierungswut bis hin zur Drangsalierung werden nicht abnehmen.

Dies ist sicher einer der Gründe, warum sich mittlerweile eine zunehmende Zahl von Kolleginnen und Kollegen für eine Tä-

tigkeit als sogenannter Honorararzt entscheidet. Die dabei empfundene Unabhängigkeit sowie die Möglichkeit, das eigene Arbeitsvolumen selbst zu bestimmen, dürften neben den Verdienstmöglichkeiten bei Bezahlung aller tatsächlich geleisteter Arbeitsstunden wesentlich zu dieser Entscheidung beitragen.

Kurz und gut, die Arbeitsbedingungen in der stationären wie auch in der ambulanten Versorgung müssen verbessert werden. Dies gilt übrigens auch für die anderen Gesundheitsberufe. Der Ruf nach der Einrichtung von Pflegekammern hat eine seiner Ursachen sicherlich in den belastenden Arbeitsbedingungen der Pflegeberufe, die sich nicht ausreichend wahrgenommen fühlen.

Wer belastet ist und hart arbeitet, bedarf auch der Möglichkeit zum Innehalten, die Ihnen der Dezember hoffentlich bieten wird. Ich wünsche Ihnen allen ein frohes und gesegnetes Weihnachtsfest mit der Möglichkeit, ruhige und besinnliche, aber auch gesellige Stunden im Kreise von Familie und Freunden zu verbringen.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident



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

Landesärztekammer Hessen

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

Frankfurt am Main, Dezember 2013

Liebe Kolleginnen,
liebe Kollegen,

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

*Dr. med. Gottfried von
Knoblauch zu Hatzbach,
Präsident*

*Dr. med. Roland Kaiser,
Ärztliche Geschäftsführung*

Spenden Sie für die Opfer des Taifuns „Hayan“

Der Taifun „Hayan“ hat auf den Philippinen eine Spur der Verwüstung hinterlassen. Seitdem der Wirbelsturm über den Inselstaat gefegt ist und zahlreiche Menschen in den Tod gerissen hat, kämpfen die Überlebenden mit den Folgen der Katastrophe. Sie können helfen!

Unter anderem rufen folgende Organisationen zu Spenden auf:

Ärzte ohne Grenzen e. V.
Bank für Sozialwirtschaft,
Kto 97 0 97,
BLZ 370 205 00
Kennwort: Philippinen
www.aerzte-ohne-grenzen.de

Diakonie Katastrophenhilfe
Evangelische Darlehns-Genossenschaft,
Kto 502 502,
BLZ 210 602 37
Stichwort: „Philippinen“
www.diakonie-katastrophenhilfe.de

Deutscher Caritasverband e.V.
Caritas International
Bank für Sozialwirtschaft, Kto 202
BLZ 660 205 00
Stichwort: „Nothilfe Taifun“
www.caritas-international.de

Spenden können bis zur Höhe von 20 Prozent des Gesamtbetrags der eigenen Einkünfte als Sonderausgaben abgesetzt werden. Geht die Spende auf ein sogenanntes anerkanntes Sonderkonto, reicht als Nachweis für die Steuer ein Kontoauszug.

Im Vordergrund steht die Frage: Was will der Patient?

Bad Nauheimer Gespräch über IGeL-Leistungen

Mit ihrem liebenswert-stacheligen Namensvetter haben sie wenig gemeinsam: 1998 wurden die Individuellen Gesundheitsleistungen, kurz IGeL-Leistungen, ins Leben gerufen und fristen seitdem eine nicht unumstrittene Existenz. In regelmäßigen Abständen versuchen Verbraucherschutzorganisationen durch „diffuse Studien mit begrenzter Aussagekraft und spekulative Hochrechnungen“ (Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery) ihren fehlenden Nutzen, mögliche Schäden oder eine Belastung des Arzt-Patientenverhältnis zu belegen. Vorwürfe, denen nur mit Aufklärung und Transparenz zu begegnen ist. Bereits 2006 hatte der Deutsche Ärztetag klare Regeln für den Umgang mit IGeL-Leistungen beschlossen. Um Patienten und Ärzten seriöse Informationen zum richtigen Umgang mit IGeL an die Hand zu geben, veröffentlichten Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 2012 einen überarbeiteten IGeL-Ratgeber.

Von kritischer Akzeptanz bis Ablehnung

Auch die von Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich moderierte Vortragsveranstaltung „IGeL Leistungen – Transparenz durch Information“, zu der der Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche im September dieses Jahres in die Räume der Kassenärztlichen Vereinigung eingeladen hatte, diente der Aufklärung und spiegelte zugleich das breite Spektrum von kritischer Akzep-

tanz bis zur Ablehnung von IGeL-Leistungen. Für die einen sind sie Luxus, für die anderen umfassen sie medizinisch sinnvolle Leistungen, die nicht von den gesetzlichen Krankenkassen gezahlt werden. Dass der Einführung der Individuellen Gesundheitsleistungen als Selbstzahlerleistungen Mitte der Neunziger Jahre eine Blockade der gesetzlichen Krankenkassen gegenüber der Aufnahme neuer Leistungen voran gegangen war, machte Dr. med. Lothar Krimmel, von 1986 bis 1999 Geschäftsführer der KBV und „Vater“ der IGeL-Leistungen, in seinem Impulsreferat deutlich. Er bezeichnete das Niveau des Gesetzlichen Krankenversicherungssystems (GKV) in Deutschland als „absolut einmalig“ in der Welt. Um GKV-Patienten über den Leistungskatalog der Kassen hinaus die Inanspruchnahme von Wunschleistungen zu ermöglichen, habe man sich in den Neunziger Jahren dazu entschieden, die IGeL-Leistungen aus der Taufe zu heben. „Heute würde eine solche Neueinführung nicht mehr erfolgen“, gab Krimmel zu.

IGeL-Leistungen beinhalten Vorsorgemedizin, Innovationen, Serviceleistungen, Alternative Medizin und Lifestyle-Medizin. „Nicht jeder soll sie haben wollen, aber jeder soll sie bekommen können“, so Krimmel. Und wie der Name schon sage: „Es gibt bei der Inanspruchnahme von IGeL-Leistungen einen klaren Gegensatz zwischen kollektivem und individuellem Nutzen.“ Während im Jahr 2001 8,9 % der ge-

setzlich Krankenversicherten IGeL-Leistungen in Anspruch genommen hätten, seien es 2012 immerhin 29,9 % gewesen. 18 Millionen IGeL-Leistungen würden pro Jahr in Deutschland erbracht; zu den Top 10 gehörten Ultraschalluntersuchungen und Augeninnendruck-Messungen. Der elf von der Bundesärztekammer aufgestellten IGeL-Gebote habe es eigentlich nicht bedurft, fuhr Krimmel weiter fort. „Die Leistungen stehen auf dem Boden der Berufsordnung, der GOÄ und des Bundesmantelvertrags der Kassen.“ So richte sich etwa die Forderung nach einer obligatorischen Bedenkzeit gegen die Patienten, denn nicht immer sei eine Bedenkzeit vor Abschluss des Behandlungsvorgangs sinnvoll. Tatsächlich komme es bei IGeL auf zwei grundlegende Prinzipien an – keine Verunsicherung von Patienten und kein Aufdrängen von Leistungen. Der Patient müsse sich frei entscheiden können.

Betroffen sind Arzt und Patient

„Für mich als Arzt steht die Perspektive des Patienten im Vordergrund“, betonte Dr. med. Klaus J. Doubek, Frauenarzt und Bezirksvorsitzender des Berufsverbandes der Frauenärzte – Landesverband Hessen. „Ich bin Arzt geworden, um zu heilen und zu helfen, nicht um zu werben.“ Allerdings seien einige wichtige medizinische Leistungen in der frauenärztlichen Praxis nicht in dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten oder enthalten ge-

wesen. „Unter anderem haben wir uns lange dafür eingesetzt, dass der Zucker-Test in die Schwangerschaftsvorsorge aufgenommen wird“, berichtete Doubek. Bis März 2012 war Blutzuckerbestimmung in der Schwangerschaft zur Diagnostik eines Schwangerschaftsdiabetes eine IGeL-Leistung und ist erst dann von der GKV übernommen worden. Neben dem öffentlichen Pranger, an den die Medien IGeL-Leistungen stellten, sei auffällig, wie viele Seiten sich zu den Selbstzahlerleistungen äußerten, so Doubek. „Aber betroffen sind nur Arzt und Patient.“ Unmissverständlich stellte Doubek klar, dass Frauenärzte unnötige IGeL-Leistungen ablehnten.

Der Bereich Sportmedizin und Reisemedizin sei als unkritisch anerkannt, bemerkte Dr. med. Ulrich Klinsing, Arzt für Allgemeinmedizin, Sport-Reisemedizin und Vorstand der Deutschen Fachgesellschaft der Reisemedizin. Da Reisemedizin oder Untersuchungen der Sportmedizin, z.B. vor Aufnahme eines Ausdauertrainings, nicht Gegenstand des GKV-Katalogs der Solidargemeinschaft sein könnten, dessen Kriterien „notwendig und wirtschaftlich“ lauten, handele es sich definitionsgemäß um eine IGeL-Leistung. „Das ist komfortabel, weil die Leistung von dem Patienten angefragt wird“, so Klinsing. Allerdings ergäbe sich bei der Leistungserbringung häufig ein hoher Zeitaufwand, zumal die reisemedizinische Beratung auch immer ein Anlass sei, auf GKV-Leistungen wie z.B. Impfungen hinzuweisen.

Forderung nach neuer Definition

Er gehöre zu den Kritikern der IGeL-Leistungen, bekannte Norbert Sudhoff, Landesgeschäftsführer der Barmer GEK Krankenkasse in Hessen. „Medizinische Leistungen, die notwendig sind, sind durch die GKV abgedeckt.“ Die Begrifflichkeit



Der stachelige Namensvetter ist weniger umstritten

© Sebastian Duda-fotolia.com

„IGeL“ sei hingegen nicht abgegrenzt. So lasse sich kaum unterscheiden, bei welchen Leistungen es sich um Lifestyle-Angebote handele und welche medizinisch notwendig seien. Dennoch werde suggeriert, dass medizinisch notwendige Leistungen nicht von der GKV bezahlt würden, beanstandete Sudhoff und forderte eine neue Definition von IGeL-Leistungen. „Falsch wäre es, die Diskussion im Verhältnis Arzt-Patient zu führen.“

Lächelnd bedankte sich Dr. med. Wolf Andreas Fach, Kardiologe und Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen, „für die Steilvorlage“. Sudhoff gaukelte vor, dass es eine heile GKV-Welt gäbe. „Dabei sollte die GKV zugeben, dass innerhalb des Systems nicht alles möglich ist und bezahlt wird.“ In den 17 Jahren, in denen er Vorsitzender der Bezirksärztekammer Frankfurt gewesen sei, habe er sich mit vielen Patientenbeschwerden befasst – darunter auch solchen, die IGeL-Leistungen betrafen. „Im Vordergrund stand für mich immer die Frage: Was will der Patient?“ Die Antwort laute: Möglichst keine Interessen gesteuerte Empfehlung. „Für

Fehlverhalten sind die Ärztekammer und das Berufsrecht zuständig, nicht jedoch die GKV“, unterstrich Fach. Diese habe in der privaten Beziehung zwischen Arzt und Patient nichts zu suchen. Dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) warf Fach tendenziöse Beurteilungen vor, räumte allerdings ein, dass es auch Ärzte mit Dollar-Zeichen in den Augen gäbe.

Der Vorschlag aus dem Publikum, dass unter Einbeziehung von Patientenvertretern ein auf breiten Konsens stoßender IGeL-Katalog erarbeitet werden solle, wurde von den ärztlichen Referenten auf dem Podium begrüßt. Auch Hasselblatt-Diedrich, 1. Geschäftsführendes Vorstandsmitglied der Bad Nauheimer Gespräche, bekräftigte die Notwendigkeit, sich auf einen sinnvollen Katalog zu einigen. Um schwarzen Schafen unter den Ärzten und Schwierigkeiten bei der Erbringung von IGeL-Leistungen wirksam begegnen zu können, regte Fach an, eine Beschwerdestelle bei der Ärztekammer einzurichten.

Katja Möhrle

Wenn der Patient sich nicht mehr äußern kann – Der Ethik-Liaisondienst berät bei ethischen Fragestellungen

Betrachtung einer Implementierungsphase / Umsetzung in der Praxis

Aktuelle Situation

Erstmals in einem Bundesland ist es seit dem Jahr 2011 im hessischen Krankenhausgesetz (§ 6 HKHG) verpflichtend vorgeschrieben, dass jedes Krankenhaus einen Ethik-Beauftragten zu bestellen hat (1). Denn vor dem Hintergrund wachsender technischer Möglichkeiten der Hochleistungsmedizin werden Therapieentscheidungen zunehmend komplexer.

In der Praxis stellt sich häufig die Frage, ob ein Patient, der sich nicht mehr äußern kann, die Fortsetzung einer Therapie gewollt hätte. Es geht im Wesentlichen darum, den Willen des Patienten zu respektieren, auch wenn er ihn aktuell nicht mehr äußern kann und auch kein vorausverfügter Wille in Form einer einschlägigen Patientenverfügung vorliegt. Hausärzte sind neben den nahen Angehörigen erste Ansprechpartner und Auskunftspersonen bei Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Patienten, sofern nicht bereits ein Vorsorgebevollmächtigter oder Betreuer benannt ist. Aber auch ein befreundeter Nachbar spielt laut Gesetzeslage als „sonstige Vertrauensperson“ eine wichtige Rolle dabei (§ 1901b (2) BGB). Im hektischen Klinikalltag bleibt für die Ärzte erfahrungsgemäß meist zu wenig Zeit, dies alles zu eruieren. Was oft dazu führt, dass zielführende Gespräche zur Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens häufig gar nicht zustande kommen.

Verschiedene Ethik-Modelle in der Klinik

Es gibt verschiedene Modelle in der klinischen Ethik. Im Unterschied zu einem klassischen Ethikbeauftragten, der ja auch ein kirchlicher Seelsorger, ein Psychologe oder eine anderweitig vorgebildete Fachkraft sein kann, soll und darf sich der kli-

nische Ethiker des Ethik-Liaisondienstes eigeninitiativ in oben genannte Fragestellungen einbringen. Nach Professor Dr. med. Gerd Richter, Vorsitzender der Ethik-Kommission in Marburg, der einen Ethik-Liaisondienst am dortigen Uni-Klinikum etabliert hat, sollte der ELD-Beauftragte daher über „exzellente klinische Kenntnisse“ verfügen. Nur so kann er sich sinnhaft in bestehende Routineabläufe, wie beispielsweise Intensivstationsvisiten, integrieren (2).

In der Praxis sensibilisiert der an das Kollegium fest angebundene und eingebundene Ethiker das Ärzte- und Pflege team für Fragen, die über die rein medizinische Behandlung hinausgehen.

Ein Fall aus der Praxis des Ethik-Liaisondienstes

Eine buddhistische 60-jährige Patientin liegt nach einer komplizierten Darm-Operation und einem längeren komplikationsreichen Intensivaufenthalt auf einer peripheren Krankenstation. Nachts treten lebensbedrohliche Komplikationen auf. Die Patientin wird reanimiert und wieder auf die Intensivstation verlegt. Aufgrund ihres instabilen Gesundheitszustandes ist zunächst fraglich, ob sie überlebt. Ihr Zustand stabilisiert sich jedoch auf niedrigem Niveau, wobei unklar ist, ob neurologische Dauerschäden entstanden sind. Die zuständigen Pflegekräfte kennen die Patientin bereits von dem früheren Intensivaufenthalt und werfen zusammen mit den Angehörigen die Frage auf, ob eine weitere lebenserhaltende Therapie bei dem vorliegenden Verlauf noch dem Patientenwillen entspricht. Der Ethik-Liaisondienst führt nun im Idealfall ein umfassendes, zielorientiertes Gespräch mit sowohl einem Vertreter des operativen als auch des anästhesiologischen Ärzteteams. Des Weiteren sollten

eine Pflegekraft und Stellvertreter (Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigter) sowie „sonstige Vertrauenspersonen“ der Patientin in dem Fallgespräch anwesend sein. Der Ethiker hat die Aufgabe, alle Perspektiven des Falles strukturiert zu beleuchten, das Gespräch zu moderieren und abschließend die Dokumentation vorzunehmen. Ziel ist es, einen gut reflektierten und begründeten Konsens bezüglich des weiteren patientengestützten Vorgehens zu erarbeiten. So kann der angestrebte „herrschaftsarme Diskurs“ auch innerhalb eines durch Hierarchie geprägten Arbeitsumfeldes im Idealfall gelingen und die Entscheidung für alle Teammitglieder transparent gemacht werden.

Im geschilderten Fall sind die ebenfalls buddhistische Freundin als Vertrauensperson und der Sohn der Patientin als offizieller Vorsorgebevollmächtigter anwesend. Der Chirurg erläutert, dass von operativer Sicht her alle Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Von anästhesiologischer Seite werden die auch nach neurologischer konsiliarischer Stellungnahme unsicheren neurologischen Folgen bestätigt. Sicher scheint jedoch, dass die Patientin auch im „best-Case-Szenario“ mit hoher Wahrscheinlichkeit lebenslang auf Pflege angewiesen sein und unter einer deutlich eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit leiden wird. Die Freundin und der Sohn schätzen die Situation daraufhin übereinstimmend dahingehend ein, dass die Patientin vor diesem Hintergrund keiner weiteren lebensverlängernden Therapie zustimmen würde. Die Beurteilung des Falles wird durch das Vorliegen der authentischen Patientenverfügung und einer klaren religiösen Haltung der Patientin erleichtert. Hier zeigt sich die häufige intensivmedizinische Problematik des Selbstbestimmungs-

rechts bei nicht äußerungsfähigen Patienten: Die Legitimation des Fortführens einer lebenserhaltenden Therapie obliegt grundsätzlich dem Patienten (3). Daher ist das Ermitteln seines mutmaßlichen Willens eine wesentliche Voraussetzung nicht nur für eine rechtskonforme, sondern auch eine im ethischen Sinne gute Entscheidung.

Ohne das frühzeitige Einschalten des ELD mit der Aufforderung zum Reflektieren der Situation ist in einem solchen Fall das längerfristige Fortführen der lebenserhaltenden Therapie eine häufige Vorgehensweise. Die Gründe dafür sind vielschichtig und haben ihren Ursprung häufig auch in der Unkenntnis, dass eine technisch mögliche Lebensverlängerung unter bestimmten Bedingungen unterlassen werden darf.

Die Position des Ethikers und damit verbundene Herausforderungen

Im klinischen Alltag ist der ELD in das Behandlungsteam eingebunden und begleitet auch ohne dezidierten Auftrag regelmäßig die Visiten. Dabei orientiert sich die Häufigkeit der Mitarbeit an der konkreten oder abschätzbaren klinischen Notwendigkeit. Beispielsweise würde es auf einer Kinder-Beatmungsstation mit langfristigen Verläufen ausreichen, monatlich die Visite zu begleiten. Wichtige Entscheidungen und Therapiezielmodifikationen können hier in der Regel ohne Zeitdruck getroffen werden. Auf einer Station mit Akutfällen sollten die Visiten wegen der hohen Patientenfluktuation und der dadurch mengenmäßig häufiger auftretenden Therapieziel-Gespräche in kürzeren Abständen erfolgen.

Im Vorschlag zur Umsetzung des § 6 HKHG der Arbeitsgruppe der Landesärztekammer Hessen wird empfohlen, dass der Ethik-Beauftragte im Rahmen seiner Aufgaben direkt der Geschäftsführung unterstellt

ist, inhaltlich jedoch weisungsunabhängig arbeitet (4). Dies gilt auch für den Ethik-Liaisondienst. Denn nur in einer abteilungs- und berufsgruppenunabhängigen Stellung kann der Ethiker ohne Interessenskonflikte agieren.

Themen, welche etwaigen finanzielle und personelle Interessen zum Beispiel hinsichtlich der wirtschaftlichen Führung einer Abteilung respektive des Krankenhauses tangieren, bergen in der Praxis der klinischen Ethikarbeit ein hohes Konfliktpotential.

So kann beispielsweise die Motivation zum Übertreffen einer bestimmter Beatmungsstundenanzahl (zum Erreichen eines besonders lukrativen Erlössprunges) in Konflikt treten mit dem Ziel, sterbende Patienten und ihre Angehörige ihren besonderen Bedürfnissen entsprechend zu behandeln.

Es ist extrem schwierig, solche Interessenskonflikte überhaupt bei den Verantwortlichen anzusprechen. Ein normaler Ethikbeauftragter kommt in der Regel mit solchen Konflikten seltener in Berührung, weil er nur auf Anfrage aktiv wird. Der Ethik-Liaisondienst hingegen muss sich bei solchen Konflikten einmischen, wenn

er sich als Anwalt des Patienten mit einem individuellethisch definierten Arbeitsauftrag versteht. Diplomatie ist deshalb auf jeder Ebene gefordert. Der ELD bewegt sich einerseits im institutionellen Umfeld mit allen Hierarchieebenen eines Krankenhauses. Zum anderen rückt er den Blick auf das individuelle Schicksal in den Vordergrund. „Es ist eine besondere Herausforderung der Ethikberatung, eine angemessene Balance zwischen institutionalisierter Einbindung und Unabhängigkeit herzustellen“ heißt es in den Standards für Ethikberatung der AEM (5).

Unabhängig von der Brisanz des Themas ist ein ständiges Abwägen darüber, inwieweit sich der ELD ungefragt einmischen darf oder soll, nötig. Die Pflegekräfte wünschen sich vom ELD erfahrungsgemäß häufiger praxisrelevante Interventionen, als das bei Ärzten der Fall ist. Schwestern und Pfleger sind diejenigen, die am Patientenbett vor allem den moralischen Aspekt der Patientenversorgung vor Augen haben. Demzufolge gibt es bei den Pflegekräften kaum Interessenskonflikte und in der Regel die klare Positionierung für einen individuellethischen Auftrag des Ethikarbeiters.

Der ELD muss sich also dauerhaft mit einem „Profildilemma“ auseinandersetzen: Wie initiativ kann ich sein, ohne Widerstände zu erzeugen, und wie zurückhaltend muss ich sein, ohne dass der ELD an Wirkung verliert? Andernfalls könnten Mitarbeiter, insbesondere die Pflegekräfte, schnell die Schlussfolgerung ziehen, dass der ELD resp. der Ethikbeauftragte eben doch keinen praxisrelevanten Beitrag leistet (6).

Aus dieser besonderen Situation des ELD, der ungefragt agiert, ergeben sich in der Praxistätigkeit häufig Konflikte. Gerade bei den Ärzten gilt: Wer wird schon gerne beraten, ohne dass er darum gebeten hat?

Ein Fall aus der Praxis: Aufklärung als Vorbedingung für eine gute Entscheidung

Auf der internistischen Intensivstation liegt eine ältere leberinsuffiziente Patientin, die mit hoher Dringlichkeitsstufe auf eine Spenderleber wartet. Allerdings ist ihr Körpergewicht viel zu niedrig und ihr Allgemeinzustand unter anderem deshalb viel zu schlecht, als dass sie eine Transplantation überleben würde. Die Chancen stehen gering, dass sie eine Konstitution erreichen kann, bei der man mit einem vertretbaren Risiko transplantieren könnte.

Daraufhin bringt der ELD ins Gespräch, die Patientin über eben diese Situation wahrheitsgemäß und umfassend aufzuklären und ihr die Möglichkeit einer rein palliativen Therapie darzulegen. Nach mehreren Gesprächen mit Ärzten, Pflegekräften und Angehörigen entscheidet sich die einwilligungsfähige Patientin für die Weiterversorgung in einem heimatnahen Hospiz. Dort bekommt sie eine fachgerechte Versorgung bei belastenden Symptomen wie Atemnot, Schmerzen und Übelkeit. Der Patientin ist klar, dass sie im Hospiz wahrscheinlich bald an ihrer Erkrankung sterben wird. Für sie persönlich ist

jedoch nach reiflicher Überlegung und Abwägung das Hospiz mit seinen Versorgungszielen die bessere Alternative, unter anderem auch deshalb, weil ihre Angehörigen sie nun regelmäßig besuchen können.

Strukturelle Anteile des Gelingens von Ethikarbeit

Weil der Ethik-Liaisondienst sich direkt aktiv auf den jeweiligen Stationen einbringt, sollte dort auch ein fester Arbeitsplatz für den Ethiker eingerichtet werden. Dies regt auch die LÄKH-Arbeitsgruppe „Ethikbeauftragte im Krankenhaus“ in ihrer Empfehlung an. Demnach sollen die Ethik-Fachkräfte bei der Umsetzung ihrer Aufgaben von der Geschäftsführung unterstützt werden. Die hierfür benötigten Arbeitsmittel sowie auch die Räumlichkeiten sollen zur Verfügung gestellt werden.

Fazit zum Ende der Implementierungsphase

In der Praxis hatten Pflegekräfte häufiger einen Gewinn durch den ELD, auch wenn dieser oft nur erkenntnistiftender Natur war. Die Akzeptanz bei den ärztlichen Entscheidungsträgern war unterschiedlich und hing meines Erachtens vor allem mit der wirtschaftlichen Verantwortung für ihre Abteilung zusammen.

Im Rückblick nach einer zweijährigen Implementierungsphase am Uniklinikum Frankfurt/Main halte ich es für empfehlenswert, die Einrichtung eines Ethik-Liaisondienstes auf Stationen zu beginnen, wo bereits häufiger gute Erfahrungen im Rahmen angeforderter Ethikberatungen gemacht wurden. Professor Richters Forderung nach exzellenten klinischen Kenntnissen ist zu unterstützen, da nur auf dieser Basis ein Verständnis für intensivmedizinische Behandlungssituationen möglich ist und dieses wiederum die Voraussetzung für das eigeninitiierte Tätigwerden ist.

Der Ethik-Liaisondienst ist meines Erachtens das bislang erfolgversprechendste institutionelle Mittel, um ethische Fragestellungen auf Intensivstationen zu bearbeiten und gleichzeitig einen Lernprozess für Kliniker anzubieten.

Damit alle Beteiligten diese Ethikarbeit als hilfreich erleben, braucht es eine transparente Vorlaufphase, in welcher das Konzept und die Ziele des Ethik-Liaisondienstes den ärztlichen und pflegerischen Abteilungsleitern vorgestellt werden. Die Chance, einen fast zeitneutralen kontinuierlichen Lernprozess im laufenden Arbeitsalltag auf Intensivstationen zu ermöglichen, sollte in der Vorlaufphase von allen erkannt werden können.

Dann hat diese neue und für Kliniker sehr ungewohnte Hilfestellung langfristig die Chance, sich als intraklinische Institution zu etablieren.

*Dr. med. Julia Schäfer
Fachärztin für Anästhesiologie,
Palliativmedizin,
Spezielle Schmerztherapie (ÖÄK),
Beraterin für Ethik im Gesundheitswesen*

*Die Autorin hat den Ethik-Liaisondienst am
Uni-Klinikum Frankfurt/Main aufgebaut
Kontakt: dr.schaefer_medethik@web.de*

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

Die Empfehlungen der LÄKH-Arbeitsgruppe zur Umsetzung von § 6 (6) HKHG 2011 – Ethikbeauftragte im Krankenhaus finden Sie unter: http://www.laekh.de/upload/Aerzte/Rundums_Recht/Publikationen_Merkblaetter/Vorschlag_Umsetzung_Ethikbeauftragte.pdf

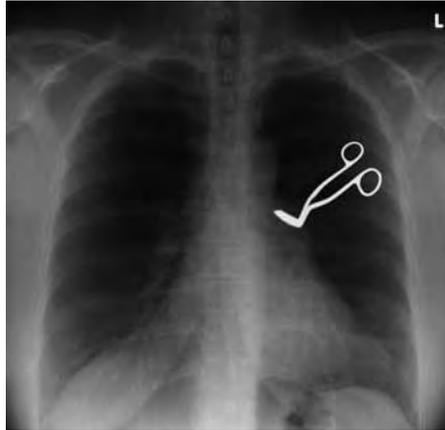
Empfehlungen zum Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen und belastenden Verläufen*

Hinnerk Wulf

Einleitung

Im ärztlichen Berufsleben, aber auch im Studium, in der Pflege und den Assistenzberufen gehen uns Todesfälle, seien sie schicksalhaft bedingt, unklar oder durch mögliche Behandlungsfehler verursacht, oft nahe. Gleiches gilt für schwere Komplikationen, seien sie möglicherweise verschuldet oder unverschuldet eingetreten. Zweifellos haben diejenigen von uns, die schon lange im Beruf sind, diesbezüglich fast zwangsläufig eine gewisse professionelle Distanz entwickeln können und müssen. Es sind also eher die jungen Kolleginnen und Kollegen, die von solchen Vorkommnissen besonders betroffen sind. Aber auch den erfahrenen Facharzt können einzelne Schicksale berühren, insbesondere wenn damit Fragen nach persönlicher Schuld verbunden sind. Konsequenzen aus solchen Belastungen können gravierend sein – nicht nur juristisch. Die Auseinandersetzung mit Behandlungszwischenfällen findet viel zu oft allein und im Stillen statt. Davor sollten wir als potenziell Betroffene, als Kolleginnen und Kollegen, als Vorgesetzte und als Fachdisziplin die Augen nicht verschließen.

Die Fachgesellschaft und der Berufsverband der Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI und BDA) geben Ihnen mit diesem Beitrag ein Instrument an die Hand, das für die Bewältigung solcher Situationen strukturierte Hilfestellungen anbietet. Der „Juristische Notfallkoffer“[®] für das Verhalten bei Zwischenfällen wird dadurch im Sinne eines psycho-sozialen (emotionalen) Notfallkoffers ergänzt. Wir haben uns als Anästhesisten nicht zuletzt in der



© AK-DigiArt-fotolia.com

Helsinki-Deklaration in besonderem Maße verpflichtet, Schaden von unseren Patienten abzuwenden, und messen der Patientensicherheit höchste Bedeutung bei. Wenn Patienten in unserer Obhut dennoch zu Schaden kommen, so gilt unsere primäre Unterstützung und Empathie zweifelsfrei den unmittelbar Betroffenen („ersten Opfern“), den Patienten und ihren Angehörigen. Es liegt aber ebenso in unserer Verantwortung zu verhindern, dass die betroffenen Kolleginnen und Kollegen oder wir selber zu „zweiten Opfern“ werden.

Allgemeine Probleme und Symptome

Kurzfristige psychische und körperliche Symptome akut nach dem Ereignis gehören wohl mehr oder weniger zur „normalen“ Verarbeitungsstrategie nach einem Zwischenfall (hierzu gehören: Verzweiflung, Angst, Hilflosigkeit, Scham, Schuldgefühle, Verunsicherung, Ohnmachtsgefühl, Selbstzweifel, Schlafstörungen, vegetative Begleitreaktion wie Übelkeit, Herz-

rasen etc.). Es gibt aber typische Symptome, die darauf hindeuten, dass wir oder unser Kollege/Kollegin durch ein solches Ereignis nachhaltig beeinträchtigt sind, dass also Handlungsbedarf besteht. Diese Symptome gleichen denen einer posttraumatischen Belastungsstörung, wie Schlaflosigkeit trotz Müdigkeit, wiederkehrende Albträume, „flash-backs“ etc. Im Alltag äußert sich dies häufig durch Überforderung, Gereiztheit und Müdigkeit. Solche Symptome müssen ernst genommen werden, vor allem dann, wenn wir sie an uns oder an Kolleginnen oder Kollegen für längere Zeit nach dem Ereignis wahrnehmen, wenn wir oder sie nicht „einfach zur Tagesordnung“ übergehen können, wenn unsere oder ihre individuellen Bewältigungsstrategien versagen. Es gilt also zu erkennen, wann eine normale emotionale Auseinandersetzung mit einem solchen Ereignis droht, pathologische Züge anzunehmen und die Arbeitsfähigkeit und Lebensfreude des Betroffenen nachhaltig zu beeinträchtigen. Die längerfristigen persönlichen Konsequenzen können zum Teil dramatisch sein, von der Berufsaufgabe bis hin zum Suizid.

Die Symptomatik beim Betroffenen (aber auch die Betroffenheit der Kollegen und der Institution) kann nachweislich die Wahrscheinlichkeit eines (erneuten) Behandlungszwischenfalles erhöhen. Eine gute Aufarbeitung und Betreuung des „zweiten Opfers“ ist insofern auch ein wichtiger Schritt für die künftige Patientensicherheit[†].

Wichtig zu wissen ist auch, warum Hilfe nicht genutzt wird. Die Hemmnisse, die es hier zu überwinden gilt, sind Zeitmangel,

* Beschluss des Engeren Präsidiums der DGAI vom 07.03.2013 sowie Beschluss des Präsidiums des BDA vom 08.03.2013

† Die Wahrscheinlichkeit einer weiteren Behandlungskomplikation („drittes Opfer“) ist nach einem schweren Zwischenfall aufgrund der Beeinträchtigung aller Beteiligten nachweislich erhöht. Als „drittes Opfer“ wird gelegentlich auch die betroffene Institution (Abteilung, Klinik, Krankenhaus) bezeichnet, die insbesondere bei entsprechendem Medienecho insgesamt beeinträchtigt sein kann.

fehlendes Vertrauen, Bedenken wegen eines „Karriereknicks“ oder Einträge in der Personalakte, Stigmatisierung wegen psychischer Probleme und Nichtwissen um Anlaufstellen.

Tabelle 1:

Länger bestehende Symptome, die auf eine ernstzunehmende Störung hinweisen (teilweise redundant):

- wiederholte Alpträume bezogen auf das Ereignis
- Gefühl der Empfindungslosigkeit
- „Inneres Chaos“ (Angst, Hilflosigkeit, Orientierungslosigkeit)
- Schlaflosigkeit (für mehr als eine Nacht)
- Plötzlicher Verlust an Arbeits- oder Lebensfreude
- Zunehmender Alkohol-, Medikamenten- oder Drogengebrauch
- Verstärkte Reizbarkeit, vegetative Symptome („Hyperarousal“)
- „Flash back“ (sog. Nachhallerinnerungen)
- Gefühl der sozialen Isolation, Rückzugsverhalten
- Konzentrationsstörungen
- Intrusionen (unauslöschliche seelische Prägungen durch die traumatische Erfahrung durch sich aufdrängende Erinnerung, Wiedererleben etc.)
- Persistierende Schuldgefühle
- Wiederauftreten der Erinnerungen an das Ereignis während des Tages.

Tabelle 2:

Mögliche langfristige Konsequenzen nach schweren Behandlungszwischenfällen:

- Depression/Burnout (Angststörung, Posttraumatic Distress Syndrom-PTDS)
- Soziale Isolation (beruflich und privat)
- Erfordernis längerfristiger psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung
- Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch, Entwicklung einer Abhängigkeit
- Erhöhte Wahrscheinlichkeit erneuter Behandlungszwischenfälle
- Wechsel in ein anderes Krankenhaus
- Wechsel in eine andere Klinikfachrichtung
- Wechsel in eine patientenferne Tätigkeit
- Berufsaufgabe
- Suizid.

Empfehlungen für Betroffene

Schicksalhafte Verläufe und Fehler passieren – auch bei den Besten. Man ist deshalb nicht inkompetent, unprofessionell oder für den Beruf ungeeignet. Im Fall eines tödlichen Verlaufs oder gravierender Komplikationen sollten Sie sofort den Oberarzt/Chefarzt involvieren und den Fall – auch als Gedächtnisprotokoll² – gut dokumentieren. Ein erstes Gespräch mit Ange-

hörigen sollte nicht am Telefon geführt werden – und möglichst niemals allein, sondern gemeinsam mit einem Kollegen oder, wenn sinnvoll, auch im interdisziplinären Team (z.B. mit dem Operateur, Intensivmediziner, Kardiologen usw.)³. Um unerschwelligen Fehlinterpretationen und Schuldzuweisungen zu begegnen, ist auch eine erste interdisziplinäre Nachbesprechung des Falles zu veranlassen⁴. Sie sollten wissen, dass Sie nach einem solchen Vorfall in vielerlei Hinsicht „nicht verkehrstüchtig“ sind⁵. Sie sollten weder Auto fahren noch am OP-Tisch stehen. Das Wichtigste ist vielleicht: reden! Je häufiger Sie den Fall, den Ablauf, Ihre Gefühle im beruflichen und privaten Umfeld kommunizieren, desto leichter fällt die Verarbeitung des Vorgefallenen. Suchen Sie das Gespräch mit Kollegen, Vorgesetzten, aber auch mit Familie und Freunden. Sprechen Sie über fachliche Aspekte, aber auch über Ihre Gefühle. Körperliche Betätigung, Naturerleben oder andere Formen des Stressabbaus gehören dazu. Gestehen Sie sich ein, wenn Sie merken, dass diese Verarbeitung, die Ihnen sonst gut gelingen mag, in diesem einen Fall nicht funktioniert. Suchen Sie spätestens nach einer ein bis zwei Wochen anhaltenden Symptomatik (siehe Tabellen 1-3) professionelle Hilfe!

Tabelle 3:

Empfehlungen für Betroffene⁶:

- Ziehen Sie sich nicht zurück, sondern suchen Sie das Gespräch

² Hier ist zu unterscheiden zwischen einem eigenen „Gedächtnisprotokoll“, welches nur zu Ihren eigenen Zwecken (ggf. im Zusammenwirken mit Ihrem Anwalt) dient, während schriftliche „Stellungnahmen“, die dem Vorgesetzten/der Administration vorgelegt werden, ggf. beschlagnahmt werden können (siehe juristischer Notfallkoffer, www.bda.de/118_o_4juristischer-notfallkoffer.htm).

³ Empfehlungen zur rechtlichen Durchführung dieser Gespräche finden Sie im „Juristischen Notfallkoffer“.

⁴ Dabei ist aus juristischer Sicht zu beachten, dass die Beteiligten ggf. der Staatsanwaltschaft als Zeugen zur Verfügung stehen und Protokolle solcher Besprechungen ggf. beschlagnahmt werden können.

⁵ Der Lokführer darf nach einem „Personenschaden“ weder die Lok in den nächsten Bahnhof noch selbst mit dem PKW nach Hause fahren.

⁶ Anregungen hierzu stammen u.a. aus der Broschüre „Täter als Opfer – Konstruktiver Umgang mit Fehlern“. Empfehlungen für Kader, Kollegen und Betroffene der Stiftung für Patientensicherheit & Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte.

- Involvieren Sie sofort den Oberarzt/ Chefarzt
- Dokumentieren Sie den Fall gut (zeitnah, nicht nur juristisch wichtig)
- Führen Sie das erste Gespräch mit Angehörigen nie am Telefon
- Führen Sie Gespräche mit Angehörigen möglichst immer im interdisziplinären Team
- Erwirken Sie schnell eine erste interdisziplinäre Nachbesprechung
- Berücksichtigen Sie, dass Sie vorerst nicht verkehrstüchtig sind
- Erwägen Sie, eine angemessene Auszeit zu nehmen
- Versuchen Sie, eigene Ressourcen zur Stressreduktion zu aktivieren (Sport, Naturerleben, Kultur, soziale Kontakte etc.)
- Suchen Sie bei Zeichen von Burnout, Depression, Angstzuständen, posttraumatischer Belastungsstörung professionelle Hilfe.
- Suchen Sie das Gespräch (mit einem möglichst stabilen Gegenüber und in einer geschützten Umgebung).

Empfehlungen für Kollegen/innen

Betroffene Ärzte/innen suchen und erwarten bei belastenden Behandlungszwischenfällen Unterstützung und Verständnis – in erster Linie bei Kollegen/innen. Seien Sie dafür offen. Machen Sie sich bewusst, dass Sie selbst der nächste Betroffene sein könnten, auch wenn Ihnen ein klinischer Verlauf oder das Handeln des Kollegen noch so unverständlich erscheinen mag. Ja, auch Ihnen kann das passieren! Für Sie als Kolleginnen und Kollegen lautet die Empfehlung, Sensibilität zu wecken und dem

Betroffenen aktiv Gesprächsbereitschaft zu signalisieren sowie Vertraulichkeit zuzusichern⁷. Schutzmechanismen wie Rückzug und Kommunikationsverweigerung müssen dabei oft aktiv überwunden werden.

Tabelle 4:

Empfehlungen für Kollegen/innen

- Sie sind als Kollege/in gefordert
- Beteiligen Sie sich nicht an Schuldzuweisungen, Ausgrenzungen oder Mobbing
- Schreiten Sie ein, falls es im Team dennoch dazu kommt
- Signalisieren Sie aktiv Gesprächsbereitschaft, wenn sie sich selbst stabil genug dafür fühlen
- Sichern Sie, soweit möglich, Vertraulichkeit zu
- Sprechen Sie sowohl über fachliche als auch über emotionale Aspekte
- Seien Sie wachsam für Symptome der Belastungsstörung bei Ihren Kollegen (Gereiztheit, Müdigkeit, Lustlosigkeit etc.)
- Überwinden Sie Rückzug und Kommunikationsverweigerung Ihres Gegenüber
- Schicken Sie den Betroffenen nicht unbedingt nach Hause, sondern setzen ihn außerhalb des OP im Haus ein
- Bei länger anhaltender Problematik schlagen Sie eine psychologische bzw. psychosomatische Fachbehandlung vor.

Empfehlungen für Vorgesetzte, Klinikdirektoren, Administration

Werten Sie schwere Behandlungskomplika-tion als einen Notfall, für die betroffe-

nen Patienten, für das betroffene Personal, aber auch für Ihre gesamte Abteilung/ Klinik (das „dritte Opfer“). Sorgen Sie vor! Prinzipiell ist ein Arbeitsumfeld und -klima anzustreben, welches einen offenen Umgang mit Behandlungskomplikationen fördert und eine sachliche Konfliktregelung ermöglicht. Für die Abteilung, die Vorgesetzten und die Administration lautet die Empfehlung, Sensibilität zu wecken und dem Betroffenen aktiv Gesprächsbereitschaft zu signalisieren. Schutzmechanismen wie Rückzug und Kommunikationsverweigerung müssen oft aktiv überwunden werden.

Eine erste kurze Besprechung sofort nach dem Ereignis⁸ informiert die Betroffenen über mögliche physische, kognitive, emotionale und verhaltensspezifische Symptome. Ein zeitnaher (in der operativen Medizin möglichst interdisziplinärer) Termin ermöglicht allen Beteiligten eine Aussprache⁹, auch um falschen Interpretationen vorzubeugen.

Wichtige Aspekte einer solchen „Krisenintervention“, wie sie aus dem Rettungsdienst bekannt ist, sind Aussprache von persönlich Erlebtem, Besprechen und Anerkennen der Gefühle, kognitive Verarbeitung der Gefühle statt Verdrängung/Verneinung. Ggf. werden Reaktionen innerhalb der Gruppe ausgetauscht und kommuniziert sowie Stressbewältigungstechniken erklärt.

Allgemein wird empfohlen, Betroffene nicht unbedingt nach Hause zu schicken, sondern außerhalb des OP, der Intensivstation, des NAW im Haus einzusetzen. Vor allem bei jüngeren Kollegen/innen sollte man einen erfahrenen Kollegen/in längerfristig als Mentor einsetzen (dies sollte auch aus Ausbildungsgründen eine Selbst-

⁷ Werden Sie als Gesprächspartner als Zeuge vernommen, müssen Sie allerdings wahrheitsgemäß antworten.

⁸ „Demobilisation“.

⁹ „Defusing“.

verständlichkeit sein). Darüber hinaus empfiehlt es sich (nicht nur aus diesem Grund), eine Mortalitäts- und Morbiditätskonferenz (M&M-Konferenz) zu jedem Fall standardisiert zu planen. Wenn nach einem tödlichen Verlauf, bei dem möglicherweise ein Behandlungsfehler im Raum steht, erstmals oder ausnahmsweise in einer Abteilung eine solche Maßnahme ergriffen wird, könnte dies leicht einen „Tribunalcharakter“ bekommen. Ist eine M&M-Konferenz hingegen ein langfristig gut etabliertes Instrument, hilft es allen Beteiligten in der Aufarbeitung des Falles. Zudem sollte man institutionalisierte, möglichst niederschwellige Anlaufstellen etablieren, an die sich Betroffene wenden können (Betriebsarzt, Psychologen, Psychiater). Überlegenswert ist, künftig gezielt tödliche Verläufe in ein (interdisziplinäres) Simulatortraining einzubauen, in Anlehnung an die bereits vorgeschlagene Vermittlung von „soft skills und crisis resource management“. Insgesamt sollte der Umgang mit diesen Situationen künftig Bestandteil der Facharztausbildung und Facharztprüfung werden.

Tabelle 5:

Empfehlungen für Vorgesetzte, die Abteilung, den/die Klinikdirektor/-in und die Administration:

- Seien Sie vorbereitet! Zwischenfälle passieren auch in Ihrem Team. Oder Ihnen selbst
- Nutzen Sie präventiv Erfahrungsaustausch, Schulung und Coaching zum Thema Umgang mit Zwischenfällen und Fehlern
- Seien Sie präsent! Seien Sie Vorbild. Führen Sie empathisch

- Der Behandlungszwischenfall ist ein Notfall, für Patient und Behandlungsteam!
- Behandlungskomplikationen können auch bei Führungspersonen – also auch bei Ihnen – Überforderungsgefühle auslösen
- Signalisieren Sie aktiv Gesprächsbereitschaft
- Sichern Sie Vertraulichkeit zu (unter Beachtung juristischer Limitationen¹⁰, ggf.: Vermitteln Sie einen Gesprächspartner, der Vertraulichkeit zusichern kann)
- Überwinden Sie Schutzmechanismen wie Rückzug und Kommunikationsverweigerung
- Achten Sie auf psychische Belastungssymptome Ihrer Mitarbeiter nach Behandlungszwischenfällen
- Behalten Sie diesbezüglich die Betroffenen längerfristig im Auge
- Bieten Sie aktiv interne oder externe Hilfe an
- Erteilen Sie Vorverurteilungen, Schuldzuweisungen, Mobbing im Team eine klare Absage
- Führen Sie systematische Nachbesprechungen mit den Betroffenen und im (interdisziplinären, interprofessionellen) Team durch
- Schicken Sie den Betroffenen nicht unbedingt nach Hause, sondern setzen ihn außerhalb des OP im Haus ein
- Setzen Sie ggf. einen erfahrenen Kollegen längerfristig als Mentor ein
- Planen Sie eine Mortalitäts- und Morbiditätskonferenz (nicht erst oder nur) zu dem Fall

- Erwägen Sie, tödliche Verläufe in ein Simulatortraining einzubauen
- Schaffen Sie institutionalisierte, möglichst niederschwellige Anlaufstellen (Betriebsarzt, Selbsthilfegruppen, geschulte Peers¹¹)
- Schulen Sie sich und die leitenden Mitarbeiter, wecken Sie Sensibilität
- Führen Sie Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen und Diskussionsforen zum Thema durch.

Danksagung

Wir danken der Stiftung Patientensicherheit für die Zusammenarbeit. Aus dem Material dieser Stiftung sind durch Umarbeitung, Ergänzung und Kürzung ganz wesentliche Anregungen zu Struktur und Inhalten in den vorliegenden Beitrag eingeflossen.

Herrn Rechtsanwalt R.-W. Bock, Berlin, (Kanzlei Ulsenheimer & Friederich) danken wir für die rechtliche Beratung.

Korrespondenzadresse

*Prof. Dr. med. Hinnerk Wulf
Klinik für Anästhesie und
Intensivtherapie
Universitätsklinikum Marburg
Baldingerstraße 1, 35043 Marburg
E-Mail: h.wulf@med.uni-marburg.de*

Nachdruck aus:

*Anästhesiologie &
Intensivmedizin 2013;54:490-494
Aktiv Druck & Verlag GmbH*

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

¹⁰ Werden Sie als Gesprächspartner als Zeuge vernommen, müssen Sie allerdings wahrheitsgemäß antworten.

¹¹ „Peers“ sollten integrierte und akzeptierte, gewählte Kollegen/innen sein, die als Vertrauenspersonen besonders geschult für den Umgang mit Behandlungszwischenfällen sind (z.B. durch sog. „peer support teams“).

Literatur zum Beitrag

Empfehlungen zum Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen und belastenden Verläufen

(Hessisches Ärzteblatt 12/2013, Seite 875)

Täter als Opfer – Konstruktiver Umgang mit Fehlern – Empfehlungen für Kader, Kollegen und Betroffene. Stiftung für Patientensicherheit & Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte – www.patientensicherheit.ch

Aktionsbündnis Patientensicherheit: „Reden ist Gold“ – Kommunikation nach einem Zwischenfall. Bonn: Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.; 2011, 1. Auflage

Gazoni FM, Durieux ME, Wells L: Live after death: the aftermath of perioperative catastrophes. Anesth Analg 2008;107:591-600

Gazoni FM, et al: The impact of perioperative catastrophes on anesthesiologists: results of a national survey. Anesth Analg 2012; 114:596-603

Krüger, et al: Vermittlung von „soft skills“ für Belastungssituationen. Anaesthesist 2009; 58:582-8

Mäulen B: Jedes Leben zählt – Suizid von Anästhesisten. Anaesthesist 2010;59:395-400

Martin TW, Roy RC: Cause for pause after a perioperative catastrophe: One, two, or three victims? Anesth Analg 2012;114:485-7

Müller M, Pfister D, Markett S, Jaspers B: Wie viel Tod verträgt das Team? Schmerz 2009;23:600-8

The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland 2005: Catastrophes in Anaesthetic Practice – dealing with the aftermath

Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, et al: The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the US and Canada. JT Comm J Qual Patient Saf 2007;33:467-76

Wenzel V: Suizidalität, persönliche Krisen und burnout. Anaesthesist 2010;59:393-4

Wiemann G, Middendorf V: Arbeitsbedingte psychische Traumatisierung; Ein Präventionsprogramm für Mitarbeiter der Deutschen Bahn AG. Psychologie-Gesellschaft-Politik 2008:60-64

Wulf H: Berufliche Belastungen in der Anästhesiologie – Umgang mit tödlichen Verläufen. Berufliche Belastungen in der Anästhesiologie – Warum wir darüber reden sollten. Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2010;45:638-39 und 656-60

Yue-Yung H, et al: Physicians' Needs in Coping With Emotional Stressors. Arch Surg 2012;147:212-7.

Interaktionen mit Cytochrom-P450

Die Wechselwirkungen der niederpotenten Neuroleptika

Abstract:

Für die Einschätzung des Interaktionspotentials der niederpotenten Neuroleptika auf Ebene der Cytochrom-P450-Enzyme (CYP) ist das Verhalten der einzelnen Substanzen zum Isoenzym CYP2D6 von entscheidender Bedeutung (Tab 1). Im folgenden wird dies am Beispiel der beiden Substanzen Melperon und Pipamperon näher ausgeführt.

Einleitung:

Die PRISCUS-Liste enthält eine Liste von Wirkstoffen, die als potentiell inadäquat bei älteren Patienten betrachtet werden. Als Therapie-Alternative für zahlreiche Neuroleptika und Sedativa/Hypnotika empfiehlt die PRISCUS-Liste die beiden niederpotenten Antipsychotika Melperon und Pipamperon. Dies liegt darin begründet, dass ihnen eine anticholinerge Komponente fehlt und sie ein geringes Risiko für extrapyramidal-motorische Störungen (EPS) besitzen. Melperon und Pipamperon sind somit geeignete Substanzen zur Sedierung bei psychomotorischen Erregungszuständen und zur Schlafinduktion von Patienten auch im höheren Lebensalter. Beide unterscheiden sich im Verhalten zum Cytochrom CYP2D6, wodurch auf pharmakokinetischer Ebene ein klinisch relevanter Unterschied erklärbar wird.

Hemmung von CYP2D6:

Über das Isoenzym CYP2D6 werden prominente Wirkstoffe aus der Gruppe der Betablocker, Psychopharmaka und Schmerzmittel metabolisiert. Beispielsweise wird der Betablocker Metoprolol nahezu ausschließlich über CYP2D6 verstoffwechselt. Metoprolol, eine Leitsubstanz der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), wurde 2012 mit 909,1 Mio. definierten Tagesdosen aus der Gruppe der Betablocker am häufigsten verordnet. Melperon hemmt CYP2D6 (Abb. 1) in einem klinisch relevanten Maß und es kommt bei Kombination mit Metoprolol zu einem signifikanten Anstieg des Betablocker-Wirkstoffspiegels. Das Risiko für das Auftreten von unerwünschten Arzneimittelwirkungen wie Hypotonie und Bradykardie steigt, sodass initial vorsichtig dosiert werden sollte unter engmaschiger Kontrolle von Blutdruck und Herzfrequenz. Pipamperon weist keine klinisch relevanten Hemmeffekte auf CYP2D6 auf und pharmakokinetische Wechselwirkungen mit Metoprolol sind nicht zu erwarten.

Bei gleichzeitiger Verordnung von Melperon mit dem Analgetikum Codein kann der analgetische Effekt eingeschränkt sein. Codein ist nämlich ein Prodrug, seine schmerzstillende Wirkung erzielt es erst durch Bio-

aktivierung über CYP2D6 zu Morphin, was aber durch Melperon blockiert wird. Pipamperon hingegen beeinflusst die Metabolisierung von Codein zu Morphin nicht.

Fazit:

Aus der Gruppe der niederpotenten Neuroleptika weisen die beiden Wirkstoffe Melperon und Pipamperon das beste Nutzen-Risiko-Verhältnis auf. Beide besitzen ein unterschiedliches Potential für pharmakokinetische Wechselwirkungen. Die hemmenden Eigenschaften auf das Cytochrom P450-Isoenzym von Melperon lassen die Verwendung von Pipamperon vorteilhafter erscheinen.

Übersicht auf Seite 880.

Anschrift des Verfassers:

Holger Petri

Fachapotheker für Arzneimittelinformation

Fachapotheker für Klinische Pharmazie

Zentral-Apotheke der Wicker Kliniken

Bad Wildungen-Reinhardshausen

E-Mail: petri@werner-wicker-klinik.de

Literatur beim Verfasser

Link für PRISCUS-Liste:

<http://www.aerzteblatt.de/callback/image.asp?id=37099>

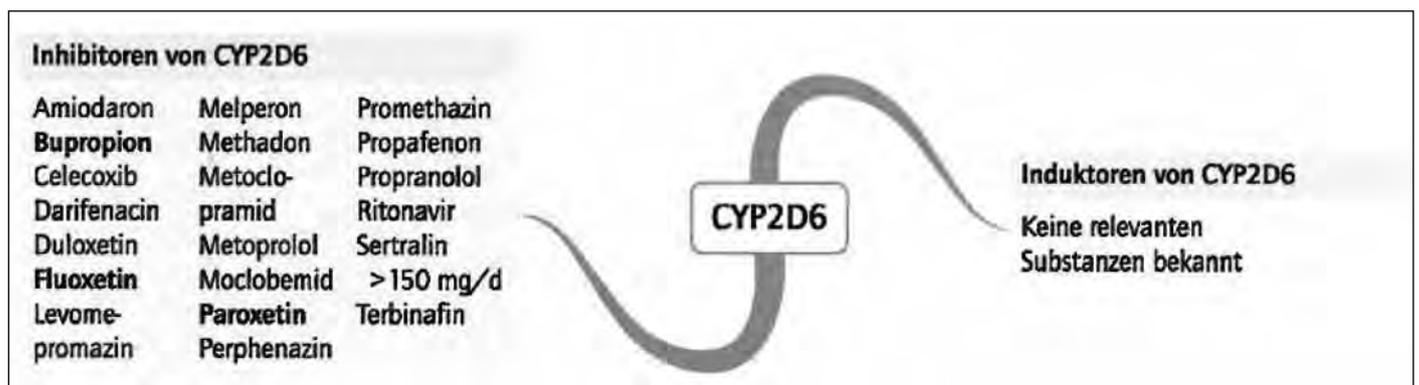


Abb. 1: Auswahl von modifizierenden Substanzen (stark wirkende fettgedruckt) mit klinisch relevanter Wirkung auf einzelne CYP450-Isoenzyme (Stand: 10/2013) [Quelle: mediQ-Interaktionsprogramm]

Tab. 1: Übersicht der Cytochrom-P450-assoziierten Interaktionen niederpotenter Neuroleptika (Stand: 11/2012)

Substanz (Beispiel für Handelspräparat)	CYP450: Metabolisierung und modulierende Wirkungen ^[1]	Interaktion durch CYP450- Modulatoren	Interaktions- risiko	Bemerkungen	Pharmakogenetik ^[2]
Chlorprothixen (Truxal)	<ul style="list-style-type: none"> Substrat von CYP2D6 	CYP2D6-Inhibitoren		Aufgrund der starken anticholinergen Komponente gibt es sehr viele Wechselwirkungen ^[2] . Einsatz nur in Ausnahmefällen und bei Versagen geeigneter Alternativen ^[2] .	CYP2D6: 7–10% der Mitteleuropäer und Afroamerikaner sind langsame Metabolisierer (Poor metabolizer, PM), bei Asiaten sind es 1–2%. 1–10% der Mitteleuropäer sind ultraschnelle Metabolisierer (Ultrasrapid metabolizer, UM), bei Nordafrikanern und Orientalen sind es 10–29%.
Levomepromazin (Neurocil)	<ul style="list-style-type: none"> Mittelstarker Inhibitor von CYP2D6 Mittelstarker Inhibitor von CYP3A4 	Nicht relevant			
Melperon (Eunerpan)	<ul style="list-style-type: none"> Mittelstarker Inhibitor von CYP2D6 	Nicht bekannt	CHECK		
Pipamperon (Dipiperon)	Unbeteiligt	Nicht bekannt			
Promethazin (Atosil)	<ul style="list-style-type: none"> Substrat von CYP2D6 Mittelstarker Inhibitor von CYP2D6 	CYP2D6-Inhibitoren			
Prothipendyl (Dominal)	Unbeteiligt	Nicht bekannt	CHECK	In der psychiatrischen Pharmakotherapie nicht empfohlen wegen erheblicher kardialer Risiken ^[2] .	
<p> Vor einer Kombinationstherapie ist die Anwendung eines Interaktionsprogramms unverzichtbar!</p> <p> Vor einer Kombinationstherapie ist die Anwendung eines Interaktionsprogramms zu empfehlen.</p> <p><small>Es gibt mehrere klinisch bedeutsame Interaktionen. Die Anwendung eines Interaktionsprogramms ist ratsam. Es sind vereinzelte Interaktionen zu beachten.</small></p>					
<p><small>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^[3]. Eine pharmakologische Bewertung, beispielsweise hinsichtlich Wirksamkeit, Zulassungsstatus oder Kontraindikationen, bleibt mit Ausnahmen (siehe Spalte „Bemerkungen“) unberücksichtigt. Quellen: 1. mediQ-Interaktionsprogramm, Haupt- und relevante Abbauewege; 2. Benkert O, et al. Compendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 8. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2010; 3. Masche U, et al. Zytochrome und andere Proteine und ihre Bedeutung für pharmakokinetische Arzneimittelinteraktionen. 4. Auflage, Wil: Informa-Verlags AG, 2009.</small></p>					

Ernährungssonde durchtrennt

Ein 80-jähriger Ehemann aus der Wetterau hat die Ernährungssonde seiner bettlägerigen, dementen Ehefrau durchtrennt. Der 80-Jährige stand im Frühjahr wegen versuchten Totschlages in Gießen vor Gericht. Glaubhaft hat er dem Gutachter berichtet, wie verzweifelt er gewesen sei, wie sehr er darunter gelitten habe, dass seine Frau wie „lebend tot“ gewesen sei. Seiner Aussage nach, habe er durch das Durchtrennen der Ernährungssonde eine Diskussion über den „unwürdigen Zustand“ seiner Frau anregen wollen.

Tatsächlich ist nicht nur eine Diskussion mit der Heimleitung, sondern eine breite gesellschaftliche Diskussion erforderlich. Jede Ernährung, Flüssigkeitsgabe oder Therapie muss regelmäßig auf ihre Sinnhaftigkeit überprüft werden. Jede begonnene Maßnahme, wie z.B. die Ernährung und Flüssigkeitsgabe über Sonde, kann auch wieder beendet werden.

Dabei handelt es sich eben nicht, wie viele meinen, leider auch viele Ärzte meinen, um aktive Sterbehilfe. Allerdings ist vorher eine sorgfältige Prüfung erforderlich. Es gibt zwei Voraussetzungen für die rechtmäßige Beendigung der Sondenernährung.

1. Die Ernährung über Sonde muss beendet werden, wenn die Patientin der Maßnahme nicht oder nicht mehr zustimmt. Oder wenn eine entsprechende schriftliche Willensbekundung in einer Patientenverfügung vorliegt.

Ist die Patientin nicht mehr in der Lage, ihren Willen zu äußern und liegt auch keine Patientenverfügung vor, muss der mutmaßliche Wille der Patientin ermittelt werden. Die Angehörigen und der behandelnde Arzt oder Ärztin tragen frühere Äußerungen der Patientin zusammen und werten sie aus.

Es geht nicht um die Einschätzung der Angehörigen, ob sie selbst die Situation als würdig oder unwürdig empfin-

den. Es geht allein um die Frage, wie die Patientin selbst, die aktuelle Situation beurteilen würde.

Für Angehörige und auch für die Ärzte ist es nicht leicht, eine solche Auswertung vorzunehmen. Es ist durchaus mit Belastungen verbunden, wenn man versucht herauszufinden, welche Entscheidung der Patientin am ehesten entspricht.

Durch „Ethische Beratungen“ können Angehörige und Ärzte in der Entscheidungsfindung unterstützt werden. Angeboten werden solche „Ethischen Beratungen“ z.B. von manchen ambulanten Palliativteams und vom Institut für Ethik in der Medizin, am Markuskrankenhaus in Frankfurt.

2. Es muss geprüft werden, ob eine medizinische Indikation für eine Sondenernährung vorliegt, d.h. ob die Zielsetzung der Maßnahme klar und angemessen ist. Studienergebnisse legen nahe, dass bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz kein Vorteil durch Sondenernährung besteht, weder wird die Lebensdauer der Patienten verlängert, noch die Lebensqualität verbessert. (1+2) Es gehört zum Krankheits-

verlauf der Demenz dazu, dass das Schlucken schwieriger wird. Die Ernährungs sonden werden hauptsächlich deshalb gelegt, weil in den Pflegeheimen nicht die Zeit vorhanden ist, demente Patienten zu füttern. Gesellschaftlich sind wir noch nicht bereit, finanziell so viel in die Versorgung der Menschen in den Pflegeheimen zu investieren, dass eine Versorgung mit Füttern der Patienten möglich wäre. Es wäre zu kurz gegriffen, den Pflegeheimen hier Vorwürfe zu machen. Trotz persönlichem Engagement von Menschen guten Willens in den Pflegeheimen ist dieses Problem nur gesellschaftlich zu lösen. Sollen unsere Pflegeheime nicht zunehmend zu Verwahrrorten werden, an denen nur das Notwendigste zur Versorgung getan werden kann, ist eine neue Würdigung dieser Aufgaben nötig.

Es gehört zum normalen Sterbeprozess dazu, dass Menschen aufhören zu essen und zu trinken. Es ist eine Herausforderung für Angehörige, Pflegenden und Ärzte, das zu akzeptieren.

Ein Hungergefühl besteht nicht mehr. Durch Feuchthalten der Mundschleimhaut kann

Durst vermieden werden. Deshalb kommen Marina Kojer und Martina Schmidl (3) zu dem Schluss:

1. PEG-Sonden werden häufig erst dann gesetzt, wenn die Kranken bereits auf ihr Sterben zugehen.
2. Der Großteil der Patientinnen ist zu dem Zeitpunkt, an dem die Sonde gesetzt wird, in der terminalen Phase der Erkrankung.
3. Die Sonde ändert nichts am weiteren Krankheitsverlauf (4).

Mit anderen Worten: es besteht keine medizinische Indikation!

Es gibt viele Menschen, die in vergleichbaren Situationen sind, wie der 80-Jährige aus der Wetterau. Was diese Menschen brauchen, sind Gesprächspartner, mit

menschliches Gegenüber und Beratung. Soll eine Ernährungssonde gelegt werden, bekommen Angehörige häufig zu hören: „Sie wollen doch Ihre Frau nicht verhungern und verdursten lassen!“. Konsequenz zu Ende gedacht, würde es heißen, dass vor der Einführung der Perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG) 1981 alle Menschen verhungert und verdurstet sind. Heute werden etwa 150.000 PEG-Anlagen im Jahr in Deutschland durchgeführt, 70% der Patienten sind Heimbewohner. Bei Patienten mit Schluckstörungen ist das Liegen einer PEG-Sonde meist Voraussetzung dafür, in ein Pflegeheim aufgenommen zu werden.

Je mehr medizinische Möglichkeiten wir haben, umso gewissenhafter müssen wir deren Indikation und den Patientenwillen in regelmäßigen Abständen prüfen.

Anschrift der Verfasserin:

*Dr. med. Elisabeth Lohmann
Ärztin für Allgemeinmedizin,
Palliativmedizin
Palliativteam Hochtaunus
Hugenottenstr. 99
61381 Friedrichsdorf
www.palliativteam-hochtaunus.de*

Literatur:

- (1) *Li, I Feeding tubes in patients with severe dementia. American Family Physicians 65 (8): 1605-1610*
- (2) *Sampson E et al (2009) Reuters Health Information vom 14.4.2009, Cochrane Database Syst Rev www.medscape.com*
- (3) *Kojer M Schmidl M (2011) Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Springer Wien-NewYork, 95*
- (4) *Christmas C, Finucane T (2003) Artificial Nutrition und Hydration. In: Morrison RS, Meier DE eds Geriatric Palliative Care. Oxford University Press, 36-45*

Frühere Ärztekammerpräsidentin Dr. med. Ursula Stüwe zum Ehrenmitglied des Marburger Bundes Hessen ernannt

Nachfolgerin im neu gewählten geschäftsführenden MB-Vorstand ist Dr. med. Susanne Johna



*Dr. med. Ursula Stüwe
(Foto: Monika Buchalik)*

Dr. med. Ursula Stüwe, von 2004 bis 2008 Präsidentin der Landesärztekammer Hessen, ist neues Ehrenmitglied des Marburger Bund (MB) Hessen. Auf der Hauptver-

sammlung des MB in Frankfurt wurde sie aufgrund ihres persönlichen Engagements und besonderer Verdienste in der Verbandsarbeit einstimmig als Ehrenmitglied gewählt. Stüwe ist seit 35 Jahren MB-Mitglied und war zehn Jahre im Vorstand aktiv.

Ebenfalls einstimmig wurde in Frankfurt ein neuer MB-Vorstand gewählt. Nach dem Ausscheiden von Dr. med. Ursula Stüwe

gehört ihre Nachfolgerin Dr. med. Susanne Johna dem geschäftsführenden Vorstand als neues Mitglied an. PD Dr. med. Andreas Scholz und Dr. med. Lars Bodammer wurden als geschäftsführende Vorstandsmitglieder bestätigt. Johna und Bodammer sind auch Mitglieder des am 31. August 2013 neu gewählten Präsidiums der Landesärztekammer Hessen.

Katja Möhrle

PEG ohne Einverständniserklärung ist Körperverletzung

Wolfgang Rösch, Hans Gießler

Zusammenfassung

Bei der Anlage einer PEG ohne zwingende Indikation ergeben sich straf- und zivilrechtliche Probleme, wenn keine Einverständniserklärung vonseiten des Patienten bzw. des Vorsorgebevollmächtigten vorliegt.

Ärztliche Maßnahmen – man denke nur an das jüngst in Köln ergangene Urteil über die Beschneidung von Neugeborenen – sind häufig Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit des Menschen und damit Körperverletzung, es sei denn, es liegt ein Einverständnis des betreffenden Patienten vor.

Die perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) gehört zu den invasiven Eingriffen, die häufig bei Patienten vorgenommen werden müssen, die aufgrund körperlicher Gebrechen oder einem demenziellen Syndrom nur bedingt einwilligungsfähig sind oder bei denen ein gesetzlicher Vormund die Entscheidung treffen muss.

Schluckstörungen mit Aspirationsgefahr, z.B. nach einem apoplektischen Insult, stellen ebenso eine zwingende Indikation für die Anlage einer PEG dar wie auch ein stenosierender Tumor im Bereich des oberen Gastrointestinaltrakts, wenn z. B. während einer Strahlentherapie eine Hyperalimentation gewünscht wird. Als Maßnahme zur Erleichterung der Pflege alter Menschen, die nicht mehr ausreichend Nahrung zu sich nehmen, ist die PEG nicht gedacht, ist doch die Anlage einer durch die Bauchdecke geführten Nahrungsonde mit einer Reihe von Komplikationen belastet, die eher zu einer Lebensverkürzung als zu einer Lebensverlängerung führen.

Die Problematik einer PEG-Anlage ohne ausdrückliches Einverständnis des Vorsorgebevollmächtigten soll die folgende Kasuistik erläutern.

Kasuistik

Die 92-jährige Patientin wurde am 19. April 2010 wegen eines Schlaganfalls in ein kommunales Krankenhaus eingewiesen. Am 23. April 2010 habe er, Sohn der Patientin, dem diensthabenden Arzt – er selbst sei als Gynäkologe im niedergelassenen Bereich tätig – eine Kopie von Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung gegeben, da wegen gelegentlicher Schluckstörungen die Anlage einer PEG diskutiert worden sei. Für den 26. April 2010 sei ein ärztliches Aufklärungsgespräch vereinbart worden, wo es u. a. darum gegangen sei, wie es mit seiner Mutter weitergehen solle. Am 26. April habe er durch eine Mitarbeiterin den Stationsschwestern mitteilen lassen, dass er wegen hohen Patientenaufkommens in der Praxis nicht abkömmlich sei und dass das Gespräch auf den nächsten Tag verschoben werden müsse. Dabei sei seiner Mitarbeiterin mitgeteilt worden, dass die PEG-Sonde bereits gelegt worden sei. Es sei ihm wichtig gewesen, dass er genügend Zeit zur Verfügung gehabt habe, um sich bei internistischen Kollegen und im Internet über diese Möglichkeit der künstlichen Ernährung zu informieren. Er müsse noch erwähnen, dass er nach seiner Praxis täglich seine Mutter im Krankenhaus besucht habe und ihr auf dem Nachttisch stehende Speisen wie Quark und Eis zugefüttert habe. Er habe beobachten können, dass seine Mutter täglich besser habe schlucken können. Eine Stellungnahme durch den Schlichtungsausschuss und eventuell auch eine Entscheidung sei ihm, bevor er möglicherweise zivilrechtlich tätig werde, deshalb wichtig, weil es nicht zuletzt um einen zu klärenden Sachverhalt unter Ärzten gehe. Alternativ zu dem invasiven operativen Eingriff einer PEG-Sondenanlage habe man die weniger belastende Möglichkeit, eine transnasale Sonde zu legen, offen-

sichtlich überhaupt nicht berücksichtigt und in Erwägung gezogen. Er persönlich habe die Mutter gefüttert. Ihm seien weder der Schluckbeschwerden noch ein Abwehrverhalten aufgefallen. Es habe Anlass bestanden, davon auszugehen, dass die Nahrungsaufnahme unter Hilfe täglich besser würde und sich letztlich normalisiere.

Die PEG-Sonde sei ohne Not und ohne eine Aufklärung (mit Hinweis auf alternative medizinische Maßnahmen, die die Ernährung erleichtern) und ohne seine Einwilligung als gesetzlicher Vorsorgebevollmächtigter gelegt worden.

Darüber hinaus hätte der Zugang über den zentralen Venenkatheter zumindest so lange erhalten bleiben können, bis eine endgültige Entscheidung und Zustimmung zur PEG getroffen worden sei. Grundsätzlich sei es üblich, den Angehörigen im Rahmen der Aufklärung ausreichend Zeit für eine Entscheidungsfindung zuzubilligen.

Diese Möglichkeit sei ihm nicht gegeben worden.

Ein Grund für den sofortigen Vollzug einer PEG-Sonden-Ernährung habe nicht bestanden. Durch zahlreiche Studien sei wissenschaftlich belegt, dass eine PEG-Sonde keinerlei Vorteile gegenüber anderen Ernährungsmaßnahmen bringe.

Der Chefarzt der beklagten Klinik trägt vor, der Sohn der Patientin habe ihm nicht die Möglichkeit gegeben, ihn aufzuklären, obwohl er gewusst habe, dass seine Mutter dringend eine Ernährung benötige. Er habe sich vier Tage nicht gemeldet. Erst danach habe eine Mitarbeiterin seiner Praxis angerufen, sodass er für und im Sinne der Patientin eine Entscheidung habe treffen müssen.

Es sei völlig unstrittig, dass die Patientin in einem äußerst schlechten Zustand, aus-

gelöst durch Flüssigkeitsmangel (Exsikkose) ins Krankenhaus eingeliefert worden sei, Flüssigkeits- und Blutsalzhaushalt seien sodann über einen zentralen Venenkatheter (ZVK) ausgeglichen worden. Daraufhin habe sich der Zustand der Patientin langsam gebessert. Allerdings sei der Zustand dermaßen schlecht gewesen, dass hier sehr wohl vonseiten des Klägers als auch des Beklagten vom Tod der Patientin ausgegangen werden können. So habe der Klinikseelsorger am 25. April die Krankensalbung vorgenommen. Dies sei üblich, wenn mit dem Tod der Patientin gerechnet werden müsse.

Es sei die Frage zu stellen, warum der Sohn in Kenntnis des dramatischen Zustands seiner Mutter und auch in Kenntnis dessen, dass die behandelnden Ärzte eine PEG legen wollten, von seiner Seite aus unnötig Zeit verstreichen lassen wollte. Ihm sei es offensichtlich wichtiger gewesen, den ganzen Tag in seiner eigenen Praxis zu verbringen, in Kenntnis des dramatischen Zustands seiner Mutter. Er habe es nicht einmal für nötig erachtet, ein kurzes Telefonat mit den behandelnden Ärzten zu führen, um die hier zwingend notwendige PEG zu genehmigen. Ein länger liegender zentraler Venenkatheter berge die Gefahr einer Sepsis, aufgrund des schlechten Zustands der peripheren Gefäße sei eine periphere Therapie (Viggo, Braunüle) nicht möglich gewesen. Auch nach der oben ausgeführten klinischen Besserung der Patientin sei diese nicht in der Lage gewesen, genügend Flüssigkeit und Nahrung zu sich zu nehmen. Dass hier entsprechende Beifütterungen möglich und auch getätigt worden seien, sei unstrittig. Der Vortrag des Klägers, dass die PEG gelegt worden sei, damit das Pflegepersonal entlastet werde, sei als absolute Unverschämtheit ausdrücklich zurückzuweisen.

Während des stationären Aufenthalts sei es zu einer Erhöhung der Infektparameter gekommen (CRP um 50mg/dl), sodass als mögliche Infektionsquelle der ZVK habe entfernt werden müssen. Da eine erneute ZVK-Anlage als zu riskant eingestuft worden sei, wäre die einzig richtige und notwendige medizinische Indikation, um das Leben der Patientin zu retten, das Legen einer PEG gewesen. Dies sei dem Kläger bereits am 23. April 2010 mitgeteilt worden. Außerdem seien diesem entsprechende Aufklärungsbogen überreicht worden, mit denen er sich entsprechend habe auseinandersetzen können, obwohl er als Mediziner über entsprechende Kenntnisse hätte verfügen müssen.

Auch nachdem am 25. April die entsprechende Krankensalbung vorgenommen worden sei, habe der Kläger dies nicht zum Anlass genommen, trotz des bevorstehenden Todes seiner Mutter mit den behandelnden Ärzten ein entsprechendes Aufklärungsgespräch zu führen und die Einwilligung zur Maßnahme zu geben. So sei die Klinik vor die Wahl gestellt worden, entweder hier im Wege des medizinischen Notfalls ohne Einwilligung zur Rettung der Patientin die PEG zu legen oder aber sich weiterhin von dem Kläger verträsten zu lassen mit der Gefahr, dass die Mutter sterbe und dem Krankenhaus dann unterlassene Hilfeleistung vorgeworfen werden könne. Der Chefarzt habe sich sodann richtig entschieden und zum Wohle der Patientin gehandelt.

Wenn eine Einwilligung vom Patienten oder dessen Bevollmächtigten nicht eingeholt werden könne, genüge dessen mutmaßliche Einwilligung zur Rechtfertigung des Eingriffs. Da der Kläger selbst Mediziner sei, hätten die behandelnden Ärzte davon ausgehen können, dass diesem bekannt gewesen sei, dass der vorgenommene Ein-

griff zur Rettung der Patientin zwingend notwendig gewesen sei. Daher sei man von der entsprechenden Einwilligung ausgegangen.

Es sei einheitliche Rechtsprechung, dass bei unaufschiebbaren, unter Umständen lebensrettenden Maßnahmen im Einzelfall von einer entsprechenden Aufklärung und der Einholung einer Einwilligung abgesehen werden könne.

Für die Haftung eines Arztes könne es aber auch bedeutsam sein, wenn der Vertreter des Patienten seine Einwilligungsbe fugnis erkennbar zum Nachteil des Patienten missbrauche oder umgekehrt, wenn z.B. eine Einwilligung erkennbar missbräuchlich zum Nachteil des Patienten verweigert werde. In solchen Fällen müsse der Arzt dann das medizinisch Notwendige veranlassen.

Die Patientin habe nach dem entsprechenden Eingriff, welchen sie komplikationslos überstanden habe, stabil aus dem Krankenhaus entlassen werden können.

Offensichtlich sei die PEG-Sonde immer noch in Benutzung, woraus zu schließen sei, dass die Patientin weiterhin noch auf diese Sonde angewiesen sei. Sonst sei nicht verständlich, warum diese Sonde nicht wieder entfernt worden sei. Eine PEG sei eine reversible Methode, welche im Rahmen einer Magenspiegelung problemlos entfernt werden könne.

Gutachterliche Stellungnahme

Eine PEG-Sonde dient in erster Linie einer ausreichenden Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, wenn Schluckstörungen bestehen und/oder eine längerfristige Versorgung über einen zentralen Venenkatheter nicht möglich ist.

Eine PEG stellt, von wenigen Ausnahmen abgesehen, keine lebensverlängernde Maßnahme dar, im Gegenteil, in zunehmendem

Maße setzt sich die Erkenntnis durch, dass wegen möglicher Komplikationen beim Legen einer PEG-Sonde oder im weiteren Verlauf das Leben eher verkürzt wird.

Zweifelsfrei stellt eine PEG ohne Einverständnis des Patienten bzw. eines Vorsorgebevollmächtigten eine Körperverletzung dar. Im vorliegenden Fall muss sogar argumentiert werden, dass, wenn der Gesundheitszustand des Patienten so schlecht ist, dass mit einem baldigen Ableben zu rechnen ist, eine Kontraindikation für das Legen einer PEG-Sonde gegeben ist.

Ob die Krankensalbung als „letzte Ölung“ interpretiert werden kann oder sollte, muss offen gelassen werden, doch zeigt der weitere Verlauf mit zunehmender Verbesserung des Allgemeinzustands, dass der kritische Zustand der Patientin im Krankenhaus überschätzt worden ist. Eine zwingende Indikation zur Durchführung dieser Maßnahme lag sicher nicht vor.

Auch das Argument, dass bei unaufschiebbaren und unter Umständen lebensrettenden Maßnahmen im Einzelfall von einer entsprechenden Aufklärung und der Einholung einer Einwilligung abgesehen werden kann, zieht nicht. Auch von einer mutmaßlichen Einwilligung des Patienten zur Rechtfertigung des Eingriffs ist aufgrund der vorliegenden Vorsorgevollmacht und der Patientenverfügung nicht auszugehen.

Die Liegedauer eines zentralen Venenkatheters ist in den entsprechenden Leitlinien nicht festgelegt, da dies von der Grundkrankheit des betreffenden Patienten abhängt. So müssen wenige Patienten nach ausgedehnten Darmresektionen über Monate bis Jahre über einen zentralen Venenkatheter ernährt werden. Nichts hätte dagegen gesprochen, erneut einen ZVK, z. B. auf der anderen Halsseite, als überbrückende Maßnahme zu legen, bis das entspre-

chende Einverständnis für die PEG eingeholt werden konnte. Ob der zunächst gelegte ZVK überhaupt hätte entfernt werden müssen – er lag schließlich erst fünf Tage –, muss offen gelassen werden, da von lokalen Entzündungszeichen nirgends die Rede ist. Die Erhöhung des CRP auf Werte um 50mg/dl könnte durchaus auch andere Ursachen als eine Entzündungsreaktion gehabt haben. Für das Legen einer PEG-Sonde ohne Einverständnis des Vorsorgebevollmächtigten bestand somit keine zwingende Indikation.

Kritisch angemerkt werden muss noch, dass der Kläger, selbst Arzt, sich unnötig viel Zeit gelassen hat mit seiner Entscheidung für oder gegen eine PEG-Sonde. Arbeitsüberlastung durch eine volle Sprechstunde kann hier kein Argument sein, wenn es um eine vom Krankenhaus für notwendig erachtete Maßnahme geht. Als ärztlicher Kollege hätte er die Problematik erkennen müssen und zu dieser vor einigen Tagen vorgeschlagenen PEG-Sonde mit ja oder nein sich auch telefonisch äußern können, zumal ihm entsprechende Aufklärungsbogen rechtzeitig übermittelt worden sind.

Zusammenfassend muss festgehalten werden:

Eine zwingende Indikation zur Anlage einer PEG-Sonde bestand bei der Patientin nicht, Alternativmaßnahmen wurden offensichtlich nicht diskutiert. Da ein entsprechendes Einverständnis des Vorsorgebevollmächtigten nicht vorlag, musste diese Maßnahme unterbleiben, zumal keine Gefahr im Verzug war und eine entsprechende Stellungnahme durch den Kläger für den 27. April 2010 vereinbart worden war.

Juristische Stellungnahme

Im vorliegenden Falle hatte die Kommission die Fehlerhaftigkeit folgender Behandlungsmaßnahmen zu überprüfen:

Anlage eines ZVK

Die Anlage eines ZVK stellt einen Eingriff in den Körper des Patienten dar und bedarf deswegen einer Einwilligung des Patienten. Eine solche Einwilligung hat die nicht einwilligungsfähige Patientin nicht erteilt, auch nicht der aufgrund einer Vorsorgevollmacht bevollmächtigte Sohn der Patientin. Der die Mutter täglich besuchende Arztsohn hat jedoch der von ihm wahrgenommenen ZVK-Anlage nicht widerspro-

chen und auch die spätere Entfernung der ZVK gerügt, sodass die Kommission eine nachträgliche Genehmigung der ZVK-Anlage angenommen hat.

Die spätere Entfernung des ZVK

Dass die spätere Entfernung des ZVK wegen einer Katheterinfektion notwendig gewesen wäre, steht nicht eindeutig fest. Indes hat die Kommission die Entfernung nicht für vermeidbar fehlerhaft, sondern für vertretbar gehalten. Dabei konnte dahingestellt bleiben, ob für die Entfernung des ZVK grundsätzlich eine Einwilligung der Patientin oder ihres Vorsorgebevollmächtigten notwendig war. Denn es handelte sich nicht eigentlich um einen (neuen) körperlichen Eingriff, sondern um die Rückgängigmachung eines durch die Anlage des ZVK vorgenommenen Eingriffs. Zum anderen konnten die beteiligten Ärzte von einer mutmaßlichen Einwilligung der Patientin ausgehen, da der Vorsorgebevollmächtigte nicht zu dem vorgesehenen Behandlungsgespräch erschienen war und aufgrund der Einlieferung der einwilligungsunfähigen Patientin in das Krankenhaus anzunehmen ist, dass Patientin und Vorsorgebevollmächtigter mit allen einfachen, nicht wesentlich in Körper oder Gesundheit eingreifenden Behandlungsmaßnahmen (z.B. die Verabreichung von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln) einverstanden waren. Schließlich war auch nicht ersichtlich, dass die Entfernung des ZVK ohne ausdrückliche Patienteneinwilligung zu einer gesundheitlichen Beeinträchtigung der Patientin geführt hatte (vgl. hierzu OLG Bamberg Med. R. 2012, 663).

Anlage einer PEG-Sonde

Diese Maßnahme stellte einen neuen Eingriff in den Körper der Patientin dar und hätte unzweifelhaft eine Einwilligung der Patientin oder ihres Vorsorgebevollmächtigten erfordert.

Eine solche lag nicht vor und konnte auch nicht als mutmaßlich gegeben angenommen werden, sodass die Anlage der PEG-Sonde rechtswidrig war. Sie wurde von der Kommission indes als unter den gegebenen Umständen sachgerechte Behandlungsmaßnahme angesehen. Sie widersprach auch nicht der vorliegenden Patientenverfügung, in der lebensverlängernde Maßnahmen abgelehnt wurden, wenn das „Grundleiden nach gesicherter medizinischer Erkenntnis einen unabwendbaren Verlauf zum Tode genommen hat“, denn die Anlage einer PEG-Sonde stellt weder eine lebensverlängernde Maßnahme dar noch war in absehbarer Zeit (drei bis vier Wochen) mit einem Ableben der (zum Zeitpunkt der vorliegenden Kommissionsentscheidung) noch lebenden Patientin zu rechnen. Eine ärztliche Haftung schied unter diesen Umständen – wie oben bereits in anderem Zusammenhang ausgeführt – deshalb aus, weil der Patientin durch die Anlage der PEG-Sonde kein Schaden an Körper oder Gesundheit entstanden war. Dafür sprach auch die Tatsache, dass der Vorsorgebevollmächtigte die PEG-Sonde nicht wieder hat entfernen lassen, was für ihn ohne Zustimmung des Vormundschaftsgerichts möglich gewesen wäre, wenn er dies verlangt hätte und ärztlicherseits keine Einwände erhoben worden wären (BGH NJW 2005, 2385).

Addendum

Die Aufgabe der Gutachter- und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern besteht darin, einer gerichtlichen Auseinandersetzung zuvorzukommen und einer solchen vorzubeugen. Im vorliegenden Fall hat der Kläger aber auch die Staatsanwaltschaft eingeschaltet. Das Ermittlungsverfahren wegen des Verdachts der Körperverletzung wurde gegen Zahlung einer Geldbuße in Höhe von EUR 4000,- mit folgender Begründung eingestellt:

„Zwar trifft es zu, dass die perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) am 26. April 2010 nicht zwingend hätte gelegt werden dürfen, ohne zuvor die Einwilligung des bevollmächtigten Sohnes der betroffenen Patientin einzuholen, denn ein rechtfertigender Notstand gemäß § 34 StGB lag nicht vor. Die Versorgung der Patientin hätte bis zur Entscheidung des Anzeigerstatters über die Anlage einer PEG über den zentralen Venenkatheter (ZVK) laufen können. Der ZVK stellt indes keine dauerhafte Lösung im Hinblick auf die Schluckbeschwerden und damit einhergehende Probleme beim Essen und Trinken dar. Als Alternative kam auch die Neuanlage eines ZVK in Betracht, wofür nicht die Einwilligung des Bevollmächtigten notwendig gewesen wäre, da hier von einer mutmaßlichen Einwilligung der Patientin bzw. des Anzeigerstatters hätte ausgegangen werden können (vgl. OLG Hamm, VersR 2003, 1544).

Eine PEG-Sonde stellt jedoch im Vergleich zu einem ZVK die praktikablere Alternative dar, um eine optimale Ernährung zu gewährleisten. Zudem besteht bei einem ZVK stets ein erhöhtes Entzündungsrisiko und war bei der Patientin außerdem insofern nicht unproblematisch, da der ZVK wegen ihrer schlechten Venen, so der Beschuldigte, wieder im Brustbereich hätte gelegt werden müssen, d. h. die Möglichkeiten, einen solchen Katheter bei ihr optimal bzw. funktionsfähig anzulegen, waren begrenzt.

Schließlich war zu berücksichtigen, dass es der Patientin bei ihrer Entlassung am 29. April 2010 – immerhin nur drei Tage nach Anlage der PEG-Sonde – wesentlich besser ging und die PEG-Sonde dementsprechend einen Erfolg gebracht hatte.

Das Verschulden des Beschuldigten erscheint mithin gering.

Die erteilte Auflage ist geeignet, das öffentliche Interesse an der Strafverfolgung zu beseitigen. Etwaige vermögensrechtliche Ansprüche werden durch die Einstellung des strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens nicht berührt.“

Fazit

Es ist sicher bedenkenswert – und der Erstauteur des Beitrags ist sich nicht sicher, ob ihm nicht auch der Geduldsfaden gerissen wäre –, wenn der behandelnde Arzt nicht nachvollziehen kann, dass die Entscheidung für oder gegen eine PEG noch dazu von einem Kollegen über Tage hinausgezögert wird.

Juristen sehen die Problematik naturgemäß ganz anders. Wo kein Einverständnis des Patienten oder seines Bevollmächtigten vorliegt, darf die möglicherweise lebensrettende Maßnahme nicht praktiziert werden. Wie weit dabei das vorliegende Patiententestament bzw. die entsprechende notariell beglaubigte Verfügung die Handlungsfähigkeit des Arztes einschränkt, muss im Einzelfall der Interpretation des Ge-

richts vorbehalten bleiben. Im vorliegenden Fall liegen zwei zunächst widersprüchlich erscheinende Bewertungen vor. Im Rahmen des strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens hat die Staatsanwaltschaft eine Einstellung des Ermittlungsverfahrens wegen geringfügigen Verschuldens gegen die Zahlung einer nicht unbeträchtlichen Geldbuße vorgeschlagen.

Im zivilrechtlichen Verfahren vor der Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungen kommt die Kommission zu dem nachvollziehbaren Entscheid, dass der Patientin ja kein Schaden entstanden ist, der eine finanzielle Kompensation durch die Versicherung des Beklagten rechtfertigen würde. Im Gegenteil, die zunächst für moribund gehaltene Patientin profitiert nach wie vor von der liegenden PEG-Sonde, über die ihr weiterhin Nahrung und Flüssigkeit zugeführt wird.

Was lernen wir aus dem Fall? An einer Einwilligung des Patienten bzw. dessen Bevollmächtigten kommt der Arzt nur in Notfall-Situationen vorbei. Wer sich nicht einer

Körperverletzung schuldig machen will, sollte dieses Verdikt ernst nehmen, vor allem, um sich unnötigen Ärger und erheblichen Zeitaufwand bis zur Klärung des Sachverhalts zu ersparen.

Sein Temperament zu zügeln, kann in dieser Situation sinnvoller sein als eine nicht nachvollziehbare Argumentation. Ärzte denken nun einmal anders als Juristen – aber sie sind und bleiben lernfähig.

Interessenkonflikt: Nein

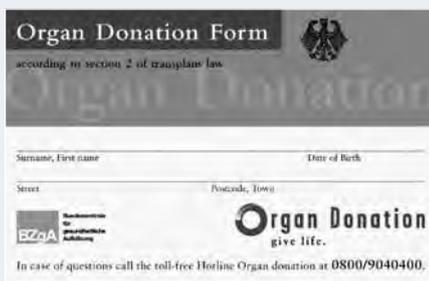
Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Wolfgang Rösch
Steinbacher Hohl 32
60488 Frankfurt am Main
wolfgang.roesch@online.de

Nachdruck aus:

Endoskopie heute 2013, 26: 230-233
DOI
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1350491>
Endheut 2013; 26: 230-233
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart-NewYork
ISSN 0933-811X

Organspendeausweis für das europäische Ausland übersetzt



Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGÄ) bietet auf der Internetseite www.organspende-info.de ein übersetztes Beiblatt zum Organspendeausweis in 24 Sprachen an. Dieses Beiblatt in allen EU-Amts-

sprachen soll zum Verständnis und zur Beachtung der persönlichen Entscheidung im Ausland beitragen. Grundsätzlich gilt bezüglich einer Organspende immer die Regelung des jeweiligen Landes. In den meisten europäischen Ländern, so auch in Italien, Spanien, Griechenland

und der Türkei, ist das die Widerspruchslösung: Hat der Verstorbene einer Organentnahme zu Lebzeiten nicht ausdrücklich widersprochen, beispielsweise in einem Widerspruchsregister, können Organe zur Transplantation entnommen werden. Meist werden jedoch die Angehörigen nach dem mutmaßlichen Willen der verstorbenen Person befragt.

Der ausgefüllte Organspendeausweis aus Deutschland hat jedoch in anderen Ländern Gültigkeit, unabhängig von den dortigen Regelungen. Das Beiblatt kann vor einer Reise ins fremdsprachige Ausland im Internet heruntergeladen und ausgefüllt bei den übrigen Ausweispapieren mit sich geführt werden (www.organspende-info.de/organspendeausweis/beiblaetter). Der Organspendeausweis selbst wird bei der BzGÄ in deutscher, türkischer und englischer Sprache angeboten.

(BzGÄ)

Sicherer Verordnen

Mukolytika – neue Interaktion und alte Vorbehalte

Vor kurzem wurde davor gewarnt, Ambroxol (Mucosolvan®, Generika)-haltige Injektionslösungen mit einer 5-prozentigen Glukoselösung zu mischen. Es kommt bei der Mischung zu einer verstärkten Bildung eines Abbauproduktes, dessen Toxizität bis Ende 2013 genauer untersucht werden soll. Ein Review zum Einsatz von Mukolytika bei Patienten mit chronischer Bronchitis oder COPD zeigte die Wirksamkeitsgrenzen dieser Arzneistoffe auf: Mukolytika können zwar die Anzahl akuter Exazerbationen geringfügig reduzieren, haben aber keine oder allenfalls eine geringfügige Wirkung auf die Lebensqualität. Typischerweise kommt es zu einem bekannten Effekt: Ältere Studien zeigten eine ausgeprägtere Wirkung als Studien neueren Datums. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt. Mittel der Wahl bleiben inhalative Glukokortikoide oder lang wirkende Bronchodilatoren.

Quellen: Dt. Apo. Ztg. 2012; 152: 5578-81; Pharm. Ztg. 2013; 158 (33): 81; Dt. med. Wschr. 2013; 138: 985

Reye-Syndrom – auch bei jungen Erwachsenen

Bei einer 21-Jährigen entwickelte sich unter der Einnahme von ASS wegen eines gripalen Infektes ein akutes Leberversagen und in Folge eine akute Enzephalopathie. Das sich entwickelnde Hirnödem konnte nicht mehr therapeutisch beherrscht werden. Nach Ausschluss anderer Ursachen wurde ein Reye-Syndrom (1963 erstmalig beschrieben) diskutiert, dafür sprachen zum Beispiel eine massive Leberverfettung und Mitochondrienschädigung, deren Ursache weder serologisch noch histologisch geklärt werden konnte. Diese Erkrankung tritt zwar meist bei Kindern zwischen vier und neun Jahren auf, ältere Menschen können jedoch auch betroffen sein. Bis heute ist nur eine mögliche Assoziation mit einem vorausgegangenen Virusinfekt und der Einnahme von ASS oder anderen Salicylaten bekannt. Ob eine Grippeimpfung Schutz bieten kann, bleibt Spekula-

tion. Grundsätzlich sollte jedoch diese Impfung bei Kindern (und Erwachsenen) durchgeführt werden, insbesondere bei chronisch Kranken.

Quellen: Dtsch. med. Wschr. 2012; 137: 1853-6; Pharm. Ztg. 2013; 158 (33): 16

Neue STIKO-Empfehlungen

Die ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut hat in ihren neuen Impfempfehlungen (www.stiko.de) nun die Rotavirus-Schutzimpfung aufgenommen. Die Schluckimpfung sollte frühzeitig (im Alter von sechs bis zwölf Wochen) begonnen werden, da das Risiko für Darminvaginationen mit dem Alter zunimmt.

Bei der Hepatitis B-Impfung genügt eine erfolgreich durchgeführte Grundimmunisierung, eine Auffrischimpfung ist im Allgemeinen nicht notwendig.

Nach der STIKO sollte bei Zwei- bis Sechsjährigen bevorzugt ein Grippeimpfstoff angewandt werden, der in die Nase gesprüht wird. Eine kritische medizinische Zeitschrift sieht jedoch keinen Vorteil des intranasalen Impfstoffes, insbesondere bei Kindern mit dem höchsten Risiko für Influenzazusatzkomplikationen.

Zuzustimmen ist der neuen Empfehlung einer Grippeimpfung bei Personen, die geimpfte Risikopatienten betreuen (kein 100-prozentiger Infektionsschutz durch die Impfung).

Quellen: Prescr. internat. 2013; 22: 201; Dt. Ärztebl. 2013; 110(35-36): C1390

L-Carnitin: nutzlos und schädlich

Der Verzehr von viel rotem Fleisch erhöht das Risiko von Herzerkrankungen, unabhängig vom Fett- oder Cholesterolgehalt. Grund könnte nach neuen amerikanischen Forschungsergebnissen ein Abbauprodukt von L-Carnitin sein, das die Bildung arteriosklerotischer Plaques begünstigt. L-Carnitinhaltige Nahrungsergänzungsmittel sollten daher nicht empfohlen werden, unabhängig vom Nutzen einer fragwürdigen Förderung der Fettverbrennung.

Quelle: Dtsch. Apo. Ztg. 2013; 153: 1515

Verordnen und Absetzen von Arzneimitteln

Bereits beim Verordnen eines Arzneimittels sollte man in der Regel an einen geeigneten Zeitpunkt des Absetzens denken. Es ist zu bedenken, dass die weitaus meisten unerwünschten Wirkungen bei Dauereinnahme auftreten (und bei Multimedikation). Relativ einfach erscheint das Absetzen von Arzneimitteln

- ohne harten Nachweis ihrer Wirksamkeit
- mit ungünstigem Nutzen-Risiko-Verhältnis
- mit fixen Arzneistoffkombinationen (seltenen Ausnahmen zum Beispiel antiretrovirale Kombinationen)
- mit zahlreichen pharmakokinetischen oder pharmakodynamischen Interaktionen.

Grundsätzlich ist beim Absetzen mit Entzugssymptomen und Rebound-Effekten zu rechnen (zum Beispiel bei psychotropen Arzneistoffen). Sorgfältige Überwachung und langsames Vorgehen beim Absetzen ist bei den meisten Arzneistoffen erforderlich.

Leider scheint diese Vorgehensweise weder im Studium vermittelt noch in klinischen Studien genügend berücksichtigt zu werden. Nur in klinischen Studien könnten eine optimale Einnahmedauer und verschiedene Absetzmethoden evaluiert werden. Das ist vor allem bei Risikogruppen wie ältere Patienten oder Patienten mit Herz-, Nieren- oder Leberproblemen von hoher Bedeutung. Eventuell eine Anregung für Ethik-Kommissionen für klinische Studien?

Quelle: Prescr. internat. 2013; 22: 192

Dr. med. Günter Hopf

*Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 10/2013*

Eine Übersicht über weitere Veröffentlichungen finden Sie unter:
www.aerzteblatt-hessen.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 894!

Depression vom Burnout-Typ – Therapiemöglichkeiten und Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess

Sa., 01. Feb. 2014, 09:30 – 16:00 Uhr **9 P**

Leitung: Dr. med. A. Schüler-Schneider, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 75 (Akademiemitgl. kostenfrei)
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

Adipositas – Multimodales Therapiekonzept

Sa., 22. Feb. 2014, 9:30 – 16:00 Uhr **8 P**

Leitung: Dr. med. A. Schüler-Schneider, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 75 (Akademiemitgl. kostenfrei)
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

Moderatorentaining

Fr., 28. Mär. – Sa., 29. Mär. 2014 **20 P**

Leitung: Dr. med. Wolfgang Zeckey, Fulda
Teilnahmegebühr: € 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

Kommunikation bei Schadensfällen

Sa., 05. Apr. 2014, 09:00 Uhr – 16:30 Uhr **10 P**

Leitung: Dr. med. W. Merkle, Wiesbaden
Teilnahmegebühr: € 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

EKG-Kurs mit praktischen Übungen

Fr., 23. Mai – Sa., 24. Mai 2014 **22 P**

Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 320 (Akademiemitgl. € 288)
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 Innere Medizin 2014

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

Mo., 31. Mär. – Sa., 05. Apr. 2014 **insg. 51 P**

Themenübersicht:

MO Rheumatologie **9 P**

Prof. Dr. med. U. Lange

Pneumologie

Prof. Dr. med. C. Vogelmeier

DI Internistische Hämatologie / Onkologie **9 P**

Prof. Dr. med. L. Bergmann, Prof. Dr. med. A. Neubauer

Endokrinologie / Diabetologie

Dr. med. C. Jaursch-Hancke, Prof. Dr. med. Dr. phil. P. H. Kann

MI Angiologie **9 P**

Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle

Nephrologie

PD Dr. med. H.-W. Birk, Prof. Dr. med. W. Faßbinder

DO Gastroenterologie **9 P**

Prof. Dr. med. K. Haag, Prof. Dr. med. F. Hartmann

Kardiologie

Dr. med. R. Brandt, Prof. Dr. med. C. Hamm

FR Kardiologie **9 P**

Dr. med. R. Brandt, Prof. Dr. med. C. Hamm

Internistische Intensivmedizin

Prof. Dr. med. H.-D. Walmrath

SA Fallseminar **6 P**

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Faßbinder, Fulda

Teilnahmegebühr 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

Kompaktkurs Zweite Leichenschau (gemäß dem Friedhofs- und Bestattungsgesetz)

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

Beginn: Sa., 24. Mai 2014

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

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

Teilnehmerzahl: max. 15

Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,

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

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de



Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Fr., 14. Feb. 2014, 13:00 Uhr – 21:00 Uhr 11 P

Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechtheim
Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

Teilnahmegebühr: € 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

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Sa., 14. Jun. – So., 15. Jun. 2014 16 P

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

Teilnahmegebühr: € 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 894!

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Std.)

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

Fr., 31. Jan. – So., 02. Feb. 2014	G1 – G3
Fr., 28. Mär. – So., 30. Mär. 2014	G4 – G6
Fr., 04. Jul. – So., 06. Jul. 2014	G7 – G9
Fr., 12. Sep. – So., 14. Sep. 2014	G10 – G12
Fr., 14. Nov. – So., 16. Nov. 2014	G13 – G15

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Sa., 22. Feb. – So., 23. Feb. 2014	GP
Sa., 29. Mär. – So., 30. Mär. 2014	GP
Sa., 27. Sep. – So., 28. Sep. 2014	GP
Sa., 06. Dez. – So., 07. Dez. 2014	GP

Leitung: Dr. med. W. Marić-Oehler, Bad Homburg

Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

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

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

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

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

Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

Modul I **Fr., 21. Mär. – Sa., 22. Mär. 2014** 12 P

Modul II **Fr., 04. Apr. – Sa., 05. Apr. 2014** 12 P

Modul III **Fr., 09. Mai – Sa., 10. Mai 2014** 16 P

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

Teilnahmegebühr: 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

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

„Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge“ ist im B1-Kurs als Blended-Learning-Veranstaltung integriert.

A1 Sa., 25. Jan. – Sa., 01. Feb. 2014

Die vorgeschaltete „Telelernphase“ für den Kurs G 20 bzw. den Kurs B1 beginnt zeitgleich mit dem A1-Kurs am 25. Januar 2014.

B1 Sa., 08. Mär. – Sa., 15. Mär. 2014

C1 Sa., 05. Apr. – Sa., 12. Apr. 2014

Teilnahmegebühr pro Kursteil: auf Anfrage

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

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

Einführung in die Telelernphase: Sa., 25. Jan. 2014

Telelernphase: Sa., 25. Jan. – Do., 13. Mär. 2014

Präsenzphase: Fr., 14. Mär. – Sa., 15. Mär. 2014

mit abschließender Lernerfolgskontrolle

Teilnahmebeitrag: € 320 (Akademiemitgl. € 288)

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

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

Medizinische Rehabilitation

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

Mi., 09. Apr. 2014, 13:30 – 20:30 Uhr 21 P

Leitung: Dr. med. W. Deetjen, Gießen

Teilnahmegebühr: € 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



**Palliativmedizin****Aufbaukurs Modul I: Di., 25. Mär. – 29. Mär. 2014****Leitung:** Dr. med. E. Lohmann, Friedberg**Aufbaukurs Modul II: Mi., 16. Jul. – So., 20. Jul. 2014****Leitung:** Dr. med. W. Spuck, Kassel**Teilnahmegebühr:** auf Anfrage**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**Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin**

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005**Kurs C Sa., 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 Fr. 23. Mai – Sa., 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.**Kurs B Fr., 19. Sep. – Sa., 20. Sep. 2014 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.**Teilnahmegebühr:** 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**Geriatrische Grundversorgung****Block I: Fr., 16. Mai – So., 18. Mai 2014 insg. 60 P****Leitung:** PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt**Block II: Fr., 27. Jun. – So., 29. Jun. 2014****Leitung:** Dr. med. P. Groß, Darmstadt**Block III: Fr., 26. Sep. – Sa., 27. Sep. 2014****Leitung:** Prof. Dr. med. W. Vogel, Hofgeismar**Teilnahmegebühr:** Block I: € 360 (Akademiemitgl. € 324), Block II: € 330 (Akademiemitgl. € 297), Block III: € 210 (Akademiemitgl. € 189)**Max. Teilnehmerzahl:** 30**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**Krankenhaushygiene**

Der Kurs richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die vor dem Hintergrund der hohen gesundheitlichen Bedeutung nosokomialer Infektionen, theoretische und praktische Kenntnisse zu deren Prävention erwerben wollen.

Es soll zuerst Modul I absolviert werden, das dem Hygienebeauftragten-Kurs entspricht. Die verbleibenden Module können in beliebiger Reihenfolge besucht werden.

Modul I: Mo., 03. Mär. – Fr., 07. Mär. 2014 in Gießen**Leitung:** Prof. Dr. med. T. Eikmann**Modul II: Mo., 19. Mai – Do., 22. Mai 2014 in Bad Nauheim****Leitung:** Prof. Dr. med. T. Eikmann**Modul III: Di., 08. Apr. – Fr., 11. Apr. 2014 in Frankfurt a. M.****Leitung:** Prof. Dr. med. Kempf, PD Dr. med. habil. C. Brandt**Modul IV: Mo., 08. Sep. – Do., 11. Sep. 2014 in Gießen****Leitung:** Prof. Dr. med. T. Eikmann**Modul V: Mo., 15. Sep. – Do., 18. Sep. 2014 in Bad Nauheim****Leitung:** PD Dr. med. C. Brandt, PD Dr. med. habil. Jahn-Mühl**Modul VI: Mo., 29. Sep. – Do., 02. Okt. 2014 in Bad Nauheim****Leitung:** Prof. Dr. med. T. Eikmann**Gesamtleitung:** Dr. med. K.-H. Blum, Frankfurt**Teilnahmegebühr:** 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**Aktuelle Diabetologie**

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

Mi., 26. Mär. 2014, 15:30 – 20:00 Uhr 6 P**Teil 1:** Prävention – Chancen und Umsetzungsmöglichkeiten**Teil 2:** Metabolisches Syndrom – aktuelle therapeutische Strategien**Leitung:** Dr. med. B. Fischer, Gießen

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

Teilnahmegebühr: auf Anfrage**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**Termine 2014: Teil 3/4 25. Jun., Teil 5/6 24. Sep., Teil 1/2 26. Nov.****Hämotherapie****Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie****Fr., 27. Jun. – Sa., 28. Jun. 2014 +****Fr., 04. Jul. – So., 06. Jul. 2014****Teilnahmegebühr:** gesamter Kurs € 750 (Akademiemitgl. € 675),
Einzelbuchung/Tag € 150 (Akademiemitgl. € 135)**Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter****Fr., 04. Jul. – Sa., 05. Jul. 2014 16 P****Teilnahmegebühr:** € 340 (Akademiemitgl. € 306)**Leitung:** Dr. med. M. Weippert-Kretschmer**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

Qualifikation zur fachgebundene genetische Beratung im Kontext der vorgeburtlichen Risikoabklärung

Mi., 11. Dez. 2013

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. h.c. F. Louwen, Frankfurt

Teilnahmegebühr: € 70 (Akademiemitgl. € 60, Ärzte, die nicht in Hessen tätig sind € 80)

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

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 Sa., 14. Dez. – So., 15. Dez. 2013

Modul II Sa., 15. Feb. – So., 16. Feb. 2014

Modul III Sa., 26. Apr. – So., 27. Apr. 2014

Der Kurs ist nur als Ganzes buchbar.

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

Teilnahmegebühr 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

Einführung in die Schlafmedizin – Qualifikation nach den BUB-Richtlinien

Kurs zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe nach den BUB-Richtlinien (anerkannt von der DGSM und der KV). In Kooperation mit der Gesellschaft für Schlafmedizin Hessen e.V. (GSMH).

Fr., 09. Mai – So., 11. Mai 2014 insg. 30 P

Sa., 24. Mai – So., 25. Mai 2014

Leitung: Dr. med. J. Heitmann, Gießen

PD Dr. med. Dr. med. habil. T.O. Hirche, Wiesbaden

Prof. Dr. med. R. Schulz, Gießen

Teilnahmegebühr: € 590 (Akademiemitgl. € 531)

Max. Teilnehmerzahl: 32

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Praktikum: Gießen, UKGM GmbH Schlaflabor Med. Klinik II

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

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

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

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

Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer 32 P

Fr., 10. Okt. – Sa., 11. Okt. 2014

Fr., 14. Nov. – Sa., 15. Nov. 2014

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

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

Termine für dieses Jahr sind bereits komplett ausgebucht!

20. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Fr., 17. Jan. – So., 19. Jan. 2014 (ausgebucht!) 20 P

Fr., 28. Feb. – So., 02. Mär. 2014 20 P

Fr., 16. Mai – So., 18. Mai 2014 20 P

Fr., 11. Jul. – So., 13. Jul. 2014 20 P

Fr., 19. Sep. – So., 21. Sep. 2014 20 P

Fr., 21. Nov. – So., 23. Nov. 2014 20 P

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

Teilnahmegebühr: 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

Notfallmedizinische Fortbildung

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD 29 P

Fr., 28. Feb. – So., 02. Mär. 2014

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

Teilnahmegebühr: € 400 (Akademiemitgl. € 360)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Seminar Leitender Notarzt 40 P

Terminänderung: Sa., 05. Apr. – Di., 08. Apr. 2014

Leitung: D. Kann, N. Schmitz, Kassel

Teilnahmegebühr: € 740 (Akademiemitgl. € 666)

Tagungsort: Kassel

Kurs Ärztlicher Leiter Rettungsdienst 33 P

Mi., 12. Feb. – Sa., 15. Feb. 2014

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

Teilnahmegebühr: € 480 (Akademiemitgl. € 432)

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

Marburger Kompaktkurs „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“

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

Fr., 28. Feb. – Sa., 08. Mär. 2014

Leitung: PD Dr. med. C. Kill, Marburg

Teilnahmegebühr: € 770 inkl. Verpflegung

Tagungsort: Marburg, Universitätsklinikum Gießen/Marburg,

Hörsaalgebäude 3, Conradstr.

Auskunft und Anmeldung: DRK Rettungsdienst Mittelhessen,

Bildungszentrum, Postfach 1720, 35007 Marburg

Tel.: 06421 950220, Fax: -225, E-Mail: info@bzmh.de



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.

Sa., 07. Dez. 2013, 09:00 – 16:15 Uhr **8 P**
Leitung: Dr. W. Köhler, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 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

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV

Kenntniskurs (theoretische und praktische Unterweisung)

Sa., 22. Feb. 2014
Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: gesamt € 140 (Akademiemitgl. € 126)
 Theoretische Unterweisung: € 100 (Akademiemitgl. € 90)
 Praktische Unterweisung: € 50 (Akademiemitgl. € 45)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Grundkurs

Sa., 22. Mär. – So., 23. Mär. 2014
Praktikum: Mo., 24. Mär. oder Di., 25. Mär. 2014
Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 300 (Akademiemitgl. € 270)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum LÄK Hessen
 (Theorie), Hochwaldkrankenhaus (Praktikum)

Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde

Sa., 15. Apr. 2014
Sa., 27. Sep. 2014
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Sa., 05. Apr. 2014
Tagungsort: Kassel, Kongress Palais Kassel – Stadthalle

Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 130 (Akademiemitgl. € 117)
Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,
 Tel.: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,
 E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Spezialkurs Röntgendiagnostik

Sa., 20. Sep. – So., 21. Sep. 2014
 Auswahltermine für den praktischen Halbtage:
Di., 23. Sep. oder Mi., 24. Sep. 2014,
 jeweils 14:00 – 18:00 Uhr
Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 300 (Akademiemitgl. € 270)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum LÄK Hessen
 (Theorie), Frankfurt a. M., Krankenhaus Nordwest (Praktikum)

Spezialkurs Computertomographie

Termine in Planung

Spezialkurs Interventionsradiologie

Termine in Planung

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
 Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Curriculum Suchtmedizinische Grundversorgung (50 Std.)

Kursteil 1: Fr., 17. Jan. – Sa., 18. Jan. 2014
Kursteil 2: Fr., 31. Jan. – Sa., 01. Feb. 2014
Kursteil 3 / Wahlthema: Fr., 14. Feb. – Sa., 15. Feb. 2014
Kursteil 4: Fr., 28. Feb. – Sa., 01. Mär. 2014
Leitung: D. Paul, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: je Wochenende € 165
Veranstaltungsort: Frankfurt a. M., Bürgerhospital (Kursteile 1-3)
 Friedrichsdorf, salus klinik (Kursteil 4)
Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,
 Tel.: 06032 782-208, Fax: 069 97672-208,
 E-Mail: ingrid.krahe@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.

AK II Mi., 05. Feb. – Fr., 14. Feb. 2014 **80 P**
GK I Mi., 02. Apr. – Fr., 11. Apr. 2014 **80 P**
GK II Mi., 16. Jul. – Fr., 25. Jul. 2014 **80 P**
AK I Mi., 08. Okt. – Fr., 17. Okt. 2014 **80 P**
Leitung: Ltd. Med. Dir. Dr. med. R. Diehl, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: 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

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. Feb. – Sa., 22. Feb. 2014
Block II a: Mi., 14. Mai – Sa., 17. Mai 2014
Block II b: Mi., 09. Jul. – Sa., 12. Jul. 2014
Block III a: Mi., 08. Okt. – Sa., 11. Okt. 2014
Telelernphase: So., 12. Okt. – Mi., 19. Nov. 2014
Block III b: Do., 20. Nov. – Sa., 22. Nov. 2014

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



Ultraschallkurse

Abdomen

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

Grundkurs 40 P

Sa., 18. Jan. und So., 26. Jan. 2014 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.)

Aufbaukurs 40 P

Sa., 22. Mär. und So., 30. Mär. 2014 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.)

Abschlusskurs 29 P

Sa., 01. Nov. 2014 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.)

Tagungsort:

Theorie: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Praktikum: Kliniken im Rhein-Main-Gebiet

Gefäße

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

Interdisziplinärer Grundkurs 29 P

Do., 20. Feb. – Fr., 21. Feb. 2014 (Theorie)

Sa., 22. Feb. 2014 (Praktikum)

Aufbaukurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße) 25 P

Do., 12. Jun. – Fr., 13. Jun. 2014 (Theorie)

Sa., 14. Jun. 2014 (Praktikum)

Abschlusskurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße) 20 P

Fr., 28. Nov. – Sa., 29. Nov. 2014 (Theorie + Praktikum)

Tagungsort:

Theorie: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Praktikum: Frankfurt am Main, Krankenhaus Nordwest

Teilnahmegebühr je Kurs:

Grundkurs € 440 (Akademiemitgl. € 396)

Aufbaukurs Abdomen € 440 (Akademiemitgl. € 396)

Aufbaukurs Gefäße € 380 (Akademiemitgl. € 342)

Abschlusskurs € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Auskunft und Anmeldung: Frau J. Schwab,

Tel.: 06032 782-211, Fax: 069 97672-67211,

E-Mail: juliane.schwab@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer

Block A Fr., 07. Mär. – Sa., 08. Mär. 2014 20 P

in Bad Nauheim

Leitung: Dr. med. K. Böhme, Kassel

Dr. med. T. Wiehn, Friedrichsdorf

Block D Fr., 09. Mai – Sa., 10. Mai 2014 20 P

in Bad Nauheim

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

Block C Fr., 12. Sep. – Sa., 13. Sep. 2014 20 P

in Bad Nauheim

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

Block B Fr., 07. Nov. – Sa., 08. Nov. 2014 20 P

in Kassel

Leitung: PD Dr. med. M. Gehling,

Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

Teilnahmegebühr 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

Verkehrsmedizinische Qualifikation

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

Fr., 27. Jun. – Sa., 28. Jun. 2014 16 P

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

Teilnahmegebühr: € 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

ALLGEMEINE HINWEISE

Programme: Bitte haben Sie Verständnis, dass wir uns kurzfristige Änderungen vorbehalten müssen.

Anmeldung: Eine verbindliche Anmeldung ist im Internet unter <https://portal.laekh.de> schnell und kostenfrei möglich.

Gerne können Sie sich auch schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen anmelden: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Tel.: 06032 782-0, Fax: 06032 782-220. 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!

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.

Teilnahmegebühr: Gilt inkl. Seminarunterlagen und Pausenverpflegung (sofern nicht anders angegeben).

Akademie-Mitgliedschaft: Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Teilnahmegebühren 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





Prüfungsvorbereitungskurse

Abrechnung: EBM (PVK 1)

Im Kurs werden die Lerninhalte in den Fächern „Abrechnung“ und „Formularwesen“ wiederholt und vertieft.

Termin zur Vorbereitung auf die Winterprüfung:

Sa., 07.12.2013, 10:00 – 16:30 Uhr

Gebühr: € 75

Abrechnung: GOÄ / UV-GOÄ (PVK 2)

Im Kurs werden die Kernelemente der GOÄ und die Abrechnung von Arbeitsunfällen mit praktischen Beispielen wiederholt und vertieft.

Termin: Sa., 25.01.2014, 10:00 – 16:30 Uhr

Gebühr: € 75

Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 3)

Der Kurs bietet den Teilnehmer/innen die Möglichkeit, die Prüfungssituation in den Räumen der Carl-Oelemann-Schule exemplarisch kennen zu lernen.

Termine zur Vorbereitung auf die Winterprüfung:

Fr., 31.01.2014, 09:30 – 17:45 Uhr oder Sa., 01.02.2014, 09:30 – 17:45 Uhr

Gebühr: € 95

Medizinische Fachkunde (PVK 4)

Im Kurs werden prüfungsrelevante Themenbereiche besprochen und mit Hilfe aktiver Übungen wiederholt.

Termine zur Vorbereitung auf die Winterprüfung:

Sa., 23.11.2013 und Sa., 30.11.2013, jeweils 10:00 – 16:30 Uhr

Gebühr: € 125

Praktische Laborkunde und EKG-Übungen (PVK 5)

Im Kurs werden die Themen Laborkunde und EKG in vielen Übungen wiederholt und vertieft.

Termin: Sa., 08.02.2014, 09:15 – 17:30 Uhr

Gebühr: € 95

Information: Elvira Günthert, Tel.: 06032 782-132, Fax: -180

Schwerpunkt Patientenbetreuung / Praxisorganisation

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1)

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

Termin: Fr., 31.01.2014, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Karin Jablotschkin, Tel.: 06032 782-184, Fax: -180

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 Patient compliance durch Motivation zu verbessern.

Termin: Sa., 01.02.2014, 10:00 – 17:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Karin Jablotschkin, Tel.: 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.

Termine: Sa., 15.02.2014, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Information: Elvira Günthert, Tel.: 06032 782-132, Fax: -180

Schwerpunkt Medizin

Herz und Lunge (MED 3)

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

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

- Ruhe-EKG
- Langzeitmessung-EKG
- Langzeitblutdruckmessung
- Spirometrie, Inhalationstherapie

Termin: Sa., 15.03.2014, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Std.)

Gebühr: € 95

Information: Karin Jablotschkin, Tel.: 06032 782-184, Fax: -180

Injektionen/Infusionen (MED 5)

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

Termin: Sa., 08.02.2014, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Std.)

Gebühr: € 95

Information: Karin Jablotschkin, Tel.: 06032 782-184, Fax: -180

Schmerz (MED 8)

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

Termin: Interessentenliste

Gebühr: € 70

Information: Karin Jablotschkin, Tel.: 06032 782-184, Fax: -180

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

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

Termin: ab Fr., 17.01.2014 (insgesamt 30 Std.)

Teilnahmegebühr: € 410 inkl. Lernerfolgskontrolle

Information: Elvira Günthert, Tel.: 06032 782-132, Fax: -180

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

Inhalte theoretischer Teil: Anatomie und Röntgenanatomie, Röntgenaufnahme-technik, spezieller Strahlenschutz, Dokumentationspflichten, Rechtsvorschriften, Richtlinien und Empfehlungen / **Inhalte praktischer Teil:** praktische Übungen zur Einstellung und Belichtung von Röntgenaufnahmen, praktische Übungen zur Qualitätssicherung, Demonstrationen

Termin: ab Fr., 14.02.2014

Gebühr: € 950 zuzügl. € 50 Prüfungsgebühr

Information: Karin Jablotschkin, Tel.: 06032 782-184, Fax: -180

Betriebsmedizinische Assistenz

Allgemeine Grundlagen der Betriebsmedizin (BET 1)

Inhalte: System der sozialen Absicherung, Gesetzliche Grundlagen, Gefahrstoffe, Belastungen am Arbeitsplatz, Rehabilitation aus betriebsärztlicher Sicht, EDV im betriebsärztlichen Dienst; Praxismanagement/Terminverwaltung

Termin: Mi., 19.03.2014 – Sa., 22.03.2014

Gebühr: € 350

Information: Elvira Keller, Tel.: 06032 782-185, 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. Nähere Informationen zum Gesamtlehrgang finden Sie auf unserer Homepage.

Allgemeine medizinische Grundlagen in der Onkologie und Palliativversorgung (ONK PAL 1)

Termin: Do., 27.03.2014, 13:30 – 18:30 (5 Std.)

Gebühr: € 70

Versorgung und Betreuung von Patienten (ONK PAL 2)

Termin: Fr., 28.03.2014, 09:30 – 12:45 Uhr (4 Std.)

Gebühr: € 70

Psychosoziale Bewältigungsstrategien für Mitarbeiter/innen im Bereich der onkologischen und palliativen Versorgung (ONK PAL 3)

Termin: Fr., 28.03.2014, 13:30 – 16:45 Uhr und
Sa., 29.03.2014, 09:30 – 15:00 Uhr (insgesamt 10 Std.)

Gebühr: € 150

Spezielle onkologische Grundlagen, Krankheitsbilder und Therapien (ONK 1)

Termin: Mi., 14.05.2014 bis Sa., 17.05.2014 (insgesamt 28 Stunden)

Gebühr: € 350

Dokumentation und rechtliche Grundlagen (ONK 2)

Termin: Fr., 06.06.2014, 10:15 – 15:00 Uhr (5 Std.)

Gebühr: € 150

Therapeutische und pflegerische Interventionen (ONK 3)

Termin: Fr., 06.06.2014, 15:15 – 18:30 Uhr und
Sa. 07.06.2013, 08:30 – 16:45 (insgesamt 13 Std.)

Gebühr: € 185

Psychononkologische Grundlagen (ONK 4)

Termin: Sa., 28.06.2014, 10:15 – 18:30 Uhr (9 Std.)

Gebühr: € 95

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

Palliativversorgung für Medizinische Fachangestellte

Die Regelung zur „Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ bezieht die Medizinischen Fachangestellten verstärkt ein. Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Palliativpatienten wird in Modulform angeboten. Die Module können einzeln gebucht werden. Termine für die Module „ONK PAL“ finden Sie unter „Onkologie“. Nähere Informationen zum Gesamtlehrgang finden Sie auf unserer Homepage.

Kommunikation mit Schwerkranken (PAL 1)

Termin: Do., 16.01.2014, 09:30 – 17:45 Uhr (8 Std.)

Gebühr: € 95

Symptomkontrolle in der Palliativversorgung (PAL 2)

Termin: Fr., 17.01.2014 und Sa. 18.01.2014,
jeweils 09:30 – 16:45 Uhr (insgesamt 16 Std.)

Gebühr: € 185

Therapeutische und pflegerische Maßnahmen (PAL 3)

Termin: Fr., 07.02.2014, 10:15 – 16:45 Uhr und
Sa. 08.02.2014, 09:30 – 15:00 Uhr (insgesamt 13 Std.)

Gebühr: € 185

Sterben und Trauer (PAL 4)

Termin: Fr., 28.02.2014 und Sa. 01.03.2014,
jeweils 09:30 – 15:00 Uhr (insgesamt 12 Std.)

Gebühr: € 150

Ethik und Recht (PAL 5)

Termin: Fr., 21.03.2014, 09:30 – 15:00 Uhr (6 Std.)

Gebühr: € 95

Palliativmedizinische Zusammenarbeit und Koordination (PAL 6)

Termin: Sa., 22.03.2014 09:30 – 16:45 Uhr (8 Stunden)

Gebühr: € 95

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

Durchführung der Ausbildung (FAW 2)

Inhalte: Die 40stündige Fortbildung richtet sich an alle, die an der Planung, Durchführung und Kontrolle in der Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten mitwirken. Die Teilnahme an der Fortbildung führt zum Erwerb von Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten und entspricht der Qualifikation: *Ausbildungsbefähigung*.

Die Fortbildung wird bei der Aufstiegsfortbildung „*Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung*“ als Wahlteil anerkannt.

Termin: Fr. 21.02.2014 – Sa., 22.02.2014 und
Do., 06.03.2014 – Sa., 08.03.2014 (insgesamt 40 Std.)

Teilnahmegebühr: € 480

Information: Monika Kinscher, Tel.: 06032 782-187, Fax: -180

Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung Aufstiegsfortbildung

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

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

Der Pflichtteil der Aufstiegsfortbildung umfasst folgende Module:

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

Termin: ab 3. April 2014

Gebühr Pflichtteil: € 1.480

Prüfungsgebühren: € 200

Es besteht die Möglichkeit der Teilnahme an einzelnen Modulen.

Teilnahmegebühr auf Anfrage.

Information: Monika Kinscher, Tel.: 06032 782-187, Fax: -180

Bekanntgabe von Prüfungsterminen

Aufstiegsfortbildung Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung

Teilprüfung	Anmeldeschluss
13.02.2014	23.01.2014
03.04.2014	13.03.2014
Abschlussprüfung	Anmeldeschluss
20.03.2014 – 22.03.2014	27.02.2014

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, Tel.: 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, Tel.: 06032 782-140, Fax: 782-250, E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de



Einschränkung der Anwendung von Protelos® – Strontiumranelat – bei der Behandlung der Osteoporose

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft informiert darüber, dass nach einem Rote-Hand-Brief des Herstellers die Indikation zum Einsatz von Protelos® zur Behandlung der Osteoporose eingeschränkt wird, weil neue Kontraindikationen und Warnhinweise vorliegen. Dies, um das Risiko für unerwünschte kardiale Ereignisse zu reduzieren. Daten zur kardialen Sicherheit aus randomisierten klinischen Studien zur Behandlung der Osteoporose mit Strontiumranelat haben ein erhöhtes Risiko für Myocardinfarkte gezeigt, jedoch

kein erhöhtes Risiko bzgl. der Mortalität. In den nächsten Monaten wird die Europäische Arzneimittelagentur eine umfassende Nutzen-Risiko-Bewertung von Protelos® durchführen.

Die Anwendung von Protelos® ist ab jetzt beschränkt auf die Behandlung der schweren Osteoporose bei postmenopausalen Frauen mit hohem Frakturrisiko und bei Männern mit erhöhtem Frakturrisiko. Es sollte nicht eingesetzt werden bei Patienten mit der Anamnese einer ischämischen

Herzkrankheit, einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit und/oder einer zerebrovaskulären Erkrankung sowie bei Patienten mit unkontrollierter Hypertonie. Die Behandlung sollte nur von Ärzten mit Erfahrung in der Osteoporose-Therapie unter Berücksichtigung des individuellen Patientenrisikos begonnen werden.

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

Sicherheitshinweise und Rote-Hand-Briefe der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zu Arzneimitteln

Zwei Fallserien und eine Untersuchung der FDA weisen darauf hin, dass der Angiotensinrezeptoragonist **Olmesartan** eine Sprue-ähnliche Enteropathie verursachen kann, die teilweise mit schweren Durchfällen einhergeht. Im Zusammenhang mit andern Sartanen wurden Fälle mit ähnlicher Symptomatik nicht beschrieben. Da sich die Symptomatik erst Monate bis Jahre nach Beginn der Einnahme manifestieren kann, wird ein Zusammenhang mit Olmesartan vermutlich meist nicht in Erwägung gezogen. Bei Patienten, die unter einer länger bestehenden Behandlung mit Olmesartan Diarrhoen mit oder ohne Übelkeit, Erbrechen und Gewichtsverlust entwickeln, ist als Differenzialdiagnose diese unerwünschte Arzneimittelwirkung in Betracht zu ziehen.

In einem Informationsbrief zu Elikvis® (Apixaban), Pradaxa® (Dabigatranetixalat) und Xarelto® (Rivaroxaban) weist die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) auf Risikofaktoren für das Auftreten von Blutungen hin. Die neuen oralen Antikoagulanzen Elikvis®, Pradaxa® und Xarelto® sind in den vergangenen Jahren zur Prophylaxe thromboembolischer Ereignisse in vielen Indikationen zugelassen worden, in denen bisher Vitamin-K-Antagonisten (zum Beispiel Phenprocoumon, Warfarin) oder niedermolekulare Heparine angewendet wurden. Im Gegensatz zu den Vitamin-K-Antagonisten ist ein routinemäßiges Monitoring der Gerinnungshemmung nicht erforderlich. Ein spezifisches

Antidot ist derzeit für keines der drei Substanzen verfügbar. Die Hersteller weisen in einem mit dem zuständigen Arzneimittelbehörden abgestimmten Informationsbrief darauf hin, dass Meldungen unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) aus klinischen Studien und aus der Praxis gezeigt haben, dass auch bei den neuen oralen Antikoagulanzen ein signifikantes Risiko für schwere Blutungsereignisse, auch mit Todesfolge besteht.

Um das Blutungsrisiko zu minimieren, müssen Ärzte das Risiko der Patienten individuell beurteilen und die Angaben zu Dosierung und Gegenanzeigen sowie Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen beachten. Gemeinsam sind allen neuen oralen Antikoagulanzen folgende Gegenanzeigen:

- akute, klinisch relevante Blutungen,
- Läsionen oder klinische Situationen, die als signifikanter Risikofaktor einer schweren Blutung angesehen werden,
- gleichzeitige Anwendung von anderen Antikoagulanzen, wie zum Beispiel Heparinen und Vitamin-K-Antagonisten (mit wenigen Ausnahmen).
- Auch eine Nierenfunktionsstörung kann eine Gegenanzeige darstellen, allerdings gelten hierbei für die drei Arzneimittel unterschiedliche Empfehlungen.

Informationen zu den spezifischen Gegenanzeigen der einzelnen Arzneimittel sind in den Fachinformationen enthalten. Dort werden auch Hinweise zum therapeutischen Vorgehen beim Auftreten von Blutungsereignissen gegeben. Weitergehende Informationen finden Sie im Leitfaden

der AkdÄ zum Einsatz der neuen Antikoagulanzen Dabigatran (Pradaxa®) und Rivaroxaban (Xarelto®).

In einem Rote-Hand-Brief zu Lariam® (Mefloquin) wird auf neue Kontraindikationen sowie Risiken für neuropsychiatrische und andere schwerwiegende Nebenwirkungen bei diesem zur Behandlung und Vorbeugung der Malaria, insbesondere bei der gegen andere Malariamittel resistenten Plasmodium-falciparum-Malaria hingewiesen. So ist das Schwarzwasserfieber in der Anamnese und schwere Leberfunktionsstörungen als neue Kontraindikation aufgenommen worden.

Mefloquin kann potentiell schwere neuropsychiatrische Störungen induzieren (ungewöhnliches Träumen, Insomnie, Angst, Depression, Halluzinationen, Psychose, Suizid, suizidale Gedanken und selbstgefährdendes Verhalten). Es soll zur Chemoprophylaxe und als „Stand-By“ Notfallbehandlung nicht angewendet werden bei Patienten mit aktiven oder anamnestischen psychiatrischen Störungen. Aufgrund der langen Halbwertszeit können Nebenwirkungen mehrere Monate nach Absetzen des Arzneimittels auftreten und mehrere Monate andauern. Bei Anzeichen neuropsychiatrischer Reaktionen soll Mefloquin umgehend abgesetzt und durch ein alternatives Arzneimittel ersetzt werden.

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

Über „Ärztemangel“ und Dogmen in der Gesundheitspolitik

Haben wir einen Ärztemangel? Tatsächlich gibt es heute in Deutschland so viele Ärzte wie nie zuvor. Man erinnere sich: Ende der Achtzigerjahre, kurz vor der Wiedervereinigung, war das Wort „Ärztenschwemme“ in aller Munde. Danach gingen die Zahlen nicht etwa rapide zurück. Im Gegenteil – die Zahl der berufstätigen Ärzte ist zwischen 1990 und 2010 um 40 Prozent von 237.750 auf 333.599 angewachsen. Im gleichen Zeitraum kletterte die Zahl der im ambulanten Bereich tätigen Ärzte von 92.119 auf 141.461. Dies ist ein Anstieg um 52 Prozent.

Auf den ersten Blick scheinbar paradox, erleben wir gleichzeitig einen zunehmend als bedrohlich empfundenen „Ärztemangel“. Geradezu krisenhaft berichten Bürgermeister, Kommunalpolitiker, aber auch

die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) fast täglich über die Ausdünnung der Versorgung, insbesondere auf dem flachen Land. Ständig werden neue Ideen eingebracht, um die Not zu beheben: „Neue Versorgungsformen“ werden entwickelt, Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren, Kooperationen und umherziehende Wandereinrichtungen sollen eingerichtet werden, Fahrdienste befördern die Patienten zu immer weiter entfernten gelegenen Ärzte-Zentren.

Sieht man jedoch genauer hin, wird offenkundig, dass hier kein echter Mangel an Ärzten vorliegen kann, sondern eine Fehlverteilung infolge von Fehlsteuerung.

Abbildung 2 dokumentiert die zunehmende Verdichtung der Strukturen.

Wie kommt es zu dieser Entwicklung?

Die Überführung der einzelnen Arztpraxen in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) wird seit gut 15 Jahren von den KVen mit einem rund zehnprozentigen Honorarschlag dauerhaft gefördert. Diese Subventionierung unter Budgetbedingungen, die durch Wettbewerbsverzerrung zu Lasten der verbleibenden „Einzelpraxen“ geht, gilt für alle Fachgruppen. Auf diese Weise wird „Landflucht“ durch die Gebührenordnung (EBM und HVM) belohnt!

Die Wirkung ist insbesondere für Hausärzte, aber auch für die meisten patientennahen Fachgebiete (z.B. Augen-, Haut-, Frauen-, HNO-Ärzte) massiv spürbar. Bei betriebswirtschaftlich günstigerer Kostenstruktur („Synergieeffekte“) und identischer Leistungserbringung ist dieser Vergütungsaufschlag nichts anderes als eine Belohnung – ein Anreiz für den Zusammenschluss im Zentrum. Dies erklärt, warum kein Augenarzt mehr eine aus Altersgründen freierwerdende Praxis in einem kleineren Ort übernehmen will und der vorgesehene Nachfolger sich lieber einer anderen, zehn Kilometer entfernten, größeren Gemeinschaftspraxis als zusätzlicher Partner anschließt. Der Bürgermeister und die örtlichen politischen wundern sich und verstehen die Welt nicht mehr ...

Während das Land Hessen, Krankenkassen und die KV Hessen jährlich insgesamt 600.000 Euro ausgeben, um im Rahmen des „Hessischen Pakts zur Sicherstellung der Versorgung“ den „Ärztemangel“ zu bekämpfen, fördert die KV mit hessenweit jährlich zweistelligen Millionenbeträgen die Zusammenlegung von Praxen! Bundesweit dürfte sich der Subventionsbetrag auf etwa eine halbe Milliarde Euro belaufen. „Ärztemangel“ wäre somit nicht schicksalhaft, sondern das Ergebnis langjährig be-

Ärzte in Gemeinschaftspraxen (Deutschland)

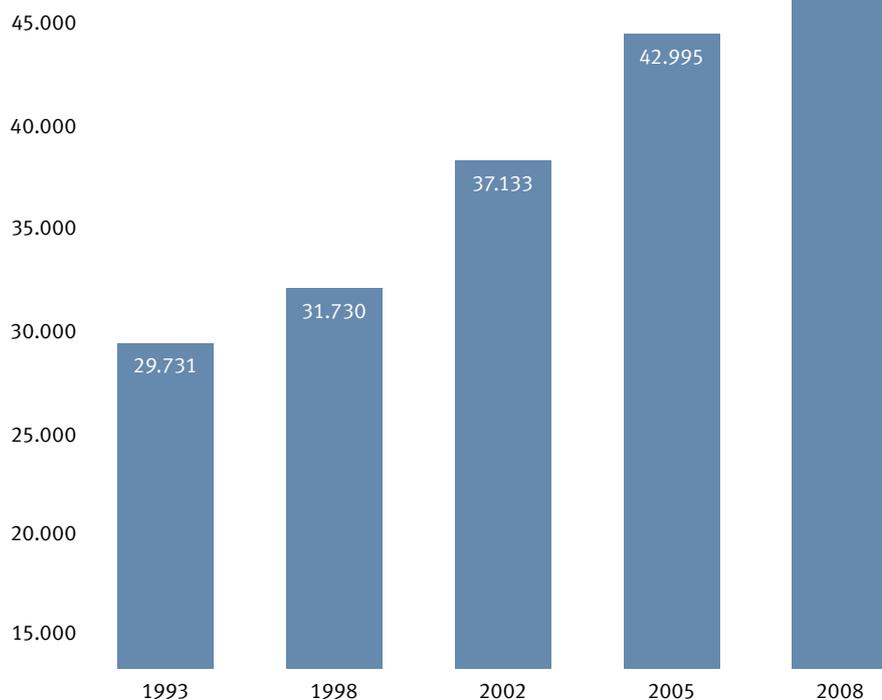


Abbildung 1

Quelle: KBV

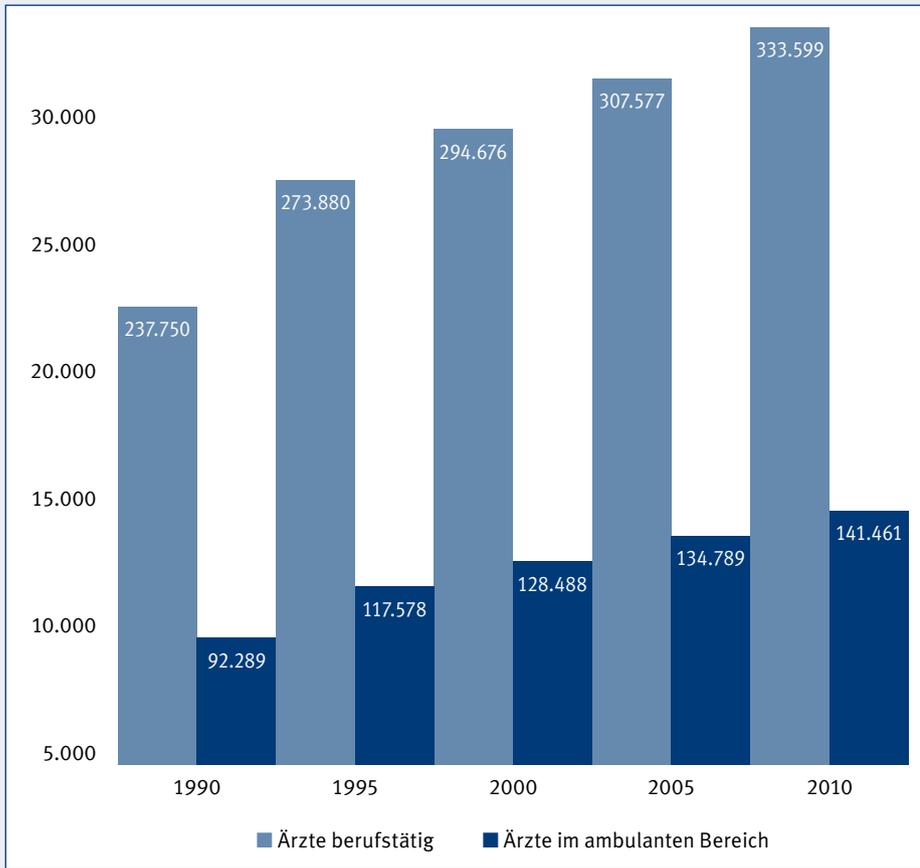


Abbildung 2

Quelle: BUÄK

triebener Fehlsteuerung. Mit etwas gutem Willen lässt sich glaubhaft darstellen, dass Politiker nicht immer völlig überblicken, was sie tun. Dagegen verfügen unsere Standes-

politiker, die Entscheider in der Selbstverwaltung, offenbar über den nötigen Durchblick: Sie selbst arbeiten überproportional häufig in subventionierten Einrichtungen

(Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren, Praxen mit angestellten Ärzten, Gemeinschaftspraxen, gegebenenfalls auch überörtlich).

Je mehr, je größer, desto besser?

Über den Grund dieses im Sozialgesetz verankerten, gerichtlich von höchster Instanz bestätigten Subventionsmechanismus lässt sich nur mutmaßen und bei der Aufteilung des Honorarkuchens (Budget) vorzüglich innerärztliche Kontroversen austragen. Die Auswirkung auf die Versorgungsstruktur ist auf jeden Fall verheerend.

Auf den Punkt gebracht: Während die Gesellschaft die Ausdünnung der ärztlichen Versorgung in der Peripherie und in sozial schwachen Gegenden beklagt und entgegenzusteuern versucht, fördert das KV-System aufgrund gesetzlicher Vorgaben die Konzentration von Arztpraxen in meist bereits überversorgten Gebieten.

Nach meinem Kenntnisstand ist dieser Zusammenhang noch von keiner Stelle systematisch untersucht, dargestellt oder gar berücksichtigt worden!

Michael Andor

Mitglied des Präsidiums

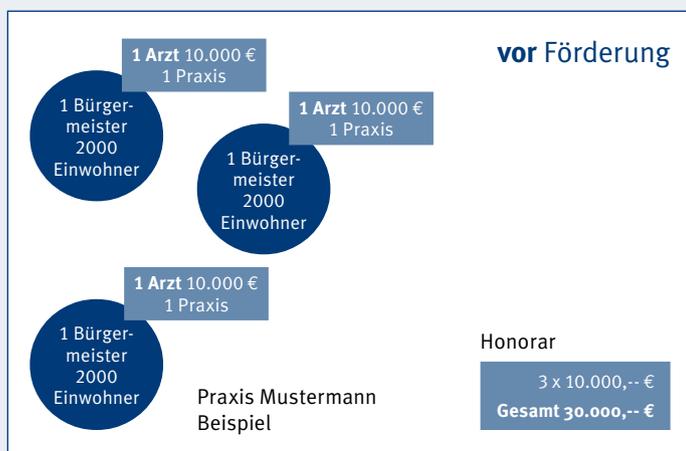


Abbildung 3

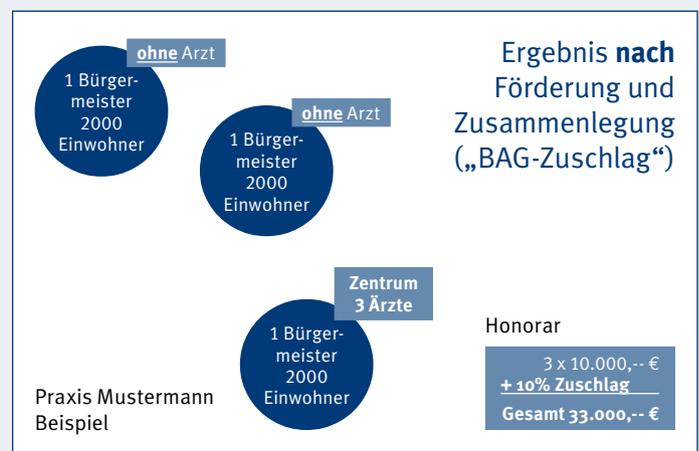


Abbildung 4

Einsichten

Univ.-Prof. Dr. med. habil. Pavel Schmidt CSc – Ein europäischer Brückenbauer aus dem Herzen Europas

Ansichten

In diesem Jahr wäre Pavel Schmidt 80 Jahre alt geworden – Anlass, seine Verdienste um die Hygiene, Umweltmedizin, Medizinische Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie auf nationaler und europäischer Ebene zu würdigen. Auch soll an sein herausragendes Engagement am Transformationsprozess des Gesundheitswesens in der Tschechoslowakischen Föderativen Republik (ČSFR) / Tschechischen Republik (ČR) nach der „samtenen Revolution“¹ erinnert werden.

Als der Autor Ende 1986 von der Bundesärztekammer (BÄK) kommend in der Landesärztekammer Hessen die Leitung der Geschäftsführung übernahm, lernten sie sich kennen, verstanden sich sofort auf dem Boden der gemeinsamen böhmischen Wurzeln und wurden enge Freunde. Damals war Pavel Schmidt bereits seit 1983 ehrenamtlich in verschiedenen Ämtern für die Landesärztekammer Hessen tätig – u.a. als Mitglied des Prüfungsausschusses für Medizinische Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, als Vorsitzender des Ausschusses „Umwelt und Medizin“, Projektleiter und Dozent an der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung.

In einer Vielzahl von Gesprächen erfuhr der Autor von Pavel Schmidts bemerkenswerten ärztlichen, wissenschaftlichen und politischen Werdegang. 1933 in Prag geboren, hatte Schmidt seine medizinische Ausbildung aufgrund seiner regimekritischen Haltung erst 1954 an der Karls-Universität in Prag aufnehmen können. Schon während seines Medizinstudiums an der Karls-Universität in Prag war er einer der führenden Köpfe studentischer Opposition, die u.a. Kontakte zu deutschen Kolleginnen und Kollegen knüpfte. So gehörte Schmidt zu der ersten Gruppe von Medi-

zinstudenten, die im Sommer 1959 eine Famulatur an dem Klinikum der damaligen Wilhelm-Pieck-Universität in Rostock, Deutsche Demokratische Republik (DDR), absolvierte.

Nach Prag zurückgekehrt, wurde er Spiritus agens für die Vorbereitung und Durchführung eines Programms für Rostocker Studenten, die kurz danach nach Prag kamen. Dies hatte eine langjährige Zusammenarbeit zwischen den Medizinstudenten der damaligen Tschechoslowakisch Sozialistischen Republik (ČSSR) und der ehemaligen DDR zur Folge. Auch als Wissenschaftler setzte er sich intensiv für einen Studenten- und Famulantenaustausch ein. Promoviert wurde Pavel Schmidt 1960 in Prag. Dort erfolgte 1968 auch seine Habilitation im Fachgebiet Hygiene. Maßgeblich für sein im wissenschaftlichen und politischen Sinne grenzüberschreitendes Denken waren sicher auch seine Auslandsaufenthalte. Von 1967 – 1973 war er als Stipendiat der Alexander von Humboldt-Stiftung für insgesamt 31 Monate Forschungsarbeit bei dem „Vater der deutschen Umweltmedizin“ Prof. Prof. h. c. Dr. med. Hans-Werner Schlipkötter am Institut für Hygiene der Universität Düsseldorf² tätig. Seit dieser Zeit hat er sich in wissenschaftlichen, aber auch in humanitären Fragen für die Verständigung zwischen Ost und West engagiert.

Dank Schmidts besonderem Einsatzes nahm die Karls-Universität in Prag offizielle Beziehungen zu der Heinrich Heine-Universität in Düsseldorf auf. Er organisierte persönlich den Famulantenaustausch beider Universitäten. Seit 1970 war er gewähltes Mitglied der New York academy of sciences.

Ein „Freund“ und „Kollege“ hatte Pavel Schmidt mit Informationen an den Staatssicherheitsdienst (Státní bezpečnost (StB)) der ČSSR übel mitgespielt³, so dass er 1976 über Nacht mit Familie Prag verlassen musste. Nach seiner Flucht erhielt er in der Bundesrepublik Deutschland politisches Asyl und kam über Düsseldorf nach Gießen, wo er am 9. August 1978 auf die Professur am Hygiene-Institut der Justus Liebig-Universität (JLU) berufen wurde. In Gießen fand er bald eine zweite Heimat.⁴

Wissenschaftlich profilierte sich Pavel Schmidt vor allem auf dem Gebiet der Folgen von Umweltbelastungen. Hier verfügte er auch über detaillierte Kenntnisse der Probleme in den osteuropäischen Staaten, die er publiziert und auch noch nach seiner Flucht osteuropäischen Kollegen und Initiativen zugänglich gemacht hat. Im Westen machte er sich zudem durch seine Arbeit als Mitglied der Ausschüsse für Umwelt und Medizin der Bundesärztekammer einen Namen. Mit seinem Namen ist unter anderem die Entdeckung der Entstehung der ernährungsbedingten Methämoglobinämie bei Säuglingen verbunden; eine Arbeit, für die er 1962 mit dem Preis der J.E. Purkyně-Gesellschaft der Ärzte der ČSSR ausgezeichnet wurde.

Pavel Schmidt war kein technokratischer Mediziner, sondern eine umfassend gebildete, medizinisch-wissenschaftlich herausragende Arztpersönlichkeit. Obwohl ihn sein Einsatz für humanitäre Ideale in Konflikte mit Ideologien und politischen Systemen brachte, verfolgte er die ärztlichen Ziele über Grenzen hinweg weiter.

Pavel Schmidt ist es zu verdanken, dass das herausragende gesundheitspolitische

Problem des Einflusses von Umweltverunreinigungen, das in den ehemals sozialistischen Staaten geheim gehalten worden war, im Westen bekannt wurde. Aufgrund seiner langfristig strategisch angelegten Arbeit war es möglich, gleich nach dem Sturz des kommunistischen Systems in der ehemaligen DDR und der ehemaligen ČSSR auf diese bestehende Zusammenarbeit aufzubauen, nun jedoch in und vor allem außerhalb der Fachöffentlichkeit. Als Mitglied des Ausschusses „Umwelt und Medizin“ der BÄK wirkte Schmidt darauf hin, dass die Arbeit dieses neu eingerichteten Ausschusses an internationalem Ansehen gewonnen hat durch Ausweitung der internationalen Aktivitäten auf den europäischen Raum. Darüber hinaus setzte er sich für die Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens dadurch ein, dass er in enger Kooperation mit herausragenden Repräsentanten der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst Impulse für entsprechende Gesetzgebungsverfahren verschiedener Bundesländer gab.

Als die „Wende“, „Glasnost und Perestroika“, vor allem die „Samtene Revolution“, uns bewegte, kam Schmidt im Dezember 1989 auf den Autor zu, und sagte, dass wir etwas für den beginnenden Transformationsprozess in der Tschechoslowakei tun müssten. Schnell waren wir uns einig. Und so organisierten wir eine Vielzahl von Aktivitäten, vor allem in Prag. Pavel Schmidt stellte die Verbindungen her zum Tschechischen Ärzterverband, zum Gesundheitsministerium, zum Nationalrat und zur J.-E. Purkinje-Gesellschaft. Der Autor übernahm die Aufgabe, die Unterstützung der Bundesärztekammer, der Landesärztekammer Hessen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Apotheker- und

Ärztbank, der Vereinten Krankenversicherung AG und anderes mehr zu organisieren.⁵

Als ein Mann der ersten Stunde hat Schmidt in enger Zusammenarbeit mit dem neuen Tschechischen Gesundheitsministerium und den dortigen parlamentarischen Gremien, ebenso wie mit vielen anderen ärztlichen Kollegen ein freiheitliches und demokratisches Gesundheitswesen in der zunächst Tschechoslowakischen, dann aber Tschechischen Republik aufzubauen begonnen.⁶ In engster Abstimmung mit der Bundesärztekammer, anderen Spitzenorganisationen, insbesondere Vertretern der Landesärztekammer Hessen, hat er in beispielhafter Weise dazu beigetragen, dass in der Tschechischen Republik, als einer der ersten ehemaligen „Ostblockstaaten“, eine Ärztekammer aufgebaut wurde, die in ihrer Tradition über die erste Tschechoslowakische Republik bis in das Jahr 1894 zurückreicht.

Gleichfalls hat Pavel Schmidt gemeinsam mit anderen Beratern daran mitgewirkt, in der Tschechischen Republik, als erstem Land des ehemaligen Warschauer Paktes, ein gegliedertes Krankenversicherungssystem zu entwickeln: Schmidt hat als Arzt, als Wissenschaftler, als Gesundheitspolitiker und als Mensch Brücken gebaut.

Abschließend bedarf der besonderen Erwähnung, dass Pavel Schmidt sich auch für die Neuordnung der medizinisch-wissenschaftlichen Forschungsförderung in besonderem Maße verdient gemacht hat, indem er die „Interne Grant-Agentur“ des Tschechischen Gesundheitsministeriums inaugurierte und den Vorsitz des Vorstandes bis zu seinem Tod inne hatte. Um für die

volkswirtschaftlich außerordentlich wichtigen Bereiche der Gesundheits-, Sozial- und Wissenschaftspolitik und die Steuerung des öffentlichen Gesundheitswesens sachlich fundierte, ökonomisch vertretbare und politische akzeptable Vorschläge zu unterbreiten, wurde die international besetzte adhoc-Arbeitsgruppe der Internen Grant-Agentur eingerichtet⁷, in der u. a. auch Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann und der Autor als ausländische Konsultanten mitwirkten, die ein Konzept zur Forschungsförderung im Gesundheitswesen im Mai 1992 in Bechyně erarbeiteten⁸: Pavel Schmidt hatte noch große Pläne. Sie fanden mit seinem Tod im Jahr 1994 ein abruptes Ende. Er war ein engagierter und hoch kompetenter Arzt, Lehrer, Wissenschaftler und Gesundheitspolitiker, der über Grenzen hinweg in europäischen Dimensionen dachte und handelte. Der Autor dankt Pavel Schmidt für seine Freundschaft. (Děkuji Tí za Tvé přátelství).

Herrn MUDr. Ivan Pfeifer, C S c, Prag, danke ich für einige wichtige Hinweise auf Personaldaten und wissenschaftliche Arbeiten.

Dr. med. Michael Franz Reinhold Popović

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

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

Fußnoten zum Beitrag

Univ.-Prof. Dr. med. habil. Pavel Schmidt CSc – Ein europäischer Brückenbauer aus dem Herzen Europas

(Hessisches Ärzteblatt 12/2013, Seite 900)

- ¹ Semrádová, V. Zemřel lékař se srdcem Evropa-
na TEMPUS MEDICORUM. časopis české lé-
kařské komory. 1994. Strana 12
- ² Zugriff unter: <http://www.uni-duesseldorf.de/home/startseite/news-detailansicht/article/vater-der-deutschen-umweltmedizin-altrektor-prof-schlipkoeter-zum-75-1.html> am 24.07.2013
- ³ EZO – Nachweis von verdächtigen Personen StB, Deckname „Habry“, Zugriff unter: <http://stbezo.info/p41.htm> am 24.7.2013
- ⁴ Bauer H., Knorpp K. Gießener Allgemeine Zei-
tung. Nachruf Universitätsprofessor Dr. med.
Pavel Schmidt 15.3.1994. Gießener Anzeiger
- ⁵ Bojar, M.: Minister für Gesundheitswesen der
Tschechischen Republik. Ernennung zum Mit-
glied des Rates des Ministeriums für Gesund-
heitswesen. 07.03.1991
- Lom, P.: Tschechischer Nationalrat, Vorsitzen-
der des Ausschusses für Sozialpolitik und Ge-
sundheitswesen. Ernennung zum externen Mit-
arbeiter und Beraters des Ausschusses für So-
zialpolitik und Gesundheitswesen des Tschechi-
schen Nationalrates. (ČESKÁ NÁRODNÍ RADA,
předseda výboru pro sociální politiku a zdra-
votnictví) Prag
- Jantzer M. Vorbild Deutschland: Die CSFR über-
nimmt Kammer- und KV-System. Ärzte Zeitung
Nr. 67, 8.4.1992
- ⁶ Working Group for the Ministry of Health and
Social Affairs, Czech Republic. Reform of
Health Care in the Czech Republic. Dedicated to
all Citizens of our country and to Czech, Mora-
vian and Silesian health workers for the free
election in 1990. Prague, May 1990
- ⁷ EB. Tschechische Republik: Ad hoc-Arbeits-
gruppe. 1992/8/24 Dtsch Arztebl International.
A-2748. 89. 34-35
- ⁸ PFEIFER, Ivan: K ČINNOSTI INTERNI GRANTOVÉ
AGENTURY MZ ČR. Cas. Lék. čes., 131, 1992, č.
20-21, s. 609-656. S. 5-6

Lickin´ Boyz erspielen über 8.000 Euro für das Kinderpalliativteam Südhessen



Foto: Dr. Jürgen Lange (rechts, Sänger der Band Lickin´ Boyz) übergibt den Scheck über 8128,84 Euro an Dr. Sabine Becker (links) und Holger Fiedler (Mitte) vom Palliativteam.

Die Ärzte-Band „The Lickin´ Boyz“ hat anlässlich eines Rockkonzertes am 13. September 2013 im Musiklokal Südbahnhof Frankfurt einen Gesamtspendenbetrag in Höhe von 8128,84 Euro an das Kinderpalliativteam Südhessen übergeben.

„The Lickin´ Boyz“, das sind Rainer Wittig

(Gitarre), Daliah Nadas (Bass und Gesang), Jürgen Lange (Gesang), Thomas Hoffmann (Schlagzeug und Gesang), Karl Hieke (Gitarre), Helmut Golke (u.a. Percussion) sowie Hendrik Bretschneider (Schlagzeug, Percussion und mehr).

Seit 2006 spielt die Band ausschließlich für wohltätige Zwecke. Beim Benefiz-Konzert im Südbahnhof strapazierten außerdem der bekannte Comedian Henni Nachtsheim von „Badesalz“ gemeinsam mit Nachwuchskabarettist Emil Ferrari (Jahrgang 1995) die Lachmuskeln. Auktionator Karl M. Arnold versteigerte eine handgefertigte E-Gitarre, gestiftet von Thomas Reussenzehn. Das Kinderpalliativteam Südhessen ermöglicht rund um die Uhr die Pflege schwerstkranker Kinder und junger Erwachsener zu Hause bei ihren Familien (Kontakt: Frank Reisenleiter, Telefon 0160 90770066). Die Rockkonzerte der Ärzte-Band in 2014 sind im Internet unter www.groovingdoctors.net zu finden.

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



Grelle Strandlandschaften und archaische Kokons

„Brasiliana Installationen von 1960 bis heute“ in der Frankfurter Schirn

Der Anfang ist ein Kampf. Weiße Luftballons bedrängen das orientierungslose Ich, das durch einen dunklen Gang dem Licht zustrebt: Wer Lygia Clarks 1968 entstandene, labyrinthartige Installation „A Casa è o corpo“ betritt, erlebt die eigene Menschwerdung nochmals im Zeitraffer: Eingangs die Penetration aus Perspektive eines Samens, der aus dem Wettbewerb mit ballonförmigen Konkurrenten als Sieger hervorgeht. Dann die Schwangerschaft unter einem Gebärmutter-Zelt aus Plastikfolie und schließlich den Akt der Geburt. Dabei durchpflügt der ins Leben Entlassene eine Spielwiese aus bunten Bällen, die an die Kinderparadiese skandinavischer Möbelhäuser erinnert. Mit der Ausstellung „Brasiliana Installationen von 1960 bis heute“ lädt die Frankfurter Kunsthalle Schirn zu einem Parcours der Sinne ein. Sehen, tasten, hören und riechen: Die Werke der brasilianischen Künstler sind „erfahrbar“; sie fordern den Betrachter sinnlich heraus, um ihn durch seine Partizipation vorübergehend zum Bestandteil der Schau werden zu lassen.

9.442,21 Kilometer Luftlinie trennen Deutschland von Brasilien. Und doch scheint der fünftgrößte Staat der Erde, in dem ganz Europa Platz fände, näher gerückt zu sein. Als Gastland der diesjährigen Frankfurter Buchmesse sowie des Kongresses des Weltärztebundes und Austragungsort der Fußball-Weltmeisterschaft 2014 entfacht Brasilien die Neugier des alten Kontinents. Stereotypen wie die wogenden Dekolletés Federn geschmückter Samba-Tänzerinnen sind dabei nur eine Facette des bevölkerungsreichsten Landes Südamerikas. Von hochindustriellen Zentren, sozialen Spannungen und Straßenunruhen über die Strände der Copacabana bis zum Amazonas-Regenwald mit einer indigenen Bevölkerung reichen die Kontraste Brasiliens.

Nachfahren portugiesischer Kolonialisten und afrikanischer Sklaven, Einwanderungsgruppen aus Europa, Asien und Indios ließen das Land zu einem „melting pot“ der Kulturen werden. In der zeitgenössischen Kunst hat dies zu einer Synthese unterschiedlicher Facetten und Elemente geführt. Während die ersten künstlerischen Installationen in den 1960er-Jahren entstanden und von der Auseinandersetzung mit den Theorien der westlichen Kunstszene beeinflusst waren, entstand daraus im

Laufe der Jahrzehnte eine originär brasilianische Kunst der Erfahrung mit politischen und sozialen Implikationen: Weg vom gemalten Bild hin zu neuen, den Betrachter einbeziehenden Ausdrucksformen.

Dieser prallt förmlich vor der in grelles Orange, Gelb und Rosa getauchten künstlichen Strandlandschaft „Magmatic“ von Maria Nepomuceno zurück, bevor er auf Sandperlen an einer organisch anmutenden Hängematte entlang wadet und sich in Dias & Riedwegs gesellschaftskritischer Videoinstallation „Universo de Baile“ einer Flut von ekstatischen Bildern, monoton vorgetragenen Auszügen aus der brasilianischen Verfassung und den Boden bede-



Tunga, *Tráfade Trindade*, 2002

Installationsansicht Schirn Kunsthalle Frankfurt, 2013

ckenden Waagen aussetzt. Während die gehäkelten Nylon-Trichter von Ernesto Neto mit Gewürzduften betören und Tungas Ensemble aus gewaltigen Kesseln und einer Glocke die Assoziation einer unseligen Verbindung von Alchemistenküche und Kirche heraufbeschwört, mündet der Parcours am Ende erneut in einer düsteren Höhle: Oliveiras aus dünnen Tropenhölzern gezimmerte Installation „Parada dos Quasolitos“ entpuppt sich als archaischer Kokon, in dem die Sinneseindrücke der übrigen Installationen von dem Besucher allmählich abzutropfen scheinen.

Schirn Kunsthalle bis zum 5. Januar 2014

Katja Möhrle

Empfehlungen und Kulturtipps zum Jahresausklang

Bücher

Für Freunde und Neuentdecker eines eigensinnigen Universalgenies: Unter dem Titel **„Goethe – Kunstwerk des Lebens“**, Carl Hanser Verlag GmbH & Co. KG, ist in diesem Sommer die lebendige und elegant formulierte Biografie von Rüdiger Safranski erschienen. Anschaulich versetzt dieser den heutigen Leser in die Zeit des „Dichtersfürsten“, der in allen drei Gattungen – Lyrik, Drama und Roman – Meisterwerke schuf und dabei zugleich das Beispiel eines gelungenen Lebens abgab. „Verliebt in Goethe“ schreibt die ZEIT über Safranskis Biografie. Die große Resonanz, auf die das Werk schon jetzt beim Publikum gestoßen ist, scheint dieser Analyse recht zu geben. Lesenswert ist die Biografie auf jeden Fall.

Katja Möhrle

Ein Klassiker: Albert Camus, **„Der Fremde“** und **„Die Pest“**, Verlag rororo. Warum nicht Camus wiederentdecken? Am 3. November wäre Camus 100 Jahre alt geworden. Der in Algerien geborene französische Schriftsteller war und blieb in dieser Welt fremd. Er trieb uns den Gedanken an etwas Sicheres in unserem Leben aus. Selbst in Algerien geboren und unter schwierigen Bedingungen aufgewachsen, beschrieb er ein Lebensgefühl, eine Unsicherheit im Umgang mit der realen Existenz, die in unseren Zeiten durchaus Parallelen findet.

David Foster Wallace: **„Schrecklich amüsant, aber in Zukunft ohne mich“**, Verlag Goldmann

Ein kritischer Bericht über eine Kreuzfahrt. Die Urlaubsform der Kreuzfahrt mit den Giganten auf hoher See, welche die totale Unterhaltung und ein „schönes“ Leben als Event für ein oder zwei Wochen versprechen, hat auch andere Seiten. Mit tausenden gleich-

gesinnter Menschen auf hoher See einen fröhlichen Urlaub verbringen? Nach der Lektüre von Forster Wallace fällt dieses schwer.

Sibylle Lewitscharoff, **„Blumenberg“**
Das 2011 im Suhrkamp Verlag erschienene Buch trägt den Namen des Philosophen Blumenberg. Mit verstörender Selbstverständlichkeit findet Blumenberg eines Nachts einen Löwen in seinem Arbeitszimmer. Am nächsten Tag sitzt der Löwe in seiner Vorlesung. Von ihm abgesehen scheint niemand das Tier wahrzunehmen. Das Buch ist nicht nur eine Hommage an den großen Denker. Es ist ein Roman voller mitreißendem Sprachwitz. Die Autorin wurde 2013 mit dem Georg-Büchner-Preis geehrt.

Swetlana Alexijewitsch **„Der Krieg hat kein weibliches Gesicht“**, Hanser Verlag, oder **„Eine Chronik der Zukunft“**, Berlin Verlag.

Die Trägerin des Friedenspreises des Deutschen Buchhandels 2013 arbeitet in einer ganz bestimmten Weise. Sie interviewt Menschen und montiert das Verschriftete zu einem Buch. Dabei entsteht eine sehr dichte Schilderung mit packender dramatischer Geschichtsvermittlung. Eine der großen und mutigen Frauen aus Weißrussland heute.

Daniel Kehlmann, **„F“**

In dem 2013 bei Rowohlt erschienenen Roman erzählt Kehlmann von drei Brüdern, die, jeder auf seine Weise, Heuchler, Fälscher und Betrüger sind. Sie haben sich in ihrem Leben eingerichtet, doch plötzlich kommt es zu einem Augenblick der Unaufmerksamkeit und alles wird anders. Ein Roman über Wahrheit und Lüge, über Familie, Fälschung und die Kraft der Fiktion. Vielschichtig sowie geheimnisvoll.

Dr. med. Siegmund Drexler

Oper

Auch wenn Opernvorstellungen das ganze Jahr über locken, kann ein Besuch in der Vorweihnachtszeit besonders festlich stimmen.

So hat etwa die Oper des Staatstheaters Darmstadt am 7. Dezember Giuseppe Verdis „La Traviata“ im 200. Geburtsjahr des Komponisten auf den Spielplan geholt. 1853 rief die Uraufführung von „La Traviata“ einen Skandal hervor! Eine Kurtisane als Opernheldin auf der Bühne, für die man auch noch Mitleid und Zuneigung empfinden sollte? Damals erschien dieser Stoff, mit dem Giuseppe Verdi der Gesellschaft einen Spiegel ihrer Doppelmoral vorhielt, unerhört. Heute kann man sich ganz dem Kunstgenuss hingeben.

Katja Möhrle

Ausstellung

An seinem Namen führt in Frankfurt kein Weg mehr vorbei: Mit einem großen A und einem kleinen D signierte Albrecht Dürer seine Werke. Eine beeindruckende Ausstellung im Frankfurter Städel zeigt jetzt eine neue Sicht auf den Künstler und bettet seine Werke in zeitgenössische Zusammenhänge ein. Dürer, der deutsche Renaissance-Künstler überhaupt, wird zugleich als Künstler offenbar, der den Renaissance-Begriff relativierte und die künstlerischen Grenzen seiner Epoche sprengte.

Eine Besprechung der Ausstellung folgt in der Januar-Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes.

Katja Möhrle

In der Hoffnung auf schöne Begegnungen über die Feiertage, auf viel Neugier für 2014, auf Glück und Gesundheit grüßen Sie herzlich

*Katja Möhrle und
Dr. med. Siegmund Drexler*

Fobi@pp – Nun mit Zugang zum eigenen Fortbildungspunktekonto



Die Fobi@pp, seit 2012 die einzige Smartphone-Applikation für die medizinische Fortbildung, ist ab 1. Dezember 2013 komplett. Durch einen innovativen Ansatz ist es gelungen, das persönliche Punktekonto mit der Fobi@pp zu verbinden und neben der persönlichen Fortbildungsnummer EFN weiter zu personalisieren. Eine Einstellung im Mitglieder-Portal der Ärztekammer generiert einen eindeutigen

Schlüssel. Durch Scannen wird dieser in die Fobi@pp übertragen und stellt so die eindeutige Zuordnung her. War es bisher möglich, mit der Fobi@pp die eigene EFN anzuzeigen, eine bundesweite Fortbildungssuche durchzuführen oder Teilnehmer einer Veranstaltung zu erfassen und dem EIV in Berlin zu übermitteln, können Anwender nun das persönliche Fortbildungspunktekonto in der Hosentasche mit sich tragen.

Da die persönlichen Daten pseudonymisiert über gesicherte Verbindungen übertragen werden, ist der Datenschutz gewährleistet.

Neben dem Punktekonto ist es gelungen, ein Multiscan für Veranstalter umzusetzen. Damit ist die Fobi@pp nun auch für Groß-

veranstaltungen mit mehreren hundert Teilnehmern geeignet. Das bisherige Veranstaltungsequipment wie Notebook und Scanner wird dadurch obsolet.

Der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Prof. Dr. med. Henning Schneider, Leiter der Abteilung medizinische Informatik der Technischen Hochschule Mittelhessen, sowie Thomas Friedl, Leiter der Stabsstelle EDV und Informationsmanagement der LÄKH, sind stolz darauf, der deutschen Ärzteschaft eine weitere technische Innovation in der Fobi@pp präsentieren zu können.

*Thomas Friedl, Leiter der Stabsstelle
EDV und Informationsmanagement*

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

Professor Dr. med. Martin Kaltenbach – 85 Jahre

Am 23. September 2013 hat Professor Dr. med. Martin Kaltenbach, Dreieich-Buchschlag, in geistiger und körperlicher Frische im Kreise seiner Familie seinen 85. Geburtstag gefeiert. Der 1928 in Lörrach/Baden geborene Jubilar war nach dem Medizinstudium in Freiburg i. Br., Basel und Marburg/L. sowie seiner internistischen Weiterbildung ab 1962 an der damaligen II. Medizinischen Universitätsklinik Frankfurt am Main tätig. Im Rahmen der Neustrukturierung des Zentrums der Inneren Medizin übernahm er 1973 den Aufbau einer eigenständigen Abteilung für Kardiologie. Nach einem Aufenthalt in den USA bei Professor Mason Sones (Cleveland/Ohio) konnte er in Frankfurt die damals in Deutschland erst an wenigen Orten praktizierte Links-

herzkatheterdiagnostik einführen und erfolgreich weiterentwickeln. Durch den parallel erfolgten Aufbau einer Herzchirurgie (Professor Dr. med. Peter Satter) gelang es, ein für damalige Verhältnisse vorbildliches komplettes kardiologisches Versorgungsangebot in der Rhein-Main-Region zu etablieren. Ende der 70er Jahre entwickelte Martin Kaltenbach zusammen mit Andreas Grüntzig die perkutane Koronardilatation (PTCA) in Frankfurt und Zürich.

Im Jahre 1979 gehörte Kaltenbach zu den Begründern der Deutschen Herzstiftung, in der er auch heute noch als Ehrenmitglied des Vorstandes und im Redaktionsteam aktiv ist. Auch die Entstehung der „Stiftung für Herzforschung“ geht auf seine Initiative zurück.

Nach seiner Emeritierung 1993 setzte Martin Kaltenbach seine wissenschaftliche und klinische Tätigkeit – in Zusammenarbeit mit früheren Mitarbeitern in Frankfurt – fort und ist bis heute auf Kongressen und in Fachgremien aktiv.

Insgesamt ist Martin Kaltenbach eine der prägenden Persönlichkeiten, die die moderne Kardiologie in Deutschland über Jahrzehnte maßgeblich mitbestimmt haben. Ehemalige Kollegen, Weggefährten und Freunde wünschen dem Jubilar noch viele Jahre Gesundheit und Vitalität.

*Prof. Dr. med. Wolfgang Schneider
AGAPLESION ELISABETHENSTIFT –
Ev. Krankenhaus gGmbH
Landgraf-Georg-Str. 100, 64287 Darmstadt*

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Professor Dr. med. Helmut Vahrson, Lich, am 27. Januar.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Dietrich Riegel, Bad Hersfeld, am 20. Januar.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Bernhard Gitschel, Hainburg, am 19. Dezember,
Dr. med. Wolfgang Gerath, Frankfurt, am 14. Januar,
Dr. med. Dieter Kühnert, Hattersheim, am 17. Januar.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Friedrich Amend, Flörsbachtal
* 3.7.1928 † 28.8.2013

Dr. med. Edmund Billek, Pohlheim
* 5.2.1917 † 9.10.2013

Tilman Busse, Frankfurt
* 26.9.1962 † 18.9.2013

Dr. med. Hanno Firjahn-Andersch, Sinntal
* 26.10.1931 † 28.8.2013

Dr. Medic/Med. Pharm. Institut Bukarest Smil-Leibu Gutman,
Wiesbaden
* 11.1.1924 † 5.3.2013

Dr. med. Peter Heidler, Eltville
* 18.5.1940 † 28.9.2013

Dr. med. Patricia Heuser-Merkle, Wiesbaden
* 25.10.1961 † 2.10.2013

Matthias Elmar Eberhard Klein, Bad Nauheim
* 1.10.1959 † 28.9.2013

Dr. med. Eduard Lamprecht, Habichtswald
* 31.12.1952 † 2.8.2013

Dr. med. Enno von Rintelen, Wiesbaden
* 9.11.1921 † 16.10.2013

Dr. Dr. med. Raul Salup sen., Wiesbaden
* 4.8.1926 † 15.10.2013

Einladung

Zum achten Mal veranstaltet die Abteilung für Allgemeinmedizin der Philipps-Universität Marburg einen „Tag der Allgemeinmedizin“ am **Mittwoch, 26. März 2014, in Marburg.**

Den ganzen Tag über gibt es zahlreiche Angebote: für MFA/Arzthelferinnen, für Teams und für Ärzte/Ärztinnen sowie PJ-ler/innen. Aus ganz Hessen und angrenzenden Bundesländern können sich Teilnehmer für diese bewährte Fortbildung anmelden. Das Programm beginnt vormittags, in überschaubaren Gruppen. Es können aber auch lediglich Veranstaltungen am Nachmittag besucht werden.

Veranstaltungsort ist das Lehr-Lernzentrum (RPZ) neben dem Hörsaal III auf den Marburger Lahnbergen.

Das detaillierte Programm finden Sie unter <http://www.uni-marburg.de/fb20/allgprmed/aktuelles>.

Diese Fortbildung wird von der Abteilung für Allgemeinmedizin selber finanziert, auf jegliches Sponsoring durch die Pharmaindustrie wird verzichtet. Melden Sie sich bitte baldmöglichst an bei Doris Heuser, Philipps-Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Karl-von-Frisch-Str. 4, 35043 Marburg, E-Mail: heuserd@staff.uni-marburg.de. Verbindlich ist die Anmeldung erst mit dem Zahlungseingang. Telefonische Anfragen werden unter 06421 2865120 gerne beantwortet.

Ansprechpartner:

Professor Dr. med. Erika Baum, Leiterin der Abteilung Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin

Dr. med. Armin Mainz, Stellv. Sprecher der Sektion Fortbildung der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin)

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis-Nr. 060018329, ausgestellt am 22.9.2010 für Dr. med. Michaela Börnke-Bopp, Offenbach,

Arztausweis-Nr. 060027101, ausgestellt am 7.9.2012 für Dr. med. Ulrike Hirsch, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. HS/K 7060, ausgestellt am 6.12.2007 für Dipl.-Psych. Dr. med. Reinhard Hoffmann, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060014545, ausgestellt am 22.10.2009 für Prof. Dr. med. Frank Koch, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060019344, ausgestellt am 23.12.2010 für Adriana Neckell, Offenbach,

Arztausweis-Nr. HS/M 154/2004, ausgestellt am 2.12.2004 für Dr. med. Elke Neuwohner, Marburg,

Arztausweis-Nr. 060014886, ausgestellt am 2.12.2009 für Kirsten Tamm, Frankfurt.

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Melanie Heep, seit 15 Jahren tätig bei Dr. med. H. Mastall und K. Sokalla, Elbtal.

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

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

Angelika Mundorff, tätig bei Dr. med. H. Scheele, Dr. med. S. Schraut und Dr. med. U. Reimold, Niedernhausen,

Ines Denner, tätig bei Dr. med. E. Karakoulakis, S. I. Adloff, M. Gulde und Dr. med. S. Mokhtare, Frankfurt,

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

Brigitte Kollig, seit 39 Jahren tätig bei Dr. med. H. Mastall und K. Sokalla, Elbtal,

Regina Meilinger, seit 36 Jahren tätig bei Dr. med. H. Mastall und K. Sokalla, Elbtal.

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

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

Monika Temmar, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. Gisela Rink, Wiesbaden.

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

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 Rüsselsheim

Mörfelden-Walldorf Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Mittelbereich Dieburg/Groß-Umstadt

Groß-Umstadt Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Mittelbereich Lampertheim/Viernheim/Bensheim/Heppenheim/Bürrstadt/Lorsch

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

Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt Chirurgin/Chirurg (Hälftiger Versorgungsauftrag)
 Darmstadt Ärztin für Psychotherapeutische Medizin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)
 Darmstadt Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Griesheim Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Viernheim Augenärztin/Augenarzt mit Anstellung (Faktor 1,0) (Hälftiger Versorgungsauftrag, KV-Übergreifender Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
 Bensheim Orthopädin/Orthopäde (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
 Bensheim Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Groß-Gerau Chirurgin/Chirurg mit Anstellung (Faktor 1,0) (Überörtl. Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Rödermark Frauenärztin/Frauenarzt

Spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Raumordnungsregion Starkenburg

Darmstadt Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

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

Hausärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Mittelbereich Frankfurt

Höchst Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
 Ostend Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Mittelbereich Bad Homburg/Oberursel/Friedrichsdorf

Bad Homburg Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (mit Anstellung über 30 Std. pro Woche)

Planungsbereich Mittelbereich Königstein/Kronberg/Schwalbach/Bad Soden/Eschborn

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

Planungsbereich Mittelbereich Hanau

Rodenbach Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Frankfurt

Bockenheim Orthopädin/Orthopäde (Hälftiger Versorgungsauftrag)
 Griesheim Frauenärztin/Frauenarzt mit Anstellung (über 10 bis 20 Std. pro Woche) (Hälftiger Versorgungsauftrag)
 Bornheim Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
 Nordend Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Höchst
Kinder- und Jugendlichenpsycho-
therapeutin/Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeut
(Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Offenbach am Main

Innenstadt
Kinder- und Jugendlichenpsycho-
therapeutin/Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeut
(Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Kronberg im Taunus
Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt für
Psychotherapeutische Medizin
(Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Gründau-Lieblos
Hanau-Großauheim
Frauenärztin/Frauenarzt
Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt für
Psychotherapeutische Medizin
(Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Eschborn
Neurologin und Psychiaterin/
Neurologe und Psychiater

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Neu-Isenburg
Chirurg/Chirurgin
(Überörtlicher Berufsausübungs-
gemeinschaftsanteil)

Gesonderte fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Hessen

Main-Taunus-Kreis
(Bad Soden)
Nuklearmedizinerin/Nuklearmediziner
(Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

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

Hausärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Mittelbereich Gießen

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

Allendorf (Lumda)
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder
Internistin/Internist – hausärztlich –
(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Planungsbereich Mittelbereich Frankenberg (Eder)

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

Planungsbereich Mittelbereich Schwalmstadt

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

Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Landkreis Marburg-Biedenkopf

Marburg
Kinder- und Jugendlichenpsycho-
therapeutin/Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeut
(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Planungsbereich Landkreis Gießen

Gießen
Langgöns
Psychotherapeutisch tätige Ärztin
Psychotherapeutisch tätiger Arzt
(Hälftiger Versorgungsauftrag)
Ärztin für Psychotherapeutische Medizin/
Arzt für Psychotherapeutische Medizin
(Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Fritzlar
Psychologische Psychotherapeutin
Psychologischer Psychotherapeut
(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Raumordnungsregion Mittelhessen

Wetzlar
Marburg
Internistin/Internist
(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Internistin/Internist
(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Aus-
gabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hes-
sen, Beratung Gießen, Bachweg 1, 35398 Gießen** zu senden.

Hausärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Mittelbereich Kassel

Kassel
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder
Internistin/Internist – hausärztlich –
(Hälftiger Versorgungsauftrag)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

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

Planungsbereich Mittlere Fulda

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

Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel HNO-Ärztin/HNO-Arzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
 Kassel Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Kassel

Baunatal Ärztin/Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
 Kaufungen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Bad Wildungen Augenärztin/Augenarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
 Bad Arolsen Ärztin/Arzt für Kinder- und Jugendmedizin (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Raumordnungsregion Nordhessen

Kassel Internistin/Internist Schwerpunkt Kardiologie (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
 Lohfelden Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsteil)
 Korbach Internistin/Internist – fachärztlich – (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.

Hausärztliche Versorgung

Planungsbereich Mittlere Limburg

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

Planungsbereich Mittlere Usingen

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

Allgemeine fachärztliche Versorgung

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden Frauenärztin/Frauenarzt

Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

Hünstetten Frauenärztin/Frauenarzt
 Idstein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Weilrod Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
 Weilrod Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

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

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

Praxisvertreter/-innen

für Praxisvertretungen im Land Hessen.

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

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

Organisationsseminar für Bereitschaftsdienstärzte

In diesem Seminar erfahren Sie, wie die Kassenärztliche Vereinigung Hessen die Struktur des ärztlichen Bereitschaftsdienstes regelt.

Sie erhalten Informationen über Ihre Tätigkeit im ärztlichen Bereitschaftsdienst und Tipps im Umgang mit Problemfällen. Es werden Ihnen wirtschaftliche Behandlungs- und Ordnungsweisen genauso wie Abrechnungsverfahren im ärztlichen Bereitschaftsdienst näher gebracht.

Als Abschluss erhalten Sie Hinweise zur Versteuerung Ihrer Bereitschaftsdiensteinnahmen.

6 Fortbildungspunkte
sind beantragt.

Zielgruppe: nicht niedergelassene Ärzte, die im ärztlichen Bereitschaftsdienst arbeiten möchten

Hinweis: Das Seminar ist Voraussetzung für die Ausstellung eines Bereitschaftsdienstausweises.

Teilnahmegebühr: 25,00 € je Teilnehmer inkl. Getränke u. Pausensnack

Dauer: 4 Stunden

Gruppengröße: 100 Teilnehmer maximal

Termin:

Kursnummer 1355 Sa 24.5.2014 KVH Frankfurt 9:30 – 13:30 Uhr

Bitte geben Sie bei der Anmeldung Ihr Geburtsdatum und Adresse an. Diese Angaben benötigen wir aus erfassungstechnischen Gründen. Beachten Sie bitte unsere ABG auf der Homepage der KV Hessen unter www.kvhessen.de

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

Durch die KV Hessen für ungültig erklärte Stempel und Bereitschaftsdienstausweise:

Stempel Nummer 39 75358 00, Ärztlicher Bereitschaftsdienst Darmstadt (Irmfried Hanisch).

Ausweis für im Notfalldienst der KVH tätigen Arzt Nummer 006837, ausgestellt am 7.9.2005 für Erika König-Dennerlein, Frankfurt/Main.

Kalte Winter – Warme Herzen

Spendenaufruf

Der Verein Soziale Hilfe e.V. Kassel sammelt Spenden für Obdachlose

Unter dem Motto „Kalte Winter – Warme Herzen“ startet der Verein Soziale Hilfe e. V. in Kassel eine Spendenkampagne, um bedürftige Menschen gerade in der kalten Jahreszeit zu unterstützen.

In Zusammenarbeit mit der Stadt Kassel organisiert der Verein Wohncontainer als Notschlafstellen, um wohnungslosen Menschen dort einen warmen Übernachtungsplatz anzubieten. Außerdem ist die Tagesaufenthaltsstätte „Panama“ an der Kölnischen Straße 35 Anlaufstelle für bedürftige Menschen. Hier finden Hilfesuchende nach Mitteilung des Vereins Beratungsangebote, können sich einkleiden und erhalten gesunde Mahlzeiten für kleines Geld.

Im Rahmen der Spendenkampagne sind derzeit die Besucher des „Panamas“ dabei, wärmende Schals für Tigerenten zu stricken. Die so ausgestatteten Enten werden in der Vorweihnachtszeit verkauft. „Der Erlös kommt den von uns betreuten notleidenden Menschen zugute“, teilt Lena Kuhnen von der Sozialen Hilfe mit.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die in ihrer Praxis die Winterhilfsaktion des Vereins Soziale Hilfe e. V. unterstützen wollen, können ent-

sprechende Flyer beim Verein anfordern, unter der Adresse Soziale Hilfe e.V. Kassel, Kölnische Straße 35, 34117 Kassel, Telefon 0561 7073800 oder per E-Mail an info@soziale-hilfe-kassel.de.

Die Arbeit des Vereins kann auch direkt durch Spenden unterstützt werden (mit Spendenbescheinigung): Sparda-Bank Hessen eG, BLZ 500 905 00, Kontonummer 177 03 61. Spenden sind steuerabzugsfähig. Die Soziale Hilfe e. V. ist gemeinnützig und nach eigener Auskunft vom Finanzamt Kassel II als besonders förderungswürdig anerkannt.

