

# Hessisches Ärzteblatt

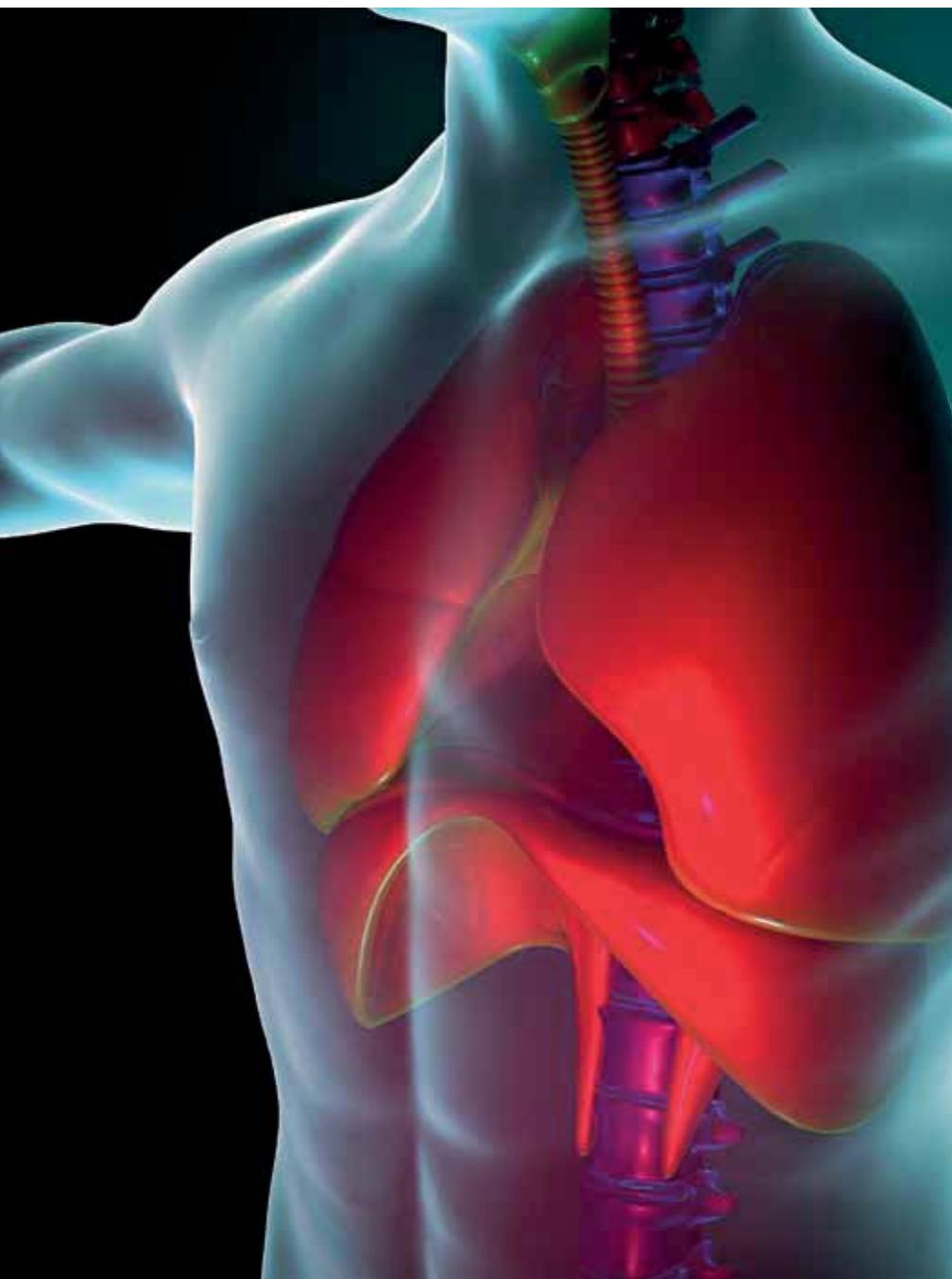
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: [www.laekh.de](http://www.laekh.de)

5 | 2014

Mai 2014

75. Jahrgang



- **Themenheft „Ethik in der Klinik / in der Patientenversorgung“**
  - Klinische Ethik als Partnerschaft
  - Entwicklung einer ethisch-rechtlichen Klinik-Policy
- **Hessische Ärzte wollen beruflichen Nachwuchs stärker unterstützen – 2. Ordentliche Delegiertenversammlung in Bad Nauheim**
- **Forum junge Ärztinnen und Ärzte: Der Beratungsbedarf ist größer geworden**
- **Zwischenbilanz des Weiterbildungsregisters in Hessen, Teil 1**
- **Zwei Präsidiumsmitglieder der Landesärztekammer Hessen stellen sich vor:**  
Dr. med. H. Christian Piper und  
Dr. med. Lars Bodammer
- **Interventionelle und chirurgische Lungenvolumenreduktion bei der COPD**

**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.  
Tel.: 069 97672-0  
Internet: www.laekh.de, E-Mail: info@laekh.de

**Schriftleitung (verantwortlich):**

Dr. med. Peter Zürner,  
Mitglied des Präsidiums der LÄK Hessen

**Redaktion:**

Katja Möhrle M. A., Leitende Redakteurin  
Dipl. Soz. Maren Grikscheit, stv. ltd. Redakteurin  
Dr. med. Roland Kaiser  
Sabine Goldschmidt M. A.  
Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth

**Redaktionsbeirat:**

siehe online unter www.laekh.de  
(Hessisches Ärzteblatt)

**Arzt- und Kassenarztrecht:**

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

**Anschrift der Redaktion:**

Isolde Asbeck  
Landesärztekammer Hessen  
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M.  
Tel.: 069 97672-196, Fax: 069 97672-224  
E-Mail: schriftleitung-haehl@laekh.de

**Redaktionsschluss:**

fünf Wochen vor Erscheinen

**Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:**

Leipziger Verlagsanstalt GmbH  
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig  
Tel.: 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, Tel.: 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 2014 vom  
1.1.2014 gültig.

**Bezugspreis / Abonnementspreise:**

Der Bezugspreis im Inland beträgt 128,00 €  
inkl. Versandkosten (12 Ausgaben), im Ausland  
128,00 € zzgl. Versand, Einzelheft 13,25 € zzgl.  
2,50 € Versandkosten. Kündigung des Bezugs  
2 Monate vor Ablauf des Abonnements. Für die  
Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist  
der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag  
abgegolten.

ISSN: 0171-9661

# Hessisches Ärzteblatt

**Editorial****244****Landesärztekammer Hessen**

Hessische Ärzte wollen beruflichen Nachwuchs stärker unterstützen –  
2. Ordentliche Delegiertenversammlung in Bad Nauheim

**245**

Bericht des Versorgungswerkes

**249**

„Mein Ziel ist, Brücken zu bauen“ – Im Gespräch mit Dr. med. H. Christian Piper

**251**

Vertreter der jüngeren Ärztegeneration – Interview mit Dr. med. Lars Bodammer

**253**

Das Redaktionsteam des Hessischen Ärzteblattes stellt sich vor

**254**

Zwischenbilanz des Weiterbildungsregisters in Hessen, Teil I

**256**

Vorstand der Carl-Oelemann-Schule berät Ziele für die neue Legislaturperiode

**285****Junge Ärzte**

Forum junge Ärztinnen und Ärzte: Der Beratungsbedarf ist größer geworden

**255****Fortbildung**

Interventionelle und chirurgische Lungenvolumenreduktion bei der COPD

**259**

Einleitung zum Themenheft „Ethik in der Klinik / in der Patientenversorgung“

**261**

Klinische Ethik als Partnerschaft

**262**

Entwicklung einer ethisch-rechtlichen Klinik-Policy

**268**

Sicherer Verordnen

**286****Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Bad Nauheim****269****Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim****275****Aktuelles**

Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte

**282****Parlando**

Hungern als Kunst oder Modeerscheinung

**283****Personalia****284****Briefe an die Schriftleitung****288****Von hessischen Ärztinnen und Ärzten**

Nachrufe

**289****Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen****290****Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen****293**

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.

## Chancen einer sektorenübergreifenden Versorgung



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

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Osterfeiertage liegen hinter uns, doch der Wonnemonat Mai bietet der Einen oder dem Anderen die Chance, mit einem Brückentag ein verlängertes Wochenende zu genie-

ßen und dieses einfach nur zur Erholung oder aber auch zum Brainstorming allein oder mit Kolleginnen und Kollegen zu nutzen. Gegenstand eines solchen Austausches könnten die Möglichkeiten des § 116 b SGB V (neu) bieten. Während dieser in der alten Fassung den Zugang von Krankenhäusern zu der ambulanten Behandlung seltener Erkrankungen oder schwerer Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen regelte, wurde mit der Neufassung ein neuer Bereich geschaffen: die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116 b SGB neu.

Hier ist der Zugang sowohl für Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren als auch für Vertragsärztinnen und -ärzte möglich, sofern die personellen, sächlichen und organisatorischen Voraussetzungen erfüllt werden. Für alle sogenannten Leistungserbringer (gestatten Sie mir die Anmerkung, dass mir diese Bezeichnung zumindest für uns Ärztinnen und Ärzte nach wie vor missfällt) gelten nun die gleichen Voraussetzungen. So müssen beispielsweise die Teamleitung und die Mitglieder des Kernteams namentlich benannt werden. Zudem heißt es in § 3 Abs. 4, dass die Diagnosestellung und leitenden Therapieentscheidungen durch die Mitglieder

des interdisziplinären Teams zu treffen sind, d. h. es gilt der Facharztstatus, also nicht der Facharztstandard. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung dürfen unter Verantwortung eines weiterbildungsbefugten Teammitglieds zur Durchführung ärztlicher Tätigkeiten einbezogen werden (Facharztstandard), Diagnosestellung und leitende Therapieentscheidungen dürfen sie explizit nicht erbringen.

Die Vergütung der Leistungen erfolgt – zunächst nach EBM – außerhalb des Budgets und dürfte damit einen Anreiz bieten. Zudem erfolgt die Einführung der ASV auf Kollektivvertragsbasis und nicht als Selektivvertrag, was den Start für Vertragsärztinnen und -ärzte erleichtern dürfte. Die ursprünglich diskutierte Forderung einer Versorgung „unter einem Dach“ wurde zugunsten von vernetzten Strukturen aufgegeben und erleichtert so die Teilnahme von Vertragsärztinnen und -ärzten.

Selbstverständlich wird auch die ASV mit erheblichen Dokumentations- und Koordinationsaufgaben einhergehen und damit nicht nur Freude auslösen. Dennoch bin ich der Überzeugung, dass diese Versorgungsform eine echte Chance auf eine sektorenübergreifende Versorgung bietet, an der sich die Vertragsärztinnen und -ärzte beteiligen sollten. Auch wenn sich die ASV zunächst auf seltene Erkrankungen und schwere Verlaufsformen beschränkt. Gerade die Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen, die in erheblichem Umfang im ambulanten Sektor stattfindet, kann im Sinn der betroffenen Kranken durch den weiteren Ausbau vernetzter Strukturen gewinnen.

Seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses wird die ASV als lernendes System betrachtet, und ich bin sicher, dass dieses System von der Ärzteschaft lernen kann, wenn wir uns kritisch, aber aktiv daran beteiligen.

Gesetzliche Unvereinbarkeiten mit anderen Versorgungsstrukturen wie zum Beispiel Disease Management Programme, Integrierte Versorgung usw. müssen natürlich aufgelöst werden.

In diesem Sinne bleibt zu hoffen, dass diese Erkenntnis auch schnellstmöglich in das Hessische Onkologiekonzept Eingang findet, das sich bislang ja so gut wie ausschließlich auf die stationäre Versorgung bezieht. Auch die Integration der zukünftigen Klinischen Krebsregister sollte so rasch wie möglich erfolgen, denn bei allem Engagement, das Ärztinnen und Ärzte in der täglichen Patientenversorgung erbringen, müssen Doppel- oder gar Dreifachdokumentationen unbedingt vermieden werden.

Ich wünsche mir, dass auch die zuständigen Ministerien und Behörden sich untereinander vernetzen. Wie wäre es mit einem verpflichtenden Bürokratieabbau-Board? Auch hier kann die Telematik sicher unterstützen.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach  
Präsident

# Hessische Ärzte wollen beruflichen Nachwuchs stärker unterstützen

## 2. Ordentliche Delegiertenversammlung der 15. Legislaturperiode in Bad Nauheim

Über den Wolken muss die Freiheit wohl grenzenlos sein, schwärmt Liedermacher Reinhard Mey. Als begeisterter Segelflieger steigt auch Dr. med. Matthias Moreth in jeder freien Minute in die Lüfte. Seiner anderen Leidenschaft – der Oper – frönt der 1952 geborene Internist, Laborarzt und Arbeitsmediziner unter anderem als Theaterarzt im Wiesbadener Staatstheater. Für seine herausragenden ärztlichen und berufspolitischen Leistungen wurde er jetzt auf der Delegiertenversammlung in Bad Nauheim mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) ausgezeichnet. Moreth, der 20 Jahre lang als Betriebs- und Werksarzt in einem Darmstädter Chemiebetrieb tätig war, gehört seit 1980 dem Hessischen Ärzteparlament als Delegierter des Marburger Bundes (MB) an und wurde 2012 zum fünften Male in den Vorstand des Versorgungswerkes gewählt: „Eine Ehrung ist immer auch Anlass, jungen Kolleginnen und Kollegen ein Beispiel für vorbildliches ärztliches Engagement zu geben“, sagte Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatz-

bach in seiner Laudatio: „Dr. Moreth ist ein solches Beispiel.“

Damit war der Übergang zur jüngeren Generation und einem Thema geschaffen, das gelegentlich für Zündstoff sorgt, immer aber auf konstruktive Überlegungen abzielt: Wie ein roter Faden zieht sich die Weiterbildung auf Bundes- und Landesebene durch die Diskussionen der Ärzteschaft. Obwohl sie nicht explizit auf der Tagesordnung stand, galt das auch für die Delegiertenversammlung am 15. März. Seit der Herbst-Sitzung gäbe es nichts grundsätzlich Neues über die Novellierung der (Muster-) Weiterbildung zu berichten, teilte von Knoblauch zu Hatzbach den Delegierten in seinem Bericht mit. Doch er hatte gute Nachrichten aus Hessen mitgebracht: So hat das Präsidium der Landesärztekammer einen vereinfachten Nachweis zur Erlangung einer Weiterbildungsbefugnis für Fachärzte (bis zu zwölf Monate für eine Gebiets- und bis zu sechs Monate für einen Schwerpunktbezeichnung) beschlossen. Außerdem zollte der Ärztekammerpräsident der Solidarität der

hessischen fachärztlichen Vertragsärzte Respekt. Sie haben aus ihrem Honoraranteil ohne Refinanzierung ein Programm zur Förderung der Facharztweiterbildung beschlossen.

### Weiterbildungsregister nimmt Formen an

Besonders erfreulich: Das geplante Weiterbildungsregister der LÄKH beginnt Formen anzunehmen. Um Qualitätsindikatoren für das Monitoring der Weiterbildung erarbeiten zu können, hatte die Landesärztekammer mit Unterstützung des hessischen MB-Vorstandes im Rahmen einer qualitativen Pilotbefragung ausgewählte Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung befragt.

Rund 2900 Weiterbildungsbefugte waren am 22. November 2013 mit dem Ziel angeschrieben worden, systematisch alle bei ihnen in Weiterbildung Befindlichen zu erheben. Am 12. März 2014 konnte die stolze Rücklaufquote von 91 Prozent festgestellt werden. Schon jetzt zeige sich aber, dass ungefähr zwei Drittel der meldenden Wei-

terbildungsbefugten nicht weiterbilden, teilte der Ärztekammerpräsident mit und kündigte genauere Ergebnisse und Analysen für den Frühsommer 2014 an.

Mit weiterhin gutem Erfolg und konstanter Beteiligung von ca. 50 Prozent aller Absolventen werden mit Unterstützung des Hessischen Landesprüfungsamtes für Heilberufe (HLPUG) regelmäßig aller Absolventen der ärztlichen Prüfung an hessischen Universitäten zu deren Studienerfahrungen, Motivation und Berufsplänen befragt, berichtete von Knoblauch von Hatzbach weiter. Seit 2013 befrage die Kammer zusätzlich auch schon Studienanfängerinnen und -anfänger der Medizin zu ihren Zukunftsplänen. Das in Frankfurt gestartete Projekt soll auf die anderen hessischen Fakultäten ausgeweitet werden.

### Kritische Töne

Auf der Delegiertenversammlung wurden auch kritische Töne zu den Themen Weiterbildung und Nachwuchsförderung laut. Junge Delegierte könnten sich nicht angemessen in den Ausschuss Weiterbildung einbringen, bemängelte etwa Anne Kandler (MB). Ein Vorwurf, dem Dr. med. Klaus König (Fachärzte Hessen) als Ausschuss-

vorsitzender entgegnete, dass seit Beginn der neuen Legislaturperiode erst die konstituierende Sitzung des Ausschusses stattgefunden habe. Von nun an bestehe für alle Mitglieder die Möglichkeit engagierter Mitarbeit. Dass Dr. med. Dipl.-Chem. Paul-Otto Nowak (MB), der dem Ausschuss in der zurückliegenden Legislaturperiode als stellvertretender Vorsitzender angehört hatte, am 15. März sein Mandat als Ausschussmitglied zurückgab, wurde von der Delegiertenversammlung zur Kenntnis genommen. „Das Präsidium hat sich große Mühe gemacht, den Ausschuss fachlich ausgewogen zu besetzen und nahezu alle Fachgebiete personell berücksichtigt“, unterstrich Dr. med. Peter Zürner (Fachärzte Hessen). Dr. med. Edgar Pinkowski (Fachärzte Hessen) rief dazu auf, zur Sacharbeit zurückzukehren.

### „Kassel ist nur ein Symptom“

Mit den Worten „Kassel ist nur ein Symptom“ bezog sich Dr. med. Susanne Johna (MB) auf Ausführungen zur Kassel School of Medicine. Von Knoblauch zu Hatzbach hatte berichtet, dass der Landesärztekammer keine neuen Erkenntnisse bezüglich der Anerkennung seitens des Hessischen

Ministeriums für Wissenschaft und Kunst vorlägen. Auch lasse sich die Frage, ob die LÄKH das an das fünfjährige Studium anschließende Foundation-Programm-Jahr auf eine Facharztweiterbildung anerkennen werde, noch nicht beantworten.

Johna betonte, es gäbe noch weitere problematische Aspekte der ärztlichen Ausbildung an privaten, auf ausländischem Recht basierenden Einrichtungen in Deutschland. Die LÄKH müsse sich daher klar zu der Frage positionieren, ob die dort erworbenen Abschlüsse äquivalent zu in Deutschland abgelegten Abschlüssen zu bewerten seien. „Wir erleben hier eine massive Inländerdiskriminierung“, kritisierte Johna und regte an, zeitnah einen Ausschuss einzurichten, der sich mit diesen und weiteren Fragen zur Situation des ärztlichen Nachwuchses – Medizinstudierende und Absolventen, die zwischen Studium und Beruf stehen – beschäftigen solle. Mit großer Mehrheit beauftragte die Delegiertenversammlung das Präsidium der LÄKH auf Antrag von BMedSci Frank Seibert-Alves, Dr. med. Freiherr Titus Schenck zu Schweinsberg, Dr. med. H. Christian Piper und Yvonne Jäger (alle MB), zeitnah einen beratenden

Ausschuss zum „Ärztlichen Nachwuchs“ zu berufen.

Auch die Online-Petition der Medizinstudierenden in Hessen für Anpassung des Landesführungsbetrages für die medizinischen Fachbereiche Hessens an das bundesdurchschnittliche Niveau wurde von dem Ärzteparlament ausdrücklich unterstützt. Die aktuelle Hochschulfinanzierung in Hessen für die medizinischen Fachbereiche stelle eine direkte Bedrohung für die Qualität von Lehre und Forschung dar, erklärten die Delegierten und verabschiedeten einstimmig den entsprechenden Antrag von PD Dr. med. Andreas Scholz und BMedSci Frank Seibert-Alves (beide MB).

### Europäische Normung

Von Knoblauch zu Hatzbach richtete in seinem Bericht den Blick auch über die deutschen Grenzen hinaus und kritisierte, dass das CEN (Comité Européen de Normalisation – Europäisches Normungsinstitut) weiterhin eine fachlich zum Teil problematische Standardisierung von Dienstleistungen für den Gesundheitsbereich vorantreibe. Um künftig frühzeitig über relevante Entwicklungen auf europäischer Ebene informiert zu sein, kündigte der Ärztekammerpräsident an, einen regelmäßigen Kontakt zur Vertretung des Landes Hessen in Brüssel aufzubauen. Dieser solle soweit wie möglich genutzt werden, hessischen Abgeordneten bereits während der Entwicklung europäischer Richtlinien die Sichtweise der Ärztekammer nahe zu bringen. Zusätzlich hält es von Knoblauch zu Hatzbach für sinnvoll, sich diesbezüglich auch international – zum Beispiel zwischen den deutschsprachigen Kammern – zu vernetzen.

### Empörung über AOK-Krankenhausreport

Empört reagierte das Ärzteparlament auf den wiederholten Versuch der Krankenkassen, das Vertrauensverhältnis zwischen Ärz-

ten und Patienten durch wissenschaftlich nicht fundierte Studien zu schwächen. So werde zum Beispiel im kürzlich veröffentlichten AOK-Krankenhausreport teilweise mit Zahlen gearbeitet, die einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht standhielten. Dabei werde vernachlässigt, dass ohne jede Refinanzierung und aus Eigeninitiative der Ärzteschaft in den vergangenen Jahren umfangreiche Anstrengungen zur Fehlerminimierung in der ambulanten und stationären Versorgung implementiert worden seien, erklärten die Delegierten. In einer einstimmig verabschiedeten Resolution, die Dr. med. Susanne Johna, PD Dr. med. Andreas Scholz und Dr. med. Lars Bodammer für den Marburger Bund in die Abstimmung eingebracht hatten, forderten sie sowohl die Krankenkassen als auch die Politik eindringlich dazu auf, diese Qualitätsoffensiven mit der ausreichenden Bereitstellung von Finanzmitteln zu unterstützen. Ergänzend wies von Knoblauch zu Hatzbach darauf hin, dass die Ärztekammer immer wieder in Pressemeldungen (zuletzt am 22.01.2014) und Interviews unseriöse und auf Verunglimpfung der Ärzteschaft ausgerichtete Veröffentlichungen der Krankenkassen angeprangert und korrigiert habe.

### Hausärztefrage in die Mitte der Gesellschaft tragen

Vertrauen ist die wichtigste Basis für die Arzt-Patienten-Beziehung – und damit für eine erfolgreiche Behandlung: Darin waren sich die Delegierten ebenso einig wie in der Forderung nach geeigneten strukturellen und inhaltlichen Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit. Um eine patientennahe Versorgung gewährleisten zu können, müsse die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit allgemeinärztlichen Leistungen oberste Priorität haben, erklärten die Ärztevertreter in Bad Nauheim. „Das hessische Ärzteparlament unterstützt die Bemühungen der Bundesregierung, die ‚Hausärztefrage‘ in die Mitte der Gesellschaft zu tragen“, heißt es in dem von Michael Knoll für die Hausärztliche Allianz eingebrachten Antrag, der in Bad Nauheim mit großer Mehrheit verabschiedet wurde.

### Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gefordert

Auch der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) war Gegenstand engagierter Redebeiträge. Seinen vielen Aufgaben zur Förderung und zum Schutz der Gesundheit

der Bevölkerung könne der ÖGD nur mit ausreichendem und qualifiziertem Personal nachkommen, hieß es in einem Antrag von Dr. med. Susanne Johna, PD Dr. med. Andreas Scholz und Dr. med. Lars Bodammer (alle MB). Nachdrücklich forderte die Delegiertenversammlung das Hessische Ministerium für Soziales und Integration dazu

auf, analog zum Beschluss der 86. Gesundheitsministerkonferenz der Länder im Jahr 2013 den öffentlichen Gesundheitsdienst in Hessen personell und organisatorisch zu stärken. Hierzu gehöre die Bereitstellung von Finanzmitteln, damit auch in Zeiten von Ärztemangel Personal für diese wichtige Aufgabe gewonnen werden könne.

## Wahlen zum Vorstand der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Sowohl Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth als auch Dr. med. Hans-Martin Hübner wurden als Vorsitzender und dessen Stellvertreter in ihrem Amt bestätigt. Als Beisitzer wurden Dr. med. Jürgen Glatzel (1. Beisitzer), Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle (2. Beisitzerin) und Dr. med. Bernhard Winter (3. Beisitzer) gewählt. Die beiden vom Präsidium vorgeschlagenen Beisitzer, Michael Andor und Dr. med. Lars Bodammer, wurden ebenso wie die beiden Vertreter der Kassennärztlichen Vereinigung Hessen, Monika Buchalik und Michael Weidenfeld, von der Delegiertenversammlung als Beisitzer bestätigt.

### Bericht des Vorsitzenden:

Über Leistungszahlen, Schwerpunkte der Arbeit im Jahr 2013 und das Strategiepapier 2013–2018 der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung berichtete der Akademievorsitzende Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth. In einer Arbeitsgruppe wurden zur zukünftigen kontinuierlichen Verfolgung der Entwicklung der Akademie sieben Parameter definiert, die nun immer wieder vorgelegt werden sollen, erklärte Genth. Diese umfassen die Zahl der Veranstaltungen nach Typen a, b und c (a = allein durch die Akademie veranstaltet; b = in Zusammenarbeit mit Partnern; c = ideelle Partnerschaft, bei dem der Anteil der Akademie sehr gering ist), die insgesamt erbrachten Unterrichtseinheiten, die Zahl verschiedener Teilnehmer (TN) und die Teilnahmestunden.

Als Projekte mit besonderer Bedeutung hob Genth unter anderem hervor: die Weiterentwicklung des Angebots (Angebote mit Weiterbildungsinhalten und reine Fortbildungsveranstaltungen), das Pilotprojekt mit der Medizin e.Akademie des Springerverlages zur integrativen Verknüpfung von Präsenz mit ergänzender Online-Fortbildung (Beginn Ende März; Evaluation zum Ende des Jahres geplant) sowie die Befragung hessischer Ärztinnen und Ärzte nach deren Wünschen und Erwartungen. Zu Letzterem ließen sich bereits die Trends ableiten, dass junge Ärztinnen und Ärzte mehr an Weiterbildungs-Veranstaltungen interessiert seien; aufmerksam würden sie auf die Angebote der Akademie über Internetrecherche und Empfehlungen; die Kontaktaufnahme mit der Akademie wird online oder per Mail gewünscht, während ältere Teilnehmer das Programmheft und eine telefonische Anmeldung bevorzugen.

Mit dem Papier zur „Entwicklung und strategischen Ausrichtung: 2013–2018“ stellte Genth die von der zugehörigen Projektgruppe entwickelten Aufgaben und Ziele der Akademie für die kommenden Jahre vor. Unter anderem sollen alle Veranstaltungen der Akademie in die vier Schwerpunkt-Gruppen „Fachliche Fortbildung“, „Weiterbildung“, „Arztberuf und Gesellschaft“ und „Veranstaltungen im gesellschaftlichen Dialog“ eingeordnet und zukünftig bei Ankündigungen, Programmen etc. auch durch sofort erkennbare entsprechende Symbole gekennzeichnet werden. In der folgenden Diskussion regte Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg ein strukturiertes Qualitätsmanagementsystem an der Akademie an.

Maren Grikscheit

## Klare Richtlinien im Umgang mit nicht-invasiven Pränataltests

Auf Antrag von Dr. med. Klaus König (Fachärzte Hessen) forderte die Delegiertenversammlung die Bundesärztekammer mit großer Mehrheit dazu auf, klare Richtlinien für den Umgang mit Pränataltests zu erstellen, um deren Missbrauch zu verhindern. Es müssten eine Indikationsliste und klare Richtlinien erstellt werden, wann derartige Tests sinnvoll eingesetzt werden sollen.

## Abschaffung des Facharztes für Allgemein Chirurgie verhindern

Mit deutlicher Mehrheit forderte die Delegiertenversammlung das Präsidium der LÄKH auf Antrag von Michael Waldeck, Dr. med. Edgar Pinkowski und Dr. med. Klaus König (Fachärzte Hessen) auf, alle möglichen Schritte zu unternehmen, um die Abschaffung des Facharztes für Allgemein Chirurgie zu verhindern.

Der Erhalt des Facharztes für Allgemein Chirurgie sei auch in Zukunft unverzichtbar zur Sicherung der chirurgischen Versorgung der Bevölkerung.

## Resolution an die Adresse der Hessischen Landesregierung

Dr. med. Alessandra Carella (Liste ÄrztInnen Hessen) und Dr. med. Stefan Hornung (MB) machten sich in Bad Nauheim mit einem Antrag für eine Überarbeitung des Psychisch-Kranken-Gesetzes (Psych-KG) stark. In einer mit großer Mehrheit verabschiedeten Resolution forderte die Delegiertenversammlung die hessische Landesregierung dazu auf, in dem im Koalitionsvertrag angekündigten Psychisch-Kranken-Gesetz nicht nur die „stationäre Unterbringung psychisch kranker Menschen“ zu regeln. Dies genüge nicht, es müssten vielmehr auch die Elemente Vor- und Nach-

sorge unbedingt mitaufgenommen werden, um möglichst bereits präventiv die Anzahl von Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen zu minimieren.

### Forschungsauftrag zur Geschichte der LÄKH vergeben

Vor einem Jahr hatte die Delegiertenversammlung die Ausschreibung eines Forschungsauftrages zur Darstellung und Aufklärung der Geschichte der hessischen Landesärztekammer (LÄKH) – beginnend mit der Vorläuferorganisation des deut-

schen Ärztverbundes 1872 und den regionalen hessischen Ärztevereinen bis zur Gründung der heutigen LÄKH – beschlossen. Insbesondere soll die tatsächliche und die ideologische Rolle der Ärzteschaft und der Kammern im Nationalsozialismus aufgeklärt werden. Auf der Grundlage von Vorstudien empfahl der Ausschusses um Dr. med. Siegmund Drexler und Dr. med. Alfred Möhrle (Fachärzte Hessen), den Forschungsauftrag an Prof. Dr. Benno Hafeneeger, Institut für Erziehungswissenschaften der Philipps-Universität Marburg, zu

vergeben. Nach Drexlers mündlichen Ausführungen beschloss die Delegiertenversammlung mit großer Mehrheit diesen Vorschlag.

Durch die nachfolgende Diskussion über Themen des Versorgungswerkes mussten die übrigen Tagesordnungspunkte vertagt werden.

*Katja Möhrle*

*Fotos zur DV: siehe im Internet unter [www.laekh.de](http://www.laekh.de)*

## Bericht des Versorgungswerkes

Vor den Entscheidungen über die Anträge des Versorgungswerkes gab die Vorsitzende des Vorstandes, Dr. med. Brigitte Ende, einen Bericht zu verschiedenen aktuellen Fragen sowie zur Arbeit des Versorgungswerkes ab: Kürzlich hatte das Versorgungswerk zwei Seminare für Delegierte organisiert. Das Versorgungswerk bietet diese immer zu Beginn einer Legislaturperiode an, um insbesondere die neuen Delegierten ausführlich über die berufsständische Versorgung im Allgemeinen und das Versorgungswerk der LÄKH im Besonderen zu informieren. Da nicht alle Fragen in ihrer ganzen Tiefe beleuchtet werden konnten, baten einzelne Delegierte um weitere Veranstaltungen des Versorgungswerkes, etwa zu den Themen Kapitalanlagen oder Versicherungsmathematik.

### Befreiung von der DRV

Wie bereits mehrfach an dieser und anderen Stellen mitgeteilt, haben sich die Bedingungen und Voraussetzungen für eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der Deutschen Rentenversicherung (DRV) durch die Urteile des Bundessozialgerich-

tes vom 31. Oktober 2012 grundlegend geändert. Nunmehr muss bei jedem Wechsel der ärztlichen Tätigkeit innerhalb von drei Monaten ein neuer Antrag gestellt werden. Fraglich war bis vor kurzem, welche Rechtslage für die Zeit vor den Urteilen gilt. Im Januar hat die DRV durch eine Pressemitteilung für Klarheit gesorgt. Danach ist für die Vergangenheit zwischen klassischen ärztlichen Tätigkeiten (zum Beispiel Ärztin im Krankenhaus) und anderen berufsspezifischen Tätigkeiten (zum Beispiel Pharmareferent) zu unterscheiden. Bei klassischen ärztlichen Tätigkeiten, die vor dem 31. Oktober 2012 aufgenommen wurden, werden Befreiungen für frühere Tätigkeiten weiterhin anerkannt. Erst beim nächsten Beschäftigungswechsel muss eine neue Befreiung von der DRV beantragt werden. Bei anderen berufsspezifischen Tätigkeiten muss dagegen die Befreiung nachgeholt werden. Sollte sich dabei herausstellen, dass die Tätigkeit nicht die Voraussetzungen für eine Befreiung erfüllt, besteht Versicherungspflicht in der DRV. In der Folge der genannten Änderungen haben das Versorgungswerk und die LÄKH ihre Zu-

sammenarbeit und ihren Austausch intensiviert, um insbesondere zu erreichen, dass der Begriff „ärztliche Tätigkeit“ synonym angewendet wird.

### Geschäftsjahr 2013

Nach den vorläufigen Zahlen des Geschäftsjahres 2013 sind die Beiträge weiter angestiegen und belaufen sich auf rund 265 Mio. € (Vorjahr: rund 257 Mio. €). Hauptgrund dafür ist, dass die Zahl der Mitglieder immer noch wächst. Die Zahl der Rentner wächst ebenfalls und führt zu höheren Leistungen von rund 175 Mio. € (Vorjahr: ca. 162 Mio. €). Die Erträge aus Kapitalanlagen sind dagegen im Vergleich zum Vorjahr zurückgegangen, nämlich von ca. 395 auf etwa 337 Mio. €. Darin spiegelt sich auch das rückläufige allgemeine Zinsniveau wider. Diese Problematik wird in den nächsten Jahren für das Versorgungswerk an Bedeutung gewinnen, wenn höher verzinsten Anleihen und Schuldverschreibungen der Direktanlagen aus früheren Jahren endfällig werden und zu einem erheblich niedrigeren Zins wieder angelegt werden müssen. Nicht zuletzt deswegen

hatte das Versorgungswerk verschiedene Anträge vorgelegt, die unter anderem das Ziel haben, Mittel für eine Absenkung des bilanziellen Rechnungszinses zu generieren (siehe unten).

### Sprachliche Gleichstellung von Frau und Mann

Aufgrund eines entsprechenden Beschlusses der Delegiertenversammlung der vorangegangenen 14. Wahlperiode wurde die Satzung und Versorgungsordnung redaktionell überarbeitet, um die sprachliche Gleichstellung von Frau und Mann sicherzustellen. Die Neufassung wurde jedoch nicht von der für Satzungsänderungen erforderlichen 2/3-Mehrheit der Delegiertenversammlung der jetzigen 15. Wahlperiode angenommen. Mehrere Delegierte bemängelten, dass die Lesbarkeit leide und sprachen sich gegen die Neufassung aus. Damit bleibt es in sprachlicher Hinsicht vorerst bei der aktuellen Version. Verabschiedet wurde dagegen die Aufnahme von Regelungen zur Kündigung der Höhverversicherung in die Satzung. Diese entsprechen der bisherigen Verwaltungspraxis.

### Änderungen bei der BU-Rente

Der aktuelle bilanzielle Rechnungszins des Versorgungswerkes liegt bei 3,85 Prozent. Um zukünftige Verpflichtungen erfüllen zu können, muss das Versorgungswerk diesen Zins mindestens erwirtschaften. Dabei handelt es sich um einen Mischzins, weil die Beiträge der Mitglieder unterschiedlich verzinst werden: Beitragszahlungen bis zum 31. Dezember 2003 werden mit 4,00 Prozent, Beiträge zwischen dem 1. Januar 2004 und dem 31. Dezember 2009 mit 3,50 Prozent und Beiträge seit dem 1. Januar 2010 mit 3,00 Prozent verzinst.

Eine Absenkung des bilanziellen Rechnungszinses geht mit einer Aufstockung der Deckungsrückstellung einher (für die Absenkung um 0,1 Prozent-Punkte sind ak-

tuell etwa 180 Mio. € erforderlich). Zu diesem Zweck wurden bereits aus Erträgen der Vorjahre rund 120 Mio. € zurückgestellt. Außerdem hat der Vorstand beschlossen, den versicherungsmathematischen Verwaltungskostensatz von 4 Prozent auf 3 Prozent zu reduzieren und die dadurch freigesetzten Gelder ebenfalls für die Absenkung des bilanziellen Rechnungszinses zu verwenden. Der Vorstand hat der Delegiertenversammlung vorgeschlagen, bei Renten für eine Berufsunfähigkeit (BU) zukünftig auf 60 Jahre statt wie bislang auf 65 Jahre „zuzurechnen“ und diese an das Niveau der vorgezogenen Altersrente anzupassen. Dadurch würden einmalig rund 250 Mio. € für eine Absenkung des bilanziellen Rechnungszinses frei. Außerdem rechnen andere ärztliche Versorgungswerke ebenfalls auf 60 Jahre zu. Eine Angleichung beseitigt damit Schnittstellenprobleme, wenn ein Mitglied eine BU-Rente von verschiedenen Versorgungswerken erhält. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die BU-Versicherung des Versorgungswerkes ohnehin nicht alle Risiken im Zusammenhang mit der BU abdeckt (insbesondere bei sogenannter Teil-BU zwischen 50 und weniger als 100 Prozent) und die Mitglieder darauf aufmerksam gemacht wurden, sich in diesem Umfang eigenständig zusätzlich privat abzusichern. Dr. med. Brigitte Ende wies mehrfach und eindringlich auf die Notwendigkeit der Absenkung des bilanziellen Rechnungszinses hin. Dieser Schritt sei unbedingt erforderlich, um das Versorgungswerk auch in einer mehrjährigen Niedrigzinsphase zukunfts-fest zu machen.

Der Vorschlag des Versorgungswerkes wurde von den Delegierten kontrovers diskutiert. Dabei zeigte sich, dass sie die Absenkung des bilanziellen Rechnungszinses mehrheitlich begrüßen. Allerdings wurde von einigen Delegierten die Frage gestellt, ob dieses Ziel nicht auf einem anderen Weg erreichen werden könnte, etwa durch

eine Heraufsetzung des Renteneintrittsalters von 65 auf 67 Jahre. Andere fragten, ob sich Kürzungen bei den BU-Renten aus solidarischen Gründen nicht grundsätzlich verbieten. Schließlich wurde der Wunsch geäußert, noch weitere Informationen zu den Hintergründen der Entscheidung zu erhalten und vor der erneuten Behandlung in der Delegiertenversammlung eine Informationsveranstaltung anzubieten.

Dazu teilte Dr. med. Ende mit, dass der Vorstand sich bereits seit längerer Zeit intensiv mit dem Thema Absenkung des bilanziellen Rechnungszinses beschäftigt habe und in diesem Zusammenhang natürlich auch Alternativen geprüft und letztlich verworfen wurden. Eine Absenkung der Anwartschaften für alle Noch-Nicht-Rentenbezieher sei ungerechter, weil damit die jüngeren Mitglieder erneut belastet würden. Eine Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre sei für ein Versorgungswerk mit einem kapitalgedeckten System hingegen nur dann eine Option, wenn damit Abschlüsse bei den Leistungen verbunden werden. Nach der bisherigen versicherungsmathematischen Systematik würden die Mitglieder höhere Renten erhalten, weil sie längere Zeit Beiträge einzahlen und sich der Zeitraum, in dem sie die Leistung erhalten, verringert.

In der anschließenden Abstimmung verfehlte der Antrag knapp die erforderliche Mehrheit (von 54 nötigen wurden 52 Ja-Stimmen abgegeben). Ein weiterer Antrag des Versorgungswerkes zu Änderungen bei den Kinderzuschüssen wurde wegen des von den Delegierten beschlossenen Endes der Sitzung und der Vertagung nicht mehr behandelt. Beide Anträge sollen in der September-Delegiertenversammlung erneut behandelt und den Delegierten in einer Info-Veranstaltung im Vorfeld noch einmal ausführlich erläutert werden.

*Johannes Prien*

## „Mein Ziel ist, Brücken zu bauen“

Im Gespräch mit Dr. med. H. Christian Piper, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen

Dass Dr. med. H. Christian Piper norddeutsche Wurzeln hat, scheint sich in seiner ruhigen Wesensart auszudrücken. Der in Kiel geborene und seit vielen Jahren in Wiesbaden niedergelassene Internist, Nephrologe und Intensivmediziner strahlt Besonnenheit aus. Selbst in hitzigen Diskussionen trägt er mit sachlichen Argumenten zur Abkühlung der Gemüter bei. Doch wenn er über seine ärztliche und berufspolitische Tätigkeit spricht, zeigt sich Piper, der seit Beginn der Legislaturperiode 2013 – 2018 dem Präsidium der Landesärztekammer Hessen als einer von drei Vertretern des Marburger Bundes angehört, leidenschaftlich engagiert.

In stillem Fahrwasser hat sich der begeisterte Segler nie bewegt. Als Ältester von vier Geschwistern 1950 in einer Arztfamilie zur Welt gekommen, musste er schon als Zehnjähriger nach Wuppertal umziehen. Einige Jahre später folgte der Vater, Professor für Augenheilkunde, einem Ruf nach Lübeck und wurde dort später Dekan der Medizinischen Fakultät. „Lübeck ist für mich bis heute zur gewachsenen Heimat der Familie geworden“, erzählt Piper, der nach dem Abitur in Kiel Medizin studierte und nach dem Examen eine Assistentenstelle im hessischen Darmstadt annahm. Über 25 Jahre arbeitete er am Klinikum Darmstadt, den Universitätskliniken Heidelberg und Mainz sowie an den Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken Wiesbaden. Piper ist Autor von rund 80 wissenschaftlichen Publikationen. Von 1992 bis 2001 leitete er die Abteilung für Nephrologie und Dialyse am Dr.-Horst-Schmidt-Klinikum. 2001 ließ sich der Arzt in einer Gemeinschaftspraxis nieder.

Als Niedergelassener im Marburger Bund? Für H. Christian Piper kein Widerspruch: „Etwa 1995 bin ich noch als Kliniker im Mar-



Foto: K. Möhrle

burger Bund aktiv geworden und habe mich besonders für die Themen Weiter- und Fortbildung eingesetzt. Das ist auch heute noch mein Schwerpunkt.“ Da er sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis stets an der Schnittstelle ambulantstationär gearbeitet habe, sei die Niederlassung kein Bruch gewesen. „Im Gegenteil: Ich sehe mich als Brückenbauer. Mein persönliches Ziel ist es, immer wieder Abgrenzungsbarrieren abzubauen.“ Barrieren, die nach seiner Überzeugung vor allem aus der ambulanten und stationären Budgetierung resultieren. „Dadurch wurden beide Bereiche von Gesetz wegen gegeneinander aufgestellt und zur Abgrenzung im betriebswirtschaftlichen Denken gezwungen. Ein großes Hindernis für die gute Versorgung und die gemeinsame enge Betreuung von Patienten.“

Über den Tellerrand zu schauen – das ist ihm wichtig. Während seiner Zeit an den Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken rief H. Christian Piper den ärztlichen Qualitätszirkel „Aktuelles Forum Therapie in Wiesbaden“ ins Leben, der heute noch unter anderem Namen weiter existiert. Vor 13 Jahren grün-

dete er gemeinsam mit seinem Partner „aus dem Nichts heraus“ eine räumlich und inhaltlich der Asklepios Paulinenklinik angeschlossene internistisch-nephrologische Praxis mit Dialyse in Wiesbaden und Bad Schwalbach. Mit 22 Mitarbeitern – Medizinische Fachangestellte, fachnephrologische Pflegekräfte und Stationshilfen – ein mittlerer Betrieb mit zwei Standorten, der „zeitlich sehr fordert“. Die Praxis bezeichnet Piper als seine Hauptaufgabe. Dennoch gab und gibt es weitere Interessengebiete, denen sich der mit einer Lehrerin verheiratete Vater von drei erwachsenen Kindern voller Engagement widmet. H. Christian Piper war früher für die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft tätig und arbeitete im Redaktionsbeirat von „KVH aktuell-Pharmakotherapie“ mit, eines von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen herausgegebenen Informationsdienstes zur rationellen Arzneimittelverordnung. „Berufspolitische Gedanken haben sich dabei von selbst ergeben.“ Seit 1997 gehört Piper, der 1994 die Ermächtigung zur internistisch-nephrologischen Weiterbildung erhielt, dem Weiterbildungsausschuss der Landesärztekammer Hessen an; 2000 wurde er Mitglied der Delegiertenversammlung. „Weiterbildung ist für mich berufspolitisch zu einem ‚durchlaufenden‘ Thema geworden. Ich zähle zu jenen, die sich 2005 gegen die Abschaffung des

### Was sind Ihre wichtigsten Ziele als Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer?

**Dr. med. H. Christian Piper:** Die Fort- und Weiterbildung verbessern, die Strukturen der LÄKH optimieren und die Kammer auch zukünftig dezentral als Serviceanbieterin aufstellen. Dazu gehört, die Einrichtungen vor Ort personell optimal auszustatten.

### Wie wollen Sie diese Ziele erreichen?

**Piper:** Indem ich mich als Brückenbauer dafür einsetze, dass das Präsidium der LÄKH für alle Ärztinnen und Ärzte, ob sie nun ambulant oder stationär tätig sind, eintritt. Außerdem möchte ich die Arbeit in den regionalen Gesundheitskonferenzen unterstützend begleiten, denn die Ärzteschaft muss sich dort breiter aufgestellt einbringen, um etwas für die bestmögliche Patientenversorgung bewirken zu können.

Basis-Internisten aufgelehnt haben“, sagt er im Gespräch. „Und auch in der jetzigen Überarbeitungsphase der Weiterbildungsordnung ist es wieder notwendig, sich zu engagieren.“

Früh machte Piper sich für die Anliegen der Ärztinnen und Ärzte in der Region stark. Von 2000 bis 2004 war er Beisitzer, ab 2004 stellvertretender Vorsitzender und von 2008 bis 2013 Vorsitzender der Bezirksärztekammer Wiesbaden. Jede Bezirks-

ärztekammer habe ihr eigenes Kolorit; Aufgabe sei es, die Serviceorientierung der LÄKH an die Kollegen in der Peripherie heranzutragen, erklärt Piper. Die bei der Bezirksärztekammer Wiesbaden angesiedelte fachkundige Stelle für die betriebsärztliche – sicherheitstechnische Praxisbetreuung bezeichnet er als sein „Baby“. „Beraten, schlichten, vermitteln – und zwar mit Kenntnis der Strukturen vor Ort: Diese ehrenamtliche Tätigkeit hat mir viel Freude gemacht und mir den Einstieg in

die Strukturen der Landesärztekammer geebnet.“ Die Kandidatur für das Präsidium der LÄKH sieht H. Christian Piper als logische Entwicklung. „Nicht Listendenken, sondern nachhaltig tragende Entscheidungen fördern, darum geht es mir bei der Kammerarbeit. Das bedeutet, gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen das ärztliche Berufsfeld und die Patientenversorgung zu optimieren.“

*Katja Möhrle*

## Wegweiser „Demenz“

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gibt im Internet-Informationportal [www.wegweiser-demenz.de](http://www.wegweiser-demenz.de) Tipps, wie sich der Umgang mit Demenzerkrankten im Alltag erleichtern lässt. Mit der Adressdatenbank können örtliche Hilfeangebote recherchiert werden. Hier finden sich auch Erfahrungsberichte.

## Neuer Umgang mit der Ressource Personal

### Personalkongress Kliniken

14. und 15. Mai in Hannover

**Thema:** Gute Arbeit! Arbeitsgestaltung im Krankenhaus zwischen Mitarbeiterinteressen und Patientenorientierung

**Termin:** 14. und 15. Mai 2014, jeweils ab 9 Uhr  
**Ort:** Hannover Congress Centrum (HCC)  
**Veranstalter:** Medizinische Hochschule Hannover  
**Kontakt:** per E-Mail an [personalkongress@mh-hannover.de](mailto:personalkongress@mh-hannover.de)

**Infos/Anmeldung:** [www.personalkongress-kliniken.de](http://www.personalkongress-kliniken.de)

Mit hochkarätigen Referenten aus Praxis, Wirtschaft, Politik und Wissenschaft sowie aktuellem Know-how zu Personal- und Klinikstrategie wendet sich der Personalkongress Kliniken an Führungskräfte und Mitarbeiter aus allen Bereichen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft.

## Gesundheits- und Sozialpolitik

### Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) stellt sich vor

Mit seiner neuen Broschüre „Entscheidungen zum Nutzen von Patienten und Versicherten“ gibt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Einblick in seine Arbeit. Die Publikation vermittelt Ärzten, Patienten und interessierten Bürgern kompaktes Grundwissen zu diesem wichtigen gesundheitspolitischen Gremium. Anhand exemplarischer Patientengeschichten stellt die Broschüre ausgewählte Entscheidungen des G-BA vor. Zu allen Beispielen geben Kästen vertiefende Informationen zu den Aufgaben des G-BA.

Der G-BA entscheidet über das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung, trifft Basisregelungen zur Bedarfsplanung und spielt eine zentrale Rolle bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen. Seine Entscheidungen trifft das Gremium auf Basis des aktuellen Forschungsstandes. Getragen wird es von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung. An allen Beratungen sind auch Patientenvertreter beteiligt.

Die Broschüre steht im Internet unter <http://www.g-ba.de> (Kapitel Institution/Service/Publikationen) zum Download bereit und kann auch in Druckversion bestellt werden (Adresse: Gemeinsamer Bundesausschuss, Wegelystraße 8, 10623 Berlin oder per E-Mail: [info@g-ba.de](mailto:info@g-ba.de)).

# Vertreter der jüngeren Ärztegeneration

Interview mit Dr. med. Lars Bodammer, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen



2013 wurde Dr. med. Lars Bodammer in das Präsidium der Landesärztekammer Hessen gewählt. Mit 39 Jahren ist er das jüngste Mitglied des neunköpfigen

Kammervorstandes. Bodammer, der dem Marburger Bund angehört und sich schon bei seinem Berufsstart im Krankenhaus Nordwest in Frankfurt für die Interessen der damaligen Ärzte im Praktikum (AIP) sowie für die Abschaffung des AIP einsetzte, absolvierte die Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin im Bürgerhospital Frankfurt. Seit 2011 ist er in der kardiologischen Fachabteilung der Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim tätig.

**Warum haben Sie sich für das Medizinstudium entschieden? Was hat Sie besonders interessiert?**

**Dr. med. Lars Bodammer:** Zur Medizin bin ich, wie viele meiner Generation, über den Zivildienst gekommen. Der Zivildienst, den ich im Rettungsdienst absolvierte, dauerte damals noch über 15 Monate. Als ich nach dem Mediziner-test direkt einen Studienplatz angeboten bekam, war ich zwar überrascht, habe mich aber sogleich auf den Weg nach Mainz gemacht, um in den darauffolgenden Jahren eine sehr schöne und intensive Zeit dort zu verbringen.

**Was sind Ihre wichtigsten Ziele als Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen?**

**Dr. med. Lars Bodammer:** Den jüngeren Kollegen eine Stimme in der Kammer verleihen. Veränderungen in der Weiterbildung brauchen viel Zeit. Da ich noch zur jüngeren Generation gehöre, hoffe ich, bei entsprechender Ausdauer sinnvolle Ergebnisse für die Kolleginnen und Kollegen erzielen zu können.

**Wie wollen Sie diese Ziele erreichen?**

**Bodammer:** Gemeinsam. Wir werden nur halb so viel erreichen, wenn wir nur unseren Partikularinteressen nachgehen. Wie auch *der* geistreiche Frankfurter einst bemerkte: Wer nichts für andere tut, tut nichts für sich.

**Sie gehören zur jüngeren Ärztegeneration und vertreten deren Belange in der Landesärztekammer. Was ist für Ihre Kolleginnen und Kollegen besonders wichtig?**

**Bodammer:** Es gibt zwei Themen, die für junge Ärztinnen und Ärzte im Vordergrund stehen: Weiterbildung und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. In Kliniken und Praxen müssen alternative Arbeitsmodelle entwickelt werden, um die ärztliche Versorgung aufrechtzuerhalten. Nicht zuletzt deshalb, weil immer mehr Frauen im Arztberuf arbeiten. Das Verhältnis von 60 Prozent Medizinstudentinnen zu 40 Prozent Medizinstudenten wird sich bald auch im Berufsleben widerspiegeln.

**Auch Sie haben Familie. Wie vereinbaren Sie Beruf und Privatleben?**

**Bodammer:** Mittlerweile sind wir zu fünft. Der kleinste Sohn ist sechs Monate alt und sorgt für viel Unterhaltung bei den Geschwistern (8 und 5 Jahre). Für uns ist es eine große Herausforderung, alle Dinge des Alltags gut zu organisieren. Ohne gemeinsamen Kalender geht da nix. Das gilt insbesondere für meine Frau. Sie ist Gynäkologin an der Uniklinik Frankfurt und organisiert neben der Arbeit die meisten Dinge für die Familie. Ohne sie könnte ich mich nicht für die Kammer einsetzen.

**Welche Interessen haben Sie neben dem Beruf? Finden Sie Zeit für Hobbys?**

**Bodammer:** Soweit es zeitlich machbar ist, fahre ich gerne mit dem Mountainbike in den Taunus. Hobbys geraten allerdings eher ins Hintertreffen. Die freie Zeit verbringen meine Frau und ich dann am liebsten mit der Familie und mit Freunden.

**Wie, wann und warum sind Sie zur Berufspolitik gestoßen? Seit wann engagieren Sie sich im Marburger Bund?**

**Bodammer:** Die AIP-Umstellung hat mich beim Marburger Bund aktiv werden lassen. Damals wollte die Klinik die AIPler nach Umstellung nur als Assistenzärzte mit halber Stelle weiterbeschäftigen – sozusagen kostenneutral. So kam ich 2005 in den Bezirksvorstand des Marburger Bundes Frankfurt und in den Landesvorstand. Seither gab und gibt es immer wieder Themen, über die in der Landesärztekammer entschieden wurden. Der Delegiertenversammlung der Ärztekammer gehöre ich seit der Legislaturperiode 2008–2013 an.

**Weshalb ist für Sie das Engagement in der Landesärztekammer wichtig?**

**Bodammer:** Neben den beruflichen Herausforderungen ist es mir wichtig, mich für die Belange der Ärzteschaft einzusetzen. Meinen Schwerpunkt sehe ich hierbei in der Verbesserung der Weiterbildung. Ich möchte die Entscheidungen über die Berufsbedingungen der Ärzte nicht allein Politikern oder fachfremden Gruppen überlassen. Von vielen Seiten ist die Ärzteschaft Kritik und Repressionen ausgesetzt, derer wir uns nur gemeinsam erwehren können. Der Arztberuf ist anspruchsvoll und zeitintensiv. Umso mehr Respekt habe ich vor meinen Kollegen, welche sich die vielen Jahre zuvor darüber hinaus für die hessische Ärzteschaft eingesetzt haben. Sonst wären wir sicher nicht da, wo wir jetzt sind.

Die Fragen stellte Katja Möhrle

# Das Redaktionsteam des Hessischen Ärzteblattes stellt sich vor

## **Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin**

Nach dem Studium der Anglistik und Romanistik habe ich meine Freude am Schreiben zum Beruf gemacht und bin Journalistin geworden. Ich war viele Jahre für die Frankfurter Allgemeine Zeitung tätig, bevor ich 2000 zur Landesärztekammer kam. Zu meinen Aufgaben als Leiterin der Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit gehörte von Anfang an die Mitarbeit in der Redaktion des Hessischen Ärzteblattes.



Foto: privat

Mitte 2013 wurde die Produktion der Zeitschrift in die Zuständigkeit der Presseabteilung gelegt. Seitdem Dr. med. Peter Zürner die Schriftleitung übernommen hat, bin ich leitende Redakteurin im Redaktionsteam.

Wir sind dabei, das Hessische Ärzteblatt auf einen neuen Kurs zu bringen. Was mir besonders gefällt, ist die Entwicklung hin zu einem abwechslungsreichen Heft mit aktuellen Berichten und vertiefenden Hintergrundinformationen. Wichtig finde ich die Öffnung zum ärztlichen Nachwuchs. So haben wir in der März-Ausgabe das „Forum junge Ärztinnen und Ärzte“ als neue Rubrik eingeführt und freuen uns auf zahlreiche Beiträge.

Ich berichte vorwiegend über berufs- und gesundheitspolitische Themen, führe Interviews und verfasse Reportagen. Um auch kulturelle Akzente zu setzen, schrei-

ben Dr. med. Sigmund Drexler und ich regelmäßig für die Feuilleton-Rubrik „Parlando“, die wir vor drei Jahren ins Leben gerufen haben.

## **Maren Grikscheit, stv. leitende Redakteurin**

Als Diplom-Soziologin mit dem Schwerpunkten Medizinsoziologie und Gesundheitspolitik habe ich einige Jahre als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Universitätsklinikum Frankfurt und der Hochschule Fulda gelehrt und geforscht. Im Jahr 2012 kam ich zur Landesärztekammer, zunächst in die Stabstelle Qualitätssicherung, Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie. Seit 2013 verstärke ich als Referentin das Team der Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und bin seitdem in die Produktion des Hessischen Ärzteblattes eingebunden. Mit dem Wechsel der Schriftleitung habe ich die Funktion der stellvertretenden leitenden Redakteurin übernommen.

Neben redaktioneller Tätigkeiten und dem Schreiben journalistischer Beiträge bin ich stellvertretend für die Heferstellung zuständig. Besonders gut gefällt mir die Vielfalt an unterschiedlichen Themen. So ist immer für jeden etwas dabei: vom medizinischen Fortbildungsartikel über Neuigkeiten aus der Kammer bis hin zu Empfehlungen kultureller Highlights in den Parlando-Arti-



Foto: K. Kölsch

keln. Bei meinen Beiträgen achte ich ebenfalls auf einen guten Mix an Beiträgen u.a. zu gesundheitspolitischen Themen und Veranstaltungen.

## **Katja Kölsch M.A.**

Als Online-Redaktionsassistentin der Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Foto: privat

bin ich für die Pflege des Online-Auftritts der LÄKH zuständig und stelle die aktuellen Ausgaben des Hessischen Ärzteblattes online. Darüber hinaus

habe ich das neue Layout des Hessischen Ärzteblattes entwickelt, das 2015 in den Druck geht.

## **Isolde Asbeck**

Als Redaktionsassistentin/Sekretärin der Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit kommt mir die Aufgabe der organisatorischen Heftaufstellung zu. Dazu gehört unter anderem,

die Texte ins richtige Format zu bringen und die Geburtstagslisten sowie die regelmäßige Rubrik „Personalia“ zusammenzustellen. Außerdem halte ich den Kontakt zu den Autoren während des Korrekturlaufs.



Foto: privat

## Neu: Forum junge Ärztinnen und Ärzte

# Der Beratungsbedarf ist größer geworden

Im Gespräch mit Dr. med. Viktor Karnosky, Leiter der Weiterbildungsabteilung der Landesärztekammer Hessen



**Wie erleben Sie die heutige Generation junger Ärztinnen und Ärzte?**

**Dr. med. Viktor Karnosky:** Was mir zunehmend auffällt – und was auch auf dem diesjährigen Kongress Operation Karriere ganz deutlich geworden ist: Die jungen Kolleginnen und Kollegen\* sind sehr offen bezüglich ihres konkreten Berufsziels. War es früher wichtig, bereits Famulatur und Promotion auf den künftigen Berufsweg hin auszurichten, gibt es heute dank der guten Arbeitsmarktlage für Ärztinnen und Ärzte\* eine große Freiheit. Und diese wird von der jungen Ärztegeneration auch genutzt.

**Was heißt das konkret?**

**Karnosky:** Junge Ärzte wollen nicht mehr absolut und permanent für das Berufsleben zur Verfügung stehen. Auch sind sie nicht mehr lebenslang auf eine Tätigkeit fokussiert. So kommt es häufig vor, dass jemand beispielsweise von der klassischen Patientenversorgung in die Arbeitsmedizin oder in den Öffentlichen Gesundheitsdienst wechselt. Tätigkeitswechsel, die auch viele Arbeitgeber wegen der breit gefächerten Berufserfahrungen begrüßen.

**Welche Konsequenzen ergeben sich für die Weiterbildung?**

**Karnosky:** Die Vermittlung von Weiterbildungsinhalten wird selbstbewusst eingefordert. Bemerkenswert ist auch, wie effizient und zielgerichtet die jungen Leute vorgehen. Sie sind aber auch eher dazu bereit, sich während der Weiterbildungszeit umzuorientieren und einen Fachwechsel vorzunehmen. Das bedeutet auch, dass der Beratungsbedarf größer geworden ist.

**Wann erfolgt der erste Kontakt zur Weiterbildungsabteilung?**

**Karnosky:** Vor oder zu Beginn der Weiterbildungszeit informieren sich die meisten zunächst über unsere Internetseiten. Wenn Fragen – zum Beispiel zur Tätigkeit auf der Intensivstation, zum Notarzteinsatz oder zur Röntgentätigkeit – auftauchen, wenden sie sich im Laufe des ersten Jahres direkt an uns. Es gibt aber auch etliche Anfragen, die uns erst nach den ersten zwölf Monaten der Weiterbildungszeit erreichen.

**Worum geht es in diesen Anfragen?**

**Karnosky:** Sinnvollerweise verfolgt die jetzige Generation junger Ärzte von Anfang an das Ziel der Facharzt-Weiterbildung, da diese Anerkennung sowohl für die vertragsärztliche Tätigkeit als auch für eine verantwortungsvolle Position in der stationären Versorgung nachzuweisen ist. Berufsrechtlich wird dies



durch das in der Weiterbildungsordnung vorgeschriebene Jahresgespräch begleitet. Einige junge Kollegen planen schon sehr früh den Zeitpunkt ihrer Facharztprüfung. Einzelne wenden sich bereits nach einem Jahr mit der Bitte an uns, die Anrechenbarkeit der bisherigen Weiterbildungsinhalte zu prüfen. Doch nach zwölf Monaten lässt sich noch nicht beurteilen, wie die gesamte fünf- oder sechsjährige Weiterbildungszeit aussehen wird. Hier stoßen wir in der Abteilung an unsere Grenzen.

**Was sagen Sie in solchen Fällen?**

**Karnosky:** Mir ist es wichtig, zu vermitteln, dass sich die Weiterbildung nicht nach einem strukturierten, verschulden Lehrplan absolvieren lässt. An erster Stelle steht die Patientenversorgung; daher muss die eigenverantwortliche Berufsausübung das Ziel der Weiterbildung sein. Der Weg dahin erfolgt schrittweise, indem diagnostische und therapeutische Maßnahmen zunächst assistierend, dann unter Anleitung und schließlich selbstständig durchgeführt werden. Entscheidend ist das hippokratische Prinzip Lehrer-Schüler mit Bestätigung der erfolgreich abgeleisteten Weiterbildung durch den letzten Weiterbilder.

**Welche Rolle spielt Weiterbildung in Teilzeit?**

**Karnosky:** Zeit für die Familie zu haben – das ist für berufstätige Mütter und Väter heute ein entscheidendes Kriterium. Erfreulicherweise sind die Möglichkeiten der Teilzeitbeschäftigung deutlich verbessert worden; Krankenhäuser sind gezwungen, auf die Bedürfnisse junger Eltern einzugehen. Auch die ärztliche Weiterbildungsordnung in Hessen hat dazu beigetragen: So kann bis zu einem Jahr der Facharztweiterbildung in Abschnitten von mindestens drei Monaten absolviert werden, während früher sechsmonatige Abschnitte vorgeschrieben waren. Dennoch gibt es Bedingungen, unter denen Weiterbildung in Teilzeit schwierig oder gar unmöglich ist. So etwa, wenn auf einer Intensivstation Schichtdienst abgeleistet werden muss.

## Junge Ärzte

### Wann wenden sich die meisten Weiterzubildenden an Ihre Abteilung?

**Karnosky:** Im letzten Jahr vor Beendigung der Facharztweiterbildung. Dabei geht es um anrechenbare Zeiten, um noch fehlende Weiterbildungsinhalte und formale Nachweiskriterien.

### Sehen Sie sich in einer Lotsenfunktion?

**Karnosky:** Das trifft es recht gut. Unsere Beratungen gehen weit über die reinen

Fakten hinaus und basieren auf den Erfahrungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Tausenden von Gesprächen, die sie im Jahr führen. Oft beantworten wir Fragen, die gar nicht gestellt wurden, sondern sich aus dem Zusammenhang ergeben.

*Interview: Katja Möhrle*

*\* Im laufenden Text werden die Begriffe „Kollege“, „Arzt“ und „Ärzte“ für beide Geschlechter verwendet.*

Mit der neuen Rubrik „Junge Ärzte“ möchten wir Ihnen – Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung – eine Plattform für Gedankenaustausch und Informationen bieten. Sie entscheiden, wofür Sie schreiben wollen: Berufsstart, Tipps für Kolleginnen und Kollegen, Teamwork im Krankenhaus oder in der Forschung, Wünsche für Weiterbildung oder Vereinbarung Familie & Beruf: Was bewegt Sie, das auch andere bewegen könnte?

Schicken Sie Ihre Texte bitte an:  
[katja.moehrle@laekh.de](mailto:katja.moehrle@laekh.de)

## Landesärztekammer Hessen

# Zwischenbilanz des Weiterbildungsregisters in Hessen Teil I

*Iris Bruchhäuser, André Zolg, Nina Walter, Viktor Karnosky, Roland Kaiser*

### Ausgangslage

In der November-Ausgabe 2013 des Hessischen Ärzteblattes wurde bereits über den Start eines Weiterbildungsregisters in Hessen berichtet. Bisher verfügte die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) über keine vollständigen Daten – insbesondere fehlen aktuelle Daten über tatsächliche Arbeitszeiten (Teilzeitproblematik) – die darüber informieren, welche Ärzte<sup>1</sup> sich wo in Weiterbildung befinden. Um diese Lücke zu füllen, wurden 2010 die rechtlichen Weichen gestellt: Laut § 5 Abs. 6 der aktuellen WBO sind alle Weiterbildungsermächtigten verpflichtet, an Maßnahmen der Ärztekammer zur Qualitätssicherung der Weiterbildung teilzunehmen und die sich bei ihnen in Weiterbildung befindlichen Ärzte der Kammer anzuzeigen.

Der prognostizierte ärztliche Nachwuchsmangel in Deutschland sorgt seit Jahren für Diskussion [1]. Doch wie ist die medizinische Nachwuchslage in Hessen? Auf Grund-

lage eines Weiterbildungsregisters sollen potentielle Engpässe in der zukünftigen ärztlichen Versorgung in Hessen identifiziert werden, um frühzeitig Handlungsmaßnahmen initiieren zu können.

### Methodik

Im November 2013 wurden 2919 Weiterbildungsermächtigte (für 3056 Ermächtigungen) in Hessen postalisch aufgefordert, die sich bei ihnen in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte per Fax oder per Post zu melden (Stichtag: 15. November 2013). Ermächtigungen für eine Zusatz- oder Schwerpunktbezeichnung wurden nicht berücksichtigt. Bei gemeinsamen Ermächtigungen wurden nur die Ermächtigten angeschrieben, die zuletzt in die gemeinsame Ermächtigung aufgenommen wurden. Der Weiterbildungsermächtigte erhielt einen mit seinem EFN-Barcode gekennzeichneten Erhebungsbogen und wurde um folgende Informationen gebeten:

EFN-Barcode seiner Ärzte in Weiterbildung, Fachgebiet und Wochenarbeitszeit der Ärzte in Weiterbildung. Sofern kein Barcode vorhanden war, konnte alternativ eine Meldung über Name, Vorname und Geburtsdatum erfolgen. Falls ein Ermächtigter aktuell über keine Ärzte in Weiterbildung in seiner Weiterbildungsstätte verfügt, sollte er den Erhebungsbogen durchgestrichen als „Nullmeldung“ zurückschicken.

### Ergebnisse

#### Meldeverhalten

Bis Anfang Januar 2014 haben 72 Prozent der angeschriebenen Weiterbildungsermächtigten die Daten übermittelt. Zur Etablierung eines aussagekräftigen Weiterbildungsregisters benötigt man jedoch die Mitwirkung aller Weiterzubildenden. Deshalb wurde Ende Januar eine Nachfassaktion gestartet mit der Bitte, dass alle bisherigen Nichtmelder den Erhebungsbogen

<sup>1</sup> Zur Vereinfachung wird im Text nur die männliche Form verwendet.



Abbildung 1

Tabelle 1

**Verteilung der Ermächtigungen mit Nullmeldungen auf die Fachgebiete**  
(Stand: 31.03.2014 – Landesärztekammer Hessen)

| Fachgebiet                                  | Nullmeldungen in % |
|---|--------------------|
| Allgemeinmedizin                            | 79                 |
| Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde            | 67                 |
| Augenheilkunde                              | 67                 |
| Kinder- und Jugendmedizin                   | 66                 |
| Haut- und Geschlechtskrankheiten            | 59                 |
| Frauenheilkunde und Geburtshilfe            | 52                 |
| Radiologie                                  | 46                 |
| Gebiet Innere Medizin                       | 44                 |
| Anästhesiologie                             | 43                 |
| Öffentliches Gesundheitswesen               | 38                 |
| Urologie                                    | 37                 |
| Gebiet Pathologie                           | 35                 |
| Arbeitsmedizin                              | 33                 |
| Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | 24                 |
| Gebiet Chirurgie                            | 23                 |
| Neurologie                                  | 21                 |
| Psychiatrie/Psychotherapie                  | 11                 |

ausgefüllt an die Landesärztekammer zurücksenden sollen. Durch die Nachfassaktion wurde eine Rücklaufquote von 91 Prozent erzielt (Abbildung 1). Bei ca. 4 Prozent der Angeschriebenen hatten sich die Voraussetzungen einer Weiterbildungsermächtigung verändert. Sie wurden von der Gesamtheit ausgeschlossen. Gründe dafür sind „Ruhestand“ bzw. „nicht mehr ärztlich tätig“, „Praxisschließung“ oder „verstorben“.

### Weiterbildungsermächtigte

Abbildung 2 verdeutlicht, dass 42 Prozent der zurückgemeldeten 2691 Ermächtigungen über einen oder mehrere Ärzte in Weiterbildung verfügen. Rund 58 Prozent der Ermächtigungen waren ohne Ärzte in Weiterbildung. Eingeschlossen wurden 4944 Ärzte in Weiterbildung.

Der Blick auf die Fachgebiete der Weiterbildenden mit und ohne Ärzte in Weiterbildung verdeutlicht, dass die Allgemeinmedizin mit 79 Prozent der einbezogenen Ermächtigungen für Allgemeinmedizin, ohne Ärzte in Weiterbildung, einen sehr hohen Anteil an „Nullmeldungen“ vorweist. Ferner zeigen beispielsweise die Ermächtigungen in den Gebieten Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Augenheilkunde sowie Kinder-

und Jugendmedizin ebenfalls einen hohen Anteil an „Nullmeldungen“ von über 60 Prozent. Die Verteilung der Weiterbildungsermächtigten ohne Ärzte in Weiterbildung nach Fachgebieten (Top 10; n>20) verdeutlicht Tabelle 1.

### Ärzte in Weiterbildung

Die gewonnenen Daten (N=4944 Ärzte in Weiterbildung) wurden mit den aktuell vorhandenen Meldedaten der Landesärztekammer Hessen abgeglichen. Hierbei konnten 4791 Datensätze erfasst werden, auf die wir uns im Folgenden beziehen.

Die Mehrheit der gemeldeten Ärzte in Weiterbildung ist weiblich (62 Prozent) und der Altersdurchschnitt aller Ärzte in Weiterbildung beträgt 34,7 Jahre.

Größtenteils arbeiten die Ärzte in Weiterbildung im stationären Bereich (88 Prozent). Aktuell befinden sich 9 Prozent im ambulanten Bereich. 3 Prozent („sonstige“) sind u. a. Angestellte in Pharmaunternehmen, bei einer Behörde oder bei der Bundeswehr.

Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit lag – bei den korrekt gemeldeten Ärzten in Weiterbildung – bei 37 Stunden pro Woche. Hier zeigen sich deutliche Spannweiten in

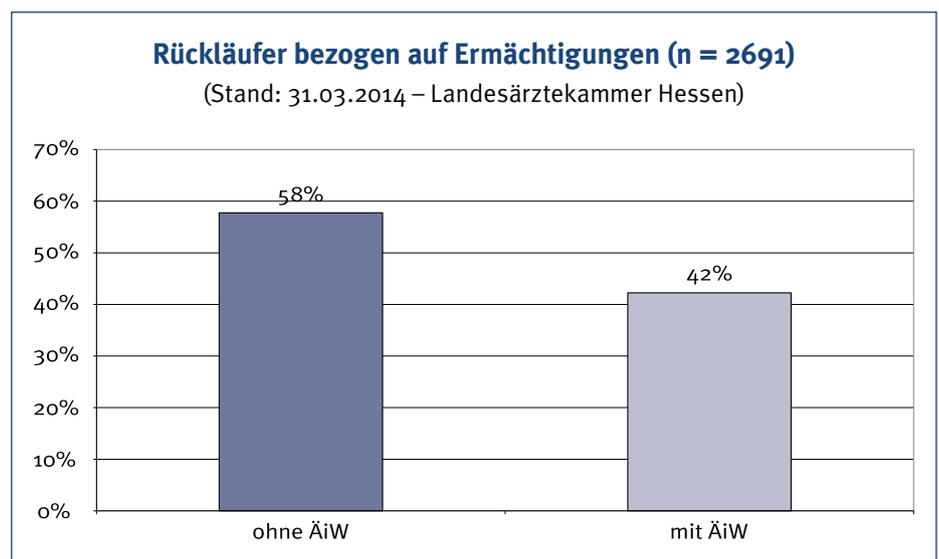


Abbildung 2

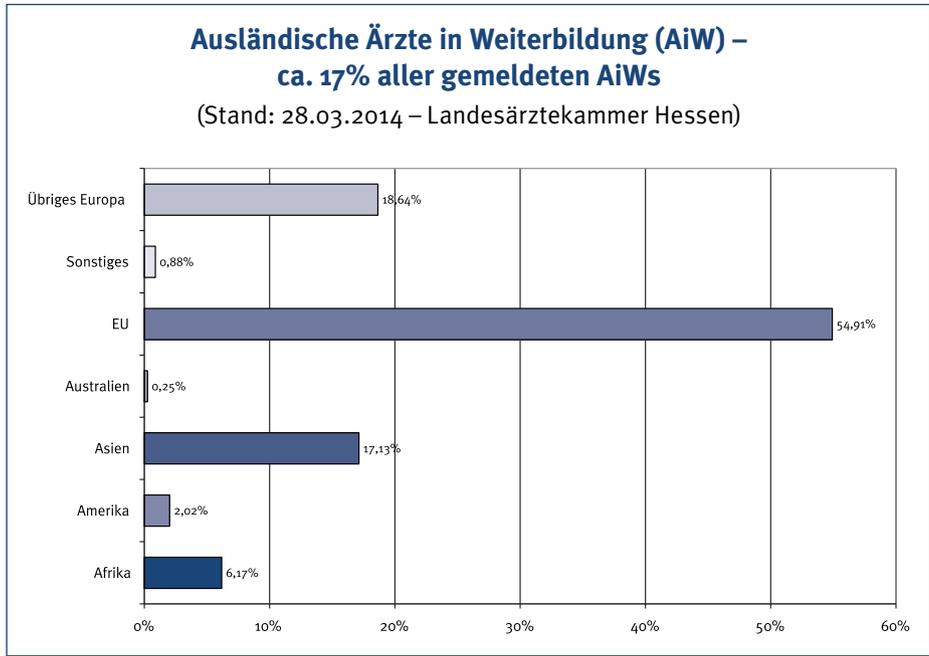


Abbildung 3

den unterschiedlichen Fachgebieten. Beispielsweise lag die Wochenarbeitszeit im Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“ bei ca. 30 Stunden pro Woche und im Gebiet „Chirurgie“ bei ca. 40 Stunden pro Woche. Rund 17 Prozent der gemeldeten Ärzte in Weiterbildung verfügen über einen ausländischen Pass, davon sind knapp 55 Prozent EU-Bürger (vgl. Abbildung 3). Die Verteilung der EU-Staatsbürgerschaften kann aus Abbildung 4 entnommen werden. Die Mehrheit der ausländischen Ärzte in Weiterbildung mit EU-Staatsbürgerschaft besitzt die rumänische Staatsange-

hörigkeit (26 Prozent), gefolgt von Griechenland (17 Prozent) und Bulgarien (10 Prozent).

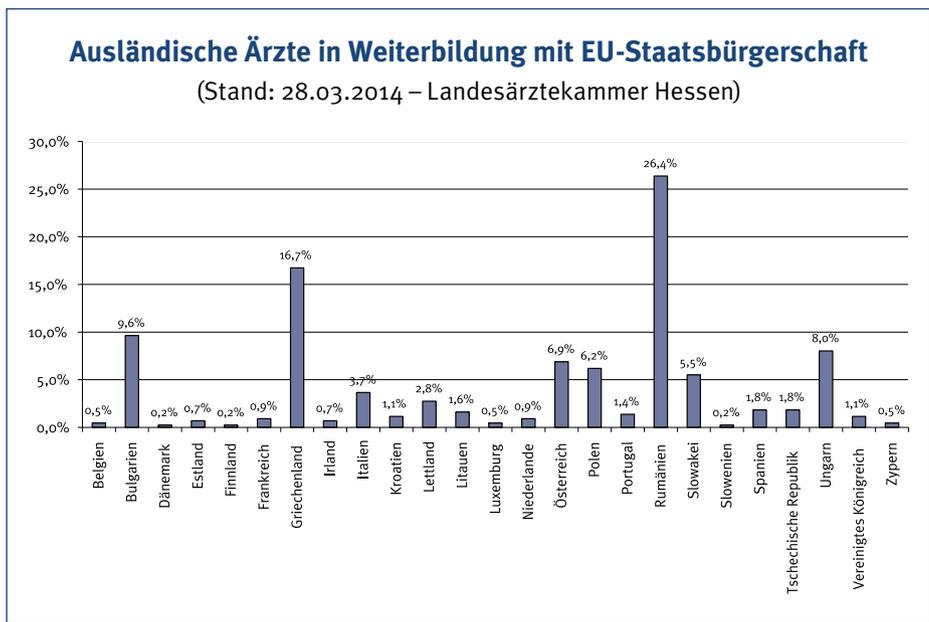


Abbildung 4

**Diskussion**

Die Registerdaten verdeutlichen, dass auch in Hessen die Medizin „weiblich“ wird. 62 Prozent der gemeldeten Ärzte in Weiterbildung sind Frauen. Dieser Trend wird bereits seit Jahren registriert und im Rahmen der ärztlichen Nachwuchsproblematik nicht außer Acht gelassen. Die Arbeitsbedingungen müssen deshalb auch in Zukunft den besonderen Bedürfnissen der Ärztinnen angepasst werden [2].

Dass die Länder Rumänien und Griechenland zu den meist vertretenen Nationalitäten unter den gemeldeten Ärzten in Weiterbildung in Hessen gehören, entspricht dem Bundesdurchschnitt aller gemeldeten ausländischen Ärzte. Laut Statistik konnte in den vergangenen Jahren der größte Zustrom aus Griechenland, Rumänien und Österreich verbucht werden [3]. Dies entspricht auch dem Trend in Hessen. Anhand einer Rücklaufquote von 91 Prozent kann ein erfolgreicher Start des Weiterbildungsregisters resümiert werden. Die Vollständigkeit der Daten ist jedoch nur durch Mitwirkung aller Ermächtigten gewährleistet; nur so können alle Ärzte in Weiterbildung in Hessen erfasst werden.

**Korrespondenzadresse:**

Dr. Dipl.-Soz. Iris Bruchhäuser, LÄKH  
E-Mail: iris.bruchhaeuser@laekh.de

**Literatur:**

- [1] Kopetsch, T. Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus. BÄK ([http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie\\_03092010.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie_03092010.pdf)) Zugriff: 7.3.2014
- [2] Kaiser, R. Ärztemangel ein bundesweites Problem. Marburger Bund Zeitung 16/2008
- [3] Bundesärztekammer: Ausländische Ärztinnen und Ärzte. (<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.1667.10275.10285>) Zugriff: 7.3.2014

# Interventionelle und chirurgische Lungenvolumenreduktion bei der COPD

Manuel Jonas Richter<sup>1</sup>, Thorsten Kramm<sup>II</sup>, Andre Althoff<sup>V</sup>, Friedrich Grimminger<sup>III</sup>, H.A. Ghofrani<sup>I</sup>, Safet Beqiri<sup>II</sup>, Stefan Guth<sup>II</sup>, Eckhard Mayer<sup>II</sup>, Robert Voswinckel<sup>I,IV</sup>

## Übersicht

Im Endstadium einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) ist selbst unter optimaler medikamentöser Therapie bei fortgeschrittenem emphysematösem Umbau der Lunge eine ausreichende Symptomkontrolle oftmals schwierig und die Belastungsfähigkeit sowie die Lebensqualität sind deutlich eingeschränkt. Etablierte Techniken der chirurgischen Lungenvolumenreduktion und neue interventionelle Maßnahmen können in der erweiterten Behandlung des fortgeschrittenen Lungenemphysems bei ausgewählten Patienten zu einer deutlichen Verbesserung des Allgemeinzustandes und der Dyspnoesymptomatik führen.

Die leitliniengerechte Therapie der stabilen COPD umfasst je nach Schweregrad eine inhalative Therapie mittels Bronchodilatoren, inhalative Kortikosteroide sowie bei weiterer Eskalation systemische Steroide, Methylxantinderivate und Phosphodiesterase-4 Hemmstoffe. Zu den supportiven Therapien gehören die ambulante Langzeitsauerstofftherapie und bei Patienten mit ventilatorischem Versagen eine nicht-invasive Heimbeatmung. Selbst bei optimaler Anwendung der oben genannten Maßnahmen wird eine symptomatische Verbesserung nur bei wenigen Patienten mit schwerem Emphysem erreicht. Als erweiterte Therapieoptionen stehen derzeit chirurgische Verfahren sowie interventionelle, bronchoskopisch gestützte,



Abb. 1: Röntgenthorax mit bilateral implantierten RePneu® LVR Coils.

endobronchiale Methoden zur Auswahl. Entscheidend für den Therapieerfolg ist zunächst die genaue Überprüfung, ob der jeweilige Patient für eine Lungenvolumenreduktion in Frage kommt. Grundlage für diese sorgfältige, individualisierte Therapieentscheidung ist die Besprechung jedes einzelnen Patienten im Rahmen einer interdisziplinären „Lungenemphysemkonferenz“, bestehend aus Radiologen, Pneumologen und Thoraxchirurgen.

## Welche Patienten für welche Therapie – Skalpell oder Bronchoskop?

Die chirurgische Lungenvolumenreduktion kommt, nach aktuellen Studiendaten, vor allem für Patienten mit bullösem, oberlappenbetontem Emphysem und schlechter Belastbarkeit in Frage. Bei noch guter Belastbarkeit und nicht-oberlappenbetontem Emphysem ist eine optimierte medika-

mentöse Therapie im Hinblick auf die Prognose der Patienten der Chirurgie überlegen [1].

## Interventionelle Verfahren

Mehrere Studien zeigen, dass durch gezielte Auswahl der Patienten bei interventionellen Verfahren eine deutliche Verbesserung der Dyspnoesymptomatik und der Lebensqualität erreicht werden kann, ohne dass die Mortalität der Patienten signifikant erhöht wird [2]. Hierzu stehen endobronchiale Ventile oder eine Coil (Spiralen)-Implantation zur Verfügung. Ventile sind das bevorzugte Verfahren für oberlappenbetonte, heterogene Emphyseme, unter der Voraussetzung, dass entweder bildgebend und/oder endoluminal gemessen eine relevante Kollateralventilation ausgeschlossen wurde. Mehrere Studien zeigen die Wirksamkeit und Sicherheit der Ventile auch im längerfristigen Verlauf über 12 Monate mit Verbesserung der 6-Minuten-Gehstrecke, der Lebensqualität und der expiratorischen Einsekundenkapazität (FEV<sub>1</sub>) [3]. Zu den häufigen Komplikationen dieses Verfahrens zählen: Pneumothorax mit prolongierter Fistelung (3,6-10%), Hämoptysen (5,4%) und/oder Bronchospasmus/Exazerbation (42 %), wobei Patienten mit nachweislicher post-interventioneller Atelektasenbildung retrospektiv durch die stärkere Volumenreduktion funktionell am meisten profitierten [4].

Bei den derzeit verwendeten Lungenvolumenreduktions-Coils (LVRC) handelt es

<sup>1</sup> Abteilung für allgemeine Pneumologie, Zentrum für Herz-, Thorax- und Rheumaerkrankungen, Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim, Mitglied des Deutschen Zentrums für Lungenforschung (DZL)

<sup>II</sup> Abteilung für Thoraxchirurgie, Zentrum für Herz-, Thorax- und Rheumaerkrankungen, Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim

<sup>III</sup> Abteilung für pneumologische Onkologie, Zentrum für Herz-, Thorax- und Rheumaerkrankungen, Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim

<sup>IV</sup> Medizinische Klinik III, Abteilung für Pneumologie und Onkologie, Hochtaunusklinik, Bad Homburg

<sup>V</sup> Abteilung für Innere Medizin/Pneumologie, Bürgerhospital Friedberg, Friedberg/Hessen

sich um 100 bis 150 Millimeter lange Nitinoldrähte mit sogenanntem Formgedächtnis. Die Platzierung in den Ziellungenlappen erfolgt bronchoskopisch unter Durchleuchtungskontrolle über einen speziellen Führungskatheter. Pro Lappen werden bis zu zehn Coils implantiert; initial wird ein Lungenlappen und nach vier bis sechs Wochen die Gegenseite versorgt (Abb. 1). Zu den häufigeren Komplikationen zählen: Pneumothorax (5%), Pneumonien (17%), broncho-pulmonale Infekte (5%), leichte Hämopytsen (0-75%) und/oder Exazerbationen (5-7%) [5]. Bei adäquat ausgewählten Patienten wurden Verbesserungen der 6-Minuten-Gehstrecke (bis zu +48m), der FEV<sub>1</sub> (+12%) und der Lebensqualität bei gleichzeitiger Reduktion des Ausmaßes der Überblähung (RV: -11,4%) dokumentiert [5]. Eine Kontraindikation für Coil-Implantation ist eine orale Thrombozytenaggregationshemmung mit Clopidogrel oder ähnlichen Substanzen und/oder Antikoagulation mit oralen Vitamin-K Antagonisten. Gleiches gilt für die Verwendung der neuen oralen Antikoagulantien (NOAK), wohin-

gegen die Implantation bei fortgesetzter Therapie mit Acetylsalicylsäure durchgeführt werden kann. Eine zeitversetzte Marcumarisierung ist laut Fallberichten möglich [6].

Prognostisch stellen alle genannten Verfahren keine dauerhafte Alternative zur Lungentransplantation im Endstadium der Erkrankung dar. Die Zeit bis zur notwendigen Listung kann allerdings möglicherweise prolongiert werden.

### Zusammenfassung

Nach Ausschöpfung aller medikamentösen und supportiven Verfahren sollte bei fortgeschrittener COPD mit Lungenemphysem ein erweitertes individualisiertes Therapiekonzept erwogen werden. Die Lungentransplantation tritt dabei aufgrund des Mangels an geeigneten Spenderorganen sowie der immer noch eingeschränkten Langzeitergebnisse zunehmend in den Hintergrund. Interventionelle und chirurgische Behandlungstechniken können Lebensqualität, Belastungsfähigkeit und Dys-

pnoesyndromatik verbessern. Entscheidend sind die korrekte, individualisierte Indikationsstellung auf der Basis der Beratung in einer interdisziplinären Emphysemkonferenz, im Idealfall in enger Abstimmung mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen.

#### Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

#### Korrespondenzadresse:

*Dr. med. Manuel Jonas Richter*  
Abteilung für allgemeine Pneumologie  
Kerckhoff-Klinik gGmbH  
Benckestraße 2-8  
D-61231 Bad Nauheim  
Tel. ++49 (0)6032 996 2486  
Fax ++49 (0)6032 996 2417

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Homepage [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

## Neue Studie zu Sterbebedingungen in Pflegeeinrichtungen

### Interessierte können teilnehmen

Obwohl sich die meisten Menschen wünschen, zu Hause in ihren eigenen vier Wänden und im Kreis der Familie zu sterben, sieht die Realität anders aus. Der Tod wird ausgelagert: in Krankenhäuser, Pflegeheime und seit einigen Jahren auch in Hospize. Die Sterbebedingungen in deutschen Krankenhäusern hat der Gießener Professor Dr. phil. Wolfgang George im Auftrag der TransMIT GmbH untersucht und seine Ergebnisse unter anderem im Hessischen Ärzteblatt 2/2014 (Seite 72ff.) vorgestellt. George, Wissenschaftlicher Leiter für den TransMIT-Projektbereich Versorgungsforschung, hatte für diese „1. Gießener Sterbestudie“ im Zeitraum 2012/2013 bundesweit 1430 Mitarbeiter aus 212 Krankenhäusern befragt. Die

Ergebnisse sind im Buch „Sterben im Krankenhaus“ (Psycho-Sozial-Verlag 2013) und in weiteren Fachpublikationen veröffentlicht worden.

In diesem Jahr soll die „2. Gießener Sterbestudie“ folgen, die detaillierte Befunde zur Betreuung Sterbender in stationären Pflegeeinrichtungen erfassen will. Dort sterben nach Angaben von George über 40 Prozent aller Bürger Deutschlands. An dieser Studie können sich Einzelne wie auch Einrichtungen beteiligen. Informationen zur Studienteilnahme gibt es unter [www.sterbestudie.de](http://www.sterbestudie.de) im Internet. Auch Hausärzte, welche die Pflegeeinrichtungen besuchen, sind ausdrücklich zur Studienteilnahme eingeladen.

## Literatur zum Beitrag

# Interventionelle und chirurgische Lungenvolumenreduktion bei der COPD

von Dr. med. Manuel Jonas Richter et.al.

(Hessisches Ärzteblatt 5/2014, Seite 259)

1. Fishman A, Martinez F, Naunheim Ket al. (2003) National Emphysema Treatment Trial Research Group. A randomized trial comparing lung-volume-reduction surgery with medical therapy for severe emphysema. *N Engl J Med.* May 22;348(21):2059-73
2. Van Raemdonck D, Ninane V (2010) Lung volume reduction for severe emphysema: do we need a scalpel or a scope? *Eur Respir Rev* 19:242-247
3. Venuta F, Anile M, Diso D et al. (2012) Long-term follow-up after bronchoscopic lung volume reduction in patients with emphysema. *Eur Respir J* 39:1084-1089
4. Venuta F, de Giacomo T, Rendina EA et al. (2005) Bronchoscopic lung-volume reduction with one-way valves in patients with heterogeneous emphysema. *Ann Thorac Surg* 79:411-416; discussion 416-417
5. Slebos DJ, Klooster K, Ernst A et al. (2012) Bronchoscopic lung volume reduction coil treatment of patients with severe heterogeneous emphysema. *Chest* 142:574-582
6. Hetzel M. (2013) Orale Präsentation, European Respiratory Society Congress, Barcelona

# Einleitung zum Themenheft „Ethik in der Klinik / in der Patientenversorgung“

(in den Ausgaben 5/2014 und 6/2014)

Klinische Ethik, Ethik in der Patientenversorgung, was ist das, braucht man dazu spezielle Kenntnisse und ist sie überhaupt im klinischen Alltag in unserem Gesundheitssystem machbar?

Am wichtigsten sind Aussagen zur Bedeutung und Machbarkeit klinischer Ethik im Klinikbetrieb. Viele haben noch immer falsche Vorstellungen davon, z.B. ist alles zu theoretisch, eben im Alltag nicht umsetzbar, wir wissen zu wenig darüber, haben Angst vor den Konsequenzen etwa bei Entscheidungen am Ende des Lebens oder bei Kosten-/Nutzen-Entscheidungen in Diagnostik und Therapie. Wie gehen wir mit den begrenzten Ressourcen um, usw. usw.? Die Landesärztekammer will in Zukunft Fortbildungsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte zur „Ethik in der Medizin“ anbieten.

## Zur Auswahl der Beiträge:

Wie kann Ethik in der Patientenversorgung – in der alltäglichen Routine – verankert und gestärkt werden? Dieser Frage ist der Beitrag von **Stella Reiter-Theil und Mitautoren** aus Basel gewidmet. Ethik wird dezidiert als „Klinische Ethik“ und in Partnerschaft mit den klinisch Tätigen konzipiert und praktiziert. Hintergrund ist ein wissenschaftliches Projekt zur Erarbeitung von Hilfsmitteln für schwierige Entscheidungen am Krankenbett (METAP). Diese Hilfsmittel – ein Manual, eine praktische Kurzfassung (Flyer) und strukturierte, kurze Anleitungen – sollen Stations-teams in die Lage versetzen, sich selbst kompetent über konkrete ethische Fragen zu orientieren und zu beraten; dies kann und darf auch im Vorfeld bzw. ohne sofortige Einbeziehung eines Krankenhaus-Ethikkomitees geschehen. Ethikkomitees

und Fachleute aus Ethikkonsildiensten sind aufgefordert, neben der Vertiefung ihrer eigenen Spezialisierung auch die ethische Kompetenz der Behandelnden und Pflegenden in die Breite zu fördern. Mit METAP haben sie dafür ein Werkzeug, das ihre Verankerung und Bedeutung in der Klinik stärken dürfte.

**Ralf Jox** befasst sich mit dem Thema Lebensende und stellt Empfehlungen des Klinikums der Universität München zur Frage der Therapieziel-Änderung bei schwerstkranken Patienten und zum Umgang mit Patientenverfügungen vor. Er stützt sich darauf, dass der Bedarf nach einer solchen ethisch-rechtlichen Policy erwiesen wurde: auf nationaler Ebene durch Rechtsunsicherheit, Ausbildungsmängel und Kommunikationsdefizite sowie auf lokaler und institutioneller Ebene durch die ethische Brisanz des Themas und den Mangel an ethischen Unterstützungsangeboten. Entstanden aus einem Arbeitskreis, verfolgt die Policy das Ziel, den in der Patientenbetreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Klinikums als Orientierung für schwierige Entscheidungen am Lebensende zu dienen. Sie ist ein Pilotversuch, mit Hilfe organisationsethischer

Instrumente die Qualität im Gesundheitswesen zu verbessern.

Ähnlich wie der erste Beitrag von Reiter-Theil et al. betont auch Jox, dass Instrumente und Standards zur ethischen Orientierung stärker als bisher wissenschaftlich ausgerichtet werden und einer Begleitforschung unterzogen werden sollten. Beide Aufsätze sind Meilensteine in dieser Entwicklung.

Während Fehler in der Medizin – nach einigen Widerständen – breit thematisiert werden, ist dies bislang in der Psychotherapie nur in sehr diskreter Form der Fall. Diesem wichtigen Thema gehen **Irina Medau und Koautoren** auf der Grundlage einer Interviewstudie mit Psychotherapeuten (PhD-Dissertation der Erstautorin) nach (in Ausgabe 6/2014 Hessisches Ärzteblatt). Die befragten Therapeuten benannten mehrere Arten von Fehlern: technische Fehler, Einschätzungsfehler, normative Fehler und Systemfehler. Beispielhaft für eine alltägliche ‚normative Verfehlung‘ war das Schönreden von Fehlern. Politisch interessant sind Systemfehler, die durch Einzelne nur geringfügig beeinflusst werden können und Veränderungen auf höherer Ebene erfordern. Nicht alle Fehler sind vermeidbar;

entscheidend ist daher – auch für den Patienten – der angemessene Umgang mit Fehlern. Fehler sollten gegenüber Patienten in passender Form angesprochen werden, gerade technische und Einschätzungsfehler gelten dann als häufig reversibel. Als eigentlicher Behandlungsfehler wird eine fehlende Korrektur des Fehlers angesehen. Präventiv könnten bereits bekannte Fehler genutzt werden. Dazu benötigt werden (ähnlich wie in der somatischen Medizin): Frühwarnsysteme, Melderegister, eine professionelle Haltung und Selbstkontrolle sowie gezielte Aus-, Weiter- und Fortbildung zur Ethik in der Psychotherapie.

Ebenfalls mit dem Thema Behandlungsfehler, aber unter dem Aspekt der damit verbundenen Emotionen auf beiden Sei-

ten, befasst sich Aufsatz von **Sebastian Hollwich und Stella Reiter-Theil** (in Ausgabe 6/2014 Hessisches Ärzteblatt). Behandelnde fürchten sich davor, Fehler zu begehen, aber auch davor, über diese zu sprechen. Dabei wird immer wieder zitiert, dass ein offener Umgang – Bedauern, Reue und eine authentische Entschuldigung – bei Patienten häufig Verständnis und Milde begünstigt. Wenn einem aber eigene Emotionen oder diejenigen des Gegenübers im Weg stehen, kann das klärende Gespräch zum unüberwindlichen Hindernis werden: Wertvolle Gelegenheiten verstreichen und Chancen bleiben ungenutzt.

In der aktuellen Entwicklung der medizinischen Fehlerkultur und ihrem Bemühen um einen professionell-ethischen Umgang mit Fehlern sind Emotionen aber noch viel

zu wenig thematisiert oder erforscht worden. Kognitionspsychologische Modelle zeigen, dass entstehende Emotionen wie Empörung sich keineswegs nur störend oder belastend auf den Prozess der Fehleraufklärung und weiteren Behandlung auswirken müssen. Betroffene Behandelnde, welche nach einem Fehler Schwierigkeiten im Umgang mit dem Patienten befürchten, könnten von diesem Ansatz profitieren.

Die Beiträge sind aktualisierte und neu bearbeitete Versionen früherer Publikationen.

*Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann  
(Teningen),*

*Prof. Dr. Stella Reiter-Theil (Basel)*

## Klinische Ethik als Partnerschaft

### – oder wie eine ethische Leitlinie für den patientengerechten Einsatz von Ressourcen entwickelt und implementiert werden kann

Stella Reiter-Theil<sup>1</sup>, Barbara Meyer-Zehnder<sup>1,III</sup>, Marcel Mertz<sup>1</sup>, Heidi Albisser Schlegler<sup>1</sup>, Reto W. Kressig<sup>II</sup>, Hans Pargger<sup>III</sup>

#### Zusammenfassung:

Ethische Leitlinien für die klinische Praxis erfreuen sich zunehmender Beliebtheit. Damit klinisch-ethische Leitlinien aber überhaupt erfolgreich wirksam werden können, ist noch Pionierarbeit zu leisten. Solche Leitlinien müssen wissenschaftlich stärker fundiert und ihre praktische Anwendbarkeit verbessert werden. In diesem Aufsatz werden die ersten Schritte des Projekts METAP zur methodischen Entwicklung und praktischen Implementierung einer Leit-

linie für eine patientengerechte Versorgung am Krankenbett zusammengefasst.

Das Projekt orientiert sich methodisch an der Entwicklung medizinischer Leitlinien und generiert damit eine forschungs- und konsensgestützte Leitlinie, die systematischer Evaluation und Modifikation unterliegt und Rechenschaft über ihre wissenschaftliche Fundierung gibt. Zusätzlich zur Leitlinie bietet das Projekt in der Form eines Handbuchs ein Entscheidungsverfahren an, welches unter anderem

deliberative Aspekte unterstützt. Das Handbuch liefert Informationen über empirische, ethische und rechtliche Grundlagen für Therapieentscheidungen (durch Gastautoren aus vier Ländern), unter besonderer Berücksichtigung der Fairness im Umgang mit Ressourcen. Anhand eines Eskalationsmodells können unterschiedliche Instrumente nach Bedarf als ethische Lösungsstrategien eingesetzt werden, von der Kurzfassung im Kitteltaschenformat mit den wichtigsten Fakten, weiterführenden Tex-

<sup>1</sup> *Klinische Ethik, Universitätsspital Basel, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Universität Basel*

<sup>II</sup> *Universitätsklinik für Akutgeriatrie, Universitätsspital Basel*

<sup>III</sup> *Operative Intensivbehandlung, Departement Anästhesie, Universitätsspital Basel*

ten und Empfehlungen mit normativen und prozeduralen Hinweisen, über stationsinterne Lösungsversuche bis hin zur Ethikkonsultation. Klinische Partner sind von Beginn an aktiv in den Entwicklungsprozess eingebunden worden und verbessern so die Praxistauglichkeit und Akzeptanz sowie die Ausrichtung des Instrumentariums an den tatsächlichen Bedürfnissen. Dieses partnerschaftliche, partizipative Vorgehen scheint eine wichtige Voraussetzung dafür zu sein, dass METAP in der Klinik Fuß fassen konnte.

#### Schlüsselwörter:

Ethische Leitlinien • Implementierung, Fairness • Umgang mit Ressourcen • Rationierung • Unterversorgung • Überversorgung

## Thematik und Zielsetzung

### Fundierung und Akzeptanz einer Ethik-Leitlinie

Ethische Leitlinien für die klinische Praxis erfreuen sich zunehmender Beliebtheit, man könnte geradezu von einem „Boom“ sprechen. Damit ethische Leitlinien aber erfolgreich wirksam werden können, ist noch Pionierarbeit zu leisten. Es gilt zum Beispiel, solche Regelwerke wissenschaftlich besser zu fundieren und ihre praktische Anwendbarkeit zu verbessern. In dieser Arbeit werden Schritte der methodischen Entwicklung und praktischen Implementierung einer solchen Leitlinie zusammengefasst; eine ausführlichere Darstellung wurde 2011 publiziert (Reiter-Theil et al 2011)<sup>1</sup>.

### Ethische Brennpunkte am Krankenbett aufgreifen

Ethische Herausforderungen werden im klinischen Alltag immer deutlicher artiku-

liert. Diese betreffen sowohl das medizinische System und dessen Einbettung in Wirtschaft und Gesellschaft im Allgemeinen, als auch die unmittelbaren Behandlungsentscheidungen am Krankenbett. Studien belegen, dass die meisten Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegenden ethische Schwierigkeiten am Krankenbett erleben (siehe dazu auch Kapitel 1 von [3]). Untersuchungen, die mit unterschiedlichen Methoden und in verschiedenen Ländern durchgeführt wurden, weisen unter anderem auf folgende Brennpunkte hin:

- a) Therapieentscheidungen bei Patienten, deren Entscheidungsfähigkeit vorübergehend oder auf Dauer beeinträchtigt ist, mit der Folge, dass kein klarer Patientenwille ermittelt werden kann [5, 6,12].
  - b) Entscheidungen, ob eine lebenserhaltende Maßnahme – wie die Herz-Kreislauf-Wiederbelebung – angebracht ist oder unterlassen werden soll [14].
  - c) Uneinigkeiten zwischen verschiedenen Beteiligten über Therapieentscheidungen [17].
- Vor allem aber gibt es Evidenz, dass der Umgang mit (knappen) Ressourcen am Krankenbett ein wichtiges Problemfeld für klinisch Tätige darstellt:
- d) Es wird sowohl von Unterversorgung (zum Beispiel Wartelisten) und Ungleichbehandlung (Benachteiligung bestimmter Gruppen) [11] als auch von Überbehandlung („Futility“) berichtet [2].

### Die Herausforderung zur Fairness im Umgang mit Ressourcen annehmen

Im klinischen Alltag ist die Konfrontation mit begrenzten Ressourcen unvermeidlich. Probleme der Unter-, Über- und Ungleichversorgung am Krankenbett stellen eine erhebliche, auch ethische Herausforderung dar.

Gerade bei kritischen, vulnerablen und moribunden Patienten stellt sich die Frage, ob am Ende nicht „zu wenig“ – oder aber „zu viel“ – getan wird.

Empirische Studien bestätigen die Vermutung, dass Patienten mit bestimmten Merkmalen und Krankheiten (beispielsweise alte und weibliche Patienten, Immigranten, Suchtkranke, multimorbide Patienten) ein besonderes Risiko aufweisen, unter- oder ohne angemessene Gründe „ungleich“ versorgt zu werden (siehe hierzu Kapitel 1.1 von [3]). Ansätze für eine möglichst gerechte Mittelallokation müssen nicht nur mit dem Problem der Begrenzung oder Knappheit umgehen. Sie müssen auch soziale Unterschiede (wie Bildung und Einkommen) einbeziehen, welche die Gesundheit beeinflussen und zudem ungerechtfertigte Ungleichbehandlung begünstigen. Solche Faktoren erhöhen das Risiko dafür, dass Ressourcen am Krankenbett in inkonsistenter oder willkürlicher Weise eingesetzt werden, auch wenn die fragliche Ressource keineswegs derart knapp ist, dass eine gezielte Rationierung notwendig wäre. Charakteristischerweise liegt in diesen Fällen auch keine explizite Regel vor, Maßnahmen vorzuenthalten. Eine zu starke Ausrichtung der Patientenversorgung am Machbaren birgt die Gefahr der Übertherapie, die unverhältnismäßige Belastungen für Patienten und Angehörige bedeuten kann. Wahrnehmungen des klinischen Personals, dass die geleistete Patientenbetreuung inadäquat sei, löst im Betreuungsteam Spannungen aus und kann unter Umständen moralischen Distress bedeuten [10,16]. Mit welchen Strategien lassen sich diese Probleme für den Patienten und seine Angehörigen sowie auch für das behandelnde klinische Team verbessern?

<sup>1</sup> Der vorliegende Aufsatz ist eine aktualisierte Kurzfassung zu: Reiter-Theil S, Mertz M, Albisser Schlegler H, Meyer-Zehnder B, Kressig RW, Pargger H (2011) Klinische Ethik als Partnerschaft – oder wie eine ethische Leitlinie für den patientengerechten Einsatz von Ressourcen entwickelt und implementiert werden kann. *Ethik Med* 23,2: 93–105.

### Hilfsangebote für den ethischen Einsatz von Ressourcen – implizite oder explizite Strategien

Für einen Bedarf an ethischen Hilfsangeboten im klinischen Alltag, insbesondere bei schwierigen Therapieentscheidungen, spricht eine breite empirische Evidenz. Ein solcher Bedarf dürfte auch für die Schwierigkeiten mit dem ethischen Einsatz von Ressourcen am Krankenbett bestehen, jedoch wurde das Thema noch selten zum Gegenstand von Hilfsangeboten der klinischen Ethik gemacht. Gerade komplexe und eher informell ablaufende Entscheidungsprozesse weisen Probleme wie mangelnde Konsistenz und Transparenz auf; bei unstrukturierter Entscheidungsfindung kann sich zum Beispiel ein „Muster“ etablieren, das ritualisiert abläuft und gegebenenfalls zu wenig reflektiert wird [14].

Die klinische Ethikkonsultation oder -Beratung (Ethikkonsil) gehört neben internen Fallbesprechungen, Qualifizierungsmaßnahmen oder schriftlichen Orientierungshilfen wie Richt- und Leitlinien zur Palette möglicher Hilfsangebote der Ethik [17]. Leitlinien können ergänzend zu akuten Fallkonsultationen Grundlagen zur Problemlösung schaffen. Zu dieser Schlussfolgerung gelangt die Autorengruppe der europäischen „Values at the Bedside-Study“, der sich auch die SAMW [21] anschließt. Die Mehrzahl existierender ethischer Leitlinien für die klinische Praxis dürfte aber hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen Fundierung sowie der Transparenz ihres Zustandekommens noch verbesserungswürdig sein. Wir gehen von der Voraussetzung aus, dass verschiedene Formen ethischer Unterstützung sinnvoll und – je

nach institutionellen Rahmenbedingungen – möglich sind. Darum integriert das hier vorgestellte Projekt gezielt unterschiedliche Modalitäten und Komponenten der Hilfestellung. Der Fokus liegt dabei auf der Patientenbetreuung am Krankenbett, also der ‚Mikroebene‘; es sind jedoch auch Hinweise auf weitere Problemfelder zu erwarten, wenn die Evaluation und Analyse der Patientenversorgung strukturelle Mängel der Allokation in der Institution oder im System aufdeckt.

### METAP als Konzept<sup>2</sup>

#### Hintergrund und Ausrichtung

Das klinisch-ethische Kooperationsprojekt METAP<sup>3</sup> stellt einen Versuch dar, die für ethische Leitlinien nötige Pionierarbeit ein Stück nach vorn zu bringen. Eine wichtige Säule zur Fundierung dafür ist die Rezeption empirischer Studien und deren ethische Reflexion im Hinblick auf praktische Fragen [18]. Neben der interdisziplinären Medizinethik (federführend) wurden von Beginn an vor allem die Intensivmedizin und die Geriatrie samt Palliativbetreuung aktiv eingebunden. Dieses Projekt umfasst die methodische und wissenschaftlich gestützte Entwicklung einer Leitlinie, zu der ein strukturierter Entscheidungsprozess gehört. Die Kombination einer Leitlinie mit einem Verfahren klinisch-ethischer Entscheidungsfindung dient mehreren Zielsetzungen: Sie anerkennt den für ethische Urteile notwendigen deliberativen, subjektiven bzw. intersubjektiven Charakter; sie macht deutlich, dass die Leitlinieninhalte nicht als bloße „Rezepte“ zu nutzen sind. Zudem beugt sie der Verlagerung von Verantwortung auf ein extern einge-

brachtes „Regelwerk“ vor und betont die Zuständigkeit der klinischen Entscheidungsträger im Dialog mit dem Patienten. So fördert sie die klinisch-ethische Kompetenz der Beteiligten, individuell oder als Gruppe [19,20]. Durch die Etablierung eines strukturierten Vorgehens wird die Chance erhöht, dass die Inhalte der Leitlinie in der Praxis verwendet werden: Das Instrumentarium mit Handbuch und verschiedenen Hilfsmitteln ist also kein „Papiertiger“.<sup>4</sup> Die Legitimation für die Formulierung von Empfehlungen und Regeln beziehen wir aus dem Verfahren eines transdisziplinären Forschungssettings und der aktiven Beteiligung der klinischen Repräsentanten. Unsere klinischen Kooperationspartner sind aktive Partner und keineswegs nur Rezipienten. Somit ist die Leitlinie eng mit der klinischen Praxis verbunden und wird implementiert, um auch tatsächlich auf den Stationen eingesetzt zu werden. METAP setzt an bei der Evidenz für das (unter Umständen gleichzeitige) Vorkommen von Unter-, Über- und ungerechtfertigter Ungleichversorgung und damit auch bei der alltäglichen Erfahrung der klinisch Tätigen, die die geleistete Patientenversorgung mitunter selbst als ungerecht erleben (und darunter leiden). Werden wichtige Therapieentscheidungen gar als willkürlich empfunden (zum Beispiel als abhängig davon, wer gerade Dienst hat), werden Motivation und Einsatzfreude beeinträchtigt – von den Folgen für Patienten einmal abgesehen. Dies belegen authentische Berichte klinischer Kollegen.

Vor diesem Hintergrund wurde zur Abhilfe ein *forschungs- und konsensgestütztes Entscheidungsinstrumentarium* entwickelt.

<sup>2</sup> Projektförderung durch den Schweizer Nationalfonds: Nr. 3200Bo-113724/1 („Between Over-Treatment and Under-Treatment. Ethical Problems of Micro-Allocation in Vulnerable Patient Groups“, 2006–2008); Nr. 32003B-125122 („Fairness and Transparency. Clinical Ethical Guideline METAP – Evaluation, Methodological Foundation and Improvement“, 2009–2011); Principal Investigator: Prof. Dr. S. Reiter-Theil, Co-Investigator: Prof. Dr. H. Pargger.

<sup>3</sup> METAP – „Modular Ethical Treatment Allocation Process“ steht für die Schlüsselwörter modular, ethisch, Therapieentscheid, Allokation und Prozess.

<sup>4</sup> Download (gratis) und Bestellung verschiedener Hilfsmittel über die Website: <http://www.klinischeethik-metap.ch/>

Das vorrangige Ziel von METAP als Instrumentarium ist die Förderung einer ethisch angemessenen Therapieentscheidung. Insbesondere die Vermeidung einer ungerechtfertigten Ungleichbehandlung ist hier zentrales Anliegen. Mittels definierter ethischer Kriterien und einem Entscheidungsverfahren sollen ethische Fragen in zuverlässiger Weise geklärt werden. Ein besonderes Anliegen ist dabei, dass die Versorgungsqualität gesichert werden kann, auch wenn ethische Fragen im Raum stehen. Aufreibende Missverständnisse oder Konflikte zwischen und innerhalb verschiedener Berufsgruppen oder zwischen Betreuungsteam, Patienten und deren Angehörigen sollen durch den Einsatz des Verfahrens reduziert oder vermieden werden.

Entlang von Fragestellungen wird eine strukturierte Entscheidungsfindung unterstützt, zum Beispiel:

- Welche Informationen zum Patienten (Biografie, Lebensentwürfe, Angehörigensituation, Patientenverfügung usw.) müssen vor einer ethisch schwierigen Therapieentscheidung gesammelt werden?
- Wie ist das Risikoprofil eines Patienten dafür einzuschätzen, dass er oder sie zu viel oder zu wenig Behandlung erfährt, also nicht „angemessen“ versorgt wird?
- Wie ist das Vorgehen bei einer schwierigen Entscheidungsfindung zu gestalten: Wann ist eine *interne ethische Fallbesprechung* aussichtsreich, wann sollte hingegen eine *Ethikkonsultation mit unabhängiger Moderation* in Anspruch genommen werden?

METAP hat auch die Aufgabe, das Risikomanagement bei schwierigen klinisch-ethischen Entscheidungen zu unterstützen. Es dient dazu, die Vollständigkeit und Qualität der Informationsgrundlage

zu verbessern und „typische“ Entscheidungsfehler bei informellen, komplexen Entscheidungen zu vermeiden.

### Entwicklung und methodisches Vorgehen

Da die Fachliteratur aktuell kein geeignetes Verfahren aufweist, musste für die Erarbeitung von METAP ein methodisches Vorgehen entwickelt werden. Die resultierende Methode orientiert sich an der Entwicklung medizinischer Leitlinien gemäß den Vorgaben der evidenzbasierten Medizin [1,4]; METAP ist also keine „Eminenz“-basierte ethische Leitlinie. Das dafür eingesetzte Vorgehen und die Entwicklung bzw. Adaptierung der Methode wird systematisch reflektiert und begründet [8,13,19,20].

Die im Handbuch enthaltenen Module wurden mittels Recherche, Auswertung, Überprüfung und Modifikation von Information und ihrer Aufbereitung erarbeitet. Durch die systematische Konsensbildung über die Arbeitsergebnisse in unterschiedlichen Projektabschnitten erlangt das Resultat die Akzeptanz und Legitimation der einbezogenen (tatsächlichen) Anwender. Als Bestandteile unseres methodischen Vorgehens etablierten wir deshalb unter anderem zwei gegenüber der Forschergruppe externe unabhängige Instanzen für die Validierung der Leitlinieninhalte und der Methode ihrer Herstellung: ein zweitägiges Forschungskolloquium mit 16 unabhängigen wissenschaftlichen Experten aus Medizinethik, Medizin, Pflege-/Wissenschaften, Psychologie, Philosophie und Seelsorge (▲ Tabelle 1) sowie klinischen Fachvertretern; ein jeweils eintägiges klinisches Panel aus 15 unabhängigen, interprofessionell zusammengestellten klinisch Tätigen – Ärzte und Pflegende aus Inter-

sivmedizin, Geriatrie und Palliative Care, Klinikseelsorge sowie Medizinethik –, das sich drei Mal traf (▲ Tabelle 2). Alle Sitzungen wurden systematisch und nach vorher festgelegten Akzeptanzkriterien ausgewertet. Durch die aktive Beteiligung von klinisch Tätigen wurde sichergestellt, dass die Komponenten von METAP ausreichend praxisnah und verständlich sind und dass bestehende Bedürfnisse, Fragen und Unsicherheiten der Praktiker angemessen aufgenommen wurden.

Ergänzend dazu wurden für die Methodenentwicklung Expertinnen eingeladen, ebenso zur Anpassung und Ergänzung der Leitlinie an die Rechtssysteme der verschiedenen Länder Deutschland, Luxemburg, Österreich, Schweiz (▲ Tabelle 3).

Die Implementierung einer Leitlinie oder anderer ethischer Hilfsangebote trifft nicht selten auf charakteristische Hindernisse oder eine Art „Resistance to change“ [7,9]. Um solchen Reaktionen aktiv vorzubeugen, sollte eine (Pilot-)Implementierung, wie wir sie durchgeführt haben, methodisch gezielt vorbereitet werden. Auf jeder Station, die METAP anwendet, ist eine Steuergruppe zu bilden und für den Einsatz von METAP zu schulen. Dies kann in Eigenregie, zum Beispiel mit Hilfe eines bestehenden klinischen Ethikkomitees geleistet werden, das sich in METAP eingearbeitet hat; bei Bedarf kann dazu auch Anleitung geleistet werden (siehe Website: <http://www.klinischeethik-metap.ch>). Die Mitglieder der Steuergruppe dienen als Ansprechpartner für die Mitarbeitenden, helfen bei der Beurteilung und Initiative angemessener Vorgehensweisen. Fortbildungsveranstaltungen im Rahmen der ortsüblichen Weiterbildung vermitteln den Nicht-Steuergruppenmitglieder das notwendige

Wissen, um mit METAP zu arbeiten. Die regelmäßige Übung des Umgangs mit der Kurzfassung (Leporello; vgl. Stufe 2) und Durchführung ethischer Fallbesprechungen (sog. Stufe 3 von METAP, siehe unten) ist sinnvoll, um eine niederschwellige Einbettung in den Klinikalltag zu erleichtern. Dafür sind gewisse Rahmenbedingungen zu beachten [15].

### METAP als Praxis

METAP steht als Handbuch in einer Langfassung mit Kurzfassung (Leporello / Falblatt als Kitteltaschenversion) zur Verfügung [3]. Die Langfassung dient als Grundlagen- und Nachschlagewerk, auch für die Schulung von klinischen Ethikkomitees und Steuergruppen. Die Kurzfassung (das Leporello) enthält einen praxisorientierten Extrakt (Beschreibung unterschiedlicher Entscheidungswege und Instrumente der Entscheidungsfindung bzw. Beurteilung); dazu gehört ganz zentral das sog. Eskalationsmodell (siehe rechts), nach dem die Bearbeitung medizinethischer Fragen erfolgt – je nach Art des Problems und der Dringlichkeit.

Am Ende jedes Kapitels wird ein „Fazit für die klinische Praxis“ geliefert: Dies Fazit enthält neben (deskriptiven) Informationen vor allem normative Elemente. Diese sind für die Orientierung wichtig, auch wenn sie als Empfehlungen nicht dieselbe Stärke haben wie diejenigen in medizinischen Leitlinien. In jedem Fall besitzt das „Fazit für die Praxis“ in METAP Empfehlungscharakter, der sich auf die gesammelte faktische Information und auf die für METAP relevanten Werte, Prinzipien und Normen stützt und dadurch das methodische Verfahren legitimiert.

### Einsatz von METAP: Das Eskalationsmodell

Die Auslösung für den Einsatz von METAP liegt bei den klinisch Tätigen selbst; die

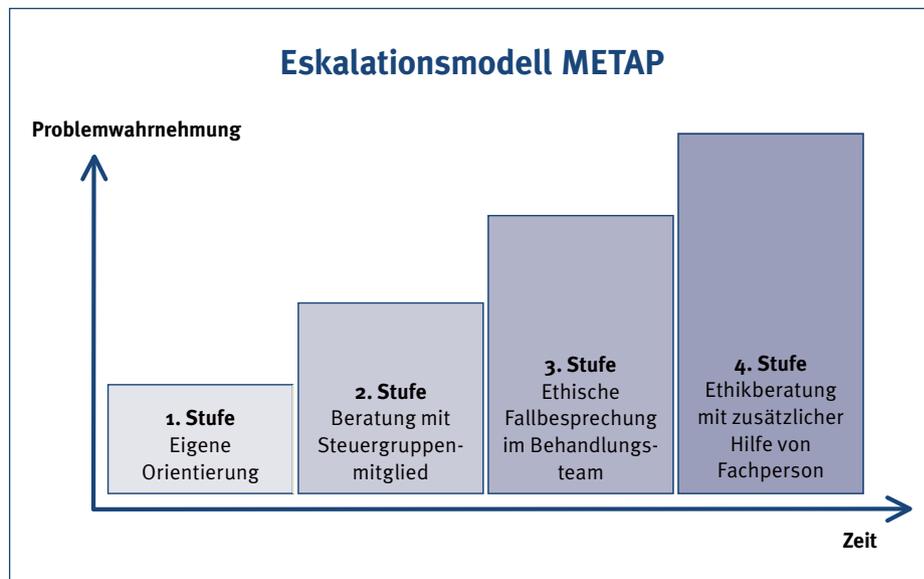


Abbildung 1

situative Leitlinien- und Entscheidungsfunktion von METAP wird also nicht „von außen“ initiiert oder gar oktroyiert. Dieses Charakteristikum folgt dem Prinzip, dass ethische Beratung am besten „on demand“, also auf Verlangen erfolgt und so die Kompetenz von Klinikern unterstützt [20].

Auslöser können dabei zunächst eher subjektiver und unbestimmter Natur sein wie ein „ungutes Gefühl“, das man noch nicht präzisieren kann; im nächsten Schritt geht es darum zu formulieren und zu unterscheiden, worin das wahrgenommene Problem besteht: Ist es eine Unsicherheit in der Beurteilung oder die Wahrnehmung eines Prinzipienkonfliktes? Es kann auch eine Schwierigkeit vorliegen, die auf einen Dissens im Team oder mit dem Patienten bzw. den Angehörigen zurückgeht. METAP geht insbesondere auf Probleme ein, die mit einem Zweifel an der Angemessenheit einer Behandlungsstrategie zusammenhängen, wo sich also Fragen nach dem Sinn (oder der Sinnlosigkeit), nach einem Zuviel oder Zuwenig der Therapie stellen. Diese Beispiele zeigen, dass wir gezielt

sowohl subjektive Aspekte als auch medizinische und soziale Faktoren in das Spektrum aufgenommen haben, soweit sich diese nach der vorliegenden Literatur und Studienlage als relevant bzw. sensibel für einen ethisch angemessenen Einsatz von Ressourcen am Krankenbett erwiesen haben und somit eine Art Evidenzbasierung aufweisen.

Das Eskalationsmodell zeigt, wie je nach Problemwahrnehmung und Dringlichkeit Schritt für Schritt nach „oben“ zusätzliches Problemlösungspotential in Anspruch genommen werden kann (siehe Abb. 1). Auf Stufe 1 geht es darum, die ethischen Fragen mit den in METAP zur Verfügung gestellten Hilfsmitteln (zum Beispiel dem Blatt „Identifikation des ethischen Problems“) zu identifizieren und zu klären. Stufe 2 sieht vor, verbleibende Fragen in einem Gespräch mit einer geschulten Person aus der Steuergruppe und gegebenenfalls der Langfassung zu bearbeiten. Dieser Klärungsversuch kann – wiederum bei Bedarf – mit Stufe 3 intensiviert werden; METAP empfiehlt hier die Einberufung einer internen ethischen Fallbesprechung, also inner-

halb des Behandlungsteams auf Station (als strukturierte und moderierte Entscheidungsfindung). Diese erfolgt anhand definierter organisatorischer und struktureller Vorgaben, ohne externe Berater. Wenn diese Fallbesprechung zu keinem befriedigenden Ergebnis führt oder wenn von vornherein ein Wunsch nach zusätzlicher Hilfe besteht, soll als Stufe 4 eine Ethikkonsultation (Ethikberatung/Ethikkommission) zum Beispiel durch ein oder mehrere Mitglieder eines Ethikkomitees erfolgen. *Eine beschleunigte direkte Auslösung von Ethikkonsultation ist ausdrücklich immer möglich, wobei man die Stufen 1 bis 3 abkürzt oder ganz überspringt.* Dies kann beispielsweise dann sinnvoll sein, wenn bereits bei der anfänglichen Problemwahrnehmung das Bedürfnis auftritt, *zusätzliche ethische Fachkompetenz* und somit *besondere Sorgfalt* einzusetzen. Es besteht zudem die Möglichkeit, dass eine Station im Sinne einer selbstständigen Regel Indikationskriterien definiert, für welche inhaltlichen Fragen (zum Beispiel Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen) oder Problemarten (Dissens mit Angehörigen entscheidungsunfähiger Patienten) eine Ethikkonsultation (mit Fachperson) regelmäßig einberufen werden soll.

Die Hypothese, auf der METAP basiert und die es in den kommenden Jahren systematisch zu prüfen gilt, lautet, dass durch dieses explizite Vorgehen die Transparenz, Konsistenz und ethische Qualität der Entscheidungen gefördert wird und dass so dem Risiko ungerechtfertigter Ungleichbehandlung entgegengewirkt werden kann.

### Einschränkung

Eine Einschränkung für die Bedeutung des Projekts ist, dass aktuell erst eine vorläu-

fige Evaluation vorliegt. Unklar ist, inwieweit klinische Ethikkomitees – wie gewünscht – mit der eigenständigen Implementierung auch zurecht kommen. Eine offene Frage ist auch, ob die Option, ethische Reflexion auf Station mit den METAP-Stufen 1 bis 3 niederschwellig und „in Eigenregie“ zu fördern, evtl. dazu ermutigt, zu sehr auf Selbstgenügsamkeit zu setzen und die Kompetenz von klinischen Ethikkomitees seltener in Anspruch zu nehmen, als dies wünschenswert wäre.

### Ausblick und Fazit

METAP wurde bereits einer systematischen Pilot-Evaluation unterzogen, nachdem die Implementierung an mehreren Standorten erfolgreich abgeschlossen werden konnte. Die wissenschaftliche Fundierung der Leitlinie ist in mehreren Arbeiten publiziert [8,13,19]. METAP ist tatsächlich alltagstauglich: So werden in einer Pilotstation regelmäßig ethische Fallbesprechungen abgehalten [15]; in zwei Häusern, in denen METAP zunächst im Rahmen des Forschungsprojekts auf jeweils einer Station eingeführt wurde, planen aktuell die Ausweitung auf das ganze Haus. Erste Resultate der Evaluation zeigen, dass moralischem Distress durch den Einsatz von METAP begegnet werden kann [22].

METAP hat bereits in verschiedenen Kliniken Fuß gefasst. Dafür sind vor allem folgende Merkmale entscheidend:

1. Orientierung an Evidenz und wissenschaftlicher Grundlegung (hier: Vorleistungen in interdisziplinärer klinischer Ethik, Forschung und Ethikberatung),
2. konkrete Fundierung auf empirisch gehaltenen und Problemanalysen, die von beteiligten Klinikern explizit mitgetragen werden,
3. explizit partizipatives Vorgehen bei der Entwicklung und Implementierung,

4. aktive Partnerschaft mit klinischen Kooperationspartnern als Prinzip und Agens der Forschung.

### Dank

Das Projekt METAP beruht auf der großzügigen Förderung durch den Schweizer Nationalfonds. Diese wurde erweitert durch den Verein zur Förderung von Wissenschaft und Ausbildung am Departement Anästhesie, Universitätsspital Basel; Käthe-Zingg-Schwichtenberg Fonds (SAMW), Nora van Meeuwen-Haefliger Stiftung, Werenfels-Fonds und Fonds zur Förderung von Lehre und Forschung der Freien Akademischen Gesellschaft Basel, Olga Mayenfisch-Stiftung, Gottfried und Julia Bangerter-Rhyner-Stiftung, OPO-Stiftung sowie Ruth und Paul Wallach Stiftung ergänzten die Unterstützung.

Besonders dankbar sind wir für die ausgezeichnete Kooperation mit den klinischen Abteilungen in Basel und mit überregionalen Expertinnen und Experten.

Der Medizinischen Fakultät Basel, namentlich ihrem Dekan, Prof. Dr. med. Albert Urwyler, danken wir für Vertrauen und Unterstützung.

### Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. rer. soc. Stella Reiter-Theil,  
Dipl.-Psych.*

*Leitung Abteilung Klinische Ethik  
Universitäre Psychiatrische Kliniken,  
Universitätsspital Basel*

*Wilhelm-Klein Strasse 27*

*CH-4012 Basel*

*E-Mail: S.Reiter-Theil@unibas.ch*

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Homepage [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

## Literatur zum Beitrag

# Klinische Ethik als Partnerschaft

## – oder wie eine ethische Leitlinie für den patientengerechten Einsatz von Ressourcen entwickelt und implementiert werden kann

von Stella Reiter-Theil et. al.

(Hessisches Ärzteblatt 5/2014, Seite 262)

1. AGREE Collaboration (2009) Appraisal of guidelines for research and evaluation. AGREE Instrument II. [http://www.agreerust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument\\_2009\\_UP-DATE\\_2013.pdf](http://www.agreerust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UP-DATE_2013.pdf). Zugegriffen 30. Jan 2014
2. Albisser Schlegler H, Pargger H, Reiter-Theil S (2008) „Futility“ – Übertherapie am Lebensende? Gründe für ausbleibende Therapiebegrenzung in Geriatrie und Intensivmedizin. *Z Palliativmed* 9:67–75
3. Albisser Schlegler H, Mertz M, Meyer-Zehnder B, Reiter-Theil S (2012) *Klinische Ethik – METAP. Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
4. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF (2000) *Leitlinien-Manual*. <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/awmf-publikationen-zu-leitlinien/leitlinien-manual.html>. Zugegriffen 30. Jan. 2014
5. Bartels S, Parker M, Hope T, Reiter-Theil S (2005) Wie hilfreich sind „ethische Richtlinien“ am Einzelfall? Eine vergleichende kasuistische Analyse der Deutschen Grundsätze, Britischen Guidelines und Schweizerischen Richtlinien zur Sterbebegleitung. *Ethik Med* 17:191–205
6. Beck S, Loo A van de, Reiter-Theil S (2008) A “little bit illegal”: withholding and withdrawing of mechanical ventilation in the eyes of German intensive care physicians. *Med Health Care Philos* 11:7–16
7. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW et al (1999) Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 282:1458–1465
8. Gesang B, Mertz M, Albisser Schlegler H, Meyer-Zehnder B, Reiter-Theil S (2012) Starke und schwache Autonomie – eine hilfreiche Unterscheidung für die Vorbeugung von Unter- und Überbehandlung. *Ethik Med* 25:329–341
9. Grol R, Grimshaw JM (1999) Evidence-based implementation of evidence-based medicine. *Jt Comm J Qual Improv* 25:503–513
10. Hamric AB, Blackhall LJ (2007) Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress and ethical climate. *Crit Care Med* 35:422–429
11. Hurst S, Forde R, Reiter-Theil S, Slowther A et al (2007) Physicians' views on resource availability and equity in four European health care systems. *BMC Health Serv Res* 7:137
12. Jox RJ, Krebs M, Fegg M, Reiter-Theil S et al (2010) Limiting life-sustaining treatment in German intensive care: A multiprofessional survey. *J Crit Care* 25: 413-419. DOI 10.1016/j.jccr.2009.06.012
13. Mertz M, Albisser Schlegler H, Meyer-Zehnder B, Reiter-Theil S (2013) Prinzipien und Diskurs – Ein Ansatz theoretischer Rechtfertigung der ethischen Fallbesprechung und Ethik-konsultation. *Ethik Med* DOI: 10.1007/s00481-013-0243-y
14. Meyer-Zehnder B, Barandun Schäfer U, Albisser Schlegler H, Reiter-Theil S et al (in Revision) *Ethische Fallbesprechungen auf der Intensivstation – Vom Versuch zur Routine*. Anaesthesist
15. Meyer-Zehnder B, Pargger H, Reiter-Theil S (2007) Folgt der Ablauf von Therapiebegrenzungen auf einer Intensivstation einem Muster? Erkenntnisse aus einer systematischen Fallserie. *Intensivmed* 44:429–437
16. Piers R, Van den Eynde M, Steeman E, Vlerick P et al (2012) End-of-life care of the geriatric patient and nurses' moral distress. *J Am Med Dir Assoc* 13:80 e7-13
17. Reiter-Theil S (2008) *Ethikberatung in der Klinik: ein integratives Modell für die Praxis und ihre Reflexion*. *Ther Umsch* 65:359–365
18. Reiter-Theil S, Mertz M, Schürmann J, Stingelin-Giles N, Meyer-Zehnder B (2011) Evidence – Competence – Discourse. *The Theoretical Framework of the Multi-centre Clinical Ethics Support Project METAP*. *Bioethics* 25:403-412
19. Reiter-Theil S (2012) What does empirical research contribute to medical ethics? A methodological discussion using exemplary studies. *Cambridge Quarterly Healthcare Ethics* 21:425-435
20. Schürmann J, Meyer-Zehnder B, Mertz M, Albisser Schlegler H, Schlögl M, Kressig R, Pargger H, Reiter-Theil S (in press) *Fairness and transparency in bedside micro-allocation: Improving the ethical competence of clinical staff*. In: Danis M, Hurst S, Slowther A, Forde R, Fleck LM (eds) *Toward Fair Rationing at the Bedside*. Oxford University Press
21. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2007) „Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen“ <http://www.samw.ch/de/Publikationen/Positionspapiere.html>. Zugegriffen: 30. Jan. 2014
22. Tanner S, Albisser Schlegler H, Meyer-Zehnder B, Schnurrer V, Pargger H, Reiter-Theil S (in Druck) *Klinische Alltagsethik - Unterstützung im Umgang mit moralischem Distress? Evaluation eines ethischen Entscheidungsfindungsmodells für interprofessionelle klinische Teams*. *Med Klin Intensivmed Notfmed*

# Entwicklung einer ethisch-rechtlichen Klinik-Policy<sup>1</sup>

Ralf J. Jox

## 1. Ethisch-rechtliche Policies im Gesundheitswesen

### 1.1. Die institutionelle Policy

Neben der fallbezogenen Beratung und der Fortbildung stellt die ethisch-rechtliche Policy die dritte Säule Klinischer Ethikberatung dar [36]. Man versteht darunter eine schriftlich fixierte, ethisch begründete Empfehlung zur Handlungsorientierung für bestimmte Situationen im Gesundheitswesen, die sich an die Mitarbeiter<sup>2</sup> einer Institution und/oder die Patienten und Angehörigen wendet [20].<sup>3</sup> Während die beiden erstgenannten Aufgaben Klinischer Ethikberatung häufig von Teams oder Einzelpersonen wahrgenommen werden, ist die Entwicklung einer Policy auf ein Gremium angewiesen, zumeist ein Klinisches Ethikkomitee [35].

Es existiert kein geeigneter deutscher Begriff für die Beschreibung einer institutionellen Policy. Die Bezeichnung „Leitlinie“ kommt dem am nächsten, wiewohl sie dazu verleitet, an medizinische Leitlinien zur evidenzbasierten Behandlung einzelner Krankheiten zu denken, die offensichtlich anders begründet sind [17]. Der Begriff „Richtlinie“ ist mit einer hohen Verbindlichkeit konnotiert und bringt den rein empfehlenden, eher programmatischen Charakter einer Policy nicht adäquat zum Ausdruck. Die Bezeichnung „Kodex“ wiederum ist zu vieldeutig, sperrig und historisch gehaltvoll, um als Terminus technicus für dieses neue Phänomen zu dienen. Manchmal werden deshalb vorsichtige Begriffe wie „Empfehlungen“ oder „Handreichungen“ benutzt.

Die institutionelle Policy muss abgegrenzt werden von inhaltlich und intentional vergleichbaren Richtlinien höherer Organisationsformen der Gesellschaft [33]. Speziell zu nennen sind hier die professionelle Richtlinie und die politische Richtlinie. Professionelle Richtlinien werden von den Fachverbänden professioneller Berufe erstellt. Beispiele sind die Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung [5], die Leitlinie der Gesellschaft für Anästhesie & Intensivmedizin zu den Grenzen intensivmedizinischer Behandlungspflicht [12] oder die Richtlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin über ethische und rechtliche Aspekte der enteralen Ernährung [13]. Darüber hinaus gibt es Richtlinien, die von politischen Gremien verfasst sind, etwa die Stellungnahmen des Deutschen Ethikrats.<sup>4</sup> Alle drei Arten von Policies – institutionelle, professionelle und politische – müssen wiederum strikt unterschieden werden von den positiven Rechtsnormen einer Gesellschaft, den Gesetzen, Verordnungen und wegweisenden Gerichtsurteilen. Obwohl Policies nicht an die Verbindlichkeit positiver Rechtsnormen heranreichen, sind sie doch nicht rechtlich irrelevant, sondern werden von der Judikative gerne und oft als Normen mit einer gewissen Bindungswirkung für die Urteilsfindung herangezogen [6,39].

Im Gegensatz zu politischen und professionellen Richtlinien haben institutionelle Policies den Vorteil, dass sie flexibel auf den lokalen Bedarf und die Bedingungen vor Ort eingehen können, damit näher an der Praxis sind und eine höhere Chance

auf Implementierung haben. Ein Hauptproblem der politischen und professionellen Richtlinien liegt darin, dass sie vielen Medizinern schlechterdings nicht bekannt sind [30,42]. Ungeachtet dieser Vorteile stehen institutionelle Policies unter einem enormen Legitimationsdruck, allein schon weil sie ein relativ neues, ungewohntes Phänomen sind. Fünf normative Argumente wurden zur Rechtfertigung institutioneller Policies ins Feld geführt (modifiziert nach [14] und [45]):

- (1) Institutionelle Policies fördern die Autonomie der Entscheidungsträger durch die Darstellung des rechtlich zulässigen Handlungsspielraums
- (2) Sie erhöhen die Gerechtigkeit und Fairness in der Patientenbetreuung durch Schaffung eines relativ konsistenten und verlässlichen Verhaltens seitens der Professionellen
- (3) Sie begünstigen die faktengestützte Fundiertheit und diskursive Akzeptanz moralischer Entscheidungen durch sorgfältige Konsensbildung unter Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse und variabler persönlicher Perspektiven
- (4) Sie steigern die Qualität und Effizienz der Patientenbetreuung durch eine vorsorgliche Bahnung planbarer Handlungsoptionen
- (5) Sie erhöhen die Sicherheit und Zufriedenheit aller beteiligten Personen durch institutionelle Absicherung risikoreicher Entscheidungen, Übernahme einer Teilverantwortung und Transparenz der Entscheidungsprozesse und -kriterien.

Im Vergleich mit der fallbezogenen ethisch-rechtlichen Beratung hat die institutionelle Policy den Vorteil, dass sie alle Mitarbeiter in kurzer Zeit erreicht und auf Grund

<sup>1</sup> Dieser Artikel ist die überarbeitete und aktualisierte Fassung des Buchkapitels: Jox R und Borasio GD (2011) Entwicklung einer ethisch-rechtlichen Klinik-Policy. In: Stutzki R, Ohnsorge K. und Reiter-Theil S. (Hg.): Ethikkonsultation heute – vom Modell zur Praxis. LIT Verlag, Münster. S. 199–215.

<sup>2</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit wird für gemischtgeschlechtliche Gruppen die gängige maskuline Form verwendet.

<sup>3</sup> Siehe zum Beispiel die Hospital Ethics Policies der Cleveland Clinic in Ohio, USA, im Internet

<sup>4</sup> Siehe [www.ethikrat.org](http://www.ethikrat.org).

## 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 274!

#### Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

**Mi., 07. Mai 2014, 14:00 – 19:00 Uhr** **6 P**

**Tagungsort:** Wiesbaden, Dr. Horst Schmidt Kliniken

**Mi., 21. Mai 2014, 14:00 – 19:00 Uhr** **6 P**

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

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

**Teilnahmegebühr:** € 110 (Akademiemitgl. € 99)

**max. Teilnehmerzahl:** 25

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

Tel.: 0611 977-4825, Fax: 0611 977-4841,

E-Mail: [barbara.sebastian@laekh.de](mailto:barbara.sebastian@laekh.de)

**Weiterer Termine 2014:** 11. Jun., 24. Sep., 15. Okt., 12. Nov., 10. Dez.

#### 7. Sommerakademie

**Montag, 02. Jun. – Freitag, 06. Jun. 2014**

Programmübersicht:

**MO** Thema steht noch nicht fest

**DI Medizinische Rehabilitation** **21 P**

**MI Intensivkurs Hygiene in Arztpraxen** **10 P**  
(auch für med. Fachpersonal)

**DO EKG-Refresher-Kurs** **10 P**

**FR Hautkrebs-Screening** **11 P**

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

**Teilnahmegebühr:** auf Anfrage, Fortbildungen einzeln buchbar

**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](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)

#### Repetitorium Allgemeinmedizin

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

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

Für diesen Kurs besteht die Möglichkeit zur kostenlosen Nutzung eines ergänzenden CME-online Beitrages der Springer Medizin e.Akademie.

**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](mailto:renate.hessler@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](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)

#### Kompaktkurs Zweite Leichenschau (gemäß des Friedhofs- und Bestattungsgesetzes)

Der Kurs gliedert sich wie folgt: Theorie (6,5 Stunden, kann 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**

**9 P (insg. 62 P)**

**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,

Tel.: 06032 782-208, Fax: 069 97672-67208

E-Mail: [ingrid.krahe@laekh.de](mailto:ingrid.krahe@laekh.de)

#### 17. Wiesbadener Schlaganfallsymposium

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

**Mi., 14. Mai 2014, 16:30 Uhr**

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

**Teilnahmegebühr:** € 297,50 (Akademiemitgl. u. Assistenten € 238)

**Tagungsort:** Wiesbaden, Dr. Horst Schmidt Klinik

**Auskunft und Anmeldung:** Frau Hannelore Noll, Tel.: 0611 43-2376,

Fax: 0611 43-2732, E-Mail: [hannelore.noll@hsk-wiesbaden.de](mailto:hannelore.noll@hsk-wiesbaden.de)

#### Bad Nauheimer Interdisziplinäre Tage

In Kooperation mit der AIDS-Aufklärung e. V.

**AIDS: Eine Erkrankung mit interdisziplinärem Charakter – Wissenswertes zur Zusammenarbeit zwischen dem niedergelassenen Arzt und dem Spezialisten**

**Mi., 11. Jun. 2014**

**Leitung:** Dr. med. D. Charrier, Steinbach,

Dr. med. P. Gute, Frankfurt a. M.

**Teilnahmegebühr:** € 50 (Akademiemitgl. gebührenfrei)

**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](mailto:katja.baumann@laekh.de)





### Kopf- und Gesichtsschmerz

In Kooperation mit der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft.

**Fr., 27. Jun. 2014, 16:00 – 20:00 Uhr**

**Leitung:** Dr. med. J. M. Klotz

**Teilnahmegebühr:** kostenfrei

**Tagungsort:** Kassel, Rotes Kreuz Krankenhaus  
Klinik für Schmerzmedizin, Hansteinstrasse 29,

**Auskunft und Anmeldung:** Klinik für Schmerzmedizin

Tel.: 0561 3086-4601, Fax: 0561 3086-4601

E-Mail: [schmerzlinik@rkh-kassel.de](mailto:schmerzlinik@rkh-kassel.de)

### Moderatorentaining

**Fr., 07. Nov. – Sa., 08. Nov. 2014** **20 P**

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

**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](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)

### Repetitorium Innere Medizin 2014

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

**Mo., 17. Nov. – Sa., 22. Nov. 2014** **insg. 51 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](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

### 31. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

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

**Mo., 22. – Fr., 26. Sep. 2014 (Achtung: Termin wird verschoben) 55 P**

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

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

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

**Teilnahmegebühr:** € 550 (Akademiemitgl. € 495)

**Tagungsort:** Frankfurt a. M., Universitätsklinikum

Seminarraum Zi. 330, Haus 11, 3. Stock

**Auskunft und Anmeldung:** Frau V. Wolfinger, Akademie,

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

E-Mail: [veronika.wolfinger@laekh.de](mailto:veronika.wolfinger@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., 06. Sep. – So., 07. Sep. 2014

**Modul II** Sa., 25. Okt. – So., 26. Okt. 2014

**Modul III** Sa., 29. Nov. – So., 30. Nov. 2014

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

**Teilnahmegebühr je Modul:** € 300 (Akademiemitgl. € 270)

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

**Auskunft und Anmeldung:** Frau I. Krahe, Akademie,

Tel.: 06032 782-208, Fax: 069 97672-67208,

E-Mail: [ingrid.krahe@laekh.de](mailto:ingrid.krahe@laekh.de)

### Impfkurs – Fachgebiet Öffentliches Gesundheitswesen

**Sa., 11. Okt. 2014, 09:00 – 17:30 Uhr** **11 P**

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

**Teilnahmegebühr:** € 160 (Akademiemitgl. € 144)

**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](mailto:veronika.wolfinger@laekh.de)

## II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise auf Seite 274!

### Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

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

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

**Teilnahmegebühr:** Modul III € 240 (Akademiemitgl. € 216)

**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](mailto:renate.hessler@laekh.de)

### Medizinische Rehabilitation

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

**Mi., 08. Okt. 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](mailto:renate.hessler@laekh.de)



**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., 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., 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: [claudia.cordes@laekh.de](mailto:claudia.cordes@laekh.de)  
oder Frau A. Bauß, Deutsche Ärztesgesellschaft für Akupunktur e.V.  
Tel.: 089 71005-11, Fax: -25, E-Mail: [bauss@daegfa.de](mailto:bauss@daegfa.de)

**Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin**

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.  
**Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005**

**Kurs A** 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.

Für Kurs A besteht die Möglichkeit zur kostenlosen Nutzung eines ergänzenden CME-online Beitrages der Springer Medizin e.Akademie.

**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:** 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](mailto:renate.hessler@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](mailto:renate.hessler@laekh.de)

**Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)**

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

A2 Sa., 13. Sep. – Sa., 20. Sep. 2014 60 P  
B2 Sa., 01. Nov. – Sa., 08. Nov. 2014 60 P  
C2 Sa., 29. Nov. – Sa., 06. Dez. 2014 60 P

**Leitung:** Prof. Dr. med. D. Groneberg, Prof. Dr. med. H.-J. Woitowitz  
**Teilnahmegebühr pro Kursteil:** € 550 (Akademiemitgl. € 495)

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

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

Fr., 07. Nov. – Sa., 08. Nov. 2014, insg. 16 P  
Sa., 02. Nov. 2013, 09:00 – 16:15 Uhr

**Leitung:** Dr. med. U. Klinsing, Dr. med. R. Snethlage, Bad Nauheim  
**Teilnahmegebühr:** € 280 (Akademiemitgl. € 252)

**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](mailto:ingrid.krahe@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., 25. Jun. 2014, 15:30 – 20:00 Uhr 6 P

**Teil 3:** Die nichtmedikamentöse Diabetestherapie

**Teil 4:** Insulintherapie für die Praxis

**Leitung:** Dr. med. Hans-Juergen Arndt, Nidda  
Dr. oec. troph. Jutta Liersch, Gießen

**Teilnahmegebühr:** € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Zinkl, Akademie,

Tel.: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,  
E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

**Termine 2014:** Teil 5/6 24. Sep., Teil 1/2 26. Nov.

**Palliativmedizin**

**Aufbaukurs Modul II:** Mi., 16. Jul. – So., 20. Jul. 2014 40 P  
**Leitung:** Dr. med. W. Spuck, Kassel

**Fallseminar Modul III:** Mo., 24. Nov. – Fr., 28. Nov. 2014 40 P  
**Leitung:** Dr. med. B. O. Maier, Wiesbaden

**Basiskurs:** Di., 02. Dez. – Sa., 06. Dez. 2014 40 P  
**Leitung:** Dr. med. U. Mäthrich, Bad Hersfeld  
Dr. med. K. Mattek, Hanau

**Teilnahmegebühr:** Basiskurs € 600 (Akademiemitgl. € 540)

Aufbaukurs Modul I/II je € 630 (Akademiemitgl. € 567)

Fallseminar Modul III € 740 (Akademiemitgl. € 666)

**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](mailto:veronika.wolfinger@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](mailto:adelheid.zinkl@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 II: Mo., 19. Mai – Do., 22. Mai 2014 in Bad Nauheim**

**Leitung:** Prof. Dr. med. T. Eikmann

Für Modul II besteht die Möglichkeit zur kostenlosen Nutzung eines ergänzenden CME-online Beitrages der Springer Medizin e.Akademie.

**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 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](mailto:heike.cichon@laekh.de)

### Hämotherapie

**Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie** **40 P**

**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** **16 P**

**Fr., 04. Jul. – Sa., 05. Jul. 2014**

**Teilnahmegebühr:** € 340 (Akademiemitgl. € 306)

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

**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](mailto:heike.cichon@laekh.de)

### Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

Mit Wirkung vom 1. Juni 2012 müssen alle Teilnehmer zuerst die erforderlichen Grundkurse absolvieren, um anschließend mit den Aufbaukursen abzuschließen. Von dieser Regelung ausgenommen bleibt aber die Reihenfolge innerhalb der Grund- und Aufbaukurse.

Für die Teilnehmer, die vor dem Stichtag (1. Juni 2012) bereits mit einem Aufbaukurs begonnen haben, werden Übergangsbestimmungen eingeräumt, so dass diese, ausgenommen der neuen Regelung, die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ erwerben können.

**GK II Mi., 16. Jul. – Fr., 25. Jul. 2014** **80 P**

**AK I Mi., 08. Okt. – Fr., 17. Okt. 2014** **80 P**

**Teilnahmegebühr:** pro Teil € 650 (Akademiemitgl. € 585)

**AK II Mi., 04. Feb. – Fr. 13. Feb. 2015**

**GK I Mi., 15. Apr. – Fr. 24. Apr. 2015**

**GK II Mi., 08. Jul. – Fr., 17. Jul. 2015**

**AK I Mi., 07. Okt. – Fr., 16. Okt. 2015**

**Teilnahmegebühr:** auf Anfrage

**Leitung:** Ltd. Med. Dir. Dr. med. R. Diehl, Frankfurt a. M.

**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](mailto:claudia.cordes@laekh.de)

### Notfallmedizinische Fortbildung

**Seminar Leitender Notarzt** **40 P**

**Leitung:** D. Kann, N. Schmitz, Kassel

**Teilnahmegebühr:** € 740 (Akademiemitgl. € 666)

**Tagungsort:** Kassel

**Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD**

**Fr., 26. Sep. – So., 28. Sep. 2014**

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

**Teilnahmegebühr:** € 400 (Akademiemitgl. € 360)

**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](mailto:veronika.wolfinger@laekh.de)

### Geriatrische Grundversorgung

**Block I:** Fr., 16. Mai – So., 18. Mai 2014 (**ausgebucht**) **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

Für Block I und Block II besteht die Möglichkeit zur kostenlosen Nutzung eines ergänzenden CME-online Beitrages der Springer Medizin e.Akademie.

**Block III:** Fr., 26. Sep. – Sa., 27. Sep. 2014

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

(kann nur nach Teilnahme von Block I + II absolviert werden!)

**Block I:** Fr., 07. Nov. – So., 09. Nov. 2014

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

**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](mailto:andrea.floeren-benachib@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 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 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](mailto:heike.cichon@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 Theorie, d. h. insgesamt 80 Stunden. **Die Balintgruppenarbeit (Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung) ist in jeden Block inkludiert und somit bereits in den Teilnahmegebühren enthalten.**

**20. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung**  
**Fr., 16. Mai – So., 18. Mai 2014 (ausgebucht) 20 P**  
**Fr., 11. Jul. – So., 13. Jul. 2014 (ausgebucht) 20 P**  
**Fr., 19. Sep. – So., 21. Sep. 2014 (ausgebucht) 20 P**  
**Fr., 21. Nov. – So., 23. Nov. 2014 (ausgebucht) 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](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)

**Curriculum Organspende (ings. 40 Std.)**

**Do., 22. Mai – Fr., 23. Mai 2014 insg. 40 P**  
**Tagungsort:** Rauschholzhausen, Schloß Rauschholzhausen  
**Kriseninterventionsseminar (8 Std.):**  
**Mi., 18. Jun. oder Mi., 16. Jul. 2014**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. W. O. Bechstein, Frankfurt a. M.  
 Dr. med. U. Samuel, Mainz  
**Teilnahmegebühr:** € 360 (Akademiemitgl. € 324)  
 excl. Getränke am Abend im Schloß Rauschholzhausen  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Flören-Benachib, Akademie,  
 Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,  
 E-Mail: [andrea.floeren-benachib@laekh.de](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)

**Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV**
**Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde**

**Sa., 27. Sep. 2014 8 P**  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen  
**Leitung:** Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.  
**Teilnahmegebühr:** € 130 (Akademiemitgl. € 117)

**Spezialkurs Röntgendiagnostik**

**Sa., 20. Sep. – So., 21. Sep. 2014 20 P**  
 Auswahltermine für den praktischen Halbtage:  
**Di., 23. Sep. oder Mi., 24. Sep. 2014, jew. 4 P**  
**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](mailto:heike.cichon@laekh.de)

**Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ als Blended-Learning-Veranstaltung**

**Einführungsseminar: Fr., 26. Sep. 2014 insg. 20 P**  
**Telelernphase: Sa., 27. Sep. – Fr., 07. Nov. 2014**  
**Präsenzphase: Sa., 08. Nov. 2013**  
 – mit abschließender Lernerfolgskontrolle  
**Teilnahmegebühr:** € 200 (Akademiemitgl. € 180)  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

**Aufbaumodul Tabakentwöhnung mit strukturiertem Therapieprogramm**

Das Modul baut auf das zwanzigstündige Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer auf, in dem Kenntnisse zur Tabakabhängigkeit und Beratungstechniken sowie Interventionstechniken zur Entwöhnung vermittelt werden.  
**Sa., 06. Dez. 2014, 09:00 Uhr – 16:15 Uhr 8 P**  
**Teilnahmegebühr:** € 170 (Akademiemitgl. € 153)  
**Leitung:** D. Paul, Frankfurt a. M.  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen  
**max. Teilnehmerzahl:** 20  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau I. Krahe, Akademie,  
 Tel.: 06032 782-208, Fax: 069 97672-208,  
 E-Mail: [ingrid.krahe@laekh.de](mailto:ingrid.krahe@laekh.de)



### Spezielle Schmerztherapie

Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer

**Block D** Fr., 09. Mai – Sa., 10. Mai 2014 in Bad Nauheim **20 P**  
**Leitung:** Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt a. M.

**Block C** Fr., 12. Sep. – Sa., 13. Sep. 2014 in Bad Nauheim **20 P**  
**Leitung:** C. Drefahl, Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.

**Block B** Fr., 07. Nov. – Sa., 08. Nov. 2014 in Kassel **20 P**  
**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](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

### Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung

mit anschließender Wissenskontrolle in 2 Teilen  
 (Zielgruppe: Internisten, Anästhesiologen, Labormediziner)

**Fr., 12. Sep. 2014, 08:00 – 12:00 Uhr +**

**Sa., 13. Sep. 2014, 13:00 – 16:30 Uhr**

**Teilnahmegebühren:** € 70 (Akademiemitglieder € 60,  
 Ärzte, die nicht in Hessen tätig sind € 80)

**Tagungsort:** Frankfurt, Universität, Campus Westend, Casino

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

### Verkehrsmmedizinische 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](mailto:renate.hessler@laekh.de)

### Ultraschallkurse

#### Abdomen

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

#### 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

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

Für diesen Kurs besteht die Möglichkeit zur kostenlosen Nutzung eines ergänzenden CME-online Beitrages der Springer Medizin e.Akademie.

**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](mailto:juliane.schwab@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!

**Kinderbetreuung** für Kinder von drei bis acht Jahren freitags und samstags 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](mailto:cornelia.thriene@laekh.de)





## Schwerpunkt Patientenbetreuung / Praxisorganisation

### Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 5)

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

**Termin:** Sa., 05.07.2014, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 95

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

### Ärztliche Abrechnung und DMP „EDV gestützt“ (PAT 6)

**Inhalte:** In der Fortbildung werden die Grundlagen für die EDV-gestützte Abrechnung und die allgemeinen Verfahrensschritte zum DMP vermittelt und anhand von praktischen Übungen demonstriert.

**Termin:** Sa., 13.09.2014, 10:00 – 15:45 Uhr (6 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 95

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

### Telefongespräche mit schwierigen Patienten (PAT 11)

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

**Termin:** Interessentenliste, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 95

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

### Umgang mit HIV/AIDS-Patienten im Praxisalltag (PAT 15)

**Inhalte:** Oftmals wird der Umgang mit Menschen mit HIV und AIDS im Praxisalltag als Herausforderung erlebt und eigene Ängste, zum Beispiel vor einer möglichen Infektionsgefahr, erschweren eine vorurteilsfreie Begegnung mit den Patienten. Über die Vermittlung des aktuellen Wissensstandes hinaus soll daher der Umgang mit Menschen mit HIV/AIDS im Praxisalltag reflektiert werden. Ein anschließendes Kommunikationstraining bietet die Möglichkeit, Situationen praxisnah zu üben. Neben dem Referenten ist ein von HIV Betroffener während des Workshops anwesend und berichtet von seinen Erfahrungen.

**Termin:** Interessentenliste, 10:00 – 15:00 Uhr (5 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 70

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

## Schwerpunkt Medizin

### Aktualisierungskurs nach § 18a Abs. 2 und 3 RöV (MED 1)

Ziel der Veranstaltung ist die Aktualisierung der Fachkunde und erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz gem. § 18a RöV. Zielgruppe sind Medizinische Fachangestellte, Arzthelfer/innen und Personen mit einer abgeschlossenen sonstigen medizinischen Ausbildung, MTA, MTRA und MTLA.

**Termin:** Fr.: 12.09.2014, 08:30 – 17:00 Uhr (8 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 95

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

### Sonderkurs zur Fortgeltung der Fachkunde und der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz für medizinisches Assistenzpersonal

### Aktualisierungskurs nach § 18a Abs. 2 und 3 RöV (MED 2)

Der vorliegende Sonderkurs richtet sich an alle Personen, die die Frist zur Aktualisierung versäumt haben und damit die Fachkunde

## Schwerpunkt Medizin

oder die Kenntnisse im Strahlenschutz derzeit nicht mehr nachweisen können.

**Termin:** Fr., 12.09.2014 und Sa., 13.09.2013 (insgesamt 16 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 245 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

### Schmerz (MED 8)

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

**Termin:** Mi., 16.07.2014 (5 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 70

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

### Impfungen (MED 10)

**Inhalte:** Impfkalender der STIKO/Indikationsimpfung, Impfmündigkeit, Kontraindikationen, Impfkomplikationen, Impfschäden, Impfmanagement, Praktische Übungen

**Die Veranstaltung wird unter ärztlicher Leitung durchgeführt.**

**Termin:** Sa., 24.05.2014, 09:30 – 16:45 Uhr (8 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 95

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

### „Autsch mein Rücken“! (MED 12)

**Inhalte:** In der Veranstaltung werden Transfer- und Umlagerungstechniken trainiert. Sie schonen damit Ihren Rücken und zugleich lernen Sie, wie Sie dem Patienten Hilfestellung für einen möglichst beschwerdefreien Bewegungsablauf geben können.

**Termin:** Interessentenliste, 13:30 – 17:45 Uhr (5 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 70

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

### Einsatzbereiche und Handhabung: TENS-Geräte (MED 13)

**Inhalte:** Was ist TENS?, Indikationen zur Schmerzbehandlung, Zusätzliche Indikationsgebiete, Kontraindikation und Nebenwirkungen, Verordnung und Abrechnung

**Termin:** Interessentenliste, 14:00 – 18:15 Uhr (5 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 70

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

### Das kleine Labor (MED 14)

**Inhalte:** Die halbtägige Veranstaltung ist ein Refresher-Kurs zur Aktualisierung der Kenntnisse „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung im Labor!“ Ein weiterer Schwerpunkt der Veranstaltung ist das praktische Üben von Qualitätssicherungsmaßnahmen und die Dokumentation.

**Termin:** Interessentenliste, 13:30 – 17:45 Uhr (5 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 70

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

### Notfallmanagement bei Säuglingen, Kleinkindern und Jugendlichen (MED 15)

**Inhalte:** Der „Kindernotfall“ in der Praxis ist immer wieder eine Herausforderung für das gesamte Praxisteam. Durch kurz gehaltene theoretische Blöcke steht das praktische Handeln im Vordergrund. Grundlagen dieses Seminars, das unter ärztlicher Leitung durchgeführt wird, sind die aktuellen Richtlinien und Empfehlungen des ERC.

**Termin:** Interessentenliste, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 95

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





### Betriebsmedizinische Assistenz

#### Herz-Kreislauf und Ergometrie in der Arbeitsmedizin (BET 3)

**Inhalte:** In der Fortbildung werden neben theoretischen Kenntnissen bez. berufsgenossenschaftlicher Grundsätze und Regelungen, in praktischen Übungen Fertigkeiten entsprechend des „Leitfadens für Ergometrie“ vermittelt.

**Termin:** Fr., 12.09.2014, 13:30 – 17:45 Uhr und  
Sa., 13.09.2014, 08:30 – 12:45 Uhr (insg. 10 Std.)

**Gebühr:** € 150

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

#### Zusätzlicher Kurs G 20 Lärm (BET 4)

**Inhalte:** In der Fortbildung werden theoretische Kenntnisse und praktische Fertigkeiten zur Durchführung der vorgeschriebenen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen gemäß „ArbMedVV“ und der „Lärm- und Vibrations-Arbeitsschutzverordnung“ vermittelt.

**Termin:** Fr., 28.11.2014, 13:30 – 18:30 Uhr und  
Sa., 29.11.2014, 08:30 – 12:45 Uhr (insg. 11 Std.)

**Gebühr:** € 150

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

### Assistenz beim ambulanten Operieren (80 Stunden)

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

#### Lehrgangsinhalte:

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

**Termin:** ab September 2014

**Teilnahmegebühr:** € 1.010 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

### Klinikassistenz (120 Stunden)

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

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

**Termin:** Interessentenliste

**Teilnahmegebühr:** € 1.180 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

**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 Praxismanagements als auch in den Bereichen Patientenkoordination und Medizin. Eine Tätigkeitsbeschreibung finden Sie auch unter: [www.fortbildung-mfa.de](http://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 25. September 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

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

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

**Termin:** ab Fr., 18.07.2014 (insgesamt 30 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 410 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

### ALLGEMEINE HINWEISE

**Anmeldung:** Bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen an. Eine Bestätigung der Anmeldung erfolgt schriftlich. Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Tel.: 06032 782-0, Fax: 06032 782-180, Homepage: [www.carl-oelemann-schule.de](http://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: 782-350, E-Mail: [gaestehaus@fbz-hessen.de](mailto:gaestehaus@fbz-hessen.de)



*Fortsetzung von Seite 268*

der offiziellen, schriftlichen Form und der interdisziplinären, oft multiprofessionellen Autorschaft breite Akzeptanz und hohe Autorität erreichen kann. Außerdem bietet eine Policy nicht nur für die Mitarbeiter, Patienten und Angehörigen Vorteile, sondern dient darüber hinaus der Institution als Qualitätsmerkmal, welches für Zertifizierungen, Patientenakquise und den Wettbewerb mit anderen Institutionen im Gesundheitswesen von hohem Wert sein kann. Auch auf die orientierende, unterstützende Funktion einer Policy für die Rechtsprechung und Gesetzgebung sei noch einmal hingewiesen.

## 1.2. Policies zu Entscheidungen am Lebensende

Untersucht man, für welche Themen und Problemfelder institutionelle Policies im Gesundheitswesen weltweit existieren, so fällt auf, dass am häufigsten das Thema des Reanimationsverzichts angesprochen wird („Do Not Attempt Resuscitation (DNAR)-Policies“) [41,15,10,11]. Einer kanadischen Untersuchung zufolge verfügen etwa die Hälfte aller staatlichen Krankenhäuser in Kanada über eine DNAR-Policy [29]. Eine Umfrage unter niederländischen Krankenhäusern ergab sogar, dass 60 Prozent aller befragten Krankenhäuser dort Policies zum Thema Reanimationsverzicht besitzen [19]. Eine DNAR-Policy ist für Krankenhäuser in den USA unerlässliche Bedingung für die Akkreditierung durch die Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations [32].

In Ländern, in denen ärztliche Tötung auf Verlangen oder ärztlich assistierter Suizid unter strengen Auflagen gesetzlich erlaubt und geregelt sind, finden sich ethisch-rechtliche Policies in Krankenhäusern und Heimen, die sich detailliert zu diesen Themen positionieren [20,18,14]. Zu anderen

klinisch relevanten Fragen, insbesondere zum Umgang mit Patientenverfügungen, finden sich deutlich weniger Policies [29].

Im deutschen Gesundheitswesen existiert diese Kultur institutioneller Policies bislang nicht in nennenswertem Maß. Selbst die sonst eher am marktwirtschaftlichen Paradigma ausgerichteten privaten Klinikbetreiber besitzen kaum solche Policies. Dabei sind die zu Grunde liegenden Entscheidungskonflikte in Deutschland ebenso vorhanden wie in den Ländern, die solche institutionellen Policies bereits im breiten Stil eingeführt haben.

In Deutschland war das prominente medizinethische Thema der vergangenen zehn Jahre die „Sterbehilfe“ bzw. das Sterbenlassen [24], insbesondere seit der Bundesgerichtshof am 17. März 2003 in einer Aufsehen erregenden Entscheidung die Verbindlichkeit der Patientenverfügungen betont, gleichzeitig aber auch zahlreiche Fragen neu aufgeworfen hat [6]. Dem Bundesgerichtshof ist es sowohl in diesem Beschluss als auch in einer thematisch verwandten Entscheidung vom 8. Juni 2005 nicht gelungen, das geltende Recht unmissverständlich darzustellen [7]. Die Richter waren sich mit der deutschen Bevölkerung und der Politik einig, dass ein Gesetz über Patientenverfügungen dringend erforderlich sei. Erst 2009 verabschiedete der Bundestag das „Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“, welches zumindest einige zivilrechtliche Fragen zur Patientenverfügung und zum Therapieverzicht am Lebensende klärte [44]. Einige Monate später stellte der 2. Strafsenat des Bundesgerichtshofes auch die strafrechtlichen Grenzen zwischen erlaubtem Sterbenlassen und strafbarer Tötung auf Verlangen klar [8].

In den Jahren vor 2009 bestand daher eine große Rechtsunsicherheit bei allen Beteiligten. Wenn sich wie damals ein le-

gislatives Vakuum mit einer judikativen Unsicherheit verbindet, ist es nur allzu verständlich, wenn die Patienten, ihre Angehörigen und die medizinischen Entscheidungsträger verunsichert sind. Die Verunsicherung der Ärzte und Pflegekräfte wird noch dadurch verstärkt, dass sie im Rahmen ihrer Ausbildung nur unzureichend auf klinische Entscheidungssituationen vorbereitet werden. Die resultierenden Mängel gliedern sich in Wissenslücken und Kommunikationsdefizite [26]. Rechtliches und ethisches Orientierungswissen wird in der ärztlichen wie pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung kaum unterrichtet [16]. Selbst bei erfahrenen Ärzten wurde diesbezüglich ein eklatanter Informationsbedarf festgestellt, wie eine bundesweite Befragung neurologischer Chefärzte aufwies [4]. Erst in den vergangenen Jahren wurde in Deutschland begonnen, ethische, rechtliche, kommunikative und palliativmedizinische Inhalte in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte und Pflegekräfte zu integrieren [34,23].

Hinzu kommen Kommunikationsdefizite: Ärzte vermeiden es regelmäßig, mit ihren Patienten über das Thema Lebensende und die dringend notwendige Vorsorge zu sprechen [28]. Sie schieben solche Gespräche in der Regel auf, bis das Thema wegen terminaler Symptome unabwendbar geworden ist [22]. Wenn sie es schließlich thematisieren, geschieht dies häufig in einer inadäquaten Weise [38]. Dabei kann durch rechtzeitige und kompetente Kommunikation den Patienten eine effektive Vorsorge ermöglicht werden [31]. Viele Patienten trauen sich nicht, ihren Arzt mit den Gedanken an Tod und Sterben zu konfrontieren [21], wünschen sich jedoch, ihr Arzt spräche von sich aus dieses Thema an [9,37].

Aus all diesen Gründen wird ersichtlich, weshalb eine gerechtfertigte Reaktion auf die beschriebenen Defizite darin bestehen

kann, eine institutionelle Policy zu den Fragen am Lebensende zu entwickeln. Am Klinikum der Universität München wurde dieser Weg im Rahmen eines Pilotprojekts eingeschlagen [46]. Im Folgenden soll das Pilotprojekt im Detail präsentiert werden, wobei der Akzent weniger auf einer Vorstellung des ethisch-rechtlichen Inhalts der Policy als auf einer genauen Rekonstruktion des Entstehungs- und Implementierungsprozesses liegen soll.

## 2. Münchener Empfehlungen zu Patientenverfügungen

### 2.1. Lokaler Bedarf

Das Klinikum der Universität München ist ein Krankenhaus der höchsten Versorgungsstufe, in dem eine so genannte Maximalversorgung angeboten wird. Zum Gesamtklinikum gehören 36 Kliniken, 18 Institute und neun Abteilungen mit mehr als 9000 Mitarbeitern. Verständlicherweise werden an einem Universitätsklinikum vergleichsweise viele komplexe Krankheitsfälle, rare Krankheitstypen und schwierige, therapieresistente Krankheitsverläufe angetroffen. Diese Komplexität erfordert eine hoch spezialisierte Medizin, die ethische Fragen eigener Art aufwirft, etwa auf einer Station für Knochenmarkstransplantierte oder einer neonatologischen Intensivstation. Da dieses Klinikum außerdem in einer Millionenstadt mit multiethnischer Einwohnerschaft, einem hohen Maß an sozialer Individualisierung und wenig traditionellen Familienstrukturen angesiedelt ist, wird nachvollziehbar, weshalb ethisch-moralische Konflikte und Fragen in besonderer Weise in so einer Klinik zutage treten.

Gleichzeitig ist der Medizinstandort München bislang von einer Unterversorgung mit medizinethischen Institutionen geprägt. Im Gegensatz zu manch städtischem Krankenhaus in München (zum Beispiel das Städtische Klinikum München) be-

sitzt das Universitätsklinikum kein Klinisches Ethik-Komitee. Die Ethikkommission der medizinischen Fakultät ist lediglich für wissenschaftliche Forschung am Menschen zuständig, ein weiteres Gremium existiert für die ethischen Probleme der Transplantationsmedizin (Allokation von Organen). Was jedoch fehlt, ist eine Instanz praktisch-ethischer Unterstützung für Fragen, Zweifel und Konflikte im klinischen Alltag, insbesondere in Bezug auf Entscheidungen am Lebensende.

Die beiden genannten Phänomene – die ethische Brisanz eines derartigen Universitätsklinikums und der Mangel an klinischer Ethikberatung – verdeutlichen den lokalen Bedarf für eine institutionelle Ethik-Policy. Auch die Kliniker selbst sahen und äußerten diesen Bedarf: In einer Umfrage auf den Intensivstationen des Münchner Universitätsklinikums war die ethisch-rechtliche Policy die am häufigsten gewünschte Art der Unterstützung und rangierte damit noch vor Beratung oder Fortbildung [25]. Ähnlich häufig wurde der Wunsch nach einer „ethischen Leitlinie“, wie es dort hieß, in einer Umfrage unter den Ärztlichen Direktoren und Pflegedirektoren aller deutschen Universitätskliniken genannt [40]. Die Selbstwahrnehmung des Bedarfs nach einer ethisch-rechtlichen Policy durch die Betroffenen war auch der Anlass für die Entwicklung der ersten ethisch-rechtlichen Policy am Klinikum der Universität München, deren Entstehung im Folgenden nachgezeichnet werden soll.

### 2.2. Entstehungsgeschichte und Ziele

Die Idee zur Policy wurde in einem Gremium des Klinikums geboren, das bereits seit einigen Jahren existierte: dem Arbeitskreis Patientenverfügung, der durch den Leiter der Palliativmedizin ins Leben geru-

fen worden war. Dieser Arbeitskreis zählte 22 Mitglieder, deren Zusammensetzung multidisziplinär und multiprofessionell war. Es fanden sich Vertreter der Disziplinen Anästhesiologie/Intensivmedizin, Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, Innere Medizin, Neurologie, Pädiatrie, Palliativmedizin, Psychiatrie und Rechtsmedizin. Die meisten Mitglieder waren Ärzte, außerdem saßen Pflegende und Ethiker sowie Vertreter der Rechtsabteilung, der Verwaltung und des Klinikvorstands in diesem Arbeitskreis. Den Mitgliedern war gemeinsam, dass sie erstens in ihrer jeweiligen Funktion im Klinikum langjährige praktische Erfahrung und zweitens ein besonderes Interesse und zumeist auch eine spezielle Kompetenz für Fragen klinischer Ethik besaßen. Auffallend war, dass kein offizieller Vertreter der Patienten und Angehörigen dem Arbeitskreis angehörte, was im Sinne einer gerechten Repräsentation zu wünschen wäre [45,46].

Der Arbeitskreis Patientenverfügung war ein wenig formalisiertes Gremium, das weder eine Satzung noch formelle Regeln für die Wahl der Mitglieder oder sein Prozedere hatte. Es war offen für alle interessierten Praktiker, traf sich unregelmäßig zur Beratung aktueller Fragen und wurde gemeinschaftlich vom Leiter des Palliativzentrums, dem Pflegedirektor (der auch Mitglied des Klinikumsvorstands ist) und dem Leiter der Rechtsabteilung operativ geführt. Durch diese möglichst wenig formalisierte Struktur wurde betont, dass das Gremium in erster Regel ein Arbeitsgremium und nicht ein Entscheidungs- und Verantwortungsgremium darstellen sollte.

Dieser Arbeitskreis hatte seit Anfang 2002 über den Umgang mit Patientenverfügungen beraten und dort kam, motiviert durch den angesprochenen lokalen Bedarf am Klinikum und angestoßen durch die erwähnte Grundsatzentscheidung des Bun-

desgerichtshofes vom 17. März 2003, die Idee auf, eine Ethik-Policy zu entwickeln. Thema sollten der Umgang mit Patientenverfügungen im speziellen und das Problem der Therapieziel-Änderung im Allgemeinen sein. „Therapieziel-Änderung“ wurde dabei verstanden als die Umstellung von einem primär kurativen Behandlungsansatz, der auf Heilung und maximale Lebensverlängerung zielt, zu einem palliativen Behandlungsansatz, der die Lebensqualität priorisiert und die Begrenzung der Lebenserwartung durch die unheilbare Erkrankung akzeptiert [5,24]. Unter dieses thematische Rubrum fallen etwa folgende beispielhafte Fragen, wie sie aus der klinischen Praxis häufig gestellt wurden:

- Wann dürfen lebenserhaltende Maßnahmen beendet werden?
- Wie ist das richtige Therapieziel zu bestimmen?
- Wie verbindlich ist eine Patientenverfügung?
- Wann muss eine Betreuung angeregt werden?
- Welchen Stellenwert hat eine Vorsorgevollmacht?
- Wohin können wir uns mit ethischen oder rechtlichen Fragen wenden?

Die Policy sollte sich primär an die in der Patientenbetreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Klinikums richten und ihnen als Hilfestellung bei solchen Fragen dienen. Daher sollte sie im Wesentlichen drei Elemente enthalten:

- (1) eine Erläuterung der geltenden Rechtslage in verständlicher Sprache;
- (2) eine Klärung ethischer Entscheidungskriterien;
- (3) eine operationale, eingängige Darstellung von Entscheidungsabläufen für Entscheidungen am Lebensende.

Die Ziele der Policy wurden wie folgt definiert:

- Präzisierung des rechtlichen und ethischen Orientierungswissens;
- Stärkung der Rechtssicherheit und Reduktion des moral distress [1];
- Steigerung der Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen sowie der beruflichen Zufriedenheit der Kliniker;
- Verbesserung der Entscheidungs- und Kommunikationsprozesse hin zu mehr Transparenz, Konsistenz und Effizienz;
- Förderung konsensueller und normativ akzeptierbarer Entscheidungen;
- Verminderung von juristisch relevanten Beschwerden, Klagen und Prozessen.

Die schriftliche Ausarbeitung der Policy fand im ersten Halbjahr 2004 statt und wurde aus dem Arbeitskreis an ein Mitglied (den Autor dieses Beitrages) delegiert, welches auf Grund der Beratungsprotokolle aus dem Plenum eine erste Version anfertigte, die dann erneut im Arbeitskreis kritisch reflektiert und beraten wurde. Die konsensfähigen Modifikationen wurden erneut zur Einarbeitung in die schriftliche Fassung delegiert, bevor der Arbeitskreis schlussendlich die Policy in der modifizierten Fassung einstimmig akzeptierte.

Da die Policy jedoch Aussagen über die aktuelle Rechtslage enthalten sollte, die unbedingt mit der aktuellen Rechtslage in Einklang stehen sollten, wurde besonderer Wert auf eine Validierung durch externe Rechtsgutachten gelegt. Neben der Rechtsabteilung des Klinikums wurde die Policy daher durch das Bayerische Staatsministerium der Justiz sowie den Vorsitzenden des Ausschusses für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer begutachtet und mit minimalen Modifikationen, die entsprechend umgesetzt wurden, akzeptiert.

In diesem Zustand wurde die Policy dem Vorstand des Klinikums vorgelegt. Um die Akzeptanz und Verbindlichkeit des Dokuments zu erhöhen, war es von Bedeutung, dass der Vorstand selbst die Policy im Juli 2004 verabschiedete und damit zu seiner Stellungnahme machte, die durch den Arbeitskreis Patientenverfügung lediglich verfasst wurde. Obwohl eine größtmögliche Akzeptanz und Umsetzung der Policy gewünscht war, wurde absichtlich darauf verzichtet, einen Grad der Verbindlichkeit festzusetzen oder gar ein Kontrollsystem mit definierten Sanktionen für die Abweichung von der Policy einzurichten. Da mit

dem „Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“ im September 2009 und dem BGH-Beschluss im Juni 2010 die Rechtslage zu Patientenverfügungen kleinere Änderungen erfuhr, wurde die Policy im ersten Halbjahr 2010 aktualisiert. Im Jahr 2013 erschien auf Grund des neuen Gesetzes zu ärztlichen Zwangsmaßnahmen und interner Anregungen aus dem Klinikum eine leicht modifizierte, dritte Version der Policy.<sup>5</sup>

### 2.3. Form und Inhalt

Die Policy besteht aus einer 14-seitigen Langfassung und einer zweiseitigen Kurzfassung. Die Langfassung enthält die Aufzählung aller Mitglieder des Arbeitskreises Patientenverfügung, eine einleitende Erklärung über die Hintergründe und Entstehungsgeschichte der Policy, einen ausführlichen Teil zur Entscheidungsfindung, spezielle Kapitel zur Situation bei Minderjährigen und psychisch Kranken sowie Literaturangaben. Die Kurzfassung dient als Zusammenfassung der Langversion. Daher sind die wichtigsten Aussagen, in bullet points gegliedert, konzis wiedergegeben. Außerdem sind die beiden visuellen Elemente der Langfassung abgedruckt, das operationale Flussdiagramm zur Entscheidungshilfe [3] sowie das Flussdiagramm zur Bestimmung des Patientenwillens, welches in Abbildung 1 dargestellt ist: Die Visualisierungen in Form von Flussdiagrammen dienen der handlungsleitenden Orientierung und setzen an der Vertrautheit medizinisch ausgebildeter Berufsgruppen mit Algorithmen an. Damit soll das moralisch-praktische Urteilsvermögen im Einzelfall nicht ersetzt, sondern vielmehr unterstützt werden. Der Sinn der Kurzfassung liegt darin, dass sie ein Nachschlagelinstrument für die Praxis sein soll, das auf Grund seiner Handlichkeit am Ort der Ent-

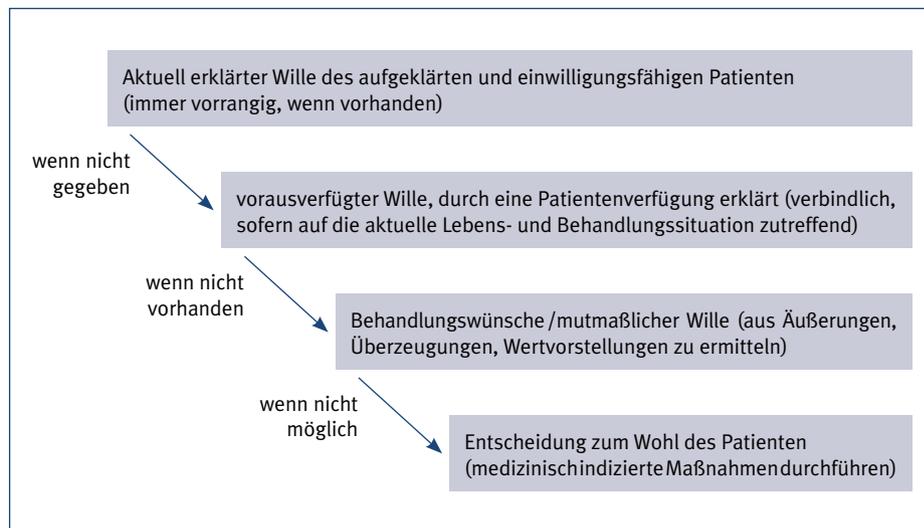


Abbildung 1: Flussdiagramm zur Bestimmung des Patientenwillens. Kopie aus der „Leitlinie zur Frage der Therapieziel-Änderung bei schwerstkranken Patienten und zum Umgang mit Patientenverfügungen“ des Klinikums der Universität München.

scheidungsfindung schnell zugänglich ist, also zum Beispiel am Schwarzen Brett einer Station, über dem Schreibtisch eines Arztes oder in der Kitteltasche einer Pflegekraft.

### 2.4. Implementierung

Die vorgestellte Policy wurde nach ihrer Verabschiedung durch den Vorstand des Klinikums auf mehreren Wegen kommuniziert, um einen größtmöglichen Bekanntheitsgrad in den Zielgruppen zu erreichen. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Klinikums, die über eine E-Mail-Adresse der medizinischen Fakultät oder des Klinikums verfügten, wurden über Verteilerlisten angeschrieben, durch den Vorsitzenden des Arbeitskreises über die Policy informiert, und erhielten mit dieser E-Mail auch pdf-Dateien der beiden Policy-Fassungen. Über den elektronischen Weg konnten sämtliche Ärzte und Seelsorger sowie alle Pflegenden und Therapeuten in leitenden Stellungen erreicht werden. Pflegenden und Therapeuten, die nicht in leitenden Positionen arbeiten, besitzen oft keine E-Mail des Klinikums. Deshalb wurden die leiten-

den Pflegekräfte und Therapeuten im elektronischen Anschreiben gebeten, die Policy unter ihren Mitarbeitern bekannt zu machen und auszuteilen. Außerdem wurde die Policy in das für alle Mitarbeiter zugängliche und auf den Stationscomputern tagtäglich genutzte Intranet des Klinikums gestellt und dort an prominenter Stelle platziert. Als dritter Weg wurde eine persönliche Vorstellung der Policy im Rahmen einer klinikweit angekündigten Informationsveranstaltung gewählt, um den Zielgruppen die Möglichkeit zu geben, die für die Policy Verantwortlichen persönlich kennen zu lernen, die näheren Hintergründe zu erfahren und vor allem Fragen zur Policy stellen zu können. Die Informationsveranstaltung fand im größten Hörsaal des Klinikums statt, war auf einen Zeitpunkt terminiert, der für alle Zielgruppen günstig lag, und dauerte knapp drei Stunden. Sie bestand im ersten Teil aus einer Begrüßung durch den Pflegedirektor als Vertreter des Klinikumsvorstandes, einer Vorstellung der Policy mittels einer Powerpoint-Präsentation durch den federführenden Verfasser

<sup>5</sup> Die Policy kann eingesehen werden unter <http://www.ethik-komitee.de/leitlinien/index.html>.

der Policy und einem weiterführenden Kurzvortrag über medizinrechtliche Grundlagen durch den Ordinarius für Rechtsmedizin. Im zweiten Teil schloss sich eine offene Podiumsdiskussion an, an der die genannten Referenten sowie eine Intensivpflegefachkraft, ein Seelsorger und der leitende Arzt der Palliativmedizin teilnahmen. Fragen aus dem Publikum wurden gesammelt und von den Vertretern auf dem Podium beantwortet. Die Veranstaltung war durch die Bayerische Landesärztekammer und die innerbetriebliche Fortbildungsstelle der Pflegedirektion als Fortbildungsveranstaltung akzeptiert worden und wurde den Teilnehmenden entsprechend zertifiziert. Es waren etwa 80 Teilnehmer anwesend, wobei auffiel, dass relativ viele Pflegekräfte und relativ wenige Ärzte kamen. Eine ähnliche Verteilung lag bei der Partizipation an der Diskussion durch Fragen und Kommentare vor.

Die Implementierung der Policy war in eine wissenschaftliche Evaluation eingebettet. Die erste von zwei Säulen der Evaluation war eine longitudinale Studie, die zwei semiquantitative Umfragen unmittelbar vor und ein Jahr nach Veröffentlichung der Policy enthielt [26]. Die Umfragen wurden anhand der Stichprobe aller zehn Erwachsenen-Intensivstationen des Klinikums durchgeführt, auf denen insgesamt etwa 100 Ärzte und 300 Pflegenden arbeiten. Die Ergebnisse zeigten, dass zwar nur ein Drittel der Mitarbeiter eine gute inhaltliche Kenntnis der Leitlinie hatte, aber dass diese Mitarbeiter durchaus von der Policy profitierten, insbesondere was die Handlungssicherheit, die (unbegründete) Angst vor Rechtsfolgen und das ethisch-rechtliche Wissen angeht [26].

### 3. Resümee und Ausblick

Die hier im Detail vorgestellten Empfehlungen des Klinikums der Universität München zur Frage der Therapieziel-Änderung

bei schwerstkranken Patienten und zum Umgang mit Patientenverfügungen sind ein Beispiel für eine institutionelle ethisch-rechtliche Policy im Gesundheitswesen. Der Bedarf für eine solche Policy ist durch nationale Faktoren des deutschen Medizinsystems (Rechtsunsicherheit, Ausbildungsmängel, Kommunikationsdefizite) sowie durch lokale Faktoren am Münchener Universitätsklinikum (ethische Brisanz und Mangel an ethischen Unterstützungsangeboten) begründet. Die Policy ist in einem mehr operativ als politisch ausgerichteten Arbeitskreis entstanden und verfolgt das Ziel, den in der Patientenbetreuung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Klinikums als Orientierung für schwierige Entscheidungen am Lebensende zu dienen. Der eher supportive als direktive Charakter der Policy kommt darin zum Ausdruck, dass bewusst auf eine Regelung der Verbindlichkeit verzichtet wurde und „benutzerfreundliche“ Elemente wie Visualisierungen und eine Kurzfassung entwickelt wurden. Die Implementierung zeichnete sich dadurch aus, dass wegen der Heterogenität der Zielgruppen (Ärzte, Pflegenden, Seelsorger, Therapeuten) parallele und zielgruppenadäquate Wege der Kommunikation beschritten wurden. Eine wissenschaftliche Evaluation sollte sicherstellen, dass definierte Kriterien für Ergebnis- und Prozessqualität erreicht werden und die Policy einem kontinuierlichen Prozess der Revision und Adaptation unterzogen wird.

Das Beispiel demonstriert einen Pilotversuch, mit Hilfe organisationsethischer Instrumente die Qualität im Gesundheitswesen zu verbessern. Institutionelle Policies zu ethisch-rechtlichen Fragen müssen sich in Deutschland erst noch bewähren. Dabei wird es in nächster Zukunft darauf ankommen, folgende Aufgaben zu bewältigen:

- Es sollten Qualitätsstandards zur Entstehung, Form, Implementierung und Re-

vision institutioneller Policies entwickelt werden, wie dies erst in jüngster Zeit ansatzweise geschieht [45,2].

- Es sind geeignete thematische Inhalte für institutionelle Policies im Gesundheitswesen zu identifizieren, auch über das bisher hauptsächlich vertretene Thema des Reanimationsverzichts hinaus.
- Die ethische und rechtliche Verbindlichkeit institutioneller Policies sowie die Verantwortlichkeit der Autoren und Institutionen sollte geklärt und in einem normativen Begründungsdiskurs rechtfertigt werden [27,43].
- Das Verhältnis institutioneller Policies zu anderen Formen klinischer Ethikberatung (Fallberatung, Fortbildung) sowie zu anderen Organisationsformen ethisch-rechtlicher Policies (professionelle und politische Policies) ist zu definieren.

Wenn diese Aufgaben bewältigt sind, ist zu hoffen, dass institutionelle Policies eine wertvolle Bereicherung für die klinische Medizinethik und ihren Beitrag zum Gesundheitswesen darstellen werden.

#### Korrespondenzadresse:

*PD Dr. med. Dr. phil. Ralf J. Jox  
Institut für Ethik, Geschichte und  
Theorie der Medizin*

*Lessingstr. 2*

*80336 München*

*Tel.: 089 2180-72785, Fax: 089 2180-72799*

*E-Mail: ralf.jox@med.uni-muenchen.de*

Ralf J. Jox wurde durch ein Stipendium der Bayerischen Forschungsförderung für einen Studienaufenthalt bei Prof. Dr. rer. soc. Stella Reiter-Theil, Dipl.-Psych. in Basel unterstützt.

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Homepage [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

## Literatur zum Beitrag

## Entwicklung einer ethisch-rechtlichen Klinik-Policy

von Ralf J. Jox

(Hessisches Ärzteblatt 5/2014, Seite 268)

1. Austin W, Lemermeyer G, Goldberg L, Bergum V, Johnson MS (2005) Moral distress in healthcare practice: the situation of nurses. *HEC Forum* 17:33-48
2. Bartels S, Parker M, Hope T, Reiter-Theil S (2005) Wie hilfreich sind ethische Richtlinien am Einzelfall? Eine vergleichende kasuistische Analyse der Deutschen Grundsätze, Britischen Guidelines und Schweizerischen Richtlinien zur Sterbebegleitung. *Ethik in der Medizin* 17:191 - 205
3. Borasio GD, Putz W, Eisenmenger W (2003) Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestärkt. *Dtsch Ärztebl* 100:A2062-2065
4. Borasio GD, Weltermann B, Voltz R, Reichmann H, Zierz S (2004) Einstellungen zur Patientenbetreuung in der letzten Lebensphase. Eine Umfrage bei neurologischen Chefarzten. *Nervenarzt* 75:1187-1193
5. Bundesärztekammer (2011) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Dtsch Ärztebl* 108:A346-348
6. Bundesgerichtshof (2003) Beschluss vom 17. März 2003. *NJW*:1588
7. Bundesgerichtshof (2005) Beschluss vom 8. Juni 2005. *XII ZR* 177/03
8. Bundesgerichtshof (2010) Entscheidung vom 25.06.2010. 2 StR 454/09. [http://www.bundesgerichtshof.de/DE/Entscheidungen/entscheidungen\\_node.html](http://www.bundesgerichtshof.de/DE/Entscheidungen/entscheidungen_node.html).
9. Burchardi N, Rauprich O, Hecht M, Beck M, Vollmann J (2005) Discussing living wills. A qualitative study of a German sample of neurologists and ALS patients. *J Neurol Sci* 237: 67-74
10. Burns JP, Edwards J, Johnson J, Cassem NH, Truog RD (2003) Do-not-resuscitate order after 25 years. *Crit Care Med* 31:1543-1550
11. Coopmans VC, Gries CA (2000) CRNA awareness and experience with perioperative DNR orders. *Aana J* 68:247-256
12. Deutsche Gesellschaft für Anesthesiologie und Intensivmedizin D (1999) Grenzen der intensivmedizinischen Behandlungspflicht. *Anästhesie & Intensivmedizin* 40:94ff
13. Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin D (2004) Enterales Ernährung: Ethische und rechtliche Gesichtspunkte. *Aktuell Ernaehr Med* 29:226-230
14. Gastmans C, Lemiengre J, van der Wal G, Schotmans P, Dierckx de Casterle B (2005) Prevalence and content of written ethics policies on euthanasia in Catholic healthcare institutions in Belgium (Flanders). *Health Policy* 76:169-178
15. Gordon M, Schwartz BE (1996) Do-not-resuscitate practice, guidelines and policies in long-term care in Ontario: results of a survey. *Ann R Coll Physicians Surg Can* 29:332-335
16. Hanuschke I, Joeres S, Mischker A (2004) Zukunftsorientierte Pflegeausbildung. *Pflege Aktuell* 58:290-293
17. Hart D (Hrsg) (2005) Ärztliche Leitlinien im Medizin- und Gesundheitsrecht. *Recht und Empirie professioneller Normbildung*. Nomos, Baden-Baden
18. Haverkate I, Muller MT, Cappetti M, Jonkers FJ, van der Wal G (2000a) Prevalence and content analysis of guidelines on handling requests for euthanasia or assisted suicide in Dutch nursing homes. *Arch Intern Med* 160:317-322
19. Haverkate I, van Delden JJ, van Nijen AB, van der Wal G (2000) Guidelines for the use of do-not-resuscitate orders in Dutch hospitals. *Crit Care Med* 28:3039-3043
20. Haverkate I, van der Wal G (1996) Policies on medical decisions concerning the end of life in Dutch health care institutions. *JAMA* 275: 435-439
21. Hofmann JC, Wenger NS, Davis RB, Teno J, Connors AF, Jr., Desbiens N, Lynn J, Phillips RS (1997) Patient preferences for communication with physicians about end-of-life decisions. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preference for Outcomes and Risks of Treatment. *Ann Intern Med* 127:1-12
22. Johnston SC, Pfeifer MP, McNutt R (1995) The discussion about advance directives. Patient and physician opinions regarding when and how it should be conducted. *End of Life Study Group*. *Arch Intern Med* 155:1025-1030
23. Jox R, Borasio GD, Jacobs P (2005) Entscheidungen am Lebensende: Praktische Hilfe für Pflegekräfte am Beispiel einer Empfehlung des Klinikums der Universität München. *Die Schwester Der Pfleger* 44
24. Jox RJ (2013) Sterben lassen. Über Entscheidungen am Ende des Lebens. *Rowohlt, Hamburg*
25. Jox RJ, Krebs M, Fegg M, Reiter-Theil S, Frey L, Eisenmenger W, Borasio GD (2010) Limiting life-sustaining treatment in German intensive care units: a multiprofessional survey. *J Crit Care* 25:413-419
26. Jox RJ, Winkler EC, Borasio GD (2012) Änderung des Therapieziels am Lebensende: Evaluation einer Klinik-Leitlinie. *Dtsch Med Wochenschr* 137:829-833
27. McCartney JJ (1993) Should HECs audit compliance with institutional policies and enforce sanctions for violations? *No. HEC Forum* 5: 258-260
28. Morrison RS, Morrison EW, Glickman DF (1994) Physician reluctance to discuss advance directives. An empiric investigation of potential barriers. *Arch Intern Med* 154:2311-2318
29. Rasooly I, Lavery JV, Urowitz S, Choudhry S, Seeman N, Meslin EM, Lowy FH, Singer PA (1994) Hospital policies on life-sustaining treatments and advance directives in Canada. *CMAJ* 150:1265-1270
30. Reiter-Theil S, Träbert S, Lange D, Hiddemann W (2003) Sterben und Sterbehilfe: Problemwahrnehmung von Ärzten und Pflegenden in der Onkologie. *Ergebnisse einer Interviewstudie*. *Der Onkologe* 9:153-161
31. Richter KP, Langel S, Fawcett SB, Paine-Andrews A, Biehler L, Manning R (1995) Promoting the use of advance directives. An empirical study. *Arch Fam Med* 4:609-615
32. Rothschild IS, Hattis PA (1988) JCAHO: accreditation requires DNR policy. *Health Law Vigil* 11:3
33. Schell W (2002) Sterbebegleitung und Sterbehilfe. *Gesetze, Rechtsprechung, Deklarationen (Erklärungen), Richtlinien, Stellungnahmen (Statements)*. Schlütersche, Hannover
34. Schildmann J, Herrmann E, Klambek A, Ortwein H, Schwarz C, Vollmann J (2005) Wahrheit am Krankenbett – Eine ärztliche Fortbildungsveranstaltung zum Überbringen schlechter Nachrichten. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 99:443-447
35. Slowther A, Johnston C, Goodall J, Hope T (2004) Development of clinical ethics committees. *BMJ* 328:950-952
36. Steinkamp N, Gordijn B (2001) HECs in Germany: clinical ethics consultation in development. *HEC Forum* 13:215-224
37. Stutzki R, Weber M, Reiter-Theil S, Simmen U, Borasio GD, Jox RJ (2013) Attitudes towards hastened death in ALS: A prospective study of patients and family caregivers. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener*
38. Tulsky JA, Fischer GS, Rose MR, Arnold RM (1998) Opening the black box: how do physicians communicate about advance directives? *Ann Intern Med* 129:441-449
39. Ulsenheimer K (1998) „Leitlinien, Richtlinien, Standards“ – Risiko oder Chance für Arzt und Patient. *Bayerisches Ärzteblatt* 53:51-56.
40. Vollmann J, Burchardi N, Weidtmann A (2004) Klinische Ethikkomitees an deutschen Universitätskliniken. Eine Befragung aller Ärztlichen Direktoren und Pflegedirektoren. *Dtsch Med Wochenschr* 129:1237-1242
41. Waisel DB, Burns JP, Johnson JA, Hardart GE, Truog RD (2002) Guidelines for perioperative do-not-resuscitate policies. *J Clin Anesth* 14: 467-473

42. Weber M, Schildmann J, Schuz J, Herrmann E, Vollmann J, Rittner C (2004) *Ethische Entscheidungen am Lebensende – Kenntnisstand und Einstellungen Medizinstudierender*. *Dtsch Med Wochenschr* 129:1556-1560
43. White BC (1993) *Should HECs audit compliance with institutional policies and enforce sanctions for violations? Yes*. *HEC Forum* 5: 256-257
44. Wiesing U, Jox RJ, Hessler HJ, Borasio GD (2010) *A new law on advance directives in Germany*. *J Med Ethics* 36:779-783
45. Winkler EC (2005) *The ethics of policy writing: how should hospitals deal with moral disagreement about controversial medical practices?* *J Med Ethics* 31:559-566
46. Winkler EC, Borasio GD, Jacobs P, Weber J, Jox RJ (2012) *Münchener Leitlinie zu Entscheidungen am Lebensende*. *Ethik Med* 24:221-234

# Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte

## Aktuelle gesundheitsökonomische Bestandsaufnahme

Einführung, Entwicklung und Kassenwettbewerb heute – durch über 20 Jahre Gesundheitspolitik führte Prof. Dr. Jürgen Wasem, Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen, Mitte Februar auf dem Gesundheitspolitischen Kolloquium in Frankfurt. Die Veranstaltung wurde vom Förderverein für ärztliche Fortbildung organisiert, der passender Weise sein 20-jähriges Bestehen in diesem Jahr feiert, wie der Vorsitzende Dr. med. Jürgen Bausch berichtete.

### Motive der Politik zur Einführung des Kassenwettbewerbs

Seit Anfang der 1990er Jahre sei die Einführung des regulierten Kassenwettbewerbs international ein Megatrend, sagte Wasem. Eine ganze Reihe von Ländern habe diesen Weg eingeschlagen, wenn auch mit unterschiedlichen Ausgangssituationen und Beweggründen. Effizienz auf der einen und Gleichheit/Gerechtigkeit auf der anderen Seite seien die beiden Motivbündel. Wettbewerb führt zu Effizienz, die Denkweise sei plausibel: „Wenn zwei Bäcker in Wettbewerb zueinander stehen, haben wir tendenziell günstigere Brötchen.“ In Deutschland hätten jedoch Gleichheitsüberlegungen die weitaus stärkere Rolle gespielt. Wasem erläuterte dies mit den schon teilweise vorhandenen Kassenwahlrechten vor 1996. Angestellte konnten damals bereits zwischen mehreren Krankenkassen wählen, Arbeiter nicht. Es sollten gleiche Rechte für alle geschaffen werden.

### „Gleich lange Spieße im Kassenwettbewerb“

Beitragssatz, begrenzte Möglichkeiten bei den Satzungsleistungen und Service: Diese Wettbewerbsparameter wurden mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 eingeführt. Seitdem kamen hinzu: Integrierte Versorgung (IV), Hausarztzentrierte Versorgung (HzV), Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen (BAÄK), Modell-

vorhaben, Rabattverträge. „Damit wurde jedoch nur ein halb scharfes Schwert geschaffen“, so Wasem. Nur teilweise könnten Kollektivverträge der Kassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) durch Selektivverträge, also Verträge von Kassen mit einzelnen Leistungserbringern, ersetzt werden. Den Kassen erlauben, auf Kollektivverträge zu verzichten, sei aus wettbewerblicher Perspektive der nächste Schritt.

Gleichzeitig mit dem Wettbewerb wurde im GSG der Risikostrukturausgleich (RSA) beschlossen, der bereits mehrere Reformen erlebt hat. Eine weitere wurde im März beschlossen. Der RSA ist der Versuch, „gleich lange Spieße im Kassenwettbewerb sicherzustellen“, erläuterte Wasem. Die ungleiche Versichertenstruktur einer Krankenkasse (einige haben mehr gut verdienende und gesunde Versicherte, andere viele Kranke mit niedrigeren Einkommen) soll so ausgeglichen werden. Dies sei ein guter Schritt in die richtige Richtung, aber Baustellen blieben offen.

Mit dem Übergang zu Zusatzbeiträgen 2009 sei es zu einem erhöhten Versichertenwechsel gekommen, weil sich die höheren Beiträge deutlich bemerkbar machten. Eine weitere Reform stehe auch hier an, berichtete Wasem. Insgesamt sei die finanzielle Situation zwischen den Kassen derzeit sehr ungleich.

### Empirische Befunde zum Kassenwechselverhalten

Für die Zeit seit Einführung der Kassenwahlfreiheit 1996 bis zum Jahr 2008 zeigen Studien einen negativen Zusammenhang von Mitgliederentwicklung und Beitragssatz, „allerdings auch eine relativ hohe Beharrung finanziell eher unattraktiv Kassen“, so Wasem. Dies liege daran, dass die Unterschiede für die Versicherten nicht allzu deutlich würden. Insbesondere die „guten Risiken“ wechselten, also Personen, die mehr Einnahmen bringen als sie die Kassen kosten. Die „schlechten Risiken“ wechselten auch zu Kassen mit

höheren Beiträgen. Als Motiv bezeichnete Wasem die Versorgungsleistungen.

Zur Situation nach 2009 gebe es bislang nur wenige Studien. Diese zeigen, dass Versicherte zunehmend auf Zusatzbeiträge reagieren. „Wenn drei Leute beim Skat vor 2009 herausfinden wollten, wie viel jeder bei seiner Kasse zahlt, mussten sie erst rechnen.“ Seitdem keine Kasse mehr den Zusatzbeitrag erhebe, sei auch die Wechselbereitschaft wieder sehr gering.

### Was leistet der Kassenwettbewerb, was nicht und worin liegen die Schwächen?

Kassen seien um effizientere Strukturen und kostengünstige Versorgung bemüht, erklärte Wasem. Sie seien informierter über Krankheiten und das Versorgungsgeschehen. Auch hätten sie – zumindest für die Versicherten – den Wandel von einer Behörde zum Dienstleister vollzogen. Wasem bemängelte allerdings, dass Kassen nicht ernsthaft am Abbau von Unterversorgung bemüht seien, es keine längerfristige Kosteneffektivitätsperspektive sowie kein geeignetes Instrument in der Krankheitsprävention gebe und Preissignale nur teilweise Ausdruck von Wirtschaftlichkeit seien. Schwächen sieht er in weiterhin bestehenden systematischen Unter- und Überdeckungen im RSA, kurzfristig wirkenden Anreizen für das Kassenmanagement und bürokratischen Hürden für das Vertragshandeln. Auch kritisiert Wasem die fehlende Bereitschaft der Politik, Sicherstellungsaufträge auf Kassen zu übertragen und die unzureichende Transparenz des wettbewerblichen Handelns der Kassen. Das Bekenntnis im Koalitionsvertrag zu mehr Freiräumen der Krankenkassen in der Vertragsgestaltung sei in seiner Ausgestaltung noch unklar. Dies betreffe auch die angekündigte Erleichterung der Bereinigungen von Vergütungen. Wasems Fazit: „Etwas Hoffnung ist angebracht, eine gesunde Portion Skepsis aber auch.“

Maren Grikscheit

# Hungern als Kunst oder Modeerscheinung

Der hungernde Künstler als Ausstellungsstück: In einem Gitterkäfig eingeschlossen, wird er interessiert begutachtet und bewertet, angefasst, um den Fortgang der Nahrungsverweigerung von Tag zu Tag zu beobachten. In Franz Kafkas erstmalig 1922 in der Zeitung „Die neue Rundschau“ erschienenen Geschichte interessiert sich die Öffentlichkeit zunächst rege für den Künstler. Doch sein Impresario besteht darauf, dass er nicht länger als 40 Tage fastet und öffnet ihm dann den Käfig. Das Hungern wird beendet und dem Künstler eine Mahlzeit angeboten. Daraufhin fühlt sich der Hungerkünstler missverstanden, denn für ihn ist Hungern „die leichteste Sache der Welt“.

Als das Hungerkünstlertum im Laufe der Zeit außer Mode kommt, trennt sich der Künstler von seinem Impresario und schließt sich einem Zirkus an. Dort hungert er in seinem Käfig immer weiter, wird allerdings von Zuschauern kaum noch bemerkt.

Klein und geschrumpft verrät er flüsternd vor seinem Tod den wahren Grund seines Hungerns: Er könne nicht anders, weil er die Speise, die ihm schmeckt, nicht gefunden habe. Nach dem Ableben des Künstlers wird ein junger und kraftvoller Panther in seinen Käfig gesperrt, der sofort zum neuen Anziehungspunkt fürs Publikum wird.

## Vorgeschichte

Die Kurzgeschichte entstand im Jahr 1922, Kafka steckte mitten in der Arbeit an seinem Roman „Das Schloss“. Angesichts der Armut nach dem Ersten Weltkrieg und des allgegenwärtigen Hungerns erscheint das Thema zynisch und bizarr. Möglicherweise ist die Hauptfigur an den realen Hungerkünstler Giovanni Succi angelehnt. Unter dem Titel „Ein Hungerkünstler“ erschien die Geschichte 1924 in einem Sammelband als letztes Buch Kafkas, das noch vor seinem Tod veröffentlicht wurde.

## Perspektive

Ein fanatischer und letztlich selbstzerstörerischer Ehrgeiz, ironisch geschildert, teilweise pathetisch anmutend und als Kunst immer vom Vorwurf der Unglaubwürdigkeit begleitet: Der Künstler will sich selbst „übertreffen bis ins Unbegreifliche“ und beschreibt das mangelnde Verständnis des Publikums für den Künstler. Die Kunst, vom Publikum als mühsam errungene Leistung erachtet, ist für ihn selbst ein Bedürfnis, ja ein Zwang. Seine Haltung zum Publikum ist ambivalent. Einerseits freut er sich an seiner Popularität und verdient nicht zuletzt Geld damit. Andererseits ist er der einzige, der den Wert seiner „Kunst“ ermessen kann. Ganz frei ist der Künstler erst, wenn das Publikum ihn nicht mehr beachtet. Eine Entwicklung, die aber auch zu seinem Ende, zu seiner vollständigen Auslöschung führt. Parallelen zu Kafka selbst und zu seinen Schriften werden deutlich. Mit diesem Ende, mit der Selbstzerstörung, stellt er wiederum selbst die künstlerische Aktion in Frage.

Die Zeit nach dem Ersten Weltkrieg war eine Blüteperiode selbsternannter Diätpäpste, die mit heute teils skurril anmutenden Überlegungen zur Sinnhaftigkeit der Ernährung Furore machten, durch die Lande zogen und enorm populär waren. Genannt seien besonders Horace Fletcher, der ein hundertfaches Kauen der Nahrung

und das teilweise wieder Ausspucken empfahl. Er wandelte in weißen Kleidern durch die Gegend, um innere und äußere Reinheit darzustellen. Oder der amerikanische Arzt Henry Tanner, der selbst eine Wette abschloss, dass er es schaffen würde, mehr als 40 Tage völlig auf Nahrung zu verzichten und sich dann ausstellen ließ. Zahlreiche Nachahmer von ausgedehnten Fastenaktionen kopierten ihre Vorbilder. Der letzte bekannte Hungerkünstler (David Blaine) trat 2003 auf. Er hielt 44 Tage ohne feste Nahrung in einem Glaskasten aus, der in London über der Themse hing.

Der kräftige, vitale und wilde Panther, der in Kafkas Geschichte in den Käfig des verstorbenen Hungerkünstlers gesperrt wird, erinnert an das 1902 erschienene Gedicht „Der Panther“ von Rainer Maria Rilke. Der Panther mit seiner gespannten und kraftstrotzenden Muskulatur hat die Behauptung einer „Kunst“ für seine Daseinsberechtigung nicht nötig. Der Gegensatz könnte nicht größer sein. Das eingesperrte Tier ist einerseits eine große Attraktion, aber Kafka hat bereits den Aspekt des aufgebauchten Modetrends erkannt und mit der Geschichte benannt. Wie lange wird dieser anhalten? Was wird die nächste Mode sein?

*Dr. med. Siegmund Drexler*

## Leitungswechsel am Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) in Berlin

Nach 19 Jahren hat sich Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Günter Ollenschläger zum 31. März 2014 aus seiner Funktion als Leiter des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) in den Ruhestand verabschiedet. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung hatten das Institut 1995 als gemeinsames Kompetenzzentrum für Qualität und Wissenstransfer im Gesundheitswesen gegründet. Der Verwaltungsrat des ÄZQ hat Ollenschlägers bisherigen Vertreter, Dr. med. Christian Thomeczek, zum kommissarischen Leiter berufen.

**Kontakt:** Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), TiergartenTower, Straße des 17. Juni 106-108 (Eingang Bachstraße), 10623 Berlin, Tel: 030 4005-2501/-2504, E-Mail: [mail@azq.de](mailto:mail@azq.de), Internet: [www.azq.de](http://www.azq.de)

**Dr. med. Matthias Moreth** (Jahrgang 1952) ist mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) ausgezeichnet worden. 20 Jahre war er als Betriebs- und Werksarzt in einem Darmstädter Chemiebetrieb tätig. 1976 trat Moreth in den



Foto: K. Möhrle

Marburger Bund ein und wurde als stellvertretender Bezirksvorsitzender im Bezirk Frankfurt gewählt. Nach seinem Wechsel

nach Darmstadt 1992 wurde er dort Bezirksvorsitzender. Von 2005 bis 2011 war er Beisitzer im Bezirk Darmstadt, danach bis heute wieder im Bezirk Frankfurt. Der Delegiertenversammlung der LÄKH gehört Moreth schon seit 1980 als Vertreter des Marburger Bundes an. Seit 1988 ist Moreth ehrenamtliches Mitglied im Vorstand des Versorgungswerkes. Viele Jahre war er für die Kammer als Prüfer im Gebiet Arbeitsmedizin tätig und ist weiterhin Prüfungsvorsitzender.

**Dr. med. Winfried Hoerster** (Foto), seit September 2000 Fortbildungsbeauftragter der Bezirksärztekammer Gießen, hat sein Amt im Dezember 2013 zurückgegeben. Neuer Fortbildungsbeauftragter ist **Prof.**



Foto: privat

**Dr. med. Hilmar Stracke** von der Medizinischen Klinik III des Universitätsklinikums Gießen und Mar-

burg (UKGM), Standort Gießen. Hoerster, 1943 geboren, ist seit 1989 in einer Gemeinschaftspraxis in Gießen als Facharzt für Anästhesiologie niedergelassen. Über viele Jahre hat er sich außerordentlich um die ärztliche Fortbildung insbesondere auf dem Gebiet der Schmerztherapie verdient gemacht und als Fortbildungsbeauftragter der Bezirksärztekammer Gießen

auch die Zusammenarbeit mit der Justus-Liebig-Universität Gießen nachhaltig geprägt. Für sein beispielhaftes Engagement wurde Hoerster im Jahr 2010 mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen ausgezeichnet.

Die Frankfurter Forscherin **Prof. Dr. med. Simone Fulda** ist mit dem Deutschen Krebspreis 2014 in der Kategorie „Translationale Forschung“ ausgezeichnet worden (Dotierung: 7500 Euro).



Foto: Goethe-Universität

Die Krebsforscherin und Kinderärztin vom Universitären Centrum für Tumorerkrankungen (UCT) am Universitätsklinikum Frankfurt kämpft gegen bösartige Tumore bei Kindern und wurde für ihre wissenschaftlichen Leistungen bei der Apoptose-Forschung geehrt. Hierbei wird das programmierte Zelltodsterben, das für die Aufrechterhaltung der Selbstregulation in Gewebeprozessen notwendig ist, untersucht. Die Wissenschaftlerin (Jahrgang 1968) erforscht, wie dieses „Selbstmordprogramm“ in Krebszellen durch Medikamente wieder in Gang gesetzt werden kann, um auf diese Weise den Krebs zu besiegen. Prof. Fulda gehört seit 2012 dem Wissenschaftsrat an, der die Bundesregierung berät.

**Prof. Dr. med. Steffen Gramminger** (Foto) (49) ist neuer ärztlicher Geschäftsführer der Klinikum Darmstadt GmbH. Gramminger löst **Prof. Dr. med.**

**Martin Welte** ab, der das Amt im Juni 2013 interimweise übernommen hatte. Prof. Gramminger ist seit fast 20 Jahren im Gesundheitswesen tätig, zuletzt leitete er für den Landesverein für Innere Mission in der Pfalz



Foto: Klinikum Darmstadt

zwei Krankenhäuser sowie zwei Medizinische Versorgungszentren. Er gründete außerdem mit Kollegen die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V., welcher er seit vier Jahren als Vorstandsvorsitzender vorsteht. 2012 übernahm Gramminger den Lehrauftrag für den Bachelorstudiengang Medizincontrolling an der Medical School Hamburg.

Die beiden renommierten **Chefärzte Prof. Dr. med. Christian Ell** (Foto oben) (Internist und Gastroenterologe) und **Prof. Dr. med. Dietmar Lorenz**

(Foto unten) (Gefäß- und Viszeralchirurg) wechseln zum 1. April an das Sana Klinikum Offenbach. Mit ihnen kommen weitere zwölf



Foto: Sana

Ärzte. Unter Leitung von Ell und Lorenz soll am Sana Klinikum ein viszeralmedizinisches Referenzzentrum entstehen, heißt



Foto: Sana

es in einer Mitteilung der Klinik. In 14-jähriger gemeinsamer Betreuung von Patienten mit Erkrankungen des Bauchraums haben die neuen Offenbacher Klinik-

direktoren Prof. Ell und Prof. Lorenz zusammen mit ihren Vertretern Prof. Dr. med. Andrea May und Dr. med. Michael Pauthner das national führende Zentrum für die Diagnostik und Therapie früher Barrett-Speiseröhren-Karzinome an den Wiesbadener Dr.-Horst Schmidt-Kliniken aufgebaut. Prof. Lorenz tritt die Nachfolge von **Prof. Dr. med. Andreas Zielke** an, Prof. Ell folgt **Prof. Dr. med. Henryk Dancygier** nach.

Einsendungen für diese Rubrik  
per E-Mail an:  
isolde.asbeck@laekh.de

# Neu- und Weiterentwicklung von Qualifizierungslehrgängen sowie Optimierung des Medieneinsatzes im Fokus

## Vorstand der Carl-Oelemann-Schule berät Ziele für die neue Legislaturperiode

Am 19. Februar 2014 tagte der Vorstand in seiner 1. Sitzung in der neuen Legislaturperiode (Amtszeit vom 1. September 2013 bis 31. August 2018).

Das Präsidium der Landesärztekammer Hessen hat folgende Mitglieder in den Vorstand der COS berufen:

### Vorsitzende:

Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg und Erich Lickroth,

### Vertreter der Arbeitgeberseite:

Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke und Dr. med. Michael Repschläger,

### Stellvertreter

Dr. med. Karlhans Baumgartl und BMedSci Frank Seibert-Alves

### Vertreter der Arbeitnehmerseite:

Claudia Siebert und Brigitte März

### Stellvertreter:

Jutta Hartmann und Ingrid Gerlach



Der neue Vorstand der COS (von links): Erich Lickroth, Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg, Dr. med. Michael Repschläger, Claudia Siebert, BMedSci Frank Seibert-Alves, Brigitte März, Dr. med. Lothar Hofmann (Vorsitzender des Ausschusses Überbetriebliche Ausbildung der COS), Ingrid Gerlach und Jutta Hartmann; auf dem Foto fehlen: Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke und Dr. med. Karlhans Baumgartl

für die Ärztinnen und Ärzte an Bedeutung. Gut qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit entsprechendem Wissen sind für die Ärzteschaft in Zeiten des Ärztemangels für die Delegation ärztlicher Leistungen wichtig.

Ohne Aufwand und Mehrkosten konnten neue Qualifizierungslehrgänge der Bundesärztekammer umgesetzt werden, die zum Teil in Hessen mitentwickelt wurden. Die Jahresstatistiken der COS zeigen eine positive Entwicklung in der Annahme von Bildungsangeboten.

Fragen zu Maßnahmen der Weiterentwicklung der Schule wurden in das Evaluationskonzept aufgenommen. Auswertungen liegen für die Zeiträume von 2010 bis 2013 vor. Pro Jahr wurden zwischen 850 und 1000 Fragebögen ausgefüllt. Ausgewählte Ergebnisse der Evaluationen finden Sie auf [www.laekh.de/hessisches-aerzteblatt](http://www.laekh.de/hessisches-aerzteblatt).

## Pläne des Vorstands

Zukünftig sollen weitere bedarfsorientierte spezialisierte Qualifizierungslehrgänge entwickelt und implementiert werden. Bestehende Lehrgänge sollen zeitnah aktualisiert werden. Geplant ist auch, den Bedarf an Fortbildungsmaßnahmen im Schnittstellenbereich Arztpraxis und Krankenhaus zu ermitteln, sowie der Einsatz neuer Medien zur Steigerung der Lerneffizienz. Eine Verkürzung der Präsenzzeiten durch Erweiterung von Blended Learning-Konzepten wird angestrebt.

Anregungen zur Erweiterung des Bildungsangebotes der Schule nehmen wir gerne schriftlich über die Kontaktadresse der COS entgegen.

*Es grüßt Sie herzlich*

*Ihre*

*Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg  
Vorsitzende des Vorstandes der  
Carl-Oelemann-Schule*

Welche Ziele hat die Carl-Oelemann-Schule (COS) bisher erreicht und welche sollten für die nächsten Jahren gesteckt werden? Damit beschäftigte sich der Vorstand der COS in der ersten Sitzung der neuen Legislaturperiode.

## Rückblick

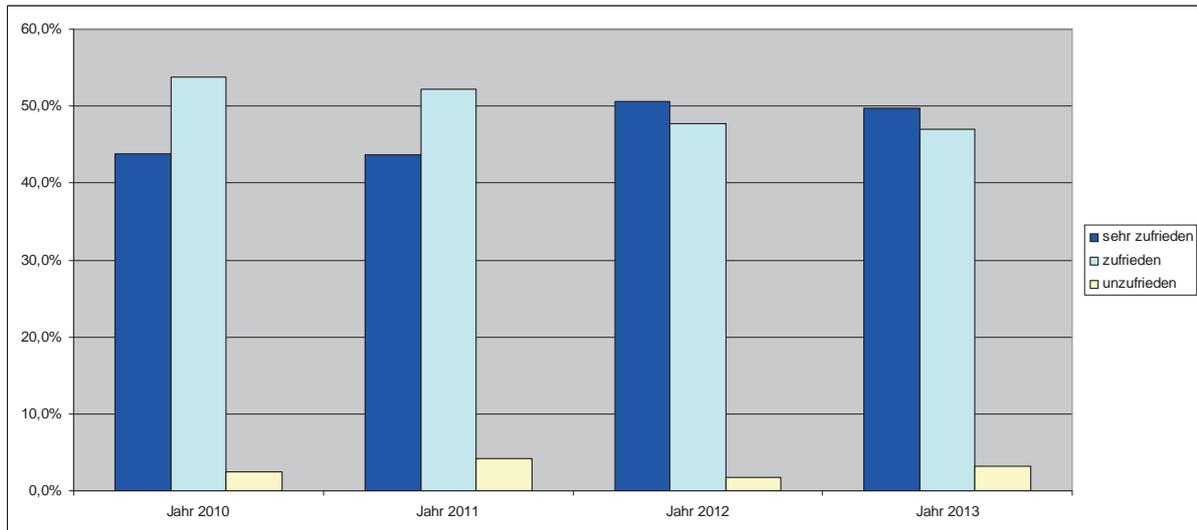
Mit dem im Jahr 2010 eingeführten Qualitätsmanagementsystem (QM) konnten Verwaltungsaufgaben erheblich reduziert werden, wodurch eine Steigerung im Fortbildungsbereich ohne zusätzliches Personal möglich war. Der Fortbildungsbereich gewann in den letzten Jahren sowohl für die Medizinischen Fachangestellten als auch

## Ausgewählte Ergebnisse der Evaluationen in der Carl-Oelemann-Schule

Auswertungen liegen für die Zeiträume von 2010 bis 2013 vor. Pro Jahr wurden zwischen 850 und 1000 Fragebögen ausgefüllt.

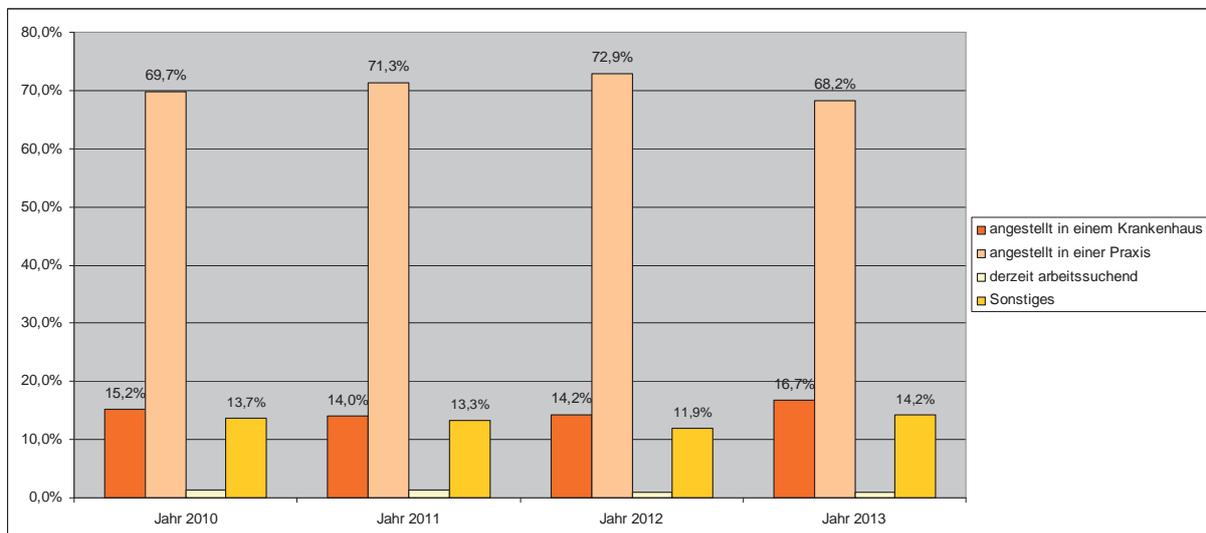
Die Zufriedenheit mit dem Kurs ist durchweg hoch. In den Jahren 2012/2013 ist sie nochmal angestiegen (siehe Tab. 1).

Tabelle 1: Waren Sie mit dem Kurs insgesamt zufrieden?



Die Fortbildungsteilnehmer/innen der COS sind überwiegend bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten angestellt. Tabelle 2 zeigt die prozentuale Verteilung im Vergleich zu Anstellungen in Krankenhäusern und sonstigen Tätigkeitsfeldern. Unter „Sonstiges“ wurde größtenteils die Anstellung im Bereich der Arbeits- und Betriebsmedizin angegeben.

Tabelle 2: Ihre berufliche Situation



Im Jahr 2012 wurde unter anderem die Frage nach der Unterstützung der Mitarbeiter/innen neu formuliert. Die Daten zeigen, dass Fortbildungen in hohem Maße von den Ärztinnen und Ärzten sowohl finanziell als auch durch Freistellung unterstützt werden (siehe Tab. 3 und 4).

Tabelle 3: Kosten

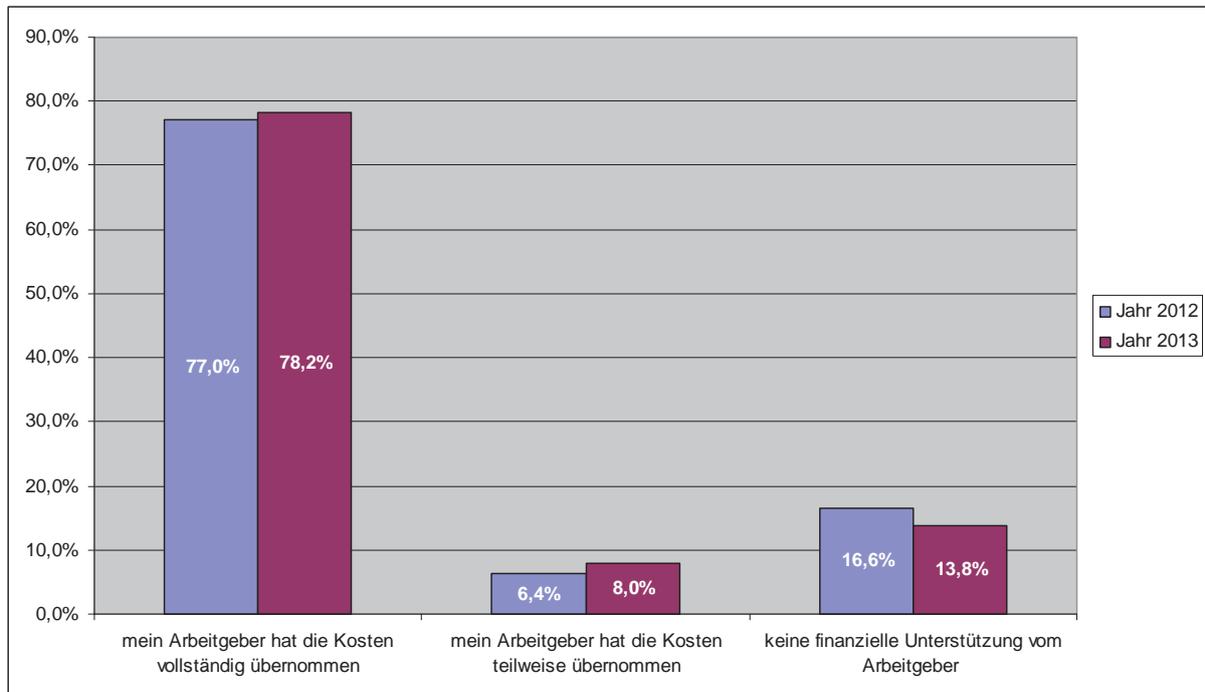


Tabelle 4: Freistellung

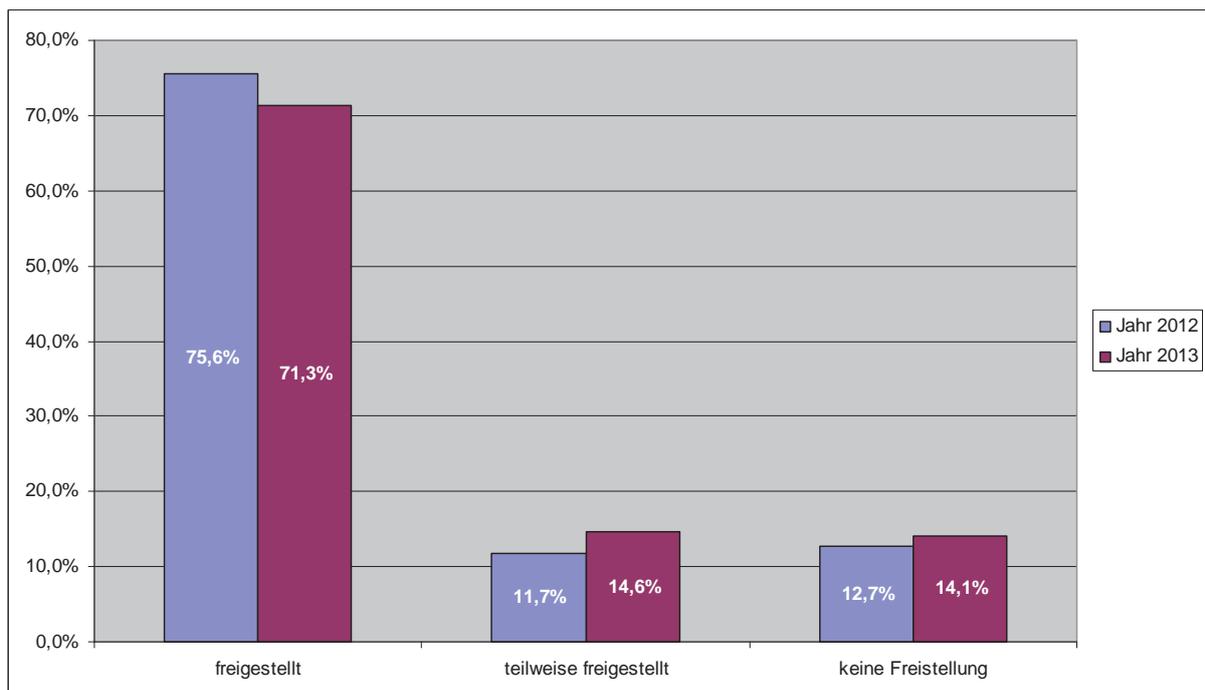
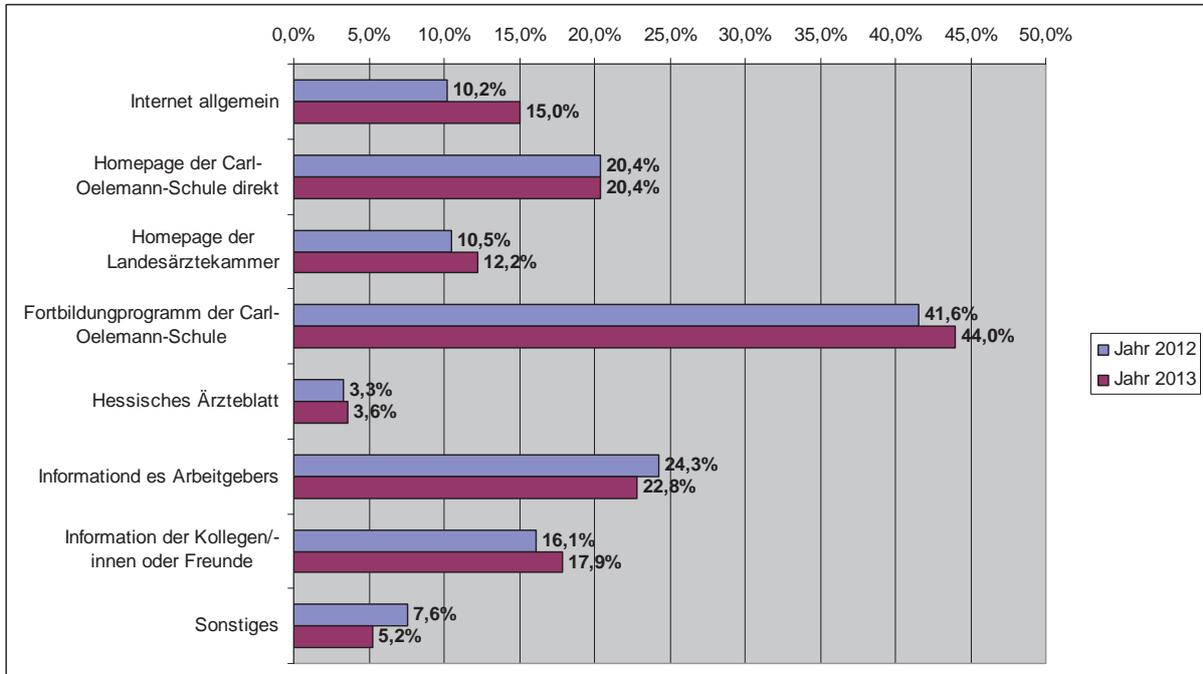


Tabelle 5 zeigt, dass das jährliche Fortbildungsprogramm weiterhin auch in gedruckter Form eingesetzt werden sollte.

Tabelle 5: Frage über welches Medium sind Sie auf die Veranstaltung aufmerksam geworden (Mehrfachnennungen möglich).



## Sicherer Verordnen

### Qualitätsmängel bei Arzneimitteln

In einer Intensivstation wurde bei fünf Patienten in der Blutkultur der seltene Erreger *Ralstoniapickettii* nachgewiesen. Die Ursachenuntersuchung ergab, dass Magnesiumampullen mit dem Erreger kontaminiert waren. Nach Austausch aller vorrätigen Ampullen und Wechsel des Herstellers war der Erreger in keiner Blutkultur mehr nachweisbar. Im November 2013 wurden einzelne Chargen des Adrenalin-Autoinjektors Jext® zurückgerufen. Eine verbogene Nadel könnte sich beim Auslösen des Injektors krümmen und so eine zu geringe Menge an Adrenalin freisetzen.

Verunreinigte Injektabilia gehören zu den gravierendsten Qualitätsmängeln von Arzneimitteln. Nach einer Übersicht der Arzneimittelkommission der deutschen Apotheker waren im Jahr 2013 Verpackungsfehler, galenische Mängel, Deklarationsmängel und mechanische Defekte die vier häufigsten Qualitätsmängel (insgesamt 5754 Meldungen). Trotz einer engmaschigen Überwachung bei Herstellern und Behörden sind Mängel nicht auszuschließen. Bei plötzlichem Auftreten ungewöhnlicher Reaktionen oder Untersuchungsergebnisse sollte daher immer auch an einen Qualitätsmangel gedacht werden.

Quellen: *Dtsch. Med. Wschr.* 2014; 139: 323–6; *Pharm. Ztg.* 2014; 159(7): 115–6

### Finasterid – Infertilität

In einer arzneimittel-kritischen Zeitschrift wird das Risiko eines niedrig dosierten Finasterid-haltigen Präparates (Propecia®) thematisiert. Während die auftretende unerwünschte Wirkung (UAW) „Infertilität“ des Arzneistoffes in seiner Hauptindikation (benigne Prostatahyperplasie) eher von geringer Bedeutung ist, betrifft die Indikation von Propecia® (androgenetische Alopezie) auch junge Männer. Bedenkt man andere endokrine UAW von Finasterid (Verminderung des Ejakulatvolumens, selten Libidoverlust und Gynäkomastie), so scheint eine Indikation als Kosmetikum für diesen hochwirksamen Arzneistoff bedenklich. Die Autoren empfehlen, die Zu-

lassung von Propecia® möglichst bald zu widerrufen.

Quelle: *Arzneimittelbrief* 2013; 47: 84–5

### Polypill – weiterhin fraglicher Nutzen

In einem Kommentar zu einer neuen Studie (Umpire) zum Nutzen einer sogenannten Polypill (ASS, Simvastatin, Lisinopril, Atenolol oder Hydrochlorothiazid) wird festgestellt, dass die klinische Relevanz der statistisch signifikanten Ergebnisse wohl eher von untergeordneter Bedeutung ist (im Vergleich zur Einzelgabe der Arzneistoffe, systolischer Blutdruck im Mittel um 2,5 mmHg, LDL-C im Mittel um 4,2 mg/dl gesenkt). Nachdenklich stimmt, dass nach 15 Monaten unter der fixen Kombination numerisch, statistisch nicht signifikant, mehr kardiovaskuläre Ereignisse (3,5 vs. 5,0) und vaskuläre Todesfälle (8 vs. 14) bei der fixen Kombination auftraten. Erwägenswert scheint auch zu sein, dass die signifikanten Differenzen nur bei den indischen Patienten (n = 1.000), nicht jedoch bei den europäischen Patienten (n = 1.004) festgestellt wurden. Fazit: Bei kardiovaskulären Erkrankungen sollte individuell vorgegangen werden, fixe Kombinationen scheinen zumindest in Europa wenig sinnvoll.

Quelle: *AVP* 2014; 41: 10–1

### Notfallkontrazeptiva – gewichtsabhängige Wirkung?

Die europäische Arzneimittelbehörde EMA überprüft derzeit, ob ein höheres Körpergewicht die Wirksamkeit Levonorgestrel-haltiger oder Ulipristal-haltiger Notfallkontrazeptiva verringern kann. Hinweise existieren, dass die verhütende Wirkung Levonorgestrel-haltiger Kontrazeptiva ab einem Körpergewicht von 75 kg reduziert und ab einem Körpergewicht von 80 kg nicht mehr gegeben ist. Die EMA wird nach Überprüfung der Daten entscheiden, ob Änderungen in den Fachinformationen notwendig sind.

Beim Streit um die Rezeptpflicht geht es derzeit nur um Levonorgestrel-haltige Kontrazeptiva (und zwar schon seit zehn Jah-

ren). In vielen europäischen Ländern sind diese Kontrazeptiva frei verkäuflich, wobei zum Beispiel nicht nur bei einer Einnahme am Wochenende ein späterer Besuch beim Frauenarzt empfehlenswert ist. Das Spektrum unerwünschter Wirkungen beider Arzneistoffe (ein synthetisches Gestagen beziehungsweise ein selektiver Progesteron-Rezeptormodulator) ist vergleichbar, wenn auch für Ulipristal noch nicht so viele Erfahrungen vorliegen. Vor allem die einmalige Gabe (bis zwölf Stunden nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr bei Levonorgestrel, bis 120 Stunden bei Ulipristal) kann die Schwere und Häufigkeit unerwünschter Wirkungen minimieren. Wichtig ist, dass die Einnahme möglichst frühzeitig erfolgt.

Quellen: *Dtsch. Apo.Ztg.* 2014; 154: 246–8; *Pharm. Ztg.* 2014; 159:23

### Metamizol – Interaktion mit ASS

Metamizol kann an die thrombozytäre COX-1 binden und so – wie auch Ibuprofen – die Bindung von ASS verhindern. Die Thrombozytenaggregationshemmung von ASS wird vermindert bis vollständig aufgehoben. Diese neuen Erkenntnisse sind bisher nur an einem kleinen Patientenkollektiv untersucht. Nur im Rahmen größerer Endpunktstudien kann nachgewiesen werden, ob die Interaktion auch zu einer erhöhten Rate kardiovaskulärer Ereignisse führt. Das Interesse an diesem Arzneistoff mit seiner schweren UAW „allergische Granulozytose“ ist in Europa jedoch gering: er ist in vielen europäischen Ländern nicht mehr zugelassen.

Quelle: *Dtsch. Apo. Ztg.* 2014; 154: 28–9

Dr. med. Günter Hopf

Nachdruck aus:  
*Rheinisches Ärzteblatt* 3/2014

Eine Übersicht über weitere Veröffentlichungen finden Sie unter:  
[www.aerzteblatt-hessen.de](http://www.aerzteblatt-hessen.de)

## Ereignisse und Fehler an der Schnittstelle Arztpraxis / Krankenhaus

Aktion [www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de) läuft noch bis 31. Mai

Die Überwindung von „Schnittstellen“ ist in unserem fragmentierten Gesundheitssystem fast schon Tagesthema geworden. Sie sind immer auch Lücken im Hinblick auf die Patientensicherheit.

Die Schnittstelle Arztpraxis/Krankenhaus ist alles andere als spannungsfrei. Es findet nicht nur Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern statt, sondern es prallen auch verschiedene Arbeitsstile und Umgangsformen mit Patienten aufeinander. Wenn etwas schief geht, entlädt sich der Frust in gegenseitigen Schuldzuweisungen. Versorgungsqualität kann jedoch nur realisiert werden, wenn Informationsaustausch und Kooperation stimmen<sup>1</sup>.

Die Aktion [www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de) ist primär ein hausärztliches Fehlerberichts- und Lernsystem, an dem sich auch andere Berufsgruppen (Apotheker, Rettungsdienst etc.) beteiligen. Mit dieser Berichtsaktion möchte das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt im Sinne einer positiven Fehlerkultur über die Schnittstelle hinweg schauen. Dazu sind Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte aus dem stationären Bereich eingeladen, über Ereignisse „von der anderen Seite der Schnittstelle“ zu berichten und zu kommentieren. Gemeinsam sollen Vermeidungsstrategien ermittelt werden.

### Was ist ein Fehler bzw. ein Ereignis, über das berichtet werden soll?

Ein Fehler ist das, was Sie als kritisches Ereignis empfinden, also jeder Vorfall, von dem Sie behaupten können: „Dies war eine Bedrohung für das Wohlergehen des Patienten, und ich möchte nicht, dass es noch einmal passiert.“

Auf der Internetseite [www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de) werden während des Aktionszeitraums Gastkommentare, Feedback sowie alle drei Wochen neu vertiefende Informationen veröffentlicht.

Auf der Basis Ihrer Berichte, Analysen und Kommentare werden Tipps für die Vermeidung von problematischen Ereignissen zusammengefasst und auf der genannten Homepage veröffentlicht. Eine ähnliche Aktion gab es bereits zusammen mit öffentlichen Apotheken, mit guter Resonanz<sup>2</sup>.

**Die Aktion findet in der Zeit vom 2. April bis 31. Mai 2014 statt und ist auf den Internetseiten des Frankfurter Fehlerberichts- und Lernsystem erreichbar: [www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de). Das System arbeitet vollständig anonym.**

Machen Sie mit! Lassen Sie damit Kolleginnen und Kollegen aus Ihren Berichten lernen, um Fehler zu vermeiden.

<sup>1</sup> Ommer O et al. in: Med Klin 2007;102:913-7

<sup>2</sup> Wunder A, Otterbach I, Hoffmann B (2012) Im Schattenreich der falschen Tropfen, Rezepte und Rezepturen: Jeder Fehler zählt! Der Hausarzt 8/12: 8-9



## 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

Zum Beitrag:

## Zu einer neuen Weiterbildungsordnung (WBO) ist es noch ein weiter Weg

von Dr. med. Klaus König, Hessisches Ärzteblatt 3/2014, Seite 157

Danke für den Sachstandbericht zur neuen WBO.

Man kann dem Marburger Bund nur sehr dankbar sein, dass er auf dem 116. Deutschen Ärztetag gegen eine Pflicht zur ambulanten Weiterbildung so deutlich Position bezogen hat.

Meiner Meinung nach ist eine Verpflichtung der Ärzte auch einen Teil der Weiterbildungszeit in Praxen zu gehen absolut kontraproduktiv, denn Zwang führt eher dazu, dass man gerade nicht in die Niederlassung will – außerdem ist für viele der Krankenhausarzt ein Berufsziel und nicht die Selbstständigkeit.

Kollegen, die sich in der Weiterbildung befinden, wissen aus meiner Erfahrung am

besten, was für sie der richtige Weg ist. Deshalb kann es ein Anfang sein, dass die ambulante Weiterbildung flexibel und freiwillig möglich ist, aber auf keinen Fall verpflichtend für alle sein sollte.

*Claudia Rudolph  
Ärztin in Weiterbildung  
Kassel*

### Antwort des Autors

Sehr geehrte Frau Rudolph, Zwang sollte es in der Weiterbildung nicht geben, nur vernünftige Lösungen. Eine haben wir im vergangenen Jahr auf dem Deutschen

Ärztetag gefunden, indem wir als Kompromiss die Vermittlung der Weiterbildungsinhalte in der ambulanten Versorgung für die Weiterbildungsinhalte vorsahen, die nicht während der klinischen Weiterbildung vermittelt werden können. Wir wollen auch nicht zwei Fachärzte, einen für die Klinik und einen für die Praxis, daher sollten die Inhalte für alle gelten.

Die Entscheidung, ob man an der Klinik bleibt oder in die Niederlassung geht, erfolgt nach der Facharztprüfung.

*Mit freundlichen Grüßen  
Dr. med. Klaus König,  
Vorsitzender der Weiterbildungs-  
kommission der LÄK Hessen*

## Arbeitsmedizin Rhein-Main 2014

17. Mai 2014, Wiesbaden

Die jährliche Fortbildungsveranstaltung für Arbeitsmediziner in Wiesbaden ist erstmals auch als Refresher für Teilnehmer am Modell AbBA (Alternative bedarfsorientierte Betreuung von Arztpraxen) für niedergelassene Ärzte anerkannt (siehe die letzten drei Vorträge).

**Termin:** Samstag, 17. Mai 2014, 9.30 bis 15 Uhr  
**Ort:** Wiesbadener Kurhaus  
**Anmeldung:** [www.arbeitsmedizin-rhein-main.de](http://www.arbeitsmedizin-rhein-main.de)  
**Leitung:** Prof. Dr. med. Thomas Weber  
**Kosten:** Die Teilnahme ist kostenlos

### Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Dr. med. David Groneberg (Frankfurt)  
Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Stefan Letzel (Mainz)  
Prof. Dr. med. Thomas Weber (Wiesbaden)

### Referate:

- Alles was Recht ist. Aktuelle Entwicklungen in der Arbeitsmedizin  
Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Stefan Letzel, Mainz
- Psychische Gefährdungsbeurteilung – Wie geht der Betriebsarzt vor  
Professor Dr. med. Peter Angerer, Düsseldorf
- Unternehmensverantwortung und Eigenverantwortung der Mitarbeiter  
Dr. med. Martin Kern, Frankfurt-Höchst
- Der Taucherarzt. Tauchen und seine Belastungen in Beruf und Freizeit  
Dr. med. Kareem Khan, Wiesbaden
- Die psychosoziale Arbeitsunfähigkeit  
Dr. phil. Dipl. Psych. Alfons Vaitkus, Wiesbaden
- Gefährdungsbeurteilung in der Arztpraxis und im Gesundheitswesen  
Prof. Dr. med. Thomas Weber, Wiesbaden
- Impfforum. Wichtiges und neues zum Impfen.  
Prof. Dr. Dr. med. Friedrich Hoffmann, Wuppertal

## In memoriam Prof. Dr. med. Felix Anschütz

(12. Mai 1920 – 24. März 2014)

Prof. Dr. med. Felix Anschütz ist am 24. März 2014 im Alter von 93 Jahren verstorben. Er wurde unter großer Anteilnahme ehemaliger Kollegen und Weggefährten in Darmstadt beerdigt.

Felix Anschütz wurde am 12. Mai 1920 in Kiel geboren. Nach dem Abitur begann er das Medizinstudium in Kiel und setzte sein Studium an den Universitäten in Göttingen und Hamburg fort. Die Approbation erfolgte im Jahre 1948, die Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin absolvierte er in Kiel und Hamburg. Nach der Habilitation war er als klinischer Oberarzt an den Universitätskliniken Berlin und Heidelberg beschäftigt. Von 1964 bis 1986 war er als Chefarzt der Medizinischen Klinik I im Klinikum Darmstadt tätig.

Professor Anschütz war ein herausragender Arzt und eine hochgeachtete Persönlichkeit. Er warb für ein vertrauensvolles Miteinander von Arzt und Patient und hat

mit zahlreichen Publikationen zur Entwicklung der Inneren Medizin beigetragen. In Würdigung seiner klinischen und wissenschaftlichen Verdienste wurde er 1985 zum Präsidenten der „Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin“ gewählt.

Von 1989 bis 1997 war Felix Anschütz Vorsitzender des Vorstands der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim. Die Akademie verdankt ihm viele Jahre intensiver Zusammenarbeit. Neben der Weiterentwicklung des weitgefächerten Fort- und Weiterbildungsangebotes waren ihm auch ethische Fragen ärztlichen Handelns besonders wichtig. Darüber hinaus setzte er sich für eine Verbesserung der Form der Fortbildungsveranstaltungen im Sinne einer modernen Didaktik unter Einsatz elektronischer Medien ein.

Er gehörte zu den Gründungsmitgliedern des „Fördervereins für ärztliche Fortbildung in Hessen e.V.“ und war bis 2006 der Vorsitzende.

Felix Anschütz erhielt zahlreiche Würdigungen und Auszeichnungen für sein Engagement für die hessischen Ärztinnen und Ärzte. Er wurde mit der Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer (1995) sowie der Ehrenplakette in Gold der Landesärztekammer Hessen (1997) ausgezeichnet. Außerdem wurde ihm 2010 die Ehrenmitgliedschaft der Akademie verliehen.

Die Landesärztekammer Hessen und die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

*Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth  
Vorsitzender des Vorstands der Akademie  
für Ärztliche Fort- und Weiterbildung*

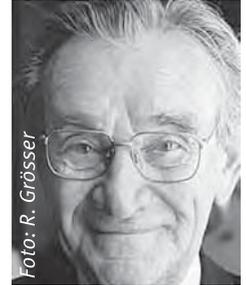


Foto: R. Grösser

## Abschied von Prof. Dr. med. Otto Winkelmann

(13. Februar 1931 – 5. Februar 2014)

Am 5. Februar 2014 ist kurz vor seinem 83. Geburtstag der Medizinhistoriker Prof. Dr. med. Otto Winkelmann nach langer Krankheit gestorben. Er war von 1969 bis zu seiner Emeritierung 1996 am Frankfurter Senckenbergischen Institut für Geschichte der Medizin tätig, dessen Leitung er von 1993 bis 1995 inne hatte. Als Sohn eines Arztes am 13. Februar 1931 in Berlin geboren, studierte er nach dem Abitur 1951 Medizin in Marburg, Bonn, Heidelberg und Berlin. Er promovierte 1962 bei Prof. Dr. med. Dr. med. h.c. mult. Heinz Goerke am Berliner Institut für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften. Nach der Ausbildung zum Facharzt für

Haut- und Geschlechtskrankheiten und einer Assistentenzeit am Berliner medizinischen Institut wechselte er nach seiner Habilitation 1969 nach Frankfurt an das Senckenbergische Institut für Geschichte der Medizin. Hier lernte er auch seine spätere Gattin Ingeborg Raue-Winkelmann kennen, die dort bis 1998 als Bibliothekarin tätig war. Zu Winkelmanns bekanntesten Publikationen – Schwerpunkt Medizingeschichte des 19./20. Jhd. – gehören seine Arbeiten über den „Frankfurter Lichtleiter“, das weltweit erste Endoskop, das 1806 von dem Frankfurter Arzt Philipp Bozzini (1773–1809) entwickelt wurde. Als Lichtquelle diente damals noch

eine Kerzenflamme! Seit seiner Famulatur im Deutschen Krankenhaus zu Istanbul bildete die (Medizin-) Geschichte der Türkei einen weiteren Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Arbeit.

Ein Bonmot des Verstorbenen: „Literaturkenntnis schützt vor Neuentdeckungen – auch in der Medizin.“

*Prof. Dr. med. Michael Sachs,  
Frankfurt am Main*



Foto: privat

## Landesärztekammer Hessen

### Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

#### Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Adolf Lausch, Raunheim, am 26. Juni.

### Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

#### Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Erika Saure, Frankfurt/Main, am 1. Juni.

Dr. med. Christiane Bassyouni, Bad Homburg, am 2. Juni.

Dr. med. Wolfgang Hein, Glashütten, am 4. Juni.

Professor Dr. med. Ulrich Langenbeck, Friedrichsdorf, am 29. Juni.

### Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

### Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

### Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

#### Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Hans Ekkehard Duven, Marburg, am 5. Juni.

### 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. Christina Michaela Luise Baum, Dreieich

\* 20.6.1969 † 29.1.2014

Ulrich Borsdorff, Runkel

\* 19.5.1939 † 2.3.2014

Hans-Joachim Daßbach, Frankfurt

\* 6.10.1954 † 12.2.2014

Dr. med. Ludwig Hoffmann, Gießen

\* 16.5.1925 † 20.2.2014

Dr. med. Dieter Hussmann, Wehretal

\* 14.4.1939 † 21.2.2014

Privatdozent Dr. med. Hartmut Klein, Offenbach

\* 22.02.1954 † 19.2.2014

Dr. med. Wolfgang Paul Ernst Koenig, Riedstadt

\* 24.5.1942 † 28.1.2014

Dr. med. Rüdiger Bernd Körner, Wald-Michelbach

\* 13.6.1951 † 4.12.2013

Adina Kidess, Liederbach

\* 11.9.1924 † 24.1.2014

Siegfried Carl Georg Lotzin, Eschwege

\* 9.5.1946 † 29.1.2014

Dr. med. Helmut Mann, Kassel

\* 19.10.1934 † 6.2.2014

Karl Michael Nitze, Schwalmstadt

\* 11.12.1952 † 30.10.2013

Schahabuddin Rahmany, Hofheim

\* 1.12.1958 † 19.8.2013

Dr. med. Robert Rüenauer, Taunusstein

\* 20.05.1932 † 23.12.2013

Dr. med. Götz Schnitzler, Mainz

\* 10.03.1953 † 23.2.2014

## Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis-Nr. 060015032 ausgestellt am 21.12.2009 für Dr. (YU) Midhat Dizdarevic, Eltville

Arztausweis-Nr. 060018660 ausgestellt am 15.10.2010 für Dr. med. Birgit Drexler-Gormann, Biebergemünd

Arztausweis-Nr. 060013294 ausgestellt am 9.7.2009 für Dr. med. Sabine Gerhold, Rüsselsheim

Arztausweis-Nr. 060031247 ausgestellt am 1.10.2013 für Dr. med. Ulrike van Gulik, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060024220 ausgestellt am 18.1.2012 für Dr./Univ. Budapest Axel Gutfreund, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 060032441 ausgestellt am 3.2.2014 für Dr. med. Eckhart Krumbek, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 060026001 ausgestellt am 21.5.2012 für Dr. med. Friederike Küderli, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. HS-G-7803 ausgestellt am 14.4.2008 für Dr. med. Jürgen Martin, Lauterbach

Arztausweis-Nr. 06090020 ausgestellt am 3.1.2011 für Leonard Wieder, Marburg

## Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Jasmin Lange, tätig bei Dr. med. Z. Büdinger, Gießen

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

Claudia Manz, seit elf Jahren tätig bei Dr. med. Z. Büdinger, Gießen.

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

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

Elke Jacobasch, tätig bei A. Rusdea-Stefan, Neu-Isenburg

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

Annemarie Spielmann, seit 39 Jahren tätig bei Dr. med. J. Simon, Dr. med. Chr. Schwuchow, Dr. med. C. Hölscher, I. Olbert, Dr. med. R. Selzer, Dr. med. U. Mosler, Dr. med. A. Hölscher und M. P. Conze, Fulda.

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

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

Ilse Becker, tätig bei Dr. med. Z. Büdinger, Gießen.

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

## Bekanntmachungen der LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

Bei der **Abschlussprüfung** für Medizinische Fachangestellte im Winter 2014 haben insgesamt 189 Prüflinge die Prüfung bestanden. Am Schriftlichen Teil der Abschlussprüfung haben 197 Prüflinge teilgenommen, von denen 161 bestanden haben. 239 Prüflinge haben am Praktischen Teil der Abschlussprüfung teilgenommen, von denen 185 bestanden haben. Die detaillierten statistischen Angaben zu der Winterprüfung 2014 können im Internet unter [www.laekh.de/aktuelles/aktuelles\\_2014\\_04\\_07\\_abschlusspruefung\\_mfa.html](http://www.laekh.de/aktuelles/aktuelles_2014_04_07_abschlusspruefung_mfa.html) abgerufen werden.

Eine **Checkliste** mit Empfehlungen für die Einstellung von auszubildenden Medizinischen Fachangestellten kann ebenfalls im Internet heruntergeladen werden unter: [http://www.laekh.de/upload/MFA\\_AH/Vorschriften\\_Vertraege/22\\_checkliste\\_empfehlung\\_einstellung.pdf](http://www.laekh.de/upload/MFA_AH/Vorschriften_Vertraege/22_checkliste_empfehlung_einstellung.pdf)

## Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e.V.

Gesellschaftspolitisches Forum

veranstaltet am

**Mittwoch, 4. Juni 2014, um 18:00 Uhr**

im Hause der

**Kassenärztlichen Vereinigung Hessen**

– Dr. O. P. Schaefer-Saal –

**Georg-Voigt-Straße 15**

**60325 Frankfurt am Main**

ein

## BAD NAUHEIMER GESPRÄCH

### Referent



#### **Prof. Dr. med. Horst-Werner Korf**

Professor of Anatomy and Neurobiology

Chairman, Dr. Senckenbergische Anatomie

Direktor, Dr. Senckenbergisches Chronomedizinisches Institut

Frankfurt am Main

### „Wie ticken unsere inneren Uhren – von der Chronobiologie zur Chronomedizin“

Zahlreiche Funktionen unseres Körpers unterliegen einem 24-Stunden-Rhythmus, der durch ein Ensemble innerer Uhren, das circadiane System, gesteuert wird. Im Vortrag werden neue Erkenntnisse internationaler Forschungen dargestellt, die zeigen, wo diese Uhren liegen, wie sie funktionieren und was passiert, wenn sie aus dem Takt geraten.

Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt ist frei!

Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt a. M.

Tel.: 069 766350, Fax: 069 766350

www.bad-nauheimer-gespraech.de

E-Mail: info@bad-nauheimer-gespraech.de

## Fortbildungsveranstaltung der Bezirksärztekammer Frankfurt

**Zu der 3. Fortbildungsreihe laden wir Sie herzlich ein.**

**Datum:** 7. Mai 2014

**Zeit:** 19.00 – 21.00 Uhr

**Ort:** Dr. O. P. Schaefer Saal im Gebäude der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen Georg-Voigt-Str. 15, 60325 Frankfurt

**Thema:** **Rückenschmerzen – Prävention und Therapie**

**Moderation:** Prof. Dr. med. Ralf Kiesslich, St. Marienkrankenhaus Frankfurt

**Vortrag:** Wie effektiv ist Sport für die Prävention und Therapie?

**Referent:** Prof. Dr. med. Dr. phil. Winfried Banzer, Institut für Sportwissenschaften Leiter Abteilung Sportmedizin Goethe-Universität Frankfurt am Main

**Vortrag:** Neue operative Therapieoptionen des Bandscheibenvorfalles

**Referent:** Dr. med. Lutz Weise, Universitätsklinikum Frankfurt

**Abschluss:** Der interessante Fall aus dem St. Marienkrankenhaus, Frankfurt

**Referent:** Dr. med. Dierk Heimann, St. Marienkrankenhaus, Frankfurt

**Im Anschluss:** Diskussion bei Imbiss

Die Veranstaltung ist mit 3 Fortbildungspunkten zertifiziert.

Wir bitten um telefonische (069-97672-514) oder schriftliche Anmeldung (per Mail unter bezaek.frankfurt@laekh.de oder per Fax 069 97672-500)

Dr. med. Wolfgang Seher  
Vorsitzender der  
Bezirksärztekammer

Prof. Dr. med. Ralf Kiesslich  
Fortbildungsbeauftragter

### Richtige Antworten

zu den Multiple Choice-Fragen „**Konservative Therapie der Gonarthrose**“ in der Januar-Ausgabe 2014, S. 14 ff.

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

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

## Hausärztliche Versorgungsebene

### Planungsbereich Mittelbereich Michelstadt/Erbach

Beerfelden Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

## Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

### Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt Kinderärztin/Kinderarzt  
 Darmstadt Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)  
 Darmstadt Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)  
 Darmstadt Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut

### Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Griesheim HNO-Ärztin/HNO-Arzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

### Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Wald-Michelbach Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)

### Planungsbereich Odenwaldkreis

Erbach Ärztin für Psychotherapeutische Medizin/ Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)

### Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Groß-Gerau Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

## Spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene

### Planungsbereich Raumordnungsregion Starkenburg

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

### Planungsbereich Raumordnungsregion Rhein-Main

Rödermark 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 am Main

Bahnhofsviertel Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (MVZ-Anteil)  
 Seckbach Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

### Planungsbereich Mittelbereich Hattersheim/Hofheim/Kelkheim

Hattersheim Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

### Planungsbereich Mittelbereich Hanau

Hanau Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

### Planungsbereich Mittelbereich Heusenstamm / Rödermark / Rodgau / Dietzenbach

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

### Planungsbereich Mittelbereich Neu-Isenburg/Dreieich/Langen

Neu-Isenburg Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –  
 Neu-Isenburg Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –  
 Neu-Isenburg Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

## Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

### Planungsbereich Frankfurt am Main

Innenstadt Urologin/Urologe (Hälftiger Versorgungsauftrag)  
 Gallusviertel Orthopädin/Orthopäde  
 Innenstadt Orthopädin/Orthopäde  
 Frankfurt-Ostend Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater  
 Höchst Frauenärztin/Frauenarzt  
 Oberrad Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)  
 Fechenheim Frauenärztin/Frauenarzt  
 Sachsenhausen Augenärztin/Augenarzt  
 Sachsenhausen Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)  
 Höchst Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)  
 Höchst Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

## Kassenärztliche Vereinigung Hessen

### Planungsbereich Landkreis Offenbach

|        |   |
|--------|---|
| Langen | HNO-Ärztin/HNO-Arzt<br>(Berufsausübungsgemeinschaftsanteil) |
|--------|---|

### Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

|          |                       |
|----------|-----------------------|
| Eschborn | Augenärztin/Augenarzt |
|----------|-----------------------|

### Planungsbereich Offenbach am Main

|            |  |
|------------|--|
| Innenstadt | Internistin/Internist<br>(Hälftiger Versorgungsauftrag)<br>(Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)        |
| Bieber     | Neurologin und Psychiaterin/<br>Neurologe und Psychiater<br>(Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)       |
| Bieber     | Neurologin und Psychiaterin/<br>Neurologe und Psychiater<br>(Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)       |
| Innenstadt | Psychologische Psychotherapeutin/<br>Psychologischer Psychotherapeut<br>(Hälftiger Versorgungsauftrag) |
| Innenstadt | Psychologische Psychotherapeutin/<br>Psychologischer Psychotherapeut<br>(Hälftiger Versorgungsauftrag) |

## Gesonderte fachärztliche Versorgungsebene

### Planungsbereich Hessen

|                |   |
|----------------|---|
| Friedrichsdorf | Physikalische und Rehabilitative<br>Medizinerin/Physikalischer und<br>Rehabilitativer Mediziner |
|----------------|---|

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

## Hausärztliche Versorgungsebene

### Planungsbereich Mittelbereich Gießen

|          |  |
|----------|--|
| Pohlheim | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder<br>Internistin/Internist – hausärztlich –<br>(Hälftiger Versorgungsauftrag) |
| Pohlheim | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder<br>Internistin/Internist – hausärztlich –<br>(Hälftiger Versorgungsauftrag) |

### Planungsbereich Mittelbereich Friedberg/Bad Nauheim

|           |   |
|-----------|---|
| Friedberg | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder<br>Internistin/Internist – hausärztlich –<br>(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung,<br>Berufsausübungsgemeinschaftsanteil) |
|-----------|---|

### Planungsbereich Mittelbereich Schwalmstadt

|              |  |
|--------------|--|
| Schwalmstadt | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder<br>Internistin/Internist – hausärztlich –<br>(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung) |
|--------------|--|

## Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

### Planungsbereich Landkreis Marburg-Biedenkopf

|            |   |
|------------|---|
| Biedenkopf | Neurologin und Psychiaterin/<br>Neurologe und Psychiater<br>(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)                            |
| Lahntal    | Kinderärztin/Kinderarzt<br>(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)   |
| Marburg    | Frauenärztin/Frauenarzt<br>(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)   |
| Marburg    | Psychologische Psychotherapeutin/<br>Psychologischer Psychotherapeut<br>(Hälftiger Versorgungsauftrag)                      |
| Wetter     | Kinder- und Jugendlichen<br>Psychotherapeutin/Kinder- und<br>Jugendlichen Psychotherapeut<br>(Hälftiger Versorgungsauftrag) |

### Planungsbereich Landkreis Wetteraukreis

|             |  |
|-------------|--|
| Bad Nauheim | Psychologische Psychotherapeutin/<br>Psychologischer Psychotherapeut<br>(Hälftiger Versorgungsauftrag) |
|-------------|--|

## Spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene

### Planungsbereich Raumordnungsregion Mittelhessen

|            |   |
|------------|---|
| Biedenkopf | Anästhesistin/Anästhesist<br>(Hälftiger Versorgungsauftrag)   |
| Wetzlar    | Internistin/Internist<br>(Hälftiger Versorgungsauftrag,<br>Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)<br>mit Anstellung (bis 20 Std. pro Woche) und<br>mit Anstellung (über 30 Std. pro Woche) |

## Gesonderte fachärztliche Versorgungsebene

### Planungsbereich Hessen

|         |   |
|---------|---|
| Herborn | Laborärztin/Laborarzt (1 x volle oder<br>2 x halbe Zulassung, MVZ-Anteil) |
|---------|---|

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

## Hausärztliche Versorgungsebene

### Planungsbereich Mittelbereich Bad Hersfeld

|              |  |
|--------------|--|
| Bad Hersfeld | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder<br>Internistin/Internist – hausärztlich –<br>(Hälftiger Versorgungsauftrag)   |
| Haunetal     | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder<br>Internistin/Internist – hausärztlich –<br>(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)<br>(Berufsausübungsgemeinschaftsanteil) |

### Planungsbereich Mittelbereich Korbach

|         |  |
|---------|--|
| Korbach | Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder<br>Internistin/Internist – hausärztlich –<br>(1 x volle oder 2 x halbe Zulassung) |
|---------|--|

**Planungsbereich Mittlerebene Eschwege**

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

**Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene****Planungsbereich Landkreis Fulda**

|          |  |
|----------|--|
| Fulda    | Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Hälftiger Versorgungsauftrag) |
| Gersfeld | Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)                                     |
| Fulda    | Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (hälftiger Versorgungsauftrag) |

**Planungsbereich Kassel-Stadt**

|        |   |
|--------|---|
| Kassel | Hautärztin/Hautarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)  |
| Kassel | Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (hälftiger Versorgungsauftrag) |
| Kassel | Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (hälftiger Versorgungsauftrag) |
| Kassel | Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (hälftiger Versorgungsauftrag) |
| Kassel | Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (hälftiger Versorgungsauftrag) |

**Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis**

|           |  |
|-----------|--|
| Melsungen | Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (hälftiger Versorgungsauftrag) |
|-----------|--|

**Planungsbereich Landkreis Kassel**

|          |  |
|----------|--|
| Baunatal | Chirurgin/Chirurg (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung) |
|----------|--|

**Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg**

|               |   |
|---------------|---|
| Bad Wildungen | Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (hälftiger Versorgungsauftrag) |
|---------------|---|

**Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis**

|                    |  |
|--------------------|--|
| Hessisch Lichtenau | Augenärztin/Augenarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)                     |
| Herleshausen       | Ärztin/Arzt für Kinder- und Jugendmedizin (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung) |

**Spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene****Planungsbereich Raumordnungsregion Nordhessen**

|           |  |
|-----------|--|
| Lohfelden | Anästhesistin/Anästhesist (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung) |
|-----------|--|

**Planungsbereich Raumordnungsregion Osthessen**

|       |  |
|-------|--|
| Fulda | Internistin/Internist<br>Schwerpunkt Pneumologie (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung) (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil) |
|-------|--|

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

**Hausärztliche Versorgung****Planungsbereich Mittlerebene Limburg**

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

**Allgemeine fachärztliche Versorgung****Planungsbereich Limburg-Weilburg**

|          |                         |
|----------|-------------------------|
| Weilburg | Kinderärztin/Kinderarzt |
|----------|-------------------------|

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., Tel.: 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.