Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R.

Hessisches Ärzteblatt

6 | 2014
Juni 2014
75. Jahrgang

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen
Auch im Internet: www.laekh.de

- **Themenheft „Ethik in der Klinik / in der Patientenversorgung“, 2. Teil**
  - Umgang mit Emotionen nach Behandlungsfehlern
  - Behandlungsfehler in der Psychotherapie
- **Zertifizierte Fortbildung:** Die Behandlung der Beckenvenenthrombose durch interventionelle Thrombolyse und Thrombusfragmentation
- **Interview mit Michael Thomas Knoll, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen**
- **Die ambulante psychiatrische Versorgung heute**
- **Emil Nolde-Retrospektive im Frankfurter Städel**

Emil Nolde (1867-1956)
Großer Mohn (rot, rot, rot), 1942
Öl auf Leinwand, 73,5 x 89,5 cm
Nolde Stiftung Seebüll

© Nolde Stiftung Seebüll

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-haebl@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

6|2014 • 75. Jahrgang

Hessisches Ärzteblatt

Editorial 308

Aktuelles
Die ambulante psychiatrische Versorgung heute 309
Schlaglichter, Nachrichten und Notizen 317
Qualitätssicherung in der Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) in der Landesärztekammer Hessen 343
Studie: Mehr als die Hälfte aller im Krankenhaus tätigen Ärzte leiden unter Stress 348

Landesärztekammer Hessen
„Mir ist die Nähe zum Patienten wichtig" – Interview mit Michael Thomas Knoll 312
Die sechs Bezirksärztekammern der Landesärztekammer Hessen 314
Neue Arztsuche in Hessen – der (andere) Mitglieder-Service der Landesärztekammer Hessen 316

Fortbildung
Zertifizierte Fortbildung: Die Behandlung der Beckenvenenthrombose durch interventionelle Thrombolyse und Thrombusfragmentation 318
Medizinisches Zahlenrätsel 324
Umgang mit Emotionen nach Behandlungsfehlern 325
Behandlungsfehler in der Psychotherapie 329
Sicherer Verordnen 347

Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Bad Nauheim 331

Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim 337

Bücher
Neuerscheinung: Klinische Pneumologie 315
Neuerscheinung: Risikomanagement und Fehlervermeidung im Krankenhaus 349

Parlando
Ein Meister der Widersprüche – Emil Nolde-Retrospektive im Frankfurter Städel 344
Mont Ventoux – Rad fahren mit Petrarca 345

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten
Nachruf 349

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen 350

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen 354

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.

Editorial

Ohne Nachwuchs keine Zukunft

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

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in jüngster Zeit las ich einige Nachrichten und Artikel, die mich – wenn auch aus verschiedenen Blickwinkeln – nachdenklich stimmten.

Da war zum Beispiel die Überschrift: „Je höher die Bettenauslastung im Krankenhaus, desto höher die Mortalitätsrate." Das Studienteam um den Kölner Gesundheitsökonom Professor Ludwig Kuntz fand bei der Datenauswertung von 82.280 Patienten in 256 Abteilungen von 83 deutschen Krankenhäusern heraus, dass die Patientensterblichkeit an Tagen mit einer über 92,5 Prozent liegenden Bettenauslastung erhöht war und gemäß der Studie an solchen Tagen circa 14 Prozent der Todesfälle vermeidbar gewesen wären. Er führt dies auf die Personaldecke zurück, die auf eine durchschnittlich 85- bis 90-prozentige Bettenauslastung ausgelegt sei. Gerade an Tagen mit einer über 100 Prozent liegenden Bettenauslastung habe das Personal nicht mehr genügend Zeit für die einzelnen Patienten. Wer von uns kennt solche Situationen nicht! Der Vorschlag, flexiblere Arbeitszeitmodelle zu entwickeln oder mit benachbarten Krankenhäusern einen gemeinsamen Mitarbeiterpool zu bilden, mag die eine oder andere Spitze abmildern, wobei ich die Praktikabilität dieser Vorschläge durchaus mit Zweifeln betrachte.

Am Ende steht doch die Frage, was uns allen die gesundheitliche Versorgung wert ist. Auch wenn die gesellschaftliche Achtung, die Ärztinnen, Ärzten und Pflegekräften entgegengebracht wird, sehr hoch ist, darf dies nicht zum Vorwand genommen werden, auf deren Rücken permanente Einsparmaßnahmen durchzuführen. Die gerade mit dem Walter Siegenthaler-Preis der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift" ausgezeichnete Studie der Frankfurter Forscher Bauer und Groneberg zeigt eindrucksvoll, dass mehr als die Hälfte aller im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte unter gesundheitsschädigendem Stress leiden (siehe Seite 348). Die Klinikleitungen sind dringlich gefordert, entsprechende Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Dies kommt nicht nur den Beschäftigten, sondern vor allem den Patientinnen und Patienten zugute. So ist zum Beispiel die administrative Belastung des ärztlichen Personals nach wie vor zu hoch.

Die Überschrift „Notbremse für PEPP-System ist notwendig" weckt hingegen einen Hoffnungsschimmer. Die Regierungsfraktionen kündigten eine zweijährige Verlängerung der Optionsphase für das „Pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik" an. Gleichzeitig soll das Bundesgesundheitsministerium dieses System grundsätzlich prüfen und gegebenenfalls Alternativen entwickeln. Nicht nur zahlreiche Fachgesellschaften, sondern auch die Landesärztekammer Hessen haben wiederholt auf die Risiken von „PEPP" hingewiesen. Hier zeigt sich, dass sich Engagement und Einsatz für Verbesserungen lohnen. Verbesserungen sind auch bei der ambulanten psychiatrischen Versorgung dringend notwendig. Lesen Sie dazu in der vorliegenden Ausgabe einen Bericht über die aktuelle Versorgungssituation in Stadt und Landkreis Kassel (siehe Seite 309 ff).

Sorge bereitet mir die zunehmende Gründung von Töchtern ausländischer Universitäten, die ein Medizinstudium zum Beispiel nach britischem oder österreichischem Recht teilweise oder ganz in Deutschland ermöglichen. Natürlich freue ich mich über jeden jungen Menschen, der Medizin studiert. Die zukünftigen Kolleginnen und Kollegen sind hoch willkommen. Besser wären allerdings mehr Studienplätze für Medizin an den staatlichen, deutschen Universitäten. Der Bedarf steht außer Frage. Gab es in den achtziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts noch rund 12.000 Studienplätze in den alten Bundesländern, so gibt es heute im wieder vereinten Deutschland nur noch circa 9800 Studienplätze. Ja, es stimmt, ein Medizinstudienplatz kostet viel Geld. Es darf allerdings nicht sein, dass Deutschland, trotz aller wirtschaftlichen Probleme, nicht ausreichend in die eigene Zukunft investiert. Das ist eine Frage der Prioritätensetzung.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

Herzlichen Glückwunsch zum Geburtstag!

An dieser Stelle möchte ich ganz herzlich unserem Kollegen und Ehrenpräsidenten der Landesärztekammer Hessen, Herrn Dr. med. Alfred Möhrle, zu seinem 75. Geburtstag gratulieren!

Ich wünsche Ihnen, lieber Herr Möhrle, alles erdenklich Gute, Glück, Gesundheit und weiterhin viel Freude an Ihrem Engagement für die Anliegen der hessischen Ärztinnen und Ärzte.

Ihr Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

Die ambulante psychiatrische Versorgung heute

Versuch einer Querschnittsbetrachtung in Stadt und Landkreis Kassel

Katharina Müller, Peter Reinhold-Hildenhagen

Einleitung

Für psychisch kranke Menschen besteht trotz guter Chancen zur Genesung oder Verbesserung ihrer Situation die Gefahr einer frühen Chronifizierung ihrer psychischen Störungen: lange Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz verzögern die Aufnahme einer notwendigen Therapie. Patienten mit Behandlungserschwernissen wie Pflegeheimbewohner, geistig oder mehrfach Behinderte oder solche mit unzureichenden Sprachkenntnissen drohen unversorgt zu bleiben. Die Betroffenen, Angehörige und das Pflegepersonal von Heimen und ambulanten Pflegediensten, die Hausärzteschaft, ärztliche Notdienste, Polizei, diensthabendes ärztliches Klinikpersonal und die Gesundheitsämter werden dadurch in nicht vertretbarer Weise beansprucht.

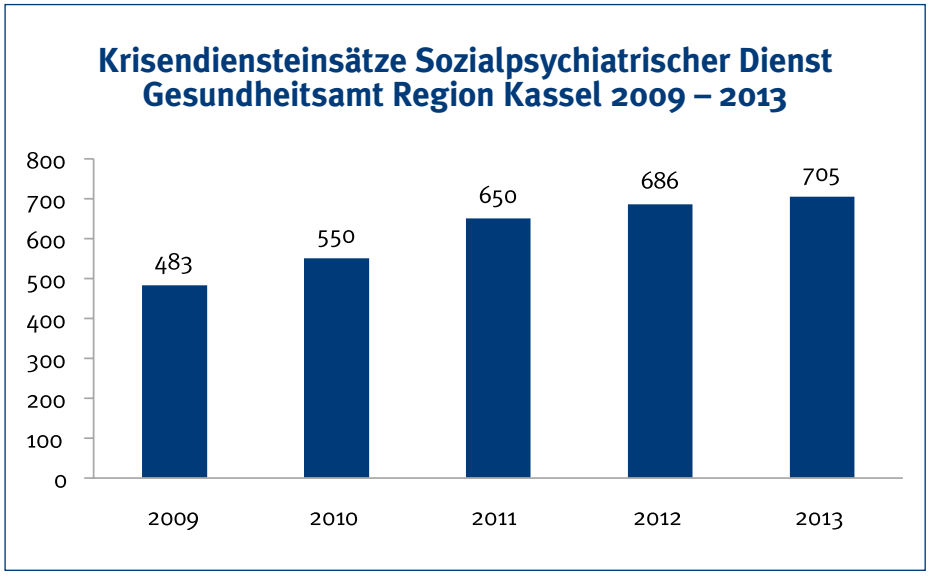
Beschreibung der Lage

In den vergangenen Jahren häuften sich in Stadt und Landkreis Kassel Berichte über lange Wartezeiten bis zum Beginn einer psychiatrischen Behandlung. Die regionale Presse berichtete von Wartezeiten von bis zu sechs Monaten, in Einzelfällen bis zu einem Jahr. Hilfeersuchen an den sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes der Region Kassel kamen von Patienten, ihren Angehörigen, der Polizei, dem Betreuungsgericht, von Heimleitungen von Altenheimen, psychiatrischen Krankenhäusern, von anderen versorgenden Institutionen und vom Arbeitskreis der Tagespflegen für gerontopsychiatrische Patienten. Seit Jahren steigen die Kriseneinsätze des Gesundheitsamtes bei schwer psychisch kranken Personen, die in ihrer freien Willensbildung beeinträchtigt sind und einen besonders erschwerten Zugang zur ambulanten fachärztlichen Behandlung haben.

Auf der diesjährigen psychiatrischen Regionalkonferenz wurde daher die Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit der ambulanten psychiatrischen Versorgung in der Region genauer betrachtet. Unter Federführung des Gesundheitsamtes nahmen Vertreter der Vertragsärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, des Dachverbandes der Selbsthilfegruppen (KISS), beider Institutsambulanzen der psychiatrischen Krankenhäuser der Region Kassel, der Kassenärztlichen Vereinigung, der ambulanten Dienste des Betreuten Wohnens für Menschen mit psychischen Erkrankungen, der Dienste der ambulanten und stationären Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung sowie hausärztliche Kollegen teil. Es zeichnete sich ein vielschichtiges Bild der gegenwärtigen Situation ab.

So zeigte eine schriftliche Befragung von 50 Teilnehmern, die im Zeitraum 2012 – 2013 ambulante psychiatrische Hilfe suchten, dass die Vermittlung eines Behandlungsplatzes zwischen einem Tag und sieben Monaten dauerte. Ein Leiter einer Selbsthilfegruppe berichtete, dass in der ambulanten psychiatrischen Versorgung die Kontakte durch die Betroffenen zumeist als zu kurz empfunden werden, der Abstand zwischen den Terminen (bis zu sechs Wochen) hingegen als zu lang.

Aktuelles



Besonders prekär stellte sich die Situation in den Altenheimen dar: Es fehlt an Kapazitäten bei Vertragsärzten und Institutsambulanzen. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) verweist auf Nachfrage auf die regionale Überversorgung mit Nervenärzten und Psychotherapeuten.

Es wurde berichtet, dass in den Altenheimen oft nicht einmal die medikamentöse Versorgung von psychisch Erkrankten sichergestellt werden könne. Die zur Verordnung gezwungenen Hausärzte hätten aufgrund der Budgetierung ihrer Medikamentenverordnungen mit Regressforderungen zu rechnen. Viele psychisch kranke oder verhaltensauffällige Menschen in Altenheimen und ihre Angehörige fühlen sich vom psychiatrischen Hilfesystem abgekoppelt.

Wo liegt das Problem?

Die KV stellt einen Versorgungsgrad für die Arztgruppe der Nervenärzte von 140,62 % für die Stadt Kassel und von 128,08 % im Landkreis fest und hat entsprechend den Beschlüssen des Landesausschusses für Ärzte und Krankenkassen in Hessen vom 27. Juni 2013 diese Planungsbereiche gesperrt. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) geht allerdings von einer weiterhin steigenden Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aufgrund psychischer Störungen aus. Eine besondere Schwierigkeit scheint auch darin zu liegen, dass in die Berechnung des Versorgungsgrades Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie Nervenärzte gleichermaßen einfließen, ganz gleich, ob und inwieweit sich diese an der psychiatrischen Versorgung überhaupt beteiligen. In Institutsambulanzen dürfen nur Menschen behandelt werden, die wegen Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung nicht zum niedergelassenen Psychiater gehen können.

Aus der Perspektive der Vertragsärzte für Psychiatrie und Psychotherapie liegt ein Hauptproblem in der aktuellen Vergütungsstruktur. Durch den gegenwärtigen Fallwert von 42 Euro pro Quartal sei eine wirtschaftliche Arbeitsweise im Teilbereich Psychiatrie nur durch die geschickte Mischung unterschiedlich zeitaufwändiger Patienten möglich. Die Abrechnung pro Zeiteinheit in festem Euro Betrag, wie sie die DGPPN bereits vorgeschlagen hat, wird als eine mögliche Lösung gesehen. Seitens der hausärztlich tätigen Kollegen stellt sich häufig das Problem, dass sie die psychiatrische Versorgung mit übernehmen müssen, aber weder durch Weiterbildungsinhalte noch durch die ihnen zur Verfügung stehenden Medikamentenbudgets dazu in der Lage sind. Zudem fehlt es an präventiven Maßnahmen, um die Zunahme psychischer Krankheiten zu vermindern.

Der Eindruck einer Unterversorgung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung

bestätigt sich demnach aus unterschiedlicher Perspektive.

Folgende „Problemgruppen“ sind besonders betroffen:

1. Psychiatrisch unversorgte Erkrankte, die zwar nicht akut suizidgefährdet sind, aber bei Terminanfragen Absagen oder Termine mit langen Wartezeiten erhalten. Hindern Ängste, Scham oder Antriebsstörungen die Betroffenen weitere Versuche zu unternehmen, scheitern sie oft endgültig, da Wartelisten bei den Vertragsärzten zumeist nicht geführt werden.
2. Notfallpatienten, die eine einmalige Notfallbehandlung in einer Institutsambulanz oder beim Vertragsarzt erhielten, danach aber keinen Platz für die notwendige weiterführende Behandlung finden.
3. Chronisch Kranke, die ihre laufende Behandlung z. B. aus Unzufriedenheit mit dem behandelnden Arzt abgebrochen haben oder aufgrund eines Wohnortwechsels einen Vertragsarzt zur Weiterführung der Behandlung suchen, finden oft längerfristig keine Anschlussbehandlung. Dadurch kann es zum Abriss der Behandlungskontinuität chronisch psychisch Kranker mit Exazerbation der Krankheiten bis hin zur Notwendigkeit stationärer Behandlung kommen.
4. Patienten mit Behandlungserschwernissen wie geistig oder Mehrfachbehinderte, Patienten mit unzureichenden oder fehlenden Kenntnissen der deutschen Sprache oder Bewohner von Altenheimen sind zeitaufwändig oder benötigen einen hohen organisatorischen Aufwand, sind also unter den gegenwärtigen Vergütungsbedingungen nicht kostendeckend behandelbar.
5. Patienten, die akut eine Behandlung außerhalb der Arbeitszeit von Praxen, Gesundheitsamt und Institutsambulanzen benötigen, aber nicht aus eigenem Antrieb den Weg in die Arztnotrufzentrale oder in eine psychiatrische Klinik bewältigen können. Sie landen nach vorheriger Zuspitzung von Krisensituationen nicht selten im Polizeigewahrsam oder mittels Unterbringungsbeschluss in einem psychiatrischen Krankenhaus. Bei fehlender Gefahrenlage bleiben sie auch häufig bis zum Auftreten der nächsten krisenhaften Zuspitzung psychiatrisch unversorgt.

Entlastung kurzfristig in Sicht? Eher nein!

- Durch die von den Jobcentern mittels Beratungsscheck zugeteilten psychosozialen Beratungen nach § 16 a SGB II und Suchtberatungen für Hartz IV Empfänger wird einem Teil der von den Jobcentern verwalteten Arbeitslosen zumindest eine Art Problemanalyse, eine Beratung über weitere Behandlungsmaßnahmen oder Unterstützung bei den Bemühungen um ärztliche Behandlung zuteil.
- Für Stadt und Landkreis Kassel wurde durch Vitos ein ambulanter psychiatrischer Pflegedienst ins Leben gerufen, der nach fachärztlicher Diagnosestellung im Jahr bis zu vier Monate budgetneutral, ggf. auch zusätzlich zu anderen Pflegediensten, verordnet werden darf. Auf diese Weise können psychisch kranke Menschen zuhause behandelt und durch psychoedukative Gespräche unterstützt werden, einen Behandlungsplatz im ambulanten psychiatrischen Versorgungssystem zu finden.

Die meisten Beteiligten befürchten für die Zukunft eine Verschärfung der Situation. Erschwerend kommt die Einführung des pauschalierten Entgelts für die stationäre Behandlung in der Psychiatrie und Psychotherapie hinzu. Es ist zu erwarten, dass es zu noch kürzerer stationärer Verweildauer schwer psychisch kranker Patienten kommen wird, als es bislang der Fall war. Der Druck auf den ambulanten psychiatrischen Sektor wird sich zusätzlich erhöhen.

Anschrift der Verfasser:
Dr. med. Katharina Müller
Dr. med. Peter Reinhold-Hildenhagen
Gesundheitsamt Region Kassel
Wilhelmshöher Allee 19 – 21
34117 Kassel

„Mir ist die Nähe zum Patienten wichtig“

Interview mit Michael Thomas Knoll, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen

1993 ließ sich Thomas Michael Knoll, 1953 in Gießen geboren, als Facharzt für Allgemeinmedizin mit eigener Praxis in Lich nieder. Kurz darauf trat der „leidenschaftliche Hausarzt“ (Knoll) dem Hausärzteverband Hessen bei und engagiert sich – seit 2008 auch als Delegierter im hessischen Ärzteparlament – für die Interessen seiner Kolleginnen und Kollegen. 2013 wurde Thomas Michael Knoll in das Präsidium der Landesärztekammer Hessen gewählt.

Wann und warum haben Sie sich dazu entschieden, Medizin zu studieren?

Michael Thomas Knoll: Ich hatte schon früh Interesse an Naturwissenschaften. Meine Eltern haben mir erzählt, dass ich bereits als Kind beim Hühnchen-Essen anatomische Studien betrieben hätte. Zudem war mein Weg wohl ein wenig vorgezeichnet: Mein Vater war Mikrobiologe, hat sich in der Hygiene habilitiert und später als Direktor das „Institut für Umwelt- und Krankenhaushygiene“ in Marburg geleitet. Auch in der Schule schien Medizin in der Luft zu liegen: Drei Viertel meiner Mitschüler in der Abschlussklasse des Gymnasiums sind Ärzte geworden. Doch den eigentlichen Ausschlag für meine Entscheidung, Medizin zu studieren, war die die Verbindung der Naturwissenschaft zum Menschen. NC-bedingt gab es für mich nach dem Abitur eine Wartezeit von sechs Jahren. Ich habe zunächst die Bundeswehrzeit absolviert, bis zum Vordiplom Chemie studiert und dann in der Krankenpflege gearbeitet, bis ich mit dem Medizinstudium in Gießen beginnen konnte.

Was interessiert Sie besonders am Arztberuf? Wo setzen Sie als Arzt persönlich Ihre Akzente?

Knoll: Im Vordergrund meines Berufs steht für mich der Kontakt zum Patienten. Als leidenschaftlicher Hausarzt lege ich

Foto: privat

Wert auf die Betreuung der gesamten Familie in der ersten und zweiten Generation. Ich möchte meinen Patienten als Berater in Sachen Gesundheit zur Seite stehen. Seit meiner Kindheit engagiere ich mich in der Kirche, habe immer die Nähe zu Menschen gesucht und mich für die Verschiedenheit der menschlichen Charaktere interessiert. Dass die Beziehung zwischen Arzt und Patient im Mittelpunkt der hausärztlichen Tätigkeit steht, habe ich schon als Famulant in der Praxis meines früheren Hausarztes in Lich erlebt, die ich nach Abschluss meiner Weiterbildungszeit 1993 übernommen habe. Die eigene Erfahrung hat mir gezeigt, wie wichtig es ist, dass junge Leute frühzeitig Praktika absolvieren, um in die allgemeinärztliche Praxis hinein zu schnuppern und die Arbeit schätzen zu lernen. Persönliche Eindrücke sind die beste Werbung für die hausärztliche Tätigkeit.

Sie sind niedergelassener Allgemeinarzt auf dem Land. Wo liegen Ihre besonderen Aufgaben? Mit welchen Herausforderungen und Problemen sind Sie und Ihre Kolleginnen und Kollegen konfrontiert?

Knoll: Auf dem Land muss man das komplette Spektrum der Allgemeinmedizin anbieten. Der Patient möchte nicht 30 Kilometer zum Spezialisten in die Großstadt fahren, sondern seinen Hausarzt in der Nähe aufsuchen können. Einige ältere und noch rüstige Menschen aus der Umgebung kommen mit dem Schulbus zu mir in die Praxis nach Lich. Geh- und sehbehinderte Patienten versorge ich dagegen im Rahmen von Hausbesuchen. Der Radius meiner Praxis reicht bis in die Wetterau. Im Dorf Oberhörgern etwa halte ich meine Sprechstunde in einer alten Kneipe ab. Allerdings hat sich die Zusammensetzung der Patienten in den letzten Jahren geändert. Als ich die Praxis übernommen habe, war etwa die Hälfte von ihnen älter als 50 Jahre; inzwischen hat sich das Verhältnis hin zu jüngeren Patienten etwas verschoben. Ein Grund dafür ist die konstante Bevölkerungsentwicklung der Stadt Lich, unter anderem durch attraktive Neubaugebiete. Die Dörfer aber schrumpfen zusehends.

Wie sieht Ihr Blick in die hausärztliche Zukunft aus?

Knoll: In den nächsten fünf bis zehn Jahren wird sich das Bild der hausärztlichen Versorgung durch die Ausdünnung der klassischen Hausärzte (40 bis 50 Prozent der Hausärzte gehen in die Rente), die zunehmende Spezialisierung – unter anderem werden die Anforderungen durch das Qualitätsmanagement immer größer und kostenintensiver – hessenweit ändern. Mit der Folge, dass zum Beispiel die kleine Platzwunde nicht mehr vom Hausarzt genäht wird, sondern in dem Hightech-OP eines Klinikums. Patienten werden längere Wege in Kauf nehmen müssen. Der junge Hausarzt – wenn es ihn dann noch auf dem Lande geben wird – schaut zukünftig zu Recht viel mehr auf die Rendite und fragt: Wird meine Leistung angemessen honoriert? Um den Beruf vor dem Aussterben zu bewahren, muss daher unbedingt mehr für seine Attraktivität getan werden. Auch in Bezug auf die Wertschätzung innerhalb der Ärzteschaft selbst.

Warum sind Sie in die Berufspolitik gegangen?

Knoll: Nachdem ich mich 1993 niedergelassen hatte, kamen 1996 durch den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) Än-

derungen in Form der sogenannten rückwirkenden Budgetierung der Gesprächsleistungen auf uns zu. Der EBM versprach den Ärzten erstmals eine etwas bessere Finanzierung der Gespräche. Doch nach der ersten Hochrechnung zur Leistungsmenge merkte die Kassenärztliche Vereinigung (KV), dass sie dafür nicht ausreichend Geld hatte. Also wurde die Auszahlung begrenzt. Für meine Praxis bedeutete dies damals die Entlassung einer Arzthelferin. Dies gab für mich den Ausschlag, in den Hessischen Hausärzteverband einzutreten und mich für die Gründung des Bezirks Gießen-Land zu engagieren. Diese Honorarpolitik zu Ungunsten der Hausärzte musste bekämpft und geändert werden. Es begann ein langer Kampf durch alle Bereiche.

Weshalb ist für Sie das Engagement in der Landesärztekammer wichtig?

Knoll: Man merkt als Interessenvertreter für die Hausärzte recht bald, dass die Arbeit für Hausärzte nur im Berufsverband und der KV nicht ausreicht. Wichtige, für den Arzt grundlegende Dinge werden in der Ärztekammer entschieden. Schon in der Ausbildung und dann in der Weiterbildung wird der ärztliche Weg gebahnt; gefolgt von guter Fortbildung und ordentlicher Betreuung im Dschungel der ärztlichen Paragrafen. Hierzu brauchen Hausärzte in der Kammer ihre Fürsprecher.

Was sind Ihre wichtigsten Ziele als Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen?

Michael Thomas Knoll: Die LÄKH weiter zu einer ärztefreundlichen Servicekammer ausbauen, in der alle Ärztegruppen gleichberechtigt ihre Daseinsberechtigung haben.

Wie wollen Sie diese Ziele erreichen?

Knoll: Durch die Bildung von Kompromissen, die in fairer Diskussion bei gleicher Augenhöhe erreicht werden.

Finden Sie neben Beruf und Berufspolitik noch Zeit für Familie, Interessen und Hobbys?

Knoll: Im Rahmen meines kirchlichen Engagements bin ich über den Jugendvertreter bis zum Vorsitzenden des Kirchenvorstandes meiner Heimatgemeinde Lich aufgestiegen. Aktuell wurde ich zum Vorsitzenden unserer Dekanatssynode gewählt. Darüber hinaus lassen mir Arbeit und berufspolitisches Engagement nur noch wenig Zeit. Auf meine Frage, ob sie Medizin studieren wollen, haben meine beiden Söhne deshalb vor ein paar Jahren unisono geantwortet: „Nein, Vater, du bist ja nie zu Hause." Der Ältere ist Eventmanager geworden; als Physiotherapeut ist der der Jüngere allerdings im medizinischen Bereich geblieben. Meine Frau ist Medizinisch Technische Assistentin und arbeitet in der Praxis mit.

Die Fragen stellte Katja Möhrle

IRONMAN European Championship

6. Juli 2014, Frankfurt

– 13 Jahre Ironman in Frankfurt –

3,8 km Schwimmen – 180 km Radfahren – 42,2 km Marathon Laufen

Auch dieses Jahr werden wieder freiwillige Ärzte und medizinisches Hilfspersonal gesucht, die dieses außergewöhnliche Event mitbetreuen wollen.

Am 5. Juli (Theorie) und am 6. Juli (Praxis) wird das „13. Symposium für Ärzte, Trainer, Physiotherapeuten und medizinisches Personal" im Rahmen der IRONMAN European Championship angeboten.

Für Ärzte: Sportmedizinische Fortbildung mit 16 CME-Punkten der LÄKH
Leitung: Dr. med. Klaus Pöttgen
Ort: Rathaus Römer / Raum: Haus Silberberg

Der Startschuss wird um 6:45 Uhr wieder am Langener Waldsee von einem Mitglied der Landesregierung gegeben.
Das sportliche Großereignis wird vom Medizinischen Leiter Dr. med. Klaus Pöttgen in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Roten Kreuz betreut.

Informationen finden Sie im Internet auf www.klaus-poettgen.de/ironmanseminar.htm und www.ironman.com/de-de/triathlon/events/emea/ironman/frankfurt.aspx

Kontakt: Dr. med Klaus Pöttgen, Tel. 0171 3113366, oder per E-Mail: klaus@drpoettgen.de

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

Die sechs Bezirksärztekammern der LÄKH

Die sechs Bezirksärztekammern sind unselbständige Einheiten der Landesärztekammer Hessen (LÄKH). Sie bieten Ärztinnen und Ärzten vor Ort Beratung und Information, organisieren Fortbildung auf Bezirksebene, erledigen regional verteilt Arbeiten aus den Bereichen Mitgliederverwaltung und Ausbildungswesen zur/zum Medizinischen Fachangestellten und führen Schlichtungen durch. Auch die Organisation von Informationsveranstaltungen für neue Kammermitglieder gehört zu ihren Aufgaben.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Foto: privat

Vorsitzender:
Dr. med.
Wolfgang Seher

Foto: M. Buchalik

Stv. Vorsitzender:
Dr. med.
Detlef Oldenburg

Sekretariat:
Ingrid Hitzel
Tel.: 069 97672-514 E-Mail: *ingrid.hitzel@laekh.de*

Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte:
Schulen: Frankfurt, Schlüchtern, Offenbach, Hanau, Kriftel und Dreieich
Constanze Coch
Tel.: 069 97672-522 E-Mail: *constanze.coch@laekh.de*
Petra Martini
Tel.: 069 97672-520 E-Mail: *petra.martini@laekh.de*

Meldewesen A – K:
Nicole Heist
Tel.: 069 97672-530
E-Mail: *nicole.heist@laekh.de*

Meldewesen L – Z:
Gerda Mierowski
Tel.: 069 97672-532
E-Mail: *gerda.mierowski@laekh.de*

Sachbearbeitung:
Katja Kreis-Thiel
Tel.: 069 97672-534 E-Mail: *katja.kreis-thiel@laekh.de*

Im Vogelsgesang 3 | 60488 Frankfurt am Main
Tel.: 069 97672-0 | Fax: 97672-500 | E-Mail: *bezaek.frankfurt@laekh.de*

Bezirksärztekammer Darmstadt

Foto: privat

Vorsitzender:
Erich Lickroth

Foto: privat

Stv. Vorsitzender:
Dr. med.
Karlhans Baumgartl

Sekretariat:
Sabine Peth
Tel.: 06151 91668-12 E-Mail: *sabine.peth@laekh.de*

Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte:
Schulen: Darmstadt, Bensheim, Groß-Gerau, Michelstadt
Birgit Jantschke
Tel.: 06151 91668-21 E-Mail: *birgit.jantschke@laekh.de*

Meldewesen:
Karin Kübler
Tel.: 0611 97748-24 Fax: 0611 97748-41 E-Mail: *karin.kuebler@laekh.de*

Wilhelminenplatz 8 | 64283 Darmstadt
Tel.: 06151 91668-0 | Fax: 91668-41 | E-Mail: *bezaek.darmstadt@laekh.de*

Bezirksärztekammer Marburg

Foto: privat

Vorsitzender:
Dr. med. Dipl.-Chem.
Paul Otto Nowak

Foto: C. Pietzsch

Stv. Vorsitzender:
Dr. med. Lothar Born

Abteilungsleitung / Sekretariat / Ausbildungswesen:
Schule: Marburg

Medizinische Fachangestellte:
Gabriele Stähr
Tel.: 06421 41070 E-Mail: *gabriele.staehr@laekh.de*

Meldewesen:
Dietra Matthäi
Tel.: 06421 41070 E-Mail: *dietra.matthaei@laekh.de*

Gisselberger Straße 31 | 35037 Marburg
Tel.: 06421 41070 | Fax: 47689 | E-Mail: *bezaek.marburg@laekh.de*

Bezirksärztekammer Gießen

Foto: privat

Vorsitzender:
Dr. med.
Hans-Martin Hübner

Foto: privat

Stv. Vorsitzender:
Peter Laß-Tegethoff

Zuständig für die Ausstellung des Arztausweises im Scheckkartenformat für ganz Hessen. Ansprechpartner: Anja Wetzel-Birro, Tel.: 0641 94381-19, Fax: 0641 94381-41, E-Mail: *anja.wetzel-birro@laekh.de*

Sekretariat / Sachbearbeitung:
Nadine Frech
Tel.: 0641 94381-12 Fax: 0641 94381-41
E-Mail: *nadine.frech@laekh.de*

Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte:
Schulen: Gießen, Alsfeld, Bad Nauheim, Wetzlar
Sandina Gall
Tel.: 0641 94381-33 Fax.: 069 97672-68 168
E-Mail: *sandina.gall@laekh.de*

Meldewesen:
Claudia Wieckhorst
Tel.: 0641 94381-31 Fax: 0641 94381-41
E-Mail: *claudia.wieckhorst@laekh.de*

Georg-Schlosser-Straße 6a | 35390 Gießen
Tel: 0641 94381-0 | Fax: 94381-41 | E-Mail: *bezaek.giessen@laekh.de*

Landesärztekammer Hessen

Bezirksärztekammer Kassel

Foto: privat

Vorsitzender:
Dr. med.
Lothar Werner
Hofmann

Foto: privat

Stv. Vorsitzender:
Dr. med. Dr.-Ing.
Hans-Dieter Rudolph

Hessenweit zuständig für alle Fragen rund um den Portalzugang auf der Website. Ansprechpartner: Britta Malsch, Tel.: 0561 91318-33, E-Mail: *portal@laekh.de*

Sekretariat (vormittags):
Dagmar Figge
Tel.: 0561 91318-22
E-Mail: *dagmar.figge@laekh.de*

Sekretariat (nachmittags):
Heike Mählisch
Tel.: 0561 91318-21
E-Mail: *heike.maehlisch@laekh.de*

Abteilungsleitung
Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte:
Schulen: Kassel, Fulda, Bad Hersfeld, Bad Wildungen, Korbach, Eschwege
Hermann Kobbe
Tel.: 0561 91318-12 E-Mail: *hermann.kobbe@laekh.de*

Meldewesen:
Britta Malsch
Tel.: 0561 91318-31 E-Mail: *britta.malsch@laekh.de*

Wilhelmshöher Allee 67 | 34121 Kassel
Tel.: 0561 91318-0 | Fax: 91318-41 | E-Mail: *bezaek.kassel@laekh.de*

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Foto: privat

Vorsitzender:
Dr. med.
Michael Weidenfeld

Foto: M. Buchalik

Stv. Vorsitzender:
Dr. med.
Egbert Reichwein

Hier ist hessenweit die alternative Fachkundige Stelle für die betriebsärztliche-sicherheitstechnische Praxisbetreuung (AbBA) angesiedelt.

Abteilungsleitung / Sekretariat
Fachkundige Stelle:
Barbara S. Sebastian
Tel.: 0611 97748-25 E-Mail: *barbara.sebastian@laekh.de*

Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte:
Schulen: Limburg, Usingen, Wiesbaden
Simone Walk
Tel.: 0611 97748-21 E-Mail: *simone.walk@laekh.de*

Meldewesen:
Sylvia Conrad
Tel.: 0611 97748-31 E-Mail: *sylvia.conrad@laekh.de*

Wilhelmstraße 60 | 65183 Wiesbaden
Tel.: 0611 97748-0 | Fax: 97748-41 | E-Mail: *bezaek.wiesbaden@laekh.de*

Abteilungsleitung: Hero Smid Tel.: 069 97672-512 E-Mail: hero.smid@laekh.de

Neuerscheinung: Klinische Pneumologie

Herausgeber Claus Kroegel & Ulrich Costabel, Thieme-Verlag

Dieses Werk umfasst alles Wissen zur Pneumologie und ihrer Tangenten zu extrapulmonalen Erkrankungen. Es imponieren kurze, prägnante Sätze im Texttaufbau mit inhaltlich klarer Aussage, Darstellung von Grundwissen mit speziellen Ergänzungen für detailliertere Informationswünsche der Leser, systematische, leicht nachzuverfolgende Gliederung der erforderlichen Handlungsprozesse in Diagnostik und Therapie, basierend auf dem neuesten Stand technischer Entwicklungen und wissenschaftlicher Erkenntnisse, aber auch Anweisungen zu praxisbewährter herkömmlicher Methodik.
In farbig umrandet hervorgehobenen Textblöcken finden sich Hintergrundwissen zum behandelten Thema, Tipps zum praktischen Umgang mit der Umsetzung erforderlicher Maßnahmen und Warnungen vor Fehleinschätzungen, „Steckbriefe“ mit stichwortartiger Zusammenfassung der wichtigsten Merkmale der genannten Atemwegserkrankungen und Checklisten zur ärztlichen Selbstkontrolle. Aussagekräftige Abbildungen, übersichtliche Tabellen, Flussdiagramme, Fallbeispiele und ein Abkürzungsverzeichnis sind Hilfen zum Verständnis. Ein arbeitsmedizinischer Teil, der Hinweis auf Selbsthilfegruppen und Internetadressen zeigen, dass an alles gedacht wird. Unerwähnt ist allerdings die für das Heilungsziel unabdingbare, an sich vorauszusetzende ärztliche Zuwendung für den Patienten und die notwendige Berücksichtigung seiner psychischen Struktur im Umgang mit seinem Leiden.

Das praktisch zu handhabende, ideenreich gestaltete und dem Titel umfassend gerecht werdende Werk dient dem Benutzer zum Lernen beim Einstieg in die berufliche Ausbildung, als Repetitorium, zum Nachschlagen bei konkreten Fragen und als Leitfaden im Spezialfach Pneumologie. Es eignet sich besonders für Assistenten in der Weiterbildung, für Internisten im Arbeitsalltag und für Hausärzte als Beurteilungshilfe bei der Verdachtsdiagnose einer pulmonalen Erkrankung.
Unter dem farbig gekennzeichnete Titelblatt „Interstitielle Lungenerkrankungen“ (Seite 357) sind neben diesen wohl versehentlich auch andere Krankheitsbilder eingeordnet.

Dr. med. Harald Wirth, Darmstadt

Klinische Pneumologie
Claus Kroegel, Ulrich Costabel
2013, 723 Seiten gebunden, 475 Abbildungen,
ISBN: 9783131297518, EUR 139,99

BÜCHER

Neue Arztsuche in Hessen – der (andere) Mitglieder-Service der Landesärztekammer Hessen

Aktuell wird das Mitglieder Portal der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) um eine weitere und schon oft von den Mitgliedern nachgefragte Funktion ausgebaut: Eine Arztsuche für alle Mitglieder. Alle, die an der ärztlichen Versorgung teilnehmen, können nun auf der Homepage der LÄKH gesucht und gefunden werden. Voraussetzung ist jedoch, dass sich die potentiell interessierten Ärztinnen und Ärzte dazu im Mitglieder Portal anmelden und selbst freischalten.

Manch einer wird sich nun fragen, warum die nächste bzw. eine weitere Suche nach ärztlicher Kompetenz? Weit gefehlt. Es geht darum, den Suchenden, meist natürlich Patienten, eine vollständige und seriöse Suche nach all den Ärztinnen und Ärzten anzubieten, die auch gefunden werden möchten. Bislang hatte die Ärztekammer auf die Suchfunktion bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) verwiesen, die dies auch dankenswerter Weise unterstützte. Denn es wurde eine große Redundanz befürchtet, die dem immensen Aufwand nicht Rechnung tragen würde.

Mit den nun etablierten modernen technischen Möglichkeiten des Mitglieder Portals der Ärztekammer wird dieser Aufwand minimiert und die Zustimmung durch die Ärztin oder den Arzt durch die persönliche Freigabe gegeben. Natürlich kann diese jederzeit widerrufen oder auch wieder freigeben werden, ein entsprechender Klick genügt.

c/o T. Friedl

Wichtig ist, dass fast ausschließlich die Daten zur Suche freigegeben werden können, die der LÄKH gemeldet wurden bzw. in Urkundenform vorliegen.

Der Service zur Freigabe der Daten wird ab 1. Juni im Mitglieder Portal angeboten, die Suchmöglichkeit auf der Homepage wird ein paar Monate später starten – wenn ein entsprechender „Datengrundstock" erreicht ist. Alle Mitglieder, die ihre Daten für die Suche freigegeben haben, werden unmittelbar vor der Freigabe auf der Homepage noch einmal gesondert elektronisch benachrichtigt.

Thomas Friedl
Leiter Stabsstelle EDV, IT und Organisation
E-Mail: organisation@laekh.de

Nachwuchsforschungspreis Leberkrebs der DGVS

In Deutschland wird in diesem Jahr mit rund 8900 Leberkrebs-Neuerkrankungen gerechnet. Aufgrund der hohen Sterberate gehört das Leber-Karzinom zu den gefährlichsten Tumorerkrankungen. Daher ist es wichtig, auf diesem Gebiet zu forschen. Die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) verleiht dieses Jahr deshalb erstmalig einen Preis für herausragende wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der klinischen oder experimentellen Forschung im Bereich des hepatozellulären Karzinoms. Für den mit 10.000 Euro dotierten „Nachwuchsforschungspreis Leberkrebs" können sich Interessierte noch bis zum 16. Juni 2014 mit ihren Studienergebnissen bewerben.

Der genaue Ausschreibungstext ist auf der Internetseite der DGVS veröffentlicht: www.dgvs.de

Kampagne zu HIV & Co.

Mit neuen Plakatmotiven klärt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) über den Schutz vor HIV und anderen sexuell übertragbaren Infektionen auf. Jedes Motiv zeigt ein Gesicht und eine persönliche Botschaft. Neu ist das Statement „Ich mach´s mit Wissen & Kondom“, das sämtliche Motive verbindet. „Wir möchten die Menschen noch stärker dazu motivieren, auf Symptome zu achten und sich beraten oder gegebenenfalls untersuchen zu lassen“, sagt BzgA-Direktorin Prof. Dr. med. Elisabeth Pott. Die Impfung gegen eine Infektion mit Humanen Papillomaviren, die an der Entstehung von Gebärmutterhalskrebs beteiligt sind, ist ebenfalls Thema der neuen Motivserie. Mehr Informationen dazu unter www.machsmit.de.

Aids-Hilfe mahnt Räume zu sicherem Drogenkonsum an

Eine „verfehlter Drogenpolitik“ macht Winfried Holz vom Vorstand der Deutschen Aids-Hilfe für die steigende Zahl der Drogentoten in Deutschland verantwortlich. „Noch immer gibt es in den meisten Bundesländern keine Drogenkonsumräume, obwohl diese Einrichtungen nachweislich Leben retten“, kommentierte er den Rauschgiftlagebericht 2013 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Marlene Mortler (CSU). Demnach starben im vergangenen Jahr 1002 Menschen infolge von Drogenkonsum, ein Anstieg gegenüber dem Vorjahr um sechs Prozent. „Die Untätigkeit der Länder kann man mittlerweile nur noch als unterlassene Hilfeleistung bezeichnen“, sagte Holz. Drogenkonsumräume gibt es bislang in Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und im Saarland. Sie verlagern den Konsum von Heroin und anderen Drogen aus der Öffentlichkeit in ein hygienisches Umfeld mit medizinischer Betreuung und Beratung. Nach Angaben der Deutschen Aids-Hilfe wurden dort im vergangenen Jahr knapp 200 Leben gerettet. Das Medikament Naloxon müsse dort zur Standardausstattung gehören, forderte Holz. Es wirke gegen Atemlähmung und Bewusstlosigkeit bei einer Überdosis Heroin, sei leicht über die Nasenschleim zu verabreichen, ohne Risiken und Nebenwirkungen. Holz: „Auch Drogenkonsumenten selbst müssen Zugang zu Naloxon erhalten!“

Minister Grüttner vermisst Fehlerkultur

Als erstes Flächenland ist Hessen dem Aktionsbündnis Patientensicherheit beigetreten. Qualitätssicherung im Gesundheitswesen sei ein wichtiges gesellschaftliches Thema, begründete Gesundheitsminister Stefan Grüttner (CDU) diesen Schritt. Durch eine bessere Vernetzung mit verschiedenen Akteuren wolle die Landesregierung dazu beitragen, „eine Kultur zu etablieren, in der es in der Medizin möglich sein muss, Fehler zugeben zu können“. Als bundesweit erstes Land hat Hessen ein eigenes Referat für Qualitätssicherung und Patientensicherheit eingerichtet.

Immer mehr depressive Jugendliche

In Hessens Krankenhäusern landen immer mehr depressive Kinder und Jugendliche. Darauf wies jetzt die DAK-Gesundheit hin. Innerhalb von acht Jahren habe sich die Zahl der stationären Behandlungen bei Patienten im Alter zwischen zehn und 19 Jahren verdreifacht, stellte die Krankenkasse unter Bezug auf aktuelle Daten des Statistischen Bundesamts für die Jahre 2000 bis 2012 fest. Eine der Ursachen für den Anstieg sei Experten zufolge „eine größere Sensibilität in der Bevölkerung für seelische Leiden“.
Laut DAK wurden 2012 in hessischen Krankenhäusern 768 Fälle besagter Altersgruppe behandelt. Im Jahr 2000 seien es lediglich 117 gewesen. Der Anstieg liege im Bundestrend. In sämtlichen Bundesländern gebe es deutlich mehr weibliche als männliche Betroffene. Mädchen oder junge Frauen stellen demnach zwei Drittel der Patienten.

Neues Lungenzentrum an der Universitätsklinik Gießen

Ein „Center for Infection and Genomics of the Lung“ soll auf dem lebenswissenschaftlichen Campus der Justus-Liebig-Universität Gießen (JLU) entstehen. Finanziert wird das neue Forschungsgebäude jeweils zur Hälfte vom Bund und vom Land Hessen. Es soll 23 Millionen Euro kosten. Wie die Universitätsklinik weiter mitteilte, ist die Fertigstellung für 2018 geplant. Erkrankungen der Lunge und der Atemwege zählten weltweit zu den häufigsten und tödlichsten Krankheiten. Gleichzeitig stellten Infektionskrankheiten mit immer neuen Erregervarianten in Zeiten der Globalisierung eine weltweite Bedrohung dar.

Sportler engagieren sich gegen Hautkrebs

Mit neuen Materialien für Hessens Vereine geht die Aktion „Sportler gegen Hautkrebs“ in die nächste Runde. Dabei kooperieren das hessische Ministerium für Soziales und Integration, die Techniker Krankenkasse in Hessen und der Landessportbund Hessen. Sie stellen Pakete mit umfangreichen Informationsmaterialien zur Hautkrebsvorsorge und zum Sonnenschutz beim Sport bereit, die Vereine abrufen können. Dazu ergänzend gibt es jetzt auch Tipps, wie sie ihren Mitgliedern die Informationen näher bringen können – über Flyer, Sonnenpässe, Sonnencremeproben und Einmal-Tattoos. Neu im Programm ist die Fortbildung der Übungsleiter mit einer speziell entwickelten Power-Point-Präsentation. Die Aktion ist ein Teil der Dachkampagne „Du bist kostbar“. Mehr Informationen unter www.schatten-shirt-sonnencreme.

(rip)

Fortbildung

Zertifizierte Fortbildung – VNR 2760602014063950000

Die Behandlung der Beckenvenenthrombose durch interventionelle Thrombolyse und Thrombusfragmentation

Viola Hach-Wunderle[I,IV], Markus Düx[II], Max Zegelman[III], Florian Praeve[IV], Dietmar A. Borger[V], Wolfgang Hach[IV]

Zusammenfassung

Bei der Iliofemoralvenen-Thrombose gewinnen die thrombusbeseitigenden Maßnahmen durch die Einführung der minimal invasiven Kathetertechniken eine zunehmende Bedeutung. Es stehen verschiedene Methoden zur Verfügung. Bei der perkutanen lokoregionalen katheter-gerichteten Thrombolyse wird der Thrombus durch rekombinanten Gewebe-Plasminogenaktivator (rt-PA, Actilyse®) aufgelöst. Die Applikation von rt-PA erfolgt über einen speziellen Katheter direkt in den Thrombus hinein, der außerdem mechanisch fragmentiert wird, um die lokale intravasale Lyse zu beschleunigen. Bei einem intravasalen Beckenvenensporn erfolgen in derselben Sitzung die Dilatation und Stent-Implantation.

Der Krankheitsverlauf einer 22-jährigen Patientin und die technischen Einzelheiten des Verfahrens werden ausführlich beschrieben. In der Diskussion werden verschiedene Aspekte angesprochen, die im zukünftigen Leben einer jungen Frau mit dieser schweren Krankheit von Bedeutung sind.

Schlüsselwörter

Iliofemoralvenen-Thrombose • Beckenvenensporn • Venen-Stent • Katheterlyse • Thrombusfragmentation

Die Beckenvenenthrombose kann in jedem Lebensalter auftreten und durch eine Lungenembolie akut zum Tode führen. Aber auch eine fortbestehende chronisch-persistierende Obliteration der Beckenstrombahn birgt ihre Gefahren, selbst wenn sie in einzelnen Fällen durch kräftige Kollateralkreisläufe gut kompensiert ist und kaum Beschwerden verursacht. Oft entsteht ein postthrombotisches Syndrom (12). Das erhöhte Risiko einer deszendierenden Rezidivthrombose bleibt zeitlebens bestehen (22). Bei einer jungen Frau ergeben sich außerdem Probleme im gynäkologischen Bereich, denn die stark verzweigten venösen Plexus der Ovarien und des Uterus werden obligat in den intermediären Kollateralkreislauf eingeschlossen (13).

In der Therapie einer Iliofemoralvenen-Thrombose wechseln Zeiten des Aktivismus mit gefäßchirurgischer venöser Thrombektomie (30) bzw. systemischer Thrombolyse (11, 30) mit Perioden der konservativen Behandlung in Form der Antikoagulation und Kompressionstherapie ab (14, 15). Randomisierte vergleichende Untersuchungen von invasiven und nicht-invasiven Therapieverfahren in großen Patientenkollektiven fehlen und damit auch generelle Empfehlungen für ein optimales Behandlungsregime. In den aktuellen nationalen und internationalen Leitlinien wird die konservative Therapie als Standardverfahren aufgeführt, und verschiedene interventionelle Methoden bleiben – bei einem relativ niedrigem Empfehlungsgrad 2 mit einem Evidenzlevel C – nur Einzelfällen vorbehalten. Dabei gilt die Empfehlung, den Eingriff in einem spezialisierten Zentrum vornehmen zu lassen (1, 19).

Katheter-gestützte pharmakomechanische Methoden

Von der schnellen Entwicklung der interventionellen Techniken konnte auch die Behandlung der Iliofemoralvenen-Thrombose profitieren. Mit dem Katheterverfahren kann die Elimination eines Thrombus auf zwei Weisen erfolgen, auf mechanischem Wege und durch die lokoregionale Thrombolyse (21, 24), siehe Kasten 1.

Perkutane mechanische Katheter-Thrombektomie

Hierfür stehen verschiedene Systeme zur Verfügung. Die *mechanischen Systeme* fragmentieren den Thrombus durch Rotation eines Propellers oder Drahtes, und die Fragmente werden abgesaugt. Bei den hydrodynamischen Systemen erfolgt die Zerkleinerung durch einen starken Flüssigkeitsstrahl, dessen Sog die Thrombusreste gleichzeitig eliminiert (18).

Perkutane Katheter-Thrombolyse

Zur lokoregionalen Thrombolyse gehören ebenfalls zwei unterschiedliche Verfahren. Bei der *flussgerichteten Thrombolyse der peripheren Venen* erfolgt die Injektion des Thrombolytikums in eine Vene am Fußrücken bei Stauung in der Leiste. Anschließend werden die „aufgeweichten" Thromben durch die offene Operation entfernt (13, 23); es handelt sich also um eine Optimierung der invasiven klassischen Throm-

Krankenhaus Nordwest, Frankfurt a.M. – Interdisziplinäres Gefäßzentrum – [I] Angiologie, [II] Radiologie, [III] Gefäßchirurgie
[IV] Praxis für Innere Medizin und Gefäßkrankheiten, Frankfurt a.M.
[V] St. Marienkrankenhaus der Katharina Kasper gGmbH, Frankfurt a.M. – Medizinische Klinik

Kasten 1

Thrombusbeseitigende Behandlungsmethoden der Bein-Beckenvenenthrombose

Gefäßchirurgische Thrombektomie
- Klassische Operation
- Kombination von regionärer Thrombolyse und klassischer Thrombektomie

Kathetergestützte Verfahren
- Perkutane mechanische Thrombektomie (PMT)
  - Rotationssysteme
  - Hydrodynamische Systeme
- Lokoregionale Thrombolyse (=catheter-directed local lysis therapy, CDT)
  - Optional mit Ultraschall-Applikationssystem

bektomie unter dem Begriff „multimodal" (27) bzw. Hybrid-Operation (17).

Bei der *Katheter-gerichteten lokoregionalen Thrombolyse* werden von einem perkutanen Zugang aus ein spezieller Katheter in den Thrombus vorgeschoben und das Thrombolytikum – heute in der Regel rekombinanter Gewebe-Plasminogenaktivator (rt-PA, Actilyse®) – über mehrere seitliche Löcher direkt in den Thrombus eingebracht. Im optimalen Fall wird der Thrombus vollständig aufgelöst. Spezielle Systeme mit der Kombination von Ultraschall-Applikation können die Lysezeit verkürzen (12). Manche Autoren setzen zur Prophylaxe einer Lungenembolie durch abschwemmende Thrombusfragmente während der Lyse einen passageren Cava-Filter ein (21).

Über die kombinierte mechanische und lokoregionale thrombolytische Katheterintervention mit zusätzlicher Stentimplantation bei einer einseitigen deszendierenden Beckenvenenthrombose infolge eines May-Thurner-Beckenvenensporns wird nachstehend an Hand einer eigenen Kasuistik berichtet.

Kasuistik

Die 22-jährige Frau M.R. erkrankte akut mit anhaltenden Schmerzen im linken Unterbauch und Ausstrahlung in die Leiste. Vier Wochen zuvor bestand ein Magen-Darm-Infekt mit Durchfall, jedoch ohne Immobilisation. Jetzt wurden Fieber, Erbrechen und Übelkeit verneint. Der Hausarzt wies die Patientin stationär in das St. Marienkrankenhaus, Frankfurt ein. Eine gynäkologische Krankheit wurde ausgeschlossen. Die Ultraschalldiagnostik und die CT ergaben die Diagnose einer Beckenvenenthrombose links (Abb. 1). Die Akuttherapie bestand in der körpergewichtsadaptierten Antikoagulation mit Enoxaparin (2x 70 mg /die s.c.), und es wurde ein Kompressionsstrumpf der Klasse II bis zur Leiste links verordnet. Bei anhaltenden Beschwerden und fortbestehender Schwellung des Oberschenkels erfolgte nach einer Woche die Verlegung in das Krankenhaus Nordwest, Frankfurt zur interventionellen Eröffnung der venösen Strombahn.

Klinische Befunde bei Aufnahme

Familiäre Vorgeschichte: Keine hereditäre Disposition zur Thrombose. Mutter hatte Armvenenthrombose im Rahmen der Chemotherapie nach operiertem Mamma-Karzinom.

Eigene Vorgeschichte: Bisher keine Thrombosen. Nichtraucherin. Seit vier Jahren orale Antikonzeption mit Miranova® (niedrigdosiertes Präparat mit Levonorgestrel 0,1 mg und Ethinylestradiol 0,02 mg). Unter Nebenwirkungen ist erhöhte Gefahr von thromboembolischen Krankheiten aufgeführt.

Klinischer Befund: Guter Allgemeinzustand. Deutliche Umfangsvermehrung des linken Beins, keine Krampfadern. Klinische Thrombosezeichen nicht nachweisbar. Bei der tiefen Palpation des linken Unterbauches deutliche Druckschmerzhaftigkeit. Keine Abwehrspannung der Bauchdecken.

Labor: Erhöhung von CRP auf 1,0 mg/dl (‹0,5) im Sinne der Entzündungsreaktion bei akuter Thrombose. Anstieg der D-Dimere auf 4,23 µg/ml (‹0,5). Verkürzte aktivierte partielle Thromboplastinzeit (APTT) von 22 sec (26–40 sec) in Folge der erhöhten Faktor VIII-Aktivität von 214 Prozent (70–150 Prozent). Normalwerte für Protein C, Protein S, APC-Ratio, Plasminogen und Cardiolipin-Antikörper. Ausschluss einer Prothrombin-Mutation. Normalwerte für großes Blutbild, Leber- und Nierenfunktionsparameter.

Farbkodierte Duplexsonographie der Bein- und Beckenvenen links: Verschluss der

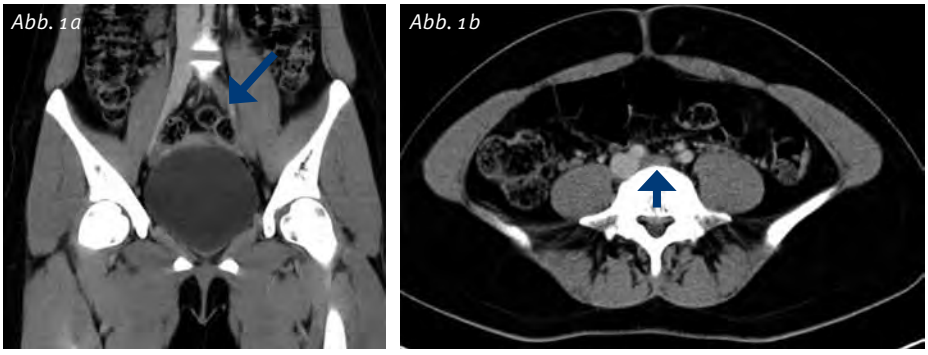


Abb. 1 a – b: CT des Beckens mit akuter Thrombose der Vv. iliacae sinistrae. (Aus dem St. Marienkrankenhaus Frankfurt, CA Dr. G. Grosser)
a. Frontalschnitt. Vereinigung der Vv. iliacae communes zur V. cava inferior. V. iliaca communis sinistra thrombosiert
b. Transversalschnitt. V. iliaca communis sinistra thrombosiert

Beckenvenen durch echoreichen Thrombus. Retrograd in die Mündungsregion der V. saphena magna einwachsender Thrombus. Beinvenen frei.
EKG, Echokardiographie, Röntgen-Thorax: Keine Hinweise auf Lungenembolie.
CT-Becken mit Kontrastmittel: Fehlende Kontrastierung der V. femoralis communis und Vv. iliacae links. Erweiterung der verschlossenen V. iliaca communis links. V. cava inferior frei. Unauffällige Beckengefäße rechts. Keine pathologische Raumforderung im Becken.

Interventionelles Management am Tag 9 nach Beginn der Beschwerden (M. Düx)

Durchführung des Eingriffs im gefäßchirurgischen Operationssaal mit Option des sofortigen Umsteigens auf offene Operation. Intubationsnarkose. Einbringen einer 8-French-Schleuse in die rechte (!) V. femoralis communis. Sondierung der linken Beckenvene in Cross-over-Technik mit einem Vertebralis-Katheter und Terumo-Draht bis in die linke Leiste. Dabei Überwinden einer derben Stenose in der proximalen V. iliaca communis links aufgrund May-Thurner-Sporns. 5000 IE unfraktioniertes Heparin i.v. Angiographische Kontrolle am C-Bogen, die einen kompletten thrombotischen Verschluss der linken Beckenvene dokumentiert. Einbringen eines Haltedrahts in die linke Femoralvene und Entfernen des Vertebraliskatheters, Vorführen der Schleuse über den Haltedraht in die linke Beckenvene. Drahtgeführtes Einbringen eines Pigtailkatheters über die liegende Schleuse am Haltedraht vorbei. Durch Drahtrückzug Konfigurierung des Pigtailkatheters. Fraktionierte Gabe von 15 mg rt-PA direkt in den Thrombus hinein. Mehrmals rotierende Bewegungen des Katheters bei gleichzeitigem Vor- und Rückzugmanöver zur mechanischen Thrombusfragmentation. Zunehmender Blutfluss bei Röntgenkontrolle mit sichtbarer Rückbildung der Thromben (Abb. 2a). Dabei Markierung einer kurzstreckigen hochgradigen Stenose in der linken proximalen V. iliaca communis als Ursache der Thrombose. Vorführen eines 12 mm weiten und 4 cm langen Ballonkatheters über die Schleuse und Dilatation der Stenose (Abb. 2b). Einlage eines Nitinol-Stents (EPIC, Boston Scientific) mit korrespondierenden Maßen (12 mm weit, 4 cm lang). Punktgenaue Platzierung und Nachdilatation mit Druckmanometer. Dokumentation des freien Blutabflusses.

Abb. 2a

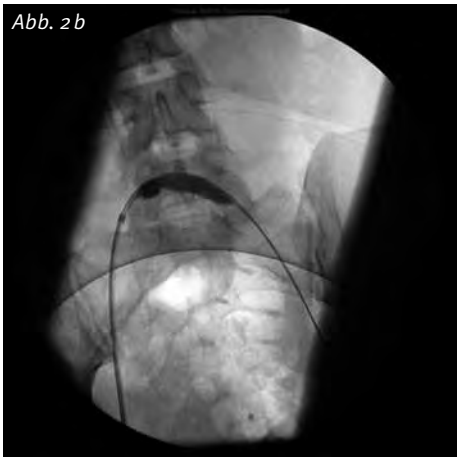


Abb. 2b

Abb. 2: Interventionelle Positionen in Cross-over-Technik.
a. Lyse-Katheter im Thrombus der Beckenvenen links. Einführung über die rechten Beckenvenen. Beginnende Auflösung des Gerinnsels durch Actilyse®.
b. Nach kompletter Lyse Einführung des Ballonkatheter zur Dilatation des Beckenvenensporns mit anschließendem Stenting

Sekundäre Thromboseprophylaxe

Postinterventionell zunächst Enoxaparin 2x 70 mg/die sc., ab 2. Tag Rivaroxaban (Xarelto®) 2x 15 mg/die für 3 Wochen, dann 1x 20mg/die, zunächst für 12 Monate geplant. Fortsetzung der hormonellen Antikonzeption unter Gerinnungsschutz möglich, von der Patientin aber nicht erwünscht. Kompressionsstrumpf der Klasse II, A-G mit Haftband, tagsüber zu tragen.

Ambulante Kontrolluntersuchungen

Tag 8 postinterventionell: Beim Duschen leichte Schwellempfindung am linken Bein, sonst keine Beschwerden unter konsequenter Kompressionstherapie. Keine objektivierbare Umfangsvermehrung des linken Beins. Keine Hautverfärbung.
Farbkodierte Duplexsonographie links: Beinvenen frei. V. femoralis communis schmallumig, jedoch regelrechte Aufdehnung unter dem Valsalva-Test, kein Reflux, kontinuierlicher atemmodulierter Blutstrom. Mündungsregion der V. saphena magna und Beckenvenen frei.
Aszendierende Pressphlebographie links: Freie Durchgängigkeit der femoroiliakalen Venen mit geringen wandständigen Thrombusresten (Abb. 3 a-d).

4 Wochen postinterventionell: Joggt 20 Minuten ohne Probleme. Keine Beschwerden.
Farbkodierte Duplexsonographie links: Diskrete umschriebene Einengung der V. femoralis communis, sonst Bein- und Beckenvenen unauffällig.

Diskussion

Die akute Beckenvenenthrombose hat bei konservativer Therapie durch Antikoagulation und Kompression günstige Aussichten auf die Kompensation durch potente Kollateralkreisläufe. Zeitlebens bleiben aber erhöhte Risiken für die Rezidivthrombose mit deszendierendem Verlauf bestehen. Weiterhin sind Probleme im gynäko-

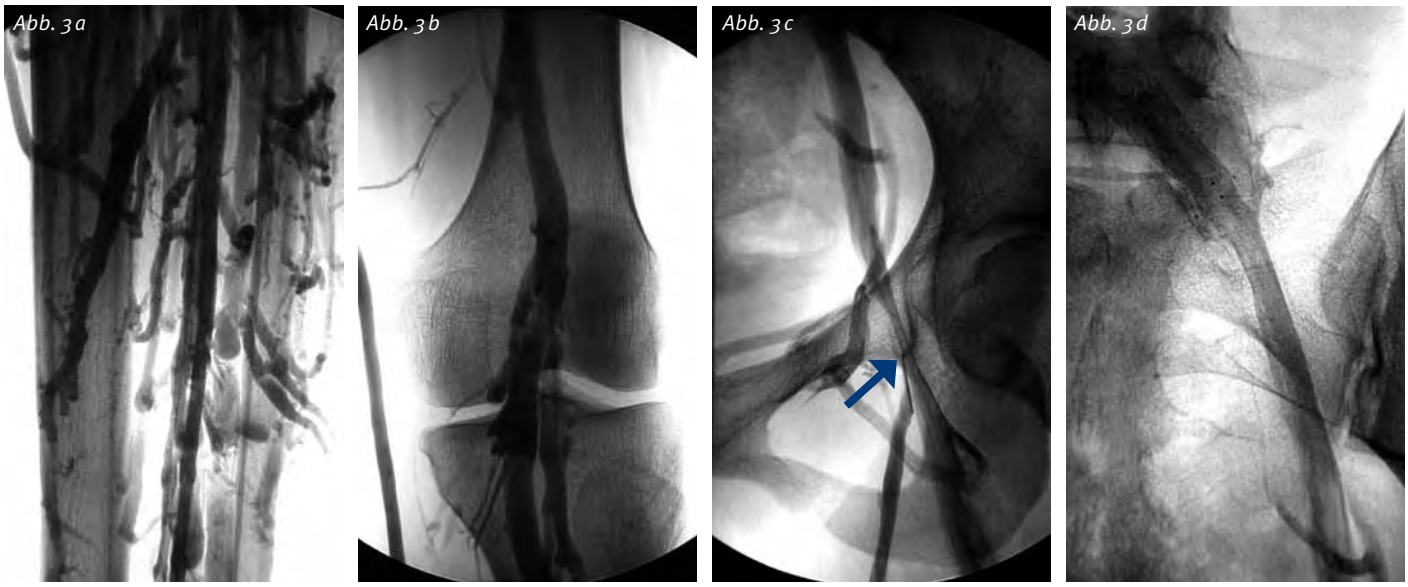


Abb. 3 a – b: Aszendierende Pressphlebographie acht Tage nach Intervention. Darstellung der Beinvenen von einer Fußvene aus mit 30 ml Kontrastmittel. Entspannte Hängelage. Ausschnitte aus einzelnen Gefäßregionen.

a. Unterschenkelvenen bei Innenrotation von 30°. Dichter Klappenbesatz der Leitvenen und der Soleusvenen. Zahlreiche unauffällige Vv. perforantes. Antegrade Darstellung der V. saphena magna.

b. Kniegelenksregion bei Innenrotation von 30°. Doppelung der V. poplitea mit normalem Klappenbesatz. Einmündung der Gastroknemiusvenen und Mündungsklappe der V. saphena parva.

c. Einengung der V. femoralis communis von medial her wahrscheinlich durch wandständigen Thrombusrest mit kurzer Dissektion der Venenwand in Höhe der Saphena-Mündung (siehe Pfeil). Darstellung der erweiterten V. pudenda externa mit Anschluss an eine suprapubische Kollaterale und an die V. circumflexa ilium superficialis.

d. Rückenlage. V. iliaca communis mit Stent. Freier Abfluss in die V. cava inferior. Zarte Septierung der V. iliaca externa und diskreter wandständiger Thrombus im kaudalen Bereich.

logischen Bereich möglich. Deshalb stehen thrombusbeseitigende Maßnahmen unter bestimmten Bedingungen in der Diskussion. Bezüglich der Auswahl des günstigsten Verfahrens sind die lokale Verfügbarkeit und die Expertise entscheidend. Die Anwendung von interventionellen Verfahren hat – entsprechend der allgemeinen Tendenz – gegenüber der klassischen Thrombektomie an Akzeptanz aufgeholt. Vorteilhaft erscheint vor allem die geringere Invasivität. Dieses Argument war auch der Anlass für die Bevorzugung der Katheterlyse in der aktuellen Kasuistik, denn in unserem interdisziplinären Gefäßzentrum stehen alle Optionen zur Verfügung. Der Eingriff erfolgte unter radiologischer Führung im gefäßchirurgischen Operationssaal bei enger Kooperation mit den Gefäßchirurgen und der jederzeit möglichen offenen Thrombektomie.

Die katheter-induzierte regionale Thrombolyse der Iliofemoralvenen-Thrombose ist seit über 20 Jahren bekannt. Erstmals wurde das Verfahren von Okrent et al. 1991 an der Universität Chicago bei einer 28-jährigen Frau beschrieben (28). Seitdem gibt es zahlreiche Erfahrungsberichte mit kleineren und größeren Kollektiven, mit Langzeit-Untersuchungen (2) und Literatur-Reviews (18, 26). Bei der Gegenüberstellung von konservativer Therapie mit Antikoagulation auf der einen Seite und katheter-induzierter Thrombolyse auf der anderen Seite sind mehrere Aspekte anzusprechen.

Verhütung des postthrombotischen Syndroms

In zahlreichen Studien standen die Offenheitsrate und die Inzidenz des postthrombotischen Syndroms nach bestimmten Zeiträumen als Zielpunkt der therapeutischen Option. In der aktuellen CaVenT-Studie 2012 wurde die Indikation zur katheter-vermittelten Thrombolyse bis zum 14. Tag nach Beginn der klinischen Symptome gestellt; gegenüber der Kontrollgruppe mit konventioneller Antikoagulation ergaben sich eine Offenheitsrate von 65,9 Prozent nach sechs Monaten versus 47,4 Prozent und eine Reduktion des postthrombotischen Syndroms um 14,4 Prozent (41,1 Prozent versus 55,6 Prozent) nach 24 Monaten (10). Die ATTRACT-Studie (2009) mit Randomisierung der katheter-vermittelten Thrombolyse versus konventioneller Antikoagulation ist noch nicht abgeschlossen (7). Auch beim Vergleich zwischen der klassischen Thrombektomie und den Katheterverfahren zeigte sich nur eine „low-quality evidence“ (5, 26).

Progredienz und Risiko der Rezidivvarikose

Der *deszendierende Verlauf* einer akuten *isolierten Beckenvenenthrombose* wird *unter ambulanten Bedingungen* in der Leistenregion durch den kräftigen Bluteinstrom vom Bein her und den Anschluss an pelvine Kollateralen gestoppt. Beim *immobilisierten* Patienten kann sich die *deszendierende* Thrombose über die V. femoralis superficialis weiter nach distal hin ausdehnen *(Iliofemoralvenen-Thrombose)*. Dabei bleibt aber die V. profunda femoris in der Regel frei, weil sie zu den Muskelvenen zählt. Durch die zahlreichen einmündenden kleinen Muskelvenen und den dichten Klappenbesatz ist sie günstiger drainiert als die V. poplitea und die V. femoralis superficialis mit ihren Funktionen als Leitvenen (Kasten 2). Alle therapeutischen Maßnahmen sollten deshalb darauf ausgerichtet sein, die Drainage der V. profunda femoris mit ihrer *„Schaufelradfunktion"* zu erhalten oder wiederherzustellen. Die sogenannte *protektive* arteriovenöse Fistel im Leistenbereich steht diesen Überlegungen entgegen (13).

Ursachen der deszendierenden Verlaufsform

Als häufigster Anlass für eine Induktion und Progredienz der linksseitigen Iliofemoralvenen-Thrombose gilt der endovasale May-Thurner-Sporn. In ihrer ursprünglichen Arbeit anno 1956 haben May und Thurner an 430 Leichen die Anomalie in 22 Prozent nachweisen können (25). Das Cockett-Thomas-Syndrom (1965) beschreibt ein ähnliches Phänomen (6). Andere Ursachen der venösen Abflussbehinderung können Fehlanlagen des Venensystems (4), Aneurysmen oder große Tumore sein (27) (Kasten 3).

Kasten 2

Klappenbesatz und Funktion der Bein- und Beckenvenen

- Becken- und Wirbelsäulenplexus klappenlos – *Polderfunktion*
- Leitvenen des Beckens klappenlos – *reine Abflussfunktion*
- Popliteofemorale Achse mit wenigen wichtigen Klappen – *Schleusenfunktion*
- Muskelvenen mit dichtem Klappenbesatz – *Schaufelradfunktion*

Kasten 3

Ursachen des deszendierenden Verlaufs der Iliofemoralvenenthrombose (Hach)

Intravasale und intramurale Hindernisse

- Beckenvenensporn nach May-Thurner
- Cockett-Thomas-Syndrom
- Anomalien der V. cava inferior
- Zystische Adventitia-Degeneration
- Vaskulöse Tumoren

Extravasale Hindernisse

- Gravidität
- Arterielle Aneurysmen
- Gewebstumoren
- Retroperitoneale Fibrose Ormond

Nach einer erfolgreichen Wiedereröffnung der Strombahn muss das Abflusshindernis wenn irgend möglich beseitigt werden. Beim Beckenvenensporn erfolgen die Ballondilatation und der Einsatz eines Stents. Heute sind bestimmte Stents auch im venösen Bereich zugelassen (8, 9). In der Arbeit von Knipp et al. (20) betrug die primäre Offenheitsrate nach 1 Jahr 93,6% (n=39). Langzeituntersuchungen über das Schicksal des Stents, der ja unter der kreuzenden A. iliaca communis einer hohen mechanischen Belastung von außen her ausgesetzt ist, stehen aus (17). Langstreckiges Stenting in klappentragenden Venenabschnitten wie in der V. femoralis superficialis erscheint wegen Ausschaltung der Klappenfunktion kontraproduktiv.

Kollateralkreisläufe

Beim *einseitigen* Beckenvenenverschluss bilden sich anatomisch präformierte Kollateralkreisläufe aus, die den Blutstrom aus dem Profundasystem und der V. femoralis communis zur Gegenseite bzw. über die Vv. lumbales ascendentes in die mächtigen Wirbelsäulenplexus ableiten (13). Bei Frauen sind darin die Venennetze der Genitalorgane eingebunden (3), die in der Hauptsache über die Vv. iliacae internae und die Vv. ovaricae drainiert werden. Über Zusammenhänge mit dem pelvinen venösen Stauungssyndrom *(pelvic congestion syndrome)* sind keine systemischen Untersuchungen bekannt, auch nicht über Komplikationen in der Geburtshilfe, insbesondere beim Kaiserschnitt (13).

Dauer und Art der Antikoagulation

Die Dauer der Antikoagulation richtet sich im Wesentlichen danach, ob die Thrombose durch eine bestimmte Ursache ausgelöst wurde oder nicht. Im vorliegenden Fall handelt es sich um eine sekundäre Thrombose infolge des Beckenvenensporns. Die aktuellen nationalen und internationalen Leitlinien empfehlen hierfür eine Antikoagulation über drei Monate (1, 19), wobei es speziell nach einer Intervention noch keine Ratschläge gibt. Für die Festlegung der Dauer sind weitere Risikofaktoren zu berücksichtigen. Dazu gehören auch Residuen der Thrombose. Im vorliegenden Fall sind geringe wandanhaftende Gerinnsel mit Einengung der Strombahn zurückgeblieben. Wir entschieden uns daher für eine Antikoagulation über mindestens zwölf Monate. Als Pharmaka kommen Vitamin K-Antagonisten oder Rivaroxaban, das bisher einzige

in Deutschland zugelassene direkte Antikoagulans, in Betracht. Wir haben uns gemeinsam mit der Patientin für Rivaroxaban entschieden, da die junge Frau sportlich sehr aktiv und das Blutungsrisiko geringer als bei Phenprocoumon einzuschätzen sind.

Hormonelle Antikonzeption im weiteren Leben

Ein wichtiger Aspekt im zukünftigen Leben der jungen Frau ist die hormonelle Antikonzeption. Unter der Antikoagulation erscheint die Verwendung der „Pille“ unproblematisch. Das Risiko der medikamentös induzierten Rezidivthrombose ist nicht erhöht. Auch nach Absetzen der oralen Antikoagulation, im vorliegenden Fall also nach etwa einem Jahr, befürworten wir die hormonelle Antikonzeption, denn als Auslöser der Thrombose kamen ja der Beckenvenensporn und nicht die „Pille“ in Betracht, und der Sporn wurde beseitigt. Ein zusätzlicher thrombophiler Gerinnungsdefekt liegt bei unserer Patientin nicht vor. Jedoch sollte bei der Auswahl des Hormonpräparates auf eine niedrige Östrogenkonzentration und ein Gestagen der früheren Generation, zum Beispiel Levonorgestrel, geachtet werden. Das traf in unserem Fall auf die eingenommene „Pille“ vor der Thrombose bereits zu.

Nachsorge

Wir empfehlen angiologische Kontrolluntersuchungen in den ersten zwei Jahren halbjährlich und eine MR-Phlebographie nach einem Jahr, um die venösen Abflussbedingungen zu beurteilen. Der Stent selbst ist wegen des Metallgehalts allerdings nicht einsehbar. Die Beckenvenenphlebographie erscheint wegen der Strahlenbelastung bei einer jungen Frau nicht geeignet. Bei Kinderwunsch muss Rivaroxaban abgesetzt werden, da es die Placenta passiert. Bis dahin ist für eine sichere Verhütung zu sorgen. Während einer Gravidität ist voraussichtlich eine Thromboseprophylaxe mit niedermolekularem Heparin durchzuführen und dann bis sechs Wochen postpartal fortzusetzen. Sportliche Aktivitäten werden in jeder Hinsicht befürwortet, körperkontaktbetonte Sportarten sind jedoch während der Antikoagulation mit Rivaroxaban zu meiden.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle
Krankenhaus Nordwest
Interdisziplinäres Gefäßzentrum – Sektion Angiologie
Steinbacher Hohl 2-26
60488 Frankfurt am Main
Fax: 069 50930094
E-Mail: Hach-Wunderle@t-online.de

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

Multiple Choice-Fragen *(Nur eine Antwort ist richtig)*

? 1) Bei einer akuten Beckenvenenthrombose ist keine Therapieoption...
1. Die systemische oder lokale Thrombolyse
2. Der Gefäßersatz durch Kunststoffprothese
3. Die operative Thrombektomie
4. Die Kombination von interventioneller Thrombolyse und Thrombusfragmentation

? 2) Zu den intravasalen Ursachen einer deszendierenden Beckenvenenthrombose gehören...
1. Der Beckenvenensporn nach May-Thurner
2. Die retroperitoneale Fibrose Ormond
3. Anomalien der Vena cava inferior
4. Vaskuläre Tumoren

? 3) Zu den extravasalen Ursachen einer deszendierenden Beckenvenenthrombose gehört nicht...
1. Eine Gravidität
2. Benachbarte arterielle Aneurysmen
3. Die zystische Adventitia-Degeneration
4. Benachbarte Gewebstumoren

? 4) Welche Aussage zur Beckenvenenthrombose ist falsch?
1. ... sie kann in jedem Lebensalter auftreten
2. ... sie birgt das Risiko des postthrombotischen Syndroms
3. ... sie kann durch eine Lungenembolie akut zum Tod führen
4. ... sie ist meistens rechtsseitig lokalisiert

? 5) Welche Aussage zur Beckenvenenthrombose ist richtig?
1. ... der venöse Abfluss wird durch kräftige Kollateralen meistens gut kompensiert
2. ... sie ist die häufigste Todesursache junger Männer
3. ... sie geht typischerweise mit Wadenschmerzen einher
4. ... sie führt unbehandelt zum Tod

Fortbildung

6) Welche Aussage zur Katheter-gerichteten lokoregionalen Thrombolyse ist falsch?

1. … sie erfolgt über einen perkutanen Zugang in der Leiste
2. … sie erfolgt über einen perkutanen Zugang in der Kniekehle
3. … sie erfolgt über einen perkutanen Zugang am Arm
4. … sie erfolgt über einen perkutanen Zugang der kontralateralen Leiste

7) Welches ist kein Thrombolytikum?

1. rekombinanter Gewebe-Plasminogen-Aktivator (rt-PA)
2. Urokinase
3. Streptokinase
4. Abciximab

8) Die bindegewebige Membran beim May-Thurner-Beckenvenensporn ist lokalisiert in der…

1. Vena iliaca communis links
2. Vena iliaca communis rechts
3. Vena liliaca externa rechts
4. Arteria iliaca communis links

9) Die Venenklappendichte ist am höchsten in …

1. der Vena iliaca communis
2. der Vena femoralis
3. der Vena poplitea
4. den Gastrocnemiusvenen

10) Die gefürchtete Langzeitkomplikation nach Beckenvenenthrombose ist …

1. … eine Gefäßruptur
2. … eine Thrombusabzedierung
3. … ein postthrombotisches Syndrom
4. … eine lokale Infektion

Teilnahmemöglichkeit
vom 1. Juni bis 30. Juli 2014

Den aktuellen Fragebogen und weitere Informationen der online-Fortbildung finden Sie im Mitglieder Portal unter https://portal.laekh.de

Mit Absenden des Fragebogens bestätige ich, dass ich dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert habe.

Medizinisches Zahlenrätsel

Jedem Buchstaben der 12 Suchworte ist eine Zahl von 1-19 zugeordnet. Das Lösungswort ergibt sich aus der vorgegebenen Zahlenreihe.

Radiologische Darstellung der Vene	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	10	4			
Wachstum eines Blutgerinnsels durch Anlagerung	9	1	1	6	11	10	12	10	6	13	4	3	3			
Komplikation einer tiefen Beinvenenthrombose	3	14	13	7	4	13	4	15	5	6	3	10	4			
Klinisches Frühzeichen einer tiefen Beinvenenthrombose (Eponym)	2	6	15	9	13	13	11									
Direkter kompetetiver Thrombininhibitor	16	9	5	10	7	9	12	8	9	13						
Komplikation einer Heparintherapie	12	2	8	6	15	5	6	17	18	12	6	1	4	13	10	4
Beschwerdefrei	9	11	18	15	1	12	6	15	9	12	10	11	19	2		
Thrombolysewirkstoff	9	3	12	4	1	3	9	11	4							
Blaufärbung der Haut bei tiefer Beinvenenthrombose	17	18	9	13	6	11	4									
Gerinnungswert, der die Heparinwirkung anzeigt	1	8	6	12	2	8	6	15	5	10	13	17	4	10	12	
Thrombozytenaggregationshemmer	19	3	6	1	10	16	6	7	8	4	3					
Blutgerinnungsstörung, die zu Thrombosen prädisponiert	12	2	8	6	15	5	6	1	2	10	3	10	4			

Schlüssel:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Lösungswort: Gesucht wird eine gefürchtete lokale Komplikation einer tiefen Beinvenenthrombose (3 Worte)

1	2	3	4	7	15	9	11	10	9

19	9	4	8	14	3	4	9

16	6	3	4	13	11

© Özgür Valdizli

Literatur zum Beitrag

Zertifizierte Fortbildung – VNR 2760602014063950000

Die Behandlung der Beckenvenenthrombose durch interventionelle Thrombolyse und Thrombusfragmentation

von Viola Hach-Wunderle et. al.

(Hessisches Ärzteblatt 6/2014, Seite 318)

1. *AWMF-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und der Lungenembolie. Hach-Wunderle V. el al. Vasa 2010; 39 S/78: 5–39*
2. *Bækgaard N., R. Broholm, S. Just, M. Jørgensen, L.P. Jensen. Long-Term Results using Catheter-directed Thrombolysis in 103 Lower Limbs with Acute Iliofemoral Venous Thrombosis. Venous Thrombos Eur J Vasc Endovasc Surg 2010; 39: 112–17*
3. *Bakhshi T, Glaser AM, Mastrobattista JM. Pelvic varicosities and inferior vena cava. Obstet Gynecol 2007; 110: 495–97*
4. *Blättler W, Largiadér J, Altenkämper H. Interventional therapy of an ilio-femoral deep vein thrombosis. Phlebologie 6/2013. Internetausgabe*
5. *Casey ET, Murad MH, Zumaeta-Garcia M, Elamin MB et al. Treatment of acute iliofemoral deep vein thrombosis. J Vasc Surg 2012; 55: 1463–73*
6. *Cockett FB, Thomas ML. The iliac compression syndrome. Brit J Surg 1965; 52: 816–21*
7. *Comerota AJ. The ATTRACT Trial: Rational for Early Intervention for Iliofemoral DVT. Perspect Vasc Surg Endovasc Ther 2009; 21: 224–25*
8. *De Graaf R, Wittens CH. Endovascular treatment options for chronic venous obstruction. Phlebology 2012 (Suppl 1); 27: 171–77*
9. *De Graaf R, Amoldussen C, Wittens CH. Stenting for chronic venous obstructions: a new era. Phlebology 2013 (Suppl 1); 28: 117–22*
10. *Enden T, Haig Y, Kløw NE, Slagsvold CE, Sandvik L, et al. Long-term outcome after additional catheter-directed thrombolysis versus standard treatment for acute iliofemoral deep vein thrombosis (the CaVenT study): a randomised controlled trial. Lancet 2012; 379: 3–4*
11. *Goldhaber SZ, Buring JE, Lipnick RJ, Hennekens CH. Pooled analyses of randomized trials of streptokinase and heparin in phlebographically documented acute deep venous thrombosis. Am J Med 1983; 76: 393–97*
12. *Grommes J, Wittens CHW, Jalaie H. Katheterbasierte Techniken zur Therapie der tiefen Venenthrombose. Gefässchirurgie 2013; 18: 689–94*
13. *Hach W, Mumme A, Hach-Wunderle V. Venen-Chirurgie. Schattauer. Stuttgart 2013*
14. *Hach-Wunderle V, Düx M, Hoffman A, et al. Therapie bei tiefer Bein- und Beckenvenenthrombose. Dt Ärztebl 2008; 105: 1–9*
15. *Hach-Wunderle V. Diagnostik und Therapie der venösen Thrombose. Hämostaseologie 2008; 28: 376–86*
16. *Hofmann LV, Kuo WT. Catheter-directed thrombolysis for acute DVT. Lancet 2012; 379: 3–4*
17. *Hölper P, Kotelis D, Attigah N, Hyhlik-Dürr A, Böckler D. Longterm results after surgical thrombectomy and simultaneous stenting for symptomatic iliofemoral venous thrombosis. Europ J Vasc Endovasc Surg 2010; 39: 349–55*
18. *Karthikesalingam A, Young EL, Hinchliffe RJ, Loftus IM et al. A systematic review of percutaneous mechanical thrombectomy in the treatment of deep venous thrombosis. Eur J Vasc Endovasc Surg 2011; 41: 554–65*
19. *Kearon C, Akl EA, Comerota AJ, Prandoni P et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2012; 141(2 Suppl): e419–94*
20. *Knipp BS, Ferguson E, Williams DM, Dasika NJ, et al. Factors associated with outcome after interventional treatment of symptomatic iliac vein compression syndrome. J Vasc Surg 2007; 46:743–49*
21. *Kölbel T, Lindh M, Akesson M, Gottsäter A, Ivancev K. Endovaskuläre Behandlung akuter und chronischer Beckenvenenverschlüsse. Gefässchirurgie 2009;14:292–300*
22. *Kröger K, Böhner H, Pourhassan S. Konservative Therapie der tiefen Bein-Becken-Venenthrombose. Gefässchirurgie 2013; 18: 683–88*
23. *Largiadér J, Blättler W, Gloor B. Kombinationstherapie der venösen Thrombose mit lokaler Thrombolyse und chirurgischer Thrombektomie. Kongressbd Dtsch Ges Chir Kongr 2001; 118: 479–81*
24. *Lin PH, Lyssa N, Duffy O, Duffi P. Catheter-directed thrombectomy and thrombolysis for symptomatic lower-extremity deep vein thrombosis: Review of current interventional treatment strategies. Perspect Vasc Surg Endovasc Ther 2010; 22: 152–63*
25. *May R, Thurner J. The cause of the predominantly sinistral occurance of thrombosis of the pelvic veins. Angiology 1957; 8: 419–27*
26. *Meissner MH, Gloviczki P, Comerota AJ, Dalsing MC et al. Early thrombus removal strategies for acute deep venous thrombosis: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. J Vasc Surg 2012; 55: 1449–62*
27. *Mumme A, Hummel T. Die multimodale operative Therapie der tiefen Beinvenenthrombose. Gefäßchirurgie 2013; 18: 695–703*
28. *Okrent D, Messersmith R, Buckman J. Transcatheter fibrinolytic therapy and angioplasty for left iliofemoral venous thrombosis. J Intervent Radiol 1991; 2: 195–200*
29. *Pillny M, Sandmann W, Luther B, Müller BT et al. Deep venous thrombosis during pregnancy and after delivery: Indications for and results of thrombectomy. J Vasc Surg 2003; 37: 528–32*
30. *Robertson BR, Nilsson IM, Nylander G. Value of streptokinase and heparin in treatment of acute deep venous thrombosis. Acta Chir Scand 1988; 134: 203–08*

Umgang mit Emotionen nach Behandlungsfehlern[1]

Sebastian Hollwich & Stella Reiter-Theil

Abstract

Behandlungsfehler können intensive Emotionen auslösen. Diese können sich negativ auf die Genesung und Kooperation des Patienten auswirken. Im vorliegenden Beitrag wird der konstruktive Umgang mit Emotionen am Beispiel Empörung veranschaulicht. Dazu werden das kognitive Model von Empörung sowie ihre Funktionen und ethischen Implikationen erörtert. Abschließend werden Interventionsmöglichkeiten durch die Veränderung der (für Empörung charakteristischen) Kognitionen dargelegt.

Einleitung

Selbst wenn es gelänge, alle Patienten fachgerecht zu behandeln, könnte nicht ausgeschlossen werden, dass manche Behandlungsresultate als Behandlungsfehler erlebt werden. Wahrgenommene Behandlungsfehler sind für die Betroffenen in der Regel unerwartet und beinhalten viele für den Patienten bedeutende Informationen und können so zu einer zeitweiligen kognitiven Überlastung des Betroffenen führen. Die vollständige Tragweite von wahrgenommenen Behandlungsfehlern und ihre Auswirkung auf die eigene Person können somit häufig auf die Schnelle schwer rational abgeschätzt werden, sodass die ohnehin schnellere emotionale Verarbeitung leicht die Oberhand gewinnt[5,15]. Die so aus dem Erleben der Patienten resultierenden Emotionen führen im schlechtesten Fall zu irrationalen Reaktionen, deren Folgen der Problembehebung zuwiderlaufen und somit nicht im wohlverstandenen Eigeninteresse der Betroffenen sind. Folglich ist es von hohem Interesse vorherzusehen, welche emotionalen Reaktionen Betroffene, Beobachter und Beschuldigte auf wahrgenommene Behandlungsfehler zeigen werden, um darauf – falls möglich – schon im Vorhinein Einfluss nehmen zu können.

Um den Umgang mit nach Behandlungsfehlern auftretenden, belastenden Emotionen zu erleichtern, wird im Folgenden ein von Montada [18,19] entwickelter und zudem bewährter [3,2] rationaler Zugang am Beispiel der Emotion Empörung erörtert. Dazu werden

1) ihre kognitiven Voraussetzungen anhand der Emotion Empörung veranschaulicht,
2) die Funktionen von Empörung erörtert sowie abschließend
3) Präventions- und Interventionsmöglichkeiten diskutiert.

Kognitive Voraussetzungen von Emotionen am Beispiel Empörung

Kognitionen werden als fester Bestandteil von Emotionen [22] und häufig sogar als grundlegend für ihre Entstehung angesehen [14,22]. Da zudem die kognitive Komponente im Setting Krankenhaus über das schnell und frei verfügbare Medium Sprache am leichtesten zugänglich ist, soll sie im Folgenden vertieft werden.

Insbesondere die kognitionspsychologischen Ansätze unterscheiden Emotionen anhand der ihnen zugrunde liegenden Annahmen, Wertungen oder Urteile über die Realität, d. h. über Ereignisse, Personen und Situationen sowie ihre Beziehung zum bzw. Bedeutung für das Gefühlssubjekt [17,18]. Diese Annahmen müssen weder bewusst noch rational sein [14]. Das Bewusstmachen und Infrage stellen der Annahmen ermöglichen es, auch die zugehörigen Emotionen zu verändern, abzuschwächen oder vollständig zu beenden [3,17-19,28]. Dazu ist es notwendig, für jede Emotion die zugrunde liegenden Kognitionen herauszufinden und ein charakteristisches, möglichst differenziertes kognitives Modell zu entwerfen, das die betreffende Emotion hinlänglich von anderen Emotionen abgrenzt [2]. Anhand dieser kognitiven Modelle lässt sich die beim Patienten aktuelle Emotion bestimmen, die zugrunde liegenden Kognitionen bewusst machen und gezielt infrage stellen.

Kognitive Modelle von Emotionen – veranschaulicht am Beispiel Empörung

Die folgenden möglicherweise unbewussten Kognitionen werden als grundlegend für Empörung erachtet:

1. Eine Norm wurde verletzt: Das Gefühlssubjekt nimmt die Verletzung einer als wichtig erachteten moralischen Norm durch eine Person oder Institution als Handlungssubjekt wahr oder befürchtet sie [2,3,19].
2. Ein Anspruch wurde verletzt: Dadurch wird ein eigener, als legitim angesehener Anspruch oder der eines anderen Individuums oder einer Gruppe verletzt respektive bedroht, „mit dem sich das Gefühlssubjekt identifiziert oder solidarisiert“ ([19]S. 142) [2].
3. Der Akteur ist verantwortlich: Das Gefühlssubjekt sieht das Handlungssubjekt als verantwortlich für die Normverletzung an [2,3,19].
4. Das Handeln ist nicht zu rechtfertigen: Zudem stellt das Gefühlssubjekt „das Fehlen akzeptabler Rechtfertigungsgründe für das Handeln des Akteurs/der Akteure“ ([19] S. 142) fest.

Dieses kognitive Modell von Empörung ist wissenschaftlich gut abgesichert [3,2] und grenzt Empörung von den Emotionen Ärger, Wut, Feindseligkeit sowie Hass hinreichend ab [2].

[1] *Dieser Beitrag ist eine modifizierte und gekürzte Fassung von [10].*

Bleibt nach einer Behandlung die gemeinhin erwartete Heilung oder sogar die bloße Linderung der Symptome aus, sind die für Empörung notwendigen Kognitionen naheliegend, wenn das den Erwartungen zuwiderlaufende Behandlungsresultat auf einen Behandlungsfehler zurückgeführt wird, für den akzeptable Rechtfertigungsgründe fehlen. Durch die hierarchische Beziehung zwischen dem behandelnden Arzt bzw. der Institution (Klinik) und dem Patienten, in der er meist wenig Einflussmöglichkeiten hat, wird Empörung zusätzlich begünstigt, da der Patient aufgrund mangelnder Sachkunde die Behandlung u. U. kaum beurteilen kann und daher trotz vermutetem Behandlungsfehler und dem damit einhergehenden Vertrauensverlust zur eigenen Orientierung auf die Aufklärung der Behandelnden bzw. der Institution angewiesen ist. Diese verletzliche Position kann den normativen Anspruch der Patienten erhöhen, sie allerdings gleichfalls hemmen, die Empörung dem Beschuldigten gegenüber zu zeigen.

Funktionen von Empörung

Aufgrund der wichtigen Funktionen von Empörung, welche im Folgenden angerissen werden, sollte es nicht Ziel der Intervention sein, Empörung rigoros auszulöschen. Positive Auswirkungen der Empörung des Patienten müssen bei der Intervention berücksichtigt werden.

Die Emotion Empörung liefert dem Gefühlssubjekt bzw. Patienten zunächst wichtige Informationen über die subjektive Bedeutung des Geschehenen und trägt dadurch zur Selbsterkenntnis bei [18]. Eine weitere Erkenntnismöglichkeit betrifft die implizit als wichtig erachtete Norm. Zudem kann Empörung einen Abgleich über Normen in der sozialen Gemeinschaft auslösen; das Gefühlssubjekt macht auf die Verletzung einer Norm aufmerksam, die das Gefühlssubjekt für „wichtig und gültig hält“ ([19] S. 143), was vom Beschuldigten oder von Beobachtern bestätigt beziehungsweise bestritten wird. Der Austausch über Normen hilft so dem Individuum, seine Normen aufgrund fehlender Bestätigung zu verändern; oder er verbessert gegebenenfalls die soziale Unterstützung und Einflussnahme auf den Schadensverursacher nach einer widerfahrenen Ungerechtigkeit, falls sich auch andere Personen empören oder sogar weitere Schritte zur Anspruchsbefriedigung des Gefühlssubjekts in die Wege leiten. In diesem Sinne kann Empörung als nützlich und hilfreich angesehen werden.

Für die Behandelnden und eventuell Beschuldigten hat die Empörung eines anderen Menschen ebenfalls wichtige Funktionen. Denn das Gefühlssubjekt drückt durch die Empörung seine Erwartungen dem Beschuldigten gegenüber aus, wodurch sich für den Beschuldigten ein mehr oder weniger verbindliches moralisches Sollen ergibt, welches man als „Kehrseite des Wollens der Anderen“ ([13], S. 95) definieren kann, „die mit ihren Forderungen und Erwartungen uns gegenübertreten“ ([13], S. 95). Die Verbindlichkeit dieses moralischen Sollens verstärkt sich zumindest aus der Perspektive des Patienten dadurch, dass er der Auffassung ist, der Beschuldigte habe eine allgemeinhin gültige moralische Norm verletzt.

Moral und moralisches Sollen kann „als intersubjektives, soziomorphes Phänomen“ ([12] S. 32) angesehen werden, dessen einzig mögliche Geltungsquelle das Wollen des Fordernden oder das übereinstimmende Wollen der Fordernden ist, das in Form von Empörung besonders deutlich zutage tritt. (Dessen Gültigkeit kann allerdings durch den übergeordneten Erwartungshorizont einer größeren Gruppe und dieser wiederum beispielsweise durch den Überkonsens der Epoche aufgehoben werden.) Erst durch Phänomene wie Empörung und dem mit ihr einhergehenden Risiko des Achtungsverlusts kann ein „intuitives Verstehen fremder Erwartungshaltungen“ ([12], S. 57) ausgebildet werden. Ohne Emotionen wie Empörung, Entrüstung und Zorn ist das gesellschaftliche Phänomen moralisches Sollen kaum denkbar.

Entsprechend ist Empörung eine soziale Emotion, die selbst bei der Gefährdung eigener Ansprüche nicht ausschließlich Anliegen des Gefühlssubjektes fördert, sondern zusätzlich zur Durchsetzung von in der Regel weithin akzeptierten Normen beiträgt und somit auch dem Gemeinwohl dient. Empörung ist demzufolge ein wichtiges und zentrales ethisches Phänomen. Daher macht es durchaus Sinn, sich als Behandelnder eingehender mit der Empörung des Patienten zu beschäftigen. Nur so ist es dem Behandelnden möglich, zu erkennen, welche Erwartungen an ihn überhaupt gestellt werden, aus denen er dann, selbstverständlich in Abstimmung mit anderen Erwartungshaltungen, die an ihn beispielsweise durch die Klinikleitung, die Berufsgemeinschaft oder die Gesellschaft herangetragen werden, ein moralisches Sollen ableiten kann.

Angesichts der wichtigen Aufgaben von Emotionen sowie ihrer Bedeutung für die betroffenen Personen und auch für den gegenseitigen Umgang – hier dargestellt am Beispiel Empörung – kann es nicht Ziel sein, Emotionen prinzipiell auszuschalten. Lediglich im ungünstigen Fall, in denen die betreffende Emotion zu Verhalten verleitet, das der Problemlösung und damit auch dem wohlverstandenen Eigeninteresse des Patienten zuwiderläuft, sollte versucht werden, den Realitätsbezug der der Emotion zugrundeliegenden Kogni-

tionen sicherzustellen, um eine sinnvolle Problembewältigung zu ermöglichen.

Interventionsmöglichkeiten

Prinzipiell scheint der Versuch einer Veränderung der Emotion Empörung Erfolg versprechend, da, wie u. a. das kognitive Modell zeigt, nicht der Beschuldigte als Person abgewertet wird, wie es beispielsweise bei den Emotionen Hass, Verachtung oder Rache der Fall ist, sondern primär die Normverletzung verurteilt wird. Zudem geht das Gefühlssubjekt davon aus, dass dem Beschuldigten die Norm bekannt ist. Damit sollte die Beziehung zum Beschuldigten nur bedingt und vorübergehend beeinträchtigt und grundsätzlich wiederherstellbar sein [2].

Emotionen diagnostizieren

Falls die Befürchtung besteht, dass Emotionen des Patienten einer sinnvollen und einhelligen Problemlösung im Weg stehen, oder dass die Emotion der Befindlichkeit des Patienten stark abträglich ist, ist die erste Hürde der Intervention, die momentane Emotion des Patienten zu erfassen. Dies ist insofern schwierig, als Patienten selbst die Emotion häufig nicht korrekt benennen können.

Daher kann es hilfreich sein (wie auch im SPIKES Modell [4,11] nahegelegt wird), die Emotion in Form einer Frage zu benennen. Dieses Mutmaßen über die beim Patienten akute Emotion kann den Patienten dazu veranlassen, die eigenen Empfindungen mit den angebotenen Vermutungen abzugleichen. Dabei ist es sinnvoll, mehrere Hypothesen gleichzeitig anzubieten, damit der Patient seine Emotion nicht verfrüht eingrenzt. Falls der Patient sämtliche aufgestellten Hypothesen verneint, kann es helfen [21], die eigene Hilflosigkeit in Bezug auf das Erfassen der Emotion des Patienten einzugestehen und den Patienten um Hilfe zu bitten.

Übereinstimmend mit den momentan in der Emotionspsychologie dominierenden funktionalistischen Ansätzen sind Emotionen Anpassungsmechanismen, welche sich in der Entwicklung des Menschen ausgebildet haben und prinzipiell schneller sind, aber weniger Anpassungsvielfalt aufweisen als die zeitaufwendigeren rationalen Prozesse [27]. Sie stellen eine „enorme Informationskompression“ ([8]S. 82) dar und treten demzufolge insbesondere dann auf, wenn die rationale Verarbeitungskapazität des Gefühlssubjektes überfordert ist.

Emotionen verändern

Der ernsthafte Versuch, die Emotion des Patienten im Gespräch mit ihm zu begreifen, fördert die rationale Verarbeitung und kann daher (vor allem bei Empörung) bereits ein erster Schritt der Intervention sein. Dazu ist es hilfreich, dem Patienten Zeit und Raum zu lassen, seine Anliegen und Empfindungen in Worte zu fassen. Zum Verständnis aufgetretener Empörung ist es unter anderem notwendig, die Normen und Ansprüche, die das Gefühlssubjekt verletzt sieht, zu bestimmen und zu klären. Erst in einem weiteren Interventionsschritt kann deren Begründung, allgemeine Zustimmung, mögliche Einschränkungen ihrer Geltung und unerwünschte Begleiterscheinung ihrer Durchsetzung mit dem Patienten diskutiert werden [19]. Das präzise Erfassen der Emotion des Patienten ermöglicht nicht nur echte empathische Reaktionen der Behandelnden [11], sondern ist auch Voraussetzung für die anschließende Intervention mittels der kognitiven Modelle.

Wurde die betreffende Emotion präzisiert, sollte festgestellt werden, inwiefern die aufgetretenen Probleme auf die Emotion zurückzuführen sind bzw. inwiefern die Emotion auf ein Problem hinweist. Zeigt der Patient beispielsweise Anzeichen von Empörung, so stellt er damit gleichzeitig die Schuld des Behandelnden für den Verstoß gegen eine als wichtig erachtete moralische Norm fest. Auch wenn die weitere Behandlung dadurch nicht zwangsläufig gefährdet ist, stellt dies für den Patienten per se ein emotional belastendes Problem dar. Daraus kann man für die Behandelnden das moralische Sollen ableiten, diesem Problem Aufmerksamkeit zu schenken.

Trifft den Behandelnden tatsächlich Schuld in dem Sinne, dass er einen Schaden des

Patienten zugunsten eigener Interessen billigend in Kauf genommen oder ihn sogar böswillig verursacht hat, hat er in jedem Fall den „moral point of view“ verlassen. Dieser (Sonder-)Fall soll hier nicht weiter erläutert werden. Im Regelfall kann allenfalls von abgeschwächter Schuld gesprochen werden, beispielsweise dann, wenn der Behandelnde fahrlässig oder unbedacht einen Schaden herbeigeführt hat. In solchen Fällen kann die Modifikation der oben genannten Kognitionen helfen, die auftretende Empörung zu mindern.

1. Kognition:
Eine Norm wurde verletzt.
Das hinter der Empörung stehende Bedürfnis, dass die eigenen Werthaltungen und die für gültig erachteten moralischen Normen bestätigt werden (insbesondere die, die durch die Normverletzung infrage gestellt wurde), wird durch die Aufklärung des Behandelnden, dass er nicht die Absicht hatte zu schaden, sondern ganz im Gegenteil helfen wollte, und durch das Ausdrücken von Bedauern befriedigt. Da die eigenen Werthaltungen stark mit dem Selbstbild verknüpft sind, fühlt sich der Patient dadurch gleichzeitig auch in seiner Person gewürdigt.

2. Kognition:
Ein Anspruch wurde verletzt.
Ein weiterer Schritt zur Abschwächung der Empörung ist, dass mit dem Patienten die persönliche Betroffenheit durch die Anspruchsverletzung diskutiert wird. Möglicherweise fällt der angenommene Schaden geringer aus, als vom Patienten vermutet [19]. Anschließend kann der Patient über die Möglichkeiten der Schadensbehebung bzw. -begrenzung informiert werden. Dabei ist es hilfreich, ihn – zur Erhöhung seiner Kontrollüberzeugung – in die anstehenden Entscheidungen einzubeziehen, was ihn auch das Verfahren zur Behebung des Schadens als gerechter erleben lässt [16,26]. Zudem entspräche dies der ethischen Regel des „Informed Consent“ [1] sowie der Rechtsnorm „Einwilligung nach Aufklärung“.

3. Kognition:
Der Akteur ist verantwortlich.
Als weiteres kann dem Patienten die Verantwortung der einzelnen am Schaden beteiligten Personen offen gelegt werden, wodurch weiteren Beschuldigungen gegebenenfalls vorgebeugt werden [6]. Auch lässt sich die aufgetretene Empörung mindern [23], indem die Verantwortlichkeit der Beschuldigten abgeschwächt beziehungsweise abgestuft wird [9,19,24,25], beispielsweise dann, wenn der Akteur die fragliche Entscheidung unter großem Zeitdruck treffen musste oder aufgrund der Arbeitsbedingungen übermüdet war.

4. Kognition:
Das Handeln ist nicht zu rechtfertigen.
Schließlich kann man das Verhalten rechtfertigen. Dabei wird zwar die volle Verantwortung für die Handlung und den entstandenen Schaden übernommen; dennoch wird die Handlung als moralisch richtig beschrieben, ihre negative Bewertung oder die ihrer Folgen wird nicht geteilt [20]. Wenn beispielsweise durch eine Handlung ein größerer Schaden verhindert wurde, ist der Akteur zwar für den entstandenen Schaden verantwortlich, kann die Handlung allerdings dennoch moralisch rechtfertigen.
Es erscheint sinnvoll, Patienten bereits präventiv über die Vorgehensweise und Ansprechpartner im Falle eines Behandlungsfehlers zu informieren. Dadurch wird dem Betroffenen ermöglicht, zielorientiert an der zügigen Schadensbehebung mitzuwirken, wodurch sich die Notwendigkeit zur Empörung reduziert. Zudem wird dadurch die Möglichkeit eines Behandlungsfehlers mitgeteilt und möglicherweise eine realistischere Erwartungshaltung gefördert. Unabhängig von diesen allgemeingültigen Maßnahmen zur Verminderung von Empörung erscheint eine professionelle, individuumsbezogene und bedürfnisorientierte Kommunikation und Herangehensweise unerlässlich [7,21], um die Anliegen des Patienten für ihn zufrieden stellend und effizient zu befriedigen.

Resümee

Die Auswirkungen von Emotionen des Patienten nach einem Behandlungsfehler sollten nicht unterschätzt werden. In der aktuellen Entwicklung der medizinischen Fehlerkultur und ihrem Bemühen um einen professionell-ethischen Umgang mit Fehlern sind Emotionen bislang noch 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 -behandlung auswirken müssen. Betroffene Behandelnde, welche nach einem Fehler Schwierigkeiten im Umgang mit dem Patienten befürchten, könnten von diesem Ansatz profitieren.

Korrespondenzadresse:
Dr. Sebastian Hollwich, Dipl.-Psych.
Abteilung Klinische Ethik
Universitäre Psychiatrische Kliniken
Wilhelm Klein-Str. 27, CH-4012 Basel

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

Literatur zum Beitrag

Umgang mit Emotionennach Behandlungsfehlern

von Sebastian Hollwich & Stella Reiter-Theil

(Hessisches Ärzteblatt 6/2014, Seite 325)

1. *Beauchamp TL, Childress JF (2001) Principles of biomedical ethics – Fifth edition. Oxford University Press, New York*
2. *Bernhardt K (2000) Ein kognitives Trainingsprogramm zur Steuerung von Empörung. Dissertation, Universität Trier, Fachbereich I, Psychologie, Trier*
3. *Boll T (1998) Analyse kognitiver und motivationaler Aspekte spezifischer Emotionen. Am Beispiel von Schuldgefühlen und Empörung nach Führerscheinentzug. Dr. Kovač, Hamburg*
4. *Buckman RA (2005) Breaking bad news: The S-P-I-K-E-S strategy. Community Oncology 2: 138–142*
5. *Damasio AR (2007) Descartes' Irrtum – Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. List, Berlin*
6. *DeVita MA (2001) Honestly, do we need a policy on truth? Kennedy Institute of Ethics Journal 11 (2):157-164*
7. *Engelhardt K (2003) Patienten-zentrierte Medizin und Ethik. Deutsche Medizinische Wochenschrift 128 (38):1969-1971*
8. *Haken H (2003) Synergetik der Gehirnfunktionen. In: Schiepek G (Hrsg) Neurobiologie der Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart,*
9. *Heider F (1958) The psychology of interpersonal relations. John Wiley & Sons, New York*
10. *Hollwich S, Reiter-Theil S (2012) Voraussetzungen zum konstruktiven Umgang mit Behandlungsfehlern – Moralische Emotionen und Kognitionen verstehen. In: Schmidt KW, Sold M, Verrel T (Hrsg) Zum Umgang mit Behandlungsfehlern – (Organisations)Ethische, rechtliche und psychosoziale Aspekte – Tagungsband der ELSA-Klausurwoche 2012. Lit-Verlag, Berlin, S 127-145*
11. *Kaplan M (2010) SPIKES: A framework for breaking bad news to patients with cancer. Clinical Journal of Oncology Nursing 14 (4):514–516*
12. *Krämer H (1995) Integrative Ethik. Suhrkamp, Frankfurt am Main*
13. *Krämer H (1998) Integrative Ethik. In: Schummer J (Hrsg) Glück und Ethik. Könighausen & Neumann, Würzburg, S 93-107*
14. *Lazarus RS (1982) Thoughts on the relation between emotion and cognition. American Psychologist 37:1019-1024*
15. *LeDoux JE (2000) Emotion circuits in the brain. Annual Reviews in Neuroscience 23:155-184*
16. *Leventhal GS (1980) What should be done with equity theory? New approaches to the study of fairness in social relationships. In: Gergen KJ, Greenberg MS, H. WR (Hrsg) Social exchange. Plenum, New York, S 27-55*
17. *Montada L (1989) Möglichkeiten der Kontrolle von Ärger im Polizeidienst. Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie, Trier*
18. *Montada L (1992) Eine Pädagogische Psychologie der Gefühle. Kognitionen und die Steuerung erlebter Emotionen. In: Mandl H, Dreher M, Kornadt H-J (Hrsg) Entwicklung und Denken im kulturellen Kontext. Hogrefe, Göttingen, S 229-249*
19. *Montada L, Kals E (2001) Mediation – Lehrbuch für Psychologen und Juristen. Beltz PVU, Weinheim*
20. *Rehbein J (1972) Entschuldigungen und Rechtfertigungen. Zur Sequenzierung von kommunikativen Handlungen. In: Wunderlich D (Hrsg) Linguistische Pragmatik, Bd 288-317. Äthenäum, Frankfurt a. M., S 288-317*
21. *Rosenberg MB (2003) Nonviolent communication – A language of life. PuddleDancer Press, Encinitas, CA*
22. *Scherer KR (1990) Theorien und aktuelle Probleme der Emotionspsychologie. In: Scherer KR (Hrsg) Psychologie der Emotionen Bd Band 3. Hogrefe, Göttingen, S 3-38*
23. *Schmitt M, Hoser K, Schwenkmezger P (1991) Verantwortlichkeit und Ärger. Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie 38 (4):634-647*
24. *Semin GR, Manstead ASR (1983) The accountability of conduct – A social psychological analysis. Academic Press, New York*
25. *Tedeschi JT, Riess M (1981) Verbal strategies in impression management. In: Antaki C (Hrsg) The psychology of ordinary explanations of social behaviour. Academic Press, London, S 271-309*
26. *Thibaut JW, Walker L (1975) Procedural justice: A psychological analysis. Erlbaum, Hillsdale, NJ*
27. *Ulich D (2003) Emotionstheorien. In: Ulich D, Mayring P (Hrsg) Psychologie der Emotionen. Kohlhammer, Stuttgart, S 62-83*
28. *Zillmann D, Cantor JR (1976) Effect of timing of information about mitigating circumstances on emotional responses to provocation and retaliatory behavior. Journal of Experimental Social Psychology 12 (1):38-55*

Behandlungsfehler in der Psychotherapie

Einblicke in eine qualitative Studie zum Fehlerbegriff und seinen ethischen Aspekten

Irina Medau, Ralf J. Jox, Stella Reiter-Theil

Im Rahmen der Bemühungen um Qualitätsmanagement, Patientensicherheit und Ethik nimmt auch in der Psychotherapie das Interesse am Thema Fehler zu; Probleme mit Aufklärung und Informed Consent werden zunehmend diskutiert [18].

Der Begriff „medizinischer Fehler“ kam zwischen 1890 und 1935 auf, als eine medizinische Standardpraxis entwickelt wurde. Ein Meilenstein war der Bericht des Institute of Medicine „To err is human“ [9]. Im Gegensatz zur Medizin gibt es in der Psychotherapie deutlich weniger Reflexion und empirische Forschung zu diesem Thema [2]. Seit den 1960er Jahren wurde vermehrt das Thema Schaden durch Psychotherapie diskutiert [5], ebenso negative Therapieeffekte. Heute geht man davon aus, dass vier bis fünf Prozent aller Psychotherapien zu Verschlechterungen führen und bis zu 30 Prozent erfolglos bleiben [6]. Welcher Teil davon mit Behandlungsfehlern im Zusammenhang steht, ist unbekannt.

Eine Schwierigkeit liegt in der unklaren Konzeption des Fehlerbegriffs – eine allgemein anerkannte Fehlerdefinition steht aus [7]. In der Fachliteratur finden sich unterschiedliche Definitionen und Klassifizierungen von Behandlungsfehlern: Haftungsrechtlich sind sie definiert als vermeidbarer Verstoß gegen den Standard angemessener Sorgfalt [1]. Offensichtliche Sorgfaltspflichten betreffen zum Beispiel den Bruch des Abstinenzgebotes oder das Versäumnis, einen suizidalen Patienten auf seine Suizidabsichten hin zu befragen [20]. Eine Schwierigkeit dabei ist, dass nur nachweisliches und für Schäden ursächliches Fehlverhalten rechtlich erfasst wird [20].

Im Gegensatz zu technischen Disziplinen (zum Beispiel Luftfahrt) ist die Feststellung eines Fehlers in der Psychotherapie nicht immer eindeutig möglich, sondern muss sich auf Standards oder Regeln, die von der Profession festgelegt und überwacht werden, beziehen. So werden im Managementhandbuch für Psychotherapeuten Fehler zusammenfassend definiert als unangemessene Durchführung von Diagnostik oder Therapie oder eine falsche Indikationsstellung, wobei gegen anerkannte Richtlinien bzw. aktuelle Standards verstoßen wird oder Grundregeln des therapeutischen Verhaltens dem Patienten gegenüber missachtet werden [2].

Ein erster empirischer Zugang zum Thema Behandlungsfehler wurde 1979 von Bosk in einer Feldstudie eröffnet [3]. Für die Psychotherapie wurden verschiedene Kategorien von Fehlern vorgeschlagen [10]. Die Priorität sollte auf *alltäglich* auftretende Fehler statt auf (seltenere) juristische Verfehlungen wie etwa sexuellen Missbrauch gelegt werden [2]. So arbeitet Emmelkamp mit den Begriffen *Wahl der falschen Technik* und *Verfahrensfehler* [5]; bei Sponsel findet man eine Einteilung nach Therapiephase (z. B. Diagnostik- oder Katamnesefehler) bzw. Ursachen [19]. Kottler und Blau beschreiben Anfängerfehler und technische Fehler [10]. Hutterer-Krisch beschreibt Fehler in der Handhabung von Gegenübertragung, durch mangelnde Kenntnis der Kultur eines Patienten, mangelnde Achtung vor der Patientenautonomie, unzureichende Einfühlung, überholte Theorien oder Überforderung durch das Störungsbild [8]. Insgesamt ist die Literatur arm an empirisch gestützten Beiträgen, die sich nicht nur auf den Erfahrungshintergrund einzelner Autoren beschränken [12].

Nachfolgend wird die Forschungsfrage „Wie klassifizieren und definieren Psychotherapeuten (PT) selbst Behandlungsfehler (BF)?“ in einer leicht gekürzten Version präsentiert. Ein ausführlicherer Beitrag sowie weiterführende Überlegungen zum Umgang mit Fehlern finden sich bei Medau et al. [16,14,15].

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Da es sich um ein kaum erforschtes Gebiet handelt, wurde das explorativ-qualitative Design einer Interviewstudie gewählt [13]. Der eigens entwickelte semistrukturierte Interviewleitfaden [13] zu den Themen Fehlerklassifikation und -definition, Umgang mit Fehlern und moralische Einstellung wurde durch eine allgemein gehaltene Fehlerdefinition ([1] s. oben) eingeleitet. Die Interviews wurden transkribiert und mit Hilfe der Software MAXqda

Tabelle 1: Informationen zu Interviewpartnern (n=30)

Eigenschaft	Ausprägungen	Daten
Geschlecht (n)	Männlich	9
	Weiblich	21
Alter in Jahren	Spanne	28 – 70
	Mittelwert Median Standardabweichung	45 46 11
Praktische Erfahrung in Jahren	Spanne Mittelwert Median Standardabweichung	3 – 40 18 18 12

Tabelle adaptiert nach [14]

2001 nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse gemäß Mayring ausgewertet [13]. Weitere Details zur Untersuchungsmethode und Kategorienbildung siehe Medau et al. [16].

Ergebnisse

Insgesamt nahmen 30 PT an den Interviews teil; davon waren 21 Psychologen, sieben Psychiater und zwei Sozialpädagogen [4]. Achtzehn waren zusätzlich in der Supervision tätig. Alle Therapeuten waren approbiert (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie/Psychoanalyse, Gesprächstherapie); mehrere hatten zusätzliche Qualifikationen (zum Beispiel Hypnose, Körpertherapie, Musiktherapie).

Frage zur eigenen Definition des Behandlungsfehlers:

Die Mehrzahl der Befragten konnte der eingangs vorgegebenen Definition des BF zustimmen, konstatierten allerdings, diese müsse weiter ausdifferenziert und operationalisiert werden. Ein zentrales Ergebnis zur Frage, ob der Begriff „Behandlungsfehler“ als solcher angemessen sei, war, dass die Befragten weniger gern diesen Begriff als vielmehr Synonyme oder detaillierter beschreibende Komposita mit diesem Wortstamm benutzten: zum Beispiel *Lapsus, Methoden-, Flüchtigkeits-, Beziehungs- oder Diagnostikfehler*. Insgesamt äußerten sich die Therapeuten unzufrieden mit dem Fehlerbegriff; sie bevorzugten Euphemismen wie *Suchbewegung, Umweg, Irrweg, falsche Richtung, schwierige Situation, Schwierigkeiten im Prozess*, *Störfall* oder *ungünstiges therapeutisches Verhalten*. Dies begründeten sie damit, dass solche Begriffe in einem Gespräch mit dem Patienten über einen BF eine (nützliche) Strategie darstellten.

Die Therapeuten distanzierten sich klar von sexuellen und anderen Übergriffen; diese seien keine „alltäglichen“ BF und sie ordneten sie korrekt als Straftat ein.[1] Mehr als 50 Prozent der Therapeuten sprachen spontan von einem „klassischen Fehler“, wenn PT Eigen- oder Fremdgefährdung des Patienten nicht erkennen. Dieser Fehler wurde als der bedrohlichste angesehen, da er zum Patientensuizid führen kann und in Abgrenzung zu den unten aufgezählten Fehlern als weniger alltäglich empfunden wird.

Insgesamt ließen sich vier Hauptkategorien von Fehlerarten aufstellen, die durch weitere Unterkategorien spezifiziert werden:

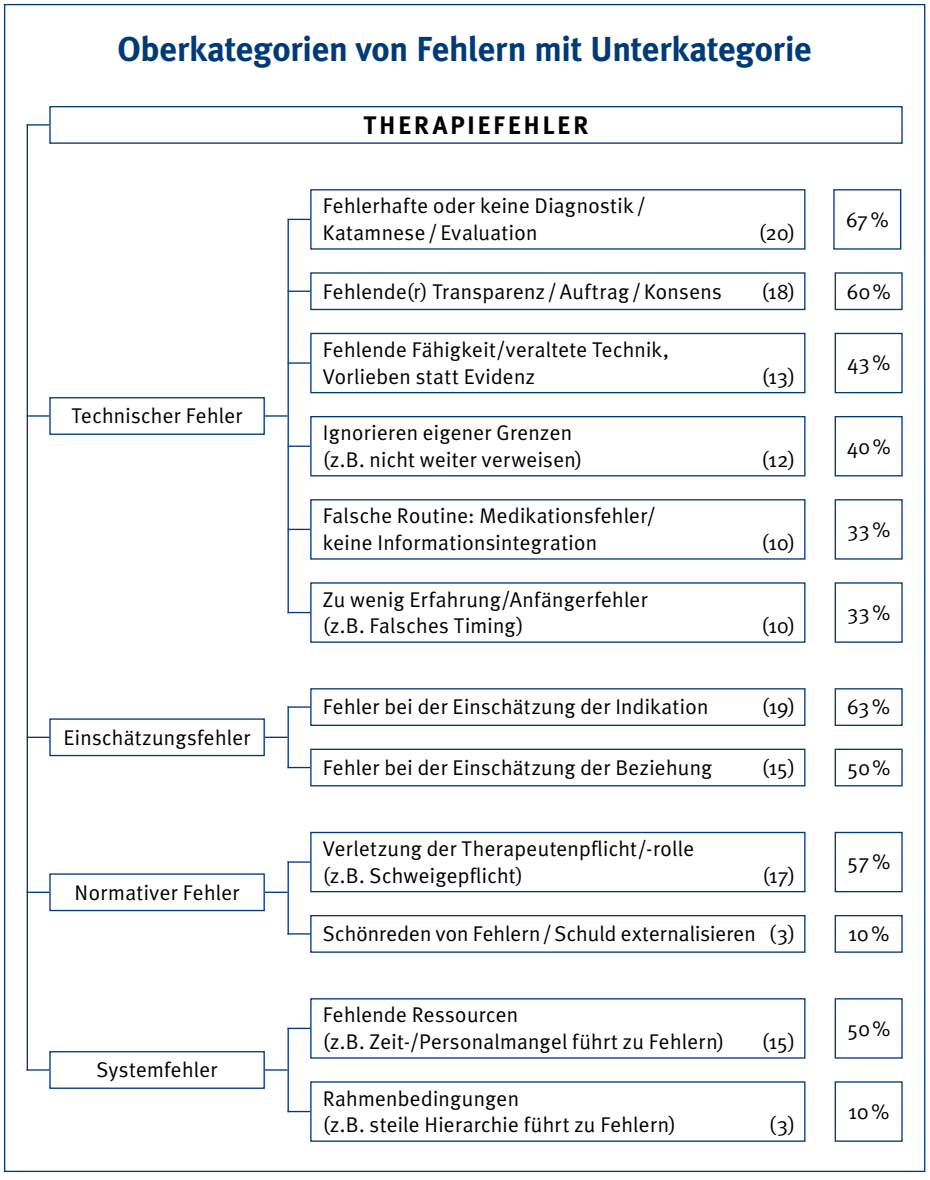


Abb 1: Darstellung der vier Oberkategorien mit ihren Unterkategorien. Zahlen in Klammern geben die Zahl der Antworten an. Die Prozentzahlen geben den Anteil der Therapeuten an, die aus der Gesamtstichprobe (100 Prozent) diese Fehler erwähnt haben. Mehrfachnennungen innerhalb einer Kategorie sind möglich.

[1] *Das Thema sexueller Übergriffe wird hier aus Raumgründen nicht diskutiert.*

Fortsetzung auf Seite 339

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 336!

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*

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Sa., 14. Jun. – So., 15. Jun. 2014 (ausgebucht) **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*

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 tiefergehenden 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*

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 **4 P**

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*

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Mi., 11. Jun. 2014, 14:00 – 19:00 Uhr **6 P**

Leitung: Prof. Dr. med. T. Weber, Wiesbaden
Teilnahmegebühr: € 110 (Akademiemitgl. € 99)
max. Teilnehmerzahl: 25
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau B. Sebastian, BZÄK Wiesbaden,
Tel.: 0611 977-4825, Fax: 0611 977-4841,
E-Mail: *barbara.sebastian@laekh.de*
Weiterer Termine 2014: 24. Sep., 15. Okt., 12. Nov., 10. Dez.

Kopf- und Gesichtsschmerz

In Kooperation mit der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft.

Fr., 27. Jun. 2014, 16:00 – 20:00 Uhr **4 P**

Leitung: Dr. med. J. M. Klotz, Fulda
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: *schmerzklinik@rkh-kassel.de*

31. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

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

Mo., 08. Sep. – Fr., 12. Sep. 2014 **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*

Repetitorium Frauenheilkunde

Do., 06. Nov. – So., 09. Nov. 2014

Programmübersicht:

Do.: Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Fr.: Gynäkologie und Urogynäkologie
Sa.: Geburtshilfe inkl. Pränataldiagnostik
So.: Gynäkologische Onkologie

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. H.-R. Tinneberg, Gießen
Teilnahmegebühr insg.: € 420 (Akademiemitgl. € 378)
Einzelbuchung pro Tag: € 150 (Akademiemitgl. € 135)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau J. Schwab,
Tel.: 06032 782-211, Fax: 069 97672-67211,
E-Mail: *juliane.schwab@laekh.de*

Moderatorentraining

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*

Risikomanagement

Die wichtigsten Tools eines funktionierenden Risikomanagements.

Sa., 13. Dez. 2014, 09:00 – 15:15 Uhr

Leitung: Dr. med. W. Merkle, Wiesbaden
Teilnahmegebühr: € 160 (Akademiemitgl. € 144)
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*

Gastroenterologisches Fallseminar

In Kooperation mit der Rhein-Main Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie.

Mi., 01. Okt. 2014, 17:30 – 20:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. S. Zeuzem, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: kostenfrei
Tagungsort: Frankfurt a. M., Universitätsklinikum,
Theodor-Stern-Kai 7, Haus 22, 1. OG, Hörsaal 22-2
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Fenner,
Tel.: 069 6301-87686, E-Mail: *regine.fenner@kgu.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*

Rheumatologie

In Kooperation mit der Kerckhoff-Klinik (Bad Nauheim).

Rheuma an einem Tag **6 P**

Mi., 29. Okt. 2014, 15:00 – 19:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim
Teilnahmegebühr: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)
Tagungsort: Bad Nauheim, Kerckhoff-REHA-Zentrum
Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,
E-Mail: *heike.cichon@laekh.de*

Repetitorium Innere Medizin 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*

Online-Anmeldung: https://portal.laekh.de

II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise auf Seite 336!

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Std.)

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

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*
oder Frau A. Bauß, Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur e.V.
Tel.: 089 71005-11, Fax: -25, E-Mail: *bauss@daegfa.de*

Curriculum Organspende (ings. 40 Std.)

Kriseninterventionsseminar (8 Std.):
Nur für Teilnehmer, die bereits den theoretischen Teil absolviert haben!

Mi., 18. Jun. oder Mi., 16. Jul. 2014

Leitung: Prof. Dr. med. W. O. Bechstein, Frankfurt a. M.
Dr. med. U. Samuel, Mainz
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,
Tel: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,
E-Mail: *andrea.floeren-benachib@laekh.de*

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

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. Hönmann, 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*

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**

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*

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

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*

Geriatrische Grundversorgung

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*

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. Mattekat, Hanau

Teilnahmegebühr: Basiskurs € 600 (Akademiemitgl. € 540)
Aufbaukurs Modul I/II je € 630 (Akademiemitgl. € 567)
Fallseminar Modul III € 740 (Akademiemitgl. € 666)
Max. Teilnehmerzahl: 24
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*

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*

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 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

Termine 2015 in Planung!

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*

Notfallmedizinische Fortbildung

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD

Fr., 26. Sep. – So., 28. Sep. 2014 **29 P**
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*

Marburger Kompaktkurs „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin"

In Kooperation mit dem Zentrum für Notfallmedizin am Universitätsklinikum Gießen/Marburg und dem DRK Rettungsdienst Mittelhessen.
Kursteile A-D gemäß Richtlinien der BÄK (80 Std.)
Fr., 03. Okt. – Sa., 11. Okt. 2014
Leitung: PD Dr. med. C. Kill, Marburg
Teilnahmegebühr: € 770 inkl. Verpflegung
Tagungsort: Marburg, Universitätsklinikum Gießen/Marburg,
Hörsaalgebäude 3, Conradistr.
Auskunft und Anmeldung: DRK Rettungsdienst Mittelhessen,
Bildungszentrum, Postfach 1720, 35007 Marburg
Tel. 06421 950220, Fax: -225, E-Mail: *info@bzmh.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, Seelbach
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*

Online-Anmeldung: https://portal.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 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, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: 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*

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., 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**
Termine 2015 in Planung!

Leitung: P. E. Frevert, Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: pro Block (20 h) € 330 (Akademiemitgl. € 297)
Max. Teilnehmerzahl: 40
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*

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*

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*

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**
Leitung: D. Paul, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 170 (Akademiemitgl. € 153)
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*

Verkehrsmedizinische Qualifikation

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.
Fr., 27. Jun. – Sa., 28. Jun. 2014 **16 P**
Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: € 250 (Akademiemitgl. € 225)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,
E-Mail: *renate.hessler@laekh.de*

Spezielle Schmerztherapie

Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer.

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*

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*

Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

Modul I **Fr., 20. Mär. – Sa., 21. Mär. 2015** **16 P**
Modul II **Fr., 25. Apr. – Sa., 26. Apr. 2015** **16 P**
Modul III **Fr., 08. Mai – Sa., 09. Mai 2015** **16 P**
Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: auf Anfrage
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,
E-Mail: *renate.hessler@laekh.de*

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 Halbtag:
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*

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*

Online-Anmeldung: https://portal.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
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
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
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
Teilnahmegebühr: € 70
Information: Karin Jablotschkin, Tel.: 06032 782-184, Fax: -180

NEU: Kardiologie (KAR 1)

Inhalte: Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang vermittelt spezielle Kenntnisse von Krankheitsbildern in der Kardiologie und befähigt dazu, den Arzt/die Ärztin bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung ambulanter nicht-invasiver, invasiver diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zu unterstützen. Zusätzliche Themen der Fortbildung sind: Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen, Patientenschulungen, Telemedizin, Kommunikation und Motivation zu Verhaltensänderungen. Unseren ausführlichen Informationsflyer finden Sie auf der Homepage. Gerne übersenden wir Ihnen diesen auf Anfrage zu.
Termin: ab 05.09.2014
Teilnahmegebühr: € 1.180,00 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle
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
Teilnahmegebühr: € 95
Information: Karin Jablotschkin, Tel.: 06032 782-184, Fax: -180

Sonderkurs zur Fortgeltung der Fachkunde und der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz 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 oder die Kenntnisse im Strahlenschutz derzeit nicht mehr nachweisen können.
Termin: Fr., 12.09.2014, 08:30 – 16:00 Uhr und
Sa., 13.09.2013, 08:30 – 17:00 Uhr
Teilnahmegebühr: € 245 inkl. Lernerfolgskonrolle
Information: Karin Jablotschkin, Tel.: 06032 782-184, Fax: -180

Injektionen/Infusionen (MED 5)
Die Vorbereitung einer Injektion/Infusion, unter Beachtung von hygienischen Maßnahmen, steht neben den Übungen von Injektionstechniken im Mittelpunkt der Veranstaltung. Hierbei werden die rechtlichen Aspekte zu delegationsfähigen ärztlichen Leistungen sowie die aktuellen Forderungen der TRBA 250 berücksichtigt und als Lerninhalte vermittelt.
Termin: Sa., 26.07.2014 , 10:00 – 16:30 Uhr (7 Std.)
Teilnahmegebühr: € 95
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, 14:00 – 18:15 Uhr
Teilnahmegebühr: € 70
Information: Karin Jablotschkin, Tel.: 06032 782-184, Fax: -180

Impfungen (MED 10)
Inhalte: Impfkalender der STIKO/Indikationsimpfung, Impfmüdigkeit, Kontraindikationen, Impfkomplikationen, Imfpschäden, Impfmanagement, Praktische Übungen
Die Veranstaltung wird unter ärztlicher Leitung durchgeführt.
Termin: Sa., 18.10.2014, 09:30 – 16:45 Uhr
Teilnahmegebühr: € 95
Information: Elvira Keller, Tel.: 06032 782-185, 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
Teilnahmegebühr: € 70
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
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
Gebühr: € 150
Information: Elvira Keller, Tel.: 06032 782-185, Fax: -180

Klinikassistenz (120 Stunden)

Die Fortbildung „Klinikassistenz“ umfasst 100 Unterrichtsstunden sowie ein 20-stündiges Praktikum. Die zur Klinikassistenz Fortgebildeten sollen in Aufgaben unterstützen und entlasten, die an nichtärztliches Personal zu delegieren sind und nicht dem pflegerischen Aufgabenbereich zugeordnet werden.
Inhalte: DRG-Kodierung, Grundlagen krankenhausrelevanter Gesetzgebung, Aufbau- und Ablauforganisation im Krankenhaus, Dokumentation und Verwaltung von Patientenakten, EDV, Formular- und Abrechnungswesen, Gesprächsführung, Praktikum
Termin: Interessentenliste
Teilnahmegebühr: € 1.180 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle
Information: Monika Kinscher, Tel.: 06032 782-187, Fax: -180

Zusätzlicher Lehrgang: Assistenz beim ambulanten Operieren (AOP 2)

Die 80-stündige 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 17. September 2014
Teilnahmegebühr: € 1.010 inkl. 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*

Als medizinischer Wahlteil werden u.a. Fortbildungskurse gemäß der 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, infektionsprophylaktische 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
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: 782-320, E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de

Fortsetzung von Seite 330

1. Technische Fehler betreffen Therapietechniken und können an Richtlinien und Standards festgemacht werden.
Beispiele (Zitate aus Interviews):

Unterkategorie Diagnostik:
Es wird zu früh lostherapiert, ohne eine genaue Diagnostik zu machen, vielleicht ist die Diagnostik auch unvollständig (...) Also ich erlebe zwei Sachen, zum einen so eine Art Gießkanne, ohne im Vorfeld aufgrund der Symptomatik differentialdiagnostische Überlegungen anzustellen und gezielt Diagnosen zu machen zum Ein- oder Ausschluss (...), oder ich mache manche Diagnostikinventare nicht, obwohl die vielleicht wichtig wären (T16[II]).

Unterkategorie veraltete Technik:
Fehler hmm – ich glaube, generell was am häufigsten passiert, dass man Techniken anwendet, die veraltet sind und von denen man weiß, oder von denen aktuell ausgegangen wird, dass sie nicht wirken und dass trotzdem daran festgehalten wird (T18).

2. Eine zweite Kategorie bilden die Einschätzungsfehler. Dazu zählten neben Fehleinschätzungen bei Indikationsentscheidungen auch falsche Einschätzungen der therapeutischen Beziehung.
Beispiele:

Unterkategorie Beziehung:
Wenn die Beziehung, also das Arbeitsbündnis, noch nicht steht, also das wird oft zu unsensibel wahrgenommen: Gibt es das Bündnis wirklich, stimmt die Chemie? (T3)

Unterkategorie Indikation:
Therapiefehler – also im Alltag betrifft das mehr Einschätzungen, prognostische Einschätzungen. Also zum Beispiel bei Fällen, wo ich damals viel Zeit investiert habe, weil ich vielleicht dachte, ja, hier kann man was erreichen, würde ich heute sagen, dort konnte man mit unserer therapeutischen Methode und Energie nichts erreichen. (T20)

3. Als normative Fehler, im Sinne einer Abweichung von gesellschaftlich anerkannten moralischen, rechtlichen oder berufsrechtlichen Normen, wurden moralische Fehler wie Unaufrichtigkeit, die Abschiebung eigener Schuld auf andere und das Bagatellisieren bzw. Schön-Reden von Fehlern expliziert.
Beispiele:

Unterkategorie Schuld externalisieren:
Einen klaren Misserfolg umdeuten, dem Patienten die Schuld geben (...), also manchmal hatte ich den Eindruck, wenn was schief gelaufen ist, dass dann die Eltern (bei Therapien von Kindern) *dafür verantwortlich gemacht wurden, weil die ja nicht so gut kooperiert haben (...). (T12)*

Unterkategorie Therapeutenpflicht:
Was Therapiefehler betrifft, also eine Sache fällt mir noch ein, die zumindest in der Medizin noch immer dazu gezählt wird und meines Erachtens auch in unserem Arbeitsfeld wichtig ist – das ist unsere so genannte Aufklärungspflicht, der nicht immer in Gänze nachgekommen wird. In meinen Augen wäre das auch ein Fehler, wenn diesem so genannten und im Grundgesetz verbrieften informationellen Selbstbestimmungsrecht nicht nachgekommen wird (...). (T9)

4. Diverse Systemfehler wurden beschrieben. Neben Fehlern, die aufgrund mangelnder Ressourcen (Zeitmangel, regionale Unterversorgung durch politische Deckelung von Praxiszulassungen) entstehen, wurden hier insbesondere organisatorische Rahmenbedingungen wie steile Hierarchien genannt. Diese Fehler werden im Rahmen des Systems in Kauf genommen; sie scheinen jedoch gleichzeitig von einer inneren Distanzierung und Verantwortungsdiffusion seitens der PT begleitet zu sein.
Beispiele:

Unterkategorie Rahmenbedingungen:
Diese Crux der Befehlshierarchie, dass selbst wenn Therapeuten denken, das ist falsch, ich würde das anders machen, man den Willen des Oberarztes, wenn man nicht irgendwie subversiv veranlagt ist, durchführen muss. Das ist eine schwierige Sache, denn man fühlt sich ein bisschen so, wie wenn man wider besseres Wissen handelt und fühlt sich auch nicht so verantwortlich für das, was dann passiert. (T24)

Unterkategorie Ressourcen:
Bezüglich Klinik wollte ich noch mal sagen – der Zeitdruck ist enorm, (...) ich finde das ist viel zu wenig vorgegeben, sich mal zu reflektieren und auszutauschen, ist immer alles so zwischen Tür und Angel und so hektisch, da passieren dann auch Fehler (...). (T15)

Insgesamt vertraten die Befragten, dass technische und Einschätzungsfehler häufig als reversibel angesehen würden, wirkliche BF entstünden demnach erst aufgrund von unterlassenen Korrekturen alltäglicher Fehler.

Ich würde sagen, Behandlungsfehler entstehen wirklich erst daraus, wenn dann keine Rückkoppelung mit dem Patienten erfolgt (...), dann komm ich ja auf Holzwege und dann kommt´s zu Behandlungsfehlern. (T20)

[II] *Identifikationsnummer des Interviews.*

Der richtige Interaktionsfehler entsteht erst dadurch, dass man einen Fehltritt macht, und dann kommt nicht die Korrektur hinterher. (T23)

Diskussion

Insgesamt berichteten die Therapeuten freimütig von alltäglichen Fehlern. Der Begriff „Behandlungsfehler" als solcher wurde zurückhaltend gehandhabt; die befragten PT machten Unterschiede bezüglich der Art von Fehlern und bevorzugten Euphemismen. Diese Sicht ist auch aus der Literatur ersichtlich [19] und könnte einerseits auf Banalisierung oder Tabuisierung des Themas hinweisen, welche die moralische Last des Begriffes abschwächt. Andererseits könnte dies auch auf eine konstruktive Fehlerkultur hindeuten. Eine weitere Erklärung könnte sein, dass der Begriff BF im deutschsprachigen Raum an juristische Prozesse denken lässt, zumal der verwandte Begriff Kunstfehler mit medialen Skandalberichten assoziiert wird. Allerdings hatte keiner der befragten PT selbst rechtliche Konsequenzen für einen Fehler erlebt. Auch wenn, vielleicht mitbedingt durch eine fehlende Definition, noch keine genauen Zahlen von BF in der Psychotherapie bekannt sind, legen unsere Ergebnisse nahe, dass die beschriebenen „alltäglichen Fehler" als häufig wahrgenommen werden. Die in unserer Klassifikation gebildeten vier Oberkategorien dienen der Zusammenfassung der verschiedenen Unterkategorien; manche der Unterkategorien finden sich auch in anderen Fehlerklassifikationen [8,5,19,10].

Erste Oberkategorie: Technische Fehler

Viele der beschriebenen alltäglichen Fehler konnten als technische Fehler subsumiert werden, diese Kategorie wird auch in der Literatur beschrieben [19,8]. Die häufige Nennung von diagnostischen Fehlern ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass diese relativ leicht identifizierbar sind (zum Beispiel falsches Rechenergebnis im IQ-Test). Ebenso sehen Therapeuten eine fehlende Therapieevaluation, inklusive Katamnese und Verlaufsevaluation, als augenfälligen Fehler an. Dies dürfte mit den in vielen Einrichtungen durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen zusammenhängen.

Obwohl technische Fehler noch am leichtesten wahrnehmbar erscheinen, spiegelt sich hier die Unsicherheit der Therapeuten wider, Fehler eindeutig als solche zu klassifizieren. Die Annahme, es müssten zur Bestimmung von Fehlern Leitlinien oder Standards zum Vergleich vorliegen, erschwert auch die Wahrnehmung von technischen Fehlern [3].

Zweite Oberkategorie: Einschätzungsfehler

Ein weiterer Fehlertyp wurde vom technischen Fehler unterschieden: der Einschätzungsfehler. Bosk [3] beschreibt medizinische Fehleinschätzungen bei der Auswahl therapeutischen Vorgehens. In der Psychotherapie sehen wir analog eine falsche Indikationsentscheidung. Eine weitere relevante Einschätzung ist die (Fehl-) Einschätzung der therapeutischen Beziehung. Im Unterschied zum technischen Fehler scheinen beim Einschätzungsfehler subjektive Komponenten eine größere Rolle zu spielen. Obwohl standardisierte Instrumente und Vorgehensweisen vorhanden sind, gilt zum Beispiel die Indikationsentscheidung als „nicht in idealer Weise beantwortbar", da sie zusätzlich auf nicht überprüften Annahmen, individuellen praktischen Erfahrungen, Experten- und Kollegenmeinungen sowie Alltagswissen basiert [12]. Hier ist das „klinische Urteil", aber auch die moralische Urteilskraft gefordert – komplexe Kompetenzen, die für die Psychotherapie noch zu analysieren sind.

Fehler bei der therapeutischen Beziehung werden bereits von anderen Autoren beschrieben [19,2,8]. Anhand der Antworten unserer Befragten zeigte sich, wie sehr PT für die hohe Relevanz der therapeutischen Beziehung sensibilisiert sind.

Aufgrund zunehmend operationalisierter Vorgehensweisen zur Erfassung von Therapiebeziehung könnte man hier auch von technischen Fehlern sprechen. Die Befragten unterschieden jedoch zwischen diesen zwei Fehlerarten; es ist fraglich, ob Beziehung und Indikation wirklich als reine Fragen der „Technik" angesehen werden können. Beim Einschätzungsfehler spielen Empathie und persönliche Empfindungen eine Rolle; technische Fehler beziehen sich deutlicher auf professionelles Wissen. Daher scheint uns eine eigene Kategorie – Einschätzungsfehler – gerechtfertigt.

Dritte Oberkategorie: Normative Fehler

Normative Fehler umfassen ein Verhalten, das in Abgrenzung zu den o. g. Fehlern und ähnlich wie in der Medizin [3] häufig als moralisch verwerflich empfunden wird. Explizite Normen bezüglich der Psychotherapeutenrolle wurden für die Psychotherapie, zum Beispiel im Rahmen von Berufsordnungen oder gesetzlichen Regelungen formuliert [8]; moralische Normen sind hier jedoch oft implizit oder zumindest ungenügend expliziert [18] und ein Bedürfnis nach Orientierung ist ersichtlich. Aufgrund des Pluralismus, der die Psychotherapie und ihre impliziten oder expliziten Wertvorstellungen prägt, sind normative Fehler oft nur schwer erkennbar, sofern sie nicht eindeutige Verfehlungen gegen etablierte Normen wie das Recht darstellen (zum Beispiel Bruch der Schweigepflicht). Die Befragten nannten Fehler dieser Art daher häufig unter Vorbehalt und betonten die unterschiedlichen Haltungen ver-

schiedener Schulen, die eine Orientierung erschweren. Ein interessantes Ergebnis ist, dass sich diese angenommenen Unterschiede nicht in den Ergebnissen widerspiegelten. Obwohl ein Pluralismus der Schulen herrscht (zum Beispiel bzgl. Grad der Abstinenz), scheinen die Einstufungen als normative Fehler schulenübergreifend zu sein.

Wie aus anderen Studien bekannt [6,18], wurde mangelnde Aufklärung des Patienten auch in der aktuellen Stichprobe als einer der häufigsten Fehler eingeschätzt. Die Aufklärungspflicht umfasst die Indikation, Art der Behandlung, den Therapieplan, Behandlungsalternativen, Behandlungsrisiken und Rahmenbedingungen vor Beginn und während der Behandlung. Bezüglich der konkreten Handhabung der Aufklärung wurden allerdings sehr unterschiedliche Haltungen und auch Unsicherheiten deutlich.

Bei normativen Fehlern gilt, dass mit rechtlichen und berufsrechtlichen Konsequenzen, aber auch mit Vertrauensverlust und damit dem Therapieabbruch des Patienten zu rechnen ist. Um als Fehler zu gelten, müssen diese Verstöße in gewisser Weise „ungewollt" sein. Absichtliche bzw. bewusst in Kauf genommene Verletzungen von Berufspflichten (zum Beispiel sexueller Kontakt mit Patient) fallen nicht darunter – dies belegt die klare Abgrenzung zur Bezeichnung als Fehler durch die Befragten.

In diesem Zusammenhang ist es aufschlussreich, sich mit der Unsitte des Schönredens von Misserfolgen oder des Externalisierens von Schuld zu befassen; diese Praxis haben wir als normativen Fehler gekennzeichnet, weil gegen moralische Werte und Normen wie beispielsweise Ehrlichkeit verstoßen wird. Ebenso verstößt es gegen das ethische Prinzip der „Integrität", wenn für das Misslingen einer Therapie trotz eindeutiger BF ausschließlich oder vorwiegend mangelnde Motivation oder Persönlichkeitsmerkmale des Patienten als Erklärung herangezogen werden [11]. Ein unrealistisches Ideal der Fehlerfreiheit kann dazu beitragen, die Schuld bei Anderen zu suchen. Selbstschutzgründe können gegen eine Fehleranalyse sprechen und dazu führen, dass ausbleibende oder unzureichende Erfolge, mangelnde Motivation oder Persönlichkeitsmerkmale des Patienten zur Entschuldigung herangezogen werden [10]; dies geschieht nicht unbedingt bewusst.

Vierte Oberkategorie: Systemische Fehler

Im Gegensatz zum individuell verursachten Fehler haben laut Fehlerforschung [17] die meisten Fehler eine systemische Komponente, zum Beispiel unzureichende Arbeitsbedingungen und systembedingte Verhaltensmuster. Hierbei zählen auch eine geringe Psychotherapeutendichte, eine mangelnde Erreichbarkeit sowie eine Therapieübernahme durch nicht psychotherapeutisch qualifizierte Ärzte. Systemfehlern begegnen die befragten Therapeuten mit dem Gefühl der Nicht-Verantwortlichkeit, Ohnmachtsgefühlen bzw. der Forderung nach Veränderungen auf höherer Ebene. Diese Thematik erfährt zunehmend Beachtung [2,18,8].

Fehlerprävention

Bereits der Begriff „Fehlerkultur" weist auf die Überwindung des Fehler-eliminierenden Perfektionismus und der Null-Fehler-Toleranz hin [2]. Ein psychotherapieeigenes Verständnis des BF scheint erst in Ansätzen vorhanden zu sein, auch ein kausal strukturierter technischer Rahmen, der eine eindeutige Fehlerklassifikation erlauben würde, fehlt. Fehleranalyse und ein Rückmeldesystem sind für einen konstruktiven und lernfördernden Umgang mit Fehlern wesentlich [2]. Hierfür kann die Technik als Ausgangspunkt genutzt werden. Die Erfassung von Beinahe-Fehlern oder Fehlern, die nicht zu einem Schaden geführt haben, hat in der somatischen Medizin bereits gute Ergebnisse gebracht [9]. So könnten auch in der Psychotherapie anonyme Meldesysteme wie das Critical Incident Reporting System (CIRS) helfen. Erste Ansätze in diese Richtung gibt es bereits, zum Beispiel das KÖDOPS[III].

Zur Prävention von Fehlern könnte weiterhin die Analyse (negativer) Verläufe in der Psychotherapie dienen; allerdings wären dazu entsprechende Leitlinien zur Definition der Abweichung notwendig. Ein Problem von Monitoringsystemen für Therapieverläufe ist die praktische Untauglichkeit der Verfahren. Auch für ein Monitoring durch äußere Stellen fehlen praktikable Konzepte.

Das Thema BF sollte zum festen Bestandteil der Psychotherapeuten-Ausbildung gemacht werden, ebenso wie die Auseinandersetzung mit ethischen Richtlinien der Berufsverbände. Zusätzlich könnten Maßnahmen wie eine persönliche Anerkennung (Unterschrift) ethischer Grundsätze bei Berufseintritt die existierenden ethischen Richtlinien stärker ins Bewusstsein rücken. Ethische Empfehlungen wie die Offenlegung von Fehlern gegenüber den Patienten werden bereits in der Literatur diskutiert [8]. Weitere empirische Studien und Expertenmeinungen sind nötig, um valide Fehlerkategorien sowie eine belastbare Definition zu entwickeln. Insbesondere müsste aber bei der individuellen

[III] *Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung, beinhaltet unter anderem auch ein Fehlermeldesystem, http://www.koedops.de/. Zugegriffen: 05.05.2012.*

Sensibilisierung für das Thema und der Weiterbildung für ethische Aspekte in der Psychotherapie angesetzt werden.

Fazit

1. Die Therapeuten konnten sich mit der vorgegebenen Definition für BF (Behandlungsfehler) als unangemessene Durchführung von Diagnostik oder Therapie bzw. falsche Indikationsstellung identifizieren. Differenzierend nannten sie ungewollte Abweichungen von professionellen Standards sowie Fehleinschätzungen, die ohne Korrektur zum endgültigen Behandlungsfehler werden.

Folgende alltägliche Fehler wurden unterschieden: technische Fehler, Einschätzungsfehler, normative Fehler und Systemfehler. Anstelle des technischen Fehlers wurden Alternativbegriffe (zum Beispiel Suchbewegungen) bevorzugt. Charakteristisch für die Psychotherapie sind Einschätzungsfehler, deren Basis praktische Erfahrungen, Meinungen sowie Alltagswissen bilden. Beispielhaft für eine alltägliche normative Verfehlung war das Schönreden von Fehlern. Politisch interessant sind durch Einzelne nur geringfügig beeinflussbare Systemfehler, die Veränderungen auf höherer Ebene erfordern.

2. 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.

3. Präventiv könnten bereits bekannte Fehler genutzt werden. Dazu benötigt werden (ähnlich wie in der somatischen Medizin): Frühwarnsysteme, Einrichten von Melderegistern, bessere Vermittlung einer professionellen Haltung und Selbstkontrolle. Reflexion und Umgang mit Behandlungsfehlern sollten im Zusammenhang mit ethischen Aspekten in der Aus-, Weiter- und Fortbildung zur Psychotherapie bei Ärzten und Psychologen vermittelt werden.

Korrespondenzadresse:
Dr. sc. med. Dipl. Psych. Irina Medau
Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeutin
Fahrnauer Str. 64
79650 Schopfheim
E-Mail: irina@ploytec.com

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

Einladung zur Fortbildungsveranstaltung

Clostridium difficile-Infektion in Hessen – Sind die hochvirulenten Stämme bei uns angekommen?

17. Juni 2014 in Wiesbaden

Clostridium difficile Infektion (CDI) ist eine der häufigsten nosokomialen Infektionen in Deutschland. Seit 2003 wird weltweit eine Zunahme der Erkrankungszahlen und der Schwere der CDI beobachtet, die häufig mit der Verbreitung von hochvirulenten Stämmen korreliert. Das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen befasst sich intensiv mit dem Thema CDI. In einer Studie in Zusammenarbeit mit der „C. difficile Studiengruppe Hessen“ wurde das Vorkommen und die Verbreitung des epidemischen C. difficile Ribotyps 027 in hessischen Krankenhäusern untersucht. Im Rahmen dieser interdisziplinären Fortbildungsveranstaltung werden die Ergebnisse dieser Studie vorgestellt und der aktuelle Wissensstand zum Thema präsentiert. Die Fortbildung, für die Punkte bei der Landesärztekammer Hessen beantragt sind, richtet sich an Ärzte, Pflegepersonal, Hygienefachpersonal und Mitarbeiter/-innen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die im Bereich Hygiene bzw. Infektionsschutz tätig sind.

Termin:	Dienstag, 17. Juni 2014 von 13 bis 17 Uhr
Ort:	HSK, Dr. Horst-Schmidt- Kliniken Dr. Jäger Bildungszentrum, großer Hörsaal Ludwig-Erhard-Straße 98 65199 Wiesbaden
Anmeldung:	bis zum 10. Juni 2014 per E-Mail an: poststelle@hlpug.hessen.de
Veranstalter:	Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen, Dillenburg
Kosten:	Die Teilnahme ist kostenlos

Referenten:

- Prof. Dr. med. Mardjan Arvand, Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen
- Dr. Dr. Klaus-Peter Reetz, Kliniken des Main-Taunus-Kreises, Krankenhaus Hofheim
- Dr. med. Christine Schindel, Dr. Horst Schmidt Kliniken, Wiesbaden
- Dr. med. Jörg Schulze, Klinikum Frankfurt Höchst, Frankfurt am Main
- Dr. med. Bettina Weiß, Robert Koch-Institut, Berlin
- Prof. Dr. med. Constanze Wendt, Labor Limbach und Kollegen, Heidelberg

Literatur zum Beitrag

Behandlungsfehler in der Psychotherapie

Einblicke in eine qualitative Studie zum Fehlerbegriff und seinen ethischen Aspekten

von Irina Medau, Ralf J. Jox, Stella Reiter-Theil

(Hessisches Ärzteblatt 6/2014, Seite 329)

1. *Behnsen E, Bell K, Best D, Gerlach H, Schirmer H-D, Schmid R (2000) Management-Handbuch fuer die psychotherapeutische Praxis – MHP. Decker, Heidelberg*
2. *Bienenstein S, Rother M (2009) Fehler in der Psychotherapie Theorie, Beispiele und Lösungsansätze für die Praxis. Springer, Wien*
3. *Bosk CL (1981) Forgive and remember: managing medical failure. The University of Chicago Press, Chicago*
4. *Bundesärztekammer (KBV) (2003). Psychotherapeuten und Therapieverfahren und Geschlechterverteilung. Onlinedokument. Bundesärztekammer. http://www.psychogen.de/data/pool/2052813798.pdf. Zugegriffen 05.05.2012*
5. *Emmelkamp PMG (1988) Misserfolge in der Verhaltenstherapie. In: Kleiber D, Kuhr A (Hrsg) Handlungsfehler und Misserfolge in der Psychotherapie. Beiträge zur psychosozialen Praxis, Tübinger Reihe, Nr. 8. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen, S 34–44*
6. *Fischer F (2007) Evidenzbasierte Psychotherapie? Wenn, dann schon richtig. Report Psychol 10:453-456*
7. *Hoffmann SO, Rudolf G, Strauss B (2008) Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. Psychotherapeut 53: 4-16*
8. *Hutterer-Krisch R (2007) Grundriss der Psychotherapieethik. Praxisrelevanz, Behandlungsfehler und Wirksamkeit. Springer, Wien*
9. *Kohn LT, Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America (2000) To err is human: building a safer health system. National Academy Press, Washington (D.C.)*
10. *Kottler JA, Blau DS (1991) Wenn Therapeuten irren. Versagen als Chance. Edition Humanistische Therapie, Köln*
11. *Lindsay G, Koene C, Ovreeide H, Lang F (2008) Ethics for European psychologists. Hogrefe Verlag, Göttingen*
12. *Margraf J (Hrsg) (1996) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. Springer, Berlin*
13. *Mayring P, Glaeser-Zikuda M (Hrsg) (2005) Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. Beltz, Weinheim*
14. *Medau I, Jox R, Dittmann V, Reiter-Theil S (2012) Eine Pilotstudie zum Umgang mit Fehlern in der Psychotherapie – Therapeuten berichten aus der Praxis. Psychiat Prax 39: 326-331. doi:10.1055/s-0032-1305192*
15. *Medau I, Jox R, Reiter-Theil S (2013) How psychotherapists handle treatment errors – an ethical analysis. BMC Medical Ethics 14:50. doi:10.1186/1472-6939-14-50*
16. *Medau I, Jox RJ, Reiter-Theil S (2012) Behandlungsfehler in der Psychotherapie: ein empirischer Beitrag zum Fehlerbegriff und seinen ethischen Aspekten. Ethik in der Medizin. In Druck. doi:10.1007/s00481-012-0231-7*
17. *Pateisky N (2004) Fehlerkultur und Teamtraining. Gynäkol 37:73–77*
18. *Reiter-Theil S, Medau I (2009) Ethische Fragen im Kontext der Verhaltenstherapie. In: Margraf J, Schneider S (Hrsg) Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 1. Springer, Berlin,*
19. *Sponsel R (1997) Potentielle Kunst-/Fehler aus der Sicht der Allgemeinen und Integrativen Psychologischen Psychotherapie. Materialien zur Qualitätssicherung mit einer Literaturübersicht. Report Psychol 22:602–604*
20. *Wolfslast G (1985) Psychotherapie in den Grenzen des Rechts. Medizin in Recht und Ethik, Band 15. Enke, Stuttgart*

Qualitätssicherung in der Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) in der Landesärztekammer Hessen

7. Erfahrungsaustausch

Silke Nahlinger, Nina Walter

Die anstehende „Novellierung der Richtlinien Hämotherapie der Bundesärztekammer“ war Gegenstand des „7. Erfahrungsaustauschs für Qualitätsbeauftragte Ärzte Hämotherapie“, an dem Ende März 2014 rund 40 Ärztinnen und Ärzten in Ludwigshafen teilgenommen haben. Organisiert wird dieser jährlich von der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) in Kooperation mit den Landesärztekammern in Baden Württemberg und Rheinland-Pfalz im Rahmen der Ludwigshafener Transfusionsgespräche. Es wird jeweils ein aktuelles Schwerpunktthema aufgegriffen und in den Fokus der Veranstaltung gestellt. In diesem Jahr wurden zudem zwei Workshops zu „Kommunikation – Interne Audits“ und „Peer Review Hämotherapie“ angeboten (Informationen dazu im Internet unter www.laekh.de; genauer Link siehe unten).

Richtlinien der Bundesärztekammer und Berichtspflichten

Hintergrund ist die im Rahmen der „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)“ definierte Pflicht aller ambulanten und stationären Einrichtungen, die Blutprodukte verwenden, ein entsprechendes Qualitätssicherungssystem einzuführen und umzusetzen.
Einrichtungen, die im Jahr mehr als 50 Erythrozytenkonzentrate transfundieren, müssen zudem einen Qualitätsbeauftragten Arzt Hämotherapie (QbA) benennen, der die Umsetzung des Qualitätssicherungssystems im Bereich der Anwendung von Blutprodukten überprüfen muss. Die Landesärztekammern haben hierbei die Aufgabe, die Einhaltung der Richtlinien zu überwachen. Innerhalb der Landesärztekammer Hessen wird diese Aufgabe von der „Stabsstelle Qualitätssicherung“ übernommen. Die QbA erstellen jährlich, anhand eines standardisierten Fragebogens, einen Qualitätsbericht über das abgelaufene Kalenderjahr und reichen ihn bis zum 1. März jeden Jahres bei der Stabsstelle ein. Dieser wurde in Zusammenarbeit der Landesärztekammern entwickelt und dokumentiert Merkmale der Struktur-, Prozess- sowie Ergebnisqualität der jeweiligen Einrichtung. Bei benannten Defiziten erhalten die Leitungen der Einrichtungen in einem gestuften Verfahren entsprechende Schreiben der Landesärztekammer, um Maßnahmen zur Beseitigung dieser Mängel einzuleiten. Um die Akteure vor Ort in die Überwachung der Qualitätssicherung aktiv mit einzubinden, findet seit nunmehr sieben Jahren der Erfahrungsaustausch für die QbA statt.

Zusammenarbeit zwischen den Kammern

Auch ein Austausch zwischen den Landesärztekammern ist durch das regelmäßige Arbeitstreffen „Hämotherapie“ gewährleistet und findet nahezu jährlich in der Landesärztekammer Hessen statt. Hierbei werden Erfahrungen im Bereich der Qualitätssicherung Hämotherapie ausgetauscht und ein gemeinsames Vorgehen verabredet. Der standardisierte Berichtsbogen wird hierbei regelmäßig evaluiert und bei Bedarf angepasst.
In Hessen ist der Bericht seit 2012 online über das Mitgliederportal abzugeben. Einrichtungen, die ihrer Berichtspflicht nachkommen, werden bei Einverständnis auf der Homepage der Landesärztekammer Hessen in einer Positivliste namentlich benannt (im Internet unter www.laekh.de/front_content.php?idart=8218). Derzeit sind gut 120 Einrichtungen in Hessen berichtspflichtig.

Beratung durch die Ärztekammer

Das Team der Stabsstelle versteht sich als Berater der QbA und wird auch entsprechend wahrgenommen. Ziel ist es dabei, sowohl die Sicherheit bei der Anwendung von Blut und Blutprodukten stetig zu verbessern, als auch die Ärztinnen und Ärzte bei ihrer Arbeit zu unterstützen und gemeinsam an der Weiterentwicklung des Qualitätssicherungssystems in der Hämotherapie zu arbeiten.
Nähere Informationen im Internet unter:
http://www.laekh.de/front_content.php?idcat=979

Die Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen dankt allen Einrichtungen und Qualitätsbeauftragten Ärzten Hämotherapie für die gute Zusammenarbeit.

Ansprechpartnerin:
Silke Nahlinger, MPH
Stabsstelle Qualitätssicherung
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt a. M.
E-Mail: silke.nahlinger@laekh.de
Tel.: 069 97672-304

Parlando

Ein Meister der Widersprüche

Emil Nolde-Retrospektive im Frankfurter Städel

Augen wie glänzende Kohlen. Der mit wenigen Strichen skizzierte volle Mund leuchtet tiefrot. Mit fordernder Sinnlichkeit zieht „Frau T. mit roter Kette“ in ihren Bann. Emil Nolde (1867–1956) hatte sie 1906 auf Sylt kennen gelernt. Keine Schönheit, stellte er damals fest, aber ein Rätsel, anziehend. Auf großen Plakaten wirbt ihr in kräftigen Farben auf die Leinwand geworfenes Konterfei für die Emil Nolde-Retrospektive im Frankfurter Städel-Museum. Dabei gehört das Portrait nicht zwangsläufig zu jenem Bilderkanon, der gemeinhin mit dem Maler in Verbindung gebracht wird: Üppige Blumen- und Gartenbilder, wie „Großer Mohn“ oder „Burchards Garten“, in dem sich die Vielfalt der bunten Pflanzen in einem Farbenteppich aufzulösen scheint, religiöse Gemälde und maritime Bilder, die seine Faszination von der ungebändigten, wilden Natur spiegeln – sie werden mit dem Künstler assoziiert, der zu den größten deutschen Expressionisten zählt. Dass Noldes Werk noch facettenreicher ist, zugleich aber auch – wie der Künstler selbst – voller Gegensätze steckt, macht die von Dr. Felix Krämer kuratierte, viele unbekannte Werke enthaltende Ausstellung deutlich. Zum ersten Mal seit 25 Jahren sind in Deutschland rund 140 Arbeiten des Künstlers aus allen seinen Schaffensphasen zu sehen.

Chronologisch entfaltet sich Noldes Œuvre auf zwei Stockwerken mit Ölgemälden, Aquarellen und Druckgrafiken und taucht den Betrachter in ein Wechselbad der Eindrücke. Zarte Töne kontrastieren mit ausdrucksstarken Farben, stimmungsvolle Landschaften mit grotesken Fantasiegestalten, dekorative Flora mit religiösen Sujets in flächiger Malweise, Varietébilder mit exotischen Motiven. Nolde, der in der Bundesrepublik der Nachkriegszeit als vom Nazi-Regime verfolgter Künstler hohe Wertschätzung genoss und Siegfried Lenz als Vorlage für seinen lauteren Helden Nansen in der „Deutschstunde“ diente, war tatsächlich ein Mann der Widersprüche. Gerne stellte sich der in Nordschleswig Geborene als tief mit dem Landleben verbundener Bauernsohn dar und lebte doch als Erwachsener die Hälfte des Jahres in der Großstadt Berlin. So sehr er einerseits die norddeutsche Zurückgezogenheit liebte, zog es ihn andererseits häufig auf Reisen – nach Dänemark, Paris, in die Schweiz, nach Italien und sogar in die Südsee, um Inspirationen für sein künstlerisches Schaffen zu sammeln.

Emil Nolde (1867 – 1956)
Frau T. mit roter Kette, 1930
Aquarell auf festem Japan, 47,9 x 35,5 cm
Nolde Stiftung Seebüll

© Nolde Stiftung Seebüll

„Das Selbstmalen war mir nie eine Freude“, behauptete Nolde einmal. Von diesen Worten unbeeindruckt, überprüfte er in verschiedenen Lebensaltern sein Äußeres. Sein erstes, bescheiden anmutendes Selbstportrait machte der 32-Jährige seiner Frau Ada zum Geschenk; auf einem späteren Bild malte er sich mit durchdringenden blauem Blick und energischer Körperhaltung. In der Schweiz, wo Nolde als junger Mann als Fachlehrer für ornamentales und farbiges Zeichnen gearbeitet hatte, ließ er sich von den fantastischen Bildwelten Arnold Böcklins zu seinem Ölgemälde „Bergriesen“ (1895–1896) inspirieren: Vier groteske, trollähnliche Gestalten thronen feixend vor einem goldgelben Abendhimmel. Mit diesem Bild bewarb sich Nolde für die Jahresausstellung der Münchner Kunstakademie und wurde abgelehnt. Dafür stießen seine Bergpostkarten mit Sagen- und Märchengestalten auf reges Käuferinteresse und schufen das finanzielle Polster für den Beginn seiner Künstlerkarriere.

Golden schimmert das Licht im Spiegel und erhellt das nachdenkliche Gesicht einer schönen jungen Frau: 1904 malte Nolde Ada in dem Bild „Frühling im Zimmer“. Noch war sein Stil dem Impressionismus verhaftet. 1905 schloss er sich der Künstlervereinigung „Brücke“ an, die als Wegbereiter des Expressionismus gilt. Intensive, kraftvolle Farben, Verzicht auf Details und Widergabe des Wesentlichen: Dies waren die Merkmale der neuen Kunst, mit der sich Nolde fortan auseinandersetzte. Doch aus Sorge vor dem Verlust seiner künstlerischen Freiheit blieb er der „Brücke“ nur zwei Jahre lang treu. Nach seinem Austritt widmete sich der Künstler seiner Begeisterung für blühende Gärten, den Norden und das tosende, aufgewühlte Meer. Ab 1910 entstanden die grandiosen Herbstmeer-Bilder.

Seinem Ruf als erfolgreicher Gartenmaler begegnete Nolde mit einem völlig anderem Genre: mit religiösen Bildern. In dem Bemühen, tief empfundene eigene Werte zum Ausdruck zu bringen und die religiöse Kunst zu erneuern, stattete er Bibelszenen mit derben, Karikaturen ähnelnden Figuren in grellen Farben aus. Es fällt schwer, den Maler so empfindsamer und Atmosphäre reicher Werke wie „Hamburg. Milde Stimmung“, „Vierwaldstätter See“ oder

„Tänzerin in rotem Kleid“ mit dem Schöpfer von „Christus in Bethanien“, „Verlorenes Paradies“ oder auch dem vor leuchtenden Farben nur so sprühenden, plakativ wirkenden Altarwerk „Das Leben Christi“ in Einklang zu bringen.
Mit Enthusiasmus reagierte Emil Nolde auf den Aufstieg des Nationalsozialismus, da dieser seiner Heimatverbundenheit zu entsprechen schien. Der Norddeutsche glaubte, das neue Deutschland als Künstler repräsentieren zu können und trug diese Idee auch mehrfach den neuen Machthabern vor. Da Hitler jedoch nichts vom expressionistischen Malstil hielt, wurden Noldes Hoffnungen zerstört: Im Zuge der Beschlagnahmung expressionistischer Werke wurden ab 1937 auch 1102 Arbeiten von Nolde – mehr als von jedem anderen Künstler – konfisziert. Sein Hauptwerk – der neunteilige biblische Zyklus – wurde prominent im ersten Saal der Münchner Femeschau „Entartete Kunst“ ausgestellt, der Künstler selbst 1941 aus der Reichskammer der bildenden Künste ausgeschlossen. Obwohl Nolde immer wieder seine Regimetreue beteuerte und als Beispiel sogar seinen Konflikt mit dem jüdischen Maler Max Liebermann 1910 anführte, blieben seine Bemühungen wirkungslos. Enttäuscht zog er sich mit seiner Frau nach Seebüll in Nordfriesland zurück. Dort entstanden die „Ungemalten Bilder“, eine Reihe von über 1300 kleinformatigen Bildern, die der Künstler trotz des ihm auferlegten Berufsverbots heimlich malte. Viele davon rätsel- und märchenhaft, wie beispielsweise der „Frühmorgenflug“. Noldes nach 1945 entstanden Arbeiten sind thematisch seinem impressionistischen Frühwerk angelehnt und wirken durch sanfte Farbkontraste harmonisch: So das Ölgemälde „Lichtes Meer“, auf dem zwei Segelboote auf blauer Wasserfläche unter dem sanft-gelben Licht des Himmels dahin gleiten.

Die Frankfurter Retrospektive macht es möglich, Nolde in seiner ganzen Vielfalt und Virtuosität zu erleben. Gleichzeitig trägt sie – auch durch den Ausstellungskatalog – dazu bei, den vermeintlichen Widerständler zu entzaubern.
Die Ausstellung im Städel Museum Frankfurt/M ist noch bis zum 15. Juni zu sehen.

Informationen im Internet unter:
www.staedelmuseum.de

Katja Möhrle

Mont Ventoux – Rad fahren mit Petrarca

Es war eine Sensation, ein Fenster öffnete sich und ließ einen Blick zu in die Zeit nach dem Mittelalter zu. In einem Schreiben, datiert auf den 26. April 1336, schreibt Francesco Petrarca (1304–1374) an einen Freund in Italien, er habe, angeregt durch das Beispiel des König Philipp von Makedonien, der den Haemus in Thessalien bestiegen habe, seinerseits den 1912 Meter hohen Mont Ventoux, einen die Region überragenden Berg in den Ausläufern der Alpen, in der Provence, in Begleitung seines Bruders und zweier „Bedienten“ bestiegen. „...Dabei trieb mich einzig die Begierde, die ungewöhnliche Höhe dieses Flecks Erde durch Augenschein kennenzulernen.“
Es wird vermutet, dass Petrarca diesen Brief nachträglich rückdatiert hat. Die Schilderungen lassen nicht daran zweifeln, dass er tatsächlich den Berg bestiegen hat. Das Unternehmen und die im Brief erwähnte Gemütsverfassung des Autors, die Beschreibung der Landschaft und des Blickes in Richtung Mittelmeer, ins Rhônetal, in Richtung der Pyrenäen und der Alpen war neuartig. Petrarca gilt als der theoretische Begründer des Alpinismus.
Berühmtheit erlangte der Mont Ventoux durch die Einbeziehung in den Etappenplan der Tour de France. Er wurde zum „Heiligen Berg“, insbesondere der Radfahrer. Erstmals stand der Mont Ventoux 1951 auf dem Streckenplan. Seitdem ist er 15 Mal erklommen worden im Rahmen von Etappen oder bei Zeitfahrwettbewerben.
1967 ereignete sich im Juli ein tödlicher Unfall. Tom Simpson brach erschöpft rund eineinhalb Kilometer vor dem Gipfel zusammen und verstarb an der Unglücksstelle. Er war das erste Opfer der Dopingpraxis der professionellen Rennradfahrer.
Der Mont Ventoux kann von drei Seiten, von Malaucène, von Sault und von Bédoin bestiegen werden. Die Strecken reichen zwischen 21,3 und 26 Kilometer, die Steigung beträgt im Mittel zwischen 7,1 und 11 Prozent.
Seitdem genießt der Berg einen „Kultstatus“. Radamateure jeder Alters- und Leistungsklasse träumen davon, mit dem Rad den Berg zu bezwingen. Ausgehend von Bédoin, der in den vergangenen Jahren bevorzugten Strecke der Tour, müssen 1622 Höhenmeter am Stück überwunden werden.
Unendlich lang erscheint der Anstieg für „normalsterbliche Radler“ wie mich, keine Rollstrecke, Sonne und Wind. Petrarca schrieb: „Dem ungeheuren Unterfangen folgt geschwind die Ermattung...“ Min-

Parlando

destens drei Mal innerhalb weniger Stunden… habe er sich niederlassen müssen. Gedankenflüge vom Körperlichen zum Unkörperlichen. „Was du heute so oft bei Besteigung dieses Berges erfahren hast müssen, wisse, genau das tritt an dich und an viele heran, die da Zutritt suchen zum seligen Leben. Auf dem Gipfel ist das Ende aller Dinge und des Weges viel."

Die Gedanken kreisen um die Angst vorm Scheitern, um die jährlich bis zu 20 Todesopfer, die der Berg fordert, aber auch um Radrennfahrer, die besser trainiert, leichter, mit besserem Material ausgestattet an einem vorbei fahren, unglaubliche Leichtigkeit demonstrierend. Meditative und depressive Phasen wechseln miteinander ab. Die Strecke von mehr als 21 Kilometer legen Profis, die 20 km/h und schneller fahrende, in knapp einer Stunde zurück. Davon bin ich weit entfernt, die Strecke dauert drei Stunden.

Petrarca gilt als einer der großen aus dem Mittelalter hinausragenden literarischen Persönlichkeiten Italiens und Europas. Neben Dante und Bocaccio ist er ein „Gigant". Die Behandlung eines Naturerlebnisses mit der Wendung des Blickes in sein Inneres war neu. Im Unterschied zur sonst üblichen Darstellung gewann das Hier und Jetzt, das eigene Leben eine Bedeutung. Die Welt war nicht mehr eine lästige, feindliche Durchgangsstation in eine jenseitige Welt, sondern besaß nun eine eigene Wertigkeit mit der Pflicht, sich mit ihr auseinanderzusetzen und sie kontemplativ zu reflektieren. Daher sehen viele Gelehrte in der Besteigung des Mont Ventoux einen kulturhistorischen „Schlüsselmoment" am Übergang Mittelalter zur Neuzeit.

Während die Beine strampeln, im Versuch möglichst gleichmäßig zu treten, möglichst nicht zu übersäuern, kreisen die Gedanken um die Sonette von Petrarca. Hoffnung auf gutes Wetter und Unfallfreiheit. Wird die Sicht frei sein? Was empfinde ich, wenn ich oben ankomme? Verhindern Wolken und Nebel die verdiente Belohnung?

Oben weht ein kräftiger Wind, subjektiv fühlt sich dies kühl an. Die rasende Abfahrt nach Malaucène geht über 22 Kilometer, dann noch ins Hotel. Der Zauber der Sonette wirkt. Ich fühle mich Petrarca und der Gemütslage, die er in seinem Brief beschreibt, sehr nahe. An meiner Seite fährt Laura mit. Diesem Glück kam Petrarca niemals nahe.

Dr. med. Siegmund Drexler

VORANKÜNDIGUNG – Achtung Kinderärzte, Hausärzte und Psychotherapeuten, unbedingt vormerken:

Spannungsfeld: Psychotherapie – Psychopharmakotherapie

Gemeinsame Fachtagung der Landesärztekammer Hessen und der Psychotherapeutenkammer Hessen am 5./6. Dezember 2014 im Haus am Dom

Nachdem schon in den vergangenen Jahren interessante Veranstaltungen durch den gemeinsamen Psychotherapiebeirat des Landes Hessen veranstaltet wurden – zuletzt im Januar 2013 über die besondere Rolle der Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland – rückt im Dezember diesen Jahres wieder ein spannendes Thema in den Mittelpunkt einer gemeinsamen Tagung: Das Spannungsfeld zwischen Psychotherapie und Psychopharmakotherapie in der Behandlung psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen.

Die Psychopharmaka haben seit ihrer Entdeckung in den 50er-Jahren des vorigen Jahrhunderts (Antidepressivum: Clomipramin 1952, Neuroleptikum: Megaphen 1952) die Möglichkeit der Behandlung seelischer Erkrankungen erheblich verändert. Gleichzeitig kam es in manchen therapeutischen Ansätzen zu großen Auseinandersetzungen über die Frage des Einsatzes von Medikamenten oder/und der Psychotherapie, die Vor- und Nachteile einer medikamentösen Therapie und die Interferenzen zwischen Psychotherapie und medikamentöser Behandlung. Psychopharmaka wurden nach anfänglicher Euphorie mit Vorurteilen und Bedenken belegt, so dass sie heutzutage in der Öffentlichkeit große Zurückhaltung auslösen. Andererseits haben sie die Behandlung mancher Krankheiten auch mit zusätzlicher Psychotherapie erst möglich gemacht. Ängste vor Nebenwirkungen, Abhängigkeiten, Persönlichkeitsveränderungen können einen sinnvollen Gebrauch von Psychopharmaka erschweren, ebenso mag die unkritische, langfristige und aus Zeitmangel ungeübte Verwendung dieser Medikamente Schäden und langfristige Abhängigkeiten bewirken. So kommt es zum einen sowohl zu einer Unterversorgung mit als auch zum anderen zu einem Fehleinsatz von Psychopharmaka, möglicherweise mit großen Folgeschäden.

Die Problematik soll beispielhaft an den Erkrankungen ADHS, Depression und Angsterkrankungen dargestellt und diskutiert werden. Besonders gespannt darf man auf die öffentliche Veranstaltung am Freitagabend sein. Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber, Direktorin des Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt und Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Huss, Chefarzt der Rheinhessen-Fachklinik Mainz für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Mainz, werden ihre Störungs- und Therapieansätze zu dem sehr umstrittenen Krankheitsbild mit unterschiedlicher Akzentsetzung darlegen und sie dann mit dem Plenum diskutieren, ebenso wird im Fortgang der Tagung auf kontroverse Konzepte fokussiert werden.

Also: eine spannende Veranstaltung – sollten Sie nicht verpassen!

Helga Jakobi und Wolfgang Merkle

Ansprechpartner: Landesärztekammer Hessen, André Zolg, Tel.: 069 97672-130, E-Mail: *andre.zolg@laekh.de*

Sicherer Verordnen

Dapaglifozin – neue Diabetes Typ II-Therapie?

Grundsätzlich ist ein neuer Behandlungsansatz zur Therapie der Volkskrankheit Diabetes Typ II zu begrüßen. Dapaglifozin (Forxiga®) hemmt den renalen Natrium-Glukoserücktransporter SGLT2 und verstärkt die Glukoseselimination. Eine unabhängige pharmakritische Zeitung bleibt jedoch zurückhaltend: Es liegen keine Endpunktstudien vor, ein zuckerreicher Urin vermehrt urogenitale Infektionen, bedingt durch eine diuretische Wirkung des Arzneistoffes können arterielle Hypotension und Dehydration entstehen (vor allem bei älteren Patienten), Erhöhung des Hämatokritwertes um durchschnittlich 2,15 Prozent (Risikofaktor für Thromboembolien und Nierenfunktionsstörungen), unklare Rolle einer Hepatotoxizität und Kanzerogenität (in Diskussion: Blasen- und Prostatakrebs). Auch Interaktionsmöglichkeiten sind noch nicht klar (über UDP-glukoronosyltransferase und über Cytochrom P450 Enzyme). Statement der Zeitschrift: Einsatz vermeiden. Dapaglifozin könnte eventuell in weiteren klinischen Studien geprüft werden.

Ein anderer Arzneistoff, der direkt am Kohlenhydratstoffwechsel ansetzt, allerdings am Darm (α-Glukosidasehemmung, verzögerte Glukosewirkung), hat sich nicht durchgesetzt, unter anderem auch wegen schwerwiegender gastrointestinaler UAW (Acarbose®).

Quelle: Prescr. Internat. 2014; 23: 61–4

Valproinsäure – Schwangerschaft

In einem neuen Risikobewertungsverfahren der Europäischen Arzneimittelagentur EMA zu Valproinsäure (viele Generika) in der Schwangerschaft wird festgestellt, dass dieses Antiepileptikum nicht nur das Risiko von Fehlbildungen erhöht (vor allem angeborene Herzfehler und Extremitätenanomalien), sondern auch das Risiko von kognitiven Entwicklungsstörungen und autistischen Störungen. Diese Störungen können dauerhaft sein. Die Sicherheit von Valproinsäure in der Schwangerschaft wird nun genauer evaluiert.

Quelle: Bull. Am. Sicherheit 2013; 4: 3–6

Triamcinolon – postmenopausale Blutungen

Auch bei jahrelang im Handel befindlichen Arzneistoffen können neue UAW bekannt werden. Die EMA hat auf Grundlage neuer Daten neue Sicherheitsinformationen für Triamcinolon (viele Generika) zur intraartikulären und intramuskulären Anwendung empfohlen: beobachtet wurden Menstruationsstörungen und bei Frauen in der Menopause vaginale Blutungen. Vermutlich ist eine Änderung der physiologischen Wirkung der Sexualhormone durch systemisch appliziertes Triamciolon die Ursache.

Quelle: Pharm. Ztg. 2014; 159 (9): 83–4

Patientenaufklärung – wie dokumentieren?

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in einem neuen Urteil (Az.: VI ZR 143/13) Ärzte unterstützt: Ihrer schlüssigen Darstellung eines Aufklärungsgespräches sollte eher geglaubt werden als den Erinnerungen von Patienten. Trotz Fehlens schriftlicher Aufzeichnungen, die laut BGH nützlich und dringend zu empfehlen seien, muss ein Arzt eine faire und reale Chance haben, seiner Beweislast für eine korrekte Aufklärung nachzukommen, zum Beispiel ein Hinweis auf routinemäßige Bestandteile eines Aufklärungsgespräches, auch ohne Beweis im streitigen Einzelfall. Ein realitätsnahes Urteil für Haftpflichtprozesse.

Bezogen auf eine erstmalige Verordnung von Arzneimitteln sollte ein Arzt daher routinemäßig auf häufig auftretende unerwünschte Wirkungen (UAW) und deren Symptome hinweisen. Ein alleiniger Hinweis auf die Packungsbeilage scheint im Streitfall nicht auszureichen: die Texte sind zu umfangreich und dienen überwiegend einem Haftungsausschluss der Hersteller, sind für Laien zu unverständlich und oft bis zum Unleserlichen klein gedruckt.

Hilfreich können auch Aussagen wie ein Angebot für Rückfragen bei Verständnisproblemen und plötzlich auftretenden neuen Symptomen sein. Die Mitgabe eines Zettels mit genauen Dosierungsangaben ist ebenfalls empfehlenswert. Bei einer Verordnung außerhalb der zugelassenen Indikationsgebiete oder Dosierungen oder Patienten gelten diese Empfehlungen in verstärktem Maße.

Quelle: Ärztezeitung vom 10.03.2014, S. 1 und vom 14.03.2014 S. 2

Arzneimittelwirkungen Analgetika – Psychopharmaka

So vielfältig die Gruppen der Analgetika und Psychopharmaka sind, so vielfältig sind auch ihre Wechselwirkungen untereinander. Es ist ratsam, vor einer Verordnung in den jeweiligen Fachinformationen die Rubrik „Wechselwirkungen“ durchzusehen. Klinisch bedeutsam können sein:

- Serotoninsyndrom

Es umfasst kognitive, autonome und neuromuskuläre Störungen, die durch eine verstärkte Serotoninbildung oder -freisetzung, eine Hemmung der Serotoninwiederaufnahme oder des -abbaus, aber auch durch direkten Serotoninagonismus verursacht wird. Während zum Beispiel Morphinanaloga wie Buprenorphin kein Serotoninsyyndrom auslösen, sind Phenylpiperidin-Opiate wie Fentanyl in Kombination mit Antidepressiva mit Vorsicht zu behandeln.

- Blutungsrisiko

SSRI/SSRNI erhöhen das gastrointestinale Blutungsrisiko in Kombination mit nichtsteroidalen Antiphlogistika, auch mit ASS, deutlich.

- Auch *anticholinerge, kardiovaskuläre* und *sedative* Effekte können klinisch bedeutsam werden, ebenso wie pharmakokinetische Interaktionen.

Quelle: tägl. Praxis 2014; 55 (1): 169 – 183

Dr. med. Günter Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 4/2014

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

Aktuelles

Studie: Mehr als die Hälfte aller im Krankenhaus tätigen Ärzte leiden unter Stress

Für ihren Beitrag „Ärztlicher Disstress – eine Untersuchung baden-württembergischer Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern“, der in der „DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift“ (Georg Thieme Verlag, Stuttgart) erschienen ist, erhalten der Erstautor **Jan Bauer** und Co-Autor **Professor Dr. med. Dr. h. c. mult. David Groneberg** den diesjährigen DMW Walter Siegenthaler Preis. Laut der Umfrage der beiden Autoren der Goethe-Universität Frankfurt am Main leiden mehr als die Hälfte aller im Krankenhaus tätigen Ärzte unter gesundheitsschädigendem Stress (55 Prozent der befragten Ärzte). Ärztinnen waren dabei häufiger betroffen. Sie litten zu rund 60 Prozent unter ihrem Berufsalltag. 64 Prozent der Assistenzärzte empfanden die Belastungen zu Beginn der beruflichen Laufbahn als besonders hoch. Insgesamt sinkt der Stress jedoch mit jeder Stufe auf der Karriereleiter. So litten von den Fachärzten noch rund 54 Prozent unter Disstress, bei den Oberärzten waren es 46 Prozent. Von den Chefärzten empfanden nur noch knapp 25 Prozent ihre Arbeitsbedingungen als belastend.

Trotzdem gaben laut der Studie die meisten Ärzte an, mit ihrem Beruf zufrieden zu sein. „Es ist anzunehmen, dass der soziale Rückhalt und die Bestätigung durch Patienten ihnen hilft, den Disstress zu ertragen“, so Co-Autor Professor Groneberg, Direktor des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Umweltmedizin der Goethe-Universität Frankfurt/M. Gesund sei diese Situation trotzdem nicht. Denn anhaltender Stress führe zu Nervosität, Albträumen, Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Die Preisträger fordern deshalb: „Die Arbeitsbedingungen müssen den Bedürfnissen der Beschäftigten angepasst werden, damit der Arbeitsplatz Krankenhaus seine Attraktivität nicht verliert. Vor allem der Berufseinstieg muss erleichtert werden, da gerade hier das größte Stresspotenzial vorliegt.“ Andernfalls könne sich das bereits bestehende Versorgungsproblem durch eine Abwanderung junger Ärzte ins Ausland weiter verschärfen.

Jan Bauer
Fotos: Goethe-Universität

Prof. Dr. med. David Groneberg

Die 1875 gegründete DMW, die seit 1887 im Georg Thieme Verlag erscheint, vergibt den nach dem Schweizer Internisten Professor Dr. med. Dr. h. c. Walter Siegenthaler (1923–2010) benannten Preis in diesem Jahr zum fünfzehnten Mal. Der mit 5000 Euro dotierte Preis zeichnet Autoren aus, deren Forschungsarbeit im Vorjahr in der DMW publiziert wurde und prägenden Einfluss auf Medizin und Gesundheit genommen hat und nimmt.

7. Strategiesitzung der Deutschen Gesellschaft für Dermatochirurgie e. V.

Tagungsort:
Congress Zentrum Marburg
Anneliese Pohl Allee 3, 35037 Marburg

Termin: 13. – 14. Juni 2014

Thema:
Klassische Dermatochirurgie/Tumorchirurgie, Phlebologie, Laser, Ästhetik

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Wolfgang Pfützner, Leitender Oberarzt der Klinik für Dermatologie und Allergologie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Philipps-Universität Marburg
Baldingerstraße, 35043 Marburg

Tagungsorganisation:
Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, André Müller
Carl-Pulfrich-Straße 1, 07745 Jena
Tel.: 03641 3116-336
E-Mail: *andre.mueller@conventus.de*

Tagungswebseite im Internet:
www.dgdc-tagung.de

© Wolfgang Willnat

Abschied von Dr. med. Marianne Groll

Am 17. März 2014 starb Dr. med. Marianne Groll, geb. Kahl, nach kurzem Krankenhausaufenthalt im Alter von 92 Jahren.

Marianne Groll wurde am 29. Mai 1921 als Lehrerstochter in Frankfurt am Main / Bornheim geboren. Nach dem Abitur begann sie das Medizinstudium in ihrer Heimatstadt, das sie nach dem Physikum in Würzburg und Göttingen fortsetzte. Dort legte sie 1945 kurz nach Kriegsende das Staatsexamen ab und promovierte. Nach einer zweijährigen Zwischenstation in Montabaur, kehrte sie nach Frankfurt zurück und begann kurz darauf die kinderärztliche Weiterbildung an der Universitäts-Kinderklinik bei Prof. Dr. med. Bernhard de Rudder. Da die Klinik ihr keine Karrierechance bot, ließ sich Marianne Groll 1958 in Frankfurt-Bornheim als Kinderärztin im Haus ihrer Eltern nieder, wo sie bis zum Alter von 75 Jahren praktizierte.

Mehr als zehn Jahre war Marianne Groll Vorsitzende des Vereins Frankfurter Kinderärzte e.V. und engagierte sich für ihre niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen. So kümmerte sie sich um eine praxisnahe Fortbildung in Zusammenarbeit mit den regionalen Kliniken und machte die Niedergelassenen mit den Einrichtungen der Stadt bekannt, die sich vorwiegend um behinderte und entwicklungsgestörte Kinder bemühen. Sie unterstützte besonders den kollegialen Kontakt zwischen den Niedergelassenen und suchte und förderte die Zusammenarbeit und den Austausch mit den Kliniken und dem öffentlichen Gesundheitswesen der Stadt. An ihrem 70. Geburtstag wurde sie von der Landesärztekammer Hessen für ihr Engagement mit der Dr.-Richard-Hammer-Medaille in Silber ausgezeichnet.

Foto: privat

Mit Dr. med. Marianne Groll geht eine hervorragende Kinderärztin und Advokatin der Kinder- und Jugendmedizin verloren. Alle, die ihr im Laufe der Jahre begegnet sind, werden ihr ein ehrendes und respektvolles Andenken bewahren.

Prof. Dr. med. Andreas H. Groll
Arzt für Kinder- und Jugendmedizin

Neuerscheinung: Risikomanagement und Fehlervermeidung im Krankenhaus

Keine Krankheit und keine Behandlung ist ohne Risiko. Gerade deshalb ist eine vorsorgende Fehlervermeidung durch frühzeitige Identifikation und Bewertung typischer Risiken besonders wichtig. Wer Schwachstellen erkennt, Risiken minimiert und mögliche Fehler vorrausschauend verhindert, versucht außerdem aktiv, mögliche rechtliche und finanzielle Folgen zu vermeiden.

„Risikomanagement und Fehlervermeidung im Krankenhaus“ lautet der Titel des neuen Fachbuchs, das im Springer-Verlag in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) erschienen ist. Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben des neuen Patientenrechtengesetzes (PRG) werden inhaltlich folgende Schwerpunkte gesetzt:

- Vorsorgende Fehlervermeidung durch frühzeitige Identifikation und Bewertung typischer Risiken.
- Nachsorgendes Erkennen von Fehlern, Ursachen, Zusammenhängen, um Wiederholungen zu vermeiden.
- Strukturierte Optimierung und Berücksichtigung von Workflows sowie menschlicher Faktoren wie Stress und Müdigkeit.
- Handlungsstrategien bezüglich Teamarbeit, Entscheidungsfindung, Kommunikation, Führung, Lernkultur.
- Außerdem wird die neue DIN ISO 15224 vorgestellt, als Ersatz der alten DIN ISO 9001 im Gesundheitswesen.

Herausgeber Dr. med. Walter Merkle ist seit über zehn Jahren Mitglied der urologischen Gutachterkommission für Arzthaftung der LÄKH und hat mit deren Akademie Seminare zum ärztlichen Risikomanagement veranstaltet. Der Ärztliche Geschäftsführer der LÄKH, Dr. med. Roland Kaiser, beleuchtet das Thema „Ärztliche ‚Behandlungsfehler‘“ sowie „Fehler im ärztlichen Alltag und Patientenrechte aus Sicht der Landesärztekammer“. Die Ärztin und stellv. Leiterin der Stabsstelle Qualitätssicherung, Versorgungsmanagement und Gesundheitsökonomie der LÄKH, Nina Walter, stellt die Methode „Peer-Review“ vor.

In einem Geleitwort fordert Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der LÄKH, die Ärzteschaft auf, sich intensiv und systematisch mit dem Erfassen, Analysieren und Bewerten von Fehlern und Patientenrisiken zu befassen, um dadurch die Patientensicherheit nachhaltig zu verbessern.

Dieses Buch soll dazu ein praxisnaher Leitfaden sein. Es soll Ärzte wie Verwaltungen über die Ursachen von Fehlern in der Medizin aufklären und Wege aufzeigen, wie man Fehler vorausschauend vermeiden kann – aber auch, wie man aus dennoch geschehenen Fehlern für die Zukunft lernen kann. *(asb)*

Risikomanagement und Fehlervermeidung im Krankenhaus
Reihe: Erfolgskonzepte Praxis- & Krankenhaus-Management
Herausgeber: Dr. med. Walter Merkle
Springer-Verlag 2014, 196 Seiten, 23 Abbildungen
E-Book (ISBN 978-3-642-38045-7) 46,99 Euro
Hardcover (ISBN 978-3-642-38044-0) 59,99 Euro

BÜCHER

Landesärztekammer Hessen

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Werner Schneider, Darmstadt, am 18. Juli.
Dr. med. Hannelore Pohl, Darmstadt, am 24. Juli.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Christoph Lehnhardt, Frankfurt, am 31. Juli.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Bernward Neelsen, Bad Wildungen, am 14. Juli.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Professor Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt, Marburg, am 17. Juli.

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

Professor Dr. med. Med.Dir. i. R. Felix Anschütz, Darmstadt
* 12.5.1920 † 24.3.2014

Dr. med. Milada Bem, Bad Schwalbach
* 9.6.1934 † 4.9.2013

Sigrid Maria Eufinger, Elz
* 28.2.1957 † 19.3.2014

Dietrich Galuschka, Hessisch Lichtenau
* 14.11.1947 † 15.11.2013

Dr. med. Horst Kranz, Eschwege
* 6.10.1921 † 19.2.2014

Ltd. Medizinaldirektor a.D. Dr. med. Berthold Lotz, Mühlheim
* 14.12.1932 † 30.3.2014

Dr. med. Otto Ludwig, Frankfurt
* 21.3.1935 † 20.3.2014

Dr. med.(R) Gheorghe Oancea, Frankfurt
* 17.5.1923 † 25.3.2014

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Miriam Casper, tätig bei Dr. med. M. Bickel und H.-J. Henß, vormals Praxis Dr. med. H. Bickel und Dr. med. W. Eiden, Lampertheim;

Angela Kirschstein, tätig bei Dr. med. W. Feußner, Kassel.

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

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

Susanne Albicker, tätig bei Dr. med. J. Baron, Frankfurt;

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

Sonja Rosenbaum, seit 38 Jahren tätig bei Dr. med. H. Mastall und K. Sokalla, Elbtal, vormals in verschiedenen Praxen tätig.

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

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis-Nr. 060020763 ausgestellt am 4.5.2011
für Dr. med. Helga Bock, Eschwege

Arztausweis-Nr. HS-F-12771 ausgestellt am 14.12.2011
für Dr. med. Imke Dornauf, Offenbach

Arztausweis-Nr. 060029177 ausgestellt am 6.3.2013
für Dr. med. Carsten Feldmann, Lahntal

Arztausweis-Nr. 060033092 ausgestellt am 27.3.2014
für Dr. med. Carsten Feldmann, Lahntal

Arztausweis-Nr. 060020461 ausgestellt am 31.3.2011
für Dr. med. Ralf Adam George, Künzell

Arztausweis-Nr. 060032544 ausgestellt am 11.2.2014
für Dr. med. Wolfgang Goecke, Marburg

Arztausweis-Nr. 060014775 ausgestellt am 19.11.2009
für Sabine Götzen, Friedberg

Arztausweis-Nr. 060018727 ausgestellt am 21.10.2010
für Dr. med. Ahmad Hakim-Meibodi, Arolsen

Arztausweis-Nr. 060025551 ausgestellt am 10.4.2012
für Dr. med. Harald Herrmann, Dreieich

Arztausweis-Nr. 060031319 ausgestellt am 9.10.2013
für Dr. med. Ulrike Hirsch, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060019604 ausgestellt am 17.1.2011
für Dr. med. Carolin Xenia Hornack, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060025571 ausgestellt am 11.4.2012
für Susanne Isselstein, Eichenzell

Arztausweis-Nr. 060029343 ausgestellt am 20.3.2013
für Larissa Kaiser, Herbstein

Arztausweis-Nr. 060031086 ausgestellt am 12.9.2013
für Regina Sextro, Büttelborn

Arztausweis-Nr. HS/M 105/2005 ausgestellt am 31.8.2008
für Eva Wilhelm, Kassel

Erfolgreicher Prüfungsabschluss

14 neue Fachwirtinnen für ambulante medizinische Versorgung

Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg (Vorsitzende des Vorstandes der Carl-Oelemann-Schule) freute sich, im März 14 Teilnehmerinnen der Aufstiegsfortbildung „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ zur bestandenen Abschlussprüfung gratulieren zu können. Die Ärzteschaft könne stolz sein auf die Leistung ihrer Mitarbeiterinnen, betonte sie in ihrer Ansprache.

Mit der Prüfung haben die Teilnehmerinnen den 300-stündigen Pflichtteil der Aufstiegsfortbildung abgeschlossen und eine Projektarbeit zu einem Thema ihrer Wahl erstellt. In der Projektarbeit sollten die Teilnehmerinnen eine praxisorientierte, betrieblich relevante Problemstellung selbständig methodisch bearbeiten, die sie nach der schriftlichen Prüfung dem Prüfungsausschuss in einem Fachgespräch präsentierten. Besonders freuten sich Stephanie Berninger und Sylvia Stoffel-Leuchter über die Bewertung ihrer Projektarbeiten. Sie hatten sich mit den Themen „Maßnahmen zur Steigerung der Quantität von Vorsorgeleistungen“ (Stephanie Berninger) und „Optimierung des Impfstoffmanagements für Patienten der privaten Krankenversicherung“ (Sylvia Stoffel-Leuchter) auseinandergesetzt und mit ihrer Projektarbeit die Note „sehr gut“ erzielt.

Die Weiterbildungsbereitschaft der Medizinischen Fachangestellten zeigt sich bei der Carl-Oelemann-Schule (COS) an der großen Nachfrage nach Fortbildungen und der Aufstiegstiegsfortbildung zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung. Auch im Jahr 2014 ist ein dritter Kurs geplant. Fragen zu den Anforderungen und Inhalten der Fortbildung finden Interessierte auf der Homepage der Carl-Oelemann-Schule (www.carl-oelemann-schule.de). Telefonische Anfragen nehmen Monika Kinscher, Telefon 06032 782-178 oder Annegret Werling, Telefon 06032 782-193 entgegen.

Foto: Silvia Happel

Absolventinnen der Aufstiegsfortbildung Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung

Gabriele Brüderle-Müller, COS

Das Versorgungswerk informiert:

Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen hat am 15.03.2014 den folgenden Beschluss zu Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung gefasst, den das Hessische Ministerium für Soziales und Integration am 25.03.2014 (Aktenzeichen: IV 1 B-5482000-0003/2009/016) gemäß § 17 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes i.V.m. § 4 Abs. 3 der Satzung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen genehmigt hat:

Kündigung der Höherversorgung

Artikel 1

Die Satzung wird wie folgt geändert:

Nach § 11 Abs. 2 werden folgende Absätze 3 bis 5 angefügt:

„(3) Die Höherversorgung kann zum Ende eines jeden Monats gekündigt werden. Die Kündigung ist schriftlich an das Versorgungswerk zu richten. Maßgeblich für die Einhaltung der Kündigungsfrist ist der Zugang des Kündigungsschreibens beim Versorgungswerk.

(4) Dem Versorgungswerk steht ein Kündigungsrecht zu, sofern das betreffende Mitglied mit den Beiträgen für die Höherversorgung nach Mahnung länger als drei Monate im Rückstand ist. In dem Mahnschreiben muss das Versorgungswerk das Mitglied auf die Rechtsfolgen des Zahlungsverzuges hinweisen. In diesem Falle endet die Höherversorgung mit Ablauf des Monats, in dem die Kündigung dem Mitglied zugegangen ist.

(5) Leistungsfälle aus der Höherversorgung, die vor Beendigung der Höherversorgung eintreten, lösen auch dann eine Leistungspflicht des Versorgungswerkes aus, wenn vorher eine Kündigung ausgesprochen wurde.“

Artikel 2

In-Kraft-Treten

Die Änderungen treten am 01.07.2014 in Kraft.

Die vorstehenden Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen werden hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt am Main, 26.03.2014

Dr. Brigitte Ende
Vorsitzende des Vorstandes des Versorgungswerkes
der Landesärztekammer Hessen

Die Abteilung Ausbildungswesen:
Medizinische Fachangestellte informiert

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

Der Abschluss in einem anerkannten Ausbildungsberuf gilt gerade heute als „Mindestvoraussetzung" für einen erfolgreichen Berufseinstieg und ein stabiles Beschäftigungsverhältnis. Ohne Ausbildungsabschluss gibt es kaum noch Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

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

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

Falls Sie an der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte als Externe teilnehmen möchten, empfiehlt sich im Hinblick auf die Änderung des Ausbildungsberufsbildes und der gesteigerten Prüfungsanforderungen die Fortbildung in folgenden Bereichen: Disease Management Programme, Qualitätsmanagement, Praxismanagement, Kommunikation. Die Carl-Oelemann-Schule (COS) in Bad Nauheim ist gerne bereit, Sie individuell – auch im persönlichen Gespräch – zu beraten. Terminvereinbarung und Anfragen an das Sekretariat der Schulleitung, Telefon 06032 782-189. Die COS bietet auch Prüfungsvorbereitungskurse an. Außerdem kann die Überbetriebliche Ausbildung, die für Auszubildende verpflichtend ist, freiwillig besucht werden.

Das Fortbildungsprogramm der COS ist unter nachstehender Adresse zu beziehen: Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Telefon: 06032 782-0, Fax: 06032 782-180 oder im Internet unter www.laekh.de.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

Einladung zur 4. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 15. Wahlperiode 2013 – 2018

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur 4. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Wahlperiode 2013 – 2018 lade ich Sie für

Mittwoch, 10. September 2014, 17 Uhr s.t,

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

TAGESORDNUNG

1. **Begrüßung**
2. **Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung**
3. **Genehmigung des Beschlussprotokolls der 3. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 15. März 2014**
4. **Änderung der Fortbildungssatzung**
5. **Änderung der Berufsordnung – Anlage zu § 13 Abs. 1 (Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion)**
6. **Änderung der Kostensatzung**
7. **Versorgungswerk**
   – Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung
8. **Klinisches Krebsregister**
9. **Jahresabschluss 2013**
   a) Bericht des Vorsitzenden des Finanzausschusses
   b) Bericht des Vorsitzenden des Hilfsfonds
   c) Feststellung des Jahresabschlusses 2013
   d) Entlastung des Präsidiums für das Jahr 2013
10. **Verschiedenes**

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Frankfurt am Main, 13. Mai 2014

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

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

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

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

Hausärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Mittelbereich Rüsselsheim

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

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

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

Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Bensheim	Orthopädin/Orthopäde (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Lampertheim	Frauenärztin/Frauenarzt (hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Rödermark	Frauenärztin/Frauenarzt (1x volle oder 2x halbe Zulassung)

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

Fechenheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Sachsenhausen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (HälftigerVersorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

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

Schwalbach	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Kronberg	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Königstein	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Frankfurt am Main

Nordend	Frauenärztin/Frauenarzt
Alt-Bornheim	Chirurgin/Chirurg (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Nordend	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Offenbach am Main

Innenstadt	Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Innenstadt	HNO-Ärztin/HNO-Arzt

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Eschborn	Orthopädin und Unfallchirurgin/ Orthopäde und Unfallchirurg (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Oberursel	Chirurgin/Chirurg (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Oberursel	Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Dreieich	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (1x volle oder 2x halbe Zulassung)

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 Büdingen

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

Planungsbereich Mittelbereich Gießen

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

Planungsbereich Mittelbereich Marburg

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

Planungsbereich Mittelbereich Wetzlar

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

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Landkreis Gießen

Gießen	Frauenärztin/Frauenarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Gießen	Hautärztin/Hautarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Planungsbereich Landkreis Vogelsbergkreis

Grebenhain	Chirurgin/Chirurg (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Landkreis Marburg-Biedenkopf

Kirchhain	Psychiaterin/Psychiater (Hälftiger Versorgungsauftrag)

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

Hausärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Mittelbereich Kassel

Kassel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung) (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Kassel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Mittelbereich Witzenhausen

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

Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich Landkreis Fulda

Ehrenberg	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Planungsbereich Kassel Stadt

Kassel	Frauenärztin/Frauenarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Kassel	HNO-Ärztin/HNO-Arzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

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 Mittelbereich Taunusstein

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

Planungsbereich Mittelbereich Limburg

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

Allgemeine fachärztliche Versorgung

Planungsbereich Limburg-Weilburg

Bad Camberg	HNO-Ärztin/HNO-Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)

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

Wichtig: Änderung im Ausschreibungsverfahren

Ab dem 1. Juli 2014 ändert sich das Ausschreibungsverfahren für die freien Arzt- und Psychotherapeutensitze. Sie finden diese künftig nicht mehr im Hessischen Ärzteblatt, sondern ausschließlich auf der Homepage der KV Hessen unter www.kvhessen.de

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.

Durch die KV Hessen für ungültig erklärte Stempel:

Stempel Nummer 427574500 für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst Kassel Stadt/Land (Roland Wenzel).