

Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

9 | 2014

September 2014

75. Jahrgang



- Sommerempfang der Heilberufe
- „Wer eine Qualitätsoffensive will, braucht eine Personal-offensive“
- Spitzenmedizin in der Zukunft?
- Zertifizierte Fortbildung: Das Complex regional pain syndrom (CRPS, Morbus Sudeck)
- Interviews
 - Bringt Argumente auf den Punkt: Dr. med. Wolf Andreas Fach, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen
 - Schmerzexperte Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann über Freigabe und Selbstanbau von Cannabis
 - Prof. Dr. Gerd Antes plädiert für mehr Transparenz im Umgang mit klinischen Studien
- Aktuelle KRINKO-Empfehlung zu MRSA

Die Spiegeltherapie ist effektiv in der Behandlung des Complex regional pain syndrom (CRPS, Morbus Sudeck) und bei Phantomschmerzen. Dabei wird ein Spiegel so in der Körpermitte positioniert, dass das Spiegelbild der nicht betroffenen Extremität so erscheint, als wäre es die betroffene Extremität. Die Spiegeltherapie „überlistet“ quasi das Gehirn und ermöglicht so eine Neuprogrammierung der Sensorik und Motorik der betroffenen Extremität. Seite 499

© Andreas Rothgangel/www.spiegeltherapie.com

Hessisches Ärzteblatt

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

Impressum**Herausgeber:**

Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M.
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-haebel@laekh.de

Redaktionsschluss:

fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Tel.: 0341 710039-90, Fax: 0341 710039-74 u. -99
Internet: www.l-va.de, E-Mail: lk@l-va.de

Verlagsleitung:

Dr. Rainer Stumpe

Anzeigendisposition:

Livia Kummer, Tel.: 0341 710039-92,
E-Mail: lk@l-va.de

Druck:

Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH & Co KG
Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

Layout-Design:

Kathrin Artmann, Schwäbisch-Hall
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen
Zzt. ist Anzeigenpreisliste 2014 vom
1.1.2014 gültig.

Bezugspreis / Abonnementspreise:

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

ISSN: 0171-9661

Hessisches Ärzteblatt



Editorial: Zeit zum Reden?	488
Aktuelles	
Sommerempfang der Heilberufe	489
Spitzenmedizin in der Zukunft? Aktionärsversammlung Rhön-Klinikum AG	493
„Wir brauchen eine Art Geburtsurkunde für Studien“	497
Aktuelle KRINKO-Empfehlung zu MRSA erschienen	523
„Cannabis sollte freigegeben werden, wenn alles andere nicht mehr wirkt“	526
Schlaglichter, Nachrichten und Notizen	528
Strukturkrise im Gesundheitswesen – Podiumsdiskussion	529
Landesärztekammer Hessen	
Bringt Argumente auf den Punkt – Interview mit Dr. med. Wolf Andreas Fach	495
Dienstjubiläum: 25 Jahre bei der Landesärztekammer Hessen	531
Fortbildung	
Zertifizierte Fortbildung: Das Complex regional pain syndrom (CRPS)	499
Versorgungswerk – Die „Mütterrente“	496
Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Bad Nauheim	513
Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim	519
Ansichten und Einsichten	
Wer eine Qualitätsoffensive will, braucht eine Personaloffensive!	492
Arzt- und Kassenarztrecht	
Chefartzbehandlung bei Bewusstlosen und Notfallpatienten	505
Die Sachverständigenablehnung im Arzthaftungsprozess	508
Aus der Gutachter- und Schlichtungsstelle	
Was nicht passieren sollte – Perforation bei einer Vorsorgekoloskopie	512
Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	
Seminar für Berufsanfänger und Wiedereinsteiger	503
Parlando – Mit Goethe auf Schlenderweinprobe	504
Von hessischen Ärztinnen und Ärzten	
In memoriam Prof. Dr. med. Günther Vetter	533
Bücher	
Arzt und Niederlassung	503
Expedition Krebs	527
Zumutung Tod	537
Personalia	532
Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	534
Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	537

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.

Zeit zum Reden?



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

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vor wenigen Wochen konnten wir lesen, dass die sogenannte Gesundheitskompetenz der Deutschen, die von dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) im Rahmen einer Repräsentativumfrage bei gesetzlich Versicherten erhoben wurde, unter dem europäischen Durchschnitt liegt. Danach sei der Kenntnisstand bei 45 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten problematisch, bei 14,5 Prozent sogar unzureichend. Insbesondere die Themen Krankheitsbewältigung und Prävention seien problematisch. Die Versicherten hätten Schwierigkeiten, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und umzusetzen. Dies betreffe häufiger Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status. Allerdings heißt es im WiDO-Monitor: „Das große und vielfältige Angebot wie auch die Formalitäten zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen machen es den Patienten schwer, angemessen für ihr gesundheitliches Wohlbefinden zu sorgen. Das betrifft nicht nur sozialschwache und bildungsferne Schichten in der Gesellschaft, sondern alle gesellschaftlichen Gruppen.“ Wenig überraschend ist die Äußerung des Geschäftsführers der Unabhängigen Patientenberatung, der die meisten Kommuni-

kationsschwierigkeiten zwischen Ärzten und Patienten sowie zwischen Patienten und den Krankenkassen sieht. So fordert er, dass Kommunikation auch in der Ausbildung der Mediziner gelehrt werden müsse. Dabei übersieht er geflissentlich, dass 85 Prozent der Versicherten angaben, keine Probleme zu haben, „zu verstehen, was der Arzt sagt.“

Auch in Deutschland haben die meisten medizinischen Fakultäten ein Training von kommunikativen Kompetenzen in den Regelunterricht übernommen, häufig mit Schauspielern in der Rolle der Patienten. Natürlich gibt es auf diesem Gebiet noch Verbesserungspotenzial, doch das Problem der fehlenden Zeit bleibt auch dann. Das sieht auch die Unabhängige Patientenberatung so. Wenn die Zeit fehlt, nützt die beste Kommunikationsschulung auch nichts. Die oben genannten nicht selten sehr zeitaufwendigen Formalitäten bereiten nicht nur den Patienten Schwierigkeiten, sondern auch den Ärztinnen und Ärzten, aber auch den anderen Gesundheitsberufen. Ein Lichtblick zeigt sich bei der Pflegedokumentation. So erklärte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) im April, es sei möglich, die Anforderungen an die Dokumentation zu reduzieren, ohne die Qualität der Pflege zu gefährden. In einem Modellprojekt hatten 26 stationäre Pflegeeinrichtungen und 31 ambulante Pflegedienste Modellbögen für eine einfachere Dokumentation im praktischen Alltag erfolgreich

getestet. Hoffentlich gelingt es, diese Erfahrungen bundesweit umzusetzen. Eine vergleichbare Initiative wäre auch für die Praxen und Kliniken mehr als wünschenswert. Der bürokratische Alltag, um nicht zu sagen Wahnsinn, ist durchaus geeignet, Kolleginnen und Kollegen nachhaltig abzuschrecken. So fand sich im Deutschen Ärzteblatt vom 4. August 2014 folgender Kommentar der Kollegin Bettina Funke zum Thema „Neurologische Rehabilitation: Ausufernde Bürokratie“: „Die Arbeit mit den schwerkranken Patienten hat mir Spaß gemacht. Leider bestand meine Arbeit jedoch zu einem so großen Teil aus sinnentleerer Bürokratie, dass für mich nach neun Monaten feststand, das System nicht mehr unterstützen zu wollen. Ob mein berufliches Ziel tatsächlich weiterhin die Allgemeinmedizin sein kann, bleibt extrem kritisch zu hinterfragen, denn auch dort scheint die Bürokratie auszufern.“

Hier bietet sich den Krankenversicherungen ein lohnendes Betätigungsfeld, um für Abhilfe zu sorgen. Die so eingesparte Zeit kann dann für Patientinnen und Patienten, nicht zuletzt für Kommunikation eingesetzt werden.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

„Nimmt die Politik das Gesundheitswesen ernst genug?“

Sommerempfang der Heilberufe u. a. mit Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery und dem hessischen Gesundheitsminister Stefan Grüttner

„Wenn Wiesbaden das Nizza des Nordens sein soll, dann ist das Opelbad die Côte d'Azur“, hat der Wiesbadener Kurier einmal geschrieben. Tatsächlich verlieh das mediterran anmutende Ambien-



Prof. Dr. med.
Frank Ulrich Montgomery



Hessischer Gesundheitsminister
Stefan Grüttner

te der Anlage auf dem Wiesbadener Neroberg dem ersten Sommerempfang der hessischen Heilberufskörperschaften südliches Flair. Das Bündnis „heilen und helfen“, dem Landesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, Landes Zahnärztekammer, Kassenzahnärztliche Vereinigung, Landesapothekerkammer, Psychologische Psychotherapeutenkammer und Tierärztekammer in Hessen angehören, hatte Vertreter aus Politik, Gesundheitswesen und Wirtschaft auf den Wiesbadener Hausberg eingeladen. Sommerliche Temperaturen und ein blauer Himmel empfangen über 150 Gäste, die ein hochkarätiger gesundheitspolitischer Gedanken- und Meinungs-

austausch erwartete. Zentrale Themen waren der Einfluss der Heilberufe auf politische Entscheidungen und die Qualität ärztlicher Leistungen. „Nimmt die Politik das Gesundheitswesen ernst genug?“ fragte der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, in seinem Festvortrag. Dass die jetzige schwarze Bundesregierung der Gesundheitspolitik besondere Bedeutung beimesse, werde schon bei einem Blick in den Koalitionsvertrag deutlich. In kaum einem anderen Politikbereich würden die Vorhaben der Koalition so detailliert beschrieben wie in der Gesundheitspolitik. Inhaltlich lasse sich erkennen, dass die Bundespolitik den von Schwarz-Gelb eingeschlagenen Weg fortsetzen und die Patientenversorgung in Klinik und Praxis weiter verbessern wolle.

Stärker reglementiert als in einer Planwirtschaft

Daran, dass das Gesundheitswesen auch für die hessische Landespolitik einen besonderen Wert besitze, ließ Gesundheitsminister Stefan Grüttner keinen Zweifel. Er rief Heilberufe und Politik dazu auf, sich den gesundheitspolitischen Herausforderungen gemeinsam zu stellen. Deutlich kritisierte der Minister die Neigung, das Gesundheitswesen schlecht zu reden: „Ich vermisse den Impuls an die junge Generation, dass Ihnen Ihr Arztberuf Spaß macht.“ Grüttner räumte allerdings ein, dass nicht alles zum Besten stehe: So sei das deutsche Gesundheitswesen strenger reglementiert als in einer Planwirtschaft. „Stärkere Regulierungen machen mir als Politiker keinen Spaß“, betonte er. Allerdings seien sie dann notwendig, wenn andere Wege nicht zum Erfolg führten. Was die Bewertung der Qualität im Gesundheitswesen angehe, stehe ein Paradigmenwechsel bevor, erklärte Grüttner.

Eine optimistische Einschätzung, die Montgomery mit Blick auf das geplante Quali-

tätsinstitut der Bundesregierung so nicht teilen konnte: Natürlich stehe die Bundesärztekammer hinter der von den Koalitionären angekündigten „Qualitätsoffensive“ im Gesundheitswesen. Doch Qualität sei ein Wert an sich, der nicht als Mittel zum Zweck, etwa zur Kosten- oder Kapazitätsreduktion, missbraucht werden dürfe. Er riet daher, sehr genau darauf zu achten, dass die Kostenträger nicht unter dem Deckmantel der Qualitätssicherung ihren Einfluss auf die Versorgungsabläufe in Klinik und Praxis weiter ausbauen.

Expertise der Heilberufe einbeziehen

Die Instrumente zur Qualitätsmessung müssten strikt patientenorientiert und frei von wirtschaftlichen Interessen sein. Außerdem forderte Montgomery die Politik dazu auf, bei ihren Bemühungen immer auch die Expertise der im Gesundheitswesen tatsächlich Tätigen einbeziehen. „Auch wenn deren Positionen mitunter unbequem sind“, fügte er hinzu. Sonst drohe dem geplanten Qua-

litätsinstitut dasselbe Schicksal wie der elektronischen Gesundheitskarte.

Mit dem Thema politische Reglementierung setzte sich auch Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen, in seiner engagierten und zahlreiche Aspekte aufwerfenden Rede auseinander. Es reiche nicht



LÄKH-Präsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach spricht vor konzentrierten Zuhörern

aus, wenn die Politik das Gesundheitssystem vorwiegend unter Kostendämpfungsgesichtspunkten wahrnehme. Vielmehr müssten die Aspekte der Versorgung Kranker und Pflegebedürftiger, die Prävention sowie nicht zuletzt die Gewinnung und Ausbildung entsprechender Gesundheitsberufe im Vordergrund stehen.

Qualitätssicherung ist Aufgabe der Heilberufekammern

Die Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen sei eine ärztliche Aufgabe, die auch in den Heilberufsgesetzen der Länder ihren Niederschlag finde, erklärte von Knoblauch zu Hatzbach. „So ist es die Aufgabe der hessischen Heilberufekammern, die Qualitätssicherung im Gesundheits- und Veterinärwesen zu fördern und die Mitwirkung der Kammermitglieder an der Sicherung der Qualität ihrer beruflichen Leistungen zu regeln.“ Doch weder würden die Angehörigen der Heilberufe dazu von der Politik gefragt, noch werde ihr Expertenwissen eingefordert.

Von Knoblauch zu Hatzbach stellte die Notwendigkeit der geplanten Vier-Wochen-Garantie für einen Facharzttermin in Frage – Patientinnen und Patienten, die einen dringenden Behandlungstermin benötigten, erhielten diesen – und setzte sich mit der elektronischen Gesundheitskarte auseinander. Wiederholt habe die Ärzteschaft auf deren Gefahren für den Datenschutz hingewiesen. Die Politik solle vor ihren oft weitreichenden Entscheidungen den Sachverstand der Gesundheitsberufe, aber auch jenen von Patientinnen und Patienten in Anspruch nehmen, so von Knoblauch zu Hatzbach. Ambulante und stationäre

Medizin müssten in den zuständigen Gremien auf Landes- und Bundesebene ein angemessenes Mitspracherecht und Entscheidungskompetenz erhalten.

Kritik an europäischer Normierungswut

Mit scharfen Worten erteilte Montgomery der Normierungswut der Europäischen Union bezogen auf heilberufliche Leistungen eine Abfuhr. Als Beispiel nannte er den Bereich der ästhetischen Chirurgie. Es sei zu befürchten, dass die Festlegung harmonisierter Standards zu einer Absenkung des Qualitätsniveaus führen und eine Kernkom-

petenz der ärztlichen Selbstverwaltung aushöhlen könnte. Weniger dramatisch bewertete der Präsident der Bundesärztekammer das Thema Ärztemangel. Allerdings könne der ärztliche Nachwuchs nicht mit Geld allein gelockt werden. So müssten ländliche Regionen Anreize schaffen und ihre Infrastruktur verbessern.



Angeregte Diskussionen bei sommerlichen Temperaturen

Katja Möhrle

Fotos: Maren Grikscheit

2012 startete das Diabetes-Präventionsprojekt „Fit und gesund älter werden“ der Landesärztekammer Hessen mit einer viel beachteten Auftaktaktion in Offenbach. Weitere erfolgreiche Stationen des Projekts waren bisher der Landkreis Hersfeld-Rotenburg sowie die Städte Kassel und Frankfurt/Main.



In diesem Jahr ist die Landesärztekammer mit „Fit und gesund älter werden“ Mitveranstalter:



Mittelhessischer Diabetes-Präventionstag

am 13. September 2014,

von 10 bis 15 Uhr

in der Kongresshalle Gießen, Berliner Platz 2, 35390 Gießen

mit Starkoch Mirko Reeh

Veranstalter:

Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH

Standort Gießen

Universitäres Diabeteszentrum Mittelhessen (UDZM)

Medizinische Klinik und Poliklinik III

Unter der Schirmherrschaft von: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration und der Universitätsstadt Gießen

In Zusammenarbeit mit: Hessische Fachvereinigung für Diabetes (HFD),

Landessportbund Hessen, Sportkreis Gießen e.V.,

Hessische Arbeitsgemeinschaft Gesundheitserziehung (HAGE e.V.)

Programm unter www.laekh.de (Diabetesprävention)

Ausschreibung des 3. Hessischen Gesundheitspreises

Alle hessischen Vereine, Institutionen, Initiativen und Fachleute sind in diesem Jahr wieder aufgerufen, sich an der 3. Ausschreibung des Hessischen Gesundheitspreises zu beteiligen.

Im Fokus des Gesundheitspreises der Hessischen Landesregierung steht die Gesundheitsförderung und Stärkung der Prävention. Verliehen wird jeweils ein Förderpreis von 2000 Euro in den Bereichen:

- Gesund Aufwachsen
- Gesund Bleiben mitten im Leben
- Gesund Altern

Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration zeichnet mit dem Preis innovative Ideen aus. Besonders förderungswürdig sind Projekte, die das Potenzial für eine landesweite Ausweitung haben.

Bewerbungsschluss: 19. September 2014

Wer kann mitmachen? –

Projekte, die folgende Kriterien erfüllen:

- Das Projekt wurde in der Praxis eingesetzt.
- Die Umsetzung erfolgt in Hessen.
- Das Projekt läuft noch oder liegt nicht länger als zwölf Monate zurück.
- Das Projekt hat Vorbildcharakter, das heißt es eignet sich für eine landesweite Umsetzung.

Teilnahmebedingungen und Informationen in Internet unter www.hage.de/aktivitaeten/gesundheitspreis.html

Wer eine Qualitätsoffensive will, braucht eine Personaloffensive!

Susanne Johna

Ansichten

Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung wird das Gesundheitswesen auf immerhin 12 von 184 Seiten erörtert. Die Koalition kündigt an, mit einer Qualitätsoffensive die stationäre Versorgung verbessern zu wollen: „Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, nach dem neuesten medizinischen Stand und in bester Qualität behandelt zu werden.“

Das hört sich nach einem neuen Blickwinkel an und scheint nicht auf einer Linie mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches zu liegen: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“ Also sollten wir Ärzte uns freuen, dass die Politik die Qualität der Versorgung betont?

In den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts waren es die Ärzte (zunächst die Chirurgen), von denen Initiativen zur Qualitätssicherung ausgingen. Schon lange nehmen Kliniken und Praxen an zahlreichen Qualitätssicherungsmaßnahmen teil. Beispiele sind CIRS, QM, KTQ und andere Zertifizierungen.

Zahlreiche weitere Initiativen der Ärzteschaft folgten und mündeten schließlich in der Gründung eines gemeinsamen Kompetenzzentrums von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), das seit 1995 Empfehlungen zu Qualitätsindikatoren, Leitlinien, Patientinneninformationen und Patientensicherheit zur Verfügung stellt.

Das 1995 gegründete AQUA (Institut für angewandte Qualitätssicherung im Gesundheitswesen GmbH) beschäftigt sich mit dem Aufbau einer bundesweiten sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Im Jahr 2004

wurde im Zuge der Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes das IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) gegründet.

Brauchen wir also wirklich ein weiteres Qualitätsinstitut, das laut Koalitionsvertrag sektorenübergreifende Routedaten sammeln, auswerten und einrichtungsbezogen veröffentlichen soll?

Es scheint so viel leichter zu sein, Institute zu gründen und die dafür notwendigen Gelder der Gesundheitsversorgung zu entziehen, als sich die Frage zu stellen, warum wir uns alle zunehmend Sorge um die qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten machen müssen.

Ärztinnen und Ärzte verpflichten sich zu ethischem Handeln im Sinne des hippokratischen Eids: „... Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein...“. Das Gesundheitspersonal insgesamt zeichnet sich durch eine hohe intrinsische Motivation und Leistungsbereitschaft aus. Ärztinnen und Ärzte sind in Deutschland hervorragend aus- und weitergebildet.

Dennoch ist die Sorge um die Qualität der Versorgung berechtigt. Denn die qualitativ hochwertige Patientenversorgung der Bevölkerung ist heute nicht mehr oberstes Ziel im Gesundheitswesen. Im Vordergrund der Überlegungen stehen allzu oft Gewinnoptimierung und zu diesem Zwecke Leistungsverdichtung, Liegezeitverkürzung und Fallzahlsteigerung.

Diese Entwicklung führt insbesondere in den Kliniken dazu, dass Ärzte nicht mehr so handeln können, wie sie es für die jeweiligen Patienten richtig finden, sondern Vorgaben des Klinikmanagements einen höheren Stellenwert bekommen als ethi-

sches und evidenzbasiertes Handeln. Die Betonung des ökonomischen Ziels gipfelt schließlich in Verträgen für Chefarzte, in denen Bonuszahlungen von Fallzahlsteigerungen oder gar Personalabbau abhängig gemacht werden.

Schon jetzt ist klar, dass Qualitätsdaten auch zur Krankenhausplanung herangezogen werden sollen. Möglicherweise geht es der Politik also darum, Kliniken mit schlechteren Qualitätsdaten zu schließen. Das erscheint auf den ersten Blick auch plausibel, wirft aber die Frage auf, welche Qualitätsdaten denn hierfür verwendet werden sollen. Gibt es überhaupt Daten, die alles, was im Krankenhaus geleistet wird, abbilden und unabhängig von Patientenkriterien (Komplexität) sind?

Die Krankenkassen plädieren schon lange für eine Umstellung der Krankenhausfinanzierung im Sinne von „Pay for Performance (P4P)“. Die Möglichkeiten, die Versorgungsqualität mittels finanzieller Anreize (P4P) zu verbessern, werden national und international diskutiert und in einigen Ländern bereits eingesetzt. Dennoch hat ein vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Auftrag gegebenes und 2012 vorgelegtes Gutachten keine positive Wirksamkeit von P4P nachweisen können. Das BMG hat in einer Pressemitteilung dazu bekannt gegeben, dass: „...vor einer breiteren Einführung solcher Verfahren (P4P) noch Forschungsbedarf besteht“.

Es gibt aber sehr wohl ein Qualitätskriterium, dessen positive Korrelation zu qualitativ hochwertiger Patientenversorgung schon lange bekannt und durch zahlreiche Studien aus unterschiedlichen Fächern belegt ist: Die Anzahl des qualifizierten Personals in Pflege, Therapie und Medizin im Verhältnis zur Patientenzahl.

Die besten Untersuchungen hierzu gibt es in Bezug auf die Personalbesetzung in der Pflege. Die Realität in den deutschen Krankenhäusern zeigt beeindruckend eine von der EU geförderte Studie: Registered nurse forecasting in Europe. Demnach betreut in Deutschland eine Pflegekraft circa 60 Prozent mehr Patienten (13 je Pflegekraft) als der Durchschnitt der Pflegekräfte in anderen europäischen Ländern (8,3 je Pflegekraft). Das ist sehr kritisch zu betrachten, zeigt eine im Februar 2014 veröffentlichte Vergleichsstudie im Lancet zu „nurse staffing, education und mortality“ in 300 Krankenhäusern aus neun europäischen Ländern: Das Mortalitätsrisiko von Patienten nach chirurgischen Eingriffen steigt um ca. 7 Prozent an, wenn eine im jeweiligen Landesdurchschnitt belas-

tete Pflegekraft nur einen (!) Patient mehr betreuen muss.

Eine weitere Studie untersuchte den Zusammenhang zwischen Arbeitsdichte und nosokomialen Infektionen auf deutschen Intensivstationen und zeigte, dass unter allen untersuchten Faktoren eine hohe Arbeitsdichte das größte Risiko für nosokomiale Infektionen darstellt und damit die Inzidenz massiv erhöht.

Es ließen sich zahlreiche weitere Untersuchungen anführen. Personal wird heute allzu oft nur noch unter dem Kostenaspekt betrachtet und nicht als der entscheidende Faktor, der den Unterschied macht zwischen einer mäßigen und einer hervorragenden Patientenbetreuung.

Wer also die Qualität der Patientenversorgung in deutschen Kliniken verbessern will,

muss dafür sorgen, dass die Personalschlüssel in den deutschen Kliniken erheblich aufgestockt und klar geregelt werden. Damit ließe sich die Versorgung der Patienten tatsächlich verbessern, nicht aber mit der Gründung eines neuen Qualitätsinstituts.



Foto: Vera Friederich

*Dr. med.
Susanne Johna
Präsidiumsmitglied
der LÄKH*

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

Spitzenmedizin in der Zukunft?

Bericht aus der Aktionärsversammlung der Rhön-Klinikum AG

Ursula Stüwe

Die Rhön-Klinikum AG stellte die diesjährige Hauptversammlung am 12. Juni 2014 in Frankfurt/M. thematisch unter das Hauptthema des erfolgten Verkaufs von 40 Kliniken und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an Helios/Fresenius. Wie aus den Medien bekannt war, will sich Rhön zukünftig auf „Spitzenmedizin“ konzentrieren. Der Konzern verkleinerte sich durch den Verkauf erheblich, aber man sieht jetzt schon gleich wieder „Wachstumschancen“. Neu eingerichtet wird ein „Medical Board“. Dieses soll die übergeordnete Unternehmensstrategie mit der medizinisch-wissenschaftlichen Kompetenz verbinden.

Der jetzt entstandene heterogene Klinikverbund soll sich zu einem integrierten Gesundheitsdienstleister transformieren. „Innovation und Behandlungsexzellenz“ seien die zukünftigen Kennzeichen des Konzerns, so Vertreter von Rhön.

Netzwerkmedizin soll weiter ausgebaut werden, und zwar zwischen Rhön, Helios/Fresenius und Asklepios. Diese drei großen privat geführten Klinikkonzerne wollen zukünftig dazu eine arbeitgeberfinanzierte (!) Zusatzversicherung für stationäre und ambulante Leistungen erarbeiten. Die Vorteile dieser Versicherung sollen in je-

nen Kliniken zur Anwendung kommen, die zum Netzwerk gehören. Das Netz sei aber auch offen für weitere Einrichtungen mit entsprechenden Voraussetzungen, und es soll auch allen Versicherten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen (GKV und PKV) zur Verfügung stehen.

Zunächst berichteten Geschäftsführung und Aufsichtsrat über das abgelaufene Geschäftsjahr. Daran schloss sich die Fragemöglichkeit für Aktionäre an, die lebhaft genutzt wurde. Alle Antworten wurden in einem nicht einseharen „back office“ schriftlich vorbereitet und anschließend

vom Sprecher der Geschäftsführung, Dr. med. Dr. jur. Martin Siebert, verlesen. Keine einzige Frage wurde von ihm spontan beantwortet.

„Spitzenmedizin“ ist ein Modewort, welches nach meiner Einschätzung einer Definition bedarf. Das war für mich Anlass, drei Fragen zur geplanten Strategie zur Umsetzung „Spitzenmedizin“ zu stellen: Warum hat man zwei Chefärzte der Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken Wiesbaden (HSK) mit ihren Teams – beide in der Focus-Ärzte-liste aufgeführt – zur Konkurrenz wechseln lassen, ohne sie für die eigene „Spitzenmedizin“ zu gewinnen? In der Beantwortung wurde darauf verwiesen, dass die HSK nach Weggang der Chefärzte weiterhin voll einsatzbereit seien im Sinne des Versorgungsauftrags. Zu der nicht erfolgten Übernahme in den Konzern der „Spitzenmedizin“ gab es keine Auskunft.

„Spitzenmedizin“ in der Kinderchirurgie in Gießen und Marburg? Man findet auf der Website des Universitätsklinikum Gießen Marburg (UKGM) zwei kinderchirurgische Kollegen in Marburg. Die Frage, wie von nur zwei Kollegen „spitzenmedizinische Kinderchirurgie“ ausgeübt werden könne, wurde nicht beantwortet.

Mein Verständnis von „Spitzenmedizin“ erfordert eine gute Personalausstattung, sowohl im ärztlichen wie im pflegerischen Bereich. Meine dritte Frage bezog sich deshalb auf die Information, dass allein in Marburg ca. 100.000 Überstunden angefallen seien. Darüber hinaus gebe es dem Vernehmen nach Anzeigen beim Regierungspräsidium wegen Arbeitszeitverstößen. In dieser Situation hätte ich erwartet, dass uns Aktionären vorgeschlagen wird, einen Teil der Verkaufserlöse zur Verbesserung der Personalsituation einzusetzen. Diesen Vorschlag jedoch gab es nicht. Die Antworten waren knapp: Man wolle die „Überschüsse“ nicht für „soziale Zwecke“ einsetzen, war die Bemerkung zur Überstundensituation. Und mit dem Regierungs-

präsidium befände man sich in sachlicher Diskussion.

Für mich blieben nach diesem langen Tag viele offene Fragen:

- Warum kann ein Geschäftsführer nicht eine Frage spontan selbst beantworten? Stehen dahinter ausschließlich juristische Absicherungen? Wir Ärztinnen und Ärzte könnten niemals so arbeiten – da muss das Wissen zu Krankheiten jederzeit verfügbar sein. Sicher sind in wenigen Situationen Konsile und/oder Literaturinformationen zusätzlich nötig, aber im täglichen Ablauf ist Wissen aktuell verfügbar. Für schwierige Situationen bereitet man sich ausgiebig vor.
- Hat die bisherige Unternehmensstrategie die medizinisch-wissenschaftliche Kompetenz nicht mit berücksichtigt bei allen Entscheidungen? Jetzt besinnt man sich darauf?
- Warum will man keine (lebendigen) Diskussionen und legt sich fest auf ein lähmendes Frage-Antwort-Spiel? Nach meiner Einschätzung sind damit kaum wichtige neue und relevante Erkenntnisse aus dem Kreis der Aktionäre zu generieren – eine wichtige Quelle bleibt ungenutzt.
- Wie wird sich die Netzwerkmedizin (auch ein nicht klar definiertes neues Modewort), ausgeübt von den großen, privat geführten Klinikketten, auswirken auf die Patientenbehandlung? Werden nur GKV-Versicherte in den Genuss von „Spitzenmedizin“ kommen, oder eher Menschen mit der noch zu gründenden Zusatzversicherung?
- Bleibt freie Arzt- oder Klinikwahl bestehen?
- Wie werden die Konzerne agieren im Hinblick auf das „Berufsbild des Arztes/der Ärztin“? Soll unter Umständen Arzt/Ärztin Erfüllungsgehilfen werden für Bedürfnisse=Renditen von Aktionären? Ich erinnere mich gut an frühere Vorschläge aus dem Rhön-Konzern, wie der „Arzt der Zukunft“ auszusehen hätte!

- Bleibt der ärztliche Beruf ein „Freier Beruf“ – ein Beruf, der weisungsunabhängig(!) ausgeübt wird?
- Wie werden ökonomisch begründete Klinikkonzentrationen die Berufsausübung für Ärztinnen und Ärzte beeinflussen?
- Wird bei derartigen Konzentrationen die Therapiefreiheit im Sinne der guten Patientenbehandlung erhalten bleiben?
- Wie werden sich Aus- und Weiterbildungen verändern im ärztlichen und pflegerischen Bereich?
- Steht die Patientenbehandlung überhaupt noch im Zentrum der Kliniken und MVZ?

Nach meiner Überzeugung ist „Spitzenmedizin“ nur machbar, wenn ausreichend Personal in allen Bereichen der direkten Patientenversorgung vorhanden ist. Jede Krankheit ist immer auch eine Form von „Lebenskrise“, und in dieser benötigt jeder kranke Mensch sowohl moderne Medizintechnik wie auch ein hohes Maß an menschlicher Zuwendung. Zuwendung benötigt Zeit, (Arbeits)Zeit des Personals, das direkt am Patienten tätig ist. Rationalisierung von Zuwendung ist patientenfeindlich. Mit Personalknappheit, die zu unzähligen Überstunden führt, entziehe ich den Patienten die für die Heilung so dringend notwendige Zuwendung! Mit pharmakologischen Erzeugnissen oder „Arbeiten nach Industriemaßstäben“ kann Empathie nicht ersetzt werden, dafür ist und bleibt Zeit nötig. Wenn aus Kostengründen am Personal gespart wird, wird auch an „Spitzenmedizin“ gespart!

Die Hauptversammlung der Rhön-Klinikum AG hinterließ bei mir einen Wust an Fragen...



Foto: privat

Dr. med. Ursula Stüwe
Dreiruthenweg 14
65388 Schlangenbad
E-Mail:
ursula.stuewe@
t-online.de

Bringt Argumente auf den Punkt

Interview mit dem Präsidiumsmitglied Dr. med. Wolf Andreas Fach

Freundlich, gelassen und sachorientiert: So wirkt Dr. med. Wolf Andreas Fach (Foto), Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, Spezielle Internistische Intensivmedizin, beim berufspolitischen Erfahrungsaustausch. Immer wieder zeigt er die bemerkenswerte Fähigkeit, Diskussionsknoten zu entwirren, Argumente auf den Punkt zu bringen und stringente Lösungen auch für verzwickte erscheinende Probleme zu entwickeln.

1952 in Würzburg geboren, studierte Fach in Kiel und Frankfurt Humanmedizin. Nach der Weiterbildung Chirurgie und der Weiterbildung Innere Medizin absolvierte er die Weiterbildung Kardiologie in Frankfurt und Bad Nauheim. Von 1986 bis 1995 war er Oberarzt der Medizinischen Klinik I des Stadtkrankenhauses Hanau.

Seit 1995 gehört der niedergelassene Kardiologe, Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der Deutschen Herzstiftung, dem Kardiologischen Centrum Bethanien (CCB) in Frankfurt an. 1981 wurde Fach Mitglied des Bundesverbandes Deutscher Internisten (BDI); seit 2007 sitzt er dem Landesverband Hessen vor. Von 1996 bis zu seiner Wahl in das Präsidium der Landesärztekammer Hessen (Legislaturperiode 2013 – 2018) war Fach, Liste „Fachärzte Hessen“, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Frankfurt.

Seine kurzen Antworten auf die nachstehenden Fragen entsprechen Wolf Andreas Fachs Naturell: sachlich und prägnant zugleich.

Warum sind Sie Arzt geworden? Was interessiert Sie besonders am Arztberuf?

Dr. med. Wolf Andreas Fach: Zunächst lag das Interesse im Wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Bereich mit einem Abitur in dieser Richtung. Die Mitarbeit im Rettungsdienst veränderte den Schwerpunkt. Was mich an dem Beruf fasziniert, ist die Kombination von Wissenschaft und Humanität.

Sie sind niedergelassener Facharzt. Mit welchen besonderen Herausforderungen sind Sie in Ihrem Berufsalltag konfrontiert?

Fach: Einerseits mit vertrauensvollen Patienten und sehr engagierten Kollegen. Sie erwarten ärztliches Wissen, menschliche Zuwendung, kollegiales Miteinander und



Foto: Vera Friederich

zukunftsorientierte Zusammenarbeit von mir. Erwartungen, die ich uneingeschränkt als positiv empfinde. Andererseits gibt es natürlich auch Herausforderungen, die aus Problemen resultieren: So die Unfähigkeit von Politik und Kassen, das Gesundheitswesen weiter zu entwickeln und der Vorrang des Spardiktats.

Welche Ratschläge geben Sie jungen fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen, die sich niederlassen möchten?

Fach: Meine Empfehlung ist, sich nicht mit einer Einzelpraxis, sondern in der Gruppe niederzulassen. Dabei sollten junge Kolleginnen und Kollegen innovative Gruppen mit Interaktion zum stationären Bereich bevorzugen.

Wie, wann und warum sind Sie zur Berufspolitik gestoßen?

Fach: 1984 – aus Protest gegenüber konservativer „Standespolitik“. Ich habe mich damals in die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) wählen lassen, der ich mit einer kurzen Unterbrechung seither angehöre.

Sie waren viele Jahre Vorsitzender der Bezirksärztekammer Frankfurt. Mit welchen Themen haben Sie sich in dieser Zeit besonders häufig beschäftigen müssen?

Fach: Zu den Kernaufgaben gehört die Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten bis hin zur feierlichen Verabschiedung in den Beruf. Die ärztliche Fortbildung erfuhr in der Bezirksärztekammer Frankfurt traditionell eine besondere Aufmerksamkeit. Zusammen mit den Fortbildungsbeauftragten wurden und werden viele interessante Vorträge angeboten. Ein besonderes Ziel war ein fairer Interessenausgleich zwischen den häufig berechtigten Patientenbeschwerden und den ärztlichen Interessen.

Weshalb ist für Sie das Engagement in der LÄKH wichtig?

Fach: Politisch geht es mir um den Erhalt der eigenverantwortlichen Berufsausübung von Ärztinnen und Ärzten sowohl in den Kliniken als auch im ambulanten Bereich. Das reicht von den Regelungen der Weiterbildung bis zur Fortbildung und der Regelung des ärztlichen Miteinanders. Ich möchte dazu beitragen, dass dies alles mit Hilfe einer effizienten Struktur in der Ärztekammer, mit konstruktiven Mitarbeitern und zum Beispiel der zeitnahen Umsetzung neuer IT-Techniken erreicht werden kann.

Bleibt Ihnen neben Beruf und Berufspolitik noch Zeit für private Interessen/Hobbys?

Fach: Eigentlich nicht. Gelegentlich schwinde ich mich auf das Rennrad oder besuche eine aktuelle Ausstellung. Besonders wichtig sind für mich die Familie und die Enkelkinder.

Die Fragen stellte Katja Möhrle

Was sind Ihre wichtigsten Ziele als Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen?

Dr. med. Wolf Andreas Fach: Wie bei der Arbeit als Vorsitzender der Bezirksärztekammer: Ein rationaler Ausgleich von Interessen. Das betrifft alle Arbeitsfelder des Präsidiums wie Neugestaltung der Weiterbildungsordnung, gemeinsame Interessenvertretung der Ärzteschaft auch mit der Kassenärztlichen Vereinigung sowie aufmerksame Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landesärztekammer und der Arbeitsstrukturen. Ein besonderes Ziel ist der Erhalt der beruflichen Selbstständigkeit der Ärzteschaft gegenüber Staat und Kassen. Für diese wichtigen Vorhaben müssen auch jüngere Kolleginnen und Kollegen sensibilisiert werden.

Wie wollen Sie diese Ziele erreichen?

Fach: Politische Ziele sind nur mit parlamentarischen Mehrheiten umzusetzen. Diese müssen immer wieder neu erreicht werden. Dazu gilt es, die Kolleginnen und Kollegen immer wieder sachlich zu informieren und neu zu überzeugen.

Die „Mütterrente“ – wie die Änderungen die Mitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen betreffen

Infolge der jüngst vom Bundestag beschlossenen „Mütterrente“ gibt es für die Anerkennung von Kindererziehungszeiten durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Neuerungen. Seit dem 1. Juli 2014 wird für vor 1992 geborene Kinder ein zusätzliches, zweites Jahr von der DRV für eine Rente anerkannt. Damit wird der Unterschied zwischen vor und nach 1992 geborenen Kindern verringert; für nach 1992 geborene Kinder können wie bislang drei Jahre als Kindererziehungszeit berücksichtigt werden.

Kindererziehungszeiten auch für die Mitglieder von Versorgungswerken?

Da inzwischen allgemein anerkannt ist, dass die Erziehung von Kindern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die aus Steuermitteln zu finanzieren ist, haben auch die Mitglieder berufsständischer Versorgungswerke seit 2008 einen Anspruch darauf, dass ihre Kindererziehungszeiten auf Antrag von der DRV anerkannt werden. Unter anderem zu diesem Zweck erhält die DRV Steuerzuschüsse, um die Ansprüche aus Kindererziehungszeiten zu finanzieren. Infolge der Mindestbeitragszeit von fünf Jahren in der DRV besteht ein Rentenanspruch **allein** aufgrund von Kindererziehungszeiten nun bei drei vor 1992 oder zwei nach 1992 geborenen Kindern. Wenn die fünfjährige Beitragszeit weder durch Kindererziehungszeiten noch durch Beschäftigungszeiten (mit Beiträgen an die DRV) erreicht wird, können freiwillig Beiträge nachgezahlt werden, um sich eine Rente von der DRV zu sichern.

Wann können freiwillig Beiträge nachgezahlt werden?

Grundsätzlich ist die freiwillige Nachzahlung von Beiträgen jederzeit möglich. Etwas anderes gilt für rentennahe Jahrgänge:

Vor dem 1. Januar 1955 geborene Eltern können frühestens sechs Monate vor Erreichen der Altersgrenze in der DRV Beiträge nachzahlen.

Bis zum 1. September 1950 geborene Mitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen, die nicht der Versicherungspflicht in der DRV unterliegen oder von ihr befreit sind und die am 10. August 2010 nicht das Recht zur freiwilligen Versicherung in der DRV hatten (bis zu dem letztgenannten Datum konnten freiwillig nur dann Beiträge gezahlt werden, wenn die Mindestbeitragszeit von fünf Jahren erfüllt war), können nur bis zum 31. Dezember 2015 einen Antrag auf Nachzahlung stellen.

Lohnt sich eine freiwillige Zahlung von Beiträgen?

Um die Frage zu klären, wie viel jemand freiwillig Beiträge nachzahlen muss, um einen Rentenanspruch zu erwerben, sollte man sich von der DRV beraten lassen. Eine Auskunfts- und Beratungsstelle in der Nähe kann auf der Internetseite der DRV recherchiert werden. Auch eine telefonische Beratung ist möglich.

Kindererziehungszeiten auch für Väter?

Nicht nur Mütter haben einen Anspruch auf die Berücksichtigung von Kindererziehungszeiten, sondern gegebenenfalls auch Väter. Allerdings muss bereits nach der Geburt des Kindes bei der DRV ein Antrag auf Übertragung der Zeiten von der Mutter auf den Vater gestellt werden.

Für wen besteht jetzt Handlungsbedarf?

Diejenigen, die neben der Rente aus dem Versorgungswerk bereits eine Rente der DRV beziehen, müssen nicht tätig werden.

Durch die Änderung wird ihnen automatisch ein zusätzlicher Entgeltpunkt für vor 1992 geborene Kinder zugeschrieben, wodurch sich die Rente ab dem 1. Juli 2014 erhöht. Eine Nachzahlung für die Vergangenheit gibt es jedoch nicht. Das gleiche gilt, wenn die Kindererziehungszeiten bereits beantragt und von der DRV vorgemerkt wurden. Auch dann erfolgt die Anpassung durch die DRV.

Aufgrund der Neuregelung ist es möglich, dass auch die über 65-jährigen Mitglieder berufsständischer Versorgungswerke allein aufgrund von Kindererziehungszeiten (zum Beispiel bei drei vor 1992 geborenen Kindern) erstmalig einen Anspruch auf eine Rente von der DRV haben. Wie bereits erwähnt müssen sowohl die Vormerkung der Kindererziehungszeiten als auch die Rente **direkt bei der DRV** beantragt werden. Damit man die Rente ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt (Juli 2014) erhält, muss der Antrag bis **Ende Oktober 2014** gestellt werden. Ansonsten erhält man die Rente erst ab dem Monat, in dem sie beantragt wird.

Wo finde ich den Antrag auf Anerkennung von Kindererziehungszeiten?

Der Antrag auf Anerkennung von Kindererziehungszeiten kann von der Internetseite der DRV oder des Versorgungswerkes (Menü „Formulare/Downloads“) heruntergeladen werden.

Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie auf unserer Internetseite unter www.versorgungswerk-laekh.de.

*Dr. med. Brigitte Ende
Vorsitzende des Vorstandes
des Versorgungswerkes*

„Wir brauchen eine Art Geburtsurkunde für Studien“

Gespräch mit Prof. Dr. Gerd Antes, Projektkoordinator des Deutschen Registers Klinischer Studien

Transparenz im Umgang mit klinischen Studien ist angesagt. Doch nur ein Teil aller in Deutschland gemachten Arzneimittelstudien wird überhaupt publiziert. Mit Folgen für die Patienten, denn tendenziell erreichen gerade unliebsame Ergebnisse nicht das Licht der Öffentlichkeit. In seinem im British Medical Journal erschienenen Artikel „Are clinical trial data shared sufficiently today? No“ zieht der Arzt und Medizjournalist Dr. Ben Goldacre eine ernüchternde Bilanz.¹

Das Internet- und Wissensportal für Ärzte im Internet, Medscape Deutschland, fragte Prof. Dr. rer. nat. Gerd Antes, Direktor des Deutschen Cochrane Zentrums in Freiburg und Projektkoordinator des Deutschen Registers Klinischer Studien (DRKS) nach der Situation in Deutschland. Das Interview mit dem Diplom-Mathematiker führte Ute Eppinger.

Das DRKS hat den Anspruch, 100 Prozent aller kontrollierten, in Deutschland durchgeführten Studien zu erfassen. Für die zweite Förderphase wurden die Forschungsmittel für das Projekt um 30 Prozent gekürzt...

Prof. Dr. Gerd Antes: Bei einer solchen Etatkürzung ist der Anspruch so nicht umsetzbar. Und wie die Förderung nach der zweiten Förderphase weiter geht, ist völlig unklar. Das ist typisch für die deutsche Forschungslandschaft: Das Bundesforschungsministerium (BMBF) beginnt mit der Anschubfinanzierung und überlässt es dann denen, die das Projekt durchführen, sich um die weitere Finanzierung zu kümmern. Nur: Wie soll das in unserem Fall funktionieren? Die Arzneimittelhersteller haben kein Interesse an dem Projekt und für die Hersteller von medizinischen Produkten dürfte das Gleiche gelten. Damit das Projekt DRKS funktioniert, sind wir auf Unab-

hängigkeit und damit auf unabhängige Finanzierung angewiesen.

Wie viele Studien sind denn bislang im nationalen Register für klinische Studien registriert? Wie bewerten Sie die Situation?

Antes: Das nationale Register für klinische Studien existiert seit Herbst 2008, vorher gab es auf nationaler Ebene nichts. In 2013 wurden 625 Studien registriert, für 2014 rechnen wir mindestens mit 935 Studien. Nun ist es so, dass kein Mensch genau weiß, wie viele klinische Studien in Deutschland pro Jahr gemacht werden. Aufgrund der Schätzungen durch die Ethikkommissionen gehen wir von 2500–3000 Studien pro Jahr aus. Also wären 20 Prozent dieser Studien registriert. Anfangs verlief die Entwicklung sehr langsam, man musste die Projektleiter der Studien ja erst an den Gedanken gewöhnen, ihre Studien zu registrieren. Die Bereitschaft zur Registrierung nimmt zu. Bei den Urologen zum Beispiel ist die Registrierung kontrollierter Studien im DRKS ein erklärtes Ziel. Das ist

ein Modellprojekt mit der Deutschen Gesellschaft für Urologie.

Wie nahe sind wir einem verpflichtenden Studienregister in Deutschland?

Antes: Davon sind wir sehr weit entfernt. Der Gesetzgeber hat versäumt, bei der Novelle des Arzneimittelgesetzes die Verpflichtung zur Registrierung mit aufzunehmen.

Bei den Arzneimittelstudien funktioniert das dennoch, weil wir ein europäisches Register haben. Anders sieht das bei den Medizinprodukten aus: Zwar werden Medizinprodukte über das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erfasst, doch

das ist nicht-öffentlich und damit kein Register, das Transparenz gewährleisten könnte. Und auch von einer verpflichtenden Registrierung von Studien, die weder unter das Arzneimittelgesetz noch unter das Medizinproduktegesetz fallen, also Non-AMG & Non-MPG – wie beispielsweise chirurgische Studien –, sind wir weit entfernt.



Prof. Dr. Gerd Antes

Foto: Deutsches Cochrane Zentrum

¹ Goldacre Ben, *BMJ* (online) 9. Juli 2013
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f1880>

Wie viele Studien fallen in Deutschland unter den Tisch bzw. werden aufgrund unliebsamer Ergebnisse nicht publiziert?

Antes: Knapp die Hälfte wird nicht publiziert. Wir haben für den Zeitraum 2000 bis 2002 alle Anträge bei der Ethikkommission Freiburg analysiert und landeten bei 47 Prozent. Es ist nicht so, dass ausschließlich unliebsame Ergebnisse nicht publiziert werden, aber es gibt eine starke Tendenz in diese Richtung. Es gibt jedoch auch Studienautoren, die schaffen es einfach nicht, ihre Studien in einer Zeitschrift unterzubringen.

Löst denn eine verbindliche Registrierung – wie etwa in den USA – sämtliche Probleme?

Antes: Es würde definitiv nicht alle Probleme lösen. Aber es wäre ein guter Anfang. Denn ein solches Register liefert eine Art Geburtsurkunde für Studien. Man kann damit die Studien, auch nicht publizierte Studien, verfolgen und gezielt die Ergebnisse abfragen. Es gibt keinen Grund, ein solches Register nicht einzuführen.

Pharmahersteller argumentieren oft, dass die vollständige Publikation ihrer Studien mit dem Schutz der Privatsphäre der Studienteilnehmer schlecht zu vereinbaren sei. Doch haben nicht gerade die Patien-

ten ein Recht auf die Offenlegung der Daten?

Antes: Patienten setzen ihre Gesundheit ein, wenn sie sich für Studien zur Verfügung stellen. Sie haben ein Recht auf die Ergebnisse, denn sie können geschädigt werden, wenn nicht alle Daten von vorherigen Studien auf dem Tisch liegen. Hinsichtlich des Schutzes der Privatsphäre könnte man die Studienteilnehmer fragen, ob sie einverstanden sind. Patienten könnten dann mit ihrer Einverständniserklärung, an einer Studie teilzunehmen, auch gleich ihre Forderung formulieren, dass die Studie registriert und publiziert wird.

Auch die Furcht vor Konkurrenz ist ein Grund, weshalb sich Pharmahersteller eher zurückhaltend zeigen. Halten Sie diese Furcht für begründet?

Antes: Eine Registrierung ist kein Selbstzweck, sondern sie ist ein Notnagel, um zu einer vollständigen Publikation des Studiengeschehens zu kommen. Bei Arzneimittelstudien der Phase-3 ist das Argument häufig, denn der Prozess ist dann schon so weit fortgeschritten, wie sollten da mögliche Konkurrenten davon profitieren? Vielleicht könnte man für frühe Phase-1-Studien spezielle Regelungen finden, auch das wird jedoch nicht allgemein begrüßt.

Das Betriebsgeheimnis wird zu sehr betont: Forscher reden miteinander, Methodiker tauschen sich auch auf Kongressen aus. Studien sollen den Patienten nützen, damit ist das Argument Betriebsgeheimnis zweitrangig.

Könnte eine verpflichtende Registrierung gefälschte Studien verhindern? Wären etwa die Studien zu den Infusionslösungen aus Hydroxyethylstärke – kurz HES – von vorneherein aufgefliegen?

Antes: Nein, die Registrierung von Studien kann Fälschungen nicht grundsätzlich verhindern, da die Fälschung ja erst im Verlauf der Studie erfolgt. Die Registrierung könnte jedoch durch die Transparenz als indirekten Effekt vor Fälschungen abschrecken.

Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. rer. nat. Gerd Antes
Universitätsklinik Freiburg
Deutsches Cochrane Zentrum
Berliner Allee 29, 79110 Freiburg
E-Mail: mail@cochrane.de*

*Nachdruck aus Medscape Deutschland, siehe im Internet unter
<http://praxis.medscapemedizin.de/artikel/4901327>*

**24. Deutscher Hautkrebskongress
Jahrestagung Arbeitsgemeinschaft
Dermatologische Onkologie (ADO)****Tagungsort:**

Kap Europa, Osloer Straße 5, 60327 Frankfurt a. M.

Termin: 11. – 13. September 2014

Veranstalter:

Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft
Prof. Dr. med. Roland Kaufmann, Universitätsklinikum Frankfurt – Direktor der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie

Kongressorganisation:

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Jena, Tel.: 03641 3116-362, E-Mail: ado@conventus.de

Tagungswebsite im Internet:

<http://www.ado-kongress.de/>

**26. Jahrestagung der Deutschen
Gesellschaft für Andrologie e. V. (DGA)****Thema:**

Molekulare und operative Andrologie, Genetik und Endokrinologie

Tagungsort:

Justus-Liebig-Universität Gießen
Biomedizinisches Forschungszentrum Seltersberg (BFS)
Schubertstraße 81, 35392 Gießen

Termin: 18. – 20. September 2014

Veranstalter:

Deutsche Gesellschaft für Andrologie e. V. (DGA)

Kongressorganisation:

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Jena, Tel.: 03641 3116-362, E-Mail: dga@conventus.de

Tagungswebsite im Internet:

www.dga-jahrestagung.de

Zertifizierte Fortbildung – 2760602014085030005

Das Complex regional pain syndrom (CRPS, Morbus Sudeck)

Andreas Böger

In den vergangenen fünf Jahren hat in der Diagnostik und Therapie des CRPS (vormals M. Sudeck oder sympathische Reflexdystrophie) ein Paradigmenwechsel stattgefunden, der in der Ärzteschaft weitgehend unbekannt geblieben ist. Während früher die Schmerzkontrolle im Fokus stand, steht jetzt die Restitution der Funktionalität im Vordergrund. Es wurden – insbesondere vor allem in Holland – ausführliche Manuale zur Verbesserung der Funktion entwickelt, die in Studien ihre Effizienz eindrucksvoll bewiesen haben (1).

Man geht davon aus, dass in zwei bis drei Prozent aller Extremitätentraumata ein CRPS auftritt, sowohl bei konservativer als auch bei operativer Behandlung, am häufigsten bei distaler Radiusfraktur („*loco typico*“). Ein spontan auftretendes CRPS ist sehr selten. Leider wird die Diagnose meist erst spät gestellt (Bild 1). Oft stellen Physiotherapeuten die Diagnose früher als Hausärzte und Chirurgen. Dabei können sich die Therapieergebnisse bei früher

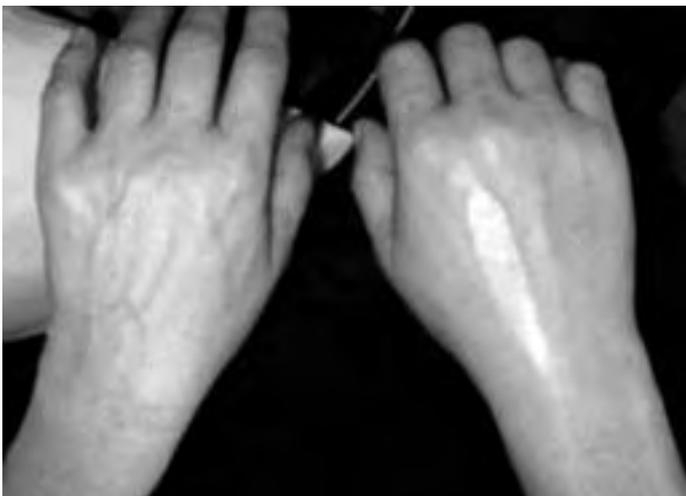


Bild 1: „Warmes“ CRPS der rechten Hand mit Schwellung, Verfärbung und trophischen Störungen

Kasten 1: Modifizierte Budapest-Kriterien

ALLE PUNKTE 1–4 MÜSSEN ERFÜLLT SEIN!

- 1) Anhaltender Schmerz, der durch das Anfangstrauma nicht mehr erklärt wird
- 2) Die Patienten müssen über jeweils mindestens 1 Symptom aus 3 der 4 folgenden Kategorien in der Anamnese berichten:
 - Hyperalgesie (Überempfindlichkeit für Schmerzreize); „Hyperaesthesie“ (Überempfindlichkeit für Berührung, Allodynie)
 - Asymmetrie der Hauttemperatur; Veränderung der Hautfarbe
 - Asymmetrie im Schwitzen; Ödem
 - Reduzierte Beweglichkeit, Dystonie, Tremor, „Paresen“ (im Sinne von Schwäche); Veränderungen von Haar oder Nagelwachstum
- 3) Bei den Patienten müssen jeweils mindestens 1 Symptom aus 2 der 4 folgenden Kategorien zum Zeitpunkt der Untersuchung vorliegen:
 - Hyperalgesie auf spitze Reize (z.B. Zahnstocher); Allodynie; Schmerz bei Druck auf Gelenke/Knochen/Muskeln
 - Asymmetrie der Hauttemperatur; Veränderung der Hautfarbe
 - Asymmetrie im Schwitzen; Ödem
 - Reduzierte Beweglichkeit, Dystonie, Tremor, „Paresen“ (im Sinne von Schwäche); Veränderungen von Haar oder Nagelwachstum
- 4) Eine andere Erkrankung erklärt die Symptomatik nicht hinreichend.

Diagnostik und konsequenter leitliniengerechter Therapie durchaus sehen lassen und sind für uns Schmerztherapeuten dabei auch ein dankbares Betätigungsfeld. 2012 wurde federführend von Frank Birklein aus Mainz für die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) eine neue

CRPS Leitlinie veröffentlicht (2), die die aktuellen Entwicklungen der Diagnostik und Therapie gut zusammenfasst.

Zunächst einmal haben neuere Forschungsergebnisse zur Entstehung und Pathophysiologie die Rolle des Sympathicus in den Hintergrund treten lassen und zeigen

vielmehr einen Zusammenhang mit einer „überschießenden“ Inflammation, die u.a. durch Substanz P (SP) und Calcitonin-related-peptide (CGRP) mediiert wird.

Die Einteilung wird traditionell in das CRPS I (ohne Nervenläsion, früher M. Sudeck i.e.S.) und CRPS II (mit Nervenläsion, früher Kausalgie) vorgenommen. Dies ist deswegen problematisch, da eine vorliegende Schädigung kleiner Nerven, die einer elektrophysiologischen Untersuchung nicht zugänglich sind, so zu einer inkorrekten Einordnung führt. Mittlerweile wird eine Einteilung in ein primär warmes und ein primär kaltes CRPS bevorzugt. Diese Kategorien sind deswegen interessant, da sie unterschiedliche therapeutische Optionen nach sich ziehen und eine unterschiedliche Prognose haben. Ein primär warmes CRPS zeigt die typischen Entzündungszeichen, ein primär kaltes zeigt eine eher blasse Hautfarbe und eine kältere Temperatur.

Kasten 2: Therapie des CRPS. Dosisempfehlungen für Erwachsene.

Maßnahme	Dosis	Besonderheiten
Bisphosphonate		
Alendronat	40 mg/d für 8 Wochen	morgens, im Stehen, nüchtern
Pamidronat	60 mg i.v. einmalig	
Clodronat	300 mg/d i.v. an 10 Tagen	
Steroide		
Prednisolon	100 mg/d	Ausschleichen über 2–3 Wochen, keine Dauertherapie
Analgetika/Antineuropathika		
Gabapentin	1200–2400 (3600) mg/d	siehe auch LL „Neuropathischer Schmerz“
Ketamin	individuell titrierte Dauerinfusion (ca. 22 mg/h bei 70 kg) über 4 Tage	stationäre Therapie erforderlich, Missbrauchgefahr, Hepatotoxizität
Topische Therapie		
DMSO topisch	50 % Creme, 5 x täglich	verursacht Hautirritationen, Knoblauchgeruch
Rehabilitative und psychotherapeutische Verfahren		
Physiotherapie, Ergotherapie, Verhaltenstherapie (Spiegeltherapie, Motor Learning, Graded Exposure)	möglichst täglich	Eigentherapie und -initiative sind zwingende Voraussetzung für Wirksamkeit
Psychotherapie, Entspannungsverfahren		bei Hinweisen auf Komorbidität, bei therapierefraktärem Verlauf
Interventionelle Therapie		
Grenzsstrangblockaden	2–3 x pro Woche, maximale Anzahl 10	Serie nur bei anhaltend positiven Effekten
Spinal Cord Stimulation		bei therapierefraktären Schmerzen, keine wesentliche psychische Komorbidität, wirkt maximal 5 Jahre
Balcofen intrathekal		bei Dystonie, nach Testinjektion Pumpentherapie, keine wesentliche psychische Komorbidität, hohe Komplikationsrate

Diagnostisch sind die sogenannten Modifizierten Budapest-Kriterien maßgebend (Kasten 1). Wichtig ist dabei zum einen der Ausschluss einer anderen Ursache, zum Beispiel eines Wundinfekts, eines Gefäßverschlusses oder auch einer rheumatischen Genese. Zum anderen ist geradezu pathognomonisch das Miteinander von Sensibilitätsstörungen, die sich nicht an Nervenversorgungsgebiete halten („handschuhförmig“), motorischen und vegetativen Störungen, sowie Körperschemastörungen. Es finden sich regelhaft Schmerzen in Ruhe und bei Belastung sowie Sensibilitätsstörungen. An den Gelenken zeigt sich eine Druckhyperalgesie, auf der Haut eine mechanische und thermische Hyperalgesie. Dazu kommen Einschränkungen der aktiven und passiven Beweglichkeit sowie Störungen der Feinmotorik und eine schmerzbedingte Kraftminderung. Selten kommen Tremor, Myoklonien und Dystonien vor. Vegetativ sind Hautdurchblutung (Änderungen von Hauttemperatur und Hautfarbe), Schwitzen und Extremitätenvolumen (Ödem) betroffen. Diese Symptome ändern sich individuell im Verlauf sehr stark. Durch trophische Veränderungen kommt es unbehandelt rasch zu Bewegungseinschränkung und Kontrakturen. Psychologisch finden sich Auffälligkeiten wie dependente Verhaltensweisen, eine erhöhte Ängstlichkeit und Affektlabilität verbunden mit Selbstwert- und Selbstbildproblemen. Eine eindeutige psychische Prädisposition ist jedoch nicht bekannt. In der aktuellen Leitlinie wird keine apparative Diagnostik mehr gefordert. Gleichwohl kann im Rahmen einer Begutachtung eine solche erforderlich sein, wobei ein negativer Befund ein CRPS nicht ausschließt.

Therapeutisch haben invasive Verfahren an Bedeutung verloren und sollten nur nach Evaluation psychischer Komorbiditäten z.B. in einem multimodalen Schmerz-Setting indiziert werden. Ketamin-Infusionen können einen gewissen Effekt haben. Sympathicus-Blockaden haben in einer kürzlich durchgeführten Cochrane-Review keinen



Bild 2: Rechts-/Links-Erkennen, vorgestellte Bewegung

konsistenten Effekt auf eine nachhaltige Schmerzlinderung und überhaupt keinen Effekt auf die Funktion der betroffenen Extremität gehabt. Spinal-cord-stimulation (SCS)-Sonden sollten nur als ultima ratio implantiert werden, eine Wirkung über mehr als fünf Jahre ist nicht bewiesen. Leider werden in Deutschland immer noch zu viele Plexuskatheter verwendet und zu viele SCS-Sonden gelegt, ohne dass die Patienten zuvor leitliniengerecht von Schmerzspezialisten behandelt wurden.

Medikamentös stehen antineuropathisch wirksame Medikamente und Bisphosphonate im Vordergrund. Beim warmen CRPS in der Akutphase wird mit Corticoiden behandelt. (Kasten 2). Bei Dystonien kann intrathekales Baclofen versucht werden. Im Zentrum der Therapie steht die Wiedererlangung der Funktionalität der betroffenen Extremität. Dies ist die Domäne der

Bilder von rechten und linken Händen gezeigt (motor imagery), die korrekt zugeordnet werden müssen (Bild 2). Hintergrund ist hier die Körperschemastörung der Patienten. Im nächsten Schritt werden dann spezifische Bilder gezeigt, z.B. eine Hand, die ein Feuerzeug anzündet (explicit motor imagery), also Bilder, die bei den Patienten Schmerzen auslösen können. Der nächste Schritt ist die Spiegeltherapie nach Ramachandran (siehe Titelbild), die ganz erstaunliche Erfolge zeitigt, und die die Patienten – einmal korrekt gelernt – problemlos selbst mit einem im Baumarkt gekauften Spiegel durchführen können. Diese Therapie, die dem Patienten die gespiegelte gesunde Hand als betroffene Hand vorgaukelt, ist extrem erfolgreich. Man beginnt mit sensorischen Übungen, z.B. mit einem Igelball, und geht dann zu motorischen Übungen über. Wichtig ist, dass der Patient mit seinen aktiven Bewe-

gungen auch über seine Schmerzschwelle geht und nicht ängstlich darunter bleibt. Nur bei therapeutisch assistierten Bewegungen sollte die Schmerzschwelle akzeptiert werden.

Interessierten Kolleginnen und Kollegen wird der Besuch einschlägiger Seminare auch auf den beiden deutschen Schmerzkongressen empfohlen, wo eindrucksvolle Videos meist holländischer Kollegen gezeigt werden. Es kann sich lohnen, regional umfangreiche Schulungen zu diesem Thema durchzuführen, da jetzt z.B. im Raum Nordhessen viele CRPS-Patienten deutlich früher zur Diagnosestellung und Therapie zugewiesen werden und die CPRS-Behandlung im Schmerzzentrum Kassel mittlerweile einen Schwerpunkt darstellt.

Korrespondenz- adresse:

Dr. med. Andreas
Böger,
Rotes Kreuz
Krankenhaus Kassel
Klinik für Schmerz-
medizin
E-Mail: Boeger@
rkh-kassel.de



Foto: RKH Kassel

Literatur:

1. van den Meent et al., Pain 2011
2. <http://www.dgn.org/leitlinien-online-2012/inhalte-nach-kapitel/2292-1l-63-2012-regionale-schmerzsyndrome-crps.html>

Multiple Choice-Fragen (Nur eine Antwort ist richtig)

? 1) In Deutschland wird das CRPS/M. Sudeck

1. oft erst spät erkannt und behandelt
2. von jedem Arzt zuverlässig erkannt, da die Diagnosekriterien allgemein bekannt sind

3. als Behandlungsfehler eingeschätzt
4. von Experten als von der Prognose her ungünstig eingeschätzt
5. im Vergleich zu den Niederlanden besser behandelt

? 2) Eine Differenzierung zwischen den Diagnosen CRPS/M. Sudeck und anderen posttraumatischen Komplikationen

1. ist einfach
2. ist akademisch

- ist oft erst im Rahmen eines multimodalen Schmerz-Assessments möglich
- ist nur mittels apparativer Untersuchungen möglich
- ist ohne therapeutischen Konsequenzen

? 3) Effektivste Therapie bei CRPS/M. Sudeck

- ist eine Spritzenkur
- sind regelmässige Ganglioninjektionen mit Opiaten (GLOA)
- ist ein mehrere Monate dauernde Anlage eines Plexuskatheters
- ist eine gestufte Aktivierung z.B. im Rahmen von motor imagery und Spiegeltherapie
- ist Schonung

? 4) Beim chronifizierten CRPS/M. Sudeck liegen insbesondere Störungen vor durch:

- periphere und zentrale Umbauprozesse
- Sympathicusaktivität und Vagusunteraktivität
- Entzündungsaktivität
- Persönlichkeitsstörungen
- Es gibt kein chronisches CRPS

? 5) Beim akuten CRPS/M. Sudeck ist in erster Linie diagnostisch sinnvoll:

- sofortige MRT-Diagnostik
- die Anwendung der modifizierten Budapest Kriterien
- eine Szintigraphie
- ein konventionelles Röntgen in Funktionsstellung
- eine probatorische tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie

? 6) Die mod. Budapest-Kriterien

- beinhalten einen pos. SPECT-Befund
- sehen eine Röntgen-Aufnahme als conditio sine qua non an
- beschreiben Zeichen und Symptome, die jeder Arzt feststellen kann
- sind seit 2013 nicht mehr gültig
- sind wenig präzise

? 7) Die Therapie nach den aktuellen Leitlinien beinhaltet in erster Linie nicht:

- rasche Versorgung mit einer spinal-cord-stimulation-Sonde
- Motor imagery
- Multimodale Schmerztherapie

- gestufte invasive Verfahren bei Versagen konservativer Therapie in einem spezialisierten Schmerzzentrum (tertiäres Zentrum)
- Spiegeltherapie nach Ramachandran

? 8) Die Spiegeltherapie nach Ramachandran wird nicht angewendet bei

- Rückenschmerzen
- Phantomschmerzen
- CRPS
- Schlaganfall
- Mononeuropathien

? 9) Die Angabe handschuhförmiger Sensibilitätsstörungen ist im Zusammenhang mit einer Schwellung und Überwärmung der Extremität in der Regel ein Zeichen von

- Psychogenen Beschwerden
- CRPS/M. Sudeck
- Täuschung des Untersuchers
- Karpaltunnelsyndrom
- Paget-v.Schroetter-Syndrom

? 10) Ein CRPS/M. Sudeck

- ist meist spontan rückläufig und muss daher keinem Schmerztherapeuten vorgestellt werden
- kommt in etwa 2 bis 3 Prozent der Extremitätentraumata vor
- sollte mit Schonung, Opiatanalgetika und Neuroleptika behandelt werden
- muss in erster Linie mit Ketamininfusionen therapiert werden
- kann durch Osteopathie und analytische Psychotherapie geheilt werden

Welttag der Suizidprävention

10. September 2014

Veranstalter: Netzwerk für Suizidprävention Frankfurt/Main

Ort: St. Katharinenkirche, An der Hauptwache, 60313 Frankfurt

Das im Juni 2014 im Städtischen Gesundheitsamt gegründete Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention stellt sich am Mittwoch, 10. September, dem Fachpublikum und der Öffentlichkeit vor. Anlass ist der Welttag der Suizidprävention, der im Jahr 2003 von der International Association for Suicide Prevention und der Weltgesundheitsorganisation ins Leben gerufen wurde.

Programm

14:30 Uhr Begrüßung Pfarrer Werner Schneider-Quindeau, St. Katharinenkirche und Dr. med. Thomas Götz, Gesundheitsamt Frankfurt am Main
Orgelspiel (Professor Martin Lückner)

Fachvorträge von 15–16:30 Uhr

15:00 Uhr Depressionen – klinische und Behandlungsaspekte Professor Dr. med. Andreas Reif, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Frankfurt am Main
15:30 Uhr Suizidalität und Suizidprävention Dr. med. Thomas Götz, Gesundheitsamt Frankfurt am Main
16:00 Uhr Suizid – Leben mit dem Suizid Petra Hohn, Bundesverband Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister in Deutschland e.V.
17:00 Uhr Lesung mit Bettina Buggle, Lesefreuden im Bürgerinstitut e.V.
18:30 Uhr Lesung und Singung – Special mit Matthias Keller
20:00 Uhr Ausklang mit Orgelspiel (Professor Martin Lückner)

Zwischenzeitlich gibt es Gelegenheit für Gespräche und weitere Informationen.

Teilnahmemöglichkeit

vom 1. September bis zum 31. Oktober

Den aktuellen Fragebogen und weitere Informationen der Online-Fortbildung finden Sie im Mitgliederportal unter: <https://portal.laekh.de>



Seminar für Berufsanfänger und Wiedereinsteiger

Notfallmedizinische Krankheitsbilder erkennen und behandeln

Die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung bietet am 12. November 2014 in Bad Nauheim ein eintägiges Seminar für Ärztinnen und Ärzte im 1. Weiterbildungsjahr und für Wiedereinsteiger an. Es dient der Vorbereitung auf die ersten Bereitschaftsdienste, um Notfallmedizinische Krankheitsbilder erkennen und behandeln zu können. Fallbeispiele aus Chirurgie, Innerer Medizin und Rechtsmedizin werden kompakt und praxisorientiert vorgestellt. Gemeinsam werden diagnostische und therapeutische Maßnahmen interaktiv diskutiert und geeignete Vorgehensweisen er-

arbeitet. Rechtliche Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns, wie Bedeutung der Schweigepflicht oder Berücksichtigung des Patientenwillens, werden ebenfalls besprochen.

In praktischen Übungen können die Teilnehmer selbstständig Ultraschalluntersuchungen durchführen, typische EKG- und Röntgenbefunde interpretieren sowie das korrekte Ausfüllen des Totenscheines üben. Für die Prognose des Notfallpatienten ist der Zeitraum zwischen dem Symptom- und Behandlungsbeginn entscheidend.

In Zusammenarbeit der Universitäten Gießen und Frankfurt wurde dieses Seminar entwickelt, um rasches, zielorientiertes ärztliches Handeln zu ermöglichen. Weitere Informationen zum Seminar finden Sie auf Seite 514.

Auskunft und Anmeldung:
Veronika Wolfinger, Akademie,
Tel.: 06032 782-202
E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

*Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth
Vorsitzender des Vorstands der Akademie
der Landesärztekammer Hessen*

Bücher

Arzt und Niederlassung von Georg Kirschner / Michael Frehse (Hrsg.)

Das Buch ist eine gute Einführung für alle Kolleginnen und Kollegen, die den Entschluss gefasst haben, in eigener Praxis oder in einer vergleichbaren Einrichtung im ambulanten Bereich tätig zu werden.

Ein Pfadfinder durch den Dschungel der Bürokratie und Formulare beim Einstieg in die Welt von Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen, Banken, Wirtschafts-, Steuer- und Rentenberater. In verständlicher Sprache werden wir durch die Wildnis geleitet. Selbst Kleidungs-, Sprach- und Benimmregeln werden in adäquater Form angesprochen. Sogar die Eventualität des plötzlichen Versterbens des Praxisinhabers mit resultierenden Konsequenzen für den in der Praxis angestellten Arzt wird skizziert.

Die nützlichen Tipps und Vorschläge entlasten den Leser jedoch nicht von seiner eigenen Verantwortung, die Quellen und Originale selber noch einmal nachzuschlagen und zu aktualisieren. Auch die Vorgaben der Verwaltung haben immer kürzere Halbwertszeiten...

Fairerweise werden auch die Provisionen erwähnt, welche die Praxisberater selbst für die Vermittlung von Kredit- und Versicherungsverträgen erhalten. Neu in der dritten Auflage sind zum Beispiel Checklisten für Exis-

tenzgründung und Bankgespräch sowie ein Kapitel über Neuerungen im Vertragsarztrecht durch das Versorgungsstrukturgesetz. Die wichtigste Kernfrage, nämlich, ob man den eigenen Arbeitsplatz kaufen oder sich besser anstellen lassen sollte, muss jeder für sich selbst beantworten. Dieses Buch hilft dabei.

Michael Andor

Georg Kirschner / Michael Frehse (Hrsg.)

**Arzt und Niederlassung
Praxisübernahme, Neugründung, Kooperationen
richtig durchführen**

Deutscher Ärzte-Verlag 2013, 3. überarbeitete Auflage
broschiert, 182 Seiten, 23 Abbildungen,
24 Tabellen, 7 Checklisten
ISBN 978-3-7691-3517-6
29,95 Euro



Mit Goethe auf Schlenderweinprobe

Im September lädt das Rheingau Literatur Festival zur „Weinlese 2014“ ein

„Es liegen im Wein allerdings produktivmachende Kräfte sehr bedeutender Art; aber es kommt dabei Alles auf Zustände und Zeit und Stunde an, und was dem einen nützt, schadet dem andern“: Johann Wolfgang von Goethe war davon überzeugt, dass der Rebensaft auf Körper und Geist eine besondere Wirkung ausübt. Seinen 65. Geburtstag feierte der Dichterstern einst in Wiesbaden. Auf dem diesjährigen Rheingau Literaturfestival wollen Prof. Dr. Heiner Boehncke, langjähriger Redakteur von hr2-kultur und Germanistik-Professor an der Johann Wolfgang von Goethe-Universität Frankfurt, der das Programm des Festivals zusammengestellt hat, und Joachim Seng ihren Gästen bei einer Lesung mit Schlenderweinprobe demonstrieren, dass der Rheingau Goethes Weinparadies war.

Im Sommer Musik, im Herbst Literatur: Seit 1993 wird jedes Jahr zur Weinlesezeit das Rheingau Literatur Festival, die

„Weinlese“, veranstaltet. 2014 findet die literarische Lesung vom 18. bis zum 28. September in Weingütern, Schlössern und Burgen des Rheingaus statt. Im Mittelpunkt steht der Dialog mit den Autoren der jeweiligen Veranstaltung, darunter eine Literarische Matinée mit Robert Seethaler („Der Trafikant“), Lesungen mit Ralph Dutli, der seine Übersetzung von Richard de Fournivals „Liebesbestiarium“ vorstellt, mit Ulrich Wickert, der aus seinem Kriminalroman „Das marokkanische Mädchen“ liest, und, von aktueller Brisanz, mit Jörg Armbruster, Autor des Buchs „Brennpunkt Nahost. Die Zerstörung Syriens und das Versagen des Westens“. Auch der 21. Rheingau Literatur Preis wird im Rahmen der Weinlese 2014 verliehen.

Informationen und Termine unter <http://www.rheingau-musik-festival.de/rheingau-literatur-festival-2014,rmf.html>

Katja Möhrle

Musizierende Ärztinnen und Ärzte als Botschafter

Die Freude an der Musik und der Benefizgedanke stehen im Vordergrund: Im Süddeutschen Ärztechor und im Süddeutschen Ärztechorchester musizieren Kolleginnen und Kollegen aus ganz Deutschland und der Schweiz gemeinsam. Im Jahr 2012 gegründet, stehen regelmäßige Konzerte für gute Zwecke oder eigene CD-Produktionen im Vordergrund. Die Einstudierung der Stücke müssen die Sängerinnen und Sänger zum Großteil zu Hause leisten, mit Übungs-CDs und detaillierten Anweisungen zu den Noten. Üblicherweise treffen sich die Musizierenden dann vor der Aufführung fünf Tage am Stück zur gemeinsamen Probenarbeit.

Im Oktober 2014 steht bei Konzerten in Heilbronn und Bad Mergentheim Verdis „Requiem“ auf dem Programm. Wer bei künftigen Projekten mitwirken will (2015 Paris; 2016 Rom), findet Informationen und Anmeldeunterlagen auf der Homepage <http://www.sueddeutscher-aerztechor.de>.

*Dr. med. Ulrich Enzel
Leiter des Geschäftsstelle
Süddeutsche Ärztechores mit dem
Süddeutschen Ärztechesters (SÄC/SÄO)
Im Eselsberg 70, 74193 Schwaigern
E-Mail:
dr.ulrich.enzel@sueddeutscher-aerztechor.de*

45. Deutscher Sportärztekongress

12. bis 13. September 2014 in Frankfurt

Veranstalter:

Wissenschaftsrat der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP)

Tagungspräsident:

Prof. Dr. med. Andreas Nieß, Universitätsklinikum Tübingen

Kongressort:

Frankfurt, Johann Wolfgang Goethe-Universität
(Campus Westend, Grüneburgplatz 1, 60323 Frankfurt)

Die Veranstaltung ist mit zwölf Fortbildungspunkten zertifiziert.

Schwerpunkthemen:

- Prävention und Gesundheitsmanagement im Leistungssport
- Sportmedizinische Trainingstherapie
- Neurodegeneration
- Adipositas
- Degenerative Gelenkerkrankungen
- Sportmedizinische Aspekte des Laufsports
- Schulterverletzungen

Informationen im Internet unter www.dgsp-kongresse.de

Chefarztbehandlung bei Bewusstlosen und Notfallpatienten

Privatliquidation nur in Ausnahmefällen möglich

Rosemarie Sailer, Albrecht Wienke

Mit der Vereinbarung ärztlicher Wahlleistungen wollen sich viele Patienten eine gehobene Qualität der ärztlichen Behandlung sichern. Für diese landläufig als Chefarztbehandlung bezeichnete Tätigkeit ist stets eine schriftliche Vereinbarung erforderlich. Diese unterliegt aus Gründen des Patientenschutzes besonderen Formvorschriften. Wird ein Patient allerdings bewusstlos oder als Notfallpatient in die Klinik eingeliefert, besteht keine Möglichkeit, mit dem Patienten selbst eine wirksame Wahlleistungsvereinbarung abzuschließen. Dennoch wird man davon ausgehen können, dass ein Teil dieser Patienten auch und gerade in solchen meist lebensbedrohenden Ausnahmesituationen Wert auf eine Behandlung durch den Chefarzt legt. In diesen Fällen behelfen sich viele Kliniken mit folgender Vertragskonstruktion: Wird ein Patient bewusstlos und ohne persönliche Begleitperson im Krankenhaus aufgenommen, unterschreibt ein Krankenhausmitarbeiter die Wahlleistungsvereinbarung als Vertreter des Patienten. Sobald es der Gesundheitszustand des Patienten erlaubt, wird er über den vertretungsweise abgeschlossenen Wahlleistungsvertrag informiert. Er kann dann die Wahlleistungsvereinbarung rückwirkend genehmigen oder aber die Genehmigung verweigern. Finanziell ist ein solches Vorgehen für Krankenhausträger und die an der Liquidation beteiligten Ärzte – insbesondere in den Fachgebieten der Notfall- und Intensivmedizin – ohne Frage interessant. Unter welchen Voraussetzungen diese Vertragskonstruktion aber überhaupt rechtlich zulässig ist und welche Einschränkungen dabei gelten, wird nachstehend dargestellt.

1. Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung durch vollmachtlosen Vertreter

Grundsätzlich ist es rechtlich zweifelsfrei zulässig, Verträge unter Einschaltung eines Vertreters abzuschließen. Dies gilt auch für Wahlleistungsvereinbarungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz. In diesen Fällen liegt regelmäßig eine Vertretungsmacht oder Vollmacht vor, mit welcher der vertretene Patient den Vertreter ermächtigt, für ihn rechtsverbindlich zu handeln. Hierunter fällt auch die gesetzliche Vertretung der Eltern für ihre Kinder oder die Vertretung des Betreuers für den betreuten Patienten. Was aber gilt, wenn der Patient bewusstlos ist und kein eigener Vertreter, etwa ein Familienangehöriger, zur Stelle ist? Denkbar und gesetzlich vorgesehen ist auch in solchen Fällen die Vertretung einer Person. Möglich macht dies die gesetzliche Regelung über den Vertreter ohne Vertretungsmacht nach § 179 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).

Die Wirksamkeit einer solchen, zunächst schwebend unwirksamen Vereinbarung, die jemand als vollmachtloser Vertreter für einen anderen schließt, hängt von der späteren Genehmigung durch den Vertretenen ab. Erteilt der Patient also nachträglich seine Genehmigung zum Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung, ist rückwirkend (ex tunc) mit dem Patienten eine wirksame Wahlleistungsvereinbarung zustande gekommen, auf die der Honorarspruch gestützt werden kann.

Die nachträgliche Genehmigung des Vertragsschlusses muss dabei – anders als die Wahlleistungsvereinbarung selbst – nicht zwingend schriftlich erteilt werden;

eine schriftliche Dokumentation empfiehlt sich allerdings aus Beweisgründen. Auch wenn also die Einschaltung eines Krankenhausmitarbeiters als vollmachtloser Vertreter des bewusstlosen Patienten zunächst als eine Umgehung geltender Formvorschriften anmutet, ist rein rechtlich gesehen diese Handhabung nicht zu beanstanden.

2. Folgen bei nicht erteilter Genehmigung des Patienten

Verweigert ein Patient allerdings die nachträgliche Genehmigung des Vertragsabschlusses, liegt keine wirksame Wahlleistungsvereinbarung vor. Der Patient muss die tatsächlich in Anspruch genommenen Wahlleistungen nicht bezahlen, auch wenn ihm die gehobene Qualität der Chefarztbehandlung zu Gute gekommen ist. Das Risiko der späteren Verweigerung der Genehmigung und des damit einhergehenden Liquidationsausfalles tragen also allein der Krankenhausträger und der liquidationsberechtigte oder an der Liquidation beteiligte Chefarzt. Streng genommen haftet im Innenverhältnis der Krankenhausmitarbeiter, der die Wahlleistungsvereinbarung als vollmachtloser Vertreter unterschrieben hat. Dies gilt jedoch nicht, wenn der Krankenhausträger, mit dem die Wahlleistungsvereinbarung abgeschlossen wird, Kenntnis von der fehlenden Vertretungsmacht hat oder haben könnte, was regelmäßig der Fall ist. Die Angestellten des Krankenhauses, die als Vertreter ohne Vertretungsmacht eines bewusstlosen Patienten für diesen eine Wahlleistungsvereinbarung unterzeichnet haben, könnten dem Krankenhausträger bzw. den Wahlärzten daher erfolgreich entgegengehalten,

dass sie den Mangel der Vertretungsmacht kannten oder kennen mussten, so dass entsprechende Regressforderungen im Innenverhältnis regelmäßig ausgeschlossen sind.

3. Verbindliche Absprachen im Innenverhältnis empfehlenswert

Um in diesem Zusammenhang Rechtssicherheit für alle Beteiligten herzustellen, ist anzuraten, dass der Krankenhausträger den Beschäftigten, die als Vertreter ohne Vertretungsmacht in Betracht kommen (beispielsweise in der zentralen Notaufnahme und den entsprechenden Abteilungen) schriftlich bescheinigt, dass diese berechtigt sind, als vollmachtlose Vertreter der Wahlleistungspatienten für diese Wahlleistungsvereinbarungen zu unterzeichnen. Zugleich sollte der Krankenhausträger verbindlich erklären, dass er diese Angestellten im Falle einer etwaigen Inanspruchnahme insbesondere als Vertreter ohne Vertretungsmacht von allen in diesem Zusammenhang geltend gemachten Ansprüchen freistellt und selbst keine Regressforderungen erheben wird.

4. Grenzen der persönlichen Leistungserbringung bei Privatliquidation

Zwar lässt sich mit Hilfe der Vertreterkonstellation relativ unproblematisch eine Wahlleistungsvereinbarung wirksam auch mit bewusstlosen Patienten abschließen, allerdings sind bei der Erbringung der auf diese Weise vereinbarten Wahlleistungen strenge Voraussetzungen zu beachten. Zu berücksichtigen ist dabei, dass sich der Wahlleistungspatient die persönliche Leistung des Wahlarztes und damit eine gehobene Qualität der ärztlichen Behandlung hinzukaufft, die den Wahlarzt zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet. Die Einschaltung eines Vertreters, der anstelle des Wahlarztes die Leistungen erbringt, ist bei Wahlleistungen generell nur unter Einhaltung bestimmter Voraussetzungen zulässig, die der BGH in seinem Urteil

vom 20. Dezember 2007 (III ZR 144/07) konkretisiert hat. Für die Erbringung und Abrechnung von Wahlleistungen gegenüber Bewusstlosen gelten allerdings noch strengere Maßstäbe:

5. Keine wahlärztliche Leistung bei vorhersehbarer Abwesenheit des Wahlarztes

Auch im Zusammenhang mit wahlärztlichen Leistungen bei bewusstlosen Patienten gilt der bekannte Grundsatz, dass bei unvorhersehbarer Abwesenheit des Wahlarztes (kurzfristige Erkrankung) der ständige ärztliche Vertreter nach § 4 Abs. 2 GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) die Wahlleistungen erbringen darf. Bei vorhersehbarer Verhinderung des Wahlarztes (Urlaub, Fortbildungsveranstaltung) ist jedoch die Erbringung und Abrechnung wahlärztlicher Leistungen gegenüber Bewusstlosen rechtlich höchst zweifelhaft. Im „Normalfall“ nämlich unterzeichnet der Patient selbst die Wahlleistungsvereinbarung; außerdem vereinbart er selbst bei vorhersehbarer Abwesenheit des Wahlarztes im Wege einer gesonderten Individualvereinbarung nach umfassender Information und unter Abwägung aller maßgeblichen Umstände eine Vertretung des Wahlarztes. Der Abschluss einer solchen Individualvereinbarung ist bei Bewusstlosigkeit des Patienten rein rechtlich gesehen zwar auch über die Konstruktion eines vollmachtlosen Vertreters mit nachträglicher Genehmigung denkbar, im Ergebnis aber schwer zu realisieren.

6. Anforderungen an Individualvereinbarung restriktiv

Wird ein Patient nämlich bewusstlos eingeliefert und steht zu diesem Zeitpunkt bereits fest, dass der Wahlarzt die Behandlung nicht persönlich übernehmen können, ist dessen Abwesenheit also vorhersehbar, käme eine Behandlung durch einen Vertreter des Chefarztes nur dann in Betracht, wenn darüber eine schriftliche Individualvereinbarung mit dem Patienten abgeschlossen werden würde. Zwar wäre

es grundsätzlich auch hier denkbar, einen Angestellten des Krankenhauses als Vertreter ohne Vertretungsmacht einzusetzen und die Individualvereinbarung nachträglich durch den Patienten genehmigen zu lassen. Allerdings dürfte eine unter diesen Umständen abgeschlossene Individualvereinbarung den immer strenger werdenden Anforderungen der Rechtsprechung wohl nur selten genügen. Denn oberstes Kriterium einer Individualvereinbarung ist nach der Rechtsprechung des BGH, dass der Patient tatsächlich die Entscheidungsfreiheit hat, die wahlärztliche Leistung durch einen bestimmten Vertreter des Wahlarztes zu beanspruchen, die Behandlung zu verschieben oder sich mit den allgemeinen Krankenhausleistungen zu begnügen. Rechtlich erforderlich ist dafür, dass die wesentlichen Einzelheiten im Detail mündlich mit dem Patienten erörtert werden und diesem nachdrücklich eine echte Wahlmöglichkeit zwischen den in Betracht kommenden Optionen eingeräumt wird. Diese Individualität der Entscheidungsfindung ist durch Einschaltung eines vollmachtlosen Vertreters aus dem Lager des Krankenhausträgers in der Regel nicht gewährleistet. Sowohl bei bewusstlosen als auch bei notfallmäßig eingelieferten Patienten ist die erforderliche Behandlung in der Regel ohnehin nicht aufschiebbar und somit die Wahlfreiheit bereits faktisch eingeschränkt. Zudem ist nicht anzunehmen, dass eine echte Abwägung zwischen den nach der Rechtsprechung darzustellenden Optionen und eine individuelle Entscheidung durch das Krankenhauspersonal als Vertreter des Patienten erfolgt. Vielmehr wird regelmäßig eine Entscheidung zu Gunsten der Durchführung der wahlärztlichen Leistungen durch den Vertreter des Wahlarztes erfolgen.

Wahlärzte/Chefärzte werden außerhalb der üblichen Dienstzeiten und am Wochenende üblicherweise nicht persönlich in der Klinik anwesend sein, um die Behandlung von bewusstlosen oder Notfallpatienten selbst zu übernehmen. Insoweit wird man

in der Regel davon ausgehen können, dass in diesen Fällen eine vorhersehbare Abwesenheit des Wahlarztes vorliegt. Mit dem Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung muss in diesen Fällen also auch eine individuelle Vereinbarung über die Behandlung durch einen Vertreter des Wahlarztes verbunden werden. Dabei muss dem Patienten insbesondere auch die Option eingeräumt werden, sich ohne Inanspruchnahme von Wahlleistungen, also zu den Konditionen der allgemeinen Krankenhausleistungen, behandeln zu lassen. Als Vertreter des Wahlarztes muss ein Facharzt, üblicherweise ein Oberarzt, tätig werden; aber auch dieser ist nicht in allen Fällen in der Klinik anwesend. Damit bleibt dem Patienten tatsächlich gar keine Behandlungsalternative. Eine gegenüber den allgemeinen Krankenhausleistungen gehobene Behandlungsqualität kann dann dem Patienten gar nicht angeboten werden. Dann aber liegt keine wirksame Vereinbarung über eine individuell ausgehandelte Vertretervereinbarung vor, Wahlleistungen können dann trotz Vorliegens einer Wahlleistungsvereinbarung nicht wirksam abgerechnet werden.

In diesen Situationen wird es auch dem Patienten nicht zuzumuten sein, eine nachträgliche Entscheidung darüber zu treffen, ob er die zunächst schwebend unwirksam für ihn abgeschlossene Wahlleistungsvereinbarung und Vertretervereinbarung genehmigen soll oder nicht. Einerseits könnte er damit die wahlärztliche Behandlung von Beginn an genehmigen und dadurch zugleich eine wirksame Grundlage für die daraus erwachsenen Honoraransprüche schaffen; andererseits steht er in dieser Situation unter einem gewissen Handlungsdruck zu Gunsten des Krankenhausträgers, der ja die Wahlleistungen bereits in der Hoffnung erbracht hat, dass der bewusst-

los eingelieferte Patient diese Leistungen später genehmigen wird. Verweigert der Patient indes eine solche Genehmigung, entstehen dem Krankenhausträger vergeblich aufgewendete Kosten. Daher wird der psychische Druck auf den Patienten, eine für ihn abgeschlossene Wahlleistungsvereinbarung im Nachhinein genehmigen zu müssen, regelmäßig nicht unbeachtlich sein.

Fazit

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass der Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung durch Krankenhauspersonal als Vertreter des Patienten zwar grundsätzlich rechtlich nicht zu beanstanden ist. Gerade bei privat vollversicherten oder stationär privat zusatzversicherten Patienten bietet sich diese Vorgehensweise an, da davon auszugehen ist, dass zumindest ein Teil dieser Patienten sich auch für die Behandlung durch den Wahlarzt entschieden hätte. Bei der Ausführung der wahlärztlichen Leistungen ist dann aber strikt darauf zu achten, dass die Leistungen auch durch den Wahlarzt/Chefarzt persönlich erbracht werden. Eine Vertretung des Wahlarztes ist nur bei dessen unvorhersehbarer Abwesenheit zulässig. Steht zum Zeitpunkt des Abschlusses der Wahlleistungsvereinbarung aber bereits fest, dass der Wahlarzt/Chefarzt die Leistungen nicht wird persönlich erbringen können, wovon in aller Regel außerhalb der Dienstzeiten und am Wochenende bei Notfallpatienten auszugehen sein dürfte, ist eine Vertretung des Wahlarztes in Form einer über den Krankenhausmitarbeiter abzuschließenden Individualvereinbarung rein rechtlich gesehen zwar zulässig, aber wegen ungeklärter Rechtsfragen und des Ausfallrisikos schwer zu realisieren. In diesen Fällen wird die Erbringung und Abrechnung wahlärztlicher Leistungen nur selten ord-

nungsgemäß möglich sein. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass der BGH mit Urteil vom 25. Januar 2012 (1 StR 45/11) ausdrücklich festgehalten hat, dass die normwidrige Abrechnung privatärztlicher Leistungen strafbar sein kann, wenn die Voraussetzungen der Vertretung des liquidationsberechtigten Arztes nicht gegeben sind, ist Vorsicht geboten.

Bei bewusstlos oder notfallmäßig in die Klinik eingelieferten Patienten wird sich die Vereinbarung, Durchführung und Abrechnung wahlärztlicher Leistungen daher in der Regel nur dann rechtswirksam darstellen und durchsetzen lassen, wenn der Wahlarzt/Chefarzt selbst anwesend ist und die entsprechenden Kernleistungen der Behandlung, also insbesondere die notwendigen operativen oder intensivmedizinischen Maßnahmen oder die Ein- und Ausleitung der Narkose persönlich durchführt. In allen anderen Fällen, insbesondere an Wochenenden und außerhalb der üblichen Dienstzeiten, ist die sonst übliche und rechtlich zulässige Vereinbarung einer wahlärztlichen Behandlung durch einen Vertreter des Wahlarztes/Chefarztes (individuelle Vertretervereinbarung) bei bewusstlosen oder bei notfallmäßig eingelieferten Patienten unter Berücksichtigung der strengen Maßgaben der Rechtsprechung nur schwer zu realisieren.

Korrespondenzadresse:

*Rechtsanwalt Dr. Albrecht Wienke
Fachanwalt für Medizinrecht
Rechtsanwältin Rosemarie Sailer, LL.M.
Fachanwältin für Medizinrecht*

*Wienke & Becker – Köln
Sachsenring 6, 50677 Köln
Tel.: 0221 3765310
Fax: 0221 3765312
E-Mail: awienke@kanzlei-wbk.de*

Die Sachverständigenablehnung im Arzthaftungsprozess

Thomas K. Heinz

Auseinandersetzungen zwischen Patienten und Ärzten wegen möglicher Behandlungsfehler und damit der Bedarf an medizinischen Gutachten nehmen seit Jahren zu. Insbesondere im Rahmen eines Rechtsstreits kommt dem medizinischen Sachverständigen größte Bedeutung zu, denn das Gericht ist auf dessen Sachverstand angewiesen, um einen möglichen Fehler und seine Folgen einschätzen zu können. Knapp formuliert: Arzthaftungsverfahren sind regelmäßig Gutachterverfahren! Eine nicht „ungefährliche Lage“ in der sich die Prozessparteien befinden, denn das Gericht kann mangels fachlicher Qualifikation gutachterliche Aussagen kaum hinterfragen, zumal die Qualität der Gerichtsgutachten unterschiedlich ist: So werden in Gutachten teilweise Beweisthemen nicht vollständig abgearbeitet, dafür aber zahlreiche überflüssige Ausführungen gemacht; seitenlange Gutachten behandeln das eigentliche Problem nur zu einem Bruchteil. Dies reicht oft nicht aus, um den Sachverhalt durch das Gericht ausreichend analysieren zu können.

Und um es vorweg zu nehmen: *Inhaltliche und qualitative Mängel* eines Gutachtens sowie *Zweifel an seiner Verwertbarkeit* und an der *Kompetenz* des Sachverständigen allein begründen keine Besorgnis der Befangenheit (Oberlandesgericht OLG Schleswig, Beschluss vom 6. Oktober 2008, – 16 W 112/08; ebenso Landgericht Kiel, Beschluss vom 13. August 2008 – 8 O 19/07 –; Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 23. August 2012, – L 27 P 42/12 B AB –). Hin und wieder bestehen aber Zweifel an der *Unparteilichkeit des Gutachters*: Die im Beweisbeschluss vorgegebene Aufgabenstellung wird eigenmächtig überschritten, rechtliches Gehör einer Prozesspartei bei der Sachverhaltsfeststellung wird verletzt, und bei mündlicher Anhörung des Sachverständigen

fallen gelegentlich unsachliche Äußerungen. Das einzige wirksame Mittel einer Prozesspartei – sei sie Arzt oder Patient – ihr Recht auf eine „objektive“ Begutachtung zu wahren, ist die Ablehnung des Sachverständigen wegen Besorgnis der Befangenheit.

Für die Ablehnung wegen Besorgnis der Befangenheit kommt es nicht darauf an, ob der Sachverständige parteiisch ist oder sich selbst für befangen hält, oder ob das Gericht Zweifel an seiner Unparteilichkeit hat. Vielmehr genügt bereits der bei der ablehnenden Partei erweckte *Anschein* der Parteilichkeit, wenn von deren Standpunkt aus genügend *objektive* Gründe vorliegen, die in den Augen einer verständigen Partei aus der Warte des Ablehnenden geeignet sind, Zweifel an der Unparteilichkeit des Sachverständigen zu wecken (Thüringer OLG, Beschluss vom 28. Dezember 2012, – 6 WE 422/12 –). Bereits der durch Formulierungen im Gutachten verursachte *Anschein von Parteilichkeit* macht das Gutachten unbrauchbar, auch wenn es ohne sachliche Mängel ist. Es kommt nur darauf an, dass der Sachverständige grob fahrlässig den zur Ablehnung führenden Anschein der Voreingenommenheit geweckt hat (OLG Karlsruhe, Beschluss vom 3. August 2011, – 14 W 18/11 –).

Ein Gerichtssachverständiger muss sich, ebenso wie ein Richter, auch außerhalb seiner gerichtlichen Tätigkeit der besonderen Pflicht, neutral und unabhängig tätig zu sein, stets bewusst sein (OLG Zweibrücken, Beschluss vom 14. Januar 2008, – 1 W 61/07 –). Er muss äußerste Zurückhaltung üben und jeden *Anschein einer allgemeinen Voreingenommenheit* oder *Festlegung* vermeiden. Soweit es um seine Pflicht zur Objektivität und Neutralität gegenüber den Verfahrensbeteiligten geht, muss er sich grundsätzlich an den gleichen Maßstäben messen lassen, wie sie für

Richter gelten (OLG Karlsruhe, Beschluss vom 15. August 2008, – 9 W 39/08 –). Ebenso wie Letzterer muss der Sachverständige als dessen Helfer mithin alles vermeiden, was ein auch nur subjektives Misstrauen einer Partei in seine Unabhängigkeit rechtfertigen könnte. Es dürfen somit keine (1) Ablehnungsgründe in der *Person des Sachverständigen* vorliegen. Er darf weiter seine (2) *Aufgabenstellung nicht überschreiten*, muss seine (3) *Sachverhaltsermittlung unparteiisch* durchführen und sich nicht zu (4) *unsachlichen Äußerungen* hinreißen lassen, will er nicht riskieren, durch eine der Prozessparteien als befangen abgelehnt zu werden. Die Rechtsprechung zu den Fallgruppen ist nicht ganz einheitlich. Im Einzelnen:

(1) Ablehnungsgründe in der Person des Sachverständigen

Ablehnungsgründe können in der Person des Sachverständigen begründet sein. Eine Parteilichkeit des Sachverständigen wird regelmäßig dann angenommen, wenn dieser bereits ein *Privatgutachten* für eine der Prozessparteien erstattet hat (Bundesgerichtshof BGH, Beschluss vom 23. Oktober 2012, – X ZR 137/09 –; OLG Oldenburg, Beschluss vom 12. Juli 2012, – 2 W 38/12 –). Denn erfahrungsgemäß kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein Gutachter dazu neigt, die Erwartungen seines Auftraggebers zu bestätigen. Auch eine verständige Partei kann deshalb befürchten, dass der Gutachter bei der Erstellung des gerichtlichen Gutachtens hiervon beeinflusst wird. Die *Vorbefassung* eines Sachverständigen im Gutachter- und Schlichtungsverfahren stellt für sich gesehen hingegen kein Ablehnungsgrund dar. Die Besorgnis, der Gutachter werde von seinen bisherigen Feststellungen nicht mehr abweichen, lässt sich nicht objektivieren, weil der Sachverhalt im Rechts-

streit umfassend aufgeklärt werden kann und weil es den Prozessparteien unbenommen bleibt, etwaige Einwendungen gegen die Vollständigkeit und Richtigkeit der gutachterlichen Feststellungen vorzubringen (OLG Frankfurt, Beschluss vom 2. Juli 2010, – 8 W 28/10 –).

Als Ablehnungsgrund ist weiter die *Nähe zu einer Partei* anerkannt, zum Beispiel aufgrund intensiver Geschäftsbeziehungen oder wirtschaftlicher Verbindung (BGH, Beschluss vom 23. Oktober 2012, – X ZR 137/09 –). Auch beruflich bedingte Kontakte des Sachverständigen mit einem für eine Prozesspartei tätigen Berufskollegen können die Ablehnung begründen (OLG Hamm, Beschluss vom 8. November 2012, – 32 W 24/12 –). Um eine solche Besorgnis rechtfertigen zu können, müssen darüber hinausgehende persönliche oder enge fachliche Beziehungen des Sachverständigen zu einem Berufskollegen bestehen. Selbst eine persönliche oder enge fachliche Beziehung des Sachverständigen zum Leiter einer Fachabteilung eines beklagten Klinikums vermag grundsätzlich keine Zweifel an dessen Unparteilichkeit zu begründen, wenn der Leiter erst mehrere Jahre (hier: über sechs Jahre) nach der streitgegenständlichen ärztlichen Behandlung in seine Funktion gelangt und damit selbst im laufenden Rechtsstreit in keiner Weise dem Vorwurf eines Behandlungsfehlers ausgesetzt ist. Dies gilt insbesondere dann, wenn die zu begutachtende Behandlung in einer anderen Fachabteilung des Klinikums stattgefunden hat (OLG Hamm, Beschluss vom 17. August 2011, – 32 W 15/11 –). Anmerkungen auf der *Homepage* des Sachverständigen, auf der er ausdrücklich und mehrfach seine *Patientennähe* hervorhebt, sind geeignet, Zweifel an seiner Unvoreingenommenheit zu dokumentieren (OLG Koblenz, Beschluss vom 24. Januar 2013, – 4 W 645/12 –). Ein Link auf der Homepage des Sachverständigen zur Homepage eines verfahrensbeteiligten Rechtsanwalts begründet ebenfalls die Besorgnis der Befangenheit (LG Kiel, Beschluss vom 24. Februar 2009, – 11 O 43/06 –).

(2) Überschreiten der Aufgabenstellung

Der Sachverständige hat das Vorbringen einer Partei mit der gebotenen Sachlichkeit zu erörtern. Es steht ihm nicht zu, das Parteiverhalten über den sachlich gebotenen Gegenstand der Begutachtung hinaus zu würdigen (OLG Karlsruhe, Beschluss vom 15. August 2008, – 9 W 39/08 –; OLG Koblenz, Gesundheitsrecht GesR 2013, 285 f). Überschreitet er eigenmächtig seinen Gutachterauftrag, indem er Beweisfragen überdehnt oder ihm nicht gestellte Fragen eigenmächtig bearbeitet, ist sein Gutachten insoweit unzulänglich; er bewegt sich außerhalb seines Auftrags. Diese Überschreitung begründet allein nicht die Besorgnis der Befangenheit, sondern nur bei weiteren Umständen, die eine Partei in besonderer Weise benachteiligen, zum Beispiel, wenn der Sachverständige mit der überschießenden Begutachtung neue Mängel aufdeckt und damit den Vortrag einer der Parteien des Rechtsstreits betreibt, oder er die Überschreitung seines Gutachterauftrags vorgenommen hat, in der Absicht, einseitig eine der Parteien zu belasten (OLG Stuttgart, Beschluss vom 12. Juni 2012, – 10 W 19/12 –). Die Besorgnis der Befangenheit ist weiter begründet, wenn – ein häufig vorkommender Fall – der Sachverständige in seinem schriftlichen Gutachten das Gericht dar-

auf hinweist, dass Zweifel an einer ordnungsgemäßen *Aufklärung* bestehen, ohne dass dies Gegenstand des Gutachterauftrags war (OLG Naumburg, Beschluss vom 30. Dezember 2011, – 10 W 69/11 –; OLG Köln, Beschluss vom 23. November 2011, – 5 W 40/11 –; OLG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 30. Dezember 2011, – 10 W 68/11 –) oder ungefragt selbst einen tatsächlichen Verstoß gegen die Aufklärungspflicht feststellt (OLG Frankfurt Beschluss vom 7. Mai 2013, – 8 W 29/13 –). Macht ein Sachverständiger, der zum Beispiel mit der Klärung der Frage, ob bei der verfahrensgenständlichen Behandlung der Klagepartei durch die Beklagtenpartei in nicht vertretbarer Weise vom fachärztlichen Standard abgewichen wurde, beauftragt wurde, ungefragt Ausführungen zu der Frage einer korrekten ärztlichen Aufklärung, so stellt dies eine Überschreitung des Gutachterauftrages dar. Eine Besorgnis wird weiter angenommen, wenn der Sachverständige in seinem Gutachten anregt, zur Frage der ausreichenden (mündlichen) Aufklärung eines klagenden Patienten den beklagten Arzt und seine Sprechstundenhilfe zu befragen (LG Nürnberg-Fürth, Beschluss vom 17. November 2009, – 4 O 987/09 –).

Sofern im Arzthaftungsprozess die Klage sowohl auf Behandlungsfehler als auch auf die Verletzung einer Aufklärungspflicht

gestützt wird, kann die Besorgnis der Befangenheit nicht daraus hergeleitet werden, dass der Gutachter sich zur Wirksamkeit einer Aufklärung äußert, obwohl der zugrunde liegende Beweisbeschluss sich allein auf Behandlungsfehler bezieht. Im Einzelfall kann der Sachverständige sogar gehalten sein, das Gericht von sich aus darauf hinzuweisen, dass dessen Auffassung zur Frage der Aufklärung aus medizinischer Sicht Bedenken begegnet (OLG Dresden, Beschluss vom 18. Dezember 2009, – 4 W 1282/09 –). Andererseits ist es geeignet, die Besorgnis der Befangenheit zu begründen, wenn der medizinische Sachverständige das Gericht darauf hinweist, dass aus den übermittelten Behandlungsunterlagen nicht hervorgeht, inwieweit und in welcher Form eine Aufklärung und Einverständniserklärung des Patienten stattgefunden hat, ohne dass dies Gegenstand des Gutachtauftrags war (OLG München, Beschluss vom 28. April 2008, – 24 W 122/08 –). Von einer Befangenheit ist auszugehen, wenn der Gutachter bei Erstellung seines Gutachtens eigenmächtig über die im Beweisbeschluss und Gutachtauftrag gezogenen Grenzen hinausgeht, ohne zuvor gegenüber dem Gericht eine Ergänzung oder Änderung des Beweisbeschlusses angeregt zu haben oder den Prozessbeteiligten ohne entsprechenden Auftrag den von ihm für richtig gehaltenen Weg weist und so in unzulässiger Weise dem Gericht vorbehaltenen Aufgaben wahrnimmt (ThürOLG, Beschluss vom 8. 20. Dezember 2012, Aktenzeichen 6 WE 422/12).

(3) Art und Weise der Sachverhaltsermittlung

Der Sachverständige muss bei der Ermittlung des Sachverhalts *Neutralität wahren*. Das Unterlassen der Benachrichtigung *beider* Parteien von einer Ortsbesichtigung rechtfertigt nicht seine Ablehnung, weil die Parteien insoweit nicht unterschiedlich behandelt werden und damit allein ein einseitiges Vorgehen zu Lasten einer der Parteien nicht verbunden ist

(BGH, Beschluss vom 11. April 2013 – Az. VII ZB 32/12 –). Die Kontaktaufnahme des Sachverständigen mit den Parteien bzw. ihren Vertretern zur Termins- bzw. allgemeinen Verfahrensabsprache ist ebenfalls unbedenklich und begründet mangels konkreter Anhaltspunkte dafür, dass gezielt Informationen außerhalb der Verhandlung eingezogen oder Geheimgespräche geführt wurden, nicht den Anschein einer Parteilichkeit.

Es rechtfertigt hingegen die Besorgnis der Befangenheit, wenn der Sachverständige in der Wohnung einer Partei einen Ortstermin durchführt, ohne die andere Partei bzw. deren Prozessbevollmächtigten davon zu unterrichten (HansOLG, Beschluss vom 6. Juli 2008, – 3 U 6/07 –). Ein Sachverständiger, der einen Ortstermin wahrnimmt, obwohl eine Partei der Gegenseite den Zutritt zum Ort verweigert, kann mit Erfolg abgelehnt werden (OLG Saarbrücken, Beschluss vom 8. Juli 2013, – 5 W 64/13).

Eine Besorgnis der Befangenheit im selbstständigen Beweisverfahren wegen Beteiligung des Praxismitnehmers des Antragsgegners an der Untersuchung des Antragstellers ist begründet, wenn der Gutachter bei der Untersuchung des Patienten ohne dessen wirksame Einwilligung die Anwesenheit des in die Behandlung eingebundenen Praxismitnehmers des Antragsgegners gestattet, sich während des Untersuchungstermins mit dem Arzt über den Fall austauscht und Feststellungen trifft, die der Patient nach Aktenlage mit einer einseitigen Information durch die Gegenseite in Zusammenhang bringen kann. (OLG Frankfurt, Beschluss vom 15. Februar 2010 – 8 W 7/10 –). Hat die Sachverständige von dem Bevollmächtigten einer Partei übergebene Unterlagen (Schriftverkehr, Arztberichte) verwertet und zum Gegenstand seines Gutachtens gemacht, ohne dies dem Gericht und der gegnerischen Partei unverzüglich vorab zu offenbaren und damit letzterer die Möglichkeit genommen, vor Abschluss des Gutachtens sich mit diesen Unterlagen auseinanderzusetzen

und aus ihrer Sicht bestehende Einwände vorzutragen, stellt dies eine Verletzung des rechtlichen Gehörs der anderen Partei dar und begründet die Ablehnung (OLG Koblenz, Beschluss vom 24. Mai 2012, – 2 U 1179/09 –). Führt ein Sachverständiger Telefongespräche mit einer Partei, so kann dies gleichfalls die Besorgnis der Befangenheit rechtfertigen, sofern die Gespräche nicht offengelegt werden oder in ihnen der Inhalt des Gutachtens erörtert wird (OLG Köln, Beschluss vom 13. Dezember 2010, – 11 W 83/10 –).

(3) Unsachliche Äußerungen

Äußerungen eines Sachverständigen dürfen nicht den Eindruck erwecken, er sei in der Sache festgelegt und nicht mehr bereit, innerlich frei an die Beurteilung heranzugehen. Ebenso wenig dürfen Äußerungen als Ausdruck einer unsachlichen Grundhaltung gegenüber einer Partei gedeutet werden können. Trifft ein Sachverständiger nach näherer Betrachtung und Auseinandersetzung mit der streitgegenständlichen Materie (hier: einer wissenschaftlichen Publikationen) eine kritische Aussage, die sich erheblich von dem wissenschaftlichen Standpunkt der Prozesspartei unterscheidet, so begründet dies nicht ohne weiteres eine Besorgnis der Befangenheit, wenn dies als Teil einer nachprüfbar Kritik anzusehen ist, die in einem engen Zusammenhang mit dem Gutachtauftrag steht (Kammergericht KG Berlin, Beschluss vom 16. August 2011, – 5 U 23/04 –). Ein Sachverständiger kann aber wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt werden, wenn er sich ohne Anlass unsachlich über eine Partei des Verfahrens äußert, die von ihren prozessualen Rechten Gebrauch macht. Dies gilt sogar dann, wenn diese Äußerung in einem anderen Verfahren mit derselben Partei gefallen ist (Landgericht LG München I, Beschluss vom 26. Oktober 2011, – 13 T 18596/11 –). Die Ablehnung ist auch begründet, wenn seine Stellungnahme sich nicht auf eine sachliche Auseinandersetzung mit den vorgebrachten Einwendungen

gen beschränkt, sondern sprachliche Entgleisungen gegenüber einer Partei oder ihrem Prozessbevollmächtigten enthält, die einem zur Objektivität und Neutralität – auch in der Ausdrucksweise – verpflichteten Sachverständigen nicht unterlaufen dürfen (OLG Dresden, Beschluss vom 25. Januar 2010, – 9 U 2258/05 –; OLG Frankfurt, 12. Januar 2009, – 8 W 78/08 –, OLG-Report Frankfurt 2009, 574). Solche verbalen Entgleisungen sind auch nicht damit zu entschuldigen, dass sich der Sachverständige durch die Fragestellungen der Prozesspartei provoziert gefühlt hat, wenn diese nicht über das hinausgehen, was ein Sachverständiger hinzunehmen hätte (OLG Dresden, Beschluss vom 25. Januar 2010, – 9 U 2258/05 –). Ein Gerichtssachverständiger darf sich gegen Angriffe einer Partei im Bezug auf seine Feststellungen grundsätzlich zwar in akzentuierter Form verteidigen (OLG Zweibrücken, Beschluss vom 2. August 2013, – 4 W 53/13 –). Das darf ihn aber nicht dazu veranlassen, das Gebot der Sachlichkeit zu verlassen und in einer Weise sprachlich zu entgleisen, die von einer vernünftigen Partei nur noch als Ausdruck seiner Voreingenommenheit interpretiert werden kann. Scharfe, unter gewöhnlichen Umständen sogar überzogen formulierte Angriffe des Gutachters gegen die fachlichen Thesen einer Partei und des hinter ihr stehenden Privatgutachters rechtfertigen die Ablehnung des Sachverständigen dann nicht, wenn sie lediglich die Reaktion auf heftige Attacken der Partei darstellen, die ihm ihrerseits mit harschen Worten („unsinnig“, „willkürlich“, „unprofessionell“, „ja geradezu hilflos“) die Kompetenz auf seinem Fachgebiet abgesprochen hatte, vorausgesetzt, die Entgegnung des Sachverständigen hält sich trotz aller Schärfe noch in einem angemessenen Rahmen (OLG Nürnberg, Beschluss vom 30. April 2002, – 4 W 1171/02 –). Bezeichnet ein Sachverständiger in seinem Gutachten die Methodik eines ihm vorliegenden Privatgutachtens als „grobe Unfug“ oder die darin gemachten Ausführungen als „unsinnig“, so sind die-

se Äußerungen zwar unnötig scharf und nicht mit der gebotenen Sachlichkeit formuliert; sie stellen aber keine persönlichen Angriffe oder Herabsetzung und dar und sind nicht geeignet, die Besorgnis der Befangenheit auszulösen (OLG Hamm, Beschluss vom 24. Januar 2011, – I W 4/11 –). Andererseits können verbal-aggressive Reaktionen auf berechtigte Kritik eines Rechtsanwalts die Besorgnis der Befangenheit begründen (OLG Düsseldorf Beschluss vom 15. Dezember 2010 – 12 W 55/10 –). Einzelne Bemerkungen in einem Gutachten wie „irreführend“, „Störfaktor“, „Spekulation“ und „nachträglich unbewiesene Behauptung“, „unrichtige und irreführende Versicherung“ begründen ebenfalls die Besorgnis der Befangenheit (OLG Düsseldorf, Beschluss vom 26. März 2013, – 21 W 57/12 –). Die Wortwahl „überheblich und ignorant“ in einem Gutachten beinhaltet eine abfällige und abwertende Kritik des Sachverständigen an der Verteidigung der Partei, die ebenfalls verständliche Zweifel an seiner Unparteilichkeit wecken kann (OLG Celle, Beschluss vom 11. September 2012, – 11 W 43/12 –). Die Äußerung gegenüber einem Prozessvertreter: „Ihre wiederholte Fragerei geht mir auf die Nerven. Ich kann auch gehen!“ gibt ebenfalls Anlass zu der Annahme der Parteilichkeit des Sachverständigen, auch wenn diese Äußerung vom Prozessvertreter provoziert wurde (OLG Nürnberg, Beschluss vom 11. April 2013, – 13 W 616/13 –).

(4) Fortfall des Vergütungsanspruchs

Wird das Sachverständigengutachten unverwertbar, weil das Gericht ein Ablehnungsgesuch gemäß § 406 Zivilprozessordnung (ZPO) für begründet erklärt, entfällt der Entschädigungsanspruch nach § 8 Absatz 1 JVEG, wenn die Ablehnungsentscheidung im Hinblick auf eine zumindest *grob fahrlässige Pflichtwidrigkeit* des Sachverständigen ergeht (OLG Köln, Beschluss vom 9. Januar 2012 – 5 W 43/11 –; OLG Karlsruhe, Beschluss vom 3. August 2011, – 14 W 18/11 –; OLG Sachsen-Anhalt,

Beschluss vom 30. Dezember 2011, – 10 W 69/11 –; andere Auffassung (a.A.) Hanseatisches OLG Bremen, Beschluss vom 6. Juli 2009, – 3 U 6/07 –, wonach der Vergütungsanspruch des Sachverständigen schon dann entfällt, wenn er erfolgreich abgelehnt wird). Ein solches Verschulden in Form der groben Fahrlässigkeit liegt vor, wenn die Umstände, die zur erfolgreichen Ablehnung führen, elementare Grundsätze der Berufsausübung eines Sachverständigen, die er kennen und beachten müsste, außer Acht gelassen werden und damit ein gravierender Regelverstoß vorliegt. Ein solcher Verstoß liegt zum Beispiel vor, wenn der Sachverständige ohne vorherige Offenlegung und Beteiligung der Parteien eine Besprechung mit dem von einer Partei vorprozessual beauftragten Sachverständigen durchführt, um Feststellungen hinsichtlich der ihm unterbreiteten Beweisfrage zu treffen und dessen Feststellungen anschließend in sein Gutachten übernimmt (LG Wuppertal, Beschluss vom 21. November 2006, – 6 T 650/06 –).

(5) Kosten des Ablehnungsgesuchs

Soweit der Befangenheitsantrag Erfolg hat, ergeht keine gesonderte Kostenentscheidung. Die Kosten des Beschwerdeverfahrens gehören zu den Kosten des Rechtsstreits, über die nach §§ 91 ff ZPO einheitlich zu entscheiden ist. Damit besteht für den Beschwerdeführer das Risiko, bei einem Unterliegen in der Hauptsache trotz seiner erfolgreichen Beschwerde mit den Verfahrenskosten belastet zu werden. Der Streitwert im Fall einer Sachverständigenablehnung bemisst sich auf *ein Drittel* des Wertes des zu Grunde liegenden Verfahrens (OLG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 26. Oktober 2011, – 10 W 21/11 –; OLG Düsseldorf, Beschluss vom 17. Oktober 2008, – 5 W 41/08 –).

Korrespondenzadresse:

Dr. Thomas K. Heinz

Rechtsanwalt

E-Mail: dr.tkheinz@freenet.de

Was nicht passieren sollte – Perforation bei einer Vorsorgekoloskopie

Wolfgang Rösch und Jürgen Juncker

Deutschland war 2002 das erste Land der Welt, das die Koloskopie in das Krebsfrüherkennungsprogramm aufgenommen hat. Leider bewegt sich die Teilnahme der ab dem 55. Lebensjahr von den Krankenkassen übernommenen Vorsorgekoloskopie nach wie vor im niedrigen Prozentbereich aller Vorsorgeberechtigten. Eine Auswertung von 2,8 Millionen Vorsorgekoloskopien ergab eine Komplikationsrate dieser invasiven Untersuchung, die um den Faktor 10 niedriger liegt als bei der diagnostischen bzw. therapeutischen Koloskopie. Das Risiko, eine Darmperforation zu erleiden, lag bei 0,002 %, die Letalität betrug 1 auf 500.000 Untersuchungen. Dass das Risiko nicht, wie bei Vorsorgemaßnahmen wünschenswert, auf null abgesenkt werden kann, liegt in der Natur der Koloskopie und der menschlichen Anatomie begründet. Für einen primär beschwerdefreien „Patienten“ stellt naturgemäß jede Komplikation ein unerwartetes Ereignis dar, auch wenn er in entsprechenden Aufklärungsbögen und einem speziellen Aufklärungsgespräch auf das Untersuchungsrisiko einer Vorsorgekoloskopie hingewiesen wurde. Die folgende Kasuistik zeigt dieses Dilemma exemplarisch auf.

Kasuistik

Der 59jährige Kläger unterzog sich am 19. April 2013 in der Praxis des beklagten Gastroenterologen einer Vorsorgekoloskopie. Eine mündliche Aufklärung sei nicht erfolgt; allerdings existiert eine von Arzt und Patient unterschriebene Einverständniserklärung (diomed-Aufklärungsbogen). Laut Arzt sei das Aufklärungsgespräch um 8 Uhr erfolgt, die Untersuchung selbst wurde um 11 Uhr durchgeführt. Obwohl er direkt nach der Darmspiegelung über starke Schmerzen in der Schul-

ter geklagt habe, sei dem Kläger gesagt worden, dies sei nach einer Spiegelung vollkommen normal.

Da sich sein Gesundheitszustand bis zum nächsten Tag (20. April) verschlechtert habe, habe seine Ehefrau den Beklagten angerufen und über den Zustand des Patienten berichtet. Der Beklagte habe ganz energisch bestritten, dass dies etwas mit der Spiegelung zu tun haben könne. Er habe es nicht für erforderlich gehalten, den Patienten vorsorglich in die Klinik einzubestellen. Bis Montag, 22. April 2013, habe sich sein Zustand dramatisch verschlechtert. Seine Ehefrau habe den Hausarzt angerufen und dieser habe eine sofortige Einweisung in die Klinik verfügt. Daraufhin habe der Endoskopiker die lebensgefährliche Situation erkannt und eine Einweisung in ein Kreiskrankenhaus mit chirurgischer Abteilung veranlasst. Die Ehefrau des Patienten ergänzt diese Ausführungen noch dahingehend, dass ihr Mann am Nachmittag des 19. April wegen der zunehmenden Schmerzen zwei Tabletten Buscopan plus eingenommen hätte. Der Beklagte habe ihr gesagt, dass Buscopan den Abbau der Narkose verlangsamen würde und auch die Gase, die sich noch im Darm befänden, nur verzögert abgebaut werden könnten. Sie solle ihrem Mann einen Kümmeltee kochen, damit die Winde besser wehen würden. Ihr sei versichert worden, dass bei der Koloskopie nur ein paar kleine Polypen im Darm entfernt worden seien. Diese seien so klein gewesen, dass eine Verletzung des Darmes vollkommen ausgeschlossen sei. Er habe noch hinzugefügt, dass sie jederzeit in die Klinik kommen könne, wenn Schmerzen im Bauch auftreten würden. Am Sonntag, 21. April seien die Schmerzen im Schulterbereich immer stärker ge-

worden, am späten Abend habe ihr Mann zusätzlich Fieber bis 38,8 °C entwickelt.

Als sich am 22. April der Gastroenterologe die Röntgenbilder ihres Mannes angeschaut habe, hätte dieser feststellen müssen, dass doch der Darm verletzt worden sei. Der Arzt habe noch eine Ultraschalluntersuchung veranlasst und daraufhin von einer angehenden Lungenentzündung gesprochen. Er habe ihr eröffnet, dass ihr Mann in einer chirurgischen Klinik weiterbehandelt werden müsse; es sei durchaus möglich, dass ihr Mann nur mit Antibiotika behandelt werden müsse.

Der chirurgische Aufnahmearzt, dem sie von den Schmerzen in der Schulter ihres Mannes erzählt habe, habe gefragt, warum sie erst jetzt kommen würde, denn Schmerzen in der Schulter nach einer Koloskopie seien der erste Warnhinweis auf eine Darmbeschädigung. Schnelles Handeln sei lebensnotwendig. Kurz vor der Operation sei ihr mitgeteilt worden, dass eventuell ein erhebliches Stück Darm entfernt werden müsse und dass gegebenenfalls ein künstlicher Darmausgang gelegt werden müsse. Außerdem seien die Blutwerte ihres Mannes so schlecht und die Entzündungszeichen so enorm, dass sie beten solle, denn er könne nicht garantieren, dass ihr Mann die OP überstehe. Nach der OP sei ihr gesagt worden, dass der Darm bei der Koloskopie durchstoßen worden sei und dass das Loch in der Darmwand so groß wie ein 2-Cent-Stück gewesen sei.

Mit Schreiben vom 6. Mai macht der Rechtsanwalt des Klägers einen Schmerzensgeldanspruch in Höhe von 20.000 Euro mit der Begründung geltend, die Koloskopie sei

Fortsetzung auf Seite 521



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 518!

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 16 P
Modul II Sa., 25. Okt. – So., 26. Okt. 2014 16 P
Modul III Sa., 29. Nov. – So., 30. Nov. 2014 16 P

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

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

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Mi., 24. Sep. 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: 15. Okt., 12. Nov., 10. Dez.

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

Moderatorentaining

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

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

Teilnahmegebühr: € 360 (Akademiemitgl. € 324)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören, Akademie,

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

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Impfkurs – Fachgebiet Öffentliches Gesundheitswesen

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

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

Teilnahmegebühr: € 160 (Akademiemitgl. € 144)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

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

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Risikomanagement

Die wichtigsten Tools eines funktionierenden Risikomanagements.

Sa., 13. Dez. 2014, 09:00 – 15:15 Uhr 8 P

Leitung: Dr. med. Walter 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

Fachgebietsveranstaltung Lungen- und Bronchialheilkunde

Sa., 11. Okt. 2014, 09:00 – 13:00 Uhr 5 P

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

Teilnahmegebühr: kostenfrei

Tagungsort: Frankfurt a. M., Nordwestkrankenhaus,

Kommunikationszentrum, Steinbacher Hohl 2 – 26, Raum Taunus

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

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

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de





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

Bad Nauheimer Interdisziplinäre Tage

Hüftgelenksnahe Frakturen beim alten Menschen

5 P

Mi., 01. Nov. 2014, 09:00 – 13:00 Uhr

Leitung: Dr. med. U. Schweigkofler, 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

Bad Nauheimer Interdisziplinäre Tage

Entwicklung der sprechenden Medizin in Deutschland

8 P

Mi., 01. Nov. 2014, 08:30 – 16:15 Uhr

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

Teilnahmegebühr: € 90 (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

Bad Nauheimer Interdisziplinäre Tage

Nervenarzt und Sozialrichter im kritischen Dialog

4 P

Aktuelle Fragen der sozialrechtlichen neurologisch-psychiatrischen Begutachtung anhand von Fallbeispielen aus der sozialgerichtlichen Rechtssprechung

Mi., 19. Nov. 2014, 16:00 – 19:30 Uhr

Leitung: Dr. jur. G. Offczors, Darmstadt

Prof. Dr. med. F.-L. Welter, Bad Zwesten

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

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Sa., 13. Jun. – So., 14. Jun. 2015

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

Teilnahmegebühr: € 260 (Akademiemitgl. € 234)

Begrenzte Teilnehmerzahl!

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

Repetitorium Frauenheilkunde

Do., 06. Nov. – So., 09. Nov. 2014

Programmübersicht:

Do.: Gynäkologische Onkologie

Fr.: Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Sa.: Gynäkologie und Urogynäkologie

So.: Geburtshilfe inkl. Pränataldiagnostik

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

Strukturierte fachspezifische Fortbildung „Kinder- und Jugendmedizin“

Sa., 08. Nov. – So., 09. Nov. 2014

vorg. Schwerpunktthemen: Kinderneurologie, -rheumatologie, -kardiologie, Notfälle mit Kindern, Kinder- und Jugendpsychiatrie

Leitung: Prof. Dr. med. A. Fuchshuber, Bad Nauheim

Prof. Dr. med. N. Gordjani, Königstein

Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

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

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Einsteigerseminar für Berufsanfänger und Wiedereinsteiger

Mi., 12. Nov. 2014, 09:00 – 17:30 Uhr

11 P

Leitung: Prof. Dr. med. Th. Schmitz-Rixen, Prof. Dr. med. H. Bratzke,

Prof. Dr. med. K. Mayer, Prof. Dr. med. K.-R. Genth

Teilnahmegebühr: € 180 (Akademiemitgl. € 162)

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

(siehe Seite 503)

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





II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise auf Seite 518!

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Std.)

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

Fr., 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 Ärztesgesellschaft für Akupunktur e.V.

Tel.: 089 71005-11, Fax: -25, E-Mail: bauss@daegfa.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 gem. WBO ab 01.11.2002 – Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken: verbaler Inhalt und Körpersprache des Patienten/des Arztes, klientenzentriertes Gespräch, Techniken: Konfrontation, Interpretation, paradoxe Reaktion, Wahrnehmung des latenten Konfliktes.

Leitung: Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt a. M.

Teilnahmegebühr: 20 Std. € 300 (Akademiemitgl. € 270)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

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

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Aktuelle Diabetologie

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

Mi., 24. Sep. 2014, 15:30 – 20:00 Uhr 6 P

Teil 5: Herz, Blutdruck und Gefäße

Teil 6: Auge, Niere Fuß

Leitung: Dr. med. M. Coch, Dr. med. M. Eckhard, Bad Nauheim

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 1/2 26. Nov.

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

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 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

Teilnahmegebühr: Modul II – VI: je € 520 (Akademiemitgl. € 468)

Modul I: Mo., 23. Feb. – Fr., 27. Feb. 2015 in Gießen

Leitung: Prof. Dr. med. Th. Eikmann

Modul II: Mo., 18. Mai – Do. 21. Mai 2015 in Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. Th. Eikmann

Modul III: Di., 14. Apr. – Fr., 17. Apr. 2015 in Frankfurt a. M.

Leitung: Prof. Dr. med. V. Kempf, PD Dr. med. habil. C. Brandt

Modul IV: Mo., 07. Sep. – Do., 10. Sep. 2015 in Gießen

Leitung: Prof. Dr. med. Th. Eikmann

Modul V: Di., 15. Sep. – Fr., 18. Sep. 2015 in Bad Nauheim

Leitung: PD Dr. med. C. Brandt, PD Dr. med. habil. Jahn-Mühl

Modul VI: Mo., 05. Okt. – Do., 08. Okt. 2015 in Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. Th. Eikmann

Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Begrenzte Teilnehmerzahl!

Gesamtleitung: Dr. med. K.-H. Blum, Frankfurt a. M.

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

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

E-Mail: heike.cichon@laekh.de





Geriatrische Grundversorgung

Block III: Fr., 26. Sep. – Sa., 27. Sep. 2014 **14 P**

Leitung: Dr. med. P. Groß, Darmstadt
(kann nur nach Teilnahme von Block I + II absolviert werden!)

Block I: Fr., 07. Nov. – So., 09. Nov. 2014 **24 P**

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, Akademie,

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

E-Mail: andrea.floren@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., 01. Nov. 2014

– 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

Palliativmedizin

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. Mährich, Bad Hersfeld
Dr. med. K. Mattek, Hanau

Teilnahmegebühr: Basiskurs € 600 (Akademiemitgl. € 540)

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

Fallseminar Modul III € 740 (Akademiemitgl. € 666)

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

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

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt

Sa., 22. Nov. 2014

Leitung: D. Kann, N. Schmitz, Kassel

Teilnahmegebühr: € 240

Tagungsort: Kassel

Kurs Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Mo., 02. Feb. – Fr., 06. Feb. 2015

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

Teilnahmegebühr: auf Anfrage

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.

Kursteiile 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, Conradstr.

Auskunft und Anmeldung: DRK Rettungsdienst Mittelhessen,

Bildungszentrum, Postfach 1720, 35007 Marburg

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

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher /-beauftragter

Do., 06. Nov. – Fr., 07. Nov. 2014 **16 P**

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

Teilnahmegebühr: € 340 (Akademiemitgl. € 306)

Tagungsort: Darmstadt, Marienhospital, Martinspfad 72

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

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

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Qualifikation zur fachgebundenen genetische Beratung im Kontext der vorgeburtlichen Risikoabklärung

Mittwoch, 19. Nov. 2014

Teilnahmegebühren: € 70 (Akademiemitgl. € 60;

Ärzte, die nicht in Hessen tätig sind € 80)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

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

E-Mail: heike.cichon@laekh.de



**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., 19. Sep. – So., 21. Sep. 2014 (ausgebucht) 20 P

Fr., 21. Nov. – So., 23. Nov. 2014 (ausgebucht) 20 P

Termine 2015 auf Anfrage!

Leitung: P. E. Frevert, Dr. med. Wolfgang 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, Akademie,

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

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

Mit Wirkung vom 01.06.2012 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 (01.06.2012) bereits mit einem Aufbaukurs begonnen haben, werden Übergangsbestimmungen eingeräumt, so dass diese, ausgenommen der neuen Regelung, die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ erwerben können.

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

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

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

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

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

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

E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

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

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung

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

Fr., 12. Sep. 2014, 08:00 – 12:00 Uhr + insg. 8 P

Sa., 13. Sep. 2014, 13:00 – 16:30 Uhr

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

Tagungsort: Frankfurt a. M., 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

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

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

Einführung in die Schlafmedizin – Qualifikation nach den BUB-Richtlinien

Kurs zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe nach den BUB-Richtlinien (anerkannt von der DGSM und der KV).

In Kooperation mit der Gesellschaft für Schlafmedizin Hessen e.V. (GSMH).

Fr., 29. Mai – So., 31. Mai 2015

Sa., 13. Jun. – So., 14. Jun. 2015

Leitung: Dr. med. J. Heitmann, Gießen

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

Prof. Dr. med. R. Schulz, Gießen

Teilnahmegebühr: € 590 (Akademiemitgl. € 531)

Max. Teilnehmerzahl: 32

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Praktikum: **Wiesbaden**, Stiftung DKD GmbH, Schlaflabor

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

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

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de





Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV

Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde

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

Spezialkurs Röntgendiagnostik

Sa., 20. Sep. – So., 21. Sep. 2014 **20 P**
 Auswahltermine für den praktischen Halbtags:
Di., 23. Sep. oder Mi., 24. Sep. 2014, **jeweils 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

Do., 16. Okt. 2014, 12:00 – 18:15 Uhr **8 P**
Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.
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

Ernährungsmedizin (100 Std.)

Kurs gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer **insg. 100 P**

Block 1 **Mo., 02. Feb. – Sa., 07. Feb. 2015 incl. Teilprüfung**
Block 2 **Mo., 02. Mär. – Do., 05. Mär. 2015 incl. Endprüfung**
Hospitation **Mi., 11. Feb. und Fr., 13. Feb. 2015**
Mi., 11. Mär. und Fr., 13. Mär. 2015

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. J. Stein, Frankfurt a. M.
 Dr. med. K. Winckler, Frankfurt a. M.

Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Tagungsorte: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
 Frankfurt a. M., Krankenhaus Sachsenhausen
 Frankfurt a. M., Praxis Dr. med. Winckler

Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,
 Tel.: 06032 782-208, Fax: 069 97672-67208
 E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

Modul I, Teil 1 **Fr., 20. Mär. – Sa., 21. Mär. 2015**
Modul I, Teil 2 **Fr., 24. Apr. – Sa., 25. Apr. 2015**
Modul I, Teil 3 **Fr., 08. Mai – Sa., 09. Mai 2015**

Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt a. M.
Teilnahmegebühr: Teil 1 u. 2: je € 180 (Akademiemitgl. € 162)
 Teil 3: € 240 (Akademiemitgl. € 216)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,
 Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,
 E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Ultraschallkurse

Abdomen

Leitung: Dr. med. J. Böhnhof, Dr. med. W. Schley **29 P**
Abschlusskurs

Sa., 01. Nov. 2014 (Theorie)
 + 2 Termine Praktikum (jewe. 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. Böhnhof
Abschlusskurs (extrakranielle hirnersorgende 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

Verkehrsmedizinische Qualifikation

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

Fr., 26. Jun. – Sa., 27. Jun. 2015

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

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





Onkologie

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

Spezielle onkologische Grundlagen, Krankheitsbilder und Therapien (ONK 1)

Termin: Mi., 08.10.2014 bis Sa., 11.10.2014 (insg. 28 Std.)

Teilnahmegebühr: € 350

Dokumentation und rechtliche Grundlagen (ONK 2)

Termin: Fr., 07.11.2014, 10:15 – 15:00 Uhr (5 Std.)

Teilnahmegebühr: € 70

Therapeutische und pflegerische Interventionen (ONK 3)

Termin: Fr., 07.11.2014, 15:15 – 18:30 Uhr und
Sa. 08.11.2014, 08:30 – 16:45 (insg. 13 Std.)

Teilnahmegebühr: € 185

Psychoonkologische Grundlagen (ONK 4)

Termin: Sa., 22.11.2014, 10:15 – 18:30 Uhr (9 Std.)

Teilnahmegebühr: € 95

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

Onkologiefortbildung gemäß „Onkologievereinbarung“, 2-tägig

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

THEMEN UND TERMINE:

Hirntumore

Termin: Fr., 14.11.2014, 10:30 – 17:00 Uhr und
Sa., 15.11.2014, 09:00 – 13:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 150

Rund ums Melanom

Termin: Fr., 17.10.2014, 10:30 – 17:45 Uhr und
Sa., 18.10.2014, 09:00 – 12:15 Uhr

Teilnahmegebühr: € 150

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

Betriebsmedizinische Assistenz

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

Teilnahmegebühr: € 150

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

Erwerb der Sachkenntnis gemäß § 4 Abs. 3 MPBetreibV für Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte (SAC 5)

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., 26.09.2014 (insgesamt 30 Std.)

Teilnahmegebühr: € 410 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Für MFA-Auszubildende im 1. Ausbildungsjahr

Ab Oktober 2014 starten wieder die Fortbildungen „Flops – vermeiden“ für Auszubildende im 1. Ausbildungsjahr an verschiedenen Veranstaltungsorten in Hessen. Der Flyer zur Fortbildung steht zum „Download“ auf der Homepage der Carl-Oelemann-Schule für Sie bereit.

Themen des 5-stündigen Workshops im Überblick:

- Der erste Eindruck macht's!
- Der richtige Gruß!
- Das berufliche Outfit – richtig ausgewählt!
- Sauber und ordentlich, ist doch klar!
- Profi werden bedeutet Lob und Kritik aussprechen und annehmen!

Termin Kurs 14_PAT 16_1: **Mi., 08.10.2014**, 14:00 bis 18:30 Uhr

Veranstaltungsort: Bezirksärztekammer
Wilhelmstraße 60 in Wiesbaden

Termin Kurs 14_PAT 16_2: **Mi., 12.11.2014**, 14:00 bis 18:30 Uhr

Veranstaltungsort: Carl-Oelemann-Schule,
Carl-Oelemann-Weg 5 in Bad Nauheim

Termin Kurs 14_PAT 16_3: **Mi., 19.11.2014**, 14:00 bis 18:30 Uhr

Veranstaltungsort: Bezirksärztekammer,
Wilhelminenplatz 8 in Darmstadt

Termin Kurs 14_PAT 16_4: **Mi., 03.12.2014**, 14:00 bis 18:30 Uhr

Veranstaltungsort: Landesärztekammer Hessen,
Im Vogelsgesang 3 in Frankfurt

Termin Kurs 14_PAT 16_5: **Mi., 10.12.2014**, 14:00 bis 18:30 Uhr

Veranstaltungsort: Bezirksärztekammer,
Wilhelmshöher Allee 67 in Kassel

Teilnahmegebühr: jeweils € 70

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

Schwerpunkt Patientenbetreuung / Praxisorganisation

Teamwork in Stresssituationen (PAT 4)

Im Praxisalltag kommt es regelmäßig zur vermehrten Arbeitsbelastung und damit zu Stresssituationen. Die Fortbildung bietet den Teilnehmern viel Raum, kreativ Lösungsansätze zur Förderung der Teamarbeit zu erarbeiten. Hierbei findet die Wissensvermittlung von Techniken zur Problemerkennung und -analyse statt sowie Kommunikationsstrategien zur Situationsentspannung.

Termin: Sa., 01.11.2014, 09:30 – 16:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

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

Refresherkurs: GOÄ und UV-GOÄ (PAT 14)

Inhalte: Die Fortbildung richtet sich an Medizinische Fachangestellte, die im Rahmen ihres Tätigkeitsgebietes in der Ablauforganisation berufs-genossenschaftlicher Abrechnung zukünftig mitwirken wollen. Weiterhin richtet sich dieses Angebot an die Teilnehmer/innen des Qualifizierungslehrgangs „Betriebsmedizinische Assistenz“ zur Erweiterung und Aktualisierung ihres Kenntnisstandes.

Termin: Sa., 11.10.2014, 09:30 – 16:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

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

Schwerpunkt Medizin

Impfungen (MED 10)

Inhalte: Impfkalender der STIKO/Indikationsimpfung, Impfmüdigkeit, Kontraindikationen, Impfkomplicationen, Impfschäden, 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





Prüfungsvorbereitungskurse für MFA-Auszubildende

Abrechnung: EBM (PVK 1)

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

Termin zur Vorbereitung auf die Winterprüfung:

Sa., 13.12.2014, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 75

Medizinische Fachkunde (PVK 4)

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

Termin zur Vorbereitung auf die Winterprüfung:

Sa., 29.11.2014 und Sa., 06.12.2014, jeweils 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 130

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

Ambulante Versorgung älterer Menschen

Der Lehrgang wird anerkannt bei der Qualifizierung „Nichtärztliche Praxisassistenten“.

Viele ältere Menschen sind aufgrund ihres Gesundheits- und Allgemeinzustandes nicht in der Lage, eine Arztpraxis selbständig aufzusuchen. Besonders in ländlichen Regionen sind Hausbesuche unvermeidbar. Das Erfordernis eines ärztlichen Besuchs kann in ausgewählten Betreuung- und Behandlungsfällen an die Mitarbeiterin/den Mitarbeiter der Arztpraxis im Rahmen der Delegation von Leistungen beauftragt werden.

Inhalte: Krankheitsbilder in der ambulanten Versorgung älterer Menschen, Geriatriisches Basisassessment, Hausbesuche und Versorgungsplanung, Wundmanagement, Organisation und Koordination in der ambulanten Versorgung

Termin Blocklehrgang: ab Mi., 08.10.2014 (44 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 350 zuzüglich € 60 Lernerfolgskontrolle

Es besteht auch die Möglichkeit nur einzelne Bausteine der Fortbildung zu buchen:

Geriatrisches Basisassessment (AVÄ 2)

Inhalte: Verfahren zur: Funktions- und Fähigkeitseinschätzung, Beurteilung der Sturzgefahr, Beurteilung der Hirnleistung, Beurteilung von Nutrition und Kontinenz

Termin: Sa., 11.10.2014, 09:30 – 15:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

Hausbesuche und Versorgungsplanung (AVÄ 3)

Inhalte: Rechtliche und medizinische Rahmenbedingungen von Hausbesuchen, häusliche Rahmenbedingungen einschätzen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen, Hausbesuchstasche kontrollieren, Hausbesuchsprotokoll führen, Versorgungs- und sozialrechtliche Anträge begleiten

Termin: Mi., 08.10.2014, 13:30 – 16:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 70

Wundmanagement (AVÄ 4)

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

Termin: Do., 09.10.2014, 09:30 – 16:45 Uhr und

Fr., 10.10.2014, 09:30 – 11:00 Uhr (insgesamt 10 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 150

Wundmanagement Aufbaufortbildung (MED 16)

Inhalte: In der Aufbaufortbildung werden die Entstehung und Behandlung von Dekubitus anhand konkreter Fallbeispiele behandelt sowie die Kompressionstherapie, Auswahl und Umgang mit Produkten der modernen Wundversorgung vermittelt. In vielen praktischen Übungen können die Inhalte geübt werden. Die Fortbildung setzt den Kenntnisstand der Teilnehmer/innen aus der Fortbildung „Wundmanagement“ voraus.

Termin: Interessentenliste, 09:30 – 15:00 Uhr (insgesamt 6 Stunden)

Teilnahmegebühr: € 95

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

Klinikassistent (KLA)

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

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

Termin: ab 11.12.2014

Teilnahmegebühr: € 1.180 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

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

Zusätzlicher Kurs ab 13. November 2014: Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung Aufstiegsfortbildung (FAW 3)

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil 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

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, wie auch in den Bereichen Patientenkoordination und Medizin.

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

Eine Tätigkeitsbeschreibung finden Sie auch unter:

www.fortbildung-mfa.de

Termin: ab 13. November 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

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 512

am 19. April 2013 nicht fachgemäß durchgeführt worden. Die erforderlich gewordene Notoperation, die aufgrund der extremen Verletzung des Darmes mehrstündig verlaufen sei, sei für den Kläger extrem belastend gewesen. Zudem habe er eine Lungentzündung und eine Entzündung des Bauchfells davon getragen. Jetzt resultiere eine 43 cm lange Narbe im Bauchbereich; allein diese Narbe sei für den Patienten extrem psychisch belastend.

Der beklagte Gastroenterologe trägt, die Vorsorgekoloskopie betreffend, vor: Die Untersuchung sei komplikationslos erfolgt. Es seien mehrere Polypen, darunter ein größerer im Sigma mit einer Hochfrequenzschlinge abgetragen worden. Nach der Untersuchung sei der Patient im Beisein der Ehefrau aufgeklärt worden. Es sei speziell auf Blutungskomplikationen nach Polypektomie hingewiesen worden. Sollten Beschwerden auftreten, könne er sich jederzeit, auch am Wochenende – die Endoskopie wurde an einem Freitag durchgeführt – bei ihm melden. Der Patient habe beschwerdefrei die Praxis verlassen. Am Folgetag habe er am Nachmittag einen Anruf der Ehefrau erhalten. Ihr Mann habe Schmerzen im Schulterbereich rechts. Auf Nachfrage, ob er auch Bauchschmerzen oder Blutungen hätte, sei dies verneint worden. Zu diesem Zeitpunkt habe er die Beschwerden nicht erklären können. Er habe dies auch so der Ehefrau mitgeteilt. Falls jedoch eine Änderung eintreten sollte, solle er sich sofort nochmals melden oder vorbeikommen. Dies sei am Montagmorgen, 22. April, der Fall gewesen. Der Patient habe angegeben, seit dem 21. April zusätzlich zu den Schmerzen in der rechten Schulter auch leichte Bauchschmerzen und Fieber zu haben. Bei der klinischen Untersuchung hätten sich lokale peritonitische Reizungen im rechten Unterbauch bei noch weicher Bauchdecke gezeigt. Die Röntgenthoraxaufnahme in zwei Ebenen, die er veranlasst habe, hätte eine Luftsichel

unterhalb des Zwerchfells als Zeichen einer möglichen Perforation gezeigt. Er habe ihn deshalb sofort in die chirurgische Klinik des Kreiskrankenhauses eingewiesen, dem Patienten aber noch gestattet, nach Hause zu fahren, um notwendige Dinge für eine stationäre Behandlung zu packen. Dem Bericht über die Koloskopie vom 19. April ist zu entnehmen, dass die Untersuchung bis zum Zoekum erfolgte und dass ein kleiner Polyp im Rektum, ein gestielter Polyp im Sigma sowie drei kleine Polypenknospen im Descendens gefunden wurden. Histologisch handelte es sich um tubuläre Adenome.

Nachzutragen ist noch der OP-Bericht vom 22. April 2013: Klinisch akutes Abdomen (CRP >20 mg/dl, Leukos >15.000 pro Mikroliter Blut). Im Hemicolon ascendens ein Serosariss, der übernäht wurde. Perforation etwa in Mitte Transversum mit einer Fibrinauflagerung. Die Perforation ist etwa 3–4 mm groß, sodass eine Übernähtung möglich war. In der Umgebung hatte sich das Omentum majus der Perforationsstelle im Sinne einer gedeckten Situation aufgelagert. Dieser Netzabschnitt sei reseziert und zur histologischen Untersuchung eingesandt worden. Histologisch handelte es sich um eine geringgradige fokal granulierende Omentitis. Die Veränderungen hätten einer gering ausgeprägten älteren Peritonitis entsprochen.

Am achten postoperativen Tag habe der Patient beschwerdefrei aus der stationären Behandlung entlassen werden können.

Gutachterliche Stellungnahme

Offensichtlich kam es bei der Vorsorgekoloskopie zu einer Durchstoßung der Darmwand im Querdarm, während die Polypenabtragungsstellen im Rektum und Sigma keine Probleme verursachten. Für den intraoperativ gefundenen Serosariss im aufsteigenden Schenkel des Dickdarms lässt sich primär keine Erklärung finden. Die Aussage des Beklagten, dass Schmerzen in der Schulter nichts mit der vorausgegan-

genen Untersuchung und einer möglicherweise erfolgten Darmperforation zu tun haben könnten, ist falsch. Der Dickdarm verläuft zum Teil intraperitoneal, zum Teil retroperitoneal, sodass freie Luft oder ein Pneumoperitoneum nicht zwingend auftreten müssen. In die Schulter ausstrahlende Schmerzen sind typisch für eine peritoneale Reizung im rechten Oberbauch, wie dies „klassischerweise“ z.B. bei einer akuten Entzündung der Gallenblase auftritt, wo über den Nervus phrenicus Entzündungsreize im rechten Oberbauch zu entsprechenden Schulterschmerzen führen. Zunächst wird man Beschwerden, die nach einer Koloskopie beklagt werden, auf noch reichlich im Darmlumen verbliebene Luft zurückführen können. Wenn allerdings die Beschwerden auch am nächsten Tag noch anhalten oder sich sogar verstärken, muss dringend eine weiterführende Diagnostik eingeleitet werden. Dies hat der Beklagte, möglicherweise bedingt durch das Wochenende, versäumt, auch wenn er dem Patienten gegenüber geäußert hat, dieser könne sich jederzeit, auch am Wochenende, bei ihm melden.

Nachdem die Ehefrau des Patienten am Samstag, 20. April, die Situation und das Beschwerdebild ihres Ehemanns dem Untersucher ausführlich geschildert hatte, wäre dieser verpflichtet gewesen, sich den Patienten umgehend anzusehen und eine entsprechende Diagnostik zu veranlassen, da eine Darmperforation mit zunehmendem Zeitintervall zwischen Perforationsereignis und wahrscheinlich notwendig werdender Operation das Risiko massiv ansteigen lässt, um etwa 20 % pro 24 Stunden.

Offensichtlich (und zum Glück für den Patienten) hat sich das große Netz zum Teil abdeckend über die Perforationsstelle gelegt, sodass es nicht zu einer diffusen Peritonitis gekommen ist, sondern nur zu einer umschriebenen Entzündung des Omentums. Dafür spricht auch das feingewebliche Ergebnis einer Omentitis mit gering ausgeprägter älterer Peritonitis.

Aus der Gutachter- und Schlichtungsstelle

Eine Leukozytose von > 15.000 und ein CRP-Anstieg auf über 20 beweisen die Akuität des Entzündungsprozesses. Da der Darm nach einer Koloskopie mit vorausgegangener Lavage weitgehend stuhlfrei ist und damit die Gefahr einer kotigen Peritonitis deutlich reduziert ist, kommt man in vielen Fällen um eine Darmresektion herum und kann sich mit einer Übernähung der Perforationsstelle begnügen, wie dies im vorliegenden Fall auch gelungen ist.

Die Aussage des Untersuchers, die er am 22. April den Angehörigen gegenüber gemacht hat, dass möglicherweise eine antibiotische Behandlung ausreichen würde, ist zu optimistisch, da bereits der vierte Tag nach der Perforation vorlag und eine Notoperation dringend indiziert war.

Der anwaltliche Vorwurf hingegen, die Koloskopie sei nicht fachgerecht durchgeführt worden, trifft nicht zu. Auch dem erfahrensten Untersucher kann eine Perforation unterlaufen. Die Durchstoßung des Dickdarms gehört zu den untersuchungs-immanenten Risiken, über die der Patient aufzuklären ist und zumindest durch den Aufklärungsbogen aufgeklärt wurde. Dass eine Kolonperforation bei der Vorsorgekoloskopie auftritt, ist natürlich für den Untersucher besonders unangenehm, lässt sich aber, wie einleitend dargestellt, nicht immer vermeiden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden:

1. Der Untersucher hätte die während der Koloskopie am 19. April 2013 erfolgte Perforation spätestens anhand der zunehmenden Beschwerdesymptomatik am 20. April erkennen müssen und entsprechende diagnostische und therapeutische Maßnahmen veranlassen müssen. Dem Patienten wären dann die während des Wochenendes erlittenen Schmerzen zum Großteil erspart geblieben.
2. Die Koloskopie ist nicht fehlerhaft erfolgt; über das Perforationsrisiko wurde entsprechend aufgeklärt (siehe Dokumentationsbogen).

3. Eine bereits am 20. April erfolgte operative Intervention wäre nicht anders ausgefallen als die am 22. April erfolgte Operation.
4. Die Größe einer Narbe spielt bei der Beurteilung einer notwendig werden den Darmoperation keine Rolle.

Juristische Würdigung

Zu dem Therapiegeschehen, das Gegenstand des Behandlungsvertrages ist und die entsprechenden Sorgfaltspflichten auslöst, gehört auch die Nachsorge, die immer dann notwendig ist, wenn durch die eigentliche ärztliche Maßnahme das Ziel der Behandlung noch nicht erreicht ist oder wenn der Behandlungserfolg noch gefährdet werden könnte. Diese Sorgfaltspflicht umfasst vorliegend auch die Beobachtung auf eine während des Eingriffs verursachte Darmperforation, die während und unmittelbar nach dem Eingriff nicht erkennbar war. Mit der Entlassung des Patienten in einem dem Eingriff entsprechenden Zustand ohne Hinweise auf Komplikationen verbunden mit der Aufforderung, sich bei Befundverschlechterung wieder zu melden, war dem Sorgfaltsmaßstab zunächst Genüge getan. Nachdem aber am Folgetag ein Beschwerdebild des Patienten mitgeteilt worden war, das sich nicht durch die üblichen Beschwerden nach einer Koloskopie infolge der im Darm lumen noch verbliebenen Luft erklären ließ, waren weitergehende diagnostische Maßnahmen angezeigt. In dieser Lage entsprach die nur passiv abwartende Haltung nicht mehr dem ärztlichen Standard mit der Folge, dass er für die aus der Verzögerung resultierenden Schäden haftbar war. Besteht die haftungsauslösende Pflichtverletzung in einer Unterlassung eines erforderlichen Rats oder Handlungsanweisung, hier Aufforderung zur Wiedervorstellung zwecks weiterführender Diagnostik, wird vermutet, dass der Patient sich beratungsgerecht verhalten hätte. Diese dann durchgeführte Diagnose hätte die bereits Beschwerden auslösende Darmperforation gezeigt und entsprechende therapeu-

tische Maßnahmen nach sich gezogen.

Zum Glück für den Behandler hat sich das aus der Verzögerung ergebende erhebliche Risiko von schweren, gar lebensbedrohlichen Komplikationen nicht verwirklicht, sodass der Schaden nur in der um zwei Tage verlängerten Leidenszeit für den Patienten besteht.

Fazit

Die Vorsorgekoloskopie ist dank moderner Sedierungs- bzw. Narkoseverfahren, insbesondere durch den Einsatz von Propofol ein weitgehend akzeptiertes Untersuchungsverfahren geworden; lediglich die vorausgehende Darmreinigung wird als lästig empfunden, ist aber unabdingbar. Warum die Akzeptanz der Koloskopie in der Bevölkerung nach wie vor zu wünschen übriglässt, obwohl die Ergebnisse mit einer signifikanten Verbesserung der Prognose des Kolonkarzinoms außer Frage stehen, ist schwer nachvollziehbar. So wird derzeit in klinischen Studien untersucht, ob durch die Kapselendoskopie die Koloskopie ersetzt werden kann. Bei einem positiven Befund, seien es nun Polypen oder ein Karzinom, muss jedoch nach wie vor auf das klassische Verfahren zur Gewinnung eines morphologischen Substrats zurückgegriffen werden.

Wer Vorsorgekoloskopie betreibt, sollte natürlich mit den Symptomen einer Perforation vertraut sein, so vielgestaltig sich das Beschwerdebild auch zu präsentieren vermag. Aufklärung über mögliche Komplikationen bei einem invasiven Verfahren ist das eine, die Prävention, so sie denn möglich ist, das andere. Bei einem massiv geblähten Abdomen ein Röntgengerät einzuschalten oder zum Ultraschallkopf zu greifen, kann nicht schaden, gilt es doch eine sehr seltene Perforation möglichst frühzeitig zu erkennen.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Wolfgang Rösch

Steinbacher Hohl 32

60488 Frankfurt

E-mail: wolfgang.roesch@online.de

Aktuelle KRINKO*-Empfehlung zu MRSA erschienen: Was ist neu?

*Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

Ursel Heudorf, Martin Mielke

Lange wurden die aktualisierten „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) erwartet. Im Rahmen der Feier zum vierten Geburtstag des MRE-Netzes Rhein-Main stellte Prof. Dr. med. Martin Mielke, RKI Berlin, am 10. Juni 2014 in Frankfurt die Inhalte der nur wenige Tage zuvor erschienenen Empfehlung vor. Die 37 Seiten starke und mehr als 400 Literaturstellen berücksichtigende Empfehlung kann auf den Internetseiten des RKI eingesehen werden¹. Der folgende Beitrag stellt wesentliche Aspekte dar, kann aber die Lektüre der Empfehlung nicht ersetzen.

Kasten 1: MRSA-Prävention: Ziele und Instrumente (Maßnahmen)

Die Ziele von Präventions- und Bekämpfungsmaßnahmen in Bezug auf MRSA sind die Vermeidung ihrer Weiterverbreitung im Hinblick auf:

- a) Kolonisierung und/oder
- b) Infektion.

Diesen Zielen dienen die vier Instrumente (Maßnahmen)

1. eine gut etablierte und konsequent durchgeführte **Basishygiene einschließlich Schulung** und Information des Personals
2. die **ärztliche Risikoanalyse**
3. ein **rationaler Umgang mit Antibiotika**
4. die **einrichtungsübergreifende Koordination** (s. MRE-Netzwerke)

Weiterhin gilt: „Einer Besiedlung durch *S. aureus* kommt per se keine pathogene Bedeutung zu; Menschen können besiedelt sein, ohne Symptome zu entwickeln. Jedoch gehört *S. aureus* zu den häufigsten fakultativ pathogenen Erregern des Menschen, die unter bestimmten Voraussetzungen (zum Beispiel nach Verletzungen der Hautbarriere) eine Vielzahl von Infektionen hervorrufen können. MRSA werden vorwiegend durch direkte oder indirekte Kontakte übertragen. Kolonisierte Personen geben den Erreger in unterschiedlichem Maß in die Umgebung ab. Die Hände des Personals sind der wichtigste Übertragungsweg von MRSA in medizinischen Einrichtungen.“

Ziele: Prävention von Kolonisationen oder Infektionen

Neu ist, dass zwei Ziele von Präventions- und Bekämpfungsmaßnahmen in Bezug auf MRSA unterschieden werden (siehe Kasten 1).

In der Empfehlung werden in einem eigenen Absatz die Basishygienemaßnahmen benannt, die bei der Versorgung von allen Patienten gelten, unabhängig von einem positiven MRSA-Status. Die erforderlichen zusätzlichen Barrieremaßnahmen sind dann einrichtungs- bzw. bereichsspezifisch auf der Grundlage einer ärztlichen Risikoanalyse festzulegen.

Neues Prinzip: die ärztliche Risikoanalyse zur Festlegung der Maßnahmebündel

Die ärztliche Risikoanalyse ist ein neues und zentrales Element der aktualisierten

Empfehlung. In dieser Risikoanalyse werden das MRSA-Übertragungs-, Kolonisations- bzw. Infektions-Risiko (MRSA-Patient, Mitpatienten) und das Risikoprofil der Einrichtung/Abteilung/Funktionseinheit (u.a. Invasivität der medizinischen Maßnahmen, Intensität der Pflegemaßnahmen) betrachtet. Die in dieser Analyse zu beantwortenden Fragen sind in Kasten 2 zusammengestellt.

Die Fragen machen deutlich, dass beispielsweise das Risikoprofil eines Krankenhauses mit vielen invasiven Maßnahmen, der Behandlung von schwerkranken und immunsupprimierten und damit auch MRSA-Infektionsgefährdeten Patienten, Patienten mit Hautbarriereverletzungen (OP-Wunde, Katheter) und häufigen Antibiotikaeinsatz ganz anders sein wird als beispielsweise im Altenpflegeheim, in einer Rehabilitationseinrichtung (Ausnahme neurologische Frührehabilitation mit sehr großer Pflegeintensität) oder in einer Hausarztpraxis. Insofern werden die über die Basishygienemaßnahmen hinaus erforderlichen zusätzlichen Barrieremaßnahmen unterschiedlich sein. Wichtig ist, dass Ergebnis und Schlussfolgerung der Risikoanalyse nachvollziehbar sind und schriftlich festgehalten werden. Und immer muss ein Bündel an Maßnahmen geschnürt werden, das neben den Basis- und Zusatzhygienemaßnahmen zwingend auch die Schulung der Mitarbeiter, das Festlegen eines Screening-Regimes und die einrichtungsübergreifende Information und Koordination, d.h. die sachgerechte und rechtzeitige Information der weiterbehandelnden Ärzte oder Einrichtungen, umfasst.

¹ http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/MRSA_Rili.pdf?__blob=publicationFile

Kasten 2: Ärztliche Risikoanalyse

Im Rahmen der ärztlichen Risikoanalyse zu beantwortende Fragen:

- Wie hoch ist der Kolonisationsdruck, zum Beispiel Prävalenz von MRSA-positiven Patienten/Bewohnern?
- Werden Patienten mit Risikofaktoren für eine MRSA-Besiedelung versorgt?
- Werden Patienten versorgt, die potentiell MRSA vermehrt in die Umgebung abgeben (zum Beispiel Patienten mit Tracheostoma, nicht sicher abdeckbare MRSA-besiedelten Wunden)?
- Werden nicht-kooperationsfähige Patienten oder Patienten/Bewohner mit mangelnder persönlicher Hygiene versorgt?
- Liegen bei den betreuten Patienten disponierende Faktoren für eine MRSA-Kolonisation vor, das heißt wie empfänglich sind die Patienten/Bewohner für eine von MRSA ausgehende Kolonisation bzw. Infektion (zum Beispiel Selektionsdruck/Häufigkeit des Antibiotikaeinsatzes, Defekte der Hautbarriere)?
- Welche Prozesse laufen ab, bzw. wie hoch ist die Dichte (Anzahl/Patient/Tag) von Tätigkeiten, die die Übertragung von MRSA begünstigen (beispielsweise Häufigkeit und Intensität von Hand-/Körperkontakten mit dem versorgenden Personal im Rahmen intensiver pflegerischer Versorgung und untereinander, gemeinsame Nutzung von Räumen/Therapiegeräten)?
- Liegen bei den betreuten Patienten disponierende Faktoren für eine MRSA-Infektion vor (zum Beispiel Immunsuppression, liegende Katheter, offene Wunden, bevorstehende invasive Eingriffe)?

Basierend auf der Risikoanalyse sind einrichtungs-/bereichsspezifisch Maßnahmen festzulegen

- a. zum **Screening**
- b. zu **Barrieremaßnahmen**, die über die Basishygiene hinausgehen, so wie
- c. zur Prüfung der **Indikation zur Dekolonisierung**

Weiterhin wichtig: Screening und Dekolonisierung (Search and Follow)

Die Festlegung der erforderlichen Screeningmaßnahmen soll sich an den Risikopopulationen für eine MRSA-Besiedelung (Kasten 3) orientieren. „Das Screening soll mindestens beide vorderen Nasenvorhöfe, Rachen, vorhandene Wunden umfassen; gegebenenfalls auch Perineum und Leiste. Der kulturelle Nachweis ist maßgeblich, PCR-basierte Screeningverfahren bieten zwar als zusätzliches Testverfahren den Vorteil einer erheblichen Zeitreduktion bei der Testdurchführung. Ihre Ergebnisse können als vorläufige Grundlage für abzuleitende krankenhaushygienische Konsequenzen dienen. Sie sollen derzeit nicht zum Nachweis von MRSA-Infektionen eingesetzt werden und sind ungeeignet zur Kontrolle von MRSA-Dekolonisierungsmaßnahmen.“

Eine Dekolonisierung soll nur nach ärztlicher Indikationsstellung begonnen werden. Sie kann, zum Beispiel auf Intensivstationen, auch bei Vorliegen dekolonisierungshemmender Faktoren vorgenommen werden, um die Keimlast und dadurch das Übertragungs- und Infektionsrisiko zu senken und sollte stets im Rahmen eines Bündels vorgenommen werden, als Dekolonisierung von Nase, Rachen und Haut in Verbindung mit Desinfektionsmaßnahmen der potenziell kontaminierten Umgebung.

Unterschiedliche Maßnahmebündel in unterschiedlichen Einrichtungen

Im Krankenhaus sollen Patienten mit MRSA – nach ärztlicher Risikoanalyse – im Rahmen eines Maßnahmebündels räumlich getrennt von anderen Patienten untergebracht werden, möglichst in einem eigenen Zimmer mit Nasszelle. Dabei ist darauf zu achten, dass die Qualität der medizinischen Versorgung des Patienten nicht beeinträchtigt wird. Vor ärztlichen, therapeutischen, physiotherapeutischen, pflegerischen und sonstigen medizinischen

Maßnahmen und Reinigungsmaßnahmen ist ein Schutzkittel und ein Mund-Nasenschutz anzulegen, der nur dort getragen und vor Verlassen dieses Bereichs wieder abgelegt wird. Besucher und Patienten müssen in die Hygienemaßnahmen eingewiesen sein. Eine mindestens tägliche Flächendesinfektion der patientennahen Bereiche, gegebenenfalls auch darüber hinaus, wird gefordert.

Auch für **Rehabilitationseinrichtungen** wird eine ärztliche Risikoanalyse gefor-

Kasten 3: Risikopopulationen für eine MRSA-Besiedelung – als Grundlage für das Screening

Ein erhöhtes Risiko für das Vorliegen einer MRSA-Kolonisation bei Aufnahme in ein Krankenhaus besteht bei:

1. Patienten mit bekannter **MRSA-Anamnese**
2. Patienten aus Regionen/Einrichtungen mit **bekannt hoher MRSA-Prävalenz**
3. **Dialysepatienten**
4. Patienten mit einem **stationären Krankenhausaufenthalt** (> 3 Tage) in den zurückliegenden zwölf Monaten
5. Patienten, die regelmäßig (beruflich) direkten Kontakt zu MRSA haben, wie zum Beispiel Menschen mit **Kontakt zu landwirtschaftlichen Nutztieren** (Schweine, Rinder, Geflügel)
6. Patienten, die während eines stationären Aufenthaltes Kontakt zu MRSA-Trägern hatten (zum Beispiel bei Unterbringung im gleichen Zimmer)
7. Patienten mit **chronischen Hautläsionen**
8. Patienten mit chronischer Pflegebedürftigkeit (zum Beispiel Immobilität, Störungen bei der Nahrungsaufnahme/Schluckstörungen, Inkontinenz, Pflegestufe) und einem der nachfolgenden Risikofaktoren: **Antibiotikatherapie in den zurückliegenden sechs Monaten, liegende Katheter** (zum Beispiel Harnblasenkatheter, PEG-Sonde, Trachealkanüle)

dert „zur Klärung der Frage, ob das Risikoprofil dem eines Krankenhauses oder dem einer Pflegeeinrichtung entspricht“. Danach sind die entsprechenden Hygienemaßnahmen festzulegen. „Durch geeignete Ausgestaltung von Prozessen [soll] ein möglichst optimaler Kompromiss zwischen der Verhinderung von MRSA-Übertragungen und der Möglichkeit zur Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen geschaffen werden“. Die Empfehlung ermöglicht und fördert nun explizit die Rehabilitation auch von MRSA-Patienten; eine strikte Isolierung wird grundsätzlich nicht

gefordert (allenfalls wird sie nach ärztlicher Risikoanalyse beispielsweise in neurologischen Frührehabilitations-Zentren erforderlich sein).

In **Arztpraxen** wird zusätzlich zu den Basis-hygienemaßnahmen empfohlen, bei ärztlichem, therapeutischem und sonstigem medizinischem Kontakt zu MRSA-Patienten einen Schutzkittel und Mund-Nasenschutz anzulegen und nach Kontakt mit MRSA-Patienten die Hände zu desinfizieren. Die verwendeten Schutzmaterialien sind nach Kontakt zu MRSA-Patienten

sachgerecht zu entsorgen. Unmittelbar nach der Behandlung sind alle potentiell kontaminierten Hand-Kontaktflächen zu desinfizieren.

Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. med. Ursel Heudorf
Gesundheitsamt*

*Abteilung Infektiologie und Hygiene
Breite Gasse 28*

60313 Frankfurt am Main

Tel.: 069 212 36980

Fax: 069 212 30475

E-mail: ursel.heudorf@stadt-frankfurt



© Wolfgang Willnat

Mittelrheiner 2014

**102. Jahrestagung
der Vereinigung
Mittelrheinischer Chirurgen**

Termin:

9.–10. Oktober 2014

Motto:

„Einheit in Vielfalt“

Tagungsort:

Maritim Hotel am Schlossgarten Fulda

Tagungspräsident:

PD Dr. med. Achim Hellinger
Direktor der Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
Klinikum Fulda

Anmeldung per E-Mail an:

nadine.hauptrock@wikonect.de

Kongressekretariat:

Katja Dehler
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Tel.: 0661 84-5611, Fax: 0661 84-5613
E-Mail: mittelrheiner@klinikum-fulda.de

Veranstalter:

wikonect GmbH Wiesbaden

Informationen im Internet:

<http://www.der-mittelrheiner.de>

Cannabis sollte freigegeben werden, wenn alles andere nicht mehr wirkt

Interview mit Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann, Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie

Das gab es in Deutschland noch nie: In einem spektakulären Urteil hat das Verwaltungsgericht Köln drei Schmerzpatienten das Recht zugesprochen, Cannabis zu therapeutischen Zwecken selbst anbauen zu dürfen. Das kann nur der erste Schritt sein, sagt Schmerzexperte Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann (Foto) im Interview mit Jutta Rippegather.

Im 21. Jahrhundert müssen Patienten ihre Medizin selbst anbauen. Ist das nicht ein Armutszeugnis für unser Gesundheitswesen?

Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann: Das muss man differenziert sehen. Im Prinzip können die Patienten das Ganze auch in der Apotheke kaufen. Doch das ist viel zu teuer und wird von den Krankenkassen nicht erstattet.

Also doch ein Armutszeugnis. Es gibt dieses Medikament, es steht den Patienten

nur nicht zur Verfügung. Warum zahlen die Kassen nicht?

Graf-Baumann: Nach wie vor gibt es keine ausreichende Evidenz für die Wirksamkeit von Cannabis bei Schmerzerkrankungen. Es wird schon länger als Arzneimittel verwendet, wobei sich die Wirksamkeit auf die Vermeidung von Übelkeit und Erbrechen bei unterernährten Patienten konzentriert.

Bei welchem Krankheitsbild?

Graf-Baumann: Zum Beispiel bei Tumoren im Gesichtsbereich. Bei starker Abmagerung, um Untergewicht zu vermeiden, kann man Dronabinol aus der Apotheke beziehungsweise Cannabis geben. Außerdem wirkt es natürlich schmerzlindernd und auch entzündungshemmend. Es hat viel mildere Nebenwirkungen als die klassischen Arzneimittel. Es wirkt muskelentspannend, beruhigend und ein Stück weit schmerzstillend.



Foto: DGSS



© yellowji - Fotolia.com

Was unterscheidet Dronabinol von Cannabis, das selbst angebaut wird oder auf dem illegalen Markt zu haben ist?

Graf-Baumann: Dronabinol aus der Apotheke ist synthetisch hergestelltes Cannabis. Das andere wird direkt aus dem Hanf gewonnen. Wobei noch ein Unterschied besteht zwischen dem, was man auf der Straße kauft und dem, was man selbst anbaut.

Nämlich?

Graf-Baumann: Der Selbstanbau erfolgt nach einem Rezept der Bundesopiumstelle des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte. Es ist reines Cannabis und nicht mit irgendwelchen anderen Dingen versetzt.

Und es hat diese euphorisierende Wirkung, die zum Beispiel gewisse MS-Patienten schätzen. Kann man als Arzt dafür Verständnis haben?

Graf-Baumann: Bei MS-Patienten, und noch stärker bei ADHS-Patienten, wäre ich sehr vorsichtig wegen der laufenden Entwicklungsdiagnose, die man machen muss. Da würde ich für das synthetisch hergestellte Dronabinol plädieren. Bei Schmerzen oder den unterernährten Patienten mit Erbrechen und Übelkeit kann man gut auf das selbst hergestellte Cannabis zurückgreifen.

Vom eigenen Balkon?

Graf-Baumann: Ja. Wenn man sich an das Rezept hält und es darf für niemand Unbefugten zugänglich sein.

Ist das nicht etwas absurd? Und sind diese Patienten überhaupt in der körperlichen Lage dazu, sich ständig um ihre Pflanzen zu kümmern?

Graf-Baumann: Die Patienten, die Gegenstand des Verwaltungsgerichtsurteils waren, sind alle dazu in der Lage. Die wesentliche Einschränkung des Gerichts war, dass der Selbstanbau und die Verarbeitung so sein müssen, dass kein Unbefugter zugreifen kann. Im Übrigen ist der Hanfanbau selbst überhaupt nicht kompliziert.

Vom ärztlichen Standpunkt müsste es doch sekundär sein, wie jemand wohnt. Wenn ein Medikament für einen Patienten wichtig ist, sollte er es doch bekommen, oder?

Graf-Baumann: Vom rein ärztlichen Standpunkt her haben Sie natürlich Recht. Aber wir können das leider nicht nur unter ärztlichen Gesichtspunkten sehen. Cannabis ist nun mal ein auf der Verbotliste stehendes Betäubungsmittel. Da muss man auch andere Kriterien berücksichtigen.

Cannabis war früher ein Allheilmittel. Wie kann es passieren, dass es plötzlich verboten wird?

Graf-Baumann: Durch den Missbrauch. Der führt zu massiven psychischen Veränderungen.

Haben Ärzte deshalb Hemmungen es zu verschreiben?

Graf-Baumann: Als Arzt können Sie das nicht auf Kassenrezept verschreiben. Die Kasse zahlt das nicht. In Potsdam im Jahr 2011 hat es ein Arzt bei einem AOK-Patienten mit einem Zungengrundkarzinom trotzdem getan. Zunächst gab das Sozialgericht ihm Recht. In zweiter Instanz wurde der Regressanspruch der Krankenkasse bejaht, so dass er es jetzt nicht mehr verschreiben kann.

Musste der Arzt zahlen?

Graf-Baumann: Ja, so ist es. Wir haben ihn seitens der Deutschen Schmerzgesellschaft massiv unterstützt, das hat aber nichts genutzt.

Ist das Urteil jetzt ein erster Schritt gewesen?

Graf-Baumann: Ja, es ist ein erster Schritt eines mutigen Richters. Sollte es rechtskräftig werden, muss auf Basis dieses Urteils die Bundesopiumstelle des Bundesinstituts dem noch stattgeben, das wird sie wohl tun. Dann wird man weiter sehen. Paradox ist ja, dass es in Österreich erlaubt ist, aber nicht nach Deutschland eingeführt werden darf.

Plädieren Sie dafür, Cannabis als Medikament freizugeben?

Graf-Baumann: Ich würde die Freigabe bejahen, wenn die medizinischen Voraussetzungen gegeben sind. Das heißt, alle anderen schmerztherapeutischen Verfahren und Medikamente sind ausgeschöpft.

Also eine Rechtsänderung?

Graf-Baumann: Ja, das ist richtig.

Hat mit dem Urteil die Entdämonisierung von Cannabis begonnen?

Graf-Baumann: Ich sage lieber, Cannabis kann ein äußerst wirksames Medikament sein, das man deutlich trennen muss vom Missbrauch als Betäubungsmittel.

Wie soll es jetzt weiter gehen?

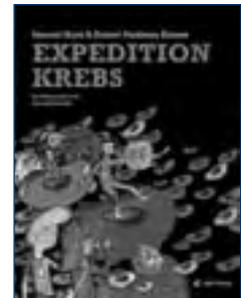
Graf-Baumann: Wichtig wäre, dass eine Institution wie die Bundesopiumstelle sich intensiv mit dieser Frage beschäftigt. Es ist Aufgabe der Medizin und Pharmazie, Voraussetzungen für Arzneimittel oder Medizinprodukt zu schaffen. Nicht die eines Gerichts.

Bücher

Expedition Krebs

Wie erklärt man Kindern, was Krebs ist? Mit „Expedition Krebs“ schaffen die Autoren den Spagat zwischen Sachlichkeit und Vereinfachung, zwischen Mitgefühl und Unterhaltung. In neun Kapiteln wird die Geschichte des krebskranken Felix und seinen Freunden – Finja, Luke, Jo, Ginny und Simon – erzählt: Durch eine mysteriöse Maschine auf Zellgröße verkleinert, gelangen die Freunde in Felix' Körper und machen sich dort auf die Suche nach dem Krebs. Dabei erleben sie so einige Abenteuer: Surfen auf roten Blutkörperchen oder die Begegnung mit sprechenden Leukozyten. Abseits des Erzählstrangs werden Fragen wie: Haben alle Krebskranke eine Glatze? Aus welchen Zellen besteht unser Blut? Oder: Wie erkennt das Immunsystem fremde Eindringlinge? kindgerecht beantwortet. Der positive Ausgang der Geschichte macht Mut und gibt Hoffnung. Ein lehrreiches und zugleich spannendes Buch (nicht nur) für betroffene Kinder (ab zehn Jahren) und deren Angehörige.

„Expedition Krebs“ ist aus einem Projekt der KölnerKinderUni entstanden.



Maren Grikscheit

Samuel Horn & Robert Panthera Krause

„Expedition Krebs“, atp Verlag 2014,
Hardcover mit 29 großen und kleinen Illustrationen,
104 Seiten,
ISBN 978-3943064063, 19,80 Euro

Risiken und Nebenwirkungen: Neues Onlineangebot der BZgA zur Information über Medikamente

Die richtige Einnahme von Medikamenten, Wechselwirkungen oder Risiken, medikamentenabhängig zu werden, – mit diesen Themen beschäftigen sich die neuen Internetseiten www.maennergesundheitsportal.de und www.frauengesundheitsportal.de der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Damit will die BZgA verlässliche Informationen zum Thema Medikamente bieten, ohne jedoch die Beratung durch den Arzt oder Apotheker zu ersetzen. Ein Schwerpunkt sind Infos über gefährliche Wechselwirkungen bei der Einnahme mehrerer Arzneimittel. Das betrifft vor allem ältere Menschen, die unter mehreren chronischen Krankheiten leiden. Auch mögliche Wechselwirkungen mit Nahrungsmitteln sind zu beachten. Von den in Deutschland pro Jahr verkauften 1,4 Milliarden Arzneimittelpackungen haben circa 15 Prozent ein eigenes Abhängigkeitspotenzial, dazu gehören viele frei verkäufliche Arzneimittel. (Quelle: BzGA)

Notfall-Internetprogramm Ivena bald für ganz Hessen

Notfallpatienten sollen bald in ganz Hessen nach einem Frankfurter Konzept auf die Krankenhäuser verteilt werden. Das Computersystem Ivena – die Abkürzung steht für „Interdisziplinärer Versorgungsnachweis“ – hilft seit 2010 in der Stadt Frankfurt/Main dabei, Patienten schneller entsprechend ihrer Verletzungen zur richtigen Notaufnahme zu bringen. Das System ist mittlerweile in ganz Südhessen, großen Teilen Mittelhessens sowie in Kassel bereits in Betrieb, in Ost- und Nordhessen noch in

der Einführung. Ivena kann die Rettungskette vom Unfallort bis zum Krankenhaus deutlich beschleunigen. In Echtzeit werden die aktuelle Behandlungs- und Versorgungskapazitäten der Krankenhäuser (freie Betten) angezeigt – zum schnellen Austausch zwischen den Krankenhäusern, den Zentralen Leitstellen für den Rettungsdienst, den Gesundheitsbehörden und anderen medizinischen Diensten, wie dem Ärztlichen Notdienst, der Kassenärztlichen Vereinigung oder niedergelassenen Ärzten. Die Anwendung wurde vom Frankfurter Amt für Gesundheit in Zusammenarbeit mit der Firma mainis IT-Service GmbH entwickelt. (Quellen: Frankfurt Allgemeine Zeitung 24.06.2014 und www.ivena.de)

Studie: Tausende Arbeitsplätze im Zweiten Gesundheitsmarkt

Die Initiative „Gesundheitswirtschaft Rhein-Main e.V.“ hat eine Studie zum Zweiten Gesundheitsmarkt vorgestellt, mit dem Titel: „Entwicklungschancen des Zweiten Gesundheitsmarktes in der Rhein-Main-Region und Hessen.“ Demnach wurden im Jahr 2012 rund 14 Prozent der insgesamt 300 Milliarden Euro Gesundheitsausgaben bundesweit freiwillig durch private Haushalte und damit nicht durch Krankenversicherungen oder Steuermittel aufgebracht. Die Tendenz ist laut Studie steigend. In Hessen erwirtschaftete der Zweite Gesundheitsmarkt 2012 knapp 5,6 Milliarden Euro, im Rhein-Main-Gebiet rund 3,6 Milliarden Euro. Zwischen 2009 und 2012 wuchs der Markt in Hessen um 5,6 Prozent, in Rhein-Main um 17 Prozent. Die Zahl der Beschäftigten lag in Hessen bei rund 30.000, in Rhein-Main bei ca. 28.000. In der Initiative haben sich seit 2006 rund 170 Vertreter der Gesundheitswirtschaft zusammengeschlossen, wie Krankenhäuser, Ärzte, Unterneh-

men der Branchen Pharma, Medizintechnik und Biotechnologie sowie Versicherungen und Verbände.

Vereinbarkeit von Beruf und Pflege – 50 Unternehmen beteiligen sich

Das Engagement hessischer Arbeitgeber für eine Vereinbarkeit von Beruf und Pflege nimmt zu. Im Juli dieses Jahres waren bereits 50 Arbeitgeber der bundesweit bislang einmaligen Charta zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege beigetreten, die 2013 von der hessischen Initiative „Beruf und Pflege vereinbaren“ ins Leben gerufen wurde. Lösungen für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege werden für hessische Arbeitgeber zunehmend wichtig, teilt Sozialminister Stefan Grüttner (CDU) mit. Denn in Hessen ist die Bereitschaft zur häuslichen Pflege hoch: Fast 76 Prozent der Pflegebedürftigen werden von Angehörigen zu Hause gepflegt. Viele der Pflegenden bleiben im gleichen Umfang wie zuvor erwerbstätig. Informationen hierzu im Internet unter www.berufundpflege.hessen.de.

Neues Hörsaalgebäude für Medizin

Am Frankfurter Fachbereich Medizin bestehen seit Jahren spürbare räumliche Engpässe. Um auch in Zukunft eine Ärzteausbildung auf höchstem Niveau bieten zu können, beginnt das Land Hessen jetzt mit dem Bau des Audimax. Das Gebäude auf dem Gelände des Universitätsklinikums wird einen Hörsaal für 550 Studenten, Seminarräume und ein Café enthalten.

(asb)

Strukturkrise im Gesundheitswesen

Podiumsdiskussion anlässlich der 11. Kasseler Gesundheitstage 2014

Über die ambulante und stationäre Versorgungssituation in Stadt und Land, Ärztemangel und das Gesundheitssystem von morgen diskutierten Stefan G. Reuß (Landrat Werra-Meißner-Kreis), Frank Dastych (Vorstandsvorsitzender Kassenärztliche Vereinigung Hessen), Dr. med. Gerhard Sontheimer (Vorstand Gesundheit Nordhessen Holding AG), Dr. med. Uwe Popert, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), sowie Erika Fink, Präsidentin der Landesapothekerkammer. Moderiert wurde die Veranstaltung von Claus Peter Müller v.d. Grün (CPM), Korrespondent der Frankfurter Allgemeinen Zeitung.

Zur Finanzlage

Claus Peter Müller v.d. Grün (CPM): Herr Dastych, wie kommen die Vertragsärzte eigentlich an ihr Geld? Die Vertragsärzte, die in der Kassenärztlichen Vereinigung zusammengeschlossen sind, verteilen das Geld nun untereinander. Sie bilden Budgets für jede Arztgruppe, die sich immer feiner gliedern, bis der einzelne Arzt¹ sein Budget hat. Das reicht aber nur für eine bestimmte Zahl an Patienten. Behandelt der Arzt nun besonders viele und sehr kranke Menschen und rechnet mehr ab, als in seinem Topf ist, bekommt er für jede Leistung weniger Geld. Was macht er, wenn der Topf leer ist? Keine Termine mehr vergeben? Oder überweist er die Patienten an eine Klinik?

Frank Dastych: Dazu könnte ich jetzt viel sagen. Aber im Prinzip stimmt das mit dem Budget. Wenn das Budget aufgebraucht



Dr. med. Uwe Popert (DEGAM), Stefan G. Reuß (Landrat Werra-Meißner-Kreis), Erika Fink, (Präsidentin Landesapothekerkammer), Claus-Peter Müller von der Grün, Frank Dastych (Vorstandsvorsitzender KV Hessen), Dr. med. Gerhard Sontheimer (Vorstand Gesundheit Nordhessen), alle von rechts nach links

ist, ist es auch nicht hilfreich, Patienten in eine Ermächtigungsambulanz zu überweisen, da natürlich auch hier Vergütungsansprüche entstehen. Die Folge wäre, dass das Honorar für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten noch weiter absinkt. Deswegen behandeln wir unsere Patienten trotzdem und gerne weiter, auch wenn das Budget erschöpft ist. Hier sind die Kostenträger in der Pflicht, endlich auch in Hessen eine adäquate Honorierung zu gewährleisten.

CPM: Herr Dr. Sontheimer, die Kassen verhandeln mit dem einzelnen Krankenhaus ein Budget über eine bestimmte Zahl an bestimmten Leistungen für eine bestimmte Periode. Bezahlt werden die Kliniken nach DRG – den Diagnose bezogenen Fallgruppen. Die basieren auf Erfahrungswerten. Die Krankenhäuser dürften also das Interesse haben, Patienten aus attraktiven Fallgruppen möglichst effizient zu behandeln, damit etwas übrig bleibt.

Dr. med. Gerhard Sontheimer: Stimmt in etwa.

CPM: Frau Fink, nach welchem finanziellen Anreizsystem arbeiten die Apotheken?

Erika Fink: Für die verschreibungspflichti-

gen Arzneimittel haben wir einen festen Aufschlag. Wir verdienen praktisch an jeder Packung gleich viel, egal ob sie billig oder teuer ist. Bei den Arzneimitteln die man ohne Rezept kaufen kann, kann die Apotheke den Preis selbst festsetzen. In der Regel verdient sie dann an teuren Produkten viel, an billigeren weniger. Das könnte allerdings manchen Verbraucher dazu verleiten, mehr Arzneimittel einzunehmen, weil sie ja so schön billig sind. Ob das gut für die Gesundheit ist wird sich zeigen.

Zur ambulanten Versorgungslage

CPM: Wie sieht die ambulante Versorgung heute aus und wie wird es morgen sein? In Stadt und Land? Gibt es derzeit in Hessen genug Ärzte in der Niederlassung?

Dastych: Es gibt weder genug Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassung noch genug Nachwuchs. Hier müssen wir dringend die Bedingungen in der Niederlassung wieder attraktiver zu gestalten. Eigenverantwortlich, freiberuflich und selbstständig Patienten zu versorgen, halte ich nach wie vor für ein unglaublich attraktives Berufsumfeld.

¹ Bei Verwendung der männlichen Form ist die weibliche Form immer mit eingeschlossen.

Dr. med. Uwe Popert: Bereits jetzt finden viele Hausärzte auf dem Land gar keine Nachfolger mehr. In der Stadt werden statt hausärztlicher Nachfolger Spezialistenpraxen angesiedelt, die keine hausärztliche Arbeit mehr leisten. Wir rechnen damit, dass bis 2020 etwa 45 Prozent der derzeitigen Hausärzte in Rente gehen werden. Dann werden etwa 30 Prozent der Bevölkerung nicht mehr hausärztlich versorgt werden können.

Stefan G. Reuß: Die ambulante Versorgung in ländlichen Regionen wird deutlich schlechter. Insbesondere ist die Zahl der Niedergelassenen nicht nur rückläufig, sondern aufgrund ihrer Altersstruktur bald nicht mehr gewährleistet. So können wir gerade fachärztliche Strukturen nicht mehr ambulant vorhalten.

Fink: Wir haben zwar Apothekenschließungen, aber noch keine ausgeprägte Landflucht festgestellt. Wahrscheinlich führt der Ärztemangel auf dem Land aber auch zu Apothekenschließungen, mit einiger Verzögerung.

Sontheimer: Deutschland hat eine hohe Qualität in der ambulanten und stationären Versorgung und leichten Zugang dazu. Wir haben aber auch eine hohe Inanspruchnahme im internationalen Vergleich und damit hohe Kosten.

Zur stationären Versorgung

CPM: Haben wir genug Krankenhäuser – in Stadt und Land, heute und morgen?

Reuß: Wir sind zufrieden mit der Ausstattung im ländlichen Raum. Unter Berücksichtigung der Hilfezeiten haben wir eine gute Ausstattung. Allerdings muss man auch sagen, dass eine weitere Zentralisierung, speziell für ältere Menschen mit eingeschränkter Mobilität, wenig hilfreich wäre.

CPM: Immer mehr Geburtshilfeabteilungen werden geschlossen. Warum?

Sontheimer: Die Fachgesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hat mit neuen Mindeststandards für geburtshilfliche Abteilungen für viele Standorte unüberwind-

bare Hürden geschaffen. Daraus resultieren enorme Vorhaltekosten, inklusive der Versicherungen. Wir schaffen es vielerorts nicht, wie beispielsweise in Wolfhagen.

CPM: Welche Möglichkeiten der Zusammenarbeit gibt es zwischen Arztpraxen, den Angehörigen verschiedener Berufsgruppen im Gesundheitsbereich sowie zwischen Klinik und Arztpraxis, damit auch morgen noch die Versorgung sicher ist?

Popert: Zusammenarbeit ist nichts Neues – das machen wir seit Jahrzehnten. Hier betreibt die Politik Augenwischerei: Einsparpotentiale durch Kooperation oder elektronische Gesundheitsakten sind ein Märchen, das nicht dadurch wahrer wird, dass es häufig erzählt wird. Was uns helfen würde, ist die Verringerung unnötiger Bürokratie und überflüssiger unbewiesener Medizin.

CPM: Wie denken Sie sich die Verzahnung von ambulant und stationär?

Reuß: Eine Vernetzung ist dringend geboten, und Möglichkeiten der Zusammenarbeit müssen gefunden werden, zum Beispiel bei der Ausbildung von Altenpflegern/innen und Krankenschwestern/-pflegern. Auch eine stärkere Verzahnung von ambulant und stationär ist dringend notwendig.

Dastych: Die Verzahnung ambulant und stationär braucht sicher gewisse Spielregeln, die einen fairen Wettbewerb auf Augenhöhe ermöglichen. Dabei geht es um die Zukunftsfähigkeit unseres Gesundheitswesens, das auf lange Frist auch finanzierbar bleiben muss.

Sontheimer: Die heutigen Vergütungssysteme belohnen Zusammenarbeit nicht. Der deutsche Anachronismus der „doppelten Facharztschiene“ muss in Frage gestellt werden. Meine Vision wäre die komplette Öffnung aller Krankenhäuser zur ambulanten Leistungserbringung.

Zum Stichwort Ärztemangel

CPM: Gibt es überhaupt einen Ärztemangel? Denn es gab noch nie so viele Ärzte wie heute!

Dastych: Numerisch gesehen haben wir heute so viele Ärzte wie nie zuvor, aber der Anteil von Ärztinnen und Ärzten in Teilzeit nimmt immer stärker zu. Dabei müssen wir uns natürlich gesamtgesellschaftlich fragen, ob wir es uns auf Dauer leisten können, eine Ärztegeneration auszubilden, die in großem Umfang nur noch in Teilzeit arbeiten möchte.

CPM: Gibt es einen Mangel an Personal im Gesundheitssystem?

Sontheimer: Mangel heißt offene Stellen, also man bekommt nicht die Anzahl oder die Qualität der Mitarbeiter, die man gerne hätte. Der Mangel ist dreifach hervorgerufen: Viele Medizinabsolventen gehen danach in andere Berufe, der Frauenanteil bei den Ärzten steigt und die stehen dem Arbeitsmarkt zwischen dem 25. und 45. Lebensjahr deutlich weniger Stunden zur Verfügung als Männer. Außerdem erfordern die Arbeitszeitgesetze und der Anspruch an die work-life-balance deutlich mehr Stellen als früher.

CPM: Es gibt intensive und gut organisierte Versuche, die jungen Leute an die Allgemeinmedizin heranzuführen. Fruchten diese?

Popert: Deutschlandweit werden derzeit Weiterbildungsverbände gegründet. Wir bemühen uns, den Kollegen den Einstieg in die hausärztliche Medizinwelt zu erleichtern und vor allem die abzuholen, die zeitweise aus dem Medizinbetrieb ausgestiegen sind.

CPM: Frau Fink, die Ärzte klagen über zu viel Arbeit am Land. Könnten Sie nicht ein bisschen helfen, und die Ärzte entlasten?

Fink: Die Apotheken können in der Tat zu einer Therapieoptimierung beitragen. Viele Patienten gehen ja zu mehreren Ärzten, die voneinander oft nichts wissen, so dass Medikamente doppelt verordnet werden oder sich nicht miteinander vertragen. Es gibt jetzt Modellversuche zum so genannten Medikationsmanagement in Sachsen und Thüringen.

CMP: Könnten wir manches Problem durch Zuwanderung lösen?

Dastyh: Das ist eine ganz schwierige Frage. Den immer deutlicher werdenden Ärztemangel mit ausländischen Kolleginnen und Kollegen zu lösen, ist fachlich sicher keine schlechte Idee. Diese Kollegen sind uns auch herzlich willkommen. Aber sie werden oft auch und auch viel dringlicher in ihren Heimatländern gebraucht. Dieses Problem damit auf Kosten von Ländern zu lösen, die bereits jetzt schon viel größere Probleme in der Gesundheitsversorgung als wir haben, ist aus meiner Sicht der falsche Weg.

CPM: Zu den Wartezeiten: Wie schnell verschaffen Sie einem Patienten einen Termin beim Facharzt?

Popert: Im seltenen Notfall sofort – in allen anderen Fällen ist das Sache des Patienten, sich selbst zu kümmern.

Ideen für die Zukunft

CPM: Wie sähe Ihr Gesundheitssystem aus, wenn sie könnten, wie sie wollten?

Sontheimer: Mein Sechs-Punkte-Plan wäre:

1. Ohne Freiberuflichkeit keine Effizienz in der ambulanten Versorgung.
2. Klare Strukturentscheidungen zu Krankenhausstandorten durch die Bundespolitik. Keine Bedarfsregelung im niedergelassenen Bereich.
3. Volle Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen.
4. Qualitätswettbewerb der Krankenhäuser fördern durch moderate Zuschläge.
5. Klare Festlegung von Positivlisten zur Begrenzung der Ausgabenexplosion.
6. Private Medizin außerhalb des Standardkatalogs.

Dastyh: Ich würde klar auf den Ausbau des ambulanten Sektors setzen. Das setzt aber eine gesamtgesellschaftliche Bereitschaft voraus, den medizinischen Fortschritt zu finanzieren, um die gegenwärtige Qualität zu erhalten.

Fink: Weniger Einfluss der Krankenkassen und der Pharmaindustrie, weniger Bürokratie und mehr Fürsorge statt nur Behandlung für die Patienten.

Reuß: Wenn ich König von Deutschland wäre, dann würde ich dafür sorgen, dass die Lobbyisten weniger Einfluss haben.

*Zusammenstellung des Interviews:
Prof. Dr. med. Hansjörg Melchior,
Kassel*

Landesärztekammer Hessen

Dienstjubiläum: 25 Jahre bei der Landesärztekammer Hessen

Gerhard Leißling (Foto), ärztlicher Referent im Justitiariat, konnte am 15. Juli 2014 auf 25 Jahre im Dienste der Landesärztekammer zurückblicken.

Unter dem damaligen Präsidenten Dr. med. Helmuth Klotz begann er seine Tätigkeit als ärztlicher Referent im Referat B Weiterbildung. Seit über 15 Jahren ist Gerhard Leißling der Protokollführer der Delegiertenversammlungen der Landesärztekammer Hessen. Als Arzt benennt er – in mitt-

lerweile über 1000 Anfragen jährlich – ärztliche Sachverständige gegenüber Gerichten und Staatsanwaltschaften.

Das Präsidium und die Geschäftsführung der Landesärztekammer Hessen gratulieren Gerhard Leißling



Foto: M. Maier

zu diesem besonderen Jubiläum und danken ihm auch im Namen seiner hessischen Kolleginnen und Kollegen für ein Vierteljahrhundert engagierter und erfolgreicher Tätigkeit für die Landesärztekammer Hessen.

*Dr. med. Gottfried von Knoblauch
zu Hatzbach (Präsident)
Hans-Peter Hauck, Manuel Maier und
Dr. med. Roland Kaiser (Geschäftsführer)*

Personalia

Der mit 20.000 Euro dotierte **Lohfert-Preis 2014** geht an das Projekt „Patient Blood Management“ (Patientenblutmanagement) am Universitätsklinikum Frankfurt/M. Initiiert wurde dies unter der Leitung von **Prof. Dr. Dr. med. Kai Zacharowski** (Foto), FRCA (Fellow of the Royal College of Anaesthetists), und den Mitarbeitern **Prof. Dr. med. Patrick Meybohm** und **Dr. med. Dania Fischer** von der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie sowie vom Institut für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg/Hessen unter Projektleitung von **Prof. Dr. med. Dr. h.c. Erhard Seifried** und den Mitarbeitern **Dr. med. Christof Geisen** und **Dr. med. Markus M. Müller**. Im Fokus von „Patientenblutmanagement“ stehen ein rationaler und zugleich patientenorientierter Umgang mit der knappen Ressource Blut sowie der optimale Einsatz von Fremdbluttransfusionen.



Foto: Uniklinikum Frankfurt



Foto: DSO

Bisher für die Deutsche Stiftung Organspende (DSO) Region Mitte in Mainz als Geschäftsführende Ärztin tätig, wechselt die promovierte Urologin **Undine Samuel** (Foto) nun an

die Spitze der Stiftung Eurotransplant (ET) in Leiden. Die 49-jährige tritt als neue Medizinische Direktorin die Nachfolge von Axel Rahmel an (siehe Ausgabe 08/2014, Seite 470). ET-Präsident bleibt Bruno Meiser, der das Zentrum für Transplantationsmedizin der LMU München leitet. Die Stiftung ET teilt in acht Ländern Europas inklusive Deutschland postmortale Organe zur Transplantation zu.

Die bisher unter der Bezeichnung „Aufnahme- und Notfallzentrum“ arbeitende

Abteilung des Sana-Klinikums Offenbach ist erweitert und umstrukturiert worden, als neue „Klinik für interdisziplinäre Notfallmedizin“. Zu deren Chefarzt wurde der Leiter der bisherigen Notaufnahme berufen, **Dr. med. Daniel Kiefl**, Facharzt für Innere Medizin.

Das Chefarztkollegium der Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken (HSK) in Wiesbaden hat jüngst **Prof. Dr. med. Dieter F. Braus** (Foto) zum neuen Ärztlichen Direktor der HSK gewählt und **Prof. Dr. med. Grietje Beck** zu seiner Stellvertreterin. Professor Braus ist seit Januar 2006 Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der HSK. Professor Beck ist seit August 2009 Direktorin der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie der HSK.



Foto: HSK

Braus tritt die Nachfolge von **Professor Dr. med. Gerhard Hamann** an, der das Amt seit 2010 inne hatte. Hamann, bisher Direk-

tor der Klinik für Neurologie der HSK, ist zum Präsidenten der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft gewählt worden. Er hat die HSK verlassen, denn er wurde zum Honorarprofessor der Universität Ulm bestellt und zum neuen Direktor der Neurologischen Klinik des Bezirkskrankenhauses Günzburg gewählt.

Das Hanauer Klinikum wird nun von einer gleichberechtigten Doppelspitze geführt. Geschäftsführerin **Monika Thiex-Kreye** bekommt den bisherigen Prokuristen und Ärztlichen Direktor des Klinikums, **Dr. med. André Michel** (Foto), zur Seite gestellt. Sie selbst hatte dem Aufsichtsrat vorgeschlagen, im Klinikum eine Doppelspitze zu installieren. Michel behält die Funktion des Ärztlichen Direktors.



Foto: Klinikum Hanau

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

Die Medizinische Fakultät der Justus-Liebig-Universität Gießen hat vier außerplanmäßige Professoren berufen:



Foto: privat

Professor Dr. med. Wilhelm Wößmann, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Fachbereich Medizin, für das Fachgebiet Kinderheilkunde und Jugendmedizin.¹



Foto: privat

Professor Dr. med. Ursel Heudorf, Leiterin der Abteilung Infektiologie und Hygiene am Amt für Gesundheit Frankfurt/Main, für das Fachgebiet Hygiene, Umweltmedizin und Öffentliche Gesundheit.¹



Richard Stephan Fotografie

Professor Dr. med. Robert Voswinkel, Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin am Bürgerhospital Friedberg, für das Fachgebiet Innere Medizin.¹



Foto: privat

Professor Dr. med. Martin Brück, Chefarzt der Medizinischen Klinik I des Klinikums Wetzlar, für das Fachgebiet Innere Medizin.²

¹ Quelle: *Uniforum 27 (2014) Nr. 3, Zeitung der Justus-Liebig-Universität*

² Quelle: *Uniforum 27 (2014) Nr. 2, Zeitung der Justus-Liebig-Universität*

In memoriam Prof. Dr. med. Günther Vetter

1. Mai 1920 – 10. Mai 2014

Dresden war Günther Veters Geburtsstadt. Nach dem Abitur in Zittau studierte er von 1938 bis 1945 Medizin – mit Unterbrechungen durch Militäreinsätze. 1945 folgte die Promotion in Leipzig. Eine Allgemeinpraxis war seine erste Arbeitsstätte. Die Weiterbildung in der Chirurgie erfolgte in Dresden unter Prof. Dr. med. Hans Bernhard Sprung, in der Medizinischen Akademie Carl Gustav Carus von 1947 bis 1951. Dort wurde er anschließend erster Oberarzt und habilitierte 1957.



Nach der Flucht in den Westen mit Familie 1958 wurde Günther Vetter 1958 Oberarzt am Bürgerhospital, Frankfurt a.M., unter der Chefärztin PD Dr. med. Lotte Mahler. Nach deren Ausscheiden war Günther Vetter (Foto) vom 1. Januar 1965 bis zu seiner Pensionierung am 30. Juni 1985 Chefarzt der Chirurgischen Klinik. Nach der Umhabilitation 1970 folgte die Professur an der Goethe-Universität, für die das Bürgerhospital Lehrkrankenhaus geworden war. In der Landesärztekammer Hessen engagierte sich Professor Vetter bei der Gutachter- und Schlichtungsstelle in Hessen und Rheinland-Pfalz. Er war Mitglied der Prüfungskommission für Chirurgie. In der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung Bad Nauheim gehörte er dem Vorstand an.

Von 1989 bis 1998 leitete er die Notarztseminare der Akademie und war als Referent aktiv. Für seine Verdienste um die Fortbildung wurde Professor Vetter 1990 von der Bundesärztekammer die „Ernst v. Bergmann Plakette“ verliehen. 1998 wurde er mit der Ehrenplakette der LÄK Hessen ausgezeichnet.

Vetter war aktives Mitglied der „Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“. Über 40 Jahre

galt sein Einsatz kranken Menschen und der Weiter- und Fortbildung von Generationen von Ärzten und Ärztinnen. Frauen nahm er schon in den 1960er-Jahren in sein Team auf.

Vetter war ein Arzt und Chirurg aus Leidenschaft. Sein Spektrum war breit: Visceralchirurgie, Tumorchirurgie, Mammachirurgie, Unfallchirurgie-Neurochirurgie, Neugeborenen- und Kinderchirurgie. Das Bürgerhospital hatte in den 1960er-Jahren 180 chirurgische Betten, davon 48 für die Kinderchirurgie.

Als Chefarzt war er allen ein Vorbild durch hohe fachliche Kompetenz, Verantwortungsgefühl, Fähigkeit zur Selbstkritik. Er bewies Disziplin, Organisations- und Führungskompetenz, Mut und manuelles Geschick, links- wie rechtshändig. Dramatische Situationen beherrschte er souverän mit Ruhe und höchster Konzentration. Seine menschlich einfühlsamen Gespräche und

Gesten, insbesondere Schwerkranken gegenüber, waren beispielgebend.

Chirurgie bedeutete im Bürgerhospital nicht nur modernste Technik. Man konzentrierte sich mit diesem Chef, seinem Team und gemeinsam mit den Diakonieschwestern auf den kranken Menschen in seiner Not, mit seinen Ängsten. Für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, zu denen ich 16 Jahre gehören durfte, hatte Professor Vetter eine natürliche Autorität. Er lehrte, motivierte und ermöglichte klinisches Arbeiten mit Begeisterung, Respekt und ohne Angst. Auch in schweren Zeiten bewahrte sich Günther Vetter eine positive Lebenseinstellung und seinen Humor.

Wir nehmen Abschied in Trauer, Verehrung und Dankbarkeit von Professor Günther Vetter, der uns die Medizin, die Chirurgie und die Achtung vor dem Menschen vorlebte.

Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich

AGape Förderpreis 2014

Der Förderverein AGape e.V. verleiht im November diesen Jahres zum vierten Mal einen eigenen Förderpreis. Ausgezeichnet werden soll damit wieder ein innovatives, in der Praxis umgesetztes, alltagsrelevantes kommunales Projekt aus dem Bereich der Alter(n)smedizin / Gerontologie / Altenhilfe (also beispielsweise zu den Themen Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Pflege, etc.).

- **Bewerbungschluss: 31. Oktober 2014**
- Information und Einsendungen:
Förderverein AGape e.V., Sekretariat der Medizinischen Klinik II,
Geisenheimer Straße 10, 65197 Wiesbaden,
Tel.: 0611 8472802, E-Mail: info@agapeonline.de
- Der AGape-Förderpreis ist mit 2000 Euro dotiert.
- Bewerben können sich Einzelpersonen, Teams oder Institutionen. Projekte, die bereits mit einem anderen Preis honoriert wurden, sind ausgeschlossen, ebenso solche, die an einer anderen Ausschreibung teilnehmen.
- Die Preisverleihung erfolgt im Rahmen des **Wiesbadener Geriatrie Kolloquiums** am 22. November 2014.
- Weitere Informationen im Internet: <http://www.agape-foerderverein.de>

Landesärztekammer Hessen

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Ute Freund-Hoffmann, Friedrichsdorf, am 6. Oktober.
Dr. med. Godehard Müller, Bad Homburg, am 20. Oktober.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Ernst-Guenther Cottmann, Wiesbaden, am 7. Oktober.

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

VORTRAG:

Psychotherapie in Zeiten der Ökonomisierung

Referent: Prof. Dr. med. Giovanni Maio

Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin,
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Termin: Mittwoch, 5. November 2014, von 19 bis 20:30 Uhr in Gießen
Keine Anmeldung erforderlich

Veranstalter: Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des
Universitätsklinikums Gießen und Marburg (UKGM),
Standort Gießen & Psychotherapie-Akademie Hessen
(Aus- und Weiterbildungsstätte für Psychotherapie)

Ort: Hörsaal (alte) Chirurgie, Rudolf-Buchheim-Str. 7, 35392 Gießen

Kontakt: Rita Jeschke (Sekretariat Prof. Dr. med. Frank Leweke)
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, UKGM Gießen
Telefon: 0641 985-45621
E-Mail: rita.jeschke@psycho.med.uni-giessen.de

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Peter Birkner, Baunatal
* 25.8.1933 † 17.4.2014

Dr. med. Norbert Bußmann, Frankfurt
* 14.6.1943 † 31.5.2014

Professor Dr. med. Werner Ey, Darmstadt
* 11.7.1926 † 18.6.2014

Dr. med. Waltraud Freudenberg, Dreieich
* 15.7.1949 † 18.5.2014

Dr. med. Horst Freudenstein, Korbach
* 29.3.1937 † 24.6.2014

Lothar Duncan Hebel, Frankfurt
* 7.9.1968 † 3.7.2014

Hildegard Leininger, Frankfurt
* 15.8.1951 † 24.4.2014

Dr. med. Gerda von Schlumperger, Bad Nauheim
* 22.11.1925 † 10.7.2014

Heidemarie Strobel, Bad Emstal
* 6.2.1951 † 17.6.2014

Herbert Josef Rudolf Voge, Kassel
* 14.2.1959 † 15.7.2014

Richtige Antworten

Zu den Multiple Choice-Fragen zum CME-Beitrag **„Die Behandlung der Beckenvenenthrombose durch interventionelle Thrombolysie und Thrombusfragmentation“** in der Juni-Ausgabe 2014, Seite 318 ff:

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

Hinweis zur neuen Ausgabe M des „Deutschen Ärzteblatt“

Seit Februar 2014 wird die Ausgabe M für nicht berufstätige Ärzte, Ärzte im Ruhestand und sonstige berufsfremde Ärzte monatlich versendet. Sie haben weiterhin die Möglichkeit, dieser Umstellung zu widersprechen. Bitte setzen Sie sich dafür mit dem „Deutscher Ärzte-Verlag GmbH“ per Email (advw@aerzteverlag.de) oder postalisch (Ottostraße 12, 50859 Köln) in Verbindung.

Ehrungen MFA / Arzthelferinnen

Wir gratulieren zum **zehn- und mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:**

Annika Mattheis, tätig bei Dr. med. T. Häfner und B. Aynal, Dietzenbach;
Kornelia Rhein, tätig bei Dr. med. A. Schuster, Bensheim;
Dagmar Warkner (13 Jahre) und Nassira El-Messaoudi-Laout (elf Jahre), beide arbeiten bei Dr. med. T. Häfner und B. Aynal, Dietzenbach.

Zum Berufsjubiläum **25 und mehr Jahre** gratulieren wir:

Britta Werner, tätig bei Dres. med. H.-M. und B. Krannig und S. Scheibel, Gießen;
Michaela Hartl, tätig bei G. und H. Welbers und M. Dobler, Schaafheim;
Birgit Fabritz und Regina Radler, tätig bei Dr. med. M. Fabritz, Neukirchen;
Nicole Herchet, tätig bei Dr. med. R. M. Helmer, Dr. med. M. Lomb, K. Kersberg, Dr. med. G. Hohenberger und Dr. med. F. Mehlmann, Fulda;
Veronika Schmidt-Baudisch, tätig bei M. Rietzkow, Oestrich-Winkel;
Hiltrud Sehnert, seit 35 Jahren tätig bei G. und H. Welbers und M. Dobler, Schaafheim;
Silke Seidel, seit 30 Jahren tätig bei Dr. med. V. Dittschar und Dr. med. A. Otto, vormals Praxis Dr. med. V. Dittschar, vormals Praxis Dr. med. K. W. Dörffler, Homberg;

und zum **40- und mehr als 40-jährigen Berufsjubiläum:**

Heide König, tätig bei Dr. med. T. Häfner und B. Aynal, Dietzenbach;
Monika Kreher, tätig bei Dr. med. K. Larem und K.-L. Zimmer, vormals Dr. med. H.-L. Kaffenberger, Münster;
Mariele Schäfer, seit 48 Jahren tätig bei Dr. med. A. Büttner, vormals Praxis Dr. med. W. Rathke, Rüdesheim.

Wir gratulieren den Helfer/innen zum **zehn- und mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:**

Evi Braatz, seit 15 Jahren tätig bei Dr. med. C. Walter und E. Raupach, Offenbach;
Doris Zwanzig, seit 15 Jahren tätig bei Dr. med. C. Walter und E. Raupach, Offenbach;
Adele Bauder, seit elf Jahren tätig bei M. Häfner, Dr. med. A. Vetter und G. Steinmaier, vormals Praxis G. Steinmaier und Dr. med. W. Bauer, vormals Praxis G. Steinmaier, Viernheim;

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

Sabine Neumann und Renate Mross, beide arbeiten bei Dr. med. C. Walter und E. Raupach, Offenbach.

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

Bekanntmachungen der LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

Bei der **Abschlussprüfung** für Medizinische Fachangestellte im Sommer 2014 haben am Schriftlichen Teil der Abschlussprüfung **838** Prüflinge teilgenommen, von denen **781** bestanden haben.

838 Prüflinge haben am Praktischen Teil der Abschlussprüfung teilgenommen, von denen **701** bestanden haben.

Die detaillierten statistischen Angaben zu der Sommerprüfung 2014 können demnächst im Internet unter www.laekh.de/aktuelles abgerufen werden.

Einser-Kandidatin

Marianne Barth (26) hat bei der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Sommer 2014 sowohl den **praktischen als auch den schriftlichen Teil** mit der Note „sehr gut“ abgeschlossen. Darüber freuen sich auch ihre Ausbilder aus der Gießener Praxis Dr. med. Petra Albus-Fischer, Dr. med. Antonina Nau, Dr. med. Stefan Stertkamp, Vera Müller-Tuz, Dr. med. Rolf Müller und Dr. med. Friederike Herr.



Foto: privat
Marianne Barth

Prüfungstermine für Medizinische Fachangestellte 2015/2016

Zwischenprüfung 2015: Mittwoch, 4. März 2015

Abschlussprüfungen

Sommerprüfung 2015:

Schriftliche Prüfung: Mittwoch, 6. Mai 2015
Praktische Prüfung und
Ergänzende mündliche Prüfung: 15. Juni bis 31. Juli 2015
(Prüfungsblock in Bad Nauheim wird noch abgestimmt und mitgeteilt)

Winterprüfung 2015/2016:

Schriftliche Prüfung: Mittwoch, 13. Januar 2016
Praktische Prüfung und
Ergänzende mündliche Prüfung: 22. Februar bis 11. März 2016
(Prüfungsblock in Bad Nauheim wird noch abgestimmt und mitgeteilt)

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

MFA-Winterprüfung 2015

**Anmeldung der Auszubildenden
zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte
im Winter 2015 vom 14. Januar 2015 bis zum 28. Februar 2015**

Auszubildende, die an der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Winter 2015 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

24. September und 1. Oktober 2014

bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden.

Die Anmeldung erfolgt durch Einreichung des Anmeldeformulars.

Außerdem sind der Anmeldung beizufügen:

1. der Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) mit Beurteilungsprotokoll
2. der Fragebogen über die Tätigkeit der Auszubildenden,
3. gegebenenfalls eine Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung,
4. bei vorzeitiger Abschlussprüfung **zusätzlich:** die notwendige Notenbescheinigung der Berufsschule.

Es wird gebeten, die Unterlagen rechtzeitig und vollständig einzureichen.

Zur Abschlussprüfung im Winter 2015 sind anzumelden:

1. Auszubildende, deren Ausbildungszeit nicht später als am 28. April 2015 endet,
2. Auszubildende, die die Abschlussprüfung vorzeitig abzulegen beabsichtigen (i. d. R. ein Termin vor der regulären Abschlussprüfung),
3. Wiederholer/innen, die im vorangegangenen Prüfungstermin die Abschlussprüfung nicht bestanden haben,
4. sogenannte Externe, die gemäß § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz ca. 4,5 Jahre in dem Beruf der/des Arzthelferin/Arzthelfers tätig gewesen sind und beabsichtigen, die Abschlussprüfung abzulegen. Als Zeiten der Berufstätigkeit gelten auch Ausbildungszeiten in einem anderen, einschlägigen Ausbildungsberuf.

Weitere Informationen im Internet unter www.laekh.de → Aktuelles.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

EIGNUNGSTEST

für den Beruf Medizinische/r Fachangestellte/r

Um hessische Ärztinnen und Ärzten bei der Bewerberauswahl für den Ausbildungsberuf Medizinische/r Fachangestellte/r zu unterstützen, stellt die Landesärztekammer einen Eignungstest zur Verfügung.

Der Eignungstest gliedert sich in:

- Fragebogen zur Einleitung eines Bewerbungsgesprächs
- Auswahlkriterien für die Einstellung einer/eines Auszubildenden
- Testaufgaben/Lösungen

Der Test ist kostenfrei und – ausschließlich für hessische Ärztinnen und Ärzte – über die Landesärztekammer Hessen erhältlich. Er kann telefonisch unter 069 97672-154/155 oder per E-Mail: Med.Fachangestellte@laekh.de angefordert werden.

Vor dem Hintergrund sinkender Bewerberzahlen empfehlen wir Ihnen, frühzeitig Auszubildende auszuwählen.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

Landesärztekammer Hessen

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Ihr „Heißer Draht“ zum Präsidenten

**Telefonsprechstunde mit
Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach**

Sie haben Vorschläge, Lob oder Kritik? Wie kann sich die Landesärztekammer noch besser für Sie und Ihre Anliegen engagieren? Die „Telefonsprechstunde“ bietet Ihnen die Möglichkeit, direkt mit Kammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach Kontakt aufzunehmen.

Der Präsident der Landesärztekammer wird an folgenden Terminen, jeweils von 19 bis 20 Uhr, unter der Telefonnummer (069) 97672-777 für Sie erreichbar sein:

Dienstag, 2. September 2014

Dienstag, 4. November 2014

Dienstag, 2. Dezember 2014

Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis-Nr. 060024504 ausgestellt am 2.2.2012 für Oliver Alshut, Gießen

Arztausweis-Nr. 060021327 ausgestellt am 29.6.2011 für Berenike Bauer, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060016607 ausgestellt am 15.4.2010 für Dr. med. Anke Felicitas Böckenförde, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060017407 ausgestellt am 30.6.2010 für Dr. med. Eileen Böttger, Gießen

Arztausweis-Nr. 060014298 ausgestellt am 1.10.2009 für Dr. med. Isabell Dützmann, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060025560 ausgestellt am 10.4.2012 für Guido Hanisch, Mainz

Arztausweis-Nr. 060031684 ausgestellt am 20.11.2013 für Dr. med. Clemens Klingler, Laudenbach

Arztausweis-Nr. 060023461 ausgestellt am 2.1.2012 für Dr. med. Michael Leistner, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060032878 ausgestellt am 10.3.2014 für Jana Mielke, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060021311 ausgestellt am 28.6.2011 für Dr. med. Britta Wagner, Gießen

Wichtig: Änderung im Ausschreibungsverfahren

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



Durch die KV Hessen für ungültig erklärte Stempel:

Stempel Nummer 40 01809 00 für den Kinderärztlichen Bereitschaftsdienst Frankfurt/Uniklinik (Vitor Paixão Gatinho).

Stempel Nummer 45 75276 00 für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst Wiesbaden (Dr. med. Christina Wimmenauer).

Bücher

Zumutung Tod – Annäherungen an das Udenkbare von Karlheinz Schneider- Janessen, Dreieich



Der Autor will in seinem Buch „Zumutung Tod“ nicht nur Geschichten über das Sterben erzählen oder berichten, wie die Menschen seit Alters her mit dem Tod umgehen. Er versucht gewissermaßen, über das Lebensende hinaus zu denken. Schneider-Janessen, Doktor der Philosophie und der Medizin sowie Diplom-Psychologe, vollzieht diese Annäherungen an das „Jenseits“ nicht mit einer religiösen Begrifflichkeit, sondern argumentiert, wie er es nennt, in einem „leichten, etwas surrealistischen Sinn“. Er plädiert dafür, trotz der naturwissenschaftlichen Fundierung des Denkens etwas vorsichtiger darin zu werden, die Ahnungen der Menschen von einem Jenseits zu belächeln. Seine häufigen Bezüge auf Dichtung, Malerei und Musik zeigen, dass auch die Kunst substantielle Aussagen zum Thema Sterben und Tod machen kann. Ein Exkurs über die Rolle des Arztes „als Helfer beim Sterben“ rundet das Buch ab.

(asb)

Zumutung Tod – Annäherungen an das Udenkbare
von Dr. med. Dr. phil. Dipl. Psych.

Karlheinz Schneider-Janessen, Dreieich
Kreuz-Verlag Freiburg, 240 Seiten, 19,99 Euro,
ISBN 978-3-451-61142-1, auch als E-book.

BÜCHER