Hessisches Ärzteblatt Online unter: www.laekh.de 4 | 2015 Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen 76. Jahrgang Hackedicht – Besser geht's dir ohne! Das Alkoholpräventionsprojekt der Landesärztekammer Hessen

Carbapenem-resistente Erreger

Zwei Beiträge befassen sich schwerpunktmäßig mit resistenten Bakterien

Hausärztin als Traumberuf

Felicitas Engeser berichtet über ihre Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin

Studie: Demenz und Kunst

Wissenschaftlich begleitet, können Demenzkranke im Frankfurter Städel Kunst erleben



Dauerthema Weiterbildung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Deutsche Ärztetag 2015 wirft seine Schatten voraus. Bei uns, der diesjährigen gastgebenden Kammer, laufen die Vorbereitungen auf Hochtouren. Nutzen Sie doch die Gelegenheit und statten dem deutschen Ärzteparlament einen Besuch ab. Ich würde mich sehr freuen.

Zu meinem großen Bedauern wird es jedoch in Frankfurt noch keine Entscheidung über die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung (WB-O) geben können. Der ursprüngliche Zeitplan für die entsprechende Überarbeitung war wohl doch zu ambitioniert. Gut Ding will Weile haben oder auch Qualität vor Schnelligkeit, das sind sicher gute Gründe für die zeitliche Verschiebung. Dennoch gibt es Entwicklungen, die mich mit Besorgnis erfüllen. Das sind zum einen die zahlreichen Versuche, von außen auf die Weiterbildung Einfluss zu nehmen, aber zum anderen auch teilweise ausgeprägte innerärztliche Partikularinteressen. Manchmal scheinen diese fachlich begründet zu sein, manchmal erwecken die Vorschläge den Verdacht, längst Überholtes solle für alle Zeiten festgehalten werden.

Die Weiterbildungsordnung stellt keine Abrechnungsordnung dar, definiert aber sehr wohl die Qualifikation und Kompetenz, mit der Ärztinnen und Ärzte tätig werden und letztlich auch dafür Honorar erzielen. Falsch ist es, wenn Kassen oder wer auch immer ärztliche Honorierung von zusätzlichen Qualifizierungsauflagen außerhalb der ärztlichen Weiterbildungsordnung abhängig machen. Die WB-O darf nicht zum Instrument eines innerärztlichen Verteilungskampfes verkommen.

Wir und vor allem die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung wünschen eine straffe, entschlackte und sinnvolle Weiterbildung möglichst in der vorgesehenen Zeit. Darüber hinaus wünschen die jungen Kolleginnen und Kollegen regelmäßige Feedback-Gespräche, die Einhaltung von Rotationsplänen und ein kollegiales Miteinander. Auf die Aspekte Arbeitszeit, "Worklife-Balance", Bürokratie gehe ich an dieser Stelle gar nicht weiter ein. Leider findet nicht jede Weiterbildung unter solchen Bedingungen statt. Stattdessen können immer häufiger manche Bestandteile der Weiterbildung nicht mehr aus einer Hand und an einem Ort, einer Abteilung oder einer Praxis erlernt werden, sei es, weil das Krankenhaus sich auf ein besonderes Teilgebiet spezialisiert hat, sei es, weil viele Leistungen fast nur noch ambulant erfolgen, sei es, dass Weiterbildungsermächtigte bzw. die nicht ärztliche Leitung

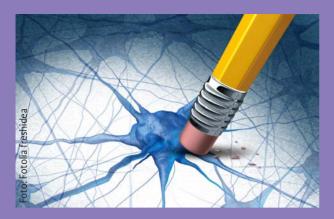
eines Krankenhauses kein großes Interesse an der Weiterbildung haben. Das muss sich möglichst schnell ändern, am besten noch vor der Fertigstellung der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung, die dann erst von den einzelnen Landesärztekammern umgesetzt werden muss. Auch dies wird Zeit brauchen.

Daher sollten wir vorher versuchen, die bestehenden Weiterbildungskataloge zu entschlacken. Was einstmals mit der Vagotomie gelang, sollte auch bei anderen Richtzahlen gelingen. Wir müssen für die politische und finanzielle Förderung der Weiterbildung werben. Denn Weiterbildung mit individueller Betreuung der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung kostet Zeit und Geld. Weiterbildende Kliniken könnten zum Beispiel über DRG-Zuschläge gefördert werden. Bislang erhalten Kliniken, die nicht weiterbilden, die gleiche Vergütung wie Kliniken, die diese Aufgabe mit den entsprechenden Kosten wahrnehmen. Und selbstverständlich muss auch eine ambulante Weiterbildung refinanziert werden. Hier wäre die Abrechenbarkeit der Leistungen, die die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung erbringen, denkbar, zum Beispiel unter anderem durch Öffnung der Fallzahlbegrenzung oder WB-Zuschlag jeweils für die Weiterbildungspraxis oder eine Förderung wie in der Weiterbildung zur Allgemeinmedizin. Wir müssen über eine Erleichterung von Weiterbildung im Verbund von Kliniken und Praxen nachdenken. Manche Inhalte könnten kursbasiert – auch elektronisch unterstützt – vermittelt werden. Wir müssen auch über die Qualifizierung und didaktische Fortbildung der Weiterbilder nachdenken.

Wenn die Weiterbildungsbedingungen verbessert werden, ist dies eine Maßnahme, um dem drohenden Fachärztemangel entgegenzutreten. Natürlich sind wir dabei als Ärztinnen und Ärzte und als Kammer gefordert, doch die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung und damit auch die Weiterbildung ist auch eine gesellschaftliche Aufgabe.

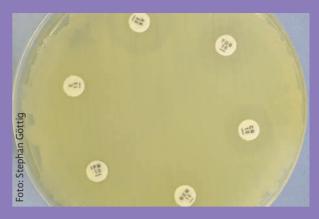
Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach Präsident

J. Smilland



Gemeinsam gegen Parkinson

Das Parkinson-Syndrom gehört zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen in Deutschland. Die Zertifizierte Fortbildung stellt die bestmögliche Therapie in Zusammenarbeit aller beteiligten Arztgruppen dar. Ein Schwerpunkt liegt auf der Medikation, ein weiteres Augenmerk auf Patienten unter 40 Jahren.



Herausforderungen in Klinik und Praxis: Carbapenem-resistente Erreger

Mit dem Ausbruchsmanagement und der Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes am Beispiel einer Klinik in Südhessen befasst sich der erste Beitrag. Ein weiterer Artikel beschreibt die Gefahr der Multiresistenzen u.a. im Hinblick auf Übertragungswege durch Migration.

196/199

Editorial: Dauerthema Weiterbildung		
Gesundheitspolitik: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) 9. Rhein-Main-Zukunftskongress	18 <i>6</i>	
118. Deutscher Ärztetag: Ärztetagssplitter 3 – Mit der DÄT@pp immer aktuell informiert	189	
Fortbildung: Repetitorium Allgemeinmedizin Krankenhausentlassung ohne Rezept Fachkunde im Strahlenschutz – Kursfortbildung Einsteigerseminar an der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	220 221	
Ärztekammer		
Südtiroler Ärztekammer und Landesärztekammer Hessen arbeiten zusammen Stark sein und nein sagen lernen mit "Hackedicht – Besser geht's dir ohne!" "Mr. Weiterbildung Hessen" wird 60 – Gratulationen für Dr. med. Viktor Karnosky Stellenanzeige: zwei Ärztliche Referenten/Referentinnen gesucht Bundesverdienstkreuz 1. Klasse für Dr. med. Michael Popović Plattform für junge Ärztinnen und Ärzte: "Operation Karriere" in Frankfurt am Main Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	202 218 219 225 233	
Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	204	

190



Forum junge Ärztinnen und Ärzte: "Dr. House" am Klinikum Fulda

Der eigenwillige Protagonist der gleichnamigen TV-Serie (RTL) tritt jetzt auch in Fulda in Erscheinung: Anne Kandler hat eine Fortbildung an das Klinikum geholt, mit Prof. Dr. med. Jürgen Schäfer aus Marburg alias "Dr. House". Ein Interview mit Schäfer schließt sich an.

213/215



Kunst für Menschen mit Demenz

Am Frankfurter Städel Museum können Demenzkranke und ihre Angehörigen gemeinsam Kunst mit allen Sinnen erleben. Das Projekt Artemis bietet erstmals wissenschaftlich begleitet spezielle Führungen durch die Ausstellung an. Kreatives Arbeiten im Atelier schließt sich an. Die Teilnahme für 2015 ist noch möglich.

216

212

Forum junge Ärztinnen und Ärzte Felicitas Engeser will Hausärztin, aber keine Einzelkämpferin werden

Recht:	
Ja oder Nein? – Übermittlung von Rezepten per Fax und Telefon	222
Frhalt der steuerlichen Freiberuflichkeit von Ärzten trotz Beschäftigung angestellter Ärzte	223

Ansichten und Einsichten

GOÄ in Gefahr – Alle Macht den Kassen?	228
Kampf um die Köpfe: Wie können Krankenhäuser im Wettbewerb um die besten Ärzte bestehen?	. 228

Personalia 226 Schlaglichter, Notizen, Nachrichten 227

Bücher



Forschung im Krankenhaus - Chancen, Finanzierung Oliver Pramann & Urs-Vito Albrecht

S. 224



Der Puppentöter

Dr. med. Silke Hofbauer

S. 229

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Aktueller Zwischenstand

Regina Klakow-Franck

Vorwort

Sie ist ein Behandlungsangebot für Patienten, die an schweren oder seltenen Erkrankungen leiden, und bietet die Chance einer sektorenübergreifenden Versorgung: die ambulante spezialfachärztliche Versorgung - ASV genannt. Doch was verbirgt sich im Detail hinter diesem Kürzel? Darüber referierte Dr. med. Regina Klakow-Franck in der Landesärztekammer Hessen im Jahr 2014. Sie ist eines von drei unparteiischen Mitgliedern im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sowie Vorsitzende der Unterausschüsse Qualitätssicherung, Disease-Management-Programme (DMP) sowie Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung. Um auch unsere Leserinnen und Leser aus erster Hand über das Thema zu informieren. haben wir Klakow-Franck um einen Beitrag für das Hessische Ärzteblatt gebeten.

Historie des § 116b SGB V

Bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) handelt es sich um hochspezialisierte und interdisziplinär abgestimmte Versorgung von komplexen und seltenen Erkrankungen. Sie ist als solche keine gänzlich neue Versorgungsform, sondern wurde im Jahr 2004 als ambulant erbringbares Leistungsangebot der Krankenhäuser eingeführt. Von der Möglichkeit diesbezüglich frei aushandelbarer Verträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern wurde jedoch so gut wie kein Gebrauch gemacht, so dass im Jahr 2007 auf ein Zulassungsverfahren durch die Krankenhausplanungsbehörden der Länder umgestellt wurde.

Unter diesen Rahmenbedingungen wurden bundesweit insgesamt rund 2.600 Anträge auf Zulassung zur - so die alte Bezeichnung - ambulanten Behandlung im

Krankenhaus nach § 116b SGB V a.F. gestellt, wovon rund die Hälfte bewilligt wurden. Die Zulassungen konzentrieren sich auf die Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Hessen, während in den übrigen Bundesländern Zulassungen eher punktuell erteilt wurden (siehe Abbildung 1).

ASV als neuer sektorenübergreifender Versorgungsbereich

Nicht zuletzt aufgrund dieser regionalen Heterogenität unternahm der Sozialgesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) von 2012 einen weiteren Versuch, die Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu fördern. Die Neufassung des § 116b SGB V sieht die Weiterentwicklung zu einem sektorenübergreifenden Versorgungsbereich vor, an dem zukünftig auch niedergelassene Spezialisten teilnehmen können sollen. Gleichzeitig wurde das Zulassungsverfahren durch die Planungsbehörden der Länder umgestellt auf ein Anzeigeverfahren bei den neugegründeten erweiterten Landesausschüssen nach § 90 Absatz 1 SGB V, verbunden mit der politischen Absicht, die Hürden auf dem Weg zur Erlangung der Teilnahmeberechtigung zur ASV abzubauen.

Die neue ASV ist außerhalb der Bedarfsplanung angesiedelt, wird extrabudgetär vergütet und kann neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließen, die bislang nicht Bestandteil des EBM sind. Dem G-BA kommt die Aufgabe zu, einheitliche Qualitätsanforderungen an die Krankenhäuser und Vertragsärzte sowie einheitlich den Behandlungsumfang bzw. den ASV-Leistungskatalog festzulegen. Über die Vergütung, bis auf weiteres auf der Ausgangsbasis des EBM, entscheidet der ergänzte Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5a SGB V. Perspektivisch ist gesetzlich vorgesehen, betriebswirtschaftlich kalkulierte ASV-Fallpauschalen zu entwickeln.

Bildung eines interdisziplinären **ASV-Teams**

Die zentrale Strukturqualitätsanforderung, die der G-BA in der im März 2013 beschlossenen Rahmenrichtlinie an die neue ASV einheitlich für Krankenhäuser und Vertragsärzte beschlossen hat, ist die Bildung eines interdisziplinären fachärztlichen Teams, das in drei Ebenen untergliedert ist: Teamleiter, obligatorisch vorzuhaltende weitere Kernteam-Mitglieder sowie hinzuzuziehende Fachärzte, die auf Überweisung des Teamleiters oder eines anderen Kernteammitglieds tätig werden. Der Teamleiter und die übrigen Mitglieder des Kernteams müssen jeweils namentlich benannt werden, auch, wenn es sich um das ASV-Team eines Krankenhauses handelt. Die höheren Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung bzw. des Facharztstatus, was die Indikationsstellung und Therapieplanung anbelangt, gelten im Rahmen der ASV zukünftig auch im Krankenhaus.

Zur Bildung des ASV-Teams muss kein MVZ oder eine (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft gegründet werden. Es genügt die schriftliche Vereinbarung einer Leistungskooperation gemäß § 3 Abs. 1 Satz 2 ASV-RL (Internet: www.g-ba.de/informa tionen/richtlinien/80/) in Gestalt eines privatrechtlichen Vertrags eigener Art. Innerhalb dieser Leistungskooperation bleibt der einzelne Vertragsarzt eigenständiger Leistungserbringer, das heißt, er rechnet für sich allein ab und haftet auch ausschließlich für die von ihm erbrachten Leistungen.

Ein ASV-Team kann sich grundsätzlich aus Mitgliedern ausschließlich eines Versorgungssektors zusammensetzen. So wird zum Beispiel eine Uniklinik zur Erfüllung der interdisziplinären Zusammensetzung des ASV-Teams in der Regel nicht auf die Kooperation mit einem niedergelassenen Spezialisten angewiesen sein. Umgekehrt ist auch die Gründung rein vertragsärztlich besetzter ASV-Teams möglich. Sofern on-

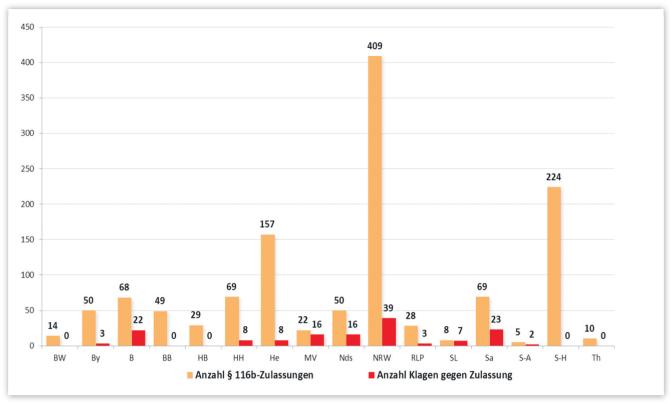


Abbildung 1: Regionale Verteilung der Krankenhaus-Zulassung nach § 116 b SGB V alte Fassung.

Bis zum Jahr 2011 war eine Vielzahl von Gerichtsverfahren mit Klagen aus dem niedergelassenen Bereich bezüglich der Interpretation der laut Gesetzgeber erforderlichen "Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation" anhängig. [Fußnote 175, Seite 246]

Quelle: Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung; Seite 259 eigene Darstellung

kologische Patientinnen und Patienten versorgt werden, ist von den ASV-Teams allerdings den gesetzlichen Vorgaben entsprechend ein zusätzliches Kooperationserfordernis zu beachten: Die Vereinbarung einer zwingend sektorenübergreifenden sogenannten "ASV-Kooperation" gemäß § 10 ASV-RL (www.g-ba.de/informatio nen/richtlinien/80/). Deren Inhalt besteht im Wesentlichen in der sektorenübergreifenden Abstimmung der Eckpunkte der Versorgung sowie in der zweimal jährlichen Durchführung von Qualitätszirkeln bzw. Fallkonferenzen über die eigenen ASV-Patienten. Ein ASV-Team, das ohnehin schon sekorenübergreifend zusammengesetzt ist, muss hierzu keinen neuen Kooperationspartner suchen. Sollte ein onkologisches ASV-Team keinen Kooperationspartner zur Erfüllung des zusätzlichen Kooperationserfordernisses finden, darf dies nicht zum K.-o.-Kriterium für die ASV-Teilnahmeberechtigung gewertet werden (vgl. § 116b Abs. 4 Satz 11 SGB V).

Hindernisse bei der Umsetzung

Nach der Rahmenrichtlinie hat der G-BA zwischenzeitlich vier diagnosenspezifische Anlagen zur ASV beschlossen, von denen die Anlage zu der Tumorgruppe "gastrointestinalen Tumore und andere Tumore der Bauchhöhle" (Anlage GiT) und die Anlage "Tuberkulose und atypische Mykobakteriose" im der zweiten Jahreshälfte 2014 in Kraft getreten sind. Das Interesse an der Erlangung einer ASV-Teilnahmeberechtigung bleibt bis dato weit hinter den Erwartungen zurück, was auf verschiedene Ursachen zurückzuführen ist:

Die Teilnahme an der ASV ist für alle Beteiligten – Vertragsärzte, Krankenhäuser und auch für die Patientinnen und Patienten freiwillig. Bei der Teilnahme an der ASV scheidet der niedergelassene Facharzt nicht etwa aus der vertragsärztlichen Versorgung aus, sondern es handelt sich um die Erbringung eines Leistungsangebots zusätzlich zur ohnehin bestehenden vertragsärztlichen Zulassung. Dennoch zögern viele niedergelassenen Fachärzte vor einer Teilnahme an der ASV, weil Negativ-Auswirkungen auf die Budgetbereinigung zulasten der im Rahmen der MGV vergüteten Leistungen befürchtet werden. Diese Sorge dürfte hoffentlich durch die anstehende Budgetbereinigung, deren Eckpunkte vom Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Herbst 2014 vereinbart wurden, beseitigt sein. Dabei ist es aus vertragsärztlicher Sicht als Erfolg zu werten, dass eine einmalige Budgetbereinigung vereinbart werden konnte.

Ein weiterer Grund für das zögerliche Interesse an der ASV-Teilnahmeberechtigung dürfte darin bestehen, dass aus Sicht der niedergelassenen Gastroenterologen mit der Anlage GiT offensichtlich nicht die Diagnosen adressiert wurden, für die die Schaffung der ASV dringlicher von Interesse gewesen wäre, nämlich für die Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Da der G-BA selber über die Kompetenz verfügt, den ASV-Leistungskatalog weiterentwickeln zu können, ist dies ein Gesichtspunkt, der in absehbarer Zeit berücksichtigt werden könnte.

Unabhängig von den einzelnen Diagnosenspezifischen Anlagen stellt sich außerdem das Anzeigeverfahren als bürokratisches Hindernis für grundsätzlich an der ASV interessierte Vertragsärzte, aber auch für noch nicht an der ASV teilnehmende Krankenhäuser dar. Nach der Intention des Gesetzgebers hatte durch die Umstellung der Zulassungsverfahrens durch die Krankenhausplanungsbehörden auf ein Anzeigeverfahren bei den erweiterten Landesausschüssen (eLA) eigentlich eine Erleichterung der ASV-Teilnahmeberechtigung erreicht werden sollen - "Jeder darf, der kann". Laut § 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V ist zur Teilnahme an der ASV berechtigt, wenn innerhalb von zwei Monaten kein Widerspruch durch den jeweils zuständigen eLA erfolgt. Fakt ist, dass einige eLAs im Rahmen des Anzeigeverfahrens bis zu 100-seitige Antragsformulare auszufüllen vorsehen. Die unterschiedlichen Eindringtiefen der von den verschiedenen eLAs jeweils geforderten Nachweispflichten gehen zum Teil auf unterschiedliche Interpretierbarkeit der Richtlinien-Vorgaben zurück, die der G-BA derzeit zu klären versucht.

Was die ASV-Abrechnung anbelangt, sei auf die von den Vertragspartnern zwischenzeitlich gegründete zentrale ASV-Servicestelle (www.asv-servicsestelle.de) hingewiesen. Der G-BA ist für Abrechnungsmodalitäten und die Höhe der ASV-Vergütung nicht zuständig, schafft jedoch mit der Beschreibung des sogenannten "EBM-Ziffernkranzes" im jeweiligen Appendix zu einer diagnosenspezifischen An-

lage die entscheidenden Voraussetzungen für die anschließenden Vergütungsverhandlungen. Der Appendix mag aufgrund seines Umfangs ebenfalls "überbürokratisch" wirken, de facto stellt er eine nach Fachgebieten aufgeschlüsselte transparente Übersicht über die jeweils abrechnungsfähigen EBM-Gebührenpositionen dar. Last but not least hat der im Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) enthaltene Vorschlag, quasi eine vorgeschlagene "Dauerbestandschutzregelung" für Krankenhäuser einführen, die ASV bereits nach der Alt-Regelung erbringen – also bei den onkologischen Erkrankungen ohne sektorenübergreifendes Kooperationserfordernis und ohne Eingrenzung auf schwere Verlaufsformen – vor Ort zu einem Stillstand der Kooperationsverhandlungen geführt. Der Regelungsvorschlag läuft der Grundidee, einen einheitlichen neuen Versorgungsbereich "mit gleich

langen Spießen" für Vertragsärzte und

Krankenhäuser zu schaffen diametral ent-

gegen. Es bleibt zu hoffen, dass das GKV-

VSG nicht in dieser Form beschlossen wird.

Vorläufiges Fazit zur ASV: Chancen wiegen mehr als Anfangsschwierigkeiten

Das entscheidende Potenzial zur Optimierung der Patientenversorgung liegt in interdisziplinärer Abstimmung von Diagnostik und Therapie sowie sektorenübergreifender Koordination der Versorgung. Dies trifft umso mehr zu, je älter die Bevölkerung wird und komplexe chronische Erkrankungen sowie Tumorerkrankungen stetig zunehmen. Die Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch Neufassung des § 116b SGB V im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes dem Jahr 2012 stellte den einzigen gesetzgeberischen Impuls in diese Richtung in der vergangenen Legislaturperiode dar. Als untergesetzlichem Normgeber obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Ausgestaltung dieses neuen sektorenübergreifenden Leistungsbereichs. Die Umsetzung wird erschwert durch den gesetzgeberischen Zielkonflikt zwischen Leistungserbringer-freundlichen Vorgaben einerseits und der Sorge vor einer unkontrollierbaren Ausgabenentwicklung andererseits. Trotz der suboptimalen Ausgangsbedingungen für die Umsetzung sollte das Potenzial der ASV genutzt werden, sowohl im Hinblick auf die notwendige Überwindung der Schnittstellen-Probleme in der Patientenversorgung, aber auch als Chance für die Vertragsärzteschaft, in dem immer größer werden "dritten Sektor" ambulant erbringbarer Leistungen faire Wettbewerbsbedingungen für die niedergelassenen Fachärzte und Krankenhäuser zu schaffen.



Dr. med. Regina Klakow-Franck Unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss

118. Deutscher Ärztetag



Ärztetagssplitter 3:

Von der Eröffnung bis zum Rahmenprogramm mit der DÄTapp immer aktuell informiert

Der Countdown läuft: Nur noch wenige Wochen bis zum 118. Deutschen Ärztetag in Frankfurt. Längst hat die Hochphase der Vorbereitungen begonnen. Checklisten werden abgehakt, Feinabstimmungen

vorgenommen, Veranüberstaltungsdetails prüft und eigene Entwicklungen getestet. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei der DÄT@pp. Als erste deutsche Ärztekammer bietet die Landesärztekammer Hessen eine App zum Deutschen Ärztetag 2015 für iPhone, iPad und - derzeit noch in Planung - Android-Smartphone an. Sie ist die ideale Ergänzung

zu der Broschüre in Papierform, die sowohl einen Überblick über das Programm des Deutschen Ärztetages als auch über Hessen allgemein und Frankfurt im Besonderen bietet.

In aktualisierter Form befinden sich diese Informationen auch auf der DÄT@pp und werden durch Auskünfte rund um den Deutschen Ärztetag, Kulturwegweiser, Shopping- und Ausgehtipps komplettiert. Wichtige Links, zum Beispiel zum RMV. dem Rhein-Main-Verkehrsverbund, sind ebenso eingestellt wie die Anmeldung zu den Stadtrundgängen des Rahmenprogramms. Ein Tagesordnungspunkt ändert sich, ein Vortrag wird verlegt ... – wer die DÄT@pp auf sein iPhone oder künftig auch Android-Smartphone geladen hat, ist immer aktuell informiert

Medizinerorchester Frankfurt

Jung, urban und virtuos: Das Medizinerorchester Frankfurt wird die feierliche Eröffnung des Ärztetages musikalisch begleiten. Vor zwei Jahren von den Medizinstudenten Philipp Reimold und Simon Traxler an der medizinischen Fakultät in Frankfurt gegründet, zählt das Orchester heute rund vierzig Studierende verschiedener Semester. Reizvoll ist das vielseitige Repertoire: Es reicht von klassischer Musik und Filmmusik bis hin zu Jazz, Swing und Chansons, die der Medizinstudent und Sänger Gregor Metternich interpretiert. Auf dem Campus Niederrad des Frankfurter Universitätsklinikums sind sie längst eine feste Größe: Die Frühjahrs- und Winterkonzerte des Medizinerorchesters füllen die Hörsäle bis auf die letzten Plätze. Am 12. Mai treten die angehenden Ärztinnen und Ärzte in der Frankfurter Paulskirche auf.

Ärzte unter Palmen

Der Gesellschaftsabend "Ärzte unter Palmen" findet in einem der schönsten Säle der Stadt, dem historischen Festsaal im Gesellschaftshaus des Palmengartens, statt. Der aus dem Jahr 1870 stammende, in unmittelbarer Nachbarschaft zum grünen Dschungel des Palmenhauses gelegene Festsaal erstrahlt seit seiner Sanierung in neuem Glanz. Beste Voraussetzungen für den abendlichen Höhepunkt des Deutschen Ärztetages. Musikalisch führt die Tigerband des Frankfurter Variététheaters Tigerpalast durch den Abend. Höhepunkt ist der Auftritt des Frankfurter Schauspielers und Kabarettisten Michael Quast.

Katja Möhrle

Scannen Sie diesen OR-Code mit einem

iPhone oder iPad und Sie gelangen direkt auf die DÄT-@pp. Der QR-Code für die Android-Version wird nachgereicht.





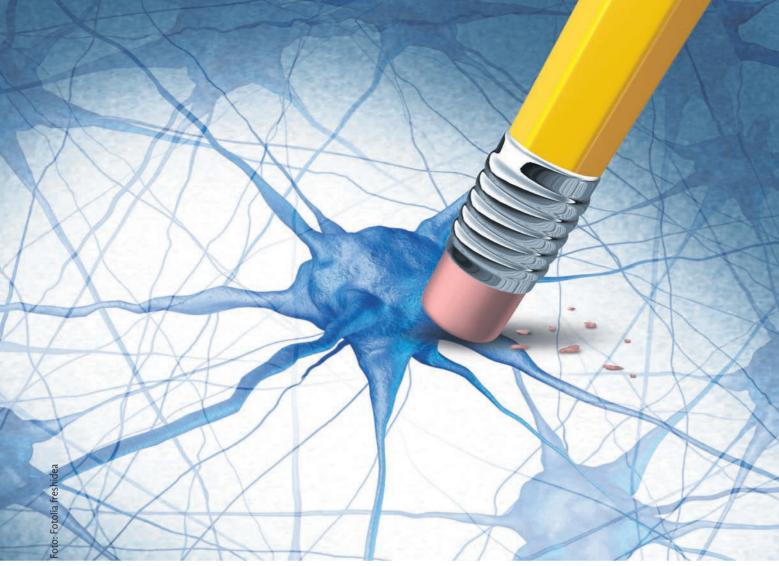
Ihr "Heißer Draht" zum Präsidenten

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 Hessen wird an folgenden Terminen von 19 bis 20 Uhr unter der Telefonnummer 069 97672-777 für Sie erreichbar sein:

Dienstag, 14. April 2015 • Dienstag, 5. Mai 2015 • Dienstag, 2. Juni 2015



Bei Parkinson wird die Übertragung zwischen den Nervenzellen behindert, hier symbolisch dargestellt mit einem Radiergummi

Gemeinsam gegen Parkinson

Zertifizierte Fortbildung

VNR 276060201504840007

Alexandra E. Henneberg

Einleitung

Mit einer Prävalenz von 0,1 – 0,2 Prozent gehört das Parkinson-Syndrom zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen in Deutschland. Da es überwiegend im späteren Lebensalter auftritt, nimmt die Anzahl der Erkrankten durch den demografischen Wandel zu. Im vorliegenden Artikel wird herausgearbeitet, wer sich wann besonders für diese Kranken stark machen sollte. Dabei wird im Sinne des Patienten von einer bestmöglichen Zusammenarbeit der Arztgruppenn (Haus-, Fach- und Klinikärzte) ausgegangen.

Diagnostik – vom Hausarztvorteil

Kennen wir unseren Patienten schon seit mehreren Jahren, fällt uns natürlich eine Veränderung eher auf: Das Gangbild ist asymmetrisch geworden, ein Arm schwingt weniger mit oder ist gar angebeugt, das Gesicht erscheint starrer als gewohnt, die Stimme leiser oder weniger moduliert, er selbst klagt über Erschöpfung, einen Leistungsknick, häufig nach anderer schwerer Erkrankung, Schmerzen in einem oder mehreren Gelenken, Heiserkeit. Die Angehörigen beschreiben eine Asymmetrie der Bewegungen, Unge-

schicklichkeit, Verlangsamung. Bei manchen Patienten kommen Ruhe- oder Aktionstremor mit hinzu.

Bei der klinischen Untersuchung gelten entsprechend die Bradykinese sowie Rigor oder Ruhetremor oder posturale Instabilität als sichere Kriterien für die Diagnose eines Parkinson-Syndroms.

Zusatzdiagnostik als Aufgabe für den Facharzt

Parkinsonsymptome treten nicht nur beim idiopathischen Parkinsonsyndrom auf, welches neuropathologisch durch das

Vorhandensein von Lewykörperchen u.a in den Dopaminneuronen der Substantia nigra beschrieben wird; sie sind ebenfalls bei Krankheiten zu finden, die zufällig auch Veränderungen in diesem Gebiet hervorrufen wie Traumata, Toxinexposition (zum Beispiel Rauchgas), Multiple Sklerose, Hydrocephalus und Mikroangiopathien und andere stoffwechselbedingte Veränderungen im Bereich der Stammganglien, sowie Nebenwirkungen von Medikamenten wie Neuroleptika, Lithium, Valproinsäure und andere.

Daneben zeigen sich Parkinsonsymptome auch als Teil komplexerer Krankheiten, die als Multisystematrophien bezeichnet werden. Hier bewährt sich die Vorstellung in der neurologischen/nervenärztlichen Praxis, einmal, um ganz sicher zu sein, dass keine kompliziertere Form der Erkrankung vorliegt, zum anderen, um Krankheiten, die nur aussehen wie M. Parkinson, aber anderweitig behandelt werden sollten, auszuschließen.

Neben der ausführlichen Anamnese, der neurologischen Untersuchung, der Klassifizierung des Stadiums nach Hoehn und Yahr und der Einordnung der Einschränkung des Patienten beispielsweise mittels der UPDRS oder einer verwandten Funktionsskala wird hier gegebenenfalls das EEG durchgeführt werden und die Dopplersonographie der extracraniellen Gefäße, um eine begleitende arteriosklerotische Erkrankung nicht zu übersehen. Dann ist zu entscheiden, ob ein MRT des Schädels durchgeführt werden soll, in selteneren Fällen auch eine szintigraphische Untersuchung (DaTScan) oder ein Ultraschall der Substantia nigra zur Absicherung der Diagnose oder eine genetische Untersuchung im Fall der seltenen familiären Form. Auch kann hier gleich die Erstbehandlung erfolgen, denn:

Die Therapie des Anfangsstadiums ist nicht trivial!

Der wesentliche Teil der Parkinson-Erkrankung beruht auf einem Absterben von Dopaminneuronen; die verbliebenen Dopaminneuronen können mit einer Anwendung von L-DOPA1 als blut-liquorschranken-überwindendem Vorläufermolekül von Dopamin zu einer höheren Produktion angeregt werden, dies ist sogar als L-DOPA-Test als ein diagnostisches Kriterium empfohlen worden: sei es durch die Gabe von 3 x 100 mg pro Tag über zwei Wochen oder nach Vortherapie mit Domperidon unter hoher Einmalgabe mit Auswertung der Besserung der UPDRS vorher-hinterher direkt in der Praxis. Die gute Wirkung bei den richtigen Patienten hat der Therapie dieser Phase den Spitznamen Honeymoon-Behandlung verpasst – was also sollte so schwer sein?!

Leitlinien der DGN

Schon ein Blick in die Leitlinien der Deut-Gesellschaft für Neurologie (DGN) lässt aufmerken: L-DOPA sollte man nur Multimorbiden oder Menschen mit >70 Jahren geben, wobei auch noch das biologische Alter mit einbezogen werden soll, also auch noch Patienten, die älter als 70 Jahre sind, zunächst mit Dopaminagonisten eingestellt werden sollen. Diese Dopaminersatzstoffe wiederum müssen sorgfältig nach Verträglichkeit und Unverträglichkeit - ist der Patient magenempfindlich? Neigt er zu Hyper- oder Hypotonie? Ist er sehr aktiv oder kann er mehrmals täglich an Tabletteneinnahmen denken? - ausgewählt werden.

Warum nehmen wir nicht einfach für Alle das nebenwirkungsarme und hochwirksame L-DOPA?

Dies ist vor allem auf die Langzeitverträglichkeit des Medikamentes L-DOPA zurückzuführen, durch Langzeitstudien ist festgestellt worden, dass L-DOPA, gerade in hohen Dosen das Auftreten von Fluktuationen fördern kann, so dass es unter (hochdosierter) Monotherapie schneller zu Komplikationen kommt. Unfreiwillig haben dies die australischen Parkinson-Patienten in einem großen Feldversuch bewiesen: Hier sehen die Leitlinien in erster Linie L-DOPA vor und die Patienten erkrankten im Schnitt fünf Jahre früher als die deutschen Patienten an Fluktuationen...

On-Off-Fluktuationen und End-ofdose-Problematik im fortgeschrittenen Krankheitsstadium

End of dose bedeutet, dass die eingenommenen Tabletten nicht mehr bis zur nächsten Finnahmezeit reichen, die Wirksamkeit also nachlässt und der Patient zunehmend vor der nächsten Tablettengabe Parkinson-Zeichen aufweist. Entsprechend neigt er dazu, von sich aus die Dosis zu erhöhen, was wiederum zu vermehrtem Auftreten von Nebenwirkungen führen kann. Hier bewährt sich statt einfacher Dosiserhöhung eher der Beginn einer Kombinationstherapie mit Hinzufügen von Amantadin, L-DOPA retard in die Nacht. einem nicht-reversiblen MAO-B-Hemmer und, wenn L-DOPA schon gegeben worden ist, einem COMT-Hemmer. Auch muss spätestens jetzt auf Physiotherapie auf neurophysiologischer Grundlage und ggf. Ergotherapie und/oder Logopädie zurück gegriffen werden.

Wird die Medikation bei derartigen Schwankungen nun individuell auf den Patienten abgestimmt, kann man mit den oben genannten Zusatztherapien noch über Jahre bis Jahrzehnte eine befriedigende Lebensqualität erhalten.

Mit langer Dauer des Krankheitsbildes kommen allerdings auf unsere Patienten zunehmend Situationen zu, in denen die Tabletten scheinbar nicht mehr wirken. Dies geschieht auch unter sorgfältig ausgewählter Monotherapie mit Dopaminagonisten, oder nach Kombinationstherapien, nur eben später.

Und jeder, der Patienten in den späteren Stadien betreut, weiß, dass man schon aus praxisorganisatorischen Gründen dieses On-Off-Fluktuationsstadium so lange wie möglich herausschieben sollte: denn der Fluktuationspatient ist anstrengend, was nur zu begreiflich ist: nicht für Patient und Angehörige voraussehbar, plötzlich, in welcher Situation auch immer, einzufrieren, sich keinen Zentimeter mehr bewegen zu können, dies häufig neben der Sturzgefahr verbunden mit krampfartigen Schmerzen in den Muskeln, macht ungeduldig, und nur wenige depressiv, die meisten dysphorisch und diskussionsfreu-

¹ Zur Vereinfachung ist in der Folge nur von L-DOPA die Rede, obwohl in sämtlichen verfügbaren Präparaten in Deutschland zur besseren Verträglichkeit eine Kombination mit einem Dopa-Decarboxylasehemmer (Carbidopa oder Benserazid) geliefert wird.

Fortbildung

dig. In den On-Phasen ist der Patient leider meist nicht normal beweglich, sondern zeigt Hyperkinesen, schlenkert also mit Armen, Beinen und Rumpf, kann nicht normal stillstehen, rutscht vom Stuhl oder Sofa und ist dabei auch noch unkonzentriert. Dabei ist seine Stimmung oft nur so lange euphorisch, bis er auf seine Defizite angesprochen wird; dann kann er höchst unwirsch reagieren, verbunden mit der Angst, dass ihm der Arzt Medikamente entzieht und ihn damit um so mehr der völlig ungeliebten Off-Phase mit Nahezu-Vollpflegebedürftigkeit aussetzt.

In dieser Phase mehrt sich das Auftreten zumeist optischer, aber auch haptischer Halluzinationen, die oftmals als Vorboten ein Schattensehen am Rand oder kurzes Auftreten von Doppelbildern aufweisen. Auch der Terminkalender des zuständigen Facharztes erlaubt Mehrfachkontakte in einem Quartal mit langen Diskussionen oft nicht, so dass eine Anpassung der Einstellung in einer Parkinsonspezialklinik während eines knapp drei-wöchigen Aufenthaltes erfolgt oder während einer 30-tägigen Videobeobachtungstherapie mit täglich bis zu fünf Kurzvideo-Aufnahmen, die dann dem zuständigen Facharzt über Server zur Verfügung gestellt werden, zur Neueinstellung der Therapie (Firma MVB, Koblenz).

Weitere Komplikationen des fortgeschrittenen Parkinson-Syndroms

Der Korridor zwischen erwünschter Wirkung und Nebenwirkungen wird enger. Hinzu kommen vermehrt Halluzinationen, nach anfänglich optischen und haptischen bei gleicher Therapie später auch akustische oder ganze Szenen, die zuletzt wahnhaft verarbeitet werden. Können wir die dopaminerge Medikation nicht absenken, versucht man, die Halluzinationen mit hochpotenten atypischen Neuroleptika mit wenig Extrapyramidal-Nebenwirkung einzudämmen.

Patienten mit hohen Dopaminagonistendosen bemerken auf einmal eine Seitwärts- oder Vorneigung oder ein Vorschieben mit erhöhter Sturzgefahr.

Dopaminagonisten führen bei Aufdosierung tagsüber zu Kurzschlafattacken, zu plötzlich sich manifestierender Spiel- oder

Sexsucht (Impulskontrollverlust), zu Konzentrationsverlust gerade in überbeweglichen Phasen, in der Kombinationstherapie zeigen sich Schlafstörungen, Obstipation und vermehrte Erschöpfung.

Immer muss an das gleichzeitige Auftreten einer Depression – diese gibt es bei 25 Prozent der Parkinson-Patienten - oder einer Demenz gedacht werden. Mit der Demenz nicht verwechseln sollte man die Bradyphrenie, die Verlangsamung des Denkens ohne Gedächtnis-, Konzentrations- oder Orientierungsstörungen. Einfache Fragebogentests wie der PANDA oder der DemTect können Auskunft über eine Parkinson-plus-Demenz-Entwicklung geben, ein Hamilton-Test oder die Zung Depressionsskala beweisen die affektive Störung, wobei erstere Zusatzerkrankung häufig schon von den Angehörigen vermutet wird und letztere dem langjährig behandelnden Arzt auffällt.

Jedoch Vorsicht mit unbedachter medikamentöser Einstellung: Serotonin-Wiederaufnahmehemmer gegen die Depression zeigen möglicherweise Wechselwirkungen mit MAO-B-Hemmern, Cholinesterasehemmer gegen Demenz könnten Parkinsonsymptome verschlechtern, Memantin gegen mittelschwere dementielle Entwicklung darf nicht mit Amantadin oder Budipin kombiniert werden!

Es gibt Neues in der Therapie des fortgeschrittenen Parkinson-Syndroms!

Während sich früher in der späten Komplikationsphase nur noch zeitraubende Medikationsschemata im Viertel- und Halbstundentakt anboten, gibt es jetzt spannende Alternativen: Das Einsetzen von Spezialbehandlungen wie Apomorphinspritze oder -pumpe, Duodopa-System mit hochdosierter Dauer-L-DOPA-Applikation direkt in den Dünndarm oder Tiefer Hirnstimulation (THS) bleibt in Indikationsstellung und Vorbereitung Spezialpraxen und -kliniken vorbehalten. Erste Langzeitergebnisse deuten darauf hin, dass die THS gerade bei jüngeren Patienten schon vor Erreichen schwerer Fluktuationsstadien verlaufsverbessernd angewandt werden kann.

Früher häufig durchgeführte "Pausen" in der L-DOPA-Therapie dagegen sind kei-

nesfalls zu empfehlen, da etwa ein Drittel der Patienten die früheren Fähigkeiten nach Unterbrechung der Therapie nicht wieder erreichen kann.

Therapie des dritten Stadiums – Grenzen der Medizin

Nicht zuletzt durch alle bisher genannten pharmakologischen Möglichkeiten ist die Lebenserwartung der Parkinson-Patienten nahezu durchschnittlich im Vergleich zur Gesamtbevölkerung.

Allerdings leiden sie somit auch unter den in der Normalbevölkerung üblichen (Alters-) Krankheiten. Und hier kann es zu Schwierigkeiten durch andere nötige Medikamente kommen:

So sollte man während und bis zu zwei Wochen nach einer Antibiotikatherapie keine Anpassung der Parkinson-Medikation durchführen: Der Patient ist geschwächt und möglicherweise deshalb verlangsamt. Die Gefahr, ihn einer zu hohen Dosierung mit Nebenwirkungen auszusetzen, ist groß. MAO-B-Hemmer dürfen nicht mit Ciprofloxacin kombiniert werden.

Wird wie zum Beispiel bei Polyarthrose oder Spinalkanalstenos eine spezielle Schmerztherapie erforderlich, so ist zu beachten, dass Tramadol und Tilidin gemeinsam mit Parkinsonmedikamenten vermehrt zu Halluzinationen und Obstipation führen können, dies gilt natürlich auch für Morphinabkömmlinge.

Bei einer geplanten Operation sollte der Anästhesist darüber informiert sein, auf welche Sedativa aus dem Neuroleptikabereich er verzichten muss. Gerade bei Patienten mit zusätzlicher Mikroangiopathie könnte ein dauerhaftes Absenken des systolischen Blutdrucks unter 120 mm Hg erhebliche Unruhe im Aufwachraum nach sich ziehen und eine dauerhafte Verschlechterung der Parkinsonzeichen.

Bei diesen Patienten ist auch mit einer allzu ehrgeizigen Blutdruckabsenkung eine Verschlechterung in Form von Müdigkeit und schnellerem Fortschreiten der Erkrankung zu erwarten. In gleichem Sinne wirkt eine Erniedrigung des Blutdrucks nach Mitteln gegen Prostatahypertrophie (zum Beispiel Tamsulosin).

Je älter die Patienten werden, desto weniger ist es möglich, den gesamten Ta-

Abkürzungsverzeichnis		
COMT-Hemmer	Die Catechol-o-Methyl-Transferase baut DOPA schon im Blut zu einem unwirksamen Stoff ab; als Hemmer kommen im Blut Entacapone, und Tolcapon, welches die Blut-Hirn-Schranke überwindet und dadurch auch im ZNS wirksam ist, in Frage	
DatScan	Dopamin-Transporter-Scan; bildgebendes Verfahren mit Hilfe von 123J-Joflupane zur szintigrafi- schen Abbildung eines Mangels von Dopaminzellen im Striatum	
DemTect	Demenz-Erkennungstest	
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie	
EEG	Elektroenzephalografie; "Hirnströme"	
L-DOPA	L-3,4-Dihydroxyphenylalanin	
MAO-B-Hemmer	Monoaminooxydase-B bewirkt u.a. den Abbau von Dopamin. Hemmer können reversibel wirken (Selegilin) oder irreversibel (Rasagilin), wodurch sie die Konzentration von Dopamin im synaptischen Spalt entsprechend erhöhen	
MRT	Magnetresonanztomografie = Kernspintomografie	
MVB	Medizinische Videobeobachtung, Firma in Koblenz zur telemedizinischen Neueinstellung des fortgeschrittenen Parkinson-Syndroms	
PANDA	Parkinson Neuropsychometric Dementia Assessment; Test zur Erfassung von Demenz bei Parkinson-Patienten	
THS	Tiefe Hirnstimulation: Implantation von Elektroden in Pallidum, Thalamus oder Subthalamicus u.a. zur Bekämpfung von Parkinsonsymptomatik	
UPDRS	Unified Parkinson´s Disease Rating Scale; Funktionsskala zur Erfassung der Einschränkung von Par- kinson-Patienten I: kognitiv-mental, II: Aktivitäten des täglichen Lebens/Pflege; III: Motorik; IV: Komplikationen	

gesablauf ohne Pausen zu gewährleisten. Hier bewährt es sich, wenn man schon im ersten Stadium der Erkrankung darauf vorbereitet hat, dass es einen Zeitpunkt geben könnte, zu dem auch eine noch so ausgefuchste Medikation nicht mehr rund um die Uhr greift, ja, dass es sogar einmal passieren kann, dass die einstmals problemlos vertragenen Medikamente nun zu Nebenwirkungen führen. Patienten und ihre Angehörigen werden jetzt nicht mehr erwarten, dass beispielsweise bei merkbarer Demenz und Minderbeweglichkeit eine Parkinsonspezialklinik Abhilfe schaffen könnte. Hier ist es leider gegenteilig oft zu beobachten, dass sich diese Patienten durch den Verlust der gewohnten Umwelt und der daraus resultierenden Notwendigkeit einer Neuorientierung, die jedoch nicht so schnell geleistet werden kann, dramatisch verschlechtern!

Es wird verständlich gemacht werden können, dass nach langem Krankheitsverlauf im höheren Alter eher eine Intensivierung der Pflege, eine Mit- oder Fremdbetreuung und häusliche Hilfsmittel notwendig sind, genauso wie Unterstützung des Gehens durch einen Stock, oder einen Rollator, oder sogar Einsetzen des Rollstuhls für weitere Strecken.

Und wenn der seit langem vertraute Facharzt plötzlich von einer nun notwendigen Reduktion der Medikation und beispielsweise Umstellung auf L-DOPA als Monotherapie und Krankengymnastik im häuslichen Rahmen spricht, sollte er nicht narzisstisch gekränkt reagieren, wenn Patient oder Angehörige fragen, ob denn jetzt nicht eine Weiterbehandlung durch den Hausarzt erfolgen könnte, weil der Facharzt mit seinen Anforderungen - einmal im Quartal persönlicher Kontakt mit dem Patienten – für diesen zu anstrengend geworden sei

Als Ärzteschaft sollten wir auch mit Angehörigen darüber sprechen, inwieweit sie selbst für die nun notwendige Pflege zur Verfügung stehen können: Der an der Seite des Patienten ebenfalls alt gewordene Partner mag körperlich nicht mehr dazu in der Lage sein, 24 Stunden am Tag, und eben auch nachts, jederzeit auf Abruf Hilfestellung zu gewährleisten...

Besondere Problematik des unter 40 Erkrankten (U 40-Patient)

Die dargestellte Problematik wird für etwa zehn Prozent unserer Parkinson-Patienten in der Zeitschiene dramatisch: Gemeint sind die unter 40 Jahre alten Erkrankten. Naturgemäß trifft sie die Erkrankung zu einer Zeit, in der sie im Beruf und in der Familienarbeit höchster Anforderung genügen müssen: Haben sie zunächst damit zu kämpfen, dass ihre Diagnose schlichtweg übersehen wird, weil viele der Kollegen Parkinson mit höherem Lebensalter verbinden, müssten sie nach der Diagnose besonders sorgfältig und vorsichtig auf die Medikation eingestellt werden, damit sie ihre Kräfte über einen

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel "Das Parkinson-Syndrom" finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer (https://portal. laekh.de) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de).

Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal (https:// portal.laekh.de) vom 25.03.2015 bis 24.03.2016 möglich.

jahrzehntelangen Verlauf bewahren können.

Diesem steht nicht allein die Ungeduld des jüngeren Patienten gegenüber, der besonders energisch sein Recht auf Selbstbestimmung einfordert und natürlich die Pillen bevorzugt, die schnell und problemlos wirken und diese gnadenlos steigert; daneben ist er ja auch tatsächlich oft in diesem Alter über Gebühr gefordert, um seine berufliche Position aufzubauen, zu festigen und seine Familie zu gründen, zu unterstützen und abzusichern...

Bei diesen Patienten neige ich zu früher "Sicherung" der Diagnose durch einen DATScan und zu früh geführten Gesprächen über mögliche ungünstige Verläufe der Krankheit. Hierbei darf der behandelnde Arzt aber keinesfalls negative Sanktionierung signalisieren, falls der Patient aufgrund beruflicher Überforderung "unvernünftig" ist.

Bei dieser Patientengruppe muss mit besonderen Spannungen in der Partnerschaft/Familie gerechnet werden, eine reaktive Depression darf nicht übersehen werden und die Möglichkeit einer begleitenden Psychotherapie sollte bei Bedarf frühzeitig eröffnet werden.

Zusammenfassung und Ausblick

Das Parkinson-Syndrom stellt uns als Gesamtärzteschaft und Vertreter unseres Gesundheitssystems auf die Probe: Ist die Primärdiagnostik oft Hausarztangelegenheit, wird die Zusatzdiagnostik und Ersteinstellung der Medikation vom

neurologischen/nervenärztlichen Facharzt gewährleistet werden müssen. Nach einer hier erfolgreichen ersten Phase kommen durch Fortschreiten der Krankheit zunehmend Probleme auf unsere Patienten zu, die durch Spezialkliniken und -ambulanzen mit individuell auf den Patienten zugeschnittenen pharmakologischen Therapieschemata und Physiotherapie, gegebenenfalls Logopädie und Ergotherapie wiederum für lange Zeit beherrscht werden können. Müssen die behandelnden spezialisierten Ärzte aber einsehen, dass weitere Modifikationen der Therapie nur zum Auftreten von Nebenwirkungen, zu anderen Krankheiten und damit zum Unwohlsein des Patienten beitragen, sollten sie der Lebensqualität des Patienten mit erhöhter Pflege nötigenfalls unter Fremdbetreuung Rechnung tragen und nicht durch ehrgeizige Modifikationen den Patienten und seine Angehörigen belasten. Hier ist häufig wiederum der Hausarzt mit dem Gesamtüberblick über die Medikamentenliste der geeignetere Ansprechpartner.

Der junge Patient, der unter 40 Jahre bei Ersterkrankung war, fordert die genannte Zusammenarbeit in besonderem Ausmaß, nötigenfalls mit psychotherapeutischer Begleitung. Bei entsprechender Abstimmung der Behandler untereinander kann dem Parkinson-Patienten ein Höchstmaß an Lebensqualität garantiert werden.



Prof. Dr. med. habil. Alexandra Henneberg

Ärztin für Neurologie und Psychiatrie – Epileptologie, Physikalische Therapie, Verkehrsmedizin Scheffelstraße 31, 60318 Frankfurt E-Mail: henneberg-neuropsych@t-online.de

Zur Autorin:

Von 1995 bis 2002 war Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg Chefärztin/Ärztliche Direktorin der Parkinsonklinik in Bad Nauheim. Neben zahlreichen Publikationen in Fachzeitschriften verfasste sie in dieser Zeit das Buch "Parkinson zu neuem Gleichgewicht finden" (Herder Verlag) und ein Parkinson-Lexikon. Heute betreut die in Frankfurt am Main niedergelassene Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie rund 400 Parkinson-Patienten ambulant, einige auch stationär in der Klinik Maingau Frankfurt. Henneberg gehört unter anderem der Telemedizin-Anwendergruppe der MVB Parkinson, einer ärztlichen Videobeobachtung zur Überprüfung der Medikation, an.

Multiple Choice-Fragen:

Das Parkinson-Syndrom

(VNR 276060201504840007)

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Frühzeichen von Parkinson sind nicht

- 1) Hypomimie
- 2) Synkineseminderung
- 3) Ruhetremor
- 4) Fluktuationen
- 5) Asymmetrisches Gangbild

2. Zur Diagnose eines Parkinson-Syndroms ist erforderlich

- 1) Grundsätzlich ein DaTScan
- Das Zusammentreffen von Bradykinese mit Rigor, Tremor oder posturaler Instabilität
- 3) Ein Alter über 70 Jahre
- 4) Eine familiäre Häufung
- 5) Keines der genannten Kriterien ist erforderlich

3. Parkinsonsymptome

- 1) deuten immer auf ein idiopathisches Parkinsonsyndrom hin
- 2) können auch durch Multiple Sklerose-Herde hervorgerufen werden
- 3) sind nicht durch Medikamente, zum Beispiel Valproinsäure, zu erklären
- 4) kommen nicht bei Mikroangiopathien vor
- 5) können nicht nach Hirntraumata erscheinen

4. Zur erweiterten Diagnostik des Parkinsonsyndroms zählen nicht

- 1) Ganzkörper-CT
- 2) Ultraschall der Basalganglien
- 3) Schädel-MRT
- 4) DaT-Scan
- 5) Genetische Untersuchungen

5. Welche Aussage stimmt?

- weil DOPA am verträglichsten und preiswertesten ist, ist es für jeden Parkinson-Patienten Mittel der ersten Wahl
- 2) jeder Parkinson-Patient bekommt zuerst einen Dopaminagonisten
- Die Behandlung von Parkinson hat nichts mit dem Alter oder dem Gesamtzustand des Patienten zu tun
- 4) Die Behandlung des Patienten sollte so lange wie möglich herausgezögert werden
- 5) Für jeden Parkinson-Patienten muss von Beginn an die Behandlung individuell unter Berücksichtigung seines Alters, seines Zustandes und seines Alltags ausgesucht werden

Zu den Problemen des fortgeschrittenen Parkinson-Syndroms gehören nicht

- 1) On-Off-Fluktuationen
- 2) End-of-dose-Problematik
- 3) Übelkeit
- 4) Hyperkinesen
- 5) Sturzgefahr

7. Welche Aussage ist richtig?

- a) Durch sorgfältige Auswahl der Parkinsonmedikation können Fluktuationen über viele Jahre verhindert werden
- b) Fluktuationen sind immer auf das Verschulden des Behandlers zurückzuführen
- c) An Fluktuationen ist immer der unverständige Patient schuld (Mangel an Compliance)
- d) Mit neuen Medikamenten kann man Fluktuationen beim Parkinson-Patienten völlig verhindern
- e) Gegen Fluktuationen helfen nur Stammzellen

8. Welche Aussage ist falsch?

- a) Bei langem Krankheitsverlauf kommt es häufiger zu Halluzinationen
- b) Jeder Parkinson-Patient bekommt am Ende seines Lebens eine Demenz
- c) Bei 25% der Parkinson-Patienten tritt eine Depression auf
- d) Bradyphrenie ist ein Parkinson-Symptom
- e) Parkinson-Patienten können in ihrer Stimmungslage entsprechend ihrer Beweglichkeit wechselhaft sein

9. Welche Aussage über die Parkinsonerkrankung ist richtig?

- Schon die Ersteinstellung der Medikation sollte in einer Spezialklinik stattfinden
- Bei fortgeschrittener Demenzerkrankung ist der Aufenthalt in einer Spezialklinik zu empfehlen
- 3) On-Off-Fluktuationen und End-of-Dose-Zustände lassen sich leichter in einer Parkinsonspezialklinik beherrschen
- Videogestützte Neueinstellung der Parkinsonmedikamente ist nur bei hohem Einsatz von Arzt und Patient möglich
- 5) Im Pflegestadium der Erkrankung ist der Hausarzt nicht mehr wichtig

10. Welche Therapieform eignet sich nicht zur Behandlung des fortgeschrittenen Parkinson-Syndroms?

- 1) Tiefe Hirnstimulation
- 2) Duodenal-DOPA-Pumpe
- 3) Apomorphinpumpe
- 4) Apomorphinpen
- 5) DOPA-Pause



Gegenseitige Anerkennung zertifizierter Fortbildungen

Südtiroler Ärztekammer und Landesärztekammer Hessen arbeiten zusammen

Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) und die Südtiroler Landesärztekammer haben in Bozen eine Vereinbarung der gegenseitigen Anerkennung von zertifizierten Fortbildungen vereinbart.

Nach Unterzeichnung durch den Präsidenten der Landesärztekammer Hessen, Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, dem Präsidenten der Südtiroler Ärzte- und Zahnärztekammer. Dr. Andreas von Lutterotti, und dem Präsidenten des FNOMCeO (Na-

tionaler Dachverband der Italienischen Ärzte- und Zahnärztekammern in Rom), Dr./Dott. Amedeo Bianco werden sowohl



Dr. Andreas von Lutterotti und Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach (von links) bei der Unterzeichnung der Vereinbarung

die Organisation gemeinsamer Fortbildungsveranstaltungen als auch der gegenseitige Besuch von Fortbildungen in Hessen, Südtirol und Italien zu den jeweils geltenden Fortbildungsregelungen anerkannt. Das vereinfacht allen Kolleginnen und Kollegen beider Länder das Verfahren bei der Anerkennung von im jeweiligen Ausland erworbenen Fortbildungspunkten ohne zusätzliche nachträgliche Zertifizierung und fördert den kollegialen Wissensaustausch.

Eine gleichsinnige Vereinbarung wurde auch zwischen der Bayerischen Ärztekammer und der Südtiroler Ärztekam-

mer getroffen. Weitere Landesärztekammern wollen dem Beispiel folgen.

Fortbildung und Familienurlaub verbinden

47. Internationaler Seminarkongress in Grado/Italien • 30.08. bis 04.09.2015



Veranstalter:

Collegium Medicinae Italo-Germanicum in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer

Programm:

Eröffnungsvortrag am Sonntag, 30. August 2015 um 16 Uhr Schwerpunktthemen der Seminare

vom 31. August bis 04. September 2015:

Gerontologie (Prof. Dr. phil. Dipl. Psych. Andreas Kruse, Heidelberg) Koronare Herzerkrankungen (Prof. Dr. Christoph Schmitz, München) Notfallmanagement - Theorie (Prof. Dr. Peter Sefrin, Würzburg) Orthopädie (Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka, Bad Abbach) Psychiatrie (Prof. Dr. Mathias Berger, Freiburg) Interdisziplinäre Gespräche, Themen täglich wechselnd

Kurse (mit Zusatzgebühr):

Akutsituation im ärztlichen Bereitschaftsdienst - Modul I und II Von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns / Ke2015 anerkannt (Prof. Dr. Peter Sefrin, Rainer Schmitt, Würzburg) Balint-Gruppe (Frau Dr. Hanna Ziegert, München) Die Anerkennung der Veranstaltung für den Erwerb von Fortbildungspunkten wird bei der Bayerischen Landesärztekammer beantragt. Die Österreichische Ärztekammer erkennt diese Veranstaltung als Fortbildungsmaßnahme an. Änderungen für alle Seminare und Kurse bleiben vorbehalten.

Auskunft:

Bundesärztekammer Tel.: 030 400456-415, Fax: 030 400456-429

E-Mail: cme@baek.de

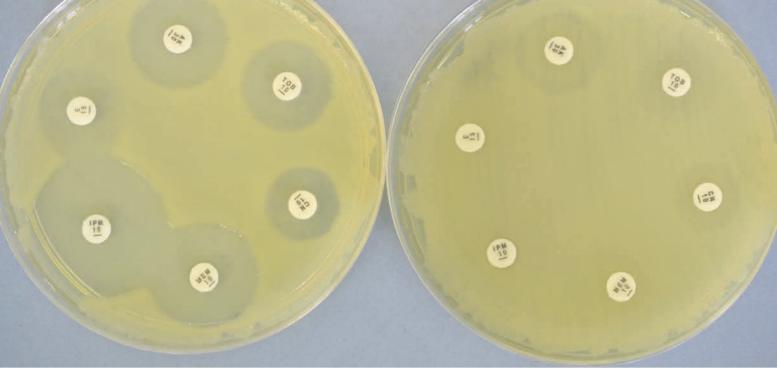
Lebendig, malerisch und familienfreundlich

Die Insel Grado liegt, mit dem Festland durch einen Damm verbunden, an der oberen Adria. Das auf römische Zeiten zurückgehende Grado bietet Hotels und Pensionen in allen Preisklassen, Ferienwohnungen, aber auch Campingplätze mit eigenen Stränden. Die kleine venezianische, romantische Altstadt mit ihren verwinkelten Gässchen, die schöne, frühchristliche Basilika "Santa Eufemia" und der pittoreske Hafen sind gern besuchte

Zur Erholung laden neue Thermalanlagen ein. Der sehr gepflegte und bewachte vier Kilometer lange Sandstrand fällt sanft ab. Die zunächst geringe Wassertiefe garantiert Sicherheit für die "Kleinen". Für die "Großen" bieten sich ebenfalls hervorragende Bademöglichkeiten. Tretboote bereiten nicht nur Kindern eine fröhliche und abwechslungsrei-

Grado ist ein idealer Ausgangspunkt für Ausflüge: Triest und auch Venedig sind jeweils nur etwa eine Autostunde entfernt.





Carbapenem-Resistenz eines klinischen Acinetobacter baumannii-Isolates (rechts) im Vergleich zu einem Referenzstamm (links): Im Agardiffusionstest wächst das klinische Isolat bis an Antibiotikaplättchen mit Imipenem (IPM) und Meropenem (MEM) heran, während beim empfindlichen Wildtyp-Stamm große Hemmhöfe zu sehen sind

Foto: Dr. med. Dr. rer. physiol. Stephan Göttig, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene, Uniklinikum Frankfurt

Ausbruch von KPC-2 produzierenden multiresistenten Bakterien in einer Klinik in Südhessen

Ausbruchsmanagement und Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Seit Oktober 2013 traten in einem Krankenhaus in Südhessen sporadisch Infektionen mit Carbapenemase produzierenden Bakterien der Klasse der Enterobacteriaceen, also multiresistenten gramnegativen Bakterien auf. Trotz Nachforschung konnte zunächst kein Zusammenhang zwischen den Fällen festgestellt werden, zumal es sich um verschiedene Bakterienspezies handelte. Carbapenemasen sind Enzyme, die von Bakterien produziert werden und Antibiotika inaktivieren, sodass diese nicht mehr wirksam sind. Durch Untersuchung der Isolate im Nationalen Referenzzentrum für gramnegative Erreger an der Universität Bochum konnte gezeigt werden, dass es sich in allen Fällen um eine Carbapenemase vom Typ KPC-2 handelte. Als weitere Infektionen mit Citrobacter freundii auftraten, wurde die Suche intensiviert und gemäß den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene (KRINKO) Screening auf den betroffenen Stationen durchgeführt.

Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und Ausbruchsmanagement

Die örtlichen Gesundheitsämter sind zuständig für die Überwachung der Hygiene in medizinischen Einrichtungen und die frühzeitige Erkennung von übertragbaren Erkrankungen, um die Weiterverbreitung zu unterbinden und somit die Patienten und die Bevölkerung zu schützen. Zu diesem Zweck werden dem Gesundheitsamt umfangreiche Befugnisse übertragen, die im Infektionsschutzgesetz rechtlich verankert sind. So wird in § 16 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) festgelegt:

(1) Werden Tatsachen festgestellt, die zum Auftreten einer übertragbaren Krankheit führen können, oder ist anzunehmen, dass solche Tatsachen vorliegen, so trifft die zuständige Behörde die notwendigen Maßnahmen zur Abwendung der dem Einzelnen oder der Allgemeinheit hierdurch drohenden Gefahren.

In Bezug auf Krankenhausinfektionen ist § 6 IfSG maßgeblich: Dem Gesundheits-

amt ist unverzüglich das gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, als Ausbruch nicht namentlich zu melden [1]. Mit der nicht namentlichen Meldung des Ausbruchs soll die Gesundheitsbehörde als Berater beteiligt werden. Auch wenn die Gesundheitsämter die Überwachungsbehörden für die Kliniken sind, geht es in erster Linie um fachliche Zusammenarbeit und gemeinsame Problembewältigung.

Als sich im Mai 2014 herausstellte, dass es sich um einen nosokomialen Ausbruch mit gramnegativen Erregern handelte, wurde ein Ausbruchsteam gebildet, bestehend aus Klinikleitung, Klinikhygiene, der beratenden Krankenhaushygienikerin, dem Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt sowie dem örtlichen Gesundheitsamt. Das Ausbruchsteam orientierte sich unter anderem an den KRINKO-Empfehlungen zum Management von nosokomialen Ausbrüchen [2].

Die Kliniken des Rhein-Main-Gebietes und Südhessen wurden von der betroffenen Klinik über das Ausbruchsgeschehen informiert, die Gesundheitsämter in Hessen und in Rheinland-Pfalz vom örtlich zuständigen Gesundheitsamt benachrichtigt. Zusätzlich wurde eine Pressemitteilung versandt sowie die Patienten des Krankenhauses mündlich und schriftlich über das Geschehen unterrichtet. Die Patienten erhielten darüber hinaus ein Informationsblatt zum korrekten hygienischen Verhalten in der Klinik. Auch wurde im epidemiologischen Bulletin des Robert-Koch-Instituts über den Ausbruch berichtet [5].

Die besiedelten Patienten wurden isoliert. Für Personal und Patienten galten strenge Hygienemaßnahmen. Zusätzlich zur Basishygiene wurden folgende Maßnahmen durchgeführt:

- 1. Unterbringung im Einzelzimmer mit eigener Nasszelle oder Kohortierung mit Patienten mit gleicher Spezies und gleichem Resistenzphänotyp.
- 2. Langärmeliger Schutzkittel bei allen direkten Patientenkontakten.
- 3. Tragen von Handschuhen schon bei möglichem Kontakt zu Blut, Sekreten, Exkreten oder kontaminierten Oberflächen; Wechsel der Handschuhe und hygienische Händedesinfektion zwischen unreinen und reinen Arbeiten am Patienten und Händedesinfektion nach Ausziehen der Handschuhe.
- 4. Zuordnung von unkritischen Geräten/ Instrumenten zum Patienten während der Dauer des Aufenthaltes.
- 5. Vermehrte Desinfektion und Reinigung der Flächen gemäß Reinigungs- und Desinfektionsplan.
- 6. Benachrichtigung der durchführenden oder aufnehmenden Abteilung bei Durchführung von diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen oder Verlegung des Patienten.
- 7. Schlussdesinfektion des Zimmers mit Nasszelle mit chlorhaltigen Mittel nach Entlassung oder Verlegung [3].

Da nach heutigem Wissensstand bei gramnegativen Enterobakterien im Gegensatz zu MRSA keine Sanierung möglich ist, kommt den Hygienemaßnahmen und der Verhinderung der Weiterverbreitung besondere Bedeutung zu. Seit dem 23. Juni 2014 wurden alle kolonisierten

Patienten auf der Infektionsstation zusammengelegt, um weitere Mensch-zu-Mensch-Übertragungen zu verhindern und um die Patienten durch extra geschultes Personal optimal betreuen zu können.

Inzwischen war es Wissenschaftlern der Universität Gießen gelungen, bei den verschiedenen Bakterienstämmen ein Plasmid, d.h. ein bewegliches genetisches Element, zu identifizieren, das für die Resistenz verantwortlich war. Dieses neu entdeckte Multiresistenzplasmid kann leicht auf unterschiedliche Keime übertragen werden und stellt eine ganz neue Dimension im Ausbruchsgeschehen dar [7].

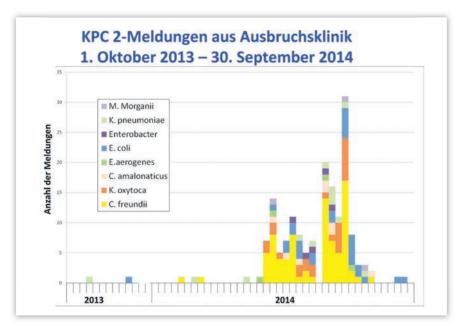
Epidemiologische Detektivarbeit blieb ohne heiße Spur

In der Klinik wurde das Screening im Verlauf des Ausbruchs stetig intensiviert; ab dem 10. Juni 2014 wurde zusätzlich ein Aufnahmescreening bei allen Patienten durchgeführt, die länger als drei Tage innerhalb der vergangenen zwölf Monate stationär in einer Klinik waren. Dieses Screening wird bis heute aufrechterhalten [4]. Das Gesundheitsamt führte, teils in Kooperation mit der Klinikhygiene, Begehungen auf verschiedenen Stationen, den Funktionsbereichen und der Küche durch, um neuralgische Punkte zu identifizieren. Prozesse, vor allem im Reinigungsbereich wurden optimiert, um mögliche Übertragungswege auszuschalten. Trotz dieser strengen Isolations- und verschärfter Hygienemaßnahmen traten am 8. Juli 2014

17 Neu-Kolonisationen verteilt über alle Stationen auf. Bis dahin war man entsprechend der KRINKO Empfehlung für Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen davon ausgegangen, dass als Reservoir für diese Enterobacteriaceen primär der Darm in Frage komme mit nachfolgender Übertragung von Person zu Person über die Hände des Personals und der Patienten. Umfangreiche epidemiologische Untersuchungen konnten jedoch keine wegweisenden Korrelationen zu verschiedenen Expositionen bei den besiedelten Patienten finden. Es gab keine heiße Spur, wie die Patienten mit den multiresistenten Erregern besiedelt wurden. In dieser Situation zog das Gesundheitsamt einen externen Spezialisten hinzu, Prof. Dr. med. Martin Exner, Direktor des Instituts für Hygiene und Öffentliche Gesundheit in Bonn. Gemeinsam wurden erneut verschiedene Bereiche der Klinik begangen und Umgebungsuntersuchungen durchgeführt. Es wurden Proben aus Patientenzimmern, Gemeinschaftsräumen und Kontaktpunkten (zum Beispiel Wasserschankanlagen, Kaffeeautomaten) genommen mit durchweg negativen Befunden. Die Übertragung über kontaminierte Hände wurde dadurch immer unwahrscheinlicher. Zudem deutete das Erregerspektrum auf Mikroorganismen (Citrobacter, Raoultella, Enterobacter) hin, die primär aus dem Wasser bzw. Abwasserbereich als Umweltreservoir stammen. Folglich wurden diese Bereiche sowie die Zentralküche in die Abklärung einbezogen. Dabei konnten so-



In der Auslasstülle des Kochfeldes (links) wurde der Ausbruchsstamm der KPC2-produzierenden Enterobakterien nachgewiesen



Epidemische Kurve: Anzahl der Nachweise von multiresistenten Erregern nach Bakterienspezies im Verlauf des Ausbruchs (mit Peak zwischen Mai und August 2014)

wohl im Sanitärbereich von Patientenzimmern als auch in einer Probe im Abfluss der Salatküche KPC-2 tragende Citrobacter und Enterobacteriaceen identifiziert werden. Der Ausbruchsstamm wurde schließlich in einer Ablaufrinne der Salatküche nachgewiesen. Bei einer Kontrolle des Veterinäramts richtete sich der Verdacht zunächst auf einen Zulieferbetrieb der Klinik. Trotz mehrfacher Untersuchung des Salats und Probennahme im Zulieferbetrieb konnten hier jedoch keine Enterobacteriaceen nachgewiesen werden, dafür aber in anderen Speisen der kalten Küche: im Mokkapudding und Nudelsalat. Dieser erste Nachweis von multiresistenten KPC2-tragenden Bakterien in einem Lebensmittel wurde durch das Landeslabor in Gießen von Dr. Arthur Schiffmann erbracht.

Beide Speisen wurden im Bereich des Kochfeldes abgefüllt, die sich kurz über dem Boden und dem Ablaufgitter befanden. In der Abflussrinne dieses Kochfeldes konnte das Ausbruchsplasmid ebenfalls nachgewiesen werden. Die Übertragungshypothese lautet daher: Durch Aufspritzen kontaminierten Wassers der Abflussrinne im Kochfeld der Küche wurden die dort in der Nähe produzierten Speisen verunreinigt. Zusätzlich wurden in der Küche täglich nach der Reinigung und Desinfektion der Oberflächen die Böden, auf denen ebenfalls das Ausbruchsplasmid in

einer Wasserpfütze nachgewiesen werden konnte, abgespritzt.

Auch in einer Reinigungsspirale, die sowohl in der Küche als auch den Patientenzimmern eingesetzt wurde, konnte der Ausbruchsstamm nachgewiesen werden. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wurden durch dieses Gerät die multiresistenten Keime aus dem Patientenbereich in die Küche eingetragen. Auch im zentralen Abwasserbereich der Klinik sowie im Fettabscheider im Keller unterhalb der Küche konnten die multiresistenten Erreger nachgewiesen werden.

Nach Umstellung der Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen in der Küche und dem Stopp der kalten Küche sistierten die Neu-Kolonisationen schlagartig. Der Ausbruch konnte am 30. September 2014 durch das Gesundheitsamt offiziell für beendet erklärt werden.

Insgesamt wurden 132 Fälle in der Zeit vom 1. Oktober 2013 bis zum 30. September 2014 (Ausbruchszeitraum) gezählt, nur acht Patienten fielen durch Infektionen auf. Da das Gen für KPC-2 auf einem sehr mobilen Plasmid liegt, kam es zu einer breiten Speziesverteilung. Bei 41 Patienten ließ sich mehr als eine Bakterien-Spezies nachweisen. Im Verlauf des Ausbruchs konnte vermehrt eine Plasmid-Shift weg von C. freundii hin zu E.coli beobachtet werden [6].

Fazit

Die frühzeitige Bildung eines Ausbruchsteams war notwendig, um das Infektionsgeschehen unter Kontrolle zu bringen. Die gute Zusammenarbeit der Klinik mit den beteiligten Behörden und externen Experten war essenziell für den Erfolg des Ausbruchsmanagements. Aufgrund der Ausbruchsdimension wurden frühzeitig externe Experten, vor allem das Robert-Koch-Institut sowie das Institut für Hygiene und öffentliche Gesundheit der Universität Bonn hinzugezogen.

Bei einer deutlichen Zunahme von multiresistenten Erregern in Kliniken kommt den Gesundheitsämtern eine überwachende, aber auch beratende und moderierende Funktion zu. Die frühzeitige Erkennung und rasche Eindämmung dieses nosokomialen Ausbruchs ist der Einführung der Meldepflicht für Carbapenemresistente Erreger in Hessen und der guten Kooperation aller beteiligten Institutionen zu verdanken.

Das beschriebene Geschehen macht deutlich, dass auch bei dem Nachweis von unterschiedlichen Bakterienspezies an das Vorliegen eines nosokomialen Ausbruchs gedacht werden muss.

Bei diesem Ausbruch wurde zum ersten Mal die Ausbreitung eines sehr mobilen Resistenzplasmids aus einem Umweltreservoir über sekundär kontaminierte Lebensmittel beschrieben.



Dr. med. Angela Carstens Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen Leitende Ärztin Fachbereich Gesundheit und Verbraucherschutz Kreis Groß-Gerau Fon: 06152 989-210 Fax: 06152 989-348

Literatur zum Artikel:

Ausbruch von KPC-2 produzierenden multiresistenten Bakterien in einer Klinik in Südhessen

Ausbruchsmanagement und Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

von Angela Carstens

- [1] Hessischer Sozialminister: Verordnung über die Ausdehnung der Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSGMeldeVO) vom November 2011, 2012.
- [2] Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut: Ausbruchmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen. Bundesgesundheitsblatt 2002;45:180 - 186.
- [3] Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention: Hygienemaßnahmen bei Infektio-

- nen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen. Bundesgesundheitsblatt 2012; Oct;55(10):1311 - 54.
- [4] Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention(KRINKO): Ergänzung zu den "Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen" (2012) im Rahmen der Anpassung an die epidemiologische Situation. Epid Bull 2014; 21:183 - 184.
- [5] Robert Koch-Institut: Häufung von KPC-2 produzierenden Stämmen ver-

- schiedener Enterobacteriaceae-Spezies in Hessen. Epid Bull 2014;21:183-184.
- [6] Robert-Koch-Institut: Plasmid-vermittelter Multispezies-Ausbruch mit Carbapenem-resistenten Enterobacteriaceae. EpidBull 2014; 47:455-459.
- [7] Yao Y, Imirzalioqlu C, Hain T, Kaase M, Gatermann S, Exner M, Mielke M, Hauri A, Dragneva Y, Bill R, Wendt C, Wirtz A, Domann E, Chakraborty T. Complete Nucleotide Sequenceof a Citrobacterfreundii Plasmid Carrying KPC-2 in a Unique GeneticEnvironment.GenomeAnnounc. 2014 Nov 13;2(6). pii: e01157-14. doi: 10.1128/genomeA.01157-14.

Aktuelle Herausforderungen in Klinik und Praxis:

Multiresistente Gramnegative Erreger (MRGN) mit Carbapenem-Resistenz

Besondere Aktualität hat eine Fortbildung über Carbapenem-resistente Erreger bekommen, zu der das MRE-Netz Rhein-Main im Januar 2015 geladen hatte: Unmittelbar zuvor wurde der Ausbruch mit einem multiresistenten Acinetobacter baumannii im Universitätsklinikum Kiel mit bis dato zwölf verstorbenen Patienten bekannt.

Weltweit erstmals beschriebener plasmid-vermittelter Ausbruch mit verschiedenen Enterobakteriaceae mit Carbapenem-Resistenz - mit lebensmittelbedingter Verbreitung

Prof. Dr. med. Constanze Wendt berichtete von einem Ausbruch mit Carbanenem-resistenten Enterobakterien in einer Klinik in Südhessen, dessen Aufklärung nahezu kriminalistische Fähigkeiten erforderte [1, 2] (siehe dazu auch den Beitrag in dieser Ausgabe "Ausbruch von KPC-2 produzierenden multiresistenten Bakterien in einer Klinik in Südhessen" auf Seite 196). Von Oktober 2013 bis September 2014, dem Ende des Ausbruchs. waren KPC-2-produzierende Enterobacteriaceae bei insgesamt 132 Patienten dieser Klinik nachgewiesen worden (Abbildung 1).

Im Rahmen einer ersten Risikoanalyse konnten medizinische Maßnahmen wie Operationen, Endoskopien oder Intensivtherapien als ursächlich ausgeschlossen werden, weshalb unter dem Verdacht einer Kontaktinfektion zunächst strenge Isolations- und Hygienemaßnahmen eingeleitet wurden. Als dennoch periodisch weitere Fälle auf allen Stationen auftraten. wurde der Verdacht auf eine intermittierend streuende Quelle im Krankenhaus geäußert und die Küche als wahrscheinlichste Quelle identifiziert - und durch umfangreiche Untersuchungen bestätigt. Dieser Ausbruch war in vielerlei Hinsicht bemerkenswert und ungewöhnlich: Es war ein über Plasmid vermittelter Multispezies-Ausbruch mit KPC-2-produzierenden Enterobakterien (insgesamt neun verschiedene Erreger), verursacht durch eine Ausbreitung über Nahrungsmittel. Eine Ausbreitung eines KPC-Plasmids über sekundär kontaminierte Lebensmittel aus einem Umwelt/Abwasserreservoir war bisher nicht beschrieben.

Gefahr (nicht nur) auf der Intensivstation" -Acinetobacter baumannii

Acinetobacter baumannii, ein multiresistentes gramnegatives **Bakterium** (MRGN), verursachte im Universitätsklinikum Kiel einen Ausbruch mit schweren Erkrankungen. Bereits im Sommer 2014 hatte das Robert Koch-Institut im Epidemiologischen Bulletin über "Acinetobacter baumanii - ein Krankenhauskeim mit beunruhigendem Entwicklungspotenzial" berichtet [3]. Weltweit werden ca. 9 Prozent aller bakteriellen Infektionen auf Intensivstationen durch Acinetobacter Spezies (spp.) verursacht, in Deutschland sind etwa 2 Prozent der Pneumonien auf Intensivstationen durch Acinetobacter spp. bedingt. In vielen tropischen und subtropischen sowie trocken-warmen Gebieten ist A. baumannii der wichtigste Keim auf Intensivstationen. Deswegen sollte die Reiseanamnese beachtet werden.

Eigentlich stimmt der Name "Acinetobacter", der "Unbewegliche", nicht mehr. Denn heute weiß man, dass er sich entlang von feuchten Oberflächen rasch bewegen kann, berichtete Dr. med. Stephan Göttig, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene der Universitätsklinik Frankfurt. Er erforscht in der neu geschaffenen Forschergruppe 2251 der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) "Acinetobacter baumannii: Adaptation und Persistenz" die Eigenschaften der Erregergattung und seines wichtigsten Vertreters A. baumannii.

Die zunehmende Resistenz der Acinetobacter-Erreger gegenüber Penicillinen, Cephalosporinen, Fluorchinolonen und auch gegen Carbapeneme (4MRGN nach der Definition der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, KRINKO) ist in vielen Ländern Südeuropas (Abbildung 2) und des Nahen und Fernen Ostens ein schwerwiegendes Problem. Auch in deutschen Krankenhäusern hat sich der Anteil Carbapenem-resistenter A. baumannii-Stämme zwischen 2008 und 2012 von 4,8 Prozent auf 9,3 Prozent nahezu verdoppelt. Die Ursache der Carbapenem-Resistenz ist bei mehr als 95 Prozent der A. baumannii die Bildung einer Carbapenemase, wobei A. baumannii verschiedene OXA- aber auch NDM-Carbapenemasen bilden können. Diese können sowohl chromosomal, aber auch auf Plasmiden kodiert sein und somit auch plasmid-vermittelt an andere Spezies weitergegeben werden. Weltweit ist die OXA-23-Carbapenemase bei A. baumannii am häufigsten vertreten (ca. 80 Prozent der multiresistenten A. baumannii) [3]. Mittlerweile kommen auch in Deutschland sogenannte panresistente Acinetobacter baumannii Stämme vor, die gegen alle klinisch eingesetzten Antibiotika resistent sind [4].

Angesichts der Tatsache, dass in den nächsten Jahren keine neuen Antibiotika gegen multiresistente gramnegative Erreger wie auch die Carbapenem-resistenten A. baumannii-Stämme zu erwarten sind, erforscht die DFG-Forschergruppe in einem interdisziplinären Ansatz unter Nutzung modernster genetischer Verfahren derzeit die Mechanismen, die die Pathogenität, Überlebensfähigkeit und Resistenz dieser Erreger bedingen. Wird beispielsweise das für Acinetobacter baumannii essentielle Adhäsionsmolekül Ata (Acinetobacter trimerer Autotransporter) gehemmt, kann sich das Bakterium während einer Infektion nicht mehr bzw. nur noch eingeschränkt an Wirtszellen anheften. Die Entwicklung von "Anti-Liganden" gegen A. baumannii könnte in Zukunft ei-

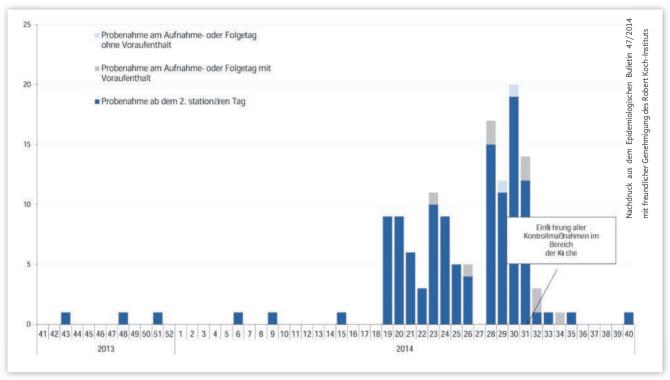


Abbildung 1: Epidemische Kurve für 133 Patienten mit Kolonisation oder Infektion durch verschiedene Spezies Carbapenem-resistenter Enterobacteriaceae, nach Datum des Erstnachweises und Voraufenthalten, Südhessischer KPC-2-Ausbruch, 1. Oktober 2013 bis 30. September 2014

ne wegweisende Alternative zu Antibiotika werden.

Bislang ist die Bedeutung sporadischer Nachweise von A. baumannii in der Bevölkerung außerhalb des Krankenhauses unklar, im Krankenhaus jedoch ist A. baumannii ein gefürchteter Erreger, insbesondere wenn er Resistenzen gegen verschiedene Antibiotika einschließlich der Carbapeneme entwickelt. Die Übertragung von A. baumannii erfolgt in der Regel über direkten und indirekten Kontakt, also Hände des Personals und Oberflächen. In der Ausbruchsdatenbank des NRZ für Krankenhausinfektionen sind weltweit mehr als 200 Beschreibungen von Ausbrüchen mit Acinetobacter baumanii, zumeist auf Intensivstationen, dokumentiert.

Das Übertragungspotenzial von A. baumannii in Krankenhäusern ist deutlich höher als bei MRSA. Dies kann auf seine enorme Umweltresistenz und Überlebensfähigkeit nach Austrocknung bei gleichzeitiger Fähigkeit zur Biofilmbildung zurückgeführt werden. Der Erreger kann über Wochen in trockener Umgebung überleben, zum Beispiel auf Tastaturen medizinischer Geräte, auf Stationstelefonen und verschiedenen Oberflächen in Patientenzimmern. Dies unterstreicht die

Bedeutung der Reinigung und Desinfektion sowie von Isolationsmaßnahmen nicht nur im Ausbruchsfall. Darüber hinaus kann er im feuchten Milieu Biofilme bilden und sich lange unerkannt im klinischen Umfeld halten. Diese Eigenschaften gepaart mit der zunehmenden Antibiotikaresistenz machen Acinetobacter spp. zu gefürchteten Krankenhauskeimen auf Intensivstationen. Das Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene des Universitätsklinikum Frankfurt am Main hat als Reaktion auf den Ausbruch in Kiel die eigenen mikrobiologischen und krankenhaushygienischen Erfahrungen mit diesem Erreger als Informationsblatt auf seiner Website eingestellt (http://www.kqu.de/presse/pressemit teilungen/article/2015/02/06/frankfurter-strategie-zur-eindaemmung-multiresistenter-erreger-im-krankenhaus. html).

Carbapenemresistente Erreger – auch in Deutschland zu Hause

Anhand aktueller Daten der Europäischen Gesundheitsbehörde ECDC zeigte Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, Vorsitzende des MRE-Netzes Rhein-Main, dass multiresistente gramnegative Erreger wie E. coli, Klebsiellen, Pseudomonaden, Acinetobacter spp. und insbesondere A. baumannii in den vergangenen Jahren in vielen Ländern, insbesondere in Süd- und Südost-Europa zunehmen [5], siehe Abbildung 2. Im Rahmen der in Hessen geltenden Meldepflicht wurden dem Frankfurter Gesundheitsamt von April 2012 bis Ende 2014 insgesamt 624 Nachweise mit Carbapenem-Resistenz gemeldet, davon 41 Prozent Pseudomonas aeruginosa, 20 Prozent A. baumannii, 18 Prozent K. pneumoniae, 8 Prozent E. coli und 9 Prozent Enterobacter spp. Es handelte sich bei Dreiviertel der Nachweise um Kolonisationen, ein Viertel betrafen Infektionen. Im ersten Jahr hatten etwa 40 Prozent dieser Patienten ihren Wohnsitz in Frankfurt, etwa 40 Prozent kamen aus der Rhein-Main-Region, ca. 10 Prozent aus anderen Teilen Deutschlands und "nur" 10 Prozent aus dem Ausland. Zwei Drittel der Patienten berichteten über einen Krankenhausaufenthalt in den vorausgegangenen sechs Monaten, etwa ein Viertel hatte über eine Auslandsreise berichtet und 13 Prozent hatten in einem ausländischen Krankenhaus gelegen. Eine Ausnahme bildeten jedoch die Patienten mit A. baumannii: 40 Prozent

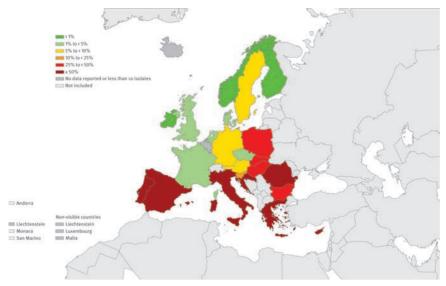


Abbildung 2: Acinetobacter spp. Anteil (%) invasiver Isolate mit kombinierter Resistenz gegen Fluorchinolone, Aminoglycoside und Carbapeneme, nach Land (EU/EEA, 2013)

Ouelle: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2013. Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Stockholm: ECDC; 2014, Seite 48

dieser Patienten waren zuvor in einem ausländischen Krankenhaus behandelt worden und 21 Prozent hatten ihren Wohnsitz im Ausland, oft im Nahen Osten oder Russland [6]. Diese Verteilung hat sich in den folgenden Jahren bestätigt. Dies zeigt, dass Auslandsreisen und Krankenhausaufenthalte im Ausland zwar wichtige und richtige Kriterien für ein frühzeitiges Screening im Krankenhaus sind, dass aber damit nur ein kleiner Teil der Patienten mit Carbapenem-resistenten Erregern identifiziert werden kann. Um Screening gezielt einsetzen zu

können, gilt es, weitere Risikofaktoren zu erforschen.

Im Rahmen der Meldepflicht wurden dem Frankfurter Gesundheitsamt Erreger mit Carbapenem-Resistenz aus allen Frankfurter Kliniken und auch aus ambulanten Einrichtungen gemeldet, d.h. das Problem Carbapenem-resistenter Erreger beschränkt sich nicht auf einige wenige Kliniken der Maximalversorgung, sondern ist bereits in Deutschland angekommen. Eine klinik- bzw. einrichtungsbezogene Aus- und Bewertung ist notwendig, da durch eine Bewertungsbeschränkung auf Personen mit Wohnsitz Frankfurt mehr

als die Hälfte der in den Frankfurter Kliniken behandelten Patienten mit Carbapenemresistenten Erregern nicht berücksichtigt worden wäre. Diese tragen aber zur Krankheitslast in den Einrichtungen bei und bedingen einen hohen Aufwand an zusätzlichen Hygiene- und Isolationsmaßnahmen [7]. Gemeldet wurde ein breites Spektrum der Erreger mit einer Vielzahl verschiedener Carbapenemasen. Es gab zwar Häufungen von Kolonisationen mit maximal vier Personen. Größere Ausbrüche mit Infektionen konnten durch die ergriffenen Hygienemaßnahmen offenbar erfolgreich verhütet werden. Dass dies weiter so bleibt und dass die Aufmerksamkeit für diese Problemerreger weiter gesteigert wird, dazu will das MRE-Netz Rhein-Main mit seiner Arbeit und seinen Fortbildungen beitragen (weitere Informationen im Internet: www.mre-rhein-main.de)

Prof. Dr. med. **Ursel Heudorf** MRE-Netz Rhein-Main Gesundheitsamt Frankfurt Breite Gasse 28,



60313 Frankfurt E-Mail: ursel.heudorf@stadt-frankfurt.de

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik "Hessisches Ärzteblatt".



MRGN Multiresistente gramnegative Erreger Informationen für Patienten und Angehörige

Unter MRGN werden Darmbakterien (Enterobakterien wie E. coli, Klebsiellen, Enterobacter spp, Citrobacter etc.) und Non-Fermenter wie Acinetobacter baumannii und Pseudomonas aeruginosa mit Resistenzen gegen drei bzw. vier Antibiotikagruppen zusammengefasst. MRGN sind keine obligaten Infektionserreger, sie kommen auch lediglich als Besiedlung unerkannt vor.

Das MRE-Netz Rhein-Main hat einen Flyer für Patienten und Angehörige erstellt, in dem so verständlich wie möglich folgende Fragen beantwortet werden:

- · Was bedeutet MRGN?
- Wann wird's gefährlich?
- · Wann soll behandelt werden?
- Darauf müssen Sie sich als MRGN-Patient einstellen

- Im Krankenhaus
- In Altenpflege- Wohn- und Behindertenheimen
- Zu Hause
- Wie erwirbt man die MRGN-Bakterien?
- Wie werden MRGN übertragen?

Die Flyer sind in verschiedenen Sprachen verfügbar: Deutsch, Türkisch, Russisch, Polnisch und Englisch. Und können von der Homepage des Netzwerks heruntergeladen werden: http://www.mre-rhein-main.de/ hintergrund_mrgn.php

Literatur zum Artikel:

Aktuelle Herausforderungen in Klinik und Praxis:

Multiresistente Gramnegative Erreger (MRGN) mit Carbapenem-Resistenz

von Ursel Heudorf

- Carstens et al. Plasmid-vermittelter Multispezies-Ausbruch mit Carbapenem-resistenten Enterobacteriaceae. Epidemiologisches Bulletin 24.11.2014 47/2014 455–459. www.rki.de
- Kaase M, Hauri A. Häufung von KPC-2 produzierenden Stämmen verschiedener Enterobacteriaceae-Spezies in Hessen. Epidemiologisches Bulletin 16.06.2014 24/2014, S. 201–203. www.rki.de
- 3. Pfeifer Y und Wilharm G. Acinetobacter baumannii ein Krankenhauskeim mit beunruhigendem Entwicklungspotenzial. Epidemiologisches Bulletin 12.08.2014 32/2014 295–299. www.rki.de
- Göttig S, Gruber TM, Higgins PG, Wachsmuth M, Seifert H, Kempf VA. Detection of pan drug-resistant Acinetobacter baumannii in Germany. J Antimicrob Chemother (2014) 69:2578–9.
- European centre for disease prevention and control. Antimicrobuial resistance surveillance in Europe 2013. http://www.ecdc.europa.eu/en/publi cations/_layouts/forms/Publication_ DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed -4d32-b960-af70113dbb90&ID=1205
- 6. Kleinkauf N, Hausemann A, Kempf VAJ, Gottschalk R, Heudorf U. Burden

- of carbapenem-resistant organisms in the Frankfurt/Main Metropolitan Area in Germany 2012/2013 – first results and experiences after the introduction of legally mandated reporting. BMC infectious diseases (2014) 14: 446–453
- 7. KRINKO Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am Robert Koch-Institut (RKI) Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen. Bundesgesundheitsbl 2012; 55:1311–1354



Gute Gesprächsatmosphäre für persönliche Fragen rund um das Thema Alkohol: Dr. med. Jeanette Weber mit Schülerinnen und Schülern einer 8. Klasse des Heinrich-von-Gagern-Gymnasiums Frankfurt

Stark sein und nein sagen lernen mit "Hackedicht – Besser geht's dir ohne!"

Das Alkoholpräventionsprojekt der Landesärztekammer Hessen zu Gast im Heinrich-von-Gagern-Gymnasium in Frankfurt

"Was ist so attraktiv an Alkohol?", fragt Dr. med. Jeanette Weber in die Runde. Einige der 13- bis 15-Jährigen kichern, andere melden sich: "Er wirkt entspannend", behauptet Leon*. "Alkohol trinken ist cool", ergänzt Marius. Janina glaubt, dass alles lustiger wird, wenn man trinkt. "Viele meinen, dass Alkohol Probleme löst. Das ist aber gar nicht so", urteilt Sophia. "Richtig", bestätigt Weber. "Das Gegenteil ist der Fall: Es wird schlimmer, denn man hat ein neues Problem, den Alkohol nämlich." Auf ihre nächste Frage, wer schon einmal Alkohol probiert habe, heben fast alle die Hand

Verwunderlich ist dies nicht. Mädchen und Jungen beginnen immer früher, zu trinken. Viele machen die ersten Erfahrungen schon mit elf oder 12 Jahren. Was tun? Da ein erhobener Zeigefinger zur Vorbeugung wenig nutzt, setzt die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) mit ihrem Präventionsprojekt "Hackedicht – Besser geht's dir ohne!" auf Aufklärung. Das 2007 unter der Schirmherrschaft des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration und des Hessischen Kultusministeriums ins Leben gerufene Projekt wurde von Katja Möhrle, Leiterin der Stabsstelle Medien der LÄKH in Zusammenarbeit mit dem Suchtausschuss der Ärztekammer sowie Allgemeinärzten, Internisten, Pädiatern und Kinderund Jugendpsychiatern entwickelt. Das Titelbild der Kampagne fotografierte Dr. med. Michael Popović. Bisher fanden mehr als 80 Aktionen mit über 7000 Schülern unterschiedlicher Altersklassen in hessischen Schulen statt. Ärztinnen und Ärzte aus ganz Hessen wirken an dem Projekt mit. Von Januar bis März 2015 wurden bereits Aktionen im Landschulheim Steinmühle in Marburg, am Gymnasium Gernsheim und in der Kaulbachschule in Bad Arolsen durchgeführt.

Die Persönlichkeit stärken

In Frankfurt startete "Hackdicht" in diesem Jahr mit Unterstützung des städtischen Drogenreferats am Heinrich-von-Gagern-Gymnasium. Dr. med. Jeanette Weber, im Offenbacher Gesundheitsamt tätige Fachärztin für Allgemeinmedizin, die seit acht Jahren an dem Alkohol-Präventionsprojekt der Landesärztekammer mitarbeitet, informierte Schülerinnen und Schüler der 8. Klassen auf der Grundlage eines von der LÄKH erarbeiteten Powerpoint-Vortrages über die Risiken des Alkoholkonsums und diskutierte mit ihnen. Übungen mit Rauschbrillen führten die Risiken durch simulierten Alkoholkonsum buchstäblich vor Augen.

Schulleiter Thomas Mausbach freute sich. dass das Projekt für das Gymnasium gewonnen werden konnte. "Wir sind auf Unterstützung und Kooperation dieser Art angewiesen", sagte er in dem Pressegespräch zum Auftakt der Aktionen. Viele Eltern wälzten Probleme ihrer Kinder, etwa mit Alkohol oder Drogen, auf die Schulen ab, die dies nicht alleine leisten könnten. "Für eine erfolgreiche Suchtprävention ist es wichtig, die Persönlichkeit der Jugendlichen zu stärken", fügte Julia Kerfin, Beratungslehrerin am Heinrich-von-Gagern-Gymnasium, hinzu. "Genau darauf kommt es an", bekräftigte Jeanette Weber. "Der Druck in der Gruppe ist oft groß. Stark sein und nein sagen können: Das möchten wir Jugendlichen mit dem Proiekt vermitteln".

Vertrauen gewinnen und ins Gespräch kommen

Es gehe nicht um ein grundsätzliches Verbot von Alkohol – "das ist völlig unrealistisch" – sondern um einen verantwortungsvollen Umgang damit, so Weber weiter. "Wichtig ist, mit den Jugendlichen ins Gespräch zu kommen, ihr Vertrauen zu gewinnen und im geschützten Rahmen auch mögliche Probleme anzusprechen. Gleich zu Beginn weise ich auf die ärztliche

^{*} Namen der Schüler/innen von der Redaktion geändert



Schweigepflicht hin. Nichts, was in dem Raum besprochen wird, soll nach außen dringen." Manche Schüler stellten auch bei den eigenen Eltern einen problematischen Umgang mit Alkohol fest. Deshalb sei es umso notwendiger, aufzuklären und auf Hilfsangebote, zum Beispiel von Drogenund Suchtberatungsstellen, und auch auf die Hausärztin oder den Hausarzt als Ansprechpartner aufmerksam zu machen.

Dass Alkoholpräventionsprogramme wie "Hackedicht", "HaLT" oder "Kenn dein Limit" Wirkung zeigen, belegen die aktuellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes: Danach ist der Teil der Jugendlichen, die mit der Diagnose akuter Alkoholrausch in ein Krankenhaus eingeliefert wurden, um 31 Prozent zurückgegangen. Dennoch kann keine Entwarnung gegeben werden, denn die absolute Zahl jugendlicher "Komasäufer" ist nach wie vor zu hoch. Für viele Minderjährige ist der Konsum von Alkohol ein festes Ritual; häufig fließt Hochprozentiges durch ihre Kehlen. In einer Gesellschaft, in der Alkoholtrinken zum Leben dazuzugehören scheint, fällt der Einstieg leicht. Eine Party ohne alkoholische Getränke ist für viele gar nicht vorstellbar. Das "Anstoßen" mit einem Glas Sekt, Wein oder Bier bei Ge-



Mit einer Rauschbrille, die die Sicht mit ca. 1 Promille Alkohol im Blut simuliert, fällt die Suche nach Münzen auf dem Boden deutlich schwerer

burtstagen, Hochzeiten oder auch bei sportlichen und beruflichen Erfolgen gehört wie selbstverständlich dazu. Die Werbung tut ein Übriges, indem sie die stimmungsaufhellende Wirkung und Gruppenzugehörigkeit in Verbindung mit Alkohol in den Fokus setzt und damit insbesondere junge Menschen beeinflusst.

Wenn die Stimmung umkippt...

"Häufig wird Alkohol getrunken, um eine angenehme Stimmung zu erzeugen oder eine unangenehme Stimmung erträglicher zu machen", erklärt PD Dr. med. Michael Grube, stellv. Vorsitzender des Suchtausschusses der Landesärztekammer Hessen, der das Projekt "Hackedicht" begleitet und unterstützt. "In der Tat kann der Konsum geringer Mengen Alkohol dazu führen, sich unbeschwerter, lockerer und ungehemmter zu fühlen. Je mehr man trinkt, desto wahrscheinlicher wird es, dass diese positive Stimmung umkippt in Aggression." Wer Alkohol dazu benutze, Sorgen, Stress und negative Gedanken angenehmer oder erträglicher zu machen, missbrauche ihn als Seelentröster, so Grube weiter. "Von Alkoholgenuss zu Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit ist der Übergang jedoch schleichend. Wer regelmäßig trinkt, gewöhnt sich schnell daran. Das Risiko ist dabei groß, eine Abhängigkeit bzw. Sucht zu entwickeln." Diese Informationen sind ebenso Inhalt der Kampagne wie Aufklärung über Kon-

trollverlust durch Alkohol. Auch über die negativen Auswirkungen auf Sexualität, Sport, Teilnahme am Straßenverkehr und die gesteigerte Gewaltbereitschaft sprechen Ärzte und Schüler im Rahmen der Hackedicht-Aktionen. "Dass übermäßiger Alkoholkonsum zu körperlichen und psychischen Erkrankungen und sogar bis zum Tod führen kann, ist vielen Jugendlichen nicht bewusst", berichtete Weber, "Das gilt ebenfalls für mögliche Folgeerkrankungen wie Bluthochdruck, Lebererkrankungen, Schädigungen des Gehirns, Depressionen oder Krebs." Aufmerksam folgten die Jugendlichen Webers Ausführungen, beteiligten sich lebhaft am Gespräch und stellten Fragen.

Die Rauschbrillen-Übungen im letzten Teil der Doppelstunden sorgten für Heiterkeit und machten zugleich die Einschränkungen durch Alkohol spürbar. Auf einer geraden Linie entlang laufen, sich gegenseitig Bälle zuwerfen oder Münzen vom Boden aufheben: Diese einfachen Bewegungsabläufe erwiesen sich mit der - die Sehbeeinträchtigung mit ca. 1 Promille Alkohol im Blut simulierenden - Rauschbrille auf der Nase als Herausforderung, "Ich hätte nie gedacht, dass sich Alkohol so stark auswirkt", resümierte Leon. "Wenn ich trinken würde, könnte ich mich ja noch nicht einmal mehr aufs Fahrrad setzen."

Katja Möhrle

"Hackedicht - Besser geht's dir ohne!" Machen Sie mit beim LÄKH-Projekt zur Alkoholprävention bei Jugendlichen

- · Haben Sie Interesse daran, an einer Schule in Ihrer Region über Vorbeugung, bzw. Wege aus der Abhängigkeit zu informieren?
- Wären Sie bereit, zum Beispiel auch an Schulgesundheitstagen, über das Thema Alkoholsucht und -prävention aufzuklären?

Wir vermitteln den Kontakt zu interessierten Schulen und geben Ihnen Hilfen und Materialien an die Hand.

Der Informationsflyer für Jugendliche, den die Landesärztekammer anlässlich der Aktion herausgegeben hat, kann bei der Stabsstelle Medien der Kammer (per

E-Mail: beate.voelker@laekh.de oder telefonisch 069 97672-340) bestellt werden.

Weitere Unterlagen, Links und aktuelle Informationen rund um das Thema Alkohol und Suchtproblematik finden Sie auf der Website der Landesärztekammer www.laekh.de unter der Rubrik Presse, Aktionen + Projekte, Alkohol-Prävention.

Kontakt:

Beate Völker Stabsstelle Medien - Öffentlichkeitsarbeit und Hessisches Ärzteblatt – Landesärztekammer Hessen Fon: 069 97672-340 Fax: 069 97672-224

E-Mail: beate.voelker@laekh.de



Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

Freitags und samstags ganztags möglich!

Telefonische Informationen: Christina Ittner, Akademie, Fon: 06032 782-223

I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Synkope - korrekte Diagnose und Therapie

Fr.,12. Juni 2015, 09:00 – 17:00 Uhr 8 P

Leitung:Prof. Dr. med. J. Ehrlich, WiesbadenOrt:Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄK Hessen

Teilnahmegebühr: € 160 (Akademiemitgl. € 144) **Auskunft/Anmeldung**: A. Flören, Fon: 06032 782-287

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Curriculare Fortbildung Organspende (40 Std.)

Fr., 19. – Sa., 20. Juni 2015 (Theorie) insg. 40 P

Mi., 22. Juli oder Mi., 30. Sep. 2015 (Kriseninterventionsseminar)

Leitung: Prof. Dr. med. M. Bechstein, Frankfurt **Teilnahmegebühr:** Theorie € 300 (Akademiemitgl. € 270)

Kriseninterventionsseminar € 150

(Akademiemitgl. € 135)

Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄK Hessen

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

EKG - Kurs

Fr., 08. – Sa., 09. Mai 2015, 09:00 – 17:00 Uhr 22 P

Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden
Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄK Hessen

Teilnahmegebühr: € 320 (Akademiemitgl. € 288) **Auskunft/Anmeldung**: A. Flören, Fon: 06032 782-238

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Moderatorentraining

Fr., 17. – Sa., 18. Apr. 2015, 14:30 – 16:00 Uhr 20 P

Leitung: Prof. Dr. rer. nat. H. Haid, Konstanz
Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄK Hessen

Teilnahmegebühr: € 360 (Akademiemitgl. € 324) **Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

8. Sommerakademie

Mo., 29. - Fr., 03. Juli 2015

Di.: Intensivkurs Hygiene in Arztpraxen

(auch für med. Fachpersonal) 10 P

Leitung: S. Niklas, Modautal

Mi.: Medizinische Rehabilitation 21 P

Leitung: Dr. med. W. Deetjen, Seelbach

Mi.: Hautkrebs-Screening 11 P

Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechtheim

Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

Do.: EKG-Refresher-Kurs 10 P
Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. K.-R. Genth,

Bad Nauheim

Teilnahmegebühr: auf Anfrage,

Fortbildungen einzeln buchbar

Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213

E-Mail: m.turano@laekh.de

Einführung in das Medizinrecht

Mi., 08. Juli 2015, 16:00 – 21:00 Uhr 9 P

Leitung: Prof. Dr. med. K.-R. Genth,

Bad Nauheim

M. Strömer, Frankfurt

Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄK Hessen

Teilnahmegebühr: € 90 (Akademiemitgl. € 81) **Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Wenn der Patient Ihnen Fehler vorwirft – Kommunikation und Verhalten in Schadenfällen

Sa., 18. Apr. 2015, 09:00 – 16:30 Uhr 10 P

Leitung: Dr. med. Walter Merkle, Wiesbaden

P. Weidinger, Köln

Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄK Hessen

Teilnahmegebühr: € 110 (Akademiemitgl. € 99) **Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de



Aktuelle Diabetologie

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

Mi., 24. Juni 2015, 15:30 - 20:00 Uhr 6 P

Teil 5: Herz, Blutdruck und Gefäße

Teil 6: Auge, Niere, Fuß

Leitung: Dr. med. B. Klöpper, Bad Nauheim

Dr. med. M. Eckhard. Bad Nauheim

Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄK Hessen

Teilnahmegebühr: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei) Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Medizinische Rehabilitation

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

Mi., 15. Apr. 2015, 13:30 - 20:45 Uhr 21 P

Dr. med. W. Deetjen, Seelbach Leitung: Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄK Hessen

Teilnahmegebühr: € 200 (Akademiemitgl. € 180) Auskunft/Anmeldung: R. Heßler, Fon: 06032 782-203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Ultraschallkurse

Abdomen

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

Abschlusskurs

Sa., 31. Okt. 2015 (Theorie) 29 P

und 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.)

Teilnahmegebühr: € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Theorie: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Praktikum: Kliniken im Rhein-Main-Gebiet

Gefäße

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

Aufbaukurs (periphere Gefäße) 25 P

Do., 11. - Fr., 12. Juni 2015 (Theorie) Sa., 13. Juni 2015 (Praktikum)

Teilnahmegebühr: € 380 (Akademiemitgl. € 342)

Abschlusskurs (periphere Gefäße) 20 P

Fr., 27. - Sa., 28. Nov. 2015 (Theorie + Praktikum) Teilnahmegebühr: € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Orte:

Theorie: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Praktikum: Frankfurt, Krankenhaus Nordwest

Auskunft/Anmeldung: J. Schwab, Fon: 06032 782-211,

E-Mail: juliane.schwab@laekh.de

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

Fr., 12. - Sa., 13. Juni 2015 16 P

Leitung: Dr. med. M. Weipert-Kretschmer,

Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄK Hessen

Teilnahmegebühr: € 340 (Akademiemital. € 306) Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Verkehrsmedizinische Qualifikation

16 P Fr., 26. - Sa., 27. Juni 2015

Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt Leitung: Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄK Hessen

€ 280 (Akademiemitgl. € 252) Teilnahmegebühr: Auskunft/Anmeldung: R. Heßler, Fon: 06032 782-203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV

Spezialkurs Röntgendiagnostik

Sa., 26. - So., 27. Sep. 2015

Praktikumstermine zur Auswahl: Di., 29. Sep. und Mi., 30. Sep. 2015

Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum LÄK

Hessen (Theorie)

Frankfurt, Krankenhaus Nordwest

(Praktikum)

Teilnahmegebühr: € 300 (Akademiemitgl. € 270)

Kenntniskurs (theoretische und praktische Unterweisung)

Sa., 10. Okt. 2015

Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

LÄK Hessen

Teilnahmegebühr: gesamt € 140 (Akademiemitgl. € 126) Theoretische Unterweisung: € 100 (Akademiemitgl. € 90) Praktische Unterweisung: € 50 (Akademiemitglieder € 45)

Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde

8 P Sa., 28. Nov. 2015

Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

LÄK Hessen

Teilnahmegebühr: € 130 (Akademiemitgl. € 117)

Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de



Notfallmedizinische Fortbildung

Seminar Leitender Notarzt Sa., 18. – Di., 21. Apr. 2015

Leitung: D. Kann, N. Schmitz, Kassel

Ort: Kassel, Feuerwehr

Teilnahmegebühr: € 740 (Akademiemitgl. € 666)

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD 29 P

Fr., 29. - So., 31. Mai 2015

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg,

M. Leimbeck, Braunfels

Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄK Hessen

Teilnahmegebühr: € 400 (Akademiemitgl. € 360)

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,

E-Mail: baerbel.buss@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. – So., 31. Mai 2015 30 P

Sa., 13. - So., 14. Juni 2015

Leitung: Dr. med. J. Heitmann, Eschwege

PD Dr. med. Dr. med. habil. T. O. Hirche, Wiesbaden Prof. Dr. med. R. Schulz, Fulda

Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄK Hessen (Theorie) **Hofheim/Taunus,** Interdisziplinäres

Zentrum für Schlafmedizin

(Praktikum)

Teilnahmegebühr: € 590 (Akademiemitgl. € 531)

Max. Teilnehmerzahl: 32

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Geriatrische Grundversorgung

Block I: Fr., 27. – So., 29. Nov. 2015 24 P

Leitung: PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt
Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄKH

Teilnahmegebühr: € 360 (Akademiemitgl. € 324) **Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Sa., 15. Apr. 2015, 14:00 – 19:00 Uhr 6 P Mi., 20. Mai 2015, 14:00 – 19:00 Uhr 6 P

Leitung: Prof. Dr. med. T. Weber, Wiesbaden
Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄK Hessen

Teilnahmegebühr: € 110 (Akademiemitgl. € 99)

Max. Teilnehmerzahl: 25

Auskunft/Anmeldung: B. Sebastian, Fon: 0611 977-4825,

E-Mail: barbara.sebastian@laekh.de

Reisemedizinische Gesundheitsberatung – Basisseminar

Fr., 09. Okt. – Sa., 10. Okt. 2015 Fr., 13. Nov. – Sa., 14. Nov. 2015

Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt

Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄKH

Teilnahmegebühr: € 520 (Akademiemitgl. € 468) **Auskunft/Anmeldung:** R. Heßler, Fon: 06032 782-203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Curriculum "Qualifikation Tabakentwöhnung"

1. Präsenzphase und Einführung in die Telelernphase:

Fr., 09. Okt. 2015

Telelernphase: Sa., 10. Okt. - Fr., 04. Dez. 2015

2. Präsenzphase: Sa., 05. Dez. 2015
mit abschließender Lernerfolgskontrolle
Leitung:
D. Paul, Frankfurt

Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄKH

Teilnahmegebühr: € 200 (Akademiemitgl. € 180) **Auskunft/Anmeldung:** I. Krahe, Fon: 06032 782-208,

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Medizinische Begutachtung (64 Std.)

Modul lb, Fr., 24. – Sa., 25. Apr. 2015 12 P Modul lc, Fr., 08. – Sa., 09. Mai 2015 16 P

Module II u. III in Vorbereitung

Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt
Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄKH

Teilnahmegebühr: Modul Ib €180 (Akademiemitgl. € 162)

Modul Ic € 240 (Akademiemitgl. € 216)

Auskunft/Anmeldung: R. Heßler, Fon: 06032 782-203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de



II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

Fr., 08. - So., 10. Mai 2015 G4 - G6Fr., 10. – So., 12. Juli 2015 G7 - G9

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

GP Sa., 19. - So., 20. Sep. 2015 Sa., 12. - So., 13. Dez. 2015 **GP**

Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der Ort:

LÄK Hessen

Leitung: H. Luxenburger, München

Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Auskunft/Anmeldung: C. Cordes, Fon: 06032 782-287,

E-Mail: claudia.cordes@laekh.de oder A. Bauß, Deutsche Ärztegesellschaft

für Akupunktur e.V., Fon: 089 71005-11, E-Mail: bauss@daeqfa.de

Repetitorium Innere Medizin 2015

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

Mo., 20. - Sa., 25. Apr. 2015 insq. 63 P

Prof. Dr. med. W. Faßbinder, Fulda Gesamtleitung: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum Ort:

der LÄK Hessen

Teilnahmegebühr ges.: € 540 (Akademiemitgl. € 486) Teilnahmegebühr/Tag: € 150 (Akademiemitgl. und Mitgl. des

BDI und der DGIM € 135)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Sa, 13. - So., 14. Juni 2015 16 P

Dr. med. G. Vetter, Fulda Gesamtleitung:

Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄK Hessen

Teilnahmegebühr: € 260 (Akademiemitgl. € 234) Auskunft/Anmeldung: R. Heßler, Fon: 06032 782-203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

Kurs A: Fr., 19. – Sa., 20. Juni 2015 (20 Std.) 20 P

Psychosomatische Grundversorgung – Theorie

Leitung: Dr. med. W. Hönmann, Kelkheim

Kurs B: Fr., 25. - Sa., 26. Sep. 2015 (20 Std.) 20 P

Psychosomatische Grundversorgung - Vermittlung und Ein-

übung verbaler Interventionstechniken

Leitung: Dr. med. W. Hönmann, Kelkheim

Bad Nauheim, Fortbildungszentrum Ort:

der LÄK Hessen

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

Auskunft/Anmeldung: R. Heßler, Fon: 06032 782-203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Block B: Fr., 06. - Sa., 07. Nov. 2015 20 P

Leitung: PD Dr. med. M. Gehling Kassel

Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

Ort: Kassel, Klinikum

Block C: Fr., 04. - Sa., 05. Sep. 2015 20 P

Leitung: Dr. med. C. Drefahl, Frankfurt

Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

Bad Nauheim, Fortbildungszentrum Ort:

LÄK Hessen

Block D: Fr., 19. - Sa., 20. Jun. 2015 20 P

Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt Leitung: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum Ort:

LÄK Hessen

Block A: Fr., 26. - Sa. 27. Feb. 2016

Leitung: Dr. med. K. Böhme, Kassel

Dr. med. T. Wiehn, Friedrichsdorf

Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

LÄK Hessen

Teilnahmegebühr: pro Block € 260

(Akademiemitgl. € 234)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Akademie, Fon: 06032 782-227

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de



Arbeits- und Betriebsmedizin

Theoretische Weiterbildung zum Erwerb der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin beziehungsweise der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin.

Zwei Fortbildungen zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge sind in den Weiterbildungskurs integriert:

"Lärm" im B1-Kurs als Blended Learning Veranstaltung. "Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen" im B2-Kurs.

C1: Sa., 18. – Sa., 25. Apr. 2015 40 P

A2: Sa., 19. – Sa., 26. Sep. 2015 B2: Sa., 31. Okt. – Sa., 07. Nov. 2015 C2: Sa., 05. – Sa., 12. Dez. 2015

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt **Teilnahmegebühr**: je Kurs: € 550 (Akademiemitgl. € 495) **Auskunft/Anmeldung**: S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,

E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de

32. Frankfurter Intensivmed. Einführungsseminar

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

Mo., 21. – Fr., 25. Sep. 2015 55 P

Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga,

Prof. Dr. med. S. Fichtlscherer, Prof. Dr. med. T. O. F. Wagner,

Frankfurt

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

Seminarraum Zi. 330, Haus 11, 3. Stock

Teilnahmegebühr: je € 590 (Akademiemitgl. € 531) **Auskunft/Anmeldung**: B. Buß, Fon: 06032 782-202

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Einsteigerseminar

Bereitschaftsdienst im Krankenhaus: Zielorientiertes ärztliches Handeln bei notfallmedizinischen Krankheitsbildern, rechtlichen Rahmenbedingungen und organisatorische Fallstricke

Mi., 20. Mai 2015, 09:00 – 17:30 Uhr 11 P Mi., 18. Nov. 2015, 09:00 – 17:30 Uhr 11 P

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

Prof. Dr. med. K. Mayer, Gießen Prof. Dr. med. T. Schmitz-Rixen,

Frankfurt

Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄK Hessen

Teilnahmegebühr: je Kurs € 180 (Akademiemitgl. € 162)

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Krankenhaushygiene

Modul II: Mo., 18. - Do., 21. Mai 2015

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann, Gießen
Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄK Hessen

Modul III: Di., 14. - Fr., 17. Apr. 2015

Leitung: Prof. Dr. med. V. Kempf,

PD Dr. med. habil. C. Brandt, Frankfurt

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

Modul IV: Mo., 07. - Do., 10. Sep. 2015

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann,
Ort: Gießen, Universitätsklinikum

Modul: V: Di., 15. - Fr. 18. Sep. 2015

Leitung: PD Dr. med. habil. C. Brandt,

PD Dr. med. habil. B. Jahn-Mühl,

Frankfurt

Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄK Hessen

Modul VI: Mo., 05. - Do., 08. Okt. 2015

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann, Gießen
Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄK Hessen

Teilnahmegebühr je Kurs € 560 (Akademiemitgl. € 504)

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

Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Psychosom. Grundversorgung (EBM 35100/35110)

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35100/35110). 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.

21. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Termine 2015 ausgebucht!

Bitte lassen Sie sich für 2016 vormerken.

Leitung: P. E. Frevert,

Dr. med. Wolfgang Merkle, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de



Zusatzbezeichnung Notfallmedizin

In Kooperation mit dem Zentrum für Notfallmedizin am Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH

Fr., 02. - Sa., 10. Okt. 2015

PD Dr. med. C. Kill, Marburg Leituna: Ort: Marburg, Universitätsklinikum Auskunft/Anmeldung: DRK Rettungsdienst Mittelhessen,

> Fon: 06421 950-220 E-Mail: info@bzmh.de

Sozialmedizin

GK I: Mi., 15. - Fr., 24. Apr. 2015 80 P GK II: Mi., 08. - Fr., 17. Juli 2015 80 P AK I: Mi., 07. - Fr., 16. Okt. 2015 80 P

Gesamtleitung: Ltd. Med. Dir. Dr. med. R. Diehl,

Frankfurt

Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄK Hessen

Teilnahmegebühr: pro Teil € 650 (Akademiemitgl. € 585) Auskunft/Anmeldung: C. Cordes, Fon: 06032 782-287,

E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Palliativmedizin

Aufbaukurs Modul II: Mo., 15. - Fr., 19. Juni 2015 40 P

Leitung: Dr. med. W. Spuck, Kassel

Fallseminar Modul III: Mo., 23 - Fr., 27. Nov. 2015 40 P

Leitung: Dr. med. B. O. Maier, Wiesbaden

Basiskurs: Di., 01. - Sa., 05. Dez. 2015 40 P

Leitung: Dr. med. K. Mattekat, Hanau

Ort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum

der LÄK Hessen

Teilnahmegebühr:

Basiskurs: € 600 (Akademiemitgl. € 540) Aufbaukurs Modul II: € 630 (Akademiemitgl. € 567) Fallseminar Modul III: € 740 (Akademiemitgl. € 666)

Max. Teilnehmerzahl: 24

Die Reihenfolge der Teilnahme muss eingehalten werden: Basiskurs - Aufbaukurs Modul I - Aufbaukurs Modul II (diese beiden sind tauschbar) - Fallseminar Modul III.

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Curriculum Suchtmedizinische Grundversorgung

Kursteil 1: Fr., 15. - Sa., 16. Jan. 2016 Kursteil 2: Fr., 29. - Sa., 30. Jan. 2016

Kursteil 3/Wahlthema: Fr., 12. - Sa., 13. Feb. 2016

Kursteil 4: Fr., 26. - Sa., 27. Feb. 2016 Leitung: D. Paul, Frankfurt

Ort: Frankfurt, Bürgerhospital (Kurst. 1 - 3)

Friedrichsdorf, Salus Klinik (Kursteil 4)

Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208,

E-Mail: ingrid.krahe@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, Fon: 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: Christina Ittner, Fon: 06032 782-223.

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

Teilnehmerzahl: Für alle Veranstaltungen gibt es eine Begrenzung der Teilnehmerzahl. Gerne setzen wir Sie in diesem Fall auf die Warteliste oder informieren Sie zeitnah über die nächste Veranstaltung.

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. Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Fon: 06032 782-204, E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de.

Carl-Oelemann-Schule | Fortbildung für MFA und Arzthelfer/innen



Nichtärztliche/r Praxisassistent/in (NÄPA)

Die Fortbildung zur/zum NÄPA basiert auf dem Curriculum der Bundesärztekammer. Vor dem Hintergrund des Ärztemangels, der sich insbesondere in den ländlichen Regionen Hessens weiter verschärfen wird, können NÄPA wichtige Aufgaben in der hausärztlichen Versorgung übernehmen. Sie führen nach Delegation des Arztes Hausbesuche, bei denen der direkte Arztkontakt nicht medizinisch indiziert ist, durch. Sie übernehmen unter anderem die Steuerung und Überwachung der Patienten innerhalb strukturierter Behandlungsprogramme sowie Medikamentenkontrolle und Maßnahmen im Rahmen der Prävention. Die Carl-Oelemann-Schule bietet die Lehrgänge an verschiedenen Standorten in Hessen an. Flyer mit Terminen sind auf unserer Homepage (www.carl-oelemann-schule.de) eingestellt.

Gerne übersenden wir Ihnen auf Anfrage einen Informationsflyer zur Fortbildung.

Ihre Fragen beantworten wir gerne per E-Mail an: verwaltung.cos@laekh.de

Schwerpunkt Medizin

Einführung in die Schlafmedizin (MED 17)

Inhalte: In der Fortbildung werden neben medizinischen Grundlagenkenntnissen verschiedene Messverfahren vorgestellt, die Auswertung von Messergebnissen kann geübt werden und ein Praktikum in einem Schlaflabor ist vorgesehen.

Termin: Sa., 13.06.2015, 09:30 - 16:00 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

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

Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung Aufstiegsfortbildung (FAW 3)

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil die 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 unter anderem 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 17.09.2015 Gebühr Pflichtteil: € 1520 Prüfungsgebühren: € 200

Es besteht die Möglichkeit der Teilnahme an einzelnen Modulen. Teilnahmegebühr auf Anfrage.

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

Ernährungsmedizin (ERM -120 Stunden)

Als Mitglied des ernährungstherapeutischen Teams sollen die fortgebildeten Mitarbeiter/innen bei Maßnahmen der Koordination und Organisation von Präventionsleistungen sowie Therapiemaßnahmen ernährungsbedingter Krankheiten qualifiziert unterstützen und delegierbare ärztliche Leistungen durchführen.

Termin: ab 22.06.2015

Teilnahmegebühr: € 950 zuzügl. € 60 Lernerfolgskontrolle Zusätzlich sind die Themen:

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1), Wahrnehmung und Motivation (PAT 2) sowie Moderation (PAT 3) zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden.

Information: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

Klinikassistenz (KLA)

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

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

Termin: Interessentenliste

Gebühr: € 1180, zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

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

Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz in der Medizin für OP-Personal (STR_OP)

Inhalte: Vermittelt werden die in der Röntgenverordnung geforderten Kenntnisse im Strahlenschutz. Die Fortbildung umfasst 20 Stunden und ist für Personen geeignet, die unter Aufsicht und Verantwortung des fachkundigen Arztes, im Rahmen einer Operation oder Intervention, die Röntgeneinrichtung bedienen.

Termin: Interessentenliste

Gebühr: € 315 inkl. Lernerfolgskontrolle

Information: Ilona Preuß, Fon: 06032 782-154, Fax: -180



Fortbildung für MFA und Arzthelfer/innen | Carl-Oelemann-Schule

Assistenz beim ambulanten Operieren (AOP 80 Stunden)

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

Lehrgangsinhalte:

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

Termin: ab Mi., 10.06.2015

Teilnahmegebühr: € 1010 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Kardiologie (KAR 2)

Inhalte: Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang vermittelt spezielle Kenntnisse von Krankheitsbildern in der Kardiologie und befähigt dazu, den Arzt/die Ärztin bei ambulanten nichtinvasiven sowie invasiver diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zu unterstützen. Zusätzliche Themen sind: Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen, Patientenschulungen, Telemedizin, Kommunikation und Motivation zu Verhaltensänderungen. Informationen zum Gesamtlehrgang finden Sie im Fortbildungsprogramm und auf unserer Homepage.

Termin: ab 04.09.2015

Gebühr: € 1180 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle **Information:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184

Schwerpunkt Patientenbetreuung/ Praxisorganisation

Ärztliche Abrechnung und DMP "EDV gestützt" (PAT 6)

Inhalte: In der Fortbildung werden die Grundlagen für die EDV gestützte Abrechnung vermittelt sowie vorgegebene Prüfläufe u. a. zur Quartalsabrechnung erläutert und demonstriert.

Termin: Sa., 27.06.2015, 10:00 – 15:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

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

Qualitätsmanagement: DIN-EN ISO Normenänderung 9001:2008 auf 9001:2015 (PAT 10)

Inhalte: Was bedeutet die neue DIN ISO 9001:2015 für Arztpraxen, die ihr Qualitätsmanagementsystem nach den bisherigen Vorgaben der DIN ISO 9001:2008 ausgerichtet haben? In der Veranstaltung werden Änderungen vorgestellt und Arbeitsschritte zur Umstellung im internen Praxissystem erarbeitet.

Termin: Interessentenliste, 09:30 – 17:00 Uhr

Gebühr: € 95

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

Telefongespräche mit schwierigen Patienten (PAT 11)

Inhalte: Anhand von Fallbeispielen wird stressfreies, patienten-

orientiertes Telefonieren trainiert.

Termin: Interessentenliste, 10:00 – 16:30 Uhr

Gebühr: € 95

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

Prüfungsvorbereitungskurse

Abrechnung: GOÄ / UV-GOÄ (PVK 2)

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

Termin: Sa., 23.05.2015, 10:00 – 16:30 Uhr

Gebühr: € 75

Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 3)

Der Kurs bietet die Möglichkeit, die Prüfungssituation in den Räumen der COS exemplarisch kennen zu lernen.

Fr., 15.05.2015, 09:30 – 17:45 Uhr oder Mi., 03.06.2015, 09:30 – 17:45 Uhr oder Fr., 05.06.2015, 09:30 – 17:45 Uhr oder Di., 26.05.2015, 09:30 – 17:45 Uhr

Gebühr: € 95

Praktische Laborkunde und EKG-Übungen (PVK 5)

Die Themen Laborkunde und EKG werden wiederholt.

Termin: Sa., 25.04.2015, 09:15 – 17:30 Uhr

Gebühr: € 95

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

Allgemeine Hinweise

Anmeldung:

Bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen an. Eine Bestätigung der Anmeldung erfolgt schriftlich.

Carl-Oelemann-Schule (COS)

Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-0, Fax: 06032 782-180

Homepage: www.carl-oelemann-schule.de

Veranstaltungsort:

Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen,

61231 Bad Nauheim, Carl-Oelemann-Weg 5,

soweit nicht anders angegeben.

Übernachtungsmöglichkeit und Anmeldung:

Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule,

Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim Fon: 06032 782-140, Fax: 06032 782-320,

E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de

Forum junge Ärztinnen und Ärzte



Felicitas Engeser will Hausärztin, aber keine Einzelkämpferin werden

Weiterbildung Allgemeinmedizin am Klinikum Frankfurt Höchst

Dass die hausärztliche Tätigkeit für junge Leute nicht mehr attraktiv ist, kann Felicitas Engeser nicht bestätigen. Vor allem gegen Ende des Studiums hätten sich viele Kommilitonen überlegt, Allgemeinmediziner zu werden. "Das gilt auch für mich selbst. Allerdings möchte ich keine Einzelkämpferin sein, sondern perspektivisch in einer größeren Praxis arbeiten." Ihr gefalle die Idee, sich später gemeinsam mit Kollegen selbstständig zu machen, sagt Engeser. "Den fachlichen Austausch mit anderen finde ich wichtig." Seit Juni 2014 ist sie als Ärztin in Weiterbildung am Klinikum Frankfurt Höchst tätig. Fünf Jahre dauert die Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin. Drei Jahre sind die Ärzte in Weiterbildung im klinischen Bereich tätig, bevor sie für zwei weitere Jahre bei einem weiterbildungsberechtigten, niedergelassenen Hausarzt arbeiten. Was sie als künftige Hausärztin erwartet, weiß die offen und unkompliziert wirkende junge Frau aus eigener Anschauung: "Ich komme aus einer Allgemeinarztfamilie. Schon meine Großeltern waren Ärzte; mein Vater hat die Praxis in Pforzheim in Baden-Württemberg übernommen und macht seine Arbeit ausgesprochen gerne."

"Die Fäden laufen beim Hausarzt zusammen"

Dennoch wollte sie zunächst nicht in die väterlichen Fußstapfen treten. "Ich habe lange hin und her überlegt, ob Allgemeinmedizin wirklich das Richtige für mich ist. Ausschlaggebend für die Entscheidung war schließlich die Möglichkeit, sich einmal niederlassen zu können und ein breit gefächertes Aufgabenfeld zu haben: Vom Schnupfen bis zur schweren Krankheit." An der hausärztlichen Praxis reizt die 28-Jährige, Menschen über einen langen Zeitraum begleiten und sie in ihrer normalen häuslichen Umgebung

betreuen zu können. "Auch wenn man viele Patienten an Fachärzte überweist, laufen die Fäden im Endeffekt doch wieder beim Hausarzt zusammen."

Engeser hat in Dresden studiert und Teile ihres Praktischen Jahres in Norditalien und in der italienischen Schweiz absolviert. Für die Facharztausbildung ist sie nach Frankfurt gezogen. "Ich wollte ganz bewusst wieder näher an die Heimat, jedoch nicht direkt nach Hause zurück. Frankfurt bot sich an, da ich hier viele Bekannte habe." Dass die Bewerbung am Klinikum Frankfurt Höchst erfolgreich war, bezeichnet Felicitas Engeser als Glücksfall. "Ich hatte mich auch an anderen Krankenhäusern für Innere Medizin beworben und bin oft auf Unverständnis und sogar Ablehnung gestoßen, wenn ich sagte, dass ich Allgemeinmedizin machen wolle."

Auf die Verbund-Weiterbildung aufmerksam geworden

Anders in Höchst: In der Klinik für Innere Medizin 2 unter der Leitung von Prof. Dr. med. Klaus Haag war im vergangenen Frühsommer gerade eine Weiterbildungsstelle frei geworden. "Als ich die Stelle bekommen habe, machte mich Professor Haag gleich auf die Verbund-Weiterbildung Allgemeinmedizin aufmerksam", erzählt Engeser. Unter dem gemeinsamen Dach des Gesundheitsnetzwerkes Rhein-Main haben sich mehrere Praxen des Gesundheitsnetzes Frankfurt (GNEF) mit dem Klinikum Frankfurt Höchst zusammengeschlossen und einen Weiterbildungsverbund für Allgemeinmedizin gegründet. Ziel ist es, den Fortbestand der Hausärzte zunächst im Frankfurter Westen zu sichern. Das Klinikum arbeitet dabei mit vier Arztpraxen aus dieser Umgebung zusammen.

Forum junge Ärztinnen und Ärzte

Die Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin ist zentraler Anlaufstelle zu Fragen rund um das Thema Weiterbildung. Über die an den allgemeinmedizinischen Einrichtungen der Universitäten in Hessen angesiedelten Kompetenzzentren Allgemeinmedizin Hessen werden regelmäßig Seminare veranstaltet. "Vier Seminare im Jahr über die gesamte Weiterbildung hinweg, plus Mentorenprogramm", berichtet Engeser. "Angeboten werden verschiedene Themenkomplexe."

Ein Jahr lang leistet die junge Ärztin ihre Weiterbildung an der Klinik für Innere Medizin 2 ab. "Gut finde ich, dass wir immer zu zweit auf der Station sind. Auch können wir, falls erforderlich, den Oberarzt im Ultraschall in akuten Fällen fragen." Da in der Inneren Medizin eineinhalb Jahre vorgeschrieben sind, absolviert Engeser anschließend ein weiteres halbes Jahr an der Klinik für Innere Medizin 1. Die restlichen eineinhalb Jahre an der Klinik kann sie sich aus einem Wahlpflichtbereich selbst zusammenstellen und legt dies gemeinsam mit dem Betreuer in einem Plan fest. Anschließend wird Engeser den ambulanten Teil ihrer Weiterbildung in der Praxis von Dr. med. A. Matin Safi fortsetzen. Kann sie sich vorstellen, später einmal als Hausärztin auf dem Land zu arbeiten? Felicitas Engeser denkt nach: "In einer kleinen Stadt auf jeden Fall. Auf dem Land kommt es darauf an, einen Bezug dazu zu haben. Jetzt bin ich froh, dass ich es erst einmal hierher geschafft habe."

Katja Möhrle



Allgemeinmedizin ist für Felicitas Engeser wegen der Bandbreite der Aufgaben besonders spannend

Weiterführende Links im Internet:

- Weitere Informationen unter www.weiterbildung-allgemeinmedizin-hessen.de E-Mail: weiterbildung@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de
- Unter www.allgemeinmedizinhessen.de ist eine kostenfreie Jobbörse für Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin eingestellt. E-Mail: koordinierungsstelle@kvhessen.de

Blick über den Tellerrand mit "Dr. House" am Klinikum Fulda

Anne Kandler engagiert sich für Fort- und Weiterbildung

Eigenwillig, egozentrisch und genial: Dr. House, ärztlicher Protagonist der gleichnamigen US-amerikanischen Fernsehserie, fasziniert und polarisiert zugleich. Den fragwürdigen Umgangsformen des Spezialisten für Diagnostik stehen außergewöhnliche medizinische Fähigkeiten und Kenntnisse gegenüber. Seit dem vergangenen Jahr tritt der deutschen Zuschauern aus dem RTL-Abendprogramm bekannte TV-Arzt namentlich auch in Fulda in Erscheinung - im



Anne Kandler hat "Dr. House" nach Fulda geholt

Titel der Fortbildungsreihe "Dr. House – Der interessante Fall"

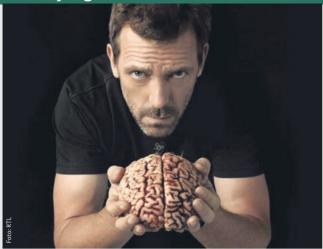
Durch die interaktive, fachübergreifende Fortbildung führt der Marburger Kardiologe Prof. Dr. med. Jürgen R. Schäfer, der 2008 am Marburger Universitätsklinikum das Seminar "Dr. House revisited – oder hätten wir den Patienten in Marburg auch geheilt?" für Medizinstudierende ins Leben gerufen hat. Das große Echo auf die Veranstaltungen brachte ihm den Ruf ein, der "deutsche Dr. House" zu sein.

Unvoreingenommen denken, interdisziplinär arbeiten

Anders als in Marburg richtet sich das Fortbildungsangebot in Fulda sowohl an Krankenhausärzte und andere Mitarbeiter des Klinikums (Pflegekräfte, Rettungsdienstler und Pharmakologen) als auch an niedergelassene Ärzte. Die Initiative zu der 2014 gestarteten Veranstaltungsreihe ging von Anne Kandler, Ärztin im dritten Weiterbildungsjahr an der Klinik für Neurologie des Klinikums Fulda aus. Sie hatte Schäfers Veranstaltungen zur Diagnostik seltener Erkrankungen schon als Studentin in Marburg besucht und war begeistert. "Analytisch und unvoreingenommen denken, interdisziplinär arbeiten: Das ist besonders wichtig, wenn man rätselhaft erscheinenden Leiden auf die Spur kommen will", sagt Kandler, die als Delegierte des Marburger Bundes der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen angehört und sich im Weiterbildungsausschuss engagiert: "Die Qualität von Lehre, Weiterbildung und Fortbildung ist schon immer mein Thema gewesen."

Der Arztberuf ist Kandlers zweite Karriere. Bevor sie mit Mitte dreißig ihr Studium der Humanmedizin aufnahm, war die junge Frau im Marketing tätig gewesen. Eine Erfahrung, die auch ihre

Forum junge Ärztinnen und Ärzte



Dr. House - Arzt der gleichnamigen US-Fernsehserie, die immer donnerstags spätabends auf RTL zu sehen ist (Sendetermine: www.rtl.de). Ausgewählte Folgen der Serie werden gelegentlich als Intros der Fortbildungsseminare gezeigt

heutige Wahrnehmung der ärztlichen Arbeit und der Rahmenbedingungen beeinflusst: "Ich hatte schon als Studierende überlegt, wer könnte mein künftiger Arbeitgeber sein?" Ein vernünftiger Arbeitsvertrag, elektronische Zeiterfassung und attraktive Rahmenbedingungen – das alles gehöre neben der fachlich hochwertigen Weiterbildung dazu. Als das Klinikum Fulda 2012 ein Stipendium für Medizinstudierende einführte, das neben der finanziellen Unterstützung während des Studiums Perspektiven für eine qualifizierte Weiterbildung eröffnete, bewarb sie sich, ohne zu zögern.

Attraktivität der Klinik durch interessante Fortbildung steigern

Ihren Entschluss, sich damit nach der Approbation für zwei Jahre an das Klinikum zu binden, hat die Ärztin bis heute nicht bereut. Als Stipendiatin habe sie sich von Anfang an begleitet gefühlt und werde in Überlegungen einbezogen, wie die Attraktivität des Hauses für Ärzte in Weiterbildung gesteigert werden kann. "Auf die Frage, was man jungen Kollegen in Weiterbildung neben Qualität und Flexibilität – etwa bei einem Fachwechsel innerhalb des Klinikums – bieten könne, habe ich geantwortet: Interessante Fortbildung - und zwar fachübergreifend", erzählt Kandler. Sie schlug vor, den "deutschen Dr. House" für eine, "durch detektivische Vorgehensweise das Gehirn reizende" Fortbildungsreihe nach Fulda zu

holen. "Dann machen Sie mal". lautete die ermunternde Reaktion von Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Menzel. Vorstand Krankenversorgung am Klinikum Fulda. Professor Schäfer sagte zu – und der bisherige Erfolg des neuen, mit einer Evaluation verbundenen Angebots gibt der Initiatorin Recht.

"Es kamen mehr Leute, als wir gedacht haben: Beim ersten Mal haben wir 100, beim zweiten 138 und beim dritten Mal 127 Teilnehmer gezählt", berichtet Kandler, die gemeinsam mit Menzel die Veranstaltungen moderiert. "Ich wusste immer, wen ich im Klinikum bei den Vorbereitungen fragen musste", betont die Ärztin. Barbara Froese, zuständig für Marketing und Öffentlichkeitsarbeit, habe die Umsetzung der Ideen geleistet. "Von Hollywood in den Hörsaal, vom Hörsaal ans Krankenbett", so ist die Fallvorstellung von Professor Schäfer überschrieben. "Die Idee ist, dass wir vorher nicht sagen, um was für einen Fall es sich handelt", fügt Kandler hinzu. "Die Lösung wird dann gemeinsam von den Teilnehmern erarbeitet."

Zusammenarbeit von angestellten und niedergelassenen Ärzten fördern

So habe Schäfer etwa zu Beginn eines Seminars einen Film gezeigt, in dem ein dickes Mädchen Seil springe und plötzlich zu Boden falle. "Das Kind hatte einen Herzinfarkt erlitten. Nur scheinbar ein simples Thema. Tatsächlich führte der Fall zu einem Ausflug in die Hormonlehre und zu differentialdiagnostischen Erwägungen." Einige Fälle sind der TV-Serie entnommen, andere hat Schäfer aus dem Universitätsklinikum Marburg mitgebracht, wo der Diagnostik-Spezialist vor über einem Jahr ein Zentrum für unerkannte Krankheiten eröffnet hat. "Die Fortbildungsreihe bietet nicht nur die Möglichkeit, über den eigenen Tellerrand zu schauen, sondern fördert durch den fachübergreifenden Ansatz auch die Zusammenarbeit zwischen Krankenhausärzten und niedergelassenen Kollegen", unterstreicht Kandler.

Am 22. April haben Interessierte wieder die Möglichkeit, "Dr. House"- diesmal mit Dr. med. Andreas Jerrentrup (Philipps-Universität Marburg) und Prof. Dr. med. Tobias Neumann-Haefelin (Klinikum Fulda) – über die Schulter zu schauen und dem "Interessanten Fall" auf die Spur zu kommen. Weitere Termine in diesem Jahr sind 17. Juni und 16. September, jeweils von 17 bis 19 Uhr im Klinikum Fulda. Anmeldungen per Mail an: anne.kandler@klinikum-fulda.de.

Katja Möhrle

Langener Wissenschaftspreis

Dotierung: 15.000 Euro

Bewerbungsschluss: 22. Mai 2015

Der Langener Wissenschaftspreis wird für hervorragende wissenschaftliche Arbeiten auf den folgenden Gebieten ausgeschrieben: der Infektiologie in der Human- und Veterinärmedizin (z.B. Virologie, Bakteriologie, Immunologie), der Erforschung von innovativen biomedizinischen Präventions- und Therapiestrategien, der Hämatologie, der Allergologie, der Gen- und Zelltherapie und des Tissue Engineering, der Arzneimittelsicherheit

und Pharmako-Epidemiologie sowie weitere ähnliche technologische Verfahren.

Stifter: Verein zur Förderung des Langener Wissenschaftspreises e.V.

www.langener-wissenschaftspreis.de

Zentrum für unerkannte und seltene Erkrankungen

Prof. Dr. med. Jürgen Schäfer alias "Dr. House" zieht eine erste Zwischenbilanz

Für seine "Dr. House"-Veranstaltungen ist der Marburger Kardiologe Prof. Dr. med. Jürgen Schäfer 2010 mit dem "Ars legendi"-Preis für exzellente Lehre sowie 2013 mit dem "Pulsus Award" als Arzt des Jahres ausgezeichnet worden. Im Dezember 2013 richtete die Geschäftsführung der Marburger Universitätsklinik ein spezielles Zentrum für unerkannte und seltene Erkrankungen (ZusE) ein, dem Schäfer vorsteht. Zeit für eine Zwischenbilanz:

Prof. Dr. med. Jürgen Schäfer: In der Tat haben wir nun über ein Jahr hinter uns und unverändert sehr viel Arbeit vor uns. Dieses kleine, aber feine Zentrum ist ein Treffpunkt für engagierte Ärztinnen und Ärzte geworden. Was uns besonders freut, ist die Tatsache, dass sich auch sehr erfahrene niedergelassene Kollegen mit einbringen und auch für unser Zentrum eine enorme Bereicherung darstellen.

Ihre Mitarbeiterin Sabine Battenfeld holt jeden Morgen die Post mit einem Einkaufswagen ab, dutzende dicke Umschläge...

Prof. Schäfer: Schwierig für uns ist tatsächlich der ungebrochen große Ansturm auf unser Zentrum, der uns vor schier unlösbare Aufgaben stellt – was aber nur beweist, dass es hier in diesem speziellen Bereich der komplex Erkrankten einen ungedeckten Versorgungsbedarf gibt. So haben wir in wenigen Monaten mehr als 3000 Anfragen aus ganz Deutschland erhalten, wobei uns unaufgefordert zum Teil recht dicke Aktenordner mit der Bitte um Durchsicht, Empfehlungen zur weiteren Diagnostik bzw. einem Vorstellungstermin zugeschickt wurden. E-Mails und Telefonanrufe sind da nicht mit enthalten. Hier muss sich auf der Versorgungsebene etwas tun; wir brauchen an allen Unikliniken eine Art "Kümmerer-Station" als Anlaufstelle für komplex Erkrankte. Letztendlich ist dies eine gesundheitspolitische Herausforderung für ganz Deutschland.

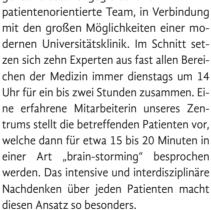
Wie setzen Sie bei der Flut an Anfragen Prioritäten?

Prof. Schäfer: Zunächst werden die Zuweisungen von Ärzten und Kliniken bearbeitet. Selbsteinweisungen können wir nicht annehmen

Können Sie beschreiben, wie Sie bei der Diagnostik einer bislang unerkannten Erkrankung vorgehen?

Prof. Schäfer: Die Fälle, die wir hier lösen, sind recht vielschichtig. Da wir primär als Team an die kniffeligsten Fälle herange-

hen, ist auch jeder von unserem Team am Erfolg gleichermaßen beteiligt. Uns ist wichtig, immer wieder darauf hinzuweisen, dass wir natürlich auch nur ganz normale Ärzte sind und bei weitem nicht alle Fälle gelöst bekommen. Wenn Sie mich aber nach unserem Erfolgsrezept fragen würden. dann wäre dies zweifelsohne genau dieses engagierte und



Welche Leitfragen gelten für Sie, um einem rätselhaft erscheinenden Leiden auf die Spur zu kommen?

Prof. Schäfer: Wir haben einen recht umfassenden Anamnesefragebogen - oder besser gesagt ein dickes Anamneseheft erstellt, mit dessen Hilfe wir unter Einbindung moderner IT Techniken in Kürze versuchen, eine strukturierte Abarbeitung hinzubekommen. Eine umfassende und gewissenhafte Anamneseerhebung hat eine ganz enorme Bedeutung.

Können Sie Beispielfälle nennen?

Prof. Schäfer: Nun, das reicht von solch scheinbar simplen Fällen wie Borreliose, Rückenschmerzen bei durchgelegener Matratze, Schlafapnoe bis hin zum nichterkannten M. Addison, M. Wegener und Alpha-1-Antitrypsin Mangel. Wir haben aber auch Patienten mit extrem seltenen Erkrankungen dabei, wie etwa eine Patientin mit einem CAP Syndrom (= Cryopyrin-assoziierte periodische Syndrom). einen Patienten mit einem Bassen-Korn-

> zweig-Syndrom (= Abetalipoproteinämie) oder auch einen Patienten mit einer intermittierenden hyperkaliämischen Lähmung. Solche Erkrankungen kommen bei weniger als 1 pro 100.000 bzw. 1.000.000 oder gar noch seltener vor. Bei den beiden letztgenannten Patienten war die Mutation des verantwortlichen Gens his dahin noch nicht einmal bekannt.



Hier macht es sich bezahlt, dass wir als Universitätsklinikum auch starke Grundlagenforscher mit im Boot haben.

Wie wird Ihre Arbeit finanziert?

Prof. Schäfer: Eine kostendeckende Finanzierung ist derzeit leider nicht möglich, da Patienten mit solch komplexen und schwer zu diagnostizierenden Erkrankungen im DRG-System nicht korrekt abgebildet werden. Unsere Lehr- und Forschungsaktivitäten werden erfreulicherweise durch Drittmittel und die Dr. R. Pohl-Stiftung unterstützt. Gerade aber die Unterfinanzierung sämtlicher Universitätsklinika ist ein großes Problem. Hier sind die Gesundheitspolitiker gefordert, eine faire Honorierung hinzubekommen.

Die Fragen stellte Isolde Asbeck

Kontakt: Prof. Dr. med. Jürgen Schäfer Zentrum für unerkannte und seltene Erkrankungen (ZusE) Universitätsklinikum Marburg E-Mail: zuse@uk-gm.de

Weitere Tipps bei seltenen Erkrankungen im Internet: www.achse-online.de.



Kunstvermittler führen Artemis-Projektteilnehmer durch das Städel Museum Frankfurt am Main

"Jetzt das Leben genießen": Kunst für Menschen mit Demenz

Das Artemis-Projekt im Frankfurter Städel Museum

Das Gemälde am hinteren Ende des blauen Saals ist sinnlich und morbide zugleich. In opulenter Fülle sind tote Fische in unterschiedlichen Farben und Größen auf einem Holztisch drapiert. Sie wirken frisch, ihre Schuppen glänzen. "Welche Gegenstände sehen Sie auf dem Bild?", will Kunsthistoriker Pascal Hess von seinen Zuhörern im Städel Museum wissen. Das Thema seiner Führung ist "Stillleben" –

von Werken niederländischer Meister des 17. Jahrhunderts bis hin zu Arbeiten der Moderne. Margarete W. entdeckt ein Gefäß aus Holz. "Was ist das?", fragt Hess nach. Ingrid P. legt ermunternd den Arm um ihren Mann Walter, der vom Rollstuhl aus das Ölgemälde von Jacob van Es betrachtet. "Ein Eimer", gibt sie an seiner Stelle zur Antwort. Reimert W. zählt die abgebildeten Fischarten auf: Scholle, Aal,

Kabeljau... Seine Frau Margarete muss sich erst auf den Namen des Fisches besinnen, den sie erkannt hat: "Lachs", sagt sie schließlich.

Beide Paare gehören zu einer aus vier Demenzpatienten und je einem begleitenden Angehörigen bestehenden Gruppe, die Hess durch die Ausstellungsräume des Museums führt. Welcher Partner ist erkrankt? Die Antwort erschließt sich nicht auf den ersten Blick, da unterschiedliche Demenzstadien - von leicht bis mittelschwer - vertreten sind. Im Sommer 2014 haben der Arbeitsbereich Altersmedizin am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt unter der Leitung von Prof. Dr. med. Johannes Pantel und das Frankfurter Städel Museum ein bis März 2016 als Pilotstudie angelegtes psychosoziales Forschungsprojekt für Menschen mit Demenz gestartet. Im Oktober 2014 begann die praktische Umsetzung mit den ersten beiden Gruppen. Nach Auskunft der Wissenschaftler ist Artemis (Art Encounters: a Museum Intervention Study) die erste randomisierte und kontrollierte Studie zum Einfluss von Museumsbesuchen, zur inter-

Teilnehmer gesucht

Für das Jahr 2015 sind weitere Führungen geplant, für die noch Teilnehmer gesucht werden. Die Teilnahme an Artemis ist für die Studienteilnehmer kostenfrei. Informationen im Internet unter www. staedel.de. Anmeldung und Auskünfte zum Projekt:

Dr. rer. med. Dipl-Psych. Valentina Tesky und Dipl.-Psych. Arthur Schall M. A. Goethe-Universität Frankfurt am Main Institut für Allgemeinmedizin Arbeitsbereich Altersmedizin Fon: 069 6301-83621 und -7657 E-Mail:

tesky@allgemeinmedizin.unifrank furt.de;

schall@allgemeinmedizin.uni-frank furt.de.

Übrigens: Auch die Kunst- und Kulturstiftung Opelvillen Rüsselsheim bietet Kunstführungen für Menschen mit Demenz an. Informationen unter http://www.opelvillen.de/service/aeltere-menschen/

aktiven Kunstvermittlung und den therapeutischen Möglichkeiten von Kunst bei Demenz im deutschsprachigen Raum. Knapp zwei Jahre lang werden 120 Teilnehmer – Demenzkranke und Angehörige beobachtet.

Zu kreativem Gestalten anregen

"Wir haben ähnliche Projekte gesichtet, Fehler korrigiert und eigene Ideen entwickelt: Daraus ist Artemis entstanden", erzählt Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Valentina Tesky vom Frankfurter Institut für Allgemeinmedizin. Im Rahmen des Projekts soll mithilfe einer Interventionsgruppe und einer Kontrollgruppe untersucht werden, wie sich die Beschäftigung mit Kunst und kreativem Gestalten auf das Wohlbefinden der Erkrankten und die Beziehung zu den betreuenden Angehörigen auswirkt. Sechs Wochen lang nehmen sie einmal wöchentlich an den thematischen Führungen durch extra geschulte Kunstvermittler des Städel Museums teil und werden in den Atelierräumen zu kreativem Gestalten angeregt. Die Arbeiten mit Ton, Collagen und einfachen Drucktechniken erfordern keine künstlerischen Vorkenntnisse.

Vor und nach dem Museumsbesuch werden in einer Kurzbefragung Daten zur Stimmung und zum Gedächtnis der Menschen mit Demenz erhoben. Auch die Angehörigen erhalten einen Fragebogen. In der Interventionsgruppe werden außerdem bei jedem Atelierbesuch Ausschnitte des gemeinsamen kreativen Schaffens streng vertraulich videografisch dokumentiert und in Bezug auf Kommunikationsfähigkeit, Wohlbefinden und emotionales Ausdrucksverhalten einzelner Teilnehmer ausgewertet. Ziel des Projekts ist es, durch Kunstbetrachtung die erhaltenen Fähigkeiten von Menschen mit Demenz zu wecken und zu fördern.

Bildwechsel: Die Gruppe um Pascal Hess hat sich vor Weenix' Stillleben "Toter Hase und Vögel" eingefunden. Wieder fragt der Kunsthistoriker, was auf der Leinwand abgebildet sei. Unruhig bewegt Francesco C. seine Hände und sucht nach Worten: "Un capretto" (ital.: ein Zicklein) sagt er nach längerem Zögern. Doch plötzlich, so als sei ein Damm gebrochen, fließen die Sätze über seine Lippen. Maler wie dieser seien Metzger gewesen, empört sich der Italiener. Tote Tiere malen, das sei keine Fantasie. "Aber das Thema, ach....!"- mitten im Satz bricht der Redefluss ab. "Sie meinen die Vergänglichkeit?", wirft Hess ein. Francesco C. nickt. Joelle, seine Frau, streichelt ihm über den Arm. Einer von vielen berührenden Momenten an diesem Nachmittag.

Gemeinsam Freude empfinden

"Eine Demenzerkrankung ist weder Todesurteil noch das Ende einer Partnerschaft", sagt Dipl.-Psych. Arthur Schall, M.A., der das Projekt gemeinsam mit Tesky betreut und die Gruppe an diesem Tag begleitet. "Natürlich ist es auch für den gesunden Partner nicht leicht, die Demenzerkrankung des anderen zu akzeptieren. Auch der Alltag verändert sich. Vieles, was früher selbstverständlich war, geht nicht mehr." Dennoch könne ein Paar weiter gemeinsam Freude empfinden. Der kreativtherapeutische Ansatz mache alternative Kommunikationsformen möglich. "Die Nachmittage in der Gruppe bedeuten nicht nur eine anregende Abwechslung, sondern erzeugen zugleich ein Gemeinschaftsgefühl, das dazu beitragen kann, die Isolation im Alltag aufzubrechen", erklärt der Psychologe und Musikwissenschaftler Schall, der auch Kunstgeschichte studiert hat. Interessiert folgen die vier Paare Hess in einen weiteren Ausstellungsraum und bauen ihre Klappstühle vor einem Werk Max Beckmanns auf: "Stillleben mit Saxophonen." "Was hat der Künstler gemalt?", fragt Hess. Aufmerksam betrachtet Margarete W. das Bild, denkt eine Weile nach und sagt. "Musik." Auch andere inspiriert das Sujet zu Reaktionen. "Die Roaring Twenties", kommentiert Francesco C., und Walter P. glaubt, dass Beckmann Jazzmusik gemocht habe. Die sonst eher stille Margarethe K. lächelt: Ja, ihr gefalle das Bild.

"Für mich ist mein Mann nicht dement"

Er habe durch einen Zeitungsbericht von dem Projekt erfahren, sagt Dieter B., der seine Mutter zu den Terminen begleitet. "Mein Mann ist in einer Selbsthilfegruppe für Alzheimer-Patienten auf Artemis aufmerksam gemacht worden, deshalb sind wir hier", erzählt Joelle F., die wie Francesco C. offen über seine Erkrankung spricht. Bemerkbar mache sich diese durch Wort-



Artemis-Projektteilnehmer bei der kreativen Arbeit mit Kunstvermittlern in den Atelierräumen des Städel Museums Frankfurt

findungsstörungen; vor einem Jahr sei die Diagnose gestellt worden. "Für mich ist mein Mann nicht dement, bis dahin ist es noch ein langer Prozess. Es ist sehr wichtig, dass die Menschen dies begreifen." Im Atelier herrscht eine entspannte und fröhliche Atmosphäre: In dieser Woche sollen die Teilnehmer der Gruppe Drucke herstellen. Dafür werden zunächst mit dem Bleistift Bilder in Styroporplatten geritzt, die Platten anschließend mit Farbe bestrichen und zuletzt auf eine Leinwand gedruckt. Blumenvasen, Autos, Häusersilhouetten, Früchte - die Motive sind so unterschiedlich wie die Teilnehmer selbst. Joelle F. hat einen Tisch mit Weinglas und einem Kochtopf gezeichnet, Francesco C. einen Garten: "Er blüht. Aber wie lange? Für mich ist die Erde wichtig; dort komme ich später hin", sagt der ehemalige Lehrer für Geschichte und Italienisch. "Wie lange kann man mit dieser Krankheit leben? Zehn, fünfzehn Jahre? Ich weiß es nicht, daher muss man jetzt das Leben genießen."

Katja Möhrle

Filmtipp: Still Alice

Es kann jeden treffen. In der Regel sind es Menschen höheren Alters, die mit der Diagnose Alzheimer konfrontiert werden. Doch in Richard Glatzers und Wash Westmorelands einfühlsamer Annäherung an die Krankheit versucht die erst 50-jährige Linguistik-Professorin Alice Howland (Julianne Moore), sich gegen das Entgleiten der eigenen Identität zu stemmen. Das bemerkenswerte Kino-Drama läuft seit März. moeh



"Mr. Weiterbildung Hessen" wird 60

Gratulationen für Dr. med. Viktor Karnosky

Am 4. März 2015 feierte Dr. med. Viktor Karnosky, Leiter der Abteilung Ärztliche Weiterbildung der Landesärztekammer und Vertreter des ärztlichen Geschäftsführers seinen 60. Geburtstag.

Dr. Karnosky, geboren in Pittsburgh, Pennsylvania (USA), studierte nach seinem Abitur in Wiesbaden von 1974 bis 1980 an der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz sowie am St. Mary's Hospital in London Medizin und bestand im Oktober 1980 in Mainz die Ärztliche Prüfung. Es folgte der erste Teil seiner chirurgischen Weiterbildung bei Prof. Dr. med. Reiner Loth im Paulinenstift Wiesbaden. 1985 ging Kollege Karnosky als wissenschaftlicher Mitarbeiter zu Prof. Dr. med. Gebhard Ritter an die Klinik für Unfallchirurgie der Universität Mainz, promovierte dort im gleichen Jahr mit einer Dissertation über die Pfannen-Lockerung bei Totalendoprothesen des Hüftgelenkes und erhielt im April 1987 die Facharztanerkennung als Chirurg.

Nach einem Studienaufenthalt in Louisville, Kentucky, war Karnosky weiter als wissenschaftlicher Mitarbeiter in Mainz tätig und erwarb dort im Mai 1989 die Teilgebietsbezeichnung Unfallchirurgie. Sein besonderes Interesse galt der Handchirurgie. Es folgten 1991 ein Studienaufenthalt in Pretoria, Südafrika, und ab März 1992 eine Tätigkeit als consultant hand-surgeon im US-Air Force hospital in Wiesbaden.

Zum 1. Februar 1993 kam Viktor Karnosky dann als "Arzt im Referat A der Abteilung Ärztliche Weiterbildung" zur Landesärztekammer Hessen. Am 1. Juni 2002 übernahm er die Leitung der Weiterbildungsabteilung und ab 1. Mai 2010 zusätzlich die Vertretung des Ärztlichen Geschäftsführers. Neben der Fürsorge für seine Patienten galt Dr. Karnoskys besonderes Engagement sehr früh auch schon seinen Kolleginnen und Kollegen und insbesondere dem "ärztlichen Nachwuchs". Bereits 1988 war Dr. Karnosky Vertreter der wissenschaftlichen Mitarbeiter im Personalrat der Universitätsklinik in Mainz. Er engagierte sich berufspolitisch in verschiedenen ehrenamtlichen Tätigkeiten der Be-



Seit 22 Jahren bei der Landesärztekammer Hessen: Dr. med. Viktor Karnosky

zirksärztekammer Rheinhessen und der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und fand schließlich seine "berufliche Lebensaufgabe" in der ärztlichen Weiterbildung. Art und Menge der Aufgaben seiner Weiterbildungsabteilung haben sich seit 1993 enorm ausgeweitet. Anfang 1993 zählte die Landesärztekammer Hessen nicht ganz 24.000 Mitglieder, derzeit sind es ca. 34.500. Die Zahl der von der Abteilung Weiterbildung jährlich auszurichtenden Prüfungen hat sich von ca. 500 im Jahre 1993 bis 2013 auf fast 1100 verdoppelt, und in 2013 wurden insgesamt fast 500 Weiterbildungsermächtigungen neu erteilt. Tausende Ärztinnen und Ärzte in Hessen haben Dr. Karnosky zunächst während der eigenen Weiterbildung und viele danach selbst als Weiterbilder in mehr als 20 Jahren als "Mr. Weiterbildung" bei der Landesärztekammer Hessen kennen und schätzen gelernt. Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landesärztekammer suchen gerne seinen ärztlichen Rat bei persönlichen Problemen.

Bei seinen hauptamtlichen Kolleginnen und Kollegen aus den Ärztekammern, aber auch in den Gremien der Ärzteschaft auf Landes- und Bundesebene genießt Dr. Karnosky als erfahrener und stets objektiver Experte für alle Fragen der ärztlichen Weiterbildung schon lange Vertrauen, Respekt und hohes Ansehen – er hat sich um die ärztliche Weiterbildung in besonderer Weise verdient gemacht.

Zu seinem 60. Geburtstag gratulieren wir Dr. Karnosky im Namen des Präsidiums, der Geschäftsführung, der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landesärztekammer und im Namen aller hessischen Ärztinnen und Ärzte. Wir wünschen ihm für die kommenden Jahre Gesundheit und weiter Ausdauer, Freude und viel Erfolg in seinem vielfältigen Bemühen um eine gute ärztliche Weiterbildung.

Frankfurt, im März 2015

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach Präsident

> Dr. med. Roland Kaiser Ärztlicher Geschäftsführer

Repetitorium Allgemeinmedizin

Am 13. und 14. Juni 2015 laden wir Sie zum Repetitorium Allgemeinmedizin ein. Wir bieten Ihnen ein kompaktes Forum an, das Sie zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung Allgemeinmedizin nutzen können. Auch können Sie Ihr allgemeinmedizinisches Wissen auffrischen und neue Ansätze Pharma-unabhängig in der Allgemeinmedizin kennenlernen.

Wir beginnen mit "weichen Themen" wie spezifisch allgemeinmedizinischen Vorgehensweisen und Handlungswegen, sogenannten Befindlichkeitsstörungen und Fieberzuständen, die immer wieder Probleme im Hinblick auf banale Erscheinung oder Beginn einer durchaus schwerwiegenden Erkrankung aufwerfen.

Infekte der Atemwege und Lungenerkrankungen, gastro-intestinale Leitsymptome, ausgesuchte neurologische Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Akutfälle in Urologie und Gynäkologie, Beschwerden des Muskel-Skelett-Gelenk-Systems und Osteoporose schließen sich an. Selbstverständlich wird auch die Palliativmedizin ebenso wie die Schmerztherapie themati-

Hausärztliche Leitlinien der Leitliniengruppe Hessen oder der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) sowie nationale Versorgungsleitlinien werden - so vorhanden - in die Vorträge eingebunden. Vorgestellt werden zum Beispiel die gemeinsame hausärztliche Leitlinie kardio-vaskuläre Prävention und die Leitlinie Multimedikation. In Kleingruppen haben Sie Gelegenheit, sich über die genannten Themen auszutauschen.

Die Referenten sind überzeugte Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, die als Moderatoren in der Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin tätig sind oder an den hausärztlichen Leitlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den DEGAM-Leitlinien mitarbeiten oder Prüfer der Facharztprüfung Allgemeinmedizin sind.

Im Vordergrund steht für uns, dass Ihnen eine in der Praxis verwertbare Mischung aus allgemeinmedizinischer Vorgehensweise, praktischer Erfahrung, evidence-based medicine und hausärztlichen Leitlinien vorgetragen wird. Dr. med. Gert Vetter

Anmeldung: Akademie für Ärztliche Fortund Weiterbildung der LÄKH Renate Heßler, Fon: 06032 782-203 E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Ärztekammer



Die Landesärztekammer Hessen, die als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Interessen von ca. 34.000 Ärztinnen und Ärzten in Hessen vertritt und vielfältige Dienstleistungen für ihre Mitglieder erbringt, sucht ab dem nächstmöglichen Zeitpunkt für die Abteilung "Ärztliche Weiterbildung" (Leiter Dr. med. Viktor Karnosky) am Standort Frankfurt

zwei Ärztliche Referenten/ Referentinnen

in Voll- (40 Stunden/Woche) oder Teilzeit (mind. 20 h/Woche); orientiert an VGR 7

Ihre Aufgaben:

- Beurteilung ärztlicher Qualifikationsnachweise im Rahmen der Weiterbildung
- Ärztliche Kenntnisstandsprüfungen, ggf. Sprach-
- Sammlung, Bündelung und Weitergabe von Informationen auf Länder-, Bundes- und EU-Ebene zu Themen ärztlicher Weiterbildung

- Einbringen von ärztlichem Sachverstand in interne
- Führung eines kleinen Teams qualifizierter Sachbearbeiterinnen. Sie berichten selbst direkt an den Leiter der Abteilung.
- Unterstützung und (bei Bewährung nach Einarbeitung mit einem Zeithorizont von circa zwei Jahren) Vertretung der Abteilungsleitung
- Mittelfristig (vier bis fünf Jahre) steht die Altersnachfolge des derzeitigen Leiters der Abteilung an

Ihr Profil:

Nach Studienabschluss und Approbation/Berufserlaubnis als Ärztin/Arzt haben Sie bereits einige Jahre Berufserfahrung. Auch ein Wiedereinstieg in den Beruf zum Beispiel nach 'Familienpause' o.ä. ist bei uns möglich. Wünschenswert wäre eine Facharztanerkennung. Erste Führungs- und/oder Verwaltungserfahrung, Verständnis für Berufs- und/oder Verbandspolitik sowie Interesse für Qualitätsmanagement sind von Vorteil. Sie sind vertraut mit der Nutzung moderner Büro-, Kommunikations- und Datenbank-Software. Belastbarkeit, engagierte Arbeitsweise und verbindliches, sicheres Auftreten gehören neben hoher Kommunikations- und Teamfähigkeit zu Ihren Stärken.

Unser Angebot:

- Leistungsgerechte Bezahlung bei flexiblen Arbeitszeiten ohne Nacht-/Wochenenddienste
- Attraktive Zusatzleistungen und Aufstiegschancen
- Interessante und verantwortungsvolle Aufgaben
- Ein engagiertes Team von Kolleginnen und Kolle-
- Ggf. Möglichkeiten zu Promotion und Nebentätig-

Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen, bitte ausschließlich an die Personalabteilung der Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt am Main oder online an bewerbung@laekh.de.

Abgabeschluss für Bewerbungen: 18. April 2015

Für persönliche ergänzende Auskünfte stehen Ihnen telefonisch zur Verfügung:

Dr. med. Viktor Karnosky, Fon: 069 97672-109 (Leiter der Abteilung 'Ärztliche Weiterbildung' und Vertreter des Ärztlichen Geschäftsführers) Dr. med. Roland Kaiser, Fon: 069 97672-101 (Ärztlicher Geschäftsführer)

Krankenhausentlassung ohne Rezept

DEGAM-S1-Handlungsanleitung

Der Umgang mit aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten gehört zum hausärztlichen Alltag. Oft erfolgen solche Entlassungen am Freitag kurz vor Sprechstundenende mitten in einer Infektwelle und während der Vertretung von zwei bis drei Hausarztkollegen. Zudem bedarf die Entlassungsmedikation oft erheblicher Modifikationen. Bis zu 45 Prozent der Entlassungsmedikamente werden erstmals stationär verordnet und 40 Prozent der Aufnahmemedikation wird bei Entlassung nicht fortgesetzt [1]. Dazu kann beitragen, dass bei Aufnahme in der Klinik kein Medikamentenplan vorliegt.

Sektorenbedingte Unterschiede

Unterschiedliche Bedingungen in der stationären Patientenversorgung komplizieren den Übergang in die ambulante Versorgungsebene. So gelten die Arzneimittelrichtlinien mit all ihren Verordnungseinschränkungen nur für den ambulanten Sektor und sind in der Klinik unbekannt. Diese unterliegt zudem anderen wirtschaftlichen Zwängen als die Hausarztpraxis. So kann zum Beispiel der umfassende Einsatz von neuen oralen Antikoagulantien durch eine Verkürzung der Krankenhausverweildauer in der Klinik durchaus wirtschaftlich sein, während deren massenhafte Verordnung im ambulanten Bereich als unwirtschaftlich betrachtet werden kann. Auch werden die Perspektive und Ressourcen des Patienten in der Klinik selten in die medikamentösen Therapieentscheidungen einbezogen und die Evidenz nicht immer ausreichend gewürdigt. Bei einer Umfrage gaben 95 Prozent der befragten Hausärzte an, dass immer oder häufig neue Medikamente oder ein Medikationswechsel im Entlassungsbrief nicht begründet werden [2].

Studien zu Medikationsüberprüfungen

Dass Patienten selten oder nie bei Entlassung über Medikamentenwechsel oder neue Medikation informiert wurde, gaben 88 Prozent der Befragten an. Das ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin ermittelte, dass 46 Prozent der Medikationsfehler bei der Neuverordnung bei stationärer Aufnahme oder der Entlassung auftreten [3]. Eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT) in den USA wies 50 Prozent klinisch relevante Medikationsfehler nach Krankenhausentlassung nach. Davon wurden 23 Prozent als ernsthaft und 2 Prozent als lebensbedrohlich eingestuft [4].

Es gibt mehrere Untersuchungen der Intervention "Medikations-Überprüfung", von denen allerdings keine einen relevanten Effekt auf Mortalität oder stationäre Wiederaufnahmen hatte [5]. Es zeigte sich lediglich eine Reduktion der Inanspruchnahme von Notfallambulanzen.

Diese Studien bezogen sich auf Interventionen durch klinische Pharmakologen oder nichtärztliches Personal. Es finden sich keine Studien im hausärztlichen Bereich. Weil eine umfassende Medikationsüberprüfung, wie sie in der "Hausärztlichen Leitlinie Multimedikation" [6] dargestellt wird, in der akuten Situation einer Krankenhausentlassung unpraktikabel erscheint, wurde die vorliegende S1-Handlungsanleitung erstellt.

Zweizeitiges Vorgehen in der Praxis

Um die erforderliche Praxistauglichkeit zu gewährleisten, wurde ein zweizeitiges Vorgehen gewählt. Es sollen zunächst in einer Priorisierung die akut relevanten Fragestellungen beantwortet werden. So kann eine MFA die Entlassmedikation in den in der EDV hinterlegten Medikamentenplan mit der Vormedikation eintragen. Durch den Arzt erfolgt dann die Streichung von Doppelungen, die Überprüfung, ob und warum Medikamente abgesetzt wurden und neu angesetzte Medikamente werden mit Hilfe der Diagnosen, Befunde und der Epikrise auf ihre Indikation hin überprüft und die Dosierung kontrolliert. In der eigenen Praxis nicht gebräuchliche Medikamente werden dann gegebenenfalls durch Wirkstoffe aus der Praxisliste ersetzt. Im Anschluss wird die Medikation auf ihre Verordnungsfähigkeit gemäß der Arzneimittelrichtlinien überprüft und eruiert, ob aus der Klinik Medikamente zur Überbrückung mitgegeben wurden, um sowohl eine Versorgungslücke als auch eine doppelte Medikamenteneinnahme zu verhindern. Nach Erstellung des Medikamentenplans und der Rezepte wird ein Termin vereinbart. Im Rahmen dieser geplanten Konsultation erfolgt eine umfassende Medikationsüberprüfung. Bei dieser werden die Präferenzen des Patienten bezüglich der Therapieziele und der Medikation besprochen und die Dauer der Einnahme wird festgelegt. Im Anschluss wird die Medikation intensiver auf Indikation und Evidenz überprüft, Interaktionen beachtet und gegebenenfalls die Dosis auf die Nierenfunktion hin angepasst. Parallel werden in der Leitlinie Instrumente dargestellt, mit deren Hilfe Interaktionen, die Dosierung bei Niereninsuffizienz, Verordnungsfähigkeit und Evidenzlage beurteilt werden können. Am Ende dieses Prozesses erfolgt dann gemeinsam mit dem Patienten eine Priorisierung der Medikation, wobei eventuell noch Medikamente abgesetzt werden, und es wird ein Medikationsplan wie zum Beispiel der des Aktionsplans Arzneimitteltherapie-Sicherheit erstellt [7].



Dr. med. Kai Florian Mehrländer Internist, Hausarzt Küsterkamp 1 25355 Barmstedt

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik "Hessisches Ärzteblatt".

Literatur zum Artikel:

Umgang mit Entlassmedikation

DEGAM-S1-Handlungsanleitung

von Kai Florian Mehrländer

- Nickerson A, MacKinnon NJ, Roberts N, Saulnier L. Drug therapy problems, inconsistencies and omissions, identified during a medication reconciliation and seamless care service. Healthcare Quarterly; Vol 8, 2005:65–72
- Mehrmann L. Arzneimittelversorgung an intersektoralen Schnittstellen. Problemfelder und Best-Practice-Ansätze. Berlin: ÄZQ; 2012. DOI 10.6101/ azq/000001
- 3. Roth-Isigkeit A, Harder S.: Entlassungsmedikation im Arztbrief Med Klin 2005;100:87–93 (Nr. 2)
- Kripalani S, Roumie CL, Dalal AK, Cawthon C, Businger A et al. Effect of a pharmacist intervention on clinically important medication errors after hos-

- pital discharge: A randomized controlled trial. Ann Intern Med. 2012;157(1):1–10
- Christensen M, Lund A. Medication review in hospitalized patients to reduce morbidity and mortality. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 2. Art. No.: CD008986. DOI:10.1002/14651858.CD008986. pub2
- Hausärztliche Leitlinie Multimedikation. Leitliniengruppe Hessen, DEGAM. www.pmvforschungsgruppe.de/pdf/ 03_publikationen/multimedikation_II. pdf (zuletzt aufgerufen 30.11.2014)
- 7. http://www.akdae.de/AMTS/Mass nahmen/docs/Medikationsplan.pdf (letzter Aufruf am 30.11.2014)

Fachkunde im Strahlenschutz – Kursfortbildung

Der technische und medizinische Fortschritt in der Radiologie haben das Spektrum der möglichen Diagnostik und Interventionen erweitert. Die Kehrseite ist die laut Bundesamt für Strahlenschutz tendenziell zunehmende durchschnittliche Strahlenexposition der Bevölkerung auf derzeit ca. 2 Millisievert pro Jahr durch medizinische Anwendungen. "Dosistreiber" in diesem Sinne sind die Untersuchungen in der Computertomografie und Interventionen unter Durchleuchtung. Hinzu kommt, dass bildgebende Diagnostik mit ionisierender Strahlung nicht nur in den radiologischen Fachabteilungen und Praxen stattfindet, sondern auch in vielen anderen, hoch spezialisierten Bereichen der Medizin.

Basiskurse

Auf der Basis der 2. Novelle der Röntgenverordnung (RöV) und der daraus abgeleiteten Richtlinie "Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz" aus 2012 wurde der Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz und damit auch die Kursfortbildung den veränderten Rahmenbedingungen angepasst.

Alle Ärzte und Ärztinnen, ob Radiologen oder klinisch tätige Kollegen, die Röntgenstrahlung in der Ausübung der Heilkunde anwenden, benötigen eine auf sie zugeschnittene Fachkunde im Strahlenschutz. Grundsätzlich basiert der Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz auf drei Säulen, nämlich einer geeigneten Ausbildung (in unserem Fall das Studium der Humanmedizin), einer Kursfortbildung gemäß RöV und oben genannter Richtlinie sowie dem Sachkundeerwerb.

Für alle beginnt die Kursfortbildung mit dem Kenntniskurs im Strahlenschutz, gefolgt von Grundkurs und Spezialkurs für Röntgendiagnostiker. Mit diesen drei "Basiskursen" können je nach Bedarf und erfolgter Weiterbildung bzw. Sachkundeerwerb die Fachkunden gemäß Rö2 (Notfalldiagnostik) oder Rö3 der o.g. Richtlinie (spezielle Organsysteme) erworben werden.

Spezialkurse

Angehende Radiologen und Radiologinnen, die die Fachkunde im Gesamtgebiet der Radiologie erwerben, müssen diesen Spezialkurs seit September 2012 absolvieren. ebenso Ärzte und Ärztinnen, die im Bereich der Strahlentherapieplanung bzw. in der Nuklearmedizin tätig sind, zum Beispiel für den Erwerb der Fachkunde für offene radioaktive Stoffe bzw. der Hybridfachkunde für PET-CT. Gleiches gilt für klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte, die die Fachkunde gemäß Rö5f (Computertomografie) erwerben

Vergleichbares gilt für den Spezialkurs "Intervention": Alle Ärzte und Ärztinnen. Radiologen wie klinisch tätige Ärzte, die Interventionen unter Durchleuchtung (nach September 2012 erstmalig) durchführen, müssen den Spezialkurs "Intervention" erfolgreich abschließen.

Neu geregelt

Die digitale Volumentomografie (DVT) stellt ein relativ neues Verfahren dar, das insbesondere von Ärzten und Ärztinnen der HNO- und ZMK-Heilkunde sowie der Neurochirurgie und zunehmend im operativen Bereich der Orthopädie und Chirurgie geschätzt wird. Für die Fachkunden gemäß Rö9 der genannten Richtlinie (DVT und sonstige tomografische Verfahren) wurde die Kursfortbildung neu geregelt. Für dieses Anwendungsgebiet sind auch sogenannte Kombinationskurse möglich, die neben der theoretischen Wissensvermittlung auch den Erwerb der Sachkunde ermöglichen. Eine Ausnahme stellt der sogenannte Knochendichtekurs zum Erwerb der Fachkunde Anwendungsgebiet "Knochendichtemessung" gemäß Rö10 der genannten Richtlinie dar: Diejenigen Ärzte und Ärztinnen, die über keine Fachkunde gemäß der o.g. Richtlinie verfügen (Rö1 bis Rö9), müssen zum Erwerb der Fachkunde Rö10 "Knochendichtemessung mit Röntgenstrahlung" neben dem vorgeschriebenen Sachkundeerwerb einen zehnstündigen speziellen Knochendichtekurs absolvieren. Wer aber bereits in einem oder mehreren Anwendungsgebieten gemäß Rö1 bis Rö9 der o.g. Richtlinie fachkundig ist, darf in seinem Gebiet auch Knochendichtemessungen mit Röntgenstrahlen durchführen. Die Richtlinie führt in ihrer Legende aus, dass die

Fachkunde der Anwendungsgebiete Rö1 bis Rö9 jeweils auch den Anwendungsbereich "Knochendichtemessung (Rö10) beinhaltet.

Im Ausland erworben

Die aktuelle Richtlinie "Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz" berücksichtigt auch die Migration von Ärzten und Ärztinnen nach Deutschland. Grundsätzlich kann die im Ausland erworbene Berechtigung zur Anwendung ionisierender Strahlung auf Antrag anerkannt werden. Diese Kollegen und Kolleginnen müssen, wenn sie die Fachkundebescheinigung gemäß RöV erlangen wollen, den Grundkurs im Strahlenschutz besuchen und erfolgreich abschließen. Das Ziel dieser Regelung ist insbesondere die Vermittlung der erforderlichen und geltenden Rechtsvorschrif-

Weiterführende Informationen

Allen Kollegen und Kolleginnen, die den genauen Wortlaut der zitierten Rechtsvorschriften nachlesen möchten, sei die Website der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) empfohlen (www.laekh.de). Auf dem Pfad "Ärzte > rund ums Recht > Rechtsvorschriften" sind die Röntgenverordnung und die Richtlinie "Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz" zu finden.

Für Fragen zum Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz steht die Weiterbildungsabteilung der LÄKH zur Verfügung, Fon: 069 97672-0. Fragen zur Durchführung der Kursfortbildung beantworten die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH, Fon: 06032 782-0.

Dr. med. Susan **Trittmacher** Mitglied der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen, für den Gutachterausschuss "Fachkunde im Strahlenschutz"





Ja oder Nein? Übermittlung von Rezepten per Fax und Telefon

Es ist nicht selten gängige Praxis: Rezepte werden direkt an die Apotheke gefaxt. Doch damit bewegt sich die Ärzteschaft auf äußerst dünnem Eis. Das Bereithalten von Rezepten zur Abholung in einer Arztpraxis auf Wunsch der Patienten ohne Notfalllage stellt aus Sicht der Rechtsprechung (zuletzt OLG Saarbrücken, Urteil vom 25.09.2013, Az. 1 U 42/13) einen unzulässigen Betrieb einer nicht genehmigten Rezeptsammelstelle dar.

In dem zu entscheidenden Fall hatte eine Apothekerin einen konkurrierenden Apotheker auf Unterlassung des Betreibens von nicht genehmigten Rezeptsammelstellen in Anspruch genommen. Anlass war, dass drei verschiedene Arztpraxen innerhalb von acht Werktagen etwa 70 Rezepte per Telefax an die beklagte Apotheke versandt hatten und die Apotheke die verordneten Medikamente dann per Boten direkt an die Patienten auslieferte. Danach fuhr ein Bote der Apotheke bei den Arztpraxen vorbei und sammelte die Originalrezepte ein.

Rezeptsammelstellen genehmigen lassen

Die Gerichte stützen ihre Entscheidung auf § 24 Apothekenbetriebsordnung ApBetrO (Textauszug siehe Kasten). Danach dürfen Rezeptsammelstellen aus Gründen der Arzneimittelsicherheit nur mit Erlaubnis der zuständigen Behörde (Absatz 1) und nicht bei Angehörigen der Heilberufe unterhalten werden (Absatz 2). Ein Verstoß ist bereits dann anzunehmen, wenn die Verschreibungen von der Arztpraxis nur gefaxt oder fernmündlich übermittelt oder wenn sie von Mitarbeitern der Arztpraxis oder Apotheke in die Betriebsräume des Apothekers gebracht werden, es sei denn für die entsprechende Handhabung besteht im Einzelfall ein nachvollziehbarer medizinischer Grund. Dieser könne sich aus der Qualität der Versorgung, der Vermeidung von Wegen für Gehbehinderte oder aus schlechten Erfahrungen ergeben, die Patienten bei anderen Anbietern gemacht haben.

Allein die Bequemlichkeit eines Versorgungsweges des Patienten ist kein hinreichender Grund, der die Übermittlung der Rezepte per Telefax oder telefonisch an eine Apotheke seitens der Arztpraxis rechtfertigt. Die Ratio des § 24 ApBetrO besteht darin, den Anschein einer wirtschaftlichen Vernetzung zwischen Arztpraxen und Apotheken bei der Abgabe von Medikamenten und damit den Eindruck einer Beeinträchtigung der ärztlichen Unabhängigkeit zu vermeiden. Das Allgemeininteresse an einer inhaltlichen und organisatorischen Trennung beider Berufsgruppen geht den privaten Wünschen der Patienten vor.

Keine Einzelfälle

Aufgrund der großen Anzahl der übermittelten Rezepte im Fall des OLG Saarbrücken war der Senat der Ansicht, dass es sich bei diesen Fällen nicht ausnahmslos um begründete Einzelfälle handeln kann. Die Vorgehensweise belegt vielmehr eine Absprache zwischen den Ärzten und dem Apotheker sowie Bequemlichkeitserwägungen zugunsten der Patienten. Zwar ist es durchaus denkbar, dass Patienten von sich aus den Wunsch äußern, das verschriebene Medikament von einem bestimmten Apotheker zu erhalten. In der Regel ist es dem Patienten aber gleichgültig, welcher Apotheker sie mit dem verschriebenen Medikament versorgt, weil keinerlei Qualitätsunterschiede der Medikamente bestehen.

Der Apotheker konnte sich auch nicht damit entlasten, dass ein Teil der Rezepte Patienten aus einer Einrichtung betraf, mit der er einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hatte. Insoweit stellt der Senat klar, dass es Aufgabe des Heimträgers und nicht der behandelten Ärzte ist, sich um die Einlösung der Rezepte zu kümmern. Es wäre daher lediglich dann zulässig gewesen, wenn

die Rezepte durch die Heimmitarbeiter gesammelt und der Apotheke übermittelt worden wären.

Die beklagte Apotheke musste sich im Ergebnis das Sammeln der Rezepte durch die beteiligten Ärzte zurechnen lassen, da wegen der Anzahl der übermittelten Rezepte aus Sicht des Gerichtes belegt war, dass es sich um ein konzentriertes, vom dem - zumindest konkludenten - Einverständnis der beklagten Apotheke getragenes Vorgehen gehandelt hat.

Zudem weist die Rechtsprechung darauf hin, dass ein Verstoß gegen den ungenehmigten Betrieb einer Rezeptsammelstelle in Arztpraxen zumeist mit einem Verstoß gegen das in § 11 Apothekengesetz ApoG (Textauszug siehe Kasten) verankerte Abspracheverbot zwischen Ärzten und Apothekern einhergeht, da Absprachen auch stillschweigend erfolgen können. Hiergegen kann man zwar einwenden, dass die direkte Übermittlung von Verordnungen an eine Apotheke nicht auf einer Absprache zwischen Arzt und Apotheker beruhen muss. Einer solchen Argumentation begegnet die Rechtsprechung aber mit hohen Anforderungen an die Darlegungs- und Beweislast. Findet die direkte Übermittlung von der Praxis an den Apotheker über längere Zeit und in größerem Umfang statt, so sei bei lebensnaher Betrachtung von einer zumindest stillschweigenden Absprache auszugehen. Das Fehlen einer solchen Absprache müssten Arzt oder Apotheker darlegen und beweisen. Der Beweis, dass etwas nicht existiert, also keine, zumindest konkludente, Absprache vorliegt, wird aber kaum jemals zu führen sein. Zudem kommt es bei dem Verbot der Zuleitung von Verordnungen nicht darauf an, ob irgendwie geartete wirtschaftliche Absprachen – die selbstverständlich ebenfalls unzulässig wären - zwischen Arzt und Apotheker bestehen.

Fazit

Wird ein Rezept von Seiten einer Arztpraxis direkt an eine Apotheke gefaxt oder der Rezeptinhalt telefonisch seitens der Praxis "bestellt", ist dies regelmäßig unzulässig. Nur in medizinisch begründeten Einzelfällen oder auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten, ein Medikament von einem bestimmten Apotheker ausgehändigt zu bekommen, hält die Rechtsprechung diese Vorgehensweise für zulässig. Dasselbe gilt für eine Notfallsituation.

Gesetzestexte (Auszug)

§ 24 Apothekenbetriebsordnung ApBetrO

- Rezeptsammelstellen

- (1) Einrichtungen zum Sammeln von Verschreibungen (Rezeptsammelstellen) dürfen nur mit Erlaubnis der zuständigen Behörde unterhalten werden. Die Erlaubnis ist dem Inhaber einer Apotheke auf Antrag zu erteilen, wenn zur ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung von abgelegenen Orten oder Ortsteilen ohne Apotheken eine Rezeptsammelstelle erforderlich ist. Die Erlaubnis ist zu befristen und darf die Dauer von drei Jahren nicht überschreiten. Eine wiederholte Erteilung ist zulässig.
- (2) Rezeptsammelstellen dürfen nicht in Gewerbebetrieben oder bei Angehörigen der Heilberufe unterhalten werden.

§ 11 Apothekengesetz ApoG

- (1) Erlaubnisinhaber und Personal von Apotheken dürfen mit Ärzten oder anderen Personen, die sich mit der Behandlung von Krankheiten befassen, keine Rechtsgeschäfte vornehmen oder Absprachen treffen, die eine bevorzugte Lieferung bestimmter Arzneimittel, die Zuführung von Patienten, die Zuweisung von Verschreibungen oder die Fertigung von Arzneimitteln ohne volle Angabe der Zusammensetzung zum Gegenstand haben. § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.
- (2) Abweichend von Absatz 1 darf der Inhaber einer Erlaubnis zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke auf Grund einer Absprache anwendungsfertige Zytostatikazubereitungen, die im Rahmen des üblichen Apothekenbetriebes hergestellt worden sind, unmittelbar an den anwendenden Arzt abgeben.

Dr. Thomas K. Heinz Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht E-Mail: dr.tkheinz@freenet.de



Erhalt der steuerlichen Freiberuflichkeit von Ärzten trotz Beschäftigung angestellter Ärzte

Die selbstständige Ausübung eines freien Berufs – wie denjenigen des Arztes – stellt an sich keine gewerbliche Tätigkeit dar, so dass die damit erzielten Einkünfte grundsätzlich nicht der Gewerbesteuer unterliegen. Ein Arzt bleibt auch dann freiberuflich tätig, wenn er sich der Mithilfe fachlich vorgebildeter Arbeitskräfte bedient. Voraussetzung ist gemäß § 18 Abs. 1 Ziff. 1 Satz 3 Einkommensteuergesetz (EStG), dass er auf Grund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich tätig wird.

Was es im Einzelfall bedeutet, auch bei dem Einsatz angestellter Ärzte "aufgrund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich" tätig zu sein, hat der Bundesfinanzhof (BFH, Urteil vom 16.07.2014, Az.: VIII R 41/12) nun konkretisiert:

Voraussetzung ist, dass der anstellende Arzt aufgrund eigener Fachkenntnisse durch regelmäßige und eingehende Kontrollen maßgeblich auf die Tätigkeit seines angestellten Fachpersonals - patientenbezogen – Einfluss nimmt, so dass die Leistung der angestellten Ärzte den

Recht

"Stempel der Persönlichkeit" des anstellenden Arztes trägt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Arzt eine höchstpersönliche, individuelle Arbeitsleistung am Patienten schuldet und deshalb einen wesentlichen Teil der Dienstleistung selbst übernehmen muss. Unschädlich ist es, wenn der anstellende Arzt ausnahmsweise in einzelnen Routinefällen nicht mitarbeitet.

Das Vorliegen einer freiberuflichen Tätigkeit trotz des Einsatzes einer angestellten Ärztin hat der BFH in einem Fall bejaht, in dem eine anästhesistische Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), die ohne eigene Praxisräumlichkeiten in den Praxen von operierenden Ärzten tätig wurde, eine angestellte Anästhesistin beschäftigte. Die Gesellschafter der BAG führten bei jedem Patienten die Voruntersuchung selbst durch, legten die Art und Weise der Narkose fest und behielten sich die Durchführung in problematischen Fällen selbst vor. In einfachen Fällen wurde die angestellte Anästhesistin alleine und ohne Anwesenheit eines der Gesellschafter tätig.

Wichtig dabei war zum einen, dass mindestens einer der Gesellschafter der BAG über die Fachkunde verfügte, die angestellte Ärztin anzuleiten und zu überwachen. Dies ist bei der Anstellung fachfremder Ärzte zu bezweifeln, so dass hier ein erhöhtes Risiko der Gewerblichkeit besteht.

Zum anderen kam es darauf an, dass die Gesellschafter der BAG bei jedem Patienten selbst tätig wurden. Reine leitende oder organisatorische Tätigkeit genügt nicht. In dem streitgegenständlichen Fall war es ausreichend, dass jeder Patient von einem der Gesellschafter voruntersucht wurde und die Art und Weise der Narkose festgelegt wurde. Das

Finanzamt hatte ferner gefordert, dass auch die Ausführung der Anästhesietätigkeit durch einen der Gesellschafter selbst übernommen wird. Dies hat der BFH jedoch als überzogen zurück gewiesen.

Dem Urteil ist zu entnehmen, dass der anstellende Arzt nicht immer persönlich bei der Behandlung in den Praxisräumen anwesend sein muss, um für eventuelle Rückfragen des angestellten Arztes erreichbar zu sein. Dennoch muss der anstellende Arzt in jedem einzelnen Behandlungsverhältnis selbst maßgeblich tätig werden. Dies ist auch bei dem Einsatz angestellter Ärzte in Zweigpraxen zu berücksichtigen. Kommt es dazu, dass die Tätigkeit angestellter Ärzte als gewerblich qualifiziert wird, droht die Gewerbesteuerpflicht für sämtliche Einkünfte der Gesellschaft. Dies gilt nur dann nicht, wenn die freiberuflichen

Einkünfte von den gewerblichen Einkünften sauber zu trennen sind und

die gewerblichen Einkünfte drei Prozent der Gesamtnettoumsatzerlöse der Gesellschaft und den Betrag von 24.500 EUR im Veranlaqungszeit-

raum nicht übersteigen (BFH, Urteil vom 27.08.2014, Az.: VIII R 6/12).

Maria-Stephanie Dönnebrink Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht. Mediatorin

Kontakt: Brüder-Grimm-Str. 13 60314 Frankfurt am Main Fon: 069 40586261, Fax: 069 40586286 E-Mail: info@jusmedicus.de



Bücher



Oliver Pramann & Urs-Vito Albrecht: Forschung im Krankenhaus – Gestaltung, Chancen, Finanzierung

Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, 1. Auflage 2014, 384 Seiten, 59,90 Euro ISBN 9783942734837

"Forschung im Krankenhaus – Gestaltung, Chancen, Finanzierung" von den Autoren Dr. jur. Oliver Pramann (Fachanwalt für Medizinrecht) und Dr. med. Urs-Vito Albrecht dient als wertvolle Projektplanungshilfe und richtet sich an Universitätskliniken, Krankenhäusern, Prüfärztinnen und -ärzte, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Pharma- und Medizinproduktunternehmen.

Aufgegriffen werden die rechtlichen Voraussetzungen der klinischen Prüfung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, die Besonderheiten im Rahmen der Aufklärung und Einwilligung, Anwendung von Strahlen, Fragen zur Kostenerstattung und die

wirtschaftlichen Bezüge. Der finale Buchteil beinhaltet eine Übersicht über die verabschiedete Europäische Verordnung zur Durchführung von klinischen Prüfungen von Humanarzneimitteln. Das Buch beschreibt ausführlich die zukünftige Rechtslage sowie die Verfahren zur Bewertung derartiger klinischer Prüfungen auf europäischer Ebene. Die neue EU-Verordnung gilt ab 2016 auch in Deutschland.

Insbesondere für Mitarbeiter in Krankenhäusern bietet die Lektüre eine Hilfestellung, damit der Umgang mit den rechtlichen Regularien im Rahmen der Forschung leichter fällt und nicht allein aus Unsicherheit vor rechtlichen Fallstricken innovative Ideen nicht weiter verfolgt werden. Die Darstellung der rechtlichen Möglichkeiten des Umgangs mit finanzieller Unterstützung eines Forschungsvorhabens im Krankenhaus durch die Industrie bietet dem Leser ebenfalls Unterstützung bei der Umsetzung eines Projekts.

370 Seiten, die anhand von Tabellen, grafischen Darstellungen und wertvollen Praxis-Tipps auf eine anschauliche Weise dem Leser einen strukturierten Blick auf die komplexen Vorder- und Hintergründe eines großen industriegeförderten Forschungsvorhabens ermöglichen.

Dr. Dipl.-Soz. Iris Bruchhäuser



Ein Arzt mit Profil: Bundesverdienstkreuz 1. Klasse für Dr. med. Michael Popović

Hohe Auszeichnung für ehemaligen Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen



Immer engagiert: Dr. med. Michael Popović (links) wird das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse von Staatsminister Stefan Grüttner überreicht

Engagiert, ideenreich und kompromisslos in seinem Eintreten für eine patientenorientierte Medizin: Bis zu seinem Ausscheiden im Jahr 2010 war Dr. med. Michael Popović. 1947 in Fulda geboren, 23 Jahre lang Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen. Am 27. Februar 2015 überreichte ihm Stefan Grüttner, Hessischer Minister für Soziales und Integration, in einer Feierstunde in Wiesbaden das von Bundespräsident Joachim Gauck verliehene Bundesverdienstkreuz 1. Klasse der Bundesrepublik Deutschland.

Mit dieser Auszeichnung werde Popovićs enormes Engagement, für das ihm bereits im Jahr 2004 das Verdienstkreuz am Bande verliehen wurde, in vielen medizinischen Bereichen gewürdigt, sagte Grüttner. In seiner Laudatio hob er neben dem Finsatz für Katastrophenmedizin und Prävention insbesondere Popovićs Verdienste um die flächendeckende palliative Versorgung in Hessen hervor. 2005 habe er die Reihe der Palliativen Fachtagungen in Bad Nauheim ins Leben gerufen und ein Curriculum für die Qualifizierung von ehrenamtlichen Laien, Fachkräften und Ärzten mit entwickelt. 2006 hatte Popović, dessen familiäre Wurzeln ins heutige Tschechien zurückreichen, die deutsch-tschechische Wissenschaftstagung "Der Ackermann von Böhmen" über Sterbebegleitung und Palliativmedizin in Saaz initiiert und geleitet; derzeit ist eine Neuauflage der Tagung in Vorbereitung. Grüttner erwähnte auch Popovićs Sachverständigentätigkeit in Gremien, die sich mit der Aus- und Weiterbildung ausländischer Ärzte und der Beratung ausländischer Regierungen befasste. Als wesentlichen Beitrag zur Völkerverständigung würdigte der Hessische Minister für Soziales und Integration den Avicenna Preis, den Popović gemeinsam mit Yasar Bilgin ins Leben gerufen hat: "Nicht an Grenzen aufhören zu denken, sondern über Grenzen hinweg denken und damit Grenzen überwinden", das sei kennzeichnend für den Geehrten. Als weiteres hervorstechendes Interessengebiet nannte Grüttner den literarisch-philosophischen Bereich, dem sich der Arzt im Ruhestand heute mit Leidenschaft widme. Angesichts der Notwendigkeit, den Patienten wieder in den Mittelpunkt des Gesundheitswesens zu stellen, sei es wichtig, dass es Menschen wie Popović gebe, die die ethischen Prinzipien aufrechterhielten, erklärte Prof. Dr. med. Karsten Vilmar, ehemaliger Präsident, heutiger Ehrenpräsident der Bundesärztekammer und "mein Lehrmeister" (Popović), in seinem Grußwort. Als "sehr positiv und kollegial" lobte Dr. med. Alfred Möhrle, langjähriger Präsident und heutiger Ehrenpräsident der Landesärztekammer Hessen, seine zwölfjährige Zusammenarbeit mit Popović: "Sie hatten immer auch ein paar Ecken und Kanten", fügte er hinzu. "Aber wer die nicht besitzt, hat auch kein Profil. Und Profil haben Sie!"

Katja Möhrle



Zahlreiche Festqäste, darunter: Dr. med. Wolfgang Furch, Dr. med. Michael Popović, Dr. med. Brigitte Ende, Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Karsten Vilmar, Dr. med. Alfred Möhrle, Minister Stefan Grüttner

Personalia





Dr. med. Wolfgang Knauf (links) und Dr. med. Klaus Schulz

Führungswechsel an der Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden: Nach 17 Jahren übergibt **Dr. med. Wolfgang Knauf**, Direktor des Zentrums für Internistische und Geriatrische Medizin (ZIGM), das Amt des Ärztlichen Direktors an seinen Kollegen **Dr. med. Klaus Schulz**. Der Chefarzt der Anästhesie und Intensivmedizin war bisher stellvertretender Ärztlicher Direktor. Der Ärztliche Direktor einer Klinik wird vom Chefärztlichen Kollegium gewählt und vertritt die Klinik in medizinischen Belangen nach innen und außen.



Prof. Dr. med. Axel Dignaß, Chefarzt der Medizinischen Klinik I am Agaplesion Markus Krankenhaus Frankfurt/Main wurde in Barcelona zum Ehrenmitglied der European Crohn's

and Colitis Organisation (ECCO) ernannt. Damit ist er das erste deutsche Ehrenmitglied der weltweit größten Fachgesellschaft für chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED). In seiner neuen Funktion will sich Dignaß dafür einsetzen, dass in ganz Europa das medizinische Wissen und die Behandlungsqualität bei Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa angeglichen werden.



Dr. med. Josef Geisz, Kinder- und Jugendarzt/ Allergologe aus Wetzlar, wurde vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands (BVKJ) mit der "Meinhard von Pfaundler-

Medaille" ausgezeichnet. Von Pfaundler (1872–1947) war einer der großen deut-

schen "Väter der Pädiatrie". Die Bundesdelegierten ehrten Geisz für sein jahrzehntelanges Engagement vor allem auf dem Gebiet der Sozialpädiatrie sowie der Ärztefortbildung. Zu seinen berufspolitischen Arbeitsfeldern zählten Projekte wie "Gegen Gewalt an hessischen Schulen", die Einführung verpflichtender Vorsorgen, Förderung des Impfschutzes, ein hessenweites Sprachscrenning für Kindergärten sowie auch die Etablierung der Familienhebammen. Dr. Josef Geisz engagierte sich u.a. als Delegierter der hessischen Ärztekammer sowie als langjähriger Vorsitzender des BVKJ Hessen. Im Sommer 2013 beendete Dr. Geisz seine mehr als 30-jährige Tätigkeit als niedergelassener Pädiater in Wetzlar.



Die Direktorin des Instituts für Experimentelle Tumorforschung in der Pädiatrie am Universitären Centrum für Tumorerkrankungen des Universitätsklinikums Frankfurt, **Prof. Dr.**

med. Simone Fulda, wurde von Bundespräsident Joachim Gauck zum 1. Februar 2015 für eine erneute dreijährige Amtszeit in den Wissenschaftsrat berufen. Sie gehört dem Rat seit Februar 2012 an. Das Gremium berät Bund und Länder in Fragen der Entwicklung der Hochschulen, der Wissenschaft und Forschung.



Dr. med. Emilia Stegemann (Jahrgang 1968, Foto) ist neue Chefärztin der Klinik für Innere Medizin/ Angiologie am Diakonissen-Krankenhaus der Agaplesion Diakonie Kliniken Kassel.

Stegemann verfügt über langjährige Erfahrung in der Inneren Medizin, insbesondere in der Kardiologie und Angiologie. Ihr wissenschaftliches Interesse liegt auf der Erforschung und Vermeidung zugangsassoziierter Gefäßkomplikationen bei perkutanen Gefäßeingriffen sowie der Erforschung von Struktur- und Funktionsveränderungen der Gefäße bei Interventionen. Sie übernimmt die Abteilung von **Dr. med. Hans-Joachim Bröker**, der in den Ruhestand tritt.



Prof. Dr. med. Andreas Reif ist seit Mitte 2014 Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Frankfurt. Seine klinischen

Interessen beinhalten vor allem affektive Erkrankungen, insbesondere Suizidprävention, therapieresistente Depression und die bipolare Störung, adultes ADHS, Psychosen und neuropsychiatrische Erkrankungen. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte umfassen u.a. das Gebiet der translationalen Psychiatrie. Zuvor war Reif stellvertretender Direktor der gleichnamigen Klinik am Würzburger Uniklinikum. (Quelle: Uniklinikum Frankfurt)



Zum außerplanmäßigen Professor der Philipps-Universität Marburg ist **Privatdozent Dr. med. Timo Gaiser**(39) ernannt worden.
Gaiser ist Leitender
Oberarzt des Instituts
für Pathologie der

Universitätsmedizin Mannheim.



Prof. Dr. med. Thorsten Steiner, Chefarzt der Klinik für Neurologie am Klinikum Frankfurt Höchst, erhielt kürzlich die Berufung als Honorarprofessor der Universität Kopenha-

gen. Er wird nun zusätzlich zu seiner Chefarzttätigkeit am Klinikum Höchst auch an der Universität Kopenhagen forschen und lehren sowie dies mit derzeitigen Aufgaben in Lehre und Forschung an der Universitätsklinik Heidelberg verbinden. Die Professur soll die Beziehungen zwischen den Institutionen, den beteiligten Kliniken und Universitäten stärken und den internationalen Austausch von Studenten sowie Ärzten in der Aus- und Weiterbildung im Bereich der Neurologie fördern.

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

Schlaglichter | Notizen | Nachrichten

Erfassung und Bewertung von Medikationsfehlern

Erstmals werden innerhalb des deutschen Spontanmeldesystems für Nebenwirkungen Medikationsfehler systematisch erfasst. Seit Anfang des Jahres hat die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) ein entsprechendes Proiekt gestartet, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit. Laut WHO sind etwa zehn Prozent der Krankenhausaufnahmen auf Nebenwirkungen zurückzuführen. Nach Daten aus den regionalen Pharmakovigilanzzentren sind in Deutschland über drei Prozent der stationären Aufnahmen in internistische Abteilungen auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen zurückzuführen. Insgesamt 0,6 Prozent der Aufnahmen sind dabei auf vermeidbare Ereignisse zurückzuführen. In dem AkdÄ-Projekt sind Ärzte aufgerufen, Medikationsfehler zusätzlich innerhalb des bereits existierenden Spontanmeldesystems zu berichten. Daraus sollen Strategien zur Vermeidung von Medikationsfehlern entwickelt werden.

Parallel dazu hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ein Forschungsprojekt gestartet, in dem prospektiv in drei deutschen Krankenhausnotaufnahmen Medikationsfehler erfasst werden sollen (Quelle: AkdÄ).

Sechs Millionen US-Dollar für transatlantische Forschung

Die französische Fondation Leducq fördert ein amerikanisch-europäisches Netzwerk zur Erforschung der Grundlagen von Erkrankungen neurovaskulären wie Schlaganfall, Multiple Sklerose und Demenz. Rund eine Million US-Dollar der Fördersumme in Höhe von insgesamt sechs Millionen US-Dollar (über einen Zeitraum von fünf Jahren) gehen an die Frankfurter Universitätsmedizin.

Die Frankfurter Mediziner PD Dr. med. Waltraud Pfeilschifter (Oberärztin der Klinik für Neurologie am Uniklinikum Frankfurt) und Prof. Dr. med. Josef Pfeilschifter (Direktor des Instituts für Allgemeine Pharmakologie und Toxikologie sowie Dekan des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität) arbeiten mit Forschern

aus Schweden, Frankreich und den USA zusammen.

Gemeinsam wollen sie die Kommunikation zwischen Blut- und Nervensystem besser verstehen und dadurch neue Behandlungsmöglichkeiten von Erkrankungen schaffen. Forscher sprechen von einer physikalischen Schranke zwischen Blutund Nervensystem, der sogenannten Blut-Hirn-Schranke, die das Zuführen von Medikamenten in das zentrale Nervensystem erschwert. Mit der Forschung soll die Grundlage für effektivere Medikamente gegen neurovaskuläre Erkrankungen wie Schlaganfälle oder verschiedene Formen der Demenz gelegt werden (Quelle: Uniklinium Frankfurt).

Gesunde Kontraste gesucht

Ein Frankfurter Forschungsprojekt zur Entwicklung eines gesundheitlich unbedenklichen Kontrastmittels für die MRT-Diagnostik wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft mit 300.000 Euro gefördert. Das Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie am Universitätsklinikum Frankfurt arbeitet mit dem Institut für Physikalische und Theoretische Chemie der Goethe-Universität zusammen, um eine nebenwirkungsarme Alternative zu herkömmlichen Kontrastmitteln zu erproben. Dabei wollen die Wissenschaftler speziell präparierte Wassermoleküle als chemisch inaktives und damit unbedenkliches Kontrastmittel testen (Quelle: Uniklinikum Frankfurt).

Kein Jugendlicher soll ohne Ausbildungsplatz bleiben

In Hessen soll kein ausbildungswilliger Jugendlicher ohne Ausbildungsplatz bleiben. Dies ist das Ziel des Bündnisses Ausbildung Hessen, das Landesregierung, Agentur für Arbeit, Wirtschaftsverbände, Gewerkschaften und Kommunen jetzt in Wiesbaden unterzeichnet haben. In diesem Jahr sollen zusätzlich 1500 Ausbildungsstellen, mindestens 1500 Plätze für die Einstiegsqualifizierung und so viele Praktikumsplätze wie nötig angeboten werden. Die Bündnispartner wollen, dass mehr junge Leute unmittelbar nach der Schule eine Berufsausbildung aufnehmen, statt in den Übergangsbereich – dazu gehören (Höhere) Berufsfachschulen oder das Berufsgrundbildungsjahr – einzumünden. Die Zahl der Schulabgänger, die jährlich in diese Angebote wechseln, soll nach Angaben der Staatskanzlei bis 2020/21 von aktuell 15.000 auf 10.000 sinken.

Landarzt werden in Nordhessen

Die Allgemeinarztinitiative "Gesundheit schafft Zukunft" aus dem nordhessischen Waldeck-Frankenberg wird im bundesweiten Wettbewerb "Ausgezeichnete Orte im Land der Ideen" als Preisträger geehrt. Wie in vielen ländlichen Regionen fehlen auch im nordhessischen Waldeck-Frankenberg Haus- und Fachärzte. Der Landkreis wirbt deshalb gezielt um junge Ärzte – zusammen mit niedergelassenen Ärzten und kassenärztlicher Vereinigung – über die eigens eingerichtete Internetseite www.landarzt-werden.de. Das Angebot: Ein Weiterbildungspaket, zu dem Mentoring und Hospitanzen gehören, sowie ein Willkommensservice, der bei der Wohnungs- oder Kitaplatzsuche hilft und so das Ankommen erleichtert. Das prämierte Projekt ist einer der 100 Preisträger des Wettbewerbs der Initiative "Deutschland - Land der Ideen" (Quelle: Mitteilung der Initiative).

Humanitäre Hilfe für Afrika

Der Medizinstudent Christian Kreisel aus Marburg hat mit weiteren Mitstreitern einen interdisziplinären Verein an der Philipps-Universität Marburg gegründet, der humanitäre Proiekte in Tansania/Afrika unterstützen will. "African German Expert-Knowledge Transfer (AGET) will seine Arbeit nach Auskunft des Vereinsgründers zunächst auf die ländliche Gemeinde Kibosho, etwa 20 Kilometer nördlich von Moshi, konzentrieren. Unter anderem sollen Medizingeräte nach Afrika gebracht werden und die medizinischen Teams dort entsprechend geschult werden, um Geräte oder Medikamente sinnvoll einsetzen zu können (Quelle: AGET).

(asb)

GOÄ in Gefahr - Alle Macht den Kassen?

Die Bundesärztekammer arbeitet an einer neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Auf Druck der Politik muss sie die private Krankenversicherung und die Beihilfe von Bund und Ländern an der Diskussion beteiligen. Früher wurden die Gebührenordnungen allein von der Bundesärztekammer ausgearbeitet und dem Ministerium als Basis für eine Rechtsverordnung vorgeschlagen. Mit großem Zeitdruck soll bis zum 2. Quartal 2015 eine entscheidungsreife Vorlage formuliert werden.

Heute haben wir (noch) eine direkte vertragliche Beziehung zwischen Arzt und Patient. Steigerungsfaktoren und Analogziffern helfen, ein uraltes System weiter benutzen zu können, sind aber ausgereizt. Allfällige Kostensteigerungen und eine moderne Medizin werden für Patient und Arzt nicht mehr hinreichend und auch nicht zukunftsfest abgebildet.

Eine Fortschreibung der bisherigen GOÄ wäre durchaus möglich. Mit neuen Kalkulationen und Inhalten wäre das machbar. Politisch wird das allerdings nicht gewünscht. Es wird eine Kommission von Bundesärztekammer und den Versicherern, Private Krankenversicherung (PKV) und Beihilfe, eingerichtet, die es so vorher nicht gab. Der Ausschuss steuert mit weitreichenden Kompetenzen die inhaltliche und monetäre Entwicklung in der privaten Krankenversicherung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) lässt grüßen.

Der entscheidende Punkt ist wie folgt formuliert:

"Die Bundesärztekammer und PKV-Verband/Beihilfe werden vor Inkrafttreten der GOÄ festlegen, von welchem Honorarzuwachs (prozentual) über sämtliche Leis-

tungsbereiche hinweg innerhalb der ersten 36 Monate nach Inkrafttreten der neuen GOÄ, d. h. in der Einführungsphase bis zum "eingeschwungenen Zustand' sie ausgehen." Man vermeidet das Wort Budget, aber eine Art Ausgabenobergrenze ist wohl gemeint. Erinnerungen an das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden wach. Die Rahmenvereinbarung lässt weitgehend offen, welche Mechanismen in Kraft gesetzt werden, wenn die Kommission zu der Auffassung kommt, dass die Ausgabenentwicklung aus dem Ruder gelaufen ist.

Betrachtet man die Novellierung der GOÄ aus der Sicht der Ärzteschaft, so bewegt sich die PKV in Richtung GKV. Die private Krankenversicherung wird einer Selbstverwaltungslösung unterworfen, die in diesem Fall von der PKV und Beihilfe einerseits und der Bundesärztekammer andererseits repräsentiert wird. Die vorgesehene Ausgabenkontrolle, die betriebswirtschaftliche Kalkulation, die sogenannten robusten Einfachsätze als Durchschnittsbewertung einzelner Leistungen und die gemeinsame Steuerungskommission leiten einen Paradigmenwandel in Richtung GKV ein.

Auch die Privatliquidation in den Krankenhäusern wird vermutlich geändert. So ist von, vermutlich erhöhten, Abschlägen in der Krankenhauslandschaft die Rede. Sicher nicht zum Nutzen der Ärztinnen und Ärzte. Im schlimmsten Fall droht die Reduktion der GOÄ auf die alleinige ärztliche Leistung während der technische Anteil mit der DRG (Abrechnungssystem nach diagnosebezogene Fallgruppen) abgegolten wird.

Neben der inhaltlichen Problematik und der unklaren monetären Auswirkungen treibt die Sorge der Verhandlungsführung durch die Bundesärztekammer um. Landesärztekammern als dem eigentlichen Souverän werden nur Teilergebnisse bekannt. Wichtige Mitglieder der GOÄ-Kommission können sich nicht äußern, da sie an Vertraulichkeit gebunden sind. Nach allem was man hört, werden auch die wichtigen Berufsverbände mit ihrer fachspezifischen Kompetenz nur unzureichend gehört. Die Brisanz der Thematik scheint bei vielen, auch in der Bundesärztekammer, noch nicht angekommen sein, dabei fehlt es besonders an der wirksamen Unterstützung unseres Verhandlungsteams. Herr Kollege Montgomery hat sich wohl schon aus der Diskussion verabschiedet.

Es ist zu befürchten, dass zum 118. Deutschen Ärztetag alle Würfel bereits gefallen sind und die Verhandlungsergebnisse nur noch zu Kenntnis genommen werden können.



Dr. med. Wolf Andreas FachBerufsverband Deutscher Internisten e.V.
Vorsitzender Landesverband Hessen

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

Kampf um die Köpfe

Wie können Krankenhäuser im Wettbewerb um die besten Ärzte bestehen?

Als ein Chefarzt im Beisein von einigen seiner Assistenzärzte äußerte, dass eine tägliche Arbeitszeit von acht Stunden plus fünf Überstunden sinnvoll wäre, um schneller "in das Fach zu kommen", reagierten die Assistenten mit Unverständnis. Etliche von ihnen kündigten in den Folgemonaten. Doch die Nachbesetzung frei gewordener Stellen gestaltet sich immer schwieriger. Die Krankenhäuser befinden sich heute im freien Wettbewerb um die besten Ärzte.

Prognosen gehen davon aus, dass bis zum Jahr 2020 mit einer ärztlichen Versorgungslücke von etwa 56.000 Ärzten – davon 24.000 stationär – zu rechnen ist. Damit könnten rund ein Viertel aller Arztstellen im ambulanten und stationären Bereich nicht besetzt werden.

Der Andrang auf das Medizinstudium ist groß: Auf jeden Studienplatz an deutschen Universitäten kommen etwa fünf Bewerber. Nicht alle schließen jedoch ihr Studium ab, und viele gehen nach ihrem Studium nicht ins Krankenhaus sondern zu Behörden, Krankenkassen oder in die Gesundheitswirtschaft. Diese Bereiche locken die Absolventen mit sehr guten Verdienstmöglichkeiten und geregelten Arbeitszeiten.

Ärztliche Berufsanfänger zeigen heute wenig Bereitschaft, für den Beruf das Privatleben zu opfern. Vielmehr sind die jungen Ärzte in erster Linie an einer strukturierten und guten Weiterbildung interessiert und erwarten eine planbare und verlässliche Arbeitszeit.

Auffallend ist, dass Berufseinsteiger im Gegensatz zu früheren Generationen keine Scheu davor haben, noch in der Probezeit wieder zu kündigen, wenn ihnen während des Einstellungsgesprächs gemachte Versprechen nicht eingehalten werden.

Neben dem Interesse an einer zuverlässigen Weiterbildung ist in den vergangenen Jahren die Zeit außerhalb des Krankenhauses immer stärker in den Fokus der Bewerber gerückt. Überstunden werden nur noch selten als selbstverständlich angesehen, und oftmals werden Chefärzte beim Bewerbungsgespräch mit der Frage nach Teilzeitarbeitsmodellen konfrontiert. Hier spielen nicht nur familiäre Gründe eine Rolle, sondern auch ein gestiegenes Interesse an persönlicher Freizeit.

In einer Befragung des Marburger Bundes zur ärztlichen Arbeitszeit unter rund 3300 Ärzten im Jahr 2013 äußerte die Mehrzahl der Befragten, dass sie gern ihre Arbeitszeit reduzieren würden. Knapp drei Viertel der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte (71 Prozent) haben das Gefühl, dass sich die Gestaltung der Arbeitszeiten mit zahlreichen Überstunden negativ auf ihre Gesundheit auswirkt, zum Beispiel in Form von Schlafstörungen und häufiger Müdigkeit. Davon fühlen sich 89 Prozent auch in ihrer Leistungsfähigkeit beein-

In meiner eigenen Abteilung am Klinikum Kassel arbeiten knapp die Hälfte der Kolleginnen und Kollegen in Teilzeit. Die Art der Teilzeitarbeit reicht von einem wochenweisen Blockmodell über tageweises Arbeiten bis zu stundenweisem Arbeiten von 7.30 bis 14 Uhr täglich. Dies erfordert einen hohen Planungsaufwand: Generell ist es vorteilhaft, eine Gruppenbildung vorzunehmen. So haben die Mitarbeiter, die wöchentlich oder tageweise arbeiten, einen entsprechenden "Arbeitszeit-Partner", und eine durchgehende Wochen-/ Monatsbesetzung kann gewährleistet werden. Im Extremfall richten sich die Öffnungszeiten von Ambulanzen nach den Arbeitszeitwünschen unserer Ärzte. Aus meiner Sicht sind Teilarbeitszeiten in allen Fachbereichen grundsätzlich möglich und ein Weg, um gute Ärzte in Zeiten des Ärztemangels an die eigene Klinik zu binden. Neben den fachlich-organisatorischen Herausforderungen müssen Chefärzte und Krankenhausleitungen heutzutage zusätzlich auch soziale Kompetenzen vorweisen: Flache Hierarchien, Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse, Möglichkeit für eigene Projekte, Kommunikationsbereitschaft und Mitarbeitergespräche sind Merkmale, die sich Berufsanfänger von ihren Vorgesetzten wünschen.



Dr. med. Kolja Deicke Oberarzt für Anästhesiologie Klinikum Kassel Delegierter der Landesärztekammer Hessen (Marburger Bund) E-Mail: kolja.deicke@klinikum-kassel.de

Bücher



Dr. med. Silke Hofbauer: Der Puppentöter

Wagner Verlag 2014 Taschenbuch, 235 Seiten ISBN 9783956301544 11.80 Euro

Im Frankfurter Grüneburgpark wird eine Männerleiche gefunden. Nur der Anfang einer Reihe von Mordfällen im Rhein-Main-Gebiet, deren Verbindung lange unklar ist.

Wo ist das Motiv? Was verbindet die Toten? Warum hinterlässt der Mörder Porzellanpuppen, die er genauso verstümmelt wie

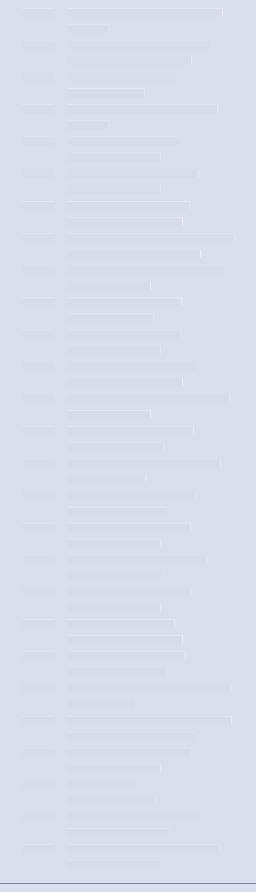
Spannend wird die Geschichte sowohl aus Sicht des Mörders als auch aus Sicht des ermittelnden Kommissars Wolfgang Stahl erzählt. Stahl lernt bei seinen Ermittlungen die Gerichtsmedizinerin Dorothea Lilienthal kennen. Da ihn jedoch ein Geheimnis umgibt, führt dies am Anfang der Beziehung zu Missverständnissen.

Der Puppentöter aus der Feder der Ärztin und Buchautorin Dr. med. Silke Hofbauer ist ein lesenswerter, packender Thriller mit medizinischem Hintergrund, der Lust auf den nächsten Fall macht.

Beate Völker

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt



Fortbildung

Interdisziplinär Lösungen erarbeiten

Das Einsteigerseminar an der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Schon der Auftakt war ein Erfolg: Im November 2014 bot die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung zum ersten Mal ein Einsteigerseminar an. In Zusammenarbeit mit den Universitätskliniken in Frankfurt und Gießen speziell für Ärztinnen und Ärzte im ersten Weiterbildungsjahr konzipiert, stieß die eintägige Fortbildung sowohl bei jungen Leuten als auch bei Rückkehrern in den Arztberuf auf großes Interesse: 24 Teilnehmer machten bei dem Einsteigerseminar in Bad Nauheim mit. "Ziel ist die Vorbereitung auf die ersten Bereitschaftsdienste nachts oder an Wochenenden", erzählt Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth, Vorsitzender der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen. "Früher wurde man drei Monate lang in der Klinik eingearbeitet, heute sind es gerade einmal sechs Wochen. Daraus ergeben sich Weiterbildungsdefizite, die wir in der Akademie abfedern möchten." Das von Professor Genth gemeinsam mit Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Bratzke, Prof. Dr. med. Konstantin Mayer und Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen entwickelte Seminar soll Einsteiger und Rückkehrer aller Weiterbildungs-Fachrichtungen gleichermaßen unterstützen. Besprochen werden häufig vorkommende notfallmedizinische Krankheitsbilder mit Fallbeispielen aus der Chirurgie, Inneren Medizin und Rechtsmedizin.

Welche diagnostischen Maßnahmen sind einzuleiten?

Eine 50-jährige Patientin wird als Notfall ins Krankenhaus gebracht. Klinische Symptome: Bewusstseinsstörung, Hemiplegie, im weiteren Verlauf zunehmende Ateminsuffizienz. Welche diagnostischen Maßnahmen sind bei diesem Fallbeispiel einzuleiten? Wie sieht

die Entscheidung aufgrund des diagnostischen Befundes aus? Anderes Beispiel: Ein 60 Jahre alter Patient kommt zum wiederholten Mal im selben Jahr in die Notaufnahme und klagt über Brustschmerzen. In diesem Fall geht es sowohl um internistische Fragestellungen – Erkennen eines Myokardinfarktes im EKG und Einleiten der (regulären) Akutversorgung – als auch um psychiatrische bzw. rechtsmedizinische Problemkreise, denn der alkoholisierte Mann verweigert die Behandlung. Darf

Dr. med. Ulrike Kaltenbach:



"Das Seminar hat mir Spaß gemacht und viel gebracht. Gerade die Fallvorstellungen aus der Notfallmedi-

zin waren interessant für mich. Rechtliche Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns hat Professor Bratzke ansprechend dargestellt. Er sortierte für uns Paragrafen des BGB, erläuterte das Patientenrechtegesetz und ging auf Themen wie Vorsorgevollmacht und Aufklärungspflicht ein. Beruhigend wirkte seine Aussage, dass neben all den gesetzlichen Vorgaben in die einzelnen Entscheidungsprozesse auf jeden Fall auch das eigene ärztliche Gewissen mit einfließen sollte. Was mich begeistert hat, war die gemischte Zusammensetzung des Kurses: Junge Ärztinnen und Ärzte und Wiedereinsteiger, die auch nach Jahren berufsfremder Tätigkeit gute und spannende Stellen im ärztlichen Bereich gefunden haben."

Fortbildung

der Patient gehen? Ist er entscheidungsfähig? Besteht Lebensgefahr? "Die Kursteilnehmer werden mit interdisziplinären, viele Organsysteme betreffenden Notfallthemen aus der Praxis konfrontiert und sollen Lösungen erarbeiten", erklärt Genth. "Das Besondere

Dr. med. Karola Müller:

"Ich war sehr insgesamt zufrieden. Vor allem die praktischen EKG-Übungen fand ich interessant und gelungen: Was macht man bei Kreislaufund Herz-Rhythmusproblemen? Auf diese Frage gab es aufschlussreiche Antworten. Ergänzend sollte über die wichtigsten Indikationen und Kontraindikationen von Notfallmedikamenten informiert werden. Dass die Inhalte des Seminars auf einen Tag komprimiert werden, finde ich gut. Allerdings könnte ich mir künftig eine thematische Splittung vorstellen, bei der die Bereiche Chirurgie und Innere Medizin in unterschiedlichen Seminaren angeboten werden."

ist der praktische Teil. Mithilfe einer Simulatortechnik führen sie selbstständig Ultraschall-Diagnostiken medizinischer Notfälle an Ultraschall-Puppen durch, auf die die Krankheitsbilder aufgespielt sind; außerdem werden typische EKGund Röntgenbefunde in kleinen Gruppen interpretiert. "Wir wollen keine formalen Unterrichtsmodelle präsentieren, sondern Praxisbezug bieten", so Genth weiter. Für die Prognose von Notfallpatienten sei der Zeitraum zwischen dem Symptom- und dem Behandlungsbeginn entscheidend. "Das Seminar soll rasches, zielorientiertes ärztliches Handeln trainieren – und dies schon zu Beginn der Weiterbildungszeit."

Rechtlicher Rahmen ärztlichen Handelns

Wie wird ein Totenschein ausgefüllt? Auch diese Frage ist Gegenstand des Seminars. Dass Ärzte bei der Bescheinigung der Todesart in rechtlich problematische Situationen geraten können, macht ein Fallbeispiel aus der Rechtsmedizin deutlich. Kann kann der Verzicht auf ärztliche Maßnahmen in einer Notfallsituation wegen fehlender Einwilligung des Patienten den Vorwurf der Tötung durch Unterlassung nach sich ziehen? "Der rechtliche Rahmen ärztlichen Handelns wird erarbeitet und seine Folgen werden diskutiert", sagt Genth. "Das positive Echo der Teilnehmer hat uns in dem Seminar-

Dr. med. Karin Koller:



"Das Seminar war inhaltlich genau das, was ich erwartet hatte. Mir hat beispielsweise sehr geholfen, dass die

Totenscheine korrigiert wurden. Auch die Gruppenarbeit mit ganz unterschiedlichen Teilnehmern – Jüngeren und Älteren – hat mir Freude gemacht. Es bestand jederzeit die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Das, was wir erarbeitet haben, ist für meine Arbeit im Krankenhaus sehr hilfreich. Die Ultraschall-Übungen bei einem Notfall – akutes Abdomen – waren ausgesprochen interessant. Schön, dass man selbst nicht nur Dinge rezipiert hat, sondern auch gefordert wurde."

konzept bestärkt. Auch bei dem nächsten Kursen sind wir wieder auf Rückkopplungen angewiesen, damit wir das Angebot noch besser an den Bedürfnissen von jungen Ärzten und Rückkehrern in den Arztberuf orientieren können."

Nächste Einsteigerseminare: Mi, 20.05.15; Mi, 18.11.15, jeweils 9 – 17.30 Uhr Anmeldung: baebel.buss@laekh.de

Katja Möhrle

Geburtstage

Bezirksärztekammer Darmstadt

Bezirksärztekammer Gießen

Gesundheitspolitik

9. Rhein-Main-Zukunftskongress: Krankenhausreform ante portas

Die bevorstehende Krankenhausreform war eines der zentralen Themen beim 9. Rhein-Main-Zukunftskongress Ende Februar in Offenbach. Die Eckpunkte, erarbeitet von der Bund-Länder-Arbeitsgemeinschaft, werden momentan in einen Referentenentwurf überführt, berichtete Stefan Grüttner, hessischer Minister für Soziales und Integration (CDU). Insbesondere bei Fragen zur Sicherstellung von Notfallund Grundversorgung werde die hessische Erfahrung in die Bundesgesetzgebung einfließen. "Notfallversorgung heißt 365 Tage, 24 Stunden bereit zu sein, selbst wenn kein Patient kommt. Das kostet Geld, das muss in Zukunft besser finanziert werden". betonte der hessische Staatsminister und verwies auf entsprechende Ansätze im Eckpunktepapier. Momentan erhalten Krankenhäuser pro ambulantem Notfall-Fall 32 Euro, ergänzte Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft. "Die Krankenhäuser haben aber mehr Kosten als 32 Euro für Vorhaltung von Diagnostik und multidisziplinären Teams. Es müssen unbedingt Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden, dass die Krankenhäuser in eine andere Finanzierungsstruktur für die Notfallambulanzen kommen", fügte er hinzu.

Qualitätsgesteuerte Vergütung

Eine Krankenhausversorgung, die schnell erreichbar ist und ein hohes Qualitätsniveau aufweist - das seien die Ansprüche, denen sich die Arbeitsgemeinschaft gestellt habe. Zentral sei außerdem das Vertrauen, das der Patient in die ihm angebotenen Leistungen haben müsse. "Dieses Vertrauen hängt letztlich zusammen mit der Fragestellung von Qualität", betonte Grüttner. Das Eckpunktepapier beinhaltet unter anderem, die Krankenhausplanung und -finanzierung zukünftig auf der Grundlage von Qualitätskriterien zu steuern. Entwickelt werden diese vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Häuser, die gute Qualität bieten, sollen entsprechend Zuschläge erhalten, während solchen, die die Qualitätskriterien nicht erfüllen, Abschläge drohen bis hin zum Entzug des Versorgungsauftrages.

Idee gut - Umsetzung fraglich

Klinikvertreter stehen diesen Plänen skeptisch gegenüber. Bernhard Ziegler, Direktor des Klinikums Itzehoe und Vorsitzender des Vorstands des Interessenverbandes kommunaler Krankenhäuser, attestierte, dass der Ansatz zwar diagnostisch richtig, aber therapeutisch noch nicht weitreichend genug sei. "Die Gretchenfrage ist: Nach welchen Kriterien erfolgt die Qualitätsmessung? Sie muss vergleichbar, objektiv und messbar sein", so der Geschäftsführer des Sana Klinikums Offenbach, Sascha John.

Vor einer ergebnisorientierten Vergütung warnte auch Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille, Kongresspräsident und Stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. "Bei einer solchen Vergütung muss zwischen dem Ergebnisindikator und der Leistung eines Arztes eine klare Kausalität gegeben sein." Wille sieht dabei zwei Störgrößen: Zum einen können viele Leistungen eines Krankenhauses erst nach einer gewissen Zeit und nicht bereits bei Verlassen der Klinik beurteilt werden. Zum anderen spiele die Compliance der Patienten eine wesentliche Rolle.

"Wir haben einen so hoch regulierten Markt auf dem Gesundheitswesen, wir müssen alles versuchen, um wettbewerbliche Komponenten hineinzubekommen", betonte jedoch Grüttner: "Aber Wettbewerb kann auch Qualitätswettbewerb sein. Das ist der beste Wettbewerb; den wollen wir befördern."

Das Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgemeinschaft zur Krankenhausreform 2015 ist auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit abrufbar unter: www.bmg.bund.de

Maren Grikscheit





Dr. med. Karl-Heinz Blum (Mitte) informiert am Stand der Landesärztekammer Hessen

Plattform für junge Ärztinnen und Ärzte: "Operation Karriere" in Frankfurt am Main

Wie geht es nach dem Studium weiter? Welche Weiterbildung passt zu mir? Oder: Wie bewerbe ich mich auf eine Stelle? -Diese und weitere Fragen beschäftigten wohl die meisten jungen oder noch angehenden Ärztinnen und Ärzte, die am 21. Februar 2015 den Nachwuchskongress "Operation Karriere" auf dem Campus Westend der Frankfurter Goethe-Universität besuchten. Dass sich der vom Deutschen Ärzteverlag in Kooperation mit der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) organisierte Kongress mittlerweile zu einer bedeutenden Nachwuchsveranstaltung etabliert hat, zeigen unter anderem die steigenden Anmeldezahlen: Waren es im vergangenen Jahr noch rund 350 Besucherinnen und Besucher, stieg die Zahl in diesem Jahr auf 420.

Was junge Ärztinnen und Ärzte wirklich wollen

In dem Eröffnungsvortrag informierte Nina Walter, Leiterin der Stabsstelle Qualitätssicherung, Versorgungsmanagement und Gesundheitsökonomie und stellvertretende Ärztliche Geschäftsführerin der LÄKH, über "Beruf und Karriere – Was junge Mediziner wirklich wollen". So zeigen die von der Stabsstelle seit 2009 durchgeführten Befragungen von Medizinabsolventinnen und -absolventen der hessischen Fakultäten, dass die Mehrheit

nach ihrem Studium ärztlich tätig sein möchte und sich die Pläne im Laufe des Studiums nicht grundlegend ändern.

Auch das Ende 2013 gestartete Weiterbildungsregister stellte Walter kurz vor. Es gibt Aufschluss darüber, welche Ärztinnen und Ärzte in Hessen sich wo in Weiterbildung befinden, erklärte Walter. Ihrem Aufruf an alle Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, sich bei der LÄKH zu melden, wenn sie für Befragungen, Interviews oder ähnliche Projekte zur Verfügung stünden, kamen im Anschluss bereits einige nach. Nur über den direkten Kontakt sei es möglich, differenzierter über die Bedürfnisse des ärztlichen Nachwuchses informiert zu sein und entsprechend reagieren zu können, unterstrich Walter.

Großes Interesse an Nachwuchsprojekten

1:1-Gespräche rund um das Thema Weiterbildung, Weiterbildungsregister sowie zu Angeboten der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung boten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LÄKH an ihrem Informationsstand an. Mit großem Interesse kamen die jungen oder noch angehenden Ärztinnen und Ärzte an den Stand und erkundigten sich über die Nachwuchsprojekte und Details zum Weiterbildungsregister, berichtet Dr. Dipl.-Soz. Iris Bruchhäuser, Wissenschaftliche Referentin der Stabs-

Geburtstage

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Therese Delling 25 Jahre bei COS



Als ausgebildete Bürokauffrau hat Therese Delling ihre Tätigkeit bei der Carl-Oelemann-Schule (COS) am 15. März 1990 begonnen, im Bereich Rechnungswesen. Wenn alle an-

deren Mitarbeiterinnen der Schule nach einem Lehrgang die Akten schließen, beginnt für Therese Delling die Arbeit. Mit großer Sorgfalt überprüft sie die Anmeldeunterlagen, Teilnehmerlisten und Konten, kontiert die Honorare der freiberuflichen Dozenten und sorgt für viele weitere Zahlungsanweisungen.

Nicht immer verlaufen die Geschäftsprozesse problemlos, was dazu führt, dass Therese Delling freundlich, aber auch nachdrücklich an eine ausstehende Zahlungen erinnern muss –Kompetenzen im Beschwerdemanagement ebenso wie Teamarbeit sind unerlässlich. Zusammen mit der Finanzbuchhaltung sorgt Delling dafür, dass jeder Euro an die richtige Stelle fließt.

Die Geschäftsführung der Landesärztekammer Hessen und die Gremien der Carl-Oelemann-Schule gratulieren Therese Delling zum 25. Dienstjubiläum.

Silvia Happel

Schulleiterin Carl-Oelemann-Schule

Ungültige **Arztausweise**

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

Arztausweis-Nr. 060033093 ausgestellt am 27.03.2014 für Dr. med. Lars Bodammer. Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060028905 ausgestellt am 13.02.2013 für Dipl.-Med. Annette Brinkmann-Schwalm, Neukirchen

Arztausweis-Nr. 060033293 ausgestellt am 11.04.2014 für Petronela Coanda, Bad Schwalbach

Arztausweis-Nr. 060021857 ausgestellt am 09.08.2011 für Privatdozent Dr. med. habil. Bernhard Jahn-Mühl, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060020234 ausgestellt am 09.03.2011 für Ralph Klages, Osterode

Arztausweis-Nr. 060017113 ausgestellt am 04.06.2010 für Dr. med. Igor Lacko, Kelkheim

Arztausweis-Nr. 060031273 ausgestellt am 02.10.2013 für Natalie Mann-Borchert, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060016496 ausgestellt am 08.04.2010 für Dr. med. Branco Marcovici, Marburg

Arztausweis-Nr. 060028455 ausgestellt am 10.01.2013 für Dr. med. Markus Schaller. Gießen

Arztausweis-Nr. 060031983 ausgestellt am 02.01.2014 für Dr. med. Uwe Schlevoigt,

Arztausweis-Nr. 060027915 ausgestellt am 15.11.2012 für Bernd Schmitz, Montbeliard

Arztausweis-Nr. 060036354 ausgestellt am 02.12.2014 für Felix Zeuzem, Frankfurt



stelle Qualitätssicherung, Versorgungsmanagement und Gesundheitsökonomie der LÄKH, die das Register anhand eines Posters den Interessierten näher erläuterte.

Häufige Fragen am Stand drehten sich außerdem um die Weiterbildung, für die Dr. med. Viktor Karnosky, Leiter der Abteilung Ärztliche Weiterbildung, und dessen Stellvertreter Dr. med. Karl-Heinz Blum ein offenes Ohr hatten: Wie geht es nach dem Studium bzw. der Approbation weiter? Wann muss die Meldung bei der Kammer erfolgen? Oder: Was ist beim Wechsel in ein anderes Bundesland zu beachten? Wie bereits im Jahr zuvor, waren auch diesmal viele ausländische (angehende) Ärztinnen und Ärzte dabei, die in Deutschland Fuß fassen wollen oder bereits hier arbeiten.

Die vielfältigen Fragen zu Akademieveranstaltungen beantworteten die Leiterinnen der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Sandra Bauer, M.A. und Dr. rer. nat. Aline Zetsche. Sie informierten über eine Auswahl aus ihrem Veranstaltungsangebot, die besonders für junge Ärztinnen und Ärzte zu Beginn der Weiterbildung Bedeutung hat. Das sind neben den Kurs-Weiterbildungen "Arbeitsmedizin" und "Allgemeinmedizin" vor allem Fortbildungen, die in den ersten Jahren der Berufsausübung benötigt werden: das Einsteigerseminar, der EKG-Kurs, die Ultraschallkurse "Abdomen" und "Gefäße" sowie die Kurse zur Fachkunde im Strahlenschutz.

Ärztekammer

Unterstützung bei der Entscheidungsfindung

In zahlreichen Workshops und Vorträgen wurden außerdem die "Möglichkeiten der Berufsausübung – Von A wie Approbation bis Z wie Zulassung" oder Spezialisten im Profil vorgestellt. So sprach die Vizepräsidentin der LÄKH, Monika Buchalik, über den Facharzt für Allgemeinmedizin und informierte unter anderem über die Möglichkeiten zur Förderung oder auch über Weiterbildungsverbünde. "Auch wenn die einzelnen Referenten für ihr jeweiliges Fach warben, ging es den meisten nicht darum, junge Ärztinnen und Ärzte einfach auf ihre Seite zu ziehen", resümierte Bruchhäuser. Das grundlegende Interesse für die fachlichen Inhalte eines Bereiches sei am wichtigsten für die Entscheidungsfindung.

Maren Grikscheit

Die Weiterbildungsabteilung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) bietet Ihnen kompetente Ansprechpartner zu den einzelnen Fachgebieten.

Im Internet unter: www.laekh.de/aerzte/ weiterbildung/kontakt/index.html E-Mail: weiterbildung@laekh.de

Operation Karriere wird nächstes Jahr in Frankfurt am 13. Februar 2016 stattfinden. Infos im Internet: www.operation-karriere.de

Sport macht Spaß

Der Hessische Behindertenverband hat die Broschüre "Sport macht Spaß" herausgegeben.

Derzeit gibt es rund 600 Vereine und Abteilungen in Sportvereinen des Hessischen Behinderten- und Rehabilitations-Sportverbandes. Mit der Broschüre soll auf die vielfältigen Möglichkeiten aufmerksam gemacht werden, die der Sport für Menschen mit Handicap bietet. Darin werden zu Beispiel Tipps gegeben, wie ein Behinderten- oder Rehabilitations-Sportverein bzw. -Abteilung gegründet wird. Es findet sich ein Positionspapier zum Thema, außerdem werden unter anderem die

Ansprechpartner für den Behindertensport in der Region genannt.

Der Hessische Behindertenverband ist als Fachverband Mitglied im Landessportbund Hessen und im Deutschen Behindertensportverband (DBS) für den gesamten Behindertensport in Hessen verantwortlich. Die Broschüre im Internet unter: www.handicapsports.de

Kontakt:

Hessischer Behinderten-und Rehabilitations-Sportverband e. V. Frankfurter Straße 7, 36043 Fulda Fon: 0661 869769-0 E-Mail: geschaeftsstelle@hbrs.de

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Berichtigung der Bekanntmachung der Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen

Die Bekanntmachung der Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 10. Dezember 2014 (Hessisches Ärzteblatt HÄBL 1/2015, S. 46 f.) wird in Artikel I Nr. 1.) wie folgt berichtigt:

Im Kapitel "Weiterbildungszeit:", erster Spiegelstrich, werden nach den Wörtern "im Rahmen des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin" die Worte "bis zu" eingefügt.

Frankfurt, 14. Januar 2015

J. Shulland

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

Präsident –

Diese Berichtigung wurde vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration am 10. Februar 2015 genehmigt.

Berichtigung der Bekanntmachung der Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen

Die Bekanntmachung der Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen vom 10. Dezember 2014 (Hessisches Ärzteblatt HÄBL 1/2015, S. 40 ff.) wird wie folgt berichtigt:

In der "Anlage: Beitragstabelle gemäß § 2 Absatz 1" muss zur Beitragsstufe 990 eine Fußnote hinzugefügt werden:

990	ab 500.000	0,59 % *
-----	------------	----------

*Ab 500.000 € beträgt der Beitrag 0,59% der Einkünfte gemäß § 3. Der Höchstbeitrag wird auf 5.600 € begrenzt.

Frankfurt, 14. Januar 2015

J. Shulland

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

- Präsident -

Diese Berichtigung wurde vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration am 10. Februar 2015 genehmigt

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

Praktikanten in Arztpraxen

• Schülerbetriebspraktika der gemeinbildenden Schulen sowie Praktika innerhalb der zweijährigen Berufsfachschule und der Fachoberschule Gesundheit in Arztpraxen

Praktikanten sind Teil des Arbeitsalltags von Einrichtungen im Gesundheitswesen. Praktika unterschiedlichster Art werden auch in Arztpraxen angeboten. Sie können einen hilfreichen Beitrag zu einer gut vorbereiteten und begründeten Berufswahl in einem Gesundheitsberuf wie dem der/des Medizinischen Fachangestellten leisten. Damit Praktika in Arztpraxen überhaupt durchführbar sind, bedürfen sie klarer Reglungen in Bezug auf Arbeits- und Gesundheitsschutz, Schweigepflicht und Datenschutz sowie den Schutz der Intimsphäre des Patienten.

Informationen im Internet unter: http://www.laekh.de/upload/ MFA AH/Berufspraktikum/Merk blatt_Schueler-praktika.pdf

Ehrungen MFA / Arzthelferinnen

Wir gratulieren zum mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:

Katrin Wagner,

seit 14 Jahren tätig bei Dr. med. M. Haas-Weber, Dr. med. A. Hohoff und Dr. med. R. Niederhagen, vormals Praxis Dr. med. M. Haas-Weber und Dr. med. A. Hohoff, Hanau;

Susanne Leiß,

seit 15 Jahren tätig bei Dr. med. H.-J. Ewers, Offenbach:

Andrea Winter.

seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. C. Frankman und Dr. med. J. Riekhof, vormals Praxis Dr. med. G. Schröder und Dr. med. C. Frankman. Fuldabrück.

Zum mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum gratulieren wir:

Sylvia Oestreich,

seit 26 Jahren tätig bei Dr. med. M. Haas-Weber, Dr. med. A. Hohoff und Dr. med. R. Niederhagen, vormals Praxis Dr. med. M. Haas-Weber und Dr. med. A. Hohoff, Hanau:

und zum mehr als 40-jährigen Berufsjubiläum:

Brigitte Unger,

seit 50 Jahren tätig bei Dr. med. S. Pollmächer und Dr. med. I. C. Niemetz, vormals Praxis Dr. med. S. Pollmächer, Kassel, vormals Praxis Dr. med. Tilenius. Halver.

Goldenes Doktorjubiläum

06.05. Dr. med. Udo Diedrichsen, Kassel Bezirksärztekammer Kassel

Dr. med. Lothar Schneider, Eschwege, Bezirksärztekammer Kassel



Wir gedenken der Verstorbenen

Leit. Med.-Dir. i.R. Dr. med. Heinz Blüthgen, Ortenberg * 28.01.1926 † 07.01.2015

Dr. med. Winfried Bopp, Ginsheim-Gustavsburg * 11.02.1939 † 16.12.2012

Dr. med. Ruth Duve, Hattersheim * 29.12.1924 † 01.01.2015

Dr. med. Thomas Gilfert, Kassel * 05.09.1948 † 05.08.2014

Irmin Gräser, Frankfurt * 05.02.1951 † 21.05.2014

Wolfgang Hagemann, Frankfurt * 29.11.1949 † 30.12.2014

Dr. med. Juergen Herwig, Zornheim * 28.09.1950 † 24.01.2015 Dr. med. Horst Hillgärtner, Schlüchtern * 08.06.1949 † 09.01.2014

Privatdozent Dr. med. Andreas Johann Klima, Bad Homburg * 08.06.1952 | † 16.10.2014

Dr. med. Hans-Joachim Krause, Wiesbaden * 30.11.1948 † 11.01.2015

Dr. med. Hans-Walter Lösch, Darmstadt

22.05.1931 + 03.01.2015

Dr. med. Eberhard Marczynski, Rüsselsheim

Dr. med. Sigrid Walburg Maric, Bad Homburg

* 16.04.1939 † 10.12.2014

Dr. med. Robert Ochsenfarth, Bad Hersfeld * 17.01.1925 † 19.11.2014

Ilse von Papen, Wiesbaden * 25.07.1922 † 16.10.2014

Dr. med. Gerd Heinz Schwiedernoch, Osnabrück

* 19.01.1947 † 05.02.2015

Mohammad Tasslimi, Darmstadt * 20.08.1961 † 13.01.2015

Dr. med. Ludwig Zeuch, Arolsen * 09.11.1928 † 22.12.2014

Akutversorgung nach Vergewaltigung ohne polizeiliche Anzeige

Kostenlose Fortbildung

Termin: 15. April 2015 **Beginn:** 10 bis 17 Uhr

Ort: Haus am Dom in Frankfurt/Main **Fortbildungspunkte** sind beantragt

Seit zwei Jahren gibt es in Frankfurt das Projekt "Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung ohne vorausgegangene Anzeige". Hier wird Frauen die notwendige Akutversorgung nach einer Sexualstraftat ermöglicht, ohne dass eine polizeiliche Anzeige vorausgegangenen ist.

Wie lassen sich Spuren und Befunde sichern, sodass sie vor Gericht Bestand haben? Wie sehen die Untersuchungsabläufe im Detail aus? Wie lassen sich Rechtsunsicherheiten seitens der Ärzteschaft aus dem Weg räumen?

Die ärztliche Fortbildungsveranstaltung Medizinische Akutversorgung nach Vergewaltigung ohne polizeiliche Anzeige gibt Antworten – für Ärztinnen und Ärzte aus Krankenhäusern und niedergelassenen Praxen; in Zusammenarbeit mit dem hessischen Sozialministerium.

Eine verbindliche Anmeldung ist bis zum 31. März 2015 nur online möglich: www.frauennotruf-frankfurt.de unter "Aktuelles".

Weitere Informationen im Internet: www.soforthilfe-nach-Vergewaltigung.

Sterbenden hospizliche Begleitung ermöglichen

Der hessische Gesundheitsminister Stefan Grüttner (CDU) stellt sich gegen den Bundesvorstoß einer flächendeckenden Versorgung mit stationären Hospizen. Vielmehr sollen Menschen mit einer guten Schmerztherapie von haupt- und ehrenamtlich Tätigen zuhause, im Pflegeheim, im Krankenhaus oder im stationären Hospiz begleitet werden, sagte Grüttner. Damit sollen die ambulanten Strukturen der palliativen Begleitung gestärkt werden. In Hessen gibt es 105 ambulante Hospizinitiativen sowie sieben ambulante Kinderhospizdienste. Stationär arbeiten 17 Hospize für Erwachsene, ein Kinderhospiz, 36 Krankenhäuser mit einer Palliativeinrichtung und 22 ambulante Palliativteams (Quelle: Sozialministerium).



Hessisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R.

Herausgeber: Landesärztekammer Hessen

Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M., Tel.: +49 69 97672-0

www.laekh.de, E-Mail: info@laekh.de

Verantwortlicher Redakteur (i.S.d. Presserechts): 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.

Redaktionsassistenz: Dipl.-Theol. (ev.) Isolde Asbeck

Design und Online-Auftritt: Katja Kölsch M.A.

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

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

Akademie: Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth Versorgungswerk: Dr. med. Brigitte Ende

Anschrift der Redaktion: Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen

Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M. Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

E-Mail: schriftleitung-haebl@laekh.de

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH

Dieselstr. 2, 50859 Köln, Postfach 40 02 65, 50832 Köln

Tel.: +49 2234 7011-0, www.aerzteverlag.de

Geschäftsführung: Norbert A. Froitzheim (Verleger), Jürgen Führer

Leiterin Produktbereich: Katrin Groos Produktmanagement: Marie-Luise Bertram,

Tel.: +49 2234 7011-389, E-Mail: ml.bertram@aerzteverlag.de

Abonnementservice: Tel.: +49 2234 7011-520, Fax: +49 2234 7011-6314

Abo-Service@aerzteverlag.de Leiter Kunden Center: Michael Heinrich

Tel. +49 2234 7011-233, E-Mail: heinrich@aerzteverlag.de

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt: Michael Laschewski, Tel.: +49 2234 7011-252, E-Mail: laschewski@aerzteverlag.de

Leiterin Anzeigenmanagement Stellen-/Rubrikenmarkt: Katja Höcker,

Tel.: +49 2234 7011-286, E-Mail: hoecker@aerzteverlag.de

Leiterin Anzeigenmanagement Industrie und verantwortlich

für den Anzeigenteil: Marga Pinsdorf

Tel.: +49 2234 7011-243, E-Mail: pinsdorf@aerzteverlag.de

Key Account Manager: KAM Medizin Marek Hetmann Tel.: +49 2234 7011-318, E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

Verlagsrepräsentanten Industrie

Verkaufsgebiet Nord/Ost: Götz Kneiseler

Uhlandstraße 161, 10719 Berlin

Tel.: +49 30 88682873, Fax: +49 30 88682874, Mobil: +49 172 3103383

E-Mail: kneiseler@aerzteverlag.de

Verkaufsgebiet Süd: Peter Ocklenburg Langenbachweg 2, 79215 Biederbach

Tel.: +49 7682 9265020, Fax: +49 7682 9265022, Mobil: +49 178 8749013

E-Mail: ocklenburg@aerzteverlag.de

Verkauf Non-Health: Eric Le Gall

Königsberger Str.11, 51469 Bergisch Gladbach

Tel.: +49 2202 9649510, Fax: +49 2202 9649509, Mobil: +49 172 2575333

E-Mail: legall@aerzteverlag.de

Leiter Medienproduktion: Bernd Schunk

Tel.: +49 2234 7011-280, E-Mail: schunk@aerzteverlag.de

Herstellung: Alexander Krauth

Tel.: +49 2234 7011-278, E-Mail: krauth@aerzteverlag.de

Layout: Sabine Tillmann

Druckerei: L.N. Schaffrath Druck Medien Marktweg 42-50, 47608 Geldern

Erscheinungsweise:

Die Zeitschrift erscheint 11 x jährlich Jahresbezugspreis Inland: 128,00 €

Ermäßigter Preis für Studenten jährlich: 80,00 €

Einzelheftpreis: 13,25 €

Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.

Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres. Gerichtsstand Köln. Für Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der

Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Konten / Account:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)

IBAN: DE 2830 0606 0101 0110 7410, BIC: DAAEDEDD Postbank Köln, Kto. 192 50-506 (BLZ 37010050) IBAN: DE 8337 0100 5000 1925 0506, BIC: PBNKDEFF

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 1, gültig ab 01.01.2015

Druckauflage: 33.000 Ex.

Der Verlag ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V.

76. Jahrgang ISSN 0171-9661

Urheber- und Verlagsrecht

Mit dem Einreichen eines Beitrags 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 Ärzteblatts. 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. Mit Annahme des Manuskriptes gehen das Recht der Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an die Deutsche Ärzte-Verlag GmbH über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. 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 gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Schriftleitung wieder. Die Veröffentlichung der Beiträge "Sicherer Verordnen" erfolgt außerhalb der Verantwortung der Schriftleitung und des Verlags.

© Copyright by Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln