

# Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

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

9 | 2013

September 2013

74. Jahrgang

MATHILDENHÖHE  
DARMSTADT

24  
HOURS  
7 DAYS A WEEK

KUNSTHALLE  
MARCEL  
DUCHAMP

CAROLINE BACHMANN  
STEFAN BANZ  
LA BROYEUSE DE CHOCOLAT

21.4.  
3.11.2013

- Hausärztliche Leitlinie „Multimedikation“ erschienen
- Antibiotikaresistente Keime – Die Geißel des 21. Jahrhunderts (?)
- Drei Jahre MRE-Netz Rhein-Main
- Gemeinsam erfolgreich bei der Bekämpfung schwarzer Schafe im Gesundheitswesen
- Einbecker Empfehlungen der DGMR
- „Medikationsprozess“
- Sicherer Verordnen
- Ärzte fragen, Politiker antworten
- Schokoladenreibe im Guckkasten
- Möbelklassiker – klassische Möbel

**Hessisches Ärzteblatt**

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

**Impressum****Herausgeber:**

Landesärztekammer Hessen  
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M.  
Fon: 069 97672-0

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

**Schriftleitung (verantwortlich):**

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

**Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:**

Katja Möhrle, M. A.

**Redaktions-Beirat:**

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

**Arzt- und Kassenarztrecht:**

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

**Anschrift der Redaktion:**

Angelika Kob und Dipl. Soz. Maren Siepmann,  
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M.  
Fon: 069 97672-147, Fax: 069 97672-247  
E-Mail: angelika.kob@laekh.de

**Redaktionsschluss:**

fünf Wochen vor Erscheinen

**Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:**

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

**Verlagsleitung:**

Dr. Rainer Stumpe

**Anzeigendisposition:**

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

**Druck:**

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

**Layout-Design:**

Kathrin Artmann, Schwäbisch-Hall  
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen

Zzt. ist Anzeigenpreisliste 2013 vom 1.1.2013 gültig.

**Bezugspreis / Abonnementspreise:**

Der Bezugspreis im Inland beträgt 125,50 € inkl. Ver-  
sandkosten (12 Ausgaben), im Ausland 125,50 € zzgl.  
Versand, Einzelheft 13,00 € zzgl. 2,50 € Versandkosten.  
Kündigung des Bezugs 2 Monate vor Ablauf des Abonne-  
ments. Für die Mitglieder der Landesärztekammer  
Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag  
abgegolten.

ISSN: 0171-9661

# Hessisches Ärzteblatt

**Editorial**

Von der Freiheit der Wissenschaft und Forschung **676**

**Aktuelles**

Antibiotikaresistente Keime – Die Geißel des 21. Jahrhunderts (?) **678**

Drei Jahre MRE-Netz Rhein-Main – **682**

Erstmals MRE-Siegel an Kliniken und Altenpflegeheime vergeben **684**

Hausärztliche Leitlinie „Multimedikation“ erschienen **693**

Gemeinsam erfolgreich bei der Bekämpfung schwarzer Schafe **694**

im Gesundheitswesen **693**

Ärzte fragen, Politiker antworten **694**

**Ansichten und Einsichten**

Dr. med. Hans Friedrich Spieß: **690**

„Die Abwicklung der Belegärzte ist politisch gewollt“ **690**

**Arzt- und Kassenarztrecht**

Einbecker Empfehlungen der DGMR zu Rechtsfragen **695**

der Personalisierten Medizin **695**

**Fortbildung**

Sicherer Verordnen **698**

Indikationseinschränkung für die Verordnung von Cilostazol / Pletal® **699**

durch die Europäische Arzneimittelagentur **699**

„Medikationsprozess“ erstellt von Dr. med. Peter Zürner **699**

**Von hessischen Ärztinnen und Ärzten**

Dr. med. Hans Medler mit Goethe-Plakette des Landes Hessen ausgezeichnet **700**

**Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Bad Nauheim 701**

**Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim 707**

**Parlando**

Schokoladenreibe im Guckkasten – **709**

Die Kunsthalle Marcel Duchamp in Darmstadt **710**

Möbelklassiker – klassische Möbel **712**

**Bücher 712**

**Briefe an die Schriftleitung 715**

**Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen 717**

**Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen 724**

*In dieser Ausgabe finden Sie in einigen PLZ-Gebieten eine Beilage der Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, für deren Inhalt der Werbungtreibende verantwortlich ist.*

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

# Von der Freiheit der Wissenschaft und Forschung



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

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

an dieser Stelle habe ich schon mehr als einmal meine von vielen Kolleginnen und Kollegen geteilten Bedenken gegen die stetig zunehmende Ökonomisierung der Medizin geäußert.

Bei einem Blick über unseren medizinischen Tellerrand stellt sich jedoch die Frage, wie weit die Ökonomisierung auch andere Lebensbereiche erreicht hat bzw. sie bereits entscheidend beeinflusst und bestimmt.

Dazu möchte ich einen Blick auf Universitäten und Forschung werfen.

Ende des 18. Jahrhunderts definierte Wilhelm von Humboldt Bildung als „die Anregung aller Kräfte des Menschen, damit diese sich über die Aneignung der Welt entfalten und zu einer sich selbst bestimmenden Individualität und Persönlichkeit führen“. Humboldt prägte auch den Begriff der „akademischen Freiheit“. Diese bedeutet die äußere Unabhängigkeit der Universität, die sich staatlichen Einflüssen entzieht. Von wirtschaftlichen Einflüssen hat zu Lebzeiten Humboldts wohl noch niemand gesprochen. Akademische Freiheit verlangt neben der äußeren Unabhängigkeit der Universität von staatlichen und wirtschaftlichen Zwängen auch die innere; d.h. freie Studienwahl und freie Studienorganisation. Die Universität soll deshalb ein Ort des permanenten öffentlichen Austausches zwischen allen am Wissenschaftsprozess Beteiligten sein. Noch heute beschreibt der Begriff des „humboldtschen Bildungsideals“ die Idee der „Einheit von Forschung und Lehre“ an den Universitäten.

Doch wie sieht die heutige Lebenswirklichkeit aus? In einer Zeit, in der der Staat

zweifelsohne sparsam wirtschaften muss, erhalten die Universitäten bei steigenden Studierendenzahlen immer weniger staatliche Mittel. In ihrer Not bemühen sich die Universitäten immer stärker um die Gewinnung sogenannter Drittmittel, die beileibe nicht immer von der Deutschen Forschungsgemeinschaft, die ihrerseits überwiegend staatliche Mittel erhält, zur Verfügung gestellt werden. Vielmehr werden fast zwangsläufig immer mehr privatwirtschaftliche Mittel eingeworben. Wer denkt da nicht an den Spruch: Wer zahlt, bestimmt die Musik. Längst nicht immer wird transparent, wer was beauftragt bzw. bezahlt. Ist das Wirken eines Lobbyisten noch klar und durchaus legitim, wirft das Ergebnis „fremd beauftragter“ wissenschaftlicher Arbeiten – so sie veröffentlicht und nicht verschwiegen werden – ein trübes Licht, dessen Schatten sich auch auf andere Arbeiten werfen könnte, denn das Misstrauen der Menschen wächst. Das Problem nicht veröffentlichter, weil nicht erwünschter Ergebnisse, kennen wir aus der medizinischen Forschung zur Genüge. Doch gerade in einer Zeit, die wissenschaftsgläubig ist, birgt dies große Gefahren. Die Unabhängigkeit von Wissenschaft und Forschung ist gefährdet. Wenn nur noch der schnelle Nutzen, gemeint ist der finanzielle Nutzen, das Maß aller Dinge ist, ist unsere Grundlage, die in der Vergangenheit viele herausragende Leistungen ermöglicht hat, erosionsgefährdet.

Paradoxerweise kann genau dieses Motto, alles nur unter dem finanziellen Nutzen zu werten, wirtschaftlich positive Entwicklungen gefährden. So ließ die Unternehmensberatung A.T. Kearney kürzlich verlautbaren, dass die forschenden Pharmafirmen trotz erheblich gesteigerter Entwicklungsmittel immer weniger neue Wirkstoffe zur Zulassung bringen. Grund seien unter anderem Projekte, die vielfach nicht etwa

wegen ihrer Studienergebnisse, sondern durch Managemententscheidungen gestoppt wurden. In der Konsequenz blieb dabei die Kreativität auf der Strecke. Weiter hieß es, Pharmaforschung sei auf die besten Köpfe angewiesen. Gerade diese verwirklichen ihre Ideen nicht mehr in den unter Kostendruck stehenden Industriebors.

Umso wichtiger ist unsere Rolle als Mittler zwischen Patient und vermeintlich objektiver Wissenschaft. Unser ärztliches Gewissen und das Wohl unserer Patienten stehen unzweifelhaft an erster Stelle. Auf dieser Basis müssen wir unsere Patienten beraten, behandeln und begleiten. Dies bedingt auch, selbst immer wieder einen Schritt beiseite zu treten, die eigene Arbeit, die eigenen Entscheidungen mit einem gewissen Abstand zu betrachten, um sie auf Angemessenheit und Unabhängigkeit zu prüfen.

Doch so wie auch akademische Freiheit auf dem Fehlen wirtschaftlicher und staatlicher Zwänge beruht, muss auch die ärztliche Freiheit gewahrt und permanent verteidigt werden. Neben einer soliden wissenschaftlichen Ausbildung bedarf dies einer ausreichenden Vergütung. So schließt sich der Kreis wieder.

Lassen Sie uns auch auf dieser Basis weiterhin gemeinsam für das Wohl unserer Patientinnen und Patienten kämpfen.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach  
Präsident

**Wir bringen Sie  
zusammen!**

**PRAXISFORUM**

SUCHE PRAXIS

BIETE PRAXIS

**12. Oktober 2013  
Kassel  
10 – 14 Uhr**

## 6. Hessisches Gründer- und Abgeberforum

- ✓ Für Ärzte und Psychotherapeuten, die ihre Praxis abgeben wollen!
- ✓ Für Ärzte und Psychotherapeuten, die sich niederlassen wollen!
- ✓ Für Klinikärzte!
- ✓ Für Weiterbildungsassistenten!

Das erwartet Sie: ... Praxisbörse ... Fachvortrag ... individuelle Beratung ... Meeting Point ...

### Veranstaltungsort:

Kongress Palais Kassel  
Holger-Börner-Platz 1  
Eingang Aschrottplatz, Kolonnadensaal  
34119 Kassel

### Nähere Infos und Anmeldung:

Online über [www.kvhessen.de](http://www.kvhessen.de),  
per E-Mail an: [praxisforum@kvhessen.de](mailto:praxisforum@kvhessen.de) oder  
per Fax an: **(05 61) 7008-4747**

**Wir freuen uns auf Sie!**



# Antibiotikaresistente Keime – Die Geißel des 21. Jahrhunderts (?)

Ursel Heudorf

Unter dem Übertitel „Multiresistente Keime – Die Geißel des 21. Jahrhunderts (?)“, wurden in einer Fortbildung im Akademiegebäude in Bad Nauheim am 8.6.2013 die verschiedenen Facetten des enorm zunehmenden Problems der multiresistenten Erreger (MRE) betrachtet: Mikrobiologie und Epidemiologie, Infektiologie und Antibiotikatherapie, Tiermedizin sowie Hygiene.

Prof. Dr. med. Volkhard Kempf, Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Frankfurt, erinnerte zunächst daran, dass die weitaus meisten der etwa 5% nosokomialen Infektionen durch antibiotikasensible Keime verursacht werden, also nicht durch multiresistente Erreger. Dennoch sieht er das große Problem der multiresistenten Erreger: für die Patienten insbesondere wegen der oft fehlenden Therapiemöglichkeit, für die Kliniken wegen der hohen Kosten für Labordiagnostik, die Maßnahmen zur Vermeidung der Erregerübertragung (u.a. Barrier Nursing, Einzel-

zimmer) und wegen der Notwendigkeit zum Einsatz teurer Reserveantibiotika.

## Multiresistente Erreger: die vorhergesagte Katastrophe in der Medizin

Diese Erreger machen in Kliniken Probleme, sind jedoch häufig von einzelnen Patienten ins Krankenhaus mitgebracht. Große Aufmerksamkeit hatten im Jahr 2010 Berichte aus England, Pakistan und Indien erhalten, bei denen in hoher Zahl Infektionen mit *E. coli* und *Klebsiella pneumoniae* NDM-1 (sog. New Dehli Metallo-beta-Laktamase) nachgewiesen wurden (u.a. Carbapenem-resistent). Anhand retrospektiver Analysen zeigte Kempf, dass NDM-1 bereits im Jahr 2007 bei einem serbokroatischen Patienten in der Frankfurter Universitätsklinik in einem *Acinetobacter baumannii* Isolat nachweisbar gewesen war; dieser Keim war gegen alle Antibiotika resistent (Ausnahme: Colistin). Die genetische Information dieser Resistenzgene wird über Plasmide weitergegeben,

sodass sie auch auf weitere gramnegative Erreger übertragen werden kann. Und die Resistenzentwicklung geht noch weiter: Im Jahr 2010 wurde bei einem Patienten der Frankfurter Universitätsklinik erstmals ein *Klebsiella*-Isolat nachgewiesen, das gegen alle Antibiotika resistent war (einschließlich Colistin).

Während MRSA in den letzten Jahren in vielen europäischen Ländern stagniert oder abnimmt, berichtete Kempf anhand der Daten der europäischen Gesundheitsbehörde ECDC über eine leichte Zunahme an Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE; Darmkeime) in Deutschland, nicht jedoch in anderen europäischen Ländern, wohingegen allenthalben eine Zunahme an multiresistenten gramnegativen Erregern (MRGN) zu verzeichnen ist, insbesondere in Süd(Ost)-Europa (Griechenland, aber auch Italien)<sup>1</sup>. Angesichts der Zunahme dieser Erreger ist es besonders problematisch, dass hierfür keine neuen Antibiotika in Sicht sind.

<sup>1</sup> <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2011.pdf>

## Antiliganden als zukünftige neue Therapieoption?

In diesem Zusammenhang berichtete Kempf über eigene und aktuelle Forschungsergebnisse zu bakteriellen Adhäsinen, die den ersten Schritt der bakteriellen Besiedelung/Infektion einleiten. Ohne Adhärenzfaktoren kommt kein Kontakt zwischen Bakterium und Wirtszelle zustande, und damit auch keine Infektion. Kempfs Arbeitsgruppe arbeitet derzeit an der Entwicklung sogenannter Antiliganden, Peptide, die die Adhärenz und damit den ersten Schritt zur Besiedelung und der nachfolgenden Infektionen stören. Diese Liganden sind möglicherweise nicht nur für einen Erreger spezifisch, sondern könnten gegen ganze Gruppen gramnegativer Erreger wirksam sein. Ein interessanter Ansatz, der das Dilemma fehlender neuer, wirksamer Antibiotika umgehen könnte.

## „Bad bugs – no drugs“ – wirklich neue Antibiotika sind nicht zu erwarten

Dieses leitete über zu dem Vortrag von Prof. Dr. med. Hans-Reinhard Brodt, Leiter des Bereiches Infektiologie des Frankfurter Universitätsklinikums. Anhand vieler Beispiele zeigte er eindrucksvoll, dass in der Regel nur wenige Jahre (bis maximal 20 Jahre) vergehen zwischen der Einführung eines neuen Antibiotikums und der Resistenzentwicklung der Bakterien dagegen – einschließlich der eher neuen Antibiotika wie Linezolid, Daptomycin und Tigecyclin. Zwar wurde gerade ein neues Cephalosporin der fünften Generation zugelassen (Ceftarolin) mit guter Wirksamkeit gegen grampositive Erreger („MRSA-Cephalosporin“). Und möglicherweise wird nächstes Jahr eine weitere Substanz zugelassen, die auch gegen gramnegative Erreger wirkt (NXL 104 Avobactam). Doch wurde gerade auch der Phase-3 Versuch eines weiteren Cephalosporins (Ceftobirol)

wegen erheblicher Nebenwirkungen abgebrochen. Wirklich neue Substanzen sind in den letzten Jahren nicht auf den Markt gekommen und auch für die nächsten fünf bis zehn Jahre nicht zu erwarten.

Brodt berichtete über große Probleme mit der Verträglichkeit der sogenannten Reserveantibiotika. Die empfohlenen Dosierungen sind seiner Erfahrung nach häufig zu niedrig für eine effektive Therapie in vivo, die ausreichende Dosis sei aber oft mit nicht mehr tolerablen Nebenwirkungen verbunden, wie z.B. bei Tigecyclin. Das neue Ceftarolin müsse nach seiner Erfahrung mindestens drei- statt zweimal 600 mg dosiert werden, und auch Teicoplanin werde oft initial unterdosiert. Er empfiehlt zumindest initial höhere Dosierungen, wobei dringend Blutspiegel zu messen sind (Achtung: genaue Intervalle dokumentieren und einhalten!).

## Einsatz nebenwirkungsreicher Reserveantibiotika erfordert hohe Kompetenz

Am Beispiel Linezolid schilderte er, dass dieses Mittel zwar in vivo offenbar eine bessere Gewebegängigkeit aufweist als nach in-vitro Studien erwartet worden war, es ist jedoch eine extrem knochenmark-toxische Substanz, die innerhalb von 14 Tagen zu einer schweren Knochenmarksuppression mit Anämie und Thrombocytopenie führen kann, sodass hier enge Blutbildkontrollen erforderlich sind. Bei erneuter Gabe dieses Mittels kommt es oft schon am dritten Behandlungstag zu einer deutlichen Thrombocytopenie.

Angesichts dieser Probleme muss zunehmend wieder auf „alte“ Substanzen zurückgegriffen werden, u.a. Colistin bzw. Polymyxin. Auch diese Substanz werde oft zu gering dosiert, allerdings ist die Substanz extrem nephrotoxisch und kann

schnell zu einem dialysepflichtigen Nierenversagen führen (quasi eine „chemische Nephrektomie“).

Bei zunehmender Problematik Carbapenem-resistenter Erreger gebe es zwei Fraktionen: manche Infektiologen behandeln ausschließlich mit Colistin, andere ziehen zunächst noch eine Kombination von Meropenem in hoher Dosierung mit Colistin vor. Um sicher ausreichende Spiegel zu erhalten, sollen Carbapeneme am besten nicht als Bolus, sondern als Dauerinfusion gegeben werden. Wobei allerdings unbedingt zu beachten ist, dass sich Imipenem und Meropenem innerhalb von drei bis fünf Stunden zersetzen, sodass zwingend alle zwei bis drei Stunden neu zubereitete Lösungen eingesetzt werden müssen.

Brodts Vortrag zeigte eindrücklich, dass der Umgang und der Einsatz von sogenannten Reserveantibiotika eine medizinisch hochanspruchsvolle Aufgabe ist, die oft ein Team verschiedener Kliniker (Infektiologen, Hämatologen, Nephrologen) und eine gute mikrobiologische Begleitung erfordert.

### **Multiresistente Erreger im Lebensmittel – Ein Risiko für den Menschen? ...**

... lautete der Titel des Vortrags von PD Dr. Detlef Thiele, Leiter des Bereichs Veterinärwesen in Frankfurt am Main (früher: Veterinäramt). Er stellte zunächst Medienberichte vor über Enterobakterien mit erweiterter Resistenz gegen  $\beta$ -Laktamantibiotika (ESBL) in Schweinefleisch, MRSA und VRE in Proben von Mastputenherden etc. Dabei bleibt oft unklar, wie es zu der Belastung mit MRE kommt: Möglich ist neben der Selektion durch Antibiotika auch der Zukauf von besiedelten Tieren aber auch der Weg vom Mensch auf das Nutztier. Er legte klar dar, dass es das keimfreie Lebensmittel nicht gibt, dass

aber Basisregeln der Küchenhygiene die Risiken wirksam minimieren können. Allerdings werden die Basishygienemaßnahmen heute oft von den Verbrauchern missachtet.

Die wichtigste Maßnahme bei der Nahrungszubereitung ist die Händehygiene, das Händewaschen. „Das ist das Kernproblem, falls die Händehygiene nicht beachtet wird, kann man alles weitere fast vergessen“. Er mahnte grundsätzlich zur Vorsicht beim Verzehr von rohem Fleisch und empfahl, die Lebensmittel stets gut zu erhitzen (Beachtung: ausreichende Erhitzungstemperatur und -zeit). Grundsätzlich sollten Kontaminationen von Lebensmitteln, die nicht erhitzt werden, in der Küche vermieden werden, zum Beispiel durch Händewaschen zwischen den Arbeitsschritten, Verwendung anderer Schneideunterlagen und einer guten Reinigung aller Utensilien. Rohkost muss immer gut mit Trinkwasser gereinigt oder gegebenenfalls geschält werden. Nach jedem Kontakt mit Tieren – auch mit Haustieren – müssen die Hände gewaschen werden. Das alles gibt zwar keine 100-prozentige Sicherheit, aber bewirkt doch eine erhebliche Risikominderung – unabhängig von eventuellen Resistenzeigenschaften der Erreger.

Eine gute Hygiene bei der Nutztierhaltung (Desinfektion, Entwesen und bei der Fütterung), die frühzeitige Selektion von infizierten oder erkrankten Tieren, die Impfung und insbesondere optimierte Haltungsbedingungen (nicht zu hohe Herdengröße, Quarantäneeinrichtungen, Wasseraufbereitung, Nagerbekämpfung, Reinigung und Desinfektion des Stalls und der Tiertransporter) bieten darüber hinaus gute Möglichkeiten zur Minimierung des Antibiotikaeinsatzes in der Nutztierhaltung.

Thieles Fazit: Die Gefahr, die von Lebensmitteln mit multiresistenten Bakterien

ausgeht, kann bisher als gering betrachtet werden. Voraussetzung ist allerdings die Einhaltung entsprechender Hygienestandards auch in der privaten Küche.

### **Multiresistente Erreger – Hygiene wirkt!**

Zum Abschluss der Veranstaltung betrachtete PD Dr. med. Ursel Heudorf, Leiterin der Hygieneabteilung des Amtes für Gesundheit in Frankfurt und Vorsitzende des Fördervereins im MRE-Netz Rhein-Main, das Problem MRE aus Sicht der Hygiene. Jeder Mensch ist – unbemerkt – mit Millionen von Keimen besiedelt, auf der Haut, Schleimhaut und im Darm, zuweilen auch mit multiresistenten Erregern. Der wesentliche Übertragungsweg ist die Kontaktübertragung, entweder direkt über die Hände oder indirekt über kontaminierte Flächen und wieder über die Hände auf den Patienten. Daraus folgt: Händehygiene und Flächendesinfektion sind geeignete Schutzmaßnahmen. Der infektionspräventive Effekt der Händehygiene ist seit mehr als 150 Jahren (Semmelweis!) bekannt und wurde immer wieder in Studien bestätigt. Heudorf zeigte anhand von Untersuchungen der letzten Jahre, dass auch sachgerechte Flächendesinfektion nicht nur eine geringere Keimlast der Flächen bewirkt, sondern auch nachgewiesenermaßen zu einer Verminderung von Kolonisationen und Infektionen führen kann, gerade auch mit multiresistenten Erregern (Goodman et al., 2008; Datta et al., 2011; Dancer et al., 2009). Eine Studie erbrachte, dass intensivere Reinigung nicht nur Infektionen verhütete, sondern dadurch der Klinik auch 30.000 – 70.000 Pfund sparte! (Dancer et al., 2009).

### **Hygiene fängt nicht erst bei MRE an**

Das oft gehörte Argument, die Hygieneempfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

beim Management von MRSA und MRGN seien zu teuer und nicht umsetzbar, ließ Heudorf nicht gelten. Wenn die Basishygiene allgemein umgesetzt werde, sind nur wenige zusätzliche Maßnahmen der Distanzierung bis hin zum Einzelzimmer erforderlich. Sie verwies auf die neue Empfehlung der KRINKO zu MRGN aus dem Jahr 2012, über die im Hessischen Ärzteblatt berichtet wurde. Dort wurden auch die Maßnahmen der Basishygiene anschaulich zusammengefasst: Sachgerechte Händehygiene (Handschuhe, Händedesinfektion), Flächen- und Instrumentenaufbereitung und Abfallentsorgung sind grundsätzlich erforderlich – unabhängig davon, ob Besiedelungen oder Infektionen mit sensiblen oder multiresistenten Erregern verhütet werden sollen. Diese Basishygienemaßnahmen sind im Hessischen Ärzteblatt übersichtlich abgedruckt (HÄB 12/2012 S. 853).

Zur Prävention von Infektionen mit multiresistenten Erregern werden sogenannte Bündel empfohlen, zumeist mit Händehygiene im Fokus, kombiniert mit weiteren Maßnahmen wie MRE-Screening, Barrier-Nursing bis hin zur Einzelzimmerisolierung. In verschiedenen Studien wurden diese Bündel mit Erfolg eingesetzt und eine signifikante Verminderung der Infektionsraten z.B. mit MRSA erreicht (z.B. Awad et al., 2009; Curran et al. 2006; Bracco et al., 2007; Cheng et al., 2010, Marshall et al., 2013). Wenn einzelne Untersuchungen keinen Effekt zusätzlicher Barrieremaßnahmen oder einer Einzelzimmerisolierung erbracht hatten, war dies oft auf Fehler bei der Basishygiene zurückzuführen. Es ist nur zu plausibel, dass eine Einzelzimmerisolierung nicht effektiv sein kann, wenn gleichzeitig Fehler bei der Händehy-

giene gemacht werden. Das Einzelzimmer selbst verhindert Übertragungen nicht, wohl aber wird durch die Einzelzimmerunterbringung die Aufmerksamkeit des Personals auf die besonderen Hygienemaßnahmen gelenkt, was in der Regel zu einer besseren Compliance führt.

Am Beispiel MRSA zeigte Heudorf, dass es hier einer einrichtungsbezogenen ärztlichen Risikoanalyse und darauf abgestimmter Hygienemaßnahmen bedarf. Während in Kliniken mit den vielen schwerkranken Patienten mit Hautbarriereverletzungen (Wunden, Operationen, Katheter), vielen engen pflegerischen und auch ärztlichen Kontakten und den häufigen Antibiotika-Therapien (Wettbewerbsvorteil für antibiotikaresistente Erreger) eine MRSA-Übertragung rasch zu einer Infektion führen kann, ist die Situation in Altenpflegeheimen eine andere: Dort bleibt es – bei fehlenden Risikofaktoren – in der Regel bei Besiedelungen, sodass MRSA-Infektionen in Altenpflegeheimen eine extreme Seltenheit sind. Deswegen unterscheiden sich auch die von der KRINKO empfohlenen Maßnahmen: Isolierung in der Klinik, keine Isolierung im Altenpflegeheim.

Fazit: Das Problem der multiresistenten Erreger, insbesondere der gramnegativen Erreger, nimmt enorm zu, neue Antibiotika sind nicht in Sicht und die Therapie mit den Reserveantibiotika ist wegen erheblicher Nebenwirkungen eine höchst anspruchsvolle ärztliche Aufgabe. Vor diesem Hintergrund ist eine Rückbesinnung auf Grundprinzipien der Hygiene im Alltag – auch in der Nahrungszubereitung (Stichwort „Küchenhygiene“) – aber auch in medizinischen Einrichtungen unabdingbar. Hygiene wirkt! Und angemessen einge-

setzt spart sie nachweislich Erregerübertragungen und Infektionen und damit bares Geld.

PD Dr. med. Ursel Heudorf  
MRE-Netz Rhein-Main,  
Amt für Gesundheit  
Frankfurt am Main

E-Mail: Ursel.heudorf@stadt-frankfurt.de

#### Literatur:

Carling et al. Improved Cleaning of Patient Rooms Using a new Targeting Method. *Clin Infect Dis.* 2006; 42:385-8.

Goodman EC et al. Impact of environmental Cleaning Intervention on the Presence of Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and Vancomycin-resistant Enterococci on Surfaces in Intensive Care Unit Rooms. *Infect Contr Hosp Epidemiol* 2008 29:593-9.

Datta R et al. Environmental Cleaning Intervention and Risk of Acquiring Multidrug-Resistant Organisms From Prior Room Occupants. *Arch Intern Med.* 2011; 171(6):491-4.

Dancer J et al. Measuring the effect of enhanced cleaning in a UK hospital: a prospective cross-over study. *BMC Med.* 2009 Jun 8;7:28. doi: 10.1186/1741-7015-7-28.

Awad et al. Implementation of a methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) prevention bundle results in decreased MRSA surgical site infections. *Amer J Surg* 2009; 198: 607-610

Curran et al: Use of a temporary cohort ward as part of an intervention to reduce the incidence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a vascular surgery ward. *J Hosp Infect* 2006; 63: 374-379

Bracco et al. Single rooms may help to prevent nosocomial bloodstream infection and cross-transmission of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in intensive care units *Intensive Care Med* 2007; 33:836-840

Cheng et al. Sequential introduction of single room isolation and hand hygiene campaign in the control of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in intensive care unit. *BMC Infect Dis* 2010; 10: 263

Marshall et al., Do active surveillance and contact precautions reduce MRSA acquisition? A prospective interrupted time series. *Plos one* 2013



## Drei Jahre MRE-Netz Rhein-Main – Erstmals MRE-Siegel an Kliniken und Altenpflegeheime vergeben

Ursel Heudorf, Dorothea Mischler

Am 10. Juni 2013 hat das MRE-Netz Rhein-Main sein dreijähriges Bestehen gefeiert. In feierlichem Rahmen wurden erstmals MRE-Siegel an Krankenhäuser und Altenpflegeheime überreicht, die mehr als zwei Jahre im Netzwerk aktiv sind und die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt haben (Foto).

Im Rahmen der Feierstunde warf Frau PD Dr. med. Ursel Heudorf, die Vorsitzende des Fördervereins des Netzwerks, einen Blick zurück auf das in den letzten drei Jahren Geleistete: Das Netzwerk besteht inzwischen aus neun Städten und Kreisen, die Zahl der teilnehmenden Einrichtungen stieg von 77 auf 250, darunter 57 Krankenhäuser einschließlich neun Rehabilitationseinrichtungen, 90 Altenpflegeheime, 50 ambulante Pflegedienste, 25 Rettungsdienste/Krankentransporte und 28 Dialyseinrichtungen bzw. Arztpraxen.

Ziele des Netzwerks sind: Die Rate der Entstehung und Verbreitung von multiresistenten Erregern (MRE) in der Region zu vermindern, die Behandlung und die Rehabilitation der MRE-Patienten zu verbessern und einer Stigmatisierung von Menschen mit MRE entgegen zu wirken. Dazu setzt das Netzwerk auf Standardsetzung, insbesondere aber auf Information. Es hat Musterhygienepläne für Altenpflegeheime und Rehabilitationskliniken erarbeitet und publiziert, eine Homepage ([www.mre-rhein-main.de](http://www.mre-rhein-main.de)) eingerichtet, betreibt ein Informationstelefon zu multiresistenten Erregern (Tel.: 069 21248884), hat Flyer für Patienten und deren Angehörigen erstellt zu MRSA, VRE, ESBL und MRGN<sup>1</sup> und bietet zahlreiche Fortbildungen und Informa-



Verleihung des MRE-Siegels des MRE-Netz Rhein-Main an aktiv am Netzwerk teilnehmende Einrichtungen der Region

tionsveranstaltungen an – für Ärzte und medizinisches Personal, insbesondere aber auch für Personal in Altenpflegeheimen und ambulanten Pflegediensten.

### Rückblick

Die Homepage des Netzwerks wird intensiv genutzt (ca. 28.000 Zugriffe in den letzten drei Jahren), die Flyer für Patienten und Angehörige wurden nicht nur weit mehr als 125.000fach kostenlos verteilt, sie werden von vielen anderen Netzwerken übernommen und stehen im Netz auch in Russisch, Englisch und Türkisch zur Verfügung. In 185 Fortbildungen für Mitarbeiter von Altenpflegeheimen und ambulanten Pflegediensten wurden ca. 2800 Mitarbeiter im Hinblick auf multiresistente Erreger und die erforderlichen Hygienemaßnahmen geschult. Das Informationstelefon

des Netzwerks wurde über 1000 Mal zu Rate gezogen.

Das Netzwerk führt auch Studien zum Vorkommen der multiresistenten Erreger in verschiedenen Bereichen durch, u.a. Krankentransport, Dialyse, Altenpflegeheime. Die Untersuchung der patientennahen Flächen im qualifizierten und sogenannten nicht qualifizierten Krankentransport zeigte einen Verbesserungsbedarf bei der Desinfektion und wies bei jedem vierten Wagen des nichtqualifizierten Krankentransports nach Anreicherung MRSA auf. Eine im Jahr 2012 gemeinsam mit dem MRSA-Netzwerk im Saarland durchgeführte Studie bei Dialysepatienten erbrachte bei den Patienten im Rhein-Main-Gebiet (n=751) folgende Prävalenzen: MRSA 2,1%, ESBL 7,5% und VRE 5,5%. In einer weiteren Stu-

<sup>1</sup> MRSA Methicillinresistenter *Staphylococcus aureus*, VRE Vancomycinresistente Enterokokken, ESBL Enterobakterien mit erweiterter Resistenz gegen  $\beta$ -Laktamantibiotika, MRGN Multiresistente gramnegative Stäbchenbakterien

die bei 184 Bewohnern von Frankfurter Altenpflegeheimen wurden sehr viel höhere Prävalenzen gefunden: MRSA 9,1%, ESBL 26,7%.

### Einblick

Die Kommunikationswissenschaftlerin Dr. Petra Dickmann, London School of Economics, gab einen Einblick in die Arbeit des Informationstelefon und berichtete über ihre Auswertung. Das Netzwerk konnte dank der Förderung durch die Pitzer-Stiftung, des Bundesgesundheitsministeriums und des Hessischen Sozialministeriums hierfür eine Pflegewissenschaftlerin einstellen. Diese wurde in den letzten Jahren mehr als 100mal zu Rate gezogen, von Patienten oder ihren Angehörigen, aber auch von ärztlichem und Pflegepersonal. Dickmann zeigte, dass Patienten und Angehörige eher über unzureichende Information durch Ärzte, Pflege und Apotheken berichteten, während Pflegepersonal und Ärzte sich häufiger zu Dekolonisierungsmaßnahmen und Hygienemaßnahmen beraten ließen, Ärzte darüber hinaus auch nicht selten zu den erforderlichen diagnostischen Maßnahmen. Besonders beeindruckt zeigte sie sich davon, dass beim Informationstelefon nicht nur Informationen gegeben werden, sondern dass ggf. bei weiteren Experten nachgefragt und auf jeden Fall zurückgerufen wird. Das Informationstelefon ist ein „Kümmerer“ im besten Sinne des Wortes.

### Ausblick

In ihrem Ausblick berichtete Heudorf, dass derzeit eine weitere Untersuchung zu Infektionen und Antibiotikagebrauch sowie zu MRE in insgesamt 30 Altenpflegeheimen im Rhein-Main-Gebiet durchgeführt und eine Untersuchung der MRE-Prävalenz in Rehabilitationseinrichtungen der Region geplant ist (siehe Aufruf). Für das Jahr

## Aufruf an Rehabilitationskliniken – Studie zum einrichtungsbezogenen Risikoprofil und zur Besiedelung der Patienten mit multiresistenten Erregern

Das MRE-Netz Rhein-Main möchte im September/Oktober 2013 eine Untersuchung zur Risikostruktur der Rehabilitations-Einrichtungen sowie zur MRSA-, VRE-, ESBL- und MRGN-Prävalenz bei den Patienten durchführen. Zu einem mit der Einrichtung individuell vereinbarten Stichtag soll die Risikostruktur der Patienten (z.B. medical devices, Wunden, Krankenhaus- und Operationsanamnese etc.) erhoben und eine eventuelle Besiedelung der Patienten mit MRSA, VRE, ESBL oder MRGN in Nasen-, Rachen- und ggf. Analabstrichen untersucht werden. Die Untersuchung ist für die Kliniken und die Patienten kostenlos. Ein positives Votum der Ethikkommission der Landesärztekammer Hessen liegt vor.

Das MRE-Netz Rhein-Main bittet interessierte Einrichtungen sich zu melden unter: 069 212 48884 oder mre-rhein-main@stadt-frankfurt.de

2014 ist erstmals auch eine Untersuchung der Patienten von ambulanten Pflegeeinrichtungen auf multiresistente Erreger vorgesehen.

Die Informationsarbeit wird weitergeführt werden, ein neuer Fokus wird dabei die Frage des Umgangs mit MRE-besiedelten Kindern in Kindergemeinschaftseinrichtungen (Schule, Kindergarten, Krippe) und in Behinderteneinrichtungen sein. Darüber

hinaus wird sich das Netzwerk intensiver mit dem sachgerechten Einsatz von Antibiotika beschäftigen.

#### Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. Ursel Heudorf  
MRE-Netz Rhein-Main  
c/o Amt für Gesundheit, Frankfurt  
ursel.heudorf@stadt-frankfurt.de  
mre-rhein-main@stadt-frankfurt.de  
Informationstelefon: 069 21248884

## Hausärztliche Leitlinie „Multimedikation“ erschienen\*

Ingrid Schubert<sup>1</sup>, Joachim Feßler<sup>2</sup>, Hanna Kirchner<sup>3</sup>, Christiane Muth<sup>3</sup>, Sebastian Harder<sup>4</sup> für die Autoren der Leitlinie\*\*

\* PD Dr. med. Liselotte von Ferber – Gründerin der hausärztlichen Leitliniengruppe Hessen – mit den besten Wünschen zum Geburtstag gewidmet.

Der Vorwurf hat gewirkt! Im Jahr 2005 erschien im JAMA ein Artikel von C. Boyd et al. (1), in dem anhand einer 79-jährigen multimorbiden Beispielpatientin, wie sie vielen Hausärzten aus ihrem Praxisalltag vertraut sein dürfte, aufgezeigt wurde, dass die strikte Umsetzung einzelner krankheitsbezogener Leitlinienempfehlungen ohne wechselseitige Berücksichtigung der verschiedenen Therapien eher zu mehr Problemen als zu mehr Gesundheit führen wird. Diese Patientin erhielt entsprechend den Leitlinienempfehlungen für ihre Diagnosen (COPD, Osteoporose, Diabetes, Arthritis) insgesamt zwölf Arzneistoffe zur Dauertherapie, verteilt auf 19 Einzeldosen. Allein fünf klinische relevante Interaktionen – zumeist mit den NSAR – waren nachweisbar. Die Ausführungen von Boyd et al. werden bis heute angeführt, wenn es darum geht, das Dilemma zwischen evidenzbasierten Handlungsempfehlungen und Praxistauglichkeit dieser Empfehlungen zu diskutieren: Leitlinienautoren beziehen sich auf Ergebnisse qualitativ hochwertiger, möglichst randomisierter kontrollierter Studien, in die jedoch in der Regel keine multimorbiden, älteren Patienten eingeschlossen werden. Die Übertragbarkeit der Studienergebnisse mit hoher interner aber eingeschränkter externer Validität in den Versorgungsalltag war und ist Gegenstand vieler Diskussionen in Leitliniengruppen, die sich die Aufgabe gestellt haben, evidenzbasierte Handlungsempfehlungen – auch für Ältere – auszusprechen. Auch die Delegierten des Deutschen Ärztetages 2008 sowie der Sachverständigenrat in seinem Kapitel 5.1 im Sondergutachten

(2009) (2) haben diese Thematik aufgegriffen und die Forderung erhoben, dass Leitlinien die Situation älterer und insbesondere multimorbider Patienten besser berücksichtigen sollten. Einig schien man sich darin, dass solche Leitlinien „Behandlungsprioritäten“ setzen und für die Situation des Patienten unter Berücksichtigung seiner individuellen Ressourcen, Lebenserwartung und individuellen Situation angepasste Empfehlungen aussprechen sollten (2).

Multimorbidität ist weitgehend mit Multimedikation verbunden, beides steigt im Alter deutlich an. Betrachtet man allein die verordneten Arzneimittel, so erhalten je nach betrachteter Krankenkasse schätzungsweise zwischen 33% (BARMER-GEK; (3)) und 42% (AOK; (4)) der über 65-jährigen fünf und mehr verschiedene Arzneimittel pro Quartal. Der Anteil ist – in den einzelnen Altersgruppen und zwischen Männern und Frauen unterschiedlich ausgeprägt – noch höher, wenn zusätzlich noch nichtverschreibungspflichtige Präparate betrachtet werden. Nach Angaben der vom Robert Koch-Institut durchgeführten Studie „Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS 1) lag bei 13,6% der Frauen (18-79 Jahre) in den letzten sieben Tagen eine Polymedikation mit mehr als fünf verschriebenen Präparaten vor (Männer: 9,9%) (5). Unter Einbeziehung der Selbstmedikation steigt dieser Anteil bei den Frauen auf 22,8%, bei den Männern auf 13,8%. In der Altersgruppe 70 bis 79 Jahre war fast jeder Zweite davon betroffen (5). Die epidemiologischen Daten

zeigen die Relevanz der Thematik. Für Hausärzte stellt sich hier die besondere Herausforderung, die eigene Verordnungsentscheidung vor dem Hintergrund der Verordnungen anderer Arztgruppen als auch der Selbstmedikation des Patienten zu treffen – und dies bei unzureichender Informationslage.

Da die Hausärztliche Leitliniengruppe Hessen, die sich 1998 aus Moderatoren von Pharmakotherapiezentren gegründet und bis heute 15 hausärztliche Leitlinien erarbeitet hat (6), traditionell den Fokus ihrer Leitlinien auf die Pharmakotherapie legt, lag es nahe, sich vor dem Hintergrund der von Boyd und anderen geäußerten Kritik mit der Frage zu befassen, wie notwendige Multimedikation sicher durchgeführt und unerwünschte vermieden werden kann. Nicht zuletzt wurde die jetzt vorliegende Leitlinie „Multimedikation“ (7) durch die Studien von Garfinkel et al. (8, 9) zur Reduktion von Arzneimitteln bei Älteren angeregt. Im Gegensatz zum Vorgehen dieser Autoren sollte der Fokus der Leitlinie jedoch auf den Medikationsprozess insgesamt und nicht nur auf die Reduktion einer bereits etablierten Multimedikation gelegt werden. Für die Leitlinienautoren war es deshalb von Beginn an wichtig, zu unterscheiden, ob es sich um notwendige Multimedikation aufgrund der Erkrankungen des Patienten oder um unerwünschte Multimedikation handelt. Letzteres hat vielfältige Ursachen wie unkoordinierte Therapien verschiedener Behandler, Selbstmedikation, Weiterführen von Akutbehandlungen, nichterkannte Verordnungskaska-

<sup>1</sup> PMV forschungsgruppe, Universität zu Köln

<sup>2</sup> Sprecher der hausärztliche Leitliniengruppe Hessen

<sup>3</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt

<sup>4</sup> Institut für Klinische Pharmakologie, Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt

\*\* Autoren/Autorinnen der Leitlinie Multimedikation: F. W. Bergert, M. Braun, K. Ehrenthal, J. Feßler, J. Gross, U. Hüttner, B. Kluthe, A. Liesenfeld, J. Seffrin, G. Vetter, M. Beyer (DEGAM), C. Muth (DEGAM), U. Popert (DEGAM), S. Harder (Klin. Pharmakol., Ffm), H. Kirchner (PMV), I. Schubert (PMV)

den u.a.m. Auch ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass vielen Patienten die Risiken einer Multimedikation nicht ausreichend bewusst sind. In einer Befragung älterer Patienten sahen es 32% als nicht zutreffend an, dass es durch die Einnahme mehrerer Medikamente vermehrt zu Nebenwirkungen kommen kann, 17% stimmten dem Statement nicht zu, dass unter Multimedikation das Risiko für unerwünschte Ereignisse steigt (10).

### Ziele der Leitlinie

Unter Multimedikation steigen bekanntermaßen die Risiken für Interaktionen, Anwendungsfehler und unerwünschte Ereignisse (11, 12) aber auch für Unterversorgung (13) und nicht zuletzt auch für eine unzureichende Adhärenz (14, 15). Somit werden an den Hausarzt als Koordinator der Medikation, aber auch an den Patienten, erhöhte Anforderungen gestellt. Mit der Leitlinie Multimedikation sollen dem Hausarzt Hilfestellungen gegeben werden, die Arzneitherapie im Rahmen der Verordnungsentscheidung systematisch zu bewerten. Damit soll die Leitlinie dazu beitragen,

- eine unangemessene Medikation und unbeabsichtigte Verordnungskaskade zu vermeiden,
- Fehldosierungen und Fehlanwendungen zu erkennen,
- unerwünschte arzneimittelbezogene Ereignisse zu vermeiden,
- Unterversorgung auch bei Vorliegen von Multimorbidität zu erkennen,
- geeignete Arzneistoffe bei Vorliegen von Multimorbidität auszuwählen,
- die Anzahl aller Medikamente für den Patienten überschaubar zu halten,
- Hilfestellung für eine notwendige Begrenzung in der Anzahl der Medikamente (Präferenzsetzung) zu geben und
- bei älteren Patienten auf veränderte physiologische Prozesse, u.a. mit Einfluss auf die Pharmakokinetik zu achten.

Mit anderen Worten: Durch die Umsetzung der Empfehlungen sollen die bei Multimedikation auftretenden Probleme einer Über-, Unter- und Fehlversorgung erkannt, vermieden bzw. korrigiert werden. Die Handlungsempfehlungen sind nicht auf ältere Patienten beschränkt.

### Hausärztliche Schlüssel- fragen und Studienlage zur Medikationsbewertung

Für die Erarbeitung der Leitlinie erfolgte im ersten Schritt eine Zusammenstellung hausärztlicher Schlüsselfragen, auf die die Leitlinie Antworten und Hilfestellungen geben soll. Folgende zentrale Fragen werden angesprochen:

- Wie erfasse ich die gesamte Medikation des Patienten?
- Wie erkenne ich Risiken und Gefahren der Multimedikation?
- Wie vermeide ich/reduziere ich unnötige Multimedikation?
- Wie erkenne ich Unterversorgung bei bestehender Multimedikation?
- Welche Symptome können Hinweise auf arzneimittelbedingte Probleme darstellen?
- Wie komme ich gemeinsam mit dem Patienten zu einer Reduktion der Anzahl verschiedener Arzneistoffe?

Die Empfehlungen der Leitlinie beruhen auf einer Literaturrecherche zum Medikationsreview. Die Studien erwiesen sich als äußerst heterogen und zeigten bezogen auf einzelne Endpunkte z.T. widersprüchliche Ergebnisse. Da keine der Studien in einem der hausärztlichen Versorgung in Deutschland identischen Setting durchgeführt wurde, ist es schwierig, die Ergebnisse auf diesen Versorgungsbereich zu übertragen. Dennoch empfiehlt die Leitliniengruppe ein Medikationsreview, da hierdurch nachweislich Therapieprobleme aufgedeckt, die Arzneimittelsicherheit und Lebensqualität erhöht werden können. Die Leitliniengruppe schließt sich damit den Empfehlungen aus anderen Ländern an, wie z.B. der Royal Society of Physicians und der Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (16, 17), der Niederlande (18) oder Neuseeland (19), in denen Medikamenten-Reviews bereits Bestandteil nationaler Versorgungsprogramme sind.

### Der Medikationsprozess

Das Ausstellen einer Verordnung wird meist als Routine betrachtet. Es wird dabei übersehen, dass dieser Schritt in einen Prozess eingebunden ist, dessen Gestaltung Einfluss auf die Qualität der Therapie

und Arzneimittelsicherheit nimmt. Idealerweise findet dieser Prozess in enger Abstimmung mit dem Patienten und ggf. anderen Behandlern statt. Ausgehend von einem Vorschlag von Bain et al. (2008) (20) wird der Medikationsprozess in die folgenden Schritte eingeteilt: Bestandsaufnahme – Medikationsbewertung – Abstimmung mit dem Patienten – Verordnungsvorschlag – Kommunikation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Monitoring, wobei das Monitoring wieder eine erneute Bestandsaufnahme darstellt und der Prozess somit erneut durchlaufen wird (s. Abbildung 1).

## Zielgruppen

Je nach Komplexität der Patientensituation wird die Medikationsbewertung mit unterschiedlicher Intensität erfolgen, von der Routineüberprüfung bis hin zum intensiven Medikationsreview und ggf. anschließender individueller Festlegung von

Präferenz in Bezug auf die verbleibenden Arzneimittel. Zielgruppe für ein ausführliches Review sind Patienten mit besonderen Risiken (z.B. mehrere chronische Erkrankungen, Hinfälligkeit (frailty), kognitive Einschränkungen), Empfänger von Arzneimitteln mit besonderen Risiken wie eine enge therapeutische Breite des Wirkstoffs, besondere Applikations- oder Einnahmeart sowie Patienten in besonderen Situationen (z.B. häufige Krankenhausaufenthalte, mehrere Mitbehandler, Arztwechsel, Adhärenzprobleme). Bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen sind versorgende Angehörige zu involvieren.

**Bestandsaufnahme:** An erster Stelle steht die Anamnese über die Beschwerden und Anliegen des Patienten sowie seine aktuelle Medikation. Unspezifische Beschwerden sind vor dem Hintergrund möglicher Nebenwirkungen der vorhandenen Medikation zu bewerten. Grundlage der Bewer-

tung ist bei bekannten Patienten neben den Selbstangaben des Patienten zu seiner Medikation, der **Medikationsplan**. Bei Patienten mit Therapieproblemen und Multimedikation sollte einmal jährlich eine Erfassung der gesamten Medikation inklusive der Selbstmedikation erfolgen (brown bag-Methode). Zur Bestandsaufnahme zählen auch die Ermittlung der Adhärenz des Patienten in Bezug auf die Medikation und die Erhebung von Anwendungsproblemen.

**Medikationsbewertung:** Zentraler Bestandteil im Prozess der Entscheidungsfindung ist die kritische Prüfung und Bewertung der vorhandenen Medikation. Hilfreich hierfür sind Leitfragen, die die Entscheidungsfindung lenken. Die Leitliniengruppe empfiehlt die Fragen des Medication Appropriateness Index (MAI) (21) heranzuziehen – hier auch als Instrument zur „Medikationserfassung als Voraussetzung zur Bewertung der Angemessenheit für gezielte Intervention“ bezeichnet. Der wesentliche Punkt ist hierbei, dass es keine Verschreibung ohne valide Diagnose geben darf, und dass die gewählte Dosis/Darreichungsform auch mit den Therapiezielen konform geht. Die Überprüfung der Medikation mittels MAI beginnt deshalb mit der Frage nach der Indikation für die verordneten Medikamente. Daran anschließend sollte geprüft werden, ob für die Wirksamkeit der Arzneimittel ausreichende Belege existieren. Hinweise zur Evidenz finden sich u. a. in Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL), den Leitlinien der DEGAM, der Leitliniengruppe Hessen oder in den Leitlinien und Handlungsempfehlungen der Arzneimittelkommission (AkdÄ) und der AWMF. Hilfreich sind auch Cochrane Reviews, IQWiG-Berichte und Leitlinien aus anderen Ländern (NICE, SIGN). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass fehlende Studien zur Evi-

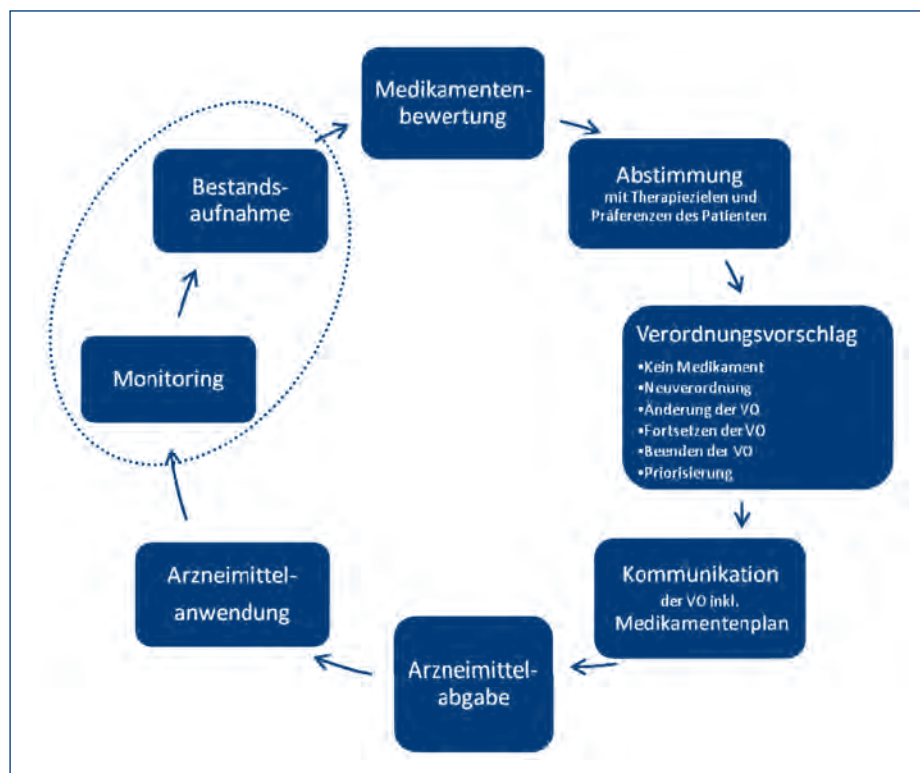


Abbildung 1: Medikationsprozess



denz nicht zwangsläufig bedeutet, dass kein Nutzen vorliegt.

Die Leitlinie gibt u.a. Hinweise zur Prüfung auf Kontraindikationen, Interaktionen und Dosierungsfragen. Hinweise erfolgen auch auf ausgewählte, im hausärztlichen Setting relevante Arzneimittel, die die QT-Zeit verlängern können (s. Tab. 1). Das Risiko für das Auftreten einer QT-Zeit-Verlängerung steigt bei Vorhandensein von Multimedikation, auch neigen Frauen häufiger zu QT-Zeit-Verlängerungen. Die Leitliniengruppe empfiehlt, vorhandene Therapien zu überprüfen und bei Patienten mit diesen Wirkstoffen ein EKG zu veranlassen. Patienten mit einer bereits verlängerten QT-Zeit sowie Patienten mit Elektrolytstörungen sollten diese Medikamente nicht erhalten. Der Erstverordner von problematischen Medikamenten sollte ein EKG veranlassen und Nachverordner darauf hinweisen.

Überprüft werden sollen nach MAI auch die Dauer der Verordnung, das Vorliegen von Doppelverordnungen und die Angemessenheit der Therapie wie z.B. entsprechend den Kriterien der PRISCUS-Liste (23) oder der STOPP/START Kriterien (24), deren Übertragbarkeit jedoch noch zu überprüfen ist. Bei älteren Patienten sollte auch geprüft werden, ob sturzfördernde Arzneimittel abgesetzt, ggf. ersetzt oder in der Dosis reduziert werden können. Weitere wichtige Fragen zur Medikationsbewertung beziehen sich auf die Prüfung der Nierenfunktion, der Frage, ob ggf. eine Unterversorgung (trotz Multimedikation) besteht sowie nach Adhärenz und Vorhandensein eines aktuellen Medikationsplans.

**Abstimmung mit dem Patienten:** Vor der Entwicklung eines Verordnungsvorschlags sollten die Erwartungen und Vorstellungen (auch Ängste) des Patienten zu seiner Therapie sowie seine Therapieziele eruiert werden. Dieser Schritt erlaubt auch festzustellen, ob der Patient über seine Erkran-

Tab. 1: Ausgewählte Pharmaka mit nicht-kardialer Indikation, die eine Verlängerung der QT-Zeit bewirken können (nach [22])

Indikationsgruppe	Wirkstoffe (Beispiele)
ZNS-Pharmaka	Amitriptylin, Chloralhydrat, Citalopram, Escitalopram, Chlorpromazin, Clomipramin, Doxepin, Felbamat, Fluoxetin, Flupentixol, Haloperidol, Imipramin, Levomepromazin, Lithium, Methadon, Methylphenidat, Nortriptylin, Olanzapin, Paroxetin, Quetiapin, Risperidon, Sertindol, Sertralin, Thioridazin, Tizanidin, Trimipramin, Venlafaxin
Magen-Darm-Mittel	Granisetron, Octreotid, Ondansetron
Asthmamedikation	Salbutamol, Salmeterol, Terbutalin
Antibiotika	Azithromycin, Clarithromycin, Erythromycin, Ciprofloxacin, Levofloxacin, Moxifloxacin, Ofloxacin, Trimethoprim-Sulfamethoxazol
Virustatika	Amantadin, Foscarnet
antiparasitäre Mittel	Chinidin, Chloroquin, Mefloquin, Pentamidin
Antimykotika	Fluconazol, Itraconazol, Ketoconazol, Voriconazol
Antihistaminika	Terfenadin
andere Wirkstoffe	Alfuzosin, Phenylephrin, Pseudoephedrin, Tacrolimus, Tamoxifen, Vardenafil

Siehe auch: <http://www.azcert.org>

kung und die möglicherweise vorhandenen verschiedenen Therapieoptionen ausreichend informiert ist. So ist aus der Adhärenzforschung bekannt, dass die Therapietreue in hohem Maße mit Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit assoziiert ist (25). Auch wenn diese Einstellungen nur schwer beeinflussbar sind, geben sie Hinweise, ob mit Adhärenzproblemen bei der Therapie zu rechnen ist.

**Verordnungsvorschlag:** Dieser umfasst sowohl die Entscheidung, keine neue Arzneimittelverordnung auszustellen, die vorhandene Therapie fortzuführen als auch das Beenden einer Therapie aufgrund der Medikationsbewertung mittels des MAI. Das Beenden einer Therapie kann darüber hinaus durch die gemeinsame Entscheidung von Arzt und Patient erfolgen, indizierte Verordnungen z.B. aus Gründen der Lebensqualität und Problemen in der Therapiehandhabung abzusetzen. Die Leitlinie unterbreitet hierzu Vorschläge für das Gespräch mit dem Patienten. Wichtig ist es für den Arzt zu erfahren, welches Therapieziel für den Patienten selbst im Vordergrund steht und welche Nebenwirkungen

er zu tolerieren bereit ist. Auf die Wünsche und Präferenzen des Patienten ist insbesondere in Situationen zu achten, bei denen eine Therapie eine Erkrankung positiv beeinflusst, sich diese jedoch nachteilig auf den Verlauf einer anderen vorliegenden Krankheit auswirken kann (26). Darüber hinaus gibt die Leitlinie Hinweise auf die Prüfung möglicher Unterversorgung, die trotz Multimedikation bestehen kann.

**Kommunikation:** Für den Erfolg der Behandlung und zur Reduktion arzneimittelbezogener Therapieprobleme ist sicherzustellen, dass der Patient gut über die Therapie informiert ist und einen aktuellen Medikationsplan mit Hinweisen zur Einnahme besitzt. Wichtig sind hierzu folgende Punkte:

- Aktualisierung des Medikationsplans im Praxis-PC,
- Ausdruck des aktuellen Medikationsplans für den Patienten, ggf. Mitbehandler
- Erläuterung der aktuellen Therapie und ggf. der vorgenommenen Änderungen,
- Erläuterung möglicher arzneimittelbezogener Probleme, die auftreten können,
- Einnahmehinweise geben,

- Verhaltenshinweise geben für den Fall, dass Nebenwirkungen auftreten oder die Einnahme vergessen wurde,
- Verständnis und Umsetzungsmöglichkeit abfragen,
- Termine für Kontrolluntersuchung vereinbaren.

Die Leitlinie weist auf Mindestanforderungen für den Medikationsplan hin und empfiehlt den Plan des Aktionsbündnisses Arzneimitteltherapiesicherheit – AMTS (<http://www.akdae.de/AMTSMassnahmen/docs/Medikationsplan.pdf>).

**Arzneimittelabgabe:** Diese erfolgt in der Regel durch die Apotheke. Patienten mit Multimedikation sollte dazu geraten werden, eine Hausapotheke zu wählen, die Interaktionschecks durchführen und ein elektronisches Medikationsprofil erstellen kann. Hierbei sollte unbedingt auch die Selbstmedikation hinsichtlich möglicher Interaktionen geprüft und in den Medikationsplan eingetragen werden.

**Arzneimittelanwendung:** Eine sichere Arzneimittelanwendung kann durch verschiedene Berufsgruppen/Einrichtungen (Arzt, Medizinische Fachangestellte, Apotheke, Pflege) sowie schriftliche Informationen unterstützt werden.

**Monitoring:** Jedes Monitoring (Prüfung der Behandlungsergebnisse, Erfassung unerwünschter Wirkungen – UAW) stellt eine erneute Bestandsaufnahme (s.o.) dar. Für ausgewählte kritische Arzneimittelgruppen gibt die Leitlinie Empfehlungen zur Häufigkeit von Kontrolluntersuchungen. Bei dieser Wiedervorstellung sollten Patienten auch gezielt nach unspezifischen Symptomen (s. Tab. 2) gefragt werden, die ihrerseits Hinweise auf ein Vorliegen einer Arzneimittelunverträglichkeit oder Interaktion sein können.

Tab. 2: Unspezifische Symptome, die Hinweise auf arzneimittelbedingte Probleme geben können

- Trockener Mund
- Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Schläfrigkeit oder reduzierte Wachsamkeit
- Schlafstörung
- Schwäche
- Bewegungsstörungen, Tremor, Stürze
- Obstipation, Diarrhoe oder Inkontinenz
- Appetitlosigkeit, Übelkeit
- Hautausschläge, Juckreiz
- Depression oder mangelndes Interesse an den üblichen Aktivitäten
- Verwirrtheit (zeitweise oder dauerhaft), Halluzinationen
- Angst und Aufregung
- Nachlassen des sexuellen Interesses
- Schwindel
- Ohrgeräusche

### Schnittstellen

Veränderungen der Medikation durch einen Krankenhausaufenthalt sind häufig. Dort wird z.B. abgesetzt, umgestellt, neu eingestellt und die Dosis verändert. Diese Änderungen sind anhand des Entlassungsbriefes oftmals nicht nachvollziehbar. Somit ist eine Kommunikation mit dem Patienten über die neue Therapie erschwert. Es besteht die Gefahr, dass die Kenntnis von Unverträglichkeiten bzw. Interaktionen verloren geht, dass Therapiekonzepte nicht nachvollziehbar sind, dass befristete Medikationen unbeabsichtigt in eine Dauertherapie überführt werden oder es zu Akzeptanzproblemen mit der Entlassungsmedikation bei Arzt und Patient kommt. Aus Sicht der Leitliniengruppe ist eine frühzeitige Information des Hausarztes vor Entlassung und eine Begründung zur Medikationsumstellung erforderlich. Zur Verbesserung der Kommunikation und Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit

sollten dem Patienten deshalb vor einer Krankenseinweisung bzw. auch zur Vorstellung bei einem Spezialisten wesentliche Vorbefunde, Fragestellung(en) und Einweisungs-/Überweisungsindikation sowie der aktuelle Medikationsplan mitgegeben werden, mit dem Hinweis, diese Informationen dem behandelnden Arzt persönlich zu übergeben.

### Allgemeine Hinweise zur Reduktion unerwünschter Multimedikation

- Leitfragen des MAI als Hilfestellung zur Medikationsbewertung heranziehen.
- Keine Therapie ohne Medikamentenanamnese durchführen (nach früheren Unverträglichkeiten, Selbstmedikation und Mitbehandler-Medikation fragen, Medikationsplan prüfen).
- Klären, ob eine Pharmakotherapie überhaupt erforderlich und erfolgversprechend ist.
- Nicht primär von einem Verordnungswunsch auf Seiten der Patienten ausgehen, jedoch auch nicht jeden Verordnungswunsch erfüllen.
- Bei der Verordnungsentscheidung den Langzeitnutzen der Therapie berücksichtigen.
- Absetzen der Pharmakotherapie, wenn sie nicht mehr nötig ist, keine gewohnheitsmäßigen Dauertherapien durchführen, Kontrolltermin nach Absetzen vereinbaren.
- Bei neuen Patienten, bei Patienten nach Krankenhausaufenthalt oder bei zusätzlichen Arztkontakten sowie bei Arzneimitteln mit enger therapeutischer Breite, hohem Interaktionspotential oder schwieriger Applikation immer den Medikationsplan neu prüfen und besprechen.

- Auf unerwünschte Wirkungen (UAW) achten (Patienten Verhaltenshinweise für das Auftreten möglicher Nebenwirkungen geben, überprüfen, ob neue oder unspezifische Symptome evtl. UAWs darstellen).

## Fazit

Was bedeutet nun diese Leitlinie für unseren Alltag? Wenn man „Multimedikation“ als ein eigenständiges Problem erkennt, muss man einen Prozess implementieren, um eine Lösung zu versuchen. Die hier vorgestellte Leitlinie unterstützt mit ihren Handlungsempfehlungen die dafür erforderlichen klinischen Entscheidungsprozesse. Im Kern handelt es sich um eine Leitlinie zur guten Verordnungspraxis. Die Autoren der Leitlinie sind sich jedoch auch der Limitationen bewusst: Die oft unzulängliche Evidenzlage sowie die Tatsache, erstmals eine Leitlinie zu diesem komplexen Thema entwickelt zu haben, lassen Raum für zukünftige Verbesserungen. Zudem wurde während der Entwicklung deutlich, dass es keine einfache Aufgabe ist, eine bestehende Multimedikation zu optimieren und Präferenzen zu setzen (oder

unangemessene Multimedikation von vornherein zu vermeiden).

Ein umfassendes Medikationsreview ist ein komplexer Prozess, der mit hohem Aufwand verbunden ist und unter den Bedingungen des heutigen Praxisalltags sicher nur bei ausgewählten Patienten umsetzbar. Neben den erforderlichen Verhaltensänderungen bei Ärzten und Patienten scheint ein Umdenken bei Entscheidungsträgern des Gesundheitswesens unumgänglich, um die dafür notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen. In diese Richtung gehen erste Initiativen, bei denen die Durchführung eines Medikationsreviews – sowohl in Arztpraxen als auch in Apotheken – durch die Krankenkasse erstattet wird. Statt einzelner Verträge wäre eine flächendeckende Implementierung eines Medikationsreviews in einem vorgegebenen Rahmen denkbar, der Zielgruppe, Zeitrahmen, Struktur und Honorierung definiert, wie zum Beispiel bei der Gesundheitsuntersuchung. Diese Leistung könnte im Falle der Multimedikation so aussehen, dass alle Kassenpatienten mit mehr als fünf Arzneistoffen in der Dauermedikation einmal pro Jahr alle Medikamente, die sie einnehmen (brown bag), zum Hausarzt mitbringen. Anhand des in

der Leitlinie vorgeschlagenen MAI wird die Medikation überprüft und optimiert. Anschließend wird ein neuer Medikationsplan erstellt und dem Patienten ausgehändigt. Die Durchführung des Reviews wird in der Patientenakte sowie zu Abrechnungszwecken dokumentiert.

**Danksagung:** Die Leitliniengruppe dankt dem Verein zur Förderung der Arzneimittel-anwendungsforschung e.V. für eine finanzielle Unterstützung der Leitlinienentwicklung sowie dem Verband der Ersatzkassen – vdek für den Zukunftspreis 2012.

Die Leitlinie steht kostenfrei zum download unter: [www.pmvforschungsgruppe.de/pdf/03\\_publicationen/multimedikation\\_ll.pdf](http://www.pmvforschungsgruppe.de/pdf/03_publicationen/multimedikation_ll.pdf)

### Korrespondenzadresse:

*Dr. Ingrid Schubert (Ltg.)*  
*PMV forschungsgruppe Universität zu Köln*  
*Herderstr. 52, 50931 Köln*  
*Fon: 0221 4786545, Fax: 0221 4786766*  
*E-Mail: [Ingrid.Schubert@uk-koeln.de](mailto:Ingrid.Schubert@uk-koeln.de)*

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

## Literatur zum Beitrag

## Hausärztliche Leitlinie „Multimedikation“ erschienen

(Hessisches Ärzteblatt 9/2013, Seite 684)

- 1 Boyd CM, Darer J, Boulton C et al. *Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients with Multiple Comorbid Diseases: Implications for Pay for Performance.* *J Am Med Assoc* 2005; 294(6): 716-724
- 2 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Sondergutachten 2009* (letzter Zugriff 12.07.2013 <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>)
- 3 Schmiemann G, Hoffmann F. *Polypharmazie und kardiovaskuläre Wirkstoffgruppen bei Älteren – eine Einsatzmöglichkeit der Poly-pill.* In: *Barmer-GEK Arzneimittelreport 2013* hrsg. von G. Glaeske und Ch. Schickanz. Siegburg, Asgard Verlag 2013: 74-89
- 4 Thürmann PA, Holt-Noreiks S, Nink K, Zawinell A. *Arzneimittelversorgung älterer Patienten.* In: *Versorgungs-Report 2012* hrsg. von Günster C, Klose J, Schmacke N. Stuttgart, Schattauer-Verlag 2012:111-121
- 5 Knopf H, Grams D. *Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland.* *Bundesgesundheitsbl* 2013;56:868-877. DOI 10.1007/s0013-1667-8
- 6 Leitliniengruppe Hessen, PMV forschungsgruppe. *Hausärztliche Leitlinien.* Deutscher Ärzteverlag, Köln. 2009
- 7 Bergert FW, Braun M, Ehrenthal K, Feßler J, Gross J, Hüttner U, Kluthe B, Liesenfeld A, Seffrin J, Vetter G, Beyer M, Muth C, Popert U, Harder S, Kirchner H, Schubert I. *Hausärztliche Leitlinie Multimedikation. Empfehlungen zum Umgang mit Multimedi-kation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten.* Version 1.05 vom 28.05.2013. [http://www.pmv-forschungsgruppe.de/pdf/03\\_publicationen/multimedikation\\_ll.pdf](http://www.pmv-forschungsgruppe.de/pdf/03_publicationen/multimedikation_ll.pdf)
- 8 Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J. *The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people.* *Isr Med Assoc J* 2007; 9(6): 430-434
- 9 Garfinkel D, Mangin D. *Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults.* *Arch Intern Med* 2010; 170(18): 1648-1654
- 10 Schmiemann G. *Pillen-Mix mit Risiko.* *G+G*, 2013; 16:22-26
- 11 Haefeli WE. *Polypharmazie.* *Curriculum. Schweiz Med Forum* 2011;11(47): 847-852
- 12 Thürmann PA, Werner U, Hanke F et al. *Arzneimittelrisiken bei hochbetagten Patienten. Ergebnisse deutscher Studien.* In: *Fortschritt und Fortbildung in der Medizin.* Band 31, hrsg. von der Bundesärztekammer, 2007:216- 224
- 13 Kuijpers MA, van Marum RJ, Egberts ACG, Jansen PAF & The OLDY (Old people Drugs and dYsregulations) study Group. *Relationship between polypharmacy and underprescribing.* *Br J Clin Pharmacol* 2007; 65(1): 130-136
- 14 Beardon PHG, McGilchrist MM, McKendrick AD et al. *Primary non-compliance with prescribed medication in primary care.* *BMJ* 1993; 307: 846-848
- 15 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): *Medicines adherence. Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence.* CG 76, January 2009 (<http://www.nice.org.uk/guidance/CG76/NICEGuidance>, letzterZugriff 18.07.2013)
- 16 British Columbia Medical Association, British Columbia Ministry of Health: *Frailty in Older Adults – Early Identification and Management.* October 1, 2008. <http://www.bcguidelines.ca/pdf/frailty.pdf>, letzter Zugriff 18.07.2013
- 17 Royal Society of Physicians: *Acute medical care for frail older people.* March 2012. <http://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/acute-care-toolkit-3.pdf>, letzter Zugriff 18.07.2013:
- 18 Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). *Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen* 2012. [http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k\\_richtlijnen/Multidisciplinaire-Richtlijnen.htm](http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/Multidisciplinaire-Richtlijnen.htm), letzter Zugriff 18.07.2013
- 19 Bryant LJM, Coster G, Gamble GD, McCormick RN. *The General Practitioner-Pharmacist Collaboration (GPPC) study: a randomised controlled trial of clinical medication reviews in community pharmacy.* *Int J Pharm Pract* 2011; 19(2): 94-105
- 20 Bain KT, Holmes HM, Beers M, Maio V, Handler SM, Pauker SG. *Discontinuing Medications: A Novel Approach for Revising the Prescribing Stage of the Medication-Use Process.* *J Am Geriatr Soc* 2008; 56: 1946-1952
- 21 Hanlon T, Schmader KE, Samsa GP, Morris Weinberger M, Uttech KM, ILewis IK, Cohen HJ, Feussner JR. *A method for assessing drug therapy appropriateness.* *Journal of Clinical Epidemiology* 1992; 45,1045-1051 doi:10.1016/0895-4356(92)90144-C
- 22 Abriel H, Schläpfer J, Keller DI et al. *Molecular and clinical determinants of drug-induced long QT syndrome: an iatrogenic channelopathy.* *Swiss Med Wkly* 2004; 134: 685-694
- 23 Holt A, Schmiedl S, Thuermann PA. *Potentially Inappropriate Medications in Elderly.* *The Priscus List.* *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107 (31-32): 543-551. DOI: 10.3238/aerztebl.2010.0543PRISCUS
- 24 Gallagher P, Ryan B, Byrne S, et al. *STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment).* *Consensus validation.* *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008; 37: 673-679.
- 25 Horne R, Weinman J, Barber N, Elliott R, Morgan M, Cribb A et al. *Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO).* NCCSDO 9 A.D. December <http://www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/76-final-report.pdf>; letzter Zugriff 18.07.2013
- 26 American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. *Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multiple Chronic Conditions: An Approach for Clinicians.* *J Am Geriatr Soc* 2012 (60) E1-E25. DOI:10.1111/j1532-5415.2012.04188.x

# Dr. med. Hans Friedrich Spies: „Die Abwicklung der Belegärzte ist politisch gewollt“

Karl Matthias Roth

*Die Belegarztstätigkeit in Hessen ist rückläufig. Grund ist die prekäre Finanzsituation, aber auch ein offensichtlich ordnungspolitisch gewollter Prozess. Über die Situation der Belegärzte und den neu gegründeten „Verein stationär tätiger Vertragsärzte“ gibt Dr. med. Hans Friedrich Spies Auskunft.*

## Steht das Belegarztwesen vor dem Aus?

Das Belegarztwesen hat zwar offiziell immer eine Unterstützung von der Politik erhalten, aber eine wirkliche Fortentwicklung, die das Belegarztwesen konkurrenzfähig hätte halten können, gab es nicht. Man sieht es auch an den Zahlen: 1994 hatten wir gut 34.000 Belegbetten, aktuell sind es noch gut 20.000 Belegbetten, was einem Rückgang von rund 40% entspricht. Man muss auch analysieren, wer ist denn Belegarzt? Den Löwenanteil machen die HNO-Ärzte aus, etwa ein Viertel. Das hängt auch damit zusammen, dass viele A-Krankenhäuser die Versorgung im HNO-Bereich als Belegabteilungen abbilden, so dass die Zahl der reinen Beleghäuser auch abgenommen hat. Im genannten Zeitraum von 219 auf 147. Das heißt, diese Häuser haben sich in Hauptabteilungen umgewandelt, das hat vor allem wirtschaftliche Gründe. Auch dafür, dass man in bestimmten Fächern keine Belegärzte mehr findet, gibt es ähnliche Gründe. Frauenärzte sind rückläufig, Chirurgen waren früher ein wesentlich größerer Teil und machen heute nur noch etwa zehn Prozent aus. Augenärzte sind auch selten und rückläufig, fast verschwunden sind Internisten. Internistische Belegabteilungen ohne Spezialisierung gibt es eigentlich überhaupt nicht mehr, weil die Einnahmesituation nicht mehr stimmt. Die internis-

tischen Abteilungen sind alle gezwungen, entweder die Belegärzte zu subventionieren oder sich in Hauptabteilungen umzuwandeln. Das heißt, wir haben einen schleichenden und aus meiner Sicht politisch gewollten Niedergang des Belegarztsystems, das in der Inneren Medizin ohne Schwerpunkt schon gegen Null geht.

## Was könnte die politische Stoßrichtung hinter diesem Prozess sein?

Wir haben in Deutschland ein System, das im Krankenhausbereich überwiegend von angestellten Ärzten lebt. Der freiberufliche Arzt passt nicht in dieses strenge, hierarchische System, im Gegensatz zum angelsächsischen Bereich, wo das Belegarztwesen bis zu den Universitätskliniken hinauf fast zur Regelversorgung geworden ist. Die Selbständigkeit des Arztes ist dort einfach größer. Bei uns gibt es zu strenge Hierarchien, von Seiten der Krankenhausträger bevorzugt man Ärzte in einer Angestelltenposition, weil man deren Verhalten dann besser dirigieren kann.

## Es geht also um größere Abhängigkeit?

Richtig. Die Belegärzte sind durch ihre wirtschaftliche Situation, die sie durch die ambulante Versorgung haben, noch etwas unabhängiger und deshalb nicht so ganz pflegeleicht, wie sich das vielleicht die Krankenseite vorstellt. Wobei die Beleghäuser bei genauem Hinschauen gar nicht so unglücklich sind, im Gegenteil. Die positiven Erfahrungen, die man mit Ärzten macht, die durchaus wissen, dass man Medizin im Rahmen der wirtschaftlichen Möglichkeiten machen muss, überwiegen. Das wird positiv wahrgenommen. Die Ursache für den Niedergang des Belegarztwesens liegt eher in der Ordnungs-

politik. Der Belegarzt rechnet auch bei stationären Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung ab und damit nach der gleichen Systematik wie in der ambulanten Versorgung. Das bedeutet, dass die erhöhte Morbidität, die ein stationär liegender Patient automatisch mit sich bringt, über den EBM gar nicht abgebildet wird. Dass die Betreuung eines schwerkranken Patienten mit einem Herzinfarkt mit dem EBM nicht abbildbar ist, liegt auf der Hand. Dafür ist der EBM schlicht ungeeignet. Die andere Seite ist, dass die Beleghäuser nicht mehr konkurrenzfähig sind. Das hat ebenfalls einen ordnungspolitischen Grund. Wir haben im Krankenhaus den Verbotsvorbehalt. Die Krankenhäuser dürfen alle Leistungen, auch Innovationen, erbringen, die nicht ausdrücklich verboten sind. Während im ambulanten Bereich, und das gilt für die Belegärzte, der Erlaubnisvorbehalt gilt. Das heißt, es kann nur das gemacht werden, was im EBM steht. Und wenn man sich die stationäre Abrechnung über DRGs ansieht, erkennt man, welches umfangreiche Leistungsspektrum möglich ist. Wenn man dagegen den EBM hält, was dort an Leistungen erlaubt ist, sieht man, dass allein aufgrund des Leistungsangebots belegärztliche Häuser im Hintertreffen sind. Zu vielen Krankenhausleistungen gibt es keine EBM-Ziffer, die der Belegarzt abrechnen könnte. Das bedeutet, dass die Beleghäuser auf ein medizinisch niedrigeres Niveau gebracht werden, was sie auf die Dauer nicht mehr konkurrenzfähig macht.

**Dabei hat es doch vor einigen Jahren Versuche gegeben, eine Vergütung auf DRG-Niveau für die Belegärzte hin zu bekommen. Dieser positive Schritt wurde durch**



### **eine Kürzung von 20% dann gleich wieder kassiert...**

Zunächst muss man sagen, dass die KV Hessen in der Vergangenheit, gerade auch bei Honorarverhandlungen, eine Menge unternommen hat, um im Rahmen ihrer Möglichkeiten vernünftige Ergebnisse für die Belegärzte zu erreichen. Auch die KBV hat vernünftige Vorschläge eingebracht, um die strukturellen Probleme zu beheben. Aber die Akzeptanz bei den Kostenträgern, die dem zustimmen müssen, geht gegen Null. Alle Vorschläge sind dort nicht akzeptiert und deshalb natürlich auch nicht umgesetzt worden.

### **Und trotzdem sah es eine Zeit lang nach einer Verbesserung aus...**

Es gab den Versuch, den belegärztlichen Krankenhäusern die Möglichkeit einzuräumen, auf Antrag auch Hauptabteilungs-DRGs abzurechnen. Das hätte man der KV melden müssen, damit nicht doppelt abgerechnet wird. Aber die Beleghäuser hätten so ihr Leistungsspektrum ein wenig den Hauptabteilungen angleichen können. Das war eine Initiative auch des Landes Hessen. Der Bundesrat wurde aktiviert, auch das Bundesgesundheitsministerium hat den Vorschlag aufgegriffen. Das Gesetz wurde entsprechend geändert, der Belegarzt, der so abrechnet, heißt Honorararzt. Aber kurz vor Beschlussfassung hat man gesagt, die Beleghäuser bekommen aber nicht die komplette A-DRG sondern es werden 20% abgezogen. Es weiß bis heute keiner, wie diese 20% berechnet wurden und warum man sie eingeführt hat. Am Ende hat es dazu geführt, dass kein Krankenhaus in der Lage war, von einer Hauptabteilungs-DRG, von der man nur 80% bekommt, auch noch den Arzt zu bezahlen. Das Ganze war ein Schlag ins Wasser! Alle Versuche, das noch mal zu ändern, auch über das hessische Sozialmi-

nisterium, sind in Berlin entweder am Bundesrat oder am Bundesgesundheitsministerium gescheitert.

### **Das bedeutet, dass Sie schon einige Jahre in einer Situation sind, die finanziell gar nicht funktionieren kann.**

Wir suchen deshalb nach Alternativen. Sicherlich ist das Belegarztwesen erste Wahl, wenn es richtig finanziert und vom Leistungskatalog vernünftig ausgestattet wäre. Denn der Arzt hat im Belegarztsystem durch die krankenhausunabhängige Abrechnung eigentlich einen guten, sprich selbständigeren Status. Die Alternative, die nun von vielen wahrgenommen wird, ist der Konsiliararzt. Der Konsiliararzt ist im Gegensatz zum Honorararzt, der eine Sonderform des Belegarztes darstellt, zwar nicht gesetzlich definiert, aber durch die Entwicklung, die sich im Vertragsarztrecht ergeben hat, dass zum Beispiel Sitze geteilt werden können, dass man erlaubt, dass Vertragsärzte auch eine definierte Zeit außerhalb der Praxis arbeiten können, hat eine Alternative erleichtert, als Vertragsärzte auch stationär tätig zu sein. Der Belegarzt wäre also durchaus ersetzbar durch den Konsiliararzt, mit dem Nachteil, dass er bei seiner Honorargestaltung von einer vertraglichen Regelung mit dem Krankenhaus abhängig ist und nicht von einer unabhängigen KV. Diese Kröte muss man schlucken, wenn man weiter wirtschaftlich unterwegs sein will. Im Klartext: Der hessische Belegarztverband hat dies zur Kenntnis genommen und hat sich deshalb umbenannt, weil er der Meinung ist, dass man eine Vertretung der Ärzte braucht, die diese Verträge mit Krankenhäusern schließen müssen. Wir nennen uns nun „Verein stationär tätiger Vertragsärzte“. Der Name ist bewusst gewählt, geht also im Namen schon in Richtung Vertragsärzte. Dies, damit klar

ist, dass nicht irgendein nicht vertragsärztlich tätiger Vertretungsarzt im Krankenhaus Mitglied werden kann. Es geht um den Vertragsarzt, der einen Vertrag mit dem Krankenhaus hat, sei es ambulantes Operieren oder Konsiliararztstätigkeit bei Krankenhausleistungen. Das halten wir für wichtig und werden deshalb auch mit Verbänden, die ähnliche Arztgruppen vertreten, in Kontakt treten. Wir glauben, dass das ein Raum ist, den wir besetzen müssen im Interesse der Ärzte, damit auch die entstehenden juristischen und organisatorischen Probleme beachtet werden.

### **Als Sie von den Strukturveränderungen gesprochen haben, haben Sie ein weinendes Auge erwähnt. Auf der einen Seite also die Unabhängigkeit des Vertragsarztes, auf der anderen Seite die wachsende Abhängigkeit vom Krankenhaus als Konsiliararzt. Gibt es die Möglichkeit, diesen Prozess rückgängig zu machen?**

Wir haben uns ja ganz bewusst in die Richtung des stationär tätigen Vertragsarztes bewegt. Da ist ja der Belegarzt unverändert dabei. Das heißt, wir würden uns natürlich freuen, wenn man eine Analogabrechnung nach A-DRGs erlaubt. Dass auch für diese Fälle ein Vertragsverhältnis mit dem Krankenhaus notwendig ist, ist mir bewusst, es sei denn, die KV würde es schaffen, ein auf DRG-Basis beruhendes Abrechnungssystem im EBM für die Belegärzte zu implementieren. Nun bin ich Realist genug, um zu wissen, dass das nie geschehen wird im derzeitigen System, weil der EBM ein Eckpfeiler der Budgetierung ist. Sobald sie den EBM öffnen wollen, werden sich die Krankenkassen mit Händen und Füßen wehren, weil sie eine Ausweitung des Leistungsinhaltes sehen mit zusätzlichen Leistungen, die bezahlt werden müssen. Deshalb ist es sehr un-

# Ansichten

wahrscheinlich, dass diese eigentlich sehr vernünftigen Vorschläge umgesetzt werden. Auch die Tendenz in unserem Gesundheitswesen in Richtung angestellte Ärzte zu gehen, widerspricht dem Belegarztssystem. Deshalb ist es aus politischer Sicht sinnvoll, für beide Gruppen, Belegärzte und Konsiliarärzte, eine gemeinsame Vertretung zu machen. Wenn die Einsicht einkehrt, dass das Belegarztwesen tatsächlich gefördert werden muss, man wieder gleiche Wettbewerbsbedingungen mit Hauptabteilungen schafft und das auch vernünftig finanziert, dann sind wir sofort dabei.

## Was will der neue Verein politisch erreichen?

Als erstes müssen wir dafür sorgen, dass die Alternative für Vertragsärzte im stationären Bereich zu arbeiten, unbedingt erhalten bleibt. Dafür wird man auch die

erwähnte Kröte der vertraglichen Abhängigkeit schlucken. Wir haben ja auch noch die ambulante spezialärztliche Versorgung in der Pipeline. Wenn man sieht, was da angedacht ist, weiß man, wie wichtig Kooperationsstrukturen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern in Zukunft werden. Der zweite Punkt ist, dass wir versuchen werden, die Konsiliarärzte so zu vertreten, dass sie eben mehr freie Verträge und weniger Verträge als Angestellte mit den Krankenhäusern abschließen.

## Welchen Service wird der Verein neben der Bündelung der Interessen bieten?

Abgesehen von der Erarbeitung von Rahmenverträgen, ist in der Pipeline, dass wir gegenüber der hessischen Krankenhausgesellschaft deutlich machen, dass man das Belegarztssystem tatsächlich auch erhält, wo es erhalten werden kann. Dass wir auf der anderen Seite für die Unabhän-

gigkeit des Arztes auch im Konsiliararztssystem auch von den Krankenhasträgern Unterstützung erwarten. Wir werden darauf dringen, dass die Unabhängigkeit des Vertragsarztes wieder stärker dargestellt wird, als das an mancher Stelle im Moment geschieht. Da muss auch Überzeugungsarbeit im politischen Raum geleistet werden.

*Verein stationär tätiger Vertragsärzte in Hessen (Belegärzte, Konsiliarärzte) e.V.  
Rheinstraße 29, 60325 Frankfurt am Main  
Fon: 069 79400715  
E-Mail: buero-dr.spies@hfbp.de*

*Das Gespräch führte Karl Matthias Roth  
Pressesprecher und Leiter der Abteilung  
Kommunikation, KV Hessen*

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

## Frankfurter Hospiz- und Palliativtag 2013

Unter dem Motto „Sterben in der Großstadt“ veranstaltet das Netzwerk „Hospiz- und Palliative Care“ unter der Moderation des Amtes für Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main am **31. Oktober und 1. November 2013** den Frankfurter Hospiz- und Palliativtag 2013. Die Schirmherrschaft für diese Veranstaltung hat der Oberbürgermeister der Stadt Frankfurt am Main, Peter Feldmann, übernommen.

Am Abend des 31. Oktober begrüßen wir den Palliativmediziner Dr. med. Michael de Ridder und den Kölner Buchautor und Künstler Dada Peng im Haus am Dom. De Ridder wird einen Vortrag mit dem Titel „Medizinische Entscheidungen am Lebensende: Sinnvolle Lebensverlängerung oder unnötige Sterbeverzögerung“ halten; Dada Peng aus seinem Buch „mein buch vom leben und sterben“ vorlesen und Lieder von seiner CD „meine lieder vom leben und sterben“ vortragen. Da bei dieser Veranstaltung die Plätze begrenzt sind, bitten wir um Voranmeldung unter der Telefonnummer 069 97201735.

Am 1. November präsentieren sich die Mitglieder des Netzwerkes Hospiz- und Palliative Care in den Hallen des Römer. Hier stellen Mitarbeiter der Frankfurter Hospize, der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung,

der Kinderhospizdienste, der Palliativstationen, der Krankenkassen und anderer Einrichtungen ihre Arbeit in der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender vor. Parallel hierzu finden Workshops zu Themen wie „Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung“ oder „Betroffene Angehörige berichten von ihren Erfahrungen“ und andere statt.

Begleitend zum Frankfurter Hospiz- und Palliativtag / Sterben in der Großstadt gibt es unter dem Motto „Wege im Dunkeln – Wege im Licht“ eine Ausstellung im Haus am Dom. Gezeigt werden Bilder und Skulpturen von Kindern und Jugendlichen mit lebensverkürzenden Erkrankungen und deren Familien.

Vom 31. Oktober bis 6. November wird der Frankfurter Hospiz- und Palliativtag 2013 von einer Filmreihe im Filmforum Höchst begleitet. Gezeigt werden Filme wie „Liebe“, „The Broken Circle“ und „Nokan – die Kunst des Ausklangs“.

*Dr. med. Thomas Götz,  
Leiter der Abteilung Psychiatrie,  
Amt für Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main*

# Gemeinsam erfolgreich bei der Bekämpfung schwarzer Schafe im Gesundheitswesen

## Präsident der Landesärztekammer besucht Zentralstelle zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen (ZBVKG) in Frankfurt

„Betrug im Gesundheitswesen ist ein schlagzeilenträchtiges Thema. Wir brauchen keine neuen Gesetze, sondern eine konsequente Anwendung der bestehenden“, machte Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen, am 1. August anlässlich eines gemeinsamen Besuchs mit dem Hessischen Minister der Justiz, für Integration und Europa, Jörg-Uwe Hahn (FDP), der Zentralstelle zur Bekämpfung von Vermögensstraftaten und Korruption im Gesundheitswesen (ZBVKG) bei der Generalstaatsanwaltschaft in Frankfurt deutlich. Eine Überzeugung, die Hahn ebenso wie der Hessische Generalstaatsanwalt Hans-Josef Blumensatt und Oberstaatsanwalt Alexander Badle, Leiter der 2009 ins Leben gerufenen Stelle, teilten. Durch Vernetzung und gute Zusammenarbeit von Justiz, ärztlicher Selbstverwaltung und Krankenkassen sei eine effektive Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen möglich. Nach Auskunft von Badle hat die ZBVKG bislang insgesamt 1.247 Ermittlungsverfahren übernommen, wovon bereits 946 abgeschlossen wurden.

„Wenn wir Vorteilsnahme im Gesundheitswesen wirksam bekämpfen wollen, müssen neben Ärzten auch alle anderen Akteure im Gesundheitssystem mit einbezogen werden“, unterstrich von Knoblauch zu Hatzbach. Der hessische Ärztekammerpräsident begrüßte die Einrichtung der Zentralstelle bei der Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main ausdrücklich, da sie das gesamte Spektrum der Korruption im Gesundheitswesen unter die Lupe nehme. Einen Anstieg, oder gar einen Trend hin zu mehr Betrügereien im Gesundheitswesen kann Generalstaatsanwalt Blumensatt nicht erkennen: „Die Fallzahlen sind über die Jahre stabil geblieben.“

Blumensatt erklärte, dass die überwiegende Zahl der Ärzte und anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen korrekt arbeite und es daher besonders wichtig sei, die schwarzen Schafe aufzudecken. „Jeder korrupte Arzt ist einer zu viel“, bestätigte von Knoblauch zu Hatzbach. Auf der Grundlage des Heilberufsgesetzes verfüge die Landesärztekammer über wirksame berufsrechtliche Mittel zur Ermittlung und Ahndung ärztlicher Korruption.

Auch wenn das Strafrecht nicht greift, d.h. kein strafrechtlicher Tatbestand vorliegt, wird die Landesärztekammer aktiv. Zum Beispiel bei falschen GOÄ-Abrechnungen, unrichtig deklarierten GKV-Rechnungen und Zuweisungen gegen Entgelt. „Fälle nachgewiesener Bestechung werden von uns unnachgiebig verfolgt und ziehen berufsrechtliche Konsequenzen nach sich“, betonte der Ärztekammerpräsident.

In den vergangenen fünf Jahren wurden der Landesärztekammern Hessen rund 150 Fälle gemeldet, bei denen der Verdacht des Verstoßes gegen die §§ 30 ff. Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen bestand. „In allen Fällen haben wir Vorermittlungen aufgenommen“, berichtete von Knoblauch. „Nachdem sich bei 35 Fällen der Korruptionsverdacht erhärtet hatte, führte die Landesärztekammer berufsrechtliche Ermittlungsverfahren gegen die betroffenen hessischen Ärztinnen und Ärzte durch. In 29 dieser Fälle wurden Sanktionen mit Geldauflagen verfügt.“

*Katja Möhrle*

## Ärzte fragen, Politiker antworten

Gesundheitspolitik zählt zu den wichtigsten Politikfeldern. Bei den Wählern liegt sie mit 20 Prozent immerhin auf Platz 3 – unmittelbar hinter Bildungspolitik (33 Prozent) und Arbeitsmarktpolitik (22 Prozent). Dies hat das Institut TNS Infratest im Auftrag des Continental Versicherungsbundes bei einer Befragung von 1424 Personen über 18 Jahre ermittelt. Am 22. September 2013 finden nicht nur die Bundestagswahlen, sondern auch die Landtagswahlen in Hessen statt.

Die spannende Frage (nicht nur) für Ärztinnen und Ärzte lautet: Wie wird die Ge-

sundheitspolitik der kommenden fünf Jahre aussehen? Wie wir Ihnen in der August-Ausgabe des Hessischen Ärzteblatt berichteten („Wahljahr 2013 – Hessische Heilberufe stellen Parteien auf den Prüfstand“, Maren Siepmann), hatte das Bündnis „heilen und helfen“ der hessischen Heilberufskörperschaften, dem auch die Landesärztekammer Hessen angehört, aus Anlass der bevorstehenden Landtagswahlen den Fraktionen im Hessischen Landtag „Wahlprüfsteine“ vorgelegt. Die Antworten der Parteien sind unter [www.heilberufehessen.de](http://www.heilberufehessen.de) nachzulesen.

Um ihre Mitglieder – Ärzte, Zahnärzte, psychologische Psychotherapeuten, Tierärzte und Apotheker – darüber hinaus gesondert über sie betreffende Themen zu informieren, beschlossen die Bündnispartner, die Reaktionen auf Fragen der einzelnen Körperschaften in den jeweiligen Medien zu veröffentlichen. Wir haben die Fragen der Landesärztekammer und die Antworten der Parteien deshalb für Sie auf unserer Website unter <http://www.laekh.de/hessisches-aerzteblatt/aktueller-jahrgang/index.html> eingestellt.

Katja Möhrle

### Bad Nauheimer Interdisziplinäre Tage der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Fortbildungsveranstaltungen am 13./14. September und 16. November 2013



In den Seminaren und Workshops der diesjährigen „Bad Nauheimer Interdisziplinären Tage“ werden häufig vorkommende Erkrankungen besprochen, an deren Entstehung mehrere Organsysteme beteiligt sind.

Dabei stellt besonders die medizinische Versorgung einer zunehmend älteren Bevölkerung eine große Herausforderung für den behandelten Arzt dar. Die Multimorbidität dieser Patienten verlangt häufig eine intensive interdisziplinäre Herangehensweise bei Diagnostik und Therapie.

Veränderungen des ZNS mit neurologischen Störungen, organüberschreitendes Wachstum fortgeschrittener Tumore oder bestimmter Erkrankungen mit genetischem Hintergrund können Symptome und Beschwerden im Bereich mehrerer Organsysteme verursachen. Es gibt vielfältige Berührungspunkte, dabei kommt an der Schnittstelle zwischen den Disziplinen dem Allgemeinmediziner bei der Betreuung der Patienten eine Schlüsselstellung zu. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Diagnostik und Therapie lässt die kausalen Zusammenhänge der Erkrankung erkennen, verkürzt den Krankheitsverlauf und verbessert die Prognose der Patienten.

Für die Veranstaltungstage haben wir insgesamt sechs praxisrelevante Themen ausgewählt.

Am 13. September sprechen wir über die „Behandlungsmöglichkeiten der Kopf- und Gesichtsschmerzen“, am 14. September über die „Urogenitale Dysfunktion im Alter“ sowie „Gute Grenzen in der ärztlichen Behandlung – Grenzüberschreitung und Missbrauch in der Arzt-Patientenbeziehung“.

Am 16. November besprechen wir unter dem Titel „Was der Radiologe und der Allgemeinmediziner voneinander wissen sollten“ die Indikation, Möglichkeiten und Grenzen moderner radiologischer Untersuchungsmethoden. In den Vorträgen „Freddy Mercury – ein Leben mit AIDS“ und „AIDS-Update“ werden die Herausforderungen einer Infektionskrankheit besprochen.

In allen Vorträgen wird besonderer Wert auf eine praxisnahe Darstellung und auf praxisrelevante Informationen gelegt.

Die Veranstaltung richtet sich an Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen mit dem Ziel, komplexe Krankheitssymptome sowie moderne Therapiemöglichkeiten aus interdisziplinärer Sicht zu diskutieren. Wir würden uns freuen, Sie am 13./14. September und 16. November 2013 in der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim begrüßen zu dürfen.

(siehe S. 701)

# Einbecker Empfehlungen der DGMR

## zu Rechtsfragen der Personalisierten Medizin

### 15. Einbecker Workshop der DGMR im April 2013

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) e.V. hat vom 19. bis 21. April 2013 ihren 15. Einbecker Workshop unter dem Titel

#### „Rechtsfragen der Personalisierten Medizin“

durchgeführt. Als Tagungsergebnis wurden die nachstehenden Empfehlungen verabschiedet:

1. Personalisierte Medizin (individualisierte Medizin) ist ein Sammelbegriff für eine Vielzahl unterschiedlicher Verfahren, wie zum Beispiel persönliche Zuwendung bei der Therapie, Prädiktion von Erkrankungen, autologe Therapie, aber auch die Maßanfertigung von Implantaten und die Stratifizierung. Letztere bezeichnet medizinische Prognostik, Diagnostik oder Therapie, die nach individuellen Parametern, insbesondere biologischen Merkmalen (Biomarkern) der Patienten differenziert und z.B. durch Verwendung eines Begleittests (ggf. auch miniaturisiert als „Lab-on-a-chip“ System) den Einsatz bestimmter Medikamente vorsieht. Treffender als die Begriffe der Personalisierten oder Individualisierten Medizin wäre daher eigentlich der Begriff der „Stratifizierenden Medizin“, denn in der Pharmakogenomik kommt es nicht nur auf eine Ausrichtung der Therapie am Einzelnen an, sondern auf die Zuordnung des Einzelnen zu Gruppen (strata), die einer bestimmten Therapie zugänglich oder nicht zugänglich sind.
2. Die Verfahren oder Methoden der Personalisierten Medizin beinhalten für die Medizin und die Rechtswissenschaft im Grundsatz nichts Neues. Patientenspezifische Abweichungen erforderten auch bisher differenzierte Therapien (scheinbar) identischer Erkrankungen, wie etwa die individuelle Anpassung von Endoprothesen, die Dosierung von Arzneimitteln oder die Auswahl von Antibiotika entsprechend eines Antibiogramms. Für den Bereich der Pharmakotherapie ist anerkannt, dass Medikamente unterschiedliche Verträglichkeitsprofile aufweisen und wirkungs- und nebenwirkungsabhängig angewandt oder ggf. durch andere Medikamente ersetzt werden müssen. Die sich aus der Personalisierten Medizin ergebenden rechtlichen Fragen können daher grundsätzlich
3. Auf Basis der Entdeckung der Onkogen-Abhängigkeit von Tumoren und der Bedeutung der Transduktionswege sind neue Wirkstoffe entwickelt worden, die zusätzlich zu Chirurgie, Chemotherapie und Bestrahlung nun auch Immuntherapie und Signaltransduktionmodulation bzw. -inhibition als anerkannte Verfahren in der Onkotherapie ermöglichen. Die ständig wachsende Zahl der Zielmoleküle und die sich daraus ergebende Vielfalt der diagnostischen und therapeutischen Verfahren haben der Onkologie neue, ungleich effektivere therapeutische Optionen eröffnet („treating the tumor along its genetic vulnerability“). So können zum Beispiel durch die Translokations- und Mutationsanalyse oder den Nachweis einer Rezeptorüberexpression Tumoren identifiziert werden, für die ein klinisch relevanter Effekt durch eine zielgerichtete Therapie zu erwarten ist (molekulare Therapie, oder besser: molekülorientierte Therapie/targeted therapy). Auch in anderen Fachgebieten der Medizin führt die Anwendung von Verfahren der Personalisierten Medizin zu effektiveren Behandlungsoptionen (z.B. Diagnostik des Arzneimittelstoffwechsels).
4. Dem Patienten ist die Möglichkeit der stratifizierten Diagnostik und Therapie anzubieten, wenn sie dem anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entspricht. Über deren wesentlich höhere Spezifität, die differenzierteren Therapiekonzepte und spezifischeren Aussagen hinsichtlich der Risiken und der Prognose ist der Patient aufzuklären. Demgegenüber ist eine entsprechende Therapie von Tumorentitäten, bei denen das Zielmolekül nicht vorliegt, in der Regel nicht indiziert. Dies gilt insbesondere dann, wenn unter der Therapie neben der Wirksamkeit ein Schaden zu erwarten ist, der auch darin liegen kann, dass während der nicht zielgerichteten Thera-



pie eine andere, potenziell wirksamere Therapie unterbleibt. Es ist aber nicht auszuschließen, dass auch Patienten, deren Tumor das Zielmolekül nicht aufweist, von der Therapie profitieren können, wenn auch in geringerem Umfang. Die Frage, ob auch Patienten mit einer lebensbedrohenden Erkrankung eine solche Therapie angeboten werden muss, ist – entsprechend den üblichen Beurteilungskriterien – abhängig von der jeweils bestehenden Prognose und den Behandlungsalternativen zu beantworten.

5. Es liegt in der Natur der Sache, dass eine molekulare Therapie nur bei dem Teil der Patienten indiziert ist, deren Tumor das entsprechende Rezeptormolekül aufweist. Darin liegt jedoch keine Benachteiligung der anderen Patienten. Vielmehr werden durch zielgerichtete Therapien eine Abwendung von Schaden, z.B. von Nebenwirkungen, und damit eine Erhöhung der Patientensicherheit erreicht.
6. Für den Nachweis der Zielmoleküle kommen Single-Gene Essays, Multiplex-Diagnostik (next generation sequencing) und vollständige Genomanalysen der Tumorzellen in Betracht. Bei den beiden ersten Verfahren werden im Regelfall ausschließlich tumorzellenspezifische genetische Eigenschaften untersucht. Solche genetischen Eigenschaften wurden nicht ererbt oder während der Befruchtung oder bis zur Geburt erworben, so dass bezüglich dieser das Gendiagnostikgesetz nicht einschlägig ist. Bei der vollständigen Genomanalyse ist dies jedoch der Fall. Daraus ergeben sich weitreichende Konsequenzen für Aufklärung, Einwilligung und Dokumentation und Verwertung der Ergebnisse.
7. Die Entwicklung der molekularen Therapie beeinflusst darüber hinaus die klinische Forschung. Sofern nach Analyse der biologischen Grundlagen der Erkrankung das Pharmazeutikum gezielt entwickelt wird (molecular design), kann sich der Wirksamkeitsnachweis (proof of principle) zunehmend in Phase I/II der klinischen Prüfung verlagern, weil Probanden/Patienten entlang der biologischen Rationale der Identifikation der Treibermutation selektioniert wurden, ohne dass dabei Phase III der klinischen Prüfung entfallen könnte. Dies kann zu einer erheblichen Beschleunigung der Arzneimittel-Entwicklung führen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, einen international harmonisierten neuen Ansatz für entsprechende Studiendesigns zu entwickeln.
8. Aufgrund der hohen Bedeutung der diagnostischen Parameter für die Entscheidung zur molekularen Therapie und deren Erfolg muss sichergestellt sein, dass die Diagnostik eine hohe Sensitivität und hohe Spezifität aufweist. Deshalb sind alle notwendigen Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu ergreifen. Auch wenn es wünschenswert erscheint, dass molekulare Diagnostik simultan mehrere Treibermutationen bestimmen kann und flexibel und schnell neue Mutationen integriert, sind doch die Grundsätze der Datensparsamkeit und Zwecktreue zu beachten.
9. Der Nachweis spezifischer Biomarker kann für die Anwendbarkeit eines Arzneimittels aufgrund seiner Zulassung Voraussetzung sein. Eine Therapie mit diesem Arzneimittel kann haftungs- und sozialrechtlich geboten sein, ist aber faktisch erst dann möglich, wenn die entsprechende Laborleistung zum Nachweis des Biomarkers auch im Versicherungskontext des Patienten erbringbar ist. Sind die entsprechenden Testverfahren ausreichend klinisch validiert, muss deren Abrechenbarkeit durch die Selbstverwaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Einführung des Arzneimittels gewährleistet werden, um den Anspruch des Patienten nicht leerlaufen zu lassen.
10. Die molekulare Therapie hat in der klinischen Entwicklung zahlreiche Besonderheiten: Die Entwicklung des Arzneimittels erfolgt am Rezeptormolekül, die Auswahl der Patienten für die klinische Prüfung knüpft am Vorliegen des Rezeptormoleküls oder anderer Biomarker an, die Subpopulationen sind oft klein und das Studiendesign in der Phase III der klinischen Prüfung kann es erfordern, dass Patienten mit einem Rezidiv mit dem (Prüf-) Arzneimittel behandelt werden (cross-over-design), so dass am Ende der Studie die klinischen Outcome-Parameter gleich sind. Dies lässt es geboten erscheinen, das bestehende Konzept der Nutzenbewertung des IQWiG (Methodenpapier Version 4.0) auf seine Anwendbarkeit hin zu überprüfen und gegebenenfalls zu ergänzen oder zu modifizieren. Molekulare Therapie und Evidenzbasierte Medizin stehen nicht in einem Gegensatz.
11. Die mit der Personalisierten Medizin verbundene Diagnostik kann zu prädiktiven Ergebnissen führen, die in der gesellschaftlichen Diskussion den Ruf nach individuellen, paternalistischen Vorgaben („Nudging“) für eine Risikoprävention ergeben, die sich an genetischen Eigenschaften des Einzelnen orientiert. Gesundheitspolitische Be-

strebungen, die Erkenntnisse der personalisierten Medizin zu Verpflichtungen oder Obliegenheiten des Einzelnen zu verdichten, sind als Verkürzung der Entscheidungsfreiheit des Einzelnen durch staatliche Vorgaben abzulehnen und weder rechtstaatlich begründbar noch verfassungsrechtlich zu legitimieren (vgl. hierzu „Einbecker Empfehlungen zu Genetischen Untersuchungen und Persönlichkeitsrecht der DGMR“, September 2002).

12. Die Grundlage für Prognosen und Behandlung von Krankheiten wird zunehmend von Daten determiniert, die zum einzelnen Patienten erhoben wurden. Eine neue, umfangreichere Verantwortung des Einzelnen für seine Ge-

sundheit kann daran jedoch nicht geknüpft werden. Eine Durchsetzung von Verhaltens- und Verboten mit dem „scharfen Schwert“ des Strafrechts muss ultima ratio bleiben und ist hier nicht angezeigt, und zwar mit Blick auf den Subsidiaritätsgrundsatz und die Autonomie des Einzelnen. Eine strafrechtliche Sanktionierung „nicht gesundheitsbewussten Verhaltens“ lässt sich daher nicht begründen.

*Für das Präsidium der DGMR e.V.*

*Der Präsident*

*Rechtsanwalt Dr. A. Wienke*



## Interessenkonflikt

Autoren sind aufgefordert, mögliche Interessenkonflikte offenzulegen. Eine entsprechende Erklärung ist dem Manuskript beizufügen: „Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben.“, oder: „Die Autoren XX und YY erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben. ZZ ist für die Firma ABC tätig.“ oder: „Die Arbeit wurde durch die Firma ABC unterstützt.“

LÄKH

## Sicherer Verordnen

### Simvastatin und körperliches Training

Körperliches Training ist für kardiovaskuläre Risikopatienten eine anerkannte therapeutische Maßnahme, wenn der Patient genügend motiviert ist. In einem Kommentar zu einer neuen Studie wird eine mögliche Interaktion zwischen der Gabe von Simvastatin und dem Trainingseffekt vermutet. 40 mg/d Simvastatin machte den Trainingseffekt (kardiopulmonale Fitness und Erhöhung des Mitochondriengehaltes in der Skelettmuskulatur) über zwölf Wochen im Vergleich zur Placebogabe zu nichts. Das Studienergebnis muss noch überprüft werden, könnte jedoch plausibel sein: Statine können zu strukturellen und funktionellen Veränderungen der Skelettmuskulatur führen (bis hin zur Rhabdomyolyse).

Quelle: *Pharm. Ztg.* 2013; 158 (21): 22

### Aus für Nitroprussidnatrium iv.

Nitroprussidnatrium (Nipruss®) zur Therapie hypertoner Krisen und vor allem zur kontrollierten Blutdrucksenkung bei Operationen wurde nach Herstellerangaben aus dem Handel genommen. Als Ersatz stehen die iv-Gabe von Urapidil (Ebrantín®, Generika) und Nitroglycerin (= Glyceroltrinitrat, Nitrolingual® infus., Trinitrosan®) zur Verfügung, in einer hypertonen Krise auch Clonidin iv. (Catapresan®, Generika). Die jeweiligen Fachinformationen müssen vor einer Anwendung beachtet werden.

Quelle: *Pharm. Ztg.* 2013; 158 (21): 89

### Etanercept – Dosisfragen bei rheumatoider Arthritis

Neben Methotrexat (viele Generika, cave: einmal wöchentliche Gabe) wird zunehmend zusätzlich auch das Biologikum Etanercept (Enbrel®, ebenfalls nur einmal wöchentliche Gabe) zur Basistherapie einer rheumatoiden Arthritis (RA) angewandt. Die RA gehört zu den häufigsten und kostenintensivsten chronischen rheumatischen Erkrankungen, in der Therapie sollten auch ökonomische Aspekte berücksichtigt werden. In einem Kommentar zu einer neuen Stu-

die wird hervorgehoben, dass statt einer Dosis von 50 mg auch 25 mg Etanercept wöchentlich genügen, um in Kombination mit Methotrexat eine niedrige Krankheitsaktivität zu erhalten.

Dies ist ein typisches Beispiel dafür, dass Dosisverringerungen bei chronischen Erkrankungen Sinn ergeben können, vorausgesetzt diese Maßnahme wird sorgfältig überwacht. Eine mögliche Verringerung von unerwünschten Wirkungen (UAW) scheint gerade bei hochwirksamen und UAW-trächtigen Arzneistoffen wie Etanercept besonders empfehlenswert.

Quellen: *Dt. Ärztebl.* 2013; 110 (14): C 585; *Dt. Med. Wschr.* 2013; 138: 19

### Therapie der Herzinsuffizienz (HI) bei Älteren

Diuretika, ACE-Hemmer, Angiotensinrezeptorblocker, Betablocker und auch Digitalis zählen leitliniengerecht zur medikamentösen Therapie einer HI. Nach einer zusammenfassenden Publikation leiden sehr viele alte Patienten an einer HI mit erhaltener Pumpfunktion (sogenannte diastolische HI), bei der nach heutiger Datenlage ACE-Hemmer, Angiotensinrezeptorblocker und Betablocker kaum oder gar nicht wirken. Schleifendiuretika und Thiazide sind auch bei alten Patienten symptomatisch wirksam. Auch Aldosteronrezeptorantagonisten wie Spironolacton (Aldactone®, Generika) oder Eplerenon (Inspra®) führen allgemein zu einer Prognoseverbesserung.

Quelle: *Dt. Med. Wschr.* 2013; 138: 700-02

### Kochsalz und Hypertonie

Nach einem neuen Review führt eine Kochsalzrestriktion doch mit hoher Evidenz zu einer Blutdrucksenkung, ebenso wie eine vermehrte diätetische Kaliumaufnahme (z.B. viel Obst) bei Hypertonie den Blutdruck senkt.

Quelle: *Dt. Med. Wschr.* 2013; 138: 1152

### Leitlinien...

Leitlinien sollen in dem immer komplexer werdenden Gebiet der Therapie, vor allem der Arzneimitteltherapie, eine Entschei-

dungshilfe bieten. Neutrale Leitlinien sind angesichts der Vielzahl von Publikationen mit unklaren Interessenkonflikten unentbehrlich. Sie sind im Gegensatz zu institutionellen Richtlinien jedoch nicht rechtsverbindlich, können es jedoch werden, wenn sie dem medizinischen Standard entsprechen.

In einem Kommentar zu den Möglichkeiten und Grenzen von Leitlinien werden Bewertungspunkte für die Qualität einer Leitlinie (nach AGREE, Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) diskutiert, u.a.:

- klar definierter Geltungsbereich und Zweck
- multidisziplinäre Zusammensetzung (z.B. Mitarbeit von Hausärzten, Statistikern)
- Anwendbarkeit (z.B. bei Multimorbidität)
- Redaktionelle Unabhängigkeit.

So genügt es nicht, pauschale Angaben zu Interessenkonflikten anzugeben. Hier müssen einzelne mögliche Konflikte detailliert aufgezählt werden. Vor allem die jeweiligen Vorsitzenden einer Leitliniengruppe müssen frei sein von diesen Konflikten und Experten mit diesen Konflikten dürfen nur eine Minderheit in der Gruppe darstellen.

Medizinisches Wissen verändert sich im Zeitverlauf: eine Leitlinie sollte daher nicht älter als drei Jahre sein und immer wieder aktualisiert werden, eventuell auch nur mit aktuellem Datum, um deutlich zu machen, dass sich inhaltlich (noch) nichts geändert hat.

Vor allem: eigenes Abwägen bei einer individuellen Verordnung schadet nicht.

Quelle: *Arzneimittelbrief* 2013; 47(3): 24DB01-02

Dr. med. Günther Hopf

Nachdruck aus:  
*Rheinisches Ärzteblatt* 7/2013

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

# Indikationseinschränkung für die Verordnung von Cilostazol / Pletal® durch die Europäische Arzneimittelagentur

Pletal® ist zur Verlängerung der maximalen und der schmerzfreien Gehstrecke bei Patienten mit Claudicatio intermittens ohne Ruheschmerz oder Anzeichen von peripheren Gewebnekrosen / pAVK-Fontain-Stadium II einzusetzen.

## Neue Kontraindikationen, wie

- die Einnahmen von zwei oder mehr zusätzlichen Thrombozytenaggregations- oder Gerinnungshemmern
- das Vorliegen einer instabilen Angina pectoris oder einer Koronarintervention bzw. ein Myocardinfarkt in den letzten sechs Monaten

• in der Vorgeschichte eine starke Tachyarrhythmie

führen zu nachfolgenden **Einschränkungen der Anwendung von Cilostazol / Pletal®**

- Behandlung nur bei Patienten, bei denen Änderungen des Lebensstils, wie Einstellung des Rauchens, Bewegung und andere entsprechende Interventionen keine ausreichende Verbesserung der Symptome der Claudicatio intermittens ergaben.
- Eine Therapieüberprüfung ist nach drei Monaten erforderlich. Die Behandlung sollte dann beendet werden, es sei denn, der Patient zeigt klinisch eine relevante

Verbesserung der Gehstrecke / Lebensqualität.

- Die Cilostazol / Pletal®-Dosis ist auf zweimal täglich auf 50mg zu reduzieren, wenn Patienten mit anderen Medikamenten behandelt werden, die starke Inhibitoren von CYP3A4 oder CYP2C19 sind. Die Normaldosis beträgt zweimal 100mg täglich.

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



## MEDIKATIONSPROZESS:

### Anamnese:

Beschwerden und Anliegen des Patienten

Aktuelle Medikation:

- Hausärztliche
- Fachärztliche
- Selbstmedikation!
- Welche verordneten Medikamente nimmt Patient ein?
- Gibt es einen Medikationsplan für alle Medikamente?
- Gibt es wirksame nichtmedikamentöse Maßnahmen?

### Bewertung:

Priorisierung der Medikamente:

- Welche Medikamente sind medizinisch gesichert erforderlich?
- Sieht der Patient das auch so?
- Sind hausärztliche und fachärztliche Medikation abgestimmt?
- Welche Medikamente sind Wunsch des Patienten?
- Entspricht die Medikation der Vorstellung des Patienten?
- Welche Medikamente lässt der Patient gelegentlich oder regelmäßig weg?

Interaktionen:

Elektronische Überprüfung durch Arzt oder Apotheker

Unerwünschte Medikamentenwirkungen:

Systematisches Erfragen der häufigsten unerwünschten Wirkungen.

Absetzen von Medikamenten:

Regelmäßige Absetzversuche medizinisch nicht zwingend notwendiger Medikamente in Abstimmung mit dem Patienten



## Dr. med. Hans Medler mit Goethe-Plakette des Landes Hessen ausgezeichnet



Für seinen außerordentlichen Beitrag zur kulturellen Entwicklung im Land Hessen wurde der Hünfelder Arzt Dr. med. Hans Medler am 22. Juni 2013 mit der Goethe-Plakette ausgezeichnet. Die von ihm und seiner

Frau im Jahr 1993 gegründete „Dr. Hans und Hildegard Medler Stiftung“ unterstützt besonders förderungswürdige kulturelle Zwecke. Künftig sollen auch soziale Projekte für Kinder und Jugendliche sollen verstärkt gefördert werden.

Nach erfolgreichem Medizinstudium in Würzburg, Wien und Marburg praktizierte

Medler, Jahrgang 1924, in seiner Niederlassung in Hünfeld als Facharzt für Allgemein- und Sportmedizin. Als ehrenamtlicher Sport- und Kreisarzt und Kommunalpolitiker waren und sind dem heute fast 90-jährigen die Probleme, Sorgen und Nöte seiner Mitmenschen vertraut. Gemeinsam mit seiner inzwischen verstorbenen Ehefrau finanzierte er unter anderem künstlerische Werke und verlieh Stipendien an junge Hünfelder Musiker.

Medler erhielt zahlreiche Auszeichnungen, darunter die „Auszeichnung durch die Liga der Rotkreuzgesellschaft Genf, Schweiz“ und die „Auszeichnung mit dem Ungarischen Verdienstorden in Gold“. Bereits im Juni 2011 würdigte der hessische Minister-

präsident Volker Bouffier im Rahmen der Ehrenamtskampagne „Gemeinsam Aktiv – Bürgerengagement in Hessen“ die „Dr. Hans und Hildegard Medler Stiftung“ als „Stiftung des Monats“.

In diesem Jahr zeigte sich das vorbildhafte, gesellschaftliche Engagement Medlers unter anderem in der Veranstaltung eines Familientags mit Workshops, Märchenparcours, Theaterstücken sowie Vorlese- und Malwettbewerben entlang des von der Medler-Stiftung gestalteten „Grimms Märchenrundweg am Haselsee“.

*Marietta Bruns, Abteilung*

*Presse- und Öffentlichkeitsarbeit*

*Foto: Bernd Müller Strauß, Stadt Hünfeld*

## MEDIKATIONSPROZESS:

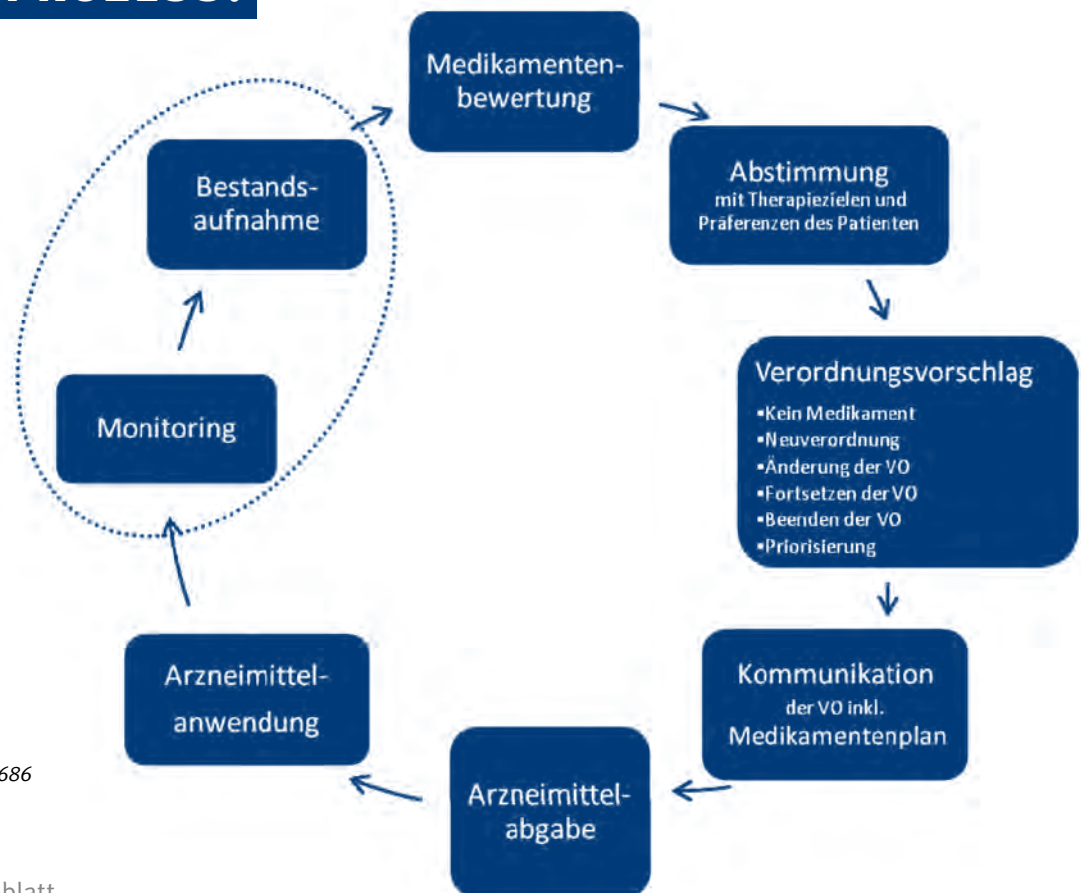


Abbildung: Medikationsprozess  
Quelle: Schubert et. al.  
Hausärztliche Leitlinie  
„Multimedikation“ erschienen  
Hessisches Ärzteblatt 9/2013, S. 686



## Modellprojekt: Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

Freitag nachmittags und Samstag ganztags möglich!

Telefonische Informationen: Frau C. Ittner, Akademie, Tel.: 06032 782-223

### I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise auf Seite 706!

#### Curriculum Organspende (insg. 40 Std.)

##### Kriseninterventionsseminar (8 Std.)

(Für Teilnehmer, die bereits den theoretischen Teil absolviert haben.)

**Mittwoch, 04. Sep. 2013** **8 P**

**Leitung:** Dr. med. W. O. Bechstein, Ffm.,  
Dr. med. U. Samuel, Mainz

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

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

E-Mail: [andrea.floeren-benachib@laekh.de](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)

#### Bad Nauheimer Interdisziplinäre Tage

(siehe S. 694)

##### Freitag, 13. – Samstag, 14. Sep. 2013

Programm:

**Freitag, 13. Sep. 2013, 15:00 – 18:45 Uhr**

##### Kopfschmerzen –

**Diagnostik und moderne Therapiemöglichkeiten** **5 P**

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

**Samstag, 14. Sep. 2013, 09:00 – 13:00 Uhr**

**Urogenitale Dysfunktionen im Alter – Was ist wann zu tun?** **5 P**

**Leitung:** Prof. Dr. med. H. Melchior, Kassel

**Samstag, 14. Sep. 2013, 13:30 – 17:15 Uhr**

##### Gute Grenzen in der ärztlichen Behandlung –

**Wodurch werden sie möglich? Wann sind Sie gefährdet?** **4 P**

**Leitung:** Dr. med. M. Korte, Hanau; Beauftragter der „Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen“ der LÄKH

##### **Teilnahmebeitrag je Veranstaltung:**

€ 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau K. Baumann, Akademie,

Tel.: 06032 782-281, Fax: 069 97672-67281,

E-Mail: [katja.baumann@laekh.de](mailto:katja.baumann@laekh.de)

**Weiterer Termin 2013: 16. Nov. 2013;** Themen: Was der Radiologe und der Allgemeinmediziner voneinander wissen sollten; Freddy Mercury – ein Leben mit AIDS; Aids Update

#### Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

**Mittwoch, 04. – Samstag, 07. Sep. 2013**

Programmübersicht:

**Mittwoch:** **Endokrinologie, Reproduktionsmedizin und lernpsychologische Prüfungsvorbereitung** (Gruppe 1) **8 P**

**Tagesleitung:** Prof. Dr. med. H.-R. Tinneberg, Gießen

**Donnerstag:** **Gynäkologische Onkologie** **8 P**

**Tagesleitung:** Prof. Dr. med. C. Jackisch, Offenbach

**Freitag:** **Gynäkologie, Urogynäkologie und lernpsychologische Prüfungsvorbereitung** (Gruppe 2) **8 P**

**Tagesleitung:** Prof. Dr. med. H.-R. Tinneberg, Gießen

**Samstag:** **Geburtshilfe, incl. Pränataldiagnostik** **8 P**

**Tagesleitung:** Dr. med. F. Oehmke, Gießen

**Gesamtleitung:** Prof. Dr. med. H.-R. Tinneberg, Gießen

**Teilnahmebeitrag:** € 420 (Akademiemitgl. € 378),

Einzelbuchung pro Tag: € 150 (Akademiemitgl. € 135)

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

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

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

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

#### 29. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

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

**Montag, 23. – Freitag, 27. Sep. 2013** **55 P**

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

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

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

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

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

Seminarraum Zi. 330, Haus 11, 3. Stock

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

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

E-Mail: [veronika.wolfinger@laekh.de](mailto:veronika.wolfinger@laekh.de)

#### Kommunikation bei Schadensfällen

**Samstag, 28. Sep. 2013, 09:00 Uhr – 16:30 Uhr** **10 P**

**Leitung:** Dr. med. R. Kaiser, Frankfurt a. M.

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

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

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

E-Mail: [andrea.floeren-benachib@laekh.de](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)



### Gastroenterologisches Fallseminar

In Zusammenarbeit mit der Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie.

**Mittwoch, 02. Okt. 2013, 17:30 – 20:00 Uhr**

**Leitung:** Prof. Dr. med. S. Zeuzem, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** kostenfrei

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

Theodor-Stern-Kai 7, Haus 22, 1. OG, Hörsaal 22-2

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Zinkl, Akademie,

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

E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

### Impfkurs – Fachgebiet Öffentliches Gesundheitswesen

**Samstag, 05. Okt. 2013, 09:00 – 17:30 Uhr** **11 P**

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

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

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,

E-Mail: [melanie.turano@laekh.de](mailto:melanie.turano@laekh.de)

### Rheumatologie

**Rheuma an einem Tag** **6 P**

**Terminänderung: Mittwoch, 04. Dez. 2013, 15:00 – 19:00 Uhr**

**Leitung:** Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim

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

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Kerckhoff-REHA-Zentrum

**Auskunft und Anmeldung:** Frau H. Cichon, Akademie,

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

E-Mail: [heike.cichon@laekh.de](mailto:heike.cichon@laekh.de)

### Repetitorium Innere Medizin 2013

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

**Montag, 18. – Samstag, 23. Nov. 2013** **insg. 51 P**

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

**Teilnahmebeitrag insg.:** € 495 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI

und der DGIM € 445), **Einzelbuchung pro Tag:** € 150 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 135)

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Zinkl, Akademie,

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

E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

### Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

**Freitag, 22. Nov. 2013, 13:00 Uhr – 21:00 Uhr** **11 P**

**Leitung:** Dr. med. P. Deppert, Bechtheim

Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

**Teilnahmebeitrag:** € 170 (Akademiemitgl. € 153),

zzgl. € 70 Schulungsmaterial

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau C. Cordes, Akademie,

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

E-Mail: [claudia.cordes@laekh.de](mailto:claudia.cordes@laekh.de)

### Moderatorentaining

**Freitag, 04. – Samstag, 05. Okt. 2013** **20 P**

**Leitung:** Dr. med. Wolfgang Zeckey, Fulda

**Teilnahmebeitrag:** € 360 (Akademiemitgl. € 324)

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

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

E-Mail: [andrea.floeren-benachib@laekh.de](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)

### Fachgebietsveranstaltung Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie, Pädiatrie, Pathologie

**Interdisziplinäres Forum Frankfurt 2013:**

**Allergologie und Pneumologie** **6 P**

**Samstag, 05. Okt. 2013, 09:00 – 14:00 Uhr**

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

**Teilnahmebeitrag:** kostenfrei

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

Kommunikationszentrum, Steinbacher Hohl 2-26, Raum Taunus

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Zinkl, Akademie,

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

E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

### Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218 StGB

**Erwerb der Berechtigung zur Beratung**

**Samstag, 02. – Sonntag, 03. Nov. 2013**

**Teilnahmebeitrag:** € 300 (Akademiemitgl. € 270)

**Erfahrungsaustausch und Wiederholungsseminar**

Für Ärzte, die bereits die Berechtigung zur Beratung erworben haben und erneuern wollen.

**Samstag, 09. Nov. 2013**

**Teilnahmebeitrag:** € 150 (Akademiemitgl. € 135)

**Leitung:** Dr. med. A. Goldacker, Hanau

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

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

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

E-Mail: [veronika.wolfinger@laekh.de](mailto:veronika.wolfinger@laekh.de)

### Aktuelles aus der Arbeitmedizin

**Samstag, 16. Nov. 2013, 09:00 – 14:00 Uhr**

**Leitung:** Dr. med. M. Kern, Frankfurt

**Teilnahmebeitrag:** € 25 (Akademiemitgl. kostenfrei)

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau L. Stieler, Akademie,

Tel.: 06032 782-283, Fax: 069 97672-67283,

E-Mail: [luise.stieler@laekh.de](mailto:luise.stieler@laekh.de)

### Repetitorium Allgemeinmedizin

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

**Samstag, 14. – Sonntag, 15. Jun. 2014** **16 P**

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

**Teilnahmebeitrag:** € 260 (Akademiemitgl. € 234)

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau R. Heßler, Akademie,

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

E-Mail: [renate.hessler@laekh.de](mailto:renate.hessler@laekh.de)



## II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise auf Seite 706!

### Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Std.)

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

#### I. Teil Theorie (120 Std.)

**Samstag, 14. Sep. 2013** **G15**

#### II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

**Sonntag, 15. Sep. 2013** **GP**

**Samstag, 16. Nov. 2013 – Sonntag, 17. Nov. 2013** **GP**

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

**Teilnahmebeitrag:** auf Anfrage

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,

E-Mail: [melanie.turano@laekh.de](mailto:melanie.turano@laekh.de)

**oder** Frau A. Bauß, Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur e.V.

Tel.: 089 71005-11, Fax: -25, E-Mail: [bauss@daegfa.de](mailto:bauss@daegfa.de)

### Geriatrische Grundversorgung

**Block I Freitag, 01. – Sonntag, 03. Nov. 2013** **24 P**

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

**Block II Freitag, 24. – Sonntag, 26. Jan. 2014** **22 P**

**Leitung:** Dr. med. P. Groß, Darmstadt

**Block III Freitag, 14. – Samstag, 15. Feb. 2014** **14 P**

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

**Teilnahmebeitrag:** Block I: € 360 (Akademiemitgl. € 324), Block II: € 330 (Akademiemitgl. € 297), Block III: € 210 (Akademiemitgl. € 189)

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

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

E-Mail: [andrea.floeren-benachib@laekh.de](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)

### Palliativmedizin

**Fallseminar Modul III:**

**Montag, 25. – Freitag, 29. Nov. 2013** **40 P**

**Basiskurs:**

**Dienstag, 03. – Samstag, 07. Dez. 2013** **40 P**

**Teilnahmebeiträge:**

Basiskurs: € 600 (Akademiemitgl. € 540)

Fallseminar Modul III: € 700 (Akademiemitgl. € 630)

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

Die Reihenfolge der Teilnahme muss eingehalten werden:

Basiskurs – Aufbaukurs Modul I – Aufbaukurs Modul II (diese beiden sind tauschbar) – Fallseminar Modul III.

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

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

E-Mail: [veronika.wolfinger@laekh.de](mailto:veronika.wolfinger@laekh.de)

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

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

**A2 Samstag, 14. Sep. – Samstag, 21. Sep. 2013** **60 P**

**B2 Samstag, 26. Okt. – Samstag, 02. Nov. 2013** **60 P**

**C2 Samstag, 30. Nov. – Samstag, 07. Dez. 2013** **60 P**

**Teilnahmebeitrag pro Kursteil:** € 490 (Akademiemitgl. € 441)

**A1 Samstag, 25. Jan. – Samstag, 01. Feb. 2014**

**B1 Samstag, 08. Mrz. – Samstag, 15. Mrz. 2014**

**C1 Samstag, 05. Apr. – Samstag, 12. Apr. 2014**

**Teilnahmebeitrag pro Kursteil:** auf Anfrage

**Gesamtleitung:** Prof. Dr. med. D. Groneberg,

Prof. Dr. med. H.-J. Weitowitz

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

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

**Freitag, 01. Nov. 2013, 09:00 – 16:30 Uhr** **insg. 16 P**

**Samstag, 02. Nov. 2013, 09:00 – 17:30 Uhr**

**Leitung:** Dr. med. U. Klinsing / Dr. med. R. Snethlage, Bad Nauheim

**Teilnahmebeitrag:** € 280 (Akademiemitgl. € 252)

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau L. Stieler, Akademie,

Tel.: 06032 782-283, Fax: 069 97672-67283,

E-Mail: [luise.stieler@laekh.de](mailto:luise.stieler@laekh.de)

### Aktuelle Diabetologie

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

**Mittwoch, 25. Sep. 2013, 15:30 – 20:00 Uhr** **6 P**

**Teil 3:** Die nichtmedikamentöse Diabetestherapie

**Teil 4:** Insulintherapie für die Praxis

**Leitung:** Dr. med. B. Fischer / Dr. J. Liersch, Gießen

**Teilnahmebeitrag:** € 30 (Akademiemitgl. kostenfrei)

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Zinkl, Akademie,

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

E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

**weitere Termine 2013:** 27.11.2013 Teile 5 / 6

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

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

**Modul I Freitag, 21. – Samstag, 22. Mrz. 2014** **12 P**

**Modul II Freitag, 04. – Samstag, 05. Apr. 2014** **12 P**

**Modul III Freitag, 09. – Samstag, 10. Mai 2014** **16 P**

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

**Teilnahmebeitrag:** auf Anfrage

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

**Auskunft und Anmeldung:** Frau R. Heßler, Akademie,

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

E-Mail: [renate.hessler@laekh.de](mailto:renate.hessler@laekh.de)





## Krankenhaushygiene

<b>Modul I:</b>	<b>Montag, 02. – Freitag, 06. Sep. 2013,</b>	<b>40 P</b>
	in Gießen	
	<b>Leitung:</b> Prof. Dr. med. T. Eikmann	
<b>Modul V:</b>	<b>Dienstag, 17. – Freitag, 20. Sep. 2013,</b>	<b>32 P</b>
	in Bad Nauheim	
	<b>Leitung:</b> PD Dr. med. Dr. med. habil. C. Brandt, PD Dr. med. habil. B. Jahn-Mühl	
<b>Gesamtleitung:</b>	Dr. med. K.-H. Blum, Frankfurt	
<b>Teilnahmebeitrag:</b>	Modul I: € 650 (Akademiemitgl. € 585) Modul II-VI: je € 520 (Akademiemitgl. € 468)	
<b>Auskunft und Anmeldung:</b>	Frau H. Cichon, Akademie, Tel.: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209, E-Mail: <a href="mailto:heike.cichon@laekh.de">heike.cichon@laekh.de</a>	
<b>Termine für Modul II, III, IV und VI in Planung!</b>		

## Spezielle Schmerztherapie

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

<b>Block C</b>	<b>14./15. Sep. 2013</b> in Bad Nauheim	<b>20 P</b>
	<b>Leitung:</b> Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.	
<b>Block B</b>	<b>02./03. Nov. 2013</b> in Kassel	<b>20 P</b>
	<b>Leitung:</b> PD Dr. med. M. Gehling, Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel	
<b>Teilnahmebeitrag pro Block:</b>	€ 240 (Akademiemitgl. € 216)	
<b>Auskunft und Anmeldung:</b>	Frau A. Zinkl, Akademie, Tel.: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227, E-Mail: <a href="mailto:adelheid.zinkl@laekh.de">adelheid.zinkl@laekh.de</a>	

## Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

### Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

<b>Kurs B</b>	<b>20./21. Sep. 2013</b>	<b>20 Std.</b>	<b>20 P</b>
Psychosomatische Grundversorgung – Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken: verbaler Inhalt und Körpersprache des Patienten/des Arztes, klientenzentriertes Gespräch, Techniken: Konfrontation, Interpretation, paradoxe Reaktion, Wahrnehmung des latenten Konfliktes			
<b>Leitung:</b>	Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt a. M.		
<b>Kurs C</b>	<b>08. Feb. 2014</b>	<b>10 Std.</b>	<b>10 P</b>
Psychosomatische Grundversorgung unter speziellen Gesichtspunkten der Allgemeinmedizin – verbale Interventionstechniken Entscheidungsfindung, Prävention, Hausbesuch, Multimorbidität und Priorisierung, Sterbebegleitung, Angehörigengespräche, professionelles Selbstverständnis			
<b>Leitung:</b>	Prof. Dr. med. E. Baum, Marburg, Dr. med. R. Gerst, Baden-Baden		
<b>Kurs A</b>	<b>23./24. Mai 2014</b>	<b>20 Std.</b>	<b>20 P</b>
Psychosomatische Grundversorgung – Theorie: Kenntnisse in psychosomatischer Krankheitslehre, Anamnese, Befunderhebung, Diagnose und Klassifizierung, Abgrenzung psychischer Störungen von Neurosen und Psychosen, psychische Störungen			
<b>Leitung:</b>	Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt a. M.		
<b>Teilnahmebeitrag:</b>	10 Std. € 150 (Akademiemitgl. € 135), 20 Std. € 300 (Akademiemitgl. € 270)		
<b>Tagungsort:</b>	Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen		
<b>Auskunft und Anmeldung:</b>	Frau R. Heßler, Akademie, Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203, E-Mail: <a href="mailto:renate.hessler@laekh.de">renate.hessler@laekh.de</a>		

## Notfallmedizinische Fortbildung

<b>Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD</b>	<b>29 P</b>
<b>Freitag, 27. – Sonntag, 29. Sep. 2013</b>	
<b>Leitung:</b> Dr. med. R. Merbs, Friedberg, M. Leimbeck, Braunfels	
<b>Teilnahmebeitrag:</b> € 400 (Akademiemitgl. € 360)	
<b>Tagungsort:</b> Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen	
<b>Seminar Leitender Notarzt</b>	<b>40 P</b>
<b>Samstag, 02. – Dienstag, 05. Nov. 2013</b>	
<b>Leitung:</b> D. Kann, N. Schmitz, Kassel	
<b>Teilnahmebeitrag:</b> € 740 (Akademiemitgl. € 666)	
<b>Tagungsort:</b> Kassel	
<b>Wiederholungsseminar Leitender Notarzt</b>	
<b>Samstag, 28. Sep. 2013</b>	<b>10 P</b>
<b>Leitung:</b> G. John, Wiesbaden	
<b>Teilnahmebeitrag:</b> € 220	
<b>Tagungsort:</b> Wiesbaden	
<b>Samstag, 23. Nov. 2013</b>	<b>13 P</b>
<b>Leitung:</b> D. Kann N. Schmitz, Kassel	
<b>Teilnahmebeitrag:</b> € 240	
<b>Tagungsort:</b> Kassel	
<b>Kurs Ärztlicher Leiter Rettungsdienst</b>	<b>33 P</b>
<b>Mittwoch, 12. – Samstag, 15. Feb. 2014</b>	
<b>Leitung:</b> Dr. med. E. Wranze-Bielefeld, Dautphetal	
<b>Teilnahmebeitrag:</b> € 480 (Akademiemitgl. € 432)	
<b>Tagungsort:</b> Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen	
<b>Auskunft und Anmeldung:</b> Frau V. Wolfinger, Akademie, Tel.: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202, E-Mail: <a href="mailto:veronika.wolfinger@laekh.de">veronika.wolfinger@laekh.de</a>	

In Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Notfallmedizin des Uniklinikums Gießen/Marburg und dem DRK Rettungsdienst Mittelhessen:

### Marburger Kompaktkurs „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“

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

<b>Freitag, 04. – Samstag, 12. Okt. 2013</b>
<b>Leitung:</b> PD Dr. med. C. Kill, Marburg
<b>Teilnahmebeitrag:</b> € 770 inkl. Verpflegung
<b>Tagungsort:</b> Marburg, Universitätsklinikum Gießen/Marburg, Hörsaalgebäude 3, Conradistr.

### Marburger Intensivseminar Management Großschadenslagen

Wiederholungsseminar und Fachweiterbildung für Leitende Notärzte und Organisatorische Leiter Rettungsdienst

<b>Freitag, 18. – Samstag, 19. Okt. 2013</b>
<b>Leitung:</b> Dr. med. E. Wranze-Bielefeld, PD Dr. med. C. Kill, L. Schäfer, Marburg
<b>Teilnahmebeitrag:</b> € 255
<b>Tagungsort:</b> Marburg

**Auskunft und Anmeldung:** DRK Rettungsdienst Mittelhessen, Bildungszentrum, Postfach 1720, 35007 Marburg  
Tel.: 06421 950-220, Fax: -225, E-Mail: [info@bzmmh.de](mailto:info@bzmmh.de)

## Medizinische Rehabilitation

16-Stunden-Kurs gem. neuer Reha-Richtlinie (§135 Abs.2 SGB V)	
<b>Mittwoch, 09. Okt. 2013, 13:30 – 20:30 Uhr</b>	<b>21 P</b>
<b>Leitung:</b> Dr. med. W. Deetjen, Gießen	
<b>Teilnahmebeitrag:</b> € 200 (Akademiemitgl. € 180)	
<b>Tagungsort:</b> Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen	
<b>Auskunft und Anmeldung:</b> Frau R. Heßler, Akademie, Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203, E-Mail: <a href="mailto:renate.hessler@laekh.de">renate.hessler@laekh.de</a>	





**Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)**

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35 100 / 35 110). Es handelt sich um eine **integrierte** Veranstaltung.

Enthalten sind hierin die erforderlichen Anteile von 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balint), 30 Stunden Interventionstechniken, 20 Stunden Wissen, d. h. insgesamt 80 Stunden. **Die Balintgruppenarbeit (Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung) ist in jeden Block inkludiert und somit bereits in den Teilnahmegebühren enthalten.**

**19. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung**

Termine für dieses Jahr sind bereits komplett ausgebucht!

**20. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung**

<b>Samstag, 17. Jan. – Sonntag, 19. Jan. 2014</b>	<b>20 P</b>
<b>Samstag, 28. Feb. – Sonntag, 02. Mär. 2014</b>	<b>20 P</b>
<b>Samstag, 16. Mai – Sonntag, 18. Mai 2014</b>	<b>20 P</b>
<b>Samstag, 11. Jul. – Sonntag, 13. Jul. 2014</b>	<b>20 P</b>
<b>Samstag, 19. Sep. – Sonntag, 21. Sep. 2014</b>	<b>20 P</b>
<b>Samstag, 21. Nov. – Sonntag, 23. Nov. 2014</b>	<b>20 P</b>

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

**Teilnahmebeitrag:** pro Block (20 h) € 330 (Akademiemitgl. € 297)

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau A. Flören-Benachib, Akademie,  
 Tel.: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,  
 E-Mail: [andrea.floeren-benachib@laekh.de](mailto:andrea.floeren-benachib@laekh.de)

**Hämotherapie**
**Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter**

**Donnerstag, 07. – Freitag, 08. Nov. 2013** **16 P**

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

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

**Tagungsort:** Darmstadt, Klinikum, Gräfenstr. 9

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

**Ärztliches Qualitätsmanagement**

Dieser Kurs wird gem. dem Curriculum der BÄK in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen angeboten.

Er umfasst insg. 200 Fortbildungsstunden und erfüllt die Voraussetzungen für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ gem. der Weiterbildungsordnung der LÄKH. Der Kurs besteht aus Präsenzphasen, einer E-Learning-Phase, Selbststudium sowie einem Teilnehmerprojekt, das überwiegend in Eigeninitiative / Heimarbeit zu bearbeiten ist.

**Block I:** Di., 18. – Sa., 22. Feb. 2014

**Block II a:** Mi., 14. – Sa., 17. Mai 2014

**Block II b:** Mi., 09. – Sa., 12. Jul. 2014

**Block III a:** Mi., 08. – Sa., 11. Okt. 2014

**Telelernphase:** So., 12. Okt. – Mi., 19. Nov. 2014

**Block III b:** Do., 20. – Sa., 22. Nov. 2014

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

**Teilnahmebeitrag:** Block I: € 990 (Akademiemitgl. € 891),

Block II a + b: je € 750 (Akademiemitgl. € 675)

Block III a + b: je € 750 (Akademiemitgl. € 675)

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

**Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV**

**Kenntniskurs** (theoretische und praktische Unterweisung)

**Samstag, 30. Nov. 2013**

**Leitung:** Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** gesamt € 140 (Akademiemitgl. € 126)

**Theoretische Unterweisung:** € 100 (Akademiemitgl. € 90)

**Praktische Unterweisung:** € 50 (Akademiemitgl. € 45)

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

**Termine 2014: Samstag, 22. Feb.**

**Grundkurs**

**Samstag, 22. – Sonntag, 23. Mär. 2014**

**Praktikum: Montag, 24. und Dienstag, 25. Mär. 2014**

**Teilnahmebeitrag:** € 300 (Akademiemitgl. € 270)

**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum LÄK Hessen  
 (Theorie), Hochwaldkrankenhaus (Praktikum)

**Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde**

**Samstag, 12. Okt. 2013**

**Leitung:** Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** € 130 (Akademiemitgl. € 117)

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

**Termine 2014: Samstag, 12. Apr., Samstag, 27. Sep. 2014**

**Spezialkurs Röntgendiagnostik**

Termine in Planung

**Spezialkurs Computertomographie**

Termine in Planung

**Spezialkurs Interventionsradiologie**

Termine in Planung

**Auskunft und Anmeldung:** Frau M. Turano, Akademie,

Tel.: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,

E-Mail: [melanie.turano@laekh.de](mailto:melanie.turano@laekh.de)

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

**Einführungsseminar: Freitag, 11. Okt. 2013** **insg. 20 P**

**Telelernphase: Samstag, 12. Okt. – Freitag, 22. Nov. 2013**

**Präsenzphase: Samstag, 23. Nov. 2013**

– mit abschließender Lernerfolgskontrolle

**Teilnahmebeitrag:** € 200 (Akademiemitgl. € 180)

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

**Aufbaumodul Tabakentwöhnung mit strukturiertem Therapieprogramm**

Das Modul baut auf das zwanzigstündige Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer auf, in dem Kenntnisse zur Tabakabhängigkeit und Beratungstechniken sowie Interventionstechniken zur Entwöhnung vermittelt werden.

**Samstag, 07. Dez. 2013, 09:00 – 16:15 Uhr** **8 P**

**Leitung:** Dr. W. Köhler, Frankfurt a. M.

**Teilnahmebeitrag:** € 170 (Akademiemitgl. € 153)

**max. Teilnehmerzahl:** 12

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

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

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

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



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

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer. **32 P**  
**Freitag, 27. – Samstag, 28. Sep. 2013**  
**Freitag, 22. – Samstag, 23. Nov. 2013**  
**Leitung:** Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt a. M.  
**Teilnahmebeitrag:** € 480 (Akademiemitgl. € 432)  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau R. Heßler, Akademie,  
 Tel.: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,  
 E-Mail: [renate.hessler@laekh.de](mailto:renate.hessler@laekh.de)

### Basiskurs Sexualmedizin – Einführung in die sexualmedizinische Diagnostik und Beratung

Der Kurs vermittelt Basiskompetenzen in der Erkennung von und Beratung bei sexuellen Störungen. Ein weiteres Ziel ist die Überweisungskompetenz bei tiefer gehenden sexuellen Störungen.  
**Modul I** Samstag, 14. – Sonntag, 15. Dez. 2013  
**Modul II** Samstag, 15. – Sonntag, 16. Feb. 2014  
**Modul III** Samstag, 26. – Sonntag, 27. Apr. 2014  
**Der Kurs ist nur als Ganzes buchbar.**  
**Leitung:** Dr. med. H. Berberich, Frankfurt a. M.  
**Teilnahmebeitrag gesamt:** € 880 (Akademiemitgl. € 792)  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau K. Baumann, Akademie,  
 Tel.: 06032 782-281, Fax: 069 97672-67281,  
 E-Mail: [katja.baumann@laekh.de](mailto:katja.baumann@laekh.de)

### Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

Mit Wirkung vom 1. Juni 2012 müssen alle Teilnehmer zuerst die erforderlichen Grundkurse absolvieren um anschließend mit den Aufbaukursen abzuschließen. Von dieser Regelung ausgenommen bleibt aber die Reihenfolge innerhalb der Grund- und Aufbaukurse. Für die Teilnehmer, die vor dem Stichtag (1. Juni 2012) bereits mit einem Aufbaukurs begonnen haben, werden Übergangsbestimmungen eingeräumt, so dass diese, ausgenommen der neuen Regelung, die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ erwerben können.  
**AK I** Mittwoch, 30. Okt. – Freitag, 08. Nov. 2013 **80 P**  
**AK II** Mittwoch, 05. Feb. – Freitag, 14. Feb. 2014 **80 P**  
**GK I** Mittwoch, 02. Apr. – Freitag, 11. Apr. 2014 **80 P**  
**GK II** Mittwoch, 16. Jul. – Freitag, 25. Jul. 2014 **80 P**  
**AK I** Mittwoch, 08. Okt. – Freitag, 17. Okt. 2014 **80 P**  
**Leitung:** Ltd. Med. Dir. Dr. med. R. Diehl, Frankfurt a. M.  
**Teilnahmebeitrag:** pro Teil € 650 (Akademiemitgl. € 585)  
**Tagungsort:** Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau C. Cordes, Akademie,  
 Tel.: 06032 782-287, Fax: 069 97672-67287,  
 E-Mail: [claudia.cordes@laekh.de](mailto:claudia.cordes@laekh.de)

### Verkehrsmedizinische Qualifikation

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

### Ultraschallkurse

**Abdomen**  
**Leitung:** Dr. med. J. Böhnhof, Dr. med. W. Schley  
**Abschlusskurs** **29 P**  
**Samstag, 02. Nov. 2013 (Theorie)**  
 + 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.), € 320 (Akademiemitgl. € 288)  
**Grundkurs** **40 P**  
**Samstag, 18. und Sonntag, 26. Jan. 2014 (Theorie)**  
 + 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 440 (Akademiemitgl. € 396)  
**Aufbaukurs** **40 P**  
**Samstag, 22. und Sonntag, 30. Mrz. 2014 (Theorie)**  
 + 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 440 (Akademiemitgl. € 396)  
**Abschlusskurs** **29 P**  
**Samstag, 01. Nov. 2014 (Theorie)**  
 + 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.), € 320 (Akademiemitgl. € 288)  
**Gefäße**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Dr. med. J. Böhnhof  
**Abschlusskurs (periphere Arterien und Venen)** **20 P**  
**Freitag, 29. – Samstag, 30. Nov. 2013 (Theorie + Praktikum)**  
 € 320 (Akademiemitgl. € 288)  
**Interdisziplinärer Grundkurs** **29 P**  
**Donnerstag, 20. – Freitag, 21. Feb. 2014 (Theorie)**  
**Samstag, 22. Feb. 2014 (Praktikum)**  
 € 440 (Akademiemitgl. € 396)  
**Aufbaukurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße)** **25 P**  
**Donnerstag, 12. – Freitag, 13. Jun. 2014 (Theorie)**  
**Samstag, 14. Jun. 2014 (Praktikum)**  
 € 380 (Akademiemitgl. € 342)  
**Abschlusskurs (extrakranielle hirnversorgende Gefäße)** **20 P**  
**Freitag, 28. – Samstag, 29. Nov. 2014 (Theorie + Praktikum)**  
 € 320 (Akademiemitgl. € 288)  
**Auskunft und Anmeldung:** Frau J. Schwab,  
 Tel.: 06032 782-211, Fax: 069 97672-67211,  
 E-Mail: [juliane.schwab@laekh.de](mailto:juliane.schwab@laekh.de)

### ALLGEMEINE HINWEISE

**Programme:** Bitte haben Sie Verständnis, dass wir uns kurzfristige Änderungen vorbehalten müssen.  
**Anmeldung:** 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! Eine verbindliche Anmeldung ist auch im Internet unter <https://portal.laekh.de> schnell und kostenfrei möglich.  
**Modellprojekt: Kinderbetreuung** für Kinder von drei bis acht Jahren Freitag nachmittags und Samstag ganztags möglich! Telefonische Informationen: Frau C. Ittner, Akademie, Tel.: 06032 782-223.  
**Teilnahmebeitrag:** Gilt inkl. Seminarunterlagen und Pausenverpflegung (sofern nicht anders angegeben).  
**Akademie-Mitgliedschaft:** Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Teilnahmebeiträge für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Der Jahresbeitrag der Akademie-Mitgliedschaft beträgt € 100. Während der Zeit der Weiterbildung sowie in Elternzeit oder ohne ärztliche Tätigkeit € 50. Für Studenten der Medizin ist die Mitgliedschaft kostenfrei. Der Jahresbeitrag gilt unabhängig vom Eintrittstag für das laufende Kalenderjahr. Weitere Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Tel.: 06032 782-204, E-Mail: [cornelia.thriene@laekh.de](mailto:cornelia.thriene@laekh.de)





## Für MFA-Auszubildende im 1. Ausbildungsjahr

Ab Oktober 2013 starten wieder die Fortbildungen „Flops – vermeiden“ für die Auszubildenden an verschiedenen Veranstaltungsorten in Hessen. Der Flyer zur Fortbildung steht zum „Download“ auf der Homepage der Carl-Oelemann-Schule für Sie bereit.

Themen des 5-stündigen Workshops im Überblick:

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

Termin Kurs 13_PAT 14_1:	<b>09.10.2013</b> 14:00 bis 18:30 Uhr
Veranstaltungsort:	DOXS eG, Schenkendorfstraße 6-8 in Kassel
Termin Kurs 13_PAT 14_2:	<b>01.11.2013</b> 14:00 bis 18:30 Uhr
Veranstaltungsort:	Bezirksärztekammer, Wilhelminenplatz 8 in Darmstadt
Termin Kurs 13_PAT 14_3:	<b>20.11.2013</b> 14:00 bis 18:30 Uhr
Veranstaltungsort:	Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsgesang 3 in Frankfurt
Termin Kurs 13_PAT 14_4:	<b>04.12.2013</b> 14:00 bis 18:30 Uhr
Veranstaltungsort:	Bezirksärztekammer, Wilhelmstraße 60 in Wiesbaden
Termin Kurs 13_PAT 14_5:	<b>11.12.2013</b> 14:00 bis 18:30 Uhr
Veranstaltungsort:	Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 5 in Bad Nauheim

**Teilnahmegebühr:** jeweils € 70,00

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

## Schwerpunkt Patientenbetreuung / Praxisorganisation

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

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

**Termin:** Sa., 09.11.2013, 10:00 – 16:30 Uhr und  
Sa., 16.11.2013, 09:15 – 17:30 Uhr (16 Stunden)

**Gebühr:** € 185

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

### Privatliquidation – Grundlagen und Übungen am PC (PAT 6)

**Inhalte:** Die Veranstaltung richtet sich an Mitarbeiter/innen in der niedergelassenen Arztpraxis, die sich das notwendige Grundwissen zur korrekten Honorarabrechnung aneignen wollen oder bereits vorhandene Kenntnisse vertiefen/auffrischen wollen.

**Termin:** Sa., 30.11.2013, 09:15 – 17:30 Uhr (9 Std.)

**Gebühr:** € 95

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

## Schwerpunkt Patientenbetreuung / Praxisorganisation

### Wiedereinstieg in das Berufsleben (PAT 10)

Ziel der Fortbildung ist es, mutig und selbstbewusst wieder in der Praxis einsteigen zu können. Erneuern Sie ihr eigenes Verständnis zum Beruf, bringen Sie sich die häufigsten Krankheitsbilder wieder in Erinnerung. Sie erfahren die Neuerungen der Abrechnung, das Wichtigste zum Thema Arbeits- und Praxishygiene und frischen Ihre Kenntnisse zur Blutentnahme und Präanalytik wieder auf.

**Termin:** Interessentenliste, 6 Termine (insgesamt 44 Std.)

**Gebühr:** € 550

**Information:** Annegret Werling, Fon: 06032 782-193, Fax: -180

## Schwerpunkt Medizin

### Herz und Lunge (MED 3)

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

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

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

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

**Gebühr:** € 95

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

### Impfungen (MED 10)

**Inhalte:** Impfkalendar der STIKO/Indikationsimpfung, Impfmüdigkeit, Kontraindikationen, Impfkomplicationen, Impfschäden, Impfmanagement, Praktische Übungen

**Termin:** Mi., 06.11.2013, 09:30 - 16:45 Uhr (8 Std.)

**Gebühr:** € 95

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

### Arzneimittelversorgung (MED 11)

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

**Inhalte:** Unterstützung der Patienten bei der Anwendung von Arzneimitteln, Grundlagen der Arzneimitteltherapie im Alter, Unterstützung des Arztes bei speziellen Pharmakotherapien, Erfassung der Eigenmedikation des Patienten

**Termin:** Interessentenliste (8 Std.)

**Gebühr:** € 95

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

### Wundmanagement (AVÄ 4)

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

**Termin:** Do., 05.09.2013, 09:30 – 16:45 Uhr und  
Fr., 06.09.2013, 09:00 – 11:00 Uhr (insgesamt 10 Std.)

**Gebühr:** € 150

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

### Wundmanagement Aufbaufortbildung (MED 12)

**Inhalte:** In der Aufbaufortbildung werden die Entstehung und Behandlung von Dekubitus anhand konkreter Fallbeispiele behandelt sowie die Kompressionstherapie und Auswahl und Umgang mit Produkten der modernen Wundversorgung. In vielen praktischen Übungen können die Inhalte geübt werden.

**Termin:** Sa., 02.11.2013, 09:30 – 15:00 Uhr (9 Std.)

**Gebühr:** € 95

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





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

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

**Termin:** ab Fr., 15.11.2013 (insgesamt 30 Std.)

**Gebühr:** € 410 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

### Klinikassistentz (120 Stunden)

Die Fortbildung „Klinikassistentz“ umfasst 100 Unterrichtsstunden sowie ein 20-stündiges Praktikum. Die zur Klinikassistentz 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:** ab 31.10.2013

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

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

### Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung Aufstiegsfortbildung

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

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

Der Pflichtteil der Aufstiegsfortbildung umfasst folgende Module:

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

**Termin:** ab 7. November 2013

**Gebühr Pflichtteil:** € 1.480

**Prüfungsgebühren:** € 200

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

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

### Onkologie

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

#### Spezielle onkologische Grundlagen,

##### Krankheitsbilder und Therapien (ONK 1)

**Termin:** Mi., 16.10.2013 bis Sa., 19.10.2013 (insgesamt 28 Stunden)

**Gebühr:** € 350

##### Dokumentation und rechtliche Grundlagen (ONK 2)

**Termin:** Fr., 22.11.2013, 10:15 – 15:00 Uhr (5 Std.)

**Gebühr:** € 70

##### Therapeutische und pflegerische Interventionen (ONK 3)

**Termin:** Fr., 22.11.2013, 15:15 – 18:30 Uhr und

Sa. 23.11.2013, 08:30 – 16:45 (insgesamt 13 Std.)

**Gebühr:** € 185

##### Psychoonkologische Grundlagen (ONK 4)

**Termin:** Sa., 07.12.2013, 10:15 – 18:30 Uhr (9 Std.)

**Gebühr:** € 95

#### 2-tägige Onkologiefortbildung: Mammakarzinom

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

**Termin:** Fr., 01.11.2013, 10:30 – 17:00 Uhr und

Sa., 02.11.2013, 09:00 – 13:00 Uhr

**Gebühr:** € 150

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

#### 2-tägige Onkologiefortbildung: Uroonkologie

Die Fortbildung richtet sich besonders an Teilnehmerinnen, die bereits die 120/130-stündige Qualifizierung „Fortbildung in der Onkologie“ besucht haben. Sie steht auch anderen Personen aus medizinischen Fachberufen offen.

**Termin:** Fr., 15.11.2013, 10:30 – 17:45 Uhr und

Sa., 16.11.2013, 09:00 – 12:15 Uhr

**Gebühr:** € 150

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

### ALLGEMEINE HINWEISE

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

**Veranstaltungsort:** Soweit nicht anders angegeben, finden die Veranstaltungen im Seminargebäude der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, statt.

**Übernachtungsmöglichkeit:** Im Gästehaus der LÄKH können wir Übernachtungsmöglichkeiten direkt im Fortbildungszentrum bieten. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an: Mirjana Redzic, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-140, Fax: 782-250, E-Mail: [gaestehaus@fbz-hessen.de](mailto:gaestehaus@fbz-hessen.de)





# Schokoladenreibe im Guckkasten

## Die Kunsthalle Marcel Duchamp auf der Darmstädter Mathildenhöhe

Er war ein *enfant terrible* der Kunstszene. Skandalumwittert und doch liebenswürdig im Umgang, wie Zeitgenossen berichteten. Marcel Duchamp (1887 – 1966) provozierte nicht nur mit seinen Werken, sondern auch mit Worten: „Ich sage bloß, die Kunst ist eine Täuschung“, erklärte der Sohn einer kunstsinnigen Familie aus Blainville-Crevon bei Rouen, der einst mit impressionistischen Bildern debütiert hatte, sowohl Fauvismus als auch Kubismus durchlief und später als Maler und Objektkünstler die gängigen Vorstellungen von „Kunst“, „Werk“ oder „Authentizität“ radikal in Frage stellte. Von Chagall soll Duchamp einmal behauptet haben, dass dieser seine Großmutter mit himmelblauer Farbe übergießen würde, wenn er sie für Dollars verkaufen könnte. Sein eigener Bruch mit der zeitgenössischen Kunst erfolgte 1912 während eines einsamen Aufenthalts in München. Mit „Akt, eine Treppe herabsteigend Nr. 2“ ist das Bild überschrieben, das im selben Jahr vom Salon des Indépendants in Paris zurückgewiesen wurde. 1913 führte er ein „Ready-made“, das erste einer Reihe von „ohne jedes ästhetische Vorurteil“ ausgesuchten Alltagsobjekten vor, darunter das Urinal „Fontain“. Ebenfalls 1913 entstand Duchamps Gemälde „Broyeuse de chocolat n° 1“, in dem sich seine Begeisterung für Schokolade und Maschinen spiegelt.

Hundert Jahre später inspirierte dieses frühe Schlüsselwerk die Schweizer Künstler Caroline Bachmann und Stefan Banz zu dem Titel ihrer ebenso ungewöhnlichen wie breit gefächerten internationalen Gruppenausstellung „La Broyeuse de chocolat“ mit neun Künstlerinnen und Künstlern aus fünf Ländern auf dem Freigelände vor dem Ausstellungsgebäude Mathildenhöhe in Darmstadt. Präsentiert werden die Werke von Marcel Duchamp, Meret Oppenheim, Joseph Beuys, Dieter Roth, Ed Ruscha,

Aldo Walker, Robert Gober, Vik Muniz und Sonja Alhäuser in dem „kleinsten Museum der Welt“ – der Kunsthalle Marcel Duchamp von Bachmann und Banz. Sperrige Kamera aus der Frühzeit der Fotografie oder Vogelhaus auf Metallständer? Die „Kunsthalle“ erweist sich als ein hölzerner, mit Teerpappe verkleideter Guckkasten, dessen fünf verglaste Öffnungen dem Auge des Betrachters Blicke auf Kunstwerke in miniature erlauben. Nachts ist ihr Inneres erleuchtet, damit sich die Exponate rund um die Uhr bestaunen lassen.

### Ein tragbares Kunstmuseum

Seit 2010 zeigen Bachmann und Banz in ihrem, Duchamp als dem Meister sinnlicher Konzeptkunst gewidmeten Miniaturmuseum auf zwei Stockwerken Ausstellungen im Kleinformat. Heimat des Guckkastens ist das schweizerische Cully am Ufer des Genfer Sees. Unweit jenes Wasserfalls, der Duchamp zu dem Titel seines letzten Werks „Gegeben seien: 1. Der Wasserfall, 2. Das Leuchtgas...“ beflügelte. Auch dies eine Installation, die sich nur durch zwei Löcher in einer alten Tür be-

trachten lässt: Zu sehen ist eine nackte, mit gespreizten Beinen in einer Landschaft drapierte Frau; im Hintergrund plätschert ein Wasserfall. Zum ersten Mal seit ihrer Geburtsstunde vor drei Jahren hat die Kunsthalle Marcel Duchamp in diesem Jahr ihren Standort gewechselt. Ein tragbares Kunstmuseum, das auf die von 1935 bis 1941 entwickelte Idee Duchamps einer *Boîte-en-valise* (Schachtel im Koffer) als Luxus-Ausführung in 20 Lederboxen zurückgeht. Diese enthielten jeweils 69 Reproduktionen seiner seit 1910 geschaffenen Werke mit kleinen Unterschieden.

In Darmstadt bietet die Kunsthalle der beiden Schweizer den Blick auf kleinformatige Kopien von Kunstwerken – Gemälde, Skulpturen, Objekte und Wandinstallationen, die von Caroline Bachmann und Stefan Banz als Abbilder der Originale handgefertigt wurden. Verspielt, anspielungsreich und zugleich ernsthaft in ihrem künstlerischen Anspruch. Zu sehen sind Arbeiten, die in Zusammenhang mit Duchamps 1913 entstandener „Schokoladenreibe“ (*La Broyeuse de chocolat*) als Teil seiner



Nahaufnahme des kleinsten Museums der Welt



Obergeschoss der Kunsthalle Marcel Duchamp mit Kunstwerken von Caroline Bachmann und Stefan Naz nach Meret Oppenheim, Aldo Walker, Sonja Alhäuser und Robert Gober



Blick durch das Oberlicht der Kunsthalle Marcel Duchamp mit dem Werk von Caroline Bachmann und Stefan Naz nach Meret Oppenheim  
Fotos: © Gregor Schuster, Institut Mathildenhöhe Darmstadt

„Junggesellenmaschine“ stehen und sich um Schokolade, Erotik und sinnliche Erfahrungen drehen. Dazu zählen eine kleinformatige Version von Meret Oppenheims „Bon appétit, Marcel“, einer weiblichen Teigfigur, die mit Messer und Gabel zum Essen angerichtet ist. Oder von Dieter Roths

Selbstportrait aus Schokolade, das den Titel „Portrait Of The Artist As Vogelfutterbüste“ trägt. Eindrucksvoll ist auch eine vermeintliche Pralinenpyramide, bei der es sich tatsächlich um die Miniaturausgabe einer Skulptur von Sonja Alhäuser handelt. Noch bis zum 3. November 2013 kann

die Kunsthalle Marcel Duchamps vor dem derzeit wegen Sanierungsarbeiten geschlossenen Ausstellungsgebäude auf der Darmstädter Mathildenhöhe besichtigt werden.

Katja Möhrle

## Möbelklassiker – klassische Möbel

Was unterscheidet Wohnungsmobiliar mit bleibendem Wert von Stücken, die – oft erheblich preiswerter angeschafft – scheinbar keinen Umzug, keine Veränderung in der Wohnung aushaltend, für die nächste Abfuhr von Sperrgut bestimmt sind?

Die Wertschätzung von dauerhaft anschaulicher Ästhetik und von handwerklicher Qualität ist nachvollziehbar. Schränke, Liegen, Stühle, Sessel, Tische oder Lampen, die funktionieren, die eine Restaurierung wert sind, die jeden Umzug ertragen – und über Generationen ihren Sinn und Wert beibehalten – werfen die Frage auf, was sie auszeichnet.

### Ein Blick in die Geschichte

Gut zu sitzen war und ist für den Menschen kaum weniger wichtig, als gut zu schlafen. Dennoch hat es sehr lange gedauert, bis eigens für das Sitzen gemachte Möbel jedermanns Besitz werden konnten. In allen Kulturen war das Sitzen ein Privileg der Herrschenden, der Reichen und der Würdenträger. Die „kleinen“ Leute hockten, kauerten sich hin und saßen im Schneidersitz auf dem Boden, oder auf Steinen, bzw. Baumstämmen. Erst etwa im 16. Jahrhundert durften sie, wenn es bezahlbar war, Platz nehmen.

Die Möbel waren Einzelanfertigungen des Handwerkers. Ob einer Herr war oder

Knecht, Adliger oder Bauer, Kardinal oder Mönch, war an den Möbeln zu erkennen. Erst das Industriezeitalter brachte ab Mitte des 19. Jahrhunderts die Serienproduktion, die Rationalisierung der Produktion. Es folgten Preisverfall, durch Werbung und Medien verbreitete Stile und Moden von Materialien. Außerdem eröffneten sich neue Be- und Verarbeitungsmöglichkeiten bestimmter Materialien. So kamen neben Holz auch Leder, Geflecht, Glas, Stahl und Kunststoffe in Gebrauch.

### Handwerk

Die Sauberkeit der Verbindungen, die Glätte der Oberflächen, die Farben und



Farbbeständigkeit, machen qualitative Unterschiede aus. Statik, Geometrie, Schnitte und die Raffinesse der Konstruktion fallen auf. Eine wichtige Rolle spielt auch die Verarbeitungsmöglichkeit bestimmter Holzarten. So machte beispielsweise die Biegebarkeit von Buchenholz dem im hessischen Frankenberg ansässigen Unternehmen Thonet die Herstellung ganzer Generationen von (u.a.) klassischen Kaffeehausstühlen möglich. Durch die Verarbeitung von Stahlrohren können Möbeln mit diesen Werkstoffen hergestellt werden. Die Entwicklung von Glühbirnen, von Neonröhren, von Halogenlicht oder von LED war Grundlage für die entsprechende Produktion von Leuchten.

## Ästhetik

Folgt Ästhetik dem Gebrauch? Ist sie ein „Abfallprodukt“ des Goldenen Schnittes

oder der Verspieltheit? Das Bauhaus in Dessau war federführend in der Entwicklung von Architektur, Küchen, Möbeln, Gebrauchsgegenständen und der bildenden Kunst. Dies durch mutige Konzepte bei der Herstellung, der Verwendung von Farben und Formen und vom Gebrauchswert auf vielen Ebenen. Heute stehen Häuser und Siedlungen der Bauhausarchitekten unter Denkmalschutz.

Mit dem Bauhaus verbundene Namen sind u.a. Le Corbusier, Mies van der Rohe, Mart Stam, Marcel Breuer, Eileen Gray oder Gerrit Rietvelt.

Große Architekten und Designer kamen aus Skandinavien, den USA, oder aus Italien. Charles Eames, Arne Jacobson und Philippe Starck schufen und schafften eine Ästhetik und Formen, die dauerhaft anschaulich sind und das Auge erfreuen. Solche Stücke wer-

den von Generation zu Generation weitergegeben und bleiben Zeugnisse ihrer Zeit und einer Idee.

Die Perioden des Jugendstils, der Gründerzeit, der Klassik, der Moderne und die sogenannte Postmoderne stehen für gesellschaftliche Veränderungen. Wir Nutzer sitzen, leben, liegen, stehen, mit und auf ihnen – und – bekommen eine bewusste, oder unbewusste Rückkopplung zu unserem „Sein“.

Sich mit schönen Dingen zu umgeben, ob Möbel, Schreibwerkzeuge, Autos oder Häuser hat sehr viel mit uns zu tun. Auch mit der Wertschätzung und dem Respekt, die wir unseren Mitmenschen – und uns selbst einräumen.

*Dr. med. Siegmund Drexler*

## NEU: Wegweiser für Patienten zur Überprüfung von Behandlungsfehlern

Der Informationsflyer der Gutachter- und Schlichtungsstelle bei der Landesärztekammer Hessen erleichtert den Beschwerdeweg für Patienten.

Patienten, die vermuten von einem Arzt fehlerhaft behandelt worden zu sein, haben einen kompetenten Ansprechpartner: die Gutachter- und Schlichtungsstelle bei der Landesärztekammer Hessen. Die unabhängige, von ehemaligen Vorsitzenden Richtern geleitete Stelle, prüft in einem für den Antragsteller kostenlosen Verfahren, ob der Vorwurf eines Behandlungsfehlers zutrifft und der Patient haftungsrechtliche Ansprüche gegenüber dem Arzt geltend machen kann.

Mit einem Wegweiser will die Gutachter- und Schlichtungsstelle den Beschwerdeweg für Patienten weiter erleichtern: Der neue Informationsflyer erklärt die Voraussetzungen und Schritte zur Überprüfung eines vermeintlichen Behandlungs-

fehlers. Wie unterscheidet sich das Verfahren vor der Gutachterstelle von einem Gerichtsverfahren? Wie sehen die Anforderungen an einen Antrag aus? Und wie werden die Entscheidungen im Gutachterverfahren getroffen? Antworten auf diese und weitere Fragen gibt der neue Wegweiser für das Verfahren vor der Gutachter- und Schlichtungsstelle der Landesärztekammer Hessen, der auch auf der Webseite der Landesärztekammer Hessen [www.laekh.de](http://www.laekh.de) eingestellt ist.



Ursula Laag: **Pflegewissenschaftliche Gutachten in zivilen Rechtsstreitigkeiten.** Mabuse-Verlag, Frankfurt (2013)

Es ist gut zu wissen, dass sich Richterinnen und Richter mit pflegerischem Handeln, sozialarbeiterischem und psychologischem Handeln, Strategien der Gesundheitsförderung, der Prävention, der Kuratation, der Rehabilitation, der Kompensation und der Palliation in der Pflege auskennen und deshalb doch lieber Ärzte im Pflegehaftungsrecht einsetzen, weil Ärzte eben Akademiker sind und die untergeordnete Pflege doch kennen.

Wir wissen alle, dass dies nicht der Fall ist. Dies beweist auch die Arbeit von Ursula Laag, die sich der komplexen Aufklärungsarbeit gestellt hat. Ihre Arbeit bietet Richterinnen und Richtern und auch Sachverständigen in der Pflege die Gelegenheit, sich über „Pflegewissenschaftliche Gutachten in zivilen Rechtsstreitigkeiten“ zu informieren.

Es gelingt Laag detailliert, die rechtlichen Rahmenbedingungen und vor allem auch die pflegerische Verantwortung aus rechtlicher, berufsbezogener und einfühlsamer auch aus emotionaler Sicht zu beleuchten. So sieht es tatsächlich in der Praxis aus. Es wird im kurzen und bündigen Stil auf unser Fachwissen und Expertenstandards

(Evidenz-Based Nursing) verwiesen, und damit klar und deutlich zum Ausdruck gebracht, dass Grundpflege eben nicht gleich Hauswirtschaft, sondern elementar geradezu lebenswichtig für die zu Betreuenden ist. Schön ist zu lesen, wie Laag das Wesen von Pflege erklärt. Schon allein deshalb ist das Buch empfehlenswert.

Die Geschichte der gutachterlichen Tätigkeit und deren rechtliche Grundlage ist eher der Studienarbeit geschuldet und versäumt zu sagen, dass wir ein deutsches Netzwerk für Sachverständige in der Pflege (DENSIP) haben, die Sachverständige in der Pflege unterstützen und schulen.

Weil eben noch keine Gegenüberstellungen von ärztlichen und pflegerischen Gutachten möglich sind, finde ich die von Laag gewählte Alternative, sich einen Überblick in eine ihr fremde Welt der richterlichen Hoheit zu verschaffen, mutig. Laag erarbeitete Methoden zum Erkenntnisgewinn, konzentrierte sich in ihrer Masterarbeit auf Expertengespräche mit Richterinnen und Richtern, sie hatte gleichzeitig Zugang zu Gerichtsterminen.

Die Auswertung der Expertengesprächsnotizen wird dann in verschiedenen Analyseschritten bewältigt. Spannend ist auch hier wieder, mit welcher Grundhaltung, nämlich der der Ethnomethodologie, die Auswertung der Materialien stattfindet. Das Vorgehen

ist von Laag dann ausführlich in der Methodenreflexion kommentiert worden. Lesen Sie selbst, mit welcher akribischer Leistung die Ergebnisse analysiert wurden.

Laag schreibt, sie habe sich bemüht, in ihrer Gesprächsführung mit den Richterinnen und Richtern trotz Gesprächsleitfaden offen zu bleiben, sie empfand das Miteinander mit ihnen freundlich und sachlich. Die Umsetzung im Werk spiegelt auch das Bemühen um Objektivität in der Sache wieder.

Es ist für mich unverständlich, wie Richter die Pflege beurteilen und nach welchen Kriterien Sachverständige bestellt werden. Auch die Unwissenheit über Expertenstandards bedarf der Aufklärungsarbeit.

Lehrreich ist auch die Auseinandersetzung mit dem Denkstil der Richter, der durch verschiedene Merkmale getragen ist, wie z.B. die Zivilprozessordnung, in der sich die Richter bewegen müssen, oder die vergangene Rechtsprechung. Ebenso kann man von den Erkenntnissen der Arbeit über die für die Gutachtenerstellung notwendige pflegewissenschaftliche Expertise profitieren. Allerdings vertrete ich nicht die gleiche Meinung wie Frau Laag, dass nur Pflegewissenschaftler zur Begutachtung befähigt sind. Ein Sachverständiger muss in der Lage sein, anhand des Falls die haftungsbegründende Kausalität für den Richter offenzulegen. Laag empfiehlt auch den Aufbau eines Gutachtens und erklärt diesen im Detail.

Zum Schluss möchte ich einfach nur ein Dankeschön an Ursula Laag richten, weil es ihr wirklich sehr gut gelungen ist, „Pflegewissenschaftliche Gutachten in zivilen Rechtsstreitigkeiten“ sorgfältig, umfassend und verantwortungsvoll zu erforschen.

Das Buch zeigt mir mein gesamtes Arbeitsspektrum. Ich arbeite bereits seit über zehn Jahren bundesweit als Sachverständige für Landgerichte in zivilrechtlichen Prozessen.

Maria Penzlien  
Diplom-Pflegewirtin  
Pflegesachverständige  
Am Ree 13, 22459 Hamburg  
E-Mail: maria@penzlien.net

Georg August Zinn, Ernst Tabori, Peter Weidenfeller: **Ambulantes Operieren – Praktische Hygiene.** Verlag für medizinische Praxis, Pürgen (2012)

Hygiene in ambulanten Arztpraxen gerät immer mehr in den Fokus – insbesondere nach den Hygieneskandalen in den letzten Jahren. In umfangreichen neuen Hygiene-gesetzen in Bund und Ländern wurden nicht nur die Anforderungen an die Hygiene, sondern auch die Überwachung neu geregelt. Die Betreiber von Arztpraxen oder Einrichtungen für ambulantes Operieren müssen eine – schier unübersehbare – Fülle von Vorschriften und Empfehlungen beachten. Die Gesundheitsämter sind gesetzlich verpflichtet, Einrichtungen für ambulantes Operieren zu begehren, die Regierungspräsidien kontrollieren darüber hinaus die Aufbereitung von Medizinprodukten.

Um sich in der Fülle der Vorschriften und Empfehlungen zurecht zu finden, benötigen Praxisbetreiber kompetente und aktuelle Informationen. Da ist es gut, dass das bewährte Standardwerk „Ambulantes Operieren – Praktische Hygiene“ nun in einer komplett überarbeiteten und aktualisierten Form vorliegt. Angewachsen auf stolze 360 Seiten, wird die komplexe Hy-

giene-Thematik dem Leser von dem Autorenteam Zinn/Tabori/Weidenfeller, unterstützt von 13 Coautoren, gut verstehbar nahe gebracht.

Alle neuen Gesetze und Empfehlungen wurden eingearbeitet und erläutert, einschließlich der erst unmittelbar bei Drucklegung erschienenen neuen Empfehlungen der KRINKO zur Aufbereitung von Medizinprodukten und zum Umgang mit multi-resistenten gramnegativen Stäbchenbakterien (MRGN) im Herbst 2012. Auch wichtige neuere Literatur ist berücksichtigt, ebenso wie nützliche Links auf wichtige Internetseiten, von denen ggf. weitere Aktualisierungen heruntergeladen werden können.

In 17 Kapiteln wird u.a. auf die rechtlichen Grundlagen der Hygiene in der ärztlichen Praxis, die baulichen Voraussetzungen und die Bauplanung, die Hygiene im Praxisbereich, im OP und in der Anästhesie eingegangen, die Medizinprodukteaufbereitung, Abfallentsorgung etc. Der Diskussion um raumlufttechnische Anlagen – Art und Notwendigkeit – ist ein eigenes Kapitel gewidmet. Neu ist ein großes Kapitel zu antibiotikaresistenten Erregern, in dem der niedergelassene Arzt gut verständliche Informationen zum Umgang mit diesen Erregern und zu den notwendigen Hygie-

nemaßnahmen erhält. Auch die Ausführungen zur empfohlenen perioperativen Antibiotikaphylaxe sind in diesem Zusammenhang sehr wertvoll.

In eigenen Kapiteln werden darüber hinaus spezielle Anforderungen und Hygienemaßnahmen für die Fachgebiete Chirurgie und Orthopädie, Ophthalmochirurgie, Koloproktologie, HNO-Heilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Urologie und Gynäkologie vorgestellt.

Das Buch zeichnet sich nicht nur durch gut konzipierte und in sich verständliche, flüssig geschriebene Kapitel, sondern auch durch klar gestaltete Tabellen und illustrative Abbildungen aus. Vieles ist als Anschauungsmaterial auch gut geeignet für die Information und Anleitung von medizinischem Assistenzpersonal, wie z.B. die eindrucksvollen Bilder von mikrobiologischen Besiedelungen von Händen, Ringen, Armbanduhr, Illustrationen zu den Kardinalfehlern der Händehygiene und zur neuen sogenannten eigenverantwortlichen Methode der Händedesinfektion (statt der früher oft empfohlenen „sechs Schritte“).

*PD Dr. med. Ursel Heudorf  
Amt für Gesundheit  
Breite Gasse 28  
60313 Frankfurt/Main*

## Fachtagung „Soziale Unterstützungssysteme bei häuslicher Gewalt“

**Die Landeskoordinierungsstelle gegen häusliche Gewalt**

**lädt am 5. September 2013 von 10 – 16 Uhr**

**in der Sportschule und Bildungsstätte des Landessportbundes Hessen e.V.  
Otto-Fleck-Schneise 4, in Frankfurt am Main**

in Kooperation mit der Arbeitsgruppe „Häusliche Gewalt“ des Landespräventionsrates Hessisches Ministerium der Justiz, für Integration und Europa zu einer Aufklärungsveranstaltung zum Thema „Prävention häuslicher Gewalt“ ein. Das im April 2010 in Hamburg erstmals erprobte Präventionsprojekt wird im September in Frankfurt fortgesetzt. Um Gewalt hinter den Wänden einzudämmen und bedrohte oder betroffenen Personen zu schützen, muss dem unmittelbaren Wohn- und Lebensumfeld der Betroffenen Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Aufbauend auf Kenntnissen über die sozialen Strukturen sollen die Möglichkeiten der Prävention in Hessen diskutiert werden. Der Fokus wird dabei auf den Potenzialen bzw. dem systematisch themenbezogenen Aufbau lokaler sozialer Netzwerke liegen.

Weitere Informationen zu Programm und Anmeldung erhalten Sie bei: Cornelia Schonhart, Fon: 0611 322614 oder Simone Elias, Fon: 0611 322652

## Es geht weiter – Veranstaltungsreihe „Gesundheit im Alter – den Jahren mehr Leben geben“ bereits im fünften Jahr

Die Reihe „Gesundheit im Alter – den Jahren mehr Leben geben“ im Amt für Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main soll auch 2013/2014 mit interessanten Vorträgen fortgesetzt werden.

### Folgende Termine stehen auf dem Programm:

**9. Oktober 2013, 16 – 17:30 Uhr:** „Gewalt im Alter“; Referentin: PD Dr. med. Hildegard Graß, Ärztin für Rechtsmedizin, Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf

**13. November 2013, 16 – 17:30 Uhr:** „Wie geht’s der Prostata mit 70?“; Referent: Joachim Kraus, Facharzt für Urologie; Ärztehaus Galluswarte

**11. Dezember 2013, 16 – 17:30 Uhr:** „Erdbeeren zur Weihnachtszeit – eine gesunde Sache?“; Referentin: Gisela Burger, Freie Redakteurin, Schwerpunkt „Lebensmittel“, Würzburg

**8. Januar 2014, 14 – 18 Uhr:** „Was kann ich für mich tun? Aktiv und bewegt ins neue Jahr.“ Ein bunter Aktionsnachmittag mit den besten Angeboten (Tai Chi, Yoga, Flexi Bar ...) im Amt für Gesundheit

**12. Februar 2014, 16 – 17:30 Uhr:** „Hier will ich wohnen bleiben – Zur Bedeutung des Wohnens in der Nachbarschaft für gesundes Altern in Frankfurt“; Referent: Prof. Dr. Frank Oswald, Interdisziplinäre Alterswissenschaft, Fachbereich Erziehungswissenschaften der Goethe-Universität Frankfurt am Main

**12. März 2014, 16 – 17:30 Uhr:** „Sonnenbrand und schwarze Flecken – die Haut vergisst nichts“; Referent: PD Dr. med. Markus Meissner, Ge-

schäftsführender Oberarzt, Leiter des Hautkrebszentrums, Klinik für Dermatologie; Venerologie und Allergologie, Universitätsklinikum Frankfurt am Main

**9. April 2014, 16 – 17:30 Uhr:** „Kunst und Gestalten – das geht in jedem Alter“; Referent: Andreas Hett, Kunsttherapeut, Dipl. Sozialarbeiter, Lehrbeauftragter an der Hochschule für Kunsttherapie in Nürtingen und an der Fachhochschule Frankfurt/Main

**14. Mai 2014, 16 – 17:30 Uhr:** „Inkontinenz im Alter – wenn Tröpfeln zum Problem wird“; Referent: Prof. Dr. med., Dr. h.c. Eduard Becht, Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie, Krankenhaus Nordwest

**11. Juni 2014, 14 – 19 Uhr:** Fünf Jahre Mittwochsreihe – eine runde Sache: buntes Jubiläumsprogramm mit Überraschungsgästen, Sonderaktionen, kulinarischen Genüssen; im Anschluss wird für die regelmäßige Teilnahme das „Fünfte Frankfurter Gesundheitsdiplom“ verliehen

Die Veranstaltungen finden im Auditorium im Amt für Gesundheit in der Breite Gasse 28 in 60313 Frankfurt am Main statt. Sie sind barrierefrei und kostenlos. Die Veranstaltungsbroschüre, die auch über das Begleitprogramm informiert, erhalten Sie vom Amt für Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main, nähere Auskünfte unter der Telefonnummer: 069 212-33630.

*Dr. med. Thomas Götz, Leiter der Abteilung Psychiatrie,  
Amt für Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main*

## Fortbildungsveranstaltung des vhvp

### Koordinierungsstellen und Fallmanagement bei den Krankenkassen.

### Welche Auswirkungen hat das Controlling auf unsere therapeutischen Beziehungen?

### Wie viel Auskunftspflicht ist nach dem Sozialgesetzbuch V und VI erforderlich?

### Wie weit darf die Krankenkasse sich in unsere Behandlungssettings einmischen?

am Samstag, den 21.9.2013 von 12:30 Uhr – 14:30 Uhr

DGB-Gewerkschaftshaus · Wilhelm-Leuschner-Straße 69-77 · Frankfurt am Main

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Die Krankenkassen versuchen, sich in unsere Patient-Therapeuten-Beziehungen einzumischen, um die Heilungsprozesse berechenbar zu machen und Krankheitsverläufe über Controlling und Fallmanagement zu beeinflussen, um so der Fürsorge Genüge zu tun, wie sie im Sozialgesetzbuch gefordert wird. Der therapeutische Erfolg unserer Behandlung droht dabei funktionalem und ökonomischen Denken der Krankenkassen untergeordnet zu werden. Dadurch droht die Psychotherapie ein Teil des funktionalen Leistungsprinzips zu werden und die Möglichkeit zur Heilung zu verlieren.

Eine wichtige Frage ist, wie groß der Spielraum der Krankenkassen ist, die im Sozialgesetzbuch V und VI verankerten Normen bezüglich der Auskunftspflicht von uns Psychotherapeuten zum Behandlungsverlauf des Patienten von uns einzufordern.

An Hand von Fallbeispielen aus der Praxis wollen wir nach Möglichkeiten suchen, um eine grundsätzliche Klärung für unser weiteres Handeln in der Praxis zu bekommen und inwieweit wir dabei mit den Krankenkassen kooperieren wollen, ohne die schützenswerten Interessen unserer Patienten zu gefährden. Wir freuen uns, mit Ihnen darüber zu diskutieren können, und können hoffentlich viele Ihrer Fragen zum Thema klären.

### Nachfolgender Ablauf der Veranstaltung ist geplant:

#### Kurze Einführung in die Thematik

Referentin: Dr. med. Alessandra B. Carella

#### Thesen zum Controlling von Psychotherapie und die Position des vhvp/bvvp

Referent: Dipl. Psych. Tilo Silwedel

#### Kurze Einführung in die Thematik aus juristischer Sicht

Referent: N.N.

#### Hauptteil:

#### Fallbeispiele aus der Praxis und kritische Darstellung der Problematik aus therapeutischer und juristischer Sicht im Rahmen einer Publikumsdiskussion.

Moderation: Doris Salmen

Es gibt genügend Raum für Fragen und Diskussion!

Kostenbeitrag: Die Teilnahme ist für alle kostenlos.

Anmeldung: Interessenten melden sich bitte über die Geschäftsstelle des vhvp (E-Mail: [vhvp@bvvp.de](mailto:vhvp@bvvp.de), Tel.: 06181 982186, Fax: 06181 982187) bis zum 4.9.2013 an. Die Akkreditierung der Veranstaltung als Fortbildung ist bei der LÄKH beantragt.



Verband Hessischer  
Vertragspsychotherapeuten e.V.



## Zum Beitrag: Der Missbrauch von Schmerzmitteln und NSAR im Sport

(Hessisches Ärzteblatt 7/2013, S. 517)

Hallo Herr Kollege Graf-Baumann,

vielen Dank für Ihren Artikel und die viele Arbeit!

Ich selbst war einige Jahre als Fussball-Jugendtrainer tätig. Es gab ein paar 15-Jährige, die Schmerzmittel eingenommen haben, was ich durch Zufall bemerkt hatte.

Als ich die Eltern darauf ansprach und meinen Unmut ausdrückte, erklärten sie mir, dass der zwei Jahre ältere Bruder in der 1. Mannschaft das vom Trainer empfohlen bekommen habe ...

Der Bruder könne dann länger durchhal-

ten(!), weil er weniger Schmerzen habe nach einem Foul ... weil, heutzutage sei ja alles härter und rücksichtsloser ...

Ist das dann kein Doping „im weiteren Sinne“?

Wenn also Trainer das im Verein einführen – um die eigenen Erfolge zu verbessern – sollte es doch dringend geschehen, dass die Sportverbände durch die Vereine ziehen und Aufklärung anbieten! Der Verein muss das ethisch ausdrücklich offiziell ablehnen, das müsste regelmäßig (!) im

Vereinsblatt stehen und auf Vereinsveranstaltungen ausgesprochen werden!

Im Handball ist das noch häufiger als im Fussball – wie Sie ja wissen – aber alle Vorbilder tun das auch!

Stimmen Sie damit überein?

MfG

Hans-Joachim Knuf,

FA Psychiatrie, PTH

Kassel

(vollständige Adresse ist der Redaktion bekannt)

## Zum Kommentar der Redaktion: Meningokokkeninfektion; antibiotische Behandlung von Kontaktpersonen

(Hessisches Ärzteblatt 7/2013, S. 563)

In Ihrem Kommentar der Redaktion zur Chemoprophylaxe nach Meningokokkenkontakt schreiben Sie, eine Antibiotikaprophylaxe könne nicht zu Lasten der Krankenkassen erfolgen. Vielmehr müssten die Gesundheitsämter entsprechende Antibiotika zur Verfügung stellen.

Dieser Auffassung können wir uns ausdrücklich nicht anschließen. In mehreren analogen Fällen wurde die Problematik auch mit dem Hessischen Sozialministerium eindeutig bewertet:

- Eine Riegelungsimpfung bzw. eine Riegelung durch Antibiotika dient dem Schutz einer größeren Gruppe von Menschen, bei denen im Rahmen eines Ausbruchs einer Infektionskrankheit kein direkter Kontakt zu Indexpatienten nachweisbar

ist. Dies kann, z.B. bei einem Masernausbruch, bei nicht ausreichender Herdenimmunität notwendig werden. Die Weiterverbreitung in der Bevölkerung soll hierdurch verhindert werden. Die Verantwortung des öffentlichen Gesundheitsdienstes leitet sich aus § 20 (5) IfSG ab nach dem „die obersten Landesgesundheitsbehörden bestimmen können, dass die Gesundheitsämter unentgeltlich Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe gegen bestimmte übertragbare Krankheiten durchführen“. Als Beispiel mögen hier die Impfaktionen zur Grippepandemie dienen.

- Anders ist jedoch die antibiotische Prophylaxe bei der Meningokokkenmenin-

gitis zu beurteilen. Hier handelt es sich um eine gezielte, zwingend erforderliche Medikamentengabe nach einem direkten Kontakt zu einem Erkrankten, um eine drohende Erkrankung zu verhindern. Wir zitieren aus einer Stellungnahme des Hessischen Sozialministeriums: „Wie in der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20 d Abs.1 SGB V ausgeführt, fällt die postexpositionelle Gabe von Sera und Chemotherapeutika nicht unter die Schutzimpfungsrichtlinie. Vielmehr ist die Zahlungspflicht der GKV nach den §§ 23 Abs.1 Nr. 3 SGB V i.V. § 31 SGBV gegeben, wenn die Behandlung eines Patienten mit diesen Arzneimitteln im Einzelfall notwendig ist,

„um eine absehbare Erkrankung zu verhindern“. Das Auftreten eines Einzelfalles einer Erkrankung ist eben kein Ausbruchsgeschehen. Ein Ausbruch soll durch die postexpositionelle Medikamentengabe ja gerade verhindert werden!

Diese Auffassung wird bereits im Rundschreiben der KV Hessen „info.doc“ vom September 2009 zu einem analogen Fall deutlich bestätigt: „Das Ministerium für Arbeit, Familie und Gesundheit hat uns nunmehr nach Einholung der Rechtsauffassung des Bundesministeriums für Ge-

sundheit (BMG) darauf hingewiesen, dass das Bundesgesundheitsministerium klarstellte, dass die Krankenkassen für die sogenannte Postexpositionsprophylaxe zuständig sind. Dies sind nach Ansicht des Bundesgesundheitsministeriums Prophylaxeleistungen, die erfolgen, nachdem sich die Person in einer potentiell gefährlichen Situation befunden hat, also beispielsweise Kontakt mit Infizierten hatte.“

Selbstverständlich sind die Gesundheitsämter jederzeit bereit, niedergelassene Kolleginnen und Kollegen zu beraten und zu unterstützen.

Hoffen wir für unsere Patienten, dass große Krankenkassenverbände nicht auf die Idee kommen, auch andere Prophylaxemaßnahmen wie z.B. die Tetanusimpfung nach Verletzung, das Immunglobulin nach Tollwutkontakt oder den Hepatitis-B-Schutz bei Exponierten aus ihren Leistungen herauszunehmen.

*Martin Walter-Domes  
Medizinaloberrat,  
Gesundheitsamt Region Kassel*

## Anmerkung der KV Hessen:

Wir haben den Leserbrief von Medizinaloberrat Martin Walter-Domes zum Anlass genommen, um den Inhalt mit den Krankenkassen in Hessen abzustimmen. Es wurde uns mitgeteilt, dass die von der KVH angeführte leistungsrechtliche Bewertung aus dem Jahre 2003 stammt, also aus der Zeit

vor der Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA. Die Krankenkassen schließen sich den Ausführungen an, dass die postexpositionelle Gabe von Sera und Chemotherapeutika, d.h. die Behandlung eines Patienten nach einem direkten Kontakt mit einem Meningitis-Kranken mit einem entspre-

chenden Antibiotikum nach § 23 Abs. 1 Nr. 3 in Verbindung mit § 31 SGB V, in die Leistungspflicht der GKV fällt. Die Verordnung der Antibiotika erfolgt auf einem Einzelrezept auf Namen des Patienten und nicht über die Verordnung des Sprechstundenbedarfs.

## Zum Beitrag: Madeleine Albright: Winter in Prag. Erinnerungen an meine Kindheit im Krieg.

*(Hessisches Ärzteblatt 7/2013, S. 557)*

Sehr geehrter Herr Dr. Popović,

auf diesem Wege danke ich Ihnen sehr herzlich für das an Herrn Direktor Dr. Bernd Heidenreich gerichtete elektronische Schreiben vom 27. Juni d. J. und die Übersendung der hochinteressanten Materialien. Insbesondere der Artikel „Vom Prager Kreis zum Winter in Prag“ hat zahlreiche spannende Aspekte der jüngeren

deutsch-tschechischen Geschichte aufgezeigt. Ich habe mir erlaubt, die Unterlagen auch an den Siedler Verlag für die Sammlung der Rezensionen und Materialien im Zusammenhang mit dem Buch von Frau Außenministerin a. D. Madeleine Albright „Winter in Prag“ zu übersenden.

Herr Dr. Heidenreich hat mich um die Übermittlung seiner herzlichen Grüße an Sie gebeten. Er wünscht Ihnen für Ihre weitere

publizistische Arbeit alles Gute. Diesen Wünschen schließe ich mich gerne an.

Mit freundlichen Grüßen

*Im Auftrag  
Achim Güssgen-Ackva  
Ständiger Vertreter des Direktors  
Hessische Landeszentrale  
für politische Bildung, Referat 11*

**Bezirksärztekammer Darmstadt**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

**Bezirksärztekammer Frankfurt**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

**Bezirksärztekammer Gießen**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

**Goldenes Doktorjubiläum**

Dr. med. Zoltan Cseke, Biebertal, am 15. Oktober.

**Bezirksärztekammer Kassel**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

**Goldenes Doktorjubiläum**

Dr. med. habil. Eberhardt Unger, Fulda, am 28. Oktober.

**Bezirksärztekammer Marburg**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

**Bezirksärztekammer Wiesbaden**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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

**Einser-Kandidaten in der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Sommer 2013**

Bei der Abschlussprüfung Sommer 2013 haben **vier Medizinische Fachangestellte den praktischen und den schriftlichen Teil** der Abschlussprüfung mit der Note „sehr gut“ abgeschlossen.

Auszubildende	Punkte schriftl. Teil/ prakt. Teil	Ausbildungspraxis
Victoria Loscha	94/100	Thomas Bachinger, Eschwege
Ann-Christin Saltenberger	92/100	Dr. med. Joachim Koppai-Reiner, Butzbach
Elena Hahn	94/94	Dr. med. Stefan Ullschmied, Dr. med. Wolfgang Zeckey und Helmut Liebermann, Fulda
Jeannine Kögler	92/96	Dr. med. Karl-Heinrich Weitzel und Wilfried Adolf Frank, Kassel

Landesärztekammer Hessen  
Abt. Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

### Wir gedenken der Verstorbenen

Ralf Behrmann, Frankfurt

\* 19.12.1948 † 18.6.2013

Dr. med. Hans-Joerg Böttcher, Schwalbach

\* 31.1.1949 † 17.6.2013

Dr. med. Horst Elschner, Bad Windsheim

\* 2.12.1924 † 26.4.2013

Dr. med. Claus Federlin, Hirzenhain

\* 21.11.1930 † 8.6.2013

Dr. med. Ralph Hildebrand, Marburg

\* 10.03.1968 † 8.7.2013

Dr. med. Horst-Günther Jaath, Kassel

\* 5.3.1930 † 28.6.2013

Professor Dr. med. Reinhard Redhardt, Darmstadt

\* 11.3.1921 † 7.5.2013

Dr. med. Helgard Röttger, Bad Salzschlirf

\* 15.7.1922 † 28.6.2013

Professor Dr. med. Helmut Schmidt, Wiesbaden

\* 13.5.1931 † 23.4.2013

Dr. med. Werner Schmidt, Hattersheim

\* 15.10.1918 † 16.4.2010

Jürgen Otto Heinrich Schulze-Siedschlag, Bad Zwesten

\* 26.4.1941 † 30.5.2013

Dr. med. Wolf Reinhard Städter, Bad Nauheim

\* 23.10.1947 † 4.7.2013

Dr. med. Ulrich Storck, Bad Endbach

\* 6.4.1934 † 22.7.2013

Dr. med. Claudia Thiel, Brechen

\* 7.1.1942 † 23.6.2013

Professor Dr. med. Guenther Thomalske, Frankfurt

\* 8.6.1925 † 19.5.2013

Medizinaldirektor a.D. Dr. med. Fritz Thomann, Eltville

\* 2.6.1922 † 21.7.2013

### Ungültige Arztausweise

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

Arztausweis-Nr. F-HS-15313, ausgestellt am 8.9.2008 für Dr. med. Ursula Anthes, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060022235, ausgestellt am 13.9.2011 für Dr. med. Ömür Baskaya, Mainz,

Arztausweis-Nr. 060026775, ausgestellt am 6.8.2012 für Simona-Gabriela Basturescu, Kassel,

Arztausweis-Nr. 060026240, ausgestellt am 14.6.2012 für cimezetes föiskolai tanár (Prof.) Dr. med. Ralf Blank, Mainz,

Arztausweis-Nr. 060026879, ausgestellt am 14.8.2012 für Dr. med. Muneer Deeb, Kassel,

Arztausweis-Nr. 060016321, ausgestellt am 31.3.2010 für Dr. med. Dipl.-Psych. Hans Dreesen, Heidelberg,

Arztausweis-Nr. 060030245, ausgestellt am 18.6.2013, für Johanna Eschweiler, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060023791, ausgestellt am 9.1.2012 für Timm Freudenberg, Kassel,

Arztausweis-Nr. 060018306, ausgestellt am 20.9.2010 für Heike Haug, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060025454, ausgestellt am 3.4.2012 für Dr. med. Dr. med. dent. Juliane Jünger, Bad Nauheim,

Arztausweis-Nr. 060027239, ausgestellt am 20.9.2012 für Elvira Kipp, Kelkheim,

Arztausweis-Nr. 060029612, ausgestellt am 15.4.2013 für Dr. med. Dieter Kloß, Stockstadt,

Arztausweis-Nr. 060016108, ausgestellt am 16.3.2010 für Arnd Müller, Darmstadt (beim Umzug),

Arztausweis-Nr. 060014285, ausgestellt am 1.10.2009 für Sandra Reuter, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060022015, ausgestellt am 24.8.2011 für Kai-Peter Schmitz, Wiesbaden,

Arztausweis-Nr. 060014399, ausgestellt am 9.10.2009 für Dr. med. univ. Petra Siebenhandl, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060026950, ausgestellt am 22.8.2012 für Dr. med. Lothar Staud, Leipzig,

Arztausweis-Nr. 060015188, ausgestellt am 30.12.2009 für Dr.-med./IM Temeschburg Jens Wüstenberg, Edermünde

Arztausweis-Nr. 060012408, ausgestellt am 21.4.2009 für Dr. med. Otto Trautmann, Bad Orb.

### Lösung Medizinisches Zahlenrätsels

aus 7/2013, Seite 537

## ILIOSAKRALGELENKARTHRODESE



## Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

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

Sabine Beyer, tätig bei Dr. med. B. Krug und Dr. med. S. Olischläger, Erlensee

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

Corinna Kaiser, seit 22 Jahren tätig bei Dr. med. F. Herr, Dr. med. S. Stertkamp, V. Müller-Tuz, Dr. med. P. Albus-Fischer, Dr. med. C. Rose, Dr. med. A. Nau und Dr. med. R. Müller, Gießen

Silvia Müller, seit 21 Jahren tätig bei Dr. med. F. Herr, Dr. med. S. Stertkamp, V. Müller-Tuz, Dr. med. P. Albus-Fischer, Dr. med. C. Rose, Dr. med. A. Nau und Dr. med. R. Müller, Gießen

Melanie Jäger, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. F. Herr, Dr. med. S. Stertkamp, V. Müller-Tuz, Dr. med. P. Albus-Fischer, Dr. med. C. Rose, Dr. med. A. Nau und Dr. med. R. Müller, Gießen

Bianca Becker, seit 17 Jahren tätig bei Dr. med. F. Herr, Dr. med. S. Stertkamp, V. Müller-Tuz, Dr. med. P. Albus-Fischer, Dr. med. C. Rose, Dr. med. A. Nau und Dr. med. R. Müller, Gießen

Susanne Starke, seit 13 Jahren tätig bei Dr. med. F. Herr, Dr. med. S. Stertkamp, V. Müller-Tuz, Dr. med. P. Albus-Fischer, Dr. med. C. Rose, Dr. med. A. Nau und Dr. med. R. Müller, Gießen

Sandra Albert, seit 11 Jahren tätig bei Dr. med. F. Herr, Dr. med. S. Stertkamp, V. Müller-Tuz, Dr. med. P. Albus-Fischer, Dr. med. C. Rose, Dr. med. A. Nau und Dr. med. R. Müller, Gießen.

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

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

Daniela Sachs, tätig bei Dr. med. M. Bonczkowitz, Dr. med. R. Jokisch und A. Schieber, Kelkheim

Annelie Orgler, tätig bei G. P. Fachinger, Brechen

Roswitha Schneidmüller, tätig bei Dr. med. F. Herr, Dr. med. S. Stertkamp, V. Müller-Tuz, Dr. med. P. Albus-Fischer, Dr. med. C. Rose, Dr. med. A. Nau und Dr. med. R. Müller, Gießen

Hannelore Harbach, tätig bei Dr. med. U. Käßer, Dr. med. M. Piegsa, Dr. med. O. Khan, Dr. med. S. Burger, Dr. med. A. Langer, Dr. med. G. Noeske, Prof. Dr. med. A. Erdogan, Dr. rer. nat. T. Gessler und Prof. Dr. med. P. Hardt, Gießen

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

Anke Platen, seit 32 Jahren tätig bei Dr. med. F. Herr, Dr. med. S. Stertkamp, V. Müller-Tuz, Dr. med. P. Albus-Fischer, Dr. med. C. Rose, Dr. med. A. Nau und Dr. med. R. Müller, Gießen  
Konstanze Bopf, seit 32 Jahren tätig bei Dr. med. F. Herr, Dr. med. S. Stertkamp, V. Müller-Tuz, Dr. med. P. Albus-Fischer, Dr. med. C. Rose, Dr. med. A. Nau und Dr. med. R. Müller, Gießen

Margit Schneider, seit 30 Jahren tätig bei Dr. med. U. Käßer, Dr. med. M. Piegsa, Dr. med. O. Khan, Dr. med. S. Burger, Dr. med. A. Langer, Dr. med. G. Noeske, Prof. Dr. med. A. Erdogan, Dr. rer. nat. T. Gessler und Prof. Dr. med. P. Hardt, Gießen.

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

Zum **40-jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir den Arzthelferinnen

Helga Geis, tätig bei Dr. med. B. Krug und Dr. med. S. Olischläger, vormals Praxis Dr. med. B. Krug, vormals Praxis Dr. med. G. Bartsch, Erlensee

Brigitte Hellmuth, tätig bei Dr. med. M. Rudolff und C. Discher, vormals Praxis Dr. med. H. Rudolff, Felsberg/Gensungen.

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

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

Ingrid Meyer-Harodt, seit 16 Jahren tätig bei Dr. med. F. Herr, Dr. med. S. Stertkamp, V. Müller-Tuz, Dr. med. P. Albus-Fischer, Dr. med. C. Rose, Dr. med. A. Nau und Dr. med. R. Müller, Gießen.

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

Wir gratulieren der Helferin zum **mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum**

Giuseppina Cortese, seit 26 Jahren tätig bei Dr. med. M. Bonczkowitz, Dr. med. R. Jokisch und A. Schieber, Kelkheim.

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

E-Mail: [lk@l-va.de](mailto:lk@l-va.de)  
Home: [www.l-va.de](http://www.l-va.de)



# ANZEIGENSCHLUSS

Ausgabe 10/2013: 3. September 2013

Ausgabe 11/2013: 7. Oktober 2013

**Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e.V.**

Gesellschaftspolitisches Forum

veranstaltet am

**Mittwoch, 11. September 2013, um 18 Uhr**

im Hause der

**Kassenärztlichen Vereinigung Hessen**

– Dr. O. P. Schaefer-Saal –

**Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt am Main**

ein

**BAD NAUHEIMER GESPRÄCH****Referenten****Dr. med. Lothar Krimmel**

Arzt für Allgemeinmedizin

ehem. Geschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)

**Dr. med. Klaus Doubek**

Berufsverband der Frauenärzte e. V.

Vorsitzender des Bezirks Wiesbaden

**Dr. med. Wolf-Andreas Fach**

Internist-Cardiologe

Vorsitzender des Berufsverbandes der Internisten

– Landesverband Hessen –

**Dr. med. Ulrich Klinsing**

Arzt für Allgemeinmedizin, Sport-Reisemedizin,

Vorstand der Deutschen Fachgesellschaft der Reisemedizin

**Norbert Sudhoff**

Landesgeschäftsführer der Barmer GEK Frankfurt

**IGeL Leistungen****– Transparenz durch Information**

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) sind keine Regelleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Patienten fragen sie nach, Ärzte bieten sie an. Es gibt mehr als 100 Angebote aus Bereichen wie Früherkennung, Reise- und Sportmedizin, Akupunktur oder Laserbehandlung. Die Diskussion ist kontrovers: „Sinnvolle Zusatzangebote“ und „Ergänzung der Kassenmedizin“ konkurrieren mit „unklarer Wirkung“ und „Geldschneiderei“.

Dr. med. Lothar Krimmel, der Initiator des IGeL-Katalogs, wird für Sie die Hintergründe erläutern. Er wird dabei insbesondere auf Ihre Rechte als Patienten eingehen und den aktuellen IGeL-Ratgeber der Ärzteschaft vorstellen. Statements aus Sicht der Krankenkassen und Erfahrungsberichte aus ärztlichen Praxen werden die Grundlage für eine intensive Diskussion bieten.

Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt frei!

Im Vogelsgesang 3,60488 Frankfurt a. M.,  
Fon/Fax: 069 766350, E-Mail: info@bad-nauheimer-gespraech.de  
www.bad-nauheimer-gespraech.de

Gemeinsame Pressemitteilung der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte und des Verbandes medizinischer Fachberufe e. V.

**Einigung auf neuen Gehaltstarifvertrag für Medizinische Fachangestellte**

Berlin, 9.7.2013 – In der dritten Tarifrunde am 9.7.2013 einigten sich die Tarifpartner der niedergelassenen Ärzte und der Medizinischen Fachangestellten auf einen neuen Gehaltstarifvertrag mit Laufzeit vom 1.4.2013 bis 31.3.2016.

In zwei Stufen werden die Gehälter erhöht: ab 1.9.2013 um 4,5%, ab 1.4.2014 um 3%. Für die fünf Monate von April bis August 2013 gibt es im September eine Einmalzahlung in Höhe von 375 Euro für alle Vollzeitbeschäftigten, für Teilzeitbeschäftigte anteilig. Erstmals wird ab 2014 ein Eingangsstundenlohn für Berufsanfängerinnen von zehn Euro erreicht.

Die Ausbildungsvergütungen steigen ab 1. September 2013 in allen drei Ausbildungsjahren um 30 Euro monatlich und zwar auf 640 Euro, 680 Euro und 730 Euro. Auszubildende erhalten eine Einmalzahlung von 150 Euro für April bis August. Jeweils zum 1.4.2014 und 1.4.2015 erhöhen sich die Ausbildungsvergütungen um weitere 30 Euro monatlich.

Kernstück des Abschlusses ist eine geänderte Vergütungsstruktur. Dr. Cornelia Goesmann, Vorsitzende der Arbeitgeberpartei: „Der Gehaltstarifvertrag wurde so gestaltet, dass er den zukünftigen Anforderungen an die Patientenversorgung im ambulanten Bereich, den Einsatzbereichen von Medizinischen Fachangestellten und der hierfür notwendige Fortbildung gerecht wird.“

Dazu wurden zwei weitere Tätigkeitsgruppen geschaffen und die Einstufungskriterien überarbeitet. Die neue Struktur bildet das breit gefächerte Feld von Qualifizierungs-, Spezialisierungs- und Aufstiegsmöglichkeiten für Medizinische Fachangestellte besser ab. Eine Regelung zur Besitzstandswahrung begleitet den Übergang in die neue Struktur.

Der neue Tarifvertrag ist Ausdruck der wachsenden Bedeutung von Medizinischen Fachangestellten und der Wertschätzung ihrer Arbeitsleistung in der ambulanten medizinischen Versorgung sowie ihrer unterstützenden und entlastenden Funktion für den Arzt. „Damit der Beruf in Zeiten des Fachkräftemangels für Schulabgänger/-innen weiterhin attraktiv bleibt, wurden ebenfalls die Ausbildungsvergütungen entsprechend angehoben“, so Margret Urban, Verhandlungsführerin des Verbandes medizinischer Fachberufe e. V.

Die Einspruchsfrist endete am 19.7.2013.

**Ansprechpartner:**

Rosemarie Bristrup

Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen / Medizinische Fachangestellte  
dezernat5@baek.de

Margret Urban

2. Stellv. Präsidentin des Verbandes medizinischer Fachberufe e. V.,  
Ressort Tarifpolitik  
murban@vmf-online.de

Pressebüro des Verbandes medizinischer Fachberufe e. V.  
presse@vmf-online.de

Dieser neue Gehaltstarifvertrag ist über die Homepage der LÄKH und der BÄK abrufbar sowie im Deutschen Ärzteblatt Nr. 31/32, 5. August 2013, S. 1505 ff. abgedruckt.

## Anmeldung der Auszubildenden

### zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Winter 2014 vom 15. Januar 2014 bis zum 7. März 2014

Auszubildende, die an der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Winter 2014 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

**25. September und 2. Oktober 2013**

bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden.

Die Anmeldung erfolgt durch Einreichung des Anmeldeformulars.

Außerdem sind der Anmeldung beizufügen:

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

Es wird gebeten, die Unterlagen rechtzeitig und vollständig einzureichen, da anderenfalls die Teilnahme der Auszubildenden an der Winterprüfung 2014 nicht garantiert werden kann.

Zur Abschlussprüfung im Winter 2014 sind anzumelden:

1. Auszubildende, deren Ausbildungszeit **nicht später als am 7. Mai 2014 endet**,

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

Die **vorzeitige Zulassung** setzt voraus, dass die Leistungen der Auszubildenden während der Ausbildungszeit

- in den Lerngebieten des berufsbezogenen Unterrichts der Berufsschule im Durchschnitt mit mindestens 2,0,
- von dem Auszubildenden im Durchschnitt mit mindestens „gut“ beurteilt werden und
- die Leistungen in der Zwischenprüfung im Durchschnitt der fünf Prüfungsbereiche mindestens befriedigende Ergebnisse erbracht haben.

Landesärztekammer Hessen

Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

## Prüfungstermine für Medizinische Fachangestellte 2014/2015

Zwischenprüfung 2014: Mittwoch, den 5. März 2014

### Abschlussprüfungen

#### Sommerprüfung 2014:

Schriftliche Prüfung: Mittwoch, den 7. Mai 2014  
Praktische Prüfung und  
Ergänzende mündliche Prüfung: 18. Juni bis 31. Juli 2014  
(Prüfungsblock in Bad Nauheim voraussichtlich in der Zeit vom 18. Juni bis 26. Juli 2014)

#### Winterprüfung 2014/2015:

Schriftliche Prüfung: Mittwoch, den 14. Januar 2015  
Praktische Prüfung und  
Ergänzende mündliche Prüfung: 16. Februar bis 28. Februar 2015  
(Prüfungsblock in Bad Nauheim wird noch abgestimmt und mitgeteilt)

Landesärztekammer Hessen  
Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

## EIGNUNGSTEST

Mit diesen Test wollen wir Sie bei der Auswahl geeigneter Bewerber/innen für den neu geordneten Ausbildungsberuf **Medizinische/r Fachangestellte/r** unterstützen!

Die relativ hohe Anzahl von vorzeitigen Vertragsabbrüchen, die zunehmend in arbeitsgerichtliche Streitigkeiten münden, wird erfahrungsgemäß durch mangelhafte Auswahl verursacht! Die Landesärztekammer Hessen stellt deshalb jeder/jedem hessischen Ärztin/Arzt einen Eignungstest zur Verfügung, der sie/ihn bei der Bewerberauswahl unterstützen soll. Der Eignungstest soll dazu anregen, sich intensiv mit der Person der/des Bewerberin/Bewerbers und ihren/seinen Fähigkeiten zu beschäftigen.

Der Eignungstest gliedert sich in folgende Teile:

1. Fragebogen zur Einleitung eines Bewerbungsgesprächs
2. Auswahlkriterien für die Einstellung einer/eines Auszubildenden
3. Testaufgaben
4. Lösungen

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

Wir freuen uns, wenn Sie unser Angebot annehmen.

Bitte beachten Sie, dass sich die Auswahlmöglichkeiten verschlechtern, wenn die Auswahl zu spät erfolgt. **Wählen Sie deshalb Ihre/n Auszubildende/n – wie in anderen Wirtschaftsbereich auch – frühzeitig aus, spätestens im Herbst des Vorjahres!**

Landesärztekammer Hessen  
Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

## Gesundheitsgenossenschaft Hessen eG, Frankfurt am Main

Die Gesundheitsgenossenschaft Hessen eG mit Sitz in Frankfurt am Main wird aufgelöst. Die Gläubiger der Gesellschaft werden aufgefordert, sich bei ihr zu melden.

Dr. J. Götting  
Walter-Kolb-Str. 9-11  
60594 Frankfurt

Dr. B. Fahl  
Schulstraße 37  
60594 Frankfurt

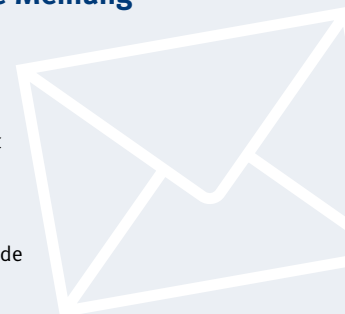
*Die Liquidatoren*

## Schreiben Sie uns Ihre Meinung

### Hessisches Ärzteblatt

– Leserbriefe –  
Redaktion Hessisches Ärzteblatt  
Im Vogelsang 3  
60488 Frankfurt

E-Mail: [maren.siepmann@laekh.de](mailto:maren.siepmann@laekh.de)  
Fax: 069 97672-247



## Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Sommer 2013

Hiermit geben wir Ihnen die Ergebnisse der Abschlussprüfung für **Medizinische Fachangestellte** im Sommer 2013 bekannt:

755 Prüflinge haben am Schriftlichen Teil der Abschlussprüfung teilgenommen, von denen 709 bestanden haben. Folgende Ergebnisse wurden erzielt:

Schriftlicher Teil:	
Note sehr gut	4
Note gut	68
Note befriedigend	298
Note ausreichend	339
Note mangelhaft	45
Note ungenügend	1

756 Prüflinge haben am Praktischen Teil der Abschlussprüfung teilgenommen, von denen 663 bestanden haben. Folgende Ergebnisse wurden erzielt:

Praktischer Teil:	
Note sehr gut	83
Note gut	180
Note befriedigend	196
Note ausreichend	204
Note mangelhaft	71
Note ungenügend	22

658 Prüflinge haben die Prüfung insgesamt bestanden.

Gemäß den Vorgaben in der Ausbildungsordnung setzt sich die Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte (MFA) aus zwei Teilen zusammen, dem schriftlichen und dem praktischen Teil. Sowohl im schriftlichen als auch im praktischen Teil müssen mindestens ausreichende Leistungen erzielt werden, um die Abschlussprüfung insgesamt zu bestehen. Infolge der Selbstständigkeit beider Prüfungsteile gibt es untereinander keine Ausgleichsmöglichkeit. Es wird keine Gesamtnote gebildet. Beide Leistungsbereiche

werden im Zeugnis gesondert dargestellt. Bezweckt ist mehr Transparenz bezüglich der Fähigkeiten des Absolventen.

Es kommt allerdings vor, dass Prüflinge, die im schriftlichen Teil befriedigende oder bessere Ergebnisse erzielten, wegen mangelhafter Leistungen im praktischen Teil die Abschlussprüfung nicht bestehen.

Nach derzeitigen Erkenntnissen der Prüferinnen und Prüfer weist das auf Defizite in der betrieblichen Ausbildung in der Ausbildungsstätte hin. Entweder die Auszubildende hat nicht die erforderlichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten laut Ausbildungsrahmenplan erworben oder es fehlt ihr die erforderliche Berufserfahrung (vgl. § 1 Abs. 3 Berufsbildungsgesetz). Laut Ausbildungsordnung soll die MFA als Allroundkraft ausgebildet werden. Spezialisierungen können bei der Prüfung nicht berücksichtigt werden. Die Prüfung bezieht sich auf allgemeine medizinische Inhalte und Basistätigkeiten von Medizinischen Fachangestellten. Die Prüfungsinhalte des praktischen Teils der Prüfung sind im Internet veröffentlicht ([www.laekh.de](http://www.laekh.de)) unter dem Stichwort „Stichwortverzeichnis“ und sollten regelmäßig von den auszubildenden Ärztinnen und Ärzten während der Ausbildung eingesehen werden.

**Für spezialisierte Fachpraxen, die die Vermittlung der erforderlichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten entsprechend der Prüfungsordnung nicht vollständig leisten können, ist zu empfehlen, eine Kooperation mit einer allgemeinärztlichen oder internistischen Praxis einzugehen und die Auszubildende zur Hospitation zu entsenden. Aus den Gesprächen mit den Prüflingen haben wir erfreut zur Kenntnis genommen, dass immer mehr Ausbilder dem zustimmen. Zahlreiche Berufsschulen unterstützen die Ausbilder bei der Organisation von Kooperationen.**

Die Prüfung im praktischen Teil wird in der Landesärztekammer Hessen eigenen Einrichtung, Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim, durchgeführt. In einer 75-minütigen Einzelprüfung müssen die Prüflinge vor einem Prüfungsausschuss praxisbezogene Arbeitsabläufe simulieren, demonstrieren, dokumentieren und präsentieren. Die Prüflinge erhalten einen komplexen Prüfungsfall, der sich immer auf die Bereiche Medizin, Betriebsorganisation



und -verwaltung sowie Leistungsabrechnung bezieht, alternativ ist Labor und Prävention enthalten.

Um die geforderte Prüfungsleistung erbringen zu können, von der das Bestehen der Abschlussprüfung abhängt, ist eine umfangreiche Ausstattung im Bereich Medizin, Labor, Verwaltung und Abrechnung erforderlich. Aus diesem Grund wurde als Prüfungsort die den Prüflingen von der Überbetrieblichen Ausbildung bekannte Carl-Oelemann-Schule gewählt. Bei der guten Ausstattung der Carl-Oelemann-Schule kann man die Prüfungssituation so praxisnah wie möglich gestalten.

Aktive und interessierte Auszubildende, die in der Berufsschule über die Lernfeld-Methode mit zunehmend selbst organisiertem Lernen gut vorbereitet wurden sowie in der Ausbildungsstätte eine gründliche, vollständige und praxisbezogene Ausbildung erhalten haben, haben gute Chancen, die Abschlussprüfung sogar mit sehr guten Ergebnissen zu bestehen, um erfolgreich ins Berufsleben zu starten.

Auch Prüflinge aus Facharztpraxen erzielen bei der praktischen Prüfung gute bis sehr gute Leistungen, wie die beigefügten Tabellen der Prüflinge mit der Note 1 und 2 in der Sommerprüfung 2013 belegt.

Prüflinge mit der Note „sehr gut“ im Praktischen Teil Auflistung der Facharzttrichtungen der Ausbilder							
Facharzttrichtung	Darmstadt	Frankfurt	Gießen	Kassel	Marburg	Wiesbaden	Gesamt LÄKH
Allgemeinmed./Prakt. Arzt	4	9	5	11	0	2	31
Anästhesie	0	1	0	0	0	0	1
Arbeits-/Betriebsmedizin	0	1	0	1	1	0	3
Augenheilkunde	0	0	3	0	0	0	3
Chirurgie/Unfall-/Herz-/Gefäß- ...	0	1	2	0	1	0	4
Dermatologie	0	1	0	2	0	0	3
Gynäkologie	1	1	1	0	0	1	4
HNO	1	0	0	0	0	0	1
Innere Medizin/Angiol./Gastro/Kardio./Nephrol. ...	2	5	4	3	0	1	15
Kinder- und Jugendmedizin	0	0	1	0	1	0	2
Labormedizin	0	0	1	0	0	0	1
Neurologie und Psychiatrie	0	0	1	1	0	0	2
Orthopädie	0	3	0	3	0	1	7
Pathologie	0	0	0	0	0	0	0
Plast. Ästhet. Chirurgie	0	0	0	0	0	0	0
Pneumologie	0	0	0	0	0	0	0
Radiologie/Nuklearmedizin	0	0	1	0	0	0	1
Transfusionsmedizin	0	0	0	0	0	0	0
Urologie	0	1	2	2	0	0	5
<b>Gesamt:</b>	<b>8</b>	<b>23</b>	<b>21</b>	<b>23</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>83</b>

Prüflinge mit der Note „gut“ im Praktischen Teil Auflistung der Facharzttrichtungen der Ausbilder							
Facharzttrichtung	Darmstadt	Frankfurt	Gießen	Kassel	Marburg	Wiesbaden	Gesamt LÄKH
Allgemeinmed./Prakt. Arzt	7	14	10	18	3	10	62
Anästhesie	1	1	0	0	0	0	2
Arbeitsmedizin	0	1	0	0	0	0	1
Augenheilkunde	1	0	3	0	0	2	6
Chirurgie/Unfall-/Herz-/Gefäß- ...	1	3	4	0	0	2	10
Dermatologie	1	2	0	2	0	0	5
Gynäkologie	1	2	2	0	1	1	7
HNO	0	2	1	1	0	1	5
Innere Medizin/Gastro/Kardio./Nephrol.	3	13	5	11	3	4	39
Kinder- und Jugendmedizin	4	5	2	4	0	1	16
Labormedizin	1	0	0	0	0	0	1
Neurologie und Psychiatrie	0	2	1	0	0	2	5
Orthopädie	3	2	0	4	0	4	13
Pathologie	0	0	0	0	0	0	0
Plast. Ästhet. Chirurgie	0	0	0	0	0	0	0
Pneumologie	0	0	0	0	0	2	2
Transfusionsmedizin	1	0	0	2	0	0	3
Radiologie/Nuklearmedizin	0	0	0	0	0	0	0
Urologie	1	0	1	0	0	1	3
<b>Gesamt:</b>	<b>25</b>	<b>47</b>	<b>29</b>	<b>42</b>	<b>7</b>	<b>30</b>	<b>180</b>

Umgekehrt mussten die Prüfungsausschüsse auch bei Auszubildenden aus allgemeinmedizinischen oder internistischen Praxen die Note „5“ oder „6“ erteilen, wenn die Prüfungsleistungen mangelhaft oder ungenügend waren.

Wir danken den Prüferinnen und Prüfern der Sommerprüfung 2013 für das Engagement und die Mitwirkungsbereitschaft herzlich – trotz großer Hitze und zahlreicher Baustellen.

## Kassenärztliche Vereinigung Hessen

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

### Hausärztliche Versorgungsebene

#### Planungsbereich Mittelbereich Rüsselsheim

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

### Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

#### Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt	Hautärztin/Hautarzt
-----------	---------------------

#### Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Lampertheim	Chirurgin/Chirurg (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Viernheim	Orthopädin/Orthopäde (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

#### Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Groß-Gerau	Orthopädin/Orthopäde
------------	----------------------

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

### Hausärztliche Versorgungsebene

#### Planungsbereich Mittelbereich Frankfurt

Eschersheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Nied	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Nied	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Bornheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

#### Planungsbereich Mittelbereich Hattersheim / Hofheim / Kelkheim

Hattersheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
-------------	---

#### Planungsbereich Mittelbereich

##### Bad Homburg / Oberursel / Friedrichsdorf

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

#### Planungsbereich Mittelbereich

##### Königstein / Kronberg / Schwalbach / Bad Soden / Eschborn

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

#### Planungsbereich Mittelbereich Hanau

Langenselbold	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
---------------	---

#### Planungsbereich Mittelbereich

##### Neu-Isenburg / Dreieich / Langen

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

### Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

#### Planungsbereich Frankfurt am Main

Eschersheim	Frauenärztin/Frauenarzt (2 x hälftige Versorgungsaufträge, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Westend	Kinderärztin/Kinderarzt
Sachsenhausen	Kinderärztin/Kinderarzt
Bornheim	Frauenärztin/Frauenarzt (mit Anstellung über 10 bis 20 Std. pro Woche)

#### Planungsbereich Hochtaunuskreis

Königstein	Frauenärztin/Frauenarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Friedrichsdorf	Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Königstein	Urologin/Urologe

#### Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Hanau	Orthopädin/Orthopäde
Hanau	Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater
Hanau	Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater
Hanau	Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater

**Planungsbereich Main-Taunus-Kreis**

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

**Spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene****Oberregion Rhein-Main**

Frankfurt am Main	Anästhesistin/Anästhesist (Hälftiger Versorgungsauftrag, Überörtlicher Berufsausübungs- gemeinschaftsanteil) Besonderes Versorgungsbedürfnis: Schmerztherapie
-------------------	--

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

**Hausärztliche Versorgungsebene****Planungsbereich Mittelbereich Alsfeld**

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

**Planungsbereich Mittelbereich Haiger/Dillenburg**

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

**Planungsbereich Mittelbereich Kassel**

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

**Planungsbereich Mittelbereich Nidda**

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

**Planungsbereich Mittelbereich Wetzlar**

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

**Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene****Planungsbereich Landkreis Marburg-Biedenkopf**

Marburg	Frauenärztin/Frauenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
---------	---

**Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis**

Neukirchen	Augenärztin/Augenarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
------------	---

**Planungsbereich Wetteraukreis**

Bad Nauheim	Augenärztin/Augenarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Bad Vilbel	Orthopädin/Orthopäde (Hälftiger Versorgungsauftrag)

**Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis**

Herborn	Ärztin für Psychotherapeutische Medizin/ Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)
---------	---

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

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

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

**Hausärztliche Versorgungsebene****Planungsbereich Mittelbereich Kassel**

Kassel, St.	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
-------------	--

**Planungsbereich Mittelbereich Heringen (Werra)**

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

**Planungsbereich Mittelbereich Fulda**

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

## Kassenärztliche Vereinigung Hessen

### Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

#### Planungsbereich Stadt- und Landkreis Fulda

Fulda	Frauenärztin/Frauenarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
-------	--

#### Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel	Frauenärztin/Frauenarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Kassel	Ärztin/Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie (hälftiger Versorgungsauftrag)

#### Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Bad Wildungen	Augenärztin/Augenarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
---------------	---

#### Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Bad Sooden-Allendorf	Frauenärztin/Frauenarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Hessisch Lichtenau	Frauenärztin/Frauenarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

### Spezialisierte fachärztliche Versorgungsebene

#### Planungsbereich Raumordnungsregion Nordhessen

Melsungen	Internistin/Internist – fachärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Frankenberg	Internistin/Internist Schwerpunkt Kardiologie (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

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

### Hausärztliche Versorgungsebene

#### Planungsbereich Mittelbereich Wiesbaden

Wiesbaden	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
-----------	--

### Allgemeine fachärztliche Versorgungsebene

#### Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

Taunusstein	Hautärztin/Hautarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
-------------	---

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

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

#### **Praxisvertreter/-innen**

für Praxisvertretungen im Land Hessen.

Ärzte, die einen Vertreter benötigen und Ärzte, die selbst eine Vertretung übernehmen möchten, werden gebeten, sich an die

**Kassenärztliche Vereinigung Hessen**

**Georg-Voigt-Straße 15**

**60325 Frankfurt/M.**

**Fon: 069 79502-604**

zu wenden.

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