

# Hessisches Ärzteblatt

## 1/2001

Januar 2001  
62. Jahrgang



### Leistungs- und Kapazitätsentwicklung im Krankenhaus/Kapazitätsabbau 1990-1999 in Deutschland



Leistungs- und  
Effizienzsteigerung/  
„Leistungsverdichtung“  
1990-1999

Kassenforderung:  
zukünftig -25%  
Nach AR-DRG  
Einführung >40%?

Quelle: Statistisches Bundesamt

pop Januar 2001

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

Abgeordneten-  
versammlung  
der KV Hessen

Leitliniensymposium  
In Hessen

Leitartikel  
zur Zertifizierung

Multiple Sklerose  
mit 8 Fachfragen  
und Fragebogen

# Medizin am Scheideweg ?

Ich hasse diese modernen Tankstellen. Wenn man den Kassenraum betritt, findet man sich in einem Supermarkt. Man kann Bier und Brötchen, Käse und Kassetten, Zeitungen und Zigaretten kaufen. Als simpler Benzinkonsument muß man sich vor der Kasse in die Schlange derjenigen einreihen, die alles Mögliche erstanden haben, nur nicht das, wozu eine Tankstelle da ist, nämlich Benzin. Die Frage an den Kassierer nach einem Gerät zum Auffüllen des Reifendrucks wird mit einem unwirschen „weiß ich nicht, da müssen Sie sich halt mal umschaun“ beantwortet. Wie angenehm fällt im benachbarten Ausland auf, daß ein eifriger Tankwart herbeieilt, der das Auftanken übernimmt (was man ja auch noch selbst könnte), die Scheiben putzt und fragt, ob er vielleicht nach dem Öl oder sonst was sehen solle. Wie schon gesagt: Ich hasse diese modernen Tankstellen!

Bei manchen Arztpraxen drängt sich mittlerweile ein vergleichbarer Eindruck auf. Da wird akupunktiert, es gibt pulsierende Signaltherapie oder Magnetfeld zur Auswahl und das Angebot umfaßt neben chinesischen Kräutern oder Diätmitteln weitere Stimulations-, Hochton- oder Bioresonanz-Geräte mit vielen Lämpchen und fragwürdiger wissenschaftlicher Grundlage. Wo aber bleibt das, wozu eine Arztpraxis eigentlich da ist: Seriöse, wissenschaftlich begründete, evidenzbasierte Medizin?

Nun gut, mundus vult decipi, die Welt will betrogen werden. Das soll keineswegs heißen, daß die oben aufgeführten Behandlungen mit Sicherheit wirkungslos sind. Schließlich wissen wir einerseits, daß es noch viel zwischen Himmel und Erde gibt, wovon wir nur noch nicht genügend wissen. Andererseits ist noch recht unklar, was überhaupt die Wirkung jeglicher von einem Arzt angewandten Thera-

pie ausmacht. Ist es das Phänomen, daß nur gut sein kann, was möglichst viel kostet? Ist es die Überzeugungskraft des Arztes, daß sein Therapievor-schlag der einzig richtige sei, also die „Droge Arzt“? Unsere Erkenntnisse über die wissenschaftlich nachweisbare Wirkung von Medikamenten oder physikalischen Therapien sind hingegen unvollkommen.

Was ist also zu beanstanden, wenn den Patienten Maßnahmen angeboten werden, die sich am Rande oder außerhalb der wissenschaftlich begründeten Medizin bewegen? Im Prinzip gar nichts, wenn diese Maßnahmen garantiert unschädlich für den Patienten sind, ihn finanziell nicht über ein vertretbares Maß hinaus belasten und, vor allem, **zusätzlich** zu einer rationalen, vernünftigen medizinischen Versorgung erfolgen! Wenn jedoch der IGEK-Katalog an die Stelle medizinischer Lehrbücher tritt, obskure Leistungen in der Arztpraxis angeboten werden wie Gemüse auf dem Wochenmarkt und wenn den Patienten sichtlich das Fell über die Ohren gezogen wird, dann hat die Medizin und das Arztsein verloren.

Welcher Markt sich hier eröffnet, zeigen kommerzielle Organisationen, die sich dieser Methoden annehmen, wie z.B. die Securvita-Krankenkasse, wo der frühere Berliner Ärztekammerpräsident und ständige Kritiker unseres Gesundheitssystems, Ellis Huber, eine neue Heimstatt gefunden hat, oder die MedWell AG unter dem Vorsitz des früheren stellvertretenden KBV-Hauptgeschäftsführers und Autor des IGEK-Katalogs, Lothar Krimmel. Aber ernsthafte Medizin kann nicht in erster Linie „Markt“ sein. Ihre Aufgabe ist es, kranke Menschen zu heilen und Leiden zu lindern und nicht vordringlich, in ihre Geldbörsen zu greifen.

Dies schreibt einer, der trotz der Entwicklung unseres Gesundheitswe-

sens in den letzten Jahren den Glauben an eine qualitativ hochwertige ärztliche Versorgung auch im ambulanten Bereich noch nicht ganz verloren hat. Lassen Sie uns das neue Jahr mit dem Vorsatz beginnen, auch weiterhin alles uns Mögliche für dieses Ziel zu tun.

Ihr



Dr. med. A. Möhrle  
Präsident

## Mobbing-Beauftragte

Das Präsidium der Landesärztekammer Hessen hat in seiner Sitzung am 29. November 2000 beschlossen, als Nachfolgerin der bisherigen Mobbing-Beauftragten, Dr. Ursula Stüwe, Annette Schulerich zu berufen.

Von seiten der Geschäftsführung betreut dieses Aufgabenfeld der designierte Nachfolger des Justitiars, Christoph Biesing.

LÄK

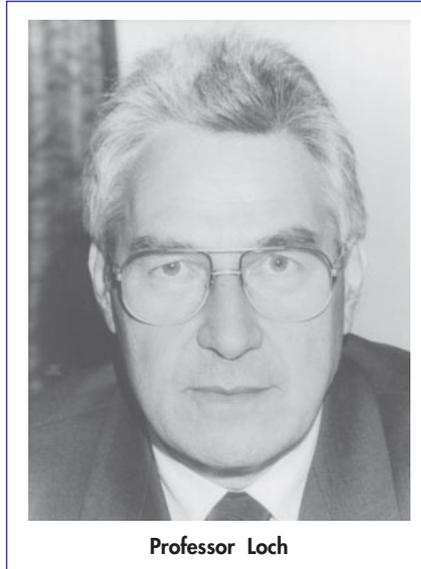


# Leitartikel zur Zertifizierung

Der Ausblick in ein Neues Jahr ist stets mit vielen guten Vorsätzen gepflastert. Einer davon ist für unsere Kolleginnen und Kollegen sicher die Absicht, zahlreiche Veranstaltungen unserer Akademie zu besuchen, um das angebotene Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer zu erlangen. Dies wird um so erstrebenswerter, als es neue Anreize gibt, diese guten Vorsätze zu verwirklichen. Aus diesem Grunde beschreitet das Hessische Ärzteblatt als erste Kammerzeitschrift einen für alle möglichen Weg. Zu den Fortbildungsartikeln werden anschließend Fragen gestellt. Sie werden schriftlich beantwortet, zurückgeschickt und dann mit zehn zusätzlichen Fortbildungspunkten jährlich angerechnet.

Wegen der immer stärker ausgeprägten Spezialisierung der Fachdisziplinen versucht der Redaktionsstab dieses Blattes das interdisziplinäre Handeln, ohne das es in der Medizin nicht mehr geht, durch entsprechende Auswahl der Fortbildungsbeiträge noch mehr als bisher zu fördern. Dabei werden Originalartikel von auswärtigen Autoren und unserer Region ausgewählt. Es besteht eine Zusammenarbeit mit dem Springer-Verlag. Aus seinen wissenschaftlichen Zeitschriften können Beiträge entnommen werden. Zunächst soll für ein Jahr die Beantwortung nach dem Multiple-Choice-System unseren Lesern und Leserinnen angeboten werden.

Die Möglichkeit seine Fortbildungsaktivitäten durch Ermäßigung der ärztlichen Berufshaftpflichtversicherung als Bonus bleibt weiter bestehen. Daß dieser mit der Vereinten- und der Winterthur-Versicherungsgruppe erstmalig beschrittene Weg richtig und attraktiv ist, zeigt die Anfrage anderer Versicherungsanbieter, u.a. der Deutschen Ärzteversicherung, sich möglicherweise an diesem Projekt beteiligen zu wollen.



Professor Loch

Ein weiterer Pluspunkt bleibt die Mitgliedschaft in der Akademie. Sie ermöglicht, die zahlreichen Angebote in Bezug auf die Fortbildung unabhängig ob es sich um Vorträge, Seminare, Kurse oder Praktika handelt, mit reduzierten Beiträgen wahrzunehmen.

Die Entscheidung unserer letzten Delegiertenversammlung im November zur Einführung der einheitlichen Bewertungskriterien für die Zertifizierung der freiwilligen ärztlichen Fortbildung in Hessen bringt eine wesentliche Erleichterung, weil wir uns damit der in fast allen Kammern geltenden gleichen Beurteilung der beantragten Fortbildungsveranstaltungen anschließen. Dies ist um so wichtiger, als die Entscheidung des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung diese einheitlichen Beurteilungen in Zusammenarbeit und Abstimmung mit allen wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und den Berufsverbänden erfolgt ist. Gleichzeitig dokumentiert dies auch den politischen Weitblick unserer Delegierten. Als ein Gremium der ärztlichen Selbstverwaltung haben sie damit den 1996 gefaßten

Beschluß der Gesundheitsminister an das Gesundheitsministerium, die Re-zertifizierung im ärztlichen Beruf in Erwägung zu ziehen, positiv umgesetzt.

Unser wichtigstes Ziel ist es, die Freiwilligkeit der ärztlichen Fortbildung zu erhalten. Wir in Hessen bieten zusätzliche Motivationshilfen an, die letztlich das Umsetzen der guten Vorsätze für das Neue Jahr erleichtern, getreu unserem Motto:

**„Wer aufhört,  
besser zu werden,  
hört auf,  
gut zu sein!“**

Professor Dr. med. E.-G. Loch  
Vorsitzender der Fort- und Weiterbildungsakademie der LÄKH, Bad Nauheim

**Den ausgefüllten  
Fragebogen schicken Sie bitte für  
dieses Mal direkt  
an die Redaktion  
des Hessischen  
Ärzteblattes,  
Im Vogelgesang 3,  
60488 Frankfurt/M.  
Einsendeschluß  
ist der 25. Januar  
2001.**



# Abgeordnetenversammlung der KV Hessen am 2. Dezember 2000

## *EHV in 2. Lesung verabschiedet – Abschied von Dr. Bausch*

Die letzte Sitzung in dieser Legislaturperiode stand neben der Reform der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) ganz im Zeichen des Abschieds. Abschied von den Vertretern der Abgeordnetenversammlung (AV), diesem Vorstand und vor allem Abschied von Dr. Jürgen Bausch als Vorsitzenden der KV Hessen. Denn wie bereits zu seinem Amtsantritt angekündigt, wird er für die nächste Legislatur nicht mehr kandidieren. „Nicht, daß ich krank oder amtsmüde bin. Nein, es ist die Bürde der Verantwortungslast, die ich nun glaube auch einmal auf andere Schultern verlagern zu dürfen“, begründete Dr. Bausch diese Entscheidung.

### **Erweiterte Honorarverteilung**

Die Abgeordneten haben mit großer Mehrheit (93 Ja- zu 6 Nein-Stimmen) die Reform der EHV in zweiter Lesung verabschiedet. Die Reform war u. a. notwendig geworden, weil in den letzten Jahren durch die steigende Zahl der EHV-Empfänger die Finanzierung in Zukunft ohne erhebliche Beitragssteigerungen nicht mehr möglich gewesen wäre. Die EHV hat letztlich die gleichen Probleme wie die gesetzliche Rentenversicherung.

Im Juni hat die AV den Auftrag erteilt, Gespräche mit Versicherungsunternehmen aufzunehmen, um zu prüfen, ob das reine Umlageverfahren in ein Kapitaldeckungsverfahren überführt werden kann. Dieter Gerlich, kaufmännischer Geschäftsführer der KV Hessen, stellte die Ergebnisse vor. Von rechtlichen Unsicherheiten abgesehen sei die Umstellung auf ein Kapitaldeckungsverfahren nur möglich, wenn die

jetzigen Einzahler in den nächsten Jahren zusätzlich zum Umlageverfahren Kapital in größerem Umfang aufbringen würden. Dies führe allerdings zu einer unzumutbaren Belastung. In den Gesprächen sei deutlich geworden, daß es für eine Systemumstellung der EHV kein fertiges Modell gibt. Die jetzt geplanten Änderungen, betonte Gerlich, bedeuteten keine Präjudizierung zukünftiger und ggf. weitergehender Entscheidungen – aktuelle Anpassungen im Laufe der Entwicklung seien jederzeit möglich.

So unterschied sich deshalb die Vorlage für die 2. Lesung der EHV-Reform nur unwesentlich zu der in der letzten AV. Im Kern wurden jetzt folgende Eckpunkte festgelegt:

- ▶ Fortführung des Umlageverfahrens mit Bildung eines Ausgleichsfonds und Begrenzung der quotenmäßigen Belastung auf maximal 6%.
- ▶ Der erreichbare Höchstanspruch der zukünftigen EHV-Empfänger wird innerhalb der nächsten neun Jahre von 18 % auf 15 % des Durchschnittshonorars abgesenkt.
- ▶ Der zweckgebundene Ausgleichsfonds soll die Belastungsspitzen in den kommenden Jahren ausgleichen, sofern diese über 6 % liegen.
- ▶ Beteiligung der jetzigen EHV-Empfänger über eine Reduzierung des Durchschnittshonorars durch verbesserte Berücksichtigung der Kosten der (besonderen) Leistungserbringung.

Damit haben die Abgeordneten die Reform der EHV, die es in dieser Form nur in Hessen gibt, auf den Weg gebracht und die Weichen für die Zukunft gestellt. Ausdrücklich ist an die-

ser Stelle festzuhalten, daß die Anspruchssätze der jetzigen EHV-Empfänger unangetastet bleiben.

### **Politik für Gesunde und Kranke**

In seinem letzten Bericht zur Lage legte Dr. Bausch besonderen Wert auf die aktuellen Probleme und verzichtete auf einen Vierjahresrückblick. Noch einmal berichtete er von „der medizinischen Mangelverwaltung und der honorarpolitischen Magersuppe, in die uns die Vorgaben der Politik wie auf ein Prokrustesbett“ hineingezogen haben. Das Ziel von Gesundheitspolitik müsse eine Politik für Gesunde und Kranke mit Hilfe einer solidarisch finanzierten GKV sein und nicht Arbeitsmarktpolitik zu Gunsten des Wirtschaftsstandorts Deutschland.

In der Arznei- und Heilmittelbudgetierung zeigten sich die gleichen Phänomene wie in der Honorarbudgetierung. Die Ärzte und Patienten spürten die Folgen der Budgetierung, wobei die Ärzte häufig vom Opfer zum Täter gemacht werden würden. Auf die stille Rationierung folge derzeit die offene Rationierung. Auf diese Misere habe auch der im November stattgefundene Aktionstag der Fachärzte öffentlichkeitswirksam aufmerksam gemacht. Ursache der heutigen Probleme sei die vor 20 Jahren entwickelte und in Berlin festgezurte Politik, die Krankenkassenausgaben an das Prinzip der Beitragsatzstabilität zu binden, um die Arbeitsmarktsituation zu stabilisieren.

### **„Streckenstilllegung“**

Kürzlich verkündete die Bahn, daß Strecken, die nicht mehr rentierlich



betrieben werden können, geschlossen werden. In der ärztlichen Versorgung sei dies nicht möglich. Dort soll mit der Honorarverteilung an den Brennpunkten des Mangels sozialverträglich umverteilt werden, kritisierte Dr. Bausch. Die gesetzlich erzwungene Honorarumverteilung aus dem Facharzt- in den Hausarzttopf durch die Trennung der Gesamtvergütung habe die Belastbarkeit des Systems ärztlicher Selbstverwaltung vor eine weitere schwere Prüfung gestellt. Verstärkt werde die Misere noch durch den Honorarmehrbedarf der Psychotherapeuten. Dr. Bausch sagte voraus, daß das Prinzip „unrentable Strecken stillzulegen“ kommen werde, wenn Massenpleiten der Ärzte nicht stillschweigend hingenommen werden sollen.

## Arznei- und Heilmittelbudget

Dr. Bausch betonte noch einmal, daß es ein Unding sei, die gesamte Last der Arznei- und Heilmittelbudgetierung einzig und allein auf dem Rücken der Ärzteschaft abzuladen, während sich der Staat mit 16 % Mehrwertsteuer ungeniert aus dem Verkauf der Arzneimittel bediene, die Hersteller hinsichtlich ihrer Preisgestaltung nicht in die Pflicht genommen werden und die Distributionskosten ca. ein Viertel des Budgetvolumens ausmachen würden.

Die Ärzte der KV Hessen haben 1999 das Budget um 5,3 % unterschritten. Damit entfällt in Hessen die Richtgrößenprüfung. Dieses Ergebnis hat dazu geführt, daß das Arznei- und Heilmittelbudget für 2000 um 1,43 % angehoben wird, und für 2001 um 1,63 %. Bundesweit wurde damit erstmals ein Budget im Vorhinein vereinbart. Die Richtgrößenprüfungen in diesen Jahren werden nur dann stattfinden, wenn das Budget um mehr als 99 % ausgeschöpft wird.

## Vertragspolitik

Dr. Bausch berichtete der AV, daß es noch eine Chance gäbe, mit den Ersatzkrankenkassen zu einem Zweijahresvertrag zu gelangen. Ursprünglich bestand der VdAK Hessen auf einer

Nullrunde für das Jahr 2000. Begründet wurde dies mit den Mitgliederproblemen der Ersatzkassen, u.a. durch den Risikostrukturausgleich sowie die Wechsler zur Privatkrankenversicherung und zu den Betriebskrankenkassen. „Allerdings“, so Dr. Bausch, „können die hessischen Ärzte nicht durch schlechtere Honorarverträge die Not und die Lasten der Ersatzkassen lindern“. Die Vertragspartner versuchten dann doch gemeinsam neue Wege zu gehen und auf altbewährte Pfade der Kooperation zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven zurückzukommen. Ein Gesamtpaket wurde avisiert, das folgende Eckpunkte vorsah:

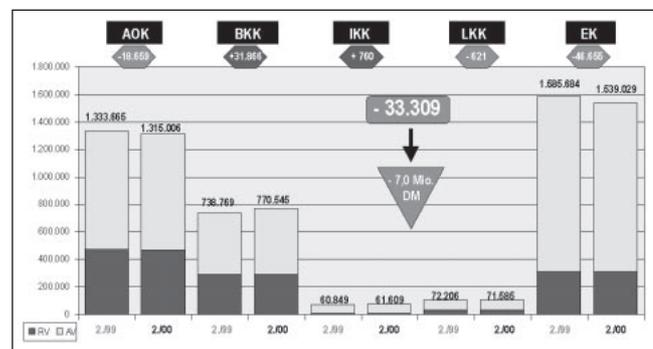
- ▶ Die KV Hessen verpflichtet sich zu einer Informationsoffensive an die Ärzte mit dem Ziel noch vorhandene Einsparreserven besser auszuschöpfen. Die Krankenkassen werden geeignetes Datenmaterial zur Verfügung stellen.
- ▶ Der im SGB V vorgesehene Grundlohnsummenanstieg in Höhe von 1,43 % für 2000 und 1,63 % für 2001 werden in voller Höhe weitergegeben.
- ▶ Die Leistungen für Methadon-Substitution, Impfungen und Prävention werden extrabudgetär mit einem festen Punktwert von 9,5 Pfennigen vergütet.
- ▶ Der Vertrag ambulantes Operieren wird weitergeführt und an den Stellen den Versorgungsbedürfnissen angepaßt, wo sich Über- oder Unterversorgung zeigt.
- ▶ Die Krankenkassen beteiligen sich an der Finanzierung des Mehrbedarfs psychotherapeutischer Leistungen im Verhältnis 50:50 mit einer kalkulierten Obergrenze.
- ▶ Die bisherigen Verträge betreffend Sonderregelungen werden weitergeführt.

In der letzten Verhandlungsrunde hätten sich die Ersatzkassen plötzlich nicht mehr in der Lage gesehen, die Vereinbarungen zum ambulanten Operieren und zur Honorarlast der Integration der psychologischen Psychotherapeuten, einzuhalten. Die KV Hessen hat den Ersatzkassen zu einer Denkpause geraten. Man darf auf das Ergebnis des Nachdenkens gespannt sein.

## Kassenwettbewerb

Ursache der Finanzprobleme der Krankenkassen ist der Kassenwettbewerb. Der 2. Vorsitzende Dr. Hans-Friedrich Spies und Gerfried Krallert von der Abteilung Statistik der KV Hessen, stellten der AV die Problematik dar. Für das KV-System sei das Wanderphänomen der Versicherten zu den billigeren Betriebskrankenkassen in andere Bundesländer ein großer Verlust für die Gesamtvergütung, die auf Kopfpauschalen je versichertem Mitglied einer hessischen Krankenkasse basiert. Die Kopfpauschalen sind Ausdruck einer Einzelleistungsvergütung und wurden mit Beginn der Budgetierungsphase 1993 nur noch per Grundlohnsumme oder per gesetzliche Vorgabe erhöht. Die Bemessungsgrundlage war das Jahr 1991, sie ist mittlerweile veraltet. Das Leistungsspektrum, aber auch die derzeitige Landschaft der Krankenversicherung ist hier nicht mehr abgebildet.

Die Kopfpauschalen der einzelnen Kassen sind nur im Gefüge des Gesamtbudgets zu betrachten: Einzelkorrekturen bei Einzelkassen sind deshalb



Mitgliederverluste durch Wechsel hessischer Kassenmitglieder in die PKV (Private Krankenversicherung)



ohne Reform des Gesamtsystems nicht möglich. Der Vergleich der hessischen Kopfpauschalen zeigt nur marginale Differenzen, sodaß eine Leistungsverweigerung über die Kopfpauschale der in Hessen ansässigen Krankenkassen nicht zu rechtfertigen ist.

Probleme verursachen die Wechsler zu den sogenannten virtuellen BKK's, die außerhalb von Hessen ansässig sind. Die Gesamtvergütung der KV Hessen wird um die Kopfpauschale des abgewanderten Mitglieds reduziert. Nur ein Teil dieses Betrags kommt dann wieder nach Hessen zurück, wenn dieser Versicherte einen hessischen Vertragsarzt in Anspruch nimmt. Diese Behandlung wird dann über den Fremdkassenausgleich zu einem bundeseinheitlichen niedrigerem Punktwert vergütet. Allein auf diese Weise haben die hessischen Vertragsärzte im 2. Quartal 2000 8 Millionen DM verloren.

Dies ist eine der Ursachen für das schlechte Honorarergebnis dieses Quartals.

Eine denkbare Lösung für eine Neuordnung der Kopfpauschale wäre die Erfüllung des Wohnortprinzips. Die Misere der Kopfpauschale demonstriert eindrucksvoll, daß die Budgetierungs-politik im Gesundheitswesen am Ende ist.

### Erweiterter Strukturausschuß

Die AV hat dem Erweiterten Strukturausschuß, der an einem alternativen Konzept für eine ärztliche Interessensvertretung arbeitet, das Votum ausgesprochen, auch in der nächsten Legislaturperiode in dieser Zusammensetzung weiterarbeiten zu können, bis eine neue AV etwas anderes entscheidet. Der Vorsitzende des Ausschusses Dr. Horst Rebscher-Seitz stellte die Überlegungen über einen neuen „politischen Kampfverband“ dar. Er soll

die politischen Interessen der Ärzteschaft aggressiv im Sinne einer Gewerkschaft vertreten, öffentlichkeitswirksam auftreten, offensiv patientenorientierte gesundheitspolitische Reformkonzepte entwickeln und soll die Möglichkeit haben, Mitglieder flexibel zu beraten.

### Weitere Beschlüsse

Aufgrund der gestiegenen Benzinpreise und Fahrzeugkosten ist der Vorstand von der AV erneut

### Resolution

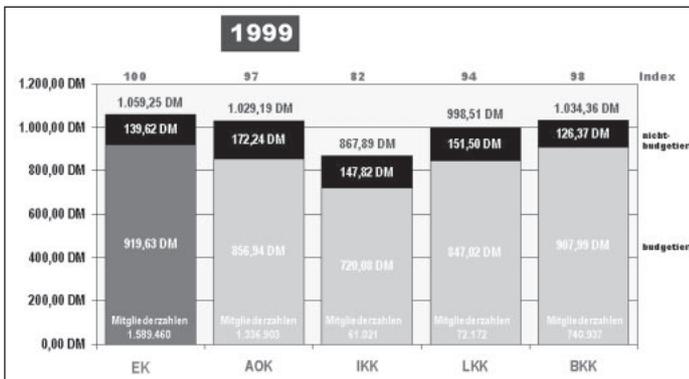
Hessische Vertragsärzte erkennen qualitätssichernde Maßnahmen zur Überprüfung ihrer Tätigkeit an. Sie fordern eine leistungsgerechte Vergütung und akzeptieren dann Qualitätskontrollen bei den Leistungen, welche auf Grund ihrer Inhalte und Honorierung eine Überprüfung als sinnvoll erscheinen lassen. Es bleibt jedem Vertragsarzt freigestellt, auf welche Weise er sich für definierte Leistungen qualifiziert. Die Qualität der Leistungen als Ergebnis von Fortbildung und ärztlicher Erfahrung soll überprüft, zertifiziert und honoriert werden. Die KV Hessen führt qualitätssichernde Maßnahmen bei hessischen Vertragsärzten durch und gibt Zertifikate aus. Das von der Ärztekammer Hessen initiierte Punktesystem wird als Grundlage der Honorierung abgelehnt.

beauftragt worden mit den Krankenkassen über eine zeitgemäße Höherbewertung der Wegegelder für ärztliche Hausbesuche nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten zu verhandeln.

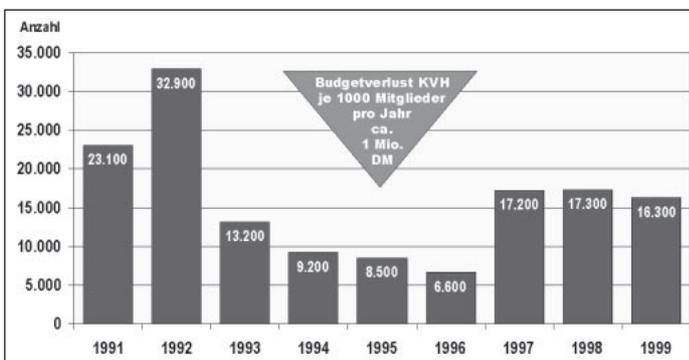
Die letzte AV endete mit den Beratungen zum Haushalt, die außerhalb der Öffentlichkeit geführt wurden. Das Gremium wird das nächste Mal am 10. Februar 2001 in neuer Besetzung zusammenkommen. Dann wird der neue Vorstand der KV Hessen gewählt. Die Wahl wird mit großer Spannung erwartet.

Dr. Bausch bedankte sich noch einmal bei dem Vorstand, seinem Vertreter Dr. Spies, der Geschäftsführung und allen Abteilungen der Verwaltung für die stabile Unterstützung, Freundschaft, Verlässlichkeit und Treue. Denn: „Nur wer den Rücken frei hat, kann nach vorne stürmen!“ Dr. Bausch endete mit dem Dank an die Mitglieder der AV für ihre konstruktive Arbeit in den letzten vier Jahren.

Monja Laschet



Vergleich der Vergütung je Mitglied im Bereich der KV Hessen



Mitgliederverluste durch Wechsel hessischer Kassenmitglieder in die PKV (Private Krankenversicherung)

# 1. Leitliniensymposium in Hessen

Leitlinien sind wichtige qualitätssichernde Maßnahmen. In der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems wird ihnen eine Schlüsselrolle für die Bewältigung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsproblemen zugemessen. Leitlinien werden allerdings nicht nur von wissenschaftlichen und medizinischen Fachgesellschaften erarbeitet, sondern auch von Qualitätszirkeln im niedergelassenen Bereich. Wie sind Leitlinien qualitativ zu bewerten und an welchen soll sich der einzelne Arzt orientieren? Gibt es allgemeingültige Vorgaben? Worin unterscheiden sich Leitlinien von Richtlinien? Diese und weitere Fragen wurden auf dem 1. Leitliniensymposium in Frankfurt - und wohl auch dem ersten in Deutschland - am 1. November letzten Jahres diskutiert. Veranstalter waren die KV Hessen und die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen.

## Fortbildungszertifikat geplant

„Wer aufhört besser zu werden, hört auf gut zu sein“, in diesem Sinne sieht Professor Ernst-Gerhard Loch, Leiter der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, die für dieses Jahr geplante freiwillige Zertifizierung für die Fortbildung. Die einzelnen Fortbildungsmaßnahmen, wie z.B. Vorträge, Workshops, interaktive Fortbildungen oder auch Qualitätszirkel, sollen anhand eines einheitlichen Systems nach Punkten bewertet werden. Zum Erwerb des Zertifikats ist eine bestimmte Punktzahl notwendig. Derzeit werden die Kriterien vom gemeinsamen Ausschuss für Qualitätszirkel der Kammer und KV mit den Berufsverbänden sowie mit anderen Ländern/Ärztekammern abgestimmt.

Daraus entstehen nach Meinung von Professor Loch Möglichkeiten, Qualitätszirkel untereinander zu vergleichen und eine einheitliche Patientenversor-

gung aufzubauen. Für Hessen haben einzelne Versicherungsunternehmen als Pilotprojekt einen Bonus für das Fortbildungszertifikat für die ärztliche Haftpflicht eingeführt.

## Qualitätszirkel in Hessen

In Hessen gibt es 425 anerkannte Qualitätszirkel. 1994 war es lediglich einer. Die Teilnahme an Qualitätszirkeln ist grundsätzlich freiwillig. Ausnahmen bilden allerdings Praxisnetze und Strukturverträge, die Qualitätszirkel verpflichtend vorschreiben.

Dr. Harald Herholz von der KV Hessen berichtete, daß vor allem Allgemeinärzte, Internisten, Dermatologen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an Qualitätszirkeln teilnehmen. Die Ärzte im Bereich Wiesbaden engagieren sich besonders häufig. Hier gibt es durchschnittlich fünf Qualitätszirkel auf 100 Ärzte. Die am häufigsten besprochenen Themen sind Pharmakotherapie und Psychotherapie.

„Fast alle Qualitätszirkel“, so Dr. Herholz, „beschäftigen sich mit Leitlinien bzw. erstellen neue.“ Nicht nur Ärzte in Qualitätszirkeln veröffentlichen Leitlinien für Diagnostik und Therapie, sondern auch wissenschaftliche und medizinische Verbände und Organisationen. Für die tägliche Praxis sind die wenigsten geeignet. Hier beginnt das Problem. Welche Leitlinien sind richtig bzw. nach welchen soll sich der Arzt richten?

## Leitlinien-Clearingverfahren

Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben zur Beratung und Unterstützung auf dem Gebiet der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung die Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ) als gemeinsame Einrichtung gegründet. Sie ist insbesondere bei der Beurteilung und Vorberei-

tung von ärztlichen Leitlinien und Richtlinien tätig. Leitlinien werden als Hilfe für ärztliche Entscheidungsprozesse, Bestandteile von Qualitätssicherungsprogrammen und als Instrumente, die die Versorgungsergebnisse verbessern, Behandlungsrisiken minimieren und die Wirtschaftlichkeit erhöhen sollen, gesehen. 1998 wurde die ÄZQ von der KBV und der BÄK in Kooperation mit den GKV-Spitzenverbänden der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit der Durchführung des Leitlinien-Clearingverfahrens beauftragt.

„Die Clearingstelle hat den Auftrag“, so berichtete Henning Tode von der ÄZQ, „einen nationalen Katalog für Leitlinien zu erstellen und so die Qualität deutschsprachiger Leitlinien zu fördern.“ Dafür werden zu bestimmten Krankheiten nach einem standardisierten Verfahren alle dazu veröffentlichten Leitlinien gesichtet und anhand einer festen Checkliste bewertet. Die Bewertung konzentriert sich nicht auf die fachlichen Empfehlungen der Leitlinie, sondern auf die methodischen Aspekte. Diese Bewertungen werden dann von Gutachtern geprüft und anschließend von der Clearingstelle veröffentlicht. Die Nutzer werden in die Lage versetzt, methodisch gute von weniger guten Leitlinien zu unterscheiden. Die Clearingstelle wird selbst keine Leitlinien produzieren, es sei denn, es besteht Handlungsbedarf und die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände sind dazu nicht in der Lage.

Derzeit überprüft die Clearingstelle mit diesem Verfahren die Leitlinien für Asthma, Diabetes Typ II, Tumorschmerzen und Hypertonie. Die Bewertungen der Veröffentlichungen der anderen Krankheiten folgen zu einem späteren Zeitpunkt. „Ziel ist es“, so Tode, „Hilfestellung für ärztliche Entscheidungsprozesse und die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung zu geben“.

## Definition einer „Leitlinie“

Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen geben dem Arzt für die „richtige“ Behandlung Vorgaben unterschiedlicher Verbindlichkeit. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, der KBV oder BÄK sind verbindlich; Leitlinien haben keinen Richtliniencharakter, sie sind nur grundsätzlich zu befolgen; Empfehlungen sind ohne Verbindlichkeit für den einzelnen Arzt.

Die ÄZQ sieht Leitlinien als systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für eine angemessene ärztliche Vorgehensweise bei besonderen gesundheitlichen Problemen. Sie müssen wissenschaftlich begründet und praxisorientiert sein. Dann sind sie Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, die dem Arzt für die richtige Behandlung eine sichere Entscheidungshilfe geben, ihm jedoch die Therapiefreiheit nicht nehmen sollen. In begründeten Fällen kann von den Leitlinien abgewichen werden; aus medizinischen Gründen muß sogar abgewichen werden. Leitlinien sind somit Regeln guten ärztlichen Handelns, die von den Fachgesellschaften, den Berufsverbänden, den Ärztekammern und KVen erlassen werden.

Tode gab allerdings zu bedenken, daß die zertifizierten Leitlinien der Clearingstelle von den Gerichten als Grundlage für Entscheidungen herangezogen werden könnten.

## Leitlinien bottum up implementieren

„Leitlinien müssen „bottum up“ implementiert werden. Nur so kann das alltägliche Verordnungsverhalten in Qualität und Wirtschaftlichkeit optimiert werden“, verdeutlichte PD Dr. Liselotte von Ferber, Leiterin der Forschungsgruppe Primärmedizinische Versorgung der Universität Köln. Leitlinien könnten Entscheidungen erleichtern, sie seien jedoch nicht verbindlich, sondern nur eine Hilfestellung.

Die ÄZQ führt derzeit in Kooperation mit der Forschungsgruppe Primärärztlicher Versorgung und der KV Hessen das Modellprojekt „Implementierung interdisziplinärer Leitlinien“ durch. Es wird vor allem untersucht, ob Leitlinien in der Realität in der Lage sind, das Verhalten von Therapeuten und Patienten, die negativen Folgen struktureller Probleme, Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit günstig zu beeinflussen. Im Zentrum der Kooperation stehen neben Fragen der Implementierung und Wirksamkeit von Leitlinien, die Unterstützung von Vertragsärzten in Hessen bei der Erstellung interdisziplinärer Leitlinien im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit.

Dr. von Ferber – sie evaluiert die Implementierung der Leitlinien mit Hilfe des Clearingverfahrens der ÄZQ – stellte die Arbeit in der Leitlinien-gruppe Hessen vor. Die Zusammenar-

beit in den Qualitätszirkeln ist so organisiert, daß jeweils ein Pharmakotherapiemoderator mit den teilnehmenden Ärzten ihre Verordnungen analysiert. Die Verordnungen der Einzelnen werden mit denen der übrigen Teilnehmer sowie mit einer maßstabsetzenden Bezugsgruppe verglichen. Zusätzlich werden Lehrmeinung der Pharmakologie und Arzneimittelforschung hinzugezogen. Im Zirkel werden dann gemeinsame Leitlinien für die Verordnungsweise erstellt.

## Fortsetzung geplant

Auf dem Symposium stellten Dr. Wolfgang LangHeinrich und Dr. Klaus Ehrenthal jeweils ein Beispiel zu den Themen Kopfschmerz sowie Asthma für Leitlinien ihres Qualitätszirkels dar. In der anschließenden Diskussion wurde deutlich, daß der Inhalt der einzelnen Leitlinien eines Qualitätszirkels stark von der Zusammensetzung der Teilnehmer und ihrer fachlichen Schwerpunkte abhängt und somit einen individuellen Nutzen haben.

Auf dem Symposium wurde die Komplexität des Themas deutlich. Zahlreiche Fragen und Themen konnten nur angerissen werden. Deshalb versicherte Dr. Jürgen Bausch, 1. Vorsitzender der KV Hessen, den Teilnehmern, das Symposium fortzusetzen.

Monja Laschet

Anzeige



## ULTRASCHALL

**mit Garantie + KV-Zulassung**  
**Ankauf, Verkauf, Service**

**ständige attraktive**  
**Sonderangebote**

**Ihr gewissenhafter Partner direkt vor Ort:**  
**KMT Külzer Medizintechnik**

Beatusstr. 17 56073 Koblenz Tel 0261.94704-0 Fax 0261.94704-22	Zeyher Str. 2 68723 Schwetzingen Tel 06202.9259292 Fax 06202.9259294
---	---

NEU UND GEBRAUCHT

**GROSSE**  
AUSSTELLUNG  
FARBDOPPLER

Anzeige

### Gebrauchtgeräte

1-, 3- und 6-Kanal-EKG-Geräte, Spirometer, Therapiegeräte, generalüberholt, mit Garantie.

Planung und kompl. Einrichtung  
von Arztpraxen aller Fachrichtungen

– **Praxisrenovierung** –  
„med. + org.“-Praxisberater

*Medizintechnik · Praxiseinrichtungen · techn. Service*

**Dipl.-Ing. KEIL + KISTLER**  
**Heinrich-Heine-Str. 6 · 35440 Linden/Gießen**  
**Tel. (0 64 03) 40 81 · Fax (0 64 03) 7 63 75**

Besuchen Sie das neue  
„med. + org.“-Ausstellungszentrum in Sinn/Herborn



# Lifestyle-Drogen Teil 3

## Die ‚Herausforderung‘ Viagra®

(der PDE5-Hemmer Sildenafil für die Behandlung der erektilen Dysfunktion)

Von Priv.-Doz. Dr. med. Christian de Mey, Mainz-Kastel

Zweifellos ist Sildenafilzitat (Viagra®) eine sehr bedeutsame medizinische Errungenschaft, indem es 1) die erektile Dysfunktion (ED) als medizinische Indikation enttabuisiert hat, 2) ein einfaches und bequemes Therapiekonzept für die Behandlung der ED darstellt, 3) die NO-cGMP-Achse als wichtige Arbeitshypothese für die Entwicklung von weiteren Behandlungsansätzen bestätigt hat, und 4) neue Maßstäbe für deren Erforschung setzt. Trotz der breiten – vorwiegend zustimmenden – öffentlichen Diskussion wurde nur sehr wenig über Sildenafil wissenschaftlich veröffentlicht, was für Therapeutika solcher Bedeutung eher ungewöhnlich ist. Dadurch wurden wichtige Bedenken kaum thematisiert. Die an sich einfache Handhabung der Behandlung dürfte dazu führen, daß bestimmte Patienten nicht länger bereit sind, sich über die wahren (durchaus vielfältigen) Gründe ihrer ED befragen und beraten zu lassen. Auch ist keineswegs ausgeschlossen, daß Sildenafil auch für Männer ohne tatsächliche ED einen Reiz darstellt, die sexuelle Leistungsfähigkeit außergewöhnlich zu steigern.

Viagra® ist aber eine wahrhaft beachtliche ärztliche „Herausforderung“. Diese läßt sich aus klinisch-pharmakologischer Sicht folgendermaßen beschreiben:

1. Die Dosis-Wirkungsbeziehung ist verhältnismäßig flach. Trotz der allgemeinen Zufriedenheit mit der Verbesserung der erektilen und sexuellen Leistungsfähigkeit besteht

die Gefahr, daß der Patient die Dosis steigert, weil der Versuch zum Geschlechtsverkehr häufig (d.h. bei 30–40% der Versuche) weiterhin erfolglos bzw. unbefriedigend bleibt. Diese Gefahr ist vor allem auch deswegen groß, weil der Patient das Medikament eigenständig anwendet. Dabei könnte die Breite des zugelassenen Dosisbereiches (25 bis 100 mg) seitens des Patienten als eine Ermächtigung/Entwarnung diesbezüglich mißverstanden werden.

2. Der Zeitverlauf der Plasmakonzentrationen ist übermäßig über das therapeutisch angestrebte Wirkfenster (schnelle und kurze Wirkung) hinaus verlängert. Es besteht die Gefahr einer pharmakokinetischen Akkumulation durch eine vorzeitige erneute Einnahme.

3. Die Pharmakokinetik ist wenig zuverlässig und schwer vorhersehbar. Sildenafil wird nach peroraler Verabreichung gut absorbiert (zu ca. 90%), unterliegt jedoch einer ausgeprägten präsystemischen Verstoffwechslung (First-pass-Effekt), so daß eine absolute Bioverfügbarkeit von lediglich ca. 40% resultiert, die durch eine hohe interindividuelle Variabilität gekennzeichnet ist. Die Verstoffwechslung ist vorwiegend von CYP3A4 oxidativen Enzymen bestimmt. Somit sind die Bioverfügbarkeit und die Clearance sehr anfällig für pharmakokinetische Wechselwirkungen mit Begleitmedikationen. Die Konzentrationen bei älteren Gesunden und bei Patienten mit

eingeschränkter Nieren- oder Leberfunktion waren übermäßig hoch. Ca. 20% der Wirkung ist einem Metaboliten (dem N-Desmethyl-Sildenafil) zuzuschreiben. Dieser ist unterschiedlich stark von solchen Interaktionen betroffen.

4. Dabei ist Sildenafil sicherlich auch kardiovaskulär aktiv. Dosen von 50–100mg lösen eine mäßige Blutdrucksenkung (–7.7 bis –8.4 mmHg für SBP und –4.5 bis –5.5 mmHg für DBP) aus; bei Hypertonikern verhält sich dieser Effekt additiv zu dem einer Begleittherapie mit Amlodipin. Bei Kombination mit Nitraten erzielt man dagegen einen bedrohlichen synergistischen Effekt: Sildenafil verstärkt die ansonsten nur mäßig blutdrucksenkende Wirkung von sublingualem Nitroglycerin und oralem Isosorbidmononitrat sowohl hinsichtlich Intensität als auch Dauer der Wirkung. Diese Synergie ist die klare Bestätigung, daß die PDE-hemmende Wirkung auch weitere systemische Gefäßsysteme einbezieht. Dies stimmt auch mit der auffälligen Häufigkeit von Kopfschmerzen als unerwünschte Wirkung überein.

Dementsprechend weist Sildenafilzitat pharmakodynamische und pharmakokinetische Merkmale auf, die eigentlich lediglich für einen Wirkstoff mit einer großen therapeutischen Breite hinnehmbar sind. Diese Breite ist aber für Sildenafil weiterhin unbekannt (bzw. sie wird kontrovers diskutiert), weil über die weiteren – vor allem kardiovaskulären – Wirkungen recht



wenig bekannt ist. Dabei ist Sildenafil bereits in den ersten Monaten nach der unüblich schnellen Zulassung mit einer beeindruckenden Zahl von kardiovaskulären Todesfällen in Verbindung gebracht worden. Sicherlich ist die Kausalität vieler dieser Fälle zweifelhaft oder nicht nachvollziehbar, trotzdem dürfte dies bei anderen Arzneimitteln zu einem Ruhen bzw. einem Widerruf der Zulassung geführt haben.

Somit ist Sildenafil in der Tat eine beachtliche ärztlich-medizinische Her-

ausforderung. Es bedarf eines offenen Dialoges und einer konstruktiven Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft, um die Sicherheit der Anwendung von Viagra® in der allgemeinen Bevölkerung über die Grenzen des klinischen Erforschungsprogramms hinaus zu gewährleisten. Dazu muß sich Viagra® der öffentlichen medizinisch-wissenschaftlichen Diskussion stellen.

Die Komplexität dieses Produktes zwingt dazu, die Entscheidung für eine individuelle Anwendung von Viagra® und die Überwachung einer solchen

Behandlung uneingeschränkt als eine ärztliche Aufgabe zu betrachten. Es gibt somit keinen Anlaß, weder die Indikation der ED an sich, noch ihrer Behandlung mit Viagra® einer angemessen strengen ärztlichen Begleitung zu entziehen. Auch in diesem Sinne ist Viagra® keine Life-Style-Droge.

Anschrift des Verfassers:  
Applied Clinical Pharmacology  
Philippstr. 11  
55252 Mainz-Kastel

## Kreuzworträtsel

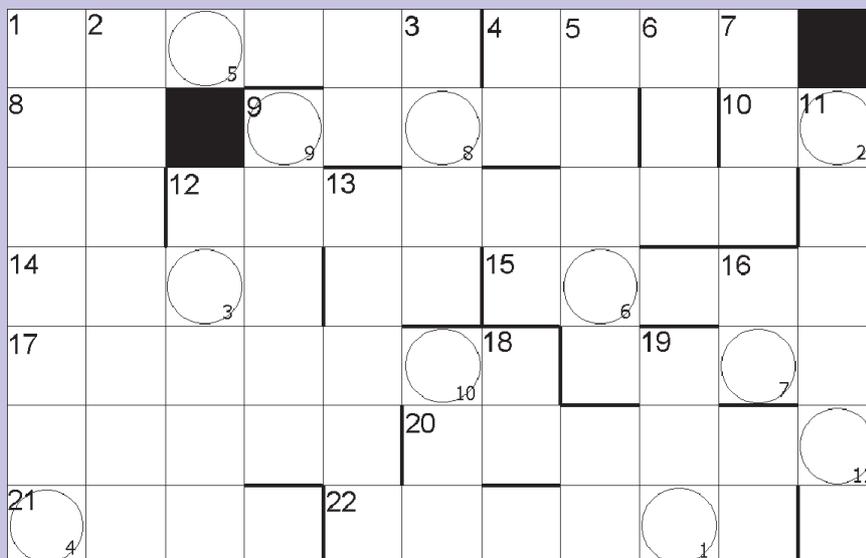
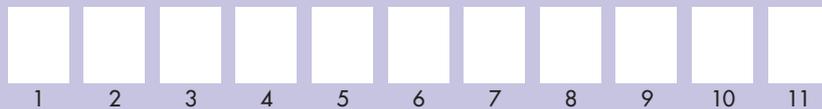
### Waagrecht

1 dieses Morphinderivat wirkt besonders antitussiv • 8 diagnostischer Eingriff in der Neurologie bei Verdacht auf Meningitis (Abk.) • 9 eine Überdosierung von Morphin führt typischerweise zu diesem ophthalmologischen Befund • 10 N-Acetylcystein ist ein ...-Gruppen-Donator und wird als Antidot bei Paracetamolvergiftung

eingesetzt • 12 neurochirurgischer Eingriff bei Trigeminusneuralgie (Eponym) • 14 weißliche Beläge der Mundschleimhaut sind charakteristisch für dieses Krankheitsbild • 15 Schmerz • 17 dieses Morphinderivat ist in Valoron N® mit Naloxon kombiniert und ist in dieser Form nicht der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung unterstellt • 20 Gewebshormone, die an Nozi-

zeptoren Schmerzreize auslösen können • 21 Aspirin® kann bei Kindern und Jugendlichen, die einen fieberhaften Infekt der oberen Luftwege haben, dieses hepatozerebrale Syndrom auslösen (Eponym) • 22 posttraumatische akrale Dystrophie (Eponym)

### Lösungswort:



### Senkrecht

1 bei diesen Kopfschmerzen wird Sauerstoff therapeutisch eingesetzt, ... headaches (englische Bezeichnung) • 2 morphinähnliche Derivate nennt man auch ... • 3 lateinisch für: neun • 4 lateinisch für: Knochen • 5 im Fastenzustand bildet die Leber aus Acetyl-CoA diese chem. Verbindungen, ...körper • 6 disseminierte akute Histocytosis X, Morbus ...-Letterer-Siwe (Eponym) • 7 häufig verordneter Cyclooxygenasehemmer, Wirkstoff (engl. Abk.) • 9 zerebellare Heredoataxie, Nonne-...-Syndrom (Eponym) • 11 den Erfolg einer Stellatumblockade erkennt man an dem Vorliegen dieses Syndroms (Eponym) • 12 diese Körperchen sieht man in Erythrozyten bei Patienten mit Asplenie, Howell-...-Körperchen • 13 diese von Knochenverdichtungen umgebene Höhle ist pathognomonisch für das Osteoid-Osteom • 16 lateinisch für: das Ohr betreffend • 18 Leichtmetall, das häufig Allergien verursacht (chem. Elementsymbol) • 19 Französisch für Trigeminusneuralgie: ... doloureux

© Özgür Yacizli 12/00  
Kritik und Anregung bitte an:  
yaldizli@uni-duesseldorf.de

# Der plötzliche und unerwartete Tod bei der Sportausübung in Hessen

Von Rechtsreferendar Dr. med. Markus Parzeller,  
Dr. med. Dr. rer. nat. Dr. Sportwiss. Christoph Raschka und  
Professor Dr. med. Hansjürgen Bratzke

## Einleitung

In den letzten Monaten ereigneten sich im nordhessischen Raum innerhalb kurzer Zeit drei Todesfälle beim Fußball. Derzeit starten der Landessportbund Hessen und der Hessische Fußball-Verband eine gemeinsame Initiative unter dem Motto „Sportmedizinische Vorsorge-Untersuchungen im Fußball“. Inwieweit eine solche Initiative Sinn macht, hängt zunächst von den Ursachen der Todesfälle ab. Um notwendige Aussagen für Hessen treffen zu können, wurden daher eine Versicherungsstudie und eine Obduktionsstudie analysiert, die umfangreiche Daten zu der Situation in Hessen beinhalten.

## Methodik

Bei der Versicherungsstudie handelt es sich um eine epidemiologische, retrospektive Follow-up-Mortalitätsstudie basierend auf dem Datenmaterial der ARAG-Sportversicherung. Die Studie umfaßt einen Zeitraum von 18 Jahren (1981–1998) und impliziert ausschließlich Todesfälle von Vereinssportlern aus elf Bundesländern, insbesondere auch in Hessen.

In der zweiten Untersuchung, einer Obduktionsstudie, wurden Todesfälle während der Sportausübung berücksichtigt, die im Zentrum der Rechtsmedizin des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt über einen Zeitraum von 21 Jahren (1972–1992) untersucht wurden

und Todesfälle im südhessischen Raum betrafen. Dieses Untersuchungskollektiv beinhaltet sowohl Vereins- als auch Nichtvereinssportler.

## Ergebnisse der Versicherungsstudie

In Hessen ereigneten sich 311 Sporttodesfälle mit einer Geschlechterverteilung von 303 Männern (97,4%) und 8 Frauen (2,6%). Die häufigste Todesursache war kardiovaskulärer Genese ( $n=185$  bzw. 59,5%). Das Durchschnittsalter dieser Sportlergruppe betrug 47,4 Jahre. Eine traumatische Todesursache lag bei 57 Ereignissen vor (18,3%), wobei das Durchschnittsalter in dieser Gruppe mit 39,1 Jahren berechnet wurde. Die restlichen 69 Fälle hatten andere Gründe zur Todesursache, wie z. B. tödliche Wegeunfälle. Die am häufigsten betroffenen Sportarten von 40 verschiedenen sind, unterteilt in kardiovaskuläre und traumatische Ursachen, in der folgenden Tabelle dargestellt.

In der Graphik der Jahresverteilung ist die Häufigkeitsverteilung der Todesfälle während der letzten 18 Jahre aufgezeigt. Das Maximum liegt mit 32 Todesfällen im Jahre 1982 und das Minimum mit acht Fällen im Jahre 1998.

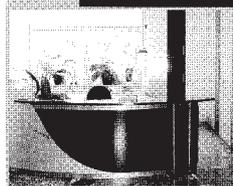
## Ergebnisse der Obduktionsstudie

Unter den ca. 21.000 forensischen Obduktionen wurden 72 Fälle (0,34%) mit einer natürlichen Todesursache im Zusammenhang mit sportlicher Aktivität

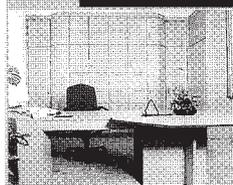
PRAXIS-EINRICHTUNGEN

Richtig mit Schwung

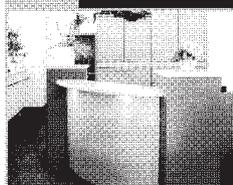
■ ■ ■ sollte sich Ihren Patienten die neue Praxiseinrichtung präsentieren !



■ ■ ■ Vertrauen wächst auch mit dem Eindruck, den eine zeitgemäße Praxiseinrichtung hinterlässt, zugeschnitten auf eine rationelle Patienten-Betreuung !



■ ■ ■ clever geplant, individuell entworfen und perfekt ausgeführt !



■ ■ ■ für alle Human-, Zahn- und Tiermediziner, die eine individuelle Praxiseinrichtung bevorzugen !

■ ■ ■ lassen Sie sich von den Vey-Spezialisten unverbindlich beraten. Wir kreieren für Sie, Ihre neue >> Wohlfühl-Praxis <<

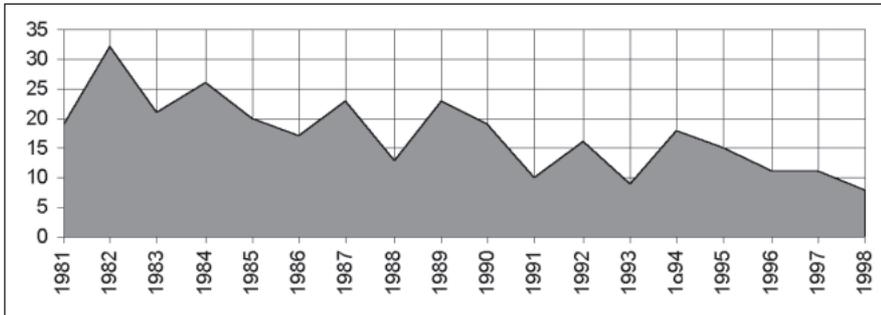
*Wohlfühl*  
**Vey**

**MÖBELWERKSTÄTTE**  
FACHBETRIEB FÜR  
PRAXISEINRICHTUNGEN

UNSERE SERVICE-NUMMER  
**0 66 81-684/685**

Dorfstr. 29, 36115 Ehrenberg  
Fax: 0 66 81-6 86

e-mail: moebel.vey@t-online.de



dokumentiert. Bis auf drei Frauen handelt es sich ausschließlich um Männer, deren Altersdurchschnitt 54,9 Jahre betrug. Am häufigsten waren ältere Sporttreibende betroffen. Ca. 90% der Sportler waren über 35 Jahre alt. Tödliche Zwischenfälle wurden in 20 Sportdisziplinen festgestellt. Die meisten Todesfälle ereigneten sich bei den Sportarten Fußball (n=15), Schwimmen (n=12), Joggen (n=8), Radfahren (n=7), Tennis (n=6) und Kegeln (n=5). Die häufigste Todesursache war der Myokardinfarkt (n=41/56,9%). Bei 24 Verstorbenen lag bereits ein Reinfarkt vor. Auch bei jungen Sportlern mit einem Lebensalter unter 35 Jahren dominierten die koronare Herzerkrankung bzw. der Myokardinfarkt als Haupttodesursache. Daneben traten auch Todesfälle aufgrund entzündlicher Erkrankungen (Myokarditis, akuter grippaler Infekt) auf. Prodromi, die dem tödlichen Ereignis vorausgingen, traten unmittelbar vor dem Tod bei weniger als der Hälfte der Sportler. Dabei dominierten unspezifische Symptome wie Übelkeit, Unwohlsein, Magenschmerzen und Schwindel.

### Zusammenfassung

Todesfälle beim Sport treten nur selten auf. Durch ihr plötzliches und unerwartetes Auftreten führen sie aber, gerade wenn sich mehrere Todesfälle innerhalb eines kurzen Zeitintervalls ereignen, zu einem gesteigerten Ruf nach einer umfassenden medizinischen Betreuung der Sportler. Eine solche Betreuung ist unbestreitbar notwendig.

Im Vergleich der organpathologischen Todesursachen zwischen nordamerikanischen [1,2] und unseren Studien [3,4,5,6] fällt auf, daß in den nordamerikanischen Studien in 36–66% aller akuten Sporttodesfälle bei jüngeren Sportlern ( $\leq 35$  Jahre) eine hypertrophe Kardiomyopathie diagnostiziert wurde. In unseren Studien wurde diese Todesursache in keinem Fall dokumentiert. Eine Übereinstimmung ist dagegen in den genannten Studien für den älteren Sportler mit der koronaren Herzerkrankung als Haupttodesursache gegeben. Aus diesen für Hessen relevanten Daten resultieren aus präventivmedizinischer Sicht unterschiedliche Vorgehensweisen. Bei

älteren Sportlern ist ein regelmäßiges Belastungs-EKG empfehlenswert.

Präventionsmaßnahmen bei jüngeren Sportlern hingegen sollten eine Ergometrie und die Aufklärung für entzündliche Herzmuskelerkrankungen umfassen. Die Aufklärung sollte vor allem Verhaltensregeln beim Vorliegen eines Infektes und die Unterbrechung der sportlichen Betätigung während dieser Phase beinhalten.

### Literatur

1. Maron BJ Hypertrophic cardiomyopathy in athletes. Catching a killer. *Physician & Sports Med* 1993; 21: 83 - 91.
2. Maron BJ, Roberts W, McAllister H, Rosing D, Epstein S Sudden death in young athletes. *Circulation* 1980; 62, 218 - 229.
3. Parzeller M, Raschka C. Der plötzliche und unerwartete Tod im Vereinssport der Bundesländer Berlin und Brandenburg (Januar 1992 - April 1997). *Versicherungsmedizin* 1999; 51 (4): 157 - 160.
4. Parzeller M, Raschka C. Death in Sports. Contrast between team and individual sports. In Steinacker, JM, Ward, SA (eds.): *The Physiology and Pathophysiology of Exercise Tolerance*, Plenum Press, New York 1996: 205 - 208.
5. Raschka C, Parzeller M, Kind M. Organpathologische Ursachen des akuten Sporttodes anhand einer internationalen Autopsiestudie (Deutschland, Österreich, Schweiz). *Med Klin* 1999; 94: 473 - 477.
6. Raschka C, Parzeller M, Gläser H. Der Tod im Vereinssport in der Bundesrepublik Deutschland - epidemiologische Erhebung in 8 Landessportbünden über 13 Jahre und 2 Landessportbünden über 2 Jahre. *Dt. Z. Sportmed.* 1996; 47 (1): 17 - 22.

Anschrift für die Verfasser:  
Zentrum der Rechtsmedizin des  
Klinikums der  
Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Kennedyallee 104  
60596 Frankfurt/Main

**Tabelle: Ursachenspezifische Todesfallverteilung nach den am häufigsten betroffenen Sportarten der Versicherungsstudie**

Sportarten	Kardiovaskuläre Todesfälle	Sportarten	Traumatische Todesfälle
Fußball	78	Luftsport	18
Tennis	15	Reiten	7
Tischtennis	14	Fußball	7
Radsport	9	Radsport	7
Turnen	9	Tauchen	3
Leichtathletik	9		



# Multiple Sklerose

## *Diagnostik, Pathogenese und aktuelle Therapie*

Von Dr. med. Eckart Lensch, Wiesbaden

Die Multiple Sklerose ist die häufigste entzündliche Erkrankung des Nervensystems. Es erkranken bevorzugt junge Erwachsene im Alter zwischen 20 und 30 Jahren, wobei Frauen zwei- bis dreimal häufiger betroffen sind als Männer. Auffällig ist eine ungleiche geographische Verteilung mit der höchsten Prävalenz in der weißen Bevölkerung in den Gebieten zwischen dem 44. und 64. Grad nördlicher Breite. Die Prävalenz in Deutschland liegt bei etwa 100 Erkrankten pro 100.000 Einwohner. Jährlich erkranken etwa 2.400 Personen in Deutschland neu.

### **Diagnostik und Verlaufsformen**

Die Diagnose stützt sich auf die anamnestischen Angaben der Patienten, die elektrophysiologischen und kernspintomographischen Zusatzuntersuchungen sowie das Ergebnis der Liquoruntersuchung. Seit 1983 wird die Diagnose weltweit nach den sog. Poserkriterien gestellt. Die Diagnose einer klinisch sicheren Multiplen Sklerose setzt die anamnestische Angabe zweier abgelaufener Schübe voraus, die sich entweder im klinischen Befund oder durch eine paraklinische Untersuchung (Kernspintomographie oder elektrophysiologische Untersuchungen) bestätigen lassen. Die Diagnose einer laborgestützt sicheren Multiplen Sklerose kann auch nach Angabe eines Schubes gestellt werden, wenn bei der Liquoruntersuchung die für die Erkrankung typischen oligoklonalen Banden oder eine Erhöhung des IgG im Liquor gefunden werden und eine weitere Läsion paraklinisch nachgewiesen werden kann. Ein Schub ist dabei definiert als das Auftreten neuer, oder

die Verstärkung vorhandener neurologischer Symptome über die Dauer von mehr als 24 Stunden nach einer stabilen Phase von mindestens 30 Tagen.

Unter den Erstsymptomen überwiegen Beeinträchtigungen des motorischen und sensiblen Systems in jeweils etwa 40% der Fälle. Einen weiteren charakteristischen Erkrankungsbeginn stellt die Optikusneuritis dar. Im weiteren Verlauf nehmen prozentual insbesondere Kleinhirnstörungen und psychische Störungen, welche als Erstsymptome eher selten sind, deutlich zu. Der Verlauf der Erkrankung ist uneinheitlich und nicht vorhersehbar. Grundsätzlich können Formen mit schubförmigen Verschlechterungen bei vollständiger Rückbildung, schubförmiger Verschlechterung bei gleichzeitiger langsamer Zunahme der Gesamtbehinderung (schubförmig progredient), eine schubförmig progrediente Form nach initial schubförmig remitrierender Verlaufsform (sekundär progredient) und eine primär progrediente Form ohne Schübe unterschieden werden.

### **Pathogenese**

Die Pathogenese der Erkrankung ist bisher nicht vollständig bekannt. Ausgehend vom Tiermodell der experimentell autoimmunologische Enzephalomyelitis (EAE), bei dem es gelingt die Erkrankung durch T-Lymphozyten zu transferieren wird allgemein akzeptiert, daß auch die Multiple Sklerose, obwohl mit dem Tiermodell nicht in allen Einzelheiten vergleichbar, eine primäre T-Zell-Erkrankung ist. Nach der derzeit gültigen Vorstellung kommt es zunächst außerhalb des Nervensy-

stems zur Aktivierung von T-Zellen, welche für Oberflächenbestandteile der Nervenscheide spezifisch sind und sich natürlicherweise im Blut befinden. Diese aktivierten T-Zellen sind in der Lage, die Blut-Hirn-Schranke zu durchdringen. Im Liquorraum angekommen müssen die T-Zellen erneut aktiviert werden. Dies geschieht durch Präsentation des für sie spezifischen Antigens, beispielsweise durch Makrophagen im Rahmen natürlicher Ab- und Umbauprozesse. Die Reaktion der antigenpräsentierenden Zelle mit ihrer spezifischen T-Zelle führt zu einer Umwandlung der T-Zelle, die dann ihrerseits beginnt, entzündungsfördernde Reaktionen einzuleiten. Im Rahmen dieser Reaktionen werden zahlreiche Botenstoffe ausgesandt, es werden B-Zellen stimuliert und damit eine Immunglobulinproduktion angeregt und es werden schließlich für die Myelinscheide toxische Faktoren freigesetzt, welche zum eigentlichen Zellschaden führen. Wie bei anderen Entzündungsreaktionen besitzt dieses Gesamtsystem die Möglichkeit einer Selbstbegrenzung, so daß der angeregte Entzündungsvorgang schließlich beendet wird.

### **Prophylaktische Therapie**

#### *Interferone*

Auf der Basis des geschilderten Krankheitsmodells sind Therapieansätze entwickelt worden, welche Anfang der neunziger Jahre erstmals in großen klinischen Studien einen Wirksamkeitsnachweis bei gehfähigen Patienten mit schubförmig verlaufender Multipler Sklerose erbracht haben. Eine erste zulassungsrelevante Studie wurde für



das Präparat Interferon beta-1b (europäischer Handelsname Betaferon®) 1993 veröffentlicht. Es konnte gezeigt werden, daß das Medikament die jährliche Schubrate um etwa 30% reduziert. Daneben wurde in dieser Studie erstmals systematisch der kernspintomographische Befund einer größeren MS-Patientengruppe verfolgt. Es zeigte sich dabei, daß die Gesamt-T2-Läsionsfläche innerhalb der ersten beiden Jahre bei den nicht behandelten Patienten um etwa 10% pro Jahr zunahm. Bei den behandelten Patienten gelang es, diese Zunahme zu verhindern. 1996 wurden vergleichbare Daten für ein Interferon beta-1a-Präparat (Avonex®) veröffentlicht. Auch hier ergab sich (in einer Patientenuntergruppe) eine Reduktion der Schubrate um etwa 30%. Darüber hinaus konnte auf dem Boden einer Kaplan-Maier-Analyse nachgewiesen werden, daß sich der Zeitpunkt bis zu einer persistierenden Zunahme des Behinderungsgrades im Vergleich zur unbehandelten Kontrollgruppe unter der Therapie signifikant verlängert. 1997 wurden die Daten einer weiteren Interferon beta-1a-Studie (Rebif®) mitgeteilt. In dieser, von der Patientenzahl her größten Untersuchung ließ sich erneut zeigen, daß sich die Schubrate in den ersten beiden Behandlungsjahren um etwa 30% senken läßt, daß die Zeit bis zu einer gesicherten Zunahme der Behinderung signifikant verzögert werden kann, und daß die Therapie sowohl die Anzahl der aktiven Läsionen im kernspintomographischen Bild als auch die Gesamtläsionsfläche signifi-

kant positiv beeinflusst.

1998 wurde über die Wirksamkeit von Interferon-beta1b bei sekundär chronisch progredientem Verlauf in einer doppelblinden, kontrollierten, europäischen Studie berichtet. Die Zulassung des verwendeten Präparates Betaferon® wurde daraufhin in Europa um die Indikation bei sekundär chronisch progredientem Verlauf erweitert. Zwei nachfolgende Untersuchungen bei einer amerikanischen Patientengruppe (Betaseron®) und in Europa (Rebif®, sog. SPECTRIMS-Studie) konnten diese positiven Ergebnisse nicht bestätigen. In beiden Fällen waren Patienten ausgewählt worden, die weniger Schübe in den beiden Jahren vor Behandlungsbeginn hatten, als in der positiv verlaufenen Betaferon-Untersuchung.

Die jüngsten Interferonstudien beschäftigen sich mit der Frage, ob nach dem Auftreten eines ersten isolierten klinischen Symptoms die Entwicklung einer klinisch sicheren Multiple Sklerose verzögert werden kann. Diese Frage kann unter Berücksichtigung der aktuell veröffentlichten Daten der sogenannten CHAMPS-Studie (Avonex®) und der noch nicht abschließend dargestellten ETOMS-Studie (Rebif®) für Patienten mit deutlicher Aktivität im ersten Kernspintomogramm des Gehirns bejaht werden.

Die Therapie wird präparateabhängig subkutan oder intramuskulär vom Patienten durchgeführt. Die Einstellungsphase wird bei bis zu 90% der Patienten von einer grippeähnlichen Symptomatik in zeitlichem Zusammenhang mit den jeweiligen Injektionen begleitet. Das Ausmaß der Symptomatik ist interindividuell verschieden, intraindividuell im allgemeinen dosisabhängig und kann durch Begleitmedikation (nichtsteroidale Antirheumati-

ka) gemildert werden. Bei der Mehrzahl der Patienten kommt es nach etwa sechs Wochen zu einem deutlichen Nachlassen dieser Nebenwirkungen. Insbesondere bei Patienten mit deutlich ausgeprägter Spastik oder abgeklaffender Retrobulbärneuritis kann es unter den Nebenwirkungen zu einer Zunahme der bestehenden Behinderung oder einem gelegentlichen Wiederauftreten früherer Symptome kommen. Im Bereich der Einstichstelle sind lokale Reaktionen möglich. In Einzelfällen zwingen Hautnekrosen oder kleine Abszesse an der Einstichstelle zu einer Unterbrechung der Therapie. Das Auftreten einer depressiven Reaktion als Folge der Therapie hat sich nur in Einzelfällen als problematisch erwiesen, sollte aber grundsätzlich bei jedem Patienten mit beobachtet werden.

Gegen alle erwähnten Präparate können sowohl neutralisierende als auch allein bindende Antikörper gebildet werden. Grundsätzlich muß davon ausgegangen werden, daß mit dem Auftreten von neutralisierenden Antikörpern auch ein Wirkungsverlust möglich ist. Die Beurteilung der Häufigkeit der auftretenden Antikörper wird durch die Unterschiedlichkeit der verwendeten Labortests erschwert. Sowohl die Studiendaten, als auch klinische Einzelbeobachtungen zeigen keine deutliche Korrelation zwischen dem Nachweis von Antikörpern und einem Therapieversagen.

Zusammenfassend kann zu den Interferonen festgehalten werden, daß drei verschiedene Hersteller zweier nahezu identischer Interferonpräparate in zahlreichen Untersuchungen, darunter den angeführten, methodisch guten Zulassungsstudien, die Wirksamkeit der Interferontherapie auf Patienten mit schubförmig verlaufender Multipler Sklerose, einem nicht zu hohen Behinderungsgrad (Gangfähigkeit über 100m muß erhalten sein) und bei aktiver Erkrankung (zwei Schübe im Jahr vor Therapiebeginn), dann auch bei sekundär chronisch progredientem Verlauf nachgewiesen haben. Eine Interferonbehandlung nach einem

Anzeige

### Praxisabgabe, was tun ???

**Wir, Assmus & Lauer Ges. für Praxisvermittlung mbH**  
vermitteln Ihre Praxis schnell und diskret.  
Anfrage-Datei von Praxissuchenden liegt vor.

**Jetzt in Frankfurt! Rufen Sie uns an!**  
**Assmus & Lauer Ges.**  
**für Praxisvermittlung mbH**  
**Beethovenstr. 8-10, 60325 Frankfurt**  
**Tel. 069/97 55 45 57**  
**Fax 069/97 55 41 00**





ersten klinischen Symptom kann bei nachgewiesener kernspintomographischen Aktivität den Zeitpunkt der sicheren Diagnosestellung hinauszögern, ohne daß hierdurch auch ein klinischer Langzeiteffekt belegt wäre.

#### *Glatirameracetat*

Auf einem von den Interferonen unterschiedenen theoretischen Konzept basierend, stellt Glatirameracetat (früher Copolymer-1, Copaxone®) einen zweiten Therapieansatz dar. Bei der Substanz handelt es sich um ein Gemisch aus vier Aminosäuren, welches immunologische Ähnlichkeit mit dem myelinbasierten Protein (MBP), einem im Krankheitsprozeß entscheidenden Oberflächenbestandteil der Myelinscheide, darstellt. Die Substanz wurde im Tiermodell der experimentell autoimmunologische Enzephalomyelitis (EAE) ursprünglich zur Induktion der Erkrankung entwickelt. Nachdem überraschend auffiel, daß die hiermit behandelten Tiere vor einer EAE geschützt waren, wurde diese Beobachtung in zahlreichen Tierexperimenten bestätigt. 1977 fanden erste Verträglichkeitsprüfungen am Menschen statt. 1995 wurde in einer zulassungsrelevanten Studie an einer Patientengruppe mit schubförmig verlaufender Multipler Sklerose gezeigt, daß Glatirameracetat die Schubfrequenz ebenfalls um etwa 30 % reduzieren kann. Kernspintomographische Daten einer europäisch-kanadischen Untersuchung, deren detaillierte Veröffentlichung noch erwartet wird, unterstützen den Wirksamkeitsnachweis. Langzeitdaten zeigen bezüglich der Schubrate eine zunehmende Wirksamkeit von Copaxone® über fünf Behandlungsjahre.

Das Präparat wird subkutan täglich appliziert. Die Nebenwirkung an der Einstichstelle ist vergleichsweise gering. Als einzige systemische Reaktion wurde eine selten auftretende Postinjektionsreaktion in Form von Tachykardie, Tachypnoe, Engegefühl und Angst beobachtet. Diese Symptomatik klingt im allgemeinen nach max. 30 Minuten ab und wird von 15 % der behandelten Patienten – meist einma-

lig – berichtet. Copaxone® ist in den USA, Kanada, Argentinien, Israel und Großbritannien zugelassen. Mit einer Zulassung in Europa wird 2001 gerechnet.

#### *Immunglobuline*

Auch die Therapie der schubförmig verlaufenden Multiplen Sklerose mit Immunglobulinen wird durch neue Studienergebnisse unterstützt. 1997 berichtete Fazekas in einer doppelblinden, placebokontrollierten Studie über eine deutliche Reduktion der Schubfrequenz bei monatlicher Infusion von 0,2g/kg Körpergewicht Immunglobulinen über die Dauer von zwei Jahren. Kernspintomographische Daten liegen noch nicht vor.

#### *Mitoxantron*

Das Anthrazendion Mitoxantron ist in einer doppelblinden, Observer-kontrollierten europäischen Multizenterstudie (NIMS-Studie) bei Patienten mit schweren schubförmigen und schubförmig-progredienten Verläufen erfolgreich angewandt worden. Es wurden zwei Behandlungsgruppen (5mg/m<sup>2</sup> und 12mg/m<sup>2</sup> Körperoberfläche) gegen Placebo getestet. Eine potenzielle Kardiotoxizität begrenzt die Gabe von Mitoxantron auf eine kumulative Gesamtdosis von 140mg/m<sup>2</sup>. Kardiologische Begleituntersuchungen sind erforderlich. Auf Grundlage der Studiendaten ist Novantron® in den USA zur Behandlung der genannten Verläufe im Oktober 2000 zugelassen worden.

#### **Zusammenfassung**

Die in den vergangenen zehn Jahren veröffentlichten Studienergebnisse haben gezeigt, daß es – immunologisch betrachtet – sowohl mit einem MS-spezifischen Therapieansatz (Glatirameracetat) als auch mit krankheitsunspezifischen Ansätzen (Interferone, Mitoxantron) gelungen ist, den natürlichen Krankheitsverlauf zu beeinflussen: Bei der schubförmig verlaufenden Multiplen Sklerose mittlerer Behinderung und hoher Krankheitsaktivität gelang es, die Zahl der Schübe zu

reduzieren, den kernspintomographischen Befund zu stabilisieren und das Fortschreiten der Behinderung zu verlangsamen. Langzeitbeobachtungen zeigen, daß diese Effekte innerhalb der ersten fünf Behandlungsjahre nicht nachlassen, oder – unter Glatirameracetat – sogar zunehmen können. Bei nachlassender entzündlicher Krankheitsaktivität und Übergang in den chronisch progredienten Verlauf scheint die Interferonbehandlung die immunologische Basis ihrer Wirksamkeit zu verlieren. Ein immunsuppressiver Therapieansatz (Mitoxantron) hat sich in dieser Krankheitsphase bei aggressiveren Verläufen als wirksam erwiesen. Trotz der inzwischen erfolgten Zulassung von Azathioprin bleibt der Einsatz undifferenziert immunsupprimierender Substanzen am Beginn der Erkrankung und bei mildereren schubförmigen Verläufen nur Therapie der zweiten Wahl. Die Entwicklung einer klinisch sicheren Multiplen Sklerose nach Auftreten eines ersten klinischen Symptoms kann unter Interferongabe verzögert werden. Unter Berücksichtigung dieser Daten und des wieder in Erinnerung gerufen Axonverlustes auch in frühen Krankheitsstadien ist eine abwartende Haltung bezüglich einer prophylaktischen Therapie nach Diagnosestellung einer aktiven Erkrankung heute nicht mehr gerechtfertigt.

Anschrift des Verfassers:  
Deutsche Klinik für Diagnostik  
Fachbereich Neurologie  
und Klinische Neurophysiologie  
Aukammallee 33  
65191 Wiesbaden



# Zu beantwortende Fragen

### 1. Folgende Aussage/n zur Epidemiologie der Multiplen Sklerose (MS) ist/sind richtig:

- a) Es erkranken mehr Männer als Frauen.
- b) Die Prävalenz variiert in Abhängigkeit von der geographischen Breite.
- c) Die Prävalenz in Deutschland beträgt etwa 1.000 Erkrankte pro 100.000 Einwohner.
- d) Bezogen auf alle entzündlichen Erkrankungen des Nervensystems ist die MS eine seltene Erkrankung.
- e) Das Haupterkrankungsalter liegt bei 40 Jahren.

### 2. Welche Aussage/n zur Diagnostik der MS ist/sind falsch:

- a) Die Diagnose sollte nach einheitlichen Kriterien gestellt werden.
- b) Nach zwei abgelaufenen Schüben kann die Diagnose einer klinisch sicheren MS gestellt werden.
- c) Nach Ablauf eines ersten schubförmigen Ereignisses kann die Diagnose einer MS grundsätzlich nicht gestellt werden.
- d) Die Kernspintomographie kann helfen, paraklinische Läsionen zu identifizieren.
- e) Die Liquoruntersuchung kann nach einem ersten Schub keinen Beitrag zur Diagnosesicherung leisten.

### 3. Welche Aussage/n zur Pathogenese der MS trifft/treffen zu:

- a) In Anlehnung an das Tiermodell der EAE (experimentelle autoimmune Encephalomyelitis) wird von einer T-Zell Erkrankung ausgegangen.
- b) Aktivierte T-Zellen durchdringen die Blut-Hirn-Schranke.
- c) Im Verlauf der Entzündungsvorgänge werden auch B-Zellen stimuliert.
- d) Die Zerstörung der Myelinscheide geschieht durch mehrere toxische Stoffe.

e) Alle Aussagen a) - d) sind richtig.

### 4. Welche Aussage/n zur Interferontherapie der MS ist/sind zutreffend:

- a) In den ersten zulassungsrelevanten Studien wurden bettlägerige Patienten behandelt.
- b) Die ersten Interferonstudien zeigten eine Reduktion der Schubzahl um etwa 100%.
- c) Kernspintomographische Untersuchungen haben für den Wirksamkeitsnachweis der Interferone keine Rolle gespielt.
- d) Es gibt zur Zeit drei Interferonpräparate, die zur Behandlung der schubförmig verlaufenden MS zugelassen sind.
- e) Die meisten Studien beobachten einen fünfjährigen Verlauf der behandelten Patienten.

### 5. Welche Aussage zur Behandlung der sekundär chronisch progredient verlaufenden MS ist richtig:

- a) Die Studienergebnisse unterscheiden sich nicht wesentlich von denen bei schubförmig remittierendem Verlauf.
- b) Die drei vorliegenden Studien haben einheitliche Ergebnisse gezeigt.
- c) Die Patientenauswahl in den Studien scheint das Behandlungsergebnis wesentlich beeinflusst zu haben.
- d) In Europa ist derzeit für den sekundär chronisch progredienten Verlauf kein Präparat zugelassen.
- e) Keine Interferon-Untersuchungen beim sekundär chronisch progredienten Verlauf der MS hat eine Wirksamkeit der Behandlung zeigen können.

### 6. Welche Aussage zur Therapiedurchführung und zu Nebenwirkungen der Interferontherapie bei MS sind richtig:

- a) Grippeähnliche Symptome treten in der Phase der Therapieeinleitung

bei fast allen Patienten (etwa 90%) auf.

- b) Das Ausmaß der Nebenwirkungen ist vom Injektionsort abhängig.
- c) Die Nebenwirkungen halten in der Regel sechs Monate an.
- d) Die Zunahme einer vorbestehenden Spastik unter der Therapieeinleitung deutet in der Regel auf einen neuen Schub hin.
- e) Depressive Reaktionen sind bei mehr als der Hälfte der Behandelten zu erwarten.

### 7. Welche Aussage zur Glatirameracetattherapie der MS trifft zu:

- a) Glatirameracetat besteht aus vier Aminosäuren.
- b) Glatirameracetat ähnelt immunologisch dem myelinbasierten Protein (MBP).
- c) Erste Verträglichkeitsprüfungen fanden schon in den 70er Jahren (des vergangenen Jahrhunderts) statt.
- d) Glatirameracetat ist in den USA zur Behandlung der schubförmig verlaufenden MS zugelassen.
- e) Alle Aussagen a) - d) sind richtig.

### 8. Welche Aussage zur Therapie der MS mit Immunglobulinen oder Mitoxantron ist richtig:

- a) Bisher ist die Gabe von Immunglobulinen bei MS noch nicht in Studien untersucht worden.
- b) Mitoxantron ist kardiotoxisch.
- c) Die möglichen Immunglobulindosen liegen bei etwa 2g pro Monat.
- d) Nach den vorliegenden Studienergebnissen sollte Mitoxantron vor allem in der Frühphase einer MS eingesetzt werden.
- e) Mitoxantron und Immunglobuline sind Mittel der ersten Wahl.



# Krankenhausstatistik 1999:

## *Mehr Patienten, weniger Betten, kürzere Verweildauer*

Nach vorläufigen Angaben des Statistischen Bundesamtes gab es 1999 in Deutschland in 2.252 Krankenhäusern 565.000 Betten. Das sind 6.400 Betten (-1,1%) weniger als im Vorjahr und damit die geringste Abnahme der Bettenzahl seit 1991, dem Einführungsjahr der neuen bundeseinheitlichen Krankenhausstatistik.

Gegenüber 1998 stieg die Zahl der Behandlungsfälle um 369.000 (+2,3%). Somit setzte sich der Anstieg der Patientenzahl fort und erreichte im Jahr 1999 mit 16,3 Millionen einen neuen Höchststand.

Die durchschnittliche Bettenauslastung veränderte sich trotz des Betten-

abbaus und der gestiegenen Patientenzahlen 1999 nicht und lag wie im Vorjahr bei 81,9%. Das lag an der kürzeren Verweildauer: Durchschnittlich wurden die Patienten im Jahr 1999 nach 10,3 Tagen aus dem Krankenhaus entlassen, 1998 nach 10,7 Tagen.

Ende 1999 waren in den Krankenhäusern insgesamt 1.032.000 Personen beschäftigt, ein Rückgang von 7.100 Personen bzw. 0,7% zum Vorjahr. Das ärztliche Personal stieg 1999 um 0,7% auf 128.700, während das nichtärztliche Personal in diesem Zeitraum um 0,9% auf 903.200 Personen abnahm und sich damit der Trend der Vorjahre fortsetzte.

1999 standen in Deutschland 68,8 Krankenhausbetten je 10.000 Einwohner zur Verfügung, ein Rückgang um 0,9 Betten je 10.000 Einwohner gegenüber 1998. Die meisten Betten je 10.000 Einwohner wiesen 1999, wie bereits in den Vorjahren, die Stadtstaaten Bremen mit 95,9 Betten und Hamburg mit 80,1 Betten sowie das Flächenland Nordrhein-Westfalen mit 76,0 Betten je 10.000 Einwohner auf. Die niedrigsten Versorgungsquoten gab es in Schleswig-Holstein (60,2), Niedersachsen (61,3) und Baden-Württemberg (61,6).

Statistisches Bundesamt  
November 2000

## *Kommentar*

# Vom Drehtür- zum Kellertreppen-Effekt?

Seit Jahren ist ein stetiger Anstieg der Patientenzahlen im Krankenhaus bei einer gleichzeitigen Verkürzung der Verweildauer zu verzeichnen. Das kann mit dem Alter werden der Bevölkerung kaum noch erklärt werden. Vieles spricht dafür, daß die Patienten schneller eingewiesen und vorzeitig entlassen werden, um dann erneut eingewiesen zu werden. Beide Male dürfte der Budgetdruck dafür der Anlaß sein: bei den Niedergelassenen die Furcht vor Regressen und Arzneimittelbudget-Überschreitungen, bei den Krankenhäusern Furcht vor Fehlbelegungen und Budget-Kürzungen durch die Kassen wegen zu langer durchschnittlicher Liegezeiten. Weder die Niedergelassenen noch die Krankenhäuser sind der Situation gewachsen, die nach einer

Verzahnung geradezu schreit, die aber unter den fixierten und undurchlässigen Budgets nicht realisierbar sein dürfte. In dem daraus resultierenden Drehtüreffekt bleiben die Patienten, die oft einfach in die soziale Unversorgtheit entlassen werden, und damit der Sozialstaat auf der Strecke. Am Ende will es niemand gewesen sein, die Krankenhäuser nicht, die Niedergelassenen nicht, und die Vertreter der Kassen nicht, denen eigentlich das Wohl ihrer Versicherten am Herzen liegen sollte. Derweil waschen die dafür wirklich verantwortlichen Politiker ihre Hände in Unschuld (ein modernes Herodes-Syndrom) und tun so als gingen sie das alles nicht wirklich etwas an, als wäre noch „Luft“ im System, wenn sich die Betroffenen nur arran-

gierten. Diese können das aber bei den innovationsfeindlichen und dirigistischen gesetzlichen Vorgaben, die zuweilen schon Assoziationen an den real zusammengebrochenen Sozialismus wecken, nicht leisten. So spiegelt die Krankenhausstatistik wie nichts sonst die Misere unseres Gesundheitswesens und die durch blauäugige politische Vorgaben geförderte Entsolidarisierung unserer Gesellschaft.

PD Dr. R.Wönne  
Vizepräsident LÄK



# Quo vadis, Orthopädie und Unfallchirurgie?

Von Dr. med. Georg Holfelder, Frankfurt/M.

Historisch sind Chirurgie und Orthopädie gleich alt und bis in die Antike zurückzuverfolgen. Beide bemühten sich mit den damals verfügbaren Möglichkeiten vorwiegend um Verletzte und Behinderte. Amputationen wurden schon in der Antike vorgenommen! Die Chirurgen gehörten im Mittelalter als die „Bader“ nicht zu den eigentlich Ärzten, die sich als Heilkundige ansahen. Mit Beginn des 18. Jahrhunderts begann die eigentliche Entwicklung von Chirurgeschulen in vielen Teilen unseres Landes. Erst mit den verbesserten Methoden der Antisepsis und der Narkose konnte sich die Operationstechnik weiter entwickeln. Gleichzeitig nahm die wissenschaftliche Orientierung der Chirurgie ihren Anfang. Selbstverständlich versorgte ein Chirurg alle operativ und auch konservativ zu behandelnden Patienten, so auch die mit Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane. Erst viel später kam es dann zu weiteren Spezialisierungen, aus denen sich schließlich die Organfächer entwickelten.

Vor nahezu 100 Jahren, genau 1901 hat sich die Orthopädie von der Chirurgie gelöst und als eigenständiges Fach etabliert. Am 23.9.1901 wurde in Berlin die „Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Chirurgie“ gegründet. Nicht nur dem Namen nach verstanden sich die Orthopäden weiterhin als Chirurgen, obwohl eine weitere Wurzel der Orthopädie bis in das Handwerk zurückzuverfolgen ist [7]. Schließlich spielte die, sich aus den bereits bestehenden sogenannten „Krüppelheimen“ entwickelnde, Sorge um Behinderte im Sinne der heutigen Rehabilitation eine besondere Rolle.

Parallel hierzu entwickelte sich auf

Grund der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung mit Einführung der Berufsgenossenschaften, als Haftpflichtversicherer der Arbeitgeber, die spezielle Chirurgie der Verletzungen von Knochen und Weichteilen. 1894 hatte sich bereits eine „Abtheilung für Unfall-, Heil- und Gesetzeskunde“ innerhalb der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte gebildet, die bis 1900 bestand. In den Verhandlungsberichten finden sich viele Namen bekannter Chirurgen und Orthopäden. Die Auflösung dieser Abteilung führte zur Gründung von Fachzeitschriften, so der „Monatsschrift für Unfallheilkunde mit besonderer Berücksichtigung der Mechanotherapie“ und das „Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie“. Am 23. September 1923 fand schließlich die Gründungsversammlung der „Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde“ statt, die sich 1991 in „Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie“ umbenannte [6].

Am 1.1.1924 trat die erste Facharztordnung in Deutschland in Kraft, damals noch als „Leitsätze zur Facharztfrage“ bezeichnet [4]. Als erstes Fach wurde dort die Chirurgie aufgeführt, gefolgt von der Frauenheilkunde und Geburtshilfe und der Orthopädie als drittem Fach. Zu einem eigenständigen Gebiet „Unfallchirurgie“ ist es bisher aus verschiedenen Gründen nicht gekommen. Die Unfallchirurgie ist vielmehr seit 1970 ein Teilgebiet bzw. Schwerpunkt der Chirurgie. Mit ein Grund für den Verbleib beim Mutterfach waren Überlegungen zur Freizügigkeit in der EU. Auf die Probleme bei Schaffung eines selbständigen Gebiets „Unfallchirurgie“ für die Migrationsfähigkeit von deutschen Unfallchirur-

gen waren KNUTH und HOPPE 1996 näher eingegangen [2].

Der Inhalt der Unfallchirurgie wandelte sich nicht nur im Rahmen des allgemeinen Fortschritts der Medizin immer mehr zu einem operativen Geschehen, wie es die moderne Knochenbruchbehandlung forderte. Vielmehr versteht sich der heutige Unfallchirurg immer mehr als ein Manager des gesamten Unfallgeschehens, insbesondere zur Versorgung der polytraumatisierten Patienten bis hin zu deren Rehabilitation. „Der Unfallchirurg ist nicht Organspezialist, sondern Fachmann für das Trauma [1]. Eingeschlossen wurden immer mehr auch die Spätfolgen der Unfallverletzungen, insbesondere die Behandlung der posttraumatischen Arthrose. Hieraus entwickelten sich in den letzten Jahrzehnten immer stärkere Überschneidungen mit dem Tätigkeitsbereich der Orthopäden, die als Spezialisten für die Stütz- und Bewegungsorgane originär auch mit der Behandlung von Arthrosepatienten befaßt sind, naturgemäß aber auch mit frischen Verletzungen dieser Organe.

Speziell für die Orthopädie ergeben sich weitere Probleme: Durch die demographische Entwicklung werden die Menschen immer älter, zwangsläufig steigt dadurch die Zahl der Arthrosekranken. Obwohl die durchschnittliche Verweildauer eines orthopädischen Patienten fast auf die Hälfte der Zeit von vor ca. 30–40 Jahren zurückging, werden immer mehr orthopädische Betten benötigt, um der zunehmenden Zahl zu operierender Patienten gerecht zu werden. Dies führte im Laufe der Jahre zu immer länger werdenden



Wartezeiten in orthopädischen Kliniken.

Im Rahmen der Unfallchirurgie ist durch die Präventionsmaßnahmen, vor allem der Berufsgenossenschaften, auf allen Ebenen die Zahl der durch Arbeitsunfälle Verletzten Jahr für Jahr rückläufig. Dies gilt letztlich auch für die Wegeunfälle. Durch die zunehmende operative Behandlung von Unfallverletzungen wurde auch in der Unfallchirurgie die Verweildauer kürzer. Darüber hinaus waren in den letzten 30–40 Jahren vermehrt reine unfallchirurgische Kliniken in Trägerschaft der Berufsgenossenschaften erbaut worden. Diese Umstände führten zwangsläufig zu einer zunächst geringeren Bettenauslastung in diesen Kliniken. Logischerweise wandten sich die Unfallchirurgen somit auch der Behandlung rein degenerativ bedingter Arthrosen und anderer Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane zu. Diese Konkurrenz „belebte“, bei gleich guten Operateuren, gewissermaßen „das Geschäft“, durchaus zu Gunsten der Patienten. Größere Reibereien gab es vorwiegend bei unterschiedlicher Qualität der Operateure oder aus zwischenmenschlichen Pro-

blemen vor Ort.

Letztlich sind innerhalb Europas die Orthopäden, die in den meisten anderen Ländern „orthopaedic surgeons“ heißen, auch als vorwiegende Behandler der Unfallverletzten tätig. Die Unfallchirurgie gibt es unter dieser Bezeichnung nur in Österreich, Belgien und Deutschland.

Statt nun Konfrontationshaltungen auf Dauer beizubehalten, entschlossen sich in den letzten Jahren Vertreter beider Fächer, Lösungsmöglichkeiten für derzeitige Probleme zu suchen. Erste Beratungen in dieser Richtung fanden schon vor drei bis vier Jahren in kleinem Kreise statt. Erst durch Vertreter der Ordinarien beider Fächer kam es dann zu tiefer gehenden Beratungen und schließlich offiziellen Verhandlungen der zuständigen Gesellschaften für Orthopädie und Unfallchirurgie. Bemerkenswert an diesen Verhandlungen war die freundschaftliche Atmosphäre innerhalb der Gruppierungen, die natürlich eine der Voraussetzungen für die erarbeiteten Ergebnisse war. 1999 wurde, zunächst noch von einer speziellen Arbeitsgruppe, der sogenannten „Zukunftskommission Orthopädie, Unfallchirurgie, und Chir-

„Es gibt derzeit überlappende und sich ergänzende Versorgungsstrukturen von Orthopädie und Unfallchirurgie für die Haltungs- und Bewegungsorgane. Durch Weiterentwicklung und Neustrukturierung der Fächer Chirurgie-Unfallchirurgie und Orthopädie mit dem Ziel eines gemeinsamen Fachgebietes im Rahmen einer Neuordnung werden hohe Synergieeffekte entstehen. Der auch in Zukunft steigende medizinische Versorgungsbedarf für angeborene und erworbene Erkrankungen der Haltungs- und Bewegungsorgane (Alterspyramide) und für Verletzungen aller Schweregrade erfordert eine kritische Analyse der Ressourcen. Eine Strukturverbesserung in der Weiterbildung der für diese Erkrankungen und Verletzungen zuständigen Ärzte ist erforderlich. Dies setzt eine grundsätzliche Änderung der Struktur der beteiligten Fächer voraus. Dabei handelt es sich nicht um eine Übernahme eines Gebietes in derzeit bestehende Strukturen. Mit langen Übergangsregelungen werden solche Änderungen erst für zukünftige Gebietsärzte wirksam.“

Ziel ist die Neustrukturierung der ärztlichen Versorgung von Verletzungen aller Schweregrade sowie von angeborenen und erworbenen Erkrankungen der Haltungs- und Bewegungsorgane und deren Folgen in allen Altersstufen, die den hohen Qualitätsstandard der beiden Fächer unter Berücksichtigung ihrer operativen und konservativen Schwerpunkte zukunftsicher vereint. Dies kann ökonomisch und medizinisch sinnvoll nur auf dem Fundament einer gemeinsamen Weiterbildung im Rahmen der Neustrukturierung der beteiligten Gebiete unter dem neu zu schaffenden gemeinsamen Dach der chirurgischen Fächer realisiert werden.

Ein gemeinsamer Antrag der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie e.V., der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. und des Berufsverbandes der Ärzte für Orthopädie e.V. auf Einführung eines gemeinsamen **Facharztes für Unfall-**

Anzeige

Telefon 0611/180950 – Telefax 0611/1809518

**BROGLIE, SCHADE & PARTNER GbR**  
 — R e c h t s a n w ä l t e —

§ Tätigkeitsschwerpunkt: §  
 Gesundheitsrecht

– Ärzte – Krankenhäuser  
 – Zahnärzte – Pharmaindustrie/  
 Medizintechnik

Sonnenberger Str. 16, 65193 Wiesbaden

Telefon 0611/180950 – Telefax 0611/1809518

e-mail: [bsp@arztrecht.de](mailto:bsp@arztrecht.de) homepage: <http://www.arztrecht.de>



chirurgie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie wurde im Februar 2000 an die Bundesärztekammer gerichtet.

Inzwischen wurde ein Vorschlag für eine gemeinsame Weiterbildungsordnung der bisherigen Fächer Orthopädie und Unfallchirurgie erarbeitet [8], aus welchem die wichtigsten Teile nachstehend aufgeführt werden:

### Definition

„Unfallchirurgie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie“ umfaßt die Prävention, Erkennung sowie die operative und konservative Behandlung

- ▶ von Verletzungen und deren Folgezuständen
- ▶ von angeborenen und erworbenen Formveränderungen, Funktionsstörungen und Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane

in jedem Lebensalter, mit entsprechenden Untersuchungsverfahren, einschließlich der Notfall- und Intensivmedizin, der Nachsorge und Rehabilitation.

### Weiterbildungszeit

4 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß entspr. § der Muster-WBO, davon

- ▶ 2 Jahre in der Basisweiterbildung der Chirurgischen Fächer (Common Trunk):

° Jahr Notfallmedizin und Ambulanz, ° Jahr Stationsdienst, ° Jahr Intensivmedizin

° Jahr zur freien Wahl innerhalb der Fächer des Gebiets Chirurgie [einschließlich Tätigkeit in niedergelassener Praxis]

- ▶ 4 Jahre in der Weiterbildung im Fach: (3 Jahre im Stationsdienst, 1 Jahr zur freien Wahl)

Auf diese 4 Jahre kann 1 Jahr bei einem niedergelassenen Facharzt für Unfallchirurgie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie angerechnet werden.

### Ziele und Inhalt der Weiterbildung

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Diagnostik, Differentialdiagnostik, Indikationsstel-

lung und Durchführung operativer und konservativer Behandlungen von Verletzungen und deren Folgezuständen, von angeborenen und erworbenen Formveränderungen, Funktionsstörungen und Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane und deren Verlaufsformen, in der Leitung und Durchführung der Behandlung von Schwer- und Mehrfachverletzten, vom Unfall bis zur Rehabilitation, in der Notfall- und Intensivmedizin, einschließlich der pathophysiologischen und pathologisch – anatomischen Grundlagen, der Biomechanik, der speziellen Untersuchungsverfahren, der Laboruntersuchungen, der bildgebenden Verfahren, der physikalischen Therapie, der technischen Orthopädie, der fachbezogenen Rehabilitation sowie der selbständigen Durchführung der operativen Eingriffe des Faches einschließlich der zur Grundversorgung notwendigen neurotraumatologischen, gefäßchirurgischen, thoraxchirurgischen und viszeralkirurgischen Eingriffe. Dies beinhaltet auch die Nutzung neuer Technologien.

Im Anschluß an die Facharztweiterbildung sollen zwei „Hauptschwerpunkte“ entstehen. Arbeitstitel dieser beiden „Schwerpunkte“ sind 1. „operativ“ und 2. „konservativ“. Ein weiterer „Schwerpunkt“ könnte die Rheumatologie umfassen und sich in Teilen mit den beiden o.g. „Schwerpunkten“ überlappen. Zudem ist eine Reihe weiterer, relativ eng begrenzter Qualifizierungen vorgesehen, die sowohl während der 6jährigen Facharztweiterbildung als auch nach dieser erworben werden können (z.B. Wirbelsäulenchirurgie oder Chirotherapie).

Die Kommission erarbeitet momentan eine Liste dieser Qualifizierungsmöglichkeiten.

Lösungswort  
des Kreuzworträtsels auf  
Seite 10:

**CHORDOTOMIE**

Das ganze setzt voraus, daß nicht eine Zusammenführung der bisherigen Gebiete/Schwerpunkte unter der bisherigen Struktur der Chirurgie erfolgt. Die große Chance liegt in einem zukünftigen gemeinsamen Dach der Chirurgie, unter dem sich mehrere selbständige chirurgische Facharztgruppen befinden.

Inzwischen hat auch die ärztliche Öffentlichkeit über die, innerhalb der beteiligten Gesellschaften bereits erfolgten Veröffentlichungen hinaus, Kenntnis von den Bestrebungen zur Zusammenführung der beiden Fächer erhalten, da das Deutsche Ärzteblatt erstmals am 6. Oktober 2000 über die „Fusion“ berichtete [5].

### Literatur:

[1] EKKERNKAMP, A., „Das Berufsbild des Unfallchirurgen, seine Weiterbildung und Fortbildung“, in Unfallchirurgie in Deutschland, Bilanz und Perspektiven Hrsg. v. H. – J. OESTERN und J. PROBST, Springer Heidelberg 1997

[2] KNUTH, P., HOPPE, J. D., „Position der Unfallchirurgie in der Europäischen Union aus Sicht der Bundesärztekammer“, DGU Mitteilungen und Nachrichten 33/1996, 44-46

[3] Kommission Zukunft Orthopädie, Unfallchirurgie und Chirurgie „Präambel“, Chirurg BDC 38. Jg. 9/1999, S.243–244, gleichlautend in Orthopädie Mitteilungen 4/99, S. 218–220

[4] „Leitsätze zur Facharztfrage“, Aerztliches Vereinsblatt für Deutschland, 53. Jahrgg., Nr. 1317 August 1924

[5] MEYER, R. „Fusion in Aussicht gestellt“, Dt. Ärzteblatt, Jg. 97, H. 40, A 2573

[6] PROBST, J., „Aus der Geschichte der Unfallchirurgie, die Entstehung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie“, in Unfallchirurgie in Deutschland, Bilanz und Perspektiven Hrsg. v. H. – J. OESTERN und J. PROBST, Springer Heidelberg 1997

[7] RÜTT, A., Geschichte der Orthopädie im deutschen Sprachraum, Enke Stuttgart 1993

[8] Definition, Ziele und Inhalte der Musterweiterbildung zum neuen Fach „Unfallchirurgie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie“ Orthopädie Mitteilungen 5/00, S. 315 – 316, mit Vorwort von JANI, L., NIETHARD, F. U., gleichlautend LOB, G. in Chirurg BDC, 39.Jg. 10/2000, S. 262 - 264

Anschrift des Verfassers:  
Am Kirchberg 29  
60431 Frankfurt



# Therapiefreiheit contra Wirtschaftlichkeitsgebot

Mit den durch das Gesundheitsreformgesetz 2000 (GRG 2000) gestärkten Einflußmöglichkeiten der Krankenkassen ist auch die Stellung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) erheblich verfestigt worden. Gerade im Bereich der Bewertung stationärer Behandlungsfälle durch den Medizinischen Dienst haben sich diese legislativen Neuregelungen bereits ausgewirkt. Allorten ist eine erhebliche Zunahme von entsprechenden Anfragen zur Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit und zu den Liegezeiten festzustellen. Die damit einhergehenden rechtlichen Implikationen sind demgegenüber nur unzureichend bekannt:

Das Bundessozialgericht hat bereits in mehreren Entscheidungen darauf abgestellt, daß Leistungen der Krankenkassen nicht allein deshalb erfolgen müssen, weil die Krankenhausbe-

handlung von einem Vertragsarzt verordnet und der Patient vom Krankenhaus als Kassenpatient aufgenommen wurde. In seiner Entscheidung vom 21.8.1996 – 3 RK 2/96 – kommt das Bundessozialgericht aber bereits zu dem Ergebnis, daß die Krankenhausbehandlung in der Regel vom Vertragsarzt verordnet wird und vom zugelassenen Krankenhaus und seinen Ärzten auf ihre Notwendigkeit hin überprüft wird. Dabei stelle die ausdrückliche Regelung „nach Prüfung durch das Krankenhaus“ in § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V nur eine Klarstellung des bisherigen Rechtszustandes dar. Wie bei der ambulanten Behandlung dem Vertragsarzt, so komme im Bereich der Krankenhausbehandlung dem Krankenhausarzt eine „Schlüsselstellung“ zu. Denn das zugelassene Krankenhaus und dessen Ärzte seien aufgrund des Sachleistungsprinzips ge-

setzlich ermächtigt, mit Wirkung für die Krankenkassen über die Aufnahme sowie die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen und damit konkludent auch über den Leistungsanspruch des Versicherten zu entscheiden; die Krankenkassen seien dann grundsätzlich an diese Entscheidung gebunden. Auch in seinem Urteil vom 9.6.1998 – B 1 KR 18/96 R – hält das Bundessozialgericht an dieser grundsätzlichen Auffassung fest.

Bereits aus diesen sozialrechtlichen Ausführungen ist zu erkennen, daß es allein Sache des behandelnden Arztes ist, sowohl über die Frage, ob eine stationäre Behandlung erforderlich ist, als auch über die Frage zu entscheiden, wie lange eine stationäre Behandlung notwendig ist. Dabei ist immer von einer ex ante Betrachtung auszugehen. Solange sich demnach der jeweils behandelnde Krankenhausarzt im Rahmen des spezifischen Einzelfalles an dem jeweils entwickelten medizinisch-wissenschaftlichen Standard orientiert, gebietet es die Methodenfreiheit und die bestehende Letztverantwortlichkeit des Arztes, allein über die Frage und die Dauer der stationären Behandlung zu entscheiden.

Würden demgegenüber maßgebliche wirtschaftliche Erwägungen über die Frage und die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes entscheiden, liefe der jeweils behandelnde Krankenhausarzt Gefahr, bei Auftreten von Komplikationen bzw. haftungsrelevanten Situationen allein für solche Zwischenfälle zur Verantwortung gezogen zu werden. Die Kostenträger werden demgegenüber für haftungsrelevante Zwischenfälle, die gegebenenfalls aufgrund einer verkürzten Liegedauer entstanden sind, nach unserer bestehenden Rechtsordnung nicht zur Verantwor-

### Briefe an die Schriftleitung

#### Wahl des Präsidiums der Landesärztekammer (Hessisches Ärzteblatt 10/2000)

Mit großem Erstaunen haben die Ärztinnen in Hessen im Hessischen Ärzteblatt 10/2000 zur Kenntnis genommen, daß unter den elf neugewählten Personen des Präsidiums der Landesärztekammer nur eine einzige Frau zu finden ist. Das heißt, die große Zahl von hessischen Ärztinnen wird im Präsidium durch eine einzige Frau vertreten. Der DÄB fordert, Ärztinnen entsprechend dem Anteil der Ärzteschaft (ca. 40 Prozent) an Gremien zu beteiligen. Nach dem hessischen Gleichberechtigungsgesetz §14 sollen mindestens die Hälfte der Mitglieder in Gremien Frauen sein. Die Forderungen der Frauen im 21. Jahrhundert sind wohl immer noch die Gleichen wie im 20. Jahrhundert. Aber die Umsetzung ist immer noch genauso schwer. Wir fordern das Präsidium auf, umgehend ein Referat Ärztinnen zu schaffen, damit die Interessen der hessischen Ärztinnen verstärkt eingebracht werden können. Die Regionalgruppen des DÄB bieten bei allen Fragen ihre Mitarbeit an.

Die Hessischen Gruppen des Deutschen Ärztinnenbundes e.V.  
Frankfurt: Dr. Kirsten Borchers – Gießen: Dr. Margrit Saehn  
Kassel: Dr. Hannelore Freudenberg – Marburg: Dr. Susan Trittmacher  
Wiesbaden-Mainz: Dr. Brigitte Schuler



tung gezogen. Die Ärzte stehen dabei alleine.

Auch und gerade im Bereich des ambulanten Operierens versuchen die Kostenträger vermehrt in die Entscheidungsfreiheit des Arztes einzugreifen. Dabei nutzen sie die gesundheitspolitische Forderung, immer mehr operative Leistungen aus dem stationären Sektor in den ambulanten Bereich zu verlagern. Bereits mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) aus dem Jahre 1993 wurde die ambulante Durchführung operativer, diagnostischer und therapeutischer Eingriffe so erheblich forciert, daß rasch entsprechende Operationseinrichtungen verschiedenster Organisationsformen entstanden. Damit verbunden war die ebenso rasch zunehmende Erkenntnis, daß viele medizinrechtlich relevante Fragen im Zusammenhang mit ambulanten Operationen nicht oder nicht ausreichend geklärt waren, was verständlicherweise zu einer wachsenden Verunsicherung bei Ärzten, Patienten, Trägern von Krankenhauseinrichtungen und Versicherungen führte.

Ungeachtet dieser vielfach unbefriedigenden Situation hat der Gesetzgeber die maßgeblichen Regelungen im SGB V durch die Gesundheitsreform 2000 dahingehend verschärft, daß die Partner des dreiseitigen Vertrages die ambulant durchführbaren Operationen und stationärsersetzenden Eingriffe gesondert zu benennen haben, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können. Ferner sind allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann.

Auch wenn nach wie vor viele mit dem ambulanten Operieren zusammenhängende Fragen tatsächlicher und rechtlicher Natur ungeklärt sind und der Gesetzgeber ungeachtet dessen mit dem Argument knapper Kassen versucht, das ambulante Operieren weiter zu forcieren, sind doch nachfolgende Aussagen im Zusammenhang mit dem ambulanten Operieren unumstößlich.

Wie bei der konservativen Erken-

### Kommentar zu dem Leserbrief des DÄB

Das Präsidium der Landesärztekammer Hessen unterstützt auch weiterhin, wie in den vergangenen Jahren, nachhaltig die Anliegen unserer weiblichen Berufsangehörigen. Aus diesem Grunde hat die Landesärztekammer Hessen bereits vor zehn Jahren als eine der ersten Kammern in Deutschland ein Referat „Ärztinnen“ eingerichtet.

Bei der Aufstellung der Kandidatenlisten für die Kammerwahl 2000 haben sich meines Wissens alle Listenführer nachhaltig darum bemüht, Kolleginnen in einer ausreichenden Anzahl zur Kandidatur auf ihren Listen zu bewegen, jedoch mit bescheidenem Erfolg. Immerhin wurde Dr. Margita Bert von der Liste „Fachärzte Hessen“ erneut in das Präsidium der Landesärztekammer Hessen gewählt. Auch ist Dr. Brigitte Ende, die Vorsitzende der Bezirksärztekammer Gießen, zugleich Vorsitzende des Aufsichtsrates des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen.

Der Deutsche Ärztinnenbund sollte sich auch auf die Aufgabe konzentrieren, Kolleginnen in ausreichendem Maße für die aktive Mitarbeit in ärztlichen Gremien zu motivieren. Dies ist die unabdingbare Voraussetzung dafür, daß Ärztinnen in einem ihrem Anteil an unserem Berufsstand entsprechenden Maße in diesen Gremien vertreten sind.

Für das Präsidium der Landesärztekammer Hessen:

Dr. med. A. Möhrle – Präsident

nung und Behandlung von Krankheiten ist auch im Rahmen von diagnostischen und therapeutischen operativen Eingriffen das Wirtschaftlichkeitsgebot zu berücksichtigen. Danach müssen die operativen Maßnahmen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Im Rahmen der Krankenhausbehandlung bekräftigt § 39 Abs. 1 SGB V das Wirtschaftlichkeitsgebot in der Weise, daß Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus haben, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Es steht im uneingeschränkten Ermessen des jeweils verantwortlichen Arztes, über die Indikation zum ambulanten Operieren in Übereinstimmung mit dem Patienten frei zu entscheiden, da der Arzt unter haftungsrechtlichen

Gesichtspunkten gegenüber seinem Patienten für eine an dem jeweiligen medizinisch-wissenschaftlichen Standard orientierte Leistung allein verantwortlich ist.

Soweit der Medizinische Dienst der Krankenkassen oder – wie zunehmend zu beobachten ist – die Krankenkassen unmittelbar abweichend vom medizinisch-wissenschaftlichen Standard der jeweiligen Behandlungsmethode versuchen, die Therapie- und Methodenvahlfreiheit der Ärzte zu beeinflussen, muß dem nach dem Stand der heutigen Rechtsordnung dringend und mit aller Schärfe entgegengewirkt werden. Dabei müssen die betroffenen Ärzte mit den jeweiligen wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und den jeweiligen betroffenen Krankenhausträgern einvernehmlich zusammenwirken und etwaige Kürzungen in den Vergütungen abwehren. Zur Bestimmung des maßgeblichen medizinischen Standards kann im übrigen vielfach auf die mittlerweile in großer Zahl vorhandenen Leitlinien der Fachgesellschaften zurückgegriffen werden, soweit dort Aussagen über Liegezeiten und Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit gemacht werden.

Rechtsanwalt Dr. A. Wienke, Köln



# Willkommen im XXI. Jahrhundert

*(Sarkastisch-boshafte Bemerkungen zum Jahresanfang)*

Diesmal brauchen wir uns nicht zu streiten. Der Fall ist entschieden. Wir sind im XXI. Jahrhundert. Noch vor einem Jahr hatten manche ihre Zweifel, wann das neue Jahrhundert eigentlich genau beginnt, aber jetzt sind alle Zweifel beseitigt: Wir sind ganz sicher drin.

## Was wird uns das Jahr 2001 bringen?

Eigentlich sollte man den Tag nicht vor dem Abend loben, umso weniger ein Jahr, bevor es abgelaufen ist. Aber erstens wollen wir nicht loben, und zweitens haben wir Ärzte sowieso nichts Positives vom Jüngling 2001 zu erwarten.

Die Politik scheint offenbar zum letzten Gefecht gegen die Freiberuflichkeit der Ärzte zu blasen. Die Positivliste ist schon vorbereitet, gleichzeitig mit ihrer Bekanntgabe werden höchstwahrscheinlich die ersten „Qualitätsmaßnahmen“ wirksam werden. Dann werden wir nur die Medikamente verordnen dürfen, die in der Positivliste vertreten sind, und behandeln können wir nur nach bestimmten Leitlinien, die für bestimmte Krankheiten vorgesehen sind. Hurra, dann müssen die Ärzte nicht mehr denken - nur noch behandeln wie vorgeschrieben... Der Mensch ist ab dann standardisiert. Das kann lustig werden, doch wohl kaum für den Patienten.

Die Hausärzte werden zu Treppen-terriern und zu Verteilern von Überweisungen an die Fachkollegen. Diese werden ihrerseits peu à peu an die Krankenhäuser angebunden oder auch in größere Praxisnetze integriert. So wird die Trennung der beiden Säulen der ambulanten Versorgung auf alle Zeiten zementiert. Einige Politiker werden sich glücklich fühlen, werden „daß wir das noch erleben dürfen“ vor

sich hinmurmeln. Endlich haben sie ihr Ziel erreicht, die Ärzteschaft ist gespalten, da wird man mit ihr je nach Bedarf umspringen können. Diese Damen und Herren werden damit bestimmt selig und zufrieden sein – die Betroffenen, die Kranken und ihre Ärzte weniger... Werden die Politiker eigentlich nie krank?

Man sollte dabei nicht annehmen, daß die Damen und Herren, die für unser Gesundheitswesen verantwortlich sind, aus lauter Sorge um die ambulante Versorgung den stationären Sektor vergessen hätten. Nein, dieser Gedanke wäre völlig abwegig. Die denken doch an alles. Die Krankenhausärzte werden sich langsam an die D.R.G. (Diagnosis Related Groups) gewöhnen müssen und sie werden dafür auch entsprechend gedrillt. Die, die bisher vielleicht das Glück hatten, von den Segnungen des heiligen Bürokratius halbwegs verschont geblieben zu sein, werden jetzt akribisch jede Injektion und jeden therapeutischen Griff dokumentieren und erfassen müssen. Sonst bekommen sie Ärger mit ihrem Vorgesetzten, der wiederum mit seinem Chef, dieser postwendend mit der Verwaltung, diese dann mit dem Krankenhausträger und der wieder mit den Krankenkassen. Diese Kette könnte noch beliebig erweitert werden.

Wer noch nicht genug hat, don't worry be happy... Alle, die vor sechs Wochen auf der „Medica“ in Düsseldorf waren, wurden dort an Ort und Stelle aufgeklärt. Fazit der größten medizinischen Messe der Welt war, daß wir bald keine universitätsgeschulten Doktores mehr brauchen werden. Die durch Computer gesteuerten Maschinen und andere Roboter werden den Arzt ersetzen. Gesucht werden in der Zukunft vor allem medizinisch geschulte Techniker, die im Fall einer Störung den Fehler schnell werden

beheben können. Wie human und angenehm das doch für den Kranken sein wird!

Schon heute können ältere Ärzte, die 20–30 Jahre im Beruf stehen, kaum mehr mit der eigener Progenitur, die in ihre Fußstapfen getreten ist, Schritt halten. Das „Schöne, neue Welt“ von Aldoux Huxley hat gerade erst begonnen. Wir haben noch viel, viel vor uns.

Doch kein Grund zur Panik. „Non lasciate omni speranza“. Wir sollten unsere Hoffnungen nicht zu früh verlieren, es bleibt uns noch ein Trost:

Das Jahr 2001 wird bestimmt besser werden. Als das Jahr 2002.

ski

# 50 Jahre Deutsche Psychoanalytische Vereinigung

Die Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) feierte im Jahr 2000 ihren 50. Geburtstag. Aus diesem Grund fand die Herbsttagung der Vereinigung vom 22. bis 26. November in größerem Rahmen als gewohnt im Frankfurter Palmengarten statt. Außer den Mitgliedern der DPV waren auch Vertreter von Fachmedien eingeladen worden. Kritisch setzten sich die Referenten in dem umfangreichen Tagungsprogramm sowohl mit der Historie als auch mit dem heute nicht mehr unumstrittenen Stellenwert der Psychoanalyse auseinander. Deutlich wurde, daß Freud noch immer ein wichtiger Bezugspunkt ist, Praxis und Lehre sich aber weiter entwickelt haben. An die Stelle einer psychoanalytischen Schule sind verschiedene Denkmuster und Theorien gerückt.

## Das Wissen um die eigene Geschichte

Zwei thematische Schwerpunkte hatten die Veranstalter unter der Federführung von Dr. Werner Bohleber, dem Vorsitzenden der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung, in Frankfurt festgelegt: Zum einen war die Geschichte der Psychoanalyse und der DPV in Deutschland Gegenstand von Vorträgen oder Seminaren, zum anderen wurde der Entwicklungsstand der heutigen Psychoanalyse dargestellt und diskutiert. „Der Mensch erkrankt, weil er etwas verdrängt, was er nicht wissen und nicht wahrhaben will – und er wird wieder gesund, so weit er den Mut und die Fähigkeit wiedergewinnt, etwas wissen und wahrhaben zu wollen. Die Gesundheit des Menschen hat etwas mit dem Wissen zu tun“, zitierte Professor Ludger M. Hermanns aus Berlin die 1945 niedergeschriebenen Worte des Gründers der DPV, Carl Müller-Braunschweig. Auf die DPV gemünzt, wandelte er das Zitat ab und stellte es seinem Vortrag in der neuen

Form als „Anfangsüberlegung“ voran: „Die Gesundheit einer psychoanalytischen Gruppe hat mit dem Wissen um ihre eigene Geschichte zu tun“.

Als historisch bedeutsame Zeitpunkte, die zugleich auch Konfliktfelder der Vereinigung beleuchteten, bezeichnete Hermanns die Gründung der DPV im Jahre 1950, die nachgeholt Gedenkfeiern zu Freuds 100. Geburtstag 1956 und zuletzt – von 1977 bis Ende der 80er Jahre – die heftigen Auseinandersetzungen um die Gruppenidentität. 50 Jahre DPV: Das Jubiläum bedeute nicht, daß die Vereinigung damals sozusagen aus dem psychoanalytischen Nichts in die Welt gehoben worden sei. 1938 war die Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG) aufgelöst worden; die Neugründung unter diesem Namen nach dem Krieg habe 1960 ihres angeblich fünfzigjährigen Bestehens seit der Gründung 1910 gedacht und dabei den Bruch der Kontinuität im Nationalsozialismus unterschlagen, sagte Hermanns. Als Abspaltung aus der DPG wurde 1950 die DPV gegründet.

## Gründer der Nachkriegspsychoanalyse

Initiator war der Philosoph Müller-Braunschweig (1881–1951). Sein Anpassungskurs in den Jahren der NS-Diktatur hat der Vereinigung jedoch nach Hermanns Worten eine problematische Hinterlassenschaft beschert. Wie die anderen führenden Repräsentanten der DPG war er am Ausschluß der jüdischen Kollegen beteiligt gewesen und hatte in dem schulübergreifenden „Göring-Institut“ in leitender Position mitgearbeitet. Erst nach vielen Jahren habe man in der DPV begonnen, sich mit diesem Erbe auseinanderzusetzen, betonte Hermanns.

1959, drei Jahre nach den Freud-Gedenkveranstaltungen, hob Professor Alexander Mitscherlich, die zweite

Gründerfigur der deutschen Nachkriegspsychoanalyse, das staatliche „Institut und Ausbildungszentrum für Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin“ in Frankfurt aus der Taufe. Unter dem 1964 eingeführten Namen „Sigmund-Freud-Institut“ baute er es zum größten psychoanalytischen Institut und zu einer sozialpsychologischen Forschungsstätte aus. Nicht zuletzt Mitscherlich und seinem wirkungsvollen Auftreten war die Blütezeit der Psychoanalyse in Deutschland Mitte der 70er zu verdanken gewesen; in dieser Zeit fand sie auch Eingang in die kassenärztliche Versorgung der Bevölkerung und unter der Rubrik Psychosomatik und Psychotherapie in die Medizinischen Fakultäten und in die Psychiatrie-Enquete. Doch 1977 wurden die erfolgsverwöhnten deutschen Analytiker aufgerüttelt und mit der Nazi-Vergangenheit der deutschen Psychoanalyse konfrontiert: Auf dem Internationalen Kongreß in Jerusalem hatten sie zu einem IPV-Kongreß nach Berlin eingeladen und wurden zurückgewiesen.

## Auseinandersetzung mit der Vergangenheit

Eine Absage mit Folgen, in deren Verlauf die DPV fast auseinanderzubrechen drohte: An die Stelle der Verdrängung trat eine bewußte Auseinandersetzung mit der Vergangenheit. Zugleich öffnete sich die deutsche Psychoanalyse nach außen, was sie angreifbarer aber auch freier machte und in die internationalen Zusammenhänge integrierte: Die DPV ist ein Zweig der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung.

International ist auch die Frage, wie erfolgreich psychoanalytische Behandlungen sind. Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber, Prof. Dr. Ulrich Stuhr, Prof. Dr. Manfred Beutel und Prof. Dr. Bernhard Rieger stellten in Frankfurt eine Katamnesestudie der Forschungs-

kommission der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung über Langzeitwirkungen und Psychotherapien vor. Als entscheidende Perspektive auf die Ergebnisse der Therapie gilt darin die subjektive Sicht der ehemaligen Patienten.

Mindestens vier Jahre mußten seit Beendigung der Therapie vergangen sein; die Patienten erhielten standardisierte Fragebögen. Auch wurden mit Einverständnis der Befragten Krankenkassendaten in die Studie integriert. Über 400 ehemalige Patienten und über 300 Kollegen (von denen 201 in die Studie mit einbezogen wurden) erklärten sich zur Teilnahme bereit. 75% der Patienten berichteten durchschnittlich 6,5 Jahre nach Abschluß der Behandlung, daß sie vor der Therapie in ihrem Gesamtbefinden deutlich beeinträchtigt waren; zum Katamnesezeitpunkt hingegen gaben 65% ein gutes Befinden an. Immerhin 23% erklärten, ihr Befinden sei vom Ende der Therapie bis zum Katamnesezeitpunkt stabil geblieben. Noch sind die Auswertungen der Krankenkassenangaben über Krankschreibungen und Krankenhaustage nicht

vollständig ausgewertet; Stichproben zeigten jedoch signifikante Übereinstimmungen mit den Patientenangaben.

### Gesellschaftliche Gewalt

Eine psychoanalytische Sichtweise sanktionierter gesellschaftlicher Gewalt präsentierte Professor Dr. Otto F. Kernberg, Präsident der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung, in seinem Frankfurter Vortrag. Als wesentlichen sozialen Faktor, der die Entstehung sozialer Gewalt begünstige, beschrieb er den Zerfall eines traditionellen, deutlich strukturierten und sozial stabilen Regierungssystems sowie der damit verbundenen sozialen Kontrolle. Dies gelte auch für Gesellschaften, die einen so raschen ökonomischen und kulturellen Wandel durchliefen, daß die traditionellen kulturellen Bindungen zerstört würden und es gleichzeitig zu schweren ökonomischen Belastungen für weite Teile der Bevölkerung komme. In der Konsequenz könnten Arbeitslosigkeit, der Zerfall von Familien und rechtsfreie Räume zur Ausbildung von Randgruppen mit antisozialen Verhaltens-

weisen führen. Laut Kernberg besteht eine fundamentale Ursache sozialer Gewalt in der ungelösten, potentiell verfügbaren und primitiven Aggression eines Individuums, die im Normalfall in Partner- und Familienbeziehungen sowie in die Rollenbeziehungen im sozialen Miteinander eingebracht würden.

Bestehe dieses Gefüge nicht mehr, gehe von narzißtischer Selbstidealisierung – besonders dem malignen Narzißmus- und einer paranoiden Strukturierung der Realität eine der größten Gefahren aus: Sowohl für Gruppen als auch für Individuen. Verleugnung der Aggression in utopischen Ideologien begünstige das Gefahrenpotential noch. Der erste Schritt zur Lösung des Problems müsse, so Kernberg, darin bestehen, das unvermeidbare Wesen der menschlichen Aggression anzuerkennen. Für ein echtes Wachsen von Liebe und echtes Engagement für Ideale sei es unerlässlich, sich deren destruktive und autodestruktive Anteile und Versuchungen einzugestehen.

Katja Möhrle

## Freier Beruf in freiem Fall

Es ist eigentümlich, daß nach dem ersten Urteil im „FALL SCHOTT-DORF“, nur ein kurzes Aufschreien oder Aufstöhnen in der Tages- und Fachpresse zu lesen war, daß aber ein Hinweis auf die Folgen des Mammutprozesses nicht erschien.

Auch die wissenschaftliche Seite der Labormedizin meldete sich nicht. Ratlosigkeit, schlechtes Gewissen oder gespielte Gleichgültigkeit?

Es ist wahr, daß dieser Prozeß noch nicht abgeschlossen ist (er kann Jahre dauern), es ist wahr, daß die rein strafrechtlichen Tatbestände schwer zu beurteilen sind, es ist wahr, daß die Vorgeschichte des Falls Sch. Für manche Organisationen nicht gerade zum Ruhmesblatt gereichte, es ist auch wahr, daß die Labormedizin, z.T.

selbstverschuldet nicht gerade der Liebling der Gesamtärzteschaft ist. Auch deshalb, weil z. Zt. Entscheidungen für alle ärztlichen Disziplinen anstehen, die in der politischen Gesamtsicht wichtiger sind als der Fall Sch.

Ich melde mich heute als „Zeitzeuge“: vor fast 20 Jahren habe ich in einem „Streitgespräch“ mit Herrn Sch. (eine medizinische Zeitung war der Initiator) darauf hingewiesen, daß die Fakultät LABORMEDIZIN im freien (ärztlichen) Beruf eine besondere Schlüsselrolle spielt: fällt diese ärztliche Sparte auf die Dauer aus der ärztlichen Familie aus, kann es zu einem gefährlichen Dominoeffekt kommen. Nicht nur die Labormedizin fällt dann in das große Gebiet der Technik. Auch andere rein ärztliche Disziplinen sind anfällig ge-

genüber der rapide wachsenden Technik und ... ein Doppelstudium wird immer eine Ausnahme bleiben.

Über die strafrechtliche Seite des Falles Sch. kann ich nichts sagen, aber Arbeit eines Freien Berufs war das Augsburger Wirken nicht.

Sehr interessant ist beim Wiedersehen des zitierten Streitgesprächs, daß die Presse damals begeistert von den technischen Möglichkeiten des Instituts Sch. war (zum Wohle des Patienten ... nach Tische liest man anders).

Letzte Anmerkung: bei einem laborärztlichen Kongreß vor einigen Wochen waren von den Teilnehmern nur etwa 20–30% Labor-Ärzte. Sic transit gloria mundi!

Wolfgang Weimershaus

# AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG UND WEITERBILDUNG DER LÄNDERSÄRZTEKAMMER HESSEN

Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, Telefon 06032/782-0, Telefax 06032/782-220  
e-mail-Adresse: AkaHessen@t-online.de / Homepage: www.laekh.de

## ALLGEMEINE HINWEISE



**PROGRAMME:** Die Akademie muß sich kurzfristige Änderungen vorbehalten. Wir bitten um Verständnis!

**ANMELDUNGEN:** Bitte schriftliche Anmeldungen an die Akademie (s.o.). Bei der Vielzahl der Seminare gilt Ihre Anmeldung als angenommen, wenn wir keine Absage z. B. wegen Überbelegung schicken. Anmeldebestätigungen und schriftliche Zusagen - mit Zahlungsaufforderung - können wir nur bei den Kursen versenden. Beachten Sie bitte jeweils die organisatorischen Angaben, insbesondere zu den Anmeldungen!

**TEILNAHMEGEBÜHREN:** Sofern nichts anderes angegeben ist: 70,— DM/halber Tag, 120,— DM/ganzer Tag für Nicht-Mitglieder der Akademie - zu zahlen am Tagungsbüro. Für die Ärzte im Praktikum ist die Teilnahme an AiP-Seminaren kostenlos.

**MITGLIEDSCHAFT:** Es besteht die Möglichkeit, am Tag der Veranstaltung die Mitgliedschaft zu erwerben, mit Ausnahme der Kurse und Veranstaltungen, für die die Teilnahmegebühr vorher entrichtet werden muß; dann kann die Mitgliedschaft nur mit der Anmeldung beantragt werden, und nur dann gelten die reduzierten Teilnahmegebühren. Der Jahresbeitrag für die Akademiemitgliedschaft beträgt zur Zeit 150,- DM.

**ÄRZTE IM PRAKTIKUM:** Die mit **[AiP]** gekennzeichneten Veranstaltungen werden a u c h für den „Arzt im Praktikum“ als Ausbildungsseminar nach § 34 c AAppO anerkannt. Dafür ist die namentliche schriftliche Anmeldung erforderlich!

**ZERTIFIZIERUNG:** Die angegebenen Punkte **[P]** gelten für den Erwerb des Fortbildungszertifikats.

**Achtung:** Die AiP-Anerkennung sowie die Punktezahl für die Zertifizierung können wir erst bekanntgeben, wenn das vollständige Programm vorliegt.

## FREIWILLIGE ZERTIFIZIERUNG DER ÄRZTLICHEN FORT- UND WEITERBILDUNG

### MEHR PUNKTE FÜR HESSENS ÄRZTE

nach den einheitlichen Bewertungskriterien ab Januar 2001

Die Delegierten der Landesärztekammer Hessen haben am 11. November 2000 der Einführung der „Einheitlichen Bewertungskriterien“ für die freiwillige Zertifizierung der ärztlichen Fort- und Weiterbildung zugestimmt. Damit wird von Januar 2001 an in Hessen das seit zwei Jahren erprobte Modell abgelöst. Vorteile: bundes-, bald sogar europaweite einheitliche Zertifizierung/Punktezahl und mehr Punkte als nach dem bisherigen hessischen Modell.

Nach den „Einheitlichen Bewertungskriterien“, die der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung im September 2000 erarbeitet hat, gelten 4 verschiedene Kategorien von Fortbildungsmaßnahmen:

**Kategorie A: Vortrag und Diskussion** („Frontalveranstaltung“)  
1 P pro Fortbildungsstunde, 3 P pro 1/2 Tag bzw. 6 P pro Tag  
1 Zusatzpunkt bei Lernerfolgskontrolle bzw. Themenwahl aus dem aktuellen Fortbildungskatalog

**Kategorie B: mehrtägige Kongresse im In- und Ausland**  
3 P pro 1/2 Tag bzw. 6 P pro Tag, maximal 20 P pro Jahr

**Kategorie C: Fortbildung mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers** (z.B. Workshop, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel, Balintgruppen, Kleingruppenarbeit, Supervision, Fallkonferenzen, praktische Übungen, Hospitationen)

1 P pro Fortbildungsstunde, 1 Zusatzpunkt pro Veranstaltungseinheit maximal 4 P pro 1/2 Tag bzw. 8 P pro Tag, 1 Zusatzpunkt bei Lernerfolgskontrolle bzw. Themenwahl aus dem aktuellen Fortbildungskatalog

**Kategorie D: Strukturierte interaktive Fortbildung** via Internet, CD-Rom; Fachzeitschriften mit nachgewiesener Qualifizierung und Auswertung des Lernerfolgs in Schriftform.

Die hierfür anrechenbaren Medien und Inhalte müssen zuvor von der Landesärztekammer anerkannt werden.

1 P pro Übungseinheit, maximal 10 P pro Jahr

**Blockveranstaltungen** (z. B. Kurse und Mehrtagesveranstaltungen mit einheitlicher thematischer Ausrichtung): 3 Punkte pro 1/2 Tag, 6 Punkte pro Tag - maximal 20 Punkte pro Kurs/Veranstaltung.

Für das **Selbststudium** durch Fachliteratur und -bücher sowie Lehrmittel werden 10 P pro Jahr angerechnet.

**Autoren/Referenten** erhalten 1 P pro Beitrag/Poster/Vortrag, maximal 10 P pro Jahr.

Bei der Auswahl der Fortbildungsveranstaltungen sollten sowohl fachspezifische als auch interdisziplinäre Themen berücksichtigt werden, wobei die wesentlichen Anteile des Faches abgedeckt werden sollen. Die Grundeinheit der Berechnung ist der „Fortbildungspunkt“. Dieser entspricht in der Regel einer abgeschlossenen Fortbildungsstunde (45 Minuten). Fortbildungspunkte können nur für die Teilnahme an vorher von der zuständigen Ärztekammer anerkannten Fortbildungsveranstaltungen erworben werden.

#### Erwerb des Fortbildungszertifikats:

Das Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer Hessen wird nur für **Kammermitglieder** ausgestellt. Die/der approbierte Ärztin/Arzt erwirbt und dokumentiert in 3 Jahren 150 Fortbildungspunkte und stellt dann einen Antrag bei der Akademie der Landesärztekammer Hessen.

### Zertifizierung: Pilotprojekt der Akademie mit den Haftpflichtversicherungen „Allianz“ / „Vereinte“ und „DBV-Winterthur“

Alle in Hessen niedergelassenen Fachärzte für Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, HNO-Krankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin (mit allen Zusatzbezeichnungen außer Kardiologie), Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie und Radiologische Diagnostik, die ihre Fortbildung zertifizieren lassen, erhalten gegen Vorlage von Teilnahmebescheinigungen auf ihre Haftpflichtversicherung bei der „Vereinte Krankenversicherung“ einen Bonus von ca. 25 % (Reduktion der Jahresprämie von DM 806,- auf DM 600,-). Dies gilt ab 1. Juli 2000, für neue Verträge ebenso wie für bestehende. Nach drei Jahren legt der Arzt der Versicherung das von der Landesärztekammer ausgestellte „Fortbildungszertifikat“ vor, um weiter in den Genuß der Vergünstigung zu kommen.

Die DBV-Winterthur bietet ebenfalls einen Nachlaß für hessische Ärzte an, die das Fortbildungszertifikat erwerben: Allen Fachärzten wird ein Nachlaß von 10% auf die tarifliche Haftpflichtprämie eingeräumt, sofern sie sich freiwillig durch Fortbildungsveranstaltungen zertifiziert haben.

## I. SEMINARE / VERANSTALTUNGEN ZUR PERMANENTEN FORTBILDUNG

### CHIRURGIE - PLASTISCHE CHIRURGIE

#### Senologie:

Interdisziplinäre Aspekte zur Diagnostik, Therapie und  
Rekonstruktion des Mamma-Karzinom

Sektion Chirurgie - Plastische Chirurgie

Samstag, 17. Februar 2001, 9 s. t. bis 14 Uhr, Frankfurt a. M.

AiP  
6 P

**Tagungsort:** St. Markus-Krankenhaus, Aula im OvL-Haus, Wilhelm-Epstein-Straße 2. **Leitung:** PD Dr. med. K. Exner, Frankfurt a. M.

Einführung in das Thema: PD Dr. med. K. Exner; Neue dreidimensional gesteuerte Biopsieverfahren an der Mamma: Prof. Dr. med. Th. Vogl, Frankfurt a. M.; Klassische Dissektion der axillären Lymphabflußwege versus Sentinel-Biopsie - operationstechnische und diagnostische Erwä-

gungen: Dr. med. L. Zwiorek / Prof. Dr. med. K.-D. Schulz, Marburg; Downstaging und brusterhaltende Verfahren beim Mamakarzinom - Neoadjuvante Chemotherapie und Operationstechnik: PD Dr. med. K. Wernicke, Frankfurt a. M. - Radiologische Aspekte: Prof. Dr. med. H.-J. Herrmann, Frankfurt a. M.; Bildgebende Diagnostik nach brusterhaltender Therapie: Dr. med. Margit Reichel, Wiesbaden; Neue Entwicklungen in der adjuvanten Therapie des Mamakarzinoms: Dr. med. R. Kleinschmidt, Frankfurt a. M.; Skin sparing mastectomy - Indikation und Operationstechnik der modifizierten Mastektomie mit Primärrekonstruktion: PD Dr. med. K. Exner; Brustrekonstruktion mit Eigengewebe: Neue mikrochirurgische Entwicklungen: Dr. med. A. Peek, Frankfurt a. M. Refinements zur Rekonstruktion von Mamille und Symmetrie: Dr. med. O. Scheuffler, Frankfurt a. M. - Selbstevaluation (Fragebogen)

**Kein Kostenbeitrag!**

## CHIRURGIE-UNFALLCHIRURGIE

### Wundbehandlung - eine interdisziplinäre Aufgabe? **AiP**

Sektion Chirurgie - Unfallchirurgie  
**Samstag, 27. Januar 2001, 9 c. t. bis 16 Uhr, Bad Nauheim**

**Leitung:** PD Dr. med. R. Inglis, Frankfurt a. M.  
Dr. med. M. Raible, Kassel

**Tagungsort:** Kongreß-Saal im Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 28. Telefon während der Veranstaltung 0 60 32/782-232. s. HA 12/2000

## HALS-NASEN-OHRENHEILKUNDE

Sektion Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
**Samstag, 3. Februar 2001 (wird verschoben)**

## INNERE MEDIZIN - ANGIOLOGIE

### Thromboembolie-Prophylaxe unter medizinischen und juristischen Aspekten **AiP**

Sektion Innere Medizin - Angiologie  
**Mittwoch, 14. März 2001, 9 c. t. bis 16.30 Uhr, Bad Nauheim**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle, Frankfurt a. M.

**Tagungsort:** Kongreß-Saal im Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 28

## KARDIOLOGIE

### Neue interventionelle Methoden in der Kardiologie

Sektion Innere Medizin - Kardiologie  
**Neuer Termin: Samstag, 24. Februar 2001 (statt 20. Januar)**  
**9 c. t. bis 13 Uhr, Frankfurt a. M.**

**Leitung:** Dr. med. H.-F. Spies, Frankfurt a. M.

**Tagungsort:** Medienzentrums am Bethanienkrankenhaus, Im Prüfling 36, 60389 Frankfurt a. M.

## KINDERHEILKUNDE UND JUGENDMEDIZIN

### Diagnostische Strategien in der Pädiatrie - Bedeutung molekularbiologischer und molekular-genetischer Methoden **AiP**

Sektion Kinderheilkunde und Jugendmedizin  
**Samstag, 10. Februar 2001, 9 c. t. bis 16 Uhr, Bad Nauheim**

**Tagungsort:** Kongreß-Saal im Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 28.

**Leitung:** Prof. Dr. med. G. Neuhäuser, Gießen  
Prof. Dr. med. M. Reither, Kassel

Neue Entwicklungen in der Humangenetik. Das Human Genome Projekt: Prof. Dr. med. U. Müller, Gießen; Diagnostische Strategie in der Neonatologie: Prof. Dr. med. L. Gortner, Gießen; - Hämatologie / Onkologie: PD Dr. med. A. Borkhardt, Gießen; - Kardiologie / Stoffwechsel: PD Dr. med. J. Kreuder, Gießen; - Endokrinologie: PD Dr. med. St. Wudy, Gießen; - Gastroenterologie: Prof. Dr. med. K. M. Keller, Wiesbaden; - Nephrologie: Dr. med. M. Konrad, Marburg; - Neurologie (Dystonien): Dr. med. Daniela Steinberger, Gießen; - Kinder- und Jugendpsychiatrie: Prof. Dr. med. F. Poustka, Frankfurt a. M. Selbstevaluation (Fragebogen)

## LABORATORIUMSMEDIZIN

### Molekularbiologische Diagnostik viraler Erkrankungen

Sektion Laboratoriumsmedizin  
**Samstag, 3. Februar 2001, 9 c. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim**

**Tagungsort:** Raum Wetterau im Akademiegebäude des Fortbildungszentrums der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7.

**Leitung:** Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. N. Katz, Gießen  
HIV, Diagnostik und Therapiekontrolle: Prof. Dr. med. H.W. Doerr, Frankfurt a. M.; Hepatitis A bis E, blutübertragbare Viren: Prof. Dr. med. W.H. Gerlich, Gießen; Humane Herpesviren Typ 1 bis 8, connatal übertragbare Viren (Parvo B 19): Prof. Dr. med. Th. Mertens, Ulm.

## NEUROCHIRURGIE

### Das Hirnarterienaneurysma **4 P**

Sektion Neurochirurgie  
**Samstag, 24. Februar 2001, 9 c. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim**

**Tagungsort:** Terrassensaal I und II im Kurhaus des Hessischen Staatsbades, Terrassenstr., Telefon während der Veranstaltung 0 60 32/30 30

**Leitung:** Prof. Dr. med. H. Bertalanffy, Marburg

Klinische und pathophysiologische Auswirkungen der Subarachnoidalblutung: Prof. Dr. med. H.-R. Eggert, Kassel; Das Hirnarterienaneurysma - Endovaskuläre Versorgung mittels Coiloblitration: Dr. med. S. Bien, Marburg; Das Hirnarterienaneurysma - Operative Versorgung im vorderen cerebralen Kreislauf: Prof. Dr. med. D. K. Böker, Gießen; Das Hirnarterienaneurysma - Operative Versorgung im hinteren cerebralen Kreislauf: Prof. Dr. med. V. Seifert, Frankfurt a. M.; Die intensivmedizinische Behandlung der Patienten mit frischer Subarachnoidalblutung: Prof. Dr. med. T. Wallenfang, Fulda; Entscheidungsfindung und Vorgehen beim innocenten (nicht rupturierten) Hirnarterienaneurysma: Prof. Dr. med. H. Bertalanffy. - Selbstevaluation (Fragebogen)

## MEDIZIN IN DER LITERATUR

Medizin in den Essays von Michel de Montaigne  
**Donnerstag, 22. Februar 2001, 18 Uhr, Frankfurt a. M.**  
**Leitung:** Prof. Dr. phil. Dietrich von Engelhardt, Lübeck  
**Teilnahmegebühr:** 20,- DM

## PATHOLOGIE

### Weichteilsarkome **4 P**

Sektion Pathologie  
**Samstag, 3. Februar 2001, 9 c. t. bis 13 Uhr, Frankfurt a. M.**

**Tagungsort:** Senckenbergisches Zentrum für Pathologie, Hörsaal, Klinikum der JWG-Universität, Theodor-Stern-Kai 7

**Leitung:** Prof. Dr. med. G. Mall, Darmstadt  
**Referenten:** Prof. Dr. med. Dr. h. c. D. Harms, Kiel; PD Dr. med. Gunhild Mechttersheimer, Heidelberg; Prof. Dr. med. D. Katenkamp, Jena; PD Dr. med. L. Hovy, Hannover. - Selbstevaluation (Fragebogen)

## PHARMAKOTHERAPIE

### Pharmakotherapiekurs Behandlung des Diabetes mellitus **AiP**

Sektion Klinische Pharmakologie  
**Samstag, 20. Januar 2001, 9 c. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim**

**Tagungsort:** Terrassensaal I und II im Kurhaus des Hessischen Staatsbades, Terrassenstraße.

**Leitung:** Prof. Dr. med. H. Breithaupt, Gießen  
Prof. Dr. med. H. Laube, Gießen

Begrüßung und Einführung: Prof. Dr. med. H. Breithaupt; Diätetische Therapie des Diabetes mellitus: Prof. Dr. med. H. Laube, Gießen; Oralmedikamentöse Therapie des Diabetes mellitus: Prof. Dr. med. H. Breithaupt; Insulintherapie des Diabetes mellitus: Dr. oec. troph. Jutta Liersch, Gießen; Antihypertensive Therapie bei Diabetes mellitus: Prof. Dr. med. R. G. Bretzel; Behandlung der diabetischen Neuropathie: Prof. Dr. med. H. Stracke, Gießen. - Selbstevaluation (Fragebogen)

## PSYCHOSOMATIK

### Endop. Ekzem und Neurodermitis **9 P**

Sektion Psychiatrie - Psychosomatik, Psychotherapie  
**Samstag, 10. Februar 2001, 10 c. t. bis 16.15 Uhr, Bad Nauheim**

**Tagungsort:** Blauer Hörsaal im Akademiegebäude des Fortbildungszentrums der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7

**Leitung:** Dr. med. R. Haertel, Karben  
PD Dr. med. W. Milch, Gießen

**Einführung:** Bedeutung der Neurodermitis und chron. Ekzem in der Allgemeinpraxis und Psychosomatik: Dr. med. R. Haertel; Zur Theorie der Entstehung von Neurodermitis und chron. Ekzem: Dr. med. T. Führer, Wisselsheim; Alternative Verfahren zur Behandlung von Neurodermitis und chron. Ekzem (Biofeedback und Hypnotherapie): PD Dr. med. R. Schellenberg, Hüttenberg; Psychodynamik bei Neurodermitis und chron. Ekzem, mit Videodemonstrationen: PD Dr. med. W. Milch, Gießen; 4 Balint-Gruppenstunden. - Selbstevaluation (Fragebogen)

Das Seminar kann mit 4 Stunden Theorie und 4 Stunden Balint auf die Psychosomatische Grundversorgung angerechnet werden.

## SALUTOGENESE

### 9. „Wartburggespräch“ zur Salutogenese Umbau des Gesundheitswesens **17 P**

**28. bis 30. Januar 2001, Bad Nauheim**

**Leitung und Auskunft:** Prof. Dr. med. W. Schüffel, Zentrum für Innere Medizin der Philipps-Universität, Abt. Psychosomatik, Baldingerstraße, 35043 Marburg, Tel. 0 64 21/286-40 12. s. HA 12/2000

### Psychosomatik und psychosomatische Medizin In der ärztlichen Praxis

**33 P**

Sektion Psychiatrie - Psychosomatik, Psychotherapie  
Intensivseminare im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung  
**Samstag, 24. Februar 2001 und Sonntag, 25. Februar 2001  
und Samstag, 7. April 2001 und Sonntag, 8. April 2001  
Bad Nauheim jeweils von 9.15 Uhr bis 19.00 Uhr**  
**Leitung:** Dr. med. N. Peseschkian, Wiesbaden, und Mitarbeiter  
**Tagungsort und Anmeldung:** Akademie für ärztliche Fort- und Weiter-  
bildung der Landesärztekammer Hessen, z. Hd. Frau C. Lepka,  
Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, Tel.: 06032 / 7820  
s. HA 12/2000

**Tagungsort:** Klinikum der JWG-Universität, Kleiner Hörsaal,  
Haus 23 A, Theodor-Stern-Kai 7

**Leitung:** Prof. Dr. med. Th. Vogl, Prof. Dr. med. A. Moritz,  
Prof. Dr. med. A. Zeiher, Frankfurt a. M.

Aktueller Stellenwert der Diagnostik der koronaren Herzerkrankung mit  
Fragestellung an die bildgebenden Verfahren: PD Dr. med. V. Schächin-  
ger, Frankfurt a. M.; Multidetektor-CT - Grundlagen, Untersuchungs-  
technik, Evaluation: Dr. med. C. Herzog, Frankfurt a. M.; Kardiale  
Multidetektor-CT - Indikationen und Ergebnisse: Prof. Dr. med. Th. Vogl;  
Anforderungen der Kardiochirurgie an die bildgebende Diagnostik von  
Herzerkrankungen: PD Dr. med. G. Wimmer-Greinecker, Frankfurt a.  
M.; MRT des Herzens - Technik, aktuelle Stellenwert, Indikationen: Dr.  
med. Th. Diebold, Frankfurt a. M.; MRT bei pädiatrisch-kardiologischen  
Fragestellungen sowie der pulmonalen Strombahn: Dr. med. N. Abol-  
maali, Frankfurt a. M. - Selbstevaluation (Fragebogen)

Die fehlenden Programme folgen in HA 2/2001

### RADIOLOGISCHE DIAGNOSTIK

#### Radiologische Herzdiagnostik

**AiP  
4 P**

Sektion Radiologische Diagnostik  
mit der Frankfurter Medizinischen Gesellschaft  
**Samstag, 10. Februar 2001, 9 s. t. bis 12.20 Uhr, Frankfurt a. M.**

## II. FORTBILDUNGS-KURSE

### ULTRASCHALLKURSE

#### Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) 2001

- nach den Richtlinien der KBV und der DEGUM -

**Leitung:** DEGUM-Seminarleiter Dres. med. J. Bönhof, C. Dietrich,  
U. Meckler, H. Sattler, W. Stelzel und J. Fritsch (Kursleiter)

**Grundkurs** 30 Stunden (Theorie und Praktikum)

**Theoretischer Teil:**

Sa., 20.01. und So., 28.01.2001 (9 bis 18 Uhr in Bad Nauheim),  
**Praktischer Teil:** 2 Tage (5-6 Stunden) in kleinen Gruppen (5TN) in  
verschiedenen Kliniken

**Kursgebühr:** DM 750,- (Akademiemitglieder DM 690,-)

**Aufbaukurs** 30 Stunden (Theorie und Praktikum)

**Theoretischer Teil:**

Sa., 24.03. und So., 01.04.2001 (9 bis 18 Uhr in Bad Nauheim),

**Praktischer Teil: s. Grundkurs**

**Kursgebühr:** DM 750,- (Akademiemitglieder DM 690,-)

**Abschlußkurs** 16 Stunden (Theorie und Praktikum)

**Theoretischer Teil:**

Sa. 03.11.2001 (9 bis 18 Uhr in Bad Nauheim),

**Praktischer Teil: s. Grundkurs**

**Kursgebühr:** DM 400,- (Akademiemitglieder DM 370,-)

Bestätigung der Termine und Ausbildungsstätte nach schriftlicher Anmel-  
dung.

Die Teilnahme nur an der Theorie ist Fortbildung - sie kann daher nicht  
auf die unter § 6 der KBV-Richtlinien geforderte Teilnahme an den Kursen  
angerechnet werden!

**Auskunft und Anmeldung:** Akademie für ärztliche Fortbildung und  
Weiterbildung der LAK Hessen, Frau M. Jost, Carl-Oelemann-Weg 7,  
61231 Bad Nauheim, Tel. 0 60 32/782-201 (Di.-Do.), Fax: 0 60 32/782-  
229.

### DIDAKTIK

#### Moderatoren-Training

Qualifikation zum Moderator von Qualitätszirkeln nach SGB V  
**Bad Nauheim, Herbst 2000 - Frühjahr 2001**

**25 P**

**Leitung:** Dr. rer. nat. K. Nestel, Gau-Algesheim

**Termine:** 18.1., 22.2., 22.3., 26.4., 17.5. und 21.6.2001  
jeweils Donnerstag, 17.30 bis ca. 21 Uhr (der Kurs kann nur insgesamt  
belegt werden).

**Tagungsort:** Frankfurt a. M. Stadtgesundheitsamt, Mendelsaal, Brau-  
bachstraße 18 - 22

**Teilnehmerzahl:** mind. 12, Teilnahmegebühr: 540,- DM

**Auskunft und Anmeldung:** Akademie für ärztliche Fortbildung und  
Weiterbildung der LAK Hessen, z. Hd. Frau H. Harmert, Carl-Oelemann-  
Weg 7, 61231 Bad Nauheim, Tel. 0 60 32 - 7 82-2 13, Fax: 0 60 32 - 7  
82-2 20, e-mail-Adresse: akademie@laekh.de

### INTERNET FÜR ÄRZTE

**13./14. Januar 2001, Bad Nauheim****13 P**

**Leitung:** PD Dr. med. R. Inglis, Frankfurt a. M.

Zur Information über die Möglichkeiten der neuen Kommunika-  
tionsmedien bieten wir zum 4. Mal dieses zweitägige Seminar an.  
Es wird so aufgebaut sein, daß es am ersten Tag um die Vermittlung  
von Grundkenntnissen für Anfänger geht, die am zweiten Tag  
vertieft und erweitert werden. Anfängern wird der Besuch beider  
Seminartage empfohlen, Fortgeschrittene können am zweiten Tag  
dazukommen.

**Tagungsort:** Blauer Hörsaal im Akademiegebäude des Fortbildungs-  
zentrums der LAK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7,

**Teilnahmegebühr:** 2 Tage 205,- DM (für Mitglieder 130,-DM),  
1 Tag 140,- DM (für Mitglieder 70,- DM)

### LITERATUR UND QUELLENSUCHE IM INTERNET

Zielgruppe des Workshops sind Mediziner und Pharmazeuten aus  
dem klinischen und niedergelassenen Bereich, die bereits über einen  
Internet-Zugang verfügen, aber das Medium bisher noch nicht  
effektiv zur medizinischen Literatur- und Quellensuche benutzt  
haben.

*Dabei steht die praxisnahe Online-Übung am Computer im Vorder-  
grund, je 2 Teilnehmer arbeiten an einem PC.*

**Leitung:** Dr. med. S. Rosenbrock, Darmstadt

**Termin:** im Frühjahr 2001

**Teilnahmegebühr:** 500,- DM / 350,- DM Akademiemitglieder

**Anmeldung:** Bitte melden Sie formlos schriftlich Ihr Interesse der  
Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der LAK  
Hessen, z. Hd. Frau H. Harmert, Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad  
Nauheim, Fax: 0 60 32 / 7 82 2 20, e-mail-Adresse:  
akademie@laekh.de

### VERKEHRSMEDIZINISCHE BEGUTACHTUNG

**16-Stunden-Kurs****08./09. Juni 2001, Bad Nauheim****12 P**

**Leitung:** Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt a. M.  
**Programm s. HA 2/2001**

### 7. Curriculum

**Psychosomatische Grundversorgung  
Bad Nauheim****65 P****19.-21.1., 23.-25.3., 11.-13.5., 9.-11.11. (30.11.-2.12.) 2001**

**Leitung:** Prof. Dr. med. W. Schüffel, Marburg  
Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.

**Schriftliche Anmeldung:** An die Akademie für ärztliche Fortbildung  
und Weiterbildung der LAK Hessen, z. Hd. Frau C. Lepka, Carl-  
Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, Fax 0 60 32/782-228.  
s. HA 12/2000

## SPEZIELLE SCHMERZTHERAPIE 80-Stunden

Gemeinsam mit der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) e. V. führen wir kontinuierliche Fortbildung nach dem Kursbuch „Spezielle Schmerztherapie“ der Bundesärztekammer durch. Die Leiter des Kurses sind Dr. med. U. Drechsel, Wiesbaden, Prof. Dr. med. Tryba, Kassel, Prof. Dr. med. P. M. Osswald, Hanau, Dr. med. T. Wiehn, Grebenhain. Die Teilnahme wird in einer gesonderten Fortbildungsbescheinigung bestätigt; diese kann von den Kammern, die die Zusatzbezeichnung eingeführt haben, anerkannt werden. In Hessen ist die Zusatzbezeichnung derzeit nicht zu erwerben.

**Teil I:** Grundlagen, Psychologische, psychiatrische, psychosomatische Aspekte der Schmerztherapie.  
**Sa./So., 24./25. März 2001, Grebenhain, Vogelsbergklinik**  
**Leitung:** Dr. med. T. Wiehn

**Teil II:** Medikamentöse Schmerztherapie, Tumorschmerz und neuropathischer Schmerz.  
**Sa./So., 19./20. Mai 2001, Hanau, Städtisches Klinikum**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. P. M. Osswald

**Teil III:** Rückenschmerzen und Schmerzen am Bewegungsapparat, Physiotherapie, Blockadetherapie.  
**Sa./So., 03./04. November 2001, Kassel, Städtisches Klinikum**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. M. Tryba

**Teil IV:** Organisation und Dokumentation, Kopf- und Gesichtsschmerz und weitere Krankheitsbilder.  
**Sa./So., 24./25. November 2001, Wiesbaden, DKD**  
**Leitung:** Dr. med. U. Drechsel

Wir empfehlen dringend, den gesamten Kurs zu belegen

**Teilnahmegebühr:** 1.200,— DM, Akademiemitglieder: 1.050,— DM (bei Teilnahme an allen Wochenenden). Die reduzierte Teilnahmegebühr gilt nur bei bereits bestehender Mitgliedschaft, oder wenn sie mit der Anmeldung beantragt wird. Ansonsten 350,— DM pro Wochenende. Bei Nichtteilnahme, trotz fester Anmeldung, ist eine Bearbeitungsgebühr pro Unterrichtsblock in Höhe von 75,— DM zu zahlen.  
**Teilnehmerzahl:** 60

**Bitte nur schriftl. Anmeldungen an:** Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der LAK Hessen, z. Hd. Frau A. Zinkl, 61231 Bad Nauheim, Fax: 06032 / 782-229.

## Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RöV vom 8.1.1987

**Bad Nauheim. / Frankfurt a. M.**

**INFORMATIONSKURS** (8stündige Unterweisung)  
Samstag, 13. Januar 2001  
**GRUNDKURS\*** Samstag/Sonntag, 17./18. Februar 2001  
**SPEZIALKURS\*** Samstag/Sonntag, 24./25. März 2001  
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LAK Hessen

**Gießen:**

**INFORMATIONSKURS** (8stündige Unterweisung)  
Samstag, 23. Juni 2001  
**GRUNDKURS\*** Samstag/Sonntag 01./02. September 2001  
**SPEZIALKURS\*** Samstag/Sonntag 03./04. November 2001  
Tagungsort: Gießen, Klinikum der JLU-Universität,

\*Praktikum und Prüfung in der folgenden Woche an 1 Nachmittag nach Wahl ==> Frankfurt a. M. bzw. Gießen

Es wird dringend empfohlen, den Informationskurs vor dem Grund- und Spezialkurs zu besuchen.

**Bitte nur schriftliche Anmeldungen an die Akademie,** z.Hd. Frau E. Hiltcher.

## NOTFALLMEDIZINISCHE FORTBILDUNG

### „Notdienstseminar“

AiP

**Termine:**  
3./4. und 17. März 2001 in Bad Nauheim  
8./9. und 22. September 2001 in Bad Nauheim

Der vollständige Besuch wird als 1 Ausbildungsseminar für ÄiP anerkannt. Dieses Seminar gilt auch für Block 15 der Kursweiterbildung Allgemeinmedizin (KWA).

**Teilnahmegebühr:** 250,— DM (Akademiemitglieder: kostenlos).  
Bitte die Zahlungsaufforderung abwarten!

### Seminare „Fachkundenachweis Rettungsdienst“

**Termin:** 08.-12. Mai 2001 in Wiesbaden  
25. bis 29. September 2001 in Wiesbaden

Wir bitten Sie eindringlich zu beachten, daß Anmeldungen zum Seminar „Fachkundenachweis Rettungsdienst“ nur mit **vollständigen** Unterlagen angenommen werden können

**Vormerkungen bzw. Anmeldungen ohne Unterlagen gelten nicht, unvollständige Unterlagen müssen wir zurückschicken.**  
**Teilnahmegebühr:** 800,- DM; Akademiemitglieder 650,- DM

### Seminar „Leitender Notarzt“

**Termin:** Herbst 2001 in Kassel

### Wiederholungsseminar „Leitender Notarzt“

**Termine folgen!**

**Anmeldungen - nur schriftlich - an:** Akademie für ärztl. Fortbildung und Weiterbildung der LAK Hessen, z. Hd. Frau V. Wolfinger, Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, Fax 06032/782-229.

**Ausführliche Informationen s. HA 12/2000**

## MEGA-CODE-TRAINING

jeweils 6 P

Angeboten wird das Training an folgenden Orten:

**Kassel/Nordhessen:** Auskunft: Dr. med. G. Moog, Weinbergstr.20, 34117 Kassel, Tel. 05 61/40 15 18

**Bad Nauheim:** Johanniter-Unfallhilfe, Dr. med. R. Merbs  
Hauptstraße 54, 61231 Bad Nauheim, Tel. 0 60 32/3 19 16

**Termine: 10.03., 10.11.2001**

Dr. med. K. Ratthey, E. M. Siefert, William-Harvey-Klinik, Am Kaiserberg 6, 61231 Bad Nauheim, Tel. 060 32/7 07-0

**Wiesbaden:** Frau Dr. med. J. Gaida, Dr. med. Brodermann  
Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken, Klinik für Anaesthesiologie und Intensivmedizin, Ludwig-Erhard-Str. 100, 65119 Wiesbaden.

**Termine: 17.03., 19.05, 18.08., 20.10., 08.12.2001 (schriftl. Anmeldung!)**

**Teilnehmerzahl:** max. 15

**Teilnahmegebühr:** DM 220,—

**Auskunft und Anmeldung:** Bitte wenden Sie sich direkt an die Einrichtung, in der Sie den Kurs besuchen möchten!

## III. WEITERBILDUNG

**ERWERB DER PSYCHOSOMATISCHEN  
GRUNDKENNTNISSE IN DER FACHARZT-WEITERBILDUNG**  
s. HÄ 8/2000

**KURS-WEITERBILDUNG ALLGEMEINMEDIZIN**  
s. HÄ 6/2000

**Bitte beachten: Termin Block 17(80 Stunden-Kurs)  
21.-23.09.2001!!**

In diesem Jahr sind nur noch wenige Plätze frei; bei manchen Blöcken nur noch für die Warteliste!

# Ärztliche Fortbildung im Bereich der Bezirksärztekammern der Landesärztekammer Hessen

Die mit **AiP** gekennzeichneten Veranstaltungen werden für den Arzt im Praktikum als Ausbildungsveranstaltung anerkannt. Dafür ist die namentliche Anmeldung erforderlich.

Zertifizierung: Die angegebenen Fortbildungspunkte **P** gelten für das vorgesehene Modellprojekt „Zertifizierung“ nach dem Beschluß der Delegierten-Versammlung am 14. 11. 1998.

## BEZIRKSÄRZTEKAMMER DARMSTADT

### Ärztlicher Kreisverein Darmstadt

Vortragssaal der Fa. Merck, Frankfurter Str. 250, Darmstadt, jeweils 20.15 Uhr.

16.1.2001: „**Endokrinologische Kasuistiken - Wir erkennen nur das, was wir kennen.**“ Prof. Dr. Hartmut Bethge, Darmstadt. **AiP 1P**

30.1.2001: „**Asthma - von der Bronchialobstruktion zum Atemwegs-Remodelling.**“ Dr. Matthias John, Berlin. **AiP 1P**

Anmeldung: Dr. Jürgen Geyer. Tel. (0 61 51) 3 69 35.

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

### Ev. Krankenhaus Elisabethenstift

17.1.2001, 15.15 - 17.00 Uhr: Ev. Krankenhaus Elisabethenstift, Landgraf-Georg-Str. 100, Darmstadt, Besprechungsraum der Klinik für Innere Medizin, Gebäude A, Ebene E, Raum 05. „**Atherothrombose und ihre klinische Folgen - Therapeutische Ansatzpunkte.**“ PD Dr. W. Auch-Schwelk, Frankfurt. Auskunft: Prof. Dr. W. Schneider, Darmstadt. Tel. (0 61 51) 4 03 10 01. **AiP 1P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

### Ärztlicher Kreisverein Bergstraße

Konferenzzentrum des Alleehotel Europa, Europa Allee 45, Bensheim, jeweils 20.00 - 23.00 Uhr.

17.1.2001: „**Das akute Coronare Syndrom.**“ Prof. Dr. Ruprecht, Mainz. **AiP 4P**

7.2.2001: „**Dementielle Erkrankungen - Pathophysiologie, Differentialdiagnostik und Therapie.**“ Vernissage: Morbus Alzheimer und Kunst. Prof. Dr. A. Kurz, München. **AiP 4P**

Anmeldung: Dr. Jürgen Merke. Tel. (0 62 51) 13 20 oder 3 80 62.

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

### Heilig-Geist-Hospital, Bensheim

24.1.2001, 20.00 - 23.00 Uhr: Kongreßsaal, Heilig-Geist-Hospital, Mathildensstraße, Bensheim. „**Diabetes mellitus vom Typ II - Pathophysiologie, Diagnostik und innovative Therapie.**“ Prof. Dr. D. Hasslacher, Heidelberg. Anmeldung: Dr. Jürgen Merke. Tel. (0 62 51) 13 20 oder 3 80 62. **AiP**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

### Balintgruppe

Dienstags, 14täglich, 19.15 - 20.45 Uhr: Bleichstraße 19/21, Darmstadt. Auskunft: Dr. Georg Frieß. Tel. (0 61 51) 2 55 19. **2P**

## BEZIRKSÄRZTEKAMMER FRANKFURT

2.1.2001, 19.00 Uhr: Schmerztherapeutisches Kolloquium, Roßmarkt 23, Frankfurt. „**Schmerzkonferenz.**“ **4P**

20.30 Uhr: **Qualitätszirkelsitzung.**

Auskunft: Dr. Thomas Flöter. Tel. (0 69) 29 98 80 77.

18.1.2001, 19.00 Uhr: Schmerzforum Rhein-Main e.V., Im „Runden Wohnzimmer“, Bethanien-Krankenhaus Prüfling, Haus C, 2. Stock, Im Prüfling 21-25, Frankfurt/M. „**Schmerzkonferenz.**“ **2P**

20.30 Uhr: „**Entspannungsverfahren und Biofeedback bei chronischen Schmerzen.**“ Dipl.-Psych. Dr. Claus Derra, Bad Mergentheim. **2P**

30.1.2001, 19.00 Uhr: KV Hessen, Georg-Voigt-Str. 15, Frankfurt. „**Qualitätszirkel Psychotherapie Rhein-Main.**“ **4P**

7.2.2001, 19.00 Uhr: Schmerzforum Rhein-Main e.V., Im „Runden Wohnzimmer“, Bethanien-Krankenhaus Prüfling, Haus C, 2. Stock, Im Prüfling 21-25, Frankfurt/M. „**Schmerzkonferenz.**“ **2P**

20.30 Uhr: „**Lokalanästhesie in der Schmerztherapie.**“ Dr. Michael Zimmermann, Frankfurt. **2P**

Auskunft: Dr. Benedikt Eberhardt. Tel. (069) 463738 oder 13 37 69 66.

### Kolloquium Paul-Ehrlich-Institut, Langen

Hörsaal des Paul-Ehrlich-Institutes, Paul-Ehrlich-Str. 51-59, Langen, jeweils 14.15 Uhr.

9.1.2001: „**Retroviral Immunology.**“ Priv.-Doz. Dr. Ulf Dittmer, Würzburg.

30.1.2001. „**Protein-Interaktion und Komplexe im Gerinnungssystem.**“ Prof. Dr. Wolfram Bode, Martinsried.

Auskunft: Dörte Ruhaltinger. Tel. (0 61 03) 77 - 10 31.

### Zentrum der Anaesthesiologie und Wiederbelebung

10.1.2001, 18.00 - 19.30 Uhr: Hörsaal ‚Kapelle‘, Haus 23 B, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Beeinflußt das Anästhesieverfahren das kardiale Ergebnis?**“ Prof. Dr. M. Tryba, Kassel. Auskunft: Sekretariat PD Dr. P. Kessler. Tel. (0 69) 63 01 58 68. **1P**

### Ethik in der Medizin

Senckenbergisches Institut für Geschichte der Medizin, Haus 49, Paul-Ehrlich-Str. 20-22, Frankfurt, Kursraum, jeweils 19.15 - 20.45 Uhr.

Seminar: **Ethische und rechtliche Aspekte im Umgang mit dem dementen Patienten.**

15.1.2001: „**Fallbesprechung.**“ **AiP**

22.1.2001: „**Die Rolle der Angehörigen und des sozialen Umfeldes.**“ **AiP**

29.1.2001: „**Die Pflege des dementen Patienten.**“ **AiP**

4.2.2001: „**Zusammenfassung und Diskussion.**“ **AiP**

Leitung: Dr. Gisela Bockenheimer-Lucius.

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP Ausbildungsseminar

Senckenbergisches Institut für Geschichte der Medizin, Haus 49, Paul-Ehrlich-Str. 20-22, Frankfurt, Kursraum, jeweils 16.15 - 17.45 Uhr.

Ringvorlesung: **Konfliktfelder im klinischen Alltag.**

17.1.2001: „**Der entschlüsselte Code oder Gene sind auch nur Moleküle - Menschen, Medizin und Krankheiten im Zeitalter der Gentechnik.**“ Stephan Sahn. **AiP**

31.1.2001: „**Wie dosiert man die Wahrheit?**“ Zum Problem der Aufklärung von Kindern und Eltern über eine Krebserkrankung.“ Klaus Siegler. **AiP**

7.2.2001: „**Embryonale Stammzellen - Ein Forschungsgebiet zwischen Hoffnungen, Ängsten und ethischen Grundsatzen.**“ Gisela Bockenheimer-Lucius. **AiP**

Moderation: Gisela Bockenheimer-Lucius, Andreas Bell, Helmut Siefert.

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP Ausbildungsseminar

Senckenbergisches Institut für Geschichte der Medizin, Haus 49, Paul-Ehrlich-Str. 20-22, Frankfurt, Kursraum, jeweils 18.15 - 19.45 Uhr.

„**Klassische Fälle der Medizinethik.**“

17.1.2001: „**Verteilung knapper Dialysegeräte? - Seattles ‚God Committee‘.**“ **AiP**

31.1.2001: „**Ist das nicht mein Leben? - Die Suizidfälle Bouvia und McAfee.**“ **AiP**

Leitung: Dr. Gisela Bockenheimer-Lucius, Dr. Kurt Schmidt.

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP Ausbildungsseminar

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Helmut Siefert. Tel. (0 69) 63 01 56 62.

### Nephrologisches Mittwochseminar

Universitätsklinik Haus 23 B, Konferenzraum 1. Stock, R 1h6, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt, jeweils 15.30 s.t. - 16.30 Uhr.

17.1.2001: „**Risiko einer Parvovirus B19 Infektion durch Blutprodukte.**“ Dr. J. Blümel, Langen.

24.1.2001: „**Tissue engineering.**“ Dr. P. Baer, Frankfurt.

31.1.2001: „**Messung von Cystatin C: eine neue Methode zur Erfassung der GFR.**“ Dr. K. Frey, Frankfurt.

Veranstalter: Prof. Dr. Geiger. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Geiger. Tel. (0 69) 63 01 55 55.

### Markus-Krankenhaus

Markus-Krankenhaus, Wilhelm-Epstein-Str. 2, Frankfurt, jeweils 12.00 Uhr.

17.1.2001: „**Stellenwert der Cox-II-Inhibitoren bei der Therapie entzündlicher und degenerativer Gelenkerkrankungen.**“ PD Dr. M. Berliner, Gießen.

31.1.2001: „**Pathogenese und Therapie des Diabetes mellitus, Typ 2.**“ PD Dr. H. Walter, Nürnberg.

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Holtermüller. Tel. (0 69) 95 33 - 22 01 oder 22 92.

### Neurologisches Mittwoch-Seminar

Seminarraum der Klinik für Neurologie, Haus 95, Schleusenweg 2-16, 4. Stock, Frankfurt-Niederrad, jeweils 18.15 Uhr.

17.1.2001: „**Pharmacological modulation of cerebral microemboli in carotid artery disease: new pathobiological insights.**“ Prof. Dr. Hugh Markus, London, U.K.

7.2.2001: „**Plastizität kortikaler Makronetzwerke.**“ PD Dr. Christian Gerloff, Tübingen.

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Helmuth Steinmetz. Tel. (0 69) 63 01 57 69.

### Kinder- und Jugendpsychiatrische Seminare

Seminarraum im neuen Haus 92, Deutschordenstraße 50, Universitätsklinikum Frankfurt, jeweils 18.00 Uhr s.t. - 19.00 Uhr.

17.1.2001: „**Untersuchung und Erfassung psychobiologischer Streßreaktionen.**“ Dipl.-Psych. Dr. Sonja Rohrmann, Frankfurt.

7.2.2001: „**Neuere Forschungsergebnisse über die Wirkung von Methylphenidat (Ritalin®) auf die Dopamintransporterdichte im ZNS bei ADS-Patienten.**“ Dr. Johanna Krause, Ottobrunn.

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Poustka. Tel. (0 69) 63 01 54 08.

### Forschungsseminar/Mittwochs-kolloquium

Hörsaal des Zentrums der Psychiatrie, Heinrich-Hoffmann-Str. 10, Frankfurt, jeweils 17.15 Uhr.

17.1.2001: „**Einsatz neuropsychologischer Methoden - Bedeutung und Validität für die Klinik.**“ Prof. Dr. Irene Daum, Bochum.

24.1.2001: „**Die Langzeitwirkungen von Neuroleptika auf das menschliche Gehirn: Neue Perspektiven aus der Rezeptorforschung.**“ Ph. D. Simone Silvestri, Toronto, Kanada.

31.1.2001: „**Zur Bedeutung des ADHD (hyperkinetischen Syndroms) in der Erwachsenenpsychiatrie.**“ Dr. Sabine Krämer, Frankfurt.

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. B. Pflug. Tel. (0 69) 63 01 59 97.

### Krankenhaus Sachsenhausen

20.1.2001, 9.00 - 14.00 Uhr: Krankenhaus Sachsenhausen, Schulstraße 31, Frankfurt, Abt. für Gynäkologie und Geburtshilfe. „**Laparoskopie und Hysteroskopie - Live-Operationen.**“ Moderation: Prof. J. Hücke, Wuppertal. Auskunft: Sekretariat Dr. Philipp-Andreas Hessler. Tel. (0 69) 6 60 50.

### Städtische Kliniken Offenbach

20.1.2001, 8.00 - 16.00 Uhr: Demonstrationsraum Röntgenabteilung, Städtische Kliniken, Starkenburgergring 66, Offenbach. „**Unterweisung für Ärzte im Strahlenschutz gem. §23, Abs. 2 RöV (=Informationskurs)**“ Teilnahmegebühr: DM 80,-. Auskunft: Dr. Joachim Lang. Tel. (0 69) 84 05 40 23. **3P**

### Humangenetische Seminare

Haus 9B, 2. Stock, Raum 213, Seminarraum, Institut für Humangenetik, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt, jeweils 15.15 - 16.00 Uhr.

23.1.2001: „**Methoden zur Identifizierung von Entwicklungsgenen.**“ Dr. Andrea Schepler. **1P**

6.2.2001: „**DDD, eine Methode zur Identifizierung von Genen der Prostata-Karzinogenese.**“ PD Dr. Joachim Arnemann, Frankfurt. **1P**

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Langenbeck. Tel. (0 69) 63 01 60 08.

### Städtische Kliniken Frankfurt a.M.-Höchst

Städtischen Kliniken Höchst, Gotenstraße 6-8, Frankfurt-Höchst.

24.1.2001, 16.00 Uhr s.t.: Konferenzraum, 2. OG. „**Cholesteatom - Entstehung und Therapie.**“ Prof. Dr. C. Milewski. Auskunft: Sekretariat Dr. R. Riemann. Tel. (0 69) 31 06 27 52. **AiP**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP Ausbildungsseminar

27.1.2001, 9.00 - ca. 13.30 Uhr: Gemeinschaftsraum. „**EEG-Fortbildung und Epilepsie.**“ Dr. R. Hopfengärtner, Prof. Dr. Stefan, Dr. St. Stodieck. Veranstalter: Prof. Dr. H. Schütz, Neurologische Klinik. Auskunft: Sekretariat Prof. Schütz. Tel. (0 69) 31 06 29 31.

### Berufsverband Ärztlicher Notdienst e.V., Frankfurt

27.1.2001, 9.00 - 15.30 Uhr: KV Hessen, Georg-Voigt-Str. 6, Frankfurt. „**Neue Leitlinien zur Reanimation.**“ Dr. G. Poschmann, Frankfurt. „**Megacode Training.**“ T. Staarmann, Frankfurt. „**Einweisung in den Gebrauch der neuen Defibrillatoren, Beatmungsgeräte und Infusionspumpen auf den Rettungswagen in Frankfurt.**“ A. Geis, Frankfurt. Teilnahmegebühr: DM 150,-. Anmeldung: Dr. M. Rust. Tel. (0 69) 51 60 20. **AiP**

### Kardiologie aktuell

31.1.2001, 18.00 - 20.00 Uhr: Marriott Hotel, Frankfurt. „**Elektrische Therapie bei Patienten mit Herzinsuffizienz: von der Klinik in die Praxis.**“ Prof. Dr. S. H. Hohnloser, Dr. Peter Kleine, Dr. C. Israel, Dr. G. Grönefeld. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Hohnloser. Tel. (0 69) 63 01 74 04. **AiP**

### Arbeitskreis Psychosomatische Urologie

2.2. - 4.2.2001: Goethe-Institut Frankfurt am Südbahnhof. „**Curriculum Psychosomatische Grundversorgung in der Urologie.**“ Das Curriculum umfaßt die Bausteine Theorie (20 Std.) und verbale Intervention (30 Std.) zusammen mit 30 Stunden Balintgruppenarbeit führt dies zum Erwerb der EBM-Ziffern 850 und 851. Auskunft: Dr. Hermann J. Berberich. Tel. (0 69) 31 67 76.

### Onkologischer Arbeitskreis Hanau e.V.

7.2.2001, 17.00 Uhr: St. Vinzenz-Krankenhaus, Am Frankfurter Tor 25, Cafeteria, Hanau. „**Grundzüge der Schmerztherapie.**“ Dr. Janshon, Hanau. Anerkannter Qualitätszirkel der KV Hessen. Auskunft: Onkologische Schwerpunktpraxis Hanau, Dr. Lautenschläger. Tel. (0 61 81) 25 55 35. **4P**

### Fortbildungsveranstaltung der Bezirksärztekammer Frankfurt

31.1.2001, 20.00 Uhr s.t. Hörsaal des Ärztehauses, Georg-Voigt-Str. 15, Frankfurt. „**Sonderveranstaltung: Infektionen unbesiegt - das neue Infektionsschutzgesetz.**“ Dr. T. A. Wichelhaus, Dr. B. Böddinghaus, Dr. O. Bellingier. Moderation: Prof. Dr. P.-H. Althoff. Auskunft: Sekretariat Prof. Althoff. Tel. (0 69) 1 50 04 10. **AiP 2P**

### Kreis Offenbach:

#### Leitstelle Alterwerden und Sozialpsychiatrischer Dienst

21.2.2001, 15.00 - 17.00 Uhr: Kreishaus der Kreisverwaltung Offenbach, 18. Stock, Kreissitzungssaal, Berliner Str. 60, Offenbach am Main. „**Depression im Alter - Behandlung durch Verhaltenstherapie.**“ Verhaltenstherapie in dreimonatigen Gruppenprogrammen, speziell für alte Menschen entwickelt, die an einer Depression oder depressiven Verstimmung erkrankt sind. Leitung: Prof. Dr. Martin Hautzinger, Tübingen. Auskunft: Gerlinde Wehner. Tel. (0 69) 8 06 88 09.

### Arbeitskreis für TCM

Jeden Mittwoch von 19.00 - 21.30 Uhr im Semester, Uniklinik Frankfurt, Haus 74, Raum 54, Institut für Allgemeinmedizin. „**Arbeitskreis für TCM**“ Leitung: Dr. Michael Grandjean und Dr. Klaus Birker. Tel. (0 61 42) 96 59 59 oder (0 67 75) 3 08.

### Klinik für Nuklearmedizin der JWG-Universität

Jeden ersten Donnerstag, 17.00 Uhr: Haus 21 D, 1. OG, Klinik für Nuklearmedizin Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**PET - interdisziplinäre Konferenz - Fallbesprechungen.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. F. Grünwald. Tel. (0 69) 63 01 - 43 30.

### Zentrum der Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Jeden Mittwoch, 14.30 Uhr: Universitäts-Klinikum Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7, Haus 14, EG, Onkologische Tagesklinik. „**Interdisziplinäre Tumorkonferenz - Fallbesprechung, Patientinnen-Vorstellung.**“ Auskunft: Sekretariat PD Dr. Dr. h.c. S. D. Costa. Tel. (0 69) 63 01 52 24.

### BEZIRKSÄRZTEKAMMER GIESSEN

#### Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin der JLU-Universität

13.1.2001, 9.00 - 13.00 Uhr: Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Feulgenstr. 12, Gießen. „**Gemeinsame Fortbildung mit der Klinik für Unfallchirurgie der JLU.**“ Anmeldung: Sekretariat Prof. Dr. L. Gortner. Tel. (06 41) 9 94 34 10.

#### Gießener Gynäkologische Fortbildung

24.1. - 27.1.2001: Kongreßhalle Gießen, Berliner Platz 2, und Universitäts-frauenklinik Gießen, Klinikstraße 32. „**Der Alterungsprozeß der Frau - Schicksal oder steuerbar? / Schwangerschaft und Geburt zwischen Emotion und Rationalität / Pelvic pain-Syndrom - der Unterbauchschmerz / Sterilitätsberatung und Sterilitäts-Therapie in der Praxis / Gutartige Erkrankungen der Brust - Diagnose und Therapie / Pharmakotherapie.**“ Tagungsleitung: Prof. Dr. W. Künzel. Organisation: Prof. Dr. Dr. M. Kirschbaum. Auskunft: Sekretariat Prof. Kirschbaum. Tel. (06 41) 9 94 51 02.

### BEZIRKSÄRZTEKAMMER KASSEL

#### Herz- und Kreislaufzentrum Rotenburg a.d.Fulda

10.1.2001, 16.00 Uhr: Herz- und Kreislaufzentrum Rotenburg a.d.Fulda, Heinz-Meise-Str. 101. „**Rotenburger Schmerzkonferenz.**“ Auskunft: Sekretariat MR Dr. M. Röse. Tel. (0 66 23) 88 50 36. **4P**

#### Unfallchirurgisch-orthopädisches Kolloquium

10.1.2001, 18.00 c.t. - ca. 20.00 Uhr: Hörsaal des KKH Bad Hersfeld, Seilerweg 29. „**Knochenersatzmaterialien - Konservierungsverfahren von Knochen.**“ Christoph Schöpf. Auskunft: Dr. Bretschneider. Tel. (0 66 21) 8 80.

#### Deutscher Ärztinnenbund e.V.

16.1.2001, 19.30 Uhr: KV Kassel, Pfannkuchstr. 1. „**Die Macht der Symbole - Stillförderung in Mexiko.**“ Auskunft: Dr. Ilsemarie Horst. Tel. (05 61) 31 44 61.

#### Kurhessisches Diakonissenhaus Kassel

17.1.2001, 19.30 - ca. 22.30 Uhr: Konferenzraum des Mutterhauses am Kurhessischen Diakonissenhaus, Goethestraße 85, Kassel. „**Gefäßmedizinischer Arbeitskreis- Teil 1: mit Fallkonferenz gefäßchirurgischer interventioneller Problemstellung.**“ Prof. Gruß. „**Teil 2: mit Fallkonferenz vorwiegend konservativ-angiologischer Problematik.**“ Dr. Hans-Joachim Bröker. Auskunft: Sekretariat Dr. Bröker. Tel. (05 61) 1 00 23 18. **AiP**

#### Klinikum Fulda

Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Fulda.

25.1. - 27.1.2001: „**Endonasale Chirurgie der Nase und der Nasennebenhöhlen - Operationskurs mit Videoübertragungen.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Draß, Frau Barth. Tel. (06 61) 84 60 01.

Jeden Montag 16.00 - 17.00 Uhr: Bibliothek der Frauenklinik. „**Interdisziplinäre Tumorkonferenz gynäkologischer Tumoren einschließlich Mammakarzinom.**“ Prof. Dr. L. Spätling, Prof. Dr. H.J. Feldmann, Dr. A. Hertel, Prof. Dr. H. Arps. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Spätling. Tel. (06 61) 84 25 30. **3P**

Jeden Donnerstag 15.30 - 16.30 Uhr: Bibliothek der Frauenklinik. „**Perinatale Konferenz.**“ Prof. Dr. L. Spätling, Prof. Dr. U. Töllner. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Spätling. Tel. (06 61) 84 25 30. **2P**

#### Orthopädische Klinik Kassel

2.2. - 4.2.2001: **Kurs 3: MRI-Kurse.** Die Kurse erfolgen entsprechend den Empfehlungen des Arbeitskreises ‚Bildgebende Verfahren‘ der Allianz Deutscher Orthopäden (DGOT und BVO). Auskunft: Sekretariat Prof. Siebert. Tel. (05 61) 3 08 42 01.

### Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft: Ärztliche Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.

8.2. - 10.2.2001: Anthroposophisches Zentrum, Kassel. „**Medizin für Menschen mit Behinderung - eine behinderte Medizin? Aktuelle Entwicklungen und Zukunftsperspektiven in der medizinischen Versorgung behinderter Menschen.**“ Das Kongreßprogramm kann angefordert werden: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V., Raiffeisenstr. 18, 35043 Marburg. Tel. (0 64 21) 49 11 55.

### Kinderkrankenhaus Park Schönfeld

10.2.2001, 9.00 - 14.15 Uhr: Gebäude der EAM, Monteverdstraße 2, Kassel. „**29. kinderchirurgisch-pädiatisches Colloquium: Prognose pränatal diagnostizierter Fehlbildungen.**“ In Zusammenarbeit mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der LAK Hessen. Auskunft: Sekretariat Dr. P. Illing. Tel. (05 61) 9 28 50. **AiP 3P**

### Psychosomatische Grundversorgung

Für Ziffern 850/851 (KV) + FA Gyn./Allg. (LÄK). 20 Std. Theorie und 30 Std. Verb. Intervention + 30 Std. Balint an Wochenenden in Kassel (1. Termin: 1. bis 3.12.2000) Dr. J. Wienforth. Tel. (0 56 62) 26 29. Dr. Bornhütter. Tel. (05 61) 31 51 83.

### Balintgruppe

Auskunft: Dr. H. Bornhütter, Kassel. Tel. (05 61) 31 51 83. **2P**

### BEZIRKSÄRZTEKAMMER MARBURG

#### Zentrum für Pathologie der Philipps-Universität

11.1.2001, 16.30 - 18.30 Uhr: Hörsaal der Pathologie, Baldinger Straße, Marburg. „**Klinisch-Pathologische Konferenz.**“ Anmeldung: Sekretariat Prof. Dr. Roland Moll. Tel. (0 64 21) 2 86 22 71. **AiP 3P**

#### Nephrologisches Seminar

Klinikum Lahnberge, Baldingerstraße, Raum 3300/+1, Marburg, jeweils 16.00 Uhr s.t.

16.1.2001: „**Chemokine und Nierenerkrankungen: Grundlagen und Klinik.**“ D. Schlöndorff, München. **AiP 1P**

23.1.2001: „**Akute Therapie von Herzrhythmusstörungen.**“ W. Grimm, Marburg. **AiP 1P**

Anmeldung: Sekretariat Prof. Dr. H. Lange. Tel. (0 64 21) 2 86 64 81.

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

#### Hardtwaldklinik Bad Zwesten

24.1.2001, 16.00 Uhr: Neurologische Klinik Westend, Bad Wildungen. „**Aktuelle Aspekte der Diagnostik und Therapie der Meningitis.**“ PD Dr. Nau, Göttingen. Leitung: Dr. C. Berwanger. Auskunft: M. auf dem Brinke. Tel. (0 56 21) 79 45 07.

#### Zentrum für Kinderheilkunde der Philipps-Universität

24.1.2001, 18.15 - 20.15 Uhr: Hörsaal der Universitäts-Kinderklinik Marburg. „**Fallvorstellungen und Klinische Bedeutung der Pharmakogenetik im Kindesalter.**“ Dr. Matthias Schwab, Stuttgart. Anmeldung: Sekretariat Prof. Dr. H. W. Seyberth. Tel. (0 64 21) 2 86 62 25 oder 26. **AiP 2P**

### BEZIRKSÄRZTEKAMMER WIESBADEN

22.1.2001, 18.00 - 19.30 Uhr: Bibliothek der Deutschen Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden. „**Interdisziplinäre Schmerzkonferenz mit Patientenvorstellungen.**“ Auskunft: Dr. Drechsel, DKD, Dr. Nolte, Wiesbaden. Tel. (06 11) 9 45 18 08. **2P**

#### Deutsche Klinik für Diagnostik

Bibliothek der Deutschen Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden, jeweils 17.30 - 19.00 Uhr.

8.1.2001: „**DKD intern.**“ Dr. J. Seeger.

15.1.2001: „**Möglichkeiten der Durchflußzytometriediagnostik in der Inneren Medizin.**“ Dr. Baurmann, Wiesbaden.

29.1.2001: „**Interdisziplinäre Diskussion über die Metastasen Chirurgie beim kolo-rektalen Karzinom.**“ Dr. Müller-Lobeck, PD Dr. Schirren, Dr. Lorenz, Prof. Dr. Müller, Dr. Sahm, Dr. Josten.

Auskunft: Sekretariat PD Dr. Konz, Dr. Oelze. Tel. (06 11) 57 76 09.

20.1.2001, 9.00 - 13.00 Uhr: Empfangshalle der DKD, Aukammallee 33, Wiesbaden. „**Pädiatrisch-Orthopädisches Kolloquium: Wirbelsäulen-erkrankungen im Kindesalter.**“ Veranstalter: FB Kinderheilkunde und Jugendmedizin der DKD und St. Josephshospital Orthopädische Klinik Wiesbaden. Organisation: Prof. Dr. K.-M. Keller, Dr. J. Seeger, Prof. Dr. D. Weitzel, Prof. Dr. J. Pfeil. Auskunft: Sekretariat FB Kinderheilkunde. Tel. (06 11) 57 72 54.

Jeden Mittwoch, 14.00 Uhr: **Interdisziplinäres Forum für Onkologie** an der DKD, Patientenbesprechung, 4. OG. Anmeldung Sekretariat. Tel. (06 11) 57 74 74.

#### Dr. Horst-Schmidt-Kliniken

Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken, Ludwig-Erhard-Str. 100, Wiesbaden.

10.1.2001, 17.30 - 19.30 Uhr: Bibliothek der DKD Wiesbaden. Gemeinsame Fortbildung der Neurologie der HSK, der DKD sowie der Neurochirurgie der HSK. „**Elektromyographie: klinische Anwendung und Wertigkeit.**“ Dr. Wiesner, Wiesbaden. „**Magnetstimulation: Durchführung und klinische Wertigkeit / Blinkreflex.**“ Dr. Maurer, Wiesbaden. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. B. Weisner. Tel. (06 11) 43 23 76.

16.1.2001, 19.00 - 21.00 Uhr: 2. Stock, Raum hinter dem Casino. Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin. „**Perioperative Gerinnungsstörungen: Diagnostik und Therapie.**“ PD Dr. Dr. H. Schinzel, Mainz. Leitung: Prof. Dr. J. E. Schmitz. Organisation: Dr. B. Pokorny. Tel. (06 11) 43 21 74.

18.1.2001, 18.00 - 20.00 Uhr: Personalcasino, hintere Räume. HSK Psycho-Onkologischer Dienst - Informationsabende - Leben mit Krebs. „**Pflegerische Unterstützungen.**“ Thomas Beer. Auskunft: OSP-Sekretariat. Tel. (06 11) 43 32 00 oder 43 33 33. **1P**

31.1.2001, 18.15 Uhr: Onkologischer Schwerpunkt HSK, Hintere Räume des Personalcasinos, 2. Stock. „**Chirurgische Therapie von primären Lebermalignomen und Lebermetastasen.**“ PD Dr. D. Lorenz, Wiesbaden. Auskunft: OSP-Sekretariat. Tel. (06 11) 43 33 33. **AiP 1P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

8.2.2001, 18.00 - 20.00 Uhr: Personalcasino, hintere Räume. HSK Psycho-Onkologischer Dienst - Informationsabende - Leben mit Krebs. „**Tanztherapie.**“ Petra von Kries. Auskunft: OSP-Sekretariat. Tel. (06 11) 43 32 00 oder 43 33 33. **1P**

7.2. und 21.2.2001, 18.00 Uhr: Onkologischer Schwerpunkt HSK. Neues Dienstgebäude, Sitzungssaal EG. „**Onkologischer Arbeitskreis Wiesbaden.**“ Leitung: PD Dr. N. Frickhofen. Organisation: Dr. H.-G. Fuhr. Fallanmeldung: OSP-Sekretariat. Tel. (06 11) 43 33 33. **1P**

10.2.2001, 9.00 - 16.45 Uhr: Dr. Peter-Jäger-Bildungszentrum. Klinik für Gynäkologie und gynäkologische Onkologie. „**2. Wiesbadener Symposium zur Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms - Früherkennung und Diagnostik des Mammakarzinoms - Primärtherapie des Mammakarzinoms - Multidisziplinäre Therapie beim metastasierten Mammakarzinom - Nachsorge bei Patienten mit Mammakarzinom.**“ Wissenschaftliche Leitung: PD Dr. A. du Bois. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Bois. Tel. (06 11) 43 23 77. **AiP 6P**

Donnerstags 16.30 Uhr: Raum 99D302, Untergeschoß Hauptgebäude HSK. „**Interdisziplinäres Tumorboard des OSP-HSK.**“ Anmeldung von Patienten telefonisch bis 12.00 Uhr, jeden Donnerstag. Sekretariat OSP. Tel. (06 11) 43 33 33. **3P**

Donnerstags 8.00 - 10.00 Uhr: Räume der gynäko-onkologischen Ambulanz. „**Gynäko-onkologische Sprechstunde.**“ PD Dr. A. du Bois, PD Dr. F.-J. Prott. Auskunft: Sekretariat PD Dr. du Bois. Tel. (06 11) 43 23 77. **2P**

Montags 15.00 - 15.45 Uhr: Bibliothek der Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin. „**Perinatalkonferenz.**“ Prof. Dr. M. Albani, PD Dr. M. Gonser. Auskunft: Dr. H. Dederichs. Tel. (06 11) 43 32 06. **2P**

Freitags 9.00 - 11.00 Uhr: Ambulanz der Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin. „**Interdisziplinäre Sprechstunde für Hochrisikoschwangerschaft und -Geburt.**“ PD Dr. M. Gonser, Dr. Dr. A. Klee. Auskunft: Dr. Dr. A. Klee. Tel. (06 11) 43 32 06. **1P**

Anzeige

## Praxisabgabe?

Wir, Assmus & Partner GmbH, seit 20 Jahren ein zuverlässiger Ärztepartner, verkaufen Ihre Praxis. Schnell und diskret. Entsprechende Anfrag-Datei besteht. Rufen Sie jetzt an!

**Assmus & Partner GmbH**  
Ballplatz 7, 55116 Mainz  
Tel. 061 31/22 30 23-24, Fax 061 31/22 71 50

#### Deutscher Ärztinnenbund Wiesbaden

10.1.2001, 19.30 Uhr: KV Wiesbaden. „**Interdisziplinärer Qualitätszirkel Wiesbaden/Mainz - Dehydratation, Sarkopenie und Osteoporose im Alter; Ursachen und Interventionsmöglichkeiten.**“ Frau M. Dittmar, Mainz. Auskunft: Dr. Brigitte Schuler. Tel. (06 11) 52 43 20.

#### Verein Nassauischer Ärzte e.V.

17.1.2001, 17.15 - 19.15 Uhr: Ärztehaus Adelheidstraße 7, Limburg. „**Vernetzte Strukturen.**“ Leitung und Anmeldung: Dr. Egbert Reichwein. Tel. (0 64 82) 20 78. **AiP 1P**

#### Wiesbadener Mammographie-Intensivkurse

27.1. - 28.1.2001: Dorint-Pallas-Hotel, Auguste-Victoria-Str. 15, Wiesbaden. „**Mammographie-Kurse für Ärzte.**“ Intensivkurse für Radiologen und Gynäkologen. Veranstalter: Verein zur Förderung senologischer Fortbildung. Wissenschaftliche Leitung: Dr. Margrit Reichel, Dr. Claus Blumenroth. Auskunft: Kongressorganisation Sonja Jertz, Taunusstein. Tel. (0 61 28) 2 14 31. **12P**

#### Balintgruppe

Donnerstag, 14-tägig, 19.30 - 21.00 Uhr: Praxisräume Teutonenstr. 52, Wiesbaden. Balintgruppe. Auskunft: Dr. A. von Wietersheim-Illers, Wiesbaden. Tel. (06 11) 80 72 09.

#### Balintgruppe

Mittwochs, 14-tägig, 17.30 - 19.30 Uhr: Cafeteria EG Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden. Balintgruppe. (Qualitätssicherung). Auskunft: Dr. G. Maass. Tel. (06 11) 9 57 02 44. **2P**

#### Nach Redaktionsschluß eingegangen

#### 9. Workshop des Neonatologischen Arbeitskreises Rhein-Main

23.1.2001, 18.00 Uhr c.t. - ca. 21.00 Uhr: Hörsaal des Klinikums Darmstadt, Grafenstraße 9, Darmstadt. „**Management der angeborenen Zwerchfellhernie.**“ Dr. Th. Schaible, Mannheim. Auskunft: Sekretariat Dr. Georg Frey. Tel. (0 61 51) 10 70.

#### Angiologischer Arbeitskreis Rhein-Main

8.2.2001, 18.00 Uhr s.t.: Sheraton Arabella Grand Hotel, Konrad-Adenauer-Str. 7, Konstablerwache, Frankfurt. „**Ambulante Thrombose-therapie - Vorteile und Gefahren.**“ PD Dr. Sebastian Schellong, Dresden. „**Thrombophilie-Screening - praktische Bedeutung und therapeutische Konsequenzen.**“ Dr. Rainer Zotz, Düsseldorf. Anmeldung: Prof. Dr. Viola Hach-Wunderle. Tel. (0 69) 2 07 07. **AiP**

#### Pneumologische Seminare

24.1.2001, 18.00 Uhr: Fachklinik für Lungenerkrankungen, Robert-Koch-Str. 3, Immenhausen. „**Neuere Aspekte der thoraxchirurgischen Diagnostik und Therapie.**“ Priv.-Doz. Dr. H. G. Koebe, Kassel. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Goeckenjan. Tel. (0 56 73) 50 10.

## Aufnahme von Fortbildungsveranstaltungen

Wir möchten die Veranstalter der Fortbildungsveranstaltungen bitten, die Veranstaltungen der Bezirksärztekammern der LÄK Hessen (auch die AiP-Veranstaltungen) direkt an die Redaktion des Hessischen Ärzteblattes in Frankfurt termingemäß zu senden.

AiP-Veranstaltungen sowie Zertifizierungen werden weiterhin bei der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim eingereicht.



# Sicherer Verordnen

## Carbamazepin

### Symptomverschlechterung einer MS

In einem Kurzbericht werden fünf Patienten mit Multipler Sklerose beschrieben, bei denen sich nach der Gabe von niedrig dosiertem Carbamazepin (300–600mg/d) wegen einer Trigeminusneuralgie die Symptome der Grunderkrankung innerhalb von zwei bis drei Tagen verschlechterten. Bei allen Fällen besserten sich die Symptome wenige Tage nach Absetzen von Carbamazepin, in einem Fall führte die erneute Gabe von 300mg/d Carbamazepin bei einem 48jährigen Patienten zum Wiederauftreten von Muskelschwäche in den Beinen, die das Gehen unmöglich machte. Zwei Tage nach Absetzen konnte der Patient wieder laufen.

**Anmerkung:** Die Autoren schließen zwar als Ursache die Möglichkeit einer Exazerbation der Multiplen Sklerose nicht aus, insbesondere das wiederholte Auftreten und Verschwinden der Symptome nach Gabe bzw. Absetzen von Carbamazepin (sog. „positive Rechallenge“) sprechen für einen Kausalzusammenhang mit der Einnahme dieses Arzneistoffes.

Quelle: G. Ramsaransing et al., Brit. Med. J. 2000; 320: 1113

## Nevirapin

### Leber-/Hautreaktionen

Zur Minimierung schwerer Leberreaktionen muß während der Einnahme von Nevirapin (Viramune®) die Leberfunktion der Patienten in den ersten acht Wochen in zweiwöchigen Abständen kontrolliert werden. Zusätzlich muß – insbesondere bei Kindern – wegen des Auftretens schwerer Hautreaktionen in den ersten 14 Tagen der Einnahme die Anfangsdosierung strikt eingehalten werden. Überschreiten GOT/GPT-Werte das Doppelte der oberen Normgrenze oder treten schwere Hautreaktionen bzw. Hautausschläge in Kombination mit Allgemeinsym-

ptomen wie Fieber, Arthralgie etc. auf, so sollte Nevirapin auf Dauer abgesetzt werden.

Quelle: Pharm. Ztg. 2000; 145: 1401

### „Lifestyle-Drogen“

#### Erhöhte Aufklärungspflicht

Die Diskussion über Todesfälle in Zusammenhang mit der Einnahme von Sildenafil (Viagra®), in der Laienpresse aufgegriffen, läßt den Beweis eines kausalen Zusammenhanges zwischen Tod und Tabletteneinnahme ungeklärt. Eines jedoch wird deutlich: Arzneimittel, die Gesunden verordnet werden (u.a. sog. „Lifestyle-Drogen“), müssen einer schärferen Nutzen-Risikoabwägung standhalten. Für den Arzt bestehen erhöhte Sorgfaltspflichten (Aufklärung über unerwünschte Wirkungen und Kontraindikationen, Dokumentation) – ähnlich wie bei einem Therapieversuch außerhalb zugelassener Anwendungsgebiete oder bei der Verordnung alternativer Therapieformen.

Bei folgenden Arzneimitteln und Indikationen wird zum Beispiel eine intensive Aufklärung empfohlen:

Arzneistoff	in der Indikation
Alprostadil (Caverject®, Muse®)	Erektionsstörungen
Bupropion (Zyban®)	Raucherentwöhnung
Finasterid (Propecia®, Proscar®)	androgenetische Alopezie
Fluoxetin (Fluctin®)	zur Hemmung des Appetits
Melatonin	Jet-Lag (in D nicht zugelassen)
Minoxidil, lokal	androgenetische Alopezie
Orale Kontrazeptiva	Schwangerschaftsverhütung
Orlistat (Xenical®)	Adipositas (enteral wirksam)
Sibutramin (Reducil®)	Adipositas (zentral wirksam)
Sildenafil (Viagra®)	Erektionsstörungen
Vitamin-A-Säure, lokal	„Faltenglättung“

## Internet

### Arzneimittelinformationen

Die Arzneimittelkommission der Apotheker informiert über Kriterien, die eine Bewertung von Arzneimittelinformationen aus dem Internet erleichtern sollen:

- ▶ **Welche Web Site?** U.a. Behörden, Universitäten, Verlage informieren in der Regel verlässlich.
- ▶ **Welcher Autor?** Name und Qualifikation müssen angegeben sein.
- ▶ **Belege?** Wissenschaftliche Nachweise wie Literaturzitate erforderlich.
- ▶ **Datum der Information?** Seriöse Anbieter aktualisieren kontinuierlich.
- ▶ **Finanzierung?** Sponsoren sollten genannt sein.
- ▶ **E-mail-Adresse?** Für Nachfragen von Vorteil.

Insbesondere warnt die Kommission u.a. vor Aussagen oder Angaben wie breitgefächerte Indikationen, „Geld zurück Garantie“, „nur kurzfristig im Angebot“, „Wundermittel“, pseudowissenschaftliche Sprache, „patentiertes Verfahren“ ohne Hinweis auf Arzneimittelzulassung, wundersame Heilgeschichten, Entwicklung durch sog. „Kapazitäten“.

Quelle: Pharm. Ztg 2000; 145: 729

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:  
Rheinisches Ärzteblatt 7/2000

### *Sehr geehrte, liebe Frau Dr. Eva Heiming,*

zu Ihrem 70. Geburtstag gratulieren wir Ihnen ganz herzlich.

Tatsächlich können Sie auf ein bewegtes, arbeitsreiches und für eine Frau in dieser Zeit außerordentlich erfolgreiches Leben zurückblicken.

Sie wuchsen mit einer Schwester auf, nach Ihrem Abitur waren Sie auf Wunsch Ihres Vaters zunächst mehrere Jahre in einer Bank tätig. Wer weiß, vielleicht haben Sie hier die nötigen Managementfertigkeiten erworben, die Sie später als Chefärztin der Kinderchirurgie im Kinderkrankenhaus Park Schönfeld in Kassel erfolgreich eingesetzt haben?

Sie konnten Ihren Wunsch Medizin zu studieren zu gegebener Zeit durchsetzen und schlossen das Studium mit Erfolg ab.

Dann wäre alles ganz leicht gewesen, berichten Sie. Ohne Mühe bekamen Sie die gewünschte Weiterbildungsstelle in der Chirurgie, Sie wuchsen an den körperlichen und psychischen Belastungen und wurden eine gute Chirurgin.

Sie schauten sich um, fanden Gefallen an der Kinderchirurgie und absol-

vierten diese Ausbildung in der Kinderklinik Amsterdamer Straße in Köln.

Von dort kamen Sie 45jährig 1975 als Chefärztin nach Kassel. Gemeinsam mit dem Evangelischen Frauenbund als Träger der Klinik gelang eine zukunftsweisende Aufbauarbeit, denn durch Sie wurde die Kinderchirurgie als hauptamtliche Abteilung neu eingerichtet. Sie holten Dr. Gisela Schäfer gest. 14.5.1999 als Kinderanästhesistin und Dr. Margarete Braune als Kinderradiologin in Ihr Team. Mit hohem Engagement, großem fachlichen Können, Mut Neues zu wagen und Liebe zu den Kindern ist Ihnen in Zusammenarbeit der Aufbau der Kinderchirurgie in Kassel erfolgreich gelungen. Diese „Weiberwirtschaft“ hatte über 20 Jahre Bestand. Angefangen haben Sie allein mit sechs Betten. Wie haben Sie das gemacht? Im Verlauf vergrößerten Sie die Klinik auf 60 Betten. Diese expansive Entwicklung hatte sicher mit Ihrem besonderen fachlichen Können und dem hohen Vertrauen, das besonders die Eltern der Kinder in Sie setzen konnten, zu tun. Die Liste Ihrer Spezialgebiete ist lang.



Gibt es überhaupt etwas, das Sie nicht gut operieren konnten? In der Kinderurologie gelang Ihnen eine herausragende Weiterentwicklung. Besondere Auf-

merksamkeit verwendeten Sie, Frau Dr. Eva Heiming, auf die operative Therapie und die nachfolgende Weiterbehandlung und Lebensbegleitung von Kindern mit Hydrocephalus und der Spina bifida. Sie waren Spezialistin in der Mißbildungschirurgie bei Säuglingen, in der Kindertraumatologie und behandelten schwerstbrandverletzte Kinder mit bewährten und neuen Methoden. Im Sinne der kleinen Patienten und Patientinnen pflegten Sie den kollegialen Austausch mit Fachkollegen und organisierten Fortbildungen für klinisch tätige und niedergelassene Kinderchirurgen und Pädiater. Ihre Arbeit war stets mehr als nur ein Teil Ihres Lebens. Hohe Wertschätzung für Ihre Arbeit brachten Ihnen Mitarbeiter, Kollegen und Eltern entgegen.

Seit vielen Jahren sind Sie Mitglied der Facharztprüfungskommission Kinderchirurgie der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt.

Um Ärztinnen Mut zu machen, sich ihren Platz in der Medizin zu suchen, gründeten Sie im Herbst 1985 die Gruppe Kassel des Ärztinnenbundes. Diese Gruppe begleiten Sie mit Rat und Tat bis heute. So bedanken wir uns bei Ihnen für Ihre Lebensleistung, Ihr Engagement, Ihre Ansprechbarkeit. Uns bleibt es Ihnen viele schöne Jahre bei guter Gesundheit zu wünschen.

Die Gruppe Kassel  
des Deutschen Ärztinnenbundes,  
Dr. Ilsemarie Horst

### **Ingrid-zu-Solms-Preis für Ärztinnen**

Der Vertrag ist perfekt: Ab sofort schreibt die Landesärztekammer Hessen den Ingrid-zu-Solms-Preis für Ärztinnen aus. Mit dem auf 7.000DM festgelegten Preis soll die wissenschaftliche Arbeit einer jungen Ärztin aus der medizinischen Grundlagenforschung, der klinischen Medizin oder der ärztlichen Psychotherapie ausgezeichnet werden. Die fünfköpfige Jury setzt sich aus namhaften, von der Landesärztekammer vorgeschlagenen und von dem Kuratorium der Ingrid-zu-Solms-Stiftung ausgewählten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern zusammen. Künftig wird der Preis im Rahmen einer Veranstaltung der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim überreicht. Bis zum 15. März 2001 können wissenschaftliche Arbeiten (Habilitationsschrift oder Publikationen, die in Bezug auf Methodik, Originalität und wissenschaftlichen Erkenntniswert den internationalen Peer-Review-Kriterien entsprechen) für die nächste Preisverleihung bei der Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsgang 3, 60488 Frankfurt am Main (Tel. 069/97672-0) eingereicht werden.

Katja Möhrle

## Bevölkerungsbezogene Krebsinzidenzregister in Hessen (Hessisches Ärzteblatt 11/2000)

► Mit großem Gewinn habe ich ihre schöne Arbeit „Bevölkerungsbezogene Krebsinzidenzregister in Hessen“ gelesen. Ich finde es hervorragend, daß Sie das Hessische Ärzteblatt für diese Publikation gewählt haben, weil Sie auf die Mißstände in Hessen hinweisen.

Höflich möchte ich daran erinnern, daß wir anlässlich der Sommerakademie im Juni d.J. als Deutsche Krebsgesellschaft die Epidemiologischen Krebsregister in Deutschland zu einem Haupttagesordnungspunkt gewählt hatten. Auf Vorschlag haben wir uns sogar erlaubt, eine Bundesliga-Tabelle zur Bewertung der Krebsregister zu erstellen ... Hessen lag an letzter Stelle!

Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie diesen schönen Beitrag an Dr. Gabriele Hundsdörfer im Bundesministerium für Gesundheit, Bonn, schicken könnten. Ich finde es wichtig, diese darüber zu informieren.

*Professor Dr. med. L. Weißbach  
Past-Präsident der  
Deutschen Krebsgesellschaft e.V.*

► Mit großem Interesse habe ich Ihren Artikel im Hessischen Ärzteblatt gelesen. Ich muß vorausschicken, daß der Hintergrund meines Interesses auch persönliche Gründe hat. Seit 1976 bin ich als Allgemeinmediziner in Mühlthal bei Darmstadt niedergelassen. In der Gesamtgemeinde Mühlthal leben ca. 15.000 Menschen.

Ausgelöst durch eine akute Leukämieerkrankung meiner jüngsten Tochter (c-ALL: mit pos. Philadelphia-Chromosom), fiel mir auf, daß seit 1997 in diesem kleinen Ort fünf junge Menschen an akuter Leukämie erkrankten (1 Fall 1997, 1 Fall 1998, 2 Fälle 1999 und 1 Fall im Jahr 2000). Gleichzeitig erfuhr ich von einem Kollegen aus Gadernheim im Odenwald – ca. 20 Kilometer von Mühlthal entfernt – daß

im Jahr 2000 ebenfalls zwei akute Leukämiefälle bei jungen Menschen auftraten.

Gibt es eine Möglichkeit anonyme Daten über das Auftreten z.B. von Leukämie, bezogen auf die geographische Lage zu erhalten? Mit erscheint die Häufung der Leukämieerkrankungen in unserem Bereich als nicht mehr nur zufällig.

*Dr. med. Detlef Wesche, Mühlthal*

► An das Hessische Sozialministerium, Herrn Staatssekretär Seif, Wiesbaden

Sehr geehrter Herr Staatssekretär, beiliegend übersende ich Ihnen eine Kopie des in der letzten Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes veröffentlichten und Ihnen sicher bereits auf anderem Wege zugegangenen Beitrags über die Entwicklung der Krebsinzidenzregister in Hessen sowie Kopien zweier inzwischen eingegangener Briefe zu diesem Artikel. Ich habe die gegenwärtige Situation ohne Beschönigung dargestellt, da nur eine kritische Analyse die Entwicklung weiterbringen kann. Daß Hessen auch außerhalb der Landesgrenzen als Schlußlicht bei der Einführung von Krebsinzidenzregistern angesehen wird, geht auch aus den Schreiben des Past-Präsidenten der Deutschen Krebsgesellschaft, Professor Weißbach hervor.

Der Brief des hessischen Kollegen zeigt darüber hinaus sehr deutlich die sich aus der gegenwärtigen Datenlage bzgl. Krebsinzidenz ergebende Handlungsunfähigkeit. Wir sind in Hessen nicht in der Lage, die von dem Kollegen gestellte Frage verlässlich zu beantworten und insbesondere nicht zu erkennen, ob eine derartige individuell beobachtete Häufigkeit auf eine im verborgenen wirkende Noxe hinweist oder ob es sich nur um eine bei der statistischen Streuung mögliche Va-

riabilität handelt. Wenn der Aufbau eines funktionsfähigen Krebsinzidenzregisters in Hessen nicht gelingt, dann wird diese Situation auf Jahrzehnte hinaus so bleiben. Kann dies politisch wirklich verantwortlich werden?

Ein Register kann seine Aufgaben allerdings nur dann erfüllen, wenn, wie ich versucht habe in dem Artikel darzustellen, die entsprechenden Rahmenbedingungen gegeben sind. Der Aufbau eines Krebsinzidenzregisters in Hessen ist nur dann sinnvoll, wenn die derzeit gegebenen gesetzlichen Voraussetzungen entsprechend verändert werden. Sollte die Bereitschaft zur Änderung des gegenwärtigen Gesetzes nicht bestehen, dann ist jede für den Aufbau des Registers ausgegebene Mark letztlich eine Mark zuviel, denn das Register wird die notwendige Aussagefähigkeit auch bei großem Einsatz der Mitarbeiter nicht erreichen können.

Angesichts der desolaten Situation in Hessen möchte ich Sie deshalb bitten, zusammen mit der Landesärztekammer in Hessen den Weg zu einem neuen Ansatz zu finden, um die vor zwanzig Jahren erfolgreich eingeleitete Entwicklung jetzt fortzusetzen. Dieses Ziel dürfte auch in überparteilichem Rahmen zu erreichen sein, da das damalige Gesetz von der heutigen Opposition eingebracht worden ist. Das gegenwärtige Gesetz ist ohne Rücksprache mit erfahrenen Fachleuten erarbeitet worden. Wir sind hier in Gießen, und ich kann dabei auch im Namen meiner Kollegen, des Arbeitsmediziners Professor Woitowitz und des Umwelthygienikers Professor Eikmann sprechen, zu jeder Unterstützung einer neuen Initiative für die Einrichtung eines leistungsfähigen hessischen Krebsinzidenzregisters bereit.

*Professor Dr. med. Joachim Dudeck  
Institut für Medizinische Informatik,  
Gießen*



## **Bezirksärztekammer Darmstadt**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

## **Goldenes Doktorjubiläum**

Professor Dr. med. Reinhard Redhardt, Darmstadt, am 15. Februar.

## **Bezirksärztekammer Frankfurt**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

## **Goldenes Doktorjubiläum**

Dr. med. Ernst Kämmerer, Dreieich, am 28. Februar.

## **Bezirksärztekammer Gießen**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

## **Goldenes Doktorjubiläum**

Obermedizinalrätin Dr. med. Ruth Piegsa-Quischotte, Wetzlar, am 2. Februar,  
Ltd. Medizinaldirektor i.R. Dr. med. Kurt Hempelmann, Herborn, am 12. Februar,  
Dr. med. Herbert Stöppler, Lauterbach, am 15. Februar,  
Medizinaldirektor a.D. Dr. med. Werner Trinks, Antriftal, am 27. Februar.

## **Bezirksärztekammer Kassel**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

## **Goldenes Doktorjubiläum**

Dr. med. Helmut Füller, Kassel, am 9. Februar,  
Medizinaldirektor i.R. Franz John, Fulda, am 12. Februar,  
Dr. med. Dieter Gilbert, Kassel, am 15. Februar,  
Medizinaldirektor i.R. Dr. med. Ellen Schöder von Katzler, Kassel, am 20. Februar.

## **Bezirksärztekammer Marburg**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

## **Bezirksärztekammer Wiesbaden**

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

## **Goldenes Doktorjubiläum**

Dr. med. Dirk Dyckerhoff, Wiesbaden, am 2. Februar.

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



## Wir gedenken der Verstorbenen

Elisabeth Baas, Frankfurt  
\* 4.10.1918 † 18.8.2000

Dr. med. Engelbert Greupner, Bad Schwalbach  
\* 22.7.1934 † 10.11.2000

Raphael Hardrick, Rodgau  
\* 2.1.1934 † 24.9.2000

Dr. med. Gerhard Kuemmel, Gießen  
\* 10.10.1926 † 23.10.2000

Dr. med. vet. Alfons Kurzidim, Heuchelheim  
\* 14.7.1925 † 26.10.2000

Dr. med. Hanna Loos-Asteroth, Frankfurt  
\* 26.9.1914 † 21.10.2000

Dr. med. Walther Lubenow, Bad Nauheim  
\* 14.2.1923 † 8.10.2000

Dr. med. Georg Lutz, Grävenwiesbach  
\* 4.3.1914 † 7.5.1999

Dr. med. Paul Melchior, Kassel  
\* 23.10.1909 † 19.10.2000

Obermedizinalrätin i.R.  
Dr. med. Ursula Ramm, Frankfurt  
\* 13.4.1919 † 25.9.2000

Dr. med. Rudolf Rikl, Darmstadt  
\* 23.10.1911 † 20.10.2000

Christiane Roller, Gießen  
\* 12.3.1946 † 6.10.2000

Dr. med. Wolfgang Spamer, Darmstadt  
\* 10.12.1911 † 6.10.2000

Dr. med. Alois Stoehr, Hasselroth  
\* 3.7.1911 † 20.10.2000

Medizinalrat  
Dr. med. Peter Thierbach, Bad Soden-Salmünster  
\* 5.1.1940 † 12.9.2000

Joachim Weidert, Wehrheim  
\* 28.9.1909 † 5.4.2000

Dr. med. Luzie Wenzlitschke, Frankfurt  
\* 21.7.1932 † 27.8.2000

Aletta Werneyer, Wiesbaden  
\* 26.10.1959 † 2.11.2000

Dr. med. Elfriede Wetzig, Lindenfels  
\* 22.7.1922 † 26.10.2000

Kreismedizinalrat  
Dr. medic. Peter Zontschew-Mintschew, Frankfurt  
\* 1.11.1913 † 10.10.2000

## Verzeichnis: Herzchirurgische Kliniken in Deutschland

Die Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie als Herausgeber möchte mit dieser Informationsschrift allen Interessierten eine schnelle Orientierung über die herzchirurgischen Versorgungsangebote in der Bundesrepublik Deutschland ermöglichen. Das Buchlein enthält alle Ende 1999 bekannten herzchirurgischen Kliniken und wird regelmäßig aktualisiert und kann für DM 15,- im Buchhandel erworben werden (Schöling Verlag, ISBN 3-934849-30-X)

## Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verlorengegangen und werden hiermit für ungültig erklärt.

Arztausweis Nr. HS/K/5399, ausgestellt am 20.9.2000, für Heike Förster, Bad Wildungen,

Arztausweis Nr. HS/G/4719, ausgestellt am 4.10.1999, für Priv.-Doz. Dr. med. Michael Gräf, Gießen,

Arztausweis Nr. HS/F/9629, ausgestellt am 17.7.2000, für Gabriele Grüterich, Rodgau,

Arztausweis Nr. HS/F/7000, ausgestellt am 14.12.1994, für Ellen Sieh, Kelkheim,

Stempel Nummer 40 75 010, Unternummer 337, Ärztlicher Notdienst Frankfurt (Dr. med. Christiane Sarkar, Frankfurt),

Stempel Nummer 40 75 637, Ärztlicher Notdienst Großauheim (Corinna Kober, Idstein).

## Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

Wir gratulieren der Arzthelferin zum **10-jährigen Berufsjubiläum**, Doris Laddach, tätig bei Dres. med. K. u. Ch. Schröder, Heusenstamm. In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde dieser Arzthelferin die Arzthelferinnen-Brosche in Gold ausgehändigt.

Zum **25-jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir der Arzthelferin, Doris Hartwig, tätig bei Dr. med. Ch. Naegle, Gelnhausen. In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde dieser Arzthelferin eine Ehrenurkunde ausgehändigt.

Wir gratulieren den Helferinnen zum **10-jährigen und mehr als 10-jährigen Jubiläum** Birgit D'Antoni, seit 12 Jahren tätig bei Dr. med. Ch. Naegle, Gelnhausen. Manuela Schwing, tätig bei Dr. med. R. Ulrich, Offenbach. In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde diesen Helferinnen eine Urkunde ausgehändigt.

## 25. Symposium für Juristen und Ärzte

*Thema:* Rechtliche Aspekte der Telemedizin:  
Telekommunikation – Vernetzung – Telematik

*Veranstalter:* Kaiserin-Friedrich-Stiftung  
für das ärztliche Fortbildungswesen

*Datum:* 16. bis 17. Februar 2001

*Ort:* Berlin, Auditorium der Schering AG

*Anmeldung:* Begrenzte Teilnehmerzahl,  
Voranmeldung erforderlich

*Auskunft:* Kaiserin-Friedrich-Stiftung,  
Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin.  
Tel. 030/30888920, Fax: 030/30888926



## Pilotkurs „Assistenz beim ambulanten Operieren“



Das Foto zeigt die Gruppe gemeinsam mit Dr. med. Hans Josef Könen sowie den Mitarbeiterinnen der Carl-Oelemann-Schule, Monika Kinscher, die den Lehrgang als zuständige Sachbearbeiterin betreute und Silvia Happel, stellvertretende Schulleiterin.

Großes Engagement und eine hohe Motivation bei 22 Teilnehmerinnen und neun Dozenten bestimmten den Pilotkurs „Assistenz beim ambulanten Operieren“, der vom 20. Mai 2000 bis 23. September 2000 als 60stündiger Fortbildungskurs an der Carl-Oelemann-Schule durchgeführt wurde.

Die Bereitschaft der Teilnehmerinnen, über vier Monate hinweg aktiv und hochmotiviert eine Fortbildung zu absolvieren, wurde dann auch am 23.9.2000 belohnt. Dr. med. Hans Josef Könen, Vorsitzender des Landesverbandes „Ambulantes Operieren Hessen e.V.“, konnte den Teilnehmerinnen nach einem qualifizierten Abschlußtest, den alle mit beachtlichem Erfolg absolvierten, die Urkunden überreichen.

Die 60stündige Fortbildung „Assistenz beim ambulanten Operieren“ wurde auf der Basis des Fortbildungscurriculums der Bundesärztekammer von der Carl-Oelemann-Schule im Auftrag der Landesärztekammer Hessen erstmalig durchgeführt. Sie kann als verkürzter Kursus von allen Beschäftigten mit mindestens zweijähriger Tätigkeit in ambulant operierenden Einrichtungen besucht werden. Ziel der Fortbildung ist die qualifizierte Unterstützung des Arztes bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachsorge ambulanter Operationen. Zur Entlastung der Praxen findet die berufsbegleitende Fortbildung im wöchentlichen Wechsel mittwochs nachmittags und samstags statt.

Neben dem Fortbildungsangebot im Fortbildungszentrum Bad Nauheim sind auch dezentrale Kurse in Planung. Der erste dezentrale Kursus „Assistenz beim ambulanten Operieren“ ist in Darmstadt geplant.

Gabriele Brüderle-Müller

### Bad Hersfelder interdisziplinäre Fortbildungstage

27. April bis 1. Mai 2001

Deutsche Akademie für Medizinische Fortbildung  
und Umweltmedizin  
und  
Deutsche Akademie für Ärztliche Fortbildung

### Seminare und Kurse „Notfälle in der Praxis“ – Qualitätssicherung

Information:  
Deutsche Akademie für Medizinische Fortbildung  
und Umweltmedizin  
Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim  
Tel. 0 60 32 / 22 14, Fax: 0 60 32 / 22 16

## Anmeldung der Auszubildenden zur Abschlußprüfung für Arzthelfer/innen im Sommer 2001 vom 2. Mai bis 2. Juli 2001

Auszubildende, die an der Abschlußprüfung für Arzthelfer/innen im Sommer 2001 teilnehmen wollen, sind bis zum

**14. Februar 2001**

bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden.

Die Anmeldung erfolgt durch Einreichung des Anmeldeformulars.

Außerdem sind der Anmeldung beizufügen:

1. das Berichtsheft,
2. ein tabellarischer Lebenslauf – **unterschrieben**,
3. der Fragebogen über die Tätigkeit der Auszubildenden,
4. ggf. eine Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung,
5. bei vorzeitiger Abschlußprüfung **zusätzlich**: die Notenbescheinigung der Berufsschule.

Es wird gebeten, die Unterlagen rechtzeitig und vollständig einzureichen, da anderenfalls die Teilnahme der Auszubildenden an der Sommerprüfung 2001 nicht garantiert werden kann.

Zur Abschlußprüfung im Sommer 2001 sind anzumelden:

1. Auszubildende, deren Ausbildungszeit **nicht später als am 2. September 2001 endet**,
2. Auszubildende, die die **Abschlußprüfung vorzeitig** abzulegen beabsichtigen und deren Ausbildungszeit **nicht später als am 2. Januar 2002 endet**,
3. Wiederholer/innen, die in einem vorangegangenen Prüfungstermin die Abschlußprüfung nicht bestanden haben,
4. Sog. Externe, die die Zulassungsvoraussetzungen gemäß § 40 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz erfüllen.

Die vorzeitige Zulassung setzt voraus, daß die Leistungen der Auszubildenden während der Ausbildungszeit

- in den Lerngebieten des berufsbezogenen Unterrichts der Berufsschule im Durchschnitt mit **besser als 2,5** und
- von dem Auszubildenden im Durchschnitt mit mindestens „**gut**“ beurteilt werden.

Landesärztekammer Hessen

Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

## Hessisches Ärzte-Orchester

### Neues Probenlokal:

Universitäts-Klinikum Frankfurt a.M.,  
Haus 23 (Zentralbau), Eingang 23 B,  
Interim-Hörsaal, (Treppenaufgang  
links vor den Aufzügen)

**Probenzeiten: samstags 14.30 bis 18.00 Uhr**

### Probentermine:

13.1., 27.1., 3.2.2001

Konzert voraussichtlich 6.2.2001 (oder 7.2.2001)

**Wir suchen noch engagierte Mitspieler,  
vorzugsweise Bratschen und Celli**

Kontaktadresse: Prof. Dr. V. v. Loewenich, Univ.-Klinikum/ZKI  
60590 Frankfurt a.M.,  
Tel.: 069/6301-5120, Fax: -6763



# Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen

Die Berufsbezeichnung „Arzt“ („Ärzte“) wird einheitlich und neutral für Ärztinnen und Ärzte verwendet; der Begriff „Kammerangehöriger“ für die/den Kammerangehörige/n.

## § 1 Beitragspflicht

(1) Die Landesärztekammer Hessen erhebt zur Deckung der Kosten, die ihr durch Erfüllung ihrer Aufgaben entstehen, von ihren Kammerangehörigen Beiträge. Die Kammerbeiträge sind öffentlich-rechtliche Abgaben. Beitragsjahr ist das Kalenderjahr. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag.

(2) Beitragspflichtig ist, wer am 1. Februar des Beitragsjahres (Veranlagungsstichtag) Kammerangehöriger ist.

Macht ein Arzt seine Veranlagung z. B. durch Nichtanmeldung unmöglich, wird er nachträglich veranlagt.

(3) Kammerangehörige, die im Beitragsjahr das 70. Lebensjahr vollenden oder vollendet haben, sind von der Beitragspflicht befreit. Gleiches gilt für Kammerangehörige, die laufende Fürsorgeleistungen der Landesärztekammer Hessen erhalten. Verstirbt ein Kammerangehöriger innerhalb des Beitragsjahres, wird der Kammerbeitrag für dieses Jahr erlassen; ist er bereits bezahlt, können die Erben einen Antrag auf Erstattung stellen.

(4) Ebenfalls von der Beitragspflicht befreit sind die Kammerangehörigen, die am Veranlagungsstichtag arbeitslos gemeldet, die als Stipendiaten, Hospitanten, Zivildienstleistende, Grundwehrdienstleistende tätig sind, die sich im Erziehungsurlaub befinden oder lediglich über eine widerrufliche Erlaubnis als Arzt im Praktikum gemäß § 10 Abs. 4 Bundesärzteordnung verfügen.

## § 2 Beitragsbemessung

(1) Es werden Beitragsstufen gebildet.

Der Beitrag beträgt bei Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit, die der Kammerangehörige im vorletzten Jahr vor dem Beitragsjahr erzielte:

Beitragsstufe	Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit	Gesamtbeitrag
01	Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit/ Mindestbeitrag	70,00 DM
02	gemäß § 1 Abs. 3 und 4	beitragsfrei
03	unter 40 TDM	70,00 DM
04	40 TDM bis unter 50 TDM	100,00 DM
05	50 TDM bis unter 60 TDM	217,00 DM
06	60 TDM bis unter 70 TDM	267,00 DM
07	70 TDM bis unter 80 TDM	320,00 DM
08	80 TDM bis unter 90 TDM	376,00 DM
09	90 TDM bis unter 100 TDM	434,00 DM
10	100 TDM bis unter 110 TDM	498,00 DM
11	110 TDM bis unter 120 TDM	562,00 DM
12	120 TDM bis unter 130 TDM	631,00 DM
13	130 TDM bis unter 140 TDM	702,00 DM
14	140 TDM bis unter 150 TDM	778,00 DM
15	150 TDM bis unter 160 TDM	857,00 DM
16	160 TDM bis unter 170 TDM	910,00 DM
17	170 TDM bis unter 180 TDM	994,00 DM
18	180 TDM bis unter 190 TDM	1.051,00 DM
19	190 TDM bis unter 200 TDM	1.139,00 DM
20	200 TDM bis unter 210 TDM	1.197,00 DM
21	210 TDM bis unter 220 TDM	1.289,00 DM
22	220 TDM bis unter 230 TDM	1.350,00 DM
23	230 TDM bis unter 240 TDM	1.446,00 DM
24	240 TDM bis unter 250 TDM	1.508,00 DM
25	250 TDM bis unter 260 TDM	1.610,00 DM
26	260 TDM bis unter 270 TDM	1.672,00 DM
27	270 TDM bis unter 280 TDM	1.736,00 DM
28	280 TDM bis unter 290 TDM	1.799,00 DM
29	290 TDM bis unter 300 TDM	1.862,00 DM
30	300 TDM bis unter 310 TDM	1.925,00 DM
31	310 TDM bis unter 320 TDM	1.988,00 DM
32	320 TDM bis unter 330 TDM	2.052,00 DM
33	330 TDM bis unter 340 TDM	2.114,00 DM

Beitragsstufe	Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit	Gesamtbeitrag
34	340 TDM bis unter 350 TDM	2.178,00 DM
35	350 TDM bis unter 360 TDM	2.240,00 DM
36	360 TDM bis unter 370 TDM	2.305,00 DM
37	370 TDM bis unter 380 TDM	2.367,00 DM
38	380 TDM bis unter 390 TDM	2.430,00 DM
39	390 TDM bis unter 400 TDM	2.493,00 DM
40	400 TDM bis unter 410 TDM	2.556,00 DM
41	410 TDM bis unter 420 TDM	2.620,00 DM
42	420 TDM bis unter 430 TDM	2.682,00 DM
43	430 TDM bis unter 440 TDM	2.746,00 DM
44	440 TDM bis unter 450 TDM	2.809,00 DM
45	450 TDM bis unter 460 TDM	2.872,00 DM
46	460 TDM bis unter 470 TDM	2.935,00 DM
47	470 TDM bis unter 480 TDM	2.997,00 DM
48	480 TDM bis unter 490 TDM	3.062,00 DM
49	490 TDM bis unter 500 TDM	3.124,00 DM
50	500 TDM bis unter 510 TDM	3.188,00 DM
51	510 TDM bis unter 520 TDM	3.250,00 DM
52	520 TDM bis unter 530 TDM	3.314,00 DM
53	530 TDM bis unter 540 TDM	3.377,00 DM
54	540 TDM bis unter 550 TDM	3.439,00 DM
55	550 TDM bis unter 560 TDM	3.503,00 DM
56	560 TDM bis unter 570 TDM	3.566,00 DM
57	570 TDM bis unter 580 TDM	3.630,00 DM
58	580 TDM bis unter 590 TDM	3.692,00 DM
59	590 TDM bis unter 600 TDM	3.755,00 DM
60	600 TDM bis unter 610 TDM	3.819,00 DM
61	610 TDM bis unter 620 TDM	3.882,00 DM
62	620 TDM bis unter 630 TDM	3.945,00 DM
63	630 TDM bis unter 640 TDM	4.007,00 DM
64	640 TDM bis unter 650 TDM	4.072,00 DM
65	650 TDM bis unter 660 TDM	4.134,00 DM
66	660 TDM bis unter 670 TDM	4.197,00 DM
67	670 TDM bis unter 680 TDM	4.260,00 DM
68	680 TDM bis unter 690 TDM	4.324,00 DM
69	690 TDM bis unter 700 TDM	4.387,00 DM
70	700 TDM bis unter 710 TDM	4.450,00 DM
71	710 TDM bis unter 720 TDM	4.513,00 DM
72	720 TDM bis unter 730 TDM	4.576,00 DM
73	730 TDM bis unter 740 TDM	4.639,00 DM
74	740 TDM bis unter 750 TDM	4.702,00 DM
75	750 TDM bis unter 760 TDM	4.765,00 DM
76	760 TDM bis unter 770 TDM	4.829,00 DM
77	770 TDM bis unter 780 TDM	4.892,00 DM
78	780 TDM bis unter 790 TDM	4.955,00 DM
79	790 TDM bis unter 800 TDM	5.017,00 DM
80	800 TDM bis unter 810 TDM	5.081,00 DM
81	810 TDM bis unter 820 TDM	5.144,00 DM
82	820 TDM bis unter 830 TDM	5.207,00 DM
83	830 TDM bis unter 840 TDM	5.270,00 DM
84	840 TDM bis unter 850 TDM	5.334,00 DM
85	850 TDM bis unter 860 TDM	5.397,00 DM
86	860 TDM bis unter 870 TDM	5.460,00 DM
87	870 TDM bis unter 880 TDM	5.522,00 DM
88	880 TDM bis unter 890 TDM	5.586,00 DM
89	890 TDM bis unter 900 TDM	5.649,00 DM
90	900 TDM bis unter 910 TDM	5.712,00 DM
91	910 TDM bis unter 920 TDM	5.775,00 DM
92	920 TDM bis unter 930 TDM	5.839,00 DM
93	930 TDM bis unter 940 TDM	5.902,00 DM
94	940 TDM bis unter 950 TDM	5.964,00 DM
95	950 TDM bis unter 960 TDM	6.028,00 DM
96	960 TDM bis unter 970 TDM	6.091,00 DM
97	970 TDM bis unter 980 TDM	6.154,00 DM
98	980 TDM bis unter 990 TDM	6.217,00 DM

Ab 990 TDM beträgt der Beitrag 0,63 % der Einkünfte gemäß § 3. Der Höchstbeitrag wird auf 10.000 DM begrenzt.



Hat der Kammerangehörige im vorletzten Jahr keine ärztliche Tätigkeit ausgeübt, so sind die im letzten Jahr vor dem Beitragsjahr erzielten Einkünfte zugrunde zu legen.

Tritt ein Berufsangehöriger nach dem Veranlagungsstichtag in Ruhestand und erzielt keine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit mehr oder liegen die trotz Ruhestand erzielten Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit unter 40 TDM, wird auf Antrag in dem entsprechenden Jahr der Jahresbeitrag anteilig nach den Monaten der ärztlichen Tätigkeit berechnet; dabei darf der Mindestbeitrag nicht unterschritten werden.

- (2) Den Mindestbeitrag zahlen Kammerangehörige,
- die den ärztlichen Beruf nicht ausüben und freiwilliges Mitglied der Landesärztekammer Hessen sind,
  - die mehrfach approbiert und im Hauptberuf nicht ärztlich tätig sind,
  - die ihre ärztliche Tätigkeit überwiegend in einem anderen Kammerbezirk ausüben, von dort voll zum Kammerbeitrag veranlagt werden und in Hessen nur geringfügig ärztlich tätig sind,
  - die in Ruhestand getreten sind und dennoch den ärztlichen Beruf geringfügig ausüben, jedoch mit dieser Tätigkeit Einkünfte unter 40 TDM erzielen.
- (3) Der Fürsorgebeitrag nach § 7 der Fürsorgesatzung beträgt ein Prozent des Kammerbeitrags und ist in ihm enthalten.

### § 3 Einkünfte

(1) Die Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit im Sinne des § 2 sind entsprechend der jeweils geltenden Fassung des Einkommensteuergesetzes zu ermitteln. Ärztliche Tätigkeit ist jede Tätigkeit, bei der ärztliche Fachkenntnisse vorausgesetzt, eingesetzt oder mißverwendet werden oder werden können. Hierunter fallen insbesondere Tätigkeiten in Klinik und Praxis, Forschung und Lehre, für Wirtschaft, Industrie und Medien.

Zu diesen Einkünften gehören auch Einnahmen aus Überstunden, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft, ferner alle Einnahmen aus ärztlicher Nebentätigkeit, z. B. aus Privatpraxis, Vertretungen, Gutachtertätigkeit oder Tätigkeit und Einsatz im ärztlichen Notfalldienst.

Bei Kammerangehörigen, die auch als Zahnarzt bestallt und in beiden Gebieten tätig sind, gilt die Hälfte der Gesamteinkünfte aus ärztlicher und zahnärztlicher Tätigkeit als Einkünfte im Sinne des § 3.

(2) Versorgungsbezüge nach öffentlich-rechtlichen Vorschriften, Renten aus der Sozialversicherung oder aus einem ärztlichen Versorgungswerk, Bezüge der Erweiterten Honorarverteilung oder vergleichbare Leistungen bleiben außer Ansatz.

### § 4 Veranlagung

(1) Die Beitragsveranlagung erfolgt durch Einstufung des Kammerangehörigen. Jeder Kammerangehörige hat sich mit Stichtag 1. Februar eines jeden Jahres selbst zum Kammerbeitrag für das laufende Beitragsjahr einzustufen. Er soll sich dabei des von der Landesärztekammer versandten Vordrucks bedienen.

(2) Der Einstufung ist der entsprechende Auszug des Einkommensteuerbescheides als Kopie beizulegen. Dieser Beleg kann durch eine schriftliche Bestätigung des Steuerberaters ersetzt werden. Kosten hierfür werden nicht erstattet.

(3) Wurde bis zum Veranlagungsstichtag der Einkommensteuerbescheid für das Jahr, das der Beitragsbemessung zugrunde zu legen ist, noch nicht erteilt, so stuft sich der Kammerangehörige zunächst vorläufig ein. Unverzüglich nach Erteilung des Einkommensteuerbescheides ist der Beleg gemäß Absatz 2 nachzureichen.

(4) Liegt der Landesärztekammer am 31. März des Kalenderjahres weder eine Einstufung gemäß § 4 (2) noch eine vorläufige Einstufung gemäß § 4 (3) des Kammerangehörigen vor, so erhält der Beitragspflichtige nach vergeblicher einmaliger Erinnerung nach einer Frist von 4 Wochen einen Beitragsbescheid in Höhe von 10.000,- DM.

Hat sich der Kammerangehörige vorläufig eingestuft und den Beleg gemäß Absatz 2 nicht spätestens zum Ende des Beitragsjahres nachgereicht, so erhält er einen Beitragsbescheid in Höhe von 10.000,- DM.

Die Landesärztekammer hat Beitragsbescheide zu berichtigen, wenn binnen Monatsfrist nach Zugang eines Veranlagungsbescheides die Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit durch Vorlage des entsprechenden Auszuges des Einkommensteuerbescheides oder eine schriftliche Bestätigung des Steuerberaters nachgewiesen werden.

(5) Liegt der Landesärztekammer die Einstufung vor, hat sie jedoch Zweifel an deren Richtigkeit und werden diese Zweifel nicht ausgeräumt, so wird der Kammerangehörige durch Beitragsbescheid, der auf einer Schätzung durch die Landesärztekammer beruht, veranlagt. Abs. 4 Satz 3 gilt entsprechend.

### § 5 Fälligkeit und Einzug

(1) Die Beiträge werden nach § 12 des Heilberufsgesetzes i.V.m. den Vorschriften des Hessischen Verwaltungsvollstreckungsgesetzes vom

29.6.1995 (GVBl. 1995 S. 555) in der jeweils geltenden Fassung beigetrieben. Der Kammerbeitrag ist am 31. März fällig und bei Beitragsbescheiden binnen Monatsfrist nach Zugang des jeweiligen Veranlagungsbescheides. Rückständige Beiträge werden einmal angemahnt.

Für jede Mahnung kann eine Gebühr von 25,- DM verlangt werden. Kommt der Beitragspflichtige nach der Mahnung innerhalb eines Monats seiner Zahlungspflicht nicht oder nicht vollständig nach, wird der Beitrag einschließlich der entstandenen Auslagen und Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz nach § 1 des Diskont-Überleitungs-Gesetzes vom 9. Juni 1998 (BGBl. I S. 1242) beigetrieben.

(2) Die Landesärztekammer kann vom Kammerangehörigen zum Einzug der fälligen Beiträge durch Lastschrift-Einzugsverfahren oder über Abbuchung vom Abrechnungskonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ermächtigt werden.

### § 6 Stundung, Ermäßigung, Erlaß

(1) Auf schriftlichen Antrag kann der Beitrag zur Vermeidung unzumutbarer Härten wegen besonderer persönlicher Umstände oder wirtschaftlicher Notlage ganz oder teilweise erlassen oder gestundet werden. Ein Rechtsanspruch hierauf besteht nicht.

Der Antrag ist zu begründen und unter Beifügung eines Nachweises über die im vorletzten und letzten Jahr erzielten Einkünfte bei der Landesärztekammer bis zum 31. März des Beitragsjahres einzureichen.

(2) Über den Antrag entscheidet das Präsidium oder ein vom Präsidium Bevollmächtigter.

(3) Kammermitglieder mit mindestens zwei steuerlich anerkannten Kindern erhalten auf Antrag bis zur Beitragsstufe 15 einschließlich pro Kind 50,- DM Beitragsermäßigung. Dieser Antrag ist fristgerecht zum Einstufungsstichtag zu stellen und für das Jahr, dessen Einkünfte der Veranlagung zugrunde zu legen sind, zu belegen. Spätere Anträge werden nicht berücksichtigt. Der Mindestbeitrag darf durch diese Regelung nicht unterschritten werden. Für jedes Kind kann die Ermäßigung nur von einem Elternteil in Anspruch genommen werden.

(4) Ärzte, die ausschließlich in theoretischen Fächern lehren, Forschung betreiben oder für Medien tätig sind, zahlen auf Antrag einen um 20 % ermäßigten Beitrag, sofern sie nachweisen, daß sie nicht mit der Heilbehandlung und der Bekämpfung von Krankheiten am Patienten befaßt sind.

### § 7 Datenschutz

(1) Zugang zu den im Rahmen der Beitragsveranlagung anfallenden personenbezogenen Daten, die nur zum Zwecke der Beitragsveranlagung verwendet werden dürfen, haben nur die Mitarbeiter der Beitragsbuchhaltung sowie die vom Präsidium ausdrücklich schriftlich Ermächtigten. Das Präsidium erläßt eine Dienstanweisung zur Datensicherung in der Beitragsbuchhaltung.

(2) Im Rahmen der Beitragsveranlagung anfallende personenbezogene Daten und Unterlagen werden unter Berücksichtigung von gesetzlichen Aufbewahrungsfristen nach Abschluß der Beitragsveranlagung gelöscht oder vernichtet.

### § 8 Verjährung

Die Verjährungsfrist für Kammerbeiträge beträgt 4 Jahre gemäß § 197 BGB.

### § 9 Gültigkeit der Selbsteinstufung

Die vom Kammerangehörigen abgegebene Einstufung zum Kammerbeitrag unter Hinzufügung der Nachweise gemäß § 4 Absatz 2 steht einem Beitragsbescheid gleich (HessVwVG).

### § 10 Inkrafttreten

Die Beitragsordnung tritt am 1. Januar 2001 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 11. November 2000 beschlossene und vom Hessischen Sozialministerium am 29. November 2000 (Geschäftszeichen: VIII 13-18b-021306) genehmigte Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgetriggert und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 29. November 2000

Dr. med. A. Möhrle – Präsident



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

**Planungsbereich Bergstraße**  
Lampertheim Augenärztin/Augenarzt

**Planungsbereich Groß-Gerau**  
Kelsterbach Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Arzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Darmstadt, Wilhelminenplatz 7, 64283 Darmstadt** zu senden

**Planungsbereich Frankfurt/M.-Stadt**  
Frankfurt/M.-Bergheim prakt. Ärztin/prakt. Arzt  
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt  
Frankfurt/M.-Bornheim prakt. Ärztin/prakt. Arzt  
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt  
Frankfurt/M.-Griesheim Frauenärztin/Frauenarzt  
Frankfurt/M.-Nordend Frauenärztin/Frauenarzt  
Frankfurt/M.-Alt-Bornheim Internistin/Internist  
Hämatologie und  
Internistische Onkologie  
(Gemeinschaftspraxisanteil)

**Planungsbereich Main-Taunus-Kreis**  
Hofheim Ärztin/Arzt  
für Psychotherapeutische Medizin

**Planungsbereich Offenbach/M.-Stadt**  
Offenbach/M.-Innenstadt HNO-Ärztin/HNO-Arzt  
(Gemeinschaftspraxisanteil)  
Offenbach-Innenstadt Psychologische/r  
Psychotherapeutin/  
Psychotherapeut

**Planungsbereich Offenbach/M.-Land**  
Dietzenbach prakt. Ärztin/prakt. Arzt  
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt  
Dietzenbach Radiologin/Radiologe  
(Gemeinschaftspraxisanteil)  
Dreieich-Dreieichenhain Internistin/Internist

**Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis**  
Großkrotzenburg Anästhesistin/Anästhesist

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

**Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis**  
Wetzlar Chirurgin/Chirurg

**Planungsbereich Landkreis Gießen**  
Gießen Psychologische  
Psychotherapeutin/  
Psychologischer Psychotherapeut

Grünberg Ärztin/Arzt  
für Psychotherapeutische Medizin

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Arzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Gießen, Eichgärtenallee 6, 35394 Gießen** zu senden

**Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg**  
Korbach Allgemeinärztin/Allgemeinarzt  
Korbach Nervenärztin/Nervenarzt  
Korbach HNO-Ärztin/HNO-Arzt  
(Gemeinschaftspraxisanteil)

**Planungsbereich Landkreis Fulda**  
Fulda Augenärztin/Augenarzt  
(Gemeinschaftspraxisanteil)

**Planungsbereich Kassel Stadt**  
Kassel Internistin/Internist  
Kassel Augenärztin/Augenarzt  
Kassel Allgemeinärztin/Allgemeinarzt  
Kassel Allgemeinärztin/Allgemeinarzt  
(Praxisgemeinschaftsanteil)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Arzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Kassel, Pfannkuchstraße 1, 34121 Kassel** zu senden

**Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis**  
Idstein Chirurgin/Chirurg  
(Gemeinschaftspraxisanteil)  
Wiesbaden Augenärztin/Augenarzt  
(Gemeinschaftspraxisanteil)

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

**Planungsbereich Limburg-Weilburg**  
Bad Camberg Fachärztin/Facharzt  
für Orthopädie

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Arzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Limburg, Adelheidstraße 7, 65549 Limburg** zu senden

## Qualitätszirkel: Kostenloses Moderatorenttraining durch die KV Hessen

Nach den Grundsätzen für die Qualitätszirkelarbeit der Landesärztekammer Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ist für die Anerkennung eines Qualitätszirkels ein ausgebildeter Moderator, der den Zirkel leitet, unabdingbar. Die KV Hessen bietet in ganz Hessen regelmäßig im Abstand von ca. 6 Wochen zweitägige Moderatorenttrainings an. Diese finden in verschiedenen Bezirksstellen an Wochenenden statt. Die Trainings sind für niedergelassene Vertragsärzte kostenlos! Bei Interesse melden Sie sich bitte bei Ihrer zuständigen Bezirksstelle oder direkt an die KVH-Landesstelle, (069/79502-519 an.

## Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Körperschaft des Öffentlichen Rechts – Landesstelle –

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 -Landesstelle-  
Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt/M.,  
Telefon 069/79502-757**

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.

## Einladung zu einer konstituierenden Abgeordnetenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege, sehr geehrte Damen und Herren,  
im Auftrag des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen erlaube ich mir, zum

**10. Februar 2001, 10.00 Uhr s.t.**

in das Verwaltungsgebäude der KVH-Landesstelle, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt, Großer Saal 1. OG

zur konstituierenden Sitzung der neu gewählten Abgeordnetenversammlung einzuladen.

**Vorläufige Tagesordnung:**  
Eröffnung und Feststellung der Beschlußfähigkeit

### 1. WAHLEN

- 1.1. Bestellung des Wahlausschusses gem. § 2 Abs. 1 der Geschäftsordnung
- 1.2. Wahl des Sprechers der Abgeordnetenversammlung
- 1.3. Wahl des stellv. Sprechers der Abgeordnetenversammlung
- 1.4. Wahl des 1. Vorsitzenden des Vorstandes
- 1.5. Wahl des 2. Vorsitzenden des Vorstandes
- 1.6. Wahl der Mitglieder des Vorstandes
- 1.7. Wahl der ordentlichen Mitglieder für die Vertreterversammlung der KBV und deren Stellvertreter
- 1.8. Wahl der außerordentlichen Mitglieder für die Vertreterversammlung der KBV und deren Stellvertreter
- 1.9. Wahl des Landesfinanzausschusses und Bezirksfinanzausschüsse
- 1.10. Wahl der satzungsgemäßen Ausschüsse

### 2. VERSCHIEDENES / FRAGESTUNDE

Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. C.-J. Stoecker  
Sprecher der Abgeordnetenversammlung

## Röntgen während der Ausbildung zur Arzthelferin

Die Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen erhält in nicht unerheblichem Umfang Beschwerden von Auszubildenden, die von ihren ausbildenden Ärztinnen/Ärzten tagtäglich zum Röntgen eingesetzt werden und dies sodann selbständig und ohne Überwachung tun. Dieser Sachverhalt wird auch immer wieder von den Berufsschulen und den Ausbildungsberatern bestätigt.

Für das Röntgen gibt es insbesondere drei Vorschriften, die in diesem Zusammenhang zu beachten sind:

1. Lfd. Nr. 5 des Ausbildungsrahmenplans für die Berufsausbildung zum Arzthelfer/zur Arzthelferin für die berufliche Fachbildung (2. Ausbildungsjahr): a) bei diagnostischen Maßnahmen, insbesondere EKG, Röntgen, Sonographie, Endoskopie, Punktion, Katheterisierung, gynäkologischen Untersuchungen, Einläufen, **mitwirken**.
2. § 23 Ziff. 4 Röntgenverordnung Zur Anwendung berechnete Personen  
Auf Menschen dürfen nur folgende Personen in Ausübung ihres Berufs Röntgenstrahlen anwenden:  
Hilfskräfte, die unter ständiger Aufsicht und Verantwortung einer der in Nummer 1 bezeichneten Personen tätig sind und für diese Tätigkeit über die **erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz** verfügen, ...
3. § 22 Abs. 2 Röntgenverordnung Zutritt zum Kontroll- und betrieblichen Überwachungsbereich  
Schwangeren Frauen und Personen unter 18 Jahren darf der Zutritt zum Kontrollbereich nur erlaubt werden, wenn sie untersucht oder behandelt werden. Die zuständige Behörde kann gestatten, daß sich Personen im Alter zwischen 16 und 18 Jahren unter ständiger Aufsicht und Anleitung eines Fachkundigen im Kontrollbereich zum Zwecke der Ausbildung aufhalten, wenn dies zur Erreichung ihres Ausbildungszieles notwendig ist; dies gilt nicht für schwangere Frauen.

Wir möchten Sie bitten, diese Vorschriften zu beachten und einzuhalten. Zuständige Verfolgungsbehörde sind die Staatlichen Ämter für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik. Bei Verstößen können aber auch berufsordnungsrechtliche Ermittlungen seitens der Landesärztekammer Hessen eingeleitet werden.

Die Carl-Oelemann-Schule bietet Lehrgänge zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß § 23 Ziff. 4 Röntgenverordnung an. An diesen können auch Auszubildende teilnehmen, sofern sie das 18. Lebensjahr vollendet haben und die Berufsschulpflicht nicht tangiert wird. Unter Berücksichtigung dieser Belange, finden die Strahlenschutzlehrgänge für Auszubildende grundsätzlich in den Berufsschulferien statt.

Die Auszubildenden können selbstverständlich auch an den anderen Terminen teilnehmen, wenn sie diese mit den Berufsschulen rechtzeitig vorher abklären.

Die Termine für das erste Halbjahr 2001 und die Termine für den Lehrgang, der vorzugsweise von Auszubildenden besucht werden soll, wurden im Hessischen Ärzteblatt November-Ausgabe, Seite 496 veröffentlicht, können aber auch im Internet unter [www.laekh.de](http://www.laekh.de) abgerufen werden.

R. Hoerschelmann, Assessorin