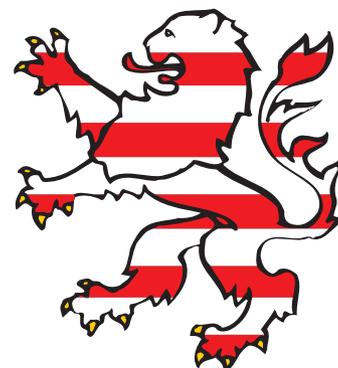


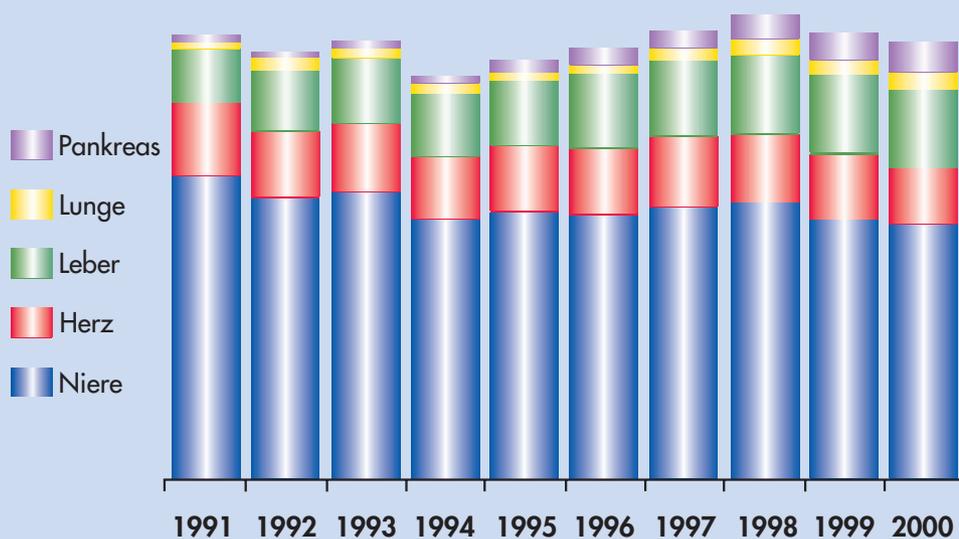
# Hessisches Ärzteblatt

## 8/2001

August 2001  
62. Jahrgang



### Vermittelte Organe in Deutschland nach postmortalen Organspende



	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Niere</b>	2001	2019	2064	1860	1912	1902	1961	1992	1865	1851
<b>Herz</b>	491	502	481	454	469	479	507	482	441	370
<b>Leber</b>	401	419	489	457	484	535	549	581	590	589
<b>Lunge</b>	56	89	76	76	71	82	94	129	123	123
<b>Pankreas</b>	38	31	38	47	61	91	112	147	189	202
	<b>3187</b>	<b>3060</b>	<b>3148</b>	<b>2894</b>	<b>2997</b>	<b>3089</b>	<b>3223</b>	<b>3331</b>	<b>3208</b>	<b>3135</b>

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

Aufgaben und Ziele  
der Deutschen Stiftung  
Organtransplantation

Gesetzliche Grundlagen der  
Transplantationsmedizin

Die Neuregelung des  
Transplantationsgesetzes

Mikrochirurgische  
Operation oder  
endovaskuläres Coiling?

Ausbeutung und schlechte  
Behandlungsqualität will  
niemand – schon gar nicht  
die Krankenhäuser

## Herausgeber:

Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsgesang  
3, 60488 Frankfurt/M. Telefon (0 69)  
9 76 72-0, Internet: www.laekh.de, E-Mail:  
Laekh.Hessen@laekh.de und Kassenärztliche  
Vereinigung Hessen, Georg-Voigt-Str. 15,  
60325 Frankfurt/M., Telefon (0 69) 79 50 20,  
Internet: www.kvhessen.de

## Schriftleitung (verantwortlich):

Professor Dr. Toni Graf-Baumann,  
verantwortlich für Mitteilungen der  
LÄK Hessen: Dr. Michael Popović,  
verantwortlich für Mitteilungen der  
KV Hessen: Renata Naumann†,  
verantwortlich für Mitteilungen der  
Akademie: Professor Dr. Ernst-G. Loch

## Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. med. Erika Baum, Biebertal  
Dr. med. Alfred Halbsguth, Frankfurt  
Dr. med. Ulrich Herborn, Kassel  
Prof. Dr. med. Dietrich Höfler, Darmstadt  
Dr. med. Georg Holfelder, Frankfurt  
Dr. med. Siegmund Kalinski, Frankfurt  
Dr. med. Norbert Löschorh, Seeheim-  
Jugendheim  
Prof. Dr. med. Helmut Nier, Offenbach  
Prof. Dr. med. Peter Osswald, Hanau  
Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Gießen  
Dr. med. Hans-Friedrich Spies, Frankfurt  
Dr. med. Gösta Strasding, Frankfurt  
PD Dr. med. Roland Wönne, Frankfurt  
PD Dr. med. Oskar Zelder, Marburg  
Dr. med. Walter Schultz-Amling, Hofheim

## Arzt- und Kassenarztrecht

Dr. Karin Hahne-Reulecke, Justitiarin der  
KV Hessen, Christoph Biesing, Justitiar der  
LÄK Hessen, Dr. Felix Meyer, Gutachter- und  
Schlichtungsstelle

## Anschrift der Redaktion:

Angelika Kob, Im Vogelsgesang 3, 60488  
Frankfurt/M., Telefon (0 69) 97 67 21 47  
Fax (0 69) 97 67 21 28  
E-Mail: angelika.kob@laekh.de

## Verlag: Verlag Kirchheim + Co GmbH

Postfach 25 24, 55015 Mainz  
Telefon (0 61 31) 9 60 70 - 0  
Fax (0 61 31) 9 60 70 70  
E-Mail: Info@kirchheim-verlag.de

## Geschäftsführer: Manuel Ickrath

## Herstellung: Andreas Kurz

## Anzeigendisposition: Ruth Tänni

Telefon (0 61 31) 9 60 70 34  
Anzeigentarif vom 1. 1. 2001

## Vertrieb: Ute Schellerer

Tel. (0 61 31) 9 60 70 24

Der Bezugspreis im Inland beträgt 175,80  
DM (12 Ausgaben), im Ausland 187,80 DM.  
Kündigung des Bezugs sechs Wochen vor  
Quartalsende. Für die Mitglieder der Landes-  
ärztekammer Hessen ist der Bezugspreis  
durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Bestellungen über: pan-adress, Leserservice  
Kirchheim-Verlag, Semmelweisstraße 8,  
82152 Planegg, Tel. (0 89) 8 57 09 - 4 81,  
Fax (0 89) 8 57 09 - 1 31 bzw. über jede  
Buchhandlung.

## Auslieferung Österreich:

Buchhandlung und Verlag A. Hartleben,  
Inh. Dr. Rob. Schwarzenbergstraße 6,  
A-1015 Wien

## Auslieferung Schweiz:

Buchhandlung und Verlag Hans Huber AG,  
Länggass-Straße 76, CH-3000 Bern 9

Bankkonto: Mainzer Volksbank  
(BLZ 551 900 00) 11 591 013.

Das „Hessische Ärzteblatt“ erscheint jeweils  
zum 1. eines Monats. **Redaktionsschluss:**  
Fünf Wochen vor Erscheinen.

## Druck:

Druckzentrum Lang, Rheinhessenstraße 1,  
55129 Mainz-Hechtsheim,  
Tel. 0 61 31 / 9 58 94 - 0

# H e s s i s c h e s Ä r z t e b l a t t



8/2001 August 2001 • 62. Jahrgang

## Sie lesen in diesem Heft

### Editorial

Mit der Geduld am Ende? 358

### Fortbildung

Wolfgang Weimershaus: Das Schweigen der Wissenschaft 359

Pressemitteilung der Bundesärztekammer  
Organspende: Hilfe in existenzieller Not 360

Dr. med. R. Lommel-Bleymehl:  
Gesetzliche Grundlagen der Transplantationsmedizin 361

Christoph Conrads: Die Neuregelungen des Transplantationsgesetzes 368

K. Nehammer, D. Mauer et. al.: Leitlinien zur Spenderoptimierung 370

V. Seifert, A. Raabe et. al.:  
Mikrochirurgische Operation oder endovaskuläres Coiling? 372

### Aktuelles

Katja Möhrle: Stroke Units in Hessen - wie geht es weiter? 378

### Medizin-Geschichte

Dr. med. S. N. Hejazi: Gefäßchirurgie - ein historischer Rückblick - 379

### Arzt- und Kassenarztrecht

Manfred Reeg:  
Ausbeutung und schlechte Behandlungsqualität  
will niemand - schon gar nicht die Krankenhäuser 382

Dr. jur. Felix Meyer: Intubationsnarkose und Zahnfraktur -  
nicht sicher vermeidbares Risiko oder vermeidbarer Fehler? 383

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung Bad Nauheim 385

Ärztliche Fortbildung im Bereich der Bezirksärztekammern 389

### Leserbriefe

394

### Sicherer Verordnen

395

### Aktuelles

Katja Möhrle: Professionell arbeiten mit Hilfe der Psychoanalyse 396

Sabine Schmeink-Abrendt: Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blut-  
bestandteilen zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) 397

Dr. Paul Otto Nowak, Dr.-Ing. H. Otto:  
Arbeits- und Betriebsmediziner gesucht 399

Meßtechnische Kontrollen bei Blutdruckmeßgeräten 401

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen 402

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen 406

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Anzeigen und Fremdbeilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. übernimmt die Schriftleitung keine Verantwortung.

Vom Autor gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Schriftleitung wieder. Die Veröffentlichungen „Pharmazeutische Nachrichten“ und „Sicherer verordnen“ erfolgen außerhalb der Verantwortung der Schriftleitung und des Verlages.

# Mit der Geduld am Ende

Die Vertragsärzte haben sich im deutschen Krankenversicherungssystem schon seit langem an Zustände gewöhnt, die mit gesundem Menschenverstand nicht mehr nachvollziehbar sind. Politik und Krankenkassen ist es via Gesetz gelungen, das gesamte Versorgungsrisiko bei den Leistungserbringern abzugeben. Zusätzlich sind wir durch die Budgetierung und den Sicherstellungsauftrag auch wirtschaftlich für alles zuständig: für den Fortschritt in der Diagnostik, für die Innovationen bei den Arzneimitteln, für die demographische Entwicklung unserer Bevölkerung, für die offenerzige Ausweitung des Gesundheitsbegriffs bis hin zur letzten Befindlichkeitsstörung, neuerdings auch noch für eine sachgerechte aber dennoch billige Verordnung von Heilmitteln usw. usw. usw.

## Am Patienten sparen

Bei meiner Aufzählung fehlt der Patient. Nein, den habe ich nicht vergessen. Aus der Sicht der Gesundheitspolitiker wird er vor allem deshalb gebraucht, weil hier der Einsparkommissar Vertragsarzt seinen Hebel ansetzen muß, ohne daß sich die Ökonomen und Verwaltungstechniker selbst die Finger schmutzig machen müssen.

An all dies haben wir uns gewöhnt, nehmen es mit stoischer Ruhe hin, auch wenn allmählich die Basis unseres Tuns, ein geordnetes Arzt-Patienten-Verhältnis, langsam aber sicher zerstört wird.

## Wie lange noch...

Man darf gespannt sein, wie lange die Vertragsärzte diese Politik noch tolerieren und wie lange eine Kassenärztliche Vereinigung noch akzeptiert wird, wenn der Gesetzgeber sie immer

mehr zu einer Abrechnungsstelle für die Mangelverwaltung degradiert und wenn gleichzeitig die Interessensvertretung der Mitglieder auf ein Minimum eingeschränkt wird. Wie groß ist die Langmut der Mandatsträger der KVen, sich noch weiter vor den Karren einer solchen Ordnungspolitik spannen zu lassen?

## Arzneimittelbudget

Trotz der sattsam bekannten Geduld der Vertragsärzte ist bei der weiteren Verschärfung der Finanznot im ambulanten Bereich kurz- oder mittelfristig mit einem Eklat zu rechnen, wenn nicht zumindest das Musterbeispiel dieser fehlgeleiteten Gesundheitspolitik, das Arzneimittelbudget, mit Androhung von sittenwidriger Sippenhaft abgeschafft wird. Unsere neue Gesundheitsministerin hat dazu einen Gesetzesentwurf mit der richtigen Richtung eingebracht, der aber noch nicht endgültig beschlossen ist. Wir können nur hoffen, daß sie standhaft bleibt und den Krankenkassen, die hier vor allem von den Grünen und den Gewerkschaften unterstützt werden, Paroli bietet. Die möchten nämlich an der seitherigen Budgethaftung festhalten.

## Altbekanntes Spiel

Von Seiten der Krankenkassen wird in dieser Frage strategisch klug vorgegangen. Die AOK Hessen hat bei der Beitragserhöhung den Vorreiter gespielt. Obwohl alle Kundigen wissen, daß Beitragserhöhungen bei den großen Kassen flächendeckend nötig sind, wird die Maßnahme hinausgeschoben. Man will nämlich die steigenden Arzneimittelkosten als Begründung für diesen Schritt nutzen, um von den wirklichen Ursachen abzulenken, wie z. B. vom Ost-West-Ausgleich, von den

hohen Verwaltungskosten und vor allem den neuen gesetzlichen ausgabenwirksamen Vorgaben. Wir dürfen uns hier den „Schwarzen Peter“ nicht zuschieben lassen, weil die Steigerungen der Arzneimittelausgaben schon vor der Ankündigung der Ministerin auftraten, das Arzneimittelbudget abzulösen.

## Ruhe an der Ärztefront

Eines läßt sich voraussagen: Wird das Arzneimittelbudget samt Sippenhaft nicht abgeschafft, wird es die Frau Ministerin sehr schwer haben, die Vorgabe ihres Bundeskanzlers einzuhalten, nämlich für Ruhe an der Ärztefront zu sorgen.

Die Ärzte müssen die laufenden Diskussionen noch vor der Bundestagswahl aktiv begleiten. Wir werden die Öffentlichkeit informieren und können dabei auf einen Verbündeten bauen: Nämlich unsere Patienten, die die zunehmende Rationierung ihrer Leistungen nicht mehr hinnehmen.

Dr. H.-F. Spies

# Das Schweigen der Wissenschaft

Ludwig Wittgenstein hat zwar gesagt: Worüber man nicht sprechen kann, darüber sollte man schweigen; aber ein solch kluges Zitat wird heute wohl nicht sehr beachtet. Die heutige Wissenschaft schweigt zwar nicht, aber kommt nicht zur Geltung. Die Politiker entscheiden heute alles: BSE und MKS sind dank der großen Worte nicht mehr hoch akut, AIDS wird in Europa nicht mehr ernst genommen, politische Parteien (also wissenschaftliche Laien) entscheiden über embryonale Stammzellen und die „Talks“ überschlagen sich im Besserwissen.

Die „erpresste Presse“ schlägt sich auf die Seite ihrer Arbeitgeber, schlägt sich allerdings manchmal auch recht wacker, wird aber dann kaum gelesen. Unwichtige Sensationen werden ganz anders verkauft als die trockenen Mitteilungen der Wissenschaft. Was ist zu tun?

Wie steht es mit der „Meldepflicht“ der Infektionskrankheiten? Die neueste Fassung vom 1. Januar dieses Jahres ist – leider – noch nicht allen Ärzten, geschweige der breiten Öffentlichkeit unseres Landes, bekannt.

Also versuchen wir es mit einer

neuen Fassung: Eine Meldepflicht zur infektiösen Unseriosität muß her. Den feinen, aber wichtigen Unterschied zur relativen Seriosität muß allerdings die Wissenschaft erarbeiten. Also brauchen wir eine neue „Studie“, um die Meldepflicht zu erweitern. Dazu braucht man Geld, aber das haben weder die Wissenschaft noch die Ärzte. Das Geld benötigen wir für die Ökosteuer, die Ministergehälter (und Pensionen) sowie für Europa. Allerdings: Die Meldepflicht zur Vernunft erhöht keine Preise für Medikamente, belastet die Ärzteschaft nicht und schadet keinem Patienten.

Eine Chance für eine gesunde Zukunft; Kröten haben wir schon genug geschluckt! Täusche ich mich? War es etwa in der Welt schon immer so schlimm wie heute? Ganz auszuschließen ist das nicht ! Gut erholt ?

Wolfgang Weimershaus

## Nachruf Frau Naumann

Renata Naumann war nicht irgendein Mitglied der Redaktion unseres Hessischen Ärzteblattes. Seit 1989 gehörte die Vertretung der KV Hessen in unserer Redaktion zu ihren zahlreichen Aufgaben. Wir haben nicht nur von ihrer Qualifikation als studierte Kommunikationswissenschaftlerin profitiert, sondern viel mehr noch von ihrem Engagement, ihren Fähigkeiten sich für ein Ziel konsequent einzusetzen, ihrer pointierten Art der Darstellung und ihrem enormen Wissen, und das alles in einer Phase, in der die Arbeit der KVen



alles andere als leicht war. Sie war ohne jeden Zweifel ein Profi in ihrem Geschäft. Dazu gehörte es, daß sie nicht immer bequem war, aber stets fair und sachlich. Wenn man sie etwas näher kennenlernen durfte, sah man einen sehr feinfühligem Menschen, der sich für andere eingesetzt hat. Gerade in den besonders schweren Zeiten einer sprunghaften und unzuverlässigen Ge-

sundheitspolitik hat sie ihre Autoren und Amtsinhaber bei der KV gut im Griff der redaktionellen Zeitpläne gehabt und mit uns für eine aktuelle Berichterstattung und das pünktliche Erscheinen des Hessischen Ärzteblattes gesorgt. Wir haben dennoch manche Meldungen, die für unsere Leserschaft weniger erfreulich waren, auch mit einem Schmunzeln in Worte verpackt und uns dabei über ihren Humor, bisweilen Galgenhumor, gefreut.

Am 10. Juli 2001 fand die erste Redaktionskonferenz ohne sie statt. Sie hat uns allen sehr gefehlt. Wir möchten uns bei ihr für die kollegiale und freundschaftliche Zusammenarbeit bedanken und sie in unseren Erinnerungen mit als eine lebenswerte und kompetente Kollegin behalten.

Für die Redaktion  
und den Kirchheim Verlag  
Prof.Dr. Toni Graf-Baumann

### Renata Naumann

#### DANKE

denen, die in Gedanken da waren,  
denen, die da sein konnten,  
für tröstende Worte und liebevolle Zeilen,  
für einen Händedruck,  
eine stumme Umarmung,  
wenn die Worte fehlten,  
für ein stilles Gebet,  
für die schönen Blumen und Kränze,  
für alle Zeichen der Liebe und Freundschaft auf ihrem letzten Weg.

Im Namen aller Angehörigen

Detlev Tiedt



## Pressemitteilung der Bundesärztekammer

# Organspende: Hilfe in existenzieller Not

Berlin/Köln, 1. Juni 2001: „Wir sollten uns bewußt machen, daß jeder von uns in eine Situation geraten kann, in der nur noch eine Organspende das Weiterleben möglich macht“, so Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe zum Tag der Organspende am 2. Juni 2001. Angesichts der geringen Zahl von Spenderorganen appellierte der Ärztepräsident an die Bevölkerung, sich verstärkt mit dem Gedanken der Organspende auseinander zu setzen. Wer einen Spenderausweis bei sich trage, dokumentiere damit seine Bereitschaft, Menschen in existenzieller Not zu helfen. Organ-

spende-Ausweise seien kostenfrei bei Ärzten, Krankenkassen und Apotheken erhältlich, so Hoppe.

Rund 14.000 Menschen warten in Deutschland jährlich auf ein neues Organ. Doch nur etwa 3800 Transplantationen konnten im Jahr 2000 vorgenommen werden. Das sind rund zwei Prozent weniger als noch 1999. Vor allem die Zahl der Herztransplantationen ist zurückgegangen. „Im internationalen Vergleich ist Deutschland nach wie vor ein so genanntes Organ-Importland. Ohne die Organe aus unseren Nachbarländern könnten noch weniger Menschen gerettet werden.

Das muß uns nachdenklich stimmen“, so Hoppe. Die Aufklärung über die Voraussetzungen und Chancen einer Organspende müsse deshalb intensiviert werden. „Besonders wichtig ist es, frühzeitig mit den nächsten Angehörigen über die Bereitschaft zur Organspende zu sprechen, und nicht erst, wenn die Umstände ein solches Gespräch kaum mehr möglich machen. Nur so können sich die Angehörigen sicher sein, bei der schwierigen Entscheidung über eine Zustimmung zur Organentnahme im Sinne des Verstorbenen zu handeln“, sagte der Ärztepräsident.

## Organspende in Deutschland – eine gemeinsame Aufgabe

# Aufgaben und Ziele der Deutschen Stiftung Organtransplantation

Dietmar Mauer, Sabine Schleede, Susanne Venhaus, Deutsche Stiftung Organtransplantation Neu-Isenburg

### Einleitung:

Zur Zeit warten mehr als 14 000 Patienten auf eine Transplantation. Täglich versterben 3 Patienten auf der Warteliste. Die Steigerung der postmortalen Organspende stellt auch in absehbarer Zukunft die einzige Möglichkeit dar, diesen Patienten zu helfen (Abb. 1).

### Aktuelle Situation

Im Jahr 2000 gab es in Deutschland 1026 postmortale Organspender. Es konnten insgesamt 3135 Organe nach postmortalen Organspende vermittelt werden (Abb. 2). Im internationalen Vergleich findet sich Deutschland mit 12,5 Spendern pro eine Million Einwohner im letzten Drittel, in Öster-

reich lag diese Rate bei 20,8 und in Spanien sogar bei 31,5. Die Zahl der Spendermeldungen aus den Krankenhäusern stieg in den letzten Jahren an, in 42,6 % der Fälle wurde eine Organentnahme realisiert (Abb. 3). In 37,7 % der Fälle, in denen keine medizinischen Ausschlußgründe gegen eine Organspende sprachen, wurde die Organspende von den Angehörigen abgelehnt. Auch im regionalen Vergleich bestehen in Deutschland erhebliche Unterschiede. Während in Bayern im Jahr 2000 eine Zunahme um fast 20 % zu verzeichnen war, sank die Zahl der Spender in Nordrhein-Westfalen um über 20 % (Tab. 1).

In der Region Mitte, zu der die Bundesländer Hessen, Rheinland-Pfalz

und Saarland gehören, nahm die Zahl der Organspenden um etwa 8 Prozent ab. Dieser Abfall war durch einen Einbruch der Spenderate um 27,5 % in Hessen zu erklären, während im Saarland und in Rheinland-Pfalz die Zahl der realisierten Spenden um 17,6 bzw. 14,3 % anstieg (Abb. 4). In 35 % aller Meldungen konnte eine Organentnahme erfolgen (Abb. 5).

Im Gegensatz zu weitverbreiteten Vorstellungen überwiegen bei den Spendermeldungen eindeutig die atraumatischen Todesursachen. In 71 % der Fälle versterben die Patienten im Rahmen einer nicht-traumatischen Hirnschädigung. Hier sind insbesondere intracranielle Blutungen die häufigste Ursache für den Hirntod (Abb. 6).

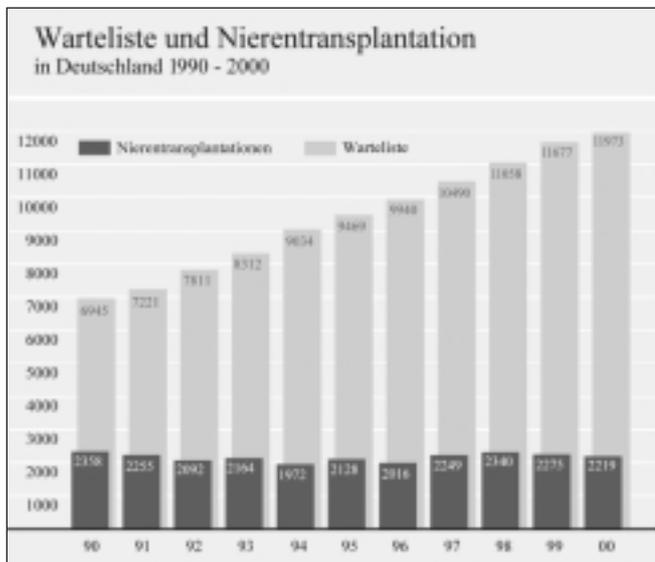


Abb. 1: Ist-Situation in Deutschland am Beispiel der Warteliste und der Nierentransplantation.

Belgien, Deutschland, Luxemburg, Niederlande, Österreich und Slowenien durchgeführt.

Die Aufgaben der Transplantationszentren beinhalten die Wartelistenführung sowie die Entnahme und Transplantation der Organe.

### Aufgaben und Ziele der DSO

Die DSO wurde im Juli 2000 nach Paragraph 11 des Transplantationsgesetzes durch einen Vertrag mit der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen mit der bundesweiten Koordinierung der Organspende betraut.

Zur Optimierung der strukturellen Voraussetzungen zur Organspende wurden sieben Regionen in Deutschland gebildet, in denen jeweils ein geschäftsführender Arzt/Ärztin gemeinsam mit den KoordinatorInnen tätig sind. Die Organisationszentrale der Region Mitte ist in Neu-Isenburg an-

### Organisation der Organspende und Transplantation in Deutschland

Alle Krankenhäuser sind per Gesetz aufgefordert, potentielle Spender zu melden.

Organspende ist eine Gemeinschaftsaufgabe der Spenderkrankenhäuser

und der Transplantationszentren, koordiniert durch die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO).

Die Vermittlung der Organe wird in allen Fällen von der unabhängigen Vermittlungsstelle Eurotransplant (ET) in Leiden für die angeschlossenen Länder

Region	1999	2000	Veränderung	1999		2000		Veränderung
	Spendermeldungen	Spendermeldungen		Total	pro eine Million Einwohner	Total	pro eine Million Einwohner	
<b>Deutschland</b>	<b>2356</b>	<b>2410</b>	<b>2,29%</b>	<b>1039</b>	<b>12,7</b>	<b>1026</b>	<b>12,5</b>	<b>-1,25%</b>
Baden-Württemberg	293	290	-1,02%	107	10,2	121	11,6	13,08%
Bayern	322	417	29,50%	148	12,2	177	14,6	19,59%
Mitte	294	305	3,74%	128	11,5	118	10,6	-7,81%
Nord	471	471	0%	206	15,8	197	15,1	-4,37%
Nordost	232	248	6,90%	132	17	119	15,3	-9,85%
Nordrhein-Westfalen	474	425	-10,34%	205	11,4	159	8,8	-22,44%
Ost	270	254	-5,93%	113	11,8	135	14,1	19,47%

Regionen: Mitte (Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland), Nord (Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen, Niedersachsen), Nordost (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern), Ost (Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen)

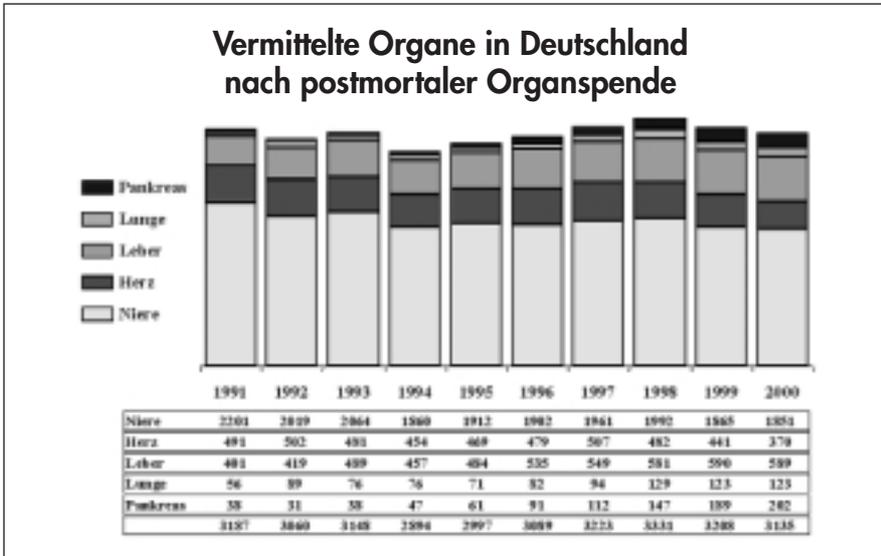


Abbildung 2.

gesiedelt, es gibt Schwerpunkte in Homburg/Saar und Marburg.

Erklärtes Ziel der DSO ist es, jedem Patienten auf der Warteliste die erforderliche Organtransplantation zu ermöglichen. Dieses Ziel soll in enger Kooperation mit allen Beteiligten im Gesundheitswesen erreicht werden.

### Die Struktur der DSO

Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) ist eine rechtsfähige Stiftung des bürgerlichen Rechts. Ihr Zweck ist die Wahrnehmung von Aufgaben nach dem Transplantationsgesetz als Koordinierungsstelle für Organspende.

Die Arbeit der DSO in den Regionen wird durch regionale Fachbeiräte unterstützt. Sie setzen sich aus Vertretern der in der Region ansässigen Transplantationszentren und Krankenhäuser zusammen. Hinzu kommt je ein Repräsentant der regionalen Ärztekammern, der betroffenen Länder und für jedes Land ein Vertreter der Gesetzlichen Krankenversicherung. Aufgabe der Regionalfachbeiräte ist es, die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und den Transplantationszentren sowie den Mitarbeitern der DSO zu unterstützen. Die Abstimmung auf Bundesebene erfolgt im Bundesfachbeirat. Die-

ses Gremium berät und unterstützt den Stiftungsrat und den Vorstand der DSO bei der Erfüllung seiner Aufgaben. Er setzt sich aus Vertretern der regionalen Fachbeiräte der DSO, der Deutschen Transplantationsgesellschaft und Eurotransplant zusammen. Dazu kommt je ein Vertreter der Vertragspartner und zwei Mitglieder, die von den Bundesländern benannt werden.

### Die Serviceleistungen der DSO

In den Organisationszentralen sind Mitarbeiter über kostenfreie Telefonnummern in einer 24-Stunden-Bereitschaft in der Lage, alle Spendermeldungen aus den Krankenhäusern ent-

gegenzunehmen. Die Koordinatorinnen und Koordinatoren der DSO beraten und unterstützen das Personal auf den Intensivstationen bei der Betreuung der Spender. Sie führen auf Wunsch gemeinsam mit den Ärzten das Gespräch mit den Angehörigen. Die Organisation und Durchführung der präoperativen Diagnostik gehört ebenso zur Aufgabe der DSO-Koordinatoren wie auch die Datenweitergabe an ET und die Organisation der Entnahme und der Organtransporte.

Jedes Krankenhaus dieser Region kann im Fall einer möglichen Organspende innerhalb von zwei Stunden durch einen Koordinator erreicht werden. Für die Region ist flächendeckend die Vermittlung von Experten zur Hirntod-Diagnostik möglich. Die Koordinatorinnen und Koordinatoren kommen nicht nur im Fall einer Organspende in die Krankenhäuser. Sie besuchen die Kliniken regelmäßig und führen Informationsveranstaltungen für das Personal durch. Die Mitarbeiter der DSO stehen jederzeit für Fragen zur Organspende und Transplantation zur Verfügung.

### Transplantationsbeauftragte

Die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern und der DSO wird durch die Etablierung von Transplantationsbeauftragten in den Kliniken erleichtert. Ihre Aufgabe ist es, in Zusammenarbeit mit dem Personal der

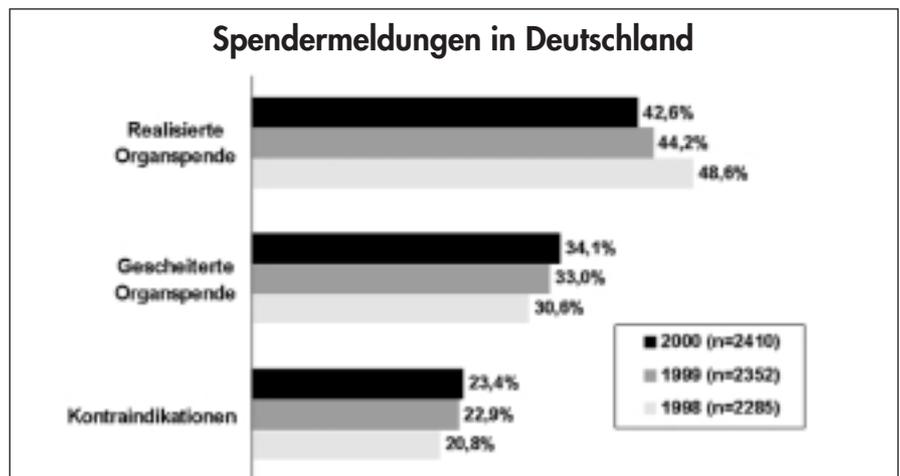


Abbildung 3.

Intensivstationen potentielle Organ-spender zu erkennen und die notwendigen Strukturen für die Organspende im Krankenhaus zu erarbeiten. Sie sind sowohl für die Mitarbeiter im Haus als auch für die Koordinatoren der DSO primäre Ansprechpartner für alle Belange der Organspende. Eine wichtige Aufgabe ist die Organisation von Mitarbeiterfortbildungen, besonders für das gesamte Personal der Intensivstationen und des Operationsbereiches.

In Rheinland-Pfalz und im Saarland wurden in jedem Krankenhaus mit Intensivstation Transplantationsbeauftragte eingesetzt. Während ihre Benennung in Rheinland-Pfalz durch ein Landesausführungsgesetz zum Transplantationsgesetz vorgeschrieben ist, wurden die saarländischen Transplantationsbeauftragten freiwillig bestellt. Der Hessische Landtag hat im November 2000 ein Gesetz zur Ausführung des Transplantationsgesetzes beschlossen. Darin ist auch für Hessen die Benennung von Transplantationsbeauftragten in allen Krankenhäusern mit Intensivstation festgeschrieben. Die Kolleginnen und Kollegen werden in speziellen Seminaren auf ihre Aufgabe vorbereitet. In den Bundesländern, in denen schon frühzeitig die Einsetzung von Transplantationsbeauftragten per Gesetz bestimmt und die Ausbildung abgeschlossen werden konnte (Bayern und Rheinland-Pfalz), ist die Zahl der Or-

**Tabelle 2. Serviceleistungen der DSO für die Krankenhäuser**

**In der Akutsituation Organspende:**

- ▶ Orientierendes Konsil bei Patienten mit Hirnstammareflexie
- ▶ Unterstützung bei der Hirntoddiagnostik durch mobile neurologische Teams
- ▶ Klärung der medizinischen Voraussetzungen einer Organspende
- ▶ Abklärung der Freigabe bei nicht-natürlicher Todesursache
- ▶ Unterstützung bei der Intensivtherapie des Organspenders vor Ort
- ▶ Organisation der Entnahme und Konservierung von Organen
- ▶ Organisation der Transporte für Entnahmeteams und entnommene Organe

**Krankenhausbetreuung und -beratung:**

- ▶ Regelmäßige Besuche und Informationsweitergabe
- ▶ Organisation von Fortbildungen in enger Zusammenarbeit mit den Transplantationsbeauftragten

**Kostenlose, rund um die Uhr besetzte Rufnummer für Spendermeldungen und alle Fragen bezüglich der Organspende: 0800 - 66 55 456**

ganspenden im vergangenen Jahr deutlich angestiegen.

Die ersten Zahlen aus dem Jahr 2001 zeigen eine Verbesserung der postmortalen Organspendesituation in der Region Mitte. Bis Mai diesen Jahres wurden 61 Explantationen durchgeführt, dies entspricht einer Steigerung von 10,7 % im Vergleich zum Vorjahr. Besonders in Hessen hat die intensive Fortbildungsarbeit in den Krankenhäusern die Spenderate deutlich gesteigert. Würde dieser Trend anhalten, wäre eine Steigerung um 20 % im Vergleich zum Vorjahr bis zum Ende des Jahres 2001 realistisch.

## Ansatzpunkte zur Verbesserung der Organspendesituation in Deutschland

### 1. Bereitschaft der Bevölkerung zur Organspende fördern

Laut einer forsa-Umfrage vom November 2000 wären über 70 Prozent der Bundesbürger grundsätzlich damit einverstanden, nach ihrem Tod Organe zu spenden. Nur 14 Prozent besitzen aber einen Organspendeausweis. Dabei ist ein deutlicher Unterschied zwischen den Gruppen der Befragten zu erkennen, die sich über das Thema informiert haben und denen, die sich nicht damit beschäftigt haben. In der ersten Gruppe würden über 80 Prozent einer Organentnahme zustimmen, und 35 Prozent besitzen einen Organspendeausweis. Dies weist daraufhin, daß die Information der Bevölkerung über alle wichtigen Themen im Bereich Organspende weiter intensiviert werden muß. Die Zuständigkeit dafür ist nach dem Transplantationsgesetz auf Landesebene und auf Bundesebene (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Krankenkassen) geregelt.

Zielführend muß sein, den Anteil an Organspendeausweisträgern zu erhöhen. Mit Hilfe der Unterschrift auf

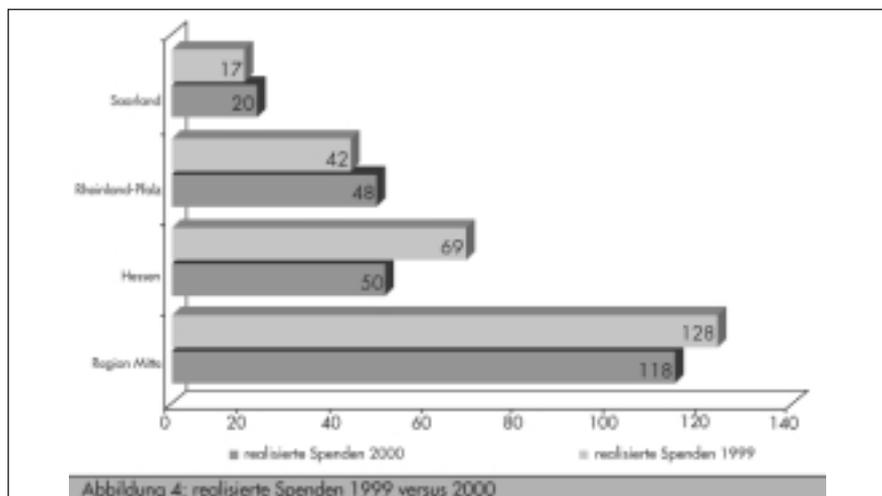
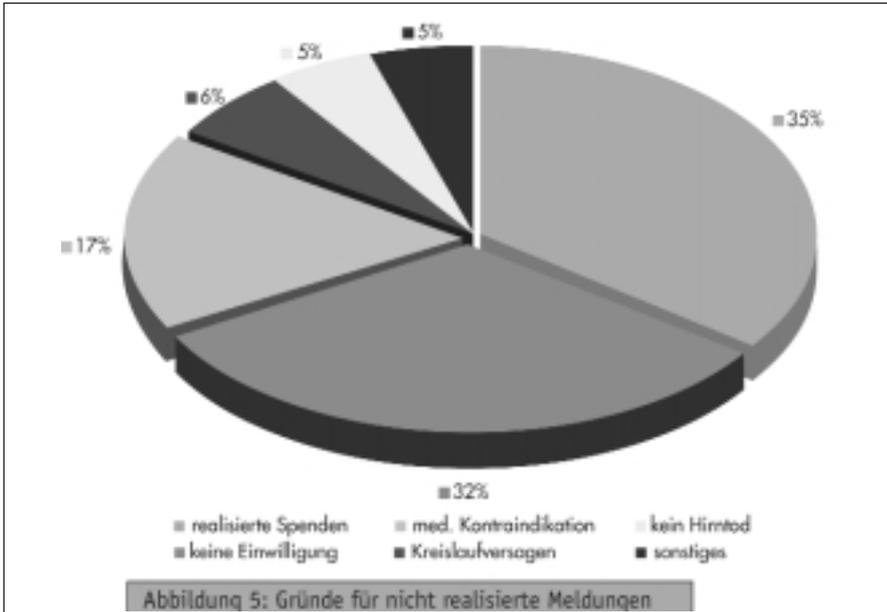


Abbildung 4: realisierte Spenden 1999 versus 2000



dem Spendeausweis wird der mutmaßliche Wille eindeutig und nachvollziehbar dokumentiert. Auch kann über den Ausweis die Spende eingeschränkt oder ganz abgelehnt werden. Dies führt zu einer deutlichen Entlastung der Angehörigen, die in allen Fällen ohne Spendeausweis im Sinne des Verstorbenen entscheiden müssen.

**2. Bereitschaft in den Krankenhäusern erhöhen, potentielle Spender zu melden**

Der wichtigste Schlüssel zu einer Erhöhung der Zahl der Organspenden liegt in den Krankenhäusern. Dort wird die Entscheidung getroffen, die eine Organspende überhaupt erst ermöglicht: die Meldung von potentiellen Spendern auf den Intensivstationen an die DSO.

Die Zahl der Spendermeldungen aus den Krankenhäusern hat sich im Jahr 2000 erhöht. Vergleichszahlen aus dem Ausland legen aber nahe, daß die etwa 1.400 Krankenhäuser in Deutschland, die eine Intensivstation haben, nicht alle möglichen Organspender melden, obwohl sie das Transplantationsgesetz dazu verpflichtet. Um eine verlässliche Datenanalyse zu gewährleisten, sollen alle auf den Intensivstationen Verstorbenen mit primärer oder sekundärer Hirn-

schädigung gemeldet werden. Hierzu wurde von der DSO ein Dokumentationsformular entwickelt, das eine standardisierte Datenerfassung mit geringem Aufwand ermöglicht.

Die Gründe für die weiterhin zu geringe Meldewilligkeit sind vielfältig: Potenzielle Organspender werden als solche nicht immer erkannt, wichtige medizinische Maßnahmen, etwa zur Aufrechterhaltung des Kreislaufes beim beatmeten Patienten, versäumt. Hohe Arbeitsbelastung, Bettenman-

gel auf den Intensivstationen und Schwierigkeiten bei der Pflege der Verstorbenen, ebenso wie die Scheu vor dem Gespräch mit den Angehörigen tragen dazu bei, daß die Organspende nicht immer die nötige Aufmerksamkeit erhält.

Organspenden umzusetzen erfordert ein besonderes Engagement der Ärztinnen und Ärzte sowie des Pflegepersonals auf den Intensivstationen zum Wohl eines unbekanntem Empfängers. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) bieten den Krankenhäusern rund um die Uhr Unterstützung für den Fall einer Organspende an.

Die Einstellung der Mitarbeiter auf den Intensivstationen zur Organspende und Transplantationsmedizin ist überwiegend positiv: 92 % sind für Organspende, über 80 % der Befragten würden selbst Organe spenden. Allerdings bestehen große Unterschiede zur Bereitschaft über den Themenkomplex Organspende aufzuklären: nur 56 % des Personals traut sich zu, den Hirntod zu erklären, und lediglich 46 % würden nach Organspende fragen (Abb. 7; Abb. 8). Nur über eine intensive Fortbildung auf den Intensivstationen und im Operationsbereich können bestehende Informa-

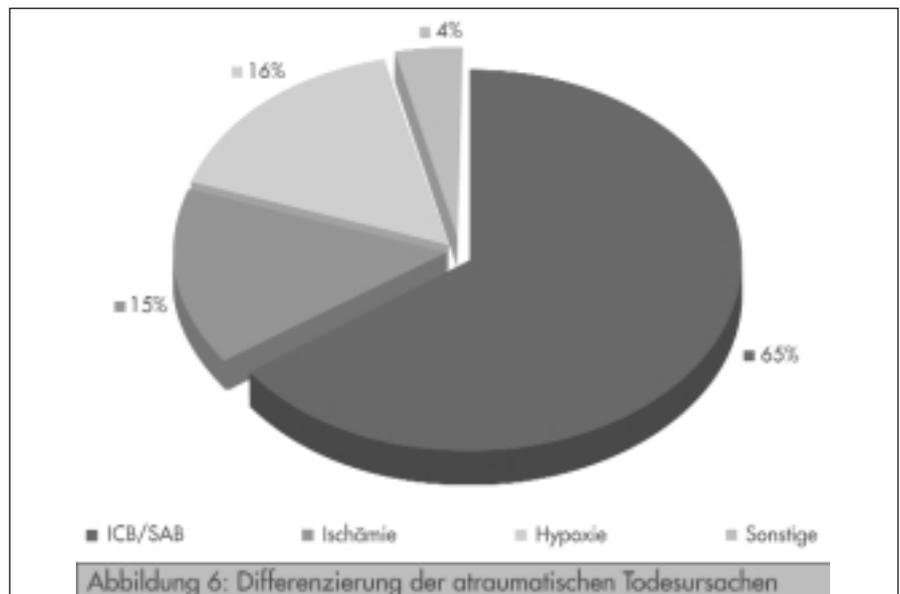




Abbildung 7.



Abbildung 8.

tionsdefizite abgebaut werden. Seminare über Organspende und Transplantationsmedizin sollten ein regelmäßiger Bestandteil der klinikinternen Fortbildung sein und von den Transplantationsbeauftragten durchgeführt werden. Zur Unterstützung stehen die Mitarbeiter der DSO jederzeit zur Verfügung.

#### Zusammenfassung:

Die Anzahl der postmortalen Organspenden als unabdingbare Vorausset-

zung für die Transplantation kann auch in Hessen weiter gesteigert werden. Neben der Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit muß die Erhöhung der Spendermeldungen ganz im Vordergrund unserer gemeinsamen Bemühungen stehen. Durch eine optimierte Organisationsstruktur trägt die DSO dazu bei, mehr realisierte Organspenden zu ermöglichen und damit den Patienten auf der Warteliste die oft lebensrettende Transplantation zu ermöglichen.

Datenquelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation

Anschrift der Verfasser:

Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)  
Emil von Behring-Passage  
Neu-Isenburg  
Tel.: 06102-3008-280  
Fax.: 06102-3008-188  
E-mail: presse@dso.de

## Gesetzliche Grundlagen der Transplantationsmedizin

Am 1. Dezember 1997 ist in Deutschland das Transplantationsgesetz in Kraft getreten. Das Gesetz regelt die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen. Bestimmend für die Entscheidung, die Transplantation von Organen durch ein Bundesgesetz zu regeln, war die Notwendigkeit, Rechtssicherheit auf dem Gebiet der Transplantationsmedizin, die in die öffentliche Diskussion geraten war zu schaffen. Verbunden war das Gesetz auch mit der Hoffnung, langfristig durch Aufklärung die Spendenbereitschaft in der Bevölkerung zu erhöhen.

#### Die Spende von Organen-Aufklärung der Bevölkerung und Dokumentation der Spendebereitschaft (Organspendeausweis)

Im deutschen Transplantationsgesetz ist die erweiterte Zustimmungslösung festgeschrieben: sie besagt, daß der Wille des Verstorbenen für eine Organentnahme ausschlaggebend ist. Sollte er zuvor seine Spendebereitschaft nicht dokumentiert haben, können die nächsten Angehörigen in seinem Sinne bzw. entsprechend seinem mutmaßlichen Willen entscheiden. Damit wurde in dem Gesetz die bislang in

der Bundesrepublik geübte Praxis bestätigt. Mit der erweiterten Zustimmungslösung wurde ein Kompromiß gefunden, der auch im Vergleich zu weitergehenden Regelungen in anderen europäischen Ländern und im Zusammenhang mit der europäischen Zusammenarbeit Bestand haben kann.

Aus der Erkenntnis heraus, daß Deutschland nach wie vor ein zu geringes Spendenaufkommen aufweist und um die Organspendebereitschaft zu erhöhen, trifft das Transplantationsgesetz Regelungen zur Aufklärung der Bevölkerung, Erklärung zur Organ-



spende und zum Organspendeausweis. An der Aufklärung der Bevölkerung haben sich die nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Bundesbehörden, hier die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, sowie die Krankenkassen zu beteiligen (§ 2). Bereits vom 16. Lebensjahr an kann persönlich eine Erklärung zur Organspende abgegeben werden oder einer namentlich bekannten Person des Vertrauens übertragen werden. Die Erklärung kann auf bestimmte Organe beschränkt werden; ein Widerspruch kann bereits von dem 14. Lebensjahr an erklärt werden. Zwischenzeitlich wurde auf dem Wege der Rechtsverordnung ein bundeseinheitlicher Organspendeausweis erstellt.

### Voraussetzungen der Organentnahme bei Verstorbenen – Erweiterte Zustimmungslösung und Hirntod

Das Gesetz unterscheidet zwischen der Organentnahme bei Verstorbenen und bei Lebenden. In den Paragraphen 3 und 4 des Gesetzes sind die Voraussetzungen im einzelnen genannt, die erfüllt sein müssen, bevor eine Organentnahme überhaupt zulässig ist. Hier ist das Vorliegen der schriftlichen Einwilligung des Organspenders (oder seines Widerspruchs) aufgeführt sowie das Vorgehen bei fehlender Einwilligung mit der Erfassung des mutmaßlichen Willens des Verstorbenen durch die nächsten Angehörigen und deren Einwilligung zur Organentnahme im Sinne des Verstorbenen (erweiterte Zustimmungslösung). Innerhalb einer vereinbarten Frist ist ein Widerruf möglich; die Entscheidung über die Organentnahme kann auch von einer Person übernommen werden, der die Entscheidung (schriftlich) übertragen wurde.

Die grundlegende medizinische Voraussetzung für die Organentnahme ist die Feststellung des Hirntodes in Form des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstammes. Der Hirntod muß von zwei dafür qualifizierten Ärzten, die nicht an der Transplantation selbst beteiligt sind, zweifelsfrei diagnostiziert und dokumentiert werden. Daß mit

dem Hirntod bekanntermaßen nicht alle Lebensvorgänge des Menschen beendet sind, war Anlaß der heftigen öffentlichen Diskussion um die Bestimmung des Hirntodes als definitiver Grenze zwischen Leben und Tod. Mit den ausführlichen und eindeutigen Regelungen zur Hirntoddiagnostik wurde auch in Deutschland, wie in anderen Gesetzen in vielen Ländern der Welt, der Hirntod als Todesgrenze durch den Souverän (Bundestag) anerkannt. Ein gesonderter Paragraph weist auf die sittliche Aufgabe hin, daß die Würde des Organspenders bei allen Vorgängen strikt zu beachten ist.

### Organentnahme bei lebenden Spendern-Lebendspendekommission

Die Organentnahme bei Lebendspendern ist ebenfalls an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. So ist sie grundsätzlich nur bei paarigen Organen (z.B. Niere) und bei Teilen von Organen (z.B. Lebersegmente) zulässig. Der Lebendspender muß volljährig, einwilligungsfähig und gesundheitlich geeignet sein; die Lebendspende darf zu keiner erhöhten, über das Operationsrisiko hinausgehenden gesundheitlichen Gefährdung führen. Die Übertragung ist möglich auf alle nächsten Verwandte und andere Personen, die dem Spender offenkundig in besonderer Weise persönlich verbunden sind.

Neben der selbstverständlichen Aufklärung über die Risiken eines solchen Eingriffes, hat seitens einer von der zuständigen Landesbehörde zu berufende Kommission gutachtlich zu prüfen, ob die Spende freiwillig erfolgt oder ob nicht ein begründeter Verdacht auf Organhandel, der nach § 17 des Gesetzes unter Strafe steht, vorliegt. Die Kommission ist unabhängig und soll mit ihren Mitgliedern ärztliche, juristische und psychologische Kompetenz repräsentieren.

### Entnahme, Vermittlung und Übertragung bestimmter Organe-Transplantationszentren – Koordinierungsstelle – Vermittlungsstelle

Die Übertragung von Herz, Niere,

Leber, Lunge, Bauchspeicheldrüse und Darm darf nur in dafür zugelassenen Transplantationszentren vorgenommen werden. Transplantationszentren sind Krankenhäuser oder Einrichtungen an Krankenhäusern, die nach § 108 SGB V oder nach anderen gesetzlichen Bestimmungen zugelassen sind. In Hessen werden die genannten Transplantationszentren gemäß § 17 HKHG (besondere Aufgabe) an Krankenhäusern, die in den Krankenhausplan aufgenommen sind oder an Universitätskliniken, nach Abschluß des krankhausplanerischen Verfahrens, ausgewiesen. Dabei werden bestimmte Auswahlkriterien, wie sächliche und personelle Voraussetzungen und Qualitätssicherungsmerkmale, die mit dem Landeskrankenhausausschuß abgestimmt sind sowie der Bedarf und die wirtschaftliche Leistungserbringung geprüft. Hierbei wird darauf geachtet, daß in einem Transplantationszentrum möglichst verschiedene Organe transplantiert werden können. Die Auswahlkriterien beruhen u. a. auf den Voraussetzungen, wie sie von den entsprechenden Fachgesellschaften, z.B. der Deutschen Transplantationsgesellschaft, für die einzelnen Organe aufgestellt werden.

Paragraph 10 des Gesetzes regelt die Pflichten der Transplantationszentren im einzelnen, z. B. das Führen der Wartelisten, die Entscheidung über Ausnahme oder Aufnahme eines Patienten, insbesondere nach Notwendigkeit und Erfolgsaussichten nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft, usw. Hier ist besonders darauf hinzuweisen, daß die Transplantationszentren bei der Organentnahme mit der Koordinierungsstelle, in diesem Falle der dazu vertraglich bestimmten Deutschen Stiftung Organtransplantation, zusammenzuarbeiten haben.

Das Transplantationsgesetz hat wichtige Vorschriften für die Gewinnung und Verteilung der Organe eingeführt. Ganz bewußt hat der Gesetzgeber mit den Regelungen im § 11 und § 12 die Organentnahme und im § 16 die Verteilung der Organe getrennt geregelt: durch die Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle soll sowohl die feh-



lerfreie Organgewinnung als auch die Einhaltung gesetzlicher Regelungen für die Organentnahme gesichert werden; zur Durchführung der Organallokation wurde Eurotransplant in Leiden, Holland vertraglich bestimmt, um damit mehr Gerechtigkeit bei einer patientenorientierten Organverteilung in Deutschland zu erreichen.

Datenschutzregelungen sowie Straf- und Bußgeldvorschriften schließen das Gesetz ab. Strafrechtlich verfolgt werden sollen insbesondere der Organhandel und Zuwiderhandlungen bei der Organentnahme. Bußgeldvorschriften beziehen sich auf die Verletzung von Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten.

### Hessisches Ausführungsgesetz zum Transplantationsgesetz

Mit dem Transplantationsgesetz haben die Bundesländer in ihrer Zuständigkeit für das Gesundheitswesen bestimmte Aufgaben zu erfüllen. Neben diesen gesetzlich zu regelnden Tatbeständen (Bestimmung der Stelle zur Aufklärung der Bevölkerung, Einrichtung einer Lebendspende – Kommission, Regelung zur Ahndung von Ordnungswidrigkeiten), hat sich in der Diskussion in den Bundesländern herauskristallisiert, daß die Mitwirkung der Krankenhäuser bei der Organgewinnung von entscheidender Bedeutung ist. Die Krankenhäuser sind zu dieser aktiven Zusammenarbeit mit den Transplantationszentren und der Vermittlungsstelle per Gesetz verpflichtet. Insbesondere sind sie verpflichtet, alle potentiellen Organspender an die Koordinierungsstelle zu melden. Unabhängig davon müssen die Krankenhäuser und die in ihnen tätigen Ärztinnen und Ärzte und das Pflegepersonal für diese Aufgabe sensibilisiert und zur aktiven Mitarbeit motiviert werden. Erfahrungen aus der Vergangenheit haben bereits gezeigt, daß das Vorhandensein von Transplantationsbeauftragten ein wesentlicher Faktor für die Organgewinnung in Krankenhäusern war, selbst wenn beispielsweise das betreffende Krankenhaus der Zentralversorgung nicht als TPZ ausgewiesen war.

### Vor diesem Hintergrund stellt sich das Hessische Ausführungsgesetz, welches mit Datum vom 29. November 2000 in Kraft getreten ist, mit folgenden Eckpunkten dar:

Das Gesetz bestimmt die Gesundheitsämter als die nach Landesrecht für die Aufklärung der Bevölkerung nach § 1 Abs. 1 Satz TPG zuständigen Stellen. Die Gesundheitsämter halten ärztliche Kompetenz vor und haben Erfahrung in der gesundheitlichen Aufklärung und Beratung der Bevölkerung. Sie sind ortsnah, haben unmittelbaren Kontakt zur Bevölkerung und genießen deren Vertrauen. Sie können sich, was z.B. die Verbreitung von Organspendeausweisen angeht, der unmittelbaren Hilfe einer ganzen Reihe von weiteren Ämtern der Magistrat und Kreisräte bedienen. Das Gesetz konzentriert damit die besondere Zuständigkeit auf das Amt, das seine Aufgabe am effektivsten und am bürgernahsten wahrnehmen kann. Das enthebt alle anderen im Gesundheitswesen tätigen Personen, Behörden, Verbände und sonstige Institutionen nicht von ihrer Aufgabe, sich ebenfalls für die Organspende tatkräftig einzusetzen.

Bei der Landesärztekammer Hessen ist eine Kommission für gutachtliche Stellungnahmen bei Lebendspenden eingerichtet worden. Diese Kommission dient der Ausführung des Regelungsauftrags des § 8 Abs. 3 TPG. Aufgabe der Kommission ist es, gutachtlich zu der Frage Stellung zu nehmen, ob begründete Anhaltspunkte dafür vorliegen, daß die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handelstreibens nach § 17 TPG ist. Die LÄK hat sich dankenswerter Weise zur Übernahme dieser Aufgabe bereit erklärt. Die Mitglieder dieser Kommission, die lediglich eine Aufwandsentschädigung für Ihre ehrenamtliche Kommissionsarbeit erhalten, werden seitens der LÄK vorgeschlagen und in Absprache mit dem Hessischen Sozialministerium benannt. Die Details der Einberufung der Kom-

mission sind in § 2, die Regelung der den Kommissionsmitgliedern zustehenden Entschädigung sowie die der LÄK entstehenden Kosten, sind in einer gesonderten Verordnung nach § 3 Abs.3 geregelt.

Das Gesetz bestimmt, daß Krankenhäuser mit Intensiv- und Beatmungsbetten eine Transplantationsbeauftragte oder einen –beauftragten bestellen. In begründeten Ausnahmefällen kann auf die Bestellung einer(s) Beauftragten verzichtet werden, wenn auf Grund von Besonderheiten (z.B. orthopädisches Fachkrankenhaus) davon auszugehen ist, daß in dem betreffenden Krankenhaus keine potentiellen Organspenderinnen oder Organspender versorgt werden. Die Ausnahme bedarf der Genehmigung durch das Hessische Sozialministerium. Aufgabe der oder des Transplantationsbeauftragten ist es, im Außenverhältnis für das Krankenhaus und im Innenverhältnis, insbesondere für das medizinische, d.h. das ärztliche und pflegerische Personal auf den Stationen mit Intensivbehandlungs- oder Beatmungsbetten, Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner zu sein. Aufgabe ist es auch, die interne und externe Kommunikation im Interesse der gemeinschaftlichen Aufgabe der Organgewinnung zu fördern. In der Regel wird die oder der Transplantationsbeauftragte eine Ärztin oder ein Arzt sein. Das Gesetz sieht aber ausdrücklich vor, daß die Aufgaben von Transplantationsbeauftragten ganz oder teilweise auch von Krankenschwestern oder -pflegern mit langjähriger Erfahrung in der Intensivmedizin übertragen werden können. Insgesamt baut diese Regelung auf eine konstruktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit auf dem äußerst sensiblen und emotional stark belasteten Feld der Organspende und Organgewinnung, denn die Aufgabe der Organspende kann nur im Konsens und unter Mithilfe aller wirklich erfolgreich wahrgenommen werden.

Dr. med. Rotraut Lommel-Bleymehl  
Hessisches Sozialministerium



### Organspende:

# Eine Aufgabe auch für Ärzte und Krankenhäuser – Die Neuregelungen des Transplantationsgesetzes –

Am 1. Dezember 1997 ist in Deutschland erstmalig das Transplantationsgesetz (TPG) in Kraft getreten.<sup>1</sup> Wie ist es nach nunmehr drei Jahren um die postmortale Organspende bestellt? Was sollte jeder Arzt - gleich ob niedergelassen oder im Krankenhaus tätig - mindestens über das TPG wissen? Der folgende Aufsatz gibt einen Überblick.

Das TPG soll als umfassendes Regelwerk Rechtssicherheit für alle an der Transplantationsmedizin Beteiligten schaffen und damit auch die Spendebereitschaft der Bevölkerung erhöhen. Seine neuen Organisationsstrukturen sollen die Effektivität der Organgewinnung steigern.<sup>2</sup> So regelt das Gesetz zum einen die ganz im Vordergrund stehende Leichenspende im Wesentlichen so, wie es sich bereits über Jahrzehnte in der Transplantationsmedizin bewährt hat: für die Leichenspende sind der festgestellte Hirntod und das Vorliegen einer Zustimmung zur Organentnahme unabdingbare gesetzliche Voraussetzungen, §§ 3 ff. TPG.<sup>3</sup>

Zum anderen hat das TPG darüber hinaus auch zahlreiche wichtige Neuerungen gebracht: Aufteilung der Transplantationsmedizin in die verschiedenen Bereiche der Entnahme, Vermittlung und Übertragung von Organen (§§ 9 ff. TPG), Regelung der Lebendspende (§ 8 TPG) und der Organvermittlung (§§ 9, 12, 16 TPG), Verbot des Organhandels sowie andere Sanktionsvorschriften (§§ 17 ff. TPG).

Die Transplantationsmedizin kann

heutzutage immer mehr Kranke vor dem Tod bewahren, ihnen eine vergleichsweise hohe Lebensqualität sichern und die verpflanzten Organen mit einer langen Funktionsdauer ausstatten - wenn ihr nur genügend Transplantate zur Verfügung gestellt werden. Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) beschreibt die derzeitige Versorgungslage mit Organen als „trist“.<sup>4</sup> Deutschland kann derzeit seinen jährlichen Bedarf von ca. 12.000 Transplantaten mit 13,2 Organspendern pro eine Million Einwohner<sup>5</sup> nur zu ca. 30% decken.<sup>6</sup> Bedingt durch diese drückende Organknappheit wird die Verteilung der Organe die eines Mangels;<sup>7</sup> Todesfälle unter den wartenden Patienten sind die unausweichliche Konsequenz.<sup>8</sup>

Nach der Statistik liegt bei den fünf bis sechs potentiellen Organspendern, die auf zehn Hirntote entfallen, nur für zwei bis drei die erforderliche Zustimmung zur Explantation vor.<sup>9</sup> Neben dieser verbesserungswürdigen Zustimmungsquote wird mittlerweile die Meldepraxis der Krankenhäuser von Hirntoten - insbesondere angesichts ihrer gesetzlichen Verpflichtung hierzu nach § 11 Abs. 4 Satz 2 TPG - zu Recht als unzureichend empfunden.

Nach § 11 TPG ist die Entnahme von vermittlungspflichtigen Organen<sup>10</sup> einschließlich der Vorbereitung von Entnahme, Vermittlung und Übertragung gemeinschaftliche Aufgabe der derzeit rund 50 Transplantationszentren und 1.400 anderen

Krankenhäuser mit Intensivstationen in regionaler Zusammenarbeit; § 11 Abs. 1 Satz 1 TPG. Zur Organisation dieser Aufgabe sieht das Gesetz eine sog. Koordinierungsstelle vor. Für die Allokation vermittlungspflichtiger Organe gemäß § 12 TPG sieht das Gesetz eine zentrale sog. Vermittlungsstelle vor.

Zur vertraglichen Organisation dieser Aufgaben hatte das Gesetz den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger eine Frist von zwei Jahren eingeräumt und das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, bei fruchtlosem Fristablauf Koordinierungs- und Vermittlungsstelle und ihre Aufgaben durch eine Rechtsverordnung festzulegen.<sup>11</sup>

Nachdem sich die Vertragsverhandlungen - wohl nicht zuletzt wegen finanzieller Fragen - als schwierig und langwierig herausstellten, koordiniert seit knapp einem halben Jahr die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) mit Sitz in Neu-Isenburg formal nach § 11 Abs. 1 TPG die Zusammenarbeit der Transplantationszentren und der anderen Krankenhäuser bei der Organgewinnung. Im entsprechenden Verfahren wurde die bekannte holländische Stiftung Eurotransplant, Leiden, zeitgleich offizielle Organvermittlungsstelle nach § 12 Abs. 1 TPG. Damit obliegt ihr allein die Allokation vermittlungspflichtiger Organe nach den Vorschriften des TPG.<sup>12</sup>



Zur flächendeckenden Bereitstellung ihres Services hat die DSO Deutschland mittlerweile in sieben Organspenderegionen unterteilt.<sup>13</sup> Diese Organspenderegionen unterhalten Organisationszentralen, die rund um die Uhr besetzt sind, um Meldungen potentieller Spender durch die Krankenhäuser entgegenzunehmen. Wichtige Ansprechpartner der DSO-Koordinatoren in der jeweiligen Organspenderegion sind die Transplantationsbeauftragten der Krankenhäuser. Ihre Aufgabe soll es sein, das Krankenhauspersonal zusammen mit den DSO-Koordinatoren über alle Fragen der Organspende zu informieren und Hirntote als potentielle Organspender zu melden.<sup>14</sup>

Nach der Mitteilung der klinischen Zeichen des Hirntodes stehen DSO-Koordinatoren und Konsiliardienste bereit, um sich vor Ort um

- ▶ die Hirntoddiagnostik,
- ▶ die medizinische Versorgung des hirntoten Spenders,
- ▶ die Vorbereitung der Organspende und
- ▶ die Gespräche mit dem nächsten Angehörigen

zu kümmern. Dies entlastet wirksam die Spenderkrankenhäuser, für die die Realisierung einer Organspende stets ein besonderes Engagement neben ihren Pflichten insbesondere für ihre übrigen Intensivpatienten bedeutet.

Nachdem Eurotransplant die relevanten Spenderdaten zur Empfängerselektion erhalten hat, verteilt es die vermittlungspflichtigen Transplantatpatientenorientiert nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit. Vermittelt werden dürfen nach dem Gesetz nur Organe, die am Entnahmeort rechtskonform entnommen worden sind und deren Verwendung hierzulande nicht zu einem Ergebnis führt, das mit wesentlichen Grundsätzen des deutschen Rechts, insbesondere mit den Grundrechten, offensichtlich unvereinbar ist. Damit soll gewährleistet werden, daß in Deutschland nur vermittlungspflichtige Organe zugeteilt und implantiert werden, die gemäß deutscher gesetzlicher Mindestanforderung unzweifelhaft einem Hirntoten entnommen worden sind - was beispielsweise bei den Transplantaten der sog. Non-Heart-Beating-Donors (etwa in Holland) nicht der Fall ist.<sup>15</sup>

Über das Ergebnis seiner Empfängergerauswahl informiert Eurotransplant umgehend das den ermittelten Wartelistepatienten behandelnde Transplantationszentrum. Im Rahmen der internen Organisationsplanung kann das Transplantationszentrum mit dem behandelnden Arzt und dem Koordinator

noch etwaige offene Fragen klären, bevor es ein Explantationsteam in das Krankenhaus entsendet. Über die positive Beurteilung der Organe unterrichtet das Team umgehend das Transplantationszentrum zur OP-Vorbereitung des Empfängers. Die Transplantate werden sodann entnommen, konserviert, schnellstmöglich zum betreffenden Transplantationszentrum gebracht und dort verpflanzt.

Jeder Arzt ist aufgerufen, insbesondere seine Patienten über die Möglichkeiten, Regelungen und Organisation der Organspende zu informieren. Der niedergelassene Arzt kann vor allem seine Patienten animieren, sich schon zu Lebzeiten zur Organspende zu erklären, der im Krankenhaus tätige Arzt kann darüber hinaus zur Verbesserung der Meldepraxis der Krankenhäuser von potentiellen Organspendern einen Beitrag leisten. Bei der Umsetzung des TPG ist die aktive ärztliche Mitwirkung ein unabdingbarer Baustein dafür, daß das Gesetz im Sinne der Patienten ein erfolgreiches wird.

Christoph Conrads

1. „Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen - Transplantationsgesetz (TPG)“, BGBl. 1997, I, S. 2631 ff.  
 2. So die amtliche Begründung zum maßgeblichen Gesetzentwurf unter A. III.; BT-Drs. 13/4355, S. 11.

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

Anzeige

**ULTRASCHALL**

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



**ständige attraktive  
Sonderangebote**

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

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

NEU UND GEBRAUCHT

GROSSE AUSSTELLUNG FARBDOPPLER



3. Wer zu Lebzeiten eine Erklärung zur Organspende abgibt - am besten schriftlich (sog. Organspendeausweis) -, kann in eine Leichenspende einwilligen, ihr widersprechen oder die Entscheidung einer namentlich benannten Person seines Vertrauens übertragen. Die Erklärung kann auf bestimmte Organe beschränkt werden. Die Einwilligung und die Übertragung der Entscheidung können vom vollendeten sechzehnten, der Widerspruch kann vom vollendeten vierzehnten Lebensjahr an erklärt werden (§ 2 Abs. 2 TPG). Informationen und Organspendeausweise gibt es unter der Telefonnummer (0800) 9 04 04 00 und unter [www.bzga.de](http://www.bzga.de). Liegt dem Arzt, der die Organentnahme vornehmen soll, weder eine schriftliche Einwilligung noch ein schriftlicher Widerspruch des möglichen Organspenders vor, ist dessen nächster Angehöriger zu befragen, ob ihm von diesem eine Erklärung zur Organspende bekannt ist. Ist auch diesem eine solche nicht bekannt, so ist die Explantation nur zulässig, wenn ein Arzt den Angehörigen über eine in Frage kommende Organentnahme unterrichtet und dieser ihr zugestimmt hat. Der Angehörige hat bei seiner Entscheidung einen mutmaßlichen Willen des möglichen Organspenders zu beachten. Fehlt ein Organspendeausweis und ist eine Angehörigenzustimmung nicht zu erhalten, hat nach dem TPG die Leichenspende zu unterbleiben.

4. Frankfurter Rundschau vom 14.10.2000, S. 42

5. Zum Vergleich: In Spanien kommen demgegenüber 33,6 Organspender auf eine Million Einwohner.

6. Daß die Transplantationsrate dennoch leicht darüber liegt, ist einem entsprechenden Organimportüberschuss im Rahmen des Eurotransplant-Verbundes zu verdanken; Tufts, Mehr

Verantwortung der Kliniken bei Organspenden, Berliner Ärzte 9/00, S. 24 f.

7. Für Einzelheiten siehe: Conrads, Rechtliche Grundsätze der Organallokation - Verteilung des Mangels oder Mängel der Verteilung?, Baden-Baden 2000.

8. Nach der Mittelbayerischen Zeitung für Regensburg vom 27.10.2000, Rubrik „Themen“, starben 1999 800 Patienten, weil ihnen nicht rechtzeitig ein Transplantat vermittelt werden konnte.

9. Blickpunkt Fürstenwalde vom 13.09.2000, S. 3.

10. Herz, Niere, Leber, Lunge, Bauchspeicheldrüse und Darm als Leichenspenden; § 9 Satz 1 TPG.

11. §§ 11 Abs. 6; 12 Abs. 6 TPG.

12. Die vermittlungspflichtigen Organe sind nach § 12 Abs. 3 TPG von der Vermittlungsstelle nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten zu vermitteln. Hierbei sind die Wartelisten der Transplantationszentren als eine einheitliche Warteliste zu behandeln. Organzuteilungen durch die Transplantationszentren selbst im Rahmen des sog. Selbstbehalts und der zentrumsorientierten Organverteilung gehören damit der Vergangenheit an. Weiteres und Kritisches bei: Conrads, Rechtliche Grundsätze der Organallokation - Verteilung des Mangels oder Mängel der Verteilung?, Baden-Baden 2000.

13. Drei Regionen umfassen jeweils das Gebiet der Länder Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen. Die vier weiteren Regionen setzen sich wie folgt zusammen:

- Region Mitte (Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland),

- Region Nord (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern),

- Region Nord-West (Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein),

- Region Ost (Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen).

So Tufts, Mehr Verantwortung der Kliniken bei Organspenden, Berliner Ärzte 9/00, S. 24 f.

14. Wesslau, Ablauf einer Organspende, Berliner Ärzte 9/00, S. 25.

15. In Sachen Organallokation hat die Bundesärztekammer inzwischen unter Berufung auf § 16 TPG in Richtlinien den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft festgestellt für die Regeln zur

- Aufnahme in die Warteliste nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG einschließlich der Dokumentation der Gründe für die Aufnahme oder die Ablehnung der Aufnahme,

- Organvermittlung nach § 12 Abs. 3 Satz 1 TPG.

Die Einhaltung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft ist zu vermuten, wenn diese Richtlinien der Bundesärztekammer beachtet worden sind, § 16 Abs. 1 S. 2 TPG. Siehe hierzu Schreiber, Regeln für die Organgewinnung und Organvermittlung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Honnefelder/Streffer (Hg.), Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, Band 5, Berlin 2000, S. 141 ff. sowie Conrads, Rechtliche Aspekte der Richtlinienfeststellung nach § 16 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und 5 Transplantationsgesetz, S. 35 ff. und erneut Schreiber, Richtlinien und Regeln für die Organallokation, S. 65 ff.; die zwei zuletzt Genannten in: Dierks/Neuhaus/Wienke (Hg.), Die Allokation von Spenderorganen, Rechtliche Aspekte, Berlin 1999.

## Aufrechterhaltung der Homöostase:

# Leitlinien zur Spenderoptimierung

K. Nehammer, D. Mauer, Deutsche Stiftung Organtransplantation Region Mitte

Die organprotektive Therapie ist auf die Behandlung der pathophysiologischen Folgen des Hirntodes und Optimierung der Organperfusion ausgerichtet. Zusätzlich müssen die Vorerkrankungen des Spenders und die Folgen der zum Hirntod führenden Krankheit oder Verletzung in Betracht gezogen werden. Durch konsequente Fortführung aller Intensivtherapie- und Pflegemaßnahmen werden die Organfunktionen positiv beein-

flußt, so daß sich sowohl die Anzahl als auch die Qualität der gewonnenen Organe steigern lassen. Dies kommt den Organempfängern unmittelbar zu Gute.

Die katecholaminpflichtige Hypotonie stellt im allgemeinen die größten Anforderungen an das therapeutische Management bei der Aufrechterhaltung der Homöostase. Erster Schritt in der kreislaufunterstützenden Therapie ist der differenzierte

Volumenersatz unter engmaschiger Kontrolle der hämodynamischen Parameter. Die Aufrechterhaltung eines optimalen Sauerstofftransportes erfordert neben einem ausreichendem Herz-Zeit-Volumen auch die Transfusion von Erythrozytenkonzentraten, wenn sich Anhaltspunkte für eine mangelhafte Oxygenierung der Peripherie ergeben. Bei nicht ausreichendem Ansprechen auf alleinige Volumenzufuhr ist die Gabe von Noradre-



**Tab. 1: Typische Komplikationen im Hirntod**

Ursache	Folge	Häufigkeit
Ausfall der zentralen Hormonsekretion u.a Diabetes insipidus	Hypotonie durch Polyurie, Volumenmangel	81%
Ausfall des zentralen Sympathikotonus	Hypotonie durch Vasodilatation	76 %
Ausfall der zentralen Temperaturregulation	Hypothermie	73 %
Polyurie bei Diabetes insipidus Osmotische Diurese bei Hyperglykämie	Hypokaliämie	72 %
Verminderung der Insulinsekretion bei Hypothermie Reduktion des Stoffwechsels bei Hypothermie	Hyperglykämie	72 %
Diabetes insipidus	Hypernatriämie Hypertone Dehydratation	59 %
Hypothermie	Gerinnungsstörungen	57 %

nalinn sinnvoll, um die Vasodilatation durch den Sympathikusausfall zu kompensieren. Bei manifester oder vermuteter Herzinsuffizienz ist die zusätzliche Gabe von Dobutamin indiziert. Bei zunehmendem Katecholaminbedarf empfiehlt sich eine Hormonsubstitutionstherapie mit 300 mg Hydrokortison/24 Stunden und in besonderen Situationen auch die Gabe von einem T3-Analogon (Liothyronin).

Eine pathologische Polyurie durch einen Diabetes insipidus oder eine zusätzliche osmotische Diurese bei Hyperglykämie verstärken die Kreislaufinstabilität. Die frühzeitige fraktionierte Gabe von Desmopressin (Minirin®) und eine Senkung des Blutzuckers unter die Nierenschwelle sind effektive Maßnahmen, um den Katecholaminbedarf möglichst gering zu halten.

Die Zielparameter im Rahmen der Kreislauftherapie sind ein ZVD von 7-9 mm Hg, systolische Blutdruckwerte im Rahmen des Normalbereiches für den individuellen Spender unter Berücksichtigung seiner Vorerkrankungen (mittlerer arterieller Blutdruck in der Regel 70-90 mm Hg), eine spontane Urinausscheidung von 1-2 ml/kgKG/h und ein ausgeglichener Säure-Basen-Haushalt. Zur Überwachung und Therapie sind ein mindestens zweivolumiger ZVK, eine

arterielle Kanüle zur kontinuierlichen Blutdruckmessung und ein Blasenkateter sinnvoll. Die Frequenz an Blutentnahmen für Laborkontrollen richtet sich nach den individuellen Gegebenheiten.

Die Beatmung erfolgt mit kontrollierten Beatmungsmustern unter Berücksichtigung der speziellen pathophysiologischen Gegebenheiten im Einzelfall. Zielparameter sind ein  $paO_2$  von ca. 100 mm Hg und ein normaler  $paCO_2$ . Lagerungsmaßnahmen zur Prophylaxe von Atelektasen, regelmäßiges endotracheales Absaugen und eine effektive Befeuchtung der Atemgase sind wichtige Maßnahmen bei allen Organspendern, vor allem aber, wenn eine Entnahme und Transplantation der Lungen geplant ist.

Bei vielen Organspendern kann eine ausreichende Körpertemperatur

(> 35,5°C rektal) nur durch aktive Erwärmung erzielt werden. Dazu eignen sich Warmluftgebläse (z.B. Bair Hugger®) oder die Anwärmung der zugeführten Infusionen.

Störungen im Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushalt sind zahlreich und häufig anzutreffen. Insbesondere die Hypernatriämie bei Diabetes insipidus stellt ein großes Problem dar. Die frühzeitige Gabe von Desmopressin (Minirin®) und die Infusion natriumfreier Lösungen (Glukose 5%) können das Serum-Natrium in den angestrebten Bereich von < 150 mval/l senken. Die erforderlichen, oft erheblichen Mengen an Glukose 5% (mehrere Liter) führen häufig zu einer Hyperglykämie und osmotischer Diurese, so daß frühzeitig Insulin zur Senkung des Blutzuckers unter 200 mg/dl eingesetzt werden sollte. Von Bedeutung sind auch teilweise dramatische Hypokaliämien, die durch Kaliumverluste mit dem Urin und/oder Veränderungen im Säure-Basen-Haushalt verursacht werden. Die großzügige Substitution unter engmaschiger Kontrolle vermeidet gefährliche Herzrhythmusstörungen.

Die Koordinatoren der DSO stehen Ihnen zur Beratung und praktischen Unterstützung der Intensivtherapie bei Organspendern auf Ihrer Intensivstation jederzeit gerne zur Verfügung. Ein Skript mit Leitlinien zur Intensivtherapie des Organspenders erhalten Sie auf Wunsch bei Ihrem zuständigen Organisations-schwerpunkt der DSO.

**Tab. 2: Kreislauftherapie**

1. Ausreichender Volumenstatus	ZVD 7-9 mm Hg 10-12 cm H <sub>2</sub> O	Differenzierte Volumentherapie (Halb-/Voll-elektrolytlösungen, Kolloide, Ery-Konzentrate)
2. Katecholamintherapie	Blutdruckwerte im Normbereich MAP 70-90 mm Hg	Noradrenalin 0,1-1 µg/kgKG/min Dobutamin 3-15 µg/kgKG/min
3. Verminderung der Volumenverluste durch Polyurie	Normale Urinproduktion 1-2 ml/kgKG/h	Desmopressin 2-4 µg iv n. Bed. Evtl. Vasopressin 1-2 U/h Insulin nach BZ (<200 mg/dl)
4. Hormonsubstitution	Reduktion der Katecholamindosen	Hydrokortison 300 mg/24 h Evtl. Liothyronin



*Aktuelle Behandlung zerebraler Aneurysmen:*

# Mikrochirurgische Operation oder endovaskuläres Coiling?

Erfahrungen und Therapieprinzipien der interdisziplinären Aneurysmabehandlung am Klinischen Neurozentrum der Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt a.M.

V. Seifert<sup>1</sup>, A. Raabe<sup>1</sup>, J. Berkefeld<sup>2</sup>, F. Zanella<sup>2</sup>, H. Steinmetz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, <sup>2</sup>Institut für Neuroradiologie, <sup>3</sup>Klinik und Poliklinik für Neurologie, im Klinischen Neurozentrum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

## Einleitung

Das Ziel der Behandlung intrakranieller Aneurysmen ist die Ausschaltung der Läsion aus der zerebralen Zirkulation und die Prävention einer Blutung bzw. Rezidivblutung. Es wäre einfach, wenn bei der Therapie intrakranieller Aneurysmen nur die Frage "chirurgische Klippung oder endovaskuläres Coiling" zu entscheiden wäre. Die klinische Wirklichkeit ist komplexer. Faktoren wie Größe und Lage des Aneurysmas, klinischer Zustand des Patienten, Zeitpunkt der stationären Aufnahme nach Subarachnoidalblutung (SAB), Menge und Ausdehnung des subarachnoidalen Blutes, Ausmaß eines eventuell vorhandenen intrazerebralen Hämatoms und die Erfahrung des Operateurs oder Interventionalisten müssen berücksichtigt werden. Wann welches Aneurysma wie oder ob überhaupt behandelt werden kann, ist zur Zeit leider nur selten „Evidence-based“ zu entscheiden. Die vorliegende Arbeit soll deshalb die vorhandenen Daten zu Vor- und Nachteilen beider Behandlungsmethoden präsentieren und den aktuellen Stand der interdisziplinären Behandlung zerebraler Aneurysmen so wie er zur Zeit unter Einbeziehung der Kliniken für Neurochirurgie, Neurologie sowie des Institutes für Neuroradiologie am Klinischen Neurozentrum der Johann Wolfgang Goethe-Universität umgesetzt wird, zusammenfassen.

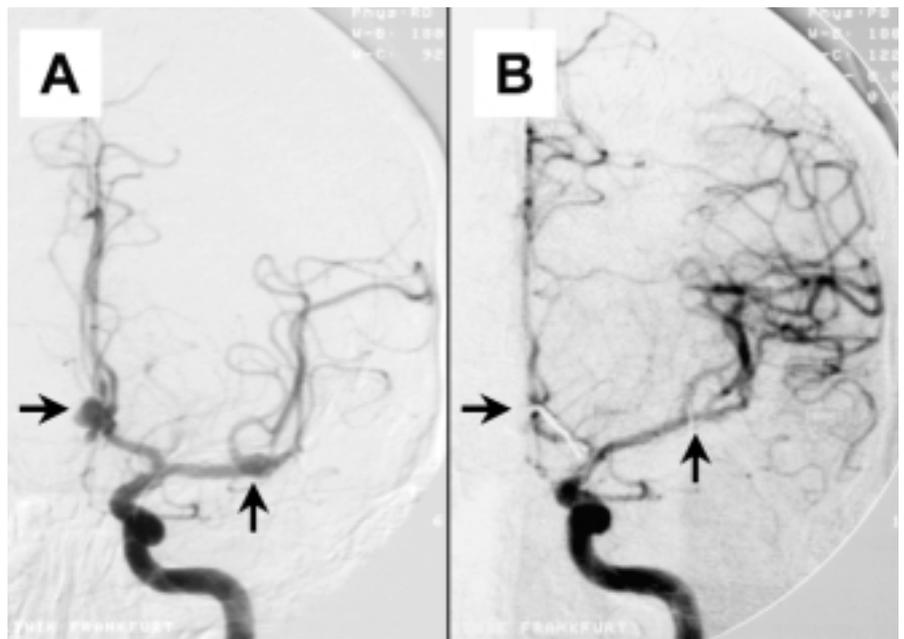


Abbildung 1: Präoperative (A) und postoperative (B) Angiographie eines Patienten mit einem rupturierten Aneurysma der #. Das Aneurysma wurde durch einen Titanclip am Abgang aus dem Trägergefäß (hier A. #) verschlossen und die normale Gefäßanatomie rekonstruiert.

## Technik der mikrochirurgischen Aneurysmaklippung

Die mikrochirurgische Aneurysmaklippung ist die etablierte Standardtherapie. Die Daten der letzten Jahrzehnte haben gezeigt, daß die meisten Aneurysmen komplett ausgeschaltet werden können, daß die komplette Aneurysmaklippung eine Rezidivblutung abwendet, die aneurysmabedingte Raumforderung behebt und eine spätere An-

eurysmafüllung oder ein erneutes Wachstum verhindert.

Die operative Aneurysmaauschaltung wird über eine Kraniotomie durchgeführt. Der entsprechende Zugang hängt von der Lage und Größe des Aneurysmas ab. Die häufigsten Aneurysmen der vorderen Zirkulation können über standardisierte Zugänge wie die pterionale oder die supraorbitale Kraniotomie erreicht werden. Die Aneu-



rysmen befinden sich außerhalb des Gehirns in den liquorgefüllten Zisternen der Schädelbasis. Innerhalb dieser Räume werden arachnoidale Verbindungen unter mikroskopischer Sicht gelöst und das Aneurysma mit allen zuführenden sowie abführenden Gefäßen dargestellt. Danach wird anhand der vorliegenden Gefäßanatomie die Clipkonfiguration festgelegt und das Aneurysma am Abgang aus dem Trägergefäß mit einem Titanklip von außen verschlossen und das normale Gefäßlumen wiederhergestellt.

Aneurysmen des Basilarisstammes oder des vertebrobasilären Überganges erfordern zum Teil modifizierte Schädelbasiszugänge wie z.B. den kombinierten supra- und infratentoriellen transpetrosalen Zugang und weisen aufgrund der Nähe des Hirnstammes, der Hirnnerven und wichtiger, teils vom Aneurysma verdeckter oder einbezogener kleiner perforierender Arterien eine höhere postoperative Morbidität auf.

### Technik der endovaskulären Aneurysmathherapie

Die mikrochirurgische Aneurysmaklippung ist bei operativ schlecht zugänglichen Aneurysmen und bei Patienten in schlechtem klinischen Zustand nach Aneurysmaruptur mit einer höheren Morbidität verbunden. Daher wurden seit den 70er Jahren kathetergestützte endovaskuläre Behandlungsmethoden als Alternative zur Operation entwickelt, die alle auf dem Prinzip des endosakkulären „Packings“ beruhen. Die anfangs verwendeten ablösbaren Ballons oder frei durch einen Mikrokatheter geschobene Embolisierungsspiralen ließen sich nur schwer steuern und führten zu unbefriedigenden Ergebnissen, wobei es häufig zu einer Rekanalisation des embolisierten Aneurysmas kam. Entscheidende Fortschritte der endovaskulären Behandlung gab es erst seit 1989 mit der Einführung elektrolytisch ablösbarer Platinspiralen durch Guglielmi [1]. Diese Embolisierungsspiralen sind mit dem zum Einführen durch einen Mikroka-

theter benötigten Edelstahl-Führungsdraht durch eine spezielle Lötstelle verbunden, die sich nach Applikation eines schwachen Gleichstroms elektrolytisch auflöst und so die Spirale kontrolliert freisetzt. Bei Fehlplatzierung oder mangelnder Anpassung an die Aneurysmagröße und -form können die Spiralen jederzeit zurückgezogen und repositioniert werden solange der Ablösemechanismus noch nicht betätigt wurde. Die erste der ein zirkuläres Formgedächtnis besitzenden Spiralen soll im Aneurysmasack eine Art Körbchen bilden, innerhalb dessen weitere kleinere Spiralen zum Halten gebracht werden, bis eine möglichst dichte Packung des Aneurysmas mit den gewendelten Platindrähten erreicht ist. Dies setzt voraus, daß das Aneurysma eine Taillierung am Hals besitzt, die eine Dislokation des Spiralspakets in das Trägergefäß verhindert. Selbst bei unter Röntgenkontrolle optimaler Packungsdichte können mit den bislang zur Verfügung stehenden Materialien nur 30 bis 40 % des Aneurysmavolumens ausgefüllt werden, wobei sich zwischen den Drahtschlingen im Verlauf fibröses Bindegewebe ausbildet [2]. Der auf dem Aneurysmahals liegende Pulsationsdruck wird nach dem sogenannten Coiling weiterhin auf die Aneurysmawand übertragen. Die Spiralen verhindern jedoch wie ein Wellenbrecher den Einstrom von Blut in den Aneurysmasack, so daß keine hämodynamische Belastung der oft dünnen Aneurysmawand durch den pulsierenden Blutstrom mehr besteht [3]. Insbesondere bei großen Aneurysmen mit mehr als 15 mm Durchmesser oder bei breitem, in der Hauptpulsationsrichtung des Blutstromes gelegenen Aneurysmahals kann es nach initial erfolgreichem „Coiling“ durch Kompaktierung des Spiralspakets oder erneutes Wachstum der Gefäßwand zur Rekanalisation des Aneurysmas kommen. Das angiographische Ergebnis muß daher auch bei klinisch unauffälligem Verlauf nach 6 und 24 Monaten kontrolliert werden, um eine bei Rekanalisation erneut auftretende Rupturge-

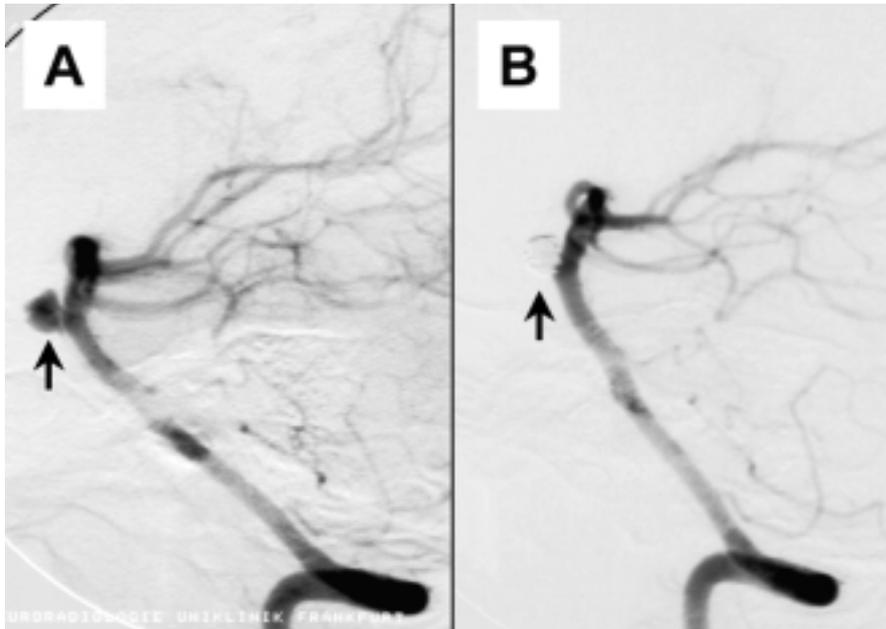
fahr ggf. durch einen endovaskulären oder operativen Zweiteingriff zu verhindern.

Voraussetzungen für die unter angiographischer Kontrolle durchgeführte endovaskuläre Aneurysmabehandlung sind hochauflösende DSA Anlagen und ein entsprechendes Training des interventionellen Neuroradiologen. Die Indikation zur endovaskulären Aneurysmabehandlung sollte gemeinsam von Neurochirurgen und Neuroradiologen gestellt werden, die klinische Behandlung der interventionell therapierten Patienten erfolgt in der Regel in Neurochirurgischen Kliniken. Um eine Störung durch unwillkürliche Kopfbewegungen zu vermeiden, wird der Eingriff in Vollnarkose durchgeführt. Zur Vermeidung thrombembolischer Komplikationen erfolgt in den meisten Zentren auch bei Patienten mit Blutungen eine Vollheparinisierung.

### Was ist Evidence-Based?

Periprozedurale Komplikationen der mikrochirurgischen Aneurysmaklippung

Die perioperative Morbidität und Mortalität rupturierter Aneurysmen mit Subarachnoidalblutung ist höher als bei nichtrupturierter Aneurysmen. Das hängt damit zusammen, daß der Erfolg der mikroneurochirurgischen Operation eines Aneurysmas (neben Training und Erfahrung des Neurochirurgen) entscheidend vom Zustand des Gehirns zum Zeitpunkt der Operation abhängt. Bei einer Hirnschwellung ist es schwierig, das Aneurysma schonend zu erreichen. Bei Vasospasmen genügt schon die kleinste (und oft unvermeidbare) Manipulation an den Hirngefäßen, um die Durchblutung zu verschlechtern. Unter günstigen Bedingungen - keine Hirnschwellung, keine Vasospasmen, wenig subarachnoidales Blut - kann mit modernen mikroneurochirurgischen Techniken das Aneurysma schonend erreicht und definitiv durch einen Clip aus der Zirkulation ausgeschaltet werden. Obwohl die



**Abbildung 2:** Präinterventionelle (A) und postinterventionelle (B) Angiographie eines Patienten mit einem rupturierten Aneurysma der A. basilaris. Das nach rostral abgehende Aneurysma wird durch eine Platinspirale ausgefüllt und somit von der Zirkulation ausgeschlossen.

operativen Bedingungen bei einer Operation vier Wochen nach stattgehabter Blutung besser sind als unmittelbar nach Aneurysmaruptur, besteht international Konsens zur akuten Operation innerhalb von 24-72 Stunden nach dem Blutungsereignis. Der Grund dafür liegt in der Häufigkeit und der schlechten Prognose einer Reruptur des Aneurysmas. In den ersten beiden Wochen nach SAB beträgt die Wahrscheinlichkeit einer Reruptur 15 % bis 20 % und ist mit einer Mortalität von 50 % assoziiert. Die Rate periprozeduraler Komplikationen, d.h. die durch den Eingriff und nicht durch die Erkrankung verursachte Morbidität und Mortalität, läßt sich exakt nur bei nicht rupturierten Aneurysmen erfassen und hängt wesentlich von der Größe und Lage des Aneurysmas ab. Daher ist es problematisch, eine generelle Häufigkeit für perioperative Komplikationen anzugeben. Die mikrochirurgische Klippung von Aneurysmen des vorderen Kreislaufes und einer Größe von < 10 mm ist generell mit einer niedrigen Komplikationsrate verbunden (2 % – 3 %). Das Risiko steigt mit wachsender Größe >10 mm auf 6 %

und bei Riesen-Aneurysmen (>25 mm) auf 26 % permanente Morbidität und 7 % Mortalität [4, 5]. Aneurysmen der hinteren Zirkulation sind mit höheren Morbiditäts- (<25 mm 13 % und >25 mm 38 %) bzw. Mortalitätsraten (<25 mm 3 %, >25 mm 9.6 %) assoziiert.

**Periprozedurale Komplikationen der endovaskulären Aneurysmaobliteration** Die direkt durch den endovaskulären Eingriff bedingten periprozeduralen Komplikationen lassen sich angiographisch und mit Schnittbildverfahren gut dokumentieren. Am häufigsten treten durch die Thrombogenität der eingebrachten Materialien bedingte thrombembolische Komplikationen auf. Qureshi und Mitarbeiter berichteten über 8,2 % thrombembolischer Ereignisse nach Aneurysma-Coiling, bei 5,4 % resultierten neue neurologische Defizite [6]. Wahrscheinlich aufgrund der komplexen anatomischen Verhältnisse ist das Risiko bei endovaskulärer Behandlung von Aneurysmen der Mediabifurkation am höchsten [7]. Nach Daten von Cognard und Mitarb. läßt sich durch eine prophylaktische und

nach dem Eingriff zwei bis drei Tage lang fortgeführte Heparinisierung die Rate an thrombembolischen Komplikationen von 9,3 % auf 5,4 % vermindern. Bei gecoilten Aneurysmen mit breiter Kontaktfläche zwischen Spiralkpaket und Trägergefäß ist eine zusätzliche Behandlung mit Thrombozytenaggregationshemmern sinnvoll [8]). Unter Antikoagulation kam es im eigenen Krankengut nur bei 2 von 89 Patienten zu einer temporären Thrombenbildung, die klinisch keine Langzeitfolgen hinterließen. Auch nach SAB ist eine Heparinisierung sinnvoll, wenn das Aneurysma endovaskulär behandelt wird. Rezidivblutungen wurden im eigenen Krankengut bei diesem Vorgehen bisher nicht beobachtet.

Die zweite gefürchtete Komplikation ist die Aneurysmaruptur während der Coilplatzierung, die in zwei eigenen Fällen beobachtet wurde und in der Literatur mit einer Häufigkeit zwischen 1 und 2 % beschrieben ist [8]. Ein derartiges Ereignis hat keineswegs immer fatale Folgen. In der Mehrzahl der Fälle kommt es zu kleineren, nach Fortsetzung des Aneurysmacoilings und Antagonisierung der Heparinisierung spontan sistierenden Blutungen, die den anschließenden Heilungsverlauf nicht wesentlich beeinträchtigen.

Nach den gegenwärtig verfügbaren Daten aus größeren klinischen Fallserien beträgt die periprozedurale Morbidität des Aneurysmacoilings zwischen 3,7 und 6,7 %, und die Mortalitätsraten schwanken zwischen 0 und 2,1 % [6-8]. Diese Daten weisen den Unterschied zum chirurgischen Vorgehen auf, daß keine generelle Differenz zwischen vorderem und hinterem Kreislauf besteht. Daraus ergibt sich, daß der hintere Kreislauf die Domäne der endovaskulären Behandlung ist.

### **Therapieerfolg und verbleibendes Rerupturrisiko nach mikrochirurgischer Aneurysmaklippung**

Nach kompletter Klippung, die in 95 % der Fälle erreicht wird, ist die Formation eines Rezidivaneurysmas ex-



trem selten [19]. Eine nach durchschnittlich 4,4 Jahren durchgeführte späte Kontrollangiographie zeigte von 132 komplett geklippten Aneurysmen eine erneute residuale Füllung nur bei zwei Aneurysmen. Die jährliche Rezidivrate komplett geklippter Aneurysmen beträgt somit weniger als 0,5%. Während der Nachbeobachtungszeit von 2-9 Jahren trat in keinem Fall eine Aneurysmaruptur mit erneuter SAB auf [9]. Die Rate der inkomplett geklippten Aneurysmen, bei denen im Rahmen der postoperativen Kontrollangiographie eine residuale Füllung gezeigt werden konnte, bewegt sich in der Literatur zwischen 3% und 9% [9,10]. Dabei wird jedoch nicht angegeben, ob ein Rest an der Aneurysmabasis bewußt belassen wurde, um ischämische Komplikationen zu vermeiden, wie z.B. bei arteriosklerotischer Lumeneinengung oder aufgrund des intraoperativen Befundes eines Gefäßabgangs aus dem Aneurysmahals. Die Häufigkeit einer erneuten Ruptur dieser Aneurysmaresiduen ist gering und wird mit 0,38% bis 2,4% pro Jahr angegeben [9,10].

Berücksichtigt man die hier aufgeführten Zahlen, beträgt das Risiko einer erneuten Aneurysmaruptur bei geplanter mikrochirurgischer Operation, über das der Patient präoperativ als Therapieversagen informiert werden muß, statistisch 0,2% pro Jahr.

### Therapieerfolg und verbleibendes Restrisiko nach endovaskulärer Aneurysmaobliteration

Eine vollständige endovaskuläre Ausschaltung gelingt nur in einem Teil der Aneurysmen. Insbesondere bei großen Aneurysmen über 15 mm Durchmesser und bei Aneurysmen mit schlecht definiertem Hals kann häufig kein vollständiges Packing erreicht werden.

Die angiographischen Resultate nach endovaskulärer Versorgung eines Aneurysmas sind somit schlechter als nach Clipping. Aus einer Metaanalyse gewonnene Daten zeigen einen mehr als 90 %igen Verschluß der Aneurysmen (unabhängig von Größe

und Halsgeometrie) bei 87 % der Patienten, einen 100 % Verschluß bei 53–60% [11]. Cognard fand bei schmalen Aneurysma-Hals einen vollständigen Aneurysma-Verschluß bei 87% der Patienten [8]. Byrne erreichte bei über 64% der Patienten einen vollständigen Verschluß, bei 34% der Patienten kam es noch zu einem minimalen Kontrastmitteleinstrom ins Aneurysma (Verschlußgrad > 95%) und bei 2% lag ein inkompletter Verschluß des Aneurysmas vor. Demnach bieten vor allem kleine unter 10 mm große Aneurysmen mit gut definiertem Hals eine gute Voraussetzung für einen endovaskulären Komplettverschluß [12].

Wenn man die bisher publizierten Daten zusammenfaßt kann man schlußfolgern, daß ca. 60% der Aneurysmen durch Platinspiralen verschlossen werden können. Einschränkend ist festzustellen, daß das mit Spiralen gefüllte Aneurysmavolumen angiographisch anhand von Projektionsbildern nur ungenau dargestellt werden kann. Dreidimensionale Rekonstruktionen zeigen häufig erhebliche

Lücken in den Coilpaketen. Entscheidender ist in diesem Zusammenhang jedoch weniger der Grad des Aneurysmaverschlusses, sondern die Häufigkeit einer Rezidivblutung nach erfolgtem Coiling.

Das oft lange Intervall zwischen inkomplettem Coiling und Rezidiv-SAB macht definitive Aussagen zur Rezidiv-Blutung bei endovaskulär behandelten Aneurysmen schwierig. Konsequente Zehn-Jahres-Beobachtungen gibt es noch nicht. In der von Byrne publizierten Fünf-Jahres-Verlaufsbeobachtung kam es nach 317 endovaskulären Behandlungen bei vier Patienten zu Rezidivblutungen aus dem behandelten Aneurysma [12]. Drei dieser Aneurysmen waren im Kontrollzeitraum rekanalisiert, ein Aneurysma blieb in der Nachsorge unverändert. Die jährliche Rezidivblutungsrate betrug 0,8% im ersten Jahr, 0,6% im zweiten Jahr, aber 2,4% im dritten Jahr. Die Meta-Analyse von Brilsta ergab ähnliche Befunde: Bei knapp 1.300 Patienten wurden 16 Rezidiv-SABs beobachtet, die Mehrzahl bei Patienten mit inkomplett gecoilten Aneurysmen [13]. Es gibt also mehr Rezidivblutungen nach Aneurysma-Coiling als nach Clipping, aber es sind doch insgesamt wenig wenn man berücksichtigt, daß 20–30% der Aneurysmen nur subtotal gecoilt wurden. Entweder ist die Nachbeobachtungszeit noch nicht lange genug, oder die oft nur sehr kleinen Aneurysma-Reste stellen kein relevantes Blutungsrisiko dar.

Als wichtige Konsequenz aus der Beobachtung von Rezidiven nach Coiling ergibt sich, daß alle Patienten routinemäßig nachuntersucht werden müssen, um eine Rekanalisierung rechtzeitig zu erkennen. Eine angiographische Verlaufsuntersuchung sollte nach sechs Monaten erfolgen. Die Berichte über Einzelfälle mit Spätrezidiven und nachfolgenden Blutungen legen nahe, daß eine weitere Kontrolle mit DSA oder MR-Angiographie nach zwei Jahren sinnvoll ist [12].

### Indikationen zur endovaskulären Therapie intrakranieller Aneurysmen

#### Indikationen

#### Aneurysma-Kriterien

Aneurysmen im hinteren Kreislauf (Ausnahme: PICA-Aneurysmen)

Nicht-clippbare Aneurysmen

Distale Aneurysmen

Vasospasmen

Multiple Aneurysmen

Inkomplettes vorangegangenes Clipping

#### Patienten-Kriterien

Höheres Alter

Schlechter klinischer Zustand

Begleitkrankheiten mit hohem Kraniotomie-Risiko

Ablehnung von Bluttransfusionen

Berufskraftfahrer / Piloten



### Outcome der Patienten bei direktem Vergleich

Es gibt bisher nur eine prospektiv randomisierte Studie zum klinischen Outcome nach Coiling und Clipping. Die finnische Gruppe um Vanninen behandelte insgesamt 109 Patienten entweder endovaskulär oder chirurgisch [14]. Das klinische Outcome (gemessen am Glasgow Outcome Score) nach drei Monaten war in beiden Gruppen gleich. Der Hauptprädiktor für das klinische Outcome war das Hunt & Hess Stadium zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme. Nach einem Jahr Nachbeobachtungszeit war das klinische Outcome einschließlich der Ergebnisse neuropsychologischer Testuntersuchungen immer noch für beide Gruppen gleich [15].

### Hydrocephalus und Vasospasmen

In der Serie von Vanninen kam es in der chirurgischen Gruppe signifikant häufiger zu einem Shunt-pflichtigen Hydrocephalus [14]. Die Autoren führen dies auf eine chirurgisch induzierte, aseptische Arachnoiditis mit Liquor-Resorptionsstörungen zurück. Vasospasmen waren in beiden Gruppen nicht unterschiedlich. Die einzige Matched-pair Studie zu dieser Fragestellung kommt bezüglich des Hydrocephalus jedoch zu einem anderen Ergebnis: Sethi und Mitarbeiter fanden bei insgesamt 100 Patienten (jeweils die Hälfte wurde endovaskulär bzw. neurochirurgisch behandelt) überhaupt keinen Unterschied in der Shuntpflichtigkeit [16]. Acht bzw. neun Patienten benötigten passager eine Liquordrainage, drei Patienten in jeder Gruppe erwiesen sich als permanent shuntpflichtig.

### Liegezeiten und andere ökonomische Aspekte

Die Analyse von Johnston und Mitarbeitern zeigt anhand des Vergleichs beider Behandlungsmethoden, daß die Liegezeit bei nicht-rupturierten Aneurysmen in der endovaskulären Gruppe 5 Tage beträgt, in der chirurgischen Gruppe 7,7 Tage [6]. Gruber et al.

kommen bei der Analyse von rupturierten Aneurysmen der Basilaris-Spitze zu ähnlichen Ergebnissen: Die Liegezeiten der endovaskulär behandelten Patienten sind deutlich geringer als in der chirurgischen Gruppe (Halbierung der stationären Aufenthaltsdauer) [17]. Die Gesamtkosten für die operative Behandlung betragen \$43.000 und lagen damit etwa \$13.000 höher als für die endovaskuläre Therapie.

### Zusammenfassung

#### Rupturierte Aneurysmen

Die endovaskuläre Aneurysma-Therapie hat eine geringere prozedurale Morbidität und Mortalität als die neurochirurgische Klippung. Dieser Vorteil wird erkauft mit einer geringeren kompletten Verschlußrate und einem Risiko einer partiellen Rekanalisierung von 15–20%. Dadurch bedingt ist die Rezidiv-Blutungsrate bei den endovaskulär behandelten Aneurysmen höher. Als Faustregel kann gelten, daß bei zu erwartender höherer Operationsmorbidity (z.B. bei fortgeschrittenem Alter, schlechtem klinischen Zustand, großen Aneurysmen, Lage im hinteren Kreislauf) und/oder bei niedriger kumulativer Rerupturgefahr (höheres Alter, erwarteter kompletter Verschluß durch das Coiling) das endovaskuläre Vorgehen bevorzugt werden sollte. Andererseits sollte bei zu erwartender niedriger Operationsmorbidity (junges Alter, guter klinischer Grad, kleines Aneurysma im Bereich des vorderen Kreislaufs) und bei hoher kumulativer Rerupturgefahr durch junges Alter und hohe Wahrscheinlichkeit eines inkompletten Coilings (breitbasiges Aneurysma) der operativen Therapie der Vorzug gegeben werden. Zusätzlich spielt natürlich die Lage und Konfiguration des Aneurysmas eine entscheidende Rolle.

Für die Aneurysmen der Basilaris-Spitze und des Basilaris-Hauptstamms ist die endovaskuläre Therapie erste Wahl, die PICA-Aneurysmen lassen sich in der Regel besser operieren. Aneurysmen der Media-Teilungstelle haben die höchste Komplikationsrate al-

ler endovaskulär therapierten Aneurysmen und sollten operiert werden. Aneurysmen am R. communicans anterior und der A. carotis interna sind oft für beide Therapien geeignet, besonders wenn sie kleiner als 8 mm sind und einen schmalen Hals haben.

Besonders beim Coiling junger Patienten muß streng darauf geachtet werden, daß das Behandlungsergebnis mindestens einmal per DSA und dann per MR-Angiographie kontrolliert wird. Endovaskuläre Therapie ohne feste Nachsorge-Protokolle ist nicht zu verantworten. Riesenaneurysmen sind weder neurochirurgisch noch endovaskulär einfach zu behandeln. In Einzelfällen kann hier ein kombiniertes operatives-endovaskuläres Vorgehen sinnvoll sein.

Bei aller Euphorie angesichts der neuen Techniken zur Aneurysmatherapie sollte nicht vergessen werden, daß die Subarachnoidalblutung die eigentliche Erkrankung ist. Das Outcome der Patienten hängt entscheidend von der Schwere der SAB ab und nach den bisherigen Daten nicht von der Art der Therapie (endovaskulär oder operativ). Nach adäquater Versorgung des Aneurysmas (Clip oder Coil) kommt der intensivmedizinischen Behandlung eine herausragende Rolle zu. Da die wesentlichen Komplikationen nach Subarachnoidalblutung der operativen Behandlung bedürfen und die moderne multimodale intensivmedizinische Therapie der SAB-Patienten die invasive Einlage intraparenchymatöser oder intraventrikulärer Meßsonden erfordert, erfolgt die periprozedurale Überwachung des Aneurysmapatienten sinnvollerweise auf einer neurochirurgischen Intensivstation in enger Kooperation mit Neurologen und Neuroradiologen.

#### Nichtrupturierte Aneurysmen

Die Indikation zur Therapie inzidenteller nichtrupturierter Aneurysmen hängt vom Risiko der Behandlung und der Wahrscheinlichkeit einer Ruptur ab. Nach der Veröffentlichung der retrospektiven Daten der Internationa-



len Studie über nichtrupturierte Aneurysmen (International Study of Unruptured Intracranial Aneurysms, ISUIA-Studie) [18] ist die Behandlungsbedürftigkeit nichtrupturierter Aneurysmen <10mm Größe aufgrund der berichteten extrem niedrigen Rupturrate von 0.05 % pro Jahr in Frage gestellt worden. Mittlerweile ist diese Studie methodisch erheblich kritisiert worden und neuere Publikationen fanden die Rupturraten dieser Aneurysmagruppe wieder im Bereich von annähernd 0,5 % bis 2 % pro Jahr (20). Dabei weisen Patienten, die eine SAB durch Ruptur eines anderen Aneurysmas erlitten haben ein höheres Risiko (1,5 % bis 2 % pro Jahr) im Vergleich zu Patienten ohne vorherige SAB auf (<1 % pro Jahr). Kurz zusammengefasst ist aber selbst aufgrund der ISUIA-Daten eine Therapie unrupturierter Aneurysmen zumindest bei Patienten unter 50 Jahren und Aneurysmagrößen über 10mm heutzutage sehr gut begründet (21).

Nach den differenzierteren Empfehlungen der American Heart Association, die sich auch auf die Daten der ISUIA-Studie gründen, sollte bei allen symptomatischen und bei allen großen nichtrupturierten Aneurysmen (>10mm) eine Therapie erfolgen. Selbst bei kleinen Aneurysmen (<10mm) wird eine Behandlung empfohlen, wenn der Patient bereits eine Subarachnoidalblutung aus einem weiteren Aneurysma erlitten hat oder besonders bei jüngeren Patienten Risikofaktoren für eine Ruptur vorliegen wie z.B. eine lobulierte Aneurysmakonfiguration, eine positive Familienanamnese oder eine Aneurysmagröße, die sich nahe der 10 mm Grenze befinden (22).

Immerhin erreichen von den rund 10.000 Patienten, die jährlich in Deutschland eine Aneurysmaruptur erleiden, nur 40 % wieder eine unabhängige Lebensführung. Selbst von dieser Gruppe weisen noch mehr als 50 % signifikante kognitive Defizite auf, was also die Bedeutung der Rupturprophylaxe unterstreicht.

Die interdisziplinäre Therapie von Aneurysmapatienten ist ein klassisches Beispiel, bisherige Behandlungsergebnisse durch eine geeignete Selektion zu verbessern. Die Entscheidung, ob eine endovaskuläre oder chirurgische Therapie durchgeführt werden soll – gleichgültig ob rupturiertes oder unrupturiertes Aneurysma – muß immer aufgrund der individuellen Situation getroffen werden, da zu viele unterschiedliche Faktoren einfließen. Das beste Ergebnis läßt sich dann erzielen, wenn Neurochirurg und Neuroradiologe am konkreten Patienten mit all seinen individuellen Faktoren die Risiken und Vorteile des jeweiligen Vorgehens – Operation oder endovaskuläres Coiling – sachlich und realistisch abwägen und sich über die zu bevorzugende Therapiemodalität einig sind.

#### Literaturverzeichnis

- Guglielmi G, Vinuela F, Dion J et al. Electrothrombolysis of saccular aneurysms via endovascular approach. Part 2: Preliminary clinical experience. *J Neurosurg* 75 (1991) 8-14
- Bavinski G, Richling B, Binder RR et al. Histopathological findings in experimental aneurysms embolized with conventional and thrombogenic/antithrombolytic Guglielmi coils. *Minim Invasive Neurosurg* 42 (1999) 167-174
- Sorteberg A, Sorteberg W, Nakstad PH, Strother CM. Hemodynamic aspects of cerebral aneurysm. In: Nakstad PH (ed.) *Cerebral aneurysms*. ESNR, Bologna, (2000) 31-39
- Raaymakers TW, Rinkel GJ, Limburg M, Algra A. Mortality and morbidity of surgery for unruptured intracranial aneurysms: a meta-analysis. *Stroke* 29 (1998) 1531-1538
- Solomon RA, Fink ME, Pile-Spellman J. Surgical management of unruptured intracranial aneurysms. *J Neurosurg* 80 (1994) 440-446
- Johnston CS, Wilson CB, Van Halbach V, Higashida RT, Dowd CF, McDermott MW, Applebury CB, Farley TL, Gress DR. Endovascular and surgical treatment of unruptured cerebral aneurysms: comparison of risk. *Ann Neurol* 2000; 48:11-19
- Qureshi AI, Luft AR, Sharma M, Guterma LR, Hopkins LN. Prevention and treatment of thromboembolic and ischemic complication associated with endovascular procedures: part II-clinical aspects and recommendations. *Neurosurgery* 46: 1360-1376, 2000
- Cognard C, Pierot L, Boulain A, et al. Intracranial aneurysms: endovascular treatment with mechanical detachable spirals in 60 aneurysms *Radiology* 1997;202:783-792
- David CA, Vishthel AG, Spetzler RF, Lemole M, Lawton MT, Partovi S. Late angiographic follow-up review of surgically treated aneurysms. *Neurosurg* 91(1999) 396-401.
- Feuerberg I, Lindquist C, Lindqvist M, Steiner L.

Natural history of postoperative aneurysm rests. *J Neurosurg* 66 (1987) 30-34.

Hope AJK, Byrne JV, Molyneux AJ. Factors influencing successful angiographic occlusion of aneurysms treated by coil embolization. *Am J Neuroradiol* 1999; 20: 391-399

Byrne JV, Sohn MJ, Molyneux AJ, et al. Five-year experience in using coil embolization for ruptured intracranial aneurysms: outcomes and incidence of late rebleeding. *J Neurosurg* 1999;90:656-663

Brilstra EH, Rinkel GJE, van der Graaf Y, et al. Treatment of intracranial aneurysms by embolization with coils. *Stroke* 1999;30:470-476

Vanninen R, Koivisto T, Saari T, et al. Ruptured intracranial aneurysms: acute endovascular treatment with electrolytically detachable coils – a prospective randomized study. *Radiology* 1999;211:325-336

Koivisto T, Vanninen R, Hurkainen H. et al. Outcomes of easily endovascular versus surgical treatment of ruptured cerebral aneurysms. A prospective randomized study. *Stroke* 31 (2000) 325-336

Sethi H, Moore A, Dervin J, Clifton A, MacSweeney JE. Hydrocephalus: comparison of clipping and embolization in aneurysm treatment. *J Neurosurg* 92: 991-994, 2000

Gruber D.P., Zimmerman G.A., Tomsick T.A., van Loveren H.R., Link M.J., and Tew J.M., Jr. (1999): A comparison between endovascular and surgical management of basilar artery apex aneurysms. *J.Neurosurg* 90:868-874.

Unruptured intracranial aneurysms—risk of rupture and risks of surgical intervention. International Study of Unruptured Intracranial Aneurysms Investigators. *N Engl J Med* 339 (1998) 1725-1733.

Thornton J, Bashir Q, Aletich VA, Debrun GM, Ausman JI, Charbel FT: What percentage of surgically clipped intracranial aneurysms have residual necks? *Neurosurgery* 46 (2000) 1294-1298.

Juvela S, Porras M, Poussa K. Natural history of unruptured intracranial aneurysms: probability of and risk factors for aneurysm rupture. *J Neurosurg* 93: 379-387, 2000

21. Mitchell P, Jakubowski J. Risk analysis of treatment of unruptured aneurysms. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 2000;68:577-580

22. Bederson JB, Awad IA, Wiebers DO, Piepgras D, Haley EC, Jr., Brott T, Hademenos G, Chyatte D, Rosenwasser R, Caroselli C. Recommendations for the management of patients with unruptured intracranial aneurysms: A Statement for healthcare professionals from the Stroke Council of the American Heart Association. *Stroke* 2000;31:2742-50.

#### Korrespondenz-Anschrift:

Prof. Dr. med. Volker Seifert  
Direktor der Klinik und Poliklinik  
für Neurochirurgie  
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe Universität  
Schleusenweg 2-16  
60528 Frankfurt

## Stroke Units in Hessen – wie geht es weiter?

Der Schlaganfall gilt als die dritthäufigste Todesursache in Deutschland. Wenn seine Symptome jedoch rechtzeitig erkannt werden, ist er als Erkrankung behandelbar. Vor allem, wenn das Zeitfenster vom Anfall bis zu Therapiebeginn möglichst klein ist. In den ersten Stunden können durch gezielte Behandlungen weitreichende Schäden verhindert werden.

Allein in Hessen erleiden jedes Jahr etwa 25 000 Menschen einen Schlaganfall. Bis vor wenigen Jahren waren die Basisbedingungen für die medizinische Versorgung in dieser Situation sehr schlecht. Schon früh hatte die Landesärztekammer Hessen auf die Mißstände aufmerksam gemacht und neue Rahmenbedingungen gefordert. Sie war bundesweit die erste Kammer, die eine interdisziplinäre Expertengruppe einsetzte und damit die Entwicklung von Stroke Units in Gang setzte. 1995 trat das Hessische Sozialministerium in Dialog mit den Verbänden der Krankenkassen, und diese waren sofort bereit, Verantwortung zu übernehmen.

Mit dem Ziel, die Behandlung von Schlaganfallpatienten zu verbessern – von der Zuweisung, über die Akutversorgung bis hin zur Rehabilitation – starteten die Projekt-Partner vor drei Jahren das Pilotprojekt der Stroke Units. Zusätzlich zur bereits bestehenden Stroke Unit in Bad Salzhausen wurden sieben weitere Stroke Units in sechs Krankenhaus-Versorgungsregionen in Hessen eingerichtet. Sie verteilen sich auf die Städte Darmstadt, Frankfurt, Fulda, Kassel, Marburg und Wiesbaden. Durch die hohe Bevölkerungsdichte wurden in Frankfurt zwei Stroke Units angesiedelt. Erste Erfolge sind erkennbar: Die Zahl der Patienten, die mit einem akuten Schlaganfall innerhalb von drei Stunden in ein Krankenhaus eingeliefert werden konnten, hat sich nach Aussage von Dr. Walter Baumann, Leiter der TK-Landesvertretung Hessen, deutlich erhöht.

Da die Pilotphase für das Projekt nun in wenigen Monaten abläuft und die Kassen danach über eine Fortführung des Konzepts entscheiden müssen, hatte die TKLV Hessen vor kurzem zu einem Expertenhearing mit dem Titel „Schlaganfallversorgung in Hessen – wie geht es weiter?“ in die Deutsche Bibliothek nach Frankfurt eingeladen. Immerhin entstehen den hessischen Krankenkassen nach Baumanns Angaben für die Stroke Units Mehrkosten „in Höhe von mindestens zehn Millionen Mark pro Jahr“. Deshalb fordern die Kassen verlässliche Daten, die auch genaue Informationen über die Leistung der Spezialeinheiten liefern. So sollen die neuen Einrichtungen beweisen, daß Ihre Angebote tatsächlich die medizinische Versorgung der Patienten verbessern.

Standard, räumliche Gegebenheiten und Ausstattung der betreffenden Kliniken entsprechen den Vorgaben der Krankenkassen. Auch zeigen nach Worten von Professor Dr. med. Rudolf Janzen, Chefarzt der Neurologischen Klinik im Frankfurter Krankenhaus Nordwest, die Fallzahlsteigerung, die Steigerung des Anteils der Frühaufnahmen, die Verbesserung der Frühdiagnostik, die neurochirurgische Versorgung und der Anstieg der Lysefälle, die erfolgreiche Umsetzung der Projektziele. Jedem sei jedoch die Schwierigkeit bekannt, Qualität eindeutig zu messen. Dies gelte auch für die Behandlung des Schlaganfalls.

Die sogenannte Outcome-Messung in Hessen soll Faktoren wie Sterblich-

keit, Selbständigkeit des Patienten nach der Behandlung, Institutionalisierung (wie viele Patienten werden nach einem halben Jahr zu Hause oder in Pflegeheimen versorgt?), Lebensqualität, Patienten- und Betreuer-Zufriedenheit und Verweildauer berücksichtigen.

Hubert Schindler von der Landesvertretung der hessischen Ersatzkassenverbände sieht derzeit keinen Anlaß zur Überprüfung der Gesamtkonzeption, kritisierte jedoch einzelne Punkte. So etwa den Umstand, daß nicht alle notwendigen rehabilitativen Angebote an allen Wochentagen zur Verfügung stünden. Dr. med. Rotraut Lommel, Bley-mehl, Vertreterin des Hessischen Sozialministeriums, hob hervor, daß die Stroke Units als eine Art „Kristallisationspunkt“ zu sehen sein, um die Versorgung in der Fläche zu verbessern. Dagegen monierte Dr. med. Michael Popović, Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer, die outcome-Diskussion des Hearings als rein ökonomisch orientiert. Sicherlich müßten Stroke Units wirtschaftlich sinnvoll sein, aber die Diskussion dürfe sich nicht nur an einer volkswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Analyse orientieren.

Die Geschäftsstelle Qualitätssicherung der Hessischen Krankenhausgesellschaft hat jetzt eine Zwischenbilanz gezogen: Durch die Einrichtung von Schlaganfallspezialeinheiten konnte bei 90 % der Patienten erreicht werden, daß sie nach der Therapie wieder selbständig leben können. Offenbar haben sich die Verbände der Krankenkassen intern bereits abgestimmt und werden voraussichtlich vier demnächst auslaufende Verträge bis Ende Juni 2002 verlängern. Man geht davon aus, daß auch die drei anderen Verträge – die Abteilungen hatten ihre Arbeit zu unterschiedlichen Zeiten aufgenommen – verlängert werden.

Katja Möhrle

### Lösungswort des Kreuzworträtsels

von Seite 330, Ausgabe 7/2001

**BASILARISMIGRAENE**

# Gefäßchirurgie – ein historischer Rückblick -

*Dr. med. S. N. Hejazi*

Die Anfänge der Gefäßchirurgie lassen sich schwer rekonstruieren. Dennoch zeugen die in der Medizingeschichte aus frühen Zeiten der Heilkunst überlieferten Dokumente von Eingriffen am Gefäßsystem. Vor und nach unserer Zeitrechnung dienten sie der Verhinderung von Blutungen oder deren Stillung. So erwähnt Krenner in „Chirurgie der Arterien“ die damals üblichen Methoden wie z. B. Verwendung von Kälte, Tamponaden bzw. Kompression, Glüheisen, siedendem Öl und Hochlagerung der verletzten und blutenden Extremitäten. Hippokrates (466-377 v. Chr.) empfiehlt die Anwendung von Druckverbänden zur Blutstillung. Der 980-1037 n. Chr. lebende persische Arzt Avicenna (Ibn-Cina) beschreibt die Technik der Gefäßligatur in seinem Werk „Canon“. Die Entdeckung des Blutkreislaufes durch William Harvey im Jahr 1628 und ihre Vervollständigung durch Marcello Malpighi 1661 ebneten den Weg für vaskularphysiologische Forschungen. Die von Rudolf Virchow im Jahr 1856 postulierte Trias hat auch noch heute ihre Gültigkeit und stellt das Fundament sämtlicher thrombotischer Gefäßveränderungen dar.

Die „moderne“ Vaskularchirurgie findet ihre Anfänge in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts hauptsächlich auf dem europäischen Kontinent mit Schwerpunkt in Frankreich. Die bekanntesten Gefäßchirurgen dieser Epoche sind Alexis Carrel (1873-1944) und René Leriche (1879-1955), beide Schüler des Forschers Mathieu Jaboulay.

Der im Jahr 1912 mit dem Nobelpreis für Medizin in Anerkennung seiner Bemühungen in Gefäßchirurgie

und Organtransplantation geehrte Wissenschaftler Carrel studierte in Lyon und interessierte sich schon im Studium für die Gefäßchirurgie. Da er in Lyon nicht die entsprechende Anerkennung und Unterstützung fand, beschloß er seiner Heimat den Rücken zu kehren. 1904 ging er nach Kanada. Von dort zog er nach kurzer Zeit im Jahr 1905 nach Chicago. Anschließend folgte er 1906 einem Ruf an das Rockefeller Institut in New York, wo er seine experimentellen Projekte fortsetzen und vertiefen konnte. Diese Grundlagenforschung dient der heutigen Gefäß- und Transplantationschirurgie.

Leriche ist als geistiger Vater vieler Ideen zu bezeichnen und hat sich um die Vaskularpathophysiologie sowie die Gefäßchirurgie verdient gemacht. Er war fest davon überzeugt, daß der Verschuß der Aorta nur durch die Resektion des betroffenen Segmentes und dessen Ersatz erfolgreich zu behandeln ist. Da Leriche jedoch kein Vertrauen zu den seinerzeit verwendeten Gefäßtransplantaten und venösen Umgehungen hatte, führte er diese Operation selbst nie durch. Hintergrund dafür waren seine gemeinsam mit Carrel durchgeführten mißlungenen Versuche in den Jahren 1909 bis 1912. Leriche starb am 28. Dezember 1955. May schreibt: „Am Tag zuvor sagte er (Leriche) Jean Kunlin, daß die transplantierten Venen früher oder später platzen würden.“

Die erste erfolgreiche Operation dieser Art führte Jacques Oudot (1913- 1953) im Jahr 1950 durch. Dabei interponierte er eine Kadaverbifurkation als Ersatz. Über Oudot ist bekannt, daß er neben seiner Tä-

tigkeit als tüchtiger Chirurg auch ein passionierter Autofahrer und Bergsteiger war. 1950 nahm er an der ersten Besteigung von Annapurna in Nepal teil. Der Autofahrer Oudot starb 1953 im Alter von 40 Jahren nach Kollision mit einem Heuhaufen bei einer Nachtfahrt auf unbeleuchteter Straße.

Der Pariser Chirurg Charles Dubost resezierte am 29. März 1951 erstmals ein Aortenaneurysma und verwendete ein homologes Transplantat. Dubost nahm ein 14 cm langes Segment einer vorher konservierten Aorta thoracica eines jungen bei einem Verkehrsunfall verunglückten Spenders. Der Empfänger lebte noch Jahre nach dieser Operation und erlag vermutlich den Folgen eines zweiten Herzinfarktes. So fanden homologe Transplantate immer mehr Verwendung. Im Lauf der Zeit zeigte sich jedoch, daß die Langzeitergebnisse dieser Transplantate - bedingt durch Komplikationen - nicht zufriedenstellend waren. Weitere Forschungen auf diesem Gebiet machte vor allem die Arbeitsgruppe von Dardik. Sie publizierte 1976 ihre klinischen Ergebnisse bei der Verwendung von konservierten Umbilikalvenen. Auch heterologe Vaskulartransplantate fanden klinische Beachtung. Amgwerd und Sege publizierten 1975 ihre ersten klinischen Erfahrungen mit chemisch modifizierten heteroplastischen Arterientransplantaten aus Rinder- und Kalbskarotiden. Die hohen Komplikationsraten der bovinen Transplantate brachten dieser Art des Gefäßersatzes keinen lang anhaltenden Erfolg, und die Suche nach neuen Methoden und Materialien ging weiter.

Es vergingen Jahre bis zur Entwicklung und klinischen Anwendung der künstlichen Gefäßprothesen, die den Vorteil hatten, in verschiedenen Längen, Lumina und anatomischen Formen verfügbar zu sein. Voorhees et al. publizierten 1952 ihre Erfahrungen mit der Implantation von Prothesen aus porösen, biologisch inerten Vinyon-N-Röhrchen. Diese Prothesen blieben im Tierexperiment durchgängig. Einige Jahre zuvor wurden Methoden wie die Zellophanwicklung und die Verdrahtung von sakkulären Aortenaneurysmen angewandt, während die zur Zeit meist implantierten Prothesen aus Dacron bestehen. Szilagyi et al. berichteten 1958 von ihren tierexperimentellen Erfolgen und klinischen Erfahrungen mit den Dacronprothesen. DeBakey beschreibt seine Experimente mit verschiedenen Stoffen, um ein geeignetes Material zu diesen Zwecken zu finden. Er hat schon 1958 die Ergebnisse seiner umfangreichen Experimente auf der Suche nach einem optimalen Material publiziert und kommt zu dem Schluß, daß Dacron die Voraussetzungen einer dauerhaften Prothese erfüllt. Er berichtet von einer 54jährigen Patientin, der nach Resektion eines Aortenaneurysmas am 2. September 1954 eine Dacronbifurkationsprothese, welche DeBakey selbst auf der Nähmaschine seiner Gattin aus zwei Dacronblättern hergestellt hatte, implantiert wurde. Diese Prothese funktionierte bis zu dem - Herzinfarkt bedingten - Tod der Patientin zehn Jahre post opera-

tionem komplikationslos.

Die Idee, einen Gefäßverschluß durch ein Interponat zu beseitigen, existierte schon um die 20. Jahrhundertwende. Die tierexperimentelle Implantation von autologen Gefäßinterponaten gelang erstmalig Höpfner im Jahre 1903. Carrel und Guthrie überbrückten 1906 bei Hunden die A. carotis communis durch ein Segment der V. jugularis. Jose Goyanes ersetzte - ebenfalls im Jahre 1906 - ein Poplitealaneurysma durch die V. poplitea. Erich Lexer konnte 1907 bei einem 69jährigen Mann ein Aneurysma der A. axillaris durch ein Interponat mit V. saphena magna ersetzen.

Die erste Bypassoperation wird Ernst Jeger zugeschrieben. Er hatte 1913 in seinem Buch „Die Chirurgie der Blutgefäße und des Herzens“ die präzise Technik der Bypassoperation und Organtransplantation beschrieben. Die Ausführungen bezogen sich auf Erfahrungen und Experimente von Carrel, dem er dieses Buch widmete: „Herrn Dr. Alexis Carrel in Dankbarkeit und Verehrung gewidmet“. Jeger wurde 1914 als Arzt in die Armee eingezogen und in die freige kämpfte Festung Przemysl versetzt. Diese Festung wurde erneut von Russen eingeschlossen. Dort konnte Jeger bei einer großen Zahl an Kriegsverletzten seine gefäßchirurgischen Kenntnisse einsetzen und erweitern. Ihm gelang auch erstmals die Replantation eines durch Schußbruch fast vollständig abgetrennten Oberarmes mit funktionell gutem Ergebnis. 1915

starb Jeger 30jährig in russischer Kriegsgefangenschaft an Typhus. Sein im Verlag Hirschwald, Berlin erschienenes Werk galt jahrelang als verschollen.

Jean Kunlin führte seine erste Bypassoperation am 3. Juni 1948 in Paris unter Zuhilfenahme eines freien Venentransplantates durch, ohne offensichtlich das Werk von Ernst Jeger zu kennen. Die Vena saphena des 54jährigen Patienten wurde präpariert und umgedreht. Sie wurde lateral anastomosiert: das proximale Ende an die A. femoralis communis und das distale Ende an die A. poplitea. Dieser Venenbypass war 24 Monate durchgängig. Die Operation wurde in Abwesenheit von Leriche, dem Chef von Kunlin, durchgeführt. Im gleichen Jahr nahm Kunlin weitere erfolgreiche V. saphena Bypass-Operationen vor. Seinen dritten V. saphena-Bypass führte Kunlin am rechten Bein eines Patienten am 23. September 1948 durch, an dessen linkem Bein er am 2. März 1951 einen weiteren V. saphena-Bypass einsetzte. Der Patient starb am 31. August 1976, nachdem er vier Tage zuvor wegen starker retrosternaler Schmerzen stationär aufgenommen worden war. Da der Patient vor seinem Tod nicht über Claudicatio intermittens geklagt hatte, wird - ohne Durchführung einer Obduktion - angenommen, daß seine Bypass-Segmente (rechts 28, links 25 Jahre) durchgängig waren.

Auf dem 100. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1972 wurde eine unveränderte Neuauflage des Werkes Jegers herausgegeben - für Kunlin ein unüberwindbarer Schlag, da er seine Glaubwürdigkeit erschütterte.

Jean Cid Dos Santos (1907-1975), Sohn des Aortographieerfinders, führte die erste erfolgreiche Arterien-desobliteration am 27. August 1946 durch. Der Patient war ein 66jähriger Mann mit schwerer Ischämie bei ileofemoraler Endarteriitis obliterans, der zudem an irreversibler Niereninsuffizienz litt. Nach der Thrombend-

### AKUG - Seminar - Praktische Vorbereitung auf die DRG's in Deutschland.

31.08.2001 - 01.09.2001: Schloßhotel Bühlerhöhe.

Info unter: meet ideas Congressgestaltung,  
Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim,  
Tel.: 0621/4106-8621

arteriektomie war der Puls tastbar, und die Kontrollarteriographie bestätigte bei Unregelmäßigkeit der Gefäßwand die Gefäßdurchgängigkeit. Der Patient starb am 4. postoperativen Tag an den Folgen eines Nierenversagens. Die Obduktion bestätigte die totale Ausräumung des Gefäßes.

Wann mit der Carotischirurgie begonnen wurde und wer auf diesem Gebiet als Pionier zu betrachten ist, wird kontrovers diskutiert. Carrea et al. publizierten 1955 einen Fallbericht über eine im Jahr 1951 durchgeführte Rekonstruktion der A. carotis (4). DeBakey veröffentlichte 1975 die Langzeitergebnisse einer im Jahr 1953 durchgeführten Thrombendarteriektomie der A. carotis. Er beschreibt in der Kasuistik einen 53jährigen Busfahrer, der seit einiger Zeit episodisch an Schwäche des rechten Armes und des Beines, sowie an Schreib- und Sprachstörungen litt. DeBakey operierte ihn am 7. August 1953. Nach einer Längsinzision am medialen Rand des linken M. sternocleidomastoideus legte er die Halsschlagader frei. Mit einem ca. 2,5 cm langen Schnitt unterhalb der Carotibifurkation öffnete er die Arterie und führte eine Thrombendarteriektomie der Aa. carotis communis, interna und externa durch. Der Patient wurde dadurch symptomfrei und konnte ins Alltagsleben reintegriert werden. Er starb 19 Jahre post operationem an den Folgen einer koronaren Herzkrankheit.

Es waren jedoch Eastcott, Pickering und Rob aus London, die 1954 die wesentliche Erstpublikation hinsichtlich der Rekonstruktionen der A. carotis herausgaben. Sie beschreiben eine 66jährige Hausfrau mit rezidivierenden transitorischen ischämischen Attacken, die nach Angiographie der A. carotis am 19. Mai 1954 in St. Mary's Hospital operiert wurde. Die Operation wurde in Hypothermie bei 28°C durchgeführt. Die Patientin verließ das Krankenhaus am 2. Juni 1954.

Sowohl die viszerale als auch die

renale Vaskularchirurgie wurden erst nach Siegeszug der Gefäßchirurgie auf anderen Gebieten etabliert. Ein wichtiger Grund dafür war die Entwicklung der bildgebenden Verfahren als Grundlage für die apparative Diagnostik. Im Jahr 1943 wagte der russische Chirurg Ryvlin den ersten Versuch, einen Embolus aus der A. mesenterica superior zu entfernen, ohne jedoch eine Gefäßdurchgängigkeit herbeiführen zu können. Die erste erfolgreiche Embolektomie eines akuten Mesenterialverschlusses wurde 1951 von Klass publiziert. Dieser Erfolg war aber von kurzer Dauer, da der Patient 50 Stunden nach der Operation an Herzversagen starb. Wises Publikation über erfolgreiche Embolektomie der Mesenterialarterien ohne wesentliche Darmresektion erscheint 1955. Weitere Erfolgsmeldungen stammen von Stewart et al. 1960 über ihre Operationen in den Jahren 1951 und 1952. DeBakey berichtete 1960 bzw. 1961 über seine operativen Interventionen in Form von Bypass- und Endarteriektomieverfahren.

Im Jahr 1952 führten Thompson und Smithwick die erste Nierenrevascularisation durch. Sie konnten eine Nierenarterienstenose unter Herstellung einer splenorenalen Verbindung hämodynamisch unwirksam machen. Freeman et al. publizierten 1954 einen Bericht über die erste unilaterale Thrombendarteriektomie einer Nierenarterie. Es gelang ihnen, eine renovaskuläre Hypertonie bei einem 46jährigen Mann zu beseitigen. Van Dongen berichtete 1961 über die Wiederherstellungschirurgie bei Stenosen der Nierenarterien.

Die ersten Versuche, einen Embolus bzw. Thrombus indirekt aus einem verschlossenen Gefäß zu entfernen, unternahm Ernst Unger und seine Mitarbeiter in den Jahren 1912-1914. Dabei verwendeten sie einen Blasenkatheter zur Embolektomie. Heute bedient man sich des von Fogarty et al. im Jahr 1963 entwickelten Thrombektomiekateters.

Die erste Organisation von an Gefäßen operierenden Chirurgen erfolgte am 8. Juni 1947 in Atlantic City N. J. im Dennis Hotel mit der Gründung der „Society of Vascular Surgery“. Ihr erster Präsident war A. Ochsner. Die fortschreitende Entwicklung der Gefäßchirurgie auch in der BR Deutschland mündete 1977 in der Anerkennung der Gefäßchirurgie als Teilgebiet der Chirurgie.

Für die Fortschritte der Gefäßchirurgie war die Entwicklung auf anderen Gebieten von besonderer Bedeutung. Hierzu gehören u. a. die Entdeckung und klinische Anwendung von Antibiotika und Heparin, Realisierung von Blutersatz, Einführung neuer bildgebender Verfahren sowie Modernisierung der anästhesiologischen Technik.

Fortsetzung folgt.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers  
Dr. med. Seyed N. Hejazi  
Gartenstr. 83  
60596 Frankfurt/M.

## Namensberichtigung:

Frau Dr. Krückeberg macht darauf aufmerksam, daß im HÄB 7/2001 Ihr Namen falsch geschrieben wurde.  
Er lautet korrekt:  
**Dr. Snjezana Krückeberg.**



# Ausbeutung und schlechte Behandlungsqualität will niemand – schon gar nicht die Krankenhäuser

## *Stellungnahme der Hessischen Krankenhausgesellschaft zur Debatte um die Arbeitsbelastung von Krankenhausärzten*

Die Krankenhäuser in Hessen wollen – wie alle anderen Krankenhäuser in Deutschland – eine bestmögliche Versorgungsqualität für ihre Patienten. Bislang ist es ihnen gelungen, diese auch sicher zu stellen. Die Krankenhäuser wollen auch zufriedene und leistungsfähige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, denn nur diese gewährleisten eine sichere und qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten. Es ist Wunsch und Ziel der hessischen Krankenhäuser und ihres Dachverbandes, der Hessischen Krankenhausgesellschaft, Mitarbeiterzufriedenheit und Patientenzufriedenheit trotz sich verschlechternder Rahmenbedingungen auch in der Zukunft aufrecht zu erhalten und – insbesondere dort, wo es am notwendigsten ist – stetig zu verbessern.

Die Medien haben in den vergangenen Tagen umfangreich über die erhebliche Arbeitsbelastung der Ärzte und Verstöße gegen Arbeitszeitvorschriften und tarifrechtliche Bestimmungen in den Krankenhäusern berichtet. Von der Ausbeutung junger Ärzte und der Gefährdung von Patienten durch überlastete und übermüdete Ärzte war die Rede. Kritisiert wurden die hohe Zahl von zum Teil widerrechtlich zu leistenden Überstunden und unzulässig lange Dienst- und Arbeitszeiten der Krankenhausärzte. Insbesondere auch durch das Ableisten von Bereitschaftsdiensten, die nicht als Arbeitszeit eingeordnet und als solche vergütet werden, komme es zu dieser Situation. Verantwortlich hierfür seien in erster Linie die Krankenhausleitungen, aber auch die Chefärzte. Neben der Einhaltung der Arbeitszeitvorschriften wird

von den Interessenvertretungen der angestellten Krankenhausärzte und den ärztlichen Standesvertretungen vor allem die Umsetzung eines Urteils des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) auch in Deutschland gefordert, nach dem Bereitschaftsdienst als reguläre Arbeitszeit einzustufen ist.

Trotz insgesamt sehr unterschiedlicher Situationseinschätzungen und Stellungnahmen der Krankenhäuser sieht die Hessische Krankenhausgesellschaft die hohe Arbeitsbelastung von Krankenhausärzten und auch Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz grundsätzlich als tatsächlich existentes Problem an, wobei jedoch der Betroffenheitsgrad von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedlich ist. Keinesfalls ist dieses Problem darauf zurück zu führen, daß gesetzliche Vorschriften leichtfertig ignoriert werden oder gar die Absicht besteht, Mitarbeiter auszubeuten. Die Gesundheit der Arbeitnehmer und der Patienten ist ein hohes Gut, das von den Krankenhäusern geachtet wird. Die geltenden tarifvertraglichen Bestimmungen lassen entsprechende Ausnahmen vom Arbeitszeitgesetz zu, von denen die Krankenhäuser Gebrauch machen. Die Weiterbeschäftigung von Ärzten nach einem Bereitschaftsdienst ist tarifkonform. Die generelle Übertragbarkeit des vorzitierten Urteils des EuGH zum Bereitschaftsdienst auf Deutschland steht – gerade auch aufgrund widersprechender erstinstanzlicher Gerichtsurteile – noch sehr in Frage.

Den Krankenhäusern bleibt außer der Optimierung ihrer Arbeitsorganisation bislang keine andere Möglich-

keit, die Arbeitsbelastung der Ärzte zu vermindern. Die Einführung von Schichtdiensten und alternativen Arbeitszeitmodellen kann einen Beitrag leisten, Belastungsspitzen abzubauen. Aber auch dies erfordert, daß in erheblichem Umfang zusätzliches Personal eingestellt werden müßte. Die damit unweigerlich verbundenen Kostenerhöhungen sind derzeit aber angesichts der gedeckelten Budgets der Krankenhäuser nicht finanzierbar. Die Kliniken brauchen deshalb eine Refinanzierung dieser Mehrkosten durch die Krankenkassen, die durch eine Änderung der Bundespflegesatzverordnung sicher gestellt werden muß. Notwendig ist, daß alle Mehrkosten infolge tarifvertraglicher oder arbeitsrechtlicher Regelungen im Rahmen der Budgetverhandlungen ausgeglichen werden.

Die Hessische Krankenhausgesellschaft als Dachverband der Krankenhäuser in Hessen setzt sich mit aller Kraft dafür ein, daß von den politisch Verantwortlichen und den Partnern im Gesundheitswesen die Voraussetzungen für eine Finanzierung der Mehrkosten geschaffen werden, die entstehen, wenn unvertretbare hohe Arbeitsbelastungen des Personals abgebaut werden sollen bzw. das Urteil des EuGH zum Bereitschaftsdienst in Deutschland umgesetzt werden muß. Besonders wichtig ist, daß die Politik Klarheit über die Auswirkungen dieses Urteils für die deutschen Krankenhäuser schafft. Unabhängig von der politischen Überzeugungsarbeit bemüht sich die Hessische Krankenhausgesellschaft aber auch darum, ihre Mitgliedskrankenhäuser noch stärker für das Problem zu sensibilisieren und sie zur akti-



ven Suche nach schnellen Lösungen zu motivieren, die zu einer Entlastung des Krankenhauspersonals führen. Gerade auch deshalb hat sie sich konstruktiv als Partner des Hessischen Sozialministeriums, der Landesärztekammer Hessen und des Marburger Bundes Hessen in ein vor kurzem angelaufenes Modellprojekt zur Überprüfung der Arbeitszeiten in den Krankenhäusern durch die Arbeitsschutzbehörde eingebracht. Sie erhofft sich hiervon, daß die Krankenhäuser nicht nur Defizite erkennen, sondern ihnen auch Hilfestellung zur Optimierung der Arbeitsorganisation zuteil wird. Schulungs- und Informationsveranstaltungen zu alternativen Arbeitszeitmodellen werden weitere Bausteine der Unterstützung der Krankenhäuser durch die Krankenhausgesellschaft bei der Problembewältigung sein.

Trotz der anerkannten Probleme

der hohen Arbeitsbelastung im ärztlichen Dienst sieht die Hessische Krankenhausgesellschaft die Behandlungsqualität und Sicherheit der Patienten in den Krankenhäusern dadurch nicht gefährdet. Bislang hat es kein Haftungsverfahren gegeben, bei dem eine übermäßig lange Arbeitszeit eines Arztes für einen Behandlungsfehler mit ursächlich gewesen wäre. Die Patienten brauchen sich ungeachtet der in einigen Fällen reißerischen Medienberichterstattung keine Sorgen zu machen, wenn sie sich ins Krankenhaus begeben. Sie dürfen vielmehr darauf vertrauen, kompetent, sicher und gut behandelt zu werden. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, daß gerade auch die Krankenhäuser in Hessen in den vergangenen Jahren selbst unter schwierigen Bedingungen die Herausforderungen bewältigt haben, die an sie gestellt wurden: Immer mehr

Patienten werden in Hessens Krankenhäusern in immer kürzerer Zeit und in immer weniger Krankenhausbetten behandelt – dies bei steigender Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung und trotz begrenzter Budgets. Im Kontext der zugrunde liegenden Problematik sei zuletzt auch diese Frage erlaubt: Bei begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen wäre es ökonomisch vernünftig gewesen, das Leistungsaufkommen den vorhandenen Kapazitäten anzupassen. Wem wäre gedient gewesen und wer hätte dies wirklich gewollt, wenn die Krankenhäuser das Problem der zum Teil hohen Arbeitsbelastung ihres Personals dadurch gelöst hätten, daß sie Patienten einfach abgewiesen hätten. Vor diesem Hintergrund von „Ausbeutung“ zu sprechen ist gedankenlos.

Manfred Reeg

## Intubationsnarkose und Zahnfraktur – nicht sicher vermeidbares Risiko oder vermeidbarer Fehler?

Zahnschäden als Folge von Intubationsnarkosen sind besonders häufig, wie neuere, große Studien belegen (Inzidenz etwa 1:4500). Etwa 75 % derartiger Zahnverletzungen treten bei direkter Laryngoskopie auf. Weitere Ursachen können unkontrolliertes Aufbeißen auf Beißkeile oder auf einen Güdel-Tubus (zum Freihalten der oberen Lufwege verwendet) sein. Vor al-

lem die oberen Frontzähne, besonders die Schneidezähne sind dabei gefährdet. Nicht selten wenden Patienten sich mit dem Vorwurf an die Gutachterstelle, bei einer Narkose habe der Anaesthetist einen solchen Schaden fehlerhaft verursacht. Folgender Sachverhalt kann als Beispiel dienen.

Der Patient mußte sich einer Struma-Operation unterziehen. Bei dem praeoperativen Gespräch wies der Narkosearzt auf die Möglichkeit von Zahnschäden hin. Auf dem Anaesthesieprotokoll wurde - ohne nähere Angaben zum Zahnstatus - bei der

Rubrik "Zähne" das Stichwort "fest" angekreuzt. Die Intubation erfolgte ohne Schwierigkeiten. Bei Beendigung der Narkose bemerkte der Anaesthetist, daß der Schneidezahn 1/2 locker war. Es lag eine Kronenfraktur bei vitaler Pulpa vor. Er entfernte den Zahn. Ein konsiliarisch zugezogener Zahnarzt versorgte den Zahnstumpf noch während der stationären Behandlung mit einer provisorischen Krone. Der Patient sah einen Fehler des Anaesthesisten als Ursache des Zahnschadens.

Der von der Gutachterstelle als Gutachter eingeschaltete Anaesthetist kam zu dem Schluß, der beteiligte Narkosearzt müsse mit hoher Wahrscheinlichkeit bei der Intubation mit dem Laryngoskop auf die obere Zahnreihe einen solchen Druck ausgeübt haben, daß es zu der Fraktur gekommen sei. Darin sei

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. 06131/223023-24, Fax 06131/227150



hier ein vermeidbarer Fehler zu sehen. Die Begründung sei kurz gefasst wiedergegeben.

Zur Atemwegssicherung bei der Allgemeinnarkose wird meist ein sog. Tubus (Schlauch oder Röhrchen) in die Luftröhre eingeführt. Dies geschieht mit Hilfe eines Laryngoskops, eines Kehlkopfspiegels, mit dem der Kehlkopf eingestellt und das Eintreten des Tubus in die Luftröhre verfolgt werden kann.

Im Idealfall sollten die oberen Schneidezähne nicht mit dem Laryngoskop berührt werden. Es ist nämlich belegt, daß bei inkorrektem Ansetzen des Geräts, d.h. Druck des Spiegelmetallkörpers gegen die obere Zahnreihe,

sich ganz erhebliche Hebelkräfte entwickeln. Spateldruck sollte immer nur auf den Mundboden und nie sollte quer zur Zahnachse im Kiefer Kraft angewendet werden, weil dies erfahrungsgemäß zum Herausbrechen der oberen Schneidezähne führen kann.

Das Risiko eines Zahnschadens läßt sich nicht sicher vermeiden, wenn die Intubation unter anatomisch erschwerenden Bedingungen oder etwa im Notfall erfolgt. Auch eine Praedisposition des Patienten mag zu einem Zahnschaden beitragen: lockere oder kariöse Zähne. Für solche Fälle gibt es allerdings Zahnprotektoren, deren Wert nicht einheitlich beurteilt wird.

Da im zu beurteilenden Fall aller-

dings weder die Intubation erschwert noch der frakturierte Zahn kariös oder locker war, hätte der Schaden bei korrektem Anwenden des Kehlkopfspiegels vermieden werden können. Der Antrag des Arztes, den Bescheid zu ändern, wurde lediglich auf die Behauptung gestützt, der entfernte Zahn sei erheblich kariös gewesen. Besondere Kraft habe der Anaesthesist bei der Intubation nicht aufgewendet. Der Antrag blieb ohne Erfolg, weil die Kommission die wissenschaftliche Begründung des Gutachters für zutreffend hielt. Welche Kraft eingesetzt werde, hänge von der subjektiven Bewertung ab. Der Zahnstatus sei einmal durch das Anaesthetieprotokoll belegt ("Zähne: fest"), zum anderen durch eine Erklärung des den Patienten ständig betreuenden Zahnarztes, der eine Karies des Zahnes verneint hatte.

Ergeben sich aus dem vorgetragenen Fall allgemeine Folgerungen? Zunächst fällt auf, daß im Alltag des Anaesthesisten zwar an die Möglichkeit von Zahnschäden durchaus gedacht wird, wie die verwendeten Aufklärungsbögen belegen. Daß dieses Risiko aber nicht unterschiedslos "nicht sicher vermeidbar ist", läßt sich so nicht halten. Bei der Anwendung des Laryngoskops kann Erfahrung und gute Übung erheblich dazu beitragen, Schäden zu vermeiden.

Wo Risiken von vornherein zu erkennen sind, sollten sie in den schriftlichen Unterlagen korrekt benannt werden. Eine Notfallintubation ergibt sich in der Regel aus dem Gesamtablauf.

Der Zahnzustand sollte dort, wo die Umstände es zulassen, sorgfältig geprüft, und Risikofaktoren sollten schriftlich festgehalten werden. Wo dies nicht geschieht, muß der Arzt die mangelnde Dokumentation gegen sich gelten lassen, was ihm auf jeden Fall Beweisprobleme beschert. Wer Probleme kennt, sollte sie möglichst vermeiden. Darauf soll dieser Beitrag hinwirken.

Dr. jur. Felix Meyer,  
Vorsitzender der Gutachterstelle,  
Vorsitzender Richter am OLG i.R.

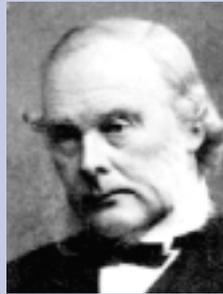
## Wer war's ?

Sein Vater gab ihm das Interesse an Naturwissenschaften und die Neugierde für das Verborgene weiter: Der Weinhändler aus dem englischen Essex hatte die achromatischen Linsen entdeckt und damit entscheidend zur Vervollkommnung des Mikroskops beigetragen. Dem Sohn ging es im Wesentlichen darum, Mikroorganismen von chirurgischen Wunden fernzuhalten.

Schon als Junge wollte er Chirurg werden. Während seines Medizinstudiums wurde er maßgeblich von dem Physiologieprofessor William Sharpey beeinflusst, der ihm riet, nach dem 1852 bestandenen Staatsexamen einen Monat bei James Syme in Edinburgh zu verbringen. Der Gesuchte nahm den Ratschlag an, und nach kurzer Zeit entwickelte sich zwischen ihm und dem Chirurgen Syme eine enge Freundschaft. Syme, der später auch sein Schwiegervater wurde, bot dem jungen Mann einen ständigen Posten als Chirurg im Edinburgher Krankenhaus an. 1859 entschloß sich der Gesuchte dazu, eine Professur für Chirurgie in Glasgow anzutreten. Während ihm einerseits die Lehrtätigkeit große Freude machte, bereitete ihm andererseits die erschreckende Sterblichkeit in der chirurgischen Abteilung seines Krankenhauses Sorgen. Durch das Mikroskopieren kannte er alle Stadien des Entzündungsvorgangs, aber er wußte nicht, warum dieser bei den einen zum Tode führte und bei den anderen nicht.

Louis Pasteurs Arbeiten, die zeigten, daß Gärung und Fäulnis durch mikroskopisch kleine Lebewesen hervorgerufen werden, brachten ihn darauf, die gleichen Ursachen bei Wundeiterungen zu vermuten. Erstmals probierte er Phenol erfolgreich bei einem offenen Beinbruch aus. Nachdem er diese Methode zwei Jahre lang getestet hatte, publizierte der Gesuchte 1867 in der Zeitschrift Lancet einen ersten Artikel zu dem Thema. Trotz anfänglicher Kritik an seinem „Prinzip der Antisepsis“ dauerte es nur wenige Jahre, bis sich seine Lehre durchsetzte. 1877 übernahm er den Lehrstuhl für Klinische Chirurgie in London, 1893 wurde er in den Lordstand erhoben und starb am 10. Februar 1912 in der Grafschaft Kent.

Katja Möhrle



# AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG UND WEITERBILDUNG DER LÄNDESÄRZTEKAMMER HESSEN

Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, Telefon 0 60 32/782-0, Telefax 0 60 32/782-220  
e-mail-Adresse: akademie@laekh.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. **Ausnahme:** 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 auch für den „Arzt im Praktikum“ als Ausbildungsseminar nach § 34 c ÄAppO 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 Siehe Seite 386

## I. SEMINARE / VERANSTALTUNGEN ZUR PERMANENTEN FORTBILDUNG

### ORGANSPENDE und ORGANTRANSPLANTATION

Die GENTECHNIK beschäftigt die Ärzteschaft wie die Öffentlichkeit.

In der aktuellen Situation darf die ORGANTRANSPLANTATION nicht aus den Augen verloren werden.

Die beiden folgenden Veranstaltungen stehen unter der Schirmherrschaft von Frau Staatsministerin Mosiek-Urbahn

#### Organtransplantation

AiP

Fortbildung für Klinik- und Hausärzte

4 P

Mittwoch, 8. August 2001, 16 c.t. bis 19.30 Uhr,  
Bad Nauheim

**Leitung:** Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Fulda

Stand der Organspende in Deutschland - Rechtsgrundlagen und Entwicklung der Organspende: Dr. med. D. Mauer, Neu Isenburg;

Patientenvorstellung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder; Hirntod und Hirntod-Diagnostik: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. A. Ferberth, Kassel;

Akutsituation Organspende - Spenderkriterien, Ablauf und Organisation der Organspende im Krankenhaus: Sabine Moos, Marburg; Patientenvorstellung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder;

Ethische Fragestellungen der Organspende: Prof. Dr. phil. W. Stroh, Giessen; Schlusswort: Prof. Dr. med. W. Fassbinder  
*Selbstevaluation (Fragebogen)*

**Tagungsort:** Fortbildungszentrum der LÄK Hessen,  
**Blauer Hörsaal** im Akademiegebäude, Carl-Oelemann-Weg 7  
- Kein Kostenbeitrag -

s. HÄ 7/2001

#### Organspende im Spannungsbogen zwischen Tod und Leben

AiP

Sektion Öffentliches Gesundheitswesen

7 P

Mittwoch, 19. September 2001, 13 s.t. bis 18 Uhr,  
Bad Nauheim

**Leitung:** Dr. med. Claudia Kuhnhen, Marburg

Rechtsgrundlagen der Transplantation: Dr. med. D. Mauer, Neu Isenburg; Hirntod und Hirntod-Diagnostik: Sabine Moos, Marburg; Medizinische Aspekte und Akutsituation der Organspende: Dr. med. M. Bauer, Neu Isenburg; Transplantationsmedizin- gesundheitsökonomische Aspekte: PD Dr. med. A. Heiling, Marburg; Ethische Fragen der Transplantation - in den verschiedenen Kulturen und Religionen: Dr. med. F. Salomon, Lippe-Lemgo; Die Würde des Menschen bei der Organspende: Dr. med. F. Salomon; Praktische Vorschläge zur Umsetzung in Hessen: - Gesundheitsämter: Dr. med. C. Kuhnhen, Marburg; - DSO: Dr. med. D. Mauer, Neu Isenburg; - Abt. Gesundheit des Hess. Sozialministeriums: Dr. med. Rotraut Lommel-Bleymehl, Wiesbaden; - Landesärztekammer Hessen: Dr. med. M. Popović, Frankfurt a. M.;  
*Selbstevaluation (Fragebogen)*

**Tagungsort:** Fortbildungszentrum der LÄK Hessen,  
**Kongress-Saal**, Carl-Oelemann-Weg 28 - Kein Kostenbeitrag -

### PALLIATIVMEDIZIN

#### STERBEBEGLEITUNG - PATIENTENVERFÜGUNG - BEHANDLUNGSVERZICHT vs. BEHANDLUNGSPFLICHT

Samstag, 25. August 2001, 9 c.t. bis 14 Uhr, Bad Nauheim

**Leitung:** Dr. med. G. Bockenheimer-Lucius, Oberursel, Dr. med. G. v. Knoblauch zu Hatzbach, Stadtallendorf

AiP  
7 P

*Palliativmedizin ist ein ganzheitliches Konzept in der Tradition der Hospizarbeit. Sie zielt bei einem unheilbaren Krankheitszustand auf die Linderung von Beschwerden und Schmerzen sowie von psychischen, sozialen und spiritualen Problemen, um für den Patienten die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen. Doch die Umsetzung aller Ziele in der Praxis verlangt nicht nur die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod, sondern auch mit Entscheidungen zum Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen, mit dem Umgang mit einer Patienten-, Betreuungs- oder Vorsorgeverfügung und mit Problemen der Ernährung und Hydratation im finalen Stadium. Das breite Spektrum wird aus der Erfahrung derer vorgestellt, die im Alltag mit den ärztlichen, ethischen und rechtlichen Problemen konfrontiert sind. Zum Erfahrungs- und Gedankenaustausch und zur Diskussion sind alle Interessierten herzlich aufgerufen.*

Ärztliche, ethische und rechtliche Fragen: Dr. med. G. Bockenheimer-Lucius; Das Problem des Behandlungsabbruchs - 2 Fallvorstellungen: - ein alter Patient, Dr. med. H. Werner, Darmstadt; eine onkologische Patientin: Prof. Dr. med. K. D. Schulz, Marburg; Behandlungsverzicht - Patientenverfügung - Sterbebegleitung : Behandlungsverzicht und Behandlungsabbruch: Dr. med. G. v. Knoblauch zu Hatzbach, Stadtallendorf; - zur Diskussion aufgefordert (Statement): Dr. med. R. Lommel-Bleymehl, Wiesbaden; Patientenverfügung , Betreuungsrecht (neue Rechtslage seit 1.1.99): Dr. jur. H.-G. Koch, Freiburg; Diskussion - zur Diskussion aufgefordert (Statement):

Amtsrichter Axel Bauer, Frankfurt a. M.; Prof. Dr. med. J. Bratzke, Frankfurt a. M.; Sterbebegleitung und Palliativmedizin: Prof. Dr. med. U. Gottstein, Frankfurt a. M. *Selbstevaluation (Fragebogen)*

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

**Teilnahmegebühr:** s. o.

Für Teilnehmer anderer Berufe ist der Besuch dieser Veranstaltung kostenfrei.

s. HÄ 7/2001

**ALLGEMEINMEDIZIN / GYNÄKOLOGIE**

**Postmenopause der Frau**  
**Aufgabenteilung zwischen Hausarzt und Frauenarzt**  
*Sektionen Allgemeinmedizin und Frauenheilkunde und Geburtshilfe*

**Samstag, 20. Oktober 2001, 9 s. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim**  
**Leitung:** Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a. M., Dr. med. K. König, Steinbach  
**Tagungsort:** Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, **Blauer Hörsaal** im Akademiegebäude, Carl-Oeemann-Weg 7

**ANAESTHESIOLOGIE**

**Die Betreuung des Patienten in der unmittelbar postoperativen Phase**  
*Sektion Anästhesiologie*

**Samstag, 20. Oktober 2001, Bad Nauheim**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. P. M. Osswald, Dr. med. I. Hornke, Hanau  
**Tagungsort:** Parkwohnstift Aeskulap, Salon D, Carl-Oeemann-Weg 9

**GERONTOLOGIE/ GERIATRIE - INFEKTOLOGIE**

**Infektionen im Alter** **7 P/AiP**

**17. Bad Nauheimer Gerontologisch/ Geriatriisches Symposium**  
*Gemeinsamer Herbstkongreß der Akademien für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammern Thüringen und Hessen*  
**Samstag, 27. Oktober 2001, 9 c. t. bis 17 Uhr, Bad Nauheim**  
**Leitung:** Dr. med. H. Werner, Darmstadt, Dr. med. J. Zeeh, Meiningen  
**Vorgesehene Themen:** Infektionen im Alter- was ist anders?; Epidemiologie von Infektionen im Alter; Besonderheiten der Bakteriologie von Infektionen bei alten Menschen; Differenzialdiagnose Fieber im Alter; Prävention von nosokomialen Infektionen in geriatrischen Einrichtungen; Sepsis bei alten Menschen; Was ist gesichert in der Therapie von bronchopulmonalen Infektionen im Alter?; Was ist gesichert in der Therapie von Harnwegsinfektionen im Alter?; Richtiger Umgang mit Blasenkatetern; Impfungen bei alten Menschen- was ist notwendig?; Antibiotika bei alten Patienten- pharmakologische Besonderheiten; Hat die Tuberkulose noch Bedeutung in der Geriatrie?; Das Problem der Weichteilinfektionen in der Geriatrie; Der Psocas- Abszess. *Selbstevaluation (Fragebogen)*  
*Die Willy und Monika Pitzer Stiftung gewährt freundliche Unterstützung. Kein Kostenbeitrag!*

**KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE**

**Deine, meine, unsere Kinder - Konflikte und Chancen in zusammengesetzten Familien**  
*Sektion Kinder- und Jugendpsychiatrie* **2 P**

**Mittwoch, 12. September 2001, 15 bis 18 Uhr, Eltville**  
**Leitung:** Dr. med. Doris Mallmann; Eltville  
*Begrüßung: Dr. med. D. Mallmann; Einleitung: Zahlen und Entwicklungen zum Thema Stieffamilie: Dr. med. D. Mallmann; Spielerische Einstimmung: B. Deuschle, Kunsttherapeut, S. Idel, Lehrerin, H. Rademacher, Ergotherapeutin, H.-L. Temper, Sozialarbeiterin; Theoretische Überlegungen zu Rollen, Grenzen, Konflikten und therapeutischen Ansätzen bei Stieffamilien: Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie Dr. med. G. Geißler, E. Plattfaut; Fallvorstellung 1: Dr. med. M. Schirmer, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie; Das Thema aus der Sicht einer betroffenen Stiefmutter: Dipl. Soz. I. Rapp, Frankfurt a. M.; Fallvorstellung 2: Herr Filz; Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie; Fallvorstellung 3: N.N.; Resümee; *Selbstevaluation (Fragebogen)*  
**Tagungsort:** Zentrum für Soziale Psychiatrie Rheinblick, Festsaal, Kloster-Eberbach Straße 4  
*Kein Kostenbeitrag!**

**HUMANGENETIK**

*Vorgesehenes Thema:*  
**Prädiktive Gentechnik**  
**Samstag, 29. September 2001, 9 s. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. Helga Rehder, Marburg  
**Tagungsort:** Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, **Blauer Hörsaal** im Akademiegebäude, Carl-Oeemann-Weg 7

**GASTROENTEROLOGIE**

**Akute Gastroenterologie** **AiP 3 P**  
*Sektion Innere Medizin*  
**Mittwoch 19. September 2001, (statt 29. September)**  
**16 s.t. bis 18 Uhr, Kassel, Leitung:** Prof. Dr. med. Ch. Löser  
**Tagungsort:** Rotes Kreuz Krankenhaus, Hörsaal, Hansteinstrasse 29

**LUNGEN - UND BRONCHIALHEILKUNDE/ GESUNDHEITSPOLITIK**

**Asthma Bronchiale - eine Herausforderung für unser zukünftiges Gesundheitswesen** **8 P**

**Samstag, 1. September 2001, 9 c. t. bis 17 Uhr, Bad Nauheim**  
*Förderverein für ärztliche Fortbildung in Hessen e.V. in Verbindung mit der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der LÄK Hessen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesärztekammer Hessen.*  
**Leitung:** Dr. med. J. Bausch, Frankfurt a. M. / Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim  
**Moderation der Veranstaltung:** Prof. Dr. med. R. Buhl, Mainz  
 Programmablauf und weitere Informationen **s. HA 6/2001**  
**Tagungsort:** Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, **Kongress-Saal**, Carl-Oeemann-Weg 28 und **Raum Wetterau** im Akademiegebäude Carl-Oeemann-Weg 7.

**PSYCHOTHERAPIE**

**24. Bad Nauheimer Psychotherapie- Woche**  
**08. bis 14. Oktober 2001, Bad Nauheim**  
*Fort- und Weiterbildung für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Positive Psychotherapie, Transkulturelle Psychotherapie und Familientherapie (Bildungsurlaubsveranstaltung)* **53 P**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. N. Peseschkian, Wiesbaden  
**s. HÄ 6/2001**  
**Mittwoch, dem 10. Oktober 2001, 19.30 Uhr im Kongress- Saal** im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen,  
**Öffentlicher Vortrag (Eintritt frei):**  
**„Wie entstehen psychische und psychosomatische Störungen? - Fünf Stufen der Konfliktbewältigung“**

**PHARMAKOTHERAPIE**

**Pharmakotherapiekurs**  
*Sektion Klinische Pharmakologie*  
**Samstag, 1. September 2001, 9 c. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim**  
**Wird auf einen späteren Zeitpunkt verschoben!**

**ONKOLOGIE**

**Brachytherapie des Prostata-Karzinoms** **AiP**  
*Gemeinsame Veranstaltung der Sektionen Strahlentherapie und Urologie*  
**Neuer Termin: Mittwoch, 12. September 2001 (statt 29. 9.2001), Giessen**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. H. von Lieven, Giessen  
 Prof. Dr. med. W. Weidner, Giessen  
**Tagungsort:** Frauenklinik der JL- Universität, Hörsaal, Klinikstrasse 32

Die fehlenden Programme folgen in HÄ 9/2001

## II. FORTBILDUNGSKURSE

**MEDIZINISCHE INFORMATIK**  
 Forum

**Thema: „Mobiles Computing - Einsatz von PDA s“**  
**Freitag, 10. August 2001, Beginn: 19 Uhr, Bad Nauheim**

**Auskunft und Anmeldung:** Dr. med. C. Bolender, Bornwiesenweg 6, 36381 Schlüchtern, Tel.: 0 66 61/ 810, Fax: 0 66 61/ 814 25, e-mail: claus.bolender@t-online.de

**MEDIZINISCHE INFORMATIK**  
 Fort-und Weiterbildungskurs (280 Std.)

**Demonstration und Information**  
**Samstag, 27. Oktober 2001, ca. 10 Uhr bis 15 Uhr**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. W. Giere, Frankfurt am Main  
 Zum Abschluß des jetzt laufenden Fort- und Weiterbildungskurses „Medizinische Informatik“ werden die Teilnehmer die Ergebnisse ihrer Praktika vorführen. Dieser Tag gilt zugleich der Information aller der Ärztinnen und Ärzte, die künftig diesen Kurs besuchen möchten. Der nächste beginnt voraussichtlich im Januar 2002.  
 Die Teilnahmegebühr in Höhe von 70,00 DM für diesen Info-Tag wird bei Kursteilnahme auf die Kursgebühr gutgeschrieben.  
**Auskunft und Anmeldung an die Akademie, z. Hd. Frau H. Harmert**

<b>FORTBILDUNG FÜR FORTBILDER</b> <b>Motivierte und motivierende Fortbildung</b>	
Für Interessenten an didaktischer Schulung mit Schwerpunkten Moderation, Rhetorik, Nutzung von (elektronischen) Medien finden regelmäßig Veranstaltungen statt, die nicht nur unseren Referenten offenstehen, sondern von allen interessierten Ärzten genutzt werden können. In diesem Herbst bieten wir die unten aufgeführten Kurse mit praktischen Übungen an, für die jeweils eine Mindestteilnehmerzahl von 12 erforderlich ist.	
<b>Internet für Ärzte</b> <span style="float: right;"><b>13P</b></span>	
<b>Leitung:</b> PD Dr. med. R. Inglis, Frankfurt am Main	
<b>Termin:</b> 19./ 20. Januar 2002	
<b>Tagungsort:</b> Bad Nauheim; <b>Teilnahmegebühr:</b> auf Anfrage	
<b>Materialsuche und speichern</b> <span style="float: right;"><b>9 P</b></span>	
<b>Leitung:</b> PD Dr. med. R. Inglis, Frankfurt am Main	
<b>Termin:</b> 26. Januar 2002 (max. 20 Teilnehmer)	
<b>Tagungsort:</b> Bad Nauheim; <b>Teilnahmegebühr:</b> auf Anfrage	
<b>Dias – Powerpoint</b> <span style="float: right;"><b>9 P</b></span>	
<b>Leitung:</b> Dr. med. St. Rosenbrock, Darmstadt	
<b>Termin:</b> 10. November 2001 (max. 20 Teilnehmer)	
<b>Tagungsort:</b> Bad Nauheim, <b>Teilnahmegebühr:</b> auf Anfrage	
<b>Rhetorik</b>	
<b>Leitung:</b> Dr. Katja Ahlrich, Institut für angewandte Kommunikation und Organisationsentwicklung (IfaK), Gau-Algesheim	
<b>Termin:</b> 24./ 25. November 2001	
<b>Tagungsort:</b> Bad Nauheim; <b>Teilnahmegebühr:</b> auf Anfrage	
<b>Moderatoren-Training</b> <span style="float: right;"><b>24P</b></span>	
<b>Leitung:</b> Dr. rer. nat. K. Nestel, Gau-Algesheim	
<b>Termine:</b> 23.Okt./ 20.Nov./ 11.Dez.2001 / 29.Jan./ 19.Feb. und 12.März 2002 (6 Dienstagabende, 17.30 bis ca. 21 Uhr). Der Kurs kann nur insgesamt belegt werden.	
<b>Tagungsort:</b> Frankfurt a. M. <b>Teilnahmegebühr:</b> auf Anfrage	
<b>Anmeldung:</b> Bitte nur schriftliche Anmeldungen an die Akademie z. Hd. Frau H. Harmert <span style="float: right;"><b>s. HA 7/2001</b></span>	

<b>NOTFALLMEDIZINISCHE FORTBILDUNG</b>	
<b>Notdienstseminar</b> <span style="float: right;"><b>AiP</b> <b>16 P</b></span>	
<b>Termin:</b> 8./9. und 22. September 2001 in Bad Nauheim	
Der vollständige Besuch wird als 1 Ausbildungseminar für AiP anerkannt. Dieses Seminar gilt auch für Block 15 der Kursweiterbildung Allgemeinmedizin (KWA).	
<b>Teilnahmegebühr:</b> 250,— DM (Akademiestudierende: kostenlos). Bitte die Zahlungsaufforderung abwarten!	
<b>Seminar „Fachkundenachweis Rettungsdienst“</b> <span style="float: right;"><b>41 P</b></span>	
<b>Termin:</b> 25. bis 29. September 2001 in Wiesbaden	
Wir bitten Sie eindringlich zu beachten, daß Anmeldungen zum Seminar „Fachkundenachweis Rettungsdienst“ nur mit <b>vollständigen</b> Unterlagen angenommen werden können.	
<b>Vormerkungen bzw. Anmeldungen ohne Unterlagen gelten nicht, unvollständige Unterlagen müssen wir zurückschicken.</b>	
<b>Teilnahmegebühr:</b> 800,- DM; (Akademiestudierende 650,- DM)	
<b>Seminar „Leitender Notarzt“</b> <span style="float: right;"><b>34 P</b></span>	
<b>Termin:</b> 17. bis 20. November 2001 in Kassel	
<b>Wiederholungsseminare „Leitender Notarzt“</b> <span style="float: right;"><b>9 P</b> <b>13 P</b></span>	
<b>Termine:</b> 8. September 2001 in Wiesbaden	
10. +11. November 2001 in Kassel	
<b>Schriftliche Anmeldungen</b> an die Akademie, Frau V. Wolfinger	
<b>Ausführliche Information s. HA 5/2001</b>	

<b>FACHKUNDE IM STRAHLENSCHUTZ FÜR ÄRZTE</b> <b>Informationskurs, Grund- und Spezialkurs Gießen:</b>	
<b>GRUNKURS</b> <span style="float: right;"><b>21 P</b></span>	
<b>Termine:</b> Sa./So., 01./ 02. September 2001 *) gantztägig	
<b>SPEZIALKURS</b> <span style="float: right;"><b>21 P</b></span>	
<b>Termine:</b> Sa./ So., 03./ 04. November 2001 *) gantztägig	
*) <b>Praktikum und Prüfung</b> in der folgenden Woche 1 Nachmittag - nach Wahl.	
Es wird dringend empfohlen, den Informationskurs <b>vor</b> dem Grund- und Spezialkurs zu besuchen	
<b>Tagungsort:</b> Gießen, Klinikum der JL-Universität, Hörsaal der Frauenklinik, Klinikstraße 32, Tel. während der Veranstaltung: 06 41 / 99-4 51 63.	
<b>Tagungsleitung:</b> Prof. Dr. med. H. von Lieven, Gießen	
<b>Teilnahmegebühr</b> und weitere Informationen <span style="float: right;"><b>s. HA 6/2001</b></span>	
<b>Bitte nur schriftliche Anmeldungen</b> an die Akademie, z. Hd. Frau E. Hiltcher	

<b>Fortbildungscurriculum</b> <b>SUCHTMEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG</b> <b>50-Stunden-Kurs</b>		<b>52P</b>
<b>Teil 1:</b> 7. und 8. September 2001, Frankfurt a.M. (Baustein I: Grundlagen 1 und 2) <b>Leitung:</b> Dr. phil. nat. W. K. Köhler	<b>13P</b>	
<b>Teil 2:</b> 21. und 22. September 2001, Heppenheim (Baustein II: Alkohol/Nikotin - Wahlthema) <b>Leitung:</b> Dr. Med. K. Jonasch	<b>13P</b>	
<b>Teil 3:</b> 19. und 20. Oktober 2001, Bad Nauheim oder Ffm (Baustein III: Medikamente und Baustein IV: Illegale Drogen) <b>Leitung:</b> W. D. Hofmeister Wagner	<b>13P</b>	
<b>Teil 4:</b> 16. November 2001, Friedrichsdorf, salus-Klinik (Baustein V: Motivierende Gesprächsführung) <b>Leitung:</b> Dr. med. E. Roediger	<b>13P</b>	
17. November 2001, Heppenheim (Baustein V: Praktische Realisierung) <b>Leitung:</b> Dr. med. K. Jonasch		
<b>Teilnahmegebühr:</b> DM 1.000,- (Akademiestudierende DM 850,-) <b>Auskunft und Anmeldung:</b> an die Akademie, z. Hd. Frau M. Jost, Tel. 0 60 32/782-201 (Di.-Do.)		

<b>SCHWANGERSCHAFTSKONFLIKT-BERATUNG</b> <b>nach § 218 StGB</b>	
nach dem Schwangeren- und Familienhilfänderungsgesetz (vom 21.8.1995)	
Viertägiges Seminar zum Erwerb der Beratungs-Berechtigung <b>Leitung:</b> Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim	
Um nach der aktuellen Rechtslage als Schwangerschaftskonflikt-Berater anerkannt zu werden, ist eine umfassende Fortbildung des Arztes über medizinische, psychologische, soziale, rechtliche und wirtschaftliche Fragen erforderlich. Wir bieten mit dem viertägigen Seminar den interessierten Ärztinnen und Ärzten wieder die Gelegenheit, eine Voraussetzung für die Berechtigung zur Schwangerschaftskonflikt-Beratung zu erwerben oder die vorhandene zu erneuern. Dieses Seminar entspricht den gesetzlichen Vorgaben und ist vom Hessischen Ministerium für Umwelt, Energie, Jugend, Familie und Gesundheit anerkannt. Nach dem Besuch des Seminars beantragen Sie die Berechtigung bei ihrem Regierungspräsidenten! Ohne anerkannte Fortbildung keine Beratung - daher empfehlen wir dringend den Besuch dieses Seminars! <i>Mit dem Erwerb dieser auf 3 Jahre begrenzten Berechtigung ist die Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung im Sinne der Qualitätssicherung verbunden.</i> Der vierte Seminartag – Erfahrungsaustausch – dient dieser Verpflichtung. Der Termin wird rechtzeitig bekanntgegeben. Die Akademie wird bei ausreichender Nachfrage wieder das Seminar in Bad Nauheim anbieten. <b>Bitte melden Sie schriftlich, formlos Ihr Interesse an die Akademie, Frau M. Jost</b>	

<b>SPEZIELLE SCHMERZTHERAPIE (80-Stunden)</b>	
<b>Teil I und II:</b> haben bereits stattgefunden	
<b>Teil III:</b> Rückenschmerzen und Schmerzen am Bewegungsapparat, Physiotherapie, Blockadetherapie.	
<b>Sa./So., 03./04. November 2001, Kassel, Klinikum Kassel</b>	
<b>Leitung:</b> Prof. Dr. med. M. Tryba	
<b>Teil IV:</b> Organisation und Dokumentation, Kopf- und Gesichtsschmerz und weitere Krankheitsbilder.	
<b>Sa./So., 24./25. November 2001, Wiesbaden, DKD</b>	
<b>Leitung:</b> Dr. med. U. Drechsel	
Wir empfehlen dringend, den gesamten Kurs zu belegen. <b>Teilnahmegebühr</b> und weitere Informationen <span style="float: right;"><b>HA 6/2001</b></span>	
Bitte nur schriftl. Anmeldungen an die Akademie, z. Hd. Frau A. Zinkel, Fax: 06032 / 782-229.	
Der neu komplette Kurs „Spezielle Schmerztherapie (Teil I-IV)“ findet 2002 wieder statt. Beginn: Frühjahr 2002.	
Bitte melden Sie schriftlich, formlos Ihr Interesse an die Akademie, Frau A. Zinkel. Genauere Angaben in einer späteren Ausgabe.	

<b>VERKEHRSMEDIZINISCHE BEGUTACHTUNG</b> <b>16-Stunden-Kurs</b>	
<b>14./15. Juni 2002, Bad Nauheim</b>	
<b>Leitung:</b> Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt a. M.	
<b>Tagungsort:</b> Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Blauer Hörsaal, Carl-Oeemann-Weg 7.	

## ULTRASCHALLKURSE – Gefäße 2001/2002

Durchführung nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der DEGUM

**Leitung:** Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle, Frankfurt a. M.  
Dr. med. Jörg A. Bönhof, Wiesbaden

**Aufbaukurs Doppler-Duplex-Sonographie der peripheren Arterien und Venen 20 Stunden** (Theorie und Praktikum) **21P**

**Termine:**

**Do., 09.08.2001** von 16 bis 20 Uhr (Theorie in Bad Nauheim)

**Fr., 10.08.2001** von 9 bis 17 Uhr (Theorie in Bad Nauheim)

**Sa., 11.08.2001** von 9 bis 17 Uhr (Praktikum in Wiesbaden)

**Kursgebühr:** 625,- DM (Akademiestudenten 560,- DM)

**Abschlußkurs Doppler-Duplex-Sonographie der peripheren Arterien und Venen 16 Stunden** (Theorie und Praktikum) **17P**

**Termine:**

**Fr., 08.02.2002** von 9 bis 17 Uhr (Theorie in Bad Nauheim)

**Sa., 09.02.2002** von 9 bis 17 Uhr (Praktikum in Wiesbaden)

**Kursgebühr:** 515,- DM (Akademiestudenten 460,- DM)

**Tagungsorte:** Theorie im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim, Praktikum in der Deutschen Klinik für Diagnostik in Wiesbaden

**Auskunft und Anmeldung:** an die Akademie, Frau M. Jost

### III. WEITERBILDUNG

#### ANFRAGE ZUR KURS-WEITERBILDUNG ALLGEMEINMEDIZIN (240 Stunden)

Alle künftigen Fachärzte für Allgemeinmedizin aus Hessen, die ihre Weiterbildung nach der alten Weiterbildungsordnung – 3 Jahre plus 240 Stunden Theorie Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin – absolvieren,

**bitten wir, uns mitzuteilen, welche Seminare zu welchen Blöcken Ihnen noch fehlen.**

Entsprechend diesen Angaben werden wir unser Angebot in Hessen bzw. im Verbund mit anderen Kammern gestalten. Bitte helfen Sie uns auf diese Weise, eine bedarfsgerechte Kurs-Weiterbildung für die künftigen Fachärzte für Allgemeinmedizin aufzustellen!

Wir bitten um **schriftliche** Mitteilung per Fax 0 60 32/ 7 82-2 20 oder e-mail [akademie@laekh.de](mailto:akademie@laekh.de)

#### Kurse ARBEITSMEDIZIN und SOZIALMEDIZIN

##### - Sektion Arbeitsmedizin und Sozialmedizin -

#### Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin

jeweils

**Grundkurs:** A2 10.- 21.09.2001, Bad Nauheim

**Aufbaukurse:** B2 12.- 23.11.2001, Bad Nauheim

C2 03.-14.12.2001, Bad Nauheim

**20P**

#### Sozialmedizin

**Aufbaukurs:** AKII 15.-26.10.2000, Bad Nauheim

**20P**

#### Fortbildungsveranstaltung Arbeitsmedizin:

Samstag, 17.11.2001, Bad Nauheim, Parkhotel

**Auskunft und Anmeldungen:** Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der LÄK Hessen, z. Hd. Herrn W. Roemer, M. A., Ringstraße 40, 61231 Bad Nauheim

### FREIWILLIGE ZERTIFIZIERUNG DER ÄRZTLICHEN FORT- UND WEITERBILDUNG MEHR PUNKTE FÜR HESSENS ÄRZTE

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 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 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 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 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 Arz(in) 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 an der zertifizierten Fortbildung beteiligen.

# Ärztliche Fortbildung im Bereich der Bezirksärztekammern der Landesärztekammer Hessen

Die mit **AiP** gekennzeichneten Veranstaltungen werden für den Arzt im Praktikum als Ausbildungs-  
veranstaltung 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

### Kreiskrankenhaus Erbach/Odw.

Jeden 1. Samstag im Monat, 9.00 Uhr, Tagesseminar: Mehrzweckhalle  
des Kreiskrankenhauses Erbach/Odw., Albert-Schweitzer-Str. 10-  
20. „Mega-Code-Reanimations-Training“. Auskunft: M. Pfann, R. Müller.  
Tel. (0 60 62) 46 86. **9P**

### Balintgruppe

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

### Klinikum Darmstadt

Jeden Montag, 16.00 Uhr: Klinikum Darmstadt, 3. Obergeschoß, Kon-  
ferenzraum der Medizinischen Kliniken, Raum 527-529, Grafenstr. 9,  
Darmstadt. „Onkologischer Arbeitskreis.“ Leitung: Prof. Dr. Dieter Fritze.  
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. B. Kober. Tel. (0 61 51) 1 07 – 68 51

25.8.2001, 9.00 Uhr, Tagesseminar, Klinikum Darmstadt Eberstadt,  
Neurologie. „Fortbildung Neurologie, Neurophysiologie und Neurochi-  
rurgie.“ Auskunft Prof. Dr. D. Claus Tel. (0 61 51) 1070

### Ärztlicher Kreisverein Bergstraße

29.8.2001, 20.00 Uhr: Parkhotel Herrenhaus im Staatspark Fürstenla-  
ger, Am Schloß, Bensheim. „Chronische cholestatische Lebererkrankun-  
gen und Überlappungssyndrome Pathophysiologie, Diagnostik und in-  
novative Therapie.“ Prof. Dr. R. Galle, Mainz. Auskunft Dr. J. Merke. Tel.  
(0 62 51) 13 20 **AiP**

6.9.2001, 20.00 Uhr: Kongreßzentrum Alleehotel Europa, Europaallee  
45, Bensheim. „Diabetes mellitus Pathophysiologie, Diagnostik und The-  
rapie 2001.“ Prof. Dr. H. Laube, Gießen. Auskunft: Dr. J. Merke.  
Tel. (0 62 51) 13 20 **AiP**

Zwei besuchte Veranstaltungen werden als 1 AiP Ausbildungsseminar aner-  
kannt.

## BEZIRKSÄRZTEKAMMER FRANKFURT

15.8.2001, 19.00 Uhr: Schmerzforum Rhein-Main e.V., Im „Runden  
Wohnzimmer“, Bethanien-Krankenhaus Prüfling, Haus C. 2. Stock, Im  
Prüfling 21-25, Frankfurt. „Schmerzkonferenz“ **2P**

20.30 Uhr: Weiterbildung. „Die Methode nach Racz (Epidurale Injektion  
von Hyaluronidase, Triamcinolon, Lokalanästhetikum und 10%igem  
NaCl).“ Dr. med. Stefan Adloff, Frankfurt. **2P**

21.8.2001, 19.30 Uhr: KV Hessen, Georg-Voigt-Str. 15, Frankfurt.  
„Qualitätszirkel Psychotherapie Rhein-Main“. Mittlerweile ist der QZ für  
neue Mitglieder geschlossen. Auskunft: Dipl.-Psych. Gisela Scholz-Tar-  
now, Tel. (0 61 02) 78 60 40. **4P**

4.9.2001, 19.00 Uhr: Schmerztherapeutisches Kolloquium, Rossmarkt  
23, Frankfurt. „Schmerzkonferenz“. **4P**

20.30 Uhr: Qualitätszirkelsitzung **4P**  
Auskunft: Dr. Thomas Flöter. Tel. (0 69) N29 98 80 77

6.9.2001, 19.00 Uhr: Schmerz-Forum Rhein-Main e.V., „Im Runden  
Wohnzimmer“, Bethanien-Krankenhaus Prüfling, Haus C, 2. Stock, Im  
Prüfling 21-25, 60389 Frankfurt. „Schmerzkonferenz“.

### Balintgruppe

Montags, 14täglich, 19.30 Uhr: Holzhausenstr. 63, Frankfurt. Auskunft:  
Dr. Hans-Joachim Rothe. Tel. (0 69) 9 22 58, abends: Dr. A. Schmidt.  
Tel. (0 69) 89 89 20 **4P**

## Klinik für Anaesthesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

8.8. 2001, 18.00 – 19.30 Uhr: Kleiner Hörsaal, 1. Stock, Haus 23 A,  
Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „Anästhesie-Inför-  
mations-Management-Systeme.“ Dr. M. Benson, Gießen. Auskunft: Se-  
kretariat PD. Dr. P. Kessler. Tel. (0 69) 63 01 58 68

## Arbeitsgemeinschaft in Hessen tätiger Notärzte AGHN

11.8.2001, 9.00 – 13.30 Uhr: Notfallmedizinischer Vormittag. Fortbil-  
dungsveranstaltung zu aktuellen Themen der Notfallmedizin. Auskunft:  
AGHN, Gotenstraße 6 – 8, 65929 Frankfurt-Höchst. **AiP**

## Arbeiter-Samariter-Bund

11.8. und 12.8.2001, Ausbildungszentrum Arbeiter-Samariter-Bund,  
Rhönstraße 12, Offenbach. Trauma-Code-Training. Auskunft:  
Tel. (0 69) 98 54 44 18.

## KGL Krankenhaus-Labor-Gesellschaft

16.8.2001, 15.00 Uhr s.t. : Markus-Krankenhaus Frankfurt, Aula des  
OvL-Hauses, Wilhelm-Epstein-Str. 2, Frankfurt. „Zytologische Diagnostik  
in Blut und Knochenmark: Häufige Krankheitsbilder“. Dr. Rolf Klein-  
schmidt, Frankfurt. Anmeldung: Frau Heckl oder Prof. Dr. Scheiermann.  
Tel. (0 69) 9533-2469

## Medizinische Klinik IV – Funktionsbereich Nephrologie

15.8.2001, 15.30 – 16.30 Uhr: Konferenzraum 1. Stock, Raum 1h 6,  
Haus 23 B, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „Quali-  
tätsmanagement im Krankenhaus: Praxisbeispiele aus einem KTQ-Pilot-  
Projekt.“ H. Greiff, Hameln.

22.8.2001, am selben Ort, „Chancen und Risiken der Nierenarteriendi-  
lataion.“ Prof. Dr. T. Lenz, Frankfurt

29.8.2001, Kleiner Hörsaal (Hörsaal 2), Haus 23B, 1. Stock, Universi-  
tätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7: „Hypertonie. Aktuelle Aspekte in der  
Diagnostik und Therapie von Bluthochdruck. „Vorstellung und Diskussion  
von Kasuistiken zu Fällen mit Bluthochdruck (mit TED-Abstimmung).“  
Prof. Dr. H. Geiger und Prof. Dr. T. Lenz, Frankfurt. Auskunft: Sekretariat  
Prof. Dr. H. Geiger. Tel. (0 69) 63 01 - 55 55. **AiP**

## KGL Krankenhaus-Labor-Gesellschaft

16.8.2001, 15.00 Uhr s.t. : Markus-Krankenhaus Frankfurt, Aula des  
OvL-Hauses, Wilhelm-Epstein-Str. 2, Frankfurt. „Zytologische Diagnostik  
in Blut und Knochenmark: Häufige Krankheitsbilder“. Dr. Rolf Klein-  
schmidt, Frankfurt. Anmeldung: Frau Heckl oder Prof. Dr. Scheiermann.  
Tel. (0 69) 9533-2469

## Paul-Ehrlich-Institut

21.8.2001, 14.15 Uhr, Paul-Ehrlich-Institut, Hörsaal, Paul-Ehrlich-Str.  
51-59, Langen: „The function of the latent nuclear antigen (LANA)  
and K15 proteins of KSHV/HHV8.“ Prof. Dr. Thomas Schulz, Hannover.  
Auskunft: Paul-Ehrlich- Institut. Tel. (0 61 03) 77-0

## Medizinische Klinik II Klinikum Stadt Hanau

22.8.2001, 16.00 Uhr c.t., Besprechungsraum der Röntgenabteilung,  
H-Bau, Leimenstr. 20, Hanau: Interdisziplinäres Onkologisches Kollo-  
quium. Auskunft: PD. Dr. M. Burk. Tel. (0 61 81) 2 96 42 10

## Medizinische Klinik I Klinikum Offenbach

22.8.2001, 17.30 Uhr, Park Plaza Hotel, Offenbach. „Husten und Hä-  
moptysen: vom Symptom zur Diagnostik.“ Dr. Römer, Offenbach. Aus-  
kunft: Sekretariat. Prof. Dr. H. Klepzig Tel. (0 69) 84 05 40 46 **AiP**

### Städtische Kliniken Offenbach

25.8.2001, 8.00 – 16.00 Uhr: Städt. Kliniken Offenbach, Starkenburgring 66, Offenbach, Demonstrationsraum der Röntgenabteilung. Unterweisung für Ärzte im Strahlenschutz gem. § 23, Abs. 2 RöV (=Informationskurs). Teilnahmegebühr 80 DM. Auskunft und Voranmeldung bei Dr. Joachim Lang. Tel. (0 69) 84 05 40 23. **6P**

### 15. C. von Norden Diabetes Colloquium

1.9.2001, 9.00 – 13.00 Uhr, Hotel Kempinski Gravenbruch. Diabetische Gastroenteropathie – Pathophysiologie – Diagnostik – Therapie. Auskunft: Prof. Dr. C. Rosak. Tel. (0 69) 61 20 40. **AiP 4P**

### Städtische Kliniken Frankfurt – Höchst

5.9.2001, 17.30 – 19.30 Uhr, Gotenstraße 6 – 8, Städtische Kliniken Frankfurt am Main – Höchst: „Morbus Crohn – aktuelle Behandlung von schweren Verläufen und Komplikationen.“ Prof. Dr. Andus, Stuttgart. Auskunft: Prof. Haag. Tel. (0 69) 31 06-01 **AiP 3P**

### Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie

5.09.2001, 17.30 Uhr, Kleiner Hörsaal, Haus 23, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „Therapeutische Optionen der gastroösophagealen Refluxkrankheit.“ V. Eckardt, Wiesbaden, H. Messmann, Regensburg, H. Feussner, München. **3P**

### Zentrum der Pharmakologie

5.9.2001, 17.30 – 19.30 Uhr, Hörsaal der Frauenklinik (ZFG, Haus 14), Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. Neue Arzneistoffe und Therapieprinzipien in der Klinik. Prof. Dr. J.P. Kaltwasser, Dr. H. Rau, Dr. J. Gossmann, Dr. L. Autenrieth, alle Frankfurt. Organisation und Anmeldung: PD Dr. S. Harder. Tel. (0 69) 63 01 64 23. **AiP**

### Deutsche Gesellschaft für Immungenetik

6.-8.9.2001, 9. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Immungenetik. Konferenz- und Hörsaaltrakt, Zentralbau Haus 23, I. Obergeschoß, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. Auskünfte: Tagungssekretariat von PD Dr. Christian Seidl. Tel. (0 69) 6 78 22 03.

### Verein zur Förderung der Neurologischen Wissenschaften Frankfurt am Main

8.9.2001, 9.00 Uhr - 13.00 Uhr, Hotel Steigenberger Frankfurter Hof, Frankfurt. „Organisation und Restitution im Zentralnervensystem.“ Auskunft: Christine Schmitzer, Vorstandsekretariat. Tel. (0 61 92) 91 02 67 **AiP 4P**

### 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

### Zentrum der Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Jeden Mittwoch, 14.30 Uhr: Universitätsklinikum 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

#### Eichhof Krankenhaus Lauterbach

15.8.2001, 19.30 Uhr: Cafeteria des Krankenhauses Eichhof, Am Eichberg 41, Lauterbach. „Optimierte Therapie der koronaren Herzkrankheit unter besonderer Berücksichtigung der Sekundärprophylaxe.“ Leiter: Chefarzt Dr. Jürgen Wilhelm. Auskunft: **AiP**

Zwei besuchte Veranstaltungen werden als 1 AiP Ausbildungsseminar anerkannt.

#### Bezirksärztekammer

22.8.2001, 18.30 Uhr: Hotel Steingarten, Hein-Heckroth-Str. 20, Gießen. Fortbildungsveranstaltung der Bezirksärztekammer Gießen. „Proktologie in der Praxis.“ Dr. Michael Houf, Wiesbaden. Auskünfte: Sekretariat der Bezirksärztekammer. (06 41) 9 43 81 12

#### Frauenklinik der Universitätsklinik Gießen

8.9.2001, 9.00 Uhr s.t. – 13.00 Uhr: Hörsaal der Frauenklinik der Justus-Liebig-Universität Gießen, Klinikstraße 32, Gießen. „Die haus- und fachärztliche Betreuung ambulant therapierter onkologischer Patienten.“ Auskunft und Anmeldung: PD Dr. K. Münstedt. Tel. (06 41) 9 94 52 00 **AiP**

#### Hessischer Ärzteverband – Naturheilverfahren

8.9.2001, 9.00 Uhr s.t. – ca. 16.30 Uhr: Raum Wetterau, Seminargebäude der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, Bad Nauheim. „Aromatherapie-Heilpflanzen in der keltischen Medizin-ihre Bedeutung heute-Interdisziplinäre Fallkonferenz.“ Referent: Dr.W.-D. Störl. Auskünfte: Regina-Elisabeth Willems. Tel. (06 41) 79 14 68. **9P**

#### Klinik Waldhof Elgershausen

7.9.2001, 16.30 Uhr s.t. – ca. 18.30 Uhr: Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen, Greifenstein. „Pneumologisches Konsil“ Leitung: Prof. Dr. H. Morr. Tel. (0 64 49) 92 72 61. **AiP 2P**

Zwei besuchte Veranstaltungen werden als 1 AiP Ausbildungsseminar anerkannt.

#### Wilhelm-Conrad-Röntgen-Klinik der Universität Gießen

Jeden Donnerstag, 16 Uhr s.t.: Bibliothek der Wilhelm-Conrad-Röntgen-Klinik, Universität Gießen, Langhansstr.4. „Interdisziplinäre Tumorkonferenz.“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H. von Lieven. Tel. (06 41) 9 94 17 00

### BEZIRKSÄRZTEKAMMER KASSEL

#### Fachklinik für Lungenerkrankungen Immenhausen

- Pneumologische Seminare -

15.08.2001, 18:00 Uhr: Möwenpick-Hotel, Spohrstr. 4, Kassel, „Paradigmenwechsel in der Asthmatherapie?“ Prof. Dr. D. Ukena, Homburg/Saar. Auskunft: Prof. Dr. med. G. Goeckenjan Tel. (0 56 73) 50 10 **AiP 2P**

Drei besuchte Veranstaltungen werden als 1 AiP Ausbildungsseminar anerkannt.

19.09.2001, 18:00 Uhr: Möwenpick-Hotel, Spohrstr. 4, Kassel, „4. Deutscher Lungentag: Umwelt und Lunge“. Dr. H. Friedrich, Immenhausen. **2P**

Anzeige

Telefon 0611/180950 – Telefax 0611/1809518

**BROGLIE, SCHADE & PARTNER GbR**  
Rechtsanwälte

§ 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>

#### PET-Group Hessen

29.08.2001, 15:00 Uhr: Praxis Dres. med. Graul/Gercke/Pusch, Fürst-Friedrich-Str. 2-4, Bad Wildungen. „PET in der Onkologie und Neurologie“. Ansprechpartner Dr. med. Gercke, Tel. (05621-792780).

#### Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda

01.09.2001, 9:00 Uhr: Hotel Maritim, Fulda, „Symposium – Differentialdiagnostische Strategien in Innerer Medizin und Gastroenterologie“ Anmeldung: Chefarzt: Prof. Dr. med. H.-J. Glaser Tel. (06 61) 15-301 **AiP**

#### Rehbergpark gGmbH

05.09.2001, 17:00 Uhr – 19:30 Uhr: Aula der Psychiatrischen Klinik der Stadt Hanau, Julius-Leber-Str. „Der Streit um das ADS – Grundlagen und aktuelle Fragestellungen“.

#### Fort- und Weiterbildungsverband Psychiatrie und Psychotherapie Nordhessen

05.09.2001, 17:00 – 19:00 Uhr: Ludwig-Noll-Krankenhaus, Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie, Dönhäuser Str. 156, 34134 Kassel. „Differentialindikation atypischer Neuroleptika“

#### Klinikum Fulda – Frauenklinik –

Jeden Montag 16:00 Uhr – 17:00 Uhr: In der Bibliothek der Frauenklinik Fulda, Pacelliallee 4, Fulda. „Interdisziplinäre Tumorkonferenz gynäkologischer Tumoren einschließlich Mammakarzinom“. Leitung: Prof. Dr. med. L. Spätling. Auskunft (Tel. 0661/84-2530). **3P**

Jeden Donnerstag 15:30 Uhr – 16:30 Uhr: In der Bibliothek der Frauenklinik Fulda, Pacelliallee 4, Fulda. „Perinataalkonferenz gemeinsam mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin“. Leitung: Prof. Dr. med. L. Spätling. Auskunft (0661/84-2530). **2P**

#### Psychosomatische Grundversorgung

Für Ziffern 850/851 (KV) +FA Gyn./Allg. (LÄK) am 01.09 + 02.09.2001: Dr. J. Wienforth, Kassel, Tel. (05662) 2629, Dr. Bornhütter, Tel. (0561) 315183. **4P**

#### Balintgruppe

Mittwochs, 4wöchentlich, 19:00 Uhr: Dr. R. Tonfeld, Stiftshof 1, Kaufungen, Tel. (05605) 91073. **4P**

#### Regierungspräsidium Kassel

01.09.2001, 9:30 Uhr – ca. 17:00 Uhr: Kassenärztliche Vereinigung, Pfannkuchstr. 1, Kassel. „Impfkurs – Erfahrungen, Kenntnisse und Fertigkeiten“. Veranstalter: Öffentliches Gesundheitswesen und Interdisziplinäre Gesellschaft für Medizin Kassel e.V.

#### Marienkrankenhaus Kassel

22.08.2001, 18:00 Uhr: Marienkrankenhaus Kassel, Marburger Str. 85. „Konservative, interventionelle und operative Therapie tachycarder atrialer Rhythmusstörungen“. Prof. Dr. med. Trappe, Herne/Bochum.

#### Kinderkrankenhaus Park Schönfeld

29.08.2001: Kinderkrankenhaus Park Schönfeld, Frankfurter Str. 167, Kassel. „Gastritis im Kindesalter“. Prof. Dr. med. M. Radke, Kinderklinik Potsdam. Anmeldung: PD Dr. med. F. K. Tegtmeyer Tel. (05 61) 92 85-100 **AiP**

#### Klinikum Fulda

15.08.2001, 16:15 Uhr: Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, großer Hörsaal. „Therapie bei Somatisierungsstörungen“. Frau Holthysen. **2P**

#### Deutscher Ärztinnenbund e.V. – Gruppe Kassel –

21.08.2001, 20:00 Uhr: Virchowstr. 4, Kassel. „Vertrieben – Biographien von Menschen, die ihre Heimat verlassen mußten“. Ursula Wiesman, Ethnologin, MA.

#### BEZIRKSÄRZTEKAMMER MARBURG

#### Klinikum der Philipps-Universität Marburg

Gefäßmedizinischer interdisziplinärer Arbeitskreis  
05.09.2001, 19:00 Uhr: Sorat Hotel, Pilgrimstein 29, Marburg, Anmeldung: Prof. Dr. M. Storck Tel. (0 64 21) 28-62 506 **AiP**

#### Klinikum der Philipps-Universität Marburg

13.09. – 15.09.2001, 13.09. ab 8:00 Uhr: Universitäts-Hautklinik, Deutschhausstr. 9, Marburg.

35. Wissenschaftliche Tagung der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft e. V. Marburg,

#### Praxis Dr. med. K. Goecke und Partner

13.08.2001, 15:00 Uhr: Bahnhofstraße, 35039 Marburg „PET in der Onkologie und Neurologie“ Ansprechpartner: Dr. Djomtoschko, Tel. (0 64 21) 68 000

#### BEZIRKSÄRZTEKAMMER WIESBADEN

20.08.2001, 18.00 – 19.30 Uhr: Bibliothek der Deutschen Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden. „Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz mit Patientenvorstellungen.“ **2P**

19.45 – 21.45 Uhr: „Qualitätszirkel Schmerztherapie.“ **2P**

Auskunft: Dr. Drechsel, DKD, Dr. Nolte, Wiesbaden. Tel. (06 11) 9 45 18 08.

04.09.2001 20.00 – 22.00 Uhr: Psychotherapeutische Praxis, DP Hans Uwe Rose, Gutenbergplatz 3, 65187 Wiesbaden „Qualitätszirkel Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie“ **4P**

Auskunft: DP H. U. Rose Wiesbaden, Telefon: 0611-87707

#### St. Josefs-Hospital

01.08. und 15.08., jeweils 18.00 Uhr s.t.: Vortragssaal 7. OG bzw. Seminarraum 2, St. Josefs-Hospital, S olmsstraße 15, Wiesbaden. „Onkologischer Arbeitskreis.“ Auskunft und Fallanmeldung: Sekretariat Prof. Dr. Raedsch, Frau Schmidtmadel. Tel. (06 11) 1 77 12 51.

#### Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte

15. – 19.08.2001: Wilhelm-Kempff-Haus, Wiesbaden-Naurod. „Weiterbildung Homöopathie, A- und D-Kurs“ Auskunft: Gerhard Bleul, Telefon: 06434-7207, Anmeldung: DZVHA, Frau Schwaab, Tenne 3, 65529 Waldems

#### Deutsche Klinik für Diagnostik

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

06.08.2001: „DKD intern.“ Dr. J. Seeger, Wiesbaden.

13.08.2001: „Angebote der EDV“ Usko, Henry, EDV, DKD Wiesbaden

20.08.2001: „Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz mit Patientenvorstellungen“

27.08.2001: „Parenterale Ernährung der Patienten auf Intensivstation“ Priv.-Doz. Dr. Kuhlmann, Nephrologie, Homburg/Saar

01.09.2001, 9.00 – 13.00 Uhr: Eingangshalle der DKD Wiesbaden, Aukammallee 33, Wiesbaden „Update Neurologie 2001“ **AiP**

Dr. A. Schenkhaben, Hamburg, PD Dr. Stodieck, Hamburg, Prof. Dr. Jost, Wiesbaden, PD Dr. Greulich, Hagen, Dr. E. Lensch, Wiesbaden, Auskunft: DKD, FB Neurologie u. Klin. Neurophysiologie, Tel: 0611-577321

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

#### Verein Nassauischer Ärzte e.V.

##### Änderung:

Die Veranstaltung am 8.8.2001, 17.15 – 19.15 Uhr „Reanimation.“ Dr. Valentin Kelbling, Weilburg, findet **nicht**, wie in der letzten Ausgabe veröffentlicht, in Limburg, Ärztehaus sondern in Weilburg, „im Hause des Deutschen Roten Kreuzes“, Frankfurter Str. 33 statt. Auskunft: Dr. Egbert Reichwein. Tel. (0 64 82) 20 78. **1P**

#### Dr. Horst-Schmidt-Kliniken

Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken, Ludwig-Erhard-Str. 100, Wiesbaden. 18.08.2001, 8.45 – 13.00 Uhr: Dr.-Peter-Jäger-Bildungszentrum HKS Wiesbaden

**„5. Tagung – Aktuelle Gastroenterologie und Hepatologie für Klinik und Praxis“** Leitung: Prof. Dr. med. C. Eli, Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. C. Ell, Frau Teichler. Tel. (06 11) 43 27 58. **4P**

25.08.2001, 9.00 - 15.00 Uhr: Dr.-Peter-Jäger-Bildungszentrum HKS Wiesbaden

**„Diabetes in der Schwangerschaft“ unter der Schirmherrschaft des Hessischen Sozialministeriums, Sozialministerin Frau Mosiek-Urban**, Veranstalter: Berufsverband der Frauenärzte Hessen, Dr. med. K. König, Arbeitsgruppe „Gestationsdiabetes“ der Hess. Arbeitsgemeinschaft für strukturierte Diabetestherapie, Prof. Dr. med. P.-M. Schumm-Draeger, Klinik f. Geburtshilfe und Pränatalmedizin, HKS, PD Dr. med. M. Gonsler, Organisation und Auskunft PD Dr. med. M. Gonsler und Dr. H. Dederichs, Tel: 0611-433206 **4P**

29.08.2001, 18.15 – 20.15 Uhr: Onkologischer Schwerpunkt HSK, hintere Räume des Personalcasinos, 2. Stock, „Hormone und Mammakarzinom. Neues zur Ätiologie, Prophylaxe und Therapie“ Prof. Dr. G. Emons, Auskunft: Sekretariat PD Dr. N. Frickhofen: Tel. (06 11) 43 33 33. **2P**

Zwei besuchte Veranstaltungen werden als 1 AiP Ausbildungsseminar anerkannt.

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 PD Dr. N. Frickhofen. Tel. (06 11) 43 33 33. **3P**

Donnerstags 8.00 – 10.00 Uhr: Räume der gynäko-onkologischen Ambulanz. „Gynäkologisch-onkologisch-radiotherapeutische 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. „Perinatal-Konferenz.“ Prof. Dr. M. Albani, PD Dr. M. Gonsler. 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. Gonsler, Dr. Dr. A. Klee. Auskunft: Dr. Dr. A. Klee. Tel. (06 11) 43 32 06. **1P**

#### Balintgruppe

Donnerstag, 14-tägig, 19.00 – 21.00 Uhr: Praxisräume Teutonenstr. 52, Wiesbaden. Balintgruppe Auskunft: Dr. A. von Wietersheim-Illers, Wiesbaden. Tel. (06 11) 80 72 09. **4P**

#### 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**

#### Klinikum Weilmünster

15.08.2001, 18.00 Uhr: Neurologische Klinik Klinikum Weilmünster, Weilstraße 10. „Interventionelle Neuroradiologie“ Prof. Dr. Zanella, Universität Frankfurt. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. C. Hornig. Tel. (0 64 72) 6 02 92. **1P**

Zwei besuchte Veranstaltungen werden als 1 AiP Ausbildungsseminar anerkannt.

#### Medizinische Gesellschaft Wiesbaden

04.09.2001, 19.30 – 22.00 Uhr: Ärztehaus Abraham-Lincoln-Str. 36, Wiesbaden. „Organ- und funktionserhaltende Tumorchirurgie in der Urologie/Erhalt der Lebensqualität trotz Radikaloperation“ PD Dr. Kleinschmidt, Wiesbaden. Auskunft: Frau Dies oder Frau Brede. Tel. (06 11) 71 00 14 o. 13. **2P**

Zwei besuchte Veranstaltungen werden als 1 AiP Ausbildungsseminar anerkannt.

#### 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.

## NACH REDAKTIONSSCHLUß EINGEGANGEN

### BEZIRKSÄRZTEKAMMER DARMSTADT

#### Evangelisches Krankenhaus Elisabethenstift

15.08.2001, 15:15, Besprechungsraum der Klinik für Innere Medizin (Gebäude A, Ebene E, Raum 05), Landgraf-Georg-Str. 100, Darmstadt "Zeitmanagement des akuten Myokardinfarktes" Prof. Dr. med. W. Kasper, Wiesbaden. Leitung und Auskunft: Prof. Dr. med. W. Schneider (06151) 403 1001

Zwei besuchte Veranstaltungen werden als 1 AiP Ausbildungsseminar anerkannt.

#### Klinikum Darmstadt

25.08.2001, 9:00, Klinikum Darmstadt Eberstadt, Neurologie, "Fortbildung Neurologie, Neurophysiologie und Neurochirurgie". Leitung und Information Prof. Dr. med. D. Claus und Dr. med. Gierer (06151) 4504 **AiP 9 P**

### BEZIRKSÄRZTEKAMMER FRANKFURT

#### Klinikum Stadt-Hanau

19.09.2001, 17:00 - 20:00, Julius-Leberstr. 2a, 63450 Hanau, "3. Hanauer Allergie-Forum", Auskunft: PD Dr. med. H. M. Ockenfels, Tel.: 06181/2960 **AiP 2P**

#### Krankenhaus Sachsenhausen

15.08.2001, 18:30, Krankenhaus Sachsenhausen, Schulstr. 31, Haus F, 1. Stock, Personal-Cafeteria, 60594 Frankfurt

"Fettstoffwechselstörungen: die Bedeutung als Risikofaktor, Indikationen zur Therapie", Prof. Dr. H. Kaffarnik, Marburg und "Diabetes mellitus: neue Wege bei der Therapie postprandialer Blutglukoseanstiege" Prof. Dr. C. Rosak, Frankfurt. Auskunft: Prof. Dr. R. Hopf (069) 6605 1116 **AiP**

#### Asklepios Neurologische Klinik Falkenstein

08.08.2001, Asklepiosweg 15, Königstein-Falkenstein, "Spastik im Kindesalter - Diagnostische Möglichkeiten und therapeutische Optionen" Vorsitz, Moderation und Auskunft: Dr. med. Matthias Bollinger (06174) 906000 **AiP 3P**

#### Klinikum der JWG-Universität Frankfurt am Main

10.08.2001, 19:00, Frankfurt Hilton Hotel, Ballsaal, Hochstr. 4, 60313 Frankfurt, "Diabetes mellitus, Hochdruck und Niere". Leitung und Auskunft: Prof. Dr. med. H. Geiger (069) 6301-5555 **AiP**

#### Interdisziplinärer Arbeitskreis Onkologische Urologie

22.08.2001, 17:30 - 20:30, Städtische Kliniken Offenbach, Starkenburggring 66, Offenbach, "Tagung", Leitung und Information: Prof. Dr. med. Ulf W. Tunn (069) 84053840 **AiP**

### BEZIRKSÄRZTEKAMMER GIESSEN

#### Orthopädische Klinik Braunfels

25.08.2001, 15:00: Orthopädische Klinik Braunfels, Hasselbornring 5, 35619 Braunfels. "Gelenkbelastung durch Sport". Fortbildungsnachmittag anlässlich des 25jährigen Bestehens der Klinik. Referenten: PD. Dr. med. M. Engelhardt, Dr. med. I. Barck, Auskunft: Dr. med. Jung, Tel.: 06442/9390

### BEZIRKSÄRZTEKAMMER WIESBADEN

#### St. Josefs-Hospital

31.08. und 01.09.2001: Internationales Leistenherniensymposium Wiesbaden, Beginn: Fr., den 31.08.01, 13.00 Uhr, Schloß Reinharts-

hausen, Leitung: Prof. Dr. Isemer, Auskunft Prof. Dr. Isemer. Tel.: (0611) 1771 1301 **AiP**

#### Dr. Horst-Schmidt-Kliniken

15.08.2001, 18:00 - 20:00 Uhr: HSK, 2. Stock, Personalkasino, hintere Räume. "Innovative Verfahren in der Pneumologie und Thoraxchirurgie" Leitung: Prof. Dr. med. C. Ell, Auskunft, Frau Teichler. Tel. (06 11) 43 27 58.

#### BEZIRKSÄRZTEKAMMER KASSEL

##### Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie

15.08.2001, 15:00 - 16:30: Herkulesstr. 111, 34119 Kassel. "Erfahrungs- und Erlebnispädagogik in der psychiatrischen Behandlung von Jugendlichen" Frau Schreier

29.08.2001, 15:00 - 16:30: Herkulesstr. 111, 34119 Kassel. "Psychiatrische Aspekte des Gebrauchs von "Party-Drogen" bei Jugendlichen." Dr. Brilla

##### Kreiskrankenhaus Bad Hersfeld

08.08.2001: Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Seilerweg 29, Bad Hersfeld "Unfallchirurgisch-orthopädisches Kolloquium: Computernavigierte Hüftendoprothetik im KKH Bad Hersfeld" PD. Dr. Volkmann. Auskunft Sekretariat PD. Dr. Volkmann. (06621) 881551 **2P**

##### Klinikum Kassel

14.08.2001, 19:30 - 21.00, Hörsaal des Pathologischen Institutes Klinikum Kassel, "170. Interdisziplinäres Tumorkolloquium des onkologischen Arbeitskreises Kassel" Leitung und Auskunft: Prof. Dr. med. W.-D. Hirschmann (0561) 9803500 **AiP 2P**

##### Klinikum Fulda

15.08.2001, 18:30: Klinikum für Urologie und Kinderurologie, Uro-onkologischer Arbeitskreis Fulda, Veranstaltungsort Hotel Bachmühle Fulda. "Stellenwert alternativer Therapiemaßnahmen in der uro-onkologischen Therapie" Leitung und Auskunft Prof. Dr. med. Tilman Kälble (0661) 865960

Zwei besuchte Veranstaltungen werden als 1 AiP Ausbildungsseminar anerkannt.

29.08.2001, 16:30 Uhr: Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Hörsaal. "Klinisch-Pathologische Konferenzen". Leitung: Prof. Dr. med. H. Arps. AiP-Organisation und Anmeldung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Tel.: 0661/845450 **AiP**

04.09.2001, 18:00 Uhr: Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Hörsaal. "Atemstörungen im Kindesalter". Prof. Dr. med. U. Töllner, Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Fulda. Auskunft: Dr. K. Witzel, Tel.: 0661/150 **AiP**

##### Schmerz- und Therapie-Zentrum Rothenburg a. d. Fulda

29.08.2001, ab 16:00: Heinz-Meise-Str. 101, 36199 Rothenburg a. d. Fulda. "Rotenburger Schmerzkonferenz (16 Uhr) und Rotenburger Qualitätszirkel Schmerztherapie (18 Uhr)", Auskunft: Med.-Rat Dr. med. Michael Röse, Tel.: 06623/885036

#### BEZIRKSÄRZTEKAMMER MARBURG

##### Klinikum der Philipps-Universität Marburg

08.08.2001, 17:00, Klinik für Urologie und Kinderurologie, Raum 0-4316, Klinikum Lahnberge, Baldingerstr., Marburg, "10. Fortbildungsveranstaltung des Interdisziplinären Arbeitskreises für Uro-Onkologie mit Fallbesprechungen" Leitung und Auskunft: PD. Dr.med. Heidenreich (06421) 2862514 **AiP 4P**

#### SONSTIGE VERANSTALTUNGEN

22.08.2001, 18:30 - 22:30: Courtyard Marriot Hotel, Oeserstr. 180, 65933 Frankfurt, "70. Bad Sodener HNO-Vortragsabend". Leitung: Dr med. Waldemar Motzko, Auskunft (06196) 23777

14.09. - 16.09.2001: Congress Union Celle. 3. Celler Gespräch: Krebskranke - Therapiefindung und Lebensbegleitung. Info telefonisch unter: 05141/12536 (Fax -12174)

05.09. bis 07.09.2001: Fortbildungsveranstaltung für Transfusionsverantwortliche und -beauftragte, Beginn: Mi., den 05.09.01, 12.00 Uhr, im Rahmen der 15. Int. Sytler Anästesiewoche (Westerland). Info: www.sytleranaesthesiewoche.de; Tel.: 0561/980 - 2485, Organisation: Prof. Dr. M. Tryba

## 30. Norddeutsche Psychotherapietage, Lübeck

21. - 26. Oktober 2001

(vorangestellte Kurse am 19. und 20.10.2001)

**Rahmenthema: Sexualität in unserer Zeit**

(5 Hauptvorträge: S. Becker, Frankfurt a.M., M. Dannecker, Frankfurt a.M., H. Richter-Appelt, Hamburg, V. Sigusch, Frankfurt a.M., von Sydow, Hamburg).

**Durchlaufende Morgenvorlesung: Sexualstörungen**

**Öffentlicher Abendvortrag: W. Berner, Hamburg**

Kurse u.a.: Grundlagen der verschiedenen Psychotherapieverfahren; Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; Erstinterview; Biographische Anamnese; Supervisionsseminare; Psychodiagnostik; Selbsterfahrungsgruppen; Traumseminare; Katathym-imaginative Psychotherapie; Psychodrama; Gestalttherapie; Konzentrierte Bewegungstherapie; Autogenes Training; Hypnose; Funktionelle Entspannung; Familientherapie; Gesprächspsychotherapie; Verhaltenstherapie; Musiktherapie.

**Wiss. Leitung:** PD Dr. G. Jantschek, Lübeck; Prof. Dr. C. Reimer, Gießen; Dr. E. Wilke, Malente.

**Programmanforderung:**

Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen,  
Frau V. Klinkhardt, Postfach 4749,  
30047 Hannover,  
Tel. 0511 / 380-2505  
Email: Psychotage-Lübeck@zq-aekn.de  
Internet: www.zy-aekn.de

Anzeige

## Praxisabgabe, was tun?

Wir, Assmus & Lauer Ges. für Praxisvermittlung mbH vermitteln Ihre Praxis schnell und diskret. Anfrage-Datei von Praxis-suchenden liegt vor. **Unser Geschäftsführer, Herr Assmus, besitzt über 25 Jahre Berufserfahrung!**

**Jetzt auch in Frankfurt!**



Rufen Sie an!  
Assmus & Lauer  
Gesellschaft für Praxisvermittlung mbH  
Beethovenstraße 8 - 10 · 60325 Frankfurt/Main  
Tel. 069/97 55 45 57 · Fax 069/97 55 41 00  
Bad Kreuznach: Tel. 0671/48 21 851 · Fax 0671/29 84 708



*Prävention durch Leichen-Show? Zur Ethik und Ästhetik des plastinierten Menschen (Hessisches Ärzteblatt 6/2991)*

# Leben mit dem Tod

Der Tod ist in der Welt des Lifestyles und des Fortschrittsglaubens nicht mehr erwünscht und wird nur dann wahrgenommen, wenn er offensichtlich wird. In unserer Kultur des Jugendlichkeitswahnes und der mit ihm propagierter Schönheitsideale ist es lästig und unangenehm, sich mit Alter und Vergänglichkeit zu beschäftigen. Große Gruppen unserer Gesellschaft haben sich zu keinem Zeitpunkt mit dem Tod auseinandergesetzt.

Während früher selbst Kinder am offenen Sarg Abschied von den Toten nahmen, ist für viele junge Menschen heute der tote Körper ein mystifiziertes und angsterregendes Objekt, mit dem sie den Umgang nicht gelernt haben und der lediglich verfälscht in den Medien als nicht reale Wirklichkeit vermarktet wird.

Gunther von Hagens Ausstellung des toten Körpers trifft den Zeitgeist, der zum einen vor Tabus nicht zurück-

schreckt und zum anderen in einer fragwürdigen Ästhetik das Erlebnis vermittelt, der Tod sei ein steriler, plastinierter Kultus, dem das Angstmoment durch die Faszination der Konservierung in beeindruckenden Farben und Formen genommen worden ist. Die Synthese von angstbesetztem Unwohlsein und gleichzeitigem anziehenden Faszinosum schafft für viele Besucher den Reiz dieser Ausstellung.

Der wissenschaftliche Anspruch eines Herrn Hagens kann nicht abgesprochen werden, aber der Nutzen einer solchen Ausstellung ist doch eher fragwürdig. Chemisches Wissen erwirbt man auch nicht durch das reine Betrachten von Molekülstrukturen, und der geringste Besucheranteil dieses modernen Spektakels wird durch die Exponate zu genaueren anatomischen Studien und besserem Verstehen angeregt werden.

Was für die Lehre an medizinischen Hochschulen geeignet ist, ist also noch lange nicht für die breite Masse sinnvoll, und es sei in diesem Zusammenhang kritisch angemerkt, daß für ärztliche Studien kaum „Schachspieler“ und „Lassowerfer“ nötig waren und sind.

Eines kann uns zusammenfassend diese Ausstellung und die um sie seit Jahren kontrovers entbrannte Diskussion aber deutlich zeigen: unsere Gesellschaft braucht dringend eine kritische Heranführung und Auseinandersetzung mit dem zum Lebenszyklus gehörenden Phänomen des Todes. In diesem Zusammenhang sei zum Beispiel die Integration dieses Themas in die Rahmenlehrpläne der Schulen zu wünschen, ohne aber zu vergessen, daß selbst im humanmedizinischen Studiengang dieses Thema viel zu kurz kommt, was zum Beispiel, am mangelnden Wissen vieler Studienabsolventen im Bereich der Palliativ- und Sterbemedizin gezeigt werden kann. Unsere Gesellschaft muß einen neuen Umgang und ein neues Leben mit dem Tod erlernen!

Dr. med. Alexander Jakob, Darmstadt

# „Plastination“, Hessisches Ärzteblatt 2001

Ich habe die Ausstellung „Körperwelten“ in Mannheim und in Köln gesehen, und ich war beide Male begeistert. Obwohl ich im Studium noch an zwei je vier Monate dauernden Präparierkursen aktiv teilgenommen habe, in meiner medizinischen Frühzeit Assistent an einem Pathologischen Institut mit hoher Sektionsfrequenz war und auch mehrfach an Forensischen Sektionen teilgenommen habe, hatte ich bis dahin so etwas farblich Schönes, Interessantes und Informatives im anatomischen Bereich noch nicht gesehen. Kein Wunder, daß ich beide Male junge Menschen - vermutlich Medizinstudenten oder frische Ärzte - beobachten konnte, die hingerissen ihren Bekannten und anderen Zuhörern anatomische Einzelheiten erklärten. Insofern hat v. Hagen die anatomische Darstellung auf ein

völlig neues Niveau angehoben. Wenn Kunst von Können kommt, dann hat v. Hagen Meisterwerke geschaffen.

Wenn Kunst das Streben nach Ästhetik ist, dann hat v. Hagen etwas geschaffen, das die Wirklichkeit genauso widerspiegelt wie das stinkende, übelriechende Fleisch in der Sektion oder das schimmelige, Formalinreize verbreitende graugetönte Gewebe in dunklen Anatomiekellern. Die Plastinate sind auch wahr und dabei erträglich.

Wenn Kunst etwas aussagen will, dann sagen die Plastinate den Laien etwas bisher Tabuisiertes, Geheimgehaltenes über ihre Körper, das bislang - aus eher technischen Gründen - nur Insider sehen durften. Natürlich kann der Laie durch den Besuch der Ausstellung nicht zum Experten werden,

aber er bekommt eine Ahnung von seinem Bauplan und damit einen Schimmer von sich selbst. Dazu hilft auch ein angenehmes Video mit verständlichen Informationen.

Die Ausstellung in Köln hätte zwar nicht gerade in eine (die) Kathedrale gehört, aber sicher doch in einen deutlich würdigeren Rahmen als den eines „Fest“-Zeltes. Hier zeigt sich zurückhaltende Unsicherheit im Umgang mit einem neuen Phänomen und ängstliche Vorsicht, wenn es um den Menschenwürde-Begriff (Art. 1 GG) geht, der in seiner Unbestimmtheit für vieles herhalten muß.

Dr. med. Dr. jur.  
Lothar Schmitt-Homann  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Limburg



# Sicherer Verordnen

## Impfreaktionen Meldepflicht

Nach dem am 1.1.2001 in Kraft getretenen Infektionsschutzgesetz (IfSG, § 6 Abs 1 Nr. 3) muß, neben dem Krankheitsverdacht durch einen meldepflichtigen Erreger, auch der Verdacht einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung namentlich an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet werden.

Sog. „Normale“ Impfreaktionen sind nach Angaben der Ständigen Impfkommission (STIKO) nicht berichtspflichtig.

Dazu gehören:

- ▶ lokale Reaktionen an der Einstichstelle über wenige Tage
- ▶ Fieber unter 39,5°C
- ▶ grippale Symptome wie Kopf- oder Gelenkschmerzen
- ▶ besondere Reaktionen nach speziellen Impfungen (Speicheldrüenschwellung nach Mumpsimpfung, Exantheme nach Masern-, Röteln- oder Windpockenimpfung)

Anmerkung: Ein Verstoß gegen diese neue gesetzliche Meldepflicht kann mit einer Geldbuße bis zu 25.000 Euro geahndet werden. Ähnlich den Bestimmungen des Chemikaliengesetzes (gesetzliche Meldepflicht für Erkrankungen durch gefährliche Stoffe an das Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin), die jedoch nicht bußgeldbewehrt sind, kommt damit eine neue gesetzliche Verpflichtung auf Ärztinnen und Ärzte zu (siehe auch Bericht im Rheinischen Ärzteblatt 2/2001). Die nach dem Berufsrecht verpflichtende Meldung von Impfschäden an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) sollte durch eine Kopie des offiziellen Meldeformulars weiter erfüllt werden. Nur dadurch kann die AkdÄ ihrer neutralen, berufsständigen Überwachungsaufgabe von Arzneimittelrisiken nachkommen.

Quelle: Ärzte Ztg. v. 29.01.2001

## Infliximab Tuberkulose

Nachdem unter der Therapie mit Infliximab (Remicade®) bis Ende 2000 über 28 aktive Tuberkulosefälle, darunter auch schwere Miliartuberkulosen, berichtet wurde, hat der Hersteller seine Fachinformation geändert. Bei Verdacht auf TBC muß die Behandlung mit Infliximab ausgesetzt werden. Vor Beginn einer Therapie mit dem Arzneistoff muß eine sorgfältige Anamnese hinsichtlich einer aktiven oder latenten Tuberkuloseerkrankung und eines möglichen Kontaktes mit einem Tuberkulosekranken durchgeführt werden.

Anmerkungen: Bekannt gewordene neue unerwünschte Wirkungen des löslichen TNF-Rezeptor Etanercept (Enbrel®) - siehe Folge 105 - und die oben beschriebene schwere Beeinträchtigung des Immunsystems unter der Therapie des chimären TNF-Antikörpers Infliximab machen deutlich, daß noch zu wenig Erfahrungen vorliegen, um die neue Möglichkeit in der Therapie der rheumatoiden Arthritis – die Hemmung des Tumornekrosefaktors- $\alpha$  – als etabliert betrachten zu können. Beim Auftreten von Infektionen unter der Therapie mit diesen neuen Arzneistoffen sollten die Patienten engmaschig überwacht werden; eventuell ist die Therapie zu unterbrechen. Zu beachten ist, daß diese Arzneistoffe Symptome einer Infektion unterdrücken können.

Quelle: Fachinformation zu Remicade®, 12/2000

## Gingko biloba Keine Wirkung gefunden

In einem Vorbericht zu einer Studie mit 214 Patienten wurde kein Unterschied zwischen zwei Wirkdosen eines Gingko biloba-Extraktes und Placebos auf den Verlauf einer Demenz und auf alterbedingte Gedächtnisstörungen gefunden. Diese Ergebnisse stehen in Widerspruch zu einer früheren Studie aus dem Jahre 1992, bei der ein kleiner aber signifikanter Effekt beobachtet werden konnte.

Anmerkungen: In Anbetracht der Warnungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und amerikanischer Anästhesisten über mögliche Blutungsrisiken unter der Therapie mit Gingko biloba-Extrakten (insbesondere bei Patienten unter Antikoagulantientherapie) scheint die Einordnung dieser Pflanzenextrakte unter die „umstrittenen Arzneimittel“ gerechtfertigt. Ein großer ärztlicher Interessenverband kommt – wie berichtet wird - in seinem unter Mithilfe der Herstellerfirma erstellten „Case-management Demenz“ zu einer positiven Einschätzung dieser Pflanzenextrakte.

Quellen: Lancet 2000; 356: 1333; AVP 1/1999, S.6; Am. Soc. Anaesth., Herbal Medicines, Considerations for Anesthesiologists 1999

## ASS-Langzeittherapie GI-Blutungen

In einer neuen Meta-Analyse von Studien über die langfristige Einnahme von ASS (circa 66.000 Patienten umfassend, mittlere Einnahmedauer 28 Monate) hat sich erstaunlicherweise herausgestellt, daß das Risiko des Auftretens gastrointestinaler Blutungen unabhängig von der ASS-Dosis (50 bis 1500 mg/Tag) war. Andere Metaanalysen zeigten einen Dosiseffekt, insbesondere bei schweren Blutungen und Perforationen. Ähnliche Erkenntnisse gab es bezüglich eines unveränderten Risikos retardierter ASS-Präparate im Vergleich zu Standard-ASS.

Anmerkungen: Zur Sekundärprävention des Myocardinfarktes und des Schlaganfalles scheint sich die Einnahme von ASS positiv auszuwirken, zumindest bei Beachtung der bekannten individuellen Risikofaktoren für GI-Blutungen. In der Primärprävention eines Herzinfarktes ist ASS dann sinnvoll, wenn der potentielle Nutzen bezüglich kardiovaskulärer Ereignisse und das Auftreten möglicher GI-Blutungen, insbesondere z.B. bei Hypertonikern und im Alter, mit den Patienten besprochen wird. Bei Patienten mit TIA steht die minimal effektive Präventionsdosis von ASS noch nicht fest.

Quelle: Brit. Med. J. 2000; 321: 1183

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:  
Rheinisches Ärzteblatt 3/2001

# Professionell arbeiten mit Hilfe der Psychoanalyse

*Das Frankfurter Psychoanalytische Institut plant eine Veranstaltungsreihe für Angehörige unterschiedlicher Berufe*

Er wird als Sinnbild des Gespaltenseins gesehen: Aus den Schultern des Janus wachsen zwei Männerhäupter hervor. In der Alltagssprache wird innere Gespaltenheit oft mit dem Bild von zwei Seelen in einer Brust umschrieben. Daß auch professionelle Beziehungen doppelter Natur sind oder sein können, ist nicht neu. Einerseits gibt der sachliche berufliche Zusammenhang spezifische Regeln für den Umgang miteinander vor, andererseits fließen diffuse, fast familiär anmutende Komponenten in das Verhältnis ein. Wie aber lassen sie sich gewinnbringend verbinden? Die wirklich professionelle Beziehung sei eine Mischung aus beidem, erklärte Dr. Thomas Pollak zu Beginn der Veranstaltung „Psychoanalyse und Profession – Der Beitrag der Psychoanalyse zu professionellem Handeln“ im Frankfurter Psychoanalytischen Institut.

Der Abend war als Einführung und Vorschau auf ein neues Projekt gedacht: Derzeit bereitet das Institut Fortbildungsangebote vor, die Angehörigen unterschiedlicher Berufe die Gelegenheit bieten sollen, ihre Arbeit mit Patienten, Mandanten und Kunden zu reflektieren. Da in diesen Berufen rationale und diffuse Aspekte des Zusammenlebens besonders verquickt scheinen, wird sich die geplante Veranstaltungsreihe in erster Linie an Ärzte, Psychoanalytiker, Juristen, Lehrer, Soziologen und Manager richten. Ziel soll sein, die berufliche Praxis durch Kenntnis und Reflexion „psychodynamischer, gruppenspezifischer und organisationsbezogener Aspekte zu erleichtern und effektiver zu gestalten“.

Um dem interdisziplinären Anspruch gerecht zu werden, waren am Einführungsabend mit den Referenten Professor Dr. Dirk Fabricius vom Fachbereich Jura der Universität Frankfurt, Dr. Wolfgang Merkle, Leiter der Psychosomatischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist in Frankfurt und Dr. Thomas Pollak, dem Vorsitzenden des Psychoanalytischen Instituts, Vertreter verschiedener Professionen um ein Statement gebeten worden. Darin sollte der Zusammenhang von unbewußten Prozessen, Psychodynamik und professionellem Handeln aus ihrer jeweiligen fachlichen Sicht aufgezeigt werden.

„Die Beziehung zum Klienten ausleuchten, vor allem den unbewußten Teil, der mit Übertragung und Gegenübertragung zu tun hat“: Mit diesen Worten faßte Dr. Michael Wolf vom Psychoanalytischen Institut – er hatte die Moderation des Abends übernommen – den Inhalt des künftigen Fortbildungsprogramms zusammen und unterschied dabei drei Punkte: Vermittlung theoretischen Wissens, Fallarbeit und berufsbezogene Selbsterfahrung. Engagiert und mit einer kaum zu bremsenden Flut von Beispielen aus der täglichen Praxis widmete sich Merkle dem Einfluß der Psychoanalyse auf die Professionalität in der Medizin und den Grenzen der medizinischen Behandlung. Häufig verberge sich ein psychosomatischer Konflikt hinter körperlichen Beschwerden oder ihrer subjektiv empfundenen Stärke.

So habe etwa ein Patient im Laufe eines Jahres rund 25 Untersuchungen über sich ergehen lassen, bis deutlich

geworden sei, daß die Beschwerden psychosomatischer Natur gewesen seien. Auch der hohe Schmerzmittelkonsum vieler Patienten ist nach Merkle Ansicht nicht immer mit einer physischen Erkrankung verbunden, könne sich aber – wenn die tatsächlichen Hintergründe nicht rechtzeitig erkannt würden – zu einer solchen entwickeln. Dafür spreche der frühere Schmerzmittel-Abusus zahlreicher Diabetes-Patienten. Im Durchschnitt dauere es fünf Jahre bis ein Patient mit psychosomatischen Beschwerden zu einer psychoanalytischen Fachbehandlung geschickt werde. „Hier muß etwas geschehen, damit die Psychoanalyse schneller greifen kann“, forderte Merkle. Dies gelte auch für die Behandlung von Krebskranken oder die Beurteilung von Patienten-Compliance.

Merkle hob hervor, daß die Fortbildung in Psychosomatischer Grundversorgung seit 1995 für die Leistungserbringung im KV-Bereich Pflicht sei. Entsprechende Kurse werden an der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer in Bad Nauheim angeboten. Nach Überzeugung des Referenten sind sie ein wichtiger Beitrag zum professionellen Verhalten in der Medizin – ebenso wie Balintgruppen, Ärztezirkel, Supervision und Zusammenarbeit mit psychotherapeutisch und psychoanalytisch tätigen Kollegen. Professionelles Verhalten habe unmittelbar mit der inneren Haltung des Arztes zu tun: mit seiner Empathie und seiner Geduld.

„Wer Jurist wird, muß nicht fühlen“: Diese provokative Bemerkung

stellte Professor Dr. Dirk Fabricius seinem Statement voran. Eine der beliebtesten Aufforderungen vor Gericht laute: „Bleiben Sie sachlich, Herr Kollege.“ Viele Juristen gerieten in ihrem Berufsleben in einen Konflikt zwischen dem Anspruch, sich auf der Karrierespur innerhalb einer Hierarchie zu bewegen, und professionellem Handeln, das den Umgang mit Gefühlen einschließt. Letzteres erschienen Juristen häufig unangenehm und mit Abstiegsgefahr verbunden. Beruflicher Aufstieg bewahre dagegen vermeintlich vor Demütigung und Schmerz. Juristischer Habitus, Jargon und Anpassung an die Gepflogenheiten des eigenen Berufsstandes bewirkten jedoch, so Fabricius, das Gegenteil des-

sen, was eigentlich erreicht werden soll: Professionalität. Wer professionell und qualitativ hochwertig arbeiten wolle, müsse die sogenannten diffusen Komponenten mit berücksichtigen.

Professionell arbeiten durch die Verbindung von sachlichen und „diffusen“ Komponenten: „Das ist doch alles seit 30 Jahren bekannt“, kritisierte ein Zuhörer am Ende des Abends. Es seien nicht immer neue Modelle notwendig, um Menschen dabei zu unterstützen, professioneller in ihrem Arbeitsumfeld zu agieren, reagierte Wolf. „Uns erscheint es aber wichtig, das Thema aufzugreifen, um gegen die fortschreitende Ökonomisierung des Denkens zu halten“. Immerhin hätten

sich die bekannten Modelle bisher offensichtlich nicht durchgesetzt. Mit leichtem Schmunzeln sprach ein Psychoanalytiker im Publikum von der „unglaublichen Resistenz gegen gute Einflüsse.“ Deutlich wurde an dem Abend auch, daß sich die künftige Veranstaltungsreihe noch im konzeptionellen Aufbau befindet. Inhalte der Statements und Diskussionsbeiträge sollen in die weitere Vorbereitung einfließen.

Für Informationen: Frankfurter Psychoanalytisches Institut, Dr. Michael Wolf, Fax 069/174659; [www.fpi.de](http://www.fpi.de)

Katja Möhrle

## Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie)

Die Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) trat mit ihrer Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt Anfang Juli 2000 in Kraft. Sie fußt auf dem Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens (Transfusionsgesetz – TFG) vom 1. Juli 1998 (BGBl. I, S. 1752), welches am 07.07.1998 mit einer Übergangsfrist von 2 Jahren für die Vorschriften zur Qualitätssicherung gemäß § 15 TFG in Kraft trat.

Sowohl Einrichtungen, die Blut oder Blutbestandteile gewinnen (Spendeinrichtungen), als auch Einrichtungen, in denen Blutprodukte angewendet werden (Einrichtungen der Krankenversorgung, auch Arztpraxen), müssen funktionierende Qualitätssicherungssysteme entsprechend Art und Umfang der durchgeführten Tätigkeiten betreiben, damit alle Produkte und Leistungen den Erwartungen der Anwender und Empfänger in be-

zug auf größtmögliche Sicherheit und Nutzen entsprechen.

Die Richtlinie „Hämotherapie“ stellt gemäß §§ 12 und 18 Transfusionsgesetz (TFG) den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten fest. Sie ist die fachliche Grundlage für die Einrichtung des Qualitätssicherungssystems.

Die Qualitätssicherung umfaßt die Gesamtheit der personellen, organisatorischen, technischen und normativen Maßnahmen, die geeignet sind, die Qualität der Versorgung der Patienten zu sichern, zu verbessern und gemäß dem medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisstand zu entwickeln.

Im Rahmen des Qualitätssicherungssystems sind die Qualifikationen und die Aufgaben der verantwortlichen Personen festzulegen.

Gesetzlich vorgeschrieben für alle

Einrichtungen, die Blutprodukte anwenden, ist die Bestellung eines Transfusionsverantwortlichen, der für die transfusionsmedizinischen Aufgaben verantwortlich und mit den dafür erforderlichen Kompetenzen ausgestattet ist. Zusätzlich ist für jede Behandlungseinheit ein Transfusionsbeauftragter zu benennen (§ 15 TFG). Die Funktion des Qualitätsbeauftragten ergibt sich aufgrund des § 18 (1) Nr. 2 TFG.

In Einrichtungen der Akutversorgung ist nach § 15 TFG eine Kommission für transfusionsmedizinische Angelegenheiten (Transfusionskommission) zu bilden.

### Neuerungen der Richtlinie „Hämotherapie“ von Juli 2000

- ▶ Die Qualifikationsvoraussetzungen des Transfusionsverantwortlichen und des Transfusionsbeauftragten werden näher spezifiziert.
- ▶ Eine Verpflichtung zur patienten- und produktbezogenen Dokumen-

tation wird eingeführt (betrifft auch gentechnisch hergestellte Plasmaproteine zur Behandlung von Hämostasestörungen). Die Aufzeichnungen sind mindestens 15 Jahre lang aufzubewahren. Ebenfalls zu dokumentieren sind anwendungsbezogene Wirkungen durch geeignete Parameter wie z. B. Hämatokrit oder Thrombozytenzahl. Es ist ein den Aufgaben entsprechendes Qualitätsmanagementhandbuch zu erstellen. Die dort festgelegten organisatorischen Regelungen und Verfahren sind als Standard verbindlich. Sofern in einer Einrichtung im Rahmen der Hämotherapie ausschließlich Plasmaderivate angewendet werden, reduzieren sich die Anforderungen an das Qualitätsmanagementhandbuch auf eine patienten- und produktbezogene Dokumentation.

- ▶ Vorschriften zum Transport und zur Lagerung von Blutkomponenten werden spezifiziert.
- ▶ Die Wiederholung des Antikörpersuchtests wird vorgeschrieben, falls der letzte länger als 3 Tage zurückliegt.

### Der Transfusionsverantwortliche

Ein Transfusionsverantwortlicher ist seit 07. Juli 2000 in jeder Einrichtung, die mit Blutprodukten arbeitet, zu bestellen.

Die Gesamtverantwortung für Konzeption, Aufbau und Fortentwicklung des Qualitätssicherungssystems liegt beim Transfusionsverantwortlichen.

Er hat folgende Aufgaben:

- ▶ Sicherstellung der Einhaltung der einschlägigen Gesetze, Verordnungen, Richtlinien sowie Leitlinien und Empfehlungen.
- ▶ Gewährleistung einer einheitlichen Organisation bei der Vorbereitung und Durchführung von hämotherapeutischen Maßnahmen.
- ▶ Fortentwicklung des Qualitätssicherungssystems.
- ▶ Verantwortung für qualitätsgesicherte Bereitstellung der Blutprodukte.

- ▶ Konsiliarische Tätigkeit bei der Behandlung von Patienten mit Blutprodukten.
- ▶ Leitung der Transfusionskommission.

Er muß folgende Voraussetzungen erfüllen:

- ▶ Facharzt für Transfusionsmedizin oder
- ▶ Facharzt mit Zusatzbezeichnung „Blut transfusionswesen“ oder
- ▶ Facharzt eines transfundierenden Gebietes plus 16 Stunden Fortbildung einer LÄK plus 4wöchige Hospitation bei einem zur Weiterbildung im Gebiet „Transfusionsmedizin“ ermächtigten Arzt.

Die Hospitation kann entfallen, wenn die Einrichtung, in der der Arzt als Transfusionsverantwortlicher benannt werden soll, ausschließlich mit Plasmaderivaten<sup>1</sup> arbeitet. Für die Qualifikation als Transfusionsverantwortlicher sind in diesem Fall auch nur 8 Stunden theoretische Fortbildung nötig.

### Der Transfusionsbeauftragte

Zusätzlich zum Transfusionsverantwortlichen ist seit 07. Juli 2000 für jede einzelne mit Blutprodukten arbeitende Behandlungseinheit (Abteilung) ein Transfusionsbeauftragter zu benennen. In Einrichtungen, welche sinngemäß nur aus einer Behandlungseinheit bestehen (wie es in ambulanten Einrichtungen die Regel ist) kann der Transfusionsbeauftragte personenidentisch mit dem Transfusionsverantwortlichen sein.

Er hat folgende Aufgaben:

- ▶ Er stellt in Zusammenarbeit mit dem Transfusionsverantwortlichen bzw. der Transfusionskommission der Einrichtung die Durchführung der festgelegten Maßnahmen der Abteilung sicher, d. h.:
- ▶ Beratung in Fragen der Indikation, Qualitätssicherung, Organisation und Dokumentation der Hämotherapie.
- ▶ Verantwortung für den ordnungsgemäßen Umgang mit Blutprodukten.

- ▶ Regelung der Unterrichtung gemäß § 16 (1) Satz 2 TFG.
- ▶ Beteiligung an den Ermittlungen in Rückverfolgungsverfahren nach § 19 (2) TFG.

Ihm obliegt eine Teilverantwortung für den Aufbau des Qualitätssicherungssystems im Bereich seiner klinischen Abteilung.

Er muß folgende Voraussetzungen erfüllen:

- ▶ Facharzt für Transfusionsmedizin oder
- ▶ Facharzt mit Zusatzbezeichnung „Bluttransfusionswesen“ oder
- ▶ Facharzt plus 16 Stunden Fortbildung einer LÄK

Werden in einer Einrichtung nur Plasmaderivate angewendet, sind für die Qualifikation als Transfusionsbeauftragter 8 Stunden theoretische Fortbildung einer Landesärztekammer Voraussetzung.

### Der Qualitätsbeauftragte

Zusätzlich zu den Transfusionsverantwortlichen bzw. Transfusionsbeauftragten ist in jeder Einrichtung, in welcher Blutkomponenten<sup>2</sup> angewendet werden, ein weiterer Arzt als Qualitätsbeauftragter einzusetzen. Er muß in seiner Funktion weisungsunabhängig sein, darüber hinaus sind keine Qualifikationsvoraussetzungen verbindlich vorgeschrieben. Er darf nicht gleichzeitig Transfusionsverantwortlicher oder Transfusionsbeauftragter der Einrichtung sein. Eine Ausnahme hiervon bilden Einrichtungen der ambulanten Krankenversorgung; hier darf eine Personalunion zwischen Qualitätsbeauftragtem und Transfusionsverantwortlichem bestehen.

In 1-jährigem Abstand (erstmalig bis 31.12.2001) hat der Qualitätsbeauftragte der zuständigen Landesärztekammer anhand einer Selbstverpflichtungserklärung (siehe Anhang, auch als PDF-Datei von unserer Homepage <http://www.laekh.de> herunterzuladen) nachzuweisen, daß das Qualitätssicherungssystem der Anwendung von Blut-

produkten den Vorgaben der Richtlinie entspricht. Werden in einer Einrichtung lediglich Plasmaderivate angewendet, entfällt diese Nachweispflicht.

#### Der Leiter eines Blutdepots

Zur Wahrnehmung dieser Aufgabe sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- ▶ Facharzt für Transfusionsmedizin oder
- ▶ Facharzt mit Zusatzbezeichnung „Bluttransfusionswesen“ oder
- ▶ Facharzt eines transfundierenden Gebietes plus 4wöchige Hospitation bei einem zur
- ▶ Weiterbildung im Gebiet „Transfusionsmedizin“ ermächtigten Arzt plus 16 Stunden
- ▶ Fortbildung einer LÄK oder
- ▶ Ausübung dieser Funktion seit 31.12.1993

#### Der Verantwortliche für ein blutgruppenserologisches Laboratorium

Um diese Verantwortung zu übernehmen, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- ▶ Facharzt für Transfusionsmedizin oder
- ▶ Facharzt für Laboratoriumsmedizin
- ▶ Facharzt mit Zusatzbezeichnung „Bluttransfusionswesen“ oder
- ▶ Facharzt eines transfundierenden Gebietes plus 16 Stunden Fortbildung einer
- ▶ Landesärztekammer plus 6monatige

Fortbildung bei einem zur Weiterbildung im Gebiet

- ▶ „Transfusionsmedizin“ ermächtigten Arzt oder
- ▶ Ausübung der Funktion seit 31.12.1993

#### Fortbildungskurse

Ein 16stündiger Fortbildungskurs wird in Hessen von Herrn Prof. Dr. med. Gregor Bein, sowie von Herrn Prof. Dr. Michael Tryba, Kassel am 21./22. September 2001 vom 5.9.-7.9.2001 angeboten. Über weitere durch die Landesärztekammer Hessen genehmigte Fortbildungsveranstaltungen werden wir im Hessischen Ärzteblatt und auf unserer Homepage „<http://www.laekh.de>“ informieren. Selbstverständlich können auch Fortbildungskurse anderer Landesärztekammern besucht werden.

#### Hilfestellung

Anzeige

2%

**Hypotheken-Zinsen p.a.**

100 % Auszahlung, bis 25 Jahre Laufzeit

seriöse Info ohne Vorkosten.

Telefon 0 89-51 99-65 83

Fax 0 89-51 99-62 97

[www.baufinanz-bayern.de](http://www.baufinanz-bayern.de)

Musterqualitätsmanagementhandbuch des Berufsverbandes Deutsche Transfusionsmediziner e. V., Sperlichstraße 15, 48151 Münster

Handreichung für Qualitätsbeauftragte der Bundesärztekammer (auf Homepage der Bundesärztekammer <http://www.bundesaerztekammer.de>)

Buch „Qualitätsmanagement im Krankenhaus“ (Bundesärztekammer)

Sabine Schmeink-Ahrendt

Literatur:

1. Plasmaderivate sind Blutprodukte, die durch Fraktionierung aus Plasma gewonnen werden, z. B. Faktorenkonzentrate, Prothrombinkomplexkonzentrate Albumin und Immunglobuline, wie sie auch bei passiven Impfungen (z. B. Tetanus, Hepatitis A, Hepatitis B, Röteln, Tollwut) eingesetzt werden.

2. Blutkomponenten sind zelluläre Blutprodukte (z. B. Erythrozytenkonzentrate) und therapeutisches Frischplasma

## Arbeitsmedizinische Betreuung in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben

# Arbeits- und Betriebsmediziner gesucht

Dr. med. Dipl. Chem. Paul Otto Nowak, Dr.-Ing. H. Otto

Für die meisten Betriebe – so auch für Arztpraxen – ist die Betreuung durch einen Arbeitsmediziner/Betriebsmediziner seit mehreren Jahren Pflicht. Spätestens ab dem 01.04.2002 wird nach der Unfallverhütungsvorschrift VSG 1.2 für alle land- und forstwirtschaft-

lichen Unternehmer, die mindestens einen Arbeitnehmer beschäftigen, die betriebsärztliche Betreuung ebenfalls verpflichtend.

Bisher verfügen nur sehr wenige Betriebsärzte über die fachlichen und formellen Voraussetzungen. Der erstge-

nannte Autor war der erste Arbeitsmediziner in Hessen, der seine Ermächtigung zur Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen nach sogenannten H-Grundsätzen (Hinweisen) von der Land- und Forstwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft erhielt. Da ein großer

Bedarf besteht, sucht die Berufsgenossenschaft Ärzte, die Interesse an der betriebsmedizinischen Betreuung land- und forstwirtschaftlicher Betriebe haben.

## Qualifikation

Erste Voraussetzung für die Tätigkeit ist die arbeitsmedizinische Fachkunde; diese ist gegeben, wenn Ärzte die Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ oder die Fachkunde nach § 5 Abs. 3 oder 4 der Unfallver-

H 1	Lärm
H 2	Pflanzenschutzmittel
H 3	Schweißrauche
H 4	Asbesthaltiger Feinstaub
H 5	Buchen- und Eichenholzstaub
H 6	Organische Stäube
H 7	Tragen von Atemschutzgeräten
H 8	Arbeiten im Forst
H 9	Baumarbeiten
H10	Kompostierungsanlagen

hütungsvorschrift VSG 1.2 besitzen. Als zweite Voraussetzung müssen – neben der notwendigen Einrichtung und Ausstattung eines Betriebsarztes - fachspezifische Kenntnisse auf dem Gebiet nachgewiesen werden.

## Kostenloser Fortbildungslehrgang

Zum Erwerb der Fachkenntnisse im Bereich Land- und Forstwirtschaft führt die Land- und Forstwirtschaftli-

che Berufsgenossenschaft einen Fortbildungslehrgang für Betriebsärzte durch, der Voraussetzung für die Ermächtigung nach den sogenannten H-Grundsätzen (H = Hinweis) ist.

Der Fortbildungslehrgang findet am Samstag den 8. September 2001 von 9.30 bis 16.30 Uhr in der Hessischen Landwirtschaftlichen Lehr- und Forschungsanstalt Eichhof, Schloß Eichhof in 36251 Bad Hersfeld statt. Die Teilnahme ist kostenfrei und wird als Fortbildungsmaßnahme von der Hessischen Landesärztekammer mit 6 Punkten zertifiziert.

Themen des Programms sind Unfälle und Berufskrankheiten in der Land- und Forstwirtschaft. Insbesondere werden der Unfallbereich der Tierhaltung, Augenverletzungen, Sturz und Fall angesprochen. Aus arbeitsmedizinischer und technischer Sicht werden Berufskrankheiten der Wirbelsäule, der Atemwege und der Haut sowie Infektionskrankheiten abgehandelt. Im Bereich der Prävention werden die spezielle persönliche Schutzausrüstung einschließlich Hautschutz für die Land- und Forstwirtschaft vorgestellt.

## Hinweise („H-Grundsätze“)

Wie bei den gewerblichen Berufsge-

nossenschaften liegen auch bei der Land- und Forstwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft Grundsätze vor, die hier allerdings als „Hinweise (H) der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen“ bezeichnet werden, um die untersuchenden Ärzte im Hinblick auf einen möglichst einheitlichen

Untersuchungsgang und die einheitliche Beurteilung der Untersuchungsbeurteilung der Untersuchungsbefunde bei Arbeitnehmern zu unterstützen. Bisher gibt es die folgenden Hinweise:

Die Ermächtigung zur Durchführung arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen im Sinne H 1 bis H 3 und H 7 gilt erteilt, wenn die entsprechende Ermächtigung nach den berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen der gewerblichen Berufsgenossenschaften vorliegt. Insoweit beschränkt sich das Ermächtigungsverfahren auf die Hinweise H 2, H 8, H 9 und H 10.

Für weitere Auskünfte steht der Leiter des Referates für Sicherheit und Gesundheitsschutz der Land- und Forstwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft Hessen, Herr Dr.-Ing. H. Otto (Tel. 0561 / 1006-2279), zur Verfügung.

Anmeldungen für diesen oder einen späteren Lehrgang sowie Anforderung von Informationsmaterial bzw. Anträgen auf Ermächtigung bitte an:  
Land- und Forstwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Hessen  
z. H. Herrn Dr.-Ing. H. Otto,  
34112 Kassel

Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak, Facharzt für Arbeitsmedizin, Ermächtigter Arzt  
Dr.-Ing. H. Otto, Ltd. Techn. Aufsichtsbeamter, Land- und Forstwirtschaftliche Berufsgenossenschaft

Anzeige

## Endlich Erfolge am PC!

- Für Praxen optimierte PC-Kurse
- Maximal 12 Teilnehmer
- Einzelplatz-Garantie
- Lernspaß & Erfolg garantiert

### Aktuelle Termine in Neu-Isenburg:

- 25.08. Windows Grundlagen
- 22.09. Microsoft Word
- 20.10. Microsoft Outlook
- 24.11. Microsoft Powerpoint

Weitere Informationen und Anmeldung im Internet unter

[www.cocomed.de](http://www.cocomed.de)

oder per Faxabruf unter  
**(0 68 36) 684 398**

**cocomed**  
computer consulting medizin

Christophe Mohr  
Am Wald 68  
66802 Oberherrn  
Tel. (0 68 36) 684 399

Dr.med. Benedikt Eberhardt  
Lange Str. 34  
63225 Langen  
Tel. (0 61 03) 2 42 87

Anzeige



**E | K | A**  
EHLERT | KREKEL | ANDREANO  
Rechtsanwälte

**Uwe Ehlert**  
Rechtsanwalt

**Vertragsarztrecht**  
ist mein Tätigkeitsschwerpunkt

Frankfurter Str. 219    35398 Gießen

Tel. 0641/25036-0 Fax. 0641/2503620  
[www.ek-anwalt.de](http://www.ek-anwalt.de)

*Patientenschutz fängt beim Blutdruckmeßgerät an!*

## Meßtechnische Kontrollen bei Blutdruckmeßgeräten

Patienten- und Verbraucherschutz sind Worte, die in der letzten Zeit sehr stark strapaziert werden. Die hessische Eichbehörde hatte sich beide Begriffe schon zu Zeiten auf die Fahnen geschrieben, als es noch kein Ministerium für Verbraucherschutz gab.

Damals wurden Blutdruckmeßgeräte alle zwei Jahre von der Eichbehörde kontrolliert (Eichung). Geräte, die zum erstenmal in den Verkehr gebracht wurden, waren „erstgeeicht“. Doch die Zeiten änderten sich. 1998 wandelte sich die Aufgabe der Eichbehörde von der präventiven zu einer repressiven. Dies gründet sich auf das Medizinproduktegesetz (MPG) und die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV).

Eine der repressiven Aufgaben ist die Überwachung von Betreibern nach § 26 MPG. Die hessische Eichbehörde nahm im Mai und Juni dieses Jahres an einer bundesweiten Aktion teil.

In Hessen wurden 80 Betreiber (40 Krankenhäuser und 40 niedergelassene Ärzte) aufgesucht. Fragen wie „Führen Sie ein Bestandsverzeichnis? Gibt es zu dem Blutdruckmeßgerät ein Medizinproduktebuch? Ist die meßtechnische Kontrolle bei den Blutdruckmeßgeräten durchgeführt?“ usw. mußten von den Betreibern beantwortet werden.

### Folgendes Ergebnis aus der Aktion für Hessen liegt vor:

27 von 40 niedergelassenen Ärzten hatten keine oder nur teilweise meßtechnische Kontrollen für die Blutdruckmeßgeräte durchführen lassen.

11 von 40 Kliniken hatten nur teilweise meßtechnische Kontrollen vorgenommen.

Bei 21 niedergelassenen Ärzten wurde kein Bestandsverzeichnis und kein Medizinproduktebuch geführt, weitere Mängel wurden gefunden. 9 Kliniken erfüllten die Gesetzesgrundlagen nicht vollständig.

Aus diesem Anlaß möchte die Eichbehörde darauf hinweisen, daß bei der Verwendung von Medizinprodukten mit Meßfunktion die MPBetreibV zu beachten ist.

In §11 MPBetreibV muß der Betreiber meßtechnische Kontrollen an Medizinprodukten mit Meßfunktion, die in der Anlage 2 aufgeführt sind und für die der Hersteller solche Kontrollen vorgesehen hat, durchführen lassen. In der Anlage 2 sind unter anderem die Blutdruckmeßgeräte, Ton- und Sprachaudiometer, Augentonometer usw. aufgeführt. Aus dieser Anlage 2 geht hervor, daß Blutdruckmeßgeräte alle 2 Jahre meßtechnisch kontrolliert werden müssen. Der Betreiber kann Personen beauftragen die meßtechnischen Kontrollen für ihn durchführen zu lassen.

Wir empfehlen ihnen, sich immer ein Protokoll der meßtechnischen Kontrolle aushändigen zu lassen. Die Person, die die meßtechnische Kontrolle durchführt, muß ohnehin ihre Arbeit protokollieren. Ein Ausdruck dieses Protokolls ist kein großer Aufwand und ganz im Sinne ihres Qualitätssicherungssystems.

Laut §8 MPBetreibV ist ein Bestandsverzeichnis für alle aktiven nichtimplantierbaren Medizinpro-

dukte z. B. Seriennummer, Standort und betriebliche Zuordnung usw. zu führen.

Das Medizinproduktebuch laut §7 MPBetreibV ist für alle Medizinprodukte der Anlage 1 und 2 zu führen. Ausnahmen sind elektronische Fieberthermometer als Kompaktthermometer und Blutdruckmeßgeräte mit Quecksilber- oder Aneroidmanometern zur nichtinvasiven Messung. Vereinfacht gesagt heißt das, daß für „Handblutdruckmeßgeräte“ und für „Quecksilberblutdruckmeßgeräte“ kein Medizinproduktebuch geführt werden muß, jedoch ein Bestandsverzeichnis in Hessen für diese Geräte obligatorisch ist.

3 Paragraphen der MPBetreibV scheinen das Leben des Betreibers nur zu erschweren und „keinen Sinn“ zu ergeben. Aber jeder Betreiber sollte bedenken, daß auch er einmal Patient sein kann und dann für ihn das Wort „Patientenschutz“ plötzlich eine ganz andere Bedeutung bekommt.

### Rechtsgrundlagen:

Gesetz über Medizinprodukte – Medizinproduktegesetz – MPG vom 02.08.1994 (BGBl. I S 1963) in der derzeitigen Fassung

Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten – Medizinprodukte-Betreiberverordnung – MPBetreibV vom 29 Juni 1998 (BGBl. I. S. 1762) in der derzeitigen Fassung.

Hessische Eichdirektion



## Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

## Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Helmut Berg, Heppenheim am 06.09.

## Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

## Goldenes Doktorjubiläum

Professor Dr. med. Roland Bässler, Fulda, am 12.09.,  
Dr. med. Heinrich Kleinpeter, Alheim, am 29.09.,  
Dr. med. Marianne Kleinpeter, Alheim, am 29.09.,

## Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

## Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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

## Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Joseph Gehm, Bad Homburg, am 10.09.,  
Dr. med. Univ. Fritz Verzar, Frankfurt, am 14.09.,  
Dr. med. Margret Scheid, Königstein, am 14.09.,

## Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

## Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

## Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

### Wir gratulieren den Arzthelferinnen zum 10jährigen Berufsjubiläum,

Daniela Hussy, tätig bei Dr. med. Reiner Braun, Gießen  
Christina Liebau, tätig bei Dres. med. Vogelsang u. Trumpfheller, Michelstadt  
Stefanie Schaust, tätig bei Dr. med. H. Hecking, Limburg  
Annette Thiel, tätig bei Dr. med. P. Lilienthal, Friedberg

### und zum mehr als 10jährigen Berufsjubiläum,

Ilona Böhm, seit 21 Jahren tätig bei Dr. med. Reiner Braun, Gießen  
Ortrud Helbing, seit 20 Jahren tätig bei Dres. med. Vogelsang u. Trumpfheller, Michelstadt  
Bianca Seifert, seit 12 Jahren tätig bei Dr. univ. D. Lazarovici, Offenbach

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



## Zum Beginn des neuen Ausbildungsjahres möchten wir Sie gerne auf einige wichtige Ausbildungsbestimmungen hinweisen:

1. Die/Der ausbildende Ärztin/Arzt ist verpflichtet, die/den Auszubildenden zum Besuch der Berufsschule anzuhalten und sie/ihn dafür freizustellen (§ 2 c Berufsausbildungsvertrag (BAV)).

An einem Berufsschultag mit mehr als 5 Unterrichtsstunden von je 45 Minuten darf die/der Auszubildende nicht mehr in der Praxis beschäftigt werden (§ 9 Abs. 1 Ziff. 2 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)). Liegen in einer Kalenderwoche zwei Berufsschultage mit mehr als 5 Unterrichtsstunden von je 45 Minuten, kann die/der Auszubildende wahlweise an einem der langen Berufsschultage beschäftigt werden.

Ein langer Berufsschultag wird mit 8 Stunden auf die Arbeitszeit angerechnet. Ein Berufsschultag unter 6 Unterrichtsstunden oder ein zweiter langer Berufsschultag werden nur hinsichtlich der Unterrichtszeit einschließlich der Pausen auf die Arbeitszeit angerechnet (§ 9 Abs. 2 Ziff. 1, 3 JArbSchG).

Für die Feststellung der betrieblichen Ausbildungszeit (nach Abzug der Berufsschulzeit) ist folgendes zu beachten:

Hinter der Anrechnung des langen Berufsschultages mit 8 Stunden steht die Absicht des Gesetzgebers, die/den Auszubildende/n vor zeitlichen Nachteilen als Folge des Schulbesuches zu bewahren. Er stellt zu diesem Zwecke auf die täglich zulässige Höchstarbeitszeit ab, ungeachtet der tatsächlichen Ausfallzeit in der Praxis. Um den Auszubildenden dadurch keinen Zeitvorteil zu geben, müssen die 8 Stunden aber im Zusammenhang mit der gesetzlichen regelmäßigen Wochenarbeitszeit (= 40 Std.) gesehen werden. Wenn der Gesetzgeber bei der Anrechnung von 8 Stunden die tatsächliche Ausbildungszeit pro Tag außer acht läßt, kann andererseits nicht die durch den Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen reduzierte wöchentliche Ausbildungszeit als Bezugsgröße herangezogen werden.

Beispiel:

Erster (langer) Berufsschultag:

40 Std. - 8 Std. = 32 Std.

Zweiter Berufsschultag:

32 Std. - 4 1/4 Std. = 27 3/4 Std.

27 3/4 Std. verbleiben (im o.g. Beispiel) für die betriebliche Ausbildungszeit.

Die o. g. Ausführungen gelten hinsichtlich Beschäftigungsverbot und Anrechnungsregelung seit 1. März 1997 wegen einer Änderung des Jugendarbeitsschutzgesetzes nicht mehr für volljährige Auszubildende. Die volljährigen Auszubildenden müssen an jedem Berufsschultag in die Praxis. Die Unterrichtszeit wird konkret hinsichtlich der Unterrichtsstunden (streitig, ob auch der Pausen) auf die Arbeitszeit angerechnet.

2. Die/Der ausbildende Ärztin/Arzt trägt die Kosten für die Inanspruchnahme von öffentlichen Verkehrsmitteln zum regelmäßigen Besuch der zuständigen Berufsschule (§ 4 Abs. 3 Satz 2 BAV).

3. Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt ausschließlich der Pausen durchschnittlich 38,5 Stunden (§ 6 Abs. 1 Manteltarifvertrag (MTV)).

Über diese wöchentliche Arbeitszeit geleistete Stunden gelten als Überstunden (§ 7 Abs. 1 MTV). Jede Überstunde muß mit einem 25%igen Zuschlag angerechnet werden (§ 6 Abs. 2 a Gehaltstarifvertrag (GTV)), sofern nicht innerhalb eines Zeitraums von 4, längstens 12 Wochen entsprechende Freizeit gewährt wird. Der Freizeitausgleich hat mit dem entsprechenden Zeitzuschlag zu erfolgen.

Für Jugendliche gelten die Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes. Nach der tarifdispositiven Regelung des § 21 a JArbSchG wurde im neuen Manteltarifvertrag folgendes vereinbart: Die maximale Arbeitszeit wird auf bis zu 9 Stunden täglich verlängert, die erste Pause muß spätestens nach 5 Stunden gewährt, die Schichtzeit (tägliche Arbeitszeit unter Hinzurechnung der Ruhepausen) wird bis auf 11 Stunden täglich verlängert, die Arbeitszeit wird auf bis zu 5 Tage verteilt. Dabei darf die wöchentliche Höchstarbeitszeit von 40 Stunden nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz nicht überschritten werden (§ 6 Abs. 5 MTV).

4. Die Probezeit muß gemäß § 13 Berufsbildungsgesetz (BBiG) mindestens 1 Monat und darf höchstens 3 Monate betragen. Eine Verlängerung der Probezeit würde sich zuungunsten der/des Auszubildenden auswirken (vereinfachte Kündigungsmöglichkeit) und wäre deshalb gemäß § 18 BBiG nichtig. Die Verlängerung der 3monatigen Probezeit kann deshalb nicht wirksam vereinbart werden. Der Manteltarifvertrag, der eine Verlängerung der Probezeit ermöglicht, gilt insoweit nicht für Auszubildende.

Eine Probezeit findet auch bei Wechsel der Ausbildungspraxis statt.

5. Die/Der ausbildende Ärztin/Arzt ist verpflichtet, die/den Auszubildende/n für die Überbetriebliche Ausbildung freizustellen und die Kosten für diese Ausbildung einschließlich notwendiger Internats- und Fahrtkosten zu übernehmen (§ 17 Abs. 2 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen, § 4 Abs. 3 Satz 1 i.V.m. § 2 a BAV).

6. Die/Der ausbildende Ärztin/Arzt stellt die notwendige Schutz- und Berufskleidung, mindestens zwei Berufskittel im Jahr, unentgeltlich zur Verfügung. Er trägt die Reinigungskosten (§ 14 MTV).

Die Schutz- und Berufskleidung verbleibt jedoch im Eigentum der/des Ärztin/Arztes und ist nach Ausscheiden aus der Praxis zurückzugeben, es sei denn, es sind andere Vereinbarungen getroffen worden.

7. Die/Der ausbildende Ärztin/Arzt hat sicherzustellen, daß die/der Auszubildende über die Immunisierungsmaßnahmen gegen Hepatitis B zu Beginn der Ausbildung unterrichtet wird. Die Schutzimpfung ist den Auszubildenden kostenlos anzubieten (vgl. Merkblatt M 613 „Aktive Immunisierung gegen Hepatitis B“ der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege).

Die/Der Auszubildende ist für die Teilnahme an Prüfungen sowie an dem Arbeitstag, der der schriftlichen Abschlußprüfung unmittelbar vorangeht, freizustellen. Prüfungen sind die Zwischenprüfung, die schriftliche Abschlußprüfung, die Prüfung im Fach "Praktische Übungen" und die Mündliche Ergänzungsprüfung (§ 2 k BAV).

Die Freistellung für die Teilnahme an den Prüfungen erstreckt sich grundsätzlich auf die Zeit, die der /die Auszubildende für eine ordnungsgemäße Teilnahme benötigt. Geht dem Prüfungstag unmittelbar ein Berufsschultag voraus, ist die/der Auszubildende an dem Arbeitstag unmittelbar vor dem Berufsschultag freizustellen. Eine Freistellung vom Berufsschulunterricht am Tag vor der Abschlußprüfung kann dagegen nicht verlangt werden.

Nach dem Manteltarifvertrag hat die/der Auszubildende Anspruch auf Auszahlung eines 13. Monatsgehaltes. Das 13. Monatsgehalt bemißt sich nach der Höhe des letzten vollen Monatsgehaltes.

Das 13. Monatsgehalt wird auch anteilig für das Jahr gewährt, in dem die Ausbildung beginnt oder endet. Für jeden angefangenen Monat des Ausbildungsverhältnisses ist ein Zwölftes des 13. Monatsgehaltes zu zahlen. Ein angefangener Monat wird bei der Berechnung des 13. Monatsgehaltes dann voll einbezogen, wenn die/der Auszubildende mindestens 15 Kalendertage im Ausbildungsverhältnis stand. Hat das Ausbildungsverhältnis in einem Monat weniger als 15 Kalendertage bestanden, ist dieser anteilig zu berücksichtigen (1/30 pro Kalendertag) (§ 12 Abs. 3 MTV).

Eine Verpflichtung zur Rückzahlung des 13. Monatsgehaltes bei (vorzeitigem) Ausscheiden aus der Praxis ist nach dem Manteltarifvertrag zu keinem Zeitpunkt vorgesehen.

Nach dem Manteltarifvertrag hat die/der Auszubildende monatlich Anspruch auf DM 26,00 vermögenswirksame Leistungen, allerdings erst ab dem 2. Ausbildungsjahr (§ 12 Abs. 7 MTV).

Der ausbildende Arzt ist berechtigt, die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit bereits vor Ablauf von 3 Kalendertagen zu verlangen (§ 3 k BAV).

Um der Ausbildung einen rechtmäßigen Rahmen zu geben, bitten wir um Beachtung der genannten Vorschriften. Für Rückfragen steht Frau Assessorin Hoerschelmann, Landesärztekammer Hessen, Telefon: (0 69) 9 76 72 - 154/155 gerne zur Verfügung.

Eine Allgemeinverbindlichkeitserklärung seitens des Arbeitsministeriums ist weder für den Manteltarifvertrag noch für den Gehaltstarifvertrag erfolgt. Die Tarifverträge gelten deshalb nur für Tarifgebundene infolge der Mitgliedschaft beim tarifschließenden Verband oder durch Bezugnahme auf die Tarifverträge im Berufsausbildungsvertrag.

Mantel- und Gehaltstarifvertrag erstrecken ihren persönlichen Geltungsbereich auch auf Auszubildende, so daß sie für Auszubildende kraft der in § 10 Abs. 1 des Berufsausbildungsvertrages enthaltenen Bezugnahme gelten.

Die Ausführungen beziehen sich auf den Manteltarifvertrag vom 12. September 1997 und den Gehaltstarifvertrag vom 1. September 1999

Landesärztekammer Hessen  
Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

# Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen

hier: Änderung der Gebietsbezeichnung „Kinderheilkunde“ in die Gebietsbezeichnung „Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin“ bzw. „Kinder- und Jugendarzt“

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen hat in ihrer Sitzung am 31.03.2001 beschlossen, generell die Gebietsbezeichnung „Kinderheilkunde“ bzw. „Facharzt für Kinderheilkunde“ oder „Kinderarzt“ in die Gebietsbezeichnung „Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin“ bzw. „Kinder- und Jugendarzt“ zu ändern.

Die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 01. Januar 1995 (HÄBL 1995, Heft 1, Beiheft S. 1-50), zuletzt geändert durch Beschluß der Delegiertenversammlung, bekanntgemacht am 01. August 1999 (HÄBL 1999, Heft 8, S. 284), wird daher wie folgt geändert:

## INHALTSVERZEICHNIS Abschnitt I 15. Kinderheilkunde

„Kinderheilkunde“ in „Kinder- und Jugendmedizin“

### § 2 Absatz (1), Ziffer 15.

„Kinderheilkunde“ in „Kinder- und Jugendmedizin“

### § 3 Absatz (1) - Gebiet 15:

„Kinderheilkunde“ in „Kinder- und Jugendmedizin“

### § 6 Absatz (1) Ziffer 15.

„Facharzt für Kinderheilkunde“ oder „Kinderarzt“ in

„Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin“ oder „Kinder- und Jugendarzt“

## Abschnitt I

### 1. Allgemeinmedizin

#### 2. Absatz:

#### Weiterbildungszeit:

6. Zeile: „... Kinderheilkunde ...“ in „... Kinder- und Jugendmedizin ...“

14. Zeile: „... Kinderheilkunde ...“ in „... Kinder- und Jugendmedizin ...“

### 2. Anästhesiologie

#### 2. Absatz:

#### Weiterbildungszeit:

„... Kinderheilkunde ...“ in „... Kinder- und Jugendmedizin ...“

### 6. Diagnostische Radiologie

#### 6.C.1. Schwerpunkt Kinderradiologie

#### 2. Absatz:

„... Kinderheilkunde ...“ in „... Kinder- und Jugendmedizin ...“

### 7. Frauenheilkunde und Geburtshilfe

#### 7.B.2.

#### 2. Absatz:

„... Kinderheilkunde ...“ in „... Kinder- und Jugendmedizin ...“

### 8. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

#### 2. Absatz:

#### Weiterbildungszeit:

„... Kinderheilkunde ...“ in „... Kinder- und Jugendmedizin ...“

### 10. Herzchirurgie

#### 2. Absatz:

#### Weiterbildungszeit:

„... Kinderheilkunde ...“ in „... Kinder- und Jugendmedizin ...“

### 11. Humangenetik

#### 2. Absatz:

#### Weiterbildungszeit:

„Kinderheilkunde“ in „Kinder- und Jugendmedizin“

### 12. Hygiene und Umweltmedizin

#### 2. Absatz:

#### Weiterbildungszeit:

„Kinderheilkunde“ in „Kinder- und Jugendmedizin“

### 13. Innere Medizin

#### 2. Absatz:

#### Weiterbildungszeit:

„Kinderheilkunde“ in „Kinder- und Jugendmedizin“

### 13.C.8. 2.

#### 2. Absatz:

„... Kinderheilkunde ...“ in „... Kinder- und Jugendmedizin ...“

### 14. Kinderchirurgie

#### 2. Absatz:

#### Weiterbildungszeit:

„Kinderheilkunde“ in „Kinder- und Jugendmedizin“

### 15. „Kinderheilkunde“ in „Kinder- und Jugendmedizin“

#### 1. Absatz:

#### Definition:

1. Zeile: „Kinderheilkunde“ in „Kinder- und Jugendmedizin“

3. Zeile: „... des Kindes ...“ in „... des Kindes und des Jugendlichen ...“

#### 3. Absatz:

#### Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

„... des Kindes ...“ in „... des Kindes und des Jugendlichen ...“

#### 4. Absatz:

„... Kinderheilkunde ...“ in „... Kinder- und Jugendmedizin ...“

#### 4. Absatz 1. 2. Spiegelstrich:

„... Kindesalter ...“ in „... Kindes- und Jugendalter ...“

### 15.A.1.

„Kinderheilkunde“ in „Kinder- und Jugendmedizin“

### 15.B.1.

#### 2. Absatz:

#### Weiterbildungszeit:

„Kinderheilkunde“ in „Kinder- und Jugendmedizin“



## 16. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

### 2. Absatz:

#### Weiterbildungszeit:

„Kinderheilkunde“ in „Kinder- und Jugendmedizin“

## 17. Klinische Pharmakologie

### 2. Absatz:

#### Weiterbildungszeit:

statt „Kinderheilkunde“ in „Kinder- und Jugendmedizin“

## 18. Laboratoriumsmedizin

### 2. Absatz:

#### Weiterbildungszeit:

„Kinderheilkunde“ in „Kinder- und Jugendmedizin“

## 19. Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie

### 2. Absatz:

#### Weiterbildungszeit:

„Kinderheilkunde“ in „Kinder- und Jugendmedizin“

## 27. Pathologie

### 2. Absatz

#### Weiterbildungszeit:

„Kinderheilkunde“ in „Kinder- und Jugendmedizin“

## 29. Phoniatrie und Pädaudiologie

### 1. Absatz:

#### Definition:

„Kinderheilkunde“ in „Kinder- und Jugendmedizin“

## 30. Physikalische und Rehabilitative Medizin

### 2. Absatz:

#### Weiterbildungszeit:

„Kinderheilkunde“ in „Kinder- und Jugendmedizin“

## 33. Psychotherapeutische Medizin

### 2. Absatz:

#### Weiterbildungszeit:

„Kinderheilkunde“ in „Kinder- und Jugendmedizin“

### Abschnitt II

#### 1. Allergologie

#### 2. Absatz:

#### Weiterbildungszeit:

„... Kinderärzte ...“ in „... Kinder- und Jugendärzte ...“.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 31.3.2001 beschlossene und vom Hessischen Sozialministerium am 1. und 27. Juni 2001 (Geschäftszeichen: VIII 13 - 18b -02 13 08 ) genehmigte Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen wird hiermit ausgefertigt, im Hessischen Ärzteblatt verkündet und tritt mit der Veröffentlichung in Kraft.

Frankfurt, den 16. Juli 2001

Dr. med. A. Möhrle  
Präsident

## Wir gedenken der Verstorbenen

Privatdozent Dr. med. Einhard Gonsior, Bad Soden-Allendorf  
\* 04.01.1943 † 11.05.2001

Hilde Hahn, Frankfurt  
\* 22.11.1920 † 10.04.2001

Dr. med. Wolf-Dieter Hessel, Korbach  
\* 16.06.1920 † 16.05.2001

Dr. med. Carmen Hildegard Hinze, Darmstadt  
\* 07.07.1914 † 30.05.2001

Dr. med. Helmut Jost, Lorsch  
\* 03.03.1911 † 05.04.2001

Professor Dr. med. Joerg Jürgens, Bad Homburg  
\* 30.06.1918 † 02.01.2001

Dr. med. Otto Kahm, Haina  
\* 12.01.1913 † 29.05.2001

Dr. med. Hans-Joerg Marloff, Rosbach  
\* 11.06.1921 † 04.06.2001

Dr. med. Dieter Müller, Reinheim  
\* 06.08.1943 † 03.06.2001

Dr. med. Adolf Musch, Hanau  
\* 04.01.1917 † 29.05.2001

Dr. med. Waldemar Radny, Reiskirchen  
\* 11.07.1919 † 11.06.2001

Medizinaldirektorin i. R. Dr. med. Clara Schürmann, Frankfurt  
\* 03.11.1914 † 18.02.2001

Professor Dr. med. Werner Sinn, Offenbach  
\* 03.02.1921 † 03.04.2001

Alfred Woltersdorf, Rotenburg  
\* 03.08.1915 † 03.03.2001

## Verlust von Arztausweisen

Arztausweis Nr. HS/M/31/2001, ausgestellt am 21.02.2001, für Dr. med. Bernd Berwanger, Marburg

Arztausweis Nr. HS/K/3169, ausgestellt am 11.07.1995, für Dr. med. Wolfgang Grüny, Bad Frankenhausen

Arztausweis Nr. HS/F/6197, ausgestellt am 03.02.1993, für Dr. med. Thomas Laxy, Frankfurt

Noffalldienstausweis Nr. 004878, ausgestellt am 05.08.1997, für Dr. med. Thomas Laxy, Frankfurt

Arztausweis Nr. HS/G/4130, ausgestellt am 17.12.1997, für Christine Jung, geb. Köttering, Gießen,

Arztausweis Nr. HS/G/4980, ausgestellt am 14.08.2000, für Dr. med. Peter Lüders, Alsfeld

Arztausweis Nr. HS/G/5150, ausgestellt am 17.04.2001, für Dr. med. Katharina Madlener, Bad Vilbel

Arztausweis Nr. HS/F/9326, ausgestellt am 02.12.1999, für Patrick Najm, Oberursel

Arztausweis Nr. HS/G/4460, ausgestellt am 24.06.1998, für Dr. med. Hans Nicolai, Friedberg

Arztausweis Nr. HS/K/3962, ausgestellt am 11.09.1998, für Dr. med. Anne Pracht, Kassel

Arztausweis Nr. HS/W/126/98, ausgestellt am 29.10.1998, für Dr. med. David Rassi-Neto, Obererbach

Arztausweis Nr. HS/F/3332, ausgestellt am 24.04.1986, für Waltraud Soyka, Hanau



# Kassenzärztliche Vereinigung Hessen

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

## Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt-Mitte Fachärztin/Facharzt für Anästhesie (Gemeinschaftspraxisanteil)

## Planungsbereich Bergstraße

Viernheim Allgemeinärztin/Allgemeinarzt  
Rimbach Urologin/Urologe

## Planungsbereich Darmstadt-Dieburg

Reinheim Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

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

## Planungsbereich Frankfurt/M.-Stadt

Frankfurt/M.-Nordwestzentrum HNO-Ärztin/HNO-Arzt  
Frankfurt/M.-Nordend prakt. Ärztin/prakt. Arzt  
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt  
Frankfurt/M.-Gallusviertel prakt. Ärztin/Arzt  
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt  
Frankfurt/M.-Bonames Frauenärztin/Frauenarzt  
Frankfurt/M.-Fechenheim Hautärztin/Hautarzt  
Frankfurt/M.-Innenstadt Internistin/Internist  
Frankfurt/M.-Innenstadt HNO-Ärztin/HNO-Arzt  
Frankfurt/M.-Stadt Frauenärztin/Frauenarzt

## Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Schwalbach/Ts. prakt. Ärztin/Arzt  
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt  
Bad Soden/Ts. Orthopädin/Orthopäde (Gemeinschaftspraxisanteil)

## Planungsbereich Hoch-Taunus-Kreis

Bad Homburg v.d.H. prakt. Ärztin/Arzt  
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt  
Königstein/Ts. Frauenärztin/Frauenarzt (Gemeinschaftspraxisanteil)  
Königstein/Ts. Internistin/Internist

## Planungsbereich Offenbach/M.-Stadt

Offenbach/M. Innenstadt Augenärztin/Augenarzt

## Planungsbereich Offenbach/M.-Land

Mühlheim HNO-Ärztin/HNO-Arzt  
Neu-Isenburg Orthopädin/Orthopäde

## Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Gelnhausen Augenärztin/Augenarzt  
Hanau Kinderärztin/Kinderarzt  
Maintal Kinderärztin/Kinderarzt

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

## Planungsbereich Landkreis Gießen

Gießen Allgemeinärztin/Allgemeinarzt  
prakt. Ärztin/prakt. Arzt

## Planungsbereich Vogelsbergkreis

Alsfeld Nervenärztin/Nervenarzt

## Planungsbereich Wetteraukreis

Wölfersheim Allgemeinärztin/Allgemeinarzt  
prakt. Ärztin/prakt. Arzt  
Bad Nauheim praktische Ärztin/praktischer Arzt  
Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin (Gemeinschaftspraxisanteil)

Bad Vilbel  
Rosbach

Orthopädin/Orthopäde  
praktische Ärztin/praktischer Arzt  
Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin

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

## Planungsbereich Landkreis Fulda

Fulda Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

## Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel Internistin/Internist

## Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Melsungen Internistin/Internist

## Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Korbach Internistin/Internist

## Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Eschwege Orthopädin/Orthopäde

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

## Planungsbereich Limburg-Weilburg

Limburg Fachärztin/Facharzt für Kinderheilkunde

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

## Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Wetter Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

**Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Arzteblattes an die Kassenzärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Marburg, Raiffeisenstraße 6, 35043 Marburg zu senden**

## Planungsbereich Rheingau-Taunus

Oestrich-Winkel Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

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

Die Kassenzärztliche 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

**Kassenzärztliche 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.