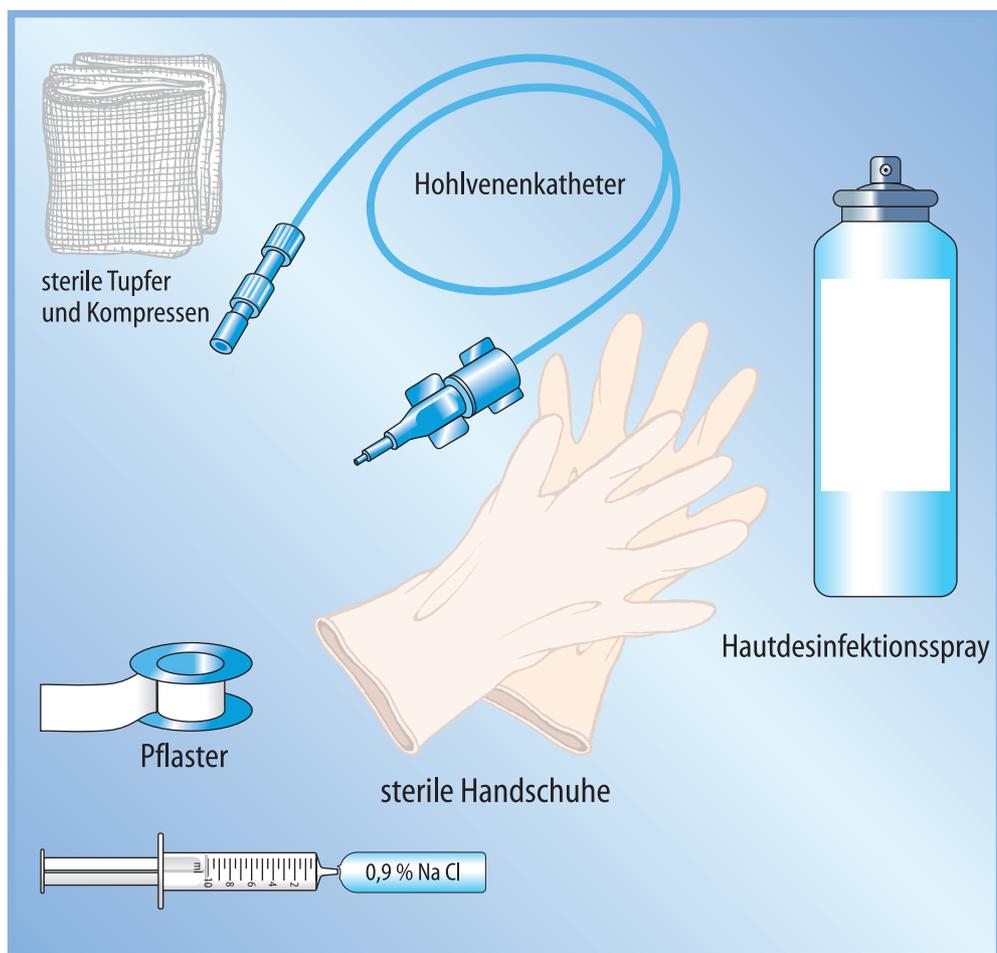
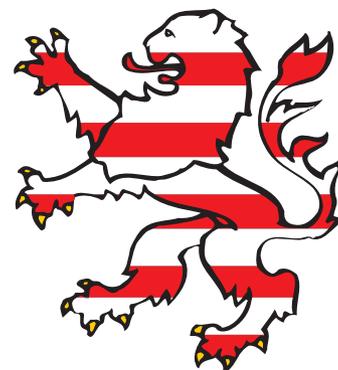


Hessisches Ärzteblatt

9/2001

September 2001
62. Jahrgang



© Rettungsassistent und Rettungsassistenten, 6. überarbeitete und erweiterte Auflage von B. Gorgaß

Auch im Internet:
www.laekh.de

Warum sind Ärzte
so unzufrieden?

Individuelle ambulante
Asthma-Schulung,
ein neues Konzept

Der Patient im Schock

Patienten suchen und fin-
den Gesundheitsinforma-
tionen im Internet

Störfall der Hoechst AG
vom Februar 1993

Wird unser krankes Gesundheitssystem endlich geheilt?

Unser Gesundheitssystem ist krank, sehr krank. Und zwar schon seit vielen Jahren, wir können also ohne weiteres sagen, daß es chronisch krank ist. Zuerst hat man versucht, durch Behandlung der einzelnen Symptome Herr über diesen Morbus zu werden, aber das half, wie immer in solchen Fällen, nur kurze Zeit. Die Krankheit breitete sich immer weiter aus, und inzwischen steckt der Patient in einer tiefen, tiefen Krise.

Die Lage ist so ernst, daß man jetzt mit radikalen Mitteln, man könnte sagen mit einer großen Operation, den Patienten zu heilen versucht. Darüber hinaus beschloß man, diesmal weniger auf den Rat der Mediziner zu hören, sondern setzte auf die Gesundheitsökonomie. So ist der Vorsitzende des Sachverständigenrates zwar der Epidemiologe Professor Friedrich W. Schwartz, an der Einführung neuer Systemstrukturen aber war maßgebend der Gesundheitsökonom Professor Karl W. Lauterbach beteiligt. Der Kölner Wissenschaftler ist überzeugt, daß seine Rezepte das marode und malade Gesundheitssystem sanieren werden.

Die verordneten Arzneien heißen RSA (Risikostrukturausgleich) und Disease Management. Der RSA soll die finanzielle Situation der einzelnen Krankenkassen besser steuern, und Disease-Management-Programme sollen für standardisierte Behandlung der sieben Volkskrankheiten, basierend auf der Evidence Based Medicine, sorgen und diese sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich durchsetzen. Die sieben Krankheiten sind: Diabetes mellitus, KHK, Asthma, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Bluthochdruck und Brustkrebs.

Lauterbach begründet sein Rezept wie folgt: "Die Kosten im Gesundheitswesen können nur beeinflusst werden über die Kranken, nicht bei den Gesunden, an die sich Angebote von Grund- und Wahlleistungen richten." Seiner

Meinung nach gibt es zwei Wege, um Kosten zu sparen. Entweder „kassiere ich bei den Kranken ab“, also die Zahlungen müssen erhöht werden, oder aber man verbessert die Betreuung der chronisch Kranken. Das wäre deshalb so wichtig, weil die chronisch kranken Patienten zwar nur 20 % der Versicherten ausmachen, aber 80 % der Kosten im Gesundheitswesen verursachen. Ergo postuliert Lauterbach: „Kostensenkung geht nur durch bessere Versorgung der chronisch Kranken, und für die gibt es keine privaten Zusatzversicherungen.“

Professor Jörg-Dietrich Hoppe, der Präsident der Bundesärztekammer, zeigte sich stark verärgert über diese Äußerungen vor der Presse in Berlin und nannte sie „überhitztes Sommertheater und Sommerloch-Attacke“. Lauterbachs Thesen klängen zwar populär und dogmatisch, seien aber wenig aufschlußreich. „Wer auf Teufel komm raus sparen will und die Preise drückt, braucht sich nicht zu wundern, wenn früher oder später die Qualität den Bach runtergeht“, davon ist Hoppe fest überzeugt. Die Debatte um die Qualität der Versorgung sei untrennbar mit der Finanzierung des Gesundheitswesens verbunden, sagte der BÄK-Präsident.

Der Vorsitzende des Sachverständigenrates Professor Friedrich W. Schwartz ist nicht ganz so radikal wie sein Kölner Kollege. Er will die Kassenleistungen erst noch genauer überprüfen und plädiert dafür, daß die Absicherung bei privaten Unfällen überdacht wird. Er fordert spezielle Unfallpolicen für Fußballer, Skifahrer oder Kraftfahrer. Die gesetzliche Krankenversicherung gebe 6 % ihrer Mittel für Unfälle aus, die meist selbst verursacht seien. Schwartz findet

auch kritische Worte für die Politiker: „Ich halte angesichts der Kassenlage der Krankenkassen die politischen Versprechungen einer unantastbaren Vollversorgung nicht für redlich. Natürlich gibt es im Gesundheitswesen einen Kern von Leistungen, die Leben und nachhaltige Gesundheit der Versicherten berühren.

„Ich halte angesichts der Kassenlage der Krankenkassen die politischen Versprechungen einer unantastbaren Vollversorgung für nicht redlich.“

Friedrich W. Schwartz

Hier darf ein im Sinne der Weltgesundheitsorganisation „regulierter“ Wettbewerb nur dafür sorgen, daß die betreffenden Leistungen effizienter, also besser und

kostengünstiger, erbracht werden...“

Die vom Sachverständigenrat vorgeschlagenen Disease-Management-Programme sollen auf freiwilliger Basis 2003 in Kraft treten. Sie sollen durch das Bundesversicherungsamt (BVA) überwacht werden, dem die Krankenkassen ihre Programme vorlegen müssen, damit sie die Zertifizierung und Akkreditierung bekommen. Die Kassen, die sich an Disease-Management-Programmen beteiligen, werden finanziell mit Geldern aus dem RSA unterstützt.

Die ärztlichen Körperschaften sehen die Pläne sehr skeptisch. Da im Gesetz nur die Krankenkassen erwähnt sind, fürchten sie, daß man ökonomischen Zwängen viel zu viel Wert beimessen wird und das medizinische Know How zu kurz kommt. Zwar werde man den Leitlinien gemäß der Evidence Based Medicine folgen, diese aber auf sehr niedrigem Level belassen und im Endeffekt würden die Patienten eher schlechter behandelt werden. Man versichere zwar, daß die Kassen den Rat der Mediziner einholen werden, nur könne es durchaus sein, daß die Rat gebenden Mediziner Angestellte der Krankenkassen seien, die mehr um das Wohl ihrer Arbeitgeber als das der Versicherten bedacht sein wer-

den... Die Lage ist ernst. Es ist nicht ausgeschlossen, daß ausgerechnet die großen Kassen AOK, BEK und DAK in der heißen Wahlkampfphase des nächsten Jahres aufgrund massiver Defizite ihre Beiträge stark erhöhen müssen. Das macht der Gesundheitsministerin Ulla Schmidt große Sorgen. So hat sie Ende Juli angekündigt, daß es Erwägungen gebe, die Disease-Management-Programme von vier der sieben Volkskrankheiten, und zwar Diabetes, KHK, Bluthochdruck und Brustkrebs, um ein halbes

Jahr – etwa auf Mitte 2002 – vorzuziehen. Doch kaum wurde das bekannt, meldete sich der Präsident des Bundesversicherungsamts, Rainer Daubenbüchel, und erklärte in einem Presseinterview, daß „eine finanziell wirksame Umsetzung der Reform vor dem Jahr 2003 kaum möglich sein werde“. Er begründet das damit, daß das BVA als zentrale Kontrollinstanz im geplanten neuen Verteilungssystem nach dem Willen des Gesetzgebers „Völliges Neuland“ betreten müsse. „Wir werden die nötigen perso-

nellen und fachlichen Kapazitäten erst aufbauen müssen“ – so der Präsident der BVA.

Wie genau die geplanten Umstrukturierungen endgültig aussehen und beschlossen werden, wird die Ärzteschaft erst nach den Bundestagsberatungen im Herbst erfahren. Es wird mehr Veränderungen geben, als den Ärzten lieb sein dürfte. Eins jedenfalls scheint sicher zu sein: Für viele wird ihr Berufsleben in Zukunft nicht leichter werden.

Siegmond Kalinski

Übersetzung des Textes aus dem BMJ

Warum sind Ärzte so unzufrieden ?

Hierfür gibt es wahrscheinlich viele, auch schwerwiegende Gründe

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, der Blick über die Grenze weitet erfahrungsgemäß das Gesichtsfeld. Wir veröffentlichen deshalb hier einen Artikel im „British Medical Journal“ über die Unzufriedenheit der Ärzte, der von Herrn Dr. Herholz, Leiter der Stabsstelle „Qualitätssicherung“ der KV Hessen, übersetzt wurde. In England war das Echo auf die Veröffentlichung so stark, dass allein beim „British Medical Journal“ 90 Leserbrief eingegangen sind. Wir halten den Artikel für ausgezeichnet, weil er die Grundprobleme eines Gesundheitswesens zeigt, in dem seit langem rationiert wird – eine Situation, die wir ebenfalls seit einigen Jahren kennen.

Die Ärzte sind vor allem deshalb mit dem System unzufrieden, weil sie nicht mehr bereit sind, das als marode angesehene Gesundheitssystem weiter gegenüber ihren Patienten zu verteidigen. Die Patienten fühlen sich in einem rationierten Gesundheitswesen unterversorgt. Davon unabhängig sind die Ansprüche an das Arzt-/Patientenverhältnis unverändert hoch und können von den Ärzten in diesem System auch nicht mehr befriedigt werden.

Ärzte sind unzufrieden. Zwar sind sie nicht permanent unzufrieden, doch geht es bei Treffen von Ärzten in ihren Gesprächen in erster Linie um ihr Elend und um eine baldige Aufgabe ihres Berufes. Zahlreiche Umfragen haben diesen Zustand festgestellt. Die Diskussion über eine massenweise Berufsaufgabe von Hausärzten im natio-

nal britischen Gesundheitssystem ist ein weiteres Indiz. Die britische Regierung wird hierdurch wachgerüttelt; sie erkennt, dass ein Gesundheitssystem, welches mit demoralisierten Ärzten arbeitet, im Grunde nicht funktionieren kann. Mehr Mitbestimmung bei den Leistungserbringern an der Front - das war die Antwort der Regierung. Nur:

Die Politik tut unverändert so, als wäre das Problem nicht aufgetreten und leidet unter einem erheblichen Wahrnehmungsdefizit.

Aus diesem Artikel ist eine Konsequenz zu ziehen: Ärzte und Patienten befinden sich in einem Boot, und sie dürfen sich nicht durch politische Vorgaben auseinander dividieren lassen.

Natürlich muß man bei der Lektüre bedenken, daß im staatlichen Gesundheitswesen Englands die Politik direkt in die Versorgung eingreift, während bei uns in Deutschland noch die Krankenkassen zwischengeschaltet sind.

Es drängt sich die Frage auf, was aus einem Gesundheitswesen wird, das rein ökonomisch dominiert ist und bei dem die Kostendämpfung zum einzigen politischen Ziel geworden ist. Was wird dabei aus einer Ärzteschaft, die man permanent auffordert, im Interesse der Ökonomie ihre Leistung zu verweigern?

Dr. H.-F. Spies

1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

ist das die richtige Reaktion? Die Therapie muß, das ist klar, der Diagnose folgen. Doch die Wurzeln der Unzufriedenheit der Ärzte sind zahlreich und gehen tief.

Die offensichtlichste Ursache der Unzufriedenheit der Ärzte ist ihr Gefühl, überarbeitet zu sein und wenig Unterstützung zu erfahren. Sie hören

seitens der Politiker blumige Versprechungen, müssen aber auf der anderen Seite den Patienten erklären, warum das Gesundheitssystem nicht liefern kann, was ihnen versprochen wurde. Zahllos sind die Initiativen, die angekündigt werden. Der Hausarzt hingegen sieht, daß trotz der Abschaffung von Wartelisten für Operationen seine Patienten trotzdem nicht im Krankenhaus aufgenommen werden und überdies die Gesundheitsdienste vor Ort gestrichen werden. Ärzte versuchen hierauf zu reagieren. Allerdings spüren sie, daß sie eher das System bekämpfen, als daß das Gesundheitssystem sie unterstützt.

Die Ärzte im nationalen britischen Gesundheitssystem stellen die letzten Überlebenden eines sozialistisch inspirierten Systems dar. In einer Ge-

sellschaft, die einem Geschäftsmann 500.000 Pfund pro Jahr zugesteht, öffentlichen Bediensteten hingegen 10.000 Pfund zahlt, versuchen sie den sozialen und gesundheitlichen Schaden zu überbrücken, den solch eine gesellschaftliche Spaltung verursacht. Es ist eine schwierige, wenn nicht gar unmögliche Aufgabe. Das Schlimmste dabei ist, daß dies vor dem Hintergrund einer negativen Medienkampagne unternommen wird. Dr. Kildare wurde durch Dr. Shipman ersetzt – die Zahl fataler Fehler überwiegt bei weitem die wenigen positiven Nachrichten.

Die Kabinettsmitglieder blicken auf das Gesundheitssystem und begreifen das Ganze nicht mehr. Die finanziellen Ressourcen werden vergrößert. Hausärzte haben mehr Zeit

für ihre Patienten als noch vor 20 Jahren. Ärzte werden mehr und mehr eingespannt, das Gesundheitssystem am laufen zu halten – als Zaren, Chefärzte oder Mitglieder von Hausarzt-Netzen. Dutzende von Initiativen – sog. „nationale Gesundheitsnetzwerke“ und „Gesundheitsaktionen“ – werden entwickelt, um den Problemen zu begegnen, welche Ärzte schon seit Jahren benannt haben. Die Minister arbeiten dabei härter als jeder Andere – kreuz und quer reisen sie durchs Land, führen den Vorsitz in Sondereinheiten, erledigen ihre ministeriellen Arbeiten am Morgen und beantworten parlamentarische Anfragen am Nachmittag, führen Sprechstunden am Samstag morgen durch.

Minister neigen deshalb dazu, die Unzufriedenheit der Ärzte als eine Reaktion auf den Machtverlust, den allgemeinen Wandel des Systems sowie auf die zunehmende Verantwortlichkeit zu deuten. Es ist unmöglich, die gestiegene Verantwortlichkeit rückgängig zu machen. Es handelt sich dabei um ein weltweites Phänomen, welches nicht nur Ärzte betrifft. Ebenso wenig können sich Minister vorstellen, daß der Systemwandel verlangsamt wird. Sie leben in einer Welt, in der die Eskalation der Versprechen Routine geworden ist. Daher werden Minister wieder dazu übergehen, die Bürokratie mit einem Schlag wegzufegen und den Leistungserbringern an der Front mehr Macht zuzugestehen.

Die Mitarbeiter des Gesundheitswesens hingegen wünschen ein besseres Management im System, sind jedoch selbst nicht die geeignete Gruppe, dies umzusetzen.

Und hier nähern wir uns den tieferen Wurzeln des Problems – dem Missverhältnis zwischen dem, wofür Ärzte ausgebildet werden und dem, was später von ihnen gefordert wird. Julian Tudor Hart, ein Hausarzt, der seine Tätigkeit kürzlich aufgab, beobachtete, daß das Medizinstudium ihn nicht besonders gut auf seine Tätigkeit als Assistenzarzt im Krankenhaus

Ärzte und Patienten: Neu-Definition einer Beziehung

Die falsche Beziehung aus Sicht der Patienten

- Die moderne Medizin leistet bemerkenswertes: Sie kann viele meiner Probleme lösen
- Du, der Arzt, kannst in mich hineinsehen und erkennst, was falsch ist
- Du weißt alles, was man wissen muss
- Du kannst meine Probleme lösen, sogar meine sozialen Probleme
- Daher gewähren wir Dir einen hohen Status und ein hohes Einkommen

Die falsche Beziehung aus Sicht der Ärzte

- Die moderne Medizin hat ihre Grenzen
- Noch schlimmer: sie ist gefährlich
- Wir können nicht alle Probleme lösen, besonders nicht die sozialen
- Ich weiß nicht alles, aber ich weiß, wie schwierig vieles ist
- Die Balance zwischen helfen und schaden ist schwierig
- Ich halte hierzu lieber meinen Mund, um meine Patienten nicht zu enttäuschen und meinen Status nicht zu gefährden

Die neue Beziehung

Patienten und Ärzte wissen gleichermaßen

- Tod, Krankheit und Schmerzen sind Teil des Lebens
- Medizin hat ihre beschränkten Möglichkeiten, besonders beim Lösen sozialer Probleme und ist zudem riskant
- Ärzte wissen nicht alles: Sie brauchen Unterstützung bei der Entscheidungsfindung sowie psychologische Hilfen
- Wir sitzen alle in einem Boot
- Patienten können ihre Probleme nicht bei Ärzten abgeben
- Ärzte sollten ihre Grenzen kennen
- Politiker sollten blumige Versprechungen unterlassen und sich mit der Realität auseinandersetzen

vorbereitete. Die Tätigkeit im Krankenhaus wiederum bereitete ihn nicht gerade gut auf seine Aufgaben als niedergelassener Allgemeinarzt vor. Mit anderen Worten: Er begann 3 Mal seine Ausbildung als Arzt. Die jetzige Situation ist jedoch noch extremer. Ärzte, die in der Pathophysiologie, Diagnostik und Behandlung geschult wurden, müssen sich mehr denn je Themen widmen wie Management, Verbesserung der Finanzen, Jura, Ethik und Kommunikation. Luke Fildes' Gemälde aus dem 19. Jahrhundert zeigt einen nachdenklichen Arzt, der sich alleine mit einem kranken Kind beschäftigt. Dieses Bild kann nun ersetzt werden durch einen zermürbten Arzt, der versucht, seinen Wagen pünktlich für ein Meeting zu parken. Das Honorar, welches er für die Behandlung eines kranken Kindes erhält, unterscheidet sich von dem, welches es für die Teilnahme an dem Meeting erhält, bei dem es um die Behandlung eines kranken Kindes im Gesundheitssystem geht. Christian Koeck – Arzt und Professor

für Gesundheitspolitik, Mitglied des BMJ-Redaktionsstabes – sieht das Problem tieferliegend: Das intellektuelle Modell der Medizin sei falsch. Statt einer Ausbildung in der Anwendung naturwissenschaftlicher Prinzipien auf die Behandlung von Krankheiten sollten Ärzte lieber als Manager des Wandels trainiert werden. Dadurch könnten Ärzte bei der Bewältigung von Krankheit, Schmerzen und Tod, den zentralen Bestandteilen des menschlichen Lebens, helfen.

Das Arzt- / Patientenverhältnis ist ein weiterer Schlüssel für das Verständnis der Unzufriedenheit der Ärzte. Oft wird über den Rollenwechsel der Ärzte von der Autorität hin zum Partner des Patienten gesprochen – manche empfinden diesen Wechsel als beunruhigend. Der Wechsel dürfte allerdings noch viel fundamentaler sein, als es zunächst scheinen mag. Möglicherweise verändert sich derzeit eine falsche Beziehung zwischen Arzt und Patient hin zu einer realistischeren Beziehung. Häufig sind sich Ärzte ihrer Grenzen

und dem, was sie erreichen können, sehr bewußt. Patienten hingegen haben oft überzogene Vorstellungen von der Macht der Medizin – was wiederum mit Übertreibungen der Ärzteschaft zusammenhängt (s. Tabelle). Die negative Berichterstattung in den Medien spiegelt lediglich die gesellschaftliche Bewußtwertung hinsichtlich der begrenzten Möglichkeiten der Ärzte und der Medizin wieder. Auch wenn es unbequem ist: Diese Entwicklung führt hoffentlich zu einer ehrlicheren, emanzipierteren und letztlich erträglicheren Beziehung.

Richard Smith, Herausgeber des BMJ
Die Übersetzung erfolgte durch Herrn Dr. med. Harald Herholz, MPH mit Erlaubnis der BMJ Publishing Group, London. (British Medical Journal, 5. Mai 2001, Vol. 322, Seite 1073 bis 1074).

Frankfurt, 27. Juli 2001

gez. Dr. med. Harald Herholz, MPH/Schn

Mit meinen Augen

Die Liebe schwächt das Denken

Liebe macht blind. Liebe macht krank. Das ist nichts neues, das ist schon seit Menschengedenken bekannt. Schon in der Bibel können wir lesen, daß Jakob sehr in Rahel verliebt war und daß Laban das ausnutzte, ihm zuerst Lea zur Frau gab und daß Jakob weiterhin noch für ihn schuften mußte...

Daß Liebe Menschenleben verändert, ist auch eine altbekannte Weisheit, sonst wären uns unzählige Meisterwerke der Weltliteratur und die Musterbeispiele von Liebenden, wie die Paare Hero und Leander, Tristan und Isolde sowie selbstverständlich Romeo und Julia, vorenthalten worden.

Daß Liebe auch das Denkvermögen verändern kann, ist im täglichen Leben oft zu beobachten, aber das sind ja empirische Erfahrungen ohne den Nachweis eines wissenschaftlichen Beweises. Jetzt aber haben wir Beweise – dank der Untersuchungen des Schweizer Hirnforschers Andreas Balzer. Einer Meldung in der „Deutschen-Gesundheits-

Korrespondenz“, herausgegeben durch das Deutsche Grüne Kreuz, war zu entnehmen, daß entsprechende Untersuchungen am University College of London durchgeführt worden sind: Mittels Kernspintomographie untersuchte Balzer 17 „unsterblich“ Verliebte, die beim Anblick ihrer Auserwählten sehr starke Reaktionen zeigten. Insbesondere die Gehirnregionen waren beteiligt, die für Aufmerksamkeit, Gedächtnis und kognitive Eigenschaften verantwortlich sind. Dazu verminderten die für Angstgefühle zuständigen Hirnareale ihre Aktivitäten ganz erheblich, was in der Folge zu eingeschränkter Vorsicht führen kann...

Jetzt ist uns schon manches verständlicher. Jetzt wissen wir, warum viele unserer Politiker so viele Fehler machen. Wahrscheinlich, weil auch sie „unsterblich“ verliebt sind. Deswegen ist ihr Denkvermögen etwas eingeschränkt und ihr Tun so wenig erfolgreich. Auch der empirische Beweis dafür ist vorhanden: Seit die große Liebe unseres Verteidigungsmini-

sters Rudolf Scharping zu seiner Gräfin Piliati bekannt ist, geht es mit der Bundeswehr bergab. Von Scharpings Liebe wissen alle, aber daß so viele andere auch dermaßen verliebt sind?

Seitdem es Trend ist, sich als Homosexueller zu outen und Schwulen und Lesben offen ihre Liebe zeigen, darf man für manch' bekannten Fehler und Mißgriff mehr Verständnis haben...

Über Gefühle und Liebesleben unserer Gesundheitspolitiker und ärztlichen Funktionäre ist nicht viel bekannt. Man wundert sich nur, warum unser Gesundheitssystem so viele Lücken hat und in einer solch großen Krise steckt. Jetzt ist alles verständlicher: Wahrscheinlich sind auch unsere Gesundheitspolitiker und die ärztlichen sowie Krankenkassenfunktionäre „unsterblich“ verliebt. Man sollte ihnen das auch gönnen. Nur bei aller Liebe und alle Liebe in Ehren – müssen deswegen die armen Patienten leiden? (skiz)



Individuelle ambulante Asthma-Schulung, ein neues Konzept

Hermann Lindeman

Hintergrund

Die konventionelle Asthma-Schulung wird mit beträchtlichem personellen und organisatorischen Aufwand als mehrstündiger Gruppenunterricht für Patienten (und Angehörige) durchgeführt, bei der ein Team bestehend aus Arzt, Physiotherapeut bzw. Sportpädagoge, Psychologe und Schulungskraft eingesetzt wird, um u.a. verhaltens- und familientherapeutische Aspekte zu verfolgen [3]. Dieser Gruppenunterricht ist entsprechend kostenintensiv und erfaßt nur einen kleinen Teil der Patienten. In den letzten Jahren hat sich zudem herauskristallisiert, daß es nicht damit getan ist, eine einmalige aufwendige Schulungsmaßnahme durchzuführen [1,2]. Eine dringend wünschenswerte Nachschulung ist per Gruppenunterricht allerdings nur selten realisierbar. Es verwundert daher nicht, daß ein Großteil der Asthma-Patienten mit der derzeitigen Situation unzufrieden ist, wie eine kürzlich durchgeführte Umfrage der Deutschen Atemwegsliga in Zusammenarbeit mit der DAK ergab.

In einer prospektiven Studie wurde in Gießen eine individuelle und rationelle Patientenschulung bei 534 Kindern und Jugendlichen mit Asthma sowie ihren Angehörigen durchgeführt. Sie hat sich inzwischen sehr bewährt und wird von den Patienten und Angehörigen gut angenommen.

Vorgehen bei der individuellen Asthma-Schulung

Ausgangspunkt ist eine sorgfältige Bestandsaufnahme der aktuellen Situation. Anhand einer „Checkliste“ wird bei jeder Vorstellung die bisherige Diagnostik und Therapie des Asthma-Patienten notiert bzw. ergänzt (Tab. 1). Unmittelbar im Anschluß an die ärztliche Untersuchung und Therapieverordnung erfolgt

Tab. 1: Evaluation des Krankheitsverlaufs und des Schulungserfolgs

Schweregrad des Asthma	
Ergänzende Diagnostik ?	
Krankheitsverständnis: Bronchospasmus, (chron.) Entzündung, zäher Schleim	
Rhinitis (rezid./chron.)	
Beschwerden (Husten, Atembeschwerden), ausgelöst durch	
- Atemwegsinfektionen	
- Sport/körperl Belastung	
- unspezifische Reize	
- Allergene	
- Emotionen / psych. Belastung	
Medikament	
- abgesetzt / reduziert	
- falsch inhaliert	
- DNCG/Nedocromil	
- Antileukotrien	
- Kortison, inhalativ	
- Kortison, systemisch [rektal, oral] (passager/kontinuierlich)	
- Bronchodilatator kurzwirksam langwirksam	
Sanierung gut (./) / mäßig (+) / schlecht (-)	
- Rauchen in Wohnung	
- Tiere im Haus (w = weiterhin)	
- Bett / Schlafz. d. Patienten (Matratze, Kissen, Zudecke; Encasing ?)	
- feuchte Wände	
- Gummibaum, Ficus Benjamins	
- Teppiche (langflorig)	
- Heizung (Gas-, Kachelofen, Kamin)	
- Staubsauger (Feinstaubfilter ?)	
Klinik-Behandlung nötig (kürzlich)	
Reha.-Maßnahme (kürzlich)	
Atemnotsituation: mögliche Ursache ?	
Fehltag (Kindergarten/Schule)	
Klinischer Befund	
- AZ, Giemen/Brummen,	
- Besonderheit	
Krankheitsverlauf (retrospektiv) sehr gut (++) / gut (+) / schlecht (-)	
Schulungsschwerpunkt(e)	
Schulungsdauer (min)	



Tab. 2 Anforderungsbogen und Dokumentation des Schulungsbedarfs bei Asthma

Schulungsbedarf	(Datum:)
- Neudiagnose - Folgebehandlung	
Akzeptanz der Krankheit	
Krankheitsmechanismen	
Auslöser der Beschwerden	
Sanierungsmaßnahmen, Expositionsprophylaxe	
Wirkmechanismen und Wirkdauer der Medikamente	
Inhalationstechnik	
Inhalierhilfen und ihre Wartung	
Verhalten bei akuter Verschlechterung, ggf. einschl. Peak-Flow-Protokoll (nicht-medikamentös, medikamentös)	
Beurteilung:	
Unterschrift des Arztes:	
Unterschrift der Schulungskraft:	
Unterschrift des Erziehungsberechtigten:	
Unterschrift des mündigen Patienten:	

die auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten und seiner Begleitperson(en) ausgerichtete erste Asthmaschulung. Die wichtigsten Schulungsinhalte sind Tabelle 2 zu entnehmen. Die Schulung erfolgt zu etwa gleichen Teilen durch den Arzt und eine spezielle Schulungskraft. Sie erfordert bei der Basisschulung einen gesamten zeitlichen Aufwand von etwa 30 min, bei der Nachschulung – je nach Defizit – ca. 10 min.

Nach der Schulung, Erörterung der individuellen Situation und Aufstellung eines (schriftlichen) Behandlungsplans werden der Familie zur Rekapitulation aller wichtigen Aspekte ein Merkblatt über Asthma und eine Patienten-Broschüre ausgehändigt. Durch ein Asthma-Quiz wurde das Interesse der älteren Schulkinder und Jugendlichen gefördert (Tab. 4 [5 b]).

Besonderer Wert wird auf die Einschätzung der Akzeptanz der Krankheit durch Patienten und Eltern gelegt. Letztere werden als „Hilfstrainer“ in die aktive Schulung eingebunden. Ihre Aufgabe ist es, vor allem die demonstrierten

und geübten Inhalationstechniken, die Wartung der Inhalationshilfen sowie eventuelle physiotherapeutische Maßnahmen regelmäßig zu überprüfen. Diese Aspekte sind auch vorrangiger Inhalt der Nachschulung(en), die bei jedem Arztbesuch durchgeführt wird.

Ergebnisse der prospektiven Studie Zur Evaluierung der Einzelschulung wurden gravierende Mängel bei der Erstvorstellung aufgelistet sowie die Einschätzung des Schulungserfolges alle 3 - 6 Monate anhand eines Fragebogens zur

Verlaufsbeobachtung und zur Erfassung der Lebensqualität, des klinischen Untersuchungsbefundes und - soweit möglich - anhand der Lungenfunktion vorgenommen [1,5 c]. Abschließend wurden die Eltern in anonymisierter Form nach ihrem Urteil über diese neue Art der Schulung befragt.

Anlässlich der ersten Vorstellung wurden bei 34,5 % der Patienten diagnostische, bei 56,2 % therapeutische Defizite festgestellt. Ein neues Therapie-Regime und die wiederholte ambulante Schulung erbrachten nach 24 Monaten bei 59,1 % der Patienten im Vergleich zur ersten Vorstellung sukzessiv eine deutliche Besserung.

Diese war u.a. zurückzuführen auf den Einsatz inhalativer Kortikoide bzw. eine Erhöhung der Dosis (58 %), eine Verbesserung der Inhalationstechnik (29 %), eine Verbesserung der Patienten-Compliance (32 %) und eine erfolgreiche Therapie einer vorher unbehandelten chronischen Rhinitis (15 %) bzw. eine Ergänzung der Sanierungsmaßnahmen (10 %). Die am Bedarf orientierte zusätzliche Inhalation - vorrangig von Beta-2-Mimetika vor Sport - führte bei 8 % der Patienten zu einer Linderung der Beschwerden (Abb. 1).

Bei 23,5 % war keine Veränderung des leichten Krankheitsverlaufes, bei 7,9 % eine Verschlechterung gegenüber der ersten Vorstellung zu beobachten. Folgende Ursachen für eine Verschlechterung ließen sich ausmachen:

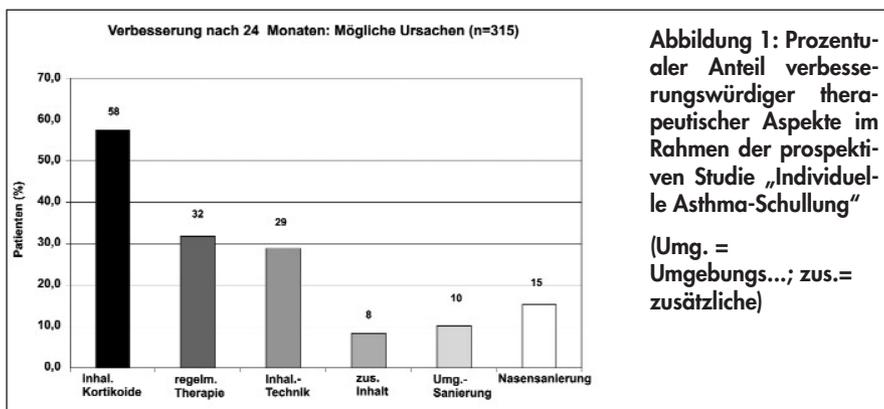
- sporadische Applikation oder Ablehnung von Medikamenten oft als Folge einer schlechten Akzeptanz der Krank-

Tab. 3 Asthma-Schulung: Kriterien für die geeignete Schulungsform

Individuelle Schulung	Gruppen-Schulung
bei Wiedervorstellung: guter oder partieller Behandlungserfolg	bei Wiedervorstellungen: unbefriedigender Krankheitsverlauf
bei Wiedervorstellung: - erkennbare Defizite mit guter Aussicht auf Verbesserungsmöglichkeit, z.B. Inhalationstechnik, sporadische Anwendung, gezielte Sanierung - Fortschritte in der Akzeptanz der Krankheit	Probleme bei Wiedervorstellung: - familiäre Probleme - psychische Probleme - gravierende Verhaltensmängel (Rauchen etc.) - anhaltende Probleme beim Sport
Wunsch nach Reha-Maßnahme („Kur“) der Angehörigen trotz objektiv guten Krankheitsverlaufs	Auf Wunsch ?



Tab. 4 Asthma-Quiz		
Frage	Antwort	Pkt.
1. Wieviele Kinder leiden an Asthma ?	ca. 10 % aller Schulkinder sind inzwischen von Asthma betroffen	5
2. Was versteht man unter (Bronchial-)Asthma?	Eine Überempfindlichkeit der Bronchialschleimhaut, die immer wieder zu Einengungen im Bereich der Bronchien führen.	5 5
3. Wie häufig zweigen sich die Bronchien auf, bevor sie in die Lungenbläschen münden?	Über 20 mal („Bronchialbaum“) (nur 30 bis 50 % der Bronchien lassen sich mittels Stethoskop beurteilen)	5
4. Wie kommt die Einengung der Bronchien zustande?	<ul style="list-style-type: none"> - Verkrampfung der Bronchialmuskulatur („Bronchospasmus“) - Entzündungsbedingte Schwellung der Bronchial-Schleimhaut; - bei chronischer Entzündung: Risiko der Vernarbung und Verhärtung der Schleimhaut - Absonderung zähen Schleims und Ansammlung von Entzündungszellen 	5 5 5 5
5. Wodurch kann die Einengung der Bronchien ausgelöst werden?	<ul style="list-style-type: none"> - Erkältungen (Infekte) - Allergene - unspezifische Reize aller Art (z.B. Mundatmung bei körperlicher Belastung [„Anstrengungsasthma“]; Tabakrauch, Nebel, Staub) - Emotionen und psychische Belastungen 	5 5 5 5
6. Welches sind die wichtigsten nicht-medikamentöse Maßnahmen?	<ul style="list-style-type: none"> - Verzicht auf Tiere mit Fell oder Federn - Verzicht auf Rauchen in der Wohnung - Staubsauger mit Feinstaubfilter - Sanierung feuchter Wände (Schimmelpilze?) - Verzicht auf Gummibäume und Ficus-Arten (erhöhtes Risiko der Latexallergie und verstärkte Schimmelpilzbelastung) - regelmäßiges gründliches Lüften der Wohnung - Ausmerzen von massiven Staubquellen 	5 5 5 5 5 5 5
7. Wie kann man der Hausstaubmilben-Allergie begegnen?	<ul style="list-style-type: none"> - Verzicht auf Tierhaltung - Verzicht auf tierische und pflanzliche Materialien im Schlafzimmer und Bettbereich - evtl. Versiegelung von Kopfkissen und Matratzen mit milbendichtem Material 	5 5 5
8. Welche Behandlungsprinzipien gibt es bei der medikamentösen Behandlung?	<ul style="list-style-type: none"> - Die Bronchialmuskulatur entspannende (Bronchien erweiternde) Mittel, - antiallergisch wirkende und die bronchiale Überempfindlichkeit dämpfende Mittel, - entzündungsdämpfende Mittel, - (gezielt): Hyposensibilisierungsbehandlung 	5 5 5 5
9. Wie lange ist die Wirkdauer der „kurz-wirksamen“ bronchialerweiternden Mittel?	4 - 6 Stunden (bei Entzündungen kürzer)	5
10. Wie lange ist die Wirkdauer der „lang-wirksamen“ bronchialerweiternden Mittel?	10-12 Stunden (bei Entzündungen kürzer)	5
11. Welche Vorsichtsmaßnahmen sind bei der Anwendung inhalierten Kortisons nötig?	<ul style="list-style-type: none"> - Gründliches Ausspülen des Mundes, - bei Säuglingen und Kleinkindern: Reinigung des Gesichtes (Maske!); Mahlzeit nach Inhalation. - Inhalation stets nach bronchialerweiternden Mitteln 	5 5 5
12. Wie groß ist das Risiko von Nebenwirkungen bei inhaliertem Kortison?	- sehr gering (die Dosis beträgt meist nur 1/100 bis 1/1000 eines Kortison-Zäpfchens)	5
13. Welche Maßnahmen sollten ergriffen werden?	<ul style="list-style-type: none"> - Intensivierung der Inhalationstherapie (nach Plan); - ggf. für einige Tage geschlucktes oder über den Darm gegebenes Kortison, - möglichst bald sollte ein Arzt aufgesucht werden. 	5 5 5
Beurteilung des Kenntnisstandes: über 150 Punkte: sehr gute Kenntnisse 120 bis 150 Pkt.: gute Kenntnisse unter 120 Punkte: Die Kenntnisse sollten verbessert werden (Empfehlung: Wiederholung des Quiz, erneute Lektüre des Merkblattes). unter 100 Punkte: Die Kenntnisse müssen dringend verbessert werden (Dringende Empfehlung: Wiederholung des Quiz, erneute Lektüre des Merkblattes).		



heit durch die Eltern oder Patienten;

- eine mangelhafte Inhalationstechnik trotz mehrfacher Korrektur (häufig: mangelnde Ausatmung vor der Inhalation, Mundstück vor den Zähnen !);
- eine inkonsequente Durchführung von Sanierungsmaßnahmen.

Bei der anonymisierten Befragung äußerten sich 99,4 % der Patienten und ihrer Angehörigen mit der Form der individuellen Schulung (sehr) zufrieden. Knapp 4 % der Angehörigen wünschten zusätzlich eine Gruppenschulung, von der sie sich vor allem Kontakt und Erfahrungsaustausch mit anderen betroffenen Familien erhofften.

Fazit

Die wiederholt durchgeführte individuelle ambulante Asthmaschulung stellt somit – zumindest in der Pädiatrie - bei den meisten Asthma-Patienten eine rationelle Möglichkeit und Alternative bzw. Ergänzung zu bisherigen Schulungskonzepten dar. Die überwältigende Mehrheit der Patienten und ihrer Angehörigen sprach sich explizit für diese Form der Schulung und gegen eine zeitlich wesentlich aufwendigere Gruppenschulung aus. Einem eventuellen Wunsch nach Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen kann man dadurch entgegenkommen, daß man den Kontakt zu Selbsthilfegruppen vermittelt.

Der besondere Vorteil der Einzelschulung ist darin zu sehen, daß u.a. durch die persönliche Ansprache eine stärkere emotionale Verankerung der Schulungsinhalte möglich ist und die Compliance besonders gefördert wird. Die Anzahl der Schulfehltag und der stationären

Behandlungstage ließ sich deutlich reduzieren.

Bei der individuellen Schulung wird auf Rollenspiele u.ä. intensive verhaltenstherapeutische Maßnahmen, die ambulant nicht durchführbar sind, bewußt verzichtet. In Einzelfällen - wenn der Krankheitsverlauf trotz regelmäßiger Einzelschulung unbefriedigend ist - wird man für eine (stationäre) Gruppenschulung im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme votieren (Tabelle 3). Dies dürfte sind nach den vorliegenden Daten ca. 8 % der Patienten (Familien) betreffen, von denen wieder etwa die Hälfte jeglicher Therapie unzugänglich ist.

Modell für Hessen

Eine flächendeckende individuelle Asthma-Schulung erscheint in Hessen unter folgenden Umständen realisierbar:

Die Ausbildung interessierter Ärzte und Schulungskräfte könnte man an alle Kliniken mit einem pneumologischem Schwerpunkt delegieren. Eine Hospitation von ca. 2 Wochen Dauer mit Abschlußprüfung wäre m.E. eine ausreichende Grundlage. Die Ausbildungsmodule sind weitgehend bekannt und u.a. per Internet leicht zugänglich zu machen. Weitere Einzelheiten sind der angegebenen „Homepage“ zu entnehmen [5 a]. Die ausbildende Institution könnte später gleichzeitig als Anbindungsstelle dienen, die für die Weiterbildung verantwortlich ist (z.B. 1 Tag Hospitation pro 2 Jahre).

Die Dokumentation der erbrachten Leistung im Rahmen der ambulanten Einzelschulung ist relativ einfach (Tabel-

le 2). Mit der Gegenzeichnung durch alle Beteiligten könnte einem Mißbrauch vorgebeugt werden.

Die für die (mehrstündige) Kurzschulung von Kleingruppen erwachsener Asthmatiker anfallenden Kosten werden pro Jahr mit maximal 1027,- DM pro Patient, der Einspareffekt mit 2133,- pro Patient und Halbjahr angegeben [4]. Die Einzelschulung würde maximal 20 % dieses Betrags erfordern, der Einspareffekt wäre gleich groß. Die Kostenerstattung wäre nach „Basisschulung“ (ca. 30 min) und „Nachschulung“ (ca. 10 min) zu staffeln. Die Amortisierung würde binnen kurzer Zeit spürbar, da bei guter Langzeitbetreuung und -therapie Kinder und Jugendliche mit Asthma nur in Ausnahmesituationen einer aufwendigen stationären Behandlung bedürfen.

Literatur

1. Lindemann H, Riedel F: Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter. Thieme, Stuttgart 2001, 2. Aufl. (im Druck)
2. Müns-Lederer C, Dhein Y, Richter B, Worth H: Evaluation eines ambulanten strukturierten Asthma-Schulungsprogramms für Erwachsene. Pneumologie 2001; 55:84-90
3. Szepansky R: Schulungsprogramme und andere Compliance-unterstützende Maßnahmen. In: Rieger C, von der Hardt H, Sennhauser FH, Wahn U, Zach M (Hrsg): Pneumologie des Kindes- und Jugendalters. Springer, Berlin New York 1999, S. 768-781
4. Worth H: Persönliche Mitteilung 2001. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie, Jena.
- 5 a. www.med.uni-giessen.de/zkh/pneumologie-Arztinfo – „Asthma-Schulung“
- b. www.med.uni-giessen.de/zkh/pneumologie-Laieninfo – „Asthma-Quiz“ bzw. Merkblatt über „Asthma“ bei Kindern“ etc.
- c. www.med.uni-giessen.de/zkh/pneumologie-Forschung – „Individuelle ambulante asthma-Schulung“

Anmerkung der Redaktion: Zu dem beschriebenen Thema kann gegen eine Kostenerstattung für Porto und Verpackung in Höhe DM 4,00 die Broschüre „Aufatmen in Hessen“ bestellt werden.

Projektbüro „Aufatmen in Hessen“ des Dt. Allergie- und Asthmapatientenvereins e. V. der Patientenliga Atemwegserkrankungen e. V. c/o PCM, Wormser Strasse 81 55276 Oppenheim



Suchttherapeutische Qualifikation niedergelassener Ärzte

Kommentar zu der vom Bundeskabinett am 6. Juni 2001 beschlossenen Betäubungsmittelrechtsänderungsverordnung

Die in den letzten Jahren angebotenen Fortbildung der Landesärztekammer, die sich am Curriculum der Bundesärztekammer orientiert, haben für viele niedergelassene Kolleginnen und Kollegen Kenntnisse und Befähigungen im Umgang mit suchtkranken Patienten gefördert. So ist die Resonanz auf das Curriculum Suchtmedizinische Grundversorgung insgesamt positiv einzuschätzen.

Durch die veränderte Gesetzeslage galt es zu klären, inwieweit bisher die bereits seit Jahren substituierenden Ärzte einbezogen werden sollen und mit welcher Übergangslösung sie zu rechnen haben. Die zu erwartende Entscheidung der Landesärztekammer, alle substituierenden Ärzte und Ärztinnen (ausgenommen der psychiatrisch und nervenärztlich tätigen) zur Absolvierung der Fortbildung Suchtmedizinische Grundversorgung heranzuziehen, gab bei manchen betroffenen ärztlichen Kollegen sicherlich spontanen Anlaß zu Unverständnis oder gar Ablehnung.

In Kenntnis und Wertschätzung der seit Jahren schwierigen und erfolgreichen Tätigkeit der substituierenden niedergelassenen Ärzte stellte sich jedoch weniger die Frage nach der Befähigung im Rahmen der Substitution generell, als der strukturellen und inhaltlichen Entwicklung der Süchte und Suchthilfesysteme Rechnung zu tragen, so daß letztlich eine Notwendigkeit zu dieser Fortbildungsmaßnahme gesehen wird.

In einer Gesellschaft mit über zwei Millionen abhängigen Alkoholkonsumenten, ca. fünf Millionen riskanten Alkoholkonsumenten, ca. 1,4 Millionen Medikamentenabhängigen, von denen zwei Drittel Frauen sind, und etwa sieben Millionen nikotinabhängigen Patienten, muß der Blick über den Tellerrand der

Art der Einrichtung in Hessen	Anzahl
Hauptamtliche Fachstellen für Suchtprävention:	27
Beratungsstellen/Fachambulanzen für Suchtkranke: (davon 40 Einrichtungen mit der Anerkennung der Rentenversicherer zur Durchführung von ambulanter Rehabilitation)	170
Externe Drogenberatung in Justizvollzugsanstalten:	10
Krisenzentren für Abhängige von illegalen Drogen	15
Stationäre Therapieeinrichtungen für Suchtkranke:	35
Ausbildungs- und Arbeitsprojekte für Suchtkranke:	18
Wohnprojekte für Suchtkranke:	73
Entgiftungseinrichtungen mit dem Angebot eines qualifizierten Entzugs:	24
Anzahl der Selbsthilfegruppen im Suchtbereich:	800
Elternkreise (Selbsthilfegruppen für Eltern mit süchtigen Kindern):	18

Suchthilfeverbundsystem Hessen (HLS)

Behandlung von Patienten mit Abhängigkeiten von „harten illegalen“ Drogen weiter geschärft werden. Ganz zu schweigen von den nicht stoffgebundenen Süchten (Anorexie, Fettsucht, Spielsucht etc.) und den neuen Süchten (z. B. Internetsucht und Handysucht), mit denen wir uns erst allmählich beginnen kritisch auseinander zu setzen. Gerade beim niedergelassenen Arzt ergeben sich Möglichkeiten und Chancen, frühzeitig in Suchtentwicklungen und Suchtverläufe einzugreifen und durch gezielte Interventionen Hilfestellungen anzubieten.

Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, daß gerade bei den nicht psychiatrischen und nervenärztlichen Kollegen das Suchtverständnis und die damit verbundenen Behandlungsmöglichkeiten erheblich zugenommen hat. Allerdings erkennen wir weiterhin erhebliche Mängel z. B. was die Kenntnis bezogen auf die Behandlungsmöglichkeiten im Sinne der strukturellen Vorgaben angeht. Was leisten Fachambulanzen und Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstellen wirklich? An welcher Stelle ist eine stationäre Rehabilitation sinnvoll. Wie

können Betriebe und Arbeitgeber noch effektiver in das Herauswachsen aus einer Sucht einbezogen werden? Welche Hilfe muß es für Angehörige geben? Und was leisten die Selbsthilfegruppen?

Der im Suchtbereich seit vielen Jahren aufgebaute Behandlungsverbund ist in der Behandlung als strukturelle Vorgabe einzigartig. Bei keiner anderen Erkrankung kann auf ein so umfassendes, differenziertes Hilfesystem zurückgegriffen werden. Und wir alle wissen in der Behandlung von Suchtkranken, wie schwierig, fast aussichtslos es häufig ist, wenn wir alleine versuchen, mit dem Suchtkranken nach geeigneten Wegen zu suchen. In der Akzeptanz des umfassenden Hilfesystems und einer weiter auszubauenden und verbesserten Kooperation liegen letztlich die Chancen Suchtkranke noch früher zu erreichen und damit Suchtverläufe erheblich abzukürzen.

Zur Dimension der Ressourcen des Suchthilfeverbundsystems in Hessen, die natürlich auch Ärzten zur Verfügung stehen, sei auf die obige Tabelle der Hessischen Landesstelle gegen die Suchtgefahr (HLS) verwiesen.



Auch wenn die anstehende Entscheidung der Landesärztekammer im Einzelfall vielleicht als ungerecht erlebt werden sollte, ist sie insgesamt positiv zu bewerten, da damit der ärztlichen Verantwortung in unserer Gesellschaft, die uns allen in der Prävention, Behandlung und

Nachsorge Suchtkranker zukommt, Rechnung getragen wird.

Dr.med. C. Schmid
Arzt für Psychiatrie
-Psychotherapie-

Ärztlicher Leiter der Klinik
Schloß Falkenhof
Postfach 1316
64625 Bensheim

Siehe hierzu auch Arikel
15. BTMÄndV auf Seite 446.

Zum Infektionsschutzgesetz nachgefragt:

Meldung bei Krankenhauspatienten

Im RKI werden Fragen zum IfSG gesammelt, deren Klärung aus der Sicht der Gesundheitsbehörden von allgemeinem Interesse ist. Wichtige Antworten werden im Epid. Bull. publiziert. Heute weiteres zum Meldeverfahren:

Wer ist für einen an einer meldepflichtigen Erkrankung erkrankten stationären Patienten eines Krankenhauses meldepflichtig gegenüber dem Gesundheitsamt – der betreuende Arzt oder das Labor des Krankenhauses?

Grundsätzlich sieht das IfSG zwei Meldeschienen vor. Zum einen die Meldung von Erkrankungen (einschließlich der Verdachtsmeldung) durch den betreuenden Arzt nach § 6 IfSG und zusätzlich die Meldung po-

sitiver labordiagnostischer Nachweise einer akuten Infektion durch die diagnostizierende Einrichtung (z. B. Zentrallabor eines Krankenhauses) nach § 7 IfSG. Der Begriff „akute Infektion“ bezieht sich für die Meldung nach § 7 IfSG nicht notwendigerweise auf Symptome des Patienten, vielmehr ist hiermit der positive Befund eines labordiagnostischen Tests gemeint, der auf eine akute Infektion hinweist (z. B. direkter Erregernachweis, IgM-Nachweis). Nach § 9 Abs. 3 IfSG muß diese Meldung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 24 Stunden nach erlangter Kenntnis dem zuständigen Gesundheitsamt gemeldet werden.

Eine Verknüpfung der Meldungen aus Labor und von der Station eines Krankenhauses zu einer kombinierten Meldung (nach § 6 und § 7 IfSG)

für einen Krankenhauspatienten birgt unweigerlich die Gefahr, daß die Meldung an das zuständige Gesundheitsamt verzögert wird. Das würde dem Inhalt des oben aufgeführten § 9 Abs. 3 IfSG zuwiderlaufen. Auch aus organisatorischen Gründen dürfte es einfacher sein, getrennt zu melden.

In der Zusammenfassung ergibt sich bei Vorliegen eines positiven labordiagnostischen Tests für einen nach § 6 IfSG symptomatisch erkrankten Patienten eine duale, unabhängige Meldepflicht; einmal für den behandelnden Arzt, zum anderen für das diagnostizierende Labor. Diese getrennte Gesetzespflicht gilt selbstverständlich auch dann, wenn behandelnder Arzt und Labor organisatorisch in einem Krankenhaus zusammengefaßt sind.

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**

NEU UND GEBRAUCHT



**ständige attraktive
Sonderangebote**

Ihr gewissenhafter Partner direkt vor Ort:
KMT Külzer Medizintechnik

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

GROSSE AUSSTELLUNG FARBDOPPLER



Der Patient im Schock -

Pathophysiologie, Ursachen und therapeutische Grundsätze

(The Patient with Shock - Pathophysiology, Causes and Therapeutic Principles)

Andreas Sielenkämper, Thomas Prien, Hugo Van Aken
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin,
Universitätsklinikum Münster (Direktor Univ.-Professor Dr. med. H Van Aken)

Zusammenfassung

Schock ist ein Missverhältnis von Sauerstoffangebot und Sauerstoffbedarf auf Mikrozirkulationsebene, wobei unterschieden wird zwischen einer ischämischen Phase und der postischämischen Phase, nach Kreislaufstabilisierung und Reperfusion des Gewebes. Unabhängig von der Schockform ist das Hauptziel der Therapie die Wiederherstellung eines adäquaten Perfusionsdruckes und eines suffizienten Sauerstoffangebots. Die rasche Reperfusion des ischämischen Gewebes ist die rettende Maßnahme, um weiteren ischämieinduzierten Zelluntergang zu vermeiden. Die günstigen Folgen der Reperfusion sind aber häufig gekoppelt mit nachteiligen Konsequenzen, vor allem mit der Ausbildung einer mediatorinduzierten systemischen Inflammationsreaktion. In der Folge droht weiterer Gewebeschaden bis hin zum Multiorganversagen. Während einerseits die Therapie des Schocks in der ischämischen Phase weitgehend standardisiert ist, so besteht andererseits ein Defizit an Therapiestrategien zur kausalen Behandlung der Reperusionsfolgen.

Schlüsselwörter: Schock, Reperfusion, Pathophysiologie, Therapie

Einleitung

Der Terminus Schock beschreibt eine Situation mit einem Missverhältnis zwischen Sauerstoffangebot und -bedarf, wobei nach heutigem Verständnis entweder das Sauerstoffangebot (DO₂) zu gering ist oder ein normalerweise ausreichendes Sauerstoffangebot von den Geweben aufgrund einer alterierten Verteilung der Gewebepfusion oder gestörten Sauerstoffverwertung

nicht adäquat genutzt werden kann. Das Resultat eines Schockzustandes ist zelluläre Hypoxie, die in Abhängigkeit von Ausmaß und der Dauer der Ischämie zu reversiblen Veränderungen der zellulären Funktion oder auch zu irreversiblen Zelltod führen kann.

Da die Manifestation des Schocks sich auf Mikrozirkulationsebene abspielt, sind die klinisch verwendeten Indikatoren, wie Blutdruck und Herz-

Summary

Shock is defined as an imbalance of oxygen delivery and oxygen demand on the level of the microcirculation. Two phases can be discriminated, namely, an ischemic phase and a postischemic phase, after tissue reperfusion. Independent from the type of shock, the primary objective is to restore perfusion pressure and oxygen delivery. Reperfusion of the ischemic tissue is the key to stop hypoxia-induced cellular destruction. However, the beneficial effects of tissue reperfusion are often accompanied by deleterious consequences. Because of excessive mediator release, a systemic inflammatory response may occur. Subsequently, the patient is threatened by ongoing tissue injury and multi-organ failure. Today, the therapeutic management of shock is well standardized. However, there is still a need for strategies to effectively prevent or treat tissue injury during reperfusion.

Key words: Shock, reperfusion, pathophysiology, therapy

zeitvolumen (HZV), keine wirklich zuverlässigen Indikatoren eines Schockzustandes. Selbst das errechnete DO₂ ist lediglich ein Globalparameter, kann aber über die Perfusionsverteilung zwischen den Organen und damit über eine kritisch niedrige Perfusion einzelner Organe keinen Aufschluß geben. Ebenso wird durch das DO₂ der Shuntanteil auf Mikrozirkulationsebene nicht erfaßt. Trotzdem werden in

der Akutsituation, aufgrund des Fehlens von diagnostischen Verfahren zur direkten Quantifizierung des mikrovaskulären Blutflusses, hämodynamische Globalparameter als Indikatoren zur klinischen Identifizierung eines Schockzustandes verwendet. Im Zusammenhang mit einer entsprechenden Anamnese wird ein kritisch niedriger systemischer Blutfluß und ein damit unzureichendes DO₂ beim Normotiker bei systolischen Blutdruckwerten von unter 90 mmHg oder einem Abfall des mittleren arteriellen Blutdruckes von mehr als 30-40 mmHg angenommen. Dies gilt insbesondere, wenn weitere klinische Kriterien des Schocks vorliegen, zu denen vor allem Unruhe und Bewusstseinsstrübung, Kaltschweißigkeit, Tachykardie, Dyspnoe und Oligurie zählen. Neben den klinischen Zeichen werden zur Identifikation eines Schockzustandes unter stationären Bedingungen auch technisch aufwendigere Verfahren wie die Blutgasanalyse, die Bestimmung des Laktates, sowie auch die gastrale Tonometrie und die Echokardiographie routinemäßig eingesetzt.

Eine wichtige Erkenntnis der letzten zwei Jahrzehnte ist der Stellenwert der schockinduzierten Mediatorenfreisetzung für die Entwicklung des Multiorganversagens. Der durch Schock verursachte Gewebeschaden ist somit nicht alleine durch die zelluläre Hypoxie zu erklären, sondern resultiert zum großen Teil aus der Freisetzung von Mediatoren in der Reperfusionphase. Diese Erkenntnis hat sich in neuen Ansätzen zur Therapie des Schockes niederschlagen.

In dieser Arbeit werden die Pathophysiologie der verschiedenen Schockformen, deren Ursachen und Klassifizierung sowie die Grundsätze der Behandlung des Schocks nach aktuellen Gesichtspunkten dargestellt.

Physiologische Beziehungen zwischen Hämodynamik und Sauerstofftransport

Trotz der eingeschränkten Aussagekraft hämodynamischer Globalparameter für die Diagnose eines Schocks sind auch makrohämodynamische Zusammenhänge für das Verständnis der Pathophysiologie des Schocks Voraussetzung. Das Sauerstoffangebot (DO₂) ist, wie in Gleichung I dargestellt, eine Funktion von arteriellem Sauerstoffgehalt (CaO₂, determiniert durch Hämoglobinkonzentration, Sauerstoffsättigung und physikalisch gelöstem Sauerstoff) und Herzzeitvolumen (HZV):

$$(I) \text{ DO}_2 = \text{CaO}_2 \times \text{HZV}$$

Gleichung II beschreibt die Beziehung zwischen Herzzeitvolumen, mittlerem arteriellem Blutdruck (MAP) und systemvaskulärem Widerstand (SVR):

$$(II) \text{ MAP} = \text{HZV} \times \text{SVR}$$

Beide Gleichungen verdeutlichen, warum der Blutdruck häufig als Indikator des Schocks verwendet wird; unter der Annahme linearer Beziehungen zwischen MAP und HZV einerseits und HZV und DO₂ andererseits hat ein protrahierter Abfall des MAP direkt eine Verminderung des Sauerstoffangebotes zur Folge.

Jedoch ist die Beziehung zwischen Blutdruck und Herzzeitvolumen aufgrund der physiologischen Kompensationsmechanismen (z.B. sympathoadrenerge Reaktion mit Anstieg des SVR bei plötzlichem Blutdruckabfall) keinesfalls linear; insbesondere auch auf Organebene kann über lokale Autoregulation ein ausreichender Blutfluss auch bei deutlich reduziertem MAP noch aufrechterhalten werden. Besonders das Gehirn und das Herz verfügen über hervorragende Autoregulationsmechanismen, so dass in diesen lebenswichtigen Organen bei Fehlen von relevanten Begleiterkrankungen ein kritischer Abfall des DO₂ erst unterhalb eines MAP von 50-60 mmHg auftritt (Abbildung 1). Gesteuert wird die lokale Autoregulation durch bei Ischämie vermehrt freigesetzte oder akkumulierende Substanzen wie Adenosin, CO₂, oder Laktat sowie der Aktivierung von Dehnungsrezeptoren von Gefäßmuskelzellen kleiner Gefäße.

Aus den Gleichungen I und II ist zudem ersichtlich, daß prinzipiell sowohl ein Abfall des SVR als auch ein vermindertes HZV einem Schockzustand zugrunde liegen können. Für den Fall einer Verminderung des HZV ist zu bedenken, daß das HZV sich aus der Herzfrequenz (HF) und dem Schlagvolumen (SV) ergibt:

$$(III) \text{ HZV} = \text{HF} \times \text{SV}$$

wobei das SV wiederum abhängig ist von der linksventrikulären Vorlast, der Myokardkontraktilität und der linksventrikulären Nachlast. Die dargestellten Beziehungen bilden die Basis zur Klassifikation und Therapie der verschiedenen Schockformen.

Schock und Sauerstofftransport

Physiologischerweise liegt das DO₂ weit über dem Sauerstoffbedarf der Gewebe (siehe Abbildung 2), so daß die systemische Sauerstoffaufnahme unabhängig vom Angebot ist. Bei fallendem DO₂ kann daher über eine Steigerung der Sauerstoffextraktion

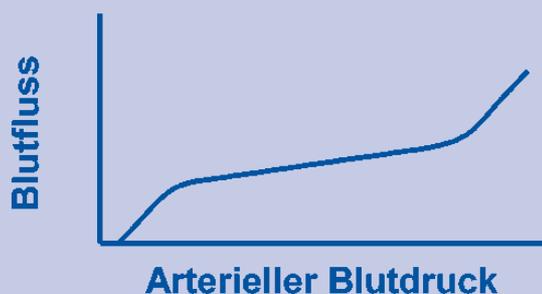


Abbildung 1. Verhältnis zwischen Blutfluss und arteriellem Blutdruck in der Skelettmuskulatur (schematisch dargestellt). Im Rahmen der Autoregulation kann der Blutfluß auf Organebene über einen weiten Blutdruckbereich in etwa stabil gehalten werden.



aus dem Blut der Sauerstoffbedarf der Gewebe zunächst weiter gedeckt werden. Aufgrund der heterogenen Verteilung des Blutflusses sowohl innerhalb der Mikrozirkulation als auch zwischen den Organen sind diesem Mechanismus aber Grenzen gesetzt, trotz einer kompensatorischen Umverteilung des Blutflusses weg von den Organen mit hoher Fähigkeit zur Sauerstoffextraktion hin zu Herz und Gehirn, die beide die Sauerstoffextraktion weniger steigern können. Das Maximum der Sauerstoffextraktionsfähigkeit ist beim Gesunden bei ungefähr 75% des DO_2 erreicht. Bei weiter fallendem DO_2 unter den sogenannten kritischen Punkt (DO_{2krit}) kommt es dann zur Abhängigkeit der Sauerstoffaufnahme vom DO_2 , d.h., bei weiter sinkendem DO_2 resultiert ein proportionaler Abfall der Sauerstoffaufnahme. Da eine ausreichende Sauerstoffaufnahme für die zelluläre metabolische Funktion aber unerlässlich ist, kommt es bei fortbestehend inadäquatem DO_2 in der Folge zu zellulären Ischämien, Organversagen und Tod.

Kompensationsmechanismen bei Schock

Die frühe Kompensation bei Schock wird durch die sympathoadrenerge Reaktion dominiert, die zur Vasokonstriktion im präkapillären und venösen Bereich führt. Konsekutiv kommt es

über einen reduzierten hydrostatischen Druck im Kapillargebiet zu einer Verschiebung des Gleichgewichts der Starlingschen Kräfte und damit zu einer Flüssigkeitsumverteilung vom extravaskulären Raum in das Kapillarlumen. Dieser Mechanismus, der auch als "Autotransfusion" bezeichnet wird, unterstützt über eine Erhöhung des intravaskulären Volumens die linksventrikuläre Vorlast und damit die Aufrechterhaltung eines ausreichenden HZV über den Frank-Starling-Mechanismus. Die später einsetzenden humoralen Mechanismen wie die Aktivierung des Renin-Angiotensin-Systems, eine gesteigerte ADH-Freisetzung sowie die Aktivierung der adrenokortikalen Achse wirken über eine gesteigerte Natriumrückresorption in der Niere sowie über eine Wasserretention ebenso im Sinne einer Erhöhung des intravaskulären Volumens. Die schockinduzierte sympathoadrenerge Reaktion bewirkt zusätzlich zu der Vasokonstriktion und der Erhöhung des intravaskulären Volumens eine Steigerung der Myokardkontraktilität und der Herzfrequenz, wodurch ebenso das HZV und damit das Sauerstoffangebot erhöht wird. Die bereits beschriebene autoregulatorische Umverteilung des Blutflusses hin zu den "zentralen" Organen Gehirn und Herz wird über eine Vasokonstriktion im arteriolen Stromgebiet anderer Organe (vor allem

Splanchnikusgebiet, Niere, Haut, Skelettmuskulatur) vermittelt. Die Aktivierung dieses Mechanismus erfolgt über Druck- und Chemorezeptoren via autonomes Nervensystem, wobei sowohl der Blutdruckabfall (über die Druckrezeptoren) als auch eine Hypoxie und ein CO_2 -Anstieg (über die Chemorezeptoren) als Trigger fungieren können.

Dekompensation und zelluläre Hypoxie

Falls ein Schockzustand nicht umgehend korrigiert wird, kommt es nach Ausschöpfung der begrenzten Kompensationsmöglichkeiten im Rahmen des zunehmenden Sauerstoffdefizits zur Entwicklung von zellulärer Hypoxie. Zelluläre Hypoxie kann direkt zum Zelltod führen, führt aber in vielen Fällen zunächst zu Veränderungen der Zellfunktion. Die ATP-Produktion ist bei weiter hohem Verbrauch von energiereichen Phosphaten vermindert. Zur Aufrechterhaltung ausreichender ATP-Spiegel wird die anaerobe Glykolyse aktiviert, wodurch es in der Folge zur intrazellulären Azidose und zur Laktatakkumulation kommt. Ebenso werden energiereiche Phosphate in erheblichem Ausmaß zu Adenosin degradiert, welches frei durch die Membranen diffundieren kann und nach weiterer Metabolisierung zu Inosin und Hypoxanthin die wichtigste Quelle zur Produktion toxischer Sauerstoffradikale im Interstitium darstellt (2).

Exzessive Plasmalaktatspiegel führen zu einer gesteigerten mikrovaskulären Permeabilität, und werden zusammen mit dem Ausfall der zellwandständigen Natrium-Kalium-Pumpe, die einen zunehmenden Einstrom von Natrium in die Zelle nach sich zieht, für einen zunehmenden Verlust intravaskulärer Flüssigkeit in das Interstitium beziehungsweise nach intrazellulär verantwortlich gemacht. Die Ödembildung und der Abfall des Blutflusses begünstigen zusammen mit einer Aktivierung des plättchenaktivierenden Faktors (PAF) oder auch (z.B. bei septischem Schock) einer gesteigerten

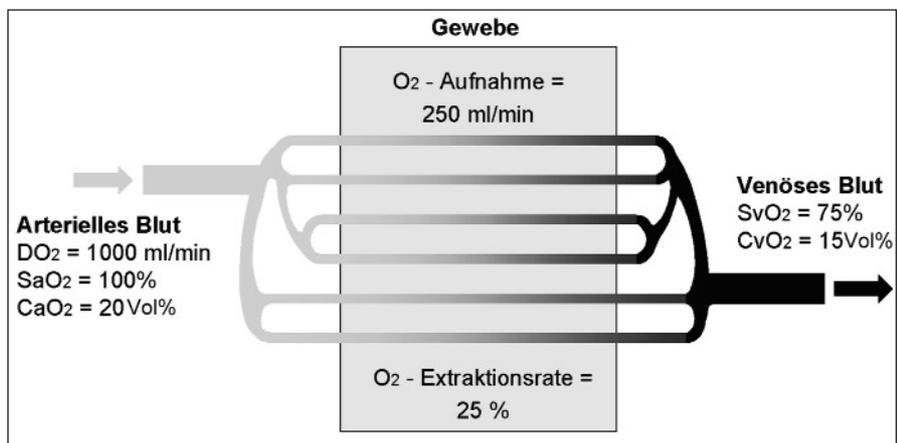


Abbildung 2. Das Sauerstoffangebot (DO_2) ergibt sich aus dem die Mikrozirkulation durchfließendem Blut (dem HZV) sowie dem Sauerstoffgehalt des Blutes (CaO_2). Normalerweise werden dem Blut in der Mikrozirkulation nur 25% des Sauerstoffs entzogen, so dass ein venöser Sauerstoffgehalt von ca. 75% resultiert.

ten Leukozytenadhäsion die Entstehung von Mikrothromben in der Mikrozirkulation. Der intravasale Flüssigkeitsverlust reduziert den venösen Rückstrom und die Vorlast des linken Herzens. Im Zusammenspiel mit der durch die zunehmende Azidose beeinträchtigten Myokardkontraktilität resultiert ein Abfall des Schlagvolumens. Im Endeffekt bewirken somit beim Schock die metabolischen Folgen der Hypoxie auf Zellebene einen weiteren Abfall von Blutdruck und Sauerstoffangebot, und aggravieren in der Folge wiederum die Ischämie auf zellulärer Ebene. Es entsteht ein Circulus vitiosus, wobei sich die Schockfolgen bereits früh zu den Konsequenzen des zugrundeliegenden Krankheitsgeschehens addieren und damit die Entwicklung eines Multiorganversagens beschleunigen.

Die Reperfusionphase

Die Reperfusion des ischämischen Gewebes ist die therapeutische Maßnahme, um weiteren ischämieinduzierten Zelluntergang zu vermeiden. Die zwei wichtigen günstigen Folgen der Reperfusion, nämlich die Wiederaufnahme der Energiezufuhr und die Ausschwemmung toxischer Metaboliten, sind aber gekoppelt mit einer Reihe ungünstiger Konsequenzen. Schon während der Ischämiephase kommt es in vielen Geweben zum sogenannten "Priming" von Zellen. Der Begriff "Priming" beschreibt eine Störung der Zellfunktion, die einerseits die Vulnerabilität der Zellen - zum Beispiel gegenüber einer erneuten Ischämie - erhöht, andererseits aber auch zur Freisetzung von Mediatoren (u.a. intrazelluläres Calcium, cAMP, Membranlipide, Sauerstoffradikale) führt. Während der Reperfusion kommt es dann zu einer systemischen Einschwemmung dieser Mediatoren; es haften jedoch auch Leukozyten an den Gefäßwänden der vorher ischämischen Mikrozirkulation an und emigrieren zum Teil in das angrenzende Interstitium, um dann ihrerseits wieder Sauerstoffradikale

und andere, zumeist proinflammatorische Mediatoren lokal und in den systemischen Kreislauf freizusetzen. Es resultiert sowohl ein ausgedehnter Gewebeschaden als auch häufig das "Systemic Inflammatory Response Syndrome" (SIRS, Abbildung 3).

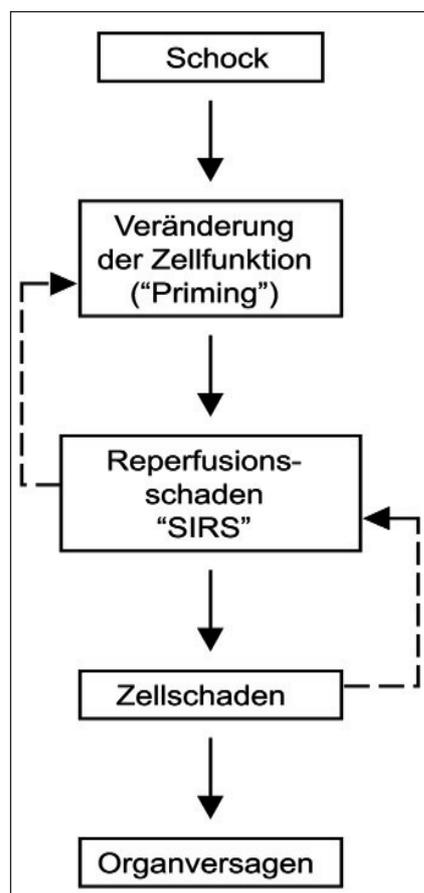


Abbildung 3. Mechanismus von Zellschaden und Organversagen bei Schock. Schock induziert eine Veränderung der Zellfunktion, die nach Reperfusion und Mediatoreinschwemmung in den Kreislauf zur Ausbildung des "Systemic Inflammatory Response Syndrome" (SIRS) führt. Es resultiert weiterer Zellschaden und eventuell Organversagen.

Insbesondere die Mikrozirkulation ist anfällig gegenüber den nachteiligen Folgen der Reperfusion. Ischämie und Reperfusion führen zu endotheliale Zellschaden, der sich in einer Schwellung des Endothels und einer gestörten Integrität der endothelialen Zellbarriere manifestiert. In der Folge kommt es zu Proteinverlusten in den

interstitiellen Raum und zum interstitiellen Ödem. Reperfusion nach längeren Ischämiephasen führt häufig zur Ausbildung von "no-reflow" innerhalb der Mikrozirkulation. "No-reflow" bedeutet, dass ein Teil der vorher perfundierten Kapillaren während der Reperusionsphase nicht erneut perfundiert wird, und somit für den Gasaustausch und die Nutrition des Gewebes ausfällt. Wahrscheinlich tragen die gesteigerte Leukozytenadhäsion und die Schwellung des Endothels sowie Kompression von extravaskulär zur Entstehung von "no-reflow" bei, wodurch diese Prozesse weiterem ischämischen Schaden Vorschub leisten (2).

Formen des Schocks

Entsprechend dem jeweiligen hämodynamischen Profil ist, wie von M.H. Weil vorgeschlagen, eine Einteilung des Schocks nach vier Kategorien üblich: kardiogener, obstruktiver, hypovolämer, oder distributiver Schock. Klinisch finden sich aber häufig auch multifaktorielle Schockzustände. Zum Beispiel kann bei einem kardiochirurgischen Patienten mit Sepsis klinisch eine Kombination aus distributivem und kardiogenem Schock vorliegen, oder ein primär kardiogener Schock bei Myokardinfarkt kann bei mikrovaskulärer Dysfunktion und nachfolgendem Verlust intravaskulärer Flüssigkeit eine hypovolämische Komponente aufweisen.

Kardiogen

Der kardiogene Schock definiert sich als Low output failure kardiogener Genese. Häufig liegen dabei folgende hämodynamische Kriterien vor: Systolischer Blutdruck < 90 mmHg sowie ein Abfall des Herzindex auf < 2,2 L/min bei gleichzeitig erhöhtem pulmonalkapillärem Verschlussdruck (> 15 mmHg). Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Ursachen des kardiogenen Schocks, die eingeteilt werden in Ursachen myokardialer, struktureller und mechanischer, oder arrhythmogener Genese.



Tabelle 1. Ursachen des kardiogenen Schocks

Myokardial

Myokardnekrose (Infarkt)
Myokarditis
Kongestive/ischämische Kardiomyopathie
Myokardkontusion

Strukturell/mechanisch

Ventrikelseptumdefekt
Klappenfehler
Papillarmuskelruptur
Ruptur der freien Wand
Ventrikelwandaneurysma

Arrhythmie

Sinusbradykardie
Tachykardie
A-V Block

Die weitaus häufigste Ursache des kardiogenen Schocks ist der thrombotische Koronararterienverschluss mit konsekutivem Myokardinfarkt. Etwa 5-10% aller Patienten mit Myokardinfarkt entwickeln einen kardiogenen Schock (5), wobei die Mortalität dieser Komplikation hoch ist. Für die Entwicklung eines kardiogenen Schocks bei Myokardinfarkt ist in der Regel ein Ausfall von mindestens 40% der Muskelmasse des linken Ventrikels Voraussetzung, wobei jedoch bei kardialer Vorschädigung auch eine geringere Läsion zum kardiogenen Schock führen kann. Eine ausgedehnte Myokardischämie führt sowohl zu systolischer als auch diastolischer Myokarddysfunktion. Im Rahmen der systolischen Dysfunktion sind Kontraktilität und Herzzeitvolumen herabgesetzt. Die diastolische Dysfunktion führt zu einem Anstieg des LVEDP und zu pulmonaler Kongestion und Lungenödem (5). Der arterielle Mitteldruck ist erniedrigt, und die Koronarperfusion ist vermindert. Die bereits diskutierten Kompensationsmechanismen des Schocks, die einen Anstieg des SVR sowie eine Steigerung der Herzfrequenz verursachen, erhöhen die Herzarbeit und den myokardialen Sauerstoffbedarf. Es resultiert eine weiter verschlechterte myo-

kardiale Sauerstoffbilanz, die eine Exazerbation des ischämischen Schadens nach sich zieht. Aufgrund dieser auch als "downward spiral" bezeichneten Zusammenhänge kann nur eine schnelle, auf eine frühe Reperfusion ausgerichtete Intervention oder, falls eine Reperfusionstherapie unmöglich ist, eine gezielte medikamentöse Therapie einen kardiogenen Schock verhindern oder durchbrechen.

Obstruktiv

Beim obstruktivem Schock liegt eine mechanische Obstruktion im Bereich des zentralen (pulmonalen oder systemischen) Kreislaufsystems vor. Die Ursache der Obstruktion kann dabei sowohl intravaskulär (Lungenembolie, Vorhofthrombus, akuter pulmonalem Hypertonus) als auch extravaskulär (Perikardtamponade, Spannungspneumothorax) lokalisiert sein. Die häufigste Ursache einer intravaskulären Obstruktion mit einer bei Autopsien beobachteten Inzidenz von etwa 15% relevanter Befunde ist die Lungenembolie, die vom klinischen Erscheinungsbild einem Myokardinfarkt ähnelt und daher in der Akutsituation häufig schwierig zu diagnostizieren ist. Die häufigste Ursache einer extravaskulären Obstruktion ist die Perikardtamponade, die aufgrund der Präsentation als Rechtsherzversagen bei der Diagnosestellung insbesondere vom Rechtsherzinfarkt unterschieden werden muss.

Hypovolämisch

Ein hypovolämischer Schock entsteht, wenn bei Abfall des intravaskulären Flüssigkeitsvolumens die Kompensationsmechanismen zur Flüssigkeitsmobilisation von extravaskulär nach intravaskulär einen zur Stützung des Herzzeitvolumens ausreichenden venösen Rückstrom und eine genügende linksventrikuläre Vorlast nicht aufrechterhalten können. Die Flüssigkeitsverluste können dabei nach extern erfolgen, wie zum Beispiel bei akutem Blutverlust, Verbrennungen, Dehydratation (Verdursten), prolongiertem Erbrechen oder Diarrhoe; oder es können

intravasale Flüssigkeitsverluste aufgrund interner Umverteilung entstehen, wie zum Beispiel bei ausgedehntem kapillärem Leck, Trauma mit inneren Blutungen, oder Ileus.

Die häufigste Ursache des hypovolämischen Schocks ist akuter Blutverlust, zumeist als Folge eines Traumas oder einer gastrointestinalen Blutung. Ab einem Blutverlust von etwa 30% des Blutvolumens (ca 1600 ml Blut bei einer männlichen Person mit einem Körpergewicht von 70 kg), bei kardialen Begleiterkrankungen eher, ist mit der Entwicklung eines Schockzustandes zu rechnen. Beim protrahierten hämorrhagischen Schock ist das systemische Sauerstoffangebot häufig nicht nur aufgrund eines Abfalls des Herzzeitvolumens, sondern auch aufgrund einer Anämie vermindert.

Distributiv

Der distributive Schock ist gekennzeichnet durch eine Umverteilung des intravaskulären Flüssigkeitsvolumens mit Abfall des Gefäßtonus auf der arteriellen und/oder der venösen Seite des Kreislaufs. Klassische Ursachen für einen distributiven Schock sind Sepsis oder systemische Inflammationsreaktion (SIRS), Anaphylaxie, und traumatische Rückenmarksläsion.

Bei Sepsis werden zahlreiche Mediatoren freigesetzt, die zu peripherer Vasodilatation und gesteigerter Permeabilität in der Mikrozirkulation führen. Die Reaktivität der Arteriolen auf endogene und exogen zugeführte Vasokonstriktoren ist reduziert, erklärt primär durch eine überschießende Produktion des vasoaktiven Mediators NO. Der Sauerstoffverbrauch ist gesteigert. Die Myokardfunktion ist initial kaum beeinträchtigt, so daß durch eine Steigerung des HZV (sog. hyperdynamie Kreislauf) der arterielle Blutdruck und ein kompensatorisch erhöhtes DO₂ zunächst noch aufrechterhalten werden. Es finden sich klinisch eine Tachykardie und Tachypnoe, die Haut ist warm und gerötet. Ein septischer Schock bildet sich zumeist erst bei gleichzeitiger Hypovolämie aus, die vor allem durch exzessive Dilatation der

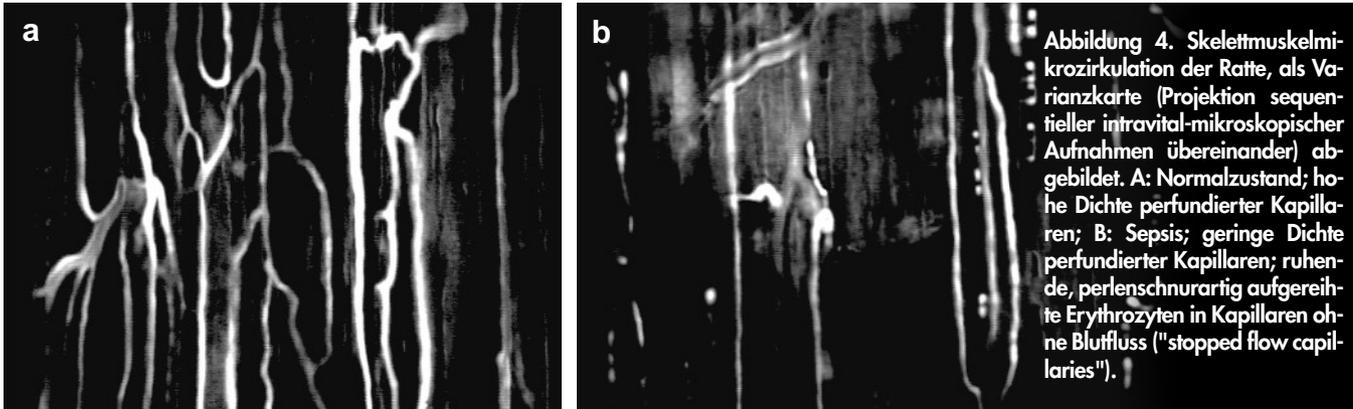


Abbildung 4. Skelettmuskelmikrozirkulation der Ratte, als Varianzkarte (Projektion sequentieller intravital-mikroskopischer Aufnahmen übereinander) abgebildet. A: Normalzustand; hohe Dichte perfundierter Kapillaren; B: Sepsis; geringe Dichte perfundierter Kapillaren; ruhende, perlenschnurartig aufgereichte Erythrozyten in Kapillaren ohne Blutfluss ("stopped flow capillaries").

Gefäße auf der venösen Seite sowie einen Verlust intravaskulärer Flüssigkeit durch Umverteilung ("capillary leak") entsteht.

Im Rahmen des Mikrozirkulationsschadens kommt es bei Sepsis zu einer Reduktion der perfundierten Kapillardichte (6). Experimentell wurde zudem eine unregelmäßige Kapillarperfusion sowie eine gesteigerte Dichte sogenannter "stopped flow capillaries", d.h. ausgefallene Kapillaren mit Erythrozytenverstopfung, nachgewiesen (siehe Abbildung 4). Als Ursache hierfür werden eine reduzierte Verformbarkeit der Erythrozyten, eine gesteigerte Leukozytenadhäsion sowie eine Aktivierung der Gerinnung angesehen. Es wird angenommen, daß der gestörte mikrovaskuläre Blutfluß die primäre Ursache für die eingeschränkte Sauerstoffextraktionsfähigkeit bei Sepsis darstellt (6). Alternativ wird auch eine Verwertungsstörung für Sauerstoff auf mitochondrialer Ebene diskutiert. Angesichts des Sauerstoffextraktionsdefizits und des bei Sepsis bereits primär bestehenden Mikrozirkulationsschadens kann jeder (auch kurzfristige) Schockzustand ein Auslöser für weitere Ischämien und Organversagen sein.

Bei Anaphylaxie handelt es sich um eine antigen-provozierte, IgE-vermittelte Aktivierung von Mastzellen und basophilen Zellen mit Freisetzung von Histamin, Leukotrienen und anderen Mediatoren, während ähnliche nicht IgE-vermittelte Immunreaktionen (z.B. medikamenteninduzierte direkte Mastzellaktivierung) als anaphylaktoide Reaktionen bezeich-

net werden. Beim anaphylaktischen Schock finden sich regelmäßig die Kardinalsymptome Tachykardie und Hypotonie in meist offensichtlichem Zusammenhang mit einer Exposition gegenüber einem typischen Trigger (z.B. Kontrastmittel, Bienenstich, Latex). Andere Zeichen einer allergischen Reaktion wie Flush, Urtikaria, Bronchospasmus, Larynxödem oder abdominelle Krämpfe und Übelkeit sind nur fakultativ vorhanden. Ein Schockzustand (bis hin zu Atem- und Kreislaufstillstand) entsteht primär als Reaktion auf eine über H1- und H2-Rezeptoren vermittelte Vasodilatation, die zusammen mit einer Flüssigkeitsverschiebung nach extravaskulär im Rahmen einer rasch einsetzenden Störung der mikrovaskulären Permeabilität eine ausgeprägte Hypovolämie mit Herabsetzung des venösen Rückstroms induziert.

Der neurogene Schock entsteht im Rahmen eines Schädelhirntraumas mit Zerstörung des Vasomotorenzentrums oder aufgrund einer Durchtrennung der sympathischen Nervenbahnen auf Rückenmarksebene ("spinaler Schock"). Beim neurogenen Schock liegt ebenfalls eine akute Hypovolämie aufgrund einer akuten Vasodilatation mit Verminderung des SVR vor. Das Herzzeitvolumen ist zu meist nicht beeinträchtigt oder kompensatorisch erhöht.

Management des Schocks und therapeutische Leitlinien

Ischämiephase

Hauptziel der Schockbehandlung ist

zunächst die Wiederherstellung eines adäquaten DO₂ und eines ausreichenden arteriellen Perfusionsdrucks. Durch eine rasche und effiziente Reperfusion soll weiterer ischämiebedingter Gewebeschaden verhindert werden. Nach einer kurzen, orientierenden Untersuchung wird sofort eine Therapie eingeleitet, wobei möglichst (d.h., soweit in der Situation verfügbar) gleichzeitig zur Initiierung der Therapie begonnen wird mit (i) der Etablierung eines umfassenden Basismonitorings (Pulsoxymetrie, EKG, arterielle Blutdruckmessung, BGA, Blutbild, Elektrolyte, Laktat, Blasenkatheter) sowie (ii) mit gezielten diagnostischen Maßnahmen zur Klärung der Ursache des Schocks.

Pragmatischerweise orientiert man sich in der Ischämiephase an den ABC-Richtlinien der American Heart Association (1): Nach Sicherung des Atemweges und Sicherstellung einer ausreichenden Oxygenation (FiO₂ 1,0, evtl. Intubation und Beatmung) erfolgt die Wiederherstellung der Kreislaufverhältnisse, wobei in der Akutsituation zumeist der Blutdruck der Leitparameter ist (z.B. systolischer Blutdruck > 90 mmHg oder nicht < 10-15% des Ausgangswertes). Wichtig ist, über den Nutzen einer aggressiven Volumentherapie zu entscheiden. Sollte diese indiziert sein, zum Beispiel bei Hypovolämie, Sepsis, oder Anaphylaxie, so ist das Legen von mindestens zwei großlumigen Zugängen und die rasche Infusion von Kolloiden und Kristalloiden in Kombination (z.B. 1500-2000 ml



Tabelle 2. Sympathomimetika und dopaminerge Substanzen		
Substanz/ Dosierung	Wichtigste Wirkungen	
	Kardial	Peripher
Adrenalin 0,02-0,4 µg/kg/min	+++ Herzfrequenz (β1) +++ Kontraktilität (β1, α)	++ arterielle Konstriktion (α)
Noradrenalin 0,02-0,4 µg/kg/min	++ Herzfrequenz (β1) ++ Kontraktilität (β1, α)	+++ arterielle Konstriktion (α)
Dopamin 1-15 µg/kg/min	++ Herzfrequenz (β1, α) ++ Kontraktilität (β1, α)	++ arterielle Konstriktion bis 4 µg/kg/min "Nierendosis" (Wirkung auf DA1- u. DA2-Rezeptoren)
Dobutamin 1-10 µg/kg/min	+ Herzfrequenz (β1) +++ Kontraktilität (β1, α)	+ arterielle Dilatation (β2)
Dopexamin 1-4 µg/kg/min	+ Herzfrequenz (β1)	++ arterielle Dilatation (β2) ++ Perfusion des Splanchnikusgebietes (Wirkung auf DA1 u. DA2-Rezeptoren)

innerhalb weniger Minuten) angezeigt. Ziel dieser Therapie ist eine Erhöhung der linksventrikulären Vorlast, um über den Frank-Starling-Mechanismus eine Steigerung von HZV und Blutdruck zu erreichen. Kommt es trotz adäquater Volumentherapie zu keiner ausreichenden Erholung des Blutdruckes, oder ist die Infusion größerer Flüssigkeitsvolumina nicht oder kontraindiziert (vor allem bei kardiogenem Schock mit Lungenödem), so wird versucht, HZV und Blutdruck medikamentös je nach Situation über eine Steigerung der Myokardkontraktilität und/oder des Gefäßtonus zu erhöhen. Vor dem Beginn mit einer Therapie mit Inotropika oder vasoaktiven Substanzen (Übersicht siehe Tabelle 2) sollten jedoch andere Ursachen einer Myokarddepression wie Hypoxie oder Hyperkalzämie korrigiert werden. Eine metabolische Azidose wird durch Behandlung der zugrundeliegenden Ursache therapiert. Aufgrund der Gefahr einer verstärkten intrazellulären Azidose erscheint lediglich bei einer behandlungsresistenten metabolischen Dekompensation (zum Beispiel mehrfach pH < 7,2 unter Therapie) die Infusion von Natriumbikarbonat gerechtfertigt (3).

Post-Ischämiephase

Nach Wiederherstellung ausreichender Kreislaufverhältnisse ist die Therapie auf die Sicherung eines adäquaten arteriellen Perfusionsdruckes sowie auf eine Optimierung des Sauerstoffangebotes ausgerichtet. Man sollte feststellen, ob ein Sauerstoffdefizit besteht (akut erhöhtes Laktat?, metabolische Azidose?) und welche Determinanten des Sauerstoffangebotes optimiert werden können (siehe Abbildung 5).

Unmittelbar im Anschluß an die Reperfusion haben viele Patienten eine Sauerstoffschuld, die zunächst wieder ausgeglichen werden muß. Danach entwickeln vor allem Patienten mit Sepsis und polytraumatisierte Patienten häufig für eine längere Zeit einen gesteigerten Sauerstoffbedarf im Rahmen der systemischen Inflammationsreaktion beziehungsweise des Heilungsverlaufes, wie an der kompensatorischen hyperdynamen Kreislaufreaktion vieler dieser Patienten erkennbar ist. Verschiedene Studien belegen, daß in dieser Situation zumindestens für Traumapatienten und chirurgische Hochrisikopatienten eine Steigerung des DO₂ beziehungsweise die Aufrechterhaltung hochnormaler DO₂-Werte (z.B. > 600 ml/min/m²) die Überlebenswahrscheinlichkeit erhöhen kann. Die Steigerung des Sauerstoffangebotes

kann dabei im Prinzip (i) durch die Optimierung einer möglicherweise noch eingeschränkten Oxygenation, (ii) bei anämischen Patienten durch Bluttransfusion, oder (iii) durch Volumengabe zur Erhöhung der linksventrikulären Vorlast und (iv) durch differenzierte medikamentöse Kreislauftherapie vor allem mit Katecholaminen, Phosphodiesterasehemmern und Vasodilatoren erfolgen. Zur Optimierung der Therapie werden diagnostisch neben engmaschigen Bestimmungen der Blutgase und des Laktats je nach Verfügbarkeit die Echokardiographie, der Pulmonalkatheter oder die gastrointestinale Tonometrie zusätzlich eingesetzt. Sollte bei stabilisierter Hämodynamik aufgrund weiter erhöhter Laktatwerte oder erniedrigtem gastrointestinalem pH der Verdacht auf eine ungenügende Perfusion des Splanchnikusgebietes vorliegen, so ist eine Modifikation der Therapie unter Hinzunahme von Dopexamin zur Umverteilung des Blutflusses zugunsten des Splanchnikusgebietes empfehlenswert (3).

Neuere Therapieansätze zur Kontrolle des Reperfusionsschadens haben zu meist eine günstige Beeinflussung der Mediatorenantwort auf Ischämie und Reperfusion, zum Beispiel durch Sauerstoffradikalfänger oder -hemmer, oder eine Optimierung der mikrovaskulären Perfusion oder des Sauerstofftransportes, zum Beispiel durch Infusion von Kolloiden oder Gabe von zellfreien Hämoglobinen, zum Ziel.

Das Methylxanthinderivat Pentoxifyllin zum Beispiel hemmt die Sauerstoffradikalenproduktion und verbessert die Fließeigenschaften des Blutes. Beim Endotoxinschock und auch beim hämorrhagischen Schock konnte durch Pentoxifyllingabe die Letalität gesenkt werden, jedoch wurden diese positiven experimentellen Resultate bislang durch klinische Studien nicht bestätigt. Gleiches gilt für die Superoxid-Dismutase, ein Metalloprotein mit hoher Effizienz als Sauerstoffradikalfänger. Wie für die Gabe von Sauerstoffradikalfängern, so konnten auch für die zahlreichen anderen experimentell vielversprechenden Therapieansätze eine klinisch

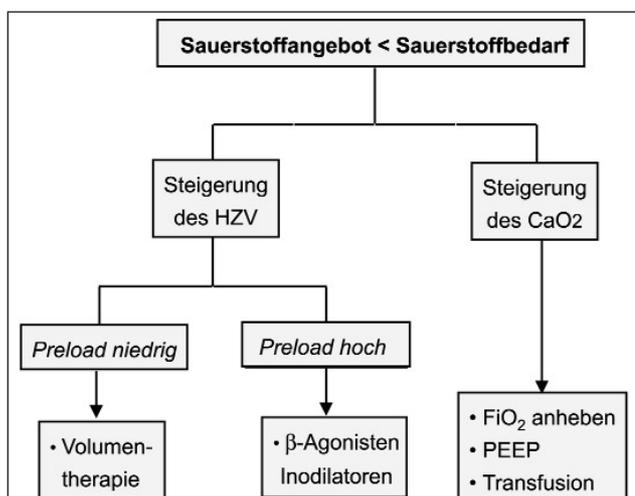


Abbildung 5. Algorithmus zur Steigerung des Sauerstoffangebots in der Post-Ischämiephase (nach Reperfusion).

eindeutig günstige Wirkung bislang nicht belegt werden.

Kardiogener Schock

Patienten mit kardiogenem Schock haben ein sehr niedriges HZV bei häufig gleichzeitig stark erhöhtem ventrikulären Füllungsdruck und hohem SVR. Die Maßnahmen in dieser Situation zielen auf eine rasche Behebung des myokardialen Pumpversagens sowie auf die Klärung der Ursache des Herzversagens ab, um über die Indikation zur konservativen oder chirurgischen Intervention (zum Beispiel PTCA, chirurgische Revascularisation, Klappenersatz) zu entscheiden.

Zusätzlich zu dem bereits erwähnten Basismonitoring sind beim kardiogenen Schock Echokardiographie, Röntgen-Thoraxaufnahme sowie die Bestimmung der Herzenzyme und des Troponins heute Standard. Neben einer direkten Messung des arteriellen Blutdruckes sollte zudem ein zentralvenöser Katheter zur Medikamentenapplikation gelegt werden. Der Pulmonalkatheter wird in der Regel nur bei schweren oder therapierefraktären Schockzuständen mit der Notwendigkeit einer differenzierten medikamentösen Kreislauftherapie eingesetzt.

Sind keine Zeichen eines Lungenödems vorhanden, so sollte beim kardiogenen Schock eine vorsichtige Volumentherapie erfolgen. Elektrolytverschiebungen sowie Arrhythmien sollten korrigiert werden, eine adäquate Analgesie und Sedierung ist vor allem beim Myo-

kardinfarkt Basistherapie. Dobutamin ist für die medikamentöse Kreislaufstabilisierung Medikament der ersten Wahl, da es im Gegensatz zu den Katecholaminen mit alpha-adrenerger Wirkung eine Verbesserung der Myokardkontraktibilität bei gleichzeitig verminderter peripheren Widerstand bewirkt. Häufig kann mittels Dobutamininfusion durch die Reduktion des Afterloads bei verbesserter Kontraktibilität ein deutliche Senkung des ventrikulären Füllungsdruckes erzielt werden. Alternativ zum Dobutamin können auch Inodilatoren wie Milrinon oder Dopexamin eingesetzt werden. Zur Reduzierung der linksventrikulären Nachlast sowie bei Lungenödem ist oft die zusätzliche Gabe von Vasodilatoren, wie zum Beispiel Nitroglycerin oder Nitroprussid-Natrium, indiziert.

Persistiert der Schockzustand trotz adäquater Therapie, so ist, falls nicht schon erfolgt, eine Intubation und maschinelle Beatmung zur Reduktion der Atemarbeit sowie die Einführung eines Pulmonalkatheters zur differenzierten hämodynamischen Therapie notwendig. In dieser Situation sollte auch die Korrektur einer eventuell bestehenden metabolischen Azidose sowie die Erweiterung der medikamentösen Therapie durch die intravenöse Gabe von Milrinon (Aufsättigung mit 50 µg/kg, dann 0,5µg/kg/min kontinuierlich i.v.), Noradrenalin oder Adrenalin erwogen werden. Zu beachten ist, daß bei laufender Dobutamininfusion die zusätzliche Infusion von Adre-

nalinen einen partiellen Antagonismus erzeugen kann, so daß der Effekt beider Therapien nicht additiv und damit nur schwer vorhersehbar ist. Es ist daher häufig besser, für eine Kombinationstherapie unter Einschluss von Adrenalin anstatt der Kombination mit Dobutamin eine Kombination mit einem Medikament einer anderen Substanzklasse, wie zum Beispiel einen Phosphodiesteraseinhibitor, zu wählen (7). Bei therapierefraktärem pulmonalem Hypertonus und bei Rechtsherzversagen ist die Verabreichung von NO oder Prostaglandin E1 per inhalationem indiziert.

Alternative Therapieansätze bei refraktärem kardiogenem Schock sind intraaortale Gegenpulsation zur Verbesserung der Koronarperfusion und Verringerung der linksventrikulären Nachlast sowie, bei auswegloser Lage, die Implantation eines LVAD (left ventricular assist device). Beide Therapien erfordern die Indikationsstellung durch einen Kardiologen bzw. einen Herzchirurgen.

Obstruktiver Schock

Beim obstruktiven Schock ist in vielen Fällen die Therapie mit Inotropika und Vasopressoren lediglich eine kurzfristige Überbrückungsmaßnahme zur Aufrechterhaltung des Kreislaufs bis zur kausalen Therapie (zum Beispiel Thrombolyse oder Thrombektomie bei Lungenembolie, Perikardfensterung bei Perikardtamponade). Möglichst schnell wird der Patient einer Diagnostik zugeführt, wobei radiologische Methoden beziehungsweise Echokardiographie oder Ultraschall diagnostik im Vordergrund stehen. In der Akutsituation finden zur Kreislaufstabilisation vor allem Katecholamine wie Dobutamin, Adrenalin oder auch Noradrenalin Verwendung. Zusätzlich ist in der Regel eine Expansion des zirkulierenden Flüssigkeitsvolumens hilfreich. Ansonsten gelten beim obstruktiven Schock die bereits beschriebenen Leitlinien der Schocktherapie.

Hypovolämischer Schock

Die Therapie bei hypovolämischem Schock ist in Tabelle 3 dargestellt. Neben der Behebung des intravasalen Vo-



lumendefizits ist bei akutem Flüssigkeitsverlust (zumeist = akute Blutung) die Behebung der Ursache Hauptziel. Neben kolloidalen und kristalloiden Lösungen kann initial auch die Infusion von 250 ml hypertonen Kolloidlösung ("small volume resuscitation") sinnvoll sein, wobei der rasche Kreislaufeffekt dieser Lösungen sich aus einem akuten Anstieg der Plasmaosmolarität durch eine Flüssigkeitsverschiebung von extra- nach intravaskulär erklärt. Wichtig ist vor allem bei starkem Blutverlust die Bereitstellung von Blutkonserven, da auch durch die therapiebedingte zusätzliche Hämodilution sehr schnell ein Abfall des DO₂ bis an den kritischen Punkt resultiert, der mit asanguiner Volumentherapie nicht korrigiert werden kann.

Bei andauerndem Blutverlust empfiehlt sich die Insertion eines großlumigen Katheters in eine zentrale Vene, um große Volumina zügig infundieren zu

können oder ein Schnellinfusionssystem einsetzen zu können. Bei gleichzeitigem Gerinnungsversagen in dieser Situation wird eine Mischung aus Erythrozytenkonzentrat und "fresh frozen plasma" (FFP) zunächst im Verhältnis 60%:40%, und später entsprechend den aktuellen Hb- beziehungsweise Gerinnungswerten infundiert. Ansonsten sollte die Indikation zur Transfusion von Gerinnungspräparaten und Thrombozyten nicht primär anhand fester Grenzwerte für Laborparameter, sondern immer auch nach Beurteilung der klinischen Situation (aktueller Blutverlust? klinische Blutungsneigung? Blutungsursache behoben?) gestellt werden.

Gelegentlich, wie zum Beispiel bei schwerer metabolischer Entgleisung, bei hypothermen Patienten oder auch bei Patienten mit kardialen Vorerkrankungen, gelingt selbst durch eine optimale Flüssigkeitstherapie zunächst keine ausreichende Stabilisierung von Blutdruck und DO₂. In solchen Situationen ist eine Katecholamintherapie indiziert, wobei jedoch ein sorgfältiges Monitoring und eine Bilanzierung des intravasalen Volumenstatus erfolgen muß, um eine eventuell erneut entstehende Hypovolämie nicht zu verschleiern.

Distributiver Schock

Sepsis. Neben der Aufrechterhaltung eines normalen bis hochnormalen DO₂ zur Befriedigung des erhöhten Sauerstoffbedarfs bei Sepsis ist das therapeutische Handeln zunächst primär auf die Eradikation des septischen Fokus zum Beispiel durch Drainage oder antibiotische Therapie ausgerichtet. Da beim septischen Schock zumeist auch eine Hypovolämie vorliegt, läßt sich durch Volumengabe häufig bereits eine deutliche Besserung der Hämodynamik erzielen. Liegt nach der Korrektur des Volumendefizits bei weiter erniedrigtem arteriellen Blutdruck eine klassische hyperdynamische Kreislaufstörung mit hohem HZV und erniedrigtem SVR vor, so kann durch Noradrenalininfusion der Perfusionsdruck optimiert werden. Selten kann bei foudroyanter Sepsis auch durch Infusion hoher Katecholamindosen kein ausrei-

chender Perfusionsdruck aufrechterhalten werden. In dieser Situation sollte auf eine ausufernde Gabe von Katecholaminen verzichtet werden, und statt dessen eine titrierte Gabe von Vasopressin bzw. Vasopressin-Analoga versucht werden. Bei niedrigem HZV und normalem oder erhöhtem SVR ("hypodynamie Sepsis"), die zum Beispiel bei sepsis-induzierter Myokarddepression entstehen kann, ist eine vorsichtige Volumentherapie unter gleichzeitiger Infusion von Dobutamin oder Phosphodiesterasehemmern, eventuell in Kombination mit Noradrenalin oder Adrenalin, indiziert.

Da bei Sepsis ein erhöhter Sauerstoffverbrauch bei gleichzeitig gestörter Mikrozirkulation und Sauerstoffextraktionsfähigkeit vorliegt, impliziert ein "normaler" Blutdruck oder ein "normales" HZV keine adäquate Gewebepfusion, und damit auch keine adäquate Gewebeoxygenation. Andererseits konnte bislang im Rahmen klinischer Studien an Sepsispatienten durch die Anhebung des DO₂ auf sogenannte "supranormale Werte" (z.B. Herzindex > 4,5 l/min/m²) eine Reduktion der Mortalität nicht erzielt werden. Für die Praxis erscheint es daher sinnvoll, zwar ein Sauerstoffangebot im hochnormalen Bereich anzustreben (> 600 ml/min/m²), aber eine Steigerung des DO₂ auf Kosten einer verschlechterten Organperfusion auf Mikrozirkulationsebene oder eines erhöhten myokardialen Sauerstoffverbrauchs durch Infusion von Katecholaminen in hohen Dosen zu vermeiden.

Neben der Infusion von Katecholaminen stellt die Bluttransfusion eine weitere Möglichkeit zur Steigerung des DO₂ dar. Nach derzeitigem Kenntnisstand ist jedoch eine liberale Transfusionsstrategie mit Nachteilen behaftet, möglicherweise, weil transfundierte Erythrozyten aufgrund des Lagerungschadens mit der Mikrozirkulation interagieren und in der Folge die Organperfusion weiter verschlechtern. Unserer Meinung nach ist bei Sepsis oder SIRS eine Transfusion bei einem Hb von > 10 g/dl daher nur in Ausnahmefällen (Beispiel: Patient > 80 Jahre, desorientiert nach Hb-Abfall von 14 auf 10,5 g/dl), bei einem Hb von 8-10

Tabelle 3. Therapie bei hypovolämischem Schock

1. Zwei oder mehr großlumige Zugänge, Basismonitoring, kolloidale und kristalloide Lösungen rasch infundieren
2. O₂-Gabe, eventuell Intubation und Beatmung
3. Blutentnahme: mindestens Hb, Hk, Thrombozyten, Elektrolyte, Kreatinin, Laktat, Gerinnungswerte, BGA; Blutkonserven kreuzen
4. Bluttransfusion bei Hb < 6 g/dl bzw. bei Hb < 10 g/dl und Risiko inadäquater Gewebeoxygenierung (z.B. KHK)
5. Bei fortbestehendem Schockzustand: evtl. metabolische Azidose korrigieren, Katecholamintherapie erwägen
6. Weitere Optionen überdenken: Frühe chirurgische Intervention
Endoskopische Blutungsstillung
Schnellinfusionssystem
Pulmonalkatheter zur Therapieoptimierung



g/dl nur bei älteren Patienten und bei kardiovaskulärer Komorbidität, bei einem Hb von 6-8 g/dl aber in den meisten Fällen indiziert. Es sollten bevorzugt "frische" Erythrozyten (Lagerungsdauer < 14 Tage) transfundiert werden.

Zur Steuerung der Therapie ist beim schweren septischen Schock die Anlage eines Pulmonalkatheters vor allem zum Monitoring von HZV bzw. DO₂ und pulmonalkapillärem Verschlussdruck nach wie vor gebräuchlich. Kurzfristige Veränderungen des Laktatpiegels und der gemischt-venösen Sauerstoffsättigung (SvO₂) sowie der Verlauf einer metabolischen Azidose können bei akutem Schockzustand ebenso zur Kontrolle des Therapieerfolges verwendet werden.

Aufgrund des erweiterten Verständnisses über die mit der Sepsis verbundene komplexe Mediatorreaktion wurden in den letzten Jahren Hemmstoffe dieser Reaktionen im Rahmen vieler experimenteller und auch klinischer Studien untersucht. Beispiele hierfür sind Anti-TNF-Antikörper, Interleukin-1-Rezeptorantagonisten, oder anti-PAF. Es konnten bislang jedoch mit keiner dieser Substanzen eindeutige Therapieerfolge erzielt werden. Ebenso bietet auch die generelle Blockade der Entzündungsreaktion mit Anti-Prostaglandinen und hochdosierter Steroidtherapie keine überzeugende Alternative (4).

Anaphylaxie. Bei anaphylaktischem und anaphylaktoidem Schock wird eine Volumentherapie (initial bevorzugt Kolloide) mit der Gabe von Adrenalin (1:10000), zunächst 1-5 ml i.v. titriert aus der Hand, kombiniert. Anschließend wird eine kontinuierliche Adrenalininfusion begonnen. Alternativ kann auch Dopamin oder Noradrenalin eingesetzt werden. Danach kann, obwohl in der Wirksamkeit umstritten, der Versuch einer Eingrenzung der anaphylaktischen Reaktion durch Gabe von Antihistaminika (H1 und H2-Blocker), sowie Kortikosteroiden (hoch dosiert, zum Beispiel 500 mg bis 1g Prednisolon) erfolgen. Die Begleitsymptomatik auf Organebene wird symptomorientiert behandelt (z.B. Theophyllin bei Bronchospasmus).

Neurogener Schock. Bei neurogenem Schock kann durch adäquate Volumengabe und Einsatz von Vasokonstriktoren häufig eine rasche Besserung der Hämodynamik erzielt werden. Wird die Akutphase erfolgreich überbrückt, so stabilisieren sich innerhalb von Wochen und Monaten nach dem Ereignis die Kreislaufverhältnisse wieder.

Genehmigter Nachdruck aus „Anästhesiologie & Intensivmedizin“; 3/01

Literatur

1. American Heart Association and Liaison Committee on Resuscitation: Guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care, Parts III. Circulation 2000, 102 (8 Suppl): 122-59
2. Ar'Rajab A, Davidson I, Fabia R: Reperfusion injury. New Horiz 1996, 4:224-234
3. Hinds CJ, Watson D: ABC of intensive care.

Circulatory support. Brit Med J 1999, 318: 1749-1752

4. Glauser MP. Pathophysiologic basis of sepsis: Considerations for future strategies of intervention. Crit Care Med 2000, 28 (Suppl.): S4-S8
5. Hollenberg SM, Kavinsky CJ, Parillo JE: Cardiogenic shock. Ann Intern Med 1999, 131: 47-59
6. Lush CW, Kviety PR: Microvascular dysfunction in sepsis. Microcirculation 2000, 7: 83-101
7. Prielipp RC, Butterworth J: Cardiovascular failure and pharmacologic support after cardiac surgery. New Horiz 1999, 7: 472-488

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. A. Sielenkämper
 Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
 Universitätsklinikum Münster
 Albert-Schweitzer-Str. 33
 48129 Münster
 Tel.: 0251 8347255
 Fax: 0251 88704
 E-mail: sieland@uni-muenster.de



Abb. mit Sonderausstattung

**INVESTIEREN SIE IN DIE FAMILIE.
 DER VOLVO V70.**



Gönnen Sie sich und Ihrer Familie etwas Besonderes: den Volvo V70 beispielsweise. Ein Kombi, der schön v elsert g, ausgesprochen dynamisch und kompromisslos sicher ist. Von 103 kW (140 PS) bis 147 kW (200 PS) oder als Volvo V70 T5 mit 184 kW (250 PS). Kommen Sie zu einer Probefahrt bei uns vorbei.

**EINSTEIGEN SCHON AB
 499,- DM*
 IM MONAT**

* Finanzierungsbispiel der Volvo Auto Bank für den Volvo V70 2.4 (103 kW; 140 PS)
• Auf Basis eines Kaufpreises von 28.900,- EUR / 56.523,49 DM
• Bei einer Anzahlung von 7.792,09 EUR / 15.240,- DM (z.B. für Gebrauchtwagen)
• Monatliche Rate 255,12 EUR / 499,00 DM
• 36 Monate Laufzeit • 7,9% Effektiver Jahreszins

Auf Wunsch auch inkl. Rundum-Sorglos Paket **Volvo PRO** – dem professionellen Full-Service von Volvo.

Autohaus Haese GmbH Schönbergstraße 17 65199 Wiesbaden Tel. 06 11/94 28 70 Fax 06 11/9 42 87 28	Autohaus Bettinastraße GmbH Bettinastraße 31 63067 Offenbach Tel. 0 69/80 07 88 10 Fax 0 69/80 07 88 34	Autohaus Erwin Günther Gewerbegebiet West 63571 Gelnhausen Tel. 0 60 51/92 75-0 Fax 0 60 51/92 75-40	Auto Müller GmbH Wiesbadener Landstraße 60 65203 Mainz-Amöneburg Tel. 06 11/1 86 28-0 Fax 06 11/69 19 95
--	--	---	---



Multiple-Choice-Fragen

1. Welche Antwort ist richtig?

Das physiologische Maximum der Sauerstoffextraktionsfähigkeit ...

- A) beträgt etwa 95%
- B) ist abhängig vom Hämatokrit
- C) ist abhängig vom Sauerstoffverbrauch
- D) beträgt etwa 75%
- E) variiert mit dem Herzzeitvolumen

2. Welche Antwort ist falsch?

Zelluläre Hypoxie im Rahmen des Schocks kann führen zu:

- A) Zelltod
- B) extrazellulären Alkalose
- C) Depletion der zellulären ATP-Bestände
- D) intrazellulären Azidose
- E) Veränderungen der Zellfunktion

3. Welche Antwort ist falsch?

Zu den Folgen der Reperfusion bei Schock zählen:

- A) Gesteigerte Leukozytenadhäsion
- B) Endothelschwellung
- C) Mediatorenfreisetzung
- D) Ausbildung von "no reflow"
- E) Kompression des Gewebes durch erhöhten hydrostatischen Druck

4. Welche Antwort ist richtig?

Der kardiogene Schock ist definiert:

- A) als ein "low output failure" kardiogener Genese
- B) als Abfall des Blutdrucks (mittlerer arterieller Blutdruck < 90 mmHg)
- C) als Steigerung des ZVD bei Myokardinfarkt
- D) als Blutdruckabfall bei gleichzeitiger Lungenstauung
- E) als eine Kombination von systolischer und diastolischer Dysfunktion

5. Welche Aussage ist falsch?

- A) 5-10% aller Patienten mit Myokardinfarkt entwickeln einen kardiogenen Schock
- B) Die häufigste Ursache einer intravaskulären Obstruktion ist die Lungenembolie
- C) Die häufigste Ursache einer extravaskulären Obstruktion ist die Perikardtamponade
- D) Sauerstoffverbrauch und -extraktionsfähigkeit sind bei Sepsis erhöht
- E) Die Hypovolämie bei Anaphylaxie entsteht primär durch eine Vasodilatation

6. Welche Aussage ist richtig?

Die Aufsättigungsdosis für Milrinon beträgt

- A) 5 mg/kg
- B) 50 µg/kg
- C) 50 mg/kg
- D) es wird nicht aufgesättigt
- E) 50 ng/kg

7. Welche Formel kennzeichnet das Sauerstoffangebot (DO2)

- A) $DO_2 = HZV / CaO_2$
- B) $DO_2 = CaO_2 \times 10$
- C) $DO_2 = HZV \times CaO_2$
- D) $DO_2 = HZV \times SVR$
- E) $DO_2 = HZV / (CaO_2 - CvO_2)$

8. Welche Aussage ist falsch?

Ein distributiver Schock kann einhergehen mit

- A) einer Erhöhung des HZV
- B) einer Verminderung des HZV
- C) einem unzureichenden DO₂
- D) mit einer unveränderten Organperfusion
- E) mit einer ausgeprägten Hypovolämie

9. Beim kardiogenen Schock ist der ZVD immer erniedrigt, weil der kardiogene Schock durch eine verminderte Pumpfunktion des Herzens gekennzeichnet ist

- A) Nur die erste Aussage ist richtig
- B) Nur die zweite Aussage ist richtig
- C) Beide Aussagen sind richtig, die Verknüpfung ist falsch
- D) Beide Aussagen sind richtig, die Verknüpfung ist richtig
- E) Beide Aussagen sind falsch

10. Mit Einsetzen der Reperfusion nach Ischämie kommt es im Bereich der Mikrozirkulation häufig zum sog. „No reflow“ – Phänomen, weil nur ein supranormales HZV zur Reperfusion sicher ausreicht

- A) Nur die erste Aussage ist richtig
- B) Nur die zweite Aussage ist richtig
- C) Beide Aussagen sind richtig, die Verknüpfung ist falsch
- D) Beide Aussagen sind richtig, die Verknüpfung ist richtig
- E) Beide Aussagen sind falsch

Hinweis: Für die Richtigkeit des Fragebogens ist ausschließlich der Autor des Fortbildungsartikels und nicht der Verlag verantwortlich.

Richtige Antworten zu dem Beitrag "Migräne" in der Juli-Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes

- 1c
- 2b + c
- 3a - e
- 4c
- 5a, b, d
- 6a, e
- 7a - d
- 8d

G. Werner, R. Diehl, K. Klimezyk und J. Rude

Physikalische und rehabilitative Medizin

Trotz und vielleicht auch gerade wegen der rasanten Entwicklung medikamentöser und technisch invasiver Therapieverfahren in der Medizin mit all ihren Nebenwirkungen und Gegenanzeigen erlangen die häufig nebenwirkungsärmeren therapeutischen Möglichkeiten der physikalischen und rehabilitativen Medizin zunehmend Bedeutung bei Patienten und behandelnden Ärzten.

Hierbei reicht das in der Checkliste bearbeitete Spektrum von altbewährten Maßnahmen wie Bädern, Massagen, Inhalationen und der Klimatherapie über die Massagetechniken und die verschiedenen physikalischen Therapien sowie aktivierende krankengymnastische Anwendungen bis hin zu neueren und teilweise „ungeprüfte Therapieverfahren“ einschließlich der Akupunktur, der ver-

schiedenen Entspannungsverfahren aber auch alternativer Therapiemöglichkeiten wie Feldenkrais und Taijiquan, die alle in dem allgemeinen Teil Therapiekonzepte des vorliegenden neuen Buches besprochen und kritisch bewertet werden.

In einem zweiten anwendungsbezogenen Therapieteil wird dann indkationsbezogenen und für eine Vielzahl von relevanten Krankheitsbildern das gesamte physikalisch und rehabilitativ therapeutische Spektrum des jeweiligen Krankheitsbildes übersichtlich und –teilweise durch Abbildungen illustriert- anschaulich dargestellt.

Nicht unerwähnt bleiben darf der umfangreiche und aktuelle Anhang mit Zielsetzungen und Aufgaben gesetzlicher Sozialleistungsträger aber auch mit einer Vielzahl von Anschriften ein-

schließlich indikationsbezogener Selbsthilfegruppen im deutschsprachigen Raum, der die Checkliste zu einem wertvollen Kurzlehrbuch und Nachschlagewerk nicht nur für medizinische Fachkräfte im rehabilitativen Bereich macht.

Dr. phil.nat. M. Plahak, Ärztin

G. Werner, R. Diehl, K. Klimczyk u. J. Rude
Physikalische und rehabilitative Medizin
Umfang: XII, 492 S.
mit 95 meist zweifarbigen Abb.;
2. Auflage, Georg-Thieme-Verlag, DM 62,80 (35,69 ERO)
erschienen im Oktober 2000
ISBN-Nr.: 3-13-106672-

Helga Exner - Freisfeld

Soziale Absicherung bei HIV und AIDS. 2. Aktualisierte und ergänzte Auflage. Verlag für akademische Schriften (VAS) Frankfurt/M. 345 S. 49,80 DM

Zwanzig Jahre nach Auftreten der ersten AIDS - Fälle bleibt die HIV Infektion ein großes, letztlich ungelöstes Problem. In Afrika hat AIDS die Dimension einer echten Katastrophe angenommen. Die nicht allzu hohen Zahlen in Deutschland sind kein Grund, sich in falscher Sicherheit zu wiegen. Die Dynamik der Epidemie ist ungebrochen. Die beachtlichen Erfolge einer antiretroviralen Therapie haben zu einer dramatischen Rückgang der

Sterblichkeit geführt. Die Kehrseite des Problems ist, daß die Zahl der klinisch kranken Patienten stetig ansteigt. Die Ambulanzen und Spezialpraxen sind von Patienten überlaufen. Die bessere Prognose der Patienten bedingt, daß zunehmend mehr Patienten unterschiedliche soziale Probleme haben. So ist es neu, daß nahezu moribunde Patienten sich spektakulär erholen und wieder arbeitsfähig werden. Die Zahl der sozialmedizinischen und sozialrechtlichen Probleme hat für dieses Patientenkollektiv somit erheblich zugenommen. Die Internistin und Sozialmedizinerin Frau Dr. Helga Exner - Freisfeld hat sich die letzten 15 Jahre

intensiv mit der sozialrechtlichen und administrativen Seite von AIDS befasst. Sie hat eine ältere und seit längerer Zeit vergriffene Version dieses Buches genau revidiert und den neuen Fragestellungen angepaßt. Dabei hat sie eingehende Hintergrunds-Informationen recherchiert. Das Buch ist ein überzeugender Wegweiser durch den auch für Experten nur schwer durchschaubaren sozial-administrativen Paragrafen-Dschungel. Das Buch ist somit ein unerlässliches Kompendium für Sozialarbeiter und Ärzte, aber auch für intelligente Betroffene.

W. Stille

E-Health als Chance die Effizienz des Gesundheitswesens zu verbessern

Patienten suchen und finden Gesundheitsinformationen im Internet

Von Dr. med. Markus Kirchgeorg MBA und Prof. Dr. med. Stefan Endres, München

Das Internet macht Gesundheitsinformationen für jedermann im Überfluß zugänglich. Nutzer und Patienten suchen zunehmend fundierte Informationen und Hilfestellungen über Prävention, gesundes Leben, Krankheiten sowie über qualifizierte Leistungsanbieter vor und nach dem Arztbesuch. Der Internet-gestützte Austausch mit anderen Betroffenen, z. B. in sogenannten Medizinischen Communities, kann Betroffenen helfen, ihre Lebenssituation oder Krankheit besser zu meistern. Internet- wie telefongestützte Demand und Disease Management-Programme helfen chronisch Kranken, ein besseres Therapieergebnis zu erreichen. All diese Elemente modernen Gesundheits- und Krankheits-Managements können zu einem System integriert werden: Electronic Health (abgekürzt E-Health) leistet dies unter Einbeziehung jeweils passender Medien. Entscheidend für ein Maximum an Effizienz ist es, die richtige Information zur richtigen

Zeit an den richtigen Adressaten im passenden Medium zu bringen, und nicht die Frage, ob ein Arzt-Patientenbesuch in der Praxis, ein Call Center oder WAP-Handy gerade zeitgemäß sind. Dieser Beitrag beschreibt ein integriertes Konzept derartiger Informationsdienstleistungen und versucht, mögliche Wege zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen aufzuzeigen, die mit Hilfe moderner elektronischer Medien kostengünstig möglich werden.

Ein Drittel der Kosten im Gesundheitswesen wird für bisher Gesunde mit akuten Krankheiten aufgebracht, 60% für Patienten mit chronischen Krankheiten und 10% für Patienten mit Schwersterkrankungen oder im terminalen Stadium (Abb. 1). Diese Patientengruppen können durch unterschiedliche E-Health-Produkte unterstützt werden.

Gesunde und akut Kranke suchen typischerweise nach frei verfügbaren Gesundheitsinformationen (Content)

für Laien, wie sie im Internet in öffentlichen Gesundheitsportalen, sowie von Leistungsträgern und Leistungsanbietern im Gesundheitswesen zur Verfügung gestellt werden. Diese Gruppe sucht bei akuten Erkrankungen nach einer Wegleitung zum richtigen Leistungserbringer (Arzt, Krankenhaus, etc.) in einer bestimmten Akutsituation (Demand management oder vorärztliche Leistungssteuerung). Gesunde suchen typischerweise auch nach Communities, um gesund zu bleiben oder mit bestimmten Lebensumständen besser zurecht zu kommen. Beispiele hierfür sind die Themen Mutter-und-Kind, Rauchen und Übergewicht.

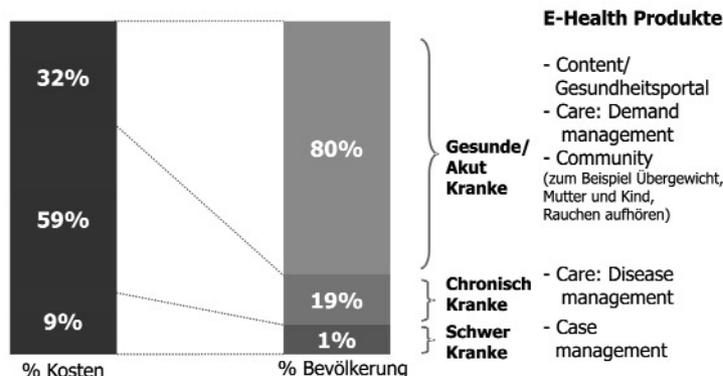
Chronisch Kranke suchen ebenfalls nach frei verfügbaren Informationen über ihre Krankheit. Wesentliche Beiträge zur besseren Beherrschung der chronischen Krankheit können darüber hinaus durch Communities (zum Beispiel zu Diabetes, Asthma, Depression) und zielgerichtete Disease management-Programme geleistet werden.

Schwerstkranke können im Rahmen eines Case Management beraten werden. In dieser Patienten- (und Angehörigen-) Gruppe spielen elektronische Hilfsmittel und Medien eine vergleichsweise geringere Rolle als bei den vorgenannten Gruppen. Hier steht das persönliche Gespräch im Vordergrund.

Begriffsbestimmung und Beispiele E-Health Produkte

Medizinischer Content ist im Bereich der Laieninformation zunächst in Form von Gesundheitsportalen im Internet in Erscheinung getreten und

Abb. 1: E-Health Produkte helfen verschiedenen Zielgruppen



Quelle: USBancorp, Piper Jaffray, NetDoktor

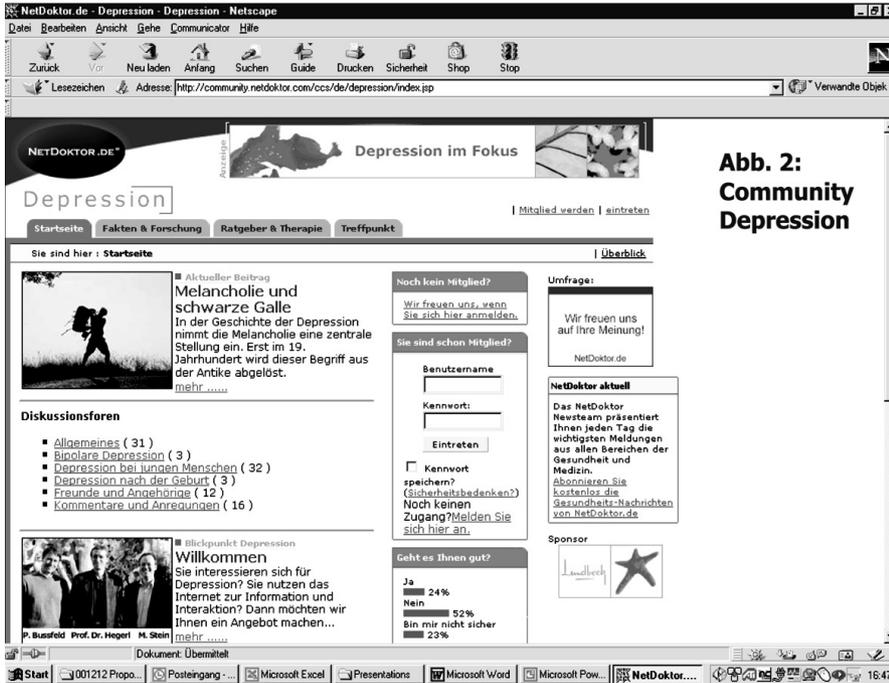


Abb. 2: Community Depression

wird damit als frei zugänglich für alle gehalten. Dies stößt jedoch auf Grenzen der Finanzierbarkeit, da qualitativ hochwertiger Content allein durch Online-Werbung im Internet kaum finanzierbar ist. Der Markt experimentiert hier derzeit mit freien versus kostenpflichtigen Zugängen zu qualitätsgesicherter Information, die zum Teil auf der Mitgliedschaft in einer bestimmten Gruppe beruhen (zum Beispiel Versicherte eines bestimmten Leistungsträgers).

Eine Medizinische Community bietet medizinische Informationen und Dienstleistungen für Patienten- und Interessengruppen (zum Beispiel Diabetes-Patienten, schwangere Frauen.) online. Das wesentliche Element der Community ist die sogenannte Peer-to-peer-communication, also der Austausch von Informationen unter gleichermaßen Betroffenen, das Teilen des gemeinsamen Schicksals, das Lernen von Anderen. Weitere kennzeichnende Elemente einer Community sind die angemeldete Mitgliedschaft, Online-Diskussionen mit oder ohne Moderation, Live events (d.h. zeitgleicher Austausch, Chat untereinander oder mit Experten), Expertenrat per e-mail sowie Bündelung von nicht-interaktiven Angeboten (wie Krankheitsinformationen) für

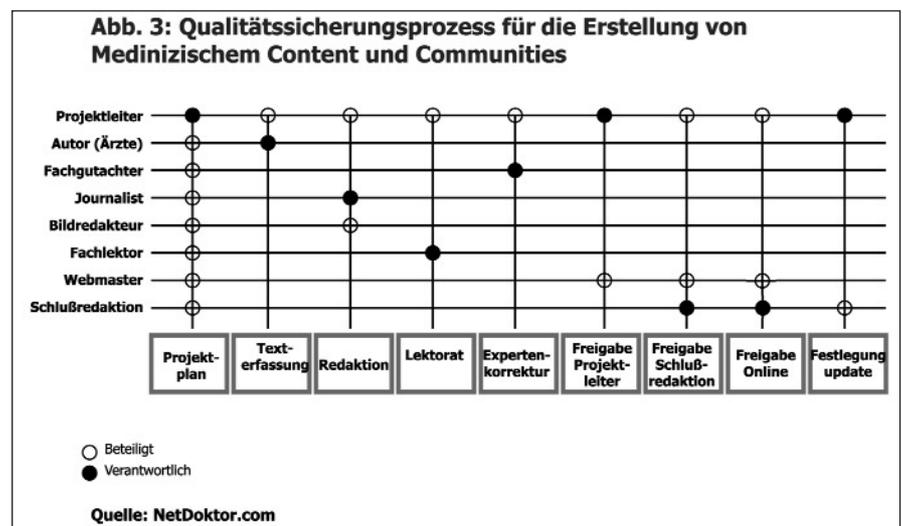
eine definierte Zielgruppe. Ein Beispiel hierzu zeigt Abb. 2 für Patienten, die unter einer Depression leiden und für deren Angehörige. Die Finanzierung einer solchen Community wird im Gesundheitswesen seltener durch die Betroffenen zu sichern sein als vielmehr durch andere Beteiligte im Gesundheitswesen wie Krankenkassen und Industrie.

Entscheidend für die Qualitätssicherung der Informationen in Content und Communities sind ein professioneller Content-Erstellungsprozess unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Diagnose und Therapieleitli-

nien. Hinzu kommt eine strikte Trennung der medizinischen, wissenschaftlichen und journalistischen Inhalte von den Partikularinteressen eines Anbieters, Sponsors oder Leistungsträgers. Hier helfen eine starke Unternehmensidentität und –ethik und ein System der Qualitätssicherung. Ein Beispiel für den Qualitätssicherungsprozess in der Content-Erstellung des Anbieters NetDoktor.de zeigt Abb. 3.

Dabei werden Texte durch medizinische Fachautoren erstellt und durch Journalisten und Bildredakteure für medizinische Laien überarbeitet. Interne oder externe medizinische Experten korrigieren dann den Text nach Kriterien der Evidenz-basierten Medizin, bevor ein Schlussredakteur die Verständlichkeit, die formale Richtigkeit und das technische Zusammenspiel aller Elemente (Text, Bild, Internet-Technologie) prüft und den Beitrag im Netz freigibt. Erstellungsdatum, Autorname und Berufsbezeichnung werden dem Inhalt jeden Beitrags vorangestellt. Zum gleichen Zeitpunkt wird intern ein Update-Termin für den Beitrag festgehalten und im Terminverfolgungssystem eingestellt. Dieser Prozess ist inhaltlich völlig unabhängig von etwaigen vertrieblichen Interessen, wie auch bei seriösen Printmedien üblich.

Individuelle spezifische Gesundheitsdienste für Patienten werden als Care zusammengefasst. Care wird angeboten für die drei Zielgruppen als



- Demand Management primär bei akuten Erkrankungen
- Disease Management bei chronischen Erkrankungen
- Case Management bei Schwersterkrankungen.

Demand Management hat typischerweise als Beratungsursache eine akute Erkrankung, seltener eine chronische Krankheit. Beratungsergebnis ist keine ärztliche Diagnose oder Therapie, sondern eine Empfehlung der Art „sofort ins Krankenhaus“, „bald ins Krankenhaus“, „bald zum Arzt“, „Selbstmedikation“ oder „Abwarten des Offenlassen und Beobachtung“. Dienste dieser Art werden seit einigen Jahren in den USA, Großbritannien und zunehmend auch in Deutschland und der Schweiz eingesetzt. Als Informationsmedien werden das Telefon (Call Center) und das Internet (E-Mail) eingesetzt. In manchen Call Centern unterstützen protokoll- oder algorithmenbasierte Software-Programme die Mitarbeiter; dies ist aber nicht zwingend notwendig. Entscheidend bleibt eine vorzügliche Schulung und langjährige Berufserfahrung der Mitarbeiter meist aus medizinischen Assistenzberufen mit Unterstützung durch Ärzte und Fachärzte. Die Zufriedenheit der Patienten mit diesen Diensten ist in der Regel hoch. Gravierende Fehler mit Prozeßfolgen werden kaum berichtet.

Disease Management als weitere individuelle E-Health Dienstleistung setzt vor der Mitgliedschaft im Programm – im Gegensatz zur Teilnahme an einer Community – eine Bewertung

(Assessment) voraus. Hier wird entschieden, in welcher der verfügbaren Programmstufen ein Patient aufgenommen wird um ein optimales Behandlungsziel zu erreichen. Ebenso erklärt sich der Patient zur Teilnahme bereit und gibt seine ärztlichen Betreuer im direkten Arzt-Patientenkontakt an. Diese Programme (zum Beispiel für Diabetes oder Asthma) bieten unterschiedliche Betreuungsstufen abhängig von der Vorinformation des Patienten oder seinem Zugang zu Informationen per Telefon oder Internet (Abb. 4). Typischerweise vereinbaren Patient und Betreuer am Anfang des Programms ein Therapieziel (zum Beispiel HbA1c-Wert), welches dann gemeinsam verfolgt wird. Kosteneinsparungen werden in der Regel durch die Vermeidung teurer Komplikationen der chronischen Erkrankungen unter Einbeziehung von Ärzten und Krankenhäusern erreicht. Weitere Kosteneinsparungen für die Kosten der Disease Management-Programme können erzielt werden, wenn möglichst viel Kommunikation und Transaktion über das Internet (im Gegensatz zum Beispiel zu Telefonanrufen und Postversand) erreicht wird. Dennoch können diese Programme den Arztbesuch nicht ersetzen – im Gegenteil. Ein gut eingestellter Patient mit einer chronischen Krankheit wie Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder Asthma bronchiale erfordert regelmäßige Besuche in der Praxis.

Case Management wurde bereits vor der breiten Einführung elektronischer Medien insbesondere von den Leistungsträgern praktiziert. Das Leistungsspektrum reicht hier vom Einkaufs-Management für Heil- und Hilfsmittel bis hin zu einer sehr individuellen Beratung von Patient und Angehörigen in Lebens- und sozialversicherungsrechtlichen Fragen, die rund um die Schwerst- oder ter-

Anzeige

1,6 %

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

minale Erkrankung zu lösen sind. Wie erwähnt spielen hier elektronische Medien nur eine untergeordnete Rolle.

Connectivity sind Technologiebasierte Dienste, die Leistungserbringer, Konsumenten/Patienten und Leistungsträger im Gesundheitswesen verbinden und mit medizinischer und administrativer Information versorgen. Aus unserer Sicht sollte Connectivity stets problemgetrieben sein, sonst entstehen „Lösungen auf der Suche nach dem Problem“. Wir halten es nicht für sinnvoll, eine Telematik-Anwendung für WAP-Handys anzubieten, weil dies modern und technisch machbar ist. Der patientenzentrierte Ansatz geht systematisch vom Problem des Patienten aus (zum Beispiel ortsunabhängig täglich den Peak Flow als Asthma-Patient messen) und sucht dann nach einer entsprechenden Lösung. Diese kann je nach Patient optimal auf Papier im Patientenbuch, per Modem über Telefon, oder über ein SMS- oder WAP-fähiges Mobiltelefon liegen. In diesem Sinne verstehen wir Connectivity als wichtiges Werkzeug für E-Health, welches aber in seiner Komplexität nur beherrscht werden kann, wenn wir vom Problem des Patienten (oder Leistungserbringers und -trägers) ausgehen.

E-commerce als Handel mit Produkten (zum Beispiel Medikamenten) oder Dienstleistungen über das Internet spielt nach unserer Einschätzung im Gesundheitswesen nur eine geringe

Abb. 4: Disease management - Was bringt das Internet?

Klassischer Ablauf	Internet-basierter Ablauf
<ul style="list-style-type: none"> • Rekrutierung: persönlicher Besuch • Postversand • > 1 Telefonanruf/Monat • Versenden von Broschüren/Plänen per Post 	<ul style="list-style-type: none"> • Rekrutierung: Telefon/Net-basierter Fragebogen • E-Mail • z.B. 1 Telefonanruf/2 Monate • Broschüren/Pläne zum Herunterladen • Content als zusätzlicher Nutzen • Online Diskussionen • Expertenrat via Internet • Arztbesuche • Eine Online Patientenakte, die der Patient besitzt
<ul style="list-style-type: none"> • Arztbesuche • Mehrere Patientenakten 	

Rolle, solange dies patientennah geschieht. Patienten treffen nur wenige Kaufentscheidungen von Produkten und Diensten direkt. Der größte Kostenanteil im Gesundheitswesen wird durch Ärzte verschrieben. Im Business-to-Business Bereich wird E-Commerce hingegen eine große Rolle auch im Gesundheitswesen spielen, zum Beispiel in der Beschaffung medizinischer Produkte, Labor- und Verbrauchsmaterialien.

Wo liegen die Risiken?

Nach wie vor ist es im Gesundheitswesen für den Kunden (Patienten) nicht leicht, die Qualität der angebotenen Informationen, Ratschläge und Therapien selbst zu beurteilen. Es besteht die Sorge, daß das Internet als rechtlich noch relativ gering geregelter und übernationaler Raum mit unseriösen Informationen und Angeboten die Gesundheit der Bevölkerung gefährdet. Ein höheres Bildungsniveau der Bevölkerung in Gesundheitsfragen bietet andererseits auch die Chance, daß dadurch die Qualitätssicherung der Anbieter und insbesondere die ärztliche Qualitätssicherung stärker gefordert wird. Gleiches muß für das Internet und Call center-unterstützte Dienstleistungen im E-Health gelten. Seriöse Anbieter haben deshalb schon früh Maßnahmen zur Selbsthilfe ergriffen und die Health On the Net (HON-) Foundation mit Sitz in der Schweiz gegründet. Diese hat Kriterien aufgestellt, um laienverständliche Informationen im Internet zu bewerten.

Die HON-Kriterien werden zunächst über eine freiwillige Selbstkontrolle verfolgt. Es wird keine inhaltliche Beurteilung der Seiten durchgeführt, sondern eine Reihe festgelegter Regeln zur Beurteilung des Informationsangebotes genutzt. Die Anbieter von medizinischen Informationen im Internet können sich diesen Regeln unterwerfen. Nach dieser Selbstverpflichtung wird er in das Verzeichnis medizinischer Internetressourcen der Health on the Net Foundation aufgenommen. Eine zentrale Forderung der

HON-Kriterien ist, daß alle medizinischen und gesundheitsbezogenen Ratschläge, die erteilt werden, nur von medizinisch oder gesundheitswissenschaftlich geschulten und qualifizierten Fachleuten gegeben werden. Andere Informationen müssen eindeutig als nicht von Fachleuten bzw. medizinischen Organisationen stammend gekennzeichnet werden.

Der Kriterienkatalog Discern kommt ursprünglich aus England und ist ein standardisiertes Instrument zur qualitativen Überprüfung von Fachinformationen für Patienten. Er befaßt sich in 15 Kriterien mit Behandlungsalternativen wie „Sind Ziele klar definiert?“ oder „Hilft die Publikation für die partnerschaftliche Entscheidungsfindung?“. Hierfür werden Punkte vergeben.

Darüberhinaus befindet sich ein weiteres Qualitätssicherungssystem für Informationen Internet im Aufbau. Das MedCertain-Projekt wird durch die Europäische Union unterstützt und in Deutschland maßgeblich vorangetrieben durch Dr. Gunther Eysenbach und Kollegen an der Universität Heidelberg.

Für Bewertungen von Laieninformation im deutschsprachigen Netz nutzt die Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung (Köln) die Discern-Kriterien. Informationsseiten im Internet zu bestimmten Erkrankungen werden nach diesem Algorithmus bewertet und mit den entsprechenden Links zusammengestellt. Die Bewertung beschränkt sich auf das Angebot von öffentlich-rechtlichen Einrichtungen wie Universitätskliniken und von Selbsthilfegruppen.

Dennoch können die genannten Bewertungsinstrumente für Internetinformationen in ihrem heutigen Stadium nur ein erster Schritt sein. Freiwilliger Selbstkontrolle und –einschätzung sollte ein externes Gütesiegel folgen. Dies

Abb. 5: Die Bevölkerung sucht Gesundheitsinformation und –Dienstleistungen über Telefon und Internet

- 29% der NetDoktor-Nutzer haben Schwierigkeiten, einen Termin bei ihrem Hausarzt zu bekommen
- 25% fühlen sich über ihren Hausarzt nicht ausreichend informiert
- 66% würden ihrem Arzt gerne via E-mail Fragen stellen
- 94% wollen das Internet als Informationsquelle für Gesundheitsfragen neben dem Arztbesuch nutzen

Quelle: NetDoktor Germany User Surveys – März und Dezember 2000, jeweils ca. 700 Nutzer

wird zum Beispiel durch MedCertain angestrebt. Auch die Health On The Net-Foundation verfolgt das Ziel einer aktiven Zertifizierung.

Darüberhinaus liegt im Feld der telefonunterstützten medizinischen Dienstleistungen die Aufgabe der Qualitätssicherung noch vor uns. Call center-unterstützte Programme im Demand management oder Case management sind ebenso zu zertifizieren wie Disease management Programme mit Call center- und/oder Internet-Unterstützung. Für letzteres sieht der aktuelle Gesetzentwurf zur Novellierung des Risikostrukturstrukturausgleiches unter den gesetzlichen Krankenkassen ebenfalls Ansätze vor.

Gesetzliche oder freiwillige Zertifizierungen stellen Mindestanforderungen sicher. Wirklich exzellente Dienstleister werden diese regelmäßig übertreffen und durch ständige Prozessverbesserungsmaßnahmen ihre Leistung für den Patienten steigern.

Warum ist E-Health im Kommen?

Patienten sehen sich in unserer Gesellschaft zunehmend auch im Gesundheitsbereich als Nachfrager professioneller Dienstleistungen. Sie wollen alles über ihre Krankheit wissen und sorgfältig über Therapieoptionen aufgeklärt werden. Der mündige Patient möchte im Gesundheitswesen als geschätzter Kunde behandelt und gepflegt werden. Oft bleiben nach einem Arztbesuch Fragen offen, welche für das Therapieverhalten und die Compliance mit den Therapieempfehlungen entscheidend sein können. 25% der



ers und Zahlers für Schäden hinausentwickelt.

Die Rolle der Leistungserbringer in Form von Ärzten und Krankenhäusern hat sich im Bereich E-Health noch nicht klar herauskristallisiert. Für Ärzte wie Krankenhäuser kann ein kompetenter Internet-Auftritt ebenfalls ein Differenzierungsmerkmal sein, soweit dies standesrechtlich zulässig ist. Die Normvorstellungen und Rechtslagen der Landesärztekammern sind hierzu in verhalten positiver Bewegung, solange nachprüfbarbare Fakten dargestellt und keine werbenden Aussagen getroffen werden.

Längerfristig verspricht Disease Management eine Effizienzsteigerung und Qualitätsverbesserung in der Behandlung chronischer Krankheiten, wie dies durch Daten von Innovacare (www.innovacare.de) und anderen überzeugend dargelegt werden kann. Hier besteht die Chance, neue Märkte zu entwickeln, die helfen die Effizienz unseres Gesundheitswesens zu verbessern. Inwieweit dies auf Leistungsträgerseite die Krankenkassen und Krankenversicherer und auf Leistungserbringerseite die Ärzte, Krankenhäuser oder neue Dienstleister tun werden, unterliegt den Kräften des Marktes und der volkswirtschaftlichen wie unternehmerischen Weitsicht der Beteiligten.

NetDoktor-Nutzer geben an, daß sie noch Fragen nach dem Arztbesuch haben (Abb. 5). Eine überwiegende Mehrzahl der NetDoktor-Nutzer arbeitet mit modernen Medien wie dem Internet und E-Mail und möchte dies auch in Gesundheitsfragen so halten. Bei den Nutzern von www.netdoktor.de als öffentlichem Gesundheitsportal zeigen sich zwei klar definierte Marktsegmente. Einerseits die „reflektierenden Karrieristen“, welche etwa 20% der Nutzerschaft ausmachen und sich durch hohen Bildungsstand, wenig traditionelle Orientierung und ein Alter von 30 bis 59 Jahren charakterisieren. Diese Gruppe ist es gewohnt, jeden Tag mit dem Internet zu arbeiten und übt dort auch Transaktionen aus, heute vor allem im Einkauf von Büchern und im Finanzbereich. Die zweite Gruppe von Nutzern sind die „modernen Hausfrauen“, welche etwa 25% der Nutzer ausmachen. Diese sind von den Wertvorstellungen her traditionell orientiert und kümmern sich um die Gesundheitsfragen der Familie. Sie haben Affinität zum Online-Shopping auch im Beauty- und Wellness-Bereich. Beide Gruppen wären, laut einer on-line Umfrage des letzten Jahres, auch in einem gewissen Maß bereit, Medikamente

über das Internet zu beziehen, wenn der korrekte Prozeßablauf gesichert ist.

Gesetzliche Krankenkassen stehen untereinander im Wettbewerb, seit der Gesetzgeber die freie Kassenwahl und den Kassenwechsel maßgebend erleichtert hat. Damit ist der Wettbewerb um den Versicherten mit entsprechenden Anforderungen an die Differenzierung und Kundenbindung der eigenen Kasse massiv gestärkt worden. Längerfristig verspricht professionelles Disease Management eine Kostendämpfung durch bessere Einstellung und Behandlung chronisch Kranker.

Private Krankenversicherungen suchen ebenfalls nach Differenzierungsmöglichkeiten im Wettbewerb untereinander und gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen. Da Gesundheitsleistungen jenseits einer Grundversorgung zunehmend als bewußte Konsumentenscheidung der Versicherten gesehen werden, bietet hier E-Health ein breites Feld zur Differenzierung. Die Deutsche Krankenversicherung (DKV) ist hier mit einem breiten und tiefen Internet-Auftritt zum Thema Gesundheit in Vorlage getreten (Abb. 6). Dahinter steckt die Intention, dem Kunden eine kompetente Mehrleistung in Gesundheitsfragen zu bieten, welche sich über die Rolle des Versiche-

Anschrift der Verfasser:

(Ansprechpartner für Korrespondenz)
Dr. med. Markus Kirchgeorg MBA
NetDoktor.de GmbH
Frauenplatz 11 (am Dom)
80331 München
Telefon: 089/746 4669-0
E-Mail: markus@kirchgeorg.net

Prof. Dr. med. Stefan Endres
Abteilung für Klinische Pharmakologie
Medizinische Klinik Innenstadt
Ludwig-Maximilians-Universität
München,
Ziemssenstr. 1
80336 München
Telefon: 089/5160-2317
E-Mail: Stefan.Endres@med.uni-muenchen.de

Raum	Mittwoch, 21.11.2001		Donnerstag, 22.11.2001		
	9.30-13.00 Uhr	14.30-18.00 Uhr	9.30-13.00 Uhr	14.30-18.00 Uhr	
CCD, Süd	01	Vom Symptom zur Diagnose TFD-Quiz: Hormone Prof. Dr. K. Mann, Essen Prof. Dr. W. Scherbaum, Düsseldorf 101	Ant Aging Grundfrage gesunder Lebensgestaltung Prof. Dr. Elisabeth Görlde, Rockinghamen 122	Lektionen aus dem Humangenom, Anwendung und Ethik in der Endokrinologie Prof. Dr. K. Mann, Essen 201	Gefäßsystem und oxidativer Stress Prof. Dr. H. Sies, Düsseldorf 220
	02	Tumorinjurgie und Lebensqualität (interdisziplinäres Seminar) Prof. Dr. H. Molcho, Kassel 102	Herzinfarkt und Hirnschlag: Primärprävention, Akuttherapie und Sekundärprävention Prof. Dr. H. C. Diener, Essen 123	Neue Ultraschallverfahren zur Gefäßdarstellung PD Dr. M. Ludwig, Bonn 202	Diagnose und Therapie von Kopfschmerzen Prof. Dr. H. C. Diener, Essen 221
	04	Kindliche Schmerzsyndrome Prof. Dr. T. Graf-Baumann, Teningen Dr. H. Lohse-Busch, Bad Krozingen 103	Kieferorthopädie und Bewegungssystem Dr. H. Lohse-Busch, Bad Krozingen Dr. W. Schupp, Köln 124	Fibromyalgie: Die unsichtbare Krankheit Prof. Dr. H. W. Jäckel, Bad Säckingen Prof. Dr. O. Pongratz, München 203	Huckenschmerz Prof. Dr. T. Graf-Baumann, Teningen Prof. Dr. W. H. Jäckel, Bad Säckingen 222
	1	104	125	204	223
	2	105	Pflege zeigt Prof. Arbeitsbedingungen in der deutschen Pflegeandschaft Nina Oral, Stuttgart Gisela Kapp-Steen, Mainz 126	Worte und Taten in der Pflege Rolf Höfer, Neuwied Nina Oral, Stuttgart 205	Azneimittel bei besonderen Patientengruppen Prof. Dr. Petra A. Thümmel, Wuppertal 224
	3	EKG Kurs Teil I Prof. Dr. D. W. Behrenbeck, Solingen 106	EKG-Kurs - Teil II Prof. Dr. D. W. Behrenbeck, Solingen 127	Innovationen in der Medizintechnik Bundesministerium für Bildung und Forschung 206	Der Patient als Kunde und Verbraucher Prof. Dr. K.-W. Jauch, Regensburg 225
	5	MFDICA Juristica Anrechnungsbeitrag im Gesundheitswesen RA M. G. Broglio, Wiesbaden RA II. Wartensleben, Stolberg 107	MFDICA Juristica Aktuelles Kassensarztrecht RA M. G. Broglio, Wiesbaden RA H. Wartensleben, Stolberg 128	Probleme d Sexualität Volker van den Bouri, Aachen 207	Immunologie: Dem Tumor keine Chance Prof. Dr. H.-W. Baenkler, Erlangen 226
	6	Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen Diagnose, Therapie, Prognose Prof. Dr. G. Nissen, Würzburg 108	Neue Therapiemöglichkeiten in der Behandlung des Typ-2-Diabetes Prof. Dr. H. Schatz, Bochum 129	Homöopathie in Klinik und Praxis Dr. M. K. Elics, Laubach 208	Angst - Depression - Schlafstörungen Prof. Dr. G. Haajak, Regensburg 227
	7a	Hätten Sie es gewußt? Fallseminar Innere Medizin Prof. Dr. G. Sachse, Dr. St. Sahn, Wiesbaden 109	Hypertonie 2002 Von der Hypertonie zur chronischen Herzinsuffizienz Prof. Dr. V. Heinsolth, Damp 130	Reproduktionsmedizin Prof. Dr. W. Krause, Marburg Prof. Dr. L. Mettler, Kiel 235	Neurodegenerative Erkrankungen Prof. Dr. U. Beisiegel, Hamburg 228
	7b	Kalkulation medizinischer Leistungen Dipl. Kfm. O. Herker, Reutlingen 110	Osteoporose - neue Therapieansätze Prof. Dr. Dr. F. Keck, Wiesbaden 131	Ambulante Operationen im Krankenhaus Die Aufgabe des niedergelassenen Facharztes Prof. Dr. M. Beldler, Essen Prof. Dr. J. Jahre, Hannover 236	Präxistisches Polytrauma-Management mit praktischen Demonstrationen und Fallsimulation Dr. A. Dorsch, Halmhausen 229
	8	Kontrolle moderner Schrittmacher und Defibrillatorsysteme; Programmierkurs Prof. Dr. B.-D. Gonska, Karlsruhe 111	Der therapieresistente Patient in der Gastroenterologie Prof. Dr. B. May, Bochum Prof. Dr. J. Hotz, Celle 132	Exploration und Therapie psychischer Erkrankungen in der Internistischen und Allgemeinmedizinischen Praxis Prof. Dr. K. Maurer, Frankfurt 211	DRGs - Wo werden sie den Krankenhausalltag verändern? Dr. I. Henker, Münster 237
	12	Gastroskopikurs "Rhein Ruhr" des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI) e.V. Prof. Dr. J. Freise, Mülheim, Prof. Dr. B. May, Bochum 112	Pharmakotherapie dringlicher Erkrankungen - Empfehlungen für den Praktiker vor Ort Prof. Dr. O. Bartels, Nürnberg 133	Gastroskopikurs "Rhein Ruhr" des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI) e.V. - Fortsetzung 112	Antithrombotische Therapie - Indikation und Probleme in Kardiologie und Herzchirurgie Prof. Dr. M. Leschke, Esslingen Prof. Dr. H. D. Schulte, Düsseldorf 212
	14	Mitgliederversammlung FSP	Pharmakotherapie dringlicher Erkrankungen - Empfehlungen für den Praktiker vor Ort Prof. Dr. O. Bartels, Nürnberg 133	Antithrombotische Therapie - Indikation und Probleme in Kardiologie und Herzchirurgie Prof. Dr. M. Leschke, Esslingen Prof. Dr. H. D. Schulte, Düsseldorf 212	Neue diagnostische Leitlinien der Hypertonie, 24-Stunden Blutdruckmessung und Blutdruckselbstmessung Prof. Dr. B. Krüger, Trier Prof. Dr. M. Anlauf, Bremerhaven 231
	CCD, Pavillon	15	Praxismanagement - Einnahmen optimieren - Ausgaben minimieren W. M. Lamers, Biberbach W. Isinghaus, Kärst 113	Der Arzt als Unternehmer - Selbstzahlleistungen in der Kassensarpraxis Dr. M. Adler, Siegen 134	Aktueller Stand der MR Diagnostik und bildgesteuerten Interventionen - Bedeutung für die Praxis Prof. Dr. R. Günther, Aachen 213
16		Kolposkopie I - Grundlagen der Kolposkopie PD Dr. V. Küppers, Dr. D. Bussin, Düsseldorf 114	Kolposkopie II - Normale und abnorme Befunde der Vulva und Vagina PD Dr. V. Küppers, Dr. D. Bussin, Düsseldorf 214		
17		TCM Einführung in die Differentialdiagnose und Therapie bei der Akupunktur chronischer Schmerzen Dr. St. Kirchhoff, Sprockhövel 115	Einführung in die Akupunktur - Akupunktur als Teil der modernen Medizin Dr. Walburg Marie-Oehler, Rad Homburg 135	Akupunktur bei den wichtigsten urologischen Erkrankungen Doz. Dr. H. Becke, Ludwigsfelde 215	Akupunktur: Die 5-Elementen-Lehre am Beispiel von 5 Kompositionen Prof. Dr. H. Nessel, Dr. Evmearie Wolkenstein, Wien 233
18		XXI. World Congress of Pathology and Laboratory Medicine			
19		XXI. World Congress of Pathology and Laboratory Medicine			
CCD, Süd	26	Kooperationen im Gesundheitswesen - Aktuelle Fragestellungen Dipl. Bw. M. Rulis-Wengarten, RA Dr. B. Halbe, Köln 116	Kardiovaskuläre Folgen der Adipositas Prof. Dr. A. Wirth, Bad Rothenfeld 136	Gendiagnostik in der klinischen Routine Prof. Dr. G. Hoffmann, Gredrath 216	Neuro-Reha 2001 - Kurse 2 + 5 2 = Schlagtherapie 5 = Störungen der Handmotorik
	27	Mitgliederversammlung DPV	Kardiale Ernährungstherapie - Einsatz von Mikronährstoffen bei kardiovaskulären Erkrankungen Dr. Brita Lorenz, Königswinter 137	Die Rolle des Labors bei Drogenmissbrauch und Drogenentzug Prof. Dr. M. H. Müller, Homburg 217	Neuro-Reha 2001 - Kurse 3 + 6 3 = DRG's und Neuro-Reha 6 = Verkehrssicherheit
	28	Point-of-Care Medical Device Communication - aktuelle Entwicklungen Dipl. Phys. M. Krämer, Düsseldorf Dipl. Ing. Th. Norgall, Erlangen 117	Die neue BG-GOÄ gültig ab 1. Mai 2001 - Wie geht's weiter? Strategien 2001/2002 Dr. H. A. Massing, Ibbenbüren 138	Akkreditierung von medizinischen Laboratorien Prof. Dr. R. Haeckel, Bremen Dr. Ch. Schuerner, Erlangen Prof. Dr. H. Zschhardt, Berlin 218	Neuro-Reha 2001 - Kurse 1 + 4 1 = Laufbandtherapie 4 = Schlafbezogene Atmungsstörungen
Halle 1	30	Grundkurs der Ultraschalldiagnostik im Kopf-Hals-Bereich Introductory Workshop on Ultrasound for the head and neck Prof. Dr. R. Laszig, Prof. Dr. Dr. R. Schmelzeisen, Dr. Dr. R. Schön, Freiburg 118	Grundkurs der Ultraschalldiagnostik im Kopf-Hals-Bereich - Fortsetzung 118		
	31	Bronchologischer Untersuchungskurs (Phantomkurs) Prof. Dr. J. A. Nakhosteen, Bochum PD Dr. G. Starriats, Essen 119	Bronchologischer Untersuchungskurs - Fortsetzung 119		
CCD, Ost	L	Tropenmedizin - Teil I - mit mikroskopischem Praktikum Dr. Th. Fenner, Hamburg 120	Tropenmedizin - Teil II - mit mikroskopischem Praktikum Dr. Th. Fenner, Hamburg 139	Zytologische Mikroskopiekurse	
	M	24. Deutscher Krankenhausstag	24. Deutscher Krankenhausstag	Differentialdiagnose plattenepithelialer Veränderungen des Uterus PD Dr. V. Schneider, Freiburg 219	Differentialdiagnostische Probleme in der gynäkologischen Zytodiagnostik Prof. Dr. H. I. Knöck, Bremerhaven 234
	R	Kardiopulmonale Reanimation für Ärzte - Basismaßnahmen für die Praxis Prof. Dr. P. Sefrin, Würzburg 121	Kardiopulmonale Reanimation für Ärzte - Erweiterte Maßnahmen Prof. Dr. P. Sefrin, Würzburg 140	24. Deutscher Krankenhausstag	
Kliniken				Klinikum Wuppertal-Elberfeld, Herzzentrum, Med. Klinik 3 Moderne Diagnostik der Myokardschämie Stresschokardiographie und Magnetresonanztomographie - Dr. Judith Wolfoltz, Prof. Dr. H. Güller, Wuppertal 501	

Raum	Freitag, 23.11.2001		Samstag, 24.11.2001	
	9.30-13.00 Uhr	14.30-18.00 Uhr	9.30-13.00 Uhr	14.30-18.00 Uhr
CCD, Süd	01 Notfalltherapie der Herzrhythmusstörungen Prof. Dr. D. W. Behrenbeck, Solingen 301	Neue Therapieverfahren in der Kardiologie und Karochirurgie Prof. Dr. E. Vester, Düsseldorf 321	Ernährungsmedizin und Diätetik 2001 Prof. Dr. H. Mann, Aachen S.-D. Müller, Aachen 401	Dekubitus - Mangelernährung bei Senioren Prof. Dr. H. Mann, Aachen 424
	02 Hämotherapie: Verantwortung des transfusionsordonnanz Arztes, Stellung des Transfusionsbeauftragten Prof. Dr. H. L. Schiari, Düsseldorf Dr. G. Hutschirrouther, Aachen 302	Technik in der Medizin - Leber mit Defekten? Dr. Cisca Bockenheimer-Lucius, Oberursel 322	Pille, Hormonersatztherapie und Thrombosensisiko Prof. Dr. R. Scharf, Düsseldorf Dr. H. B. Zolt, Düsseldorf 402	Neue Lasertherapien an der Haut. Halten sie, was sie versprechen? PD Dr. Dr. M. Droemer, München 425
	04 Aktuelle Entwicklungen der Rehabilitation Prof. Dr. W. H. Jäcke, Bad Sackingen Dr. Christiane Korsukewicz, Berlin 303	Akute Gerontoneurologie Prof. Dr. J. Jörg, Wuppertal 323	Atemwegserkrankungen Dr. H. Miffessel, Remscheid Dr. W. Pöcker-Luchszornigay, Bielefeld 403	Lungenfunktionsmessungen in der Praxis Dr. H. Miffessel, Remscheid 426
	1 304	324	Informationsveranstaltung ab 10.00 Uhr: Menschen mit Down-Syndrom Dr. B. Wegener, Berlin 404	Informationsveranstaltung Rheumatologie Prof. Dr. Dr. D. Liew, Wiesbaden 427
	2 Die PST Pulsierende Signal Therapie als innovative ICGE-Leistung in der orthopädischen und chirurgischen Praxis Prof. Dr. Dr. H. Cotta, München 305	Orthomolekulare Therapie und Ernährungsmedizin - Medizin mit Zukunft Zusatzchancen für den niedergelassenen Arzt Moderation: G. Thomas, Bad Homburg 325	Informationsveranstaltung Herzinfarkt: Ein Witterauf mit der Zeit Prof. Dr. U. E. Strauer, Düsseldorf 405	Informationsveranstaltung Homöopathie - Möglichkeiten und Grenzen Dr. M. Wiegand, Wetzlar 428
	3 Public Health-Forschung in Deutschland Prof. Dr. J. Siegrist, Düsseldorf 306	Aktuelle Ernährungsstudien im Gesundheits- und Leistungssport PD Dr. M. Huonker, Freiburg 326	Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen und Probiotika Prof. Dr. Dr. D. Liew, Wiesbaden Prof. Dr. B. Wiedemann, Bonn 406	Informationsveranstaltung Diagnose Krebs, was nun? Prof. Dr. K. Schumacher, Gerlingen 429
	5 Therapeutische Photomedizin: Phototherapie Prof. Dr. J. Krutmann, Düsseldorf 307	Schwangerschaftsvorsorge aus human genetischer Sicht Prof. Dr. Elisabeth Godde, Recklinghausen 327	Aktuelle Proktologie Dr. F. Raulf, Münster 407	Informationsveranstaltung Elektrosmog: Massenbedrohung oder Vassonwahn? E. W. Eckert, Bonn 430
	6 Lyme-Borreliose - Aktuelle Trends Dr. H. Lange, Berlin Prof. Dr. H. K. Kursawe, Potsdam 308	Die Chronotherapie als wissenschaftlich begründetes Behandlungskonzept im Bereich der Komplementärmedizin Prof. Dr. H.-G. Knoch, Lindthal Dr. R. Viebahn-Hänslcr, Ilfzschorn 328	Fortschritte in der Insulintherapie - aktueller Stand und Perspektiven Prof. Dr. W. A. Scherbaum, Düsseldorf 408	Informationsveranstaltung Verstärkte Kinder - Wie gehen wir mit dem Tod eines Kindes vor seiner Geburt um? Moderation: Marc-Romain Trautmann 431
	7a Pflegemanagement: Auswirkungen des DRG-Systems auf den Führungsprozess im Krankenhaus Dr. Helga Kirchner, Düsseldorf 309	Psychohygiene für den Praxisalltag Volker van den Boorn, Aachen 329	Risikostratifizierung bei Hypertonie - Konsequenzen für Diagnostik und Therapie Prof. Dr. I-W. Franz, Todtnaubach 409	Personalmanagement in der Arztpraxis Karin Dehl, Frankfurt 432
	7b Schmerzanalyse und gezielte Therapie zur Vermeidung der Chronifizierung Dr. H. Bunhor, Kaarst 310	Der Alternde Mann Prof. Dr. W. Krause, Marburg 330	In der Kinderärztlichen Praxis: Chirurgische Erstversorgung Prof. Dr. G. H. Willral, Münster 410	Neues aus der Stoffwechsel (Metabolom) Forschung Prof. Dr. E. E. Genbrodt, Giessen 433
	8 Diagnostik und Therapie von Vitamin-Nährstoff-Defiziten - Was ist gesichert? Prof. Dr. H. Hesseker, Paderborn 311	Brustdrüsen-Tumoren - Kriterien und Wege der Diagnostik Prof. Dr. R. Bassler, Fulda 331	Akute und chronische Hepatitiden Prof. Dr. B. May, Bochum Prof. Dr. K. H. Holtermüller, Frankfurt 411	Informationsveranstaltung Chronische Hepatitis und Folgezustände Prof. Dr. D. Haussinger, Düsseldorf 434
	12 Kolo-ileoskopischer Untersuchungskurs (Ludwigsburger Endoskopiekurs) Prof. Dr. P. Frühmorgen und Mitarbeiter, Ludwigsburg 312	312	Kolo-ileoskopischer Untersuchungskurs - Fortsetzung - 312	Neuro-Reha 2001 - Kurs 10 + 12 10 = Botulinumtoxin 12 = Epilepsie/Rehabilitation
	14 Marketing-Exzellenz im Krankenhaus: Erfolgsfaktoren und Qualitätsstrategien für das Krankenhaus der Zukunft Prof. Dr. G. F. Hegel, Augsburg 313	Ärztliche Exzellenz in der Praxis mit Marketing - Veredelung der Praxis-Teamarbeit mit marktorientierten Qualitätsstrategien Prof. Dr. G. F. Hegel, Augsburg 332	Rheumaforum 2002 Prof. Dr. V. Heimsath, Damp 412	Informationsveranstaltung Sichtweisen zur Sarkoidose Prof. Dr. G. Uhlenbruck, Köln 435
	15 Service-Gütesiegel für die Medizintechnik Dipl.-Ing. G. Polzsch, Aachen 314	Charakter und Perspektiven moderner Visualisierungstechniken in Medizin und Pharmazie Prof. Dr.-Ing. D. Krömker, Frankfurt 333	Psychiatrische Erkrankungen in der Allgemeinpraxis Dr. A. C. Chu, Wasserburg 413	Phlebiologie für die Praxis, venöse Dopplersonographie, Lichtreflexionsrheographie, Kompressiotherapie Dr. M. Hartmann, Freiburg 436
	16 BARCODE jetzt - Wie der HIBC BARCODE von Hersteller und Krankenhaus gleichermaßen genutzt werden kann H. Oehlmann, Naumburg 315	Praxisabgabe und ärztliche Niederlassung unter Gesundheitsreformbedingungen Prof. h.c. Dr. K. Gödder, Neuss 334	GOÄ-Abrechnungsseminar W. V. Lamers, Billerbeck 414	Selbstzahlmarketing W. V. Lamers, Billerbeck 437
	17 Ohr-Akupunktur Dr. H. P. Ogal, Giessen 316	Akupunktur-Therapie bei Neuralgie und Migräne Dr. G. Stux, Düsseldorf 335	Akupunktur in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett - Einführung Dr. A. Römer, Mannheim 415	Akupunktur und Naturheilverfahren: Diagnostische und therapeutische Tipps Dr. Ruth Schmitz-Harbauer, Krefeld 438
	18 XXI World Congress of Pathology and Laboratory Medicine	336	416	439
	19 XXI World Congress of Pathology and Laboratory Medicine	336	416	439
	Halle 1	26 Alzheimer und Creutzfeldt-Jakob: Forschung und Klinik der Demenz Prof. Dr. G. Hoffmann, Grafat 317	Neuro-Reha 2001 - Kurs 7 7 = Evidenzbasierte Therapie 317	Sexueller Missbrauch von Kindern Prof. Dr. G. Gross, Rostock 418
27 Pränatale Diagnostik - neue Konzepte PD Dr. P. Kozlowski, Düsseldorf 318		Neuro-Reha 2001 - Kurs 8 8 = Neurochirurgische Rehabilitation 318	Neurologisch-psychiatrischer Untersuchungskurs Prof. Dr. B. Höferberth, Coppenbrügge 419	Neuro-Reha 2001 - Kurs 7 + 8 7 = Neuropsychiatrische Reha 8 = Reha nach neurochirurgischen Eingriffen 440
28 Aktuelle Verfahren zur Therapie von Krampfadern Prof. Dr. R. Kolvenbach, Düsseldorf 319		Neuro-Reha 2001 - Kurs 4 4 = Rehabilitation nach Schlaganfall 319	Endemologie und LPG-Technique - Die neuen Therapien zur wirtschaftlichen Praxisführung H. B. Heinrichs, Wehl 420	Neuro-Reha 2001 - Kurs 6 + 9 6 = Dosis von Reha-maßnahmen 9 = Ambulante Rehabilitation 441
30 Grundkurs der Ultraschalldiagnostik im Kopf-Hals-Bereich Fortsetzung - 118		Informationskurs für Manuelle Medizin - Fortsetzung - Dr. H.-J. Petersohn, Düsseldorf 336	336	336
CCD, Ost	31 Bronchologische Untersuchungskurs Fortsetzung - 119	119	Bronchologischer Untersuchungskurs - Fortsetzung - 119	119
	L Hamatologischer Mikroskopiekurs Prof. Dr. K. P. Hellmold, Berlin 24. Deutscher Krankenhaustag 320	320	Hamatologiekurs für Fortgeschrittene Prof. Dr. H. Fuchs, Eschweiler 421	Diagnostik von Autoimmun- und Infektionskrankheiten durch indirekte Immunfluoreszenz Beginn 13.30 Uhr Dr. W. Stöcker, Lübeck Dr. R. Käthner, Jena 440
	M 24. Deutscher Krankenhaustag	320	Gehen Verstehen - Ganganalyse nach Rancho Los Amigos Medical Center Los Angeles/CA Kristin Götz-Neumann, Düsseldorf 422	Informationsveranstaltung Tinnitus - Neue Wege in der Therapie Dr. I. Nestor, Bielefeld/Oberal 442
	R 24. Deutscher Krankenhaustag	320	Wahlärztliche Liquidation - Probleme und Lösungen Prof. Dr. P. Bertl, Essen Prof. Dr. o. Busse, Minden 337	Informationsveranstaltung Tinnitus - Neue Wege in der Therapie Moderation: Dr. Monika Fiedler, WDR 441
Kliniken	Klinikum Wuppertal-Farfelf, Herzzentrum, Med. Klinik 3 Einführung in die Farbdopplersonographie Dr. Judith Wolfertz, Prof. Dr. H. Gulker, Wuppertal 502	502	Universitäts-Frauenklinik Düsseldorf Mammasonographie in der Senologie - Interaktiver Workshop für den Niedergelassenen und den Klinikar Prof. Dr. Ulrike Nitz, Düsseldorf, Dr. V. Duda, Marburg 503	503

Ausführliches Programm, Veranstalter und Auskunft: MEDICA e.V., Postfach 70 01 49, 70571 Stuttgart, Tel. 07 11/76 69 92, Änderungen vorbehalten.

Das Deutsche Gesundheitswesen in der Krise

Artikel Dr. med. H.-F. Spies

Das deutsche Gesundheitswesen ist in der Krise

Die gesetzlich verordnete Beitragssatzstabilität kann nach den Beitragssteigerungen einzelner großen Krankenkassen kaum noch eingehalten werden. Sicherlich werden in den nächsten Monaten weitere Krankenkassen dem Beschluss der AOK Hessen folgen. Dennoch reicht das Geld zum Erhalt des derzeitigen Leistungsspektrums nicht aus. Die Patienten empfinden in den Praxen und in den Krankenhäusern eine zunehmende Rationierung von Gesundheitsleistungen. Das deutsche Gesundheitswesen ist in der Krise. Es ist in die Kritik geraten: Sowohl wegen der Kosten als auch wegen des Leistungsangebotes und der abgelieferten Qualität.

Finanzierungsgrundlage

Hauptursache sind Defizite in den ordnungspolitischen Vorgaben. Die Finanzierungsgrundlage ist eine solidarische Umlage, die bei entsprechenden Steigerungen der Beitragszahlungen zu einer empfindlichen Erhöhung der Lohnnebenkosten führt, die wiederum eine Belastung des Arbeitsmarktes nach sich zieht. Da die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung an die Arbeitnehmer gebunden ist, führt auch eine Verschlechterung der Arbeitslosenstatistik zu verminderten Einnahmen bei den Krankenkassen. Die Politik hat es - wie in den vergangenen Jahren - wieder nicht lassen können, sowohl die Renten als auch die Arbeitslosenversicherung durch die Krankenversicherung zu subventionieren, wobei ein rentenbezogener Beitragssatz allein ausreichen würde, um die Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung um 4 %-Punkte zu senken. Dies geht wohl deshalb nicht, weil dann der Rentenversicherung finanziell die Basis entzogen würde.

Leistungsinhalte

Die Leistungsinhalte wurden im Jahr 1993 nach den Ausgangszahlen von 1991 budgetiert. Inzwischen haben sich die Leistungsinhalte aber erheblich verändert, so daß die derzeitige Versorgungssituation nicht mehr abgebildet wird. Dies gilt für den medizinischen Fortschritt und für die demographische Entwicklung.

Solidar- und Individualleistungen

Vorstand und Vertreterversammlung der Kassennärztlichen Bundesvereinigung haben für eine grundsätzliche Reform des Gesundheitswesens einen Vorschlag unterbreitet, der auch vom Vorstand der KV Hessen und der Abgeordnetenversammlung unterstützt wird. Es wird vorgeschlagen, die medizinischen Leistungen in sogenannte Solidarleistungen und Individualleistungen aufzuteilen. Die Solidarleistungen sollen solidarisch finanziert, die Individualleistungen können über Kostenerstattung abgegolten werden. Der Finanzierungsvorschlag für die Solidarleistung sichert ein soziales Krankenversicherungssystem zu, das es ermöglicht, die für die Versorgung essentiellen Leistungen allen Versicherten flächendeckend anzubieten. Im Bereich der Individualleistungen ist Wettbewerb möglich, der den Krankenkassen eine große Tariffreiheit gibt.

Abgrenzung

Die Abgrenzung der Solidarleistungen zu den Individualleistungen ist das schwierigste Kapitel. Die KV sieht folgende Möglichkeiten:

- Evidenz-basierte Medizin

Über die Definition, ob eine Leistung wissenschaftlich belegt ist oder nicht. Hier gibt es typische Beispiele, die seither auch im Bundesausschuss der Ärzte und

Krankenkassen behandelt sind. Insbesondere die Akupunktur ist eine Maßnahme, die wissenschaftlich sehr schwer belegbar ist und die in den Bereich der Individualleistungen aufgenommen werden könnte. Die Grenzen der Definition durch die evidenz-basierte Medizin zeigen sich aber bei der Knochendichtemessung. Nur für einen kleinen, ganz umgrenzten Patientenkreis ist die Knochendichtemessung eine Maßnahme, die für die Behandlung von Bedeutung ist. Eine routinemäßige Anwendung ab einem bestimmten Alter mag von medizinischem Interesse sein; eine konsequente Folge für die Behandlung ergibt sich daraus aber nach den derzeitigen wissenschaftlichen Kriterien nicht. Damit kann man die Knochendichtemessung nicht gänzlich aus dem Katalog der Solidarleistungen herausnehmen, aber sie kann nur noch für bestimmte Indikationen angewandt werden. Das gleiche Beispiel haben wir bei der Untersuchung der Mamma mit Magnetresonanz. Auch hier definiert man eine sogenannte umschriebene Indikation, bei der diese Leistung notwendig, d. h. solidarisch finanziert werden muss.

- Disease-Management

Damit wird auch der zweite Weg klar, es ist wesentlich wichtiger, Behandlungsleitlinien und Definitionen von Disease-Management einzuführen. Hier wird z. B. festgesetzt, wie oft ein Diabetiker seinen augenärztlichen Befund überprüfen lassen muss. Hat er z. B. Interesse, diesen Befund öfters als nach der Leitlinie vorgesehen überprüfen zu lassen, so wird diese Leistung zur Individualleistung.

- Tarifsystem

Einfacher läßt sich das Problem über unterschiedliche Tarife lösen, die die Krankenkassen den Versicherten anbie-



ten können. Ein typisches Beispiel ist hier der sogenannte Hausarzttarif. Hat sich ein Patient z. B. bereit erklärt, einen Facharzt nur mit Einwilligung des Hausarztes aufzusuchen, so wird er den Besuch des Facharztes als Individualleistung zahlen müssen, wenn er ohne Einwilligung des Hausarztes dort eine Untersuchung auslöst. Abgesehen davon, wird durch solche Maßnahmen auch die Grenze ambulant/stationär aufgeweicht, weil Disease-Managementprogramme automatisch schnittstellenübergreifend, also sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Versorgung von Bedeutung sind, wobei das Prinzip „gleiche Leistung für gleichen Preis bei gleicher Qualität“ zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen einzuhalten ist.

Wichtig ist die Definition von Disease-Management, weil es bei diesen Begriffen, die teilweise aus dem Managed-Care-System in den USA übernommen worden sind, unterschiedliche Definitionsvorschläge gibt. So ist Disease-Management Definition und Umsetzung von Leitlinien für die Diagnostik und die Therapie für den Verlauf eines in der Regel chronischen Krankheitsbildes. Dies muß medizinisch evaluiert, d. h. evidenzbasiert sein. Es muß zwischen den verschiedenen Teilnehmern am Gesundheitswesen konsentiert sein und muß im Ablauf überprüfbar sein. Dies geschieht über Qualitätsrichtlinien. Beispiele sind hier die Zuckerkrankheit, der hohe Blutdruck, die Durchblutungsstörungen des Herzens, die Herzschwäche und das Asthma-bronchiale, nur um einige Krankheitsbilder zu nennen.

Aktuelle Gesetzesvorschläge

Die Bundesregierung versucht zur Zeit durch sogenannte Palliativgesetze sich bis zur nächsten Legislaturperiode zu retten, um den ökonomischen und inhaltlichen Kollaps der Krankenversicherung bis dahin zu vermeiden. Sie hat dabei eine Reihe von Gesetzesvorschlägen eingebracht. Hierzu gehört das Gesetz über die Kopfpauschale, aber auch das Ablösegesetz für die Arzneimittelbudgets. Entscheidend ist aber die Gesetzgebung zum Risikostrukturausgleich.

Risikostrukturausgleich

Dabei handelt es sich um ein Gesetzgebungsverfahren, das die Finanzströme zwischen den einzelnen Krankenkassen regelt, also ein Gesetz, das im Prinzip Finanzierungsvorgaben ordnen soll. Zur Überraschung aller hat man hier die angesprochenen Disease-Managementprogramme eingeführt. Der Gesetzgeber hat in seinem Entwurf vorgesehen, dass die Patienten, die an Disease-Managementprogrammen der einzelnen Krankenkassen teilnehmen, über den Risikostrukturausgleich finanziert werden.

Die Einführung dieser Programme ist damit für die Krankenkassen von existenzieller Bedeutung. Zahlungen sind nur an Disease-Managementprogramme gebunden. Die Definition dieser Programme sollte zunächst im Koordinierungsausschuss, aber nach neueren Vorstellungen direkt über das Gesetz erfolgen. Die inhaltliche Ausgestaltung und die Finanzierung liegen dann einzig und allein in der Macht der Krankenkassen. Vertragsärzte und Krankenhäuser werden ausgebootet, so daß sie an der Definitionsmacht für diese entscheidenden Fragen für unsere Patienten nicht beteiligt werden. Die Krankenkassen glauben offensichtlich, daß sie mit ihren wenigen Mitgliedern des Medizinischen Dienstes ohne den Sachverstand der Vertragsärzten und der Krankenhausärzte, sowie der zuständigen Körperschaften auskommen können. Diese dürfen nämlich nur noch zustimmen, gleichgültig, welchen Inhalt die Vereinbarungen haben. Dieses Gesetz greift massiv in die derzeitige Struktur unseres Gesundheitswesens ein, ohne eine grundlegende Reform zu veranlassen. Das bedeutet, daß die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen in diesen Punkten beendet wird.

Folgen für die Patienten

Bei der Umsetzung dieser Disease-Managementprogramme sind über 60 % aller Patienten betroffen. Da die Definitionsmacht der medizinischen Vorgaben und die Ökonomie einseitig in der Hand der Krankenkassen liegen, droht

ein Qualitätsverlust für unsere Patienten. So wird es durch die notwendige Einschreibung des Patienten zu einer Einschränkung der freien Arztwahl kommen. Die Krankenkasse wird dem Patienten vorschreiben, zu welchem Arzt er bei diesem Disease-Managementprogramm zu gehen hat. Die Leistungsmenge und der Inhalt der Versorgung werden vom einzelnen Kostenträger bestimmt, der nach den derzeitigen Erfahrungen sicherlich seine ökonomischen Interessen über die medizinischen Erfordernisse stellen wird.

Krankenkassenlandschaft

Auch die Krankenkassenlandschaft wird sich durch dieses Gesetz grundlegend ändern, da kleine Krankenkassen kaum in der Lage sein werden, solche Programme umzusetzen. Sie werden damit auch von den Finanzierungsmöglichkeiten des Risikostrukturausgleichs ausgeschlossen werden. Dies bedeutet, daß das Reformgesetz zum Risikostrukturausgleich ein Weg zum Krankenkassenstaat vorbereitet. Wir brauchen weiterhin eine Selbstverwaltung, die auch die Krankenkassen kontrolliert. Hier ist der konstruktive Dialog zwischen Ökonomie und Medizin anzusiedeln, um die Interessen des Patienten zu wahren.

Forderungen der KV Hessen

Die KV Hessen fordert deshalb noch in dieser Legislaturperiode eine zentrale und grundlegende Reform des Gesundheitswesens mit der Einführung von Solidar- und Individualleistungen. Das Herumdoktern mit untauglichen Mitteln wie dem RSA-Gesetz schadet empfindlich der Versorgungsqualität und muß deshalb umgehend eingestellt werden. Da dieses Gesetz vom Bundesrat mit zustimmungspflichtig ist, fordern wir die hessische Landesregierung auf, hier die Interessen der Patienten im Auge zu behalten und diesen Gesetzentwurf in dieser Form abzulehnen. Die KV akzeptiert dennoch den Vertragswettbewerb und einen an den Solidarleistungen orientierten Stellungsauftrag.

15. BTMÄndV und suchtttherapeutische Versorgung¹

Roland H. Kaiser, Landesärztekammer Hessen

Am 1.7.01 trat die 15. Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (15. BtMÄndV²) in Kraft. Durch diese Verordnung werden auch die gesetzlichen Vorschriften für die Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger verändert. In § 5 Abs. 2 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) wird als Voraussetzung für die Verschreibung eines Betäubungsmittels durch einen Arzt zu Substitutionszwecken festgelegt:

(2) Für einen Patienten darf der Arzt ein Substitutionsmittel unter den Voraussetzungen des § 13 Abs. 1 des Betäubungsmittelgesetzes verschreiben, wenn und solange.....

6. der Arzt Mindestanforderungen an eine suchtttherapeutische Qualifikation erfüllt, die von den Ärztekammern nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft festgelegt werden.

Abs. 3 schreibt vor: Ein Arzt, der diese Voraussetzungen nicht erfüllt, darf...

...für höchstens drei Patienten gleichzeitig ein Substitutionsmittel verschreiben, wenn....

2. dieser zu Beginn der Behandlung diese mit einem Arzt, der die Mindestanforderungen nach Absatz 1 Nr. 6 erfüllt (Konsiliarius), abgestimmt und 3. sichergestellt hat, daß sein Patient zu Beginn der Behandlung und mindestens einmal im Quartal dem Konsiliarius vorgestellt wird.

Über die vorstehend genannte Zusammenarbeit zwischen dem behandelnden Arzt und dem Konsiliarius ist der Dokumentation nach Absatz 10 der diesbezügliche Schriftwechsel beizufügen.

Abweichend von anderen Teilen der

15. BtMÄndV treten die vorstehenden Bestimmungen erst zum 1.7.02 in Kraft.

Gemäß § 5a BtMVV Substitutionsregister ist zukünftig beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ...ein Register mit Daten über das Verschreiben von Substitutionsmitteln (Substitutionsregister) zu führen. Gemäß § 5a Abs. 2 hat der Substitutionsmittel verordnende Arzt ab 1.7.02 für dieses Register umfangreiche Meldepflichten an das BfArM zu erfüllen. Ebenfalls ab 1.7.02 haben die Ärztekammern ...dem Bundesinstitut zum 31. März und 30. September die Namen und Adressen der Ärzte zu melden, die die Mindestanforderungen nach § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 erfüllen.“ (Gemeint ist die oben beschriebene suchtttherapeutische Qualifikation!).

Ab 1.1.03 wird das BfArM die Überwachungsbehörden der Länder über die Ärzte, die substituieren und/oder für die Substitution als Konsiliarius tätig sind und über deren suchtttherapeutische Qualifikation i.S.d. § 5 Abs. 2 detailliert unterrichten. Ferner erhalten diese Behörden dann auch statistische Auswertungen aus dem Substitutionsregister betreffend Zahl, Art etc. der zur Substitution verordneten Betäubungsmittel und die Zahl der so behandelten Patienten.

In Sitzungen am 19.6.01 und 1.8.01 hat der Arbeitskreis, Suchtprävention, Suchtkrankheiten und Suchthilfe³ der Landesärztekammer Hessen vor dem Hintergrund der neuen Rechtslage folgende Empfehlungen an das Präsidium der Landesärztekammer Hessen erarbeitet:

Derzeit führen in Hessen nach Datenerhebung der KVH etwa 150 - 200 Ärz-

tinnen und Ärzte regelmäßig in nennenswertem Umfang Substitutionsbehandlungen durch. Ein nicht genau bekannter, aber nicht unerheblicher Teil von ihnen verfügt bisher nicht über eine ausreichende suchtttherapeutische Qualifikation im Sinne des § 5 Abs. 2 Nr. 6 BtMVV.

Als ausreichende Qualifikation wird eine mindestens 50-stündige Fortbildung entsprechend dem ‚Curriculum suchttmedizinische Grundversorgung‘ der Bundesärztekammer angesehen. Eine solche ist gegenüber der Landesärztekammer von allen Ärzt(inn)en, die zukünftig substituieren wollen, bis zum 30.6.02 nachzuweisen.

Unter Federführung der LÄKH werden vermehrt Kurse zum Erwerb dieser Qualifikation in der Übergangsphase bis zum 30.6.02 angeboten.

Präsidium der LÄKH und die Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung werden baldmöglichst über die Umsetzung der erforderlichen Fortbildungsmaßnahmen entscheiden. In einer der nächsten Ausgaben des Hessischen Ärzteblattes wird darüber weitergehend informiert.

siehe hierzu auch Artikel „Suchtttherapeutische Qualifikation niedergelassener Ärzte“ auf Seite 422

¹ Wörtliche Zitate aus dem Gesetzestext kursiv!

² vgl. Dt. ÄBl C 30/01 s. 1596-1597. Verordnungstext BGB (28/01 s.1180-1200) www.bundesgesetzblatt.de

³ Teilnehmer:

Dr. med. M. Grube,
Dr. med. R. Kaiser,
Dr. med. W. Köhler
Herr M. Knobloch-Reith,
Dr.med. M. Popović,
Dr. med. C. Schmidt,
Herr W. Schmidt,
Frau Dipl.-Med. E. Wiesner von Jagwitz

Boris Luban-Plozza:

Brücken zum Leben

Erinnerungen- zusammengestellt und kommentiert
von einem Freund

Schwabe-Verlag Basel 2001
DM 46.-
ISBN 3-7965-1557-6

Erinnerungen als Brücken zur Nähe und zur Ferne, zur Vergangenheit wie zur Zukunft, davon berichtet Boris Luban-Plozza in seinem neuen Buch. Nicht zufällig wird schon in der Form des Textes freundschaftliches Verbundensein als Brücke sichtbar: Ein Freund begleitet den Autor, ordnet dessen Erinnerungen gemeinsam mit ihm und kommentiert sie, wo es ratsam erscheint.

Seine Kinderjahre erlebte Boris Luban im Calancatal, einem Bergtal des Misox, in dem sein Vater, aus Russland kommend, ein von der Bevölkerung verehrter Talarzt war. Beim Begleiten des Vaters kam Boris Luban früh mit den vielfältigen Aufgaben eines Familienarztes in Berührung, Aufgaben, die der Vater mit wachem Geist und warmen Herzen zu erfüllen suchte. Eine andere Erfahrung wurde dem Sohn damals schon vermittelt, die für seine Entwicklung bedeutsam war: sein Elternhaus stand Gästen offen und beide

Eltern schätzten insbesondere Begegnungen und Freundschaften mit Malern, Schriftstellern und Musikern, deren geistige Welt der ihren verwandt war. Dies ließ den Sohn früh ahnen, daß Arztsein nicht eigleisig sein kann sondern mehreren Bereichen zugehört: der medizinischen Theorie und Wissenschaft wie der ärztlichen Kunst und mit ihr verwandten Erkenntnisgebieten. Erst aus der Verbindung verschiedener Bereiche können psycho-somatisch-soziale Erkenntnis, und produktive mitmenschliche Hilfe erwachsen.

Nach dem frühen Tod des Vaters wurde Boris Luban-Plozza dessen Nachfolger als Landarzt in Grono. Während seiner mehrjährigen Tätigkeit dort erlebte er in unmittelbarer Praxis, dass es ein Kern des ärztlichen Berufes, ist, die Beziehung von Arzt und Patient, die Brücke zwischen ihnen menschlicher und tragfähiger zu gestalten.

Zwei Grundsätze, denen er treu bleiben wird, leiteten ihn bereits, damals: „Die Kasuistik ist der Anfang der Medizin“ und „alles wirkliche Leben ist Begegnung“.

TGB

Fortbildungsseminar für Ärztinnen nach der Familienpause

Erster Teil: 17. September bis 27. September 2001
Zweiter Teil: 4 März bis 15. März 2002
Vorlesungszeiten: In der Regel zwischen 9.00 und 15.00 Uhr
Seminarort: Seminarraum in der Kopfklinik der Universität Heidelberg
Seminargebühr: DM 750,- pro zweiwöchigem Seminarteil.
Die Seminarteile können getrennt gebucht werden.

Information und Anmeldung:

Frau Dr. Ulrike Lindemann, Telefon: 06223-73151 oder
Frau Dipl. Psych. Ines Elleser, IB-Bildungszentrum Mannheim
Neckarauer Str. 106 - 116, Mannheim, Telefon 0621-8198-150

Veranstalter:

Ausschuß Ärztinnen der Bezirksärztekammer Nordbaden, Vorsitzende Dr. med. Bärbel Kuhnert-Frey in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Baden-Württemberg, der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg und dem IB-Bildungszentrum Mannheim

PRAXIS-EINRICHTUNGEN



■ ■ hat Ihre Praxiseinrichtung die Blüte ihrer Jahre schon überschritten ?



■ ■ bieten Sie Ihren Patienten eine Wohlfühlpraxis, die Ihrer individuellen Philosophie als Homöopath entspricht ?



■ ■ Vertrauen wächst auch durch den Eindruck, den eine zeitgemäße Praxiseinrichtung hinterlässt, zugeschnitten auf eine rationelle Patienten-Abwicklung !



■ ■ lassen Sie sich von den Vey-Spezialisten unverbindlich beraten. Wir kreieren die Wohlfühl-Praxis, die Sie brauchen !



MÖBELWERKSTÄTTE
FACHBETRIEB FÜR PRAXISEIN-
RICHTUNGEN

UNSERE SERVICE-NUMMER

0 66 81-684/685

Dorfstr. 29, 36115 Ehrenberg
Fax: 0 66 81-6 86
e-mail: moebel.vey@t-online.de
www.moebelvey.de

Störfall der Hoechst AG vom Februar 1993:

Umfrage bei den niedergelassenen Ärzten erbrachte keine Hinweise auf chronische Symptome und Erkrankungen

Im März 2001, also 8 Jahre nach dem Rosenmontags-Störfall der Hoechst AG vom 22.2.1993 („gelber Regen“), hat die Landesärztekammer Hessen in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt Frankfurt – wie im Hessischen Ärzteblatt angekündigt (1) - nochmals bei niedergelassenen Ärzten in Frankfurt am Main nach Auswirkungen des Störfalls auf die Gesundheit ihrer Patienten nachgefragt. Damit wurden die Ärzte zum 4. Mal nach dem Störfall systematisch und nach der gleichen Methode befragt. Die drei ersten Erhebungen waren in Zusammenarbeit mit dem Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin, Berlin, durchgeführt worden.

Zusätzlich zu den früher befragten Praktischen Ärzten, Allgemeinärzten, Kinderärzten, Internisten, HNO- und Augenärzten wurden dieses Mal auch Urologen mit einbezogen, da von Bürgerinitiativen-Vertretern über zunehmende Krebserkrankungen der Harnwege berichtet worden war. 15,9 % der versendeten Fragebogen wurden zurück-

Tab. 2: Ergebnisse sämtlicher Befragungen im Vergleich

	1. Erhebung*	2. Erhebung*	3. Erhebung*	4. Erhebung
Zeit nach dem Störfall	4 Monate	1 Jahr	3 Jahre	8 Jahre
Ärzte, angeschrieben	683	728	895	869
Ärzte, geantwortet	318 (47%)	335 (46%)	169 (19%)	138 (16%)
Davon:				
Keine Auswirkungen	88%	96%	97%	97%
Geschilderte Symptome	48 Ärzte: in zeitlichem Zusammenhang mit der Störfallexposition: Haut-, Schleimhaut- und Augenreizungen Gehäuft im ersten Jahr: Bronchiale, asthmatische Beschwerden, evtl. auch allerg. Reaktionen, Befindlichkeitsstörungen		5 Ärzte: Bestätigung der subakuten Beschwerden Haut-, Schleimhaut- und Augenreizungen, nur vereinzelt Angst, Schlafstörungen, depressive Verstimmungszustände, keine weiteren Hinweise	4 Ärzte: Bestätigung der akuten/subakuten Beschwerden Haut-, Bronchial- und Augenreizungen, ein Fall einer psychosomatischen Erkrankung möglicherweise als Reaktualisierung eines frühkindl. Konflikts
*1.-3. Erhebung: Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BfV) und Landesärztekammer Hessen (LÄKH); 4. Erhebung: Stadtgesundheitsamt Frankfurt und Landesärztekammer Hessen.				

geschickt (~Tab. 1). Acht der Ärzte konnten keine Angaben machen, da sie zum Zeitpunkt des Störfalls noch keine Praxis in Frankfurt hatten, 4 Ärzte (3%)

berichteten über subakute Symptome. Somit wurden auch in dieser Umfrage die Ergebnisse der früheren Befragungen bestätigt (2, 3) (Tab. 2): es wurden keine Hinweise für schwere oder chronische Erkrankungen in Folge des Störfalls angegeben.

Im Jahre 2003 ist ein Abgleich zwischen dem Krebsregister Hessen und dem Expositionsregister nach dem Störfall geplant; zu gegebener Zeit wird darüber berichtet werden.

An dieser Stelle möchten wir den Ärzten, die durch ihre Antworten unsere Umfrage unterstützt haben, ganz herzlich danken.

Landesärztekammer Hessen
 Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main
 Dr. A. Möhrle
 Dr. M. Peters

Tab. 1 Anschreiben an und Antworten von Ärzten nach Fachgruppen

Fachrichtung der Ärzte	Angeschrieben Anzahl	Rückantwort Anzahl (%)	Symptome Anzahl: Beschreibung
Internisten	228	42 (18,4)	1: kurzfristige Atembeschwerden
Allgemeinärzte	285	47 (16,5)	
Prakt. Ärzte	149	19 (12,8)	1: Reaktivierung frühkindl. Konflikt
Kinderärzte	69	12 (17,4)	1: subakut: Hautveränderungen, reversibel
Augenärzte	57	9 (15,8)	1: verstärkte Beschwerden bei Patienten mit Sicca-Syndrom, subakut
HNO-Ärzte	48	6 (12,5)	
Urologen	33	1 (9,1)	
Alle	869	138 (15,9)	

AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG UND WEITERBILDUNG DER LÄNDERSÄRZTEKAMMER 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 § 34c AAppO anerkannt. Dafür ist die namentliche schriftliche Anmeldung erforderlich!

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

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



FREIWILLIGE ZERTIFIZIERUNG DER ÄRZTLICHEN FORT- UND WEITERBILDUNG

MEHR PUNKTE FÜR HESSENS ÄRZTE nach den einheitlichen Bewertungskriterien ab Januar 2001

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

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

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

Kategorie C: Fortbildung mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers (z.B. Workshop, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel, Balintgruppen, Kleingruppenarbeit, Supervision, Fallkonferenzen, praktische Übungen, Hospitationen); 1 P pro Fortbildungsstunde, 1 Zusatzpunkt pro Veranstaltungseinheit - maximal 4 P pro 1/2 Tag bzw. 8 P pro Tag, 1 Zusatzpunkt bei Lernerfolgskontrolle bzw. Themenwahl aus dem aktuellen Fortbildungskatalog

Kategorie D: Strukturierte interaktive Fortbildung via Internet, CD-ROM; Fachzeitschriften mit nachgewiesener Qualifizierung und Auswertung des Lernerfolgs in Schriftform. (Die hierfür anrechenbaren Medien und Inhalte müssen zuvor von der Landesärztekammer anerkannt werden). 1 P pro Übungseinheit, maximal 10 P pro Jahr

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

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

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

Das Zertifikat

Das Zertifikat wird nach 3 Jahren ausgestellt, wenn die 120 (bzw. 150) Punkte erreicht sind, und es gilt für die folgenden 3 Jahre. Bitte fordern Sie dann formlos schriftlich das Zertifikat in der Akademie an und reichen die gesammelten Teilnahmebescheinigungen mit der Punktzahl bzw. dem Barcode und Ihr persönliches Nachweisheft mit den Barcodes ein. *Überzählige Punkte können nicht auf die nächsten 3 Jahre übertragen werden!*

Zur Zeit liegen uns bereits einige Päckchen vor, die es zu prüfen und zu bearbeiten gilt, und wir bemühen uns, die Zertifikate auch schon vor Ablauf der 3 Jahre - also vor Ende 2001 - auszufertigen. Da aber täglich eine unvorhergesehene Flut von Anträgen von Veranstaltern für die Zertifizierung auf uns zukommt und immer noch ein sehr großer Informationsbedarf über die Zertifizierung an sich besteht, gelingt es uns leider nicht, sie so schnell auszustellen, wie wir es gern tun würden und Sie es erwarten. Wir bitten um Verständnis und Geduld!

**Zertifizierung: Pilotprojekt der Akademie
mit den Haftpflichtversicherungen
„Allianz“ / „Vereinte“ und „DBV- Winterthur
s. HA 8/2001**

I. SEMINARE/VERANSTALTUNGEN ZUR PERMANENTEN FORTBILDUNG

GERONTOLOGIE/GERIATRIE

Infektionen im Alter

17. Bad Nauheimer Gerontologisch / Geriatrisches Symposium

Gemeinsamer Herbstkongress der Akademien für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammern Thüringen und Hessen

Samstag, 27. Oktober 2001, 9 c. t. bis 16 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Dr. med. H. Werner, Darmstadt, Dr. med. J. Zeeh, Meiningen

Infektionen im Alter - was ist anders?
Epidemiologie von Infektionen im Alter
Besonderheiten der Bakteriologie von Infektionen bei alten Menschen
Differentialdiagnose Fieber im Alter
Prävention von nosokomialen Infektionen in geriatrischen Einrichtungen
Influenza- und Pneumokokken-Impfung
Was ist gesichert in der Therapie von Harnwegsinfektionen im Alter?

Was ist gesichert in der Therapie von bronchopulmonalen Infektionen im Alter?
Richtiger Umgang mit Blasenkathetern
Sepsis bei alten Menschen
Hat die Tuberkulose noch Bedeutung in der Geriatrie?
Das Problem der Weichteilinfektionen in der Geriatrie
Selbstevaluation (Fragebogen)

Die Willy und Monika Pitzer Stiftung gewährt freundliche Unterstützung!

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

Kein Kostenbeitrag !

AiP
7P

ALLGEMEINMEDIZIN / GYNÄKOLOGIE**Postmenopause der Frau****AiP**
4 P**Aufgabenteilung zwischen Hausarzt und Frauenarzt**Sektionen Allgemeinmedizin und Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Samstag, 20. Oktober 2001, 9 c. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim**Tagungsort:** Fortbildungszentrum der LÄK Hessen,
Blauer Hörsaal im Akademiegebäude, Carl-Oelemann-Weg 7
Leitung: Dr. med. K. König, Steinbach
Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a. M.Begrüßung und Einführung: Dr. med. K. König, Dr. med. G. Vetter; Arterielle Gefäßprozesse - Prophylaxe? (Hypertonie, Diabetes mellitus, Fettstoffwechsel, Rauchen): Dr. med. Daniela Freise, Frankfurt a. M., PD Dr. med. U. Winkler, Neumünster; Thrombose - Eine erhöhte Gefahr in der Post-Menopause? (Gerinnung, Varicosis, Veneninsuffizienz, Immobilität, Adipositas, Economy-class-Syndrom): PD Dr. med. U. Winkler, Dr. med. H.-J. Wolfring, Seligenstadt; Psychische Veränderungen - Was ist natürlich? Was ist pathologisch? (Selbstbewußtsein, Leistungsfähigkeit, soziale Veränderung, Attraktivität, Sexualität): Dr. med. Daniela Freise, Frankfurt a. M., Prof. Dr. med. A. Teichmann, Aschaffenburg; Osteoporose - Wie gehen wir gemeinsam vor?: Prof. Dr. med. Cosima Brucker, Ulm, Dr. med. H.-J. Wolfring; Zusammenfassung und gemeinsame Empfehlungen - round table - *Selbstevaluation (Fragebogen)***ARBEITSMEDIZIN****Gefährdungsbeurteilung durch den Betriebsarzt:
Welche Berufskrankheiten sind neu?****4P**

Sektion Arbeitsmedizin und Sozialmedizin mit dem Landesverband Hessen-Mittelrhein und Thüringen der gewerblichen Berufsgenossenschaften Mainz

Samstag, 17. November 2001, 9.30 bis 14 Uhr, Bad Nauheim
Leitung: Dr. jur. A. Platz, Mainz; Prof. Dr. med. H.-J. Weitowitz, Gießen
Tagungsort: Parkhotel am Kurhaus, Terrassensaal, Nördlicher Park 16**ANAESTHESIOLOGIE****Anästhesie und die postoperative Phase: Welche
Bedeutung hat der Aufwachraum heute und morgen?****4P**

Sektion Anästhesiologie

Samstag, 20. Oktober 2001, 9 c. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim
Leitung: Prof. Dr. med. P. M. Osswald, Dr. med. I. Hornke, Hanau
Tagungsort: Parkwohnstift Aeskulap, Salon D, Carl-Oelemann-Weg 9**DERMATOLOGIE****Krankheiten in der mukocutanen Grenzzone****4P**

Sektion Haut- und Geschlechtskrankheiten

Samstag, 17. November 2001, 9 c. t. bis 12.30 Uhr, Bad Nauheim
Leitung: Prof. Dr. med. M. Hagedorn, Darmstadt
Ehrung von Herrn Professor Dr. med. E. Landes
Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, **Blauer Hörsaal** im Akademiegebäude, Carl-Oelemann-Weg 7**GASTROENTEROLOGIE****Aktuelle Gastroenterologie**

Sektion Innere Medizin

Mittwoch 19. September 2001, 16 s. t. bis 18 Uhr, Kassel**AiP**
3P**Tagungsort:** Kassel, Rotes Kreuz Krankenhaus, Hörsaal, Hansteinstr. 29
Leitung: Prof. Dr. med. Ch. Löser, Kassel
Begrüßung: Dr. med. U. Herborn, Kassel; Volkskrankheit Sodbrennen - Diagnostik und Therapie der Refluxkrankheit: Prof. Dr. med. U. R. Fölsch, Kiel; Moderne diagnostische und therapeutisch-interventionelle Endoskopie am Beispiel ösophagealer und biliär-pankreatischer Erkrankungen - Was ist klinisch etabliert?: Prof. Dr. med. Ch. Löser, Kassel;
Selbstevaluation (Fragebogen) *Kein Kostenbeitrag!***KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE****Deine, meine, unsere Kinder - Konflikte
und Chancen in zusammengesetzten Familien****3P**

Sektion Kinder- und Jugendpsychiatrie

Mittwoch, 12. September 2001, 15 bis 18 Uhr, Eltville
Leitung: Dr. med. Doris Mallmann, Eltville**Tagungsort:** Zentrum für Soziale Psychiatrie Rheinblick, Festsaal, Kloster-Eberbach Straße 4 **s. HÄ 8/2001****HUMANGENETIK****Chorea Huntington****AiP**
4P**- prädiktive Diagnostik, medizinische und psychotherapeutische Betreuung von Patienten und Risikopersonen**
Samstag, 29. September 2001, 9 c. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim**Tagungsort:** Fortbildungszentrum der LÄK Hessen,
Blauer Hörsaal im Akademiegebäude, Carl-Oelemann-Weg 7
Leitung: Prof. Dr. med. Helga Rehder, MarburgBegrüßung: Prof. Dr. med. Helga Rehder; Klinik des Morbus Huntington mit Präsentation von Fallbeispielen - warum braucht man ein spezielles Zentrum?: Dr. med. J. Andrich, Bochum; Morbus Huntington: Pathogenese und molekulargenetische Diagnostik: Dr. med. M. Gencik, Bochum; Was leistet die genetische Beratung bei Erkrankten und Risikopersonen?: PD Dr. med. H. Rieder, Prof. Dr. med. Helga Rehder, Marburg; Vorstellung des Huntington Zentrums NRW - auch unkonventionelle Wege können sinnvoll sein: Dr. med. C. Saft, Bochum; Außerklinische Betreuung und Versorgung von Huntington-Erkrankten: Ursula Mannschitz, Marburg; Die Situation für Familien mit Morbus Huntington in Hessen: Anni Koch, Hasselroth;
Selbstevaluation (Fragebogen)
*Die Willy und Monika Pitzer Stiftung gewährt freundliche Unterstützung***LABORATORIUMSMEDIZIN****Diagnostik und Therapie hämorrhagischer Diathesen**

Sektion Laboratoriumsmedizin

Samstag, 20. Oktober 2001, 9 c. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim**Leitung:** Prof. Dr. med. L. Thomas, Frankfurt a. M.

Prof. Dr. med. V. Kretschmer, Marburg

Tagungsort: KWA Stift Aeskulap, Salon B, Carl-Oelemann-Weg 9**ONKOLOGIE****Brachytherapie des Prostata-Karzinoms**

Sektion Strahlentherapie

Mittwoch, 12. 9. 2001, Giessen**AiP****wird voraussichtlich Ende Oktober stattfinden!!****Leitung:** Prof. Dr. med. H. von Lieven, Giessen

Prof. Dr. med. W. Weidner, Giessen

Tagungsort: Frauenklinik der JLU-Universität, Hörsaal, Klinikstr. 32**ORTHOPÄDIE****Das Knie**

Sektion Orthopädie

Samstag, 13. Oktober 2001, 9 c. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim**Leitung:** Prof. Dr. med. H. Stürz, Gießen**Tagungsort:** KWA Stift Aeskulap, Salon C und D,
Carl-Oelemann-Weg 9**PHARMAKOTHERAPIE/ INFEKTIOLOGIE****Pharmakotherapiekurs
Antibiotika in der Praxis****AiP**
4P

Sektion Klinische Pharmakologie

Samstag, 27. Oktober 2001, 9 s. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim**Leitung:** Prof. Dr. med. H. Breithaupt, Gießen**Tagungsort:** Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, **Blauer Hörsaal** im Akademiegebäude, Carl-Oelemann-Weg 7**PSYCHIATRIE/GERONTOLOGIE****Antigaging:
Alt- Werden steuern, Alt- Sein behandeln.
Multidisziplinäre Praxishilfen zur
Vitalität, Sexualität und Lebensqualität****AiP**
3P

Sektion Psychiatrie

Samstag, 20. Oktober 2001, 9 s. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim**Leitung:** Prof. Dr. med. H. J. Bochnik, Frankfurt a. M.**Tagungsort:** KWA Stift Aeskulap, Salon E, Carl-Oelemann-Weg 9

PSYCHOTHERAPIE

24. Bad Nauheimer Psychotherapie- Woche

Positive Psychotherapie, Transkulturelle Psychotherapie und Familientherapie **3P**

-Eine tiefenpsychologisch fundierte Behandlungsmethode unter dem transkulturellen Gesichtspunkt- ressourcenorientiert und konfliktzentriert

08. bis 14. Oktober 2001, Bad Nauheim,

Leitung: Prof. Dr. med. N. Peseschkian, Wiesbaden

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

Programmablauf und weitere Informationen **s. HÄ 6/2001**

Mittwoch, dem 10. Oktober 2001, 19.30 Uhr Kongress- Saal im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen

Öffentlicher Vortrag (Eintritt frei):
„Wie entstehen psychische und psychosomatische Störungen? - Fünf Stufen der Konfliktbewältigung“

SPORTMEDIZIN

Prävention - Rehabilitation

Sportmedizinische Aspekte von Trendsportarten **AiP 4P**

(z. B. Aqua Jogging, Inline Skating, Bungee Jumping)

Arbeitskreis Sportmedizin

Samstag, 27. Oktober 2001, 9 c. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: PD Dr. med. G. Hoffmann, Frankfurt a. M./Hanau

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

Die Teilnahme wird auf die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ angerechnet.

Die Willy und Monika Pitzer Stiftung gewährt freundliche Unterstützung.

ORGANSPENDE und ORGANTRANSPLANTATION/ ETHIK

Organspende im Spannungsbogen zwischen Tod und Leben **AiP 7P**

Sektion Öffentliches Gesundheitswesen

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. Heilinger, 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. Popovic, Frankfurt a. M.; *Selbstevaluation (Fragebogen)*

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

Die fehlenden Programme folgen in HÄ 8/2001

II. FORTBILDUNGSKURSE

FORTBILDUNG FÜR FORTBILDER
 Motivierte und motivierende Fortbildung

Internet für Ärzte **13P**

Termin: 19./ 20. Januar 2002, Bad Nauheim

Teilnahmegebühr: 1 Tag 65 € / 2 Tage 85 € Akademiemitglieder
 1 Tag 140 € / 2 Tage 160 € Nichtmitglieder

Materialsuche und speichern **9P**

Termin: 26. Januar 2002, Bad Nauheim (max. 20 Teilnehmer)

Teilnahmegebühr: 115 € Akademiemitglieder, 190 € Nichtmitglieder

Dias - Powerpoint **9P**

Termin: 10. November 2001, Bad Nauheim (max. 20 Teilnehmer)

Teilnahmegebühr: 220 DM Akademiemitglieder
 370 DM Nichtmitglieder

Rhetorik **13P**

Termin: 24./ 25. November 2001, Bad Nauheim

Teilnahmegebühr: 240 DM

Moderatoren-Training **24P**

Termine: 23.Okt./ 20.Nov./ 11.Dez.2001 / 29.Jan./ 19.Feb. und 12. März 2002 Frankfurt a. M (6 Dienstagabende, 17.30 bis ca. 21 Uhr). Der Kurs kann nur insgesamt belegt werden.

Teilnahmegebühr: 540 DM

Anmeldung: Bitte nur schriftliche Anmeldungen an die Akademie z. Hd. Frau U. Dauth. **s. HÄ 7/2001**

FACHKUNDE IM STRAHLENSCHUTZ FÜR ÄRZTE

SPEZIALKURS **21P**

Termin: Sa./ So., 03./ 04. November 2001 ganztägig

Praktikum und Prüfung an 1 Nachmittag nach Wahl in der folgenden Woche

Tagungsort: Gießen, Klinikum der JI-Universität, Hörsaal der Frauenklinik, Klinikstraße 32,

Tagungsleitung: Dr. rer. nat. H. Flegel, Gießen

Teilnahmegebühr und weitere Informationen **s. HÄ 6/2001**

Termine 2002 - Bad Nauheim/ Frankfurt a. M. **6P**

INFORMATIONSKURS **21P**

Termin: Sa., 12. Januar 2002 in Bad Nauheim, ganztägig

GRUNDKURS **21P**

Termin: Sa./ So., 16./17. Februar 2002 in Bad Nauheim, ganztägig + 1 Nachmittag in der folgenden Woche für Prakt./ Prüf. im Uni- Klinikum Ffm

SPEZIALKURS **21P**

Termin: Sa./ So., 16./17. März 2002 ganztägig in Bad Nauheim + 1 Nachmittag in der folgenden Woche für Prakt./ Prüf. im Uni- Klinikum Ffm

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

Bitte nur schriftliche Anmeldungen: Akademie z. Hd. Frau E. Hiltcher.

Fortbildungscurriculum
SUCHTMEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG **52P**
 50-Stunden-Kurs

Dieser Kurs entspricht dem Curriculum Suchtmedizin der BÄK. Die erfolgreiche Teilnahme dient der in § 5 Abs. 2 Nr. 6 BtMVV von substituierenden Ärzten geforderten Qualifizierung (der Nachweis ist bis zum 30. 6. 2002 zu erbringen).

Teil 1: 7. und 8. September 2001, Frankfurt a.M. **13P**

Teil 2: 21. und 22. September 2001, Heppenheim **13P**

Teil 3: 19. und 20. Oktober 2001, Bad Nauheim oder Ffm **13P**

Teil 4: 16. November 2001, Friedrichsdorf, salus Klinik **13P**

17. November 2001, Heppenheim,

Teilnahmegebühr: DM 1.000,- (Akademiemitglieder DM 850,-)

Auskunft und Anmeldung: Bitte wenden Sie sich direkt an die Einrichtung, in der Sie den Kurs besuchen möchten!
 z. Hd. Frau M. Jost, Tel. 0 60 32/782-201 (Di.-Do.). **s. HÄ 8/2001**

MEGA-CODE-TRAINING

Angeboten wird das Training an folgenden Orten: jeweils **9P**

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

Bad Nauheim: Johanniter-Unfallhilfe, J. Korn, Dr. med. R. Merbs Schwalheimer Str.84, 61231 Bad Nauheim, Tel. 0 60 32/ 91 46 31
Termin: 10.11.2001 **(schriftl. Anmeldung!)**

Wiesbaden: Frau Dr. med. J. Gaida, Dr. med. Brodermann Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken, Klinik für Anaesthesiologie und Intensivmedizin, Ludwig-Erhard-Str. 100, 65119 Wiesbaden.
Termine: 20.10., 08.12.2001 **(schriftl. Anmeldung!)**

Teilnehmerzahl: max. 15 / Teilnahmegebühr: DM 220,—

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

MEDIZINISCHE INFORMATIK
Fort- und Weiterbildungskurs (280 Std.)

Demonstration und Information

Samstag, 27. Oktober 2001, ca. 10 bis 15 Uhr
Leitung: Prof. Dr. med. W. Giere, Frankfurt am Main

Zum Abschluß des jetzt laufenden Fort- und Weiterbildungskurs „Medizinische Informatik“ werden die Teilnehmer die Ergebnisse ihrer Praktika vorführen. Dieser Tag dient zugleich der Information aller der Ärztinnen und Ärzte, die künftig diesen Kurs besuchen möchten. Der nächste beginnt voraussichtlich im Januar 2002.

Teilnahmegebühr: DM 70 (wird bei Kursteilnahme auf die Kursgebühr angerechnet).

Auskunft und Anmeldung an die Akademie, z. Hd. Frau H. Harmert

SPEZIELLE SCHMERZTHERAPIE (80-Stunden)

Teil I und II: haben bereits stattgefunden
Teil III: Sa./So., 03./04. November 2001, Kassel, Klinikum Kassel
Teil IV: Sa./So., 24./25. November 2001, Wiesbaden, DKD

Teilnahmegebühr und weitere Informationen s.HÄ 6/2001
Bitte **nur schriftl. Anmeldungen** an die Akademie, z. Hd. Frau A. Zinkl, Fax: 06032 / 782-229.

Der **neue 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. Zinkl. Genauere Angaben in einer späteren Ausgabe.

NOTFALLMEDIZINISCHE FORTBILDUNG

Notdienstseminar **ÄiP**
6P

Termin: 8./9. und 22. September 2001 in Bad Nauheim
Der vollständige Besuch wird als 1 Ausbildungsseminar für ÄiP anerkannt. Dieses Seminar gilt auch für Block 15 der Kursweiterbildung Allgemeinmedizin (KWA).

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

Seminar „Fachkundenachweis Rettungsdienst“ **41P**

Termin: 25. bis 29. September 2001 in Wiesbaden
Wir bitten Sie eindringlich zu beachten, daß Anmeldungen zum Seminar „Fachkundenachweis Rettungsdienst“ nur mit **vollständigen** Unterlagen angenommen werden können.

Vormerkungen bzw. Anmeldungen ohne Unterlagen gelten nicht, unvollständige Unterlagen müssen wir zurückschicken.

Teilnahmegebühr: 800,— DM; (Akademiemitglieder 650,— DM)

Seminar „Leitender Notarzt“ **34P**

Termin: 17. bis 20. November 2001 in Kassel

Wiederholungsseminare „Leitender Notarzt“

27. Oktober 2001 in Wiesbaden **9P**
10./ 11. November 2001 in Kassel **13P**

Schriftliche Anmeldungen an die Akademie, Frau V. Wolfinger.

Ausführliche Information s. HÄ 5/2001

ULTRASCHALLKURSE

nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der DEGUM

Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) 2001 **25P**
Leitung: Dres. med. J. Böhnhof, C. Dietrich, U. Meckler, H. Sattler, W. Stelzel (DEGUM-Seminarleiter) und J. Fritsch

Abschlußkurs 16 Stunden (Theorie und Praktikum)
Termin Theoretischer Teil:
Sa. 03. 11. 2001 von 9 bis 18 Uhr in Bad Nauheim

Praktischer Teil:
Tage (5-6 Stunden) in kleinen Gruppen (5 TN) in verschiedenen Kliniken

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

Auskunft und Anmeldung an die Akademie, z. Hd. Frau M. Jost Tel. 0 60 32/ 782-201 (Di.-Do.)

Gefäße 2001/2002 **17P**
Leitung: Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle, Frankfurt a. M. Dr. med. Jörg A. Bönhof, Wiesbaden

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

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 (Akademiemitglieder 460,- DM)
Tagungsorte: Theorie im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim, Praktikum in der DKD in Wiesbaden

III. WEITERBILDUNG

KURS-WEITERBILDUNG ALLGEMEINMEDIZIN
Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Nur noch bis Ende 2001 bieten wir **die 240 Stunden nach der alten 3-jährigen Weiterbildungsordnung an.**
Es sind noch wenige Plätze frei!

Ab 2002 finden nur noch die Seminare nach der neuen WB- Ordnung statt. Alle 6 Blöcke (80 Stunden) werden in 1 Jahr angeboten.

Termine s. HÄ 6/2001

Auskünfte: Wenn Sie Fragen zu der theoretischen Kurs-Weiterbildung haben, wenden Sie sich bitte an die Akademie, Frau Heßler, Frau Zinkl, Tel. 0 60 32/ 782-203/ 227.

Zum persönlichen Weiterbildungsangang: LÄK Hessen, Abt. Weiterbildung, Tel. 0 69/ 97 67 2-0.

Kurse ARBEITSMEDIZIN und SOZIALMEDIZIN

-Sektion Arbeitsmedizin und Sozialmedizin-

<p>Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin jeweils 20P</p> <p>Grundkurs: A2 10.- 21.09.2001, Bad Nauheim Aufbaukurse: B2 12.- 23.11.2001, Bad Nauheim C2 03.-14.12.2001, Bad Nauheim</p> <p>Sozialmedizin Aufbaukurs: AKII 15.-26.10.2000, Bad Nauheim</p>	<p>Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin jeweils 20P</p> <p>Grundkurse: A1 14. 01.- 25.01. 02 A2 09. 09. bis 20. 09. 02 Aufbaukurse: B1 04. 02. Bis 15. 02 02 B2 11.11. bis 22.11. 02 C1 04. 03. Bis 15. 03. 02 C2 02. 12. bis 13.13. 02</p> <p>Sozialmedizin jeweils 20P Grundkurse: GKI 15. 04. Bis 26. 04. 02 GKII 14. 10. Bis 25. 10. 02</p>
--	--

Fortbildungsveranstaltung Arbeitsmedizin: Samstag, 17.November 2001, Bad Nauheim, Parkhotel
Auskunft und Anmeldungen: Akademie der LÄK Hessen, z. Hd. Herrn W. Roemer, M. A. Ringstraße 40, 61231 Bad Nauheim, Tel. 0 60 32/24 50 oder 0 60 32/63 94

Kurzfristige Anmeldungen sind noch möglich!

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: Mehrzwecksaal
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,
Konferenzraum der Medizinischen Kliniken, Raum 527-529, Gra-
fenstr. 9, Darmstadt. „Onkologischer Arbeitskreis.“ Leitung: Prof. Dr.
Dieter Fritze. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. B. Kober
Tel. (0 61 51) 1 07 – 68 51

Ärztlicher Kreisverein Bergstraße

10.10.2001, 20:00 – 23:00 Uhr: Konferenzzentrum Alleehotel Europa,
Europa Allee 45, Bensheim. „**Thrombose und Thromboseprophylaxe**
Pathogenese, Diagnostik und Therapie“ Prof. Dr. W. Kopenhagen, Ber-
lin. Auskunft: Dr. J. Merke. Tel. (0 62 51) 13 20 **AiP**

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

Ärztlicher Kreisverein Darmstadt

11.09..2001, 20:15 Uhr: Fa. Merck, KgaA, Frankfurter Str. 250, 64293
Darmstadt, „**Schlaf und Schlafmedizin: Abriß der historischen Entwick-
lung und aktuelle Forschungsschwerpunkte**“, Dr. med. K.-O. Stein-
metz, Internist mit Teilgebiet Pneumologie, Umweltmedizin, im Anschluß
daran: „**Möglichkeiten und Grenzen eines pneumologischen Schlafla-
bors**“ Dr. med. B. Dudeck, Oberärztin am Ev. Krankenhaus Elisabethen-
stift, Auskunft: Geschäftsstelle Ärztlicher Kreisverein, Frau Knieß, Tel:
(06151) 373626 **AiP**

25.09.2001, 20:15 Uhr: Fa. Merck, KgaA, Frankfurter Str. 250, 64293
Darmstadt, „**Schwindel aus neurologischer Sicht**“ Prof. Dr. med. Ein-
häupl, Neurologische Klinik im Universitätsklinikum Charité Berlin, Aus-
kunft: Geschäftsstelle Ärztlicher Kreisverein, Frau Knieß, Tel: (06151)
373626 **AiP**

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

Heilig-Geist-Hospital Seminare

12.09.2001, 20:00 – 23:00 Uhr: Konferenzsaal Heilig-Geist-Hospital
Bensheim, Hauptstr. 81 – 87, Bensheim „**Neue Strategien bei männ-
lichen Potenzstörungen – Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie**“,
PD Dr. med. M. Radulescu, Mainz, Auskunft: Dr. med. J. Merke, Tel.:
(06251) 1320 **AiP**

20.09.2001, 20:00 – 23:30 Uhr: Konferenzsaal Heilig-Geist-Hospital
Bensheim, Hauptstr. 81 – 87, Bensheim „**Schilddrüsenerkrankung**
**2001: Pathophysiologie, Differentialdiagnostik und innovative Thera-
pie**“, PD Dr. med. T. Schilling und PD. Dr. U. Welcke, Marburg, Auskunft:
Dr. med. J. Merke, Tel.: (06251) 1320 **AiP**

Evangelisches Krankenhaus Elisabethentift

19.09.2001, 15:15 – 17:00: Besprechungsraum der Klinik für Innere
Medizin, Gebäude A, Ebene E, R 05, Landgraf-Georg-Straße 100,
Darmstadt. „**Einsatzmöglichkeiten mit Kalziumantagonisten bei**

Hypertonie“, Prof. Dr. Dr. med. U. Borchard Auskunft: Prof. Dr. med.
W. Schneider (06151) 403 1001 **AiP**

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER FRANKFURT

19.09.2001, 20:00, Hörsaal des Ärztehauses Georg-Voigt-Str. 15,
Frankfurt „**Fieber, Fieber, Fieber**“, Leitung Prof. Dr. med. Althoff, Aus-
kunft: Sekretariat Prof. Dr. med. Althoff (069) 1500-410 **AiP**

Schmerztherapeutisches Kolloquium e. V.

02.10. 2001, 19.00 Uhr: Schmerztherapeutisches Kolloquium, Ross-
markt 23, Frankfurt. „**Schmerzkonferenz**“. **4P**

20.30 Uhr: Qualitätszirkelsitzung **4P**

Auskunft: Dr. Thomas Flöter. Tel. (0 69) 299 880 77

Psychosomatische Fortbildung

Dienstags, 14täglich, 19:30 eine Doppelstunde. Praxis Dr. med. Mario
Scheib Buchenrodestr. 28, Frankfurt. Balintgruppe.

Samstags, monatlich, 13:00 zwei Doppelstunden. Praxis Dr. med. Mario
Scheib Buchenrodestr. 28 Frankfurt. Balintgruppe

Jeden Monat, einwöchige Intensivseminare auf Mallorca „**Psychosoma-
tische Grundversorgung**“, Fortführung in Frankfurt nach Richtlinien von
KV und Ärztekammer für Facharzt und EBM 850/851

Leitung und Auskunft für alle genannten Veranstaltungen: Dr. Mario
Scheib (069) 495929

Balintgruppe

Montags, 14täglich, 19:30 Uhr: Holzhausenstr. 63, Frankfurt. Auskunft:
Dr. Hans-Joachim Rothe. Tel. (0 69) 59 22 58, abends: Dr. A. Schmidt.
Tel. (0 69) 89 89 20 **4P**

Balintgruppe

Frankfurt am Main. Auskunft: Dr. med. Ch. Linkert, Am Höchster Markt
2, Höchst. (069) 331639 bzw. Dr. Otto (069) 594450

PET-Group Hessen

19.09.2001, 15:00 Uhr: Praxis Dres. med.
Asmer/Hilger/Stehling/u.Partner Adickes Allee 51, Frankfurt „**PET in
der Onkologie und Neurologie**“. Ansprechpartner Dipl. Chem. B. Wei-
mer Tel. (069) 9596160

Asthma Zentrum Rhein-Main

28.09 – 30.09.2001, Asthma Zentrum Rhein-Main, Rahmannstr. 1-7,
65760 Eschborn. „**Train the Trainer Seminar Teil I.**“ Anmerkung: Für die
Ausbildung zum Asthma Trainer ist die Teilnahme an beiden Wochenen-
den notwendig. Auskunft: Frau Riedel, Dr. Schulze (06196) 42505

26.10 – 28.10.2001, Asthma Zentrum Rhein-Main, Rahmannstr. 1-7,
65760 Eschborn. „**Train the Trainer Seminar Teil II.**“ Anmerkung: Für
die Ausbildung zum Asthma Trainer ist die Teilnahme an beiden Woche-
nenden notwendig. Auskunft: Frau Riedel, Dr. Schulze (06196) 42505

Kardiologisches Centrum Frankfurt

22.09. 2001, 10:00 – 12:00, Arabella Sheraton Grand Hotel, Frank-
furt. „**Akutes Koronarsyndrom**“ Leitung: Dr. Dr. J. Haase, Prof. Dr. F.
Schwarz, Dr. H. Störger Auskunft P. Lux (069) 944-34-153 **AiP**

Markus-Krankenhaus

26.09.2001, 17:00, Medizinische Klinik I, Wilhelm-Epstein-Str. 2, 60431 Frankfurt. „Das kolorektale Karzinom“ Auskunft: Prof. Dr. K. H. Holtermüller (069) 9533 (0) 2201 + 2292 **AIP**

Arbeiter-Samariter-Bund

02.09. bis 09.09.2001, Ausbildungszentrum Arbeiter-Samariter-Bund, Rhönstraße 12, Offenbach. Fachkundennachweis Rettungsdienst. Auskunft: Tel. (0 69) 98 54 44 18.

22.09. und 23.09.2001, Ausbildungszentrum Arbeiter-Samariter-Bund, Rhönstraße 12, Offenbach. ACLS-Training. Auskunft: Tel. (0 69) 98 54 44 18.

Krankenhaus Maingau vom Roten Kreuz

19.09.2001, 18:00 – 21:00 Uhr: Krankenhaus Maingau, Neue Cafeteria im Hauptgebäude Erdgeschoß, Scheffelstr. 2 – 16, Frankfurt, 47. Tagung der FAPA (Frankfurter Arbeitskreis für Pneumologie und Allergologie) zum 4. Deutschen Lungentag, „Lunge und Umwelt“ D. Nowak, München, H. Renz, Marburg, S. Lau, Berlin, T. Wagner, Frankfurt, Leitung und Auskunft: Dr. P. Kardos, Krankenhaus Maingau, Tel.: 069-40330 **AIP 4P**

Klinik für Anaesthesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

12.09.2001, 18.00 – 19.30 Uhr: Kleiner Hörsaal, 1. Stock, Haus 23 A, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „Moderne Aspekte in der Thoraxanästhesie.“ Prof. Dr. T. Hachenberg, Greifswald. Auskunft: Sekretariat PD. Dr. P. Kessler. Tel. (0 69) 63 01 58 67

Frankfurter Medizinische Gesellschaft

12.09.2001, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „Moderne Therapiekonzepte der AVK.“ Auskunft: Prof. Dr. V. Jacobi (069) 6301 7277 **AIP**

10.10.2001, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „Neueste Möglichkeiten der Molekularpathologie.“ Auskunft: Prof. Dr. T. Vogel (069) 6301 7277

Institut für Neuroradiologie der JWG Universität

Jeden Mittwoch, 15:30, Demonstrationsraum Neuroradiologie, Schleusenweg 2-16, Haus 95, UG, „Interdisziplinäre neurovaskuläre Fallkonferenz, Neurologie-Gefäßchirurgie-Neuroradiologie“. Auskunft PD Dr. Joachim Berkefeld (069) 6301 5462

Klinik für Nuklearmedizin der JWG-Universität

Jeden ersten Donnerstag im Monat, 17:00: Haus 21 D, 1. OG, Klinik für Nuklearmedizin Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „PET – interdisziplinäre Konferenz – Fallbesprechungen“ Auskunft Sekretariat Prof. Dr. F. Grünwald. Tel. (069) 6301 4330 **AIP 2P**

Medizinische Klinik IV – Funktionsbereich Nephrologie

05.09.2001, 15:30 – 16:30 Uhr: Konferenzraum 1. Stock, Raum 1h 6, Haus 23 B, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „Klinische Relevanz von Tiermodellen am Beispiel der Cystennierenerkrankung (ADPKD).“ Dr. N. Obermüller, Frankfurt.

12.09.2001, 15:30 – 16:30, am selben Ort, „Lapraoskopische Operationen in der Urologie“ PD. Dr. J. Binder, Frankfurt

26.09.2001, 15:30 – 16:30, am selben Ort, „Zytotoxische Moleküle: Perforin/Granzym“ Dr. A. Sedlmeyer, Frankfurt

Auskunft zu allen aufgeführten Veranstaltungen erteilt: Sekretariat Prof. Dr. H. Geiger. Tel. (0 69) 63 01 - 55 55.

19.09.2001, 17:00, Hörsaal 2, Haus 23B, 1. Stock, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7: „Gemeinsame Tagung der Rhein-Main-AG für Nephrologie und der Rhein-Main-AG für Endokrinologie mit folgenden Themen: Hypertonie und Gene (Prof. Dr. Luft, Berlin), Aktuelle Diagnostik und Therapie des sekundären Hyperparathyreoidismus (Prof. Dr. Malluche, Lexington, USA), Aktuelle Strategien und Therapie des Typ I und Typ II Diabetes mellitus (Prof. Dr. Pfeiffer, Potsdam) Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. K.-H. Usadel, Tel. (069) 63 01 53 96 **AIP 2P**

AG für die Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Praxis Dr. Schüler-Schneider, Stresemannallee 11, Frankfurt

29.09.2001: Der suchtkranke Patient: spez. Interaktionsmuster, Psycho-

pharmaka, Behandlungskonzepte. Patienten mit Tinnitus und Schwindel, psychodynamische Aspekte, Arzt-Pat.-Beziehung, verbale Interventions-techniken, Fallbesprechungen, Nachbesprechung und letzter kollegialer Austausch im Rahmen des Seminars (8 Std.)

Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ 3 jährige Weiterbildung, Studienbeginn Oktober 2001, Veranstaltungsort und Anmeldungen Praxis Dr. Schüler-Schneider, Stresemannallee 11, Frankfurt (069) 63 53 63

Balintgruppe 14tägig: März bis September 2001

Klinikum Stadt-Hanau

17.09.2001, 16:00, Institut für Anaesthesiologie und operative Intensivmedizin, Seminarraum A-Bau, Leimenstr. 20, Hanau. „Praxis der peripheren Regionalanästhesie der unteren Extremität.“ K. Künzer. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Osswald. (06181) 2962410

19.09.2001, 17:00 – 20:00, Julius-Leberstr. 2a, 63450 Hanau, „Hanauer Allergie-Forum“, Auskunft: PD Dr. med. H. M. Ockenfels, Tel.: 06181/2960

19.09.2001, 16:00, Besprechungsraum der Röntgenabteilung, H-Bau, Leimenstr. 20, Hanau. „Interdisziplinäres Onkologisches Kolloquium“. Auskunft PD Dr. med M. Burk (06181) 296 4210 **AIP**

01.10.2001, 16:00, Institut für Anaesthesiologie und operative Intensivmedizin, Seminarraum A-Bau, Leimenstr. 20, Hanau. „Prinzipien der Tumorschmerztherapie“ Dr. U. Schwind. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Osswald. (06181) 2962410

08.10.2001, 16:00, Institut für Anaesthesiologie und operative Intensivmedizin, Seminarraum A-Bau, Leimenstr. 20, Hanau. „Gibt es Neues in der Reanimatologie?“. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Osswald. (06181) 2962410

Onkologischer Arbeitskreis Hanau e.V

05.09.2001, 17:00, St. Vinzenz-Krankenhaus, Am Frankfurter Tor 25 (Cafeteria), Hanau. „Interdisziplinäre onkologische Fallbesprechungen“ Auskunft (06181) 255535 **4P**

10.10.2001, 17:00, St. Vinzenz-Krankenhaus, Am Frankfurter Tor 25 (Cafeteria), Hanau. „Interdisziplinäre onkologische Fallbesprechungen“ Auskunft (06181) 255535 **4P**

Kinzigtal-Klinik

22.09.2001, 9:00 – 19:00: Kinzigtal – Klinik, Parkstr. 7-9, 63628 Bad Soden-Salmünster „5. Kinzigtal-Klinik Symposium - Darm-Krebs“. Auskunft: Oberarzt Jörg Schönemann (06056) 737614 **AIP**

Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie

10.10.2001, 17:30 Uhr, Kleiner Hörsaal, Haus 23, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „Gastroenterologisches Fallseminar in Zusammenarbeit mit der Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer Hessen“ Referent: N.N. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. W. F. Caspary (069) 63015122 **3P**

Arbeitskreis für Traditionelle Chinesische Medizin

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

In Zusammenarbeit mit der Klinik f. Psychiatrie Gießen und der Firma Novartis Pharma GmbH Nürnberg

19.09.2001, 19:30 Uhr: Netanya-Saal im Alten Schloß Gießen, „Störendes Verhalten gerontopsychiatrischer Patienten“, H. Wegener, D. Bredthauer, PD Dr. med. D. Schmal, Auskunft: Bezirksärztekammer Gießen, Tel: 0641-343810 **AIP 2P**

IKI

22.09. – 26.09.2001: Institut für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle, Siemensstr. 18, Gießen. „**Der Hygienebeauftragte**.“ Fortbildung zum hygienebeauftragten Arzt gem. Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, Anlage zu Ziff. 5.3.5. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. B. Wille, Frau Ritter. (0641) 979050

Justus-Liebig-Universität

21.09. – 22.09. 2001: Hörsaal Chirurgie Neubau, Rudolf-Buchheim-Str. 8 Universitätsklinikum Gießen. „**Fortbildungsveranstaltung zur Qualifizierung von Transfusionsverantwortlichen und -beauftragten**“. Referenten: Prof. Dr. G. Bein, Prof. Dr. V. Kretschmer, Prof. Dr. G. Müller-Berghaus. Auskunft: Prof. Dr. G. Bein (0641) 9941501 oder 9941511

Klinik Waldhof Elgershausen

05.10.2001, 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

Institut für Medizinische Informatik

12.09.2001, 16:00 – 18:00, Großer Hörsaal Anatomie, Aulweg 123, Gießen, „**DRGs – neuester Stand in Deutschland**“, Theo Riegel **AiP**

26.09.2001, 16:00 – 18:00, Großer Hörsaal Anatomie, Aulweg 123, Gießen, „**DRGs – Aspekte der Informationsverarbeitung**“, PD. Dr. J. Stausberg, Berlin. **AiP**

10.10.2001, 16:00 – 18:00, Großer Hörsaal Anatomie, Aulweg 123, Gießen, „**Von der Dokumentation zur Kalkulation**“, Martin Czeeh, Darmstadt. Leitung und Auskunft: Prof. Dr.S. Hölzer, Tel. o641-99 41 383 **AiP**

Zwei besuchte Veranstaltungen werden als 1 AiP-Ausbildungsseminar anerkannt

BEZIRKSÄRZTEKAMMER KASSEL

Fachklinik für Lungenerkrankungen Immenhausen - Pneumologische Seminare -

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

Drei besuchte Veranstaltungen werden als 1 AiP-Ausbildungsseminar anerkannt

Kreis Krankenhaus Bad Hersfeld

12.09.2001, Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Seilerweg 29, Kassel. „**Unfallchirurgisch-orthopädisches Kolloquium: Die HWS-Distorsion – Dichtung und Wahrheit**.“ Dr. Kugelgen. Auskunft: Sekretariat PD. Dr. Rüdiger Volkmann. **AiP 2P**

Zwei besuchte Veranstaltungen werden als 1 AiP-Ausbildungsseminar anerkannt

Fort- und Weiterbildungsverband Psychiatrie und Psychotherapie Nordhessen

Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie

12.09.2001, 15:00 – 16:30: Herkulesstr. 111, 34119 Kassel. „**Therapeutische Arbeit mit Flüchtlingsfamilien**“ Herr Dr. Adam, Hamburg. Auskunft: (0561) 31006-0

26.09.2001, 15:00 – 16:30: Herkulesstr. 111, 34119 Kassel. „**Aspekte der Diagnostik und Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter**.“ Herr Dr. Paul, Kassel. Auskunft: (0561) 31006-0

Klinikum Fulda – Frauenklinik –

Jeden Montag 16:00 Uhr – 17:00 Uhr: In der Bibliothek der Frauenkli-

nik 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. „**Perinatalkonferenz 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

Termine nach Vereinbarung: Auskunft: Dr. H. Bornhütter, Kassel. Tel. (0561) 315183 und Dr. Wienforth, Felsberg (05662) 2629 **4P**

Qualitätszirkel Balintgruppe

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

Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel

19.09.2001, 16:00 – 18:00 Uhr: Rotes Kreuz Krankenhaus, Hansteinstr. 29, 34121 Kassel. „**Volkskrankheit Sodbrennen**“ Prof. Dr. Ulrich R. Fölsch und „**Moderne diagnostische und therapeutisch-interventionelle Endoskopie**“ Prof. Dr. Christian Löser. Leitung und Auskunft: Prof. Dr. Christian Löser (0431) 5971393 **AiP 2P**

Interdisziplinäre Gesellschaft für Medizin Kassel e.V

22.09.2001, 9:00: Rotes Kreuz Krankenhaus, Hansteinstr. 29, Kassel. „**Akutversorgung polytraumatischer Patienten – Notfallversorgung zwischen Unfallort und Klinik**“ Auskunft: Dr. med. G. Hammami (0431) 3086 401 **4P**

Akademie im Stiftshof Kaufungen

07.09. – 08.09.2001, Stiftshof 4, Kaufungen. „**Der Patient im System seiner Bindungen – die Auswirkungen systemischer Ordnungen auf Krankheit und Leben**“ Referent: Dr. med. Michael D. F. Schmidt (Kassel). Kosten: DM 240. Leitung und Auskunft: Dr. med. Regine Tonfeld (05605) 925627 **TOP**

14.09. – 15.09.2001, Stiftshof 4, Kaufungen. „**Bewegung als Grundlage menschlicher Entwicklung II – Haltung und Zivilcourage in der Arbeit mit Heranwachsenden**“ Referent: Klaus Wiedemann, Braunschweig. Kosten: DM 240. Leitung und Auskunft: Dr. med. Regine Tonfeld (05605) 925627 **TOP**

Ärzteverein Hofgeismar

12.09.2001, 19:00, Hotel „Zum Alten Brauhaus“, Marktstr. 12, 34369 Hofgeismar, „**Lichtdermatosen, Malignes Melanom**“. Dr. med. Rompel, Auskunft: Prof. Dr. W. Vogel (05671) 5072-100

Klinikum Fulda

12.09.2001, 17:15: Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Hörsaal „**Diagnostik und Therapie vaskulitischer Neuropathien**“, Prof. Dr. med. Andreas Engelhardt, Oldenburg, Auskunft: Prof. Dr. med. Langohr (0661) 845530

19.09.2001, 16:15: Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Ort: siehe Aushang, „**Therapie der Stumpf- und Phantomschmerzen**“ OA Dr. Mikulasch. Leitung und Auskunft: Prof. Dr. med. R. Dölp u. Prof. Dr. med. H. D. Langohr (0661) 846041 o. 845531

26.09.2001, 16:30 Uhr: Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Hörsaal. „**Klinisch-Pathologische Konferenzen**“. AiP-Organisation und Anmeldung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Tel.: 0661/845450 Leitung: Prof. Dr. med. H. Airps **AiP**

Deutscher Ärztinnenbund e.V. – Gruppe Kassel –

16.10.2001, 19:30 Uhr – 22:00 Uhr: Restaurant Himmelsstürmer im City-Hotel, Wilhelmshöher Allee 38, Kassel. „**Mitgliederversammlung mit Bericht des Vorstandes und Planung für 2002**“. Auskunft: Dr. Ilsemarie Horst (0561) 314461

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

10.10.2001, ab 16:00: Heinz-Meise-Str. 101, 36199 Rothenburg a. d.

Fulda. „Rotenburger Schmerzkongress (16 Uhr) und Rotenburger Qualitätszirkel Schmerztherapie (18 Uhr)“, Auskunft: Med.-Rat Dr. med. Michael Röse, Tel.: 06623/885036

12.09.2001, 19:30 Auditorium „Rotenburger Gespräche“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. C. Vallbracht. Tel (06623) 88 60 10

BEZIRKSÄRZTEKAMMER MARBURG

Klinikum der Philipps-Universität Marburg

13.09 bis 15.09.2001: Klinik für Dermatologie und Allergologie, Deutschhausstr. 9, Marburg. „**35. Wissenschaftliche Tagung der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft e. V.**“ Leitung und Auskunft: Prof. Dr. med. I. Effendy (06421) 2862488

Der gesamte Kongress = 1AiP

11.10. 2001, 16:30 Uhr bis 18:30 Uhr: Zentrum für Pathologie, Baldinger Straße, Marburg. „**Klinisch Pathologisches Konferenz**“, Anmeldung: Prof. Dr. Roland Moll (06421) 2862271 **AiP**

26.09.2001, 14:30 Uhr: Hörsaal des Zentrums für Nervenheilkunde, Rudolf-Bultmann-Str. 8, Marburg. „**Kinder- und jugendpsychiatrischer Nachmittag zu dem Thema: Autismus und Asperger-Syndrom**“. Auskunft: Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt (06421)2866471 **AiP 2P**

Zwei besuchte Veranstaltungen werden als 1 AiP Ausbildungsseminar anerkannt.

BEZIRKSÄRZTEKAMMER WIESBADEN

17.09.2001, 18.00 – 19.30 Uhr: Bibliothek der Deutschen Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden. „**Interdisziplinäre Schmerzkongress mit Patientenvorstellungen**.“ Auskunft: Dr. Drechsel, DKD, Dr. Nolte, Wiesbaden. Tel. (06 11) 9 45 18 08. **2P**

14.09 – 15.09.2001: „**Neuroorthopädische Diagnostik und Therapie: Muskulatur und Schmerz**“. Auskunft: Dr. Drechsel, DKD, Dr. Nolte, Wiesbaden. Tel. (06 11) 9 45 18 08.

28.09.2001: „**Kolposkopie-Einführungskurs**“, Treff-Hotel, 65205 Wiesbaden-Nordenstadt. Leitung und Anfrage: Dr. med. Hk. Bauer Tel. (0611) 811881

29.09.2001: „**Kolposkopie für Fortgeschrittene**“, Treff-Hotel, 65205 Wiesbaden-Nordenstadt. Leitung und Anfrage: Dr. med. Hk. Bauer Tel. (0611) 811881

Deutsche Gesellschaft für Lymphologie

13.09. bis 15.09.2001: **25. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie**, Kongresszentrum Stadthalle Friedberg, Am Seebach 2, 61169 Friedberg. Leitung: Dr. med. Willi Jungkunz, Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie. Tel. (07651) 971612

Der gesamte Kongress = 1AiP

Deutsche Klinik für Diagnostik

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

28.09.2001, 17:00 – 19:00: **Beschreibung der Medizin als Zeichenprozess**. Auskunft: Dr. Albers, Prof. Dr. Leiß. (0611-577252)

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.

15.09.2001, 17.15 – 19. 15 Uhr „**150 Jahre Verein Nass. Ärzte, Jubiläumsveranstaltung**“, Ärztehaus, Adelheidstr. 7, 65549 Limburg. Auskunft: Dr. Egbert Reichwein. Tel. (0 64 82) 20 78. **1P**

Dr. Horst-Schmidt-Kliniken

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

12.09.2001, 17:30 – 19.30: HSK, Hörsaal Gemeinsame Fortbildung der Neurologie der HSK, der DKD sowie der Neurochirurgie der HSK „**Strahlen- und Chemotherapie der malignen Hirntumoren**“ Referent: Prof. Dr. Weller, Tübingen. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. B. Weisner. Tel. (0611) 432376 **2P**

17.09.2001, 16:00 – 17:00: Hörsaal Pathologie, B-Trakt, 1. Stock.

„**Transfusionsrichtlinien in der Medizin**“ Auskunft PD Dr. med du Bois (0611) 43 2377

01.10.2001, 16:00 – 17:00: Hörsaal Pathologie, B-Trakt, 1. Stock. „**Schulterdystokie/Reanimation des Nbg.**“ Auskunft PD Dr. med. Gonser

18.09.2001, 19:00 – 21:00: HSK, 2. Stock (Raum hinter dem Kasino) „**Therapiestrategien bei ARDS: state-of-the-art**“ Referent: Prof. Dr. R. Roissant, Aachen. Auskunft, Dr. B. Pokorny (0611) 432174

19.09.2001, 18:00 – 20:00 Uhr: HSK, Seminarraum Personalkasino „**Infektiologisches Gespräch**“ Leitung: Prof. Dr. med. C. Ell, Auskunft, Frau Teichler. Tel. (06 11) 43 27 58. **AiP**

26.09. – 29.09.2001: HKS Wiesbaden. „**Ultraschallschule: Aufbaukurs**“ Leitung: Prof. Dr. med. C. Ell, Auskunft, Frau Teichler. Tel. (06 11) 43 27 58. **4P**

26.09.2001, 18:15 – 20:15 Uhr: Onkologischer Schwerpunkt HSK, hintere Räume des Personalkasinos, 2. Stock. „**Probleme in der Tumorschmerztherapie: Schwierige Patienten oder schlechter Arzt**“ 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. Protz. 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. „**Perinataalkonferenz.**“ Prof. Dr. M. Albani, PD Dr. M. Gonser. Auskunft: Dr. H. Dederichs. Tel. (06 11) 43 32 06. **2P**

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

Deutscher Ärztinnenbund Wiesbaden

12.09.2001, 19:30 Uhr: Kassenärztliche Vereinigung Wiesbaden, Besuch des Therapiedorfes Villa Lilly in Bad Schwalbach, Frau Dr. Dahloff-Götz erörtert den Sinn und Therapie des Therapiedorfes, Auskunft und Anfrage zur Mitfahrgelegenheit: Dr. Brigitte Schuler, Tel: (0611) 524320.

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**

Otto-Fricke-Krankenhaus

28.09.2001, 15:00 – 18:00: Festsaal des Katharinenstiftes, Geriatriische Klinik am Katharinenstift, Wiesbaden-Biebrich (2. Betriebsstätte des Otto-Fricke Krankenhaus) „**Geriatisches Symposium Spezielle Aspekte der Schlaganfallbehandlung**“. Auskunft: Dr. med. Klaus Weil, Tel: (06124) 506 188 oder (0611) 6937 130 **AiP 3P**

Medizinische Gesellschaft Wiesbaden

02.10.2001, 19.30 – 22.00 Uhr: Ärztehaus Abraham-Lincoln-Str. 36, Wiesbaden. „**Pathogenese, Pathophysiologie und Klinik der diabetischen Stoffwechselstörungen**“ PD Dr. K. Konz, Wiesbaden. „**Pathophysiologisch orientierte Therapie des Diabetes mellitus**“. Auskunft: Frau Dies oder Frau Brede. Tel. (06 11) 71 00 14 o. 13. **AiP 2P**

Zwei besuchte Veranstaltungen werden als 1 AiP Ausbildungsseminar anerkannt.

SONSTIGE VERANSTALTUNGEN

22.09.2001: Hotel Rodenberg, Panoramastr. 98, 36199 Rotenburg an der Fulda „**12. Rotenburger Gespräche**, Veranstaltung Berufsverband der Frauenärzte Landesverbände Thüringen/Hessen.“ Auskunft: Dr. med. Klaus König: (06171) 74191

03.10 – 07.10.2001: Hohenroda bei Fulda „Angst als Ressource und Störung – Interdisziplinäre Forschung und Gestalttherapie“ Veranstalter und Anmeldung: Inselhaus, Zwitzenlehen 2, 82547 Eurasburg, (08179) 93160

26.09 – 30.09.2001: Meiotels Kongresszentrum, Rotenburg a. d. Fulda, „37. Deutscher Kongress für Sportmedizin und Prävention – Prävention durch Bewegung und Sport.“ Kongressbüro: Lehrstuhl für Sportmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen (0641) 99252 10/11/12/13

20.09. – 22.09.2001: Universität, HNO-Klinik, Theodor-Kutzer-Ufer, Mannheim

„1. Mannheimer Schlafapnoe-Operationskurs / Fachkundennachweis Laserschutz“. Leitung und Auskunft Prof. Dr. K. Hörmann (0621) 383 1600 / 3421 **20P**

Aufnahme von Fortbildungsveranstaltungen

Wir möchten die Veranstalter der Fortbildungsveranstaltungen bitten, die Veranstaltungen der Bezirksärztekammern der LAK 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 FRANKFURT

Zentrum für Radiologie der JWG-Universität

05.09.2001, 19.00, Zentrum für Radiologie, Theodor-Stern-Kai 7, Haus 23, Eingang B, Interimshörsaal. „389. Frankfurter Röntgenabend, MR Tomographie der Niere / MR Urographie / MR Angiographie und neue Entwicklungen.“ Dr. med. Straub, Frankfurt. Auskunft Sekretariat Prof. Dr. Vogel (069) 6301 7277

Hessische Landesstelle gegen Suchtgefahren

17.09.2001, 10:00 - 17:00, Bildungsstätte des Landessportbundes Hessen, Otto-Fleck-Schneise 4, Frankfurt. „Fachtagung Diagnostik - Diagnostiksysteme und ihre Anwendung in der Suchthilfe“. Auskunft (069) 5969621

BEZIRKSÄRZTEKAMMER GIESSEN

Schmerztherapeutisches Kolloquium Schotten e. V.

19.09.2001, 18:30: Bibliothek Kreiskrankenhaus Schotten, Außenliegend 13, Schotten. „Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz mit Patientenvorstellungen“. Auskunft: Dr. med. Rippin (06044) 610 **3P**

Institut für Anatomie und Zellbiologie der Universität Gießen

15.09.2001, 8:30 - 13:50: Hörsaal des Institutes für Anatomie und Zellbiologie, Gießen. „Wissenschaftliches Symposium über die ankylosierende Spondylitis (Strümpell-Marie-Bechterew'sche Erkrankung)“. Auskunft: Prof. Dr. med. Klaus Schmidt (06032) 996 2101 **AiP**

Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Giessen

12.09.01, 14:00: Hörsaal des Zentrums für Kinderheilkunde, Feulgenstr. 12, Gießen. „Umwelt und Lunge“. Leitung und Auskunft: Prof. Dr. med. H. Lindemann (0641)99-43430 **AiP**

Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Wetzlar

5.09.2001, 17:00: Großer Hörsaal im 11.OG, Forsthausstr. 1, Klinikum Wetzlar. „Karotisstenose - Stent oder Messer, was ist besser?“. Auskunft: Prof. Dr. med. Klaus Rauber (06441) 792450 **AiP**

BEZIRKSÄRZTEKAMMER KASSEL

36. Tagung Hessischer Internisten

2. 11. - 4. 11. 2001: Orangerie Hotel Maritim, Paulus-Promenade 2, Fulda.

Veranstalter: Berufsverband Deutscher Internisten e. V. Landesgruppe Hessen, Prof. Dr. W. Fassbinder. Auskunft: Kongreßbüro Frau Mihm, Tel. (0661) 845452 **AiP**

Orthopädische Klinik Kassel

12.09.2001, 19:00, Orthopädische Klinik Kassel, Wilhelmshöher Allee 345, Kassel.

„Differentialdiagnose und Therapie des Impingementsyndroms an der Schulter“. Leitung und Auskunft: Prof. Dr. W.E.Siebert (0561) 3084-248 **AiP 3P**

Klinikum Kassel, Medizinische Klinik I

26.09.2001, 19:30 - 21:30, Medizinische Klinik I, Kassel „Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen“. Referent: Prof. Dr. E.F. Stange, Stuttgart. Auskunft: Prof. Dr. Pausch (0561)980-2500

14.09. - 16.09.2001, Jugendherberge Vöhl am Edersee, „Präklinisches Traumamanagement (PTM) für Notärzte und Rettungsdienstpersonal“. Leitung und Anmeldung: Markus Both (0561) 7391137

Zwei besuchte Veranstaltungen werden als 1 AiP Ausbildungsseminar anerkannt.

BEZIRKSÄRZTEKAMMER MARBURG

Uni-Klinikum Marburg und FA. Henning, Berlin

12.09.2001, 17:00: SORAT-Hotel Marburg. „Schilddrüsendiagnostik und -therapie update 2001 - Bewährtes und Neues.“ Auskunft: Hans-Joachim Herrmann (02776) 8267 **AiP 3P**

Klinikum der Philipps-Universität Marburg

05.10. - 06.10.2001, Sorat-Hotel Marburg, Pilgrimstein 29, Marburg. „6. Marburger Kongreß zum umfassenden Qualitätsmanagement im Krankenhaus - Praxisbezogene Instrumente für das moderne Krankenhausmanagement, Qualitätssicherung, Leitlinien und Balanced Scorecard im Kontext zu den DRGs“ Auskunft und Anmeldung: H. Deucker (06421) 28-66308

BEZIRKSÄRZTEKAMMER WIESBADEN

Deutsche Klinik für Diagnostik Bibliothek der Deutschen Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden,

03.09.2001, 17.30 - 19.00 Uhr: „DKD intern“. Dr. med. J. Seeger, Wiesbaden. Auskunft: PD Dr. med. K. Konz (0611) 5770

10.09.2001, 17.30 - 19.00 Uhr: „Angebote der EDV“. Herr Usko, Wiesbaden. Auskunft: PD Dr. med. K. Konz (0611) 5770

17.09.2001, 17.30 - 19.00 Uhr: „Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz mit Fallvorstellungen“. Auskunft: PD Dr. med. K. Konz (0611) 5770

24.09.2001, 17.30 - 19.00 Uhr: „Ist Resistin die Lösung aller Insulinresistenzprobleme oder nur ein „Mäusehormon“. Prof. Dr. med. K. Vett, Wiesbaden. Auskunft: PD Dr. med. K. Konz (0611) 5770

05.09.2001, 18:00: „Inkontinenz aus neurologischer Sicht - Diagnostik und Therapie“, Leitung und Auskunft Dr. med. Ä. Wiesner, (0611) 5770

25. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie 3. bis 15. September, Friedberg

Kongresszentrum Stadthalle Friedberg, Am Seebach 2
Auskunft und Anmeldung: (07651/971611)

AiP 17 P

Mobbing

erkennen - helfen - vorbeugen
Interdisziplinäre ärztliche Fortbildung
Samstag, 13. Oktober 2001, 8:30 - 18:00, Bad Nauheim

Fortbildungszentrum der LÄK, Kongreßhalle

- das Programm folgt in Heft 10/2001 -



Neues zum Thema Allergien bei der Wiedereröffnung der Säuglingsstation des Clementine Kinderhospitals Frankfurt

Helle Farben, freundliche Atmosphäre und zuversichtliche Gesichter: Vor kurzem wurde die Säuglingsstation des Clementine-Kinderhospitals renoviert wiedereröffnet. Hintergrund ist eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem Bürgerhospital Frankfurt, dem Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität und dem Clementine Kinderhospital.

Am Bürgerhospital wurde im Mai 2001 eine Neonatologische Intensivstation als neue Einrichtung dieser Klinik unter der Leitung von Herrn PD Dr. Rettwitz-Volk eröffnet. Gemeinsam mit dem Bürgerhospital sichern die Abteilung für Neonatologie des Univ.-Klinikums Frankfurt und das Clementine-Kinderhospital auf vertraglicher Basis die ärztliche Betreuung von intensiv zu behandelnden Neugeborenen, wobei die Nachsorge nach der Intensivbehandlung in den beiden letztgenannten Kliniken erfolgt.

Aus Anlaß der Wiedereröffnung der in diesem Zusammenhang durch Umbau in Mutter-Kind-Einheiten völlig neu gestalteten Säuglingsstation und des schon zurückliegenden 60. Geburtstages von Chefarzt PD Dr. med. Roland Wönne hatte das Clementine-Kinderhospital zu einem kleinen Festakt und wissenschaftlichem Symposium eingeladen, in dessen Mittelpunkt vier Vorträge zum Thema Allergien standen. Und dies nicht von ungefähr: Allgemein kann von einer dramatischen Zunahme der allergischen Erkrankungen gesprochen werden. Die weltweite ISAAC-Studie weist Deutschland dabei einen mittleren Platz zu.

Rund 600.000 Kinder litten hierzu-lande unter Nahrungsmittelallergien, erklärte Prof. Stephan Strobel vom Institute of Child Health, Great Ormond Street, in London. Die Gründe dafür lä-

gen unter anderem an Veränderungen im Lebensstil, an den heutigen Hygieneverhältnissen und Essgewohnheiten. Außerdem sei im Zusammenhang mit der Häufigkeit von Allergien ein starkes Ost-West-, sowie ein Stadt-Land-Gefälle zu verzeichnen. So würden Heuschnupfen, Asthma und atopisches Ekzem vor allem durch die Abkehr vom traditionellen Lebensstil auftreten. „Wir hätten keine Probleme, wenn Kinder im Stall aufwüchsen“, fuhr Strobel fort. „Aber es ist nun mal nicht möglich, auf der Neugeborenenstation ein Kuhstallmilieu einzuführen.“ Vielmehr stelle sich die Frage, was Eltern heute zu raten sei.

Die Immunreaktion habe eine genetischen Prädisposition, stellte Strobel in seinem Vortrag „Perinatale Einflüsse auf die orale Toleranzentwicklung“ klar. Die Faktoren, die darauf einwirkten, seien Umwelt und Ernährung. „Doch auch dies ist möglich: allergisch sensibilisiert, aber nicht notwendigerweise allergisch erkrankt zu sein“, hob der Referent hervor.

Eine kuhmilchinduzierte Kolitis finde sich z.B. bei gestillten und ungestillten Kindern. Es handle sich dabei um die Folge einer veränderten zellvermittelten Immunreaktion. Als bemerkenswert stellte Strobel heraus, daß das Nabelschnurblut bei atopischen und nicht atopischen Säuglingen immunologisch noch gleich sei. Da bei der Antigengabe sicher das Alter nach der Geburt eine Rolle spiele, müsse entschieden werden, wann Antigene in der Nahrung weitergegeben werden sollen.

Was läßt sich tun, um Wege zur oralen Toleranz zu ebnet? Strobels Antwort: „Verhindern Sie ein niedriges Geburtsgewicht. Asthma und niedriges Geburtsgewicht sind korreliert.“

Der Vortrag von Frau Prof. Renate

Bergmann aus Berlin war mit der Frage „Ist durch Stillen Allergieprävention möglich?“ überschrieben. Hier sei wirklich ein Fragezeichen zu setzen, sagte Bergmann. Zwar schienen Beobachtungsstudien die Annahme zu unterstützen, daß sich Stillen präventiv auswirke. Allerdings hätte ein Vergleich der verschiedenen Studien dabei unterschiedliche Ergebnisse gezeigt.

„Das Problem war, daß es sich um Beobachtungsstudien handelte. Die Statistik scheint nämlich auch zu zeigen; daß allergischen Reaktionen umso häufiger auftreten, je länger die Stilldauer ist.“

Da sie die Unterernährung des Kindes zur Folge habe, stelle eine Diät der Mutter nur eine kurzfristige therapeutische Methode dar. Auch könne Muttermilch nicht als ein Allheilmittel bezeichnet werden: „Dort, wo eine Allergie auftrat, war das Beenden des Stillens meist vorteilhaft.“ Auf Populationsbasis könne das Stillen hingegen weiter unterstützt werden. Man müsse „genau hinschauen“, bevor man sich für oder gegen das Stillen entscheide.

„Prävention allergischer Erkrankungen durch Ernährung?“ Ist das möglich? Ausgehend von den Ergebnissen der von ihr mit verantworteten GINI-Studie berichtete Dr. med. Andrea von Berg vom Forschungsinstitut Wesel, daß der frühe Allergen-Kontakt entscheidend sei. So hätten neuere Studien bei Kindern mit hohem Atopie-Risiko einen präventiven Effekt von partiellen und extensiven Hydrolysaten auf die Inzidenz von allergischen Erkrankungen gezeigt. Wegen der unterschiedlichen Studien-Designs habe die Größenordnung dieses Effekts bislang nicht exakt bestimmt werden können.

Bei der von 1995 bis 1998 begonne-



nen GINI-Studie handele es sich um eine prospektive (prospektive Beobachtung bis zum 3. Lebensjahr), randomisierte Interventionsstudie. Voraussetzung für die Aufnahme in die Studie sei eine Atopieanamnese bei mindestens einem Elternteil oder leiblichem Geschwister gewesen.

Mindestens 4, besser 6 Monate lang sollte mit Muttermilch ernährt werden. Beikost war vor dem 6. Monat nicht erlaubt; als einziger Ersatz für Muttermilch galt die Ernährung mit randomisierter Studieneinbindung, wobei 3 verschiedene kommerzielle hypoallergene Nahrungen und ein nicht hydrolysiertes Kuhmilchpräparat im Doppelblindverfahren zum Einsatz kamen. Die Eltern

mußten 24 Wochen lang über Ernährung, Befinden und Erkrankung der Kinder, die zu Beginn der Studie im Durchschnitt zwei Wochen alt waren, Buch führen. Ebenso über die Ernährung der Mutter, wenn diese stillte.

Die Auswertung der Ergebnisse des 1. Lebensjahres zeigte einen protektiven Effekt der hypoallergenen Nahrungen, vor allem im Hinblick auf die atopische Dermatitis, wobei aber das stark hydrolysierte Kaseinpräparat für den Fall, daß beide Eltern eine atopische Dermatitis hatten, die beste protektive Wirkung entfaltete. Der Erfolg einer primären Ernährungsintervention im 1. Lebensjahr sei, so die Referentin, somit möglicherweise vom spezifischen Phänotyp der fa-

miliären Atopie und natürlich deren genetischer Grundlage abhängig.

Der letzte Referent, Herr OA Dr. Kitz vom Zentrum der Kinderheilkunde des Univ.-Klinikums Frankfurt, berichtete über die Ergebnisse einer Frankfurter Studie, in der kommerzielle Säuglingsnahrungen auf physiologische Konzentrationen von γ -Linolensäure angereichert worden waren, um damit die Entstehung einer atopischen Dermatitis zu verhindern. Ein sicherer Effekt ließ sich dadurch nicht erzielen. Es blieb die Frage offen, ob nicht vielleicht überphysiologische Dosen eine Wirkung haben könnten, wofür es theoretisch einen Ansatzpunkt gäbe.

Katja Möhrle

Projekt Selbstuntersuchung der Brust. Ärztinnen gesucht !

Fast zeitgleich startet in Hessen und Rheinland-Pfalz ein Projekt der Frauenministerinnen: Die Selbstuntersuchung der Brust.

Was in Schleswig-Holstein mit Erfolg als Projektmodell gelaufen ist, soll jetzt in allen Bundesländern umgesetzt werden: Wir wollen Frauen anleiten, ihre Brust regelmäßig selbst zu untersuchen.

Die Brust als ein Organ und Symbol weiblicher Identität wird in den Vordergrund gestellt. Ziel ist es, bei jeder Frau ein Bewußtsein für den eigenen Körper zu schaffen. Sie soll sich Zeit für sich nehmen und zu ihrer eigenen Expertin werden. Wer seinen Körper bewußt und positiv wahrnimmt, bemerkt auch eher Veränderungen. Auf diese Weise wächst das Vertrauen in die eigene Kompetenz.

Brustkrebs, eine Erkrankung, die heute fast ausschließlich angstbesetzte Diskussionen auslöst, wird immer noch am häufigsten von den Frauen selber entdeckt. Das Projekt will weg von dem blinden Vertrauen in die Ap-

paratemedizin hin zur Eigenwahrnehmung. Wir wollen erreichen, daß Frauen jeden Alters auf das Thema Brustkrebs aufmerksam werden. Je früher eine Veränderung erkannt wird, desto größer sind die Heilungschancen.

Dazu hat sich der Arbeitskreis Frauengesundheit im Hessischen Sozialministerium mit dem Landfrauenverband zusammengetan. Dankenswerter Weise übernimmt der Landfrauenverband als größter Frauenverband Hessens die Logistik. Hessenweit sollen Ärztinnen in den Ortsverbänden des Landfrauenverbandes den Frauen an einem Abend die Brust, sowie gutartige und bösartige Veränderungen erklären und auch eine Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust geben. Die Ärztinnen werden die Fragen der Frauen beantworten und sie so in ihrer Selbstwahrnehmung stärken.

Wir suchen daher hessenweit Ärztinnen, die sich bereit erklären, einen solchen Abend durchzuführen. Sie erhalten eine Aufwandsentschädigung; auch werden eventuell anfallende

Fahrtkosten gezahlt. Das Thema geht Frauenärztinnen und Frauen an. Schon einmal war der Landfrauenverband Vorreiterin – und zwar als die Krebsfrüherkennung eingeführt wurde. Auch damals erreichten die Landfrauen, daß Frauen zur Früherkennungsuntersuchung gingen. Sie bewahrten damit viele von ihnen vor einer schwerwiegenden Erkrankung des Cervix-ca.

Deshalb unser Appell an alle Ärztinnen: Bitte melden Sie sich zahlreich. Der Erfolg des Projektes hängt auch von unserer Bereitschaft ab, die Kompetenz von Frauen zu stärken.

Werner Schuler

Ansprechpartnerinnen:

Dr. Brigitte Schuler – Mitglied des Arbeitskreises Frauengesundheit im Hess. Sozialministerium und Regionalgruppenvorsitzende des DÄB in Wiesbaden, Tel. : 0611-524320 oder Brigitte Wimmer, Hess. Sozialministerium, Tel. : 0611-817-2911 oder Landfrauenverband Hessen e.V., Tel. : 06172-77073



Leserbrief zum Hessischen Ärzteblatt Nr. 6/2001

Artikel: Umgang mit weiblicher Beschneidung

Schön, daß dieses schwierige Thema im HÄ aufgegriffen und einem größeren Kreis Menschen zugänglich gemacht wird, die damit werden umgehen müssen. Natürlich ist es nicht möglich, im Rahmen dieses einen Artikels die komplexe Verzahnung mit kulturellem und psychosozialen Hintergrund darzustellen, obwohl dies für den Umgang große Bedeutung hat. Daher an dieser Stelle einige Ergänzungen:

Wir sollten uns bewußt machen, daß in den meisten afrikanischen Gesellschaften Wissen über Anatomie und Physiologie sehr gering und Sexualität in höchstem Maße tabuisiert ist. Besonders in Gegenden, wo es seit Generationen keine genitalunverstümmelte Frau mehr gibt, haben die Frauen und Mädchen gelernt, dies als Normalität zu bewerten und können daher die Folgen nicht mehr mit der Beschneidung in ursächlichen Zusammenhang bringen. Vor dem Hintergrund des meist sowieso verunsichernden und irritierenden Migrationsprozesses werden sich die Frauen oft hier erstmals dessen bewußt, was ihnen angetan wurde.

Hier ist von seiten des medizinischen Personals viel Achtsamkeit im Umgang mit den betroffenen Frauen und viel sorgfältiges, dem Wissen der Frauen angemessenes Informieren nötig. Es sollte ihnen auch nicht nur chirurgische Entlastung angeboten werden, sondern auch Begleitung und Unterstützung, z. B. durch Selbsthilfegruppen und professionelle Psychotherapie. Hier ist interdisziplinäres Handeln und Denken gefragt! Hier sehe ich auch eine große Aufgabe für uns psychotherapeutische Fachärzte, zumal es sich bei den Folgen der weiblichen Beschneidung in so augenfälliger Weise um Psycho-Somatik einerseits und Traumatisierung andererseits handelt.

Warum eigentlich nicht auch die Männer mit einbeziehen, wo dies sonst in der Gynäkologie doch durchaus schon üblich ist? Auch wenn Genitalverstümmelung meist etwas ist, was sich Frauen untereinander zufügen, geschieht dies doch auf die Forderung der Männer hin, sei es als direkt betroffene Familienangehörige oder der religiösen bzw. politischen Führer. Insofern ist die

Information der Ehemänner und Brüder ganz entscheidend. Hier könnten auch unsere hier häufig ebenfalls männlichen chirurgischen und gynäkologischen Oberärzte und Chefärzte einen wichtigen konstruktiven Einfluß ausüben, indem sie zeigen, daß sie als männliche und ärztliche Autorität weibliche Genitalverstümmelung ablehnen.

Der Umgang mit dem Thema weiblicher Genitalverstümmelung und den Betroffenen ist schwierig, weil wir als medizinisches Fachpersonal gezwungen sind, ein Tabu zu durchbrechen. Dennoch ist das Problem der weiblichen Genitalverstümmelung bereits hier in Deutschland angelangt und wir sind es unserem Berufsethos und unseren Patientinnen schuldig, in deren Sinne gute Lösungen zu entwickeln und anzubieten.

Christina Bauer,
Fachärztin für Psychotherapeutische
Medizin, Hofgeismar

Kontaktadressen und Literatur können bei der Autorin erfragt werden.

Leserbrief zum Hessischen Ärzteblatt Nr. 7/2001

Artikel Editorial: „Im Spannungsfeld der Ethik und Forschung“

Mit diesem Editorial des Präsidenten der Kammer habe ich Probleme, insbesondere was das Verständnis der Intentionen des Verfassers angeht. Er will nur Fakten aufzählen und weder für die eine, noch die andere Seite Partei ergreifen, beides wird nicht durchgeführt. Die Fakten sind korrekturbedürftig und die neutrale Position endet schließlich im weitestgehenden „enthemmenden“ Apell eines führenden Repräsentanten der verfaßten deutschen Ärzteschaft, das an den Artikel I und II der Verfassung orientierten Em-

bryonenschutzgesetz zu „modernisieren“, sprich wirkungslos zu machen. Ist es wirklich so einfach: Wer heilt hat immer Recht?

Hier noch einige Bemerkungen zu den mitgeteilten Fakten.

Embryonale Stammzellen haben nicht nur Vorteile, sondern bergen auch erhebliche, noch nicht verstandene Risiken wie Tumorbildung und eventuell noch die Weiterentwicklung zu einem vollständigen Embryo. Adulte neurogene Stammzellen haben ein vergleichbares Entwicklungspotential

ohne die oben genannten Nebenwirkungen.

Die Nidationshemmung durch die sogenannten Spiralen findet bei den heute meist verwandten, mit 250 µg Kupfer beladenen IUD's nicht statt, da sie ausschließlich spermizid wirken (s. a. Dr. Kurz, DÄB 11.05.01, Internat. Res. Institute f. Reproduct., Düsseldorf).

Selbstverständlich ist die PID rechtlich nicht auf 100 Paare mit Kinderwunsch einzugrenzen. Kollege Montgomery hat Recht, wenn er feststellt, daß die Methode, einmal zugelassen, alleine



aus haftungsrechtlichen Gründen auf alle IVF-Embryonen ausgedehnt werden wird. Wer kann in Deutschland eine solch umfangreiche negative Selektion in Kauf nehmen wollen? Die internationale PID-Statistik zeigt übrigens, daß in 80 % aller Schwangerschaften dennoch die PND-Methoden angewandt wurden und bei 162 ausgetragenen Schwangerschaften 7 Abtreibungen und 9 „Mehrlingsreduktionen“ durchgeführt wur-

den. Was nun die „neutrale Position“ des Verfassers angeht, so sehe ich diese ganz erheblich verletzt, wenn er die eine Position z. B. mit „religiös dogmatisch“ gleichsam abstrahlt und von Vorurteilen spricht, wenn es um Überzeugungen geht, also etwa von der Verbindlichkeit des 5. Gebotes für sehr viele Menschen. Chargaff: „Man kann aber Ethik und Moral nicht suspendieren, weil es der Forschung guttäte“. Andererseits wird

die „enthemmende“ Ansicht nicht begründungspflichtig gemacht, was aber gerade notwendig ist (Safransky). Abschließend glaube ich nicht, daß die Position des Präsidenten in der Delegiertenversammlung mehrheitsfähig ist.

Dr. med. Wolfgang Furch, Frauenarzt,
Delegierter der Landesärztekammer
Hessen

Seit 20 Jahren kämpft die Landesärztekammer Hessen gegen die Ausbeutung von Ärztinnen und Ärzten

(Hessisches Ärzteblatt 5/2001)

Die in Ihrem Artikel geschilderten Mißstände treffen in großem Ausmaß auch auf Psychologen zu. Allein in Hessen sind Dutzende, bundesweit viele hundert Psychologen betroffen. Gemäß der Ausbildungsverordnung für Psychotherapeuten, die 1 fi Jahre Assistenz Tätigkeit in psychiatrischen bzw. psychosomatischen Kliniken vorschreibt (wobei über die Schaffung entsprechender Assistenzstellen aber kein Wort verloren wird), sind sie - um überhaupt ihre Aus- bzw. Weiterbildung antreten zu können - gezwungen, unentgeltlich in Kliniken zu arbeiten.

Wie Sie sich denken können, wird diese Notlage häufig ausgenutzt. Fälle, in denen ein Psychologe unentgeltlich 50% und mehr der Arbeit eines Stationsarztes oder gelegentlich auch eines Stationspsychologen übernimmt, sind nicht die Ausnahme, sondern die Regel. Dieses gilt nicht etwa nur für Privatkliniken, sondern genauso für öffentliche Einrichtungen z.B. des Landeswohlfahrtsverbandes.

Die weiterführenden Problematiken, wie Sie sie für „Gratisärzte“ anführen, treffen selbstverständlich auch auf „Gratispsychologen“ zu. Auch sie sind in den entsprechenden Abteilungen - vor allem Suchtabteilungen - HIV-, Hepatitis- und

anderen Infektionen ausgesetzt. Auch für sie gibt es keine Kranken- und Sozialversicherungsbeiträge oder solche zum ärztlichen Versorgungswerk. Selbstverständlich vernichtet die unbezahlte psychologische Arbeit ebenfalls bezahlte psychologische Planstellen.

Da es zur Zeit keine Psychologenkammer in Hessen gibt, ist die Ärztekammer der natürliche Ansprechpartner für Psychologen. Wir gehen davon aus, daß Sie die Fürsorgepflicht, die Sie, wie in erwähntem Artikel geschildert, in den Achtziger Jahren den ausgebeuteten

„Gratisärzten“ haben zukommen lassen, genauso zur Abstellung der unglaublichen Zustände, die auch für uns Psychologen einen „Rückfall in die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg und vor der Währungsreform“ bedeuten, energisch walten lassen werden.

Für den Arbeitskreis Psychotherapeuten in der Ausbildung im BDP

Dr. phil. Dipl. Psych.
Thomas H.W. Walther
Frankfurt

Sehr geehrter Herr Dr. Walther,

inwieweit Psychologen, ähnlich wie Ärzte, nunmehr auch gegen Träger von Einrichtungen vorgehen, die erbrachte Leistungen nicht oder nicht angemessen vergüten, sollten Sie unbedingt prüfen. Inwieweit eine Kooperative in diesem Punkt mit dem Marburger Bund oder eine Initiative bei der Gewerkschaft ver.di möglich ist, sollten Sie recherchieren. Ich selbst habe den neuen Vorstandsvorsitzenden, Herrn Bsirske, auf die Problematik Ende April d.J. hingewiesen. Auch die Frankfurter Staatsanwaltschaft wurde mit Hinweis auf § 291 StGB informiert. Im übrigen hoffe ich sehr, dass sich die Psychologische Psychotherapeutenkammer bald etabliert und wir über unseren gemeinsamen Beirat Möglichkeiten entwickeln, uns auch dieses Problems anzunehmen.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. med. Michael Popović



Datensicherung – aber richtig!

In der Anleitung eines Datensicherungs (oder Backup) -Programmes findet sich eine treffende Formulierung: „Es gibt nur EDV-Anwender, die schon einmal ein Backup benötigt haben, und Anwender, die noch ein Backup benötigen werden“. Und die Erfahrung von Experten aus der Praxis zeigt, daß ein Großteil der angefertigten Datensicherungen im Ernstfall unbrauchbar sind. Um daher einem GAU ausreichend gewappnet zu sein, gibt Ihnen der EDV-Systemberater für Arztpraxen Jörg Garritzmann Tipps für die Praxis.

Vorab erst mal ein Tip zur Praxisorganisation: Das Backup Ihrer Daten ist Chefsache, und Sie sollten diese Aufgabe nur an eine vertrauenswürdige Person delegieren. Denn auch wenn grundsätzlich egal ist, zu welcher Tageszeit das Backup gemacht wird - sofern es nur regelmäßig gemacht wird -, zeigt die Erfahrung, daß in den meisten Praxen das Backup am Tagesende vorgenommen wird. Und da es oft ein eine zeitraubende Angelegenheit ist, gerät man dann leicht in Versuchung, den Arbeitstag etwas zu verkürzen - vor allem, wenn man die Arbeitszeit bereits überschritten ist oder Überstunden an der Tagesordnung sind.

So ist denn auch die Wahl des Zeitpunktes für das Backup eine nicht unwichtige Angelegenheit. Aus zuvor genannten Gründen kann es in manchen Praxen zweckmäßig sein, das Backup auch vor Praxisbeginn oder in der Mittagspause zu erledigen. Es sollte lediglich

ein Zeitpunkt gewählt werden, an dem das Praxis-EDV-System für die Zeit des Backups heruntergefahren werden kann. Denn Daten, die in Bearbeitung sind, können nicht sinnvoll gesichert werden.

Welche Daten werden gesichert?

Ihr Kriterium sollte sein: Wie lange darf es dauern, bei einem Festplattenschaden anhand eines Backups wieder ein arbeitsfähiges System zu erhalten, eventuell auch mit Hilfe eines vor Ort greifbaren, aber nicht mit dem eigenen System vertrauten Experten. Aktuelle Geräte sind schnell und haben genügend Speicherplatz für die üblicherweise anfallenden Daten einer Arztpraxis. Daher sollten nach Möglichkeit alle Dateien der Festplatte gesichert werden und nicht nur die seit dem letzten Backup veränderten Daten. Denn wer ein sogenanntes »inkrementelles Backup« durchführt, kann zwar bei der täglichen Sicherung ein bißchen Zeit sparen. Die Rücksicherung dauert im Ernstfall jedoch deutlich länger, ist komplexer und kann bei einem defekten von mehreren Medien dann durchaus völlig unbrauchbar sein.

Verify ist wichtig

Die regelmäßige Durchführung eines Backups gewährleistet jedoch noch nicht, daß die Daten auch vollständig vom Backup-Medium rückgelesen werden können. Hier hilft nur ein sogenanntes »Verify«, bei dem nach dem kompletten Schreibdurchgang ein zweiter

Ihre Backup-Strategie

- Anschaffung von sieben bis acht Backup-Medien
- Beschriftung der Medien mit Wochentagen – der Freitag wird doppelt angelegt, beispielsweise mit „Freitag gerade“ und „Freitag ungerade“
- ein weiteres Medium wird für Monatsende oder Quartalsende reserviert, jeweils an einem Wochentag im Wechsel wird ein Backup mit Verify durchgeführt
- ein Sicherungsmedium, hier bspw. das Freitags-Medium, sollte in wöchentlichem Wechsel mit nach Hause genommen oder ausgelagert werden, um einem Totalverlust bei Brand oder Diebstahl vorzubeugen.

Durchlauf gemacht wird, wobei die gesicherten Daten mit dem Original verglichen werden. Nur so können Schreib- und Lesefehler zuverlässig erkannt werden. Eine weitere Form des Verify erfolgt bei einigen Geräten mit einem »Read-After-Write«. Hier wird direkt nach dem Beschreiben, bei Bandgeräten mit einem zweiten Kopf, kontrolliert, ob die Daten auch lesbar sind; andernfalls wird ein Datenblock vom Gerät selbständig neu geschrieben. Ein Read-After-Write ist jedoch nicht so zuverlässig, wie ein nach einer Zeitverzögerung, in einem weiteren Durchgang durchgeführtes Verify.

Tipps zum Kauf

Welche Backup-Medien eignen sich nun für Ihre Anforderungen? Magnetbänder sind noch immer die preiswerteste Archivierungslösung für mittlere und hohe Datenaufkommen, konventionelle „Tape-Streamer“ bieten dem Normalanwender meist genügend Kapazität. Bei geringem Datenumfang und wenn auch in Zukunft so schnell

Anzeige

Praxisabgabe?

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

Assmus & Partner GmbH

Ballplatz 7, 55116 Mainz

Tel. 06131/223023-24, Fax 06131/227150



nicht mit wachsenden Daten zu rechnen ist, oder wenn auch Konzepte zum Datenaustausch zwischen zwei entfernten Arbeitsplätzen gefragt sind, kommen andere Technologien ins Spiel. Soll beispielsweise nur ein Teil der Daten zuhause regelmäßig weiterbearbeitet werden, dann bietet sich ein Medium an, auf dessen Daten man direkten Zugriff hat (z.B. ZIP, MO, CD-RW, DVD-RAM). Streamer wären im Vergleich zu rotierenden Medien in diesem Fall eine schlechtere Wahl, da der direkte Zugriff auf einzelne Daten deutlich umständlicher ist.

Offene Medien (ZIP und magnetische Wechselpplatten wie JAZ und ORB) haben sich allerdings als relativ anfällig erwiesen, und auch DAT Streamer sollten wegen ihrer vergleichsweise höheren Ausfallraten lieber gemieden werden.

Am besten wählen Sie zum Backup ein System aus Hard- und Software mit selbständiger Sicherung, d.h., bei der Backup-Software sollten Sie nicht zwischendurch zum Drücken von Tasten oder für Mausklicks gefordert sein, und die Backup-Hardware sollte es ermöglichen, Ihren gesamten Datenbestand auf einem Medium zu sichern. Eine Datenkompression sollten Sie hierbei nach Möglichkeit vermeiden. Denn ein einzelner Bit-Fehler des Backup-Mediums, der sich bei unkomprimierten Daten vielleicht nur mit einem verfälschten Buchstaben äußern könnte, hat hier fatale Auswirkungen und kann die gesamte Datensicherung unbrauchbar machen.

Praktisch ist es auch, wenn das Backup automatisch nachts zu fester Uhrzeit gestartet wird. Ihre Arbeit besteht dann nur noch mit dem Wechsel der Medien und der Kontrolle der Sicherungsprotokolle.

FAZIT

Achten Sie darauf, daß Ihnen Ihr Händler beim Systemkauf eine professionelle Lösung anbietet. Bei den Preisbrecher-Systemen gibt es leider immer noch Angebote, die kein ernstzunehmendes Backup-Gerät vorsehen und zur Datensicherung auf Disketten verweisen...

Magnetbänder sind die preiswerteste Archivierungslösung für mittlere und hohe Datenaufkommen, konventionelle Tape Streamer bieten dem Normalanwender meist genügend Kapazität. Bei geringem Datenumfang und wenn auch in Zukunft so schnell nicht mit wachsenden Daten zu rechnen ist oder wenn auch Konzepte zum Datenaustausch zwischen zwei entfernten Arbeitsplätzen gefragt sind, dann kommen Alternativen ins Spiel.

Die installierte Backup-Lösung sollte dann am besten vom Supportpartner konfiguriert und auch auf einwandfreie Funktion getestet werden. Das Vorhandensein einer einheitlichen Lösung (Gerät und Software) sowohl beim Anwender, als auch bei Supportpartner und Systemhaus kann bei eventuellen Problemfällen ebenfalls Zeit und Laufereien sparen. Die im Einzelfall zu empfehlende Art der Datensicherung hängt von mehreren Parametern ab: Dem Umfang der statischen und variablen Daten, Betriebssystem und Datenbank und dem täglich tolerierbaren Zeitaufwand für das Backup. Hardware ist mittlerweile billig, man sollte also nicht an der falschen Stelle sparen. Ein kompetenter Händler sollte auf Ihre Bedürfnisse eingehen und Ihnen mehrere bedarfsgerechte Alternativen anbieten können.

Urteile aus der Praxis:

Hat sich ein EDV-Dienstleister dazu verpflichtet, eine Datensicherung zu installieren und ist später strittig, ob die Datensicherung jemals ordnungsgemäß funktioniert hat, trägt im Falle eines Datenverlustes der EDV-Anbieter die Beweislast für die anfängliche Funktionsfähigkeit der Datensicherung (OLG Hamm, Az.: 13 U 95/98).

Bei Wartungsarbeiten eines EDV-Technikers kam es zum Datenverlust. Normalerweise haftet der Techniker, der vor der Arbeit für eine Sicherung Sorge tragen muß. Der betroffene Arzt hatte jedoch monatelang versäumt, ein Backup zu erstellen. Eine grobe Mißachtung der Sorgfaltspflicht, befanden die Richter und verneinten einen Anspruch auf Schadenersatz (AG Kassel, AZ 423 C 1747/97).

Anschrift des Verfassers:
EDV Systemberatung J. Garritzmann
Kathagen 12, 48565 Steinfurt,
E-Mail: j.garritzmann@gmx.de

Ankündigung:

Deutsche Ärzte- und Apothekermeisterschaft - 10 000 m - um den Azupharma-Pokal, Deutscher Verband langlaufender Ärzte und Apotheker e.V. am 23.09.2001 in Gerlingen bei Stuttgart. Neben einer Ärzte- und Apothekerwertung erfolgt eine Gästewertung. Zusätzlich findet im Rahmen dieser Veranstaltung eine sportmedizinische Weiterbildung (2 STD Kategorie D, 2 STD Kategorie 7) statt.

Anmeldungsunterlagen und weitere Informationen erhalten Sie über die Geschäftsstelle des Deutschen Verbandes langlaufender Ärzte und Apotheker e.V. (DVLÄ), Müllerstraße 23, 39218 Schönebeck, Tel. / Fax: 03928 / 405196.



Ehrungen

Dr. med. A. Hartmann,



Marburg, und Dr. med. O. Eberhardt, Tübingen, wurden für herausragende Arbeiten zur Rolle der Apoptose bei der Pathogenese der P a r k i n s o n

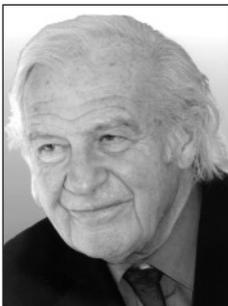
Krankheit mit dem Förderpreis der Deutschen Parkinson-Gesellschaft ausgezeichnet.

Dr. med. Norbert Dickopf,



Oberursel, wurde das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen, wodurch sein Engagement für Behinderte Menschen gewürdigt wurde.

Prof. Dr. med. h.c. mult. Hanns Göthard Lasch,



Stellvertretender Vorsitzender der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, erhielt am 22. April 2001 die Gustav-

von-Bergmann-Medaille in Gold von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin.

Dr. med. Wolfgang Furch,

Bad Nauheim, wurde das Bundesverdienstkreuz Erster Klasse verliehen. In der Laudatio wurden besonders die vielen ehrenamtlichen Tätigkeiten und



Prof. Dr. med. Lothar Thomas,



das große Engagement in der ärztlichen Ethik betont.

Arzt für Laboratoriumsmedizin am Krankenhaus Nordwest Frankfurt/Main, wurde für seine hervorragenden Fort- und Weiterbildungsaktivitäten auf dem Gebiete

der Laboratoriumsmedizin in China von Universität Shanghai eine Honorarprofessur verliehen.

Prof. Dr. med. Roland Bässler,



von 1972 bis 1993 Direktor des Instituts für Pathologie am Klinikum Fulda, wurde die Rudolf-Virchow-Medaille verliehen. Mit der höchsten Ehrung,

die die Deutsche Gesellschaft für Pathologie vergibt, wurde das Lebenswerk von Prof. Bässler geehrt. Seine besonderen Verdienste liegen auf dem Gebiet der mikroskopischen Diagnostik der Brustdrüsenkrankungen und im Engagement der ärztlichen Fortbildung.

ONKOLOGISCHE FORTBILDUNG FÜR ARZTHELFER/ARZTHELFERINNEN

Die Fortbildung ist berufsbegleitend und besteht aus insgesamt 5 Blöcken und 2 Praktika.

Beginn des nächsten Lehrganges:

29. November 2001 -1. Dezember 2001

Inhalte des Gesamtlehrganges:

- Medizinische, therapeutische und pflegerische Grundlagen
- Psychoonkologische Grundlagen
- Nachsorge/Reha
- Rechtskundliche Grundlagen
- Qualifiziertes Abschlussgespräch

Zielgruppen:

Arzthelferinnen oder Personen mit gleichwertiger Ausbildung, die onkologische Patienten betreuen.

Auskünfte und Informationsmaterial zu den o. g. Kursen können kostenlos angefordert werden: Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim ., Ansprechpartner: Frau Ahlborn, Tel. (0 60 32) 30 51 85. Telefon-sprechzeiten: Mo.-Fr. 8.30 bis 12.00 Uhr, Mo.-Do. 13.00 -15.30 Uhr.

Änderungen vorbehalten;
Stand: Mai 2001



Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Dr. med. Hans-Horst Buchmann, Witzenhausen, am 6. Oktober,
Dr. med. Marlene Schade, Eschwege, am 17. Oktober,
Dr. med. Horst Krupp, Witzenhausen, am 31. Oktober.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Prof. Dr. med. Horst Naujoks, Frankfurt, am 27. Juli.
Prof. Dr. med. Karl-Julius Ullrich, Königstein, am 1. Oktober.
Dr. med. Juergen Beck, Kelkheim, am 17. Oktober.

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Karl-Heinz Köhler, Marburg, am 12. Oktober
Ltd. Med.-Dir. a. D. Dr. med. Robert Schneider, Schwalmstadt, am 22. Oktober.

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Werner Weimar, Wiesbaden, am 2. Oktober.

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

Anzeige

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Reino Reschny, Schotten, am 11. Oktober,
Prof. Dr. med. Dr. med. h.c. Erwin Kuntz, Wetzlar, am 16. Oktober,
Dr. med. Guenter Gros, Gießen, am 31. Oktober.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

E | K | A
EHLERT KREKEL ANDREANO

Rechtsanwälte

Uwe Ehlert
Rechtsanwalt

Vertragsarztrecht
ist mein Tätigkeitsschwerpunkt

Das Vertragsarztrecht umfasst insbesondere die Bereiche:

Honorarkürzung	Plausibilitätsprüfung
Arzneimittelregresse	Disziplinarverfahren
Zulassungsverfahren	Abgabe/Übernahme einer Praxis

Frankfurter Str. 219 35398 Gießen
Tel. 0641/25036-0 Fax. 0641/2503620
www.ek-anwalt.de

Goldenes Doktorjubiläum

Wir gedenken der Verstorbenen

- Dr. med. Wilhelm Döll, Lorsch
* 17.09.1911 † 23.01.2001
- Dr. med. Otto Fischer, Frankfurt
* 01.10.1916 † 21.04.2001
- Dr. med. Heinz Götz, Hammersbach
* 13.03.1919 † 09.07.2001
- Leonas Gudelis, Riedstadt
* 23.09.1925 † 05.11.2000
- Dr. med. Erich Klingelhöfer, Marburg
* 18.09.1911 † 22.06.2001
- Dr. med. Hans Koch, Bad Wildungen
* 13.04.1912 † 01.07.2001
- Dr. med. Helmut Lewinsky, Schlüchtern
* 02.05.1920 † 11.06.2001
- Dr. med. Heinz Meissner, Sulzbach
* 14.10.1925 † 16.06.2001
- Dr. Med. Habil. Heinz Nonnenmacher, Frankfurt
* 14.09.1914 † 27.10.2001
- Dr.- medic Grigore Popescu, Frankfurt
* 24.08.1926 † 21.05.2001
- Dr. med. Dieter Recken, Limburg
* 20.05.1923 † 08.06.2001
- Dr. med. Max Schirduan, Schwalbach
* 27.05.1920 † 09.07.2001
- Dr. med. Rosa Maria Schittig, Kelkheim
* 21.09.1933 † 27.05.2001
- Dr. med. Friedrich Schröder, Cölbe
* 11.10.1937 † 30.06.2001
- Dr. med. Ludwig Stern, Kassel
* 07.08.1915 † 06.07.2001
- Dr. med. Werner Stupening, Kronberg
* 27.05.1912 † 15.08.2001
- Obermed. Rat a.D. Dr. med. Hans Weiner, Bad Homburg
* 14.11.1915 † 11.05.2001

Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verlorengegangen und werden hiermit für ungültig erklärt.

Arztausweis Nr. HS/K/3641, ausgestellt am 20.06.2001, für Dr. med. Alke Moldenhauer, Ahnatal,

Arztausweis Nr. HS/D/2554, ausgestellt am 20.11.1995, für Andre Koletzko, Rüsselsheim,

Arztausweis Nr. HS/F/5318, ausgestellt am 28.11.1990, für Dr. med. Ursula Hohmann-Heinz, Aura,

Arztausweis Nr. HS/F/10127, ausgestellt am 22.05.2000, für Dr. med. Florian Bode, Schwalbach

Arztausweis Nr. HS/F/9635, ausgestellt am 24.07.2000, für Elke Ball, Butzbach

Stempel Nummer 40 75 372, Ärztlicher Notdienst Gelnhausen, (Dr. med. Gerd E. Pfeiffer, Gelnhausen),

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!**



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

Jetzt auch in Frankfurt!

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

Wir gratulieren den Arzthelferinnen zum 10jährigen Berufsjubiläum,

Dagmar Glass tätig bei Dres. med. R. Hartmann und U. Künzel, Taunusstein

Arzu Gayretli tätig bei Dr. med. K. Friton u. B. Roth, Heppenheim

Gaby Kremer tätig bei Prof. Dr. med. W. Lisch und

Dr. med. Ch. Lisch, Hanau

Carina Krumm tätig bei D. Risch, Battenberg

Marita Müller tätig bei Dr. med. U. Consemüller, Gelnhausen

Iris Pfeil tätig bei Dr. med. M. Grün, Mücke

Anke Roehmholdt tätig bei Dr. med. A. Ortwein, Kassel

Melanie Röll tätig in der Gemeinschaftspraxis U. Eckert-Tanzki, I.

Geyer-Sodemann und P. Mondon, Neu-Isenburg

Stefanie Seidel tätig bei Dr. med. E. Schweg-Toffler, Offenbach

und zum mehr als 10jährigen Berufsjubiläum,

Angela Daniel-Wagner seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. H.-H. Peters, Eschwege

Christine Grimm seit 17 Jahren tätig bei P. Kohl u. Ch. Keller, Münster
Melanie Janka seit 12 Jahren tätig bei Dr. med. D. Krüger u. M. Krüger, Gießen

Ulrike Kempf seit 20 Jahren tätig bei Dres. med. R. u. J.

Konstantinidis, Maintal

Heike Luxa seit 15 Jahren tätig bei Dr. med. G. Wetzig, Lindenfels

Beate Preis seit 16 Jahren tätig bei Dr. med. G. Wetzig,

vormals Praxis Dr. med. S. Wetzig, Lindenfels

Annette Vetter seit 11 Jahren tätig bei Dr. med. G. Wetzig, Lindenfels

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

Wir gratulieren den Arzthelferinnen zum mehr als 25jährigen Berufsjubiläum,

Inge Gerke seit 30 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis Dres. med. M. und C. Weber, vormals Praxis Dr. med. E. Schmidt, Rosbach,

Ursula Pirzkal seit 38 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis Dres. med. U. Seibert, S. Lieber u. S. Hillmann, Frankfurt

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

Wir gratulieren der Helferin

zum mehr als 10jährigen Berufsjubiläum

Sabine Huber seit 17 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis Dres. med. A. Sachs u. J. Fischer, Darmstadt

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



Anmeldung der Auszubildenden zur Abschlußprüfung für Arzthelfer/innen im Winter 2002 vom 16. Januar bis 2. März 2002

Auszubildende, die an der Abschlußprüfung für Arzthelfer/innen im Winter 2002 teilnehmen wollen, sind bis zum

4. Oktober 2001

bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden.
Die Anmeldung erfolgt durch Einreichung des Anmeldeformulars.

Außerdem sind der Anmeldung beizufügen:

- das Berichtsheft (mit Beurteilungsprotokoll)
- der Fragebogen über die Tätigkeit der Auszubildenden,
- ggf. eine Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung,
- bei vorzeitiger Abschlußprüfung **zusätzlich:**
die notwendige Notenbescheinigung der Berufsschule.

Es wird gebeten, die Unterlagen rechtzeitig und vollständig einzureichen, da anderenfalls die Teilnahme der Auszubildenden an der Winterprüfung 2002 nicht garantiert werden kann.

Zur Abschlußprüfung im Winter 2002 sind anzumelden:

1. Auszubildende, deren Ausbildungszeit **nicht später als am 2. Mai 2002 endet**,

2. Auszubildende, die die **Abschlußprüfung vorzeitig** abzulegen beabsichtigen und deren Ausbildungszeit **nicht später als am 2. September 2002 endet**,

3. **Wiederholer/innen**, die in einem vorangegangenen Prüfungstermin die Abschlußprüfung nicht bestanden haben,

4. sog. **Externe**, die gemäß § 40 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz ca. sechs Jahre in dem Beruf der/des Arzthelferin/Arzthelfers tätig gewesen sind und beabsichtigen, die Abschlußprüfung abzulegen.

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

- in den Lerngebieten des berufsbezogenen Unterrichts der Berufsschule im Durchschnitt mit **besser als 2,5** und

- von dem Auszubildenden im Durchschnitt mit mindestens **„gut“** beurteilt werden.

Landesärztekammer Hessen

Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

„EIGNUNGSTEST“

für die Auswahl geeigneter Bewerber/innen für den staatlich anerkannten Ausbildungsberuf Arzthelfer/in für die ärztliche Praxis

Die relativ hohe Anzahl von vorzeitigen Vertragsabbrüchen, die zunehmend in arbeitsgerichtliche Streitigkeiten münden, wird erfahrungsgemäß durch mangelhafte Auswahl verursacht! Die Landesärztekammer Hessen stellt deshalb jeder/jedem interessierten Ärztin/Arzt einen Eignungstest zur Verfügung, der sie/ihn bei der Bewerberauswahl unterstützen soll. Der Eignungstest soll dazu anregen, sich intensiv mit der Person der/des Bewerberin/Bewerbers und ihren/seinen Fähigkeiten zu beschäftigen.

Der Eignungstest gliedert sich in folgende Teile:

1. Fragebogen zur Einleitung eines Bewerbungsgesprächs
2. Auswahlkriterien für die Einstellung einer/eines Auszubildenden

3. Testaufgaben

4. Lösungen

Der Eignungstest ist über die Landesärztekammer Hessen kostenfrei erhältlich. Er kann telefonisch unter der Nummer (0 69) 9 76 72 - 154/155 angefordert werden.

Wir würden uns freuen, wenn unser Angebot von einer großen Anzahl Ärztinnen und Ärzte angenommen würde.

Beachten Sie bitte auch, daß sich die Auswahlmöglichkeiten verschlechtern wenn die Auswahl zu spät erfolgt. **Wählen Sie deshalb Ihre/n Auszubildende/n - wie andere Betriebe auch - frühzeitig aus, spätestens im Herbst des Vorjahres!**

Landesärztekammer Hessen

Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen“

Abschlußprüfung für Arzthelfer/innen im Sommer 2001

Hiermit geben wir die Ergebnisse der Abschlußprüfung im Sommer 2001 bekannt:

teilgenommen haben insgesamt	738
von denen	720
mit folgenden Ergebnissen die Prüfung bestanden haben:	

Note sehr gut	4
Note gut	111
Note befriedigend	353
Note ausreichend	252

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

Prüfungstermine

Zwischenprüfung 2002:

Mittwoch, den 13. März 2002

Abschlußprüfungen

Sommerprüfung 2002

Schriftliche Prüfung:
Praktische Übungen und
Mündliche Ergänzungsprüfung:

Mittwoch, den 8. Mai 2002

3. Juni bis 1. Juli 2002

Winterprüfung 2003

Schriftliche Prüfung:
Praktische Übungen und
Mündliche Ergänzungsprüfung:

Mittwoch den 15. Januar 2003

14. Februar bis 5. März 2003

Landesärztekammer Hessen

Abt. Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

Abschlußfeier für Einser-Kandidatinnen/-Kandidaten der Arzthelfer/in-Abschlußprüfung im Sommer 2001

Arzthelfer/innen, die ihre Abschlußprüfung im Sommer 2001 mit der Note „sehr gut“ bestanden haben, wurden wieder für ihre hervorragenden Ausbildungs- und Prüfungsleistungen besonders geehrt. Im Rahmen einer Abschlußfeier für alle Absolventen bei der jeweiligen Bezirksärztekammer überreichte ihnen die/die Vorsitzende persönlich das Prüfungszeugnis. Außerdem erhielten sie zusammen mit einem wertvollen Buchgeschenk ein persönliches Schreiben des Präsidenten der Landesärztekammer Hessen.

Zur Abschlußfeier waren auch die auszubildenden Ärztinnen und Ärzte und die Berufsschullehrer/innen sehr herzlich eingeladen.

Bei der Abschlußprüfung im Sommer 2001 haben vier Arzthelferinnen ih-

re Prüfung mit „sehr gut“ bestanden:

Tamara Bäcker, Riedstadt

Gesamtpunkte: 95 ausgebildet bei Dr. med. W. Rau, Rüsselsheim

Michaela Schmidt, Ortenberg

Gesamtpunkte: 94 ausgebildet bei Dr. (Afg) S. Houssaini, Büdingen

Constanze Mendl, Darmstadt

Gesamtpunkte: 93 ausgebildet bei Dr. med. W. Gula, Rodgau

Daniela Babel, Wettenberg

Gesamtpunkte: 92 ausgebildet bei U. Jung, Pohlheim

Landesärztekammer Hessen

Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

„Aktive Immunisierung gegen Hepatitis B

Die Landesärztekammer Hessen macht darauf aufmerksam, daß entsprechend § 4 der Unfallverhütungsvorschriften VBG 103 der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) der Arzt als Arbeitgeber verpflichtet ist, -sicherzustellen, daß die Beschäftigten, insbesondere auch die **Auszubildenden**, bei Aufnahme der Tätigkeit über die für sie in Frage kommenden Immunisierungsmaßnahmen in verständlicher Form unterrichtet werden, -im Einvernehmen mit dem Arzt, der die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen durchführt, festzulegen, welche Impfungen im Einzelfall geboten sind und bei gegebener Indikation (Personenkreis, Expositionssituation) die Impfungen kostenlos anzubieten. Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung empfehlen den gefährde-

ten Beschäftigten im Gesundheitsdienst dringend, von der Möglichkeit der für sie kostenlosen aktiven Schutzimpfung gegen Hepatitis B Gebrauch zu machen.

Wir bitten eindringlich, diese Vorschrift zu beachten. Nähere Angaben dazu entnehmen Sie dem von der BGW ausgegebenen Merkblatt M 613 = Aktive Immunisierung gegen Hepatitis B. Die vorgeschriebene Schutzimpfung wird auch Gegenstand der neuen betriebsärztlichen Betreuung sein.

Landesärztekammer Hessen

Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen „

Der Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche lädt ein zum

BAD NAUHEIMER GESPRÄCH

Therapeutisches Klonen Begrenzt Ethik die Forschung oder verändert Forschung die Ethik?

am Mittwoch, den 26. September 2001, 18.00 Uhr,
im Großen Sitzungssaal der Kassenärztlichen Vereinigung
Hessen

Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt a. M.

Begrüßung

Dr. med. Alfred Möhrle, Frankfurt a. M.

Präsident der Landesärztekammer Hessen

Podiumsdiskussion mit

Prof. Dr. Claus Bartram, Heidelberg

Institut für Humangenetik der Universität Heidelberg

- Einführung -

Dr. med. Christiane Woopen, Köln

Gynäkologin, Universität Köln

Mitglied des Ethikrates der Bundesregierung

Prof. Dr. Karl-Friedrich Sewing, Hannover

Vorstandsvorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates

der Bundesärztekammer

anschließend Diskussion

Moderation: **Prof. Dr. Karl-Friedrich Sewing**

Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt ist frei!

Anzeige

Ihre Praxisübernahme – mit uns ein Erfolg!



Finanzen im Ganzen

- Betriebswirtschaftliche Beratung
- Praxiskonzepte
- Finanzplanung

ÄRZTE-BERATUNG RHEIN-MAIN

Savignystraße 55, 60325 Frankfurt am Main

☎ aerzte-beratung_rhein-main@web.de ☎ 069/975 866 0 ☎ 069/975 866 21

Unsere Erfahrung – zu Ihrem Vorteil!



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-Dieburg

Bickenbach Neurologin/Psychiaterin
Neurologe/Psychiater

Planungsbereich Bergstrasse

Heppenheim Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

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

Planungsbereich Frankfurt/M.-Stadt

Frankfurt/M.-Bornheim Augenärztin/Augenarzt
Frankfurt/M.-Nordend Frauenärztin/Frauenarzt
Frankfurt/M.-Innenstadt Hautärztin/Hautarzt
-Gemeinschaftspraxisanteil-
Frankfurt/M.-Sachsenhausen Kinderärztin/Kinderarzt
Frankfurt/M.-Westend Arzt/Ärztin für
Psychotherapeutische Medizin
Frankfurt/M.-Heddernheim Augenärztin/Augenarzt
-Gemeinschaftspraxisanteil-
Frankfurt/M.-Heddernheim prakt.Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Vertragsarztsitz von Dr. med. Georg Haas,
Tituscorso 3 a,
60439 Frankfurt/Main

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Hofheim/Ts. Radiologin/Radiologe
-Gemeinschaftspraxisanteil-

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Hanau-Kesselstadt Hautärztin/Hautarzt

Planungsbereich Offenbach/M.-Innenstadt

Offenbach/M.-Innenstadt Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Offenbach/M.-Land

Hainburg-Klein Krotzenburg prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Neu-Isenburg Frauenärztin/Frauenarzt

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

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Dillenburg prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Vilbel prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

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

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Eschwege Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Planungsbereich Landkreis Hersfeld Rotenburg

Bad Hersfeld Frauenärztin/Frauenarzt

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Korbach Hautärztin/Hautarzt
-Gemeinschaftspraxisanteil-
Korbach Hautärztin/Hautarzt
-Gemeinschaftspraxisanteil-

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

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Wehrheim/Ts. Fachärztin/Facharzt für
Allgemeinmedizin

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

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Marburg Fachärztin/Facharzt für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden Fachärztin/Facharzt für HNO-
Heilkunde

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

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen,
Körperschaft des Öffentlichen Rechts - Landesstelle -
vermittelt für ihre Mitglieder

Praxisvertreter/-innen

für Praxisvertretungen im Land Hessen.

Ärzte, die einen Vertreter benötigen und Ärzte, die selbst eine Vertretung übernehmen möchten, werden gebeten, sich an die

**Kassenärztliche Vereinigung Hessen - Landesstelle -
Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt/M.,
Telefon 069/79502-757 zu wenden.**

Der Arzt, der sich in seiner Praxis vertreten läßt, hat sich nach § 20 Berufungsordnung der Ärzte in Hessen zu vergewissern, daß der Vertreter die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Vertretung erfüllt.