

Hessisches Ärzteblatt

10/2001

Oktober 2001
62. Jahrgang



Auch im Internet:
www.laekh.de
www.kvhessen.de

Hirntoddiagnostik:
Richtlinien der
Bundesärztekammer

Sterbehilfe vor dem
Hintergrund juristischer
Beurteilung - der Versuch
begrifflicher Abgrenzung

Die somatoforme
Schmerzstörung

Ärztliche Sorgfalts- und
Meldepflichten betreffend
Anwendung, Betrieb und
Sicherheit von Medizin-
produkten

Disease Management-
Programme:
Ein trojanisches Pferd?



TROJA

© Anette Borsutzky

KIRCHHEIM

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

Schriftleitung (verantwortlich):
Professor Dr. Toni Graf-Baumann,
verantwortlich für Mitteilungen der
LÄK Hessen; Dr. Michael Popović,
verantwortlich für Mitteilungen der
KV Hessen; Dr. iur. Hahne-Reulecke
verantwortlich für Mitteilungen der
Akademie; Professor Dr. Ernst-G. Losh

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:
Kanja Möhrle, M. A.

Wissenschaftlicher Beirat:
Prof. Dr. med. Enka Baum, Bebertal
Dr. med. Alfred Hallsguth, Frankfurt
Dr. med. Ulrich Herborn, Kassel
Prof. Dr. med. Dietrich Höfler, Darmstadt
Dr. med. Georg Holtfelder, Frankfurt
Dr. med. Siegmund Kalinski, Frankfurt
Dr. med. Norbert Löschnhorn, Sechtem/Jugend
Prof. Dr. med. Helmut Nier, Offenbach
Prof. Dr. med. Peter Osswald, Hanau
Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Gießen
Dr. med. Hans-Friedrich Spies, Frankfurt
Dr. med. Gösta Strassling, Frankfurt
PD Dr. med. Roland Wonne, Frankfurt
PD Dr. med. Oskar Zelder, Marburg
Dr. med. Walter Schultz-Ameling, Hofheim

Arzt- und Kassennarztrecht:
Dr. Karin Hahne-Reulecke, Justitiarin der
KV Hessen, Christoph Biesing, Justiciar der
LÄK Hessen, Dr. Felix Meyer, Gutachter- und
Schlichtungsstelle

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

Verlag: Verlag Kirchheim + Co GmbH
Postfach 25 24, 55015 Mainz
Telefon (0 61 31) 9 60 70 - 0
Fax (0 61 31) 9 60 70 70
E-Mail: info@kirchheim-verlag.de

Geschäftsführer: Manuel Ickrath
Herstellung: Andreas Kurz

Anzeigendisposition: Ruth Tämm
Telefon (0 61 31) 9 60 70 34
Anzeigentarif vom 1. 1. 2001

Vertrieb: Ute Schellerer
Tel. (0 61 31) 9 60 70 24

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

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

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

Auslieferung Schweiz:
Buchhandlung und Verlag Hans Huber AG,
Länggass-Strasse 76, CH-3000 Bern 9

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

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

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

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



10/2001 Oktober 2001 • 62. Jahrgang

Sie lesen in diesem Heft

Editorial

Diseasemanagement -Programme: Ein trojanisches Pferd? 478

Fortbildung

Hirntoddiagnostik: Richtlinien der Bundesärztekammer 479

Ärztliche Sorgfalts- und Meldepflichten betreffend Anwendung,
Betrieb und Sicherheit von Medizinprodukten 482

Aktuelles

Werbung über den Bezug von Arzneimitteln über Doc Morris unzulässig -
Warnhinweis der Landesapothekerkammer Hessen 491

Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Das rechtliche Schicksal des Sicherstellungsauftrages 492

Qualitätszirkel im niedergelassenen Bereich - Eine Erfolgsstory 494

Ärzte sind keine Engel - Betrüger auch nicht 495

Fortbildung

Die somatoforme Schmerzstörung 498

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung Bad Nauheim 505

Ärztliche Fortbildung im Bereich der Bezirksärztekammern 509

Aktuelles

25 Vereine bei der Verleihung des Qualitätssiegels 516

„Sport Pro Gesundheit“ ausgezeichnet 518

Häusliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen 518

Sterbehilfe vor dem Hintergrund juristischer Beurteilung - der Versuch
begrifflicher Abgrenzung 519

Die medizinische Patientenanzwaltschaft der Deutschen Hospizstiftung 524

Fortbildung

Sicherer Verordnen 525

Kreuzworträtsel 526

Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Neuausrichtung der Erweiterten Honorarverteilung 527

Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen durch den
Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in Hessen 529

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen 533

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen 538

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

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

Diseasemanagement-Programme: Ein trojanisches Pferd ?

Erinnern wir uns: Um die „schöne Helena“ zurück zu holen, unternahmen die Griechen einen Feldzug gegen die stark befestigte Stadt Troja, wobei es ihnen trotz jahrelanger Bemühungen nicht gelang, den Festungsgürtel zu überwinden. Erst mit einer klugen List war es möglich, in die Mauern einzudringen. Sie bauten ein hölzernes Pferd, in dem sich ihre Krieger verstecken konnten. Die Trojaner transportierten das Monster in ihre Mauern, um es zu untersuchen. Ihre Neugier hat zum Untergang und zur Zerstörung ihrer Stadt geführt.

Diese Geschichte drängt sich als Vergleich für die derzeitige Situation in den Kassenärztlichen Vereinigungen auf. Hier wird nicht um die „schöne Helena“, sondern um den Sicherstellungsauftrag gekämpft, der sozusagen den Schlüssel zur Macht im Gesundheitswesen darstellt. Alle haben sich gegen die KV verbündet; man findet fast keinen Fürsprecher mehr für das ordnungspolitische Prinzip Selbstverwaltung. Wie bei Troja ist es ausgesprochen schwierig, die Feste KV zu erobern, die durch ihre Institution als

Körperschaft einerseits, aber auch durch die Solidarität ihrer Mitglieder untereinander bis jetzt erfolgreich verteidigt wird.

Die Bundesregierung hat mit ihrem Gesetzentwurf zum Risikostrukturausgleich durch die Einführung der Diseasemanagement-Programme den Krankenkassen ein trojanisches Pferd gebaut, das zur Zeit noch vor den Mauern der KV steht. Wie in Troja wird versucht, die Neugier der Belagerten zu wecken. Während die Kassenärztlichen Vereinigungen die Mitarbeit an den Diseasemanagement-Programmen so lange verweigern wollen, bis eine ausreichende Mitwirkungsmöglichkeit im Gesetz verankert ist, versuchen die Krankenkassenverbände die einheitliche Front der Vertragsärzte durch Umfragen, z. B. bei den diabetologischen Schwerpunktpraxen in Hessen, zu durchbrechen. Unverhohlen wird auf Bundesebene gedroht, solche Einzelverträge auch dann zu schließen, wenn sich die KV den Wünschen der Krankenkassen verschließen sollte.

Hoffentlich sind die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nicht so neugierig,

daß sie das Trojanische Pferd in die Mauern der KV einlassen.

Die Neugier der Bewohner von Troja hat dazu geführt, daß ihre Stadt ausradiert wurde und ein großer Teil der Bürger den Krieg nicht überlebt hat. Vertragsärzte in Hessen brauchen das Trojanische Pferd nicht in ihre Festung aufzunehmen, da sie seinen Inhalt kennen: Einzelleistungsverträge, mit denen man die Leistungserbringer und hier insbesondere die Vertragsärzte gegeneinander ausspielen will. Man möchte für möglichst wenig Geld möglichst viel Leistung einkaufen und hofft auf den sogenannten Wettbewerb der Leistungserbringer. Natürlich wird es „Lockvogelangebote“ geben, die überwiegende Anzahl der Vertragsärzte wird jedoch mit Dumpingangeboten konfrontiert werden. Man muß den Vertragsärzten in Hessen deshalb dringend anraten, ohne Rücksprache mit der Kassenärztlichen Vereinigung nicht in Vertragsverhandlungen über Diseasemanagement-Programme einzutreten.

Dr. H.-F. Spies

Einladung zur 10. Fachtagung des Hessischen Sozialministeriums

Lobby für Frauennetzwerke

Die gläserne Decke durchstoßen – Mentoring, eine moderne Strategie für Frauen

Workshop 4

Zwischen Skalpell und Küchenkräutern – Mentoring zur beruflichen Integration von Ärztinnen

Leitung: Dr. Ilsemarie Horst
Deutscher Ärztinnenbund e. V.,
Vorsitzende der Gruppe Kassel

20. Oktober 2001, 10.00 – 18.00

im Rathaus der Stadt Offenbach
Berliner Straße 100, Offenbach

Grußworte: Silke Lautenschläger, Hessische Sozialministerin und Gerhart Grandke, Oberbürgermeister der Stadt Offenbach, Referate – Workshops – Podiumsdiskussion
Das komplette Programm kann angefordert werden bei:
Hessisches Sozialministerium, Dr. Dagmar Eberhardt,
Dostojewskistr. 4, 65187 Wiesbaden
Fax (0611) 8908410



Klinik für Neurologie, J. W. Goethe-Universität Frankfurt am Main

Hirntoddiagnostik: Richtlinien der Bundesärztekammer

Dr. Roswitha Hefner, Prof. Dr. Helmuth Steinmetz

Der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer hat 1982 einheitliche Kriterien definiert, denen in Deutschland die Feststellung und die Dokumentation des Hirntods unterliegen. Sie wurden zuletzt 1998 den formalen Anforderungen des Transplantationsgesetzes vom 1. Dezember 1997 angepaßt [1]. 1993 erläuterte der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer die anthropologische Begründung für die Bedeutung des Hirntods als sicheres inneres Todeszeichen des Menschen [2,3]. Die Hirntodkriterien wurden 1994 von den Deutschen Gesellschaften für Anästhesiologie, Neurochirurgie und Neurologie und die Physiologische Gesellschaft in einer gemeinsamen Erklärung bestätigt, der sich 1995 die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin und 1996 die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie anschlossen.

Von neuer, organisatorischer Bedeutung ist § 11 des Transplantationsgesetzes, der besagt, daß die Krankenhäuser verpflichtet sind, den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms von Patienten der Koordinierungsstelle mitzuteilen, also potentielle Organspender zu melden. Die folgenden Richtlinien sind verpflichtende Entscheidungsgrundlagen für den Arzt, der die unteilbare Verantwortung für die Feststellung des Hirntods trägt. Mit dem Hirntod ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt.

Die Diagnose des Hirntods erfordert:

- Die Erfüllung der Voraussetzungen,

- die Feststellung der klinischen Symptome Koma, Hirnstamm-Areflexie und Apnoe,
- den Nachweis der Irreversibilität der klinischen Ausfallsymptome.

Ad 1: Voraussetzungen

- Gewißheit über das Vorliegen einer akuten schweren primären oder sekundären Hirnschädigung; bei den primären Hirnschädigungen ist zwischen supra- und infratentoriellen Läsionen zu unterscheiden.
- Ausschluß von Intoxikation, Wirkung sedierender Medikamente, neuromuskulärer Blockaden, primärer Unterkühlung, Kreislaufschock, Koma bei endokriner, metabolischer oder entzündlicher Erkrankung zum Untersuchungszeitpunkt.

Ad 2: Klinische Symptome des Hirnfunktionsausfalls

- a) Koma
- b) Ausfall der Hirnstammreflexe:
 - Fehlen der Lichtreaktion beider mittel- bis maximal weiten Pupillen
 - Fehlen des oculocephalen Reflexes
 - Fehlen des Kornealreflexes
 - Fehlen einer Reaktion auf Schmerzreize im Trigeminiusbereich
 - Fehlen des Pharyngeal- und Trachealreflexes
- c) Ausfall der Spontanatmung (Apnoetest).

Der Apnoetest ist für die Feststellung des Hirntodes obligatorisch. Ein zentraler Atemstillstand liegt vor, wenn bei bisher gesunden Menschen bei einem $p\text{CO}_2 > 60\text{mmHg}$ keine Eigenat-

mung einsetzt. Eine hinreichende Oxygenierung muß während des Tests gewährleistet sein. Ist ein Patient aufgrund einer kardiopulmonalen Erkrankung an einen $p\text{CO}_2 > 45\text{mmHg}$ adaptiert oder kann ein Apnoetest wegen einer Thoraxverletzung nicht durchgeführt werden, so müssen zusätzliche apparative Untersuchungen erfolgen (EEG, evozierte Potentiale, Dopplersonographie bzw. zerebrale Perfusionszintigraphie).

Ad 3: Nachweis der Irreversibilität der klinischen Ausfallsymptome.

Bei primärer supratentorieller oder sekundärer Hirnschädigung muß die Irreversibilität der klinischen Ausfallsymptome durch eine klinische Verlaufsuntersuchung oder durch ergänzende Untersuchungen nachgewiesen werden. Jedoch ist bei primärer infratentorieller Hirnschädigung und bei Kindern bis zum vollendeten 2. Lebensjahr der Nachweis eines Null-Linien-EEGs oder des zerebralen Zirkulationsstillstands zwingend erforderlich. Der Hirntod ist dann nachgewiesen, wenn die klinischen Ausfallsymptome bei Erwachsenen und bei Kindern ab dem 3. Lebensjahr mit primärer supratentorieller Hirnschädigung nach mindestens 12 Stunden und mit sekundärer Hirnschädigung nach mindestens 72 Stunden erneut übereinstimmend festgestellt worden sind.

Alternativ zu der Verlaufsuntersuchung kommen zum Nachweis der Irreversibilität das Null-Linien-EEG, das Erlöschen evozierter Potentiale oder der zerebrale Zirkulationsstillstand in



Betracht. Das EEG soll in Anlehnung an die Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie abgeleitet werden und muß von einem darin erfahrenen Arzt kontrolliert und beurteilt werden. Unter anderem muß die Registrierung mindestens 30 Minuten kontinuierlich, einwandfrei auswertbar und artefaktarm erfolgen, müssen die Werte der Elektrodenübergangswiderstände zu Beginn und am Ende der Aufzeichnung dokumentiert werden. Auch die frühen akustisch evozierten Potentiale (FAEP) und hochzervikal somatosensorisch evozierten Potentiale (SEP) sollen nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie abgeleitet und von einem entsprechend erfahrenen Arzt ausgeführt und einwandfrei dokumentiert werden. Bei den FAEP weist der progrediente konsekutive Verlust der Wellen mit schließlich bilateralem Ausfall aller Komponenten Irreversibilität nach; die Wellen I oder I und II können ein- oder beidseitig erhalten bleiben. Bei Ableitung der SEP beweisen folgende Muster die Irreversibilität: Ausfall der Komponente N 13 (ableitbar über HWK 2) bei Fehlen des kortikalen Primärkomple-

xes bei Fz-Referenz und Abbruch der Kette Far-field-Potentiale spätestens nach der Komponente N 11/P 11 bei extrakranieller Referenz und Ableitung über der sensiblen Rinde.

Durch transkranielle Beschallung der Hirnbasisarterien und extrakranielle Untersuchung der Aa. carotides und vertebrales kann unter bestimmten Bedingungen dopplersonographisch der zerebrale Zirkulationsstillstand nachgewiesen werden. Voraussetzung ist, daß derselbe Untersucher zuvor eindeutig ableitbare intrakranielle Strömungssignale dokumentiert hat. Szintigraphische Kriterien des Hirntods nach Gabe eines Radiopharmakons sind die fehlende Darstellung der zerebralen Gefäße, der zerebralen Perfusion und der Anreicherung im Hirngewebe. Die selektive intraarterielle Angiographie muß beide Aa. carotides und vertebrales darstellen. Bei eindeutigem Kontrastmittelstillstand an der Hirnbasis oder im Anfangsteil der großen Hirnarterien liegt ein zerebraler Zirkulationsstillstand vor. Die Katheterlage muß dokumentiert sein, der arterielle Mitteldruck bei Erwachsenen mindestens 80 mmHg betragen. Da die Indikationsstellung zur selektiven

intraarteriellen Angiographie die Möglichkeit einer therapeutischen Konsequenz voraussetzt, stellt sie bei der Hirntoddiagnostik letztlich keine praktikable Methode dar.

Der Hirntod muß übereinstimmend und unabhängig von zwei Ärzten festgestellt werden, die über eine mehrjährige Erfahrung in der Intensivbehandlung von Patienten mit schweren Hirnschädigungen verfügen müssen und nicht dem Transplantationsteam angehören. Spinale Reflexe und spinale Automatismen in Form von Rumpf- oder Extremitätenbewegungen können beim Hirntoten vorübergehend erhalten bleiben oder wiederkehren und die Diagnostik erschweren. Im Hirntodprotokoll wird nicht der Zeitpunkt des Eintretens, sondern der Zustand des bereits eingetretenen Todes festgestellt. Als Todeszeit wird die Uhrzeit registriert, zu der Diagnose und Dokumentation des Hirntods abgeschlossen sind.

Literatur:

- [1] Dt. Ärztebl 1998; 95: A 1861-1868 [Heft 30]
- [2] Dt. Ärztebl 1993; 90: A 2933-2935 [Heft 44]
- [3] Dt. Ärztebl 2001; 98: A 1417 [Heft 21]

Mit meinen Augen

Die Hände

Von der deutschen Gesundheitsreform ist die Rede. Dabei schüttelt man sich nicht mehr die Hände, sondern man schüttelt den Kopf. Wenn natürlich alle nur die Hände aufhalten, kann nicht mehr eine Hand die andere Waschen. Es ist auch nicht mehr möglich, die Zahl oder die Unzahl von Vorschlägen, Vorträgen und Reformvorhaben an zwei – geschweige denn – an einer Hand aufzuzählen. Das gäbe nur ein unübersichtliches Handgemen-

ge. Außerdem kann schon niemand mehr seine Hände in Unschuld waschen. Das Ganze ist ein „Handspiel“, aus dem nur noch ein genialer Handstreich eine Lösung bringen kann. Die erforderliche Handlungsfähigkeit ist nirgendwo mehr zu erkennen. „Beschränkte Handlung“ heißt es überall. Hand aufs Herz: Hätten Sie es für möglich gehalten, daß uns jede Handlungsfreiheit abhanden gekommen ist? Wir haben allerdings schon im-

mer gewußt, wie schwierig Handchirurgie ist! Hände weg vom Unsinn, liebe Handlungsreisende, beweist Eure Handlungsfähigkeit ohne Handfesseln oder „Hände hoch“.

**Merke: Viele Hände verderben den Brei! Ein Handstand kommt vor dem Fall!
Nichts für ungut...**

Wolfgang Weimershaus



Ärztliche Sorgfalts- und Meldepflichten betreffend Anwendung, Betrieb und Sicherheit von Medizinprodukten

Gisela Ininger, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bonn
Roland H. Kaiser, Landesärztekammer Hessen, Frankfurt¹

Sofern nicht anders angegeben, Stand der Gesetzgebung zum 30.6.2001
Fußnoten am Ende des Artikels

Bedeutung und Systematik des Medizinprodukterechtes

Das Medizinproduktegesetz (MPG) (3) vom 2.8.1994 mit den Änderungen vom 6.8.98 (das Zweite Gesetz zur Änderung des Medizinproduktegesetzes ist derzeit im Gesetzgebungsverfahren) und die auf seiner Grundlage zwischenzeitlich erlassenen Rechtsverordnungen² setzen geltende europäische Richtlinien³ in deutsches Recht um. Teilweise wurden dadurch bestimmte Produkte und Anwendungsbereiche erstmalig detailliert gesetzlich geregelt, teilweise wurden bestehende Vorschriften, z.B. Medizingeräteverordnung (MedGV) (11), ergänzt oder rechtlich neu eingeordnet (z.B. aus dem Arzneimittel- ins Medizinprodukterecht überführt)⁴. Die heutigen **Regelungen für Medizinprodukte** gehen von folgender **Grundkonzeption** aus:

- Es werden „**grundlegende Anforderungen**“ definiert, die von einem Medizinprodukt erfüllt werden müssen, wenn es im Rechtsgebiet der EG in Verkehr gebracht werden soll.
- Diese Anforderungen werden durch technische „**harmonisierte Normen**“ spezifiziert, die von europäischen Normungsgremien (z.B. CEN) erarbeitet werden.
- Den Herstellern steht es grundsätzlich frei, ob sie diesen Normen folgen. Deren Anwendung führt aber zur Vermutung der **Übereinstim-**

mung der Produkteigenschaften mit den **grundlegenden Anforderungen**.

- **Medizinprodukte werden nicht**, wie Arzneimittel, durch eine Behörde zugelassen. Der Hersteller hat für jedes Produkt eine **Konformitätsbewertung** durchzuführen⁵. In Abhängigkeit von der einem Produkte zuzuordnenden Klasse ist diese Bewertung von einer Benannten Stelle zu zertifizieren, bevor die **CE-Kennzeichnung**⁶ (Conformité Européenne) des Medizinproduktes erfolgen darf.

Einige in Deutschland bewährte Regelungen, z.B. aus dem Arzneimittelgesetz (2) die Regelungen zur klinischen Prüfung und zum Sicherheitsbeauftragten, wurden ins neue Medizinprodukterecht übernommen. Die Regelungsdichte und der Umfang der strafrechtlichen Haftung für Hersteller/Vertreiber und die Anwender/Betreiber von Medizinprodukten haben durch das neue Recht insgesamt zugenommen.

Im ärztlichen Bereich ist das neue Medizinprodukterecht (z.B. im Vergleich zum Arzneimittelrecht⁷) bisher noch nicht ausreichend abgebildet. In § 6 der hessischen **Berufsordnung** (1) z.B. findet sich lediglich eine Mitteilungspflicht des Versagens von Labor diagnostika⁸ (diese stellen aber nur eine geringe Teilmenge aller Medizinprodukte dar) an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Eine der Arzneimittelkommission vergleich-

bare Einrichtung der Ärzteschaft für Medizinprodukte gibt es bislang leider nicht. Im § 3 der **Medizinprodukte-Betreiberverordnung** (9) findet sich aber eine eindeutige rechtliche **Verpflichtung** für den „**Betreiber oder Anwender**“ eines Medizinproduktes zur **unverzüglichen Meldung sicherheitsrelevanter Vorkommnisse und Beinahevorkommnisse an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte**. Ein Verstoß gegen diese Pflichten wird allerdings nicht als Ordnungswidrigkeit im Sinne des § 45 Abs. 2 Nr. 18 mit Geldbuße geahndet.

Die nachfolgenden Ausführungen beschränken sich im wesentlichen auf die Inhalte des MPG und der MPBetreibV. Auf zahlreiche andere, für bestimmte Medizinprodukte relevante, Bestimmungen (z.B. Unfallverhütungsvorschriften, Gerätesicherheitsrecht, Atomrecht u. Strahlenschutz etc.) kann hier nicht eingegangen werden.

Definition, Zweckbestimmung und Klassifizierung der Medizinprodukte

Gemäß MPG § 3 **„Begriffsbestimmungen“** sind Medizinprodukte „...**Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen**...“, die zur Anwendung für Menschen bestimmt sind, mit (mindestens) einer der folgenden **Zweckbestimmungen**:

- a) der Erkennung, Verhütung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten,



- b) der Erkennung, Überwachung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen,
- c) der Untersuchung, der Ersetzung oder der Veränderung des anatomischen Aufbaus oder eines physiologischen Vorgangs oder
- d) der Empfängnisregelung

Die **Abgrenzung zu Arzneimitteln** wird durch die Wirkungsweise betreffende Ausschlusskriterien definiert: Die **bestimmungsgemäße Hauptwirkung eines Medizinproduktes** darf weder **pharmakologischer oder immunologischer Art** sein, **noch durch Metabolismus** erreicht werden.

Diese Definition schließt nicht aus, daß die ‚physikalische‘ Hauptwirkung von Medizinprodukten durch Stoffe mit den genannten Wirkungsweisen unterstützt wird.

Der Begriff ‚**aktives Medizinprodukt**‘ weist auf die Nutzung einer zusätzlichen Energiequelle, hier im wesentlichen elektrischer Strom, hin.

Weiterhin zählen **In-vitro-Diagnostika** zu den Medizinprodukten, d.h. Reagentien, Kalibrier- und Kontrollsubstanzen, Kits, Ausrüstungen, Instrumente, Apparate, ggf. auch Systeme, sowie Probenbehältnisse zur In-vitro-Untersuchung aus dem menschlichen Körper stammender Proben. Die rechtliche Einbindung von In-vitro-Diagnostika erfolgt mit Inkrafttreten des bereits oben erwähnten Zweiten Gesetzes zur Änderung des MPG.

Die **Zweckbestimmung** eines Medizinproduktes wird vom Hersteller (ebenfalls definiert im MPG) vorgegeben, indem dieser in der Kennzeichnung und/oder Gebrauchsinformation sowie im Werbematerial die Verwendung des Medizinproduktes bzw. die Indikation(en) festlegt.

Medizinprodukte - mit Ausnahme der aktiven implantierbaren Medizinprodukte und der In-Vitro-Diagnostika - sind vom Hersteller jeweils einer von **vier möglichen Klassen (I, IIa, IIb, III)** zuzuordnen, wobei mit zunehmender Klassenhöhe ein steigendes potentiell Risiko bei Anwendung dieses Medizin-

produktes anzunehmen ist. Für die jeweilige Einstufung stehen insgesamt 18 Regeln zur Verfügung, deren Anwendung sich nach der Zweckbestimmung eines Medizinproduktes richtet. Es sind sowohl die **Kriterien des Körperkontaktes** (z.B. Kontakt mit unverletzter oder verletzter Haut, Implantation, chirurgisch-invasive Anwendung) als auch die **Dauer der Anwendung** zu berücksichtigen (Beispiele: Wundverbände zur Absorption von Exsudaten oder Untersuchungshandschuhe sind Klasse-I-Produkte; kardiovaskuläre Katheter sind Klasse-III-Produkte). **Sonderregelungen** betreffen z.B. Blutbeutel (Produkte der Klasse IIb), sowie Produkte, die unter Verwendung von tierischem Ausgangsmaterial hergestellt werden. Diese werden generell der Klasse III zugeordnet (Ausnahme: ausschließlich Kontakt mit unversehrter Haut).

Während der Hersteller die **Konformität seiner Klasse-I-Produkte** selbst bestätigt, ist in das **Konformitätsbewertungsverfahren** bei Produkten der **anderen drei Klassen** eine **Benannte Stelle**⁹ einzubeziehen. Zur Vollständigkeit ist zu ergänzen, daß bei **Klasse-I-Produkten** mit **Messfunktion** und solchen, die einem **Sterilisationsverfahren unterzogen** werden, die Zertifizierung der Konformität in Bezug auf die genannten Kriterien bzw. Verfahren von einer **Benannten Stelle** zu erfolgen hat. In Deutschland wird die Befähigung der Benannten Stellen zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben und Pflichten durch ein Akkreditierungsverfahren¹⁰ festgestellt.

Klinische Prüfung von Medizinprodukten 11

§§ 17, 18 MPG - siehe dazu auch §§ 11, 20 MPV (10) - beschreiben die „**Voraussetzungen zur klinischen Prüfung**“ eines Medizinproduktes. Die Regelungen sind ähnlich denen im §§ 40, 41 AMG. Anstelle der pharmakologisch-toxikologischen Prüfung im AMG fordert das MPG eine „**biologische Sicherheitsprüfung oder sonstige für die vorgesehenen Zweckbestim-**

mung des Medizinproduktes erforderliche Prüfung“ und ggf. **einen Nachweis der „sicherheitstechnischen Unbedenklichkeit“**. Klinische Prüfungen müssen der zuständigen Behörde angezeigt werden - vgl. dazu auch § 11 Abs.4 und § 20 Abs. 4 MPV. Vor Beginn muß in der Regel eine **„zustimmende Stellungnahme einer Ethikkommission zu dem Prüfplan“** eingeholt werden. Die angerufene Ethikkommission muß bei der zuständigen Bundesbehörde, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in Bonn registriert sein. Sie kann bundesweit tätig werden, während die Zuständigkeit von Ethikkommissionen für Arzneimittel durch Landesrecht bestimmt wird. Ethikkommissionen für Arzneimittel- und Medizinproduktstudien sind also nicht unbedingt identisch.

Registrierte Ethikkommissionen für Medizinprodukte in Hessen:

- Ethikkommission des Klinikums der Philipps-Universität Marburg Baldingerstraße/Postfach 2360, 35033 Marburg
- Ethikkommission der Justus-Liebig-Universität Giessen, FB Humanmedizin, Gaffkystr. 11c, 35385 Giessen
- Ethikkommission der Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/Main (Informationen auch unter: www.laekh.de)
- Ethikkommission des Fachbereichs Humanmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität c/o Dekanat, Haus 1, Theodor Stern Kai 7, 60590 Frankfurt/Main

Weitere Ethikkommissionen finden Sie über die Homepage des BfArM (www.bfarm.de)

Anders als im AMG¹² gibt es im MPG auch keine ausdrückliche Verpflichtung, die gewählte Ethikkommission auch nach Beginn der klinischen Prüfung „über alle schwerwiegenden oder unerwarteten unerwünschten Ereignisse, die während der Studie auftre-



ten..., zu unterrichten. Im Rahmen klinischer Studien gemäß §§ 17, 18 MPG beobachtete schwerwiegende Vorkommnisse und Beinahevorkommnisse sind unmittelbar an die für Hersteller/Bevollmächtigten und das betroffene Prüfzentrum zuständigen Landesbehörden zu melden. Einzelheiten des Verfahrens sollten die für eine Prüfung verantwortlichen Ärzte frühzeitig mit der für sie zuständigen Landesbehörde abklären.

Die Durchführung einer **klinischen Prüfung** „...entgegen § 17 Abs. 1 Nr.1 bis 6 oder 9, Abs. 4,5 oder 6 Satz 1 oder § 18 Nr. 1 in Verbindung mit § 17 Abs. 1 bis 3...“ ist gemäß § 44 Nr. 4 MPG mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe bedroht.

§ 19 MPG „**Ausnahmen zur klinischen Prüfung**“ - Die §§ 17, 18 MPG finden keine Anwendung auf Prüfungen mit Medizinprodukten, die bereits eine „...**CE-Kennzeichnung tragen**“ dürfen, es sei denn, diese Prüfungen haben eine andere Zweckbestimmung zum Inhalt als die, die in dem Konformitätsbewertungsverfahren, das zur ...CE-Kennzeichnung geführt hat, vorgesehen ist“.

Das **ärztliche Berufsrecht**¹³ macht hinsichtlich der ethischen Aspekte „**biomedizinischer Forschung am Menschen**“ keine prinzipiellen Unterschiede zwischen Arzneimitteln und Medizinprodukten oder nach Zulassungs- und/oder Zertifizierungsstatus.

Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten

Die Bestimmungen des MPG

§ 22 MPG Abs. 1 i.V. mit § 23 Abs. 1 beschreibt allgemeine Voraussetzungen für das „...**Errichten, Betreiben und Anwenden...**“ von Medizinprodukten unter dem Aspekt der Sicherheit von Patienten, Beschäftigten oder Dritten. Gemäß § 22 Satz 1 Abs. 1 dürfen solche Produkte nur „...**ihrer Zweckbestimmung entsprechend...**“ und wenn sie keine Mängel aufweisen, „...durch die Patienten, Beschäftigte oder Dritte gefährdet werden können,“ errichtet,

betrieben und angewendet werden. Aus dieser Bestimmung kann eine Stillegungspflicht des Betreibers für solche Medizinprodukte, bei denen Hinweise auf sicherheitsrelevante Mängel vorliegen, abgeleitet werden. Die **Anwender** müssen über **ausreichende Kenntnisse und praktische Erfahrungen** für eine **sachgerechte Handhabung** verfügen.

Im Absatz 2 findet sich eine rechtliche Grundlage für eine weiterführende Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit - die MPBetreibV.

Die Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (Medizinprodukte-Betreiberverordnung - MPBetreibV) (9)

In § 1 wird der Geltungsbereich dieser Verordnung wie folgt beschrieben: „Diese Verordnung gilt für das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten...“ mit folgenden **Ausnahmen**: „1. In-vitro-Diagnostika... 2. Medizinprodukte, die für die klinische Prüfung bestimmt sind,... 3. Medizinprodukte, die weder gewerblichen noch wirtschaftlichen Zwecken dienen, und in deren Gefahrenbereich keine Arbeitnehmer beschäftigt sind.“ D.h. diese Verordnung gilt auch für nichtaktive Medizinprodukte.

§ 2 „**Allgemeine Anforderungen**“ regelt u.a., daß die Medizinprodukte nur „**ihrer Zweckbestimmung entsprechend**“ und von Personen mit der „erforderlichen Ausbildung oder Kenntnis und Erfahrung“ betrieben und angewendet werden dürfen und daß auch nur solche Personen vom Betreiber mit der Anwendung beauftragt werden dürfen. Ferner wird auf sicherheitstechnische Vorschriften und „Prüfungen nach den Unfallverhütungsvorschriften“ verwiesen.

§ 3 „**Meldung über Vorkommnisse**“ verpflichtet **alle Betreiber oder Anwender** eines Medizinproduktes zur Meldung von ‚Risiken‘. Im Vergleich zur MedGV wurde die Meldepflicht auch auf Anwender (z.B. Ärzte, Pflegepersonal etc.), auf alle Arten von Medizinprodukten und auf Beinahevorkomm-

nisse ausgedehnt. (Einzelheiten an anderer Stelle dieses Beitrages!)

§ 4 regelt die Anforderungen an die **fachgerechte Instandhaltung** (z.B. Wartung, Reinigung, Desinfektion und Sterilisation) von Medizinprodukten. Insbesondere der in eigener Praxis niedergelassene Arzt, aber auch Ärzte in leitender Stellung an Krankenhäusern sind hiervon betroffen. Eine wichtige Rolle spielt in diesem Zusammenhang der - z.B. in **Richtlinien oder Leitlinien** von Fachgesellschaften etc. festgehaltene - ‚**Stand der Technik**‘. Erfolgen Instandhaltung etc. durch eigenes Personal, ergeben sich daraus Organisationspflichten des Betreibers, beauftragt er externe Dritte damit, hat er sich von deren Eignung für diese Aufgabe zu überzeugen. Kommt der Betreiber diesen Pflichten nicht nach, droht neben Bußgeld wegen Ordnungswidrigkeit im Falle eines Schadens auch eine deliktische oder vertragliche Haftung.¹⁴

§§ 5 - 10 enthalten umfangreiche spezielle Vorschriften für aktive und **aktive implantierbare Medizinprodukte**, die hier nur in knapper Übersicht dargestellt werden können.

§ 5 fordert vor dem Betreiben bestimmter in der zugehörigen Anlage 1 gelisteter Typen von Medizinprodukten (z.B. Defibrillatoren, kardiologische Kathetermeßplätze, Beatmungsgeräte etc.) wegen der davon möglicherweise ausgehenden größeren Gefährdung eine **Funktionsprüfung am Betriebsort** und eine **Einweisung des Betriebspersonals** durch den **Hersteller** oder durch eine vom Betreiber damit **beauftragte Person**. Beauftragt werden kann ein Mitarbeiter des Betreibers (z.B. der Praxis oder des Krankenhauses), des Herstellers oder eines geeigneten Dienstleisters. (Haftungsrechtlich ist dieser Beauftragte als Erfüllungs- bzw. Verrichtungsgehilfe des Betreibers zu sehen.) Die Durchführung vorstehender Maßnahmen muß belegt werden. (**Eintrag Medizinproduktebuch!** - siehe unten)

§ 6 schreibt für **aktive Medizinprodukte** gemäß obengenannter Anlage 1¹⁵ re-



regelmäßige sicherheitstechnische Kontrollen nach den Vorgaben des Herstellers und/oder den anerkannten Regeln der Technik vor. (D.h. auch dann, wenn der Hersteller keine diesbezüglichen Vorgaben macht, können solche Kontrollen erforderlich sein.) Diese Prüfungen müssen in geeigneter Weise protokolliert und die Protokolle vom Betreiber bis zur nächsten Kontrolle aufbewahrt werden. Ferner werden Voraussetzungen und Anforderungen betreffend solche Kontrollen durchführende Personen festgelegt.

Für die in den Anlagen 1 und 2 zu § 7 „Medizinproduktebuch“ erfaßten Typen von Medizinprodukten (Anlage 1 entspricht der zu § 5. Anlage 2 beschreibt Medizinprodukte, die **meßtechnischen Kontrollen** gem. § 11 MPBetreibV unterliegen, z.B. Geräte zur invasiven Blutdruckmessung - nicht jedoch übliche Quecksilber- oder Aneroidmanometer, Infrarot-Thermometer, Fahrrad-Ergometer etc.) ist vom Betreiber ein Medizinproduktebuch zu führen, welches die **zuständige Behörde am Betriebsort jederzeit einsehen** kann. In Abs. 2 Nr. 1.- 7. wird dann festgelegt, welche Angaben in dieses Buch einzutragen sind. Eine solche Regelung gab es bereits in der früheren Medizingeräteverordnung. Gemäß § 9 sind Medizinproduktebücher und „...Gebrauchsanweisungen und die einem Medizinprodukt beigefügten Hinweise...“ so aufzubewahren, „...daß die Angaben dem Anwender während der Arbeitszeit zugänglich sind.“ Die **Aufbewahrungspflicht für Medizinproduktebücher** beträgt 5 Jahre nach Außerbetriebnahme des Produktes.¹⁶

§ 8 verpflichtet den Betreiber „für alle aktiven nichtimplantierbaren Medizinprodukte ein **Bestandsverzeichnis** zu führen.“ Auf begründeten Antrag kann ein Betreiber von der zuständigen Behörde von dieser Pflicht ganz oder teilweise befreit werden. (Dies wäre im Falle des Medizinproduktebuches nicht möglich.)

In beiden Verzeichnissen sind auch **Meldungen über Vorkommnisse im Sinne des § 3 zu dokumentieren.**

§ 10 „**Patienteninformation bei aktiven implantierbaren Medizinprodukten**“ - „Die für die Implantation verantwortliche Person...“ hat dem Patienten nach dem Eingriff eine „**schriftliche Information**“ mit Angaben über „**notwendige Verhaltensanweisungen**“ etc. auszuhändigen.

Folgende **Daten** müssen dokumentiert und dieser **Patienteninformation** beigefügt werden¹⁷:

- ▶ Name des Patienten,
- ▶ Bezeichnung, Art und Typ, Loscode oder die Seriennummer des Medizinproduktes,
- ▶ Name der Firma oder des Herstellers des Medizinproduktes;
- ▶ Datum der Implantation,
- ▶ Name der verantwortlichen Person, die die Implantation durchgeführt hat,
- ▶ Zeitpunkt der nachfolgenden Kontrolluntersuchungen.

Die wesentlichen Ergebnisse der Kontrolluntersuchungen sind in der Patienteninformation zu vermerken.

§ 11 verlangt vom Betreiber von **Medizinprodukten mit Meßfunktion** Durchführung und Dokumentation (Medizinproduktebuch i.S. von § 7!) **regelmäßiger meßtechnischer Kontrollen**. Diese Kontrollen haben sich an den Vorgaben des Herstellers und/oder an harmonisierten Normen und/oder am Stand der Technik zu orientieren.

Verstöße gegen die Bestimmungen dieser Verordnung können gemäß § 13 MPBetreibV i.V.m. § 45 Abs. 2 Nr. 18 MPG als **Ordnungswidrigkeiten mit Geldbußen bis zu DM 50 000** geahndet werden.

Meldepflichten und Begriffsbestimmungen bei Medizinprodukterisiken

Die Abwehr von Risiken im Zusammenhang mit der Anwendung von Medizinprodukten setzt ein funktionierendes Meldesystem für unerwartet auftretende Komplikationen, die die Sicherheit von Patienten, Anwendern und Dritten gefährden oder gefährden könnten, voraus. Gemäß § 29 MPG „**Medizinprodukte-Beobachtungs- und Meldesystem**“ ist in der Regel die

jeweils zuständigen **Bundesoberbehörde** (z.Z. ausschließlich BfArM) dazu verpflichtet, „...die bei der Anwendung oder Verwendung von Medizinprodukten auftretenden **Risiken, insbesondere Nebenwirkungen, wechselseitige Beeinflussung mit anderen Stoffen oder Produkten, Gegenanzeigen, Verfälschungen, Funktionsfehler, Fehlfunktionen und technische Mängel zentral zu erfassen, auszuwerten, zu bewerten und insoweit die zu ergreifenden Maßnahmen zu koordinieren.**“

Der **Hersteller** ist verpflichtet, ihm bekannt gewordene **Risiken zu bewerten** und gegebenenfalls der **zuständigen Bundesoberbehörde zu melden.**¹⁸

Neben diesem Herstellermeldesystem ist mit der MPBetreibV ein **Anwendermeldesystem verbindlich eingeführt** worden. Gemäß § 3 dieser Verordnung hat der Betreiber oder Anwender

1. jede Funktionsstörung
2. jede Änderung der Merkmale oder der Leistung sowie
3. jede Unsachgemäßheit der Kennzeichnung oder der Gebrauchsanweisung

eines **Medizinproduktes, die zum Tode oder zu einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes eines Patienten, eines Beschäftigten oder eines Dritten geführt hat oder hätte führen können, unverzüglich dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu melden.**“

In den „**Leitlinien für ein Medizinprodukte-Beobachtungs- und Meldesystem**“ (6) der Europäischen Kommission werden Vorkommnisse, die theoretisch zum Tod oder einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes hätten führen können, dies aber z.B. durch Eingreifen des medizinischen Personals oder andere günstige Umstände (dazu zählt auch eine geplante aufgrund des rechtzeitigen erkannten Defektes nicht erfolgte Anwendung) verhindert wurde, als **Beinahevorkommnisse** definiert.

In der MPBetreibV wird der Begriff **Beinahevorkommnis** nicht explizit er-



wähnt, aber die Formulierung „...oder hätte führen können...“ schließt diesen Sachverhalt ein. Bei jeder ‚auffälligen‘ Situation und/oder Anwendung/vorgeesehenen Anwendung, die entweder zu keiner oder nur zu einer leichten Schädigung geführt hat, ist zu überlegen, ‚was hätte geschehen können, wenn...‘. Führt die Überlegung zu dem Ergebnis ‚schwerwiegende Beeinträchtigung möglich‘, ist das ein unbedingtes Kriterium für eine Meldung.

In den Leitlinien wird folgende **Definition für „schwerwiegende Verschlechterung des Gesundheitszustandes“** gegeben:

- ▶ eine lebensbedrohliche Erkrankung oder Verletzung,
- ▶ eine permanente Beeinträchtigung einer Körperfunktion bzw. ständige Schädigung eines Körperteils oder
- ▶ ein Zustand, der medizinische Hilfe oder einen chirurgischen Eingriff erfordert, um eine permanente Beeinträchtigung einer Körperfunktion bzw. die ständige Schädigung eines Körperteils zu verhindern.

Nicht zu vergessen ist, daß auch **Unklarheiten/fehlerhafte Angaben** in der **Gebrauchsinformation** zu einem meldepflichtigen Vorkommnis (z.B. durch falsche Anwendung) oder Beinahevor-kommnis führen können.

Sachverhalte, die in der Regel **keine Meldung** erfordern, sind:

- ▶ die Verschlechterung des Gesundheitszustandes/der Tod eines Patienten ist eindeutig auf die bestehende Grunderkrankung/den akuten Patientenzustand zurückzuführen;
- ▶ Vorkommnisse, die bei der Anwendung eines Medizinproduktes nach Ablauf der Haltbarkeitsfrist aufgetreten und eindeutig im Zusammenhang mit der begrenzten Verwendungsfähigkeit des Produktes zu sehen sind;
- ▶ Anwenderfehler, soweit sie nicht auf unklare (fehlerhafte) Angaben in der Gebrauchsinformation zurückzuführen sind (s.o.);
- ▶ eine Komplikation, bei der keine (weitere) Gesundheitsbeeinträchtigung des Patienten eingetreten ist,

da ein vom Hersteller installierter Fehleralarm funktioniert hat.

Mit dem MPG traten Übergangsregelungen in Kraft, die u.a. regeln, unter welchen Voraussetzungen die Verwendung von **nicht CE-gekennzeichneten Medizinprodukten** noch zulässig ist. Auch **Sonderanfertigungen** gemäß § 12 MPG tragen kein CE-Kennzeichen. Ferner gibt es in Kliniken Produkte aus ‚**In-Haus-Herstellung**‘, vom Betreiber/Anwender **veränderte Produkte** sowie **aufbereitete Medizinprodukte**. Für alle diese Produkte gilt die **Pflicht der Vorkommnismeldung** gemäß § 3 MPBetreibVO in gleicher Weise, d.h. der Betreiber/Anwender hat auch die vom ihm selbst ‚hergestellten‘ Produkte einer kritischen Fehlerbewertung zu unterziehen. Zu berücksichtigen ist ferner, daß Ärzte (u.a.) auch Medizinprodukte zur Eigenanwendung an Patienten abgeben. Vorkommnisse mit solchen Produkten, soweit sie dem Arzt bekannt werden, unterliegen ebenfalls der Meldepflicht.

Gemäß § 31 Absatz (2) MPG hat ein vom Hersteller zu benennender **Sicherheitsbeauftragter** die Aufgabe *„...bekanntgewordene Meldungen über Risiken bei Medizinprodukten zu sammeln, zu bewerten und die notwendigen Maßnahmen zu koordinieren. Er ist für die Erfüllung der Anzeigepflichten verantwortlich, soweit sie Medizinprodukterisiken betreffen.“* Bei einem alleinigen Herstellermeldesystem läge es ausschließlich im Ermessen des Sicherheitsbeauftragten, ein Vorkommnis als meldepflichtig einzustufen oder nicht. Mit der Einführung der Meldepflicht für Betreiber und Anwender wird möglicherweise verhindert, daß ‚Selektionsmechanismen‘ bei Herstellern dazu führen, meldepflichtige Vorkommnisse nicht oder nicht rechtzeitig zu melden. Insofern sollte durch das Anwendermeldesystem eine Verringerung der ‚Grauzone‘ der vom Hersteller nicht gemeldeten aber durchaus meldepflichtigen Vorkommnisse zu erreichen sein.

Für den klinischen Bereich, insbesondere sofern Betreiber und Anwen-

der nicht identisch sind, ist eine eindeutige Regelung der Verantwortlichkeiten für die Erfüllung der Meldepflichten (z.B. zwischen Klinikverwaltung und leitenden Ärzten) erforderlich.

Abschließend sei hier der Hinweis erlaubt, daß **Reklamationen**, die der Anwender in direktem Kontakt ohne Einschaltung einer Behörde mit dem Hersteller abzuklären hat, vom Anwender-Meldesystem unberührt bleiben. - Weiterführende Informationen bei Will (12)

Wie und an wen meldet der Arzt?

In § 3 BetreibVO ist konkret das **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte**¹⁹ als Empfänger von Anwendermeldungen benannt. Um dem Meldenden das Procedere zu erleichtern, aber auch zur optimalen Erfassung der Angaben, die für die umgehende Bearbeitung erforderlich sind, steht ein **Formblatt** (www.bfarm-extern/de_ver/medizinprod/) zur Verfügung, das von der Homepage des BfArM abzurufen ist. Für die Meldung von Vorkommnissen, die in der Zahnheilkunde auftreten, liegt ein gesondertes Formblatt vor. Ein weiteres wird für In-Vitro-Diagnostika folgen. Das Fehlen von Daten, die auf dem Formblatt erfragt werden, sollte nicht dazu führen, eine Meldung zu verzögern oder gar zu unterlassen (die Angaben können nachgeliefert oder ggf. dem Hersteller direkt zur Verfügung gestellt werden). Das mit der Meldung zu erklärende Einverständnis, daß dem Hersteller Anschrift/Telefon/Fax eines Ansprechpartners übermittelt werden darf, ist insofern wichtig, als dem Hersteller die Möglichkeit gegeben werden muß, zur Aufklärung des Geschehens Kontakt zum Meldenden aufnehmen zu können, um Details, z.B. Begleitumstände, Zustand des Patienten, erfragen zu können. Für die sachgerechte Bearbeitung einer Meldung durch den Hersteller sind solche Kenntnisse in der Regel zwingend erforderlich.

Eine im **BfArM eingehende Anwendermeldung** wird erfaßt und erhält eine BfArM-Fallnummer. Die für den Meldenden sowie die für den Hersteller zu-



ständigen obersten Landesbehörden werden in der Regel innerhalb von 24 h, bei besonders schwerwiegenden Fällen kurzfristiger, informiert. In letztgenannten Fällen wird auch der Hersteller sofort, sonst in der Regel innerhalb von 5 Arbeitstagen unterrichtet. Der Melder erhält eine **Eingangsbestätigung** mit Angabe der BfArM-Fallnummer. Nach Abschluß des Vorganges wird er über die Bewertung des Vorkommnisses, gegebenenfalls auch über eingeleitete Maßnahmen, sofern diese zur Vermeidung weiterer Zwischenfälle bzw. Erhöhung der Sicherheit eines Medizinproduktes erforderlich sind, in Kenntnis gesetzt.

In besonders **dringlichen Fällen** sollte eine **Meldung** über ein Vorkommnis **vorab telefonisch/per Fax** erfolgen. Bedauerlicherweise werden vielfach mit dem Wort ‚Meldung‘ negative Begriffe wie ‚unnötiger Ärger, viele Fragen, zusätzliche Arbeit‘ usw. assoziiert. Ein Anwender/Betreiber sollte vielmehr bedenken, daß er mit seiner Meldung im ‚best case‘ die Schädigung eines weiteren Patienten verhindern kann. Sofern alle Beteiligten ihre Pflichten ernst nehmen, kann mit dem Anwerdendemeldesystem die Möglichkeit geschaffen werden, zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt auf gesundheitsgefährdende Unzulänglichkeiten von Medizinprodukten zu reagieren.

Medizinprodukte, die in ein Vorkommnis involviert waren, sollen nicht

Jährliche Vorkommnismeldungen an das BfArM für ausgewählte Produktgruppen

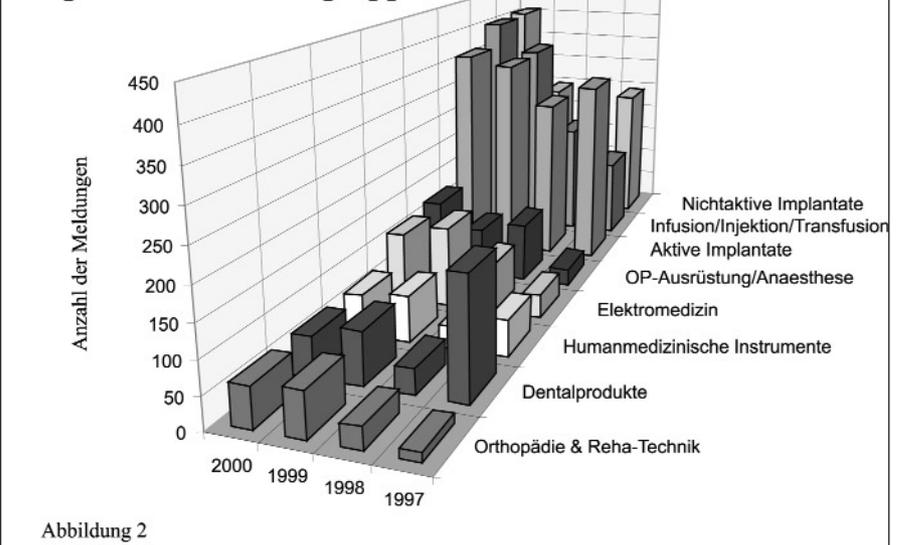


Abbildung 2

vernichtet, sondern zu Untersuchungszwecken, sei es durch den Hersteller oder durch vom Anwender beauftragte Gutachter, sichergestellt werden. Hersteller schließen Vorkommnisuntersuchungen häufig mit dem Hinweis ab, daß eine Evaluierung nicht möglich gewesen sei, da ihnen das in Rede stehende Produkt nicht zur Verfügung gestellt wurde.

Bereits bei der oben gegebenen Definition von Medizinprodukten wurde indirekt darauf hingewiesen, daß ein **Medizinprodukt** (‚physikalische‘ Hauptwirkung) zusätzlich **mit einer**

Arzneimittelkomponente (unterstützende Wirkung) ausgestattet sein kann (Beispiel: Knochenzement mit Antibiotikum). Auch wenn das zu meldende Vorkommnis eindeutig der Arzneimittelkomponente zugeordnet werden kann, ist das Geschehen als Vorkommnis mit einem Medizinprodukt zu melden. Im umgekehrten Fall, d.h. wenn ein **zugelassenes Arzneimittel mit einer Medizinproduktkomponente** (Beispiel: Hormon auf Intrauterinpressar als Träger) im Handel ist, wird für die Meldung einer unerwarteten Patientenreaktion der UAW-Meldebogen für Arzneimittel (vgl. Hessisches Ärzteblatt 5/2001) benutzt.

Wie ist das derzeitige Meldeverhalten der Ärzte zu beurteilen ?

Seit Inkrafttreten der MPBetreibV, d.h. ab Juli 1998, sind Anwender/Betreiber zur Meldung von Vorkommnissen verpflichtet. Eine ‚Flut‘ von Meldungen aus dem klinischen Bereich ist - erwartungsgemäß - ausgeblieben. Die im Jahr 1998 eingegangenen Anzahl von 99 Meldungen hat sich im Jahr 2000 auf 423 erhöht. Die meisten Meldungen erreichen das BfArM aber nach wie vor von den Herstellern (vgl. Abb. 1). Abb. 2 zeigt die Verteilung der Meldungen auf verschiedene Gruppen von Medi-

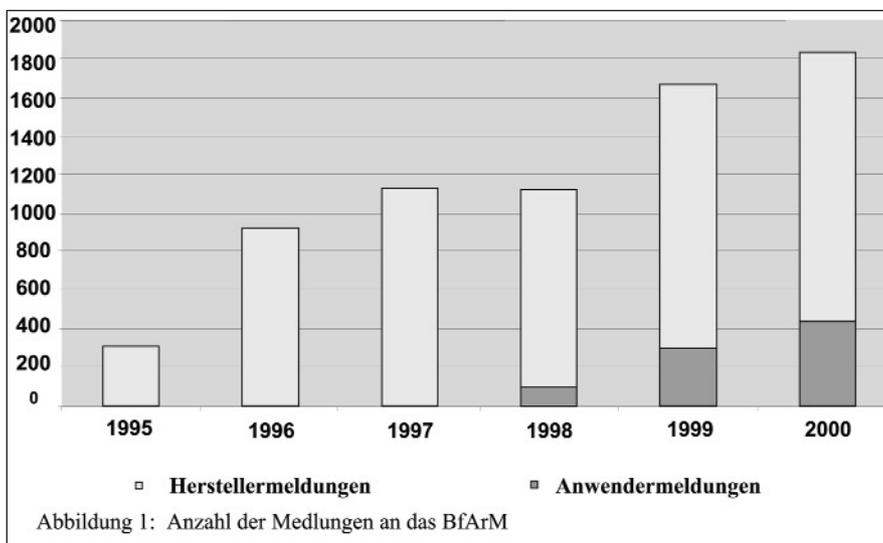


Abbildung 1: Anzahl der Meldungen an das BfArM



zinprodukten. Drei Jahre nach Einführung der Meldepflicht für Anwender/Betreiber ist das Meldeverhalten der Ärzteschaft immer noch unzureichend. Inwiefern die Ursache dafür allein Unkenntnis der gesetzlichen Regelungen ist, läßt sich schwer einschätzen.

Welche Auswirkungen haben Meldungen zu Medizinprodukterisiken?

Im BfArM eingehende Vorkommismeldungen werden zunächst auf eine mögliche Eilbedürftigkeit, d.h., ob bei der weiteren Anwendung des MP eine schwerwiegende Gefährdung für Patienten, Anwender und Dritte nicht auszuschließen ist, geprüft.

Zum einen ist abzuklären, ob die bereits getroffenen Maßnahmen eines Herstellers (z.B. Rückruf/Vertriebsstop/Anwendungsstop oder korrektive Maßnahmen) zur Risikominimierung hinreichend sind, zum anderen ist zu entscheiden, welche weiteren Aktivitäten einzuleiten sind, z.B. um die Ursache eines Vorkommnisses korrekt abzuklären oder seine Relevanz richtig einzuschätzen. Daraus abgeleitete Entscheidungen, die generell nach Kontaktaufnahme und Diskussion mit dem Hersteller getroffen werden, können Empfehlungen zum Rückruf oder zur Durchführung korrektiver Maßnahmen (dazu zählt auch die Information der Anwender) sein. Ist ein Hersteller nicht bereit, diesen Empfehlungen zu folgen, ist gemäß MPG § 26 die für den Hersteller zuständige Landesbehörde berechtigt, die Umsetzung anzuordnen. Hat ein Hersteller seinen Sitz in einem anderen Land des EWR, so wird dessen zuständige Behörde informiert und auf den Handlungsbedarf hingewiesen. In besonders dringlichen und schwerwiegenden Fällen mit hoher gesundheitspolitischer Relevanz ist das BfArM gemäß § 3 MPV zur Anordnung und zum Treffen von Maßnahmen zur Abwendung von akuten Risiken berechtigt. Das BfArM mußte dieses Recht bis heute nicht in Anspruch nehmen.

Die unverzügliche Meldung eines Vorkommnisses durch den Anwender stellt also das entscheidende ‚Glied‘ in der Kette der nachfolgenden Aktionen

dar. Der Meldende kann durch konkrete und umfassende Angaben maßgeblich zur Aufklärung eines Vorkommnisses, zur Vermeidung der Wiederholung und/oder zur Abwendung eines bestehenden Risikos beitragen. Die Mitarbeit des Anwenders/Betreibers ist auch bei Maßnahmen des Herstellers, wie Rückruf, Korrekturen eines Medizinproduktes vor Ort oder Änderungen von Angaben im Informationsmaterial gefragt, und er sollte z.B. dem Rückruf eines Produktes/einer Produktcharge durch vollständige Rückgabe/Beseitigung der betroffenen Produkte umgehend Folge leisten.

¹ Anschrift für die Verfasser: Dr.med. R. Kaiser, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt e-mail: roland.kaiser@laekh.de

² Als wichtigste sind zu nennen die Medizinprodukte-Verordnung (MPV) vom 17.12.1997 und die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) vom 29.6.1998.

³ z.B. Richtlinie 90/385/EWG, Richtlinie 93/42/EWG und Richtlinie 98/79/EG

⁴ ..vgl. dazu auch Hoxhaj (5)

⁵ vgl. § 14 MPG und Medizinprodukteverordnung (MPV)

⁶ vgl. dazu § 9 MPG

⁷ vgl. dazu: Kaiser, R.: Pflichten und Aufgaben der Ärzteschaft im Rahmen der Arzneimittelsicherheit, Hess. ÄBl. 5/2001

⁸ „Der Arzt ist verpflichtet, die ihm aus seiner ärztlichen Behandlungstätigkeit bekannt werdenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen sowie das Versagen von Labordiagnostika der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft mitzuteilen...“

⁹ Eine vierstellige Kennziffer neben dem CE-Kennzeichen auf dem Produkt (sofern möglich), der Verpackung und der Gebrauchsinformation (sofern vorhanden) weist diese Benannte Stelle aus.

¹⁰ Zuständig sind (auch für die nachfolgende Überwachung) zwei Behörden: ZLG (Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten) und ZLS (Zentralstelle der Länder für Sicherheitstechnik).

¹¹ vgl. dazu auch die Darstellung von Schäfer und Holtheide (7)

¹² § 40 Abs. 1 letzter Satz

¹³ vgl. § 13 der Berufsordnung für die Ärzte und Ärztinnen in Hessen, a.a.O.

¹⁴ Eine ausführliche Darstellung zu Haftungsfragen in Zusammenhang mit Medizinprodukten bei Hoxhaj (4)

¹⁵ Anlage 1 enthält nur allgemein gefaßte Beschreibungen der Merkmale betroffener Gerätegruppen, jedoch keine abschließende Aufzählung derselben. Damit stellt sich für den Betreiber/Anwender das praktische Problem, nach eigener Entscheidung ein bestimmtes Medizinprodukt als unter die Anlage fallend einzustufen. Daraus ergibt sich dann auch, ob dieses Produkt

in ein Medizinproduktebuch oder lediglich in ein Bestandsverzeichnis aufzunehmen ist.

¹⁶ In diesem Zusammenhang ist auch auf die zivilrechtliche Bedeutung (Beweiserleichterung bis zur Beweislastumkehr bei Mängeln) der Dokumentation z.B. bei Arzthaftungsprozessen hinzuweisen. Unter diesem Aspekt könnte auch eine längere Aufbewahrung u.U. sinnvoll sein.

¹⁷ § 10 Abs. 2 MPBetreibV

¹⁸ Dieses Procedere der Aktion und Reaktion von Hersteller und Behörde, d.h. der Pflichten beider Parteien, ist im Detail in einer europäischen Leitlinie (6) beschrieben. Damit soll sichergestellt werden, daß die Meldung eines Vorkommnisses und dessen Bearbeitung bis zur Abklärung und gegebenenfalls Einleitung von risikominimierenden Maßnahmen auf EU-Ebene nach gleichen Prinzipien erfolgt und insbesondere auch der erforderliche Informationsaustausch zwischen den Behörden der EU gewährleistet wird.

¹⁹ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Geschäftsstelle Medizinprodukt Friedrich-Ebert-Alle 38, 53113 Bonn, Tel.: 0228/207-5385, Fax: 0228/207/5300, E-mail: geschaeftsstelle_mp@bfarm.de

Literatur:

1) Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 1.11.1998, Hess. ÄBl. 10/98

2) Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz - AMG) i.d. Fassung vom 26.7.2000 z.B. bei Schorn, G.: a.a.O.

3) Gesetz über Medizinprodukte (Medizinproduktegesetz - MPG) i.d. Fassung vom 6.8.1998 z.B. bei Schorn, G.: a.a.O.

4) Hoxhaj, J.: Das neue Medizinprodukterecht und Arzt- bzw. Krankenhaushaftung - Teil I Recht und Politik im Gesundheitswesen, 7/1, S. 16 - 27 (2001)

5) Hoxhaj, J.: Das neue Medizinprodukterecht und Arzt- bzw. Krankenhaushaftung - Teil II Recht und Politik im Gesundheitswesen, 7/2, S. 35 - 45 (2001)

6) Guidelines on Medical Devices Vigilance System, MEDDEV 2.12-1 rev 4 April 2001

7) Schäfer, R., Holtheide, E.: Klinische Prüfung und Normungssituation aus ärztlicher Sicht Medizinprodukte Journal, 1/2000, S. 2 - 4

8) Schorn, G.: Medizinprodukterecht (Loseblattsammlung) Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart (1999)

9) Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (Medizinprodukte-Betreiberverordnung - MPBetreibV) vom 29.6.98 z.B. bei Schorn, G.: a.a.O.

10) Verordnung über Medizinprodukte (Medizinprodukteverordnung - MPV) vom 17.12.1997 z.B. bei Schorn, G.: a.a.O.

11) Verordnung über die Sicherheit medizinisch-technischer Geräte (Medizingeräteverordnung - MedGV) i.d. Fassung vom 29.6.1998 z.B. bei Schorn, G.: a.a.O.

12) Will, H.-G.: Das Medizinprodukte-Beobachtungs- und Meldesystem Arzt und Krankenhaus 6/2000, S. 179 - 186



Fragen zur Zertifizierung:

(Bitte beachten Sie, daß für jede Frage in der zugehörigen Zeile des Antwortbogens nur ein Feld angekreuzt werden darf !!)

1) Welche der folgenden Aussagen ist/sind richtig?

1. Medizinprodukte der Klasse III werden in Deutschland vom BfArM zertifiziert.
2. Das CE-Kennzeichen ist die Voraussetzung für eine Konformitätsbewertung.
3. Empfängerregelung ist eine mögliche Zweckbestimmung für Medizinprodukte.
4. Aktive Medizinprodukte erfüllen ihren Zweck im Körper durch pharmakologische Wirkung.
5. Die Zweckbestimmung eines Medizinproduktes ergibt sich aus dem Zulassungsbescheid des BfArM.

- a) Alle Aussagen sind richtig.
- b) Keine Aussage ist richtig.
- c) Nur 1. ist richtig.
- d) Nur 3. ist richtig.
- e) 3. und 4. sind richtig.

2) Welche der folgenden Aussagen ist/sind falsch?

Für die Zuordnung eines Medizinproduktes zu einer der Klassen I, IIa, IIb, III ist/sind von besonderer Bedeutung....

1. seine Mindestlagerfähigkeit
2. Kriterien des Körperkontaktes
3. die beteiligte Benannte Stelle
4. das Herstellungsland
5. die Dauer der Anwendung

- a) Alle Aussagen sind falsch.
- b) Keine Aussage ist falsch.
- c) 2. 3. und 5. sind falsch.
- d) 1. 3. und 4. sind falsch.
- e) 3. und 5. sind falsch

3) Welche der folgenden Aussagen betreffend Klinische Prüfungen mit Medizinprodukten sind richtig, welche falsch?

1. Nur Medizinprodukte mit CE-Zeichen dürfen geprüft werden.
2. Vor Beginn muß eine beim BfArM registrierte Ethikkommission befragt werden.
3. Bei Medizinprodukten gibt es keine Meldepflicht.
4. §§ 17, 18 MPG finden keine Anwendung auf Produkte, die bereits ein CE-Kennzeichen tragen.
5. Beobachtete schwerwiegende Vorkommnisse sind nach Abschluß der Prüfung gesammelt an die vor Beginn befragte Ethikkommission zu melden.

- a) Alle sind richtig.
- b) Alle sind falsch.
- c) Nur 4. und 5. sind falsch.
- d) Nur 2. ist richtig.
- e) 2. und 5. sind richtig.

4) Welche der folgenden Aussagen zum Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten ist/sind richtig?

1. Die MPBetreibV gilt nur für die in Anlage 1 zur Verordnung aufgeführten Gruppen von Betreibern.
2. Das Medizinproduktebuch gem. § 7 MPG wird für Deutschland bei der Technischen Bundesanstalt in Braunschweig geführt.
3. Für die fachgerechte Instandhaltung von Medizinprodukten sind Herstellervorgaben und der Stand der Technik zu berücksichtigen.
4. Nach Implantation aktiver Medizinprodukte muß dem Patienten eine schriftliche Information ausgehändigt werden.
5. Für die Funktionskontrollen von

Medizinprodukten mit Meßfunktionen sind ausschließlich die Vorgaben der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und ggf. der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu beachten.

- a) 2. und 3. sind richtig.
- b) Alle sind falsch.
- c) 2. und 5. sind richtig.
- d) 3. und 4. sind richtig.
- e) 1. und 4. sind richtig.

5) Welche Aussagen zu Meldungen betreffend Medizinprodukterisiken sind richtig, welche falsch?

1. Fehlfunktionen von Medizinprodukten sind grundsätzlich an den zuständigen Technischen Überwachungsverein zu melden.
2. Beinahevorkommnisse sind gesundheitliche Schädigungen in Zusammenhang mit der Anwendung von Medizinprodukten, bei denen durch nachfolgende medizinische Behandlung ein Dauerschaden vermieden werden konnte.
3. Anwender oder Betreiber sind verpflichtet, Vorkommnisse mit schwerwiegender Verschlechterung des Gesundheitszustandes umgehend auf einem speziellen Formblatt an das BfArM zu melden.
4. Das BfArM nimmt ausschließlich Meldungen von Herstellern und Betreibern (z.B. Kliniken) entgegen.
5. §3 MPBetreibV verpflichtet sowohl Betreiber als auch Anwender zur Meldung.

- a) Alle sind falsch.
- b) 2. und 3. sind richtig.
- c) 3. 4. und 5. sind falsch.
- d) Nur 5 ist richtig.
- e) 3. und 5. sind richtig.

Ihre Mitgliedsnummer

/ 0 6

Hessisches Ärzteblatt

Zertifizierungsfragebogen



Wenn Ihre Mitgliedsnummer vor dem Schrägstrich weniger als sieben Ziffern aufweist, füllen Sie die **verbliebenen Felder vorne bitte mit Nullen auf**.

Druckschrift erforderlich

Name:

Straße:

Plz./Ort:

Fax: -

⇓ Faxanschlag ⇓

Dieser Antwortbogen bezieht sich auf die Fragen des vorausgehenden Weiter- und Fortbildungsbeitrags.

Aus Gründen der korrekten Identifizierung können an dieser Aktion nur Mitglieder der Landesärztekammer Hessen teilnehmen; deswegen ist die Angabe Ihrer Mitgliedsnummer obligatorisch. Ihre Mitgliedsnummer finden Sie auf dem Adressaufkleber des HESSISCHEN ÄRZTEBLATTES. Ihre Mitgliedsnummer besteht aus bis zu sieben Ziffern, einem Schrägstrich und den darauffolgenden Ziffern „06“ (siehe rechts).

(In Ausnahmefällen fragen Sie bei Ihrer zuständigen Bezirksärztekammer).

pan-adress	Medien-Service	Sammelweisstr. 8	82152 Planegg
DPAGs	Postvertriebsstück	G 3738	Entgelt bezahlt
			0023078/06 0*301

Herr
Dr. med. Roland Muster

Mitgliedsnummer (Beispiel)

Nicht komplett ausgefüllte oder unleserliche Fragebögen bzw. Fragebögen mit falscher Abonnentennummer bzw. falscher Faxnummer können nicht berücksichtigt werden. Darum sollte auf dem maschinenlesbaren Bogen nichts durchgestrichen oder überschrieben sein.

Die richtigen Antworten erscheinen in der übernächsten Ausgabe des HESSISCHEN ÄRZTEBLATT am Ende der Rubrik „Weiter- und Fortbildung“.

Im Dezember 2001 faxen wir Ihnen das nächste Mal die Auswertung Ihrer eingesandten Antwortbögen zu. Darum benötigen wir zwingend Ihre Faxnummer.

Mit dem Absenden des Antwortbogens stimme ich zu, dass meine Daten für die Auswertung der Zertifizierungsbögen gespeichert werden und ich an die angegebene Faxnummer eine Auswertung geschickt bekomme. Der Verlag versichert, dass die Daten nur zu diesem Zwecke verwendet werden. Dieser Auswertungsbogen wird – wie eine Teilnahmebescheinigung von einer Fortbildungsveranstaltung – für das Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer gesammelt (s. „Freiwillige Zertifizierung der ärztlichen Fort- und Weiterbildung“ auf den Akademieseiten in jedem Hessischen Ärzteblatt).

Einsendeschluß ist der 25. 10. 2001

Senden Sie den Fragebogen bitte nicht auf dem Postweg zurück sondern an: Fax-Nummer: 06221/616477

Antwortfeld: (nur eine Antwort pro Frage ankreuzen)

	a	b	c	d	e
1	<input type="checkbox"/>				
2	<input type="checkbox"/>				
3	<input type="checkbox"/>				
4	<input type="checkbox"/>				
5	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				

⇓ Faxanschlag ⇓

Ort, Datum Unterschrift

s000000000006



Werbung über den Bezug von Arzneimitteln über Doc Morris unzulässig – Warnhinweis der Landesapothekerkammer Hessen

Seit über einem Jahr bietet der niederländische Internet-Versandhändler 0800DocMorris.com aus Kerkrade im Rahmen seines Internet-Auftritts den Verkauf und die Zusendung vornehmlich apothekenpflichtiger Arzneimittel an Endverbraucher in Deutschland an. In einem vom Deutschen Apothekerverband e.V. angestregten Verfahren wurde mit Urteil vom 09. November 2000 durch das Landgericht Frankfurt/M. sowie am 31. Mai 2001 durch das Oberlandesgericht Frankfurt/M. nunmehr rechtskräftig festgestellt, daß 0800DocMorris.com gegen das Verbot des § 43 Abs. 1 und 2 Arzneimittelgesetz (AMG) verstößt, apothekenpflichtige Arzneimittel außerhalb der Apotheke und im Wege des Versandes in den Verkehr zu bringen sowie damit Handel zu treiben. Darüber hinaus wurde gerichtlich festgestellt, daß 0800DocMorris.com unzulässig gemäß § 8 Abs. 1 Heilmittelwerbegesetz (HWG) Werbung betreibt, die darauf hinwirkt, apothekenpflichtige Arzneimittel im Wege des Versandes zu beziehen. Außerdem liegt eine gemäß § 8 Abs. 2 HWG unzulässige Werbung für den Bezug bestimmter Arzneimittel im Wege der Einzeleinfuhr nach § 73 Abs. 2 Nr. 6a AMG vor.

In weiteren Verfahren wurde durch das Landgericht Frankfurt/M. mit Urteil vom 25. April 2001 sowie durch das Kammergericht Berlin mit Urteil vom 28. Mai 2001 ebenfalls die Unzulässigkeit des von 0800 DocMorris.com vorgehaltenen Internet-Angebots festgestellt.

In jüngster Zeit wird uns durch unsere Mitglieder berichtet, daß von 0800DocMorris.com nicht nur

schriftlich, sondern nunmehr auch durch Vertreterbesuche bei Ärzten in Hessen unter dem Hinweis auf vermeintliche Einspareffekte darauf gedrungen wird, seitens der Ärzteschaft gegenüber den Patienten Werbung für den Bezug apothekenpflichtiger Arzneimittel bei 0800DocMorris.com zu betreiben.

Wir nehmen diese Werbeaktion zum Anlaß, Sie darauf hinzuweisen, daß Ärztinnen und Ärzte, die bei ihren Patienten Werbung für den Bezug apothekenpflichtiger Arzneimittel im Wege des Versandhandels betreiben, ihrerseits unter Verstoß gegen § 8 Abs. 1 und Abs. 2 HWG handeln. Verstöße gegen § 8 Abs. 1 und Abs. 2 HWG sind als Ordnungswidrigkeiten zu qualifizieren, die jeweils mit Geldbußen bis zu 50.000.- DM geahndet werden können.

Sollten Ärzte entsprechende Werbung für 0800DocMorris.com betreiben, stellt sich dies daneben als wettbewerbswidrige Teilnahmehandlung an den obergerichtlich festgestellten Wettbewerbsverstößen durch 0800DocMorris.com dar. Uns liegen zudem Erkenntnisse vor, die darauf hinweisen, daß die zuständigen Versicherungsaufsichtsämter gegen die Krankenkassen, die Kosten über 0800DocMorris.com bezogener apothekenpflichtiger Arzneimittel erstatten, aufsichtsrechtlich einschreiten werden.

Zuletzt würden ärztliche Empfehlungen, apothekenpflichtige Arzneimittel bei 0800DocMorris.com im Versandwege zu bestellen, einen Verstoß gegen § 11 Apothekengesetz darstellen, wonach jegliche Zuweisungen von Verschreibungen bzw. Patienten

sowohl der Apotheke als auch dem Arzt verboten sind. Auch ist aus unserer Sicht ärztliches Berufsrecht verletzt, soweit § 34 Abs. 5 der Musterberufsordnung der Ärzte es untersagt, Patienten ohne hinreichenden Grund an bestimmte Apotheken oder Anbieter gesundheitlicher Leistungen zu verweisen. Wir wiederholen an dieser Stelle noch einmal, daß rein ökonomische Aspekte keinen solchen hinreichenden Grund für eine entsprechende Zuweisung bieten können.

Da es weder in Ihrem noch in unserem Sinne liegen kann, daß Ärzte sich an Rechtsverstößen Dritter beteiligen oder eigene Rechtsverstöße begehen, bitten wir Sie, Ihre Berufsangehörigen auf diese Rechtslage hinzuweisen.

Mit freundlichen Grüßen
LANDESAPOTHEKERKAMMER
HESSEN
Dr. Gabriele Bojunga, Präsidentin

„Darmstädter Ärzteball“

3.11.2001, 20:00 Uhr,
in der Tanzschule Bäumle,
Dieburger Straße 234, Darmstadt,

Benefizveranstaltung zugunsten des Darmstädter Freundeskreises der Multiple Sklerose Gesellschaft Darmstadt e. V.“

Auskunft:
Geschäftsstelle Ärztlicher Kreisverein,
Frau Knieß,
Tel: (06151) 373626

Das rechtliche Schicksal des Sicherstellungsauftrages

Dr. iur. Karin Hahne-Reulecke, Juristische Geschäftsführerin der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Seit seiner Einführung im Jahre 1955 durch das Gesetz über das Kassenarztrecht hat der Sicherstellungsauftrag für die Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum Jahre 2000 nahezu unverändert bestanden.

Seine derzeitige Grundlage findet er in § 75 Abs. 1 SGB V, der wie folgt lautet:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 SGB V bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Die Sicherstellung umfaßt auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt.

In § 73 Abs. 2 SGB V hat der Gesetzgeber in einem 12-Punkte-Katalog abschließend geregelt, welche Versorgungsbereiche der vertragsärztlichen Versorgung umfaßt werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können ihren Verpflichtungen aus dem Sicherstellungsauftrag nur mit Hilfe der zugelassenen Vertragsärzte nachkommen. Nach § 95 Abs. 3 SGB V bewirkt die Zulassung, daß der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Mit der Frage, in welchem Umfang Vertragsärzte verpflichtet sind, auf Grund ihrer Zulassung an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen, wurde sich an anderer Stelle bereits auseinandergesetzt (vgl. hierzu Hess. Ärzteblatt 9 / 1999, S. 304 sowie das Urteil

des Bundessozialgerichts vom 14.03.2001 – B6/Ka-54/00-R -).

Stehen nicht genügend Vertragsärzte zur Verfügung, um die ambulante vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen, müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen Ermächtigungen erteilen.

Was geschieht, wenn Vertragsärzte – was zunehmend vorkommt – auf ihre vertragsärztliche Zulassung verzichten, weil sie mit der Vergütungssituation im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung unzufrieden sind und nur noch privatärztlich tätig sein wollen. Grundsätzlich ist der Verzicht auf die Zulassung nach § 95 Abs. 7 SGB V möglich. Der Gesetzgeber hat jedoch für den Fall Vorkehrungen getroffen, daß Vertragsärzte in einem mit anderen Ärzten aufeinander abgestimmten Verfahren kollektiv auf die Zulassung verzichten. Haben mehr als 50% aller in einem Zulassungsbezirk oder in einem regionalen Planungsbereich niedergelassenen Vertragsärzte auf ihre Zulassung verzichtet oder die vertragsärztliche Versorgung verweigert und hat die Aufsichtsbehörde nach Anhörung der Landesverbände der Krankenkassen, der Verbände der Ersatzkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung festgestellt, daß dadurch die vertragsärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt ist, geht insoweit nach § 72 a SGB V der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen und ihre Verbände über. Erfüllen die Krankenkassen den Sicherstellungsauftrag, können diese Einzel- oder Gruppenverträge mit Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern oder sonstigen geeigneten Einrichtungen schließen. Derartige Verträge dürfen jedoch nicht mit solchen Vertragsärzten geschlossen werden, die sich an dem kollektiven Verzicht beteiligt haben. Nach § 95 b SGB V können Ärzte, die sich an einem kollektiven Verzicht

beteiligt haben, eine erneute Zulassung frühestens nach Ablauf von sechs Jahren wieder erhalten. Bei der Wiederzulassung ist zudem die 55-Jahresgrenze (§ 98 Abs. 2 Nr 12 SGB V i. V. m. § 25 Ärzte-ZV) zu beachten, d. h., daß derjenige, der bereits zum Zeitpunkt des kollektiven Verzichtes 55 Jahre alt war, bzw. das 55. Lebensjahr innerhalb der sechsjährigen Sperrfrist vollendet, keine erneute Zulassung erhalten kann.

Lag bisher die Sicherstellung sämtlicher ärztlicher Leistungen, die im Rahmen der ambulanten Versorgung in der GKV erbringbar und abrechenbar sind, ausschließlich in der Pflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen durch die niedergelassenen Vertragsärzte bzw. im Ausnahmefall durch ermächtigte Ärzte, wurde 1993 den Krankenhäusern durch das Gesundheits-Strukturgesetz die Möglichkeit eingeräumt, an der ambulanten Versorgung im Bereich des sogenannten ambulanten Operierens teilzunehmen. Unter anderem durch diese Maßnahme sollte eine bessere Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erreicht werden; eine Vorschrift, die durchaus mit Leben erfüllt worden ist, die jedoch zur Folge hatte, daß erstmalig in einem bestimmten Bereich die Sicherstellung für ambulante Leistungen nicht ausschließlich bei der Kassenärztlichen Vereinigung durch die niedergelassenen Vertragsärzte lag.

Den ersten gravierenden Einschnitt hat der Sicherstellungsauftrag zur Jahrtausendwende erfahren, mit dem Inkrafttreten des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000. Unter der an sich begrüßenswerten Überschrift „Integrierte Versorgung“ hat der Gesetzgeber in den §§ 140 a SGB V ff den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, u. a. mit zugelassenen Vertragsärzten direkt Verträ-



ge über integrierte Versorgungsformen abzuschließen. Auf diese Weise sollte eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten ermöglicht werden. Die Krankenkassen können die Kassenärztlichen Vereinigungen an solchen Verträge beteiligen, sind dazu jedoch nicht verpflichtet. Der Gesetzgeber hat hier – wie auch durch die Änderung der Vorschriften über Modellversuche – das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen aufgebrochen, an allen Verträgen beteiligt zu werden, die die ambulante vertragsärztliche Versorgung betreffen. Die Kritik an dieser Regelung setzt nicht etwa an der Idee der integrierten Versorgung an, auch nicht an der „Unantastbarkeit“ der Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern an den Folgen für den verbleibenden Sicherstellungsauftrag. Wie soll eine Kassenärztliche Vereinigung den ihr weiter obliegenden Sicherstellungsauftrag wahrnehmen, wenn ihr zum großen Teil Vertragsärzte nicht mehr zur Verfügung stehen, weil diese sich in Sonderverträgen mit einzelnen Kassen gebunden haben? Wie soll sie für die „restlichen“ ärztlichen Leistungen eine angemessene Vergütung zur Verfügung stellen, wenn die vertragsärztliche Gesamtvergütung um das Volumen bereinigt wird, das für die Leistungen innerhalb der integrierten Versorgungsformen benötigt wird? Und nicht nur um dieses Volumen wird die Gesamtvergütung bereinigt, sondern um die Kosten für sämtliche Leistungen, die ein Versicherter, der sich in einem solchen Modell eingeschrieben hat, benötigt, auch wenn es sich um Leistungen handelt, die außerhalb der integrierten Versorgung erbracht werden.

Bislang haben Vertragsärzte und Krankenkassen von diesen neuen Möglichkeiten nicht in nennenswertem Umfang - oder besser gesagt, fast überhaupt nicht - Gebrauch gemacht. Die Regelung über die integrierte Versorgung ist auf Grund ihrer Kompliziertheit zum Scheitern verurteilt, so dass bislang die möglichen Folgen für den Sicherstellungsauftrag nur theoretischer Natur sind.

Der nächste Angriff auf den Sicher-

stellungsauftrag mit weitreichenden Folgen droht durch den Gesetzentwurf zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA-Reform). Der Zweck dieses Gesetzentwurfes ist die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zwischen den einzelnen Krankenkassen mit dem Ziel, die mit dem Risikostrukturausgleich in seiner bisherigen Ausgestaltung noch verbundenen Anreize zur Risikoselektion weiter einzuengen und langfristig zu beseitigen. Ein Teil dieses Gesetzentwurfes ist die Einführung von Disease-Management-Programmen für bestimmte chronische Erkrankungen. Mit Disease-Management-Programmen soll bei bestimmten Krankheitsbildern wie z. B. Hypertonie, Asthma, Diabetes oder Rheuma eine strukturierte, qualitätsgesicherte Behandlung gewährleistet werden. Die Durchführung dieser strukturierten Behandlungsprogramme für chronische Krankheiten wird in die Hand der Krankenkassen gelegt; die Beteiligungen der KVen ist nur durch eine Anhörung vorgesehen. Den Krankenkassen werden für diejenigen chronisch kranken Versicherten, die in qualitätsgesicherten Disease-Management-Programmen eingeschrieben sind, im Risikostrukturausgleich erhöhte standardisierte Ausgaben zugeschrieben. Die Programme sind dann ausgleichsfähig, wenn sie von Bundesversicherungsamt nach den von den Spitzenverbänden der Krankenkassen definierten Kriterien zugelassen worden sind. Damit werde dafür Sorge getragen, dass den Krankenkassen, die sich um eine gezielte Verbesserung der Versorgung ihrer chronisch Kranken bemühen, kein finanzieller Nachteil entstehe.

Mit diesem Gesetzentwurf wird ein weitgehender Teil der Verantwortung in der ambulanten ärztlichen Versorgung in die Hände der Krankenkassen gelegt. Auf das bei den Kassenärztlichen Vereinigungen ange-

siedelte ärztliche know-how wird fast vollständig verzichtet. Der Koordinierungsausschuss als Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung ist nur bei der Auswahl der bis zu sieben Krankheiten, die in Disease-Management-Programme einbezogen werden sollen, beteiligt; bei der Ausgestaltung der Disease-Management-Programme beschränkt sich die Einbeziehung der KVen auf eine Anhörung.

Formal bleibt das Vertragsarztrecht ansonsten unberührt; die Krankenkassen ziehen sich darauf zurück, dass der Sicherstellungsauftrag unverändert bestehen bliebe. Unterstellt, Disease-Management-Programme würden in der Hand von Krankenkassen flächendeckend eingeführt werden und die Versicherten würden sich gezwungen sehen, sich solchen Programmen anzuschließen, weil sie – wenn auch unzutreffend - fürchten, anderenorts keine qualitätsgesicherte Behandlung zu erfahren, würden ca. 60% des bisherigen Vergütungsvolumens aus der Gesamtvergütung herausgebrochen werden, wobei der hausärztliche Sektor noch stärker als der fachärztliche Sektor betroffen wäre. Die Folgen für die „restliche“ Versorgung, die die Kassenärztlichen Vereinigungen formal noch sicherzustellen haben, liegen auf der Hand; die Gefahren, die schon bei der integrierten Versorgung aufgezeigt worden sind, potenzieren sich auf ein Maß, das die Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrages in bisheriger Prägung nicht mehr erlaubt.

Es bleibt abzuwarten, ob die Politiker im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens diese Gefahrenquelle für die gesamte Stabilität des Systems noch rechtzeitig erkennen.

Anzeige

Praxisabgabe, was tun?

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



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!

Qualitätszirkel im niedergelassenen Bereich – Eine Erfolgsstory

In Hessen wurde kürzlich der 500. Qualitätszirkel durch den Gemeinsamen Ausschuss Qualitätssicherung der Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen anerkannt. Grund genug für eine Bilanz.

Als 1990 der erste Qualitätszirkel zum Thema Pharmakotherapie gegründet wurde, hatte dieser Zirkel noch Pilotcharakter. Wissenschaftlich begleitet und evaluiert durch die Universität Düsseldorf (Frau PD Dr. med. L. von Ferber) war zunächst offen, ob Qualitätszirkel im deutschen Gesundheitswesen eine Zukunft haben. Die exakte Messung der Effekte der Qualitätszirkelarbeit nach einem sowie nach zwei Jahren zeigte jedoch, daß Qualitätszirkel in der Lage sind, das Verhalten von Ärzten zu ändern und Qualität zu sichern.

1994 tauchte der Begriff „Qualitätszirkel“ erstmals im 5. Sozialgesetzbuch auf. Qualitätszirkel wurden dort jedoch lediglich als mögliches Instrument der Qualitätssicherung vorgeschlagen. Eine Pflicht zur Teilnahme von Ärzten bestand nicht. Daran hat sich bis heute prinzipiell nichts geändert. Qualitätszirkel sind immer noch durch eine freiwillige Teilnahme gekennzeichnet. Um so erstaunlicher ist es, wie sich die Zahl der Qualitätszirkel in Hessen entwickelt hat.

Eine starke Kombination: Netze und Zirkel

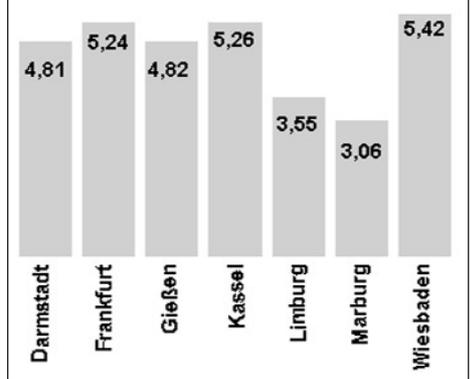
Der steile Anstieg ist Ausdruck der Akzeptanz dieses Instrumentes an der Basis. Ein Grund liegt sicher in dem Bedürfnis des Einzelkämpfers in der Praxis, über die Teilnahme am Qualitätszirkel wieder in einen kollegialen Austausch zu kommen. Ein weiterer Grund dürfte aber auch die Entwicklung der Netze in Hessen im Sinne einer integrierten Versorgung sein. Von Anfang an waren Qualitätszirkel in den vernetzten Strukturen ein fester Bestandteil der Qualitätssicherung. In fast allen Netzen müssen die Teilnehmer des Netzes sich an einem Qualitätszirkel beteiligen. Umgekehrt läßt sich auch beobachten, daß sich Netze aus Qualitätszirkeln entwickelten. Qualitätszirkel waren hier häufig die Kristallisationskerne, wo Ärzte sich zusammenschlossen und erste Vernetzungsgedanken konkret wurden.

Hessen hat die größte Zirkeldichte

Betrachtet man die Qualitätszirkeldichte in Hessen zeigt sich, daß in einigen Bezirksstellen mehr als 5 Qualitätszirkel je 100 vollzugelassene Mitglieder existieren.

Diese Dichte ist in Deutschland einmalig. Kein anderes Bundesland verfügt

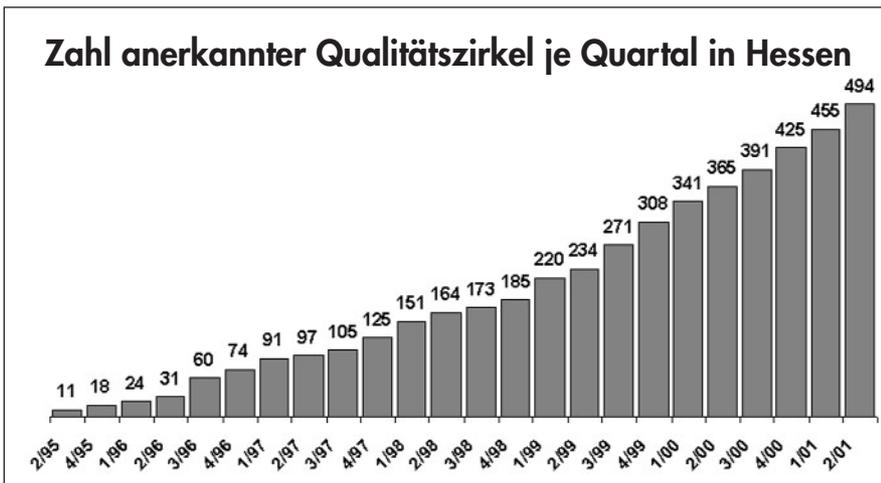
Anzahl anerkannter QZ je 100 vollzugelassene Mitglieder je Bezirksstelle im Bereich der KV Hessen



über eine höhere Dichte an Qualitätszirkeln. Dabei muß man berücksichtigen, daß in Hessen im Gegensatz zu manch anderen Bundesländern klar definiert ist, was unter einem Qualitätszirkel zu verstehen ist. Der Gemeinsame Ausschuss Qualitätssicherung der LÄK / KVH definierte bereits 1995 die offiziellen Anerkennungskriterien. Qualitätszirkel haben demnach folgende Mindestanforderungen zu erfüllen:

- Kontinuierliche Arbeit; das heißt mindestens 6 Sitzungen pro Jahr
- Fester Teilnehmerkreis von mindestens 6 bis maximal 15 Teilnehmern
- Sitzungsdauer von mindestens 2 Stunden pro Treffen
- Leitung der Sitzung durch einen Moderator, den nachweislich ein 2-tägiges Moderatorentaining bei anerkannten Trainern absolviert hat
- Anfertigung eines Protokolls pro Sitzung
- Unabhängigkeit: Die Inhalte der Qualitätszirkelarbeit müssen unabhängig von kommerziellen Interessen oder Interessen Dritter sein. Eine Sponsortätigkeit darf die Form und den Inhalt der Arbeit nicht beeinflussen

Zahl anerkannter Qualitätszirkel je Quartal in Hessen



Psychotherapeuten ziehen nach

Eine besonders hohe Zahl von Qualitäts-



zirkelgründungen ist in den letzten Monaten von Psychotherapeuten zu verzeichnen. War Anfangs der Unterschied und die Bedeutung von Qualitätszirkeln im Vergleich zu Balintgruppen und Interventionsgruppen vielen unklar, so zeigt die mittlerweile hohe Anzahl von psychotherapeutischen Qualitätszirkeln, daß dieses Instrument an der Basis ähnliche Akzeptanz findet wie bei den Ärzten. Psychotherapeutische Qualitätszirkel stellen nun neben hausärztlichen Qualitätszirkeln die häufigste Untergruppe von Qualitätszirkeln in Hessen dar.

Ausblick

Die über 500 Qualitätszirkel gilt es zu festigen. Insbesondere die Moderatorinnen

und Moderatoren der Qualitätszirkel sind vielfältigen Belastungen ausgesetzt. Um die über 500 hessischen Qualitätszirkel in ihrem Bestand zu festigen, bietet die Kassenärztliche Vereinigung Hessen verschiedene Hilfestellungen an, wie:

- Supervisionsveranstaltungen für Moderatoren
- Refresher-Kurse
- Leitlinien-Symposien
- Veranstaltungen zur Kooperation mit Selbsthilfegruppen

Fazit

Qualitätszirkel haben sich im ärztlichen Alltag bewährt. Zahlreiche aufwendige wissenschaftliche Evaluationen durch verschiedene Universitäten haben signifi-

kante Effekte bzgl. der Verhaltensänderung und Qualitätssteigerung gezeigt. Viel wichtiger ist jedoch, daß Ärzte und Psychotherapeuten selbst überzeugt sind, daß die Mitarbeit in einem Qualitätszirkel ihnen einen Nutzen bringt. Qualitätszirkel werden deshalb auch in Zukunft eine wichtige Rolle im Rahmen eines umfassenden Qualitätsmanagements spielen. Zwar wächst die Bedeutung von harten Daten zur Beurteilung der Qualität bei der Analyse von Fehlversorgung sowie Unter- und Überversorgungen. Qualitätszirkel bleiben jedoch das wichtigste Instrument zur Umsetzung von Strategien der Qualitätsverbesserung.

Dr. med. Harald Herholz, MPH

Ärzte sind keine Engel – Betrüger aber auch nicht

Soweit bekannt, ist Gernot Kiefer, seines Zeichens Vorstandsmitglied der Innungskrankenkassen, kein Buddhist. Trotzdem wiederholt er seine Abrechnungsbetrugsvorwürfe gegenüber den Kassenärzten immer wieder – monoton wie buddhistische Gebetsmühlen.

Wenn jemand nicht hören will, helfen offenbar keine Argumente. Vielleicht aber können Fakten und Statistiken überzeugen. Überzeugen müßten eigentlich die Erfahrungen aus Wuppertal, Hannover, Rheinland-Pfalz usw. Da haben die meisten Anschuldigungen wie das Homberger Schießen geendet. Das heißt bei Gott nicht, daß alle Kassenärzte Engel seien. Auch unter den Medizinern gibt es schwarze Schafe, doch welcher Beruf ist frei von ihnen? Selbst unter Juristen, Anwälten, Richtern und Staatsanwälten gibt es welche, und auch die Krankenkassen haben Betrüger in ihren Reihen, man erinnere hier nur an Berlin... So ist das Leben offenbar wohl.

Doch kommen wir zu Fakten und Statistiken. Erst unlängst hat der Generalstaatsanwalt die Daten über die Untersuchungen gegen die Kassenärzte in Westfalen-Lippe während der letzten 15 Jahre der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Die älteren Mediziner erinnern

sich sicher noch, wie vor einigen Jahren die Staatsanwaltschaft in Wuppertal zum ersten Mal eine ganze Reihe von ärztlichen Praxen unter die Lupe genommen hat. Die Presse war damals voll von Berichten über die Abrechnungsbetrüger in weißen Kitteln. Jetzt erfahren wir, daß nicht einmal jeder zehnte der Beschuldigten überhaupt vor dem Kadi stand. Fast bei 40 Prozent ist das Verfahren eingestellt worden, 28 Prozent wurden „sonstig erledigt“, worunter man zurückgezogene Anzeigen versteht, bzw. Verfahren, die an andere Staatsanwaltschaften überwiesen wurden, und in etwa 18 Prozent der Fälle wurden die Ermittlungen wegen Geringfügigkeit oder geringer Schuld eingestellt. Was im übrigen keinesfalls bedeutet, daß die Betroffenen sich etwas zuschulden hätten kommen lassen, meist waren die Beschuldigten einfach nur mit dieser Formulierung einverstanden, weil sie, inzwischen völlig zermürbt, ihre Nerven und Gesundheit schonen und sich so schnell wie möglich wieder ihren Patienten widmen wollten.

Die Massenmedien, die vorher stets voller Wonne über die Missetaten der Ärzte berichtet hatten, haben jetzt über diese Daten kein Wort verloren, genau so wenig wie bei der sogenannten

„Herzklappenaffäre“. Genau so wenig wie bei den so genannten Abrechnungsbetrügereien in Rheinland-Pfalz, wo der Oberstaatsanwalt Puderbach in jeder der vier KV-en Praxisdurchsuchungen zuhauf inszeniert hatte, nicht ohne sich vorher der Unterstützung durch präsenste Medien, insbesondere des Fernsehens, zu versichern. Das TV-Magazin „Report“ berichtete in aller Ausführlichkeit über die Durchsuchungen – als aber das Gericht die Anklage für nicht genügend begründet erklärte und der Beschuldigte, der einige Wochen in Einzelhaft sitzen mußte, sofort nach Hause gehen konnte, hat „Report“ wahrscheinlich aus „Versehen“ glatt vergessen, darüber auch etwas zu senden. Inzwischen hat, wenn man Pressemitteilungen Glauben schenken darf, der Oberstaatsanwalt Puderbach den Wunsch geäußert, Richter zu werden...

Alle diese Fakten haben bislang Herrn Kiefer nicht überzeugt. Er wiederholt seine Anschuldigungen gegen die Ärzte wieder und wieder. Wie buddhistische Gebetsmühlen. Dabei sind die Buddhisten doch Menschen sanften Gemüts. Schade, daß Herr Kiefer kein Buddhist ist.

Siegmond Kalinski



Gemeinsamer Kinderärztlicher Notdienst gegründet

Kooperation mit den Dr. Horst-Schmidt-Kliniken sichert Facharzt-Betreuung rund um die Uhr

Unter maßgeblicher Mithilfe und mit Unterstützung der KVH-Bezirksstelle Wiesbaden, haben die niedergelassenen Kinderärzte Wiesbadens und des Rheingau-Taunus-Kreises in Kooperation mit den Kinderärzten der Klinik für Kinder und Jugendliche der HSK, Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken GmbH, Wiesbaden, einen gemeinsamen „Kinderärztlichen Notdienst“ gegründet.

Diese Kooperation hat mehrere positive Synergieeffekte, da jetzt eine gemeinsame Anlaufstelle für alle Kinder in Notfällen außerhalb der Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Kinderärzte zur Verfügung steht, die es ermöglicht, daß



Foto: v.li.n. Dr. Jörg Hempel, Vorsitzender der Bezirksstelle Wiesbaden der KV Hessen Prof. Dr. Michael Albani, Chefarzt der Kinderklinik an den HSK Dr. Hartmut Scheele, Obmann der Kinderärzte Ekkeward Ludwig, Geschäftsführer der KVH Bezirksstelle Wiesbaden der KV Hessen Holger Strehlau-Schwoll, Geschäftsführer der HSK

die Kinder von Fachärzten versorgt werden und dabei auch Einrichtungen zur Diagnose und Therapie der Klinik genutzt werden können.

Darüber hinaus bedeutet diese Kooperation einen wichtigen Schritt in Richtung Vernetzung zwischen Klinik und Praxis, da eine zeitraubende oder auch unzureichende Informationsübergabe per Telefon oder per Einweisungsschein ausgeschlossen wird. In der Notfallversorgung von Kindern außerhalb der Sprechstundenzeiten besteht nun eine persönliche Zusammenarbeit aller Kinderärzte in Praxis und Klinik unter einem Dach.

Die Telefonnummer des Kinderärztlichen Notdienstes ist: 0611 - 46 1020.

HNO-Arzt Dr. Jörg Hempel, Vorsitzender der KVH Bezirksstelle Wiesbaden betont, dass die beispielhafte und keineswegs selbstverständliche Kooperation unter den Ärzten auch überregionale Bedeutung haben wird.

Alice Leugermann



Wer versorgt mein Kind im Notfall am Tag? Von Montag bis Freitag (außer Mittwochnachmittag) wenden Sie sich in der Zeit zwischen 8 und 20 Uhr bei medizinischen Fragen oder Notfällen an Ihre Kinderärztin / Ihren Kinderarzt in Wiesbaden und dem Rheingau-Taunus-Kreis: Niedergelassene Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin im Stadtgebiet Wiesbaden...

Wer versorgt mein Kind im Notfall nachts/am Wochenende/ an Feiertagen? Bei Kinder-Notfällen gibt es für Wiesbaden und den Rheingau-Taunus-Kreis den Kinderärztlichen Notdienst in den Dr. Horst-Schmidt-Kliniken Ludwig-Erhard-Str. 100 65199 Wiesbaden. Die Betreuung in der Notdienstzentrale teilen sich die niedergelassenen und die an der HSK tätigen Kinderärzte. Es gelten folgende Öffnungszeiten: Öffnungszeiten niedergelassene Kinderärzte Kinderärzte der HSK...

Für Notfälle: Montag bis Freitag (außer Mittwochnachmittag) Unsere Kinderärztin / unser Kinderarzt: Telefon: [input field]

Für Notfälle in der Nacht, Mittwochnachmittag und am Wochenende: 0611/461020. Kinderärztlicher Notdienst in den Dr. Horst-Schmidt-Kliniken (HSK) Ludwig-Erhard-Str. 100 65199 Wiesbaden

Interessierte Ärzte der Bezirksstelle Wiesbaden können das Bookmark unter der Telefonnummer: 0611-71000 bestellen.

Neue Ärztliche Stelle

Am 13. August hat die neue „Ärztliche Stelle für die Qualitätssicherung in der Radiologie“ in Hessen ihre Arbeit aufgenommen. Träger der in Eschborn (Main-Taunus-Kreis) angesiedelten und der Fachaufsicht des Hessischen Sozialministeriums unterstellten Einrichtung ist der TÜV Süddeutschland. Geleitet wird die „Ärztliche Stelle“ von PD Dr. Michael Walz, Facharzt für Diagnostische Radiologie, dem medizinisch-technisches Personal für den technischen Teil der Prüfungen zur Seite steht.

In der Röntgenverordnung sind umfangreiche Schutzbestimmungen für

Patienten festgelegt, daher unterliegen Röntgeneinrichtungen weitreichenden Prüfungen und Kontrollen. Neben den rein technischen Prüfungen der Röntgengeräte gehört hierzu auch die Kontrolle der Qualitätssicherungsmaßnahmen, zu denen Ärzte und Krankenhäuser verpflichtet sind. So werden sowohl die Arbeit der Röntgenanlagen als auch die Filmverarbeitung stichprobenartig von der Ärztlichen Stelle überprüft.

Bei der Pressekonferenz im Hessischen Sozialministerium hob PD Dr. Michael Walz die beratende Funktion der „Ärztlichen Stelle für Qualitätssi-

cherung in der Radiologie“ hervor: Werden etwa Mängel in der Qualitätssicherung gefunden, erarbeitet die Stelle Empfehlungen zur dauerhaften Verbesserung der Qualität in der Zukunft oder unterbreitet Vorschläge, wie Strahlenschutz und Bildqualität verbessert werden können.

Die Tätigkeit der Ärztlichen Stelle ist fachlich unabhängig; sie finanziert sich aus den Gebühren, die sie dem Betreiber von Röntgenanlagen für ihre Tätigkeit in Rechnung stellt. Die Höhe der Gebühren ist im Verwaltungs-kostenverzeichnis des Sozialministeriums geregelt. möh

Wer war`s ?

Sie verabscheute Frauenkleidung. Ihrer Ansicht nach trennte vor allem der Rock „die Geschlechter von klein auf“. Er vermindere die Leistungsfähigkeit, beschränke das Lebensglück und füge den körperlichen Belastungen der arbeitenden Frau eine weitere hinzu. Die Gesuchte wurde 1855 im schottischen Halliford geboren und wuchs in Deutschland auf. Mit ungefähr 20 Jahren nahm sie ihr Medizinstudium am Bedford College in England auf. Als Gasthörerin wechselte sie nach Leipzig und promovierte 1880 in Bern. Ihre Doktorarbeit handelte von der „Haemoglobinausscheidung in der Niere“.

Nach der Promotion ging die 25jährige zur weiteren klinischen Ausbildung zu Franz Winckel nach Dresden. Während eines Aufenthaltes in London traf sie einen Mitstudenten aus Leipzig wieder, der kurz darauf ihr erster Ehemann wurde. Beide zogen nach Frankfurt am Main und eröffneten dort um 1883 eine gemeinsame Praxis. Zwei Kinder, ein Sohn und eine Tochter, kamen zur Welt. In ihrem 1884 veröffentlichten kritischen Artikel „Zur Hebammenfrage“ unterstrich sie das Bedürfnis der Frauen, von Frauen behandelt zu werden.

Bis heute weiß man nicht, ob die Gesuchte erst durch ihren Mann Beziehungen zur sozialdemokratischen Partei aufnahm oder schon früher Kontakte hatte. 1880/81 soll das Ehepaar Friedrich Engels besucht haben; Mitte der

achtziger Jahre übersetzte sie August Bebels „Die Frau und der Socialismus“ ins Englische. 1886 erkrankte die Gesuchte an Tuberkulose; wenig später verließen sie und ihr Mann Frankfurt und wählten den Schwarzwald als neues Domizil. Nach ihrer Heilung gründete das Ehepaar die Lungenheilstätte Nordrach-Colonie.

1896 heiratete sie erneut und zog mit ihren Kindern zu ihrem zweiten Mann - ebenfalls ein Arzt - nach München. Ihr Haus, in dem Praxis und Wohnung untergebracht waren, entwickelte sich zum politischen Salon. Als „das erste frauenärztliche Buch für den praktischen Gebrauch in Haus und Familie“ bezeichnete die Zeitschrift „Die Frau“ ihr 1898 erschienenes Aufklärungsbuch für Frauen. Im ersten Teil werden darin der allgemeine Bau und die Funktionen des Körpers sowie seiner Organe erläutert; der zweite Teil behandelt „Geschlechtsleben und Frauenkrankheiten“.

1904, fast 25 Jahre nach ihrem Studienabschluß, legte die Gesuchte das deutsche Staatsexamen ab. 1914 wurde gegen sie Anklage wegen gewerbsmäßiger Abtreibung erhoben. Mit der Begründung, daß sie nicht bewußt ungesetzlich gehandelt habe, wurde sie 1915 freigesprochen. Ein Jahr darauf starb die Ärztin im Alter von 60 Jahren.

Katja Möhrle





Die somatoforme Schmerzstörung

W. Merkle und Ulrich T. Egle¹

Einleitung

Bei der großen Mehrheit chronischer Schmerzpatienten (Schmerzdauer länger als 6 Monate), sind psychosoziale Parameter ätiopathogenetisch bedeutender als biologische. Diese „Schmerzkranken“ weisen meist eine lange Anamnese insgesamt ineffektiver medizinischer und chirurgischer Interventionen wegen ihrer Schmerzen auf und haben zwischenzeitlich eine ganze Reihe zusätzlicher Komplikationen entwickelt: Medikamentenmißbrauch mit entsprechenden zentralnervösen Folgerscheinungen, andere sekundäre körperliche Schädigungen aufgrund pharmakologischer und chirurgischer Behandlungen, zunehmende körperliche Inaktivität, dysphorische Stimmung, multiple Therapieabbrüche und Konflikte mit Ärzten und anderem medizinischen Personal, Konflikte mit Bezugspersonen, Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls und reaktive Depressivität. Ein Teil dieser Epiphänomene ist Folge iatrogenen Schädigungen, welche oft dadurch entstehen, daß chronische Schmerzzustände nicht von akuten unterschieden werden, sondern diagnostisch und therapeutisch angegangen werden, als ob es sich um akute Schmerzen i.S. eines Warnsignals handelte, d.h. Zufallsbefunde oder Normvarianten in einen kausalen Zusammenhang mit den vom Patienten geklagten Schmerzen gesetzt werden.

Um dies zu verhindern, ist es erforderlich, psychische und soziale Faktoren nicht erst spät im Sinne einer diagnostischen Restkategorie in Betracht zu ziehen. Vielmehr sollte bei chronischen Schmerzpatienten schon nach

einmaliger sorgfältiger somatischer Abklärung früh und möglichst zeitlich simultan eine ebenso sorgfältige psychosomatische Abklärung bei einem Arzt für Psychotherapeutische Medizin, der in der Diagnostik einseitig weder einem verhaltenstherapeutischen noch einem psychoanalytischen Schmerzverständnis anhängt, mit beiden Ansätzen jedoch vertraut ist, durchgeführt werden.

Definition

Im Vordergrund steht eine schon mindestens 6 Monate lang anhaltende Schmerzsymptomatik (chronischer Schmerz), welche durch einen physiologischen Prozeß oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann. Neben dem Ausschluß einer zugrundeliegenden körperlichen Ursache muß gleichzeitig im engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Beginn dieser Schmerzsymptomatik eine psychosoziale Belastungssituation, ein kritisches Lebensereignis oder eine innere Konfliktsituation nachweisbar sein. Dieser Nachweis kann gelegentlich erst im Laufe einer Therapie genauer nachvollzogen werden. Man sollte sich auf keinen Fall bei der Anamnese des psychosozialen Hintergrundes schon mit der Aussage: „Bei mir ist alles normal“ begnügen.

Epidemiologie

Studien zur Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung fehlen bisher. In der Allgemeinpraxis wird von 5-7% ausgegangen, in einer interdisziplinären Universitäts-Schmerzambulanz liegt die Prävalenz bei 25-30% (Egle u. Schwab 1996).

Risikofaktoren

Wie bei vielen anderen psychischen und psychosomatischen Erkrankungen

prädisponieren eine Reihe psychosozialer Belastungsfaktoren in Kindheit und Jugend für die spätere Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung. Besonders bedeutsam erscheint dabei die Kombination eines gestörten frühen Bindungsverhaltens, d.h. dem primären Bindungsbedürfnis des Säuglings/Kleinkindes wird von der Hauptbezugsperson – sei es in Form eines emotionalen Desinteresses, sei es im Sinne einer überzogenen Einengung seiner Neugier - nicht adäquat begegnet, sowie ausgeprägter körperlicher oder schwerer sexueller Mißbrauch (Adler et al 1989, Egle et al 1991, Egle u. Nickel 1998).

Ätiologie und Pathogenese

Somatoforme Schmerzen laufen auf einer rein zentralen Ebene ab, werden vom Patienten jedoch peripher lokalisiert. Dabei kommt der Verknüpfung von körperlichen Schmerzerfahrungen und affektiven Zuständen in Kindheit und Jugend eine wesentliche Bedeutung zu.

In **Abb. 1** werden die bei somatoformen Schmerzpatienten heute empirisch gut belegten psychosozialen Belastungsfaktoren (vgl. Egle 1997) zu einem pathogenetischen Modell integriert: Chronische Disharmonie. Trennung und Scheidung ebenso wie körperliche Mißhandlungen können als Symptome eines unter ausgeprägtem Druck stehenden Familiensystems verstanden werden (Wolfe u. Bourdeau 1987), in dem diese Patienten aufwuchsen. Sozialer Stress - oft eine starke berufliche Beanspruchung der Eltern von klein auf oder auch eine chronische körperliche bzw. psychische Erkrankung bei einem Elternteil, einem Geschwister oder einem anderem Familienmitglied - erhöht die Wahr-

¹ Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie



scheinlichkeit, daß bei entsprechend disponierten Eltern Alkoholabusus ebenso wie familiäre Gewalt und emotionale Vernachlässigung des Kindes zum Ventil für eine körperliche wie psychische Überforderung werden. Die darin enthaltene emotionale Zurückweisung als Kind ist das primäre Trauma dieser Patienten. Ein daraus resultierendes unsicheres Bindungsverhalten und die damit einhergehende Selbstwertproblematik werden durch Überaktivität und Leistungsorientierung zu kompensieren versucht. Diese „action-proneness“ (van Houdenhove et al 1987) prägte die Lebensgestaltung in der Primärfamilie ebenso wie - zumindest bis zum Einsetzen der Schmerzen - das Erwachsenenleben der späteren somatoformen Schmerzpatienten. Körperlicher Schmerz, im Zusammenhang mit körperlicher Mißhandlung war im Erleben dieser Patienten die oft einzige Situation, in der sie das Gefühl hatten, die Aufmerksamkeit der Eltern zu haben. Körperlicher Schmerz bekam also schon früh die Bedeutung einer affektiven „Zuwendung“. Meist führte dies zu einem Abwehrmechanismus der Identifikation mit dem Aggressor, der später häufig beeindruckende masochistische Tendenzen förderte.

Auch das Zustandekommen eines sexuellen Mißbrauchs kann im Zusammenhang mit dem Grundbedürfnis des Kindes nach einer emotional verlässlichen Bezugsperson gesehen werden: trifft dieses Grundbedürfnis des Kindes auf einen entsprechend disponierten Erwachsenen, so kann ein solcher Mißbrauch daraus resultieren. Das Kind nimmt, ohne ihn zu wollen, den sexuellen Mißbrauch „in Kauf“ um diese erwachsene Bezugsperson nicht zu verlieren.

Auf dem Hintergrund dieser Entwicklung in Kindheit und Jugend stehen zur Bewältigung äußerer oder innerer Belastungs- und Konfliktsituationen im Erwachsenenalter nur unreife Konfliktbewältigungsstrategien zur Verfügung (z.B. Wendung gegen das Selbst, Projektion, Identifikation mit

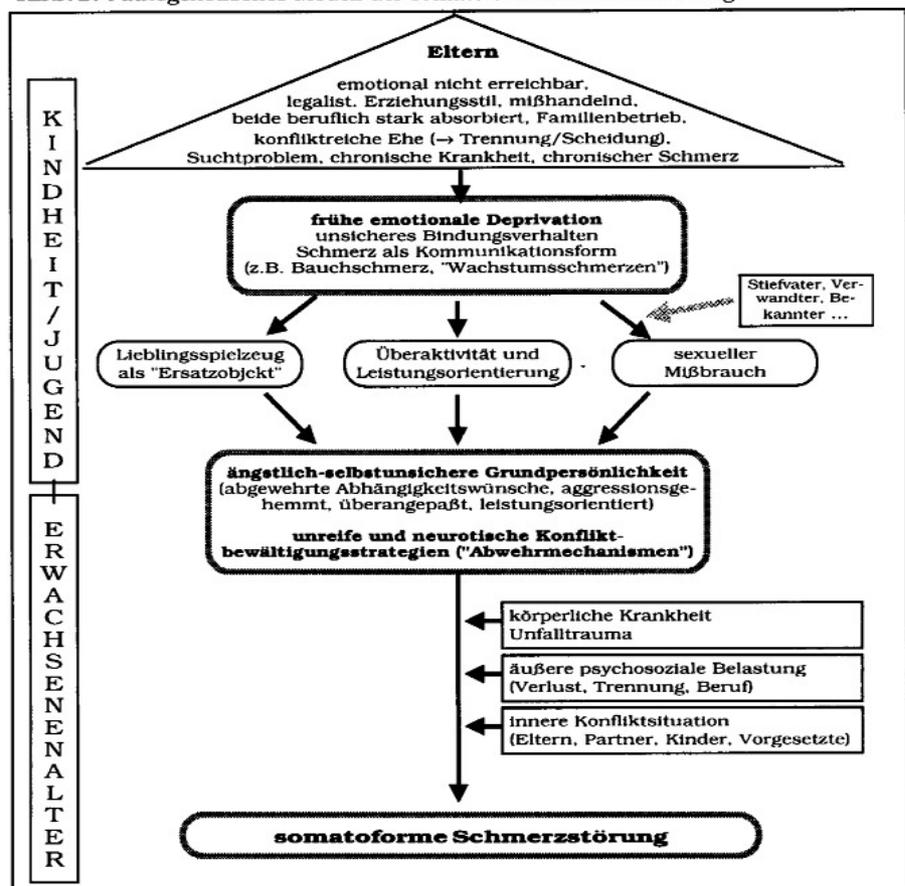
dem Aggressor). Belastende Lebenssituationen („life events“) sind dann meist die Auslöser für das Schmerzgeschehen. Diese können in einem realen oder phantasierten Verlust oder einer massiven Kränkung begründet sein.

Dabei greift der Patient bei der Lokalisation seiner Schmerzsymptomatik unbewußt oft auf Schmerzmodelle in der Primärfamilie oder in der eigenen Vorgeschichte (z.B. unfallbedingt) zurück. Neben einem Krankheitsmodell kann die Lokalisation jedoch auch über den symbolhaften Ausdruckgehalt der Symptomatik determiniert sein. So können etwa massive aggressive Impulse, die abgewehrt werden müssen, zu Schmerzen führen, die im Arm wahrgenommen werden, jedoch ausschließlich auf der Ebene der Vorstellung zentral entstehen.

Dieses pathogenetische Modell integriert entwicklungspsychologisch heute gut belegte Risikofaktoren und

frühe Lernerfahrungen. Wie sehr frühe Schmerzerfahrungen von Kleinkindern deren späteres Schmerzerleben und -verhalten prägen, konnte in einer jüngst erschienen Studie über die Auswirkungen von Beschneidungen mit und ohne Narkose eindrucksvoll belegt werden (Taddio et al 1997). Scarinci et al (1994) konnten experimentell zeigen, daß die Schmerzschwelle bei psychisch traumatisierten Frauen mit verschiedenen gastrointestinalen Störungsbildern im Vergleich zu nicht traumatisierten deutlich herabgesetzt ist. Dies gilt auch für ihre kognitive Bewertungsmaßstäbe, Schmerzreize als Noxe einzuordnen. Doch nicht nur hinsichtlich einer adäquaten Bewertung von Schmerzreizen sind diese früh traumatisierten Patienten eingeschränkt. Sie haben einen höheren Medikamentengebrauch und verwenden auch signifikant häufiger maladaptive Copingstrategien. v.a. Katastrophisie-

Abb. 1: Pathogenetisches Modell der somatoformen Schmerzstörung





ren. Zu Letzterem passen auch die Ergebnisse von Untersuchungen der Konfliktbewältigungsstrategien im Alltag. Psychogenen Schmerzpatienten stehen meist nur unreife Abwehrmechanismen (v.a. Wendung gegen das Selbst, Projektion) zur Bewältigung der im Erwachsenenleben auftretenden kritischen Lebensereignisse zur Verfügung. Diese sind dann typischerweise Auslöser für das Schmerzgeschehen.

Anamnese und klinischer Befund

Als erster Indikator für eine somatoforme Schmerzstörung können die Schmerzbeschreibungen des Patienten verwendet werden: somatoforme Schmerzpatienten beschreiben ihre Schmerzen sehr viel stärker mit affektiven Begriffen (z.B. scheußlich, grauhaft, beängstigend). Der Beginn der Schmerzsymptomatik liegt üblicherweise vor dem 35. Lebensjahr, nicht selten schon in Kindheit und Jugend. Frauen sind im Verhältnis 2 bis 3:1 häufiger betroffen. Die Lokalisation variiert stark. Besonders häufig betroffen sind Extremitäten und LWS-Bereich, aber auch Gesichtsbereich und Unterleib. Besonders auffällig ist eine Häufung bei jungen Frauen im Bereich der Unterarme (oft lange als Symptome eines Karpaltunnel-Syndroms fehlinterpretiert) und Knie. Im Rahmen einer sorgfältigen biographischen Anamnese (vgl. Adler u. Hemmeler 1992) kann herausgearbeitet werden, daß sich diese Patientinnen in einer subjektiv als zwiespältig erlebten Ablösesituation vom Elternhaus befinden und die Symptomatik insofern Ausdruckscharakter hat, als sie ihr Leben buchstäblich „in die eigene Hand nehmen“, bzw. „auf ihren eigenen Beinen stehen“ sollen.

Auch ein Teil der Patienten mit multilokulären Schmerzen, die seitens Rheumatologen als generalisierte Tendomyopathie oder primäre Fibromyalgie diagnostiziert werden, können aufgrund der typischen biographischen Entwicklung als somatoforme Schmerzstörung klassifiziert werden

(ein anderer Teil als Somatisierungsstörung),

In der Vorgeschichte dieser Patienten finden sich nicht selten eine Reihe anderer funktioneller Beschwerden v.a. Kloß- und Engegefühle, Bauchschmerzen (oft schon in der Kindheit), Mundbrennen sowie eine insgesamt erhöhte vegetative Reaktionsbereitschaft. Bei Exploration der Entwicklung in Kindheit und Jugend fällt auf, daß diese Patienten zunächst dazu neigen, pauschal eine „glückliche“ zumindest jedoch unproblematische Kindheit zu vermitteln. Erst bei genauerem Nachfragen wird dann das oben skizzierte Ausmaß an emotionaler Deprivation körperlicher Mißhandlung und auch sexueller Mißbrauchserfahrungen deutlich, das jedoch auch dann noch nicht in seiner emotionalen Bedeutung vom Patienten erfaßt werden kann. Für viele ist das „normal“, weil sie nichts anderes kennenlernen oder wahrnehmen konnten. Die Identifizierung mit dem Aggressor stumpfte das eigene Selbstempfinden ab.

Das Erwachsenenalter ist auf dem Hintergrund der als Resultat dieser Kindheitsentwicklung entstandenen Selbstwertproblematik von einer permanenten Suche nach Anerkennung und einer hohen Kränkbarkeit geprägt. Eine psychische Verursachung der Schmerzen wird deshalb auch aus Angst vor einer damit verbundenen Stigmatisierung meist abgelehnt. Außerdem droht mit der Anerkennung dieses Zusammenhanges intrapsychisch eine schwere Krise, würde dies doch dazu führen, das ganze seelische „Elend“ emotional erfassen und verarbeiten zu müssen (primärer Krankheitsgewinn).

Diagnostik

Indikatoren für eine somatoforme Schmerzstörung sind, daß

► die anatomischen Grenzen der sensiblen Versorgung nicht eingehalten werden (z.B. beim Gesichtsschmerz die Mittellinie zur Gegenseite oder die Unterkiefergrenze zum Hals,

beim „Bandscheiben-Schmerz“ der radikuläre Charakter),

- nach oft lokalem Beginn eine starke Ausweitung erfolgt.
- die Angaben nach Lokalisation und Modalität wechseln,
- die Schmerzmerkmale weniger typisch geschildert werden (oft auch sogar recht vage) als bei bekannter Schmerzursache,
- überwiegend eine hohe Schmerzintensität ohne freie Intervalle angegeben werden.

Der Nachweis einer somatoformen Schmerzstörung ist nur im Rahmen einer engen interdisziplinären Kooperation möglich. deren Grundlage ein bio-psycho-soziales Schmerzverständnis aller Beteiligten ist und bei der nicht vorschnell fachspezifische (Zufalls-)Befunde und Normvarianten dem Patienten als ursächlich relevant vermittelt werden. Von Beginn an und nicht erst als ultima ratio sollte dem Patienten die Bedeutung psychosomatischer Zusammenhänge bei jedweder Form chronischer Schmerzzustände dargelegt werden und deren Abklärung als Routinemaßnahme mit demselben Stellenwert wie eine neurologische oder orthopädische Untersuchung.

Wichtigstes diagnostisches Verfahren zum Nachweis einer somatoformen Schmerzstörung ist die biographische Anamnese. Die skizzierten biographischen Belastungsfaktoren haben eine Sensitivität und eine Spezifität von 80-90% hinsichtlich der Abgrenzung zu einem primär organisch determinierten chronischen Schmerzsyndrom (Egle et al 1991, Egle u. Nickel 1998).

Bei den häufig bestehenden Partnerschaftskonflikten sollte wenn möglich ein diagnostisches Paargespräch durchgeführt werden; dies kann die später sehr notwendige Compliance des Patienten erheblich verbessern; von der Erhebung einer Fremdanamnese ohne Beisein des Patienten ist auf dem Hintergrund der skizzierten Psychodynamik abzuraten!

Differentialdiagnose

Weitere psychische Störungen mit



Schmerz als vorherrschendem Symptom sind neben den somatoformen autonomen Funktionsstörungen, die Somatisierungsstörung und die depressive Störungen, die Hypochondrie und der hypochondrische Wahn sowie die coenästhetische Psychose und die posttraumatische Belastungsstörung.

Abzugrenzen sind Patienten mit nachweisbaren muskulären Spannungszuständen, auch wenn diese durch psychosoziale Stresssituationen bedingt sind („funktionelle“ Schmerzzustände). Desweiteren müssen Patienten mit primär nozizeptiv oder neuropathisch determinierten Schmerzzuständen unterschieden werden, deren Copingstrategien inadäquat sind (z.B. Katastrophisieren, fatalistisches Resignieren) oder die zusätzlich unter einer psychischen Erkrankung leiden (somatische und psychische Komorbidität). Bei einer Prävalenz psychischer und psychosomatischer Störungen in Deutschland von 20-25% (Schepank 1987) ist letzteres rein statistisch bei jedem 4. bis 5. Schmerzpatienten mit einer primär nozizeptiv oder neuropathisch determinierten Schmerzerkrankung zu erwarten (vgl. Egle et al 1998).

Verlauf und Prognose

Patienten mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung sind meist von einer körperlichen Ursache ihrer Schmerzen überzeugt („Ich hab's in den Armen und nicht im Kopf“) und verlangen nicht selten von sich aus diagnostisch wie therapeutisch invasive Interventionen. Bringen sie nicht die erhoffte körperliche Erklärung für die Schmerzen bzw. deren Linderung, so zweifeln die Patienten an der Qualität des betreffenden Arztes und suchen einen anderen auf („doctor-shopping“). Da auch viele Ärzte bis heute von der Vorstellung ausgehen, daß jeder Schmerz eine körperliche Ursache hat (Reduktion des Schmerzes auf seine Funktion als Warnsignal), so trifft sich dies oft mit den Wünschen des Patienten, wodurch somatische Zufallsbefunde leicht überbewertet und kausal mit den Schmerzen ver-

knüpft werden. Dieser Circulus vitiosus zwischen Arzt und Patient leistet der Chronifizierung Verschub und führt nicht selten zu sekundären iatrogenen körperlichen Schädigungen (z.B. Extraktion von Zähnen, „Verwachsungen“ nach Laparaskopien und Laparatomien, Karpaltunnelsyndrom, Bandscheiben-Op usw.). Bei somatoformen Schmerzpatienten werden im Vergleich zu solchen mit nozizeptiv bzw. neuropathisch determinierten Schmerzzuständen invasive Eingriffe häufiger durchgeführt; einen Medikamentenmißbrauch entwickeln ca. 30%.

Therapie Allgemeine Maßnahmen

Im Umgang mit diesen Patienten ist wichtig, daß ihnen ihre Schmerzen genau so „geglaubt“ werden wie jenen, bei denen eine organische Ursache nachweisbar ist. Die Patienten spüren aufgrund ihrer hohen Sensibilität für Zurückweisung sehr schnell, ob sie mit ihren Beschwerden ernst genommen werden.

- Eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung ist deshalb die wesentlichste Voraussetzung für die Motivierbarkeit dieser Patienten zu einer Psychotherapie.
- Eine Reinszenierung der Muster der Eltern-Kind-Beziehung ist in der Arzt-Patient-Beziehung zu vermeiden, d.h. einseitige Überbewertung des Körperlichen bei der Beschäftigung mit dem Patienten und iatrogene körperliche Mißhandlung in Form sehr weit gestellter OP-Indikationen sind zu vermeiden.
- Auch nach dem Beginn einer Psychotherapie sollte eine umfassende somatische Betreuung bei einem in der Schmerztherapie Erfahrenen gewährleistet sein, um bei Verstärkung der Symptomatik oder dem Auftreten neuer Schmerzen eine erneute diagnostische Odyssee bzw. therapeutische Polypragmasie zu verhindern.
- Der behandelnde Arzt muß in der Lage sein, die unbewußten „Reinszenierungen“ des Patienten zu erfassen und ein gewisses Ausmaß an Empa-

thie und Erfahrung im Umgang mit diesen Patienten die „nichts Richtiges haben“ besitzen, um die eigenen Handlungen reflektieren zu können. Hier besteht noch ein großer Weiterbildungsbedarf.

Psychotherapie

Aufgrund der Bindungsstörung der psychischen Traumatisierungen und der daraus resultierenden Störung des Selbstwerterlebens und der Beziehung zu anderen Menschen ist eine psychoanalytisch fundierte Psychotherapie die Methode der Wahl.

- Gute Ergebnisse sind bei der Behandlung in symptomhomogenen Therapiegruppen belegt, wobei jedoch der hohen Kränkbarkeit und den ausgeprägten Abhängigkeitswünschen dieser Patienten Rechnung getragen werden muß, d.h. daß erhebliche Modifikationen zum üblichen psychoanalytischen Behandlungskonzept erforderlich sind (Egle et al 1992). Durch eine Weiterentwicklung dieses Konzeptes und eine Operationalisierung in Form eines Manuals (Nickel u. Egle e im Druck) ist heute eine wirksame Behandlung durch 40 Gruppensitzungen über einen Zeitraum von 6 Monaten (2x wöchentlich) bei vielen dieser Patienten möglich, auch wenn manche wegen der großen Schamproblematik eine Einzeltherapie brauchen.
- Eine psychoanalytisch orientierte Einzeltherapie ist vor allem bei „nicht gruppenfähigen“ Patienten indiziert, was besonders oft auf männliche Patienten mit diesem Störungsbild zutrifft, die nicht selten zusätzlich noch unter einer Persönlichkeitsstörung leiden.
- Entspannungsverfahren und Schmerzbewältigungsprogramme sind primär nicht indiziert. Ausnahmen bilden der Einsatz von Entspannungsverfahren im Rahmen eines multimodalen stationären Therapieprogramms oder als gezielter erster Schritt zu einer besseren Motivation für eine psychoanalytisch orientierte Behandlung sowie die



vorgeschaltete Durchführung von Schmerzbewältigungsprogrammen bei einer ausgeprägten Chronifizierung mit iatrogenen Schädigung.

- ▶ Die stationäre Aufnahme in einer psychosomatischen Klinik ist indiziert, wenn
- ▶ ein Mißbrauch von Analgetika oder anderen Medikamenten besteht;
- ▶ es zu Arbeitsunfähigkeit bzw. häufigen Arbeitsfehlzeiten gekommen ist.
- ▶ eine ausgeprägte häusliche Konfliktsituation besteht;
- ▶ mit dem Patienten Zusammenhänge zwischen seiner Schmerzsymptomatik und psychischen Problemen nicht erarbeitet werden können und damit seine Vermittelbarkeit zu einer ambulanten Psychotherapie nicht aussichtsreich ist.
- ▶ Eine Alternative kann die teilstationäre tagesklinische psychosomatische Behandlung darstellen. Leider ist sie bisher nur an wenigen Orten in Deutschland eingerichtet.
- ▶ Hervorzuheben ist die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Psychotherapie besonders bei diesen Patienten, da ein längerfristiger Erfolg der Behandlung häufig davon abhängt, ob der Übergang in eine ambulante Behandlung gelingt.

Medikamentöse Maßnahmen

Für Analgetika besteht keine Indikation! Antidepressiva, v.a. Amitriptylin und Clomipramin, sind nur indiziert, wenn zusätzlich die Kriterien einer depressiven Störung erfüllt sind.

Adjuvante Verfahren

Eine ergänzende Behandlung mit Akupunktur sowie mit körpertherapeutischen Verfahren (z.B. Konzentrierte Bewegungstherapie, funktionelle Entspannung) kann sinnvoll sein. Sie sind jedoch bisher im ambulanten Bereich keine anerkannte Leistung der gesetzlichen Krankenversicherungen.

Fallbeispiel:

Ein 26-jähriger Student der Geschichte wird von einem **urologischen Kollegen**

nach einer langen Odyssee zum ambulanten Vorgespräch überwiesen: Er leide seit 3 Jahren unter massiven **Schmerzen im Unterbauchbereich**, besonders im Bereich der Leistenregion, sowie im retrosymphysären Raum bis in die Hoden strahlend. Des weiteren habe er intermittierend ziehende Schmerzen in der vorderen Harnröhre nach Miktion. Er leide auch unter ständigem Harndrang, habe Schmerzen bei der Ejakulation. Er sei mindestens **50 Mal im Jahr beim Arzt**, habe vielfache Antibiotikabehandlungen wegen einer Prostatitis bekommen und sei jetzt auch noch schwer depressiv geworden. Daneben habe er bei sich beobachtet, daß seine Abwehr geschwächt sei, er habe häufig Erkältungskrankheiten, leide außerdem unter Heuschnupfen. Wegen der Beschwerden könne er sich auf nichts mehr konzentrieren, habe sein Studium abgebrochen und wisse nicht, wie es weitergehen solle. Da müsse es doch etwas geben, was ihm die Schmerzen wegnehmen könne. Die einzige Aktivität sei noch der regelmäßige Besuch eines Fitness-Studios, das er ebenfalls vor ca. 3 Jahren begonnen habe. Er sei ca. 4 Mal in der Woche 1 bis 2 Stunden im Fitness-Studio, um seinen Körper, den er unmännlich empfinde, aufzubauen, damit er bei den Frauen mehr Chancen habe.

Aktuelle Lebenssituation

Zur aktuellen Lebenssituation berichtet der Patient, daß er noch zu Hause lebe. Er habe vor 3 Jahren das Studium begonnen, habe das Studium mehr und mehr von zu Hause aus geführt, da die Vorlesungen nicht gut seien. Seine Leistungen im Studium seien hervorragend gewesen. Die 3 Jahre ältere Schwester sei vor einem Jahr von zu Hause ausgezogen. Sie sei eher auch eine Einzelgängerin, habe nur „Klamotten“ und Geld im Kopf. Sie habe eine Stelle als Verwaltungsangestellte und sei solo. Die Mutter sei Lehrerin, habe jedoch ihre Berufstätigkeit mit der Geburt der Kinder aufgegeben. Sie leide sehr häufig unter Migräne und Rückenschmerzen, sei sehr ordnungs-

liebend und neige zur Niedergeschlagenheit. Sein Vater sei Ingenieur, beruflich stark engagiert. Zu Hause gebe es keine Schwierigkeiten. Er habe eine schöne Kindheit gehabt.

Bereits im Erstgespräch berichtet der etwas schüchterne, muskulös gebaute, aber deutlich jünger aussehende Patient, daß er dem Urologen nicht erzählt habe, daß er unter einer Potenzstörung leide. Er berichtet über eine beschämende Situation im Vorjahr, als er erstmals mit einer jungen Frau intim zusammen war und keine Erektion bekommen habe. Da stimme etwas körperlich nicht.

Biographie

In dem Erstkontakt wird dann die **Lebensgeschichte** weitestgehend **idealisiert**, die Kindheit und Jugend bis auf **karge Beziehungen** unauffällig geschildert. Der Bruch sei eingetreten, als das Studium begonnen habe und er dadurch seine Freunde verloren habe. Ein Freund habe sich liiert und sich dann von ihm zurückgezogen. Von der Uni habe er sich bald zurückgezogen, da er mit der Anonymität nicht zurechtkam und es ihm schwerfiel, Kontakt zu anderen Studenten aufzunehmen. Er habe sich zum Lernen nach Hause zurückgezogen und die Klausuren bisher hervorragend geschafft. Gelegentlich traf er sich noch mit Freunden am Wochenende zum obligatorischen Discobesuch, der ihn ziemlich anödete, da dort sowieso „nichts laufe“. Die gemeinsamen Urlaube mit der Familie hatte der Patient vor 5 Jahren eingestellt, hatte jedoch auch nicht die Initiative aufgebracht, alleine in Urlaub zu fahren. Mit den Eltern zu gehen, hätte ihn zu sehr beschämt.

Es gelang im Erstgespräch, einen **emotionalen Kontakt** mit dem Patienten herzustellen, er war immer wieder den Tränen nahe und konnte zur Vereinbarung einer tagesklinischen psychosomatischen Therapie motiviert werden.

Therapieverlauf: 1.Phase: Das Beziehungsangebot über den Schmerz

In der ersten Phase war der Patient sehr zurückhaltend, klagte über starke Mü-



digkeit und Erschöpfung, innere Leere und Schwierigkeiten, sich in die Gruppen einzubringen. Das angebotene trizyklische Antidepressivum verschaffte ihm zunächst eine gewisse Erleichterung bezüglich seiner Schlafstörungen, nachdem er ambulant bereits einen Serotonin-Wiederaufnahmehemmer versucht hatte und ihn wegen nächtlicher Unruhe wieder absetzen musste.

Er klagte in dieser ersten Phase immer wieder über die gleichen Beschwerden, daß sie immer noch nicht besser seien, daß man doch endlich **etwas machen** müsse. Wenn die Beschwerden nicht da wären, wäre auch seine Depressivität weg. Darüber hinaus drängte er sehr auf **eine urologische Abklärung** seiner Impotenz, da er sich nicht vorstellen könne, daß alles psychisch sein solle. Die daraufhin konsiliarisch durchgeführte urologische Diagnostik erbrachte jedoch keinen pathologischen organischen Befund.

Der Patient versuchte **über die Eltern** mehr Druck zu machen: Die Mutter des Patienten rief an und wollte zu einem Gespräch kommen. Der daraufhin gemachte Vorschlag, mit den Eltern ein Familiengespräch durchzuführen, wurde jedoch vom Patienten vehement abgelehnt, da er sich dann wie auf einer Anklagebank vorkäme. Er hätte dann das Gefühl, daß er selbst daran schuld sei. Vielmehr wünschte er sich, daß der Therapeut allein mit den Eltern rede. Dies wurde jedoch vom Therapeuten abgelehnt, um die **autonomen Funktionen des Patienten** und seine **ambivalenten Ablösebemühungen** zu unterstützen. In dieser ersten Phase wurde der Patient in den Gruppentherapien sehr zurückhaltend erlebt. Er brachte sich wenig ein, mied auch Kontakte auf Station und flüchtete vorwiegend in die Stadt. In den Einzelgesprächen war der Patient relativ **verschlossen, schweigsam und passiv**. Er berichtete darüber, daß auch die Eltern eine schwere Kindheit hatten. Die Eltern des Vaters waren im Krieg verstorben. Der Vater war bei einer Tante aufgewachsen. Die Oma mütterlicherseits

war schon bei der Geburt der Mutter verstorben, so daß diese bei der Stiefmutter aufgewachsen war. Die Erforschung der Kindheit des Patienten zeigte ein sehr karges Bild mit relativ wenig Kontakten in der Schule. Alles sei noch gutgegangen, solange er den Rahmen der Schule hatte und sich dadurch Kontakte zwangsläufig ergaben. Er hatte schon immer unter seiner subjektiv geringen (1,82m!) Körpergröße gelitten. Insbesondere über den Kontakt zum Vater war relativ wenig zu erfahren. Die erste Phase der Therapie, die ungefähr 4 bis 6 Wochen dauerte, war geprägt von der **Kontaktarmut des Patienten**, von seinem ständigen Drängen nach Maßnahmen und seiner pflichtgemäßen Teilnahme an den Gruppentherapien. In den **Gegenübertragungsgefühlen** zeigten sich immer wieder **Ohnmacht und Leere** und teilweise auch **Ärger** über seine Verweigerungshaltung. Der Patient selbst versuchte die aggressiven Gefühle über das Klagen über das Medikament abzuführen und die direkte Konfrontation zu vermeiden. In der **Musiktherapie** fiel auf, daß sich der Patient zwar anstrenge, Kontakt zu den Mitpatienten zu bekommen, jedoch kaum Möglichkeiten hatte, sich empathisch in den Rhythmus der anderen einzufühlen und in musikalischen Kontakt mit den anderen zu kommen. Diese **emotionale Ataxie** und seine Gehemmtheit bestimmten diese erste Phase. Er bemerkte selbst, wie schwer es ihm fiel, sich auf die „Geschichten“ der anderen Patienten einzulassen, wobei er jedoch allmählich Interesse daran zu bekommen schien, wie sich andere in der Gruppe darstellten.

2. Phase: Erfahren psychosomatischer Zusammenhänge

Im weiteren Verlaufe der Therapie begann der Patient sich mit einer etwas hysterisch strukturierten Mitpatientin anzufreunden, auf einer oberflächlichen Ebene mit ihr Witze zu machen, mit ihr zu „schäkern“ und sich mehr auf die Gruppe einzulassen. Er begann wahrzunehmen, daß ihn Besuche zu

Hause immer besonders anstrengten, er dort sich besonders müde fühlte. Erstmals begann der Patient das **Tabu der Familie** zu brechen, berichtete darüber, wie sehr er **sich für seinen Vater schämte**, der sich mit Entscheidungen unheimlich schwer tat. Die ganze Familie mache sich z. B. lustig darüber, wie lange der Vater für die Entscheidungen brauchte. Es wurde deutlich, daß die Mutter sich weitestgehend an den Patienten als Ersatzpartner wandte und der Vater wenig verfügbar war. Erst jetzt konnte sich der Patient darlegen, daß der Vater in seiner Kindheit fast nicht zur Verfügung gestanden hatte, jeden Abend nach der Arbeit noch mit Mitarbeitern trinken ging und oft erst in den Morgenstunden nach Hause kam. Der Patient hatte sich sehr wenig mit den **praktischen Fähigkeiten seines Vaters identifiziert** und sich ganz auf die intellektuellen Fertigkeiten gestürzt. Der Vater habe sein Ingenieur-Studium an der Fachhochschule nur durch Abschreiben geschafft, könne bis heute keinen Brief an eine Behörde formulieren und schreiben. Diese Aufgaben hatte in den letzten Jahren immer mehr der Patient übernommen. Gleichzeitig begann der Patient auch in den **kreativen Therapien** konstruktiver zu werden. Er brachte die Bilder mit in die Einzelstunden. Während zu Beginn z. B. ein kahler Baum das ganze Bild ausfüllte und weder Blätter am Baum zu sehen waren, noch Kontaktmöglichkeiten nach außen, brachte er jetzt ein Bild, auf dem zwei „Feuerbäume“ zu sehen waren, die miteinander in Kontakt waren, auch einzelne Blätter hatten. Seine Identitätsstörung und seine Schwierigkeit mit der männlichen Aggressivität wurde Thema insbesondere in seinem Verhalten zu Frauen, denen gegenüber eine neidvolle und latent ablehnende Haltung vorherrschte, bei gleichzeitiger Idealisierung. Er hatte die innere Ablösung von der Mutter nicht geschafft auch weil ihm ein männliches Identifikationsvorbild fehlte. Das **Rivalisieren mit Männern** lehn-



te er unbewußt ab. Die aufgetretene Impotenz kann durchaus als passiv-aggressive Verweigerungshaltung angesehen werden auch wenn sie zugleich Ausdruck seiner Angst vor der potenten Frau ist.

Er versucht sich in dieser zweiten Phase andeutungsweise mit dem Therapeuten und seiner Aktivität zu identifizieren, wird in den Gruppen aktiver und auch in der Einzeltherapie offen „aufsässig“. Während dieser Wochen ist der Patient fast völlig schmerzfrei, läßt sich voll auf die therapeutische Arbeit ein und beginnt in seinen Beziehungen lebendiger zu werden. Das positive **Klima auf Station** reißt ihn mit, er wird in seinem Verhalten deutlich explorativer. In dieser Phase beginnen wir einen **möglichen Neuanfang** zu thematisieren. Erstmals kann er sich die Vorteile eines Auszugs von zu Hause vorstellen, nachdem er zuvor immer rational an den finanziellen Nachteilen einer solchen Maßnahme festhielt. Er überlegte sich sogar einen Wechsel des Studienortes. Auch die Vorstellung, sich poststationär nicht weiter an die Urologen zu klammern oder mechanischen Therapiehoffnungen nachzuhängen, sondern eine weitere ambulante psychotherapeutische Behandlung aufzunehmen, wurde vorstellbar.

3. Phase: Trennung und Entlassung

Das Entlassungsthema rückte durch das Therapieende anderer Patienten näher. Hier erlebte der Patient erstmals eine Gefühl der Trauer und des Abschieds, konnte sich mit seiner Trennungsschwierigkeit beschäftigen. Er führte selbst die Frage von seiner Entlassung ein, um jedoch wenige Tage nach dem Festsetzen der Entlassung wieder in eine massive Trotzphase zu verfallen. Er begann noch einmal vehement, die ganze Therapie infrage zu stellen, empfand fast sadistischen Triumph im Versagen der Therapie und des Therapeuten. **Die Schmerzen traten nun noch einmal mit aller Heftigkeit auf**, der Patient zeigte **ohnmächtige Wut und Empö-**

rung über das Versagen der Therapie und rückte in die alte Verweigerungshaltung zurück. Er konnte jedoch daran festhalten, daß die Depression besser geworden sei, so daß auch der Gedanke, von Station aus sich mit Unterstützung einen ambulanten Psychotherapeuten zu suchen, weiterverfolgt werden konnte. Alte Kämpfe um die Absetzung oder Veränderung der medikamentösen Therapie setzten nun wieder ein und schienen alles zu dominieren. Dabei konnte der Patient selbst darüber lachen, daß er ja selbst „außen vor“ wäre, wenn die Beschwerden nun alle vom Medikament herrührten. Die ganze Wucht seiner **Empörung gegen die Individuation und Ablösung** kam noch einmal zutage. Trotzdem konnte der Patient an dem Plan, nach der Entlassung während der Semesterferien einen Job anzutreten, um etwas Geld zu verdienen und dann sein Studium wieder aufzunehmen und zu Ende zu bringen, festhalten. Kurz vor der Entlassung konnte der Patient auch etwas von der **Trauer des Abschieds** vom Therapeuten zulassen und sich mit dem Behandlungsverlauf **versöhnen**: Es wurde dem Patient deutlich, daß er erst **am Beginn einer schmerzhaften Entwicklung** stand und auf diesem Weg noch viel leisten müssen. Die **Entidealisierung** des Therapeuten hatte dazu beigetragen, seine eigene Allmachtsansprüche zu relativieren und die kleinen Schritte besser schätzen zu lernen.

Literatur

Adler RH, Hemmeler W (1992) Anamnese und Körperuntersuchung. G. Fischer, Stuttgart.
 Adler RH, Zlot S, Hürny C, Minder C (1989) Engels „psychogener Schmerz und der zu Schmerz neigende Patient“: Eine retrospektive, kontrollierte klinische Studie. Psychother med Psychol 39: 209-218.
 Egle UT (1997) Somatoforme Schmerzstörungen. In Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg.) Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Schattauer, Stuttgart, S. 195-212.
 Egle UT, Derra C, Nix W, Schwab R (1999)

Spezielle Schmerztherapie. Leitfaden für Praxis und Weiterbildung. Schattauer, Stuttgart.

Egle UT, Heucher K, Hoffmann SO, Porsch U (1992) Psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie mit psychogenen Schmerzpatienten. Ein Beitrag zur Behandlungsmethodik. Psychother Psychosom med Psychol 42: 79-90.

Egle UT, Kissinger D, Schwab R (1991) Eltern-Kind-Beziehung als Prädisposition für ein psychogenes Schmerzsyndrom im Erwachsenenalter. Eine kontrollierte, retrospektive Studie zu G.L. Engels „pain-proneness“. Psychother Psychosom med Psychol 41: 247-256.

Egle UT, Nickel R (1998) Kindheitsbelastungsfaktoren bei Patienten mit somatoformen Störungen. Z Psychosom Med Psychoanal 44: 21-36.

Egle UT, Porsch U (1992) Psychogene Schmerzzustände. Abwehrstruktur und taxonomische Subgruppen. Nervenarzt 63: 281-288.

Egle UT, Schwab R, Porsch U, Hoffmann SO (1991b) Ist eine frühe Differenzierung psychogener von organischen Schmerzpatienten möglich? Literaturübersicht und Ergebnisse einer Screening-Studie. Nervenarzt 62: 148-157.

van Houdenhove B, Stans L, Verstraeten D (1987) Is there a link between „pain-proneness“ and „action-proneness“? Pain 29: 113-117.

Nickel R, Egle UT (1999) Therapie somatoformer Schmerzstörungen. Manual zur psychodynamisch-interaktionellen Gruppentherapie. Schattauer, Stuttgart.

Scarinci IC, McDonald-Haile J, Bradley LA, Richter JE (1994) Altered pain perception and psychosocial features among women with gastrointestinal disorders and history of abuse: a preliminary model. Am J Med 97: 108-118

Schepank H (1987) Psychogene Erkrankungen in der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Untersuchung in Mannheim. Springer, Berlin.

Taddio A, Katz J, Ilersich AL, Koren G (1997) Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. Lancet 349: 599-603.

Wolfe DA, Bourdeau PA (1987) Current issues in the assessment of abusive and neglectful parent-child relationships. Behav Ass 9: 271-290.

Für die Verfasser:
 Dr. Wolfgang Merkle
 Chefarzt der Psychosomatischen
 Klinik am Hospital z. hl. Geist
 Lehrkrankenhaus der Universität
 Frankfurt
 Lange Str. 4-6
 60311 Frankfurt
 Vorsitzender der Landes-DGPM Hessen
 Vorsitzender der Vereinigung der leitenden Ärzte der psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland e.V.

AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG UND WEITERBILDUNG DER LÄNDESÄRZTEKAMMER HESSEN

Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, Telefon 0 60 32/782-0, Telefax 0 60 32/782-220
e-mail-Adresse: akademie@laekh.de / Homepage: www.laekh.de

ALLGEMEINE HINWEISE



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

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

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

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

ÄRZTE IM PRAKTIKUM: Die mit [AiP] gekennzeichneten Veranstaltungen werden auch für den „Arzt im Praktikum“ als Ausbildungsseminar nach §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 s. HÄ 8/2001 Seite 388

I. SEMINARE/VERANSTALTUNGEN ZUR PERMANENTEN FORTBILDUNG

ALLGEMEINMEDIZIN / GYNÄKOLOGIE

Postmenopause der Frau AiP
Aufgabenteilung zwischen Hausarzt und Frauenarzt 4 P
Sektionen Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Samstag, 20. Oktober 2001, 9 c. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim
Leitung: Dr. med. König, Steinbach, Dr. med. Vetter, Frankfurt
Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, **Blauer Hörsaal** im Akademiegebäude, Carl-Oelemann-Weg 7
Selbstevaluation (Fragebogen) s. HÄ 9/2001

ANAESTHESIOLOGIE

Anästhesie und die postoperativen Phase: 4 P
Welche Bedeutung hat der Aufwachraum heute und morgen?
Sektion Anästhesiologie
Samstag, 20. Oktober 2001, 9 c. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. Müller, Darmstadt, Dr. med. Hornke, Hanau
Tagungsort: Parkwohnstift Aeskulap, **Salon D**, Carl-Oelemann-Weg 9

Der Stellenwert des Aufwachraums -eine Bestandsaufnahme: Dr. med. U. Behrends, Frankfurt a. M.; Wird der AWR durch neue Anästhesieverfahren überflüssig?: Dr. med. Karin Friedrichs, Frankfurt a. M.; Perioperative Wärmemanagement -Hintergründe, Aufwand und Nutzen: PD Dr. med. W. Weyland, Essen; Moderne Konzepte der postoperativen Schmerztherapie: praktische Umsetzung: Dr. med. Mechthilde Burst, Wiesbaden
Selbstevaluation (Fragebogen)

ARBEITSMEDIZIN / BETRIEBSMEDIZIN

Gefährdungsbeurteilung durch den Betriebsarzt: 4 P
Welche Berufskrankheiten sind neu?
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. Woitowitz, Gießen
Tagungsort: Parkhotel a. Kurhaus, Terrassensaal, Nördlicher Park 16

CHIRURGIE / ANGIOLOGIE

15 Jahre interdisziplinäre Behandlung von Gefäßpatienten AiP
am Klinikum Stadt Hanau 3 P
Sektion Chirurgie
Mittwoch, 14. November 2001, 16 s. t. bis 18 Uhr, Hanau
Leitung: Prof. Dr. med. A. Valesky, Hanau
Einleitung und Rückblick: Prof. Dr. med. A. Valesky; Diagnostik und konservative Therapie: Prof. Dr. med. E. P. Kromer; Interventionelle Therapie: Dr. med. E. Weil; Chirurgische Therapie: - aorto-iliacal: Dr. med. Fritzenwanker; - femoro-popliteal/crural: Dr. med. O. Fink; Diskussion und Schlußwort
Selbstevaluation (Fragebogen)
Alle Referenten aus dem Klinikum Hanau
Tagungsort: Golfhotel, Wilhelmsbader Allee 32 (Parkplätze vorhanden)

2. PARK-SCHÖNFELDER KINDERTRAUMATOLOGIE-SEMINAR KASSEL

Häufige Verletzungen -Standards der Frakturenbehandlung AiP
Sektion Chirurgie - Kinderchirurgie 4 P
Fortbildungsveranstaltung für Ärzte, Pflegepersonal, Physiotherapeuten
Samstag, 20. Oktober 2001, 9 s. t. bis 13.30 Uhr, Kassel

Leitung: Dr. med. P. Illing, Kassel

Tagungsort: Kinderkrankenhaus Park Schönfeld, Forum und Lehrsaal, Frankfurter Straße 167

Diagnostik des stumpfen Abdominaltraumas: Prof. Dr. med. M. Reither, Kassel; Frakturheilung bei Kindern: Dr. med. F. Schnekenburger, Kassel; Die distale Unterarmfraktur: Dr. med. Regina Gerns, Kassel; Problematik der supracondylären Humerusfraktur: Dr. med. B. Heidemann, Kassel; Indikation für den Fixateur externe bei der Frakturenbehandlung im Kindesalter: PD Dr. med. St. Rose, Frankfurt a.M.; Ergebnisse der ESIN bei Schaffrakturen im Kindesalter: Dr. med. P. Illing, Kassel; Physiotherapeutisches Konzept in der Frakturenbehandlung bei Kindern: Gisela Pfaffenbach, Kassel
Demonstration und Workshop: -Fixateur externe, -Elastisch-stabile intramedulläre Nagelung, -Funktionelle Frakturenbehandlung im Kunststoffverband; Diskussion eigener „Pitfalls“;
Selbstevaluation (Fragebogen)
Teilnahmegebühr: DM 60; Pflegepersonal, Physiotherapeuten und AiP frei.

SCHMERZ

Der Rückenschmerz: 4 P
Die Dorsalgie -ein interdisziplinäres Forum
Sektion Neurochirurgie
Samstag, 17. November 2001, 9 c. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim
Leitung: Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. R. Lorenz, Frankfurt am Main
Dr. med. D. Rosenthal, Bad Homburg
Tagungsort: KWA Stift Aeskulap, Salon D, Carl-Oelemann-Weg 9

DERMATOLOGIE

Krankheiten in der mukocutanen Grenzzone AiP
Sektion Haut- und Geschlechtskrankheiten 4 P
Samstag, 17. November 2001, 9 c. t. bis 12.30 Uhr, Bad Nauheim
Leitung: Prof. Dr. med. M. Hagedorn, Darmstadt
Laudatio zum 80. Geburtstag von Prof. Dr. med. E. Landes
Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, **Blauer Hörsaal** im Akademiegebäude, Carl-Oelemann-Weg 7

GERONTOLOGIE / GERIATRIE / INFEKTIOLOGIE

Infektionen im Alter AiP
7 P
17. Bad Nauheimer Gerontologisch/ Geriatisches 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
Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, **Kongreßhalle**, Carl-Oelemann-Weg 28
s. HA 9/2001

36. HESSISCHE INTERNISTEN TAGUNG**02. bis 04. November 2001, Fulda****Leitung:** Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Fulda

1. Was muß der Internist bei der Nachsorge von neueren speziellen Therapieformen wissen? 2. Diagnostik von Lungenerkrankungen- Neue Entwicklungen- 3. Altersmedizin- Therapie im Grenzbereich
Tagungsort: Orangerie Fulda, Hotel Maritim, Am Schloßgarten

AiP
P**INNERE MEDIZIN**

Die farbkodierte Duplex- Sonographie in der Angiologie-Fallstricke der Diagnostik-
 Sektion Innere Medizin

Samstag, 24. November 2001, 9 c. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim

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

15. Diabetes-Kolloquium**Kardiovaskuläre Risikofaktoren bei Diabetes mellitus****Samstag, 27. Oktober 2001, 9 c. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim****Leitung:** Prof. Dr. med. C. Rosak

Pathogenese Kardiovaskulärer Risikofaktoren bei Diabetes mellitus: Prof. Dr. med. C. Rosak; Diabetes mellitus und Hypertonie -Therapie-ziele und Differentialtherapie: Prof. Dr. med. H. W. Geiger, Frankfurt a. M.; Diabetes mellitus und Hyperglykämie -Therapieziele und Differentialtherapie: Prof. Dr. med. C. Rosak; Diabetes mellitus und Hyperlipoproteinämie -Therapieziele und Differentialtherapie: Prof. Dr. med. A. Steinmetz, Andernach; Round Table: Leitung: Prof. Dr. med. C. Rosak

Selbstevaluation mit dem TED-System

Tagungsort: Kurhaus des Hessischen Staatsbades, Parksaal, Terrassenstraße Die Willy und Monika Pitzer Stiftung gewährt freundliche Unterstützung

AiP
4 P**Hepatology in der Praxis**

Sektion Innere Medizin - Gastroenterologie

Samstag, 20. Oktober 2001, 9 s. t. bis 12 Uhr, Frankfurt**Leitung:** Prof. Dr. med. W. F. Caspary, Frankfurt a. M.

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

Spektrum chronischer Lebererkrankungen: Prof. Dr. med. C. Niederau, Oberhausen; Hämochromatose - wie häufig, wie diagnostizieren, wie therapieren?: Prof. Dr. med. W. F. Caspary, Frankfurt a. M.; Gibt es Tests für die Diagnose einer alkoholbedingten chronischen Lebererkrankung?: Prof. Dr. med. H. Danczygier, Offenbach; Virushepatitis C -eine stille Seuche: Prof. Dr. med. S. Zeuzem; Komplikationen der Leberzirrhose und ihre Therapie: Prof. Dr. med. U. Hopf, Berlin

*Selbstevaluation (Fragebogen)**Kein Kostenbeitrag!***Tagungsort:** Arabella Grand Hotel, Konrad-Adenauer-Str. 7**AiP**
4 P**Gastroenterologisches Fallseminar**

Sektion Innere Medizin- Gastroenterologie gemeinsam mit der

Rhein- Main-Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie

Mittwoch 10. Oktober 2001, 17.30 Uhr bis 20.00 Uhr, Frankfurt**Leitung:** Prof. Dr. med. W. F. Caspary, Frankfurt a. M.**Tagungsort:** Universitätsklinikum, kleiner Hörsaal (Haus 23 B),*Kein Kostenbeitrag!*

Anmeldung: Sekretariat Prof. Dr. med. Caspary, Theodor- Stern- Kai 7, Tel.: 0 69- 63 01-51 22

AiP
4 P**INFEKTILOGIE****Chronische Atemwegsinfektionen**

Sektion Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltung insbesondere für Dermatologen, Kinderärzte, Pulmologen und HNO-Ärzte

Gemeinsame Veranstaltung mit der Mayo-Klinik Rochester, USA

Samstag, 17. November 2001; 9 s. t. bis 14.30 Uhr Frankfurt a. M.**Leitung:** Dr. med. M. Schiffmann, Frankfurt a. M.,

Prof. Dr. med. W. W. Schlenker, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Arabella Grand-Hotel, Konrad-Adenauer-Straße 7**AiP**
7 P**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

Primäre Hämostasestörungen: Prof. Dr. med. V. Kretschmer; Plasmatische Gerinnungsstörungen -Teil I und Teil II: Dr. med. Monika Weipert-Kretschmer; Hämostasestörungen im Rahmen der Notfall und Massivtransfusion; Prof. Dr. med. V. Kretschmer

Selbstevaluation (Fragebogen)

Tagungsort: KWA Stift Aeskulap, Salon B, Carl-Oelemann-Weg Akademieggebäude, Carl-Oelemann-Weg 7

4 P**LUNGEN UND BRONCHIALHEILKUNDE****Neues und Bewährtes in der Pneumologie**

Sektion Lungen und Bronchialheilkunde

Samstag, 17. November 2001, 9 c. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim**Leitung:** Prof. Dr. med. H.-G. Velcovsky, Gießen

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Raum Wetterau, Carl-Oelemann-Weg 7

AiP
4 P**ORTHOPÄDIE****Das Knie**

Sektion Orthopädie

Samstag, 13. Oktober 2001, 9 c. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim**Leitung:** Prof. Dr. med. H. Stürz, Gießen

Aktuelle Therapie von Verletzten und Schäden: Gibt es eine Medikamentöse Basistherapie der Gonarthrose; Führt Sport zur Arthrose -braucht das Kniegelenk einen Meniskus? Therapie der Kreuzbandverletzungen im Kindes- und Jugendalter; Arthroskopische Therapie der Patellaluxation; Minimalinvasive Kniegelenksendoprothetik -ein neuer Weg zur schnellen Wiederherstellung; Computergestützte Navigation bei Endoprothesen und Kreuzbandersatz am Kniegelenk: Die Knorpeltransplantation am Kniegelenk
Tagungsort: KWA Stift Aeskulap, Salon C und D, Carl-Oelemann-Weg 9

AiP
4 P**MEDIZIN IN DER KUNST UND LITERATUR****Von der Lust und dem Leid des Essens**

-Medizin-Literatur-Musik-Kunst-

Donnerstag, 8. November 2001, 17.30 bis 22 Uhr, Wiesbaden**Leitung:** Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim*Streichquartett***Essen zwischen Physik und Metaphysik in der Literatur**

Prof. Dr. phil. D. v. Engelhardt, Lübeck

*Streichquartett***Essen hält Leib und Seele zusammen, aber....**

Dr. med. G.-E. Jacobi, Bad Oeynhaus

Essen und Ernährung in den Medien

Angelika Bork, Frankfurt a. M.

Leib mit Seele -künstlerische Betrachtungen zur Fülle

Theresia Hebenstreit, Wiesbaden

*Streichquartett***Ossian-Quartett, Heidelberg**

Ludwig Dieckmann -1. Violine; Julia Mangelsdorf - 2. Violine

Erika Anschütz - Viola; Christoph Habicht - Violoncello

Anschließend Beisammensein bei einer kleinen Stärkung

Tagungsort: R+V Versicherung, John F Kennedy Straße 1

Teilnahmegebühr: 20,- DM

ONKOLOGIE / Genetik**Brachytherapie des Prostata-Karzinoms**

Brachytherapy of prostate cancer with iodine - 125 seeds

Sektion Strahlentherapie zusammen mit der Klinik und Poliklinik für

Urologie und Kinderurologie der JL-Universität Gießen

Mittwoch, 31. Oktober 2001, 18 c. t. bis 20.30 Uhr, Gießen**Leitung:** Prof. Dr. med. H. von Lieven, Prof. Dr. med. W. Weidner**Gastreferent:** Dr. Pablo Lavagnini, Leiter der Brachytherapieabteilung, Universitätsklinikum Ferrara**Tagungsort:** Frauenklinik der JL- Universität, Hörsaal, Klinikstr. 32*Kein Kostenbeitrag!***AiP**
3 P**Onkologie/ GENETIK****Gene, Krebs und Vorsorge**

Sektion Urologie

Samstag, 3. November 2001, 9 c. t. bis 12.30 Uhr, Darmstadt**Leitung:** Prof. Dr. med. St. Peter, Darmstadt

30 Jahre Urologieklinik Darmstadt

Krebs in der schönen Literatur: Prof. Dr. med. D. von Engelhardt, Lübeck; Gene in und um uns: Prof. Dr. med. C. Bartram, Heidelberg; Molekularbiologie und Krebsstherapie: Prof. Dr. med. A. Ullrich, München; Eigenverantwortung - der Schlüssel für eine erfolgreiche Krebsprävention und -behandlung: Prof. Dr. med. L. Weißbach, Berlin

*Selbstevaluation***Tagungsort:** Justus-Liebig-Haus (Bürgerhaus), Große Bachgasse 2,**AiP**
4 P**PATHOLOGIE / GASTROENTEROLOGIE****Hepatitis, Lebertumoren, Pankreastumoren**

Sektion Pathologie

Samstag, 3. November 2001, 9 s. t. bis 13 Uhr, Frankfurt a. M.**Leitung:** Prof. Dr. med. G. Mall, Darmstadt

Entzündliche Lebererkrankungen: Prof. Dr. med. H. P. Dienes, Köln; Tumöröse Läsionen: Prof. Dr. med. P. Schirmacher, Köln; Endokrine Tumoren des Pankreas: Prof. Dr. med. G. Klöppel, Kiel; Präneoplasien und Karzinome des Pankreas: Dr. med. Jutta Lüttgens, Kiel; *Selbstevaluation*
Tagungsort: Senckenbergisches Zentrum für Pathologie am Klinikum der JWG-Universität, Hörsaal, Theodor-Stern-Kai 7

4 P

PHARMAKOTHERAPIE/ INFEKTIOLOGIE

Antibiotika in der Praxis AiP
4 P
Sektion Klinische Pharmakologie
Samstag, 27. Oktober 2001, 9 s. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim
Leitung: Prof. Dr. med. H. Breithaupt, Gießen
 Orale Antibiotika in der Praxis: Prof. Dr. med. H. Breithaupt; Antibiotika - bei Darminfektionen: Prof. Dr. med. A. Sziegoleit, Gießen; - bei Harnwegsinfektionen: Prof. Dr. med. H. G. Schiefer, Gießen; - bei Atemwegsinfektionen: PD Dr. med. vet. R. Füssle, Gießen; - bei Hautinfektionen: PD Dr. med. P. Mayser, Gießen; Fragen aus dem Auditorium und Schlußwort
Selbstevaluation (Fragebogen)
Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, **Blauer Hörsaal** im Akademiegebäude, Carl-Oelemann-Weg 7

PSYCHIATRIE/GERONTOLOGIE

ANTI-AGING AiP
4 P
Altwerden steuern – Altsein „verjüngen“
Multidisziplinäre Praxishilfen zur Vitalität, Sexualität und Lebensqualität
Sektion Psychiatrie
Samstag, 20. Oktober 2001, 9 c. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. H. J. Bochnik, Frankfurt a. M.
Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, KWA Stift Aeskulap, **Salon E**, Carl-Oelemann-Weg 9
Anti-Aging ist die Entdeckung eines zunehmend wachsenden Bedarfs mit Wünschen und Hoffnungen, die zu erfüllen seriöse und andere Helfer immer häufiger versprechen. Alt werden wollen alle – alt sein will keiner. Also: Altwerden steuern und Altsein „verjüngen“.

Die geplante Tagung soll praktizierenden Ärzten, die diesen Problemen nicht ausweichen können, Anregungen vermitteln, -das Altwerden zur Erleichterung des Altseins frühzeitig zu steuern und den Altgewordenen helfen, verlorenen Boden zurückzugewinnen und bedrohte Funktionen zu sichern im Bewußtsein, daß wir alle sterben werden; -die Mitwirkung des aufgeklärten Patienten zu gewinnen; -um chronifizierende Krankheiten zu vermeiden oder zu behandeln -und den bewußten Umgang mit Alltags- wie mit Lebensentscheidungen, deren Folgen das Alter belasten können, zu fördern.
 Konkret bedeutet Behandlung des Altseins

1. die medizinische Behandlung chronischer Erkrankungen im Alter,
 2. altersspezifische Hilfen: hormonelle Substitution und medikamentösen Hilfen, Supplementierung der Nahrung, Art und Menge der Ernährung, Bewegung, aussehensverjüngende Maßnahmen,
 3. zu aktivieren: ggf. Sozialhilfe, Physiotherapie, Audiologie, Ophthalmologie.
- vorläufiges Programm, Referenten angefragt -
 Altwerden, Altsein und Lebensqualität: Prof. Dr. med. H. J. Bochnik; Zu chirurgischen Erscheinungskorrekturen: PD Dr. med. K. Exner, Frankfurt a. M.; Gynäkologische Aspekte: Prof. Dr. med. H.-G. Siedentopf, Frankfurt a. M.; Andrologische Aspekte: PD Dr. med. F.-R. Ochsendorf, Frankfurt a. M.; Urologische Aspekte: Dr. med. . Busch, Frankfurt a. M.; Ernährungswissenschaftliche Aspekte: PD Dr. oec. troph. Dr. med. J. Stein, Frankfurt a. M.; Orthopädische Aspekte: Dr. med. . Thoma, Frankfurt a. M.; Hirnatrophie und Lebensqualität: PD Dr. med. L. Frölich, Frankfurt a. M.; Schlußwort: Prof. Dr. med. H. J. Bochnik
Selbstevaluation (Fragebogen)

UROLOGIE

Harninkontinenz: Neue Behandlungsmethoden
Sektion Urologie
Mittwoch, 21. November, 16 bis 20 Uhr, Kassel
Leitung: Prof. Dr. med. H. Melchior, Kassel
Tagungsort: Landesmuseum, Brüder-Grimm-Platz 5

PSYCHOTHERAPIE

24. Bad Nauheimer Psychotherapie- Woche 53P
Positive Psychotherapie, Transkulturelle Psychotherapie und Familientherapie
-Eine tiefenpsychologisch fundierte Behandlungsmethode unter dem transkulturellen Gesichtspunkt- ressourcenorientiert und konfliktzentriert-
08. bis 14. Oktober 2001, Bad Nauheim
Leitung: Prof. Dr. med. N. Pesegschkian, Wiesbaden
Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, **Blauer Hörsaal** im Akademiegebäude, Carl-Oelemann-Weg 7

Programmablauf und weitere Informationen **s. HÄ 6/2001**
Mittwoch, dem 10. Oktober 2001, 19.30 Uhr im Kongress- Saal im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen
Öffentlicher Vortrag (Eintritt frei):
„Wie entstehen psychische und psychosomatische Störungen? Fünf Stufen der Konfliktbewältigung“

SPORTMEDIZIN

Prävention – Rehabilitation AiP
3 P
Sportmedizinische Aspekte von Trendsportarten (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
Bei Bescheinigung der erfolgreichen Teilnahme können 4 Stunden auf die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ angerechnet werden. (beantragt)
 Begrüßung und Einführung in das Thema: Prof. Dr. med. Ingeborg Siegfried, Biebertal; Body Building: Dr. med. M. Ritsch, Rosenheim; Aqua Jogging: Dipl. Sportl. Marion Oldenkamp, Köln; Inline-Skating: PD Dr. med. Schulz, Bochum; Bungee-Jumping: Dr. med. A. Fromme, Münster; Zusammenfassung: PD Dr. med. G. Hoffmann; *Selbstevaluation (Fragebogen)*
Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, **Blauer Hörsaal** im Akademiegebäude, Carl-Oelemann-Weg 7
 Die Willy und Monika Pitzer Stiftung gewährt freundliche Unterstützung

UNFALLCHIRURGIE / PÄDIATRIE

Das Polytrauma im Kindesalter AiP
7 P
Sektion Chirurgie – Unfallchirurgie
Interdisziplinäre Fortbildung für Hausärzte, Pädiater, Chirurgen, Kinderchirurgen, Neurologen, Röntgenologen und Unfallchirurgen
Samstag, 3. November 2001, 9 c. t. bis 16 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: PD Dr. med. R. Inglis, Frankfurt a. M.
Tagungsort: **Kurhaus** des Hessischen Staatsbades, **Terrassensaal I und II**
 Statistik von Unfällen im Kindesalter, Letalität; Polytrauma: Begriffsbestimmung; Pathophysiologie des Polytraumas beim Kind; Versorgungspriorität (Pädiater, Neurologen / Neurochirurgen, Kinderchirurgen, Traumatologen); Behandlung des kindlichen Polytraumas; Schockraummanagement (Anästhesisten, des Unfallchirurgen); Optimierte bildgebende Diagnostik; Besondere Methoden: Probleme der Abdominalverletzung, Probleme der Replantation, Frakturversorgung bei Kindern, Behandlungsempfehlungen für die Intensivstation (Monitoring), Organspende *Selbstevaluation (Fragebogen)*

AiP-AUSBILDUNGSSEMINAR

Mittwoch, 24. Oktober 2001, 15 bis 17.15 Uhr, Hanau 2P
Leitung: Dr. med. M. Korte, Hanau
„Psychoanalytische Aspekte der Arzt-Patienten-Begegnung“ mit Berücksichtigung ethischer Fragestellungen- und praktischen Fallbeispielen
Bitte nur schriftliche Anmeldungen an Praxis Dr. Korte, Adalbert Stifter-Straße 5, 63452 Hanau

Die fehlenden Programme folgen in HÄ 11/2001

II. FORTBILDUNGSKURSE

FORTBILDUNG FÜR FORTBILDER Motivierte und motivierende Fortbildung

Internet für Ärzte **19./ 20. Januar 2002, Bad Nauheim** 13P
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**

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

Dieser Kurs entspricht dem Curriculum Suchtmedizin der BÄK. Die erfolgreiche Teilnahme dient in § 5 Abs.2 Nr. 6 BtMVV von substituierenden Ärzten geforderten Qualifizierung (der Nachweis ist bis zum 30. 06. 2002 zu erbringen).

Teil 1 und Teil 2 haben bereits im September stattgefunden
Teil 3: 19. und 20. Oktober 2001, Bad Nauheim oder Ffm 13 P
Teil 4: 16. November 2001, Friedrichsdorf, salus Klinik 13 P
17. November 2001, Heppenheim,
Teilnahmegebühr: DM 1.000,- (Akademiestatistiker DM 850,-)
Auskunft und Anmeldung an die Akademie, z. Hd. Frau M. Jost, Tel. 0 60 32/782-201 (Di.-Do.) s. HA 8/2001

FACHKUNDE IM STRAHLENSCHUTZ FÜR ÄRZTE

SPEZIALKURS / Gießen 21 P

Termin: Sa./ So., 03./ 04. November 2001 ganztägig
 Praktikum und Prüfung an 1 Nachmittag nach Wahl in der folgenden Woche
Tagungsort: Gießen, Klinikum der JL-Universität, Hörsaal der Frauenklinik, Klinikstraße 32,
Tagungsleitung: Dr. rer. nat. H. Flegel, Gießen
Teilnahmegebühr und weitere Informationen s. HÄ 6/2001

MEGA-CODE-TRAINING

Angeboten wird das Training an folgenden Orten: jeweils 9 P

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, 3. November 2001, Bad Nauheim
Leitung: Prof. Dr. med. W. Giere, Frankfurt am Main
 Zum Abschluß des jetzt laufenden Fort- und Weiterbildungskurses „Medizinische Informatik“ werden die Teilnehmer die Ergebnisse ihrer Praktika vorführen. Dieser Tag 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).
Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, **Blauer Hörsaal**, Carl-Oeblemann-Weg7; **Anmeldung** an die Akademie, Frau Harmert

Forum MEDIZINISCHE INFORMATIK

**Thema: Gefahren aus dem Netz
Einsatz und Grenzen der Firewalltechnologie**
Referent: Dr. med. Eric Wolzak
Freitag, 2. November, Beginn 19 Uhr
Auskunft und Anmeldung: Dr. med. C. Bolender, Bornwiesenweg 6, 36381 Schlüchtern, Tel.: 0 66 61/ 810, Fax: 0 66 61/ 814 25, e-mail: claus.bolender@t-online.de

SPEZIELLE SCHMERZTHERAPIE (80-Stunden)

Teil I und II: haben bereits stattgefunden jeweils 13 P
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

Der **neu komplette** Kurs „Spezielle Schmerztherapie (Teil I-IV)“ findet 2002 wieder statt. Beginn: Frühjahr 2002.
Bitte melden Sie schriftlich, formlos Ihr Interesse an die Akademie, Frau A. Zinkl Fax: 06032 / 782-229

NOTFALLMEDIZINISCHE FORTBILDUNG

Seminar „Leitender Notarzt“ 34 P
Termin: 17. bis 20. November 2001 in Kassel
Wiederholungsseminare „Leitender Notarzt“
27. Oktober 2001 in Wiesbaden 9 P
10./ 11. November 2001 in Kassel 13 P
Schriftliche Anmeldungen an die Akademie, Frau V. Wolfinger.
Ausführliche Information s. HA 5/2001

ULTRASCHALLKURSE

nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der DEGUM

Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren) 2001 25P
Leitung: Dres. med. J.Bohnhof, 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 (Akademiestatistiker 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 (Akademiestatistiker 460,- DM)
Tagungsorte: Theorie im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim, Praktikum in der DKD in Wiesbaden
Auskunft und Anmeldung an die Akademie, z. Hd. Frau M. Jost Tel. 0 60 32/ 782-201 (Di.-Do.)

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! Termine s. HÄ 6/2001

Ab 2002 finden nur noch die Seminare nach der neuen WB- Ordnung statt. Alle 6 Blöcke (80 Stunden) werden in 1 Jahr angeboten.
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 Weiterbildungsgang:** LÄK Hessen, Abt. Weiterbildung, Tel. 0 69/ 97 67 2-0.

Kurse ARBEITSMEDIZIN und SOZIALMEDIZIN

-Sektion Arbeitsmedizin und Sozialmedizin-

Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	jeweils 20P	Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	jeweils 20P
Aufbaukurse: B2 12.- 23.11.2001, Bad Nauheim C2 03.-14.12.2001, Bad Nauheim		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	
Sozialmedizin		Sozialmedizin	jeweils 20P
Aufbaukurs: AKII 15.-26.10.2000, Bad Nauheim		Grundkurse: GKI 15. 04. bis 26. 04. 02 GKII 14. 10. Bis 25. 10. 02	

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 Ausbildungsveranstaltung anerkannt. Dafür ist die namentliche Anmeldung erforderlich.

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER DARMSTADT

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. **9P**

Balintgruppe

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

Balintgruppe

Mittwochs, 14tägig, 17.30 – 19.00. Rodensteinstr. 83, Bensheim. Leitung und Auskunft: Dr. M. Vandewall (06251) 68510

Klinikum Darmstadt

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

10.10.2001, 16:00 – 17:00: Klinikum Darmstadt, Hörsaal des Pathologischen Institutes, Grafenstr. 9, Darmstadt. „**Diagnostische Wertigkeit der Schnittbildverfahren in der TNM-Klassifikation**“. Auskunft: Prof. Dr. G. Mall (06151) 1076701

Ärztlicher Kreisverein Darmstadt

16.10.2001, 20:15 Uhr: Fa. Merck, KgaA, Frankfurter Str. 250, 64293 Darmstadt, „**Palliativmedizin – Entwicklung, gegenwärtiger Stand und Perspektiven**“, Prof. Dr. med. E. Klaschik, Bonn. Auskunft: Geschäftsstelle Ärztlicher Kreisverein, Frau Knieß, Tel.: (06151) 373626 **AIP 3P**

30.10.2001, 20:15 Uhr: Fa. Merck, KgaA, Frankfurter Str. 250, 64293 Darmstadt, „**Aus der Arbeit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft**“, Prof. Dr. med. Höffler, Darmstadt. Auskunft: Geschäftsstelle Ärztlicher Kreisverein, Frau Knieß, Tel.: (06151) 373626 **AIP 3P**

3.11.2001, 9:00 Uhr: Justus-Liebig-Haus, Große Bachgasse 2, Darmstadt, „**Symposium Gene, Krebs und Vorsorge aus Anlaß des 30jährigen Jubiläums der Urologischen Klinik Darmstadt**“. Prof. Dr. Stephan Peter, Urologische Klinik Darmstadt. Auskunft: Geschäftsstelle Ärztlicher Kreisverein, Frau Knieß, Tel.: (06151) 373626 **AIP 3P**

6.11.2001, 20:15: Fa. Merck, KgaA, Frankfurter Str. 250, 64293 Darmstadt, „**Neues aus der Radioonkologie/Strahlentherapie**“, Prof. Dr. med. B. Kober, Darmstadt. Auskunft: Geschäftsstelle Ärztlicher Kreisverein, Frau Knieß, Tel.: (06151) 373626 **AIP 3P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Heilig-Geist-Hospital Seminare

31.10.2001, 20:00 – 23:00 Uhr: Konferenzsaal Heilig-Geist-Hospital Bensheim, Hauptstr. 81 – 87, Bensheim, „**Impfkompendium 2001, Schutzimpfungen und passive Immunprophylaxe**“, Prof. Dr. Dr. h.c. W. Müller-Ruchholz, Auskunft: Dr. med. J. Merke, Tel.: (06251) 1320 **AIP 3P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Evangelisches Krankenhaus Elisabethenstift

17.10.2001, 15:15 – 17:00: Besprechungsraum der Klinik für Innere Medizin, Gebäude A, Ebene E, R 05, Landgraf-Georg-Straße 100, Darmstadt. „**Peaks und Valleys – der Weg zur guten Blutzuckereinstellung**“. Dr. med. O. Schaffner Auskunft Prof. Dr. med. W. Schneider (06151) 403 1001

BEZIRKSÄRZTEKAMMER FRANKFURT

Schmerztherapeutisches Kolloquium e. V.

06.11.2001, 19.00 Uhr: Schmerztherapeutisches Kolloquium, Rossmarkt 23, Frankfurt. „**Schmerzkonferenz**“. **4P**

20.30 Uhr: **Qualitätszirkelsitzung** **4P**

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

Schmerzforum Rhein-Main e. V. und Qualitätszirkel Psychotherapie Rhein-Main

17.10.2001, 19:00 – 20:30: Bethanien-Krankenhaus Prüfling, Haus C, 2. Stock, Im Prüfling 21-25, Frankfurt. „**Schmerzkonferenz**“. Auskunft Dr. med. Benedikt Eberhardt (069) 463738 oder 13376966 **2P**

17.10.2001, 20:30 – 22:00: am selben Ort. „**Weiterbildung – Restless-Legs-Syndrom**“ Referentin: Dr. med. Karin Stiasny, Marburg. Auskunft Dr. med. Benedikt Eberhardt (069) 463738 oder 13376966 **2P**

08.11.2001, 19:00 – 20:30: Bethanien-Krankenhaus Prüfling, Haus C, 2. Stock, Im Prüfling 21-25, Frankfurt. „**Schmerzkonferenz**“. Auskunft Dr. med. Benedikt Eberhardt (069) 463738 oder 13376966 **2P**

08.11.2001, 20:30 – 22:00: am selben Ort. „**Weiterbildung – Die rheumatologische Tagesklinik**“ Referent: Prof. Dr. med. Kaltwasser, Frankfurt. Auskunft Dr. med. Benedikt Eberhardt (069) 463738 oder 13376966 **2P**

Psychosomatische Fortbildung

Dienstags, 14tägig, 19:30 eine Doppelstunde. Praxis Dr. med. Mario Scheib Buchenrodestr. 28, Frankfurt. **Balintgruppe**. **3P**

Samstags, monatlich, 13:00 zwei Doppelstunden. Praxis Dr. med. Mario Scheib Buchenrodestr. 28 Frankfurt. **Balintgruppe** **4P**

Jeden Monat, einwöchige Intensivseminare auf Mallorca „**Psychosomatische Grundversorgung**“, Fortführung in Frankfurt nach Richtlinien von KV und Ärztekammer für Facharzt und EBM 850/851 **65P**

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

Frankfurter Psychoanalytisches Institut e.V.

19.10.2001, 20:15, Frankfurter Psychoanalytisches Institut e.V., Wiesenu 27-29, Frankfurt. „**Philosophische Grundlagen der Psychoanalyse – Freud und Wittgenstein**“. Referent: Rudolf Bensch, Bonn Auskunft Sigrid Veith (069) 174628

25.10.2001, Ort und Zeitpunkt noch nicht bekannt, in Zusammenarbeit mit dem Sigmund-Freud-Institut. „**A Psychoanalytic Approach to Community based Violence. Prevention and Interpretation**“ Referentin: Joy D. Osofsky, New Orleans.

26.10.2001, 20:15, Frankfurter Psychoanalytisches Institut e.V., Wiesenu 27-29, Frankfurt. „**Psychoanalyse und Literatur – Der doppelte Erich, das Doppelgänger Motiv bei Erich Kästner**“. Referentin: Konstanze Zinnecker-Mallmann Auskunft Sigrid Veith (069) 174628

Balintgruppe

Montags, 14tägig, 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

Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Rhein-Main

26.10. – 28.10.2001, Flughafen Frankfurt/Rhein-Main. „1. **Spezialkurs Intensivtransport nach den Empfehlungen der DIVI**“. Auskunft Drs. P. Kessler / V. Lischke (069) 6301-5868

Berufsverband Ärztlicher Notdienst e.V., Frankfurt/M.

27.10.2001, 9:00 – 15:00, Rettungsdienstschule in der Feuer- und Rettungswache 5, Dürkheimerstr. 1-5, Frankfurt.

„**Leitlinien zur präklinischen Versorgung des Polytrauma Patienten**“
Dr. med. Peter Rupp, München

„**Narkose und Schmerztherapie bei der präklinischen Versorgung des Patienten mit einem Polytrauma**“ Dr. med. Stefan Kotum, Frankfurt/M
„**Technische Rettung einer eingeklemmten Person**“ Dieter Oberndörfer, Frankfurt/M

„**Vorführung einer technischen Rettung**“
Auskunft und Anmeldung: Dr. med. M. Rust Tel. (069) 516020 Fax: (069) 95297886, E-Mail: M.Rust@attglobal.net Teilnahmegebühr DM 100.-, AIP: DM 50.- Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. **9 P**

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 Wochenenden notwendig. Auskunft: Frau Riedel, Dr. Schulze (06196) 42505 **18 P**

Kardiologisches Centrum Frankfurt

30.11. u. 01.12.2001, Palais im Zoo. „**XIIth International Course on Interventional Cardiology**“. Leitung: Dr. Dr. J. Hasse, Prof. Dr. F. Schwarz, Dr. H. Störger. Auskunft: P. Lux (069) 94434-153

Kerckhoff-Klinik und Universität Frankfurt

31.10.2001, 18:00 – 19:30, Kurhaus Bad Nauheim, Nördlicher Park 16, Bad Nauheim. „**Die koronare Herzkrankheit, Aktueller Stand**“. Leitung: Prof. Dr. A. M. Zeiher u. Prof. Dr. Ch. Hamm, Auskunft: Prof. Dr. Ch. Hamm. (06032) 996 2202 **AIP 2 P**

Markus-Krankenhaus

24.10.2001, 12:15, Medizinische Klinik I, Wilhelm-Epstein-Str. 2, 60431 Frankfurt. „**Therapie des Diabetes mellitus Typ I**“ Referent: Prof. Dr. Rosak, Frankfurt Auskunft: Prof. Dr. K. H. Holtermüller (069) 9533 (0) 2201 + 2292

Arbeiter-Samariter-Bund

04.11. bis 11.11.2001, Ausbildungszentrum Arbeiter-Samariter-Bund, Rhönstraße 12, Offenbach. **Fachkundennachweis Rettungsdienst**. Auskunft: Tel. (069) 98 54 44 18.

10.11. und 11.11.2001, Ausbildungszentrum Arbeiter-Samariter-Bund, Rhönstraße 12, Offenbach. **ACLS-Training**. Auskunft: Tel. (0 69) 98 54 44 18.

Interdisziplinärer Arbeitskreis Onkologische Urologie

24.10.2001, 17:30 – 20:30, Städtische Kliniken Offenbach, Starkenbrunn 66, Offenbach. „**Interdisziplinärer Arbeitskreis, Onkologische Urologie (A.O.U.)**“. Leitung und Auskunft: Prof. Dr. med. Ulf W. Tunn (069) 84053840 **AIP 3 P**

Frankfurter Medizinische Gesellschaft

14.11.2001, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Typ I Diabetes mellitus, Morbus Basedow und Autoimmunthyreoiditis**“. Auskunft: Prof. Dr. T. Vogel (069) 6301 7277

Medizinische Klinik I, Hämophilie-Ambulanz der JWG-Universität

17.10.2001, 19:00, im Hörsaal II, Zentralbau der Universitätskliniken, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**1. Veranstaltung des Rhein-Main-Forums Hämostaseologie: Antiphospholipid-Syndrom (Genese, Diagnostik, klinische Manifestation und therapeutische Möglichkeiten)**“. Leitung und Auskunft Prof. Dr. I. Scharrer (069) 6301-5051

Klinik für Anaesthesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie der

JWG-Universität

10.10.2001, 18:00 – 19:30 Uhr: Kleiner Hörsaal, 1. Stock, Haus 23 A, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Was ist Anästhesie?**“ Prof. Dr. H. Schwilden, Erlangen. Auskunft: Sekretariat PD. Dr. P. Kessler. Tel. (0 69) 63 01 58 67

Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie der JWG-Universität

02.11. u. 03.11.2001, Haus 23 A, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Das kolorektale Karzinom**“. Leitung und Auskunft: Prof. Dr. Thomas J. Vogl. (069) 6301 - 7277 **AIP 12 P**

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 **2P**

07.11.2001, 16:30 – 19:30, Hörsaal der Dermatologie, Haus 21, Klinik für Nuklearmedizin Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Neue diagnostische und therapeutische Strategien in der Onkologie – Relevanz für die tägliche Praxis**“. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. F. Grünwald. Tel. (069) 6301 4330 **AIP 3 P**

Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der JWG-Universität

10.11.2001, 9:00 – 12:00, Kleiner Hörsaal 2, Gebäude 23, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Die proximale Humerusfraktur – konservative, operative oder prothetische Behandlung**“. Leitung und Auskunft: Prof. Dr. I. Marzi (069) 6301 5069 **3 P**

Medizinische Klinik IV – Funktionsbereich Nephrologie

10.10.2001, 15:30 – 16:30 Uhr: Konferenzraum 1. Stock, Raum 1h 6, Haus 23 B, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Photodynamische Therapie zur Prävention von vaskulären Restenosen**“ Dr. F. Adili, Frankfurt.

17.10.2001, 15:30 – 16:30, am selben Ort, „**Tagung der International American Society of Nephrology in San Francisco**“

24.10.2001, 15:30 – 16:30, am selben Ort, „**Hepatitis A Impfung nach Nierentransplantation bei HCV-positiven Patienten**“ Dr. J. Gossmann, Frankfurt

31.10.2001, 15:30 – 16:30, am selben Ort, „**Aktuelle Aspekte der systemischen Schmerztherapie**“ Dr. M. Zimmermann, Frankfurt

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

Klinik für Neurologie der JWG-Universität

20.10.2001, 10:00 – 17:00, Museum für Moderne Kunst, Domstr.10, Frankfurt. „**Therapie der Epilepsien: Aktueller Überblick**“. Auskunft: Dr. K. Krakow (069) 6301-7464 **AIP**

31.10.2001, 18:15, Seminarraum der Klinik für Neurologie (Haus 95), Schleusenweg 2-16, 4. Stock, Frankfurt. „**Die Tiefenstimulation des Gehirns**“. Referent: Prof. Dr. H.-J. Freund, Düsseldorf. Auskunft Prof. Dr. H. Steinmetz (069) 6301 5769

Klinik für Neurochirurgie der JWG-Universität

18.10.2001, 17:00. Hörsaal der Neuroradiologie, Untergeschoss Haus 95, Schleusenweg 2-16, Frankfurt. „**3. Radiochirurgische Konferenz**“. Auskunft R. Wolff (069) 67735910

Zentrum der Frauenheilkunde und Geburtshilfe der JWG-Universität

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.

Senckenbergisches Institut für Geschichte der Medizin

montags, 18.15 – 19.45 **Seminarsitzungen**, Senckenbergisches Institut für Geschichte der Medizin, Haus 49, Paul-Ehrlich-Str. 20-22, Eingang Vogelweidstraße, Kursraum. Auskunft: Dr. Giesela Bockenheimer-Lucius (069) 6301 6245

22.10.2001: **Einführung in die Prinzipien „mittlerer Reichweite“ Autonomie – Fürsorge – Nichtschaden – Gerechtigkeit** AIP

29.10.2001: **Das Konzept der Autonomie in der Arzt-Patienten-Beziehung** AIP

05.11.2001: **Fallbeispiel: „Mythos Autonomie?“** AIP

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

mittwochs, 16.15 – 17.45, **Ringvorlesung Konfliktfelder im klinischen Alltag**. Senckenbergisches Institut für Geschichte der Medizin, Haus 49, Paul-Ehrlich-Str. 20-22, Eingang Vogelweidstraße, Kursraum. Auskunft: Dr. Giesela Bockenheimer-Lucius (069) 6301 6245

31.10.2001: Von Stammzellen und Embryonen – Wider eine fehlgeleitete Ethik des Heilens (Stephan Sahm)

07.11.2001: Bioethik und Unbewusstes. Die manifeste und latente Bedeutung ethischer Probleme (Matthias Kettner)

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

Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft für Endokrinologie, Diabetes und Stoffwechsel

20.10.2001, 9:00 – 13:00, Kleiner Hörsaal, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Besonderheiten von Schilddrüsenerkrankungen in Schwangerschaft, Kindheit und im Erwachsenenalter**“. Auskunft Sekret. Prof. Dr. V. Usadel (069) 6301 - 5396 AIP

Gemeinschaftspraxis für Pathologie, Frankfurt am Main

10.11.2001, 9:00, St. Markus-Krankenhaus, Aula des OvL-Hauses, Wilhelm-Epstein-Str. 2, Frankfurt. „**Intensivkurs und Workshop Gynäkologische Zytologie**“. Auskunft Dr. S. Falk (069) 9514470

Frankfurter Verein für Ultraschall Diagnostik e. V.

17.10.2001, 18:00 – 19:30, Vortragssaal im Anbau, St. Markus Krankenhaus, Frankfurt. „**Sonographische Befunde der Milz**“. Prof. Dr. C. Görg, Marburg. Auskunft: Dr. W. Schley (06078) 79214

Klinikum Stadt-Hanau

15.10.2001, 16:00, Institut für Anaesthesiologie und operative Intensivmedizin, Seminarraum A-Bau, Leimenstr. 20, Hanau. „**Refresher: Eigenschaften der volatilen Anästhetika und Anästhesiegase**“ A. Balsler-Kutt. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Osswald. (06181) 2962410

22.10.2001, 16:00, Institut für Anaesthesiologie und operative Intensivmedizin, Seminarraum A-Bau, Leimenstr. 20, Hanau. „**Die elektive fiberbronchoskopische Intubation**“ K. Bress. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Osswald. (06181) 2962410

29.10.2001, 16:00, Institut für Anaesthesiologie und operative Intensivmedizin, Seminarraum A-Bau, Leimenstr. 20, Hanau. „**Anwendung und Prinzipien der kombinierten Spinal- und Epiduralanästhesie (CSE)**“ D. Schramm Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Osswald. (06181) 2962410

5.11.2001, 16:00, Institut für Anaesthesiologie und operative Intensivmedizin, Seminarraum A-Bau, Leimenstr. 20, Hanau. „**Grundlagen: Anästhesie für Schnittentbindungen**“ B. Polak Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Osswald. (06181) 2962410

17.10.2001, 16:00, Besprechungsraum der Röntgenabteilung, H-Bau, Leimenstr. 20, Hanau. „**Interdisziplinäres Onkologisches Kolloquium**“. Auskunft PD Dr. med M. Burk (06181) 296 4210

Onkologischer Arbeitskreis Hanau e.V

01.11.2001, 17:00, St. Vinzenz-Krankenhaus, Am Frankfurter Tor 25 (Cafeteria), Hanau. „**Interdisziplinäre onkologische Fallbesprechungen**“ Leitung und Auskunft: Dr. med. Lautenschläger (06181) 255535 4P

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER GIESSEN

Bezirksärztekammer Gießen und Medizinische Klinik und Poliklinik III

17.10.2001, 17.00 – ca. 20.30: Bürgerhaus Kleinlinden, Zum Weiher 33, Gießen. „**1. Gießener Endokrinologischer Abend**“ Auskunft: Prof. Dr. R. G. Bretzel (0641) 9942750 AIP 3P

Neurologische und Neurochirurgische Klinik der Justus-Liebig-Universität und Bezirksärztekammer Gießen

7.11.2001, 18:30: Hörsaal Neubau Chirurgische Klinik, Rudolf-Buchheim-Str. 7, Gießen. „**Neue Therapiemöglichkeiten beim Morbus Parkinson**“. Auskunft Dr. M. Oechsner (0641) 99-45303 AIP 2P

Schmerztherapeutisches Kolloquium Schotten e.V

17.10.2001, 18:30, Bibliothek des Kreiskrankenhauses Schotten, Außenliegend 13, Schotten. „**Interdisziplinäre Schmerzkonferenz mit Patienten-vorstellung**“. Auskunft: Dr. med Viola Rippin (06044) 610 3P

Eichhof Krankenhaus Lauterbach

17.10.2001, 19.30 Uhr: Cafeteria des Krankenhauses Eichhof, Am Eichberg 41, Lauterbach. „**Praktische Vorgehensweise bei der Therapie refraktärer Ödeme**“ Leiter: Chefarzt Dr. Jürgen Wilhelm. Auskunft: (0 66 41) 82-0 IKI AIP 2P

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Klinik Waldhof Elgershausen

09.11.2001, 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

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

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

Neurologische Klinik der Universität Gießen

27.10.2001, 10:00 – 13:00: Hotel Steinsgarten, Hein-Heckroth-Str. 20, Gießen. „**Neue Wege in der Behandlung der Multiplen Sklerose**“. Auskunft und Anmeldung: Sekretariat PD. Dr. P. Oschmann (0641) 99-45307 AIP 3P

Institut für Medizinische Informatik der Universität Gießen

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. J. Dudeck (0641) 9941351

Rehbergpark, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

07.11.2001, 15:00 – 18:00, Festsaal, Austr.40, Herbborn, „**Schwierige Kinder und Jugendliche zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugend-**

psychiatrie. Interessenkonflikte, ökonomische Konflikte, Solidarität, Subsidiarität.“ Auskunf. Dipl. Psychologe Herbert Seitz-Stroh (02772) 504266

BEZIRKSÄRZTEKAMMER KASSEL

Fachklinik für Lungenerkrankungen Immenhausen - Pneumologische Seminare -

17.10.2001, 18:00 Uhr: Fachklinik für Lungenerkrankungen, Robert-Koch-Str. 3, 34376 Immenhausen. „**Neue Leitlinien der Therapie ambulant erworbener und nosokomialer Pneumonien**“. Referent: Prof. Dr. G. Goekenjan. Auskunf: Sekretariat Prof. Dr. G. Goekenjan (05673) 5010 **AIP 2P**
3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

PET-Group Hessen

17.10.2001, 15:00 Uhr: Praxis Dres. med. Graul/Gercke/Pusch, Fürst-Friedrich-Str.

2-4, Bad Wildungen. „**PET in der Onkologie und Neurologie**“. Ansprechpartner Dr. med. Gercke, Tel. (05621-792780).

Kreiskrankenhaus Bad Hersfeld

10.10.2001, Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Seilerweg 29, Kassel. „**Grundlagen der Elektrotherapie**“. M. Kallert, Überlingen. Auskunf: Sekretariat PD. Dr. Rüdiger Volkmann. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie

10.10.2001, 15:00 – 16:30: Herkulesstr. 111, 34119 Kassel. „**Verhaltenstherapeutische Konzepte in der Behandlung depressiver Störungen**“ Frau Schröder, Kassel. Auskunf: Dr. G. Paul (0561) 31006-0

24.10.2001, 15:00 – 16:30: Herkulesstr. 111, 34119 Kassel. „**Kurzzeittherapie als systemische Intervention in der psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen**“ Herr Towhidi, Kassel. Auskunf: Dr. G. Paul (0561) 31006-0

07.11.2001, 15:00 – 16:30: Herkulesstr. 111, 34119 Kassel. „**Kinderpsychiatrische Aspekte des Aggressionsverhaltens (N.N)**“. Auskunf: Dr. G. Paul (0561) 31006-0

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: Auskunf: 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**

Kinderkrankenhaus Park Schönfeld

24.10.2001: Kinderkrankenhaus Park Schönfeld, Frankfurter Str. 167, Kassel. „**Indikationen zur Schlafdiagnostik: Medizinische Befunde und therapeutische Konsequenzen**“. Dr. med. M. Wright. Leitung und Auskunf: PD. Dr. F. K. Tegtmeyer (0561) 9285-108 **AIP 4P**

Orthopädische Klinik Kassel

7.11.2001, 19:00: Orthopädische Klinik, Wilhelmshöher Allee 345, Kassel. „**Der Schulterschmerz**“. Information und Anmeldung Prof. Dr. Siebert (0561) 3084-201
9.11. – 10.11.2001: Orthopädische Klinik, Wilhelmshöher Allee 345, Kassel. „**HWS-Refresherkurs**“. Information und Anmeldung Prof. Dr. Siebert (0561) 3084-201

Marienkrankenhaus Kassel

17.10.2001, 18:00 Uhr: Marienkrankenhaus Kassel, Marburger Str. 85. „**Moderne Entwicklungen in der Proktologie**“. PD. Dr. med. Heimbucher, Kassel. Leitung und Auskunf: PD. Dr. Konermann (0561) 8073-133

10.11.2001, 9:00 Uhr: Marienkrankenhaus Kassel, Marburger Str. 85. „**Funktionsstörungen im oberen Gastrointestinaltrakt**“. PD. Dr. med. Heimbucher, Kassel. Leitung und Auskunf: PD. Dr. Konermann (0561) 8073-133 **AIP 4P**

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**“. Auskunf: Dr. Ilsemarie Horst (0561) 314461

Hessenklinik Stadtkrankenhaus Korbach

25.10.2001, 15:00, Versammlungsraum des Stadtkrankenhauses Korbach (3. Stock), Enser Str. 19, Korbach. „**Therapie der Herzinsuffizienz**“. Prof. Dr. H. J. Gilfrich, Frankfurt. Auskunf und Anmeldung Dr. A.-W. Schneider (05631) 569 156

Akademie im Stiftshof Kaufungen

26.10. – 27.10. 2001, Stiftshof 4, Kaufungen. „**Qualität in der Psychotherapie: Indikationen, Methoden, Antragsverfahren**“ Referenten: Dr. med. S. Brose (Kassel), T. Fischer (Kassel), Dr. med. B. Schmutterer, München. Leitung und Auskunf: Dr. med. Regine Tonfeld (05605) 925627 **10P**

Ärzteverein Hofgeismar

14.11.2001, 19:00, Hotel „Zum Alten Brauhaus“, Marktstr. 12, 34369 Hofgeismar, „**Anämien**“. Dr. med. Ringewald, Auskunf: Prof. Dr. W. Vogel (05671) 5072-100

Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda

13.10.2001, 9:00 – 13:00, Hotel Kurfürst, Schloßstr. 2, Fulda. „**3. Hessisch-Thüringisches Geriatrie-Symposium in Fulda**“. Auskunf und Anmeldung Sekretariat Dr. Behringer (0661) 15501 **AIP 3P**

Klinikum Fulda

17.10.2001, 16:15: Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Ort: siehe Aushang, „**Schmerztherapie bei Kindern**“ Dr. Sittl Leitung und Auskunf: Prof. Dr. med. R. Dölp u. Prof. Dr. med. H. D. Langohr (0661) 846041 o. 845531 **2P**

31.10.2001, 16:30 Uhr: Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Hörsaal. „**Klinisch-Pathologische Konferenzen**“. AIP-Organisation und Anmeldung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Tel.: 0661/845450 **AIP**

10.11.2001, 9:00 – 16:00: Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Großer Hörsaal, „**Schmerzsymposium: Kopf- und Gesichtsschmerzen Neuropathische Schmerzen**“ Leitung und Auskunf: Prof. Dr. med. H.D Langohr u. Dr. med. Klotz (0661) 846041 o. 845531 **AIP 6P**

Schmerz-Therapie-Zentrum Rothenburg a. d. Fulda

31.10.2001, ab 16:00: Heinz-Meise-Str. 101, 36199 Rothenburg a. d. Fulda. „**Rotenburger Schmerzkonferenz (16 Uhr) und Rotenburger Qualitätszirkel Schmerztherapie (18 Uhr)**“, Auskunf: Med.-Rat Dr. med. Michael Röse, Tel.: 06623/885036 **je 4P**

Herz- und Kreislaufzentrum Rothenburg

17.10.2001, 19:30 Auditorium „**Rotenburger Gespräche**“ Auskunf: Sekretariat Prof. Dr. C. Vallbracht. Tel (06623) 88 60 10

Klinikum Fulda – Frauenklinik –

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

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER MARBURG

Klinikum der Philipps-Universität Marburg

08.11.2001, 16:30 – 18:30: Hörsaal der Pathologie, Baldinger Straße, Marburg. „**Klinisch-Pathologische Konferenz**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Roland Moll. (06421) 2862271 **AiP 3P**

03.11.2001, 9:00 – 15:30 Uhr: Klinikum der Philipps-Universität, Hörsaalgebäude 3, Baldinger Straße, Marburg. „**Rettenungsdiens 2001 – aktuelle Fragen und Perspektiven**“, Leitung: Prof. Dr. H. Wulf, Auskunft Dr. C. Kill (06421) 2865989 **AiP**

31.10.2001, 18:00 Uhr: Hörsaal des Zentrums für Nerverheilkunde, Rudolf-Bultmann-Str. 8, Marburg. „**Hysterie – somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter**“. Referent: Dr. U. Hemminger, Würzburg. Auskunft: Prof. Dr. Dr. H. Renschmidt (06421)2866471 **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

19.10. – 20.10.2001: Hörsaal 2, Klinikum Lahnberge, Baldinger Straße, Marburg. „Internationales Inkontinenz-Symposium mit Live-Operationen“. Kongreßsekretariat K. Bellof und T. Paul (06421) 286 2513

Balintgruppe

Dr. Walter Thomas Kanzow, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg Süd, Cappeler Str. 98, Marburg. Anmeldung: (06421) 404227

Marburger Bund

02.11. – 03.11.2001: Estrel Convention Center, Sonnenallee 225, Berlin. „100. Hauptversammlung des Marburger Bundes mit Öffentlicher Veranstaltung – Europa braucht humane Arbeitszeiten und mehr Patientenschutz“. Anmeldung (0221) 97316819

Krankenhaus Eschwege

17.10.2001, 19:00: Kreiskrankenhaus Eschwege, Konferenzraum. „**Diagnostik und Therapie supraventrikulärer Herzrhythmusstörungen**“. Referent: Dr. H. Krönert, Auskunft: Dr. Krönert (05651) 820 **AiP 2P**

Klinik Wildetal

20.10.2001, 9:00 – 15:00: Maritim-Badehotel, Bad Wildungen. „**Interdisziplinärer Austausch zur Vorgehensweise bei Harnwegsinfektionen**“. Auskunft und Organisation: PD. Dr. W. Vahlensieck (05621) 881032 **AiP**

BEZIRKSÄRZTEKAMMER WIESBADEN

15.10.2001, 18:00 – 19:30 Uhr: Bibliothek der Deutschen Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden. „**Interdisziplinäre Schmerzkonferenz mit Patientenvorstellungen**“. **2P**

19.45 – 21.45 Uhr: „**Qualitätszirkel Schmerztherapie**“. **2P**
Auskunft: Dr. Drechsel, DKD, Dr. Nolte, Wiesbaden. Tel. (06 11) 9 45 18 08.

16.10.2001 20.00 – 22.00 Uhr: Psychotherapeutische Praxis, DP Hans Uwe Rose, Gutenbergplatz 3, 65187 Wiesbaden „**Qualitätszirkel Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie**“ **4P**

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

Deutsche Klinik für Diagnostik

Bibliothek der Deutschen Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden, 27.10.2001, 9:30 – 12:15: Schloss Reinhartshausen, Hauptstr. 43, Eltville-Erbach. „**Rheingauer Endokrinologie Dialog 2001, Hormonsubstitution**

Alter – Mythos und Wirklichkeit“ Auskunft: Dr. C. Jaurisch-Hancke (0611) 577659 u. Prof. Dr. P.-M. Schumm-Draeger (069) 6301 5054 **AiP 3P**

11.10 – 13.10.2001, Kurhaus Wiesbaden. „**Diabetologie als interdisziplinäre Herausforderung**“. Auskunft: Dr. C. Jaurisch-Hancke (0611) 577659 **AiP 15P**

03.11.2001, Empfangshalle Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden. „**Aktuelle Aspekte der Diagnose und Therapie der Zöliakie /Sprue**“. Auskunft: Prof. Dr. Keller (0611) 577 254

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.

07.11.2001, 17.15 – 19. 15 Uhr „**Diabetes**“, Ärztehaus, Adelheidstr. 7, 65549 Limburg. Auskunft: Dr. Egbert Reichwein. Tel. (0 64 82) 20 78. **AiP 1P**

St. Josefs-Hospital

St. Josefs-Hospital, Solmsstr. 15, Wiesbaden

09.11. und 10.11.2001, in Budenheim (Mainz) „**9. Weiterbildungsseminar für Assistentinnen und Assistenten im letzten Ausbildungsjahr zur Fachärztin / zum Facharzt und für gynäkologische Fachärzte und Fachärztinnen zur Weiterbildung mit Zertifizierung**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. G. Hoffmann (0611) 177-1501

Dr. Horst-Schmidt-Kliniken

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

15.10.2001, 16:00 – 17:00: Hörsaal Pathologie, B-Trakt, 1. Stock. „**Genetisches Risiko beim Mamma- und Ovarialkarzinom**“, Referent: Dr. Kandel. Auskunft PD Dr. med du Bois (0611) 43 2377 **AiP 1P**

29.10.2001, 16:00 – 17:00: Hörsaal Pathologie, B-Trakt, 1. Stock. „**Fetometrie**“ Referenten: Dr. Beutel, OA Schütt. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Gonsler, Tel. (06 11) 43 32 06. PD Dr. du Bois **AiP 1P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

10.10.2001, 17:30 – 19:30: HSK, Hörsaal Gemeinsame Fortbildung der Neurologie der HSK, der DKD sowie der Neurochirurgie der HSK „**Chirurgische Therapie der malignen Hirntumore**“ Referent: Prof. R. Schönmayr, Wiesbaden. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. B. Weisner. Tel. (0611) 432376 **2P**

16.10.2001, 19:00 – 21:00: HSK, 2. Stock (Raum hinter dem Kasino) „**Xenon: Das Narkosemittel der Zukunft?**“ Referent: Prof. Dr. J. Baum, Damme. Auskunft, Dr. B. Pokorny (0611) 432174 **2P**

17.10.2001, 18:00 – 20:00 Uhr: HSK, Seminarraum Personalcasino „**Gastroenterologisch-viszeralchirurgisches Gespräch**“ Leitung: Prof. Dr. med. C. Ell, Auskunft, Frau Teichler. Tel. (06 11) 43 27 58. **AiP 2P**

31.10.2001, 18:15 – 20:15 Uhr: Onkologischer Schwerpunkt HSK, hinterere Räume des Personalcasinos, 2. Stock. „**Konzepte der Therapieoptimierung in lokalisierten Stadien des nichtkleinzelligen Bronchialkarzinoms**“ PD. Dr. M. Thomas. Auskunft: Sekretariat PD Dr. N. Frickhofen: Tel. (06 11) 43 33 33. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

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. Prött. 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. Gonsler. Auskunft: Dr. H. Dederichs. Tel. (06 11) 43 32 06. **2P**

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

31.10.2001, 18:00: Kurhaus Wiesbaden. „**Diagnostik und chirurgi-**

sche Therapie des Kniegelenks". Auskunft Sekretariat Prof. Dr. K. Wenda (0611) 432087 **AiP 2P**

20.10.2001, 9:15 – 15:45: HSK, Wilhelm Fresenius Klinik. „XXII. Dermatologische Kolloquium in den HSK“ Auskunft und Leitung Prof. Dr. J Metz (0611) 432432

Balintgruppe

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

Balintgruppe

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

Klinikum Weilmünster

17.10.2001, 18.00 Uhr: Neurologische Klinik Klinikum Weilmünster, Weilstraße 10. „Therapie chronischer Rückenschmerzen“ Dr. Berwanger, Bad Zwesten. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. C. Hornig. Tel. (0 64 72) 6 02 92. **AiP 1P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Asklepios Paulinen Klinik

03.11.2001, ab 9:15: Geisenheimer Straße 10, Wiesbaden „8. Wiesbadener Geriatrie Kolloquium, Geriatrie der Sinne – Sinn der Geriatrie“. Auskunft: Dr. med. W. Knauf, Tel: (0611) 8472800/02 **AiP 3P**

Medizinische Gesellschaft Wiesbaden

06.11.2001, 19.30 – 22.00 Uhr: Ärztehaus Abraham-Lincoln-Str. 36, Wiesbaden. „Colon irritabile aus internistischer und chirurgischer Sicht“ Prof. Dr. Linhart, Wiesbaden u. Prof. Dr. Raedsch, Wiesbaden Auskunft: Frau Dies oder Frau Brede. Tel. (06 11) 71 00 90 **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

SONSTIGE VERANSTALTUNGEN

Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren

07.11. – 11.11.2001, Reformhausfachakademie, Gotthische Str. 15, Oberursel. „Weiterbildungswochen II und II“. Auskunft: G. Schoch. (07441) 91 8580

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte

14.10. – 20.10.2001, „29. Herbst-Seminar-Kongress in Bad Orb“. Auskunft: Monika Zilken (0221) 683204

Orthopädische Klinik der medizinischen Hochschule Hannover

19.10 – 20.10. 2001, Kongresszentrum Bad Homburg. „5. Internationaler Operationskurs Fuß- und Sprunggelenkchirurgie“. Auskunft und Anmeldung Prof. Dr. N. Wülker (0511) 533 – 2526

Hygiene und Umwelt Forum Siegen e. V.

24.10.2001, 8:00 – 16:30, Leonhard-Gläser-Saal, Siegerlandhalle, Siegen. „9. Siegener Forum Hygiene und Umwelt im Krankenhaus“ Auskunft: Rita Kempf (0271) 2310

WGfBL e.V. Ärztgesellschaft für Gesundheitsmedizin und Prävention

10.11. – 11.11.2001, Best Western Parkhotel, Nördlicher Park 16, Bad Nauheim. „Gesundheitskongress 2001 der WGfBL und APG, Thema: Forever young an fit“. Anmeldung und Information: WGfBL (06081)7075

Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universität Mainz

9.11. – 11.11.2001, Universitätsklinik Mainz, Langenbeckstr. 1, Mainz. „Interdisziplinärer Grundkurs der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße (cw Doppler und Duplexsonographie) sowie transkraniale Dopplersonographie nach den Richtlinien der DEGUM, der KBV sowie der DGKN (24 Stunden Kategorie A)“. Auskunft und Anmeldung Dr. M. Eicke (06131)172514

Deutscher Zentralverband Homöopathischer Ärzte e. V

24.10.2001, 16:00 – 18.30, InterCityTreff / Frankfurt „Praktische Erfahrungen mit der Seghal-Methode“. Referent: Dr. Gerhardus Lang, Boll. Auskunft Harald Niklas (06400) 6087

Blutspendedienst Hessen des DRK und Städtische Kliniken Frankfurt am Main Höchst

16.11. und 17.11.2001, Institut für Laboratoriumsmedizin der Städtischen Kliniken Frankfurt - Höchst, Gemeinschaftsraum 2. OG im Hochhaus, Gotenstr. 6-8, Frankfurt-Höchst. „Fortbildungsveranstaltung für approbierte Ärzte, die die Qualifikation eines Transfusionsverantwortlichen bzw. -beauftragten anstreben.“ Information und Anmeldung: Sekretariat Prof. Dr. E. Seifried (069) 6782-201

Förderverein Gesundheitszentrum Bad Kissingen e.V

25.10. – 26.10. 2001, Hotel Landhaus Baunach, Bad Kissingen. „Fortbildung für Mitarbeiter in Dialyseeinrichtungen und Hygienefachkräfte gemäß Ziffer 5.3.7. Richtlinie RKL.“ Leitung PD. Dr. med Andreas Schwarzkopf, Gebühr DM 400.- Anmeldung und Information: (0971) 975 65 & 7850766

NACH REDAKTIONSSCHLUß EINGEGANGEN

BEZIRKSÄRZTEKAMMER FRANKFURT

Bezirksärztekammer Frankfurt und Bürgerhospital Frankfurt.

17.10.2001, 20.00: Hörsaal des Ärztehauses, Georg-Voigt-Str. 15 (Querstraße der Senckenberganlage, unmittelbar vor dem Marriott-Hotel), Frankfurt. „Arzt im Recht – Arzt im Unrecht“. Leitung und Auskunft: Prof. Dr. P. H. Althoff (069) 1500-410 **AiP 2P**

Psychosomatische Fortbildung

17./18.11.2001: Praxis Dr. med. Mario Scheib Buchenrodestr. 28, Frankfurt. „Autogenes Training für Fortgeschrittene, 8 Doppelstunden“. Leitung und Auskunft: Dr. Mario Scheib (069) 495929

Städtische Kliniken Frankfurt am Main Höchst

26.10.2001, 18.30: Seminarraum der Städtischen Kliniken Frankfurt am Main Höchst, Haupthaus 2. Stock. „Pathophysiologisch begründete Therapie des Schlaganfalls“. Auskunft und Leitung: Prof. Dr. H. Schütz (069) 3106-2931 **AiP**

St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau

24.10.2001, 14.30: Cafeteria St. Vinzenz-Krankenhaus, Am Frankfurter Tor 25, Hanau. „Qualitätszirkel Gynäkologie und Geburtshilfe Hanau, Qualitätszirkel Hanauer Frauenärzte“. Leitung und Auskunft Prof. Dr. H. Kaesemann (06181) 272-371 **4P**

Arbeitsgemeinschaft für die Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ e.V.

1. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung (insgesamt 80 Stunden), Seminar vom 18. Oktober 2001 bis 20. April 2002. 6 Samstage mit 50 Stunden Theorie unter der Leitung von Frau Dr. Herzig, Herrn Prof. Krause und Dr. Schüler-Schneider, 15 Doppelstunden kontinuierliche Balintgruppe. (komplett: Zertifizierung mit 65 Punkten), Kosten mit Balintgruppe DM 1950.-

2. Vom Erstkontakt zur Diagnose nach OPD und ICD-10 bei Psychosomatischen Patienten. Beginn 18.10.2001, 18.00, (Zertifizierung mit 9 Punkten), Kosten DM 240.-

3. Zusatzbezeichnung Psychotherapie, 3 jährige Weiterbildung, Studienbeginn Oktober 2001.

Veranstaltungsort und Anmeldungen bei allen o. g. Veranstaltungen: Praxis Dr. Schüler-Schneider, Stresemannallee 11, 60596 Frankfurt. Tel. & Fax (069) 635363

BEZIRKSÄRZTEKAMMER GIESSEN

Zentrum Kinderheilkunde und Jugendmedizin der Universität Gießen

24.10.2001, 18.00 – 19.30: Hörsaal der Kinderklinik. „**Gerinnungsstörungen im Kindesalter**“. Leitung und Auskunft: Prof. Dr. med. A. Reiter (0641) 99-43420

BEZIRKSÄRZTEKAMMER KASSEL

Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel

27.10.2001, 10.00: Neuer Hörsaal, Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel, Hansteinstr. 29, Kassel. „**Aktuelle Therapie des M. CROHN**“. Leitung und Anmeldung: Prof. Dr. R. Hesterberg, Prof. Dr. Chr. Löser (0561) 3086-421 u. 441 **AiP 3P**

Fort- und Weiterbildungsverbund Psychiatrie und Psychotherapie Nordhessen

24.10.2001, 17.00 – 18.30: Hörsaal des Klinikums Kassel, 1. Stock, Mönchebergstr. 48 e. „**Das Stigma psychischer Krankheit: Was kann man dagegen tun?**“ Prof. Dr. C. Angermeyer, Leipzig. Auskunft: Dr. med. H. Hufnagel (05624)60600

BEZIRKSÄRZTEKAMMER MARBURG

Klinikum der Philipps-Universität Marburg

17.10.2001, ab 18.00: Hörsaal der Universitäts-Frauenklinik, Pilgrimstein 3, Marburg. „**Perinatale Diagnostik und Therapie von hereditären Sklettfehlbildungen**“. Leitung und Auskunft: Dr. M. Meyer-Wittkopf (06421) 2866213

BEZIRKSÄRZTEKAMMER WIESBADEN

Deutsche Klinik für Diagnostik

Bibliothek der Deutschen Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden, 01.10.2001, 17.30 – 19.00 Uhr.: „**DKD intern**“. Dr. med. J. Seeger, Wiesbaden. Auskunft: PD Dr. med. K. Konz (0611) 5770

08.10.2001, 17.30 – 19.00 Uhr.: „**Molekularbiologische Methoden in der Hämostaseologie**“. Dr. Dagmar Westrup. Auskunft: PD Dr. med. K. Konz (0611) 5770

15.10.2001, 17.30 – 19.00 Uhr.: „**Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz mit Patientenvorstellungen**“. Auskunft: PD Dr. med. K. Konz (0611) 5770

22.10.2001, 17.30 – 19.00 Uhr.: „**Aktuelles aus der Sterilitätsdiagnostik und Therapie**“. Dr. H. Seebens, Wiesbaden. Auskunft: PD Dr. med. K. Konz (0611) 5770

29.10.2001, 17.30 – 19.00: „**Pathologische Fallkonzferenz**“, Prof. Dr. Linhart, Prof. Dr. Müller, Prof. Dr. Bettendorf. Auskunft: PD Dr. med. K. Konz (0611) 5770

Dr. Horst-Schmidt-Kliniken

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

08.11.2001, 18.00 – 20.00: Personalcasino hintere Räume. „**Leben mit Krebs – Fatigue verstehen I, Informationsabend für Menschen mit Krebs und Angehörigen**“ Referenten: Ingrid Forkmann, Dr. Ulrich Rüffer. Auskunft: Sekretariat PD Dr. N Frickhofen, Tel. (06 11) 43 32 00.

Deutscher Ärztinnenbund Wiesbaden

10.10.2001, 19.30: Hotel Oranien, Platterstr., Wiesbaden. „Bericht über den Kongress des DAB in Hannover XX – ungelöst. Die Medizin forscht für Frauen – Frauen forschen in der Medizin.“ Auskunft: Dr. Brigitte Schuler. (0611) 524320

SONSTIGE VERANSTALTUNGEN

03.10. – 07.10. 2001, Landessportschule Hessen, Otto-Fleck-Schneise 4, Frankfurt. „**Grundkurs E 2001 zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Sportmedizin, Internistische Grundlagen der sportmedizinischen Betreuung bei gesunden und chronisch kranken Menschen**“ Auskunft: P. Kreysel (069) 6705-383

05.10. – 06. 10.2001, Kurhaus/Kursaal Bad Mergentheim. „**38. Kongress der Südwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin**“. Leitung: Prof. Dr. H.-d. Bundschuh, Auskunft: Dr. Matthias Haag (07931)582104

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

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

GROSSE AUSSTELLUNG FARBDOPPLER

25 Vereine bei der Verleihung des Qualitätssiegels „Sport Pro Gesundheit“ ausgezeichnet

Am 18. August wurden in Langen 25 Sportvereine aus ganz Hessen mit dem Qualitätssiegel „Sport Pro Gesundheit“ ausgezeichnet. Die Verleihung in den Räumen der Sport- und Sänger-Gemeinschaft 1889 (SSG Langen), an der auch die damalige Hessische Sozialministerin, Frau Marlies Mosiek-Urbahn, teilnahm, war Ausdruck einer lebendigen Partnerschaft.

Nachdem der Deutsche Sportbund und die Bundesärztekammer im vergangenen Jahr die Kriterien für das Qualitätssiegel „Sport Pro Gesundheit“ festgelegt hatten, schlossen sich in Hessen Landesärztekammer, Landessportbund, Hessischer Turnverband und Hessischer Schwimmverband zur Landesarbeitsgemeinschaft „Sport Pro Gesundheit“ zusammen. Ziel des Zusammenschlusses war es, auf der Grundlage der auf Bundesebene vereinbarten Richtlinien das Siegel „Sport Pro Gesundheit“ für qualifizierte Angebote an Sportvereine zu verleihen.

Das Qualitätssiegel erleichtert Ärzten nicht nur die Suche nach qualifizierten gesundheitsfördernden Angeboten für ihre Patienten – es macht Ärzte und Sportvereine zu Partnern im Dienste der Gesundheitsförderung. Prävention durch Sport ist wesentlicher Bestandteil der ärztlichen Betreuung und Versorgung. „Eine der großen Herausforderungen der Medizin besteht darin, die sogenannten Zivilisationsschäden zu erkennen und zu behandeln. Herz-Kreislauf-Erkrankungen stehen ganz oben auf der Liste der möglichen Todesursachen“, erklärte Dr. med. Alfred Möhrle, Prä-



Verleih des Qualitätssiegels „Sport Pro Gesundheit“ am 18. 8. in Langen.
links: Dr. Rolf Müller, 2. von links: Marlies Mosiek-Urbahn, rechts: Dr. Alfred Möhrle

sident der Landesärztekammer Hessen, in Langen.

Neben falscher Ernährung trage mangelnde Bewegung entscheidend zu diesen Erkrankungen bei: „Sport kommt deshalb in wachsendem Maße eine präventive und therapeutische Funktion zu: Eine Tatsache, die jeder Arzt – noch stärker als bisher – in Behandlung und Beratung seiner Patienten mit einbeziehen muß.“ Gerade in einer Zeit magerer finanzieller Ressourcen, in der sich das Gesundheitswesen wandle und die gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr in der Lage seien, für alle medizinischen Leistungen zu zahlen, erhöhe sich der Stellenwert der individuellen Gesundheitsvorsorge.

Daß körperliche Betätigung aber auch Spaß machen muß, um dauerhaft Erfolge zu erzielen, hoben Dr.

med. Alfred Möhrle, und Dr. Rolf Müller, Präsident des Landessportbundes Hessen, in ihren Reden hervor. Durch das Vereinsleben bieten Sportvereine eine Kombination von sportlichen Aktivitäten und sozialen Kontaktmöglichkeiten; sie eignen sich daher besonders gut dazu, Sportmuffel in Sportfreunde zu verwandeln. Die freundliche, gelöste Atmosphäre bei der Verleihung des Qualitätssiegels an versierte Übungsleiter der 25 Sportvereine war ein Ausdruck jener positiven und zugleich qualitätsbewußten Einstellung zum Sport.

Die Landesärztekammer Hessen wird zu Ihrer Information eine Liste der mit dem Qualitätssiegel ausgezeichneten Vereine auf ihrer Homepage www.laekh@laekh.de einstellen.

Katja Möhrle

Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich erhielt das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse

Am 11. September wurde die Ärztin und engagierte Berufspolitikerin, Frau Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse geehrt. 50 Jahre Bundesverdienstkreuz: Aus diesem Anlaß zeichnete der hessische Ministerpräsident Roland Koch in Wiesbaden insgesamt 11 Ordensträger aus. Frau Dr. Hasselblatt-Diedrich, die bis zu ihrer Pensionierung in diesem Jahr Chefärztin der Chirurgie im Krankenhaus Frankfurt-Sachsenhausen war, gehörte lange Jahre dem Präsidium der Landesärztekammer Hessen an und steht u.a. seit 1988 als Vorsitzende an der Spitze des hessischen Hartmannbundes.



Bundesverdienstkreuz am 11. 9.
links: Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, rechts: Ministerpräsident Roland Koch

Mobbing

macht krank. Nicht nur Hausärzte werden wegen schwerwiegender Streßsymptome, Depressionen und Ängsten von Betroffenen konsultiert. Auch Allgemeinärzte/innen, Fachärzte/innen, Betriebs- und Werksärzte/innen etc. sind Anlaufstellen. In der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim

**findet am 13. Oktober 2001 von 8:30 bis 18:00 Uhr die Tagung:
Mobbing - erkennen - helfen - vorbeugen statt.**

Veranstalter: Verein für Arbeitsschutz und Gesundheit durch systemische Mobbingberatung und Mediation e.V. (mobbing-net.de). Kooperationspartner sind u.a. das Hessische Sozialministerium, die Landesärztekammer Hessen, das Hessische Sozialministerium und die Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V. (HAGE).

8:30 BEGRÜßUNG

9:00 **Einleitung der Tagung:** Staatssekretär Karl-Winfried Seif, Hess. Sozialministerium,
Dr. med. Michael Popovi?, Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen

ab 09.45 ERKENNEN

u.a. : „Syst. Sichtweise von Mobbing und Gefährdungsbeurteilung auf betriebl. Ebene“, Thomas Böcker, Dipl.-Päd., Dipl.-Psych. , Frankfurt/M

ab 11:45 HELFEN

u.a. : „Mobbingbetroffene in der Arztpraxis“, Dr. med. Sabine Braumann, Ärztin, Hannover

13.40 „Medizinische Begutachtung von Mobbing-Betroffenen“, Dr. med. Dieter Groeblinghoff, Hamburg

ab 14.15 BERATUNG UND REHABILITATION

u.a. „Systemische Mobbingberatung“, Beate v. Eisenhart-Rothe, Dipl. Päd., Supervisorin, Hannover

ab 15.45 VORBEUGEN

u.a. „Mobbingprävention und Wandel im Arbeitsschutz“, Jörg Hensel, Sicherheitsingenieur, Kiel

Anmeldungen bitte an: mobbing-net.de, Darmstädter Landstr. 119, 60598 Frankfurt/M.
Teilnahmekosten: 150 DM

„Häusliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen“

Interdisziplinärer Arbeitskreis in Hessen aktiv

6 bis 10% aller Frauen werden jährlich Opfer häuslicher Gewalt (Abschlussbericht der Expertengruppe des Europarates zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen); die Bundesregierung geht von noch größeren Zahlen aus. Unter „häuslicher Gewalt“ werden Gewalttaten gezählt, die im „sozialen Nahbereich“ –in der Familie und dem näheren sozialen Umfeld– geschehen. Gemeint sind alle Formen der physischen, sexuellen, psychischen, sozialen und emotionalen Gewalt.

Allein auf Strafverfolgung zu setzen dürfte ein Trugschluß sein. Weniger als 10% der Taten kommen zur Kenntnis von Polizei und Staatsanwaltschaft. Die Ordnungsbehörden werden meist erst nach mehreren Gewalttaten zur Hilfe gerufen- und erfahren dann nur von einem Bruchteil

des eigentlichen Gewaltgeschehens.

Noch ist die Rolle des Gesundheitswesens als Interventionsinstanz nicht stark ausgeprägt. Nur bei einem geringen Anteil von Frauen wird Gewalt als Ursache von Verletzungen und gesundheitlichen Problemen erkannt. Vertraut sich ein Opfer einer fremden Person an, so ist dies allerdings am ehesten (in 30% der Fälle) eine Ärztin oder ein Arzt.. Uns Ärztinnen und Ärzten kommt also eine entscheidende Rolle bei der Aufdeckung häuslicher Gewalt und vor allem bei der weiterführenden Unterstützung der Betroffenen zu.

Bereits 1999 wurde durch die Bundesregierung 1999 einen Aktionsplan zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen initiiert. Zur Unterstützung dieses Planes haben in den Bundesländern verschiedene Arbeits-

gruppen und Initiativen ihre Tätigkeit aufgenommen oder verstärkt. In Berlin wurde am Universitätsklinikum Benjamin Franklin das Projekt S.I.G.N.A.L. gestartet. Ziel des wissenschaftlich begleiteten Projektes ist die Schulung des medizinischen und pflegerischen Personals im Krankenhaus, um durch Steigerung der Sensibilität für das Gewaltproblem eine Versorgung der mißhandelten Frauen zu erreichen, die über die symptomatische Behandlung hinausgeht.

Ein in Hessen gegründeter interdisziplinärer Arbeitskreis (Vertreterinnen des hessischen Sozialministeriums, Frauenhilfeeinrichtungen, Deutscher Ärztinnenbund) möchte mit verstärkter Aufklärungsarbeit bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Klinik und Praxis eine grössere Kompetenz in der Gewaltintervention bei häuslicher Gewalt erreichen. Mittels interdisziplinärer Vernetzung soll die medizinische und psychosoziale Versorgung der Betroffenen verbessert werden.

Am 22. Oktober 2001 wird im hessischen Sozialministerium ein Fachgespräch des hessischen Arbeitskreises mit Vertreterinnen des SIGNAL-Projektes stattfinden. Hierzu, sowie zu einer Mitarbeit im Arbeitskreis sind interessierte Kolleginnen und Kollegen herzlich willkommen.

Anzeige



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

Die in Heft 9/2001 auf Seite 465 entstandenen Tippfehler in der Anzeige des Kunden E/K/A, beruhen auf einem EDV Fehler. Wie bitten dies zu entschuldigen.

Nähere Informationen unter:
Hessisches Sozialministerium
Abteilung Frauenpolitik
Nancy Gage-Lindner
Tel. 0611/8172473
Fax. 0611/8908410
n.gage-lindner@hsm.hessen.de



Sterbehilfe vor dem Hintergrund juristischer Beurteilung - der Versuch begrifflicher Abgrenzung

Erregte Diskussionen in jüngster Vergangenheit in der Öffentlichkeit, aber auch - und insbesondere dort - in der Ärzteschaft über ärztliches Handeln am Endpunkt des Lebens, werfen immer wieder die Frage auf, was unter der sogenannten Sterbehilfe in juristischer Hinsicht zu verstehen ist. Da wird kontrovers diskutiert, was ärztlich-ethisches Handeln zur Sterbebegleitung eines unheilbar Kranken sein muß und in welcher rechtlichen Grauzone sich dabei der Arzt befindet.¹⁾

Daß das Thema erneut in Juristenkreisen erörtert wird, nachdem es lange Zeit nur in der Ärzteschaft und unter Theologen diskutiert wurde, ist auf die mediale Öffentlichkeit zurückzuführen, die auf die geänderte Rechtslage in unserer Nachbarschaft, den Niederlanden, aufmerksam macht. Danach ist eine Sterbehilfe unter den Bedingungen einer ausweglosen Lage, unerträglichem Leiden, freiem reiflich erwogenem mehrfach geäußerten Sterbewunsch, einer Diagnose eines zweiten Arztes und der Zustimmung durch eine regionale, mit einem Juristen, einem Arzt und einem Ethiker besetzten Kommission zulässig, wobei kein Arzt zur Sterbehilfe gezwungen werden kann. Anschließend muß eine Meldung an die staatliche Behörde erfolgen, die den Fall überprüft.²⁾

Diese scheinbar liberale Rechtslage nunmehr in direkter Nachbarschaft, in einem Land, zu dem viele Menschen hierzulande Beziehungen haben, zwingt, anders als das ferne Australien, in dem partiell die Sterbehilfe ebenfalls legalisiert wurde, nach der Diskussion der Theologen und Ärzte nunmehr auch die Juristen, jetzt wieder zur Sterbehilfe Stellung zu beziehen.³⁾

Trotz der in der Ärzteschaft beklagten Rechtsunsicherheit ist die derzeitige Rechtslage dennoch überschaubar

und die sogenannte Sterbehilfe systematisch in das deutsche Strafrecht eingebettet.⁴⁾ Allerdings trägt die Vielzahl der in den Diskussionen aufgeworfenen Begriffe einer „aktiven, aktiv indirekten“ oder „direkten“ und „passiven Sterbehilfe“ und der historisch geprägte und dadurch vorbelastete Begriff der Euthanasie nicht gerade zur Klarheit bei.

So wird behauptet, daß passive und aktive Sterbehilfe in der Praxis nicht scharf voneinander getrennt werden können und die juristische Abgrenzung zwischen „direkt und indirekt, Wollen und Inkaufnehmen, Tun und Unterlassen“, in einem Graufeld verschwimmen.⁵⁾

Es bedarf also der Abgrenzung der einzelnen in den Diskussionen verwandten Begriffe.

Sterbehilfe kann dabei als der allgemeinverständliche Oberbegriff für die gezielte schmerzlose Tötung oder Beschleunigung des Todesintritts gelten, wobei die Tathandlung mit dem Ziel des Tötens auch durch Unterlassen von Maßnahmen der Lebensverlängerung erfolgen kann. In den bedeutenden juristischen Kommentaren zum Strafgesetzbuch regelmäßig in den Vorbemerkungen zu § 211 StGB, also Mord, behandelt, drückt schon dies eine Wertentscheidung der Juristen aus, wo sie die Sterbehilfe juristisch systematisch plaziert wissen wollen.⁶⁾ Systematischer ist es, das, was ärztlicher- und theologischerseits unter Sterbehilfe verstanden wird, juristisch bei § 216 StGB, „Tötung auf Verlangen“, anzusiedeln. Danach ist unter Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis 5 Jahren gestellt, wenn jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden ist. In der juristischen Literatur gehört diese Norm als unselbständige Privilegie-

rung zu dem Grundtatbestand des § 212 StGB, des Totschlags, teilweise auch als selbständige Privilegierung zu den Tötungsdelikten insgesamt, also auch zu Mord. Die Rechtsprechung behandelt § 216 StGB dagegen als selbständiges Tötungsdelikt und nicht als Privilegierungstatbestand zu §§ 211 ff. StGB.⁷⁾

Wichtig ist diese Frage dafür, wie der Täter und der Teilnehmer an der Tat (der Gehilfe), beim Zusammentreffen beispielsweise mit den spezifischen Mordmerkmalen zu bestrafen sind. Folgt man der Ansicht der Rechtsprechung, gilt für den Täter aus Gründen der Spezialität der § 216 StGB ausschließlich, auf die allgemeinen Tötungsdelikte des Totschlags und des Mordes darf dann nicht zurückgegriffen werden.

Für den Teilnehmer an der Tat des Tötens auf Verlangen wird es dann spannend, da sich dieses Delikt mit seinen Täter- und nicht tatbezogenen Merkmalen konsequenterweise nur auf den persönlich beschränkten Täterkreis bezieht und ihm als Teilnehmer nicht zugute kommen kann. Der Teilnehmer ist dann so zu bestrafen, wie es der Täter würde, wenn es eben den privilegierten Tatbestand des § 216 StGB, der Tötung auf Verlangen, nicht gäbe. Handelt es sich dabei um Mord, so käme für den Teilnehmer allenfalls die Strafmilderung nach § 28 Abs. 1 StGB i.V.m. § 49 Abs. 1 StGB in Betracht. Danach wird beim Fehlen besonderer persönlicher Merkmale beim Teilnehmer, die aber die Strafbarkeit des Täters begründen, die Strafe des Teilnehmers, also des Anstifters oder des Gehilfen, gemildert. Dies ist immerhin beispielsweise anstelle der lebenslangen Freiheitsstrafe nur eine darunterliegende Freiheitsstrafe, allerdings nicht unter drei Jahren und bei einer



zeitlich festgelegten Freiheitsstrafe darf höchstens auf Dreiviertel des angeordneten Höchstmaßes erkannt werden.

Diese trockenen juristischen Überlegungen, angewendet auf einen praktischen Fall, bedeuten: Wenn ein Arzt beispielsweise zwar den Patienten auf dessen ernstliches Verlangen, aber trotzdem auch aus Habgier, einem Mordmerkmal, tötet und ihm die Krankenschwester, ohne habgierig zu sein, dabei behilflich ist, der Arzt, trotz der festgestellten Habgier, nur aus § 216 StGB, der Tötung auf Verlangen, und nicht etwa wegen Mordes, zu bestrafen ist. Die Krankenschwester wäre dagegen nach der Rechtsprechung wegen Beihilfe zum Mord zu bestrafen, allerdings mit der beschriebenen Milderung, weil ihr zugute gehalten werden kann, daß bei ihr gemäß § 28 Abs. 1 StGB besondere persönliche Merkmale, die die Strafbarkeit des Täters begründeten, nämlich Habgier, bei der Tatbegehung fehlten. Die juristische Lehre würde zur Auffassung gelangen, daß Beihilfe zum Totschlag vorläge und über § 28 Abs. 2 StGB das Fehlen des persönlichen Mordmerkmals - Habgier - zu berücksichtigen wäre. Diese Norm sagt nämlich, daß, wenn das Gesetz bestimmt, daß besondere persönliche Merkmale die Strafe schärfen oder mildern, dies nur für den Beteiligten gilt, bei dem sie vorliegen. Das heißt, sie wäre Gehilfin eines Totschlages und nicht eines Mordes.⁸⁾

Bleiben wir aber bei dem Täter, der nach unserem Strafgesetzbuch bei der Tötung auf Verlangen privilegiert ist, weil die Mitleidsmotivation als schuld-mindernde Konfliktslage Berücksichtigung finden muß und damit zu einem täterbezogenen Merkmal i. S. des § 28 Abs. 2 StGB führt.

Voraussetzung dafür, daß der Täter in den Genuß dieses privilegierten Straftatbestandes kommt, ist, daß er durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tat bestimmt worden ist. Dabei muß das Verlangen mehr sein als die bloße Einwilligung in das Geschehen. Der Täter muß vielmehr gerade durch den Wunsch des

Opfers zur Tat bestimmt worden sein, auch wenn der Anstoß zum Geschehen vom Täter ausgegangen sein sollte. Es genügt ein „Bestimmen“ zur Tat, wie es § 26 StGB dem Anstifter zu einer vorsätzlichen Tat zuschreibt.

Das Verlangen selbst muß ausdrücklich, das heißt unmißverständlich, zum Ausdruck gebracht werden. Dies kann aber beispielsweise auch durch unzweideutige Gesten oder gar nur in Frageform geschehen.⁹⁾

Das Verlangen muß ernstlich gewesen sein, was bedeutet, daß es einem frei verantwortlich gefaßten Entschluß entspringt, was nicht bei Geistes- oder an schweren Depressionen Erkrankten oder auch Betrunkenen der Fall ist. Was jetzt in die Diskussion gerät, ist auch die Sterbehilfe gegenüber Kindern, was an dieser Stelle wegen des nicht möglichen frei verantwortlich gefaßten Entschlusses als nicht zulässig verneint werden muß, abgesehen davon, daß es auch bei dem Vorliegen einer elterlichen Zustimmung wegen des Verstoßes gegen Verfassungsgrundsätze nicht möglich sein darf.¹⁰⁾

Der freie Entschluß muß einer vorher fehlerfreien Willensbildung folgen, das heißt, selbstverständlich frei von Täuschung, Zwang und Irrtum sein. Vorliegen muß des weiteren die für die Erkennung der Tragweite erforderliche natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit. Dies hat der BGH beispielsweise in dem Fall einer schweren krankhaften seelischen Störung verneint, nachdem die Sachverständigen dem Opfer bescheinigten, daß bei ihr „der Lebensstrom mit krankhaft elementarer Wucht versiegt“ sei und ihre Erlebnis- und Wahrnehmungsfähigkeit „eingengt, verzerrt und von der zwanghaften Grundidee beherrscht gewesen sei, das Leben auf irgendeine Art und Weise los zu werden“ und diese Zwangsidee an die Stelle eines „defektfreien Willens getreten“ sei.¹¹⁾ Zur Tat bestimmt wird der Täter, wenn für ihn das Verlangen des Getöteten der bestimmende Tatantrieb war, selbst wenn auch noch andere Gründe, wie unter Umständen die Entlohnung der Tat da-

bei mitspielen, nicht aber, wenn der Täter schon vor dem Verlangen nach Tötung zur Tat entschlossen war. Geht der Täter irrtümlich davon aus, daß das Opfer getötet werden will, mißverstehen er beispielsweise scherzhafte Äußerungen oder eine zweideutige Geste als ernstliches Verlangen, so unterliegt er dem Spezialfall des Tatbestandsirrtums gemäß § 16 Abs. 2 StGB, wonach derjenige, der bei Begehung der Tat irrig Umstände annimmt, welche den Tatbestand eines milderen Gesetzes verwirklichen würden, nur wegen vorsätzlicher Begehung nach dem milderen Gesetz bestraft werden kann, so daß er sich auch dann nur wegen Tötens auf Verlangen strafbar gemacht hätte.

Kommen wir jetzt zur Abgrenzung der Tötung auf Verlangen von der Beihilfe zum Selbstmord.

Anders als nach Artikel 115 des Schweizerischen Strafgesetzbuches, wonach derjenige mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren bestraft wird, der aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, geht unser Strafrecht zwar in Außerachtlassen christlicher Wertvorstellungen, aber dennoch mit einer gewissen Logik davon aus, daß die Selbsttötung, schon weil man bei Vollendung der Tat den Täter nicht bestrafen kann, straflos sein muß. Dies ergibt sich formalistisch auch daraus, daß die Tötungsstraftatbestände unseres Strafgesetzbuches die Tötung eines anderen Menschen voraussetzen.¹²⁾

Mit juristischer Logik wird dann auch die Beihilfe zu einer nicht strafbaren Haupttat ebenso als straflos angesehen.

Die Abgrenzung der straflosen Beihilfe zum Selbstmord zur privilegierten aber dennoch strafbaren Tötung auf Verlangen ist schwierig und kann nur logisch abstrakt begriffen werden, in dem man mindestens drei Fallgruppen unterscheidet:

Ist erforderlich, daß das Opfer selbst noch tätig wird, nachdem der zur Tötung Aufgeforderte bereits gehandelt hat, wenn beispielsweise das tödliche Medikament dem Opfer hingelegt wird,



das Opfer dieses Medikament danach dann selbst einnimmt, so muß nach allen Auffassungen von strafloser Selbstmordbeihilfe ausgegangen werden. Übrigens im Ergebnis nicht anders wäre die Rechtslage, wenn der Arzt nicht vorsätzlich, sondern fahrlässig, das heißt, unter Verletzung der objektiv gebotenen Sorgfaltspflicht das tödliche Medikament bei einer schwererkrankten suizidgefährdeten Person hätte liegen lassen. Der BGH hat im Falle eines Polizisten, der seine Dienstpistole unbeaufsichtigt in Reichweite der zu Depressionen neigenden Partnerin liegen ließ, diesen nicht wegen fahrlässiger Verursachung des Selbstmordes nach § 222 StGB (fahrlässige Tötung) verurteilt.¹³⁾

Nimmt der vom Opfer zur Tötung Aufgeforderte selbst die unmittelbar zur Tötung führende Handlung vor, das heißt, verabreicht er z. B. die Tötungsspritze selbst, so handelt er tatbestandlich nach § 216 StGB und ist wegen Tötens auf Verlangen zu bestrafen.

Problematisch sind die Fälle, in denen zwar nach der letzten Handlung des dazu Aufgeforderten kein eigenes aktives Verhalten des Opfers mehr erforderlich ist, dieses aber in der Hand hat, sich endgültig dem Todeseintritt zu entziehen, also letztlich bis zum Schluß die Freiheit über Tod oder Leben behält, wenn beispielsweise das Opfer noch aus dem Kraftfahrzeug aussteigen könnte, in das der Täter bei dem geplanten Doppelselbstmord die Auspuffgase einleitet, wie der BGH in einer berühmt gewordenen Entscheidung zu beurteilen hatte.¹⁴⁾ Dann kommt es nach der Rechtsprechung darauf an, wer nach dem Gesamtplan das zum Tode führende Geschehen tatsächlich beherrscht hat. Sollte der zum Töten Beauftragte bis zum Schluß aktiv auf den Erfolg, das heißt den Tod, hingewirkt - in unserem Beispiel das Gaspedal durchgetreten - und das Opfer aus dessen Hand, wie es in dem zitierten Urteil heißt, „dulnd empfangen“ haben, so muß der Täter gemäß § 216 StGB bestraft werden, selbst wenn das Opfer sich hätte entziehen können. Anders wäre der Fall nur, wenn der Täter nur einen auf den Tode vorbereitenden

Tatbeitrag geleistet hätte, in unserem Beispiel das Fahrzeug angelassen, aber nichts weiter unternommen hätte. In der juristischen Lehre kommt man im wesentlichen zum gleichen Ergebnis, wenn man auch statt des Kriteriums der Beherrschung des Tatgeschehens darauf abstellt, wer die Entscheidung über Leben und Tod behalten hat. Eine weitere Auffassung stellt darauf ab, ob das Opfer sich auf die bloße „Anstiftung“ im Sinne von § 26 StGB beschränkt hatte, was dann zur Strafbarkeit nach § 216 StGB führt, oder ob an der eigenen Selbsttötung aktiv mitgewirkt wurde, was dann straflose Selbstmordbeihilfe bedeuten würde.¹⁵⁾

Wendet man jetzt diese zuletzt entwickelten Abgrenzungskriterien auf die sogenannte Sterbehilfe an, so ist zunächst einmal konsequenterweise zu fragen, ob überhaupt eine feststellbare Lebensverkürzung bewirkt wurde. Wenn es durch das Tätigwerden des Arztes nicht zu einer Lebensverkürzung kommt, muß ein Tötungsdelikt verneint werden, da lediglich nur „Hilfe im Sterben“ gewährt wurde, wodurch sich beispielsweise durch Medikamentengabe der sonst zu erleidende Todeskampf in ein sanftes Hinüberschlummern gewandelt hat. Hier fehlt es an einer vom Arzt kausal herbeigeführten zurechenbaren Verursachung des Todes. Dies ist straflos, selbst wenn die Verabreichung des Mittels zu einer Bewußtseinsstrübung führt, ja im Gegenteil, wird diese Hilfe dem Schwerleidenden vorenthalten, so macht sich der verantwortliche Arzt unter Umständen wegen einer Körperverletzung durch Unterlassen strafbar.¹⁶⁾

Unterscheiden wir im Gegensatz dazu den Fall, daß eine Handlung oder ein Unterlassen des Arztes zu einer feststellbaren Lebensverkürzung geführt hat, so muß weiter differenziert werden zwischen der Sterbehilfe durch aktives Tun oder durch Unterlassen. Diese Unterscheidung korrespondiert mit den in der öffentlichen Diskussion verwendeten Begriffen „aktive“ und „passive“ Sterbehilfe.¹⁷⁾ Sterbehilfe durch aktives Tun, also beispielsweise das Verabreichen der Tötungsspritze, ist - wie dargestellt -

grundsätzlich strafbar; entweder gemäß § 216 StGB oder wegen Totschlags gemäß § 212 StGB, je nachdem, ob der Arzt vom Todgeweihten ernstlich und ausdrücklich zur Tat bestimmt wurde oder nicht. Wenn es sich aber bei der beispielhaft genannten Tötungsspritze um eine schmerzlindernde Medikation handelte, die dem Kranken bei langanhaltenden, hochgradigen Schmerzen verabreicht wurde, um dessen Schmerz zu lindern und wenn dabei eine Lebensverkürzung die unbeabsichtigte, unvermeidbare Nebenfolge dieser schmerzlindernden Maßnahme war, so bleibt der handelnde Arzt straffrei. Diese Form der Sterbehilfe wird auch als indirekte Sterbehilfe bezeichnet.¹⁸⁾ Begründet wird dies damit, daß zwar der Tatbestand erfüllt ist, aber der Arzt in einem solchen Fall wegen Notstands gerechtfertigt ist. Notstand ist ein Zustand gegenwärtiger Gefahr für rechtlich geschützte Interessen, der nur durch die Verletzung anderer rechtlich geschützter Interessen abgewendet werden kann. Der Grundgedanke des rechtfertigenden Notstandes ist, daß die Wahrung eines höherrangigen Interesses zu Lasten eines als niedriger bewerteten Interesses gerechtfertigt ist. Der BGH hat hierzu ausgeführt, daß die Ermöglichung eines würdigen Todes ein höheres Rechtsgut darstelle als die Aussicht, unter schwersten Vernichtungsschmerzen noch kurze Zeit länger zu leben.¹⁹⁾

Ebenso kann auch der Rechtfertigungsgrund des sogenannten erlaubten Risikos angenommen werden. Diese Rechtsfigur umschreibt Verhaltensweisen, die zwar generell für die Gemeinschaft gefährlich und daher nicht sozialadäquat sind, die aber deshalb kein strafbares Unrecht darstellen, weil sie sich entweder völlig im Rahmen der für dieses Verhalten aufgestellten Regeln bewegen, oder die im Hinblick auf die Wahrung eines höherrangigen sozialen Zwecks hingenommen werden müssen.

Straflosigkeit wird ebenso bei der lebensverkürzenden Sterbehilfe durch Unterlassen angenommen, da nach der Rechtsprechung keine Pflicht zur Lebensverlängerung bei einem unheilbar unter schweren Schmerzen leidenden



Kranken bestehen soll. Strafrechtler unterscheiden in diesem Zusammenhang zwischen echten und unechten Unterlassungsdelikten. Echte Unterlassungsdelikte sind die, die schon nach dem Wortlaut des Straftatbestandes im Unterlassen einer vom Gesetz geforderten Tätigkeit strafbares Verhalten annehmen, wie beispielsweise beim Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung. Im Gegensatz dazu geht bei den unechten Unterlassungsdelikten der Straftatbestand von einem positiven Tun aus, so daß der Unrechtsgehalt nur darin besteht, daß der Erfolg trotz Bestehens einer Erfolgsabwendungspflicht nicht abgewendet wird, wie § 13 StGB zum Ausdruck bringt. Voraussetzung dafür ist willentliches Untätigbleiben und, daß das Unterlassen für den Erfolgseintritt ursächlich gewesen sein muß. Ursächlich ist dann ein Verhalten, wenn es im Unterlassensfalle nicht hinzugedacht werden kann, ohne daß der Erfolg entfiel. Ob der Täter eine Rechtspflicht zur Erfolgsabwendung hat, richtet sich danach, ob er eine sogenannte Garantstellung für das gefährdete Rechtsgut innehatte. So folgt beispielsweise aus der zivilrechtlichen Personensorgepflicht der Eltern gegenüber dem Kind, daß eine konkrete Schutzpflicht der El-

tern für die Rechtsgüter des Kindes besteht.²⁰⁾

Weiter kann sich eine Garantspflicht aus tatsächlicher Gewährübernahme aufgrund eines Vertrages oder freiwilliger Übernahme aufgrund besonderer außervertraglicher Vertrauensverhältnisse ergeben.

Garantenpflicht besteht auch für den, der durch sein Handeln oder pflichtwidriges Unterlassen die Gefahr für den Eintritt der schädlichen Folge begründet oder erhöht hat und daher verpflichtet ist, den drohenden Schaden zu verhindern, wenn beispielsweise jemand ein Hindernis auf der Fahrbahn hinterläßt und dadurch ein Mensch zu Tode kommt, macht sich der Täter wegen Unterlassens schuldig. Das heißt, auf den Fall des Arztes übertragen, der mit dem todkranken Patienten einen Behandlungsvertrag geschlossen hat, und der deswegen Garant für die Erfolgsabwendung von Schäden beim Patienten geworden ist, kann diese Garantstellung trotzdem nicht so weit gehen, daß ihm eine Rechtspflicht obliegt, eine Verlängerung eines ohnehin qualvoll verlöschenden Lebens unter allen Umständen zu versuchen.²¹⁾ Der BGH bewertet die Ausschöpfung in-

tensiv-medizinischer Technologie gegen den erklärten bzw. mutmaßlichen Willen des Patienten sogar als rechtswidrig.²²⁾ Dem sozialen Sinngehalt nach ist dabei auch ein Abschalten von Beatmungs- oder ähnlichen lebenserhaltenden technischen Apparaten als ein Unterlassen im Rechtssinne anzusehen.²³⁾ Grundsätzlich ist es nämlich bedeutungslos, ob das Sterben bereits durch die Nichtaufnahme oder erst durch Abbruch einer zuvor begonnenen Behandlung erfolgt, denn wenn der Arzt von einer Behandlungsaufnahme absehen darf, so muß er sie auch straflos beenden dürfen. Allerdings bleibt davon unberührt die Pflicht, auch einem solch Sterbenskranken die Grundernährung und die Basispflege, wie sie jedem hilfsbedürftigen Menschen zusteht, zukommen zu lassen. Darüber hinaus ist es dann unerheblich, ob das Sterben durch Verzicht auf Überführung beispielsweise in eine Intensivstation oder durch Abbruch einer bereits begonnenen Therapie oder durch Nichtbehandlung einer interkurrenten Krankheit (beispielsweise bei einer Lungenentzündung eines Apallikers) beschleunigt wird.²⁴⁾

Unabhängige Voraussetzung einer lebensverkürzenden Sterbehilfe ist freilich das tatsächliche oder - bei Unaussprechbarkeit - mutmaßliche Einverständnis des Moribunden. In diesem Zusammenhang könnten als Anhaltspunkt dem Arzt die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung dienen. Diese zeigen auf, wie der tatsächliche oder mutmaßliche Wille des Patienten ermittelt werden sollte, und die sich hinsichtlich der unter Umständen einzuholenden vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung eines Behandlungsabbruchs auf die Rechtsprechung des OLG Frankfurt zu § 1904 BGB stützt, falls beispielsweise eine gültige, den Willen des Patienten dokumentierende Patientenverfügung nicht vorliegt.²⁵⁾

Nach dieser Norm bedarf es der Genehmigung des Vormundschaftsge-

Zusammenfassung

- Juristischer Ausgangspunkt der Sterbehilfe muß die Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) als selbständiges Tötungsdelikt sein.
- Sie privilegiert den Täter und mildert die Strafe für den Teilnehmer an der Tat.
- Sie grenzt sich ab von der straflosen Beihilfe zum Selbstmord.
- Strafloze Beihilfe zum Selbstmord liegt vor, wenn das Opfer, der unheilbare Kranke, es in der Hand hat, sich dem Tode zu entziehen und das zum Tode führende Geschehen tatsächlich bis zum Schluß beherrscht.
- Aktive Sterbehilfe ist daher gemäß § 216 StGB strafbar mit der Ausnahme, daß wenn die Lebensverkürzung die unbeabsichtigte unvermeidbare Nebenfolge schmerz-lindernder Maßnahmen darstellt, der Täter wegen Notstandes gerechtfertigt ist (sogenannte indirekte Sterbehilfe).
- Lebensverkürzende Sterbehilfe durch Unterlassen (sogenannte passive Sterbehilfe) kann straflos sein, da es keine Rechtspflicht geben kann, ein qualvoll verlöschendes Leben zu verlängern, wobei auch ein Abschalten lebenserhaltender Apparate als ein Unterlassen im Rechtssinne bewertet wird.
- Liegt keine Patientenverfügung vor und ist der mutmaßliche Wille des Todkranken nicht zu ermitteln, kann die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts gemäß § 1904 BGB eingeholt werden (streitig).



richts, wenn der Betreuer u. a. in einen ärztlichen Eingriff eingewilligt hat und wenn die begründete Gefahr besteht, daß der Betreute aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. In analoger Anwendung wird diese Vorschrift seitens des OLG Frankfurt und des Landgerichts Duisburg entsprechend auf den Fall eines beabsichtigten Behandlungsabbruchs angewendet.²⁶⁾

Begründet wird die Analogie mittels eines „erst recht“ Schlusses, daß diese gesetzliche Vorschrift auch auf den Behandlungsabbruch anwendbar sei.²⁷⁾

Dagegen wendet sich mit ernst zu nehmenden Bedenken das Landgericht München I, daß in der Frage des Behandlungs- und insbesondere des Ernährungsabbruchs eine höchstpersönliche Angelegenheit sieht, deren Wahrnehmung durch Dritte nicht möglich sei. § 1904 BGB bezwecke den Schutz des Lebens, die Genehmigung des Behandlungsabbruchs ziele aber gerade auf die Lebensbeendigung.²⁸⁾ Auch in der Literatur wird eine Analogie zu § 1904 BGB für kaum begründbar gehalten.²⁹⁾

Letztlich überläßt diese Ansicht aber die Verantwortung der Beurteilung, ob ein Behandlungs- und Ernährungsabbruch vorgenommen werden soll, den Angehörigen, Betreuern und Ärzten - und ist, weil sie ärztliches Handeln zugunsten des Patienten einem strafrechtlichen Risiko aussetzt, abzulehnen.

Christoph Biesing
Justitiar

Anmerkungen:

- 1) Wie z. B. der 63. Deutsche Juristentag in Leipzig feststellte, vgl. zusammenfassende Darstellung Scharf et al, Juristentag berücksichtigt Bedenken der Ärzteschaft, Deutsches Ärzteblatt Heft 4 A 162
- 2) vgl. Erste Kammer der Generalstaaten-Versammlung, Gesetz zur Überprüfung bei Lebensbeendigung auf Verlangen und bei der Hilfe bei der Selbsttötung, Versammlungsjahr 2000-2001, Nr. 137; Janssen, Die Regelung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden, ZRP 2001 S. 179 ff.
- 3) vgl. Küng, Sterbehilfe?, Thesen zur Klärung, Tübingen, 30.04.2001; Fuchs a.a.O.; Euthanasia in the Netherlands, 6. Aufl. Utrecht März 1998
- 4) vgl. Fuhr, Die fehlende Rechtssicherheit bei der Sterbehilfe stellt Ärzte in der Praxis vor große Probleme; Ärztezeitung 23.07.01
- 5) vgl. Küng, a.a.O.; Seite 10
- 6) vgl. statt vieler: Schönke/Schröder-Eser, StGB 26. Aufl. München 2001, Vorbem. zu § 211 ff. RdNr. 20 ff.
- 7) BHGSt 1 S. 240; BGHSt 13 S. 165
- 8) Schönke/Schröder-Eser, § 216 RdNr. 18 StGB
- 9) BGH, NJW 1987 S. 1092
- 10) Czerner, Aktive Sterbehilfe auch gegenüber Kindern? MedRecht 2001, S. 354 ff., 360
- 11) BGH, NJW 1981, S. 932 f.
- 12) BHGSt 2 S. 152
- 13) BGHSt 24 S. 342
- 14) BGHSt 19, 135
- 15) vgl. im Ergebnis: BGHSt 19, 135
- 16) Schönke/Schröder-Eser, Vorbem. § 211 ff. RdNr. 23
- 17) Tröndle/Fischer, a.a.O. vor § 211 RdNr. 14, 16
- 18) Tröndle/Fischer, a.a.O. vor § 211 RdNr. 15; Creifels, Rechtswörterbuch, 14. Aufl. München 1997, S. 1185
- 19) BGHSt 42 S. 301, 305
- 20) BGHSt 19, S. 157
- 21) BGHSt 40, S. 257 ff.
- 22) BGHSt 37, S. 376, 378
- 23) Schönke/Schröder-Eser, Vorbem. § 211 RdNr. 29 ff. m.w.N.
- 24) Schönke/Schröder-Eser, Vorbem. § 211 RdNr. 31
- 25) Grundsätze der Bundesärztekammer „zur ärztlichen Sterbebegleitung“, Dtsch. Ärztebl. 1995, Heft 39 S. A-2367; OLG Frankfurt, NJW 1998, S. 2747
- 26) OLG Frankfurt, NJW 1998, S. 2747; LG Duisburg, NJW 1999, S. 2744
- 27) vgl. Müller, Vormundschaftsgerichtliche Genehmigung eines Behandlungsabbruchs, Arzt und Recht 2001, S. 50 ff.
- 28) LG München I, NJW 1999, S. 1788; LG Augsburg, NJW 2000, S. 2363
- 29) Palandt-Diederichsen, 60. Aufl. München 2001, Einführung vor § 1896 RdNr. 9 m.w.N.

Diabetikerversorgung in Hessen nur „ausreichend“

In der Versorgung von Diabetikern haben sich bundesweit in den vergangenen Jahren Strukturen und Initiativen entwickelt. In Hessen zählen heute dazu – neben einer ausgesuchten Reihe stationärer Einrichtungen – über 80 Diabetes-Schwerpunktpraxen, regionale Diabetes-Netze und Schulungsvereine.

Dies alles hat dazu beigetragen, daß die Aufmerksamkeit für Probleme von Patienten mit Diabetes mellitus gewachsen ist und eine Kommunikation zwischen den -neuen- Behandlungsebenen entstehen konnte.

Nach wie vor aber fehlen verbindliche Vereinbarungen, um die Grundlage und den Bestand der aufgebauten Strukturen zu sichern. Vereinbarungen und Verträge sind aber wesentliche Voraussetzungen für eine flächendeckende und vor allen Dingen wirksame Diabetikerversorgung.

In anderen Bundesländern ist bereits etabliert, was in Hessen noch fehlt:

Fertige Strukturverträge, die eine geregelte und qualitätsgesicherte Diabetikerbetreuung sicherstellen. Für das Land Hessen liegen diese in der Schublade, allerdings mangelt es an Willen und Weitsicht, sie umzusetzen.

Warum funktioniert in Hessen nicht, was in anderen Bundesländern möglich ist?

Auf der Jahresversammlung der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes am 14.11.2001 in Frankfurt werden erfolgreiche Konzepte aus Bayern und Baden Württemberg vorgestellt.

„Strukturschwächen in der Diabetikerversorgung in Hessen“

Mittwoch, 14.11.2001 15.00 – 18.00

Intercity Hotel Frankfurt, Saal 4
Poststr. 8, 60329 Frankfurt/Main (Nähe Hauptbahnhof)

Dr. med. W. Spuck, Rotes-Kreuz-Krankenhaus Kassel
Vorsitzender der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes e.V.

Die Medizinische Patientenanwaltschaft der Deutschen Hospizstiftung

Sterben gehört zum Leben. Jeder Mensch hat das Recht, sein Dasein selbstbestimmt zu gestalten; auch im Falle einer Krankheit möchte der einzelne darüber entscheiden, wie und wo er behandelt wird. Doch es gibt Situationen - etwa im Lauf einer schweren Krankheit, nach einem Unfall, einer Operation oder im Alter - die es unmöglich machen, den eigenen Willen mitzuteilen. Viele Schwerstkranke können oft nicht mehr selbst bestimmen und sich äußern. So wächst gerade in einer Zeit des rasanten medizinischen Fortschritts die Angst vor unwürdigem Sterben - vor Einsamkeit, Schmerzen und dem Verlust von Würde und Selbstbestimmung.

Wenn Patienten indes rechtzeitig mit einer gültigen Patientenverfügung vorgesorgt und darin festgelegt haben, wie sie bei einer Krankheit behandelt werden wollen, können Ärzte nach ihrem Willen handeln. Der Nachteil vieler Willenserklärungen besteht jedoch darin, daß sie wegen fehlerhafter Formulierungen oder Inhalte im Notfall für den Arzt nicht bindend sind. Anders die gerade in einer Neuauflage erschienene "Medizinische Patientenanwaltschaft" der Deutschen Hospiz-Stiftung, der der Kölner Medizin- und Verfassungsrechtler, Professor Dr. Wolfram Höfling, Rechtsgültigkeit bestätigt. Durch dieses Vorsorgedokument könne jeder "sicherstellen, daß sein Sterbeprozess von fremdbestimmten Eingriffen unberührt bleibt", erklärt Höfling. In den "Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung" der Bundesärztekammer von September 1998 wird die "Medizinische Patientenanwaltschaft" als "wesentliche Hilfe" für den behandelnden Arzt bezeichnet.

Die Neuauflage umfaßt drei Dokumente, die im Folgenden kurzgefaßt beschrieben werden:

1. Die Vorsorgeallmacht: Mit ihr benennt der Verfasser/die Verfasserin seinen/ihren Medizinischen Patientenanwalt

(dieser kann der Ehepartner, Lebenspartner, ein Verwandter oder Freund, aber auch der Hausarzt oder Seelsorger sein). Der Betreffende - es können auch mehrere sein - wird dadurch ermächtigt, anstelle des Patienten gegenüber dem behandelnden Arzt behandlungsbezogene Entscheidungen zu treffen.

2. Die Vorausverfügung: Mit dieser Verfügung - ein anderer Begriff lautet "Patientenverfügung" - gibt der Verfasser/die Verfasserin dem behandelnden Arzt Anweisungen, wie und unter welchen Umständen eine eingeleitete Behandlung gestaltet und begrenzt werden soll.

3. Die Betreuungsverfügung: Hierin schlägt der Verfasser dem Vormundschaftsgericht eine oder mehrere Personen vor, die bei der eventuellen Auswahl eines Betreuers berücksichtigt werden sollen.

Jeder, der eine "Medizinische Patientenanwaltschaft" verfaßt, kann die Dokumente beim Bundeszentralregister der Deutschen Hospiz Stiftung registrieren lassen. Es können alle drei Dokumente, aber auch nur eines oder zwei aufgesetzt werden.

Was verbirgt sich hinter dem Namen "Deutsche Hospiz Stiftung"?

Der Begriff "hospice" wurde erstmals Ende des 19. Jahrhunderts für die Betreuung unheilbar kranker Patienten verwendet. Nachdem 1967 das erste Hospiz in England gegründet worden war, verbreitete sich die mit der Vorstellung einer menschenwürdigen Sterbebegleitung verknüpfte Hospizbewegung rasch und gewann auch in Deutschland gesellschaftliche Unterstützung. 1995 wurde die gemeinnützige und unabhängige Deutsche Hospiz Stiftung gegründet. Sie setzt sich bundesweit für die Interessen von Schwerstkranken und Sterbenden ein; im Mittelpunkt der Hospizidee steht die Begleitung der Patienten, die mit ihren

Schmerzen, Ängsten und Bedürfnissen nicht allein gelassen werden. Hospizarbeit und Palliativmedizin - die moderne Form der Schmerztherapie bei der Behandlung von Patienten mit einer fortschreitenden oder permanent fortschreitenden Erkrankung - gehören für die Deutsche Hospiz Stiftung zusammen.

Basis und Schwerpunkt der Hospizangebote ist die ambulante Hospizarbeit. Größtenteils ehrenamtliche Helferinnen und Helfer versuchen, den Kranken das Sterben in ihrer gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Auch bemühen sie sich darum, Verwandte und Freunde der Patienten zu entlasten.

Die stationäre Hospizarbeit begleitet umfassend schwerstkranken und sterbende Menschen, die keine Krankenhausbehandlung mehr benötigen, aber im Haushalt oder der Familie nicht ambulant versorgt werden können.

Die Palliativstationen der Krankenhäuser, in denen Patienten behandelt werden, die einer palliativmedizinischen und - pflegerischen Versorgung bedürfen, arbeiten in der Regel mit ambulanten Hospizdiensten zusammen.

Unheilbar Kranken und Sterbenden ein würdevolles Leben bis zum Schluß ermöglichen: Dies ist das Anliegen der Deutschen Hospiz-Stiftung. Daher entwickelt sie auch die "Medizinische Patientenanwaltschaft" ständig weiter, um eine Verbindlichkeit zu erreichen, die das ärztliche Handeln bestimmt.

Katja Möhrle

Für weitere Informationen - auch über Adressen von Hospizdiensten und Schmerztherapeuten in Ihrer Region - wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle der Deutschen Hospiz Stiftung
Im Defdahl 5 - 10, 44141 Dortmund
Tel. 0231/ 73 80 73 -0
Fax: 0231/73 80 73-1
Internet: www.hospize.de



Sicherer Verordnen

„Ukrain“

Fragliches Krebsmittel

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zweifelt zusammen mit der Deutschen Krebsgesellschaft an der Wirksamkeit von „Ukrain“ bei Krebserkrankungen. Diese Mischung aus Alkaloiden des Schöllkrautes und dem Zytostatikum Thiotepa habe keine Zulassung in Deutschland und der EU, der österreichische Hersteller habe selbst in seinem Heimatland keine Zulassung als Arzneimittel. „Begleiterscheinungen“ wie Schwindel, Übelkeit, Depressionen usw. werden vom Hersteller als Ausdruck eines Wirksamkeitsnachweises gedeutet. Die AkdÄ beklagt die Untätigkeit der zuständigen Behörden, seit mehr als 10 Jahren zu Fragen der Rechtmäßigkeit von Werbung, Vertrieb und Verordnung von „Ukrain“ keine offizielle Stellungnahme abgegeben zu haben.

Anmerkung: Bereits 1996 wurde im Rheinischen Ärzteblatt am Beispiel von Recanostat vor der Anwendung alternativer Krebsmedikamente gewarnt. Die Grenze zur Scharlatanerie kann bei einer Verordnung dieser Präparate überschritten werden. Auch die scheinbare Perspektivlosigkeit einer Erkrankung darf die ethischen und wissenschaftlichen Grundregeln ärztlicher Therapie nicht außer Kraft setzen. Ein Patient muß sich darauf verlassen können, daß er nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse behandelt wird

Quelle: Dt. Ärztebl. 2001; 98(7): C-331

NSAID

Fehlgeburten

In einer großen dänischen Kohortenstudie mit 1462 Schwangeren, die innerhalb von 30 Tagen vor der Geburt ein nicht-steroidales Antiphlogi-

stikum (NSAID, NSAR) eingenommen hatten und in einer Fallstudie bei 4668 Frauen mit einer Fehlgeburt wurde der Einfluss von NSAID auf den Geburtsverlauf und den Foetus untersucht. Verglichen mit 17.259 Frauen, die keinerlei Arzneimittel während ihrer Schwangerschaft einnahmen, ergab sich bei Frauen, die NSAID-einnahmen, kein Unterschied bezüglich der Anzahl von Mißbildungen, der Frühgeburten und des Geburtsgewichtes des Kindes. Das Risiko einer Fehlgeburt erhöhte sich jedoch abhängig vom Zeitpunkt der Einnahme eines NSAID vor der Krankenhausentlassung wegen einer Fehlgeburt kontinuierlich. Je kürzer die Zeitspanne zwischen Einnahme eines NSAID und Entlassungstag, desto höher das Fehlgeburtsrisiko (OR 1,26 bei 10-12 Wochen bis OR 6,99 bei 1 Woche). Diese neuen Ergebnisse bedürfen noch einer Bestätigung.

Quelle: Brit. med. J. 2001; 32: 266

CSE-Hemmer

Toxische Hepatitis

Erhöhte Leberwerte (Transaminasen, Gamma-GT, alkal. Phosphatase, Bilirubin) und Ikteruszeichen führten bei 4 älteren Patienten zu einer Klinikeinweisung. Nach Ausschluss anderer Ursachen der diagnostizierten toxischen Leberschädigung vom cholestatischen Typ führte das Absetzen der seit mehreren Monaten wegen Fettstoffwechselstörungen eingenommenen CSE-Hemmer (Simvastatin bzw. Pravastatin) nach wenigen Tagen zu rückläufigen Leberwerten. Normalbefunde ergaben sich 3 Monate nach Entlassung aus dem Krankenhaus.

Anmerkung: Auf verzögert einsetzende Leberschädigungen unter der The-

rapie mit CSE-Hemmern sollte insbesondere bei älteren Patienten geachtet werden. Ein Hersteller empfiehlt eine halbjährliche Kontrolle der Leberwerte.

Quelle: Med.Klinik 2000; 95: 642

Nevirapin

HIV-Postexpositionsprophylaxe

Nevirapin (Viramune®) wird sowohl bei der Mutter-Kind-Prophylaxe als auch prophylaktisch nach Nadelstichverletzungen (HIV-Postexpositionsprophylaxe, HIV-PEP) eingesetzt. In 22 Fallberichten aus den USA wird über schwere allergische Allgemeinreaktionen, akute Leberversagen (Lebertransplantation erforderlich) und Rhabdomyolysen berichtet, die bei längerer Einnahme von 200 mg/d Nevirapin zur HIV-PEP auftraten (nicht jedoch bei der ultrakurzen Prophylaxe in 2 Dosen bei einer Mutter-Kind-Übertragung). Nach Auffassung des Robert-Koch-Institutes ist das Risiko schwerer unerwünschter Wirkungen von Nevirapin im ein- bis zweistelligen Prozentbereich abzuwägen gegen ein durchschnittliches statistisches Übertragungsrisiko von 0,3 bis 0,4 % bei perkutaner Exposition. Die Empfehlungen zur HIV-PEP werden derzeit überarbeitet.

Anmerkung: Der Hinweis auf eine individuelle Nutzen-Risiko-Abschätzung beim prophylaktischen Einsatz von Nevirapin, das im übrigen in Deutschland für diese Indikation nicht zugelassen ist, steht im Einklang mit den neuen Leitlinien zur HIV-Therapie aus den USA. Auch nach diesen neuen Leitlinien sollte mehr auf Risiken und Unverträglichkeiten der medikamentösen Therapie geachtet werden und im Interesse der Patienten auf eine individuelle Entscheidung zur HIV-Therapie

Quelle: Epidemiol. Bull. 2001, Nr. 5, S. 31; US-HIV-Leitlinien, zit. nach Ärzte Ztg. v. 7.2.2001



Kreuzworträtsel

Waagrecht

2 Bakterienfärbung • 5 Typisches Pathologikum beim Belastungs-EKG: ...-Strecken-Senkung • 8 Bewußtes Hochwürgen, Kauen und Wiederschlucken von Mageninhalt als Ausdruck einer Verhaltensstörung • 9 Hochschulzulassung (Kurzwort) • 11 Viszerale Leishmaniose, ... - Azar • 12 Dieses Hormon des Nucleus paraventricularis hypothalami stimuliert die ACTH-Produktion in der Adenohypophyse • 14 Angeborener zerebraler Gigantismus bei normalem Somatotropinspiegeln, Syndrom (Eponym) • 15 Die Viren die-

Lösungswort:

Gesucht wird eine XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

(c) Ö. Yaldizli, August 2001

ser heterogenen Gruppe werden von Arthropoden (Mücken, Zekken, Milben) übertragen (Akronym) • 17 Dopaminantagonisten wie Metoclopramid können zu einer Erhöhung dieses Hormons im Blut führen • 18 Latentes Einwärtsschielen = ...phorie • 19 Anastomose zwischen der A. mesenterica superior und inferior an der Flexura coli sinistra • 20 Die Macula densa befindet sich in diesem Organ (Lat.) • 21 Erhöhte Konzentrationen dieses Elektrolyten vermindern die Wirkung von Digitalis • 24 Diese Entzündung auf der Glans penis ist pathognomonisch für den Morbus Reiter, ... circinata • 27 Patient mit bitemporaler Hemianopsie nach beidseitiger Adrenalectomie hat wahrscheinlich diesen Tumor (Eponym) • 28 Lat.: ich

Senkrecht

1 Klassisches Entzündungszeichen • 3 Ausgedehntes lagerungsabhängiges Körperödem z.B. infolge nephrogener Insuffizienz • 4 Medizinischer Ausdruck für Erweichung • 5 Cortisonnebenwirkung am Auge (Umgangssprachliche Bezeichnung) • 6 Plötzlich einsetzende rasche Muskelzuckung; typisch für das Gilles-de-la-Tourette-Syndrom • 7 Fächerförmige Ausbreitung der kortikopetalen Projektionsfasern nach Passieren der Capsula interna: ... radiata • 9 Anthracyclinderivate wirken zytostatisch, weil sie die ... hemmen • 10 Cyclooxygenasehemmer mit thrombozytenaggregationshemmenden Eigenschaften (Handelsname) • 11 Haustren und Appendices epiploicae sind Kennzeichen dieses Organs • 13 Waagrecht verlaufende Gefäßspalten in Wirbelkörpern, ...-Spalten (Eponym) • 16 Ursache eines Ikterus ist die Erhöhung dieses Hämabbauproduktes (Kurzwort) • 18 Die Kellnerhand ist typisch für diese Plexuslähmung (Eponym) • 22 Chalazion und Hordoleum sind Erkrankungen von Drüsen dieser anatomischen Struktur • 23 Die internukleäre Ophthalmoplegie ist pathognomonisch für diese Erkrankung des ZNS • 25 Dieses Element kommt in gängigen Antazida vor und kann im Magen-Darm-Trakt Phosphat komplexieren (Chem. Elementsymbol) • 26 Plasmazellenprodukt (Abk.)

© Özgür Yacizli 10/01 – Kritik und Anregung bitte an: yaldizli@uni-duesseldorf.de

Bundesweiter Wettbewerb - Kindersicherheit in Städten und Gemeinden

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Kindersicherheit wurde 1997 gegründet und will dazu beitragen, Kinderunfälle in Heim und Freizeit zu vermeiden. Die Gründung sogenannter regionaler Allianzen zur Unfallprävention bzw. Arbeitskreise „Unfallvorbeugung“, die sich aus politisch Verantwortlichen, Betroffenen und für die Gesundheit von Kindern Engagierten zusammensetzen hat sich in deutschen Städten bereits sehr bewährt.

Mit der Auslobung des Wettbewerbs „Kindersicherheit in Städten und Gemeinden“ sollen Kommunen angeregt werden, modellhafte Lösungen zur Verbesserung der Kindersicherheit zu entwickeln und umzusetzen. Gesucht werden sowohl gute Projektideen als auch Berichte über bereits laufende Projekte, die mindestens zwei der nachfolgenden Handlungsfelder von Kinderunfällen abdecken:

- Verbesserung der Datenlage zu Kinderunfällen
- Verbesserung der Sicherheit im Haus
- Verbesserung der Sicherheit in öffentlichen Einrichtungen
- Sichere Umwelt für Kinder
- Öffentlichkeitsarbeit

Einsendeschluss der 3-5-seitigen Konzepte ist der **31. Oktober 2001** Sechs Hauptpreise in Höhe von je DM 2000,- werden vergeben.

Weitere Fragen, die die Teilnahme am Wettbewerb betreffen beantwortet:

BAG Kindersicherheit, Heilsbachstraße 30, 53123 Bonn
Tel.: 0228/9872720, Fax: 0228/6420024,
E-Mail: bfgc.is@bfgc-3.de

Neuausrichtung der Erweiterten Honorarverteilung

Einführung

Dem Altersversorgungswerk der niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte – Erweiterte Honorarverteilung (EHV) – gehören derzeit mehr als 8.500 aktive Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie mehr als 4.000 Bezieher von EHV-Zahlungen – und hier schwerpunktmäßig die ausgeschiedenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie deren Hinterbliebene – an. Wie in vielen umlagebasierten Altersversorgungswerken hat die Altersstruktur der Mitglieder massiven Einfluss auf die aktuell von den aktiven Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zur Finanzierung der EHV-Zahlungen einzubehaltende Umlage. Honorareinbehalte bei den aktiven Vertragsärztinnen und Vertragsärzten bedeuten eine Kostenbelastung für diese Gruppe und damit eine Reduzierung der Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit. Diese bewerten steigende Umlagenbelastungen naturgemäß äußerst kritisch.

Die Abgeordnetenversammlung der KV Hessen hat sich in der letzten Legislaturperiode mehrfach mit der Situation der EHV befaßt, nachdem auf Basis neuer versicherungsmathematischer Berechnungen die bisherigen Gutachten bestätigt hatten und deutlich wurde, dass bei unveränderten Rahmenbedingungen für die EHV die Umlagenbelastung, - derzeit knapp 5 % - je nach Arztzahlentwicklung auf 7 bis 8 %, im ungünstigsten Fall sogar auch bis auf 10 %, steigen kann. Es bestand nach ausführlicher und zum Teil auch kontrovers geführter Diskussion Konsens, daß nur durch ein solidarisch ausgerichtetes Maßnahmenbündel dieser Bela-

stungsentwicklung begegnet und die EHV unter den bestehenden Rahmenbedingungen mittel- und langfristige gesichert werden könne. Die gefundenen Regelungen setzen auf die Solidarität von aktiven und inaktiven Vertragsärztinnen und Vertragsärzten. Solidarität bedeutet in diesem Fall, daß die aktiven Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Zukunft nur noch niedrigere Höchstanspruchssätze erreichen können. Für die Empfänger von EHV-Zahlungen bedeutet Solidarität die Akzeptanz leicht reduzierter EHV-Zahlungen.

Neuregelungen im Detail

Im einzelnen beinhaltet die Reform folgende Detailschritte:

Die bisherige Normalstaffel mit stärkeren Anspruchszuwächsen am Anfang der vertragsärztlichen Tätigkeit im Vergleich zur späteren Zeit wird aufgegeben. Jedes Jahr der vertragsärztlichen Tätigkeit wird gleich bewertet. Es ist eine Ausrichtung der Normalstaffel auf eine 30-jährige vertragsärztliche Tätigkeit anstelle bisher 35 Jahre vorgesehen.

Der erreichbare Höchstanspruchssatz wird in drei Schritten von jeweils 1,0 %-Punkten und mit einem Abstand von jeweils 3 Jahren reduziert; d. h. für die ab 01.01.2003 in die EHV eintretenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und damit für diejenigen, die ab diesem Zeitpunkt erstmals EHV-Zahlungen erhalten, beträgt der erreichbare Höchstanspruch 17 %, ab 01.01.2006 16 % und ab 01.01.2009 15 %.

Im Rahmen einer mehrschichtigen Übergangsregelung (siehe § 3 Abs. 1d), die grundsätzlich eine mindestens 15jährige vertragsärztliche Tä-

tigkeit im Bereich der KV Hessen voraussetzt und von der Annahme ausgeht, daß bereits ein wesentlicher Anspruch erworben worden ist, wird versucht, die im Zusammenhang mit der Reduzierung des erreichbaren Höchstanspruchs eventuell einhergehenden Härten auszugleichen.

Ausdrücklich ist – nicht zuletzt aufgrund vieler Nachfragen – festgeschrieben, daß festgestellte Anspruchssätze, auf deren Basis heute bereits EHV-Zahlungen erfolgen, mit der Neuregelung keine Änderung erfahren (siehe § 3 Abs. 6).

Gegenstand der Reform ist des weiteren die verstärkte Berücksichtigung von besonderen Kosten der Praxistätigkeit. Der bisher bestehende, um 10 %-Punkte verminderte Abzug der nach dem Rechenschema festgestellten besonderen Kosten entfällt zukünftig; d. h. besondere Kosten werden in dem Umfang, wie es sich aus den Berechnungen gemäß den Vorgaben in § 5 sowie der hierzu ergänzend in der Vergangenheit ergangenen Regelungen ergibt, von der festgestellten Honorarforderung abgezogen. Die so separierten Honoraranteile unterliegen dann keiner quotierten Punktbewertung im Rahmen der (allgemeinen) Honorarverteilung.

Zur Vermeidung zukünftiger Belastungsspitzen bei den EHV-Quotenbelastungen wird ein zweckgebundener Ausgleichsfonds (siehe § 9 Abs. 2) aufgebaut. Zum Aufbau dieses Ausgleichsfonds wird zusätzlich zur aktuellen Quotenminderung (erforderlich zur Bedienung der aktuell bestehenden EHV-Ansprüche) und zeitlich gestaffelt eine Quotenerhöhung um zunächst 0,8 %-Punkte, später dann um 0,6 %- bzw. 0,4 %-Punkte vorge-

PRAXIS-EINRICHTUNGEN



■ ■ wann haben Sie zum letzten Mal Ihre Praxiseinrichtung auf Herz und Nieren überprüft ?



■ ■ bieten Sie Ihren Patienten niveauvolles Ambiente das Ihrer Leistung als Arzt entspricht ?



■ ■ wir machen Ihren persönlichen Check up und zeigen Beispiele für eine zeitgemäße Gestaltung !



■ ■ wir beraten unverbindlich und kreieren eine individuelle Optik und praxisgerechte Einrichtung !

Hand aufs Herz!
Vey

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



Kassenzärztliche Vereinigung Hessen

nommen. Die Obergrenze für die gesamte Quotenminderung beträgt dabei gemäß den Vorgaben der Abgeordnetenversammlung 6 %-Punkte (anstelle bisher 5 %-Punkte). Der so gebildete zweckgebundene Ausgleichsfonds kommt dann sukzessive zur Auflösung, wenn die tatsächliche EHV-Quotenbelastung ohne den Zuschlag einen Wert von 6 %-Punkten zu überschreiten droht.

Mit der Bildung des Ausgleichsfonds geht einher, daß zukünftig in regelmäßigen Abständen die Entwicklung der EHV versicherungsmathematisch zu überprüfen sein wird.

Bereits im Vorfeld dieser inhaltlichen Novellierung der EHV-Bestimmungen ist durch Beschlussfassung der Abgeordnetenversammlung der Aufbau der EHV-Bestimmungen im Sinne einer inhaltsgleichen Novellierung überarbeitet worden. Die als Sonderdruck beigefügten neuen EHV-Bestimmungen sind deshalb komplett neu gegliedert und mit einem ergänzenden Inhaltsverzeichnis versehen. Bei der inhaltsgleichen Novellierung nicht mehr benötigte Satzungsbestimmungen wurden gestrichen, um so auch eine im Ansatz verbesserte Lesbarkeit des EHV-Statuts zu erreichen.

Allgemeine Anmerkungen zur Neuregelung

Generell ist darauf hinzuweisen, daß im Rahmen der Gesamtdiskussion zur Reform der EHV-Bestimmungen die Frage einer Beendigung der EHV, in welcher Form auch immer, von den Abgeordneten intensiv diskutiert worden ist, nachdem bereits seit mehreren Jahren immer wieder ein solcher Weg von Seiten einzelner Mandatsträger eingefordert worden ist. Festgestellt werden mußte jedoch in der Diskussion, daß nicht nur die gegenüber den aktiv tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten bereits eingegangenen Verpflichtungen einerseits, sondern auch die gegenüber den EHV-Zahlungsempfängern zu leistenden regelmäßigen Zahlungen andererseits einen erheblichen Umfang haben, so dass ohne massive Einschnitte in das Gesamtgefüge, verbunden mit jahrzehn-

telangen Zahlungen der dann aktiv tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, ohne Erwerb eines weiteren EHV-Anspruches ein solcher Schritt nicht möglich gewesen wäre. Auch die Frage einer Umstellung der EHV auf einen kapitalbasierten Ansatz ist in der Diskussion nach ausführlichen Beratungen mit Versicherungsunternehmen als ein unter den bestehenden Rahmenbedingungen mit vertretbarem Aufwand derzeit nicht realisierbarer Ansatz fallengelassen worden.

Mit vorstehenden Ausführungen konnte sicherlich nur ein kleiner Überblick über die wesentlichen Kernelemente der Reform der EHV gegeben werden. Weitere Einzelheiten, speziell auch zu den Übergangsbestimmungen, können sicherlich nur im direkten Gespräch zwischen dem betroffenen Arzt und seiner Bezirksstelle geklärt werden, so daß hierzu an dieser Stelle zunächst keine weiteren Ausführungen folgen.

Die als Sonderdruck beigefügten neu gefaßten Satzungsbestimmungen der erweiterten Honorarverteilung sind vom Hessischen Sozialministerium als zuständige Aufsichtsbehörde mit Schreiben vom 10.08.2001 – Aktenzeichen: IV2-54e6331.1 - genehmigt worden. Sie werden mit dem beiliegenden Sonderdruck bekannt gemacht. Gemäß § 12 der neuen Satzungsbestimmungen haben sie damit erstmals Gültigkeit für das 4. Quartal 2001.

Ausdrücklich ist noch darauf hinzuweisen, daß sich aufgrund der zeitlichen Verschiebung zwischen Beschlussfassung der Abgeordnetenversammlung und Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde eine Reihe von Umsetzungsfragen ergeben haben, die erst in den nächsten Wochen durch Beratungen im Vorstand der KV Hessen einer abschließenden Entscheidung zugeführt werden können. Wir bitten deshalb darum, auch auf Veröffentlichungen in den nächsten Ausgaben des Hessischen Ärzteblattes zu achten.

Dieter Gerlich
Frankfurt, 10.09.2001,
DG-Fd

Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in Hessen

Der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in Hessen hat am 23. August 2001 aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen des Gesundheitsstrukturgesetzes sowie der Bedarfsplanungsrichtlinien-Ärzte des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 16. Oktober 2000 folgende Beschlüsse gefaßt:

I. Der Landesausschuß nimmt entsprechend § 101 Abs. 5 SGB V die Feststellung der Versorgungsgrade in den einzelnen Planungsbereichen zum 31. 2. 2000 vor. Dabei wird festgestellt, daß für folgende Planungsbereiche im Fachgebiet der **fachärztlich tätigen Internisten** bzw. im Fachgebiet der **Hausärzte** eine **Übersorgung** (ÜV) gemäß § 101 SGB V in Verbindung mit § 103 Abs. 1 SGB V vorliegt:

Darmstadt-Stadt	Hausärzte	ÜV
Darmstadt-Stadt	fachärztlich tätige Internisten	ÜV
Frankfurt-Stadt	Hausärzte	ÜV
Frankfurt-Stadt	fachärztlich tätige Internisten	ÜV
Offenbach-Stadt	fachärztlich tätige Internisten	ÜV
Wiesbaden-Stadt	Hausärzte	ÜV
Wiesbaden-Stadt	fachärztlich tätige Internisten	ÜV
Landkreis Bergstraße	Hausärzte	ÜV
Landkreis Bergstraße	fachärztlich tätige Internisten	ÜV
Landkreis Darmstadt-Dieburg	fachärztlich tätige Internisten	ÜV
Landkreis Groß-Gerau	fachärztlich tätige Internisten	ÜV
Hochtaunus-Kreis	Hausärzte	ÜV
Hochtaunus-Kreis	fachärztlich tätige Internisten	ÜV
Main-Kinzig-Kreis	fachärztlich tätige Internisten	ÜV
Main-Taunus-Kreis	Hausärzte	ÜV
Main-Taunus-Kreis	fachärztlich tätige Internisten	ÜV
Odenwaldkreis	Hausärzte	ÜV
Odenwaldkreis	fachärztlich tätige Internisten	ÜV
Landkreis Offenbach	fachärztlich tätige Internisten	ÜV
Rheingau-Taunus-Kreis	fachärztlich tätige Internisten	ÜV
Wetteraukreis	Hausärzte	ÜV
Wetteraukreis	fachärztlich tätige Internisten	ÜV
Landkreis Gießen	Hausärzte	ÜV
Landkreis Gießen	fachärztlich tätige Internisten	ÜV
Lahn-Dill-Kreis	Hausärzte	ÜV
Lahn-Dill-Kreis	fachärztlich tätige Internisten	ÜV
Landkreis Limburg-Weilburg	fachärztlich tätige Internisten	ÜV
Landkreis Marburg-Biedenkopf	fachärztlich tätige Internisten	ÜV
Vogelsbergkreis	Hausärzte	ÜV
Kassel-Stadt	Hausärzte	ÜV
Landkreis Fulda	fachärztlich tätige Internisten	ÜV
Landkreis Kassel	fachärztlich tätige Internisten	ÜV
Schwalm-Eder-Kreis	fachärztlich tätige Internisten	ÜV
Landkreis Waldeck-Frankenberg	Hausärzte	ÜV
Landkreis Waldeck-Frankenberg	fachärztlich tätige Internisten	ÜV
Werra-Meißner-Kreis	Hausärzte	ÜV



II. In Anwendung des § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 16 b Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) werden für die mit „ÜV“ gekennzeichneten vorgenannten Planungsbereiche und Fachgruppen Zulassungsbeschränkungen angeordnet.

III. Bei den nachfolgend genannten Planungsbereichen und Fachgruppen werden die für die Vorläufergruppen angeordneten Zulassungsbeschränkungen gemäss § 103 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit Nr. 23 der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte mit der Auflage aufgehoben, dass Zulassungen nur in dem (in Klammern ausgewiesene Anzahl von Ärzten) angegebenen Umfang erfolgen dürfen. Über die Anträge ist nach Maßgabe der Reihenfolge ihres Eingangs beim Zulassungsausschuß zu entscheiden:

Offenbach-Stadt	(6)	Hausärzte
Landkreis Darmstadt-Dieburg	(5)	Hausärzte
Landkreis Groß-Gerau	(3)	Hausärzte
Main-Kinzig-Kreis	(11)	Hausärzte
Landkreis Offenbach	(2)	Hausärzte
Rheingau-Taunus-Kreis	(5)	Hausärzte
Landkreis Limburg-Weilburg	(4)	Hausärzte
Landkreis Marburg-Biedenkopf	(6)	Hausärzte
Vogelsbergkreis	(2)	fachärztlich tätige Internisten
Kassel-Stadt	(8)	fachärztlich tätige Internisten
Landkreis Fulda	(23)	Hausärzte
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	(3)	Hausärzte
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	(1)	fachärztlich tätiger Internist
Schwalm-Eder-Kreis	(1)	Hausarzt
Werra-Meißner-Kreis	(1)	fachärztlich tätiger Internist

IV. **Keine Überversorgung** wird im Landkreis Kassel bei den Hausärzten festgestellt.

Hinweis:

Besonderheiten gelten für den Fall, in dem eine Zulassung endet und die Praxis durch einen Nachfolger fortgeführt werden soll (§ 103 Abs. 4 SGB V).

Redaktioneller Hinweis:

Im Zusammenhang mit dieser Veröffentlichung der Beschlüsse des Landesausschusses vom 23. August 2001 wird vorsorglich darauf aufmerksam gemacht, daß durch zwischenzeitliche Beschlüsse des Zulassungsausschusses und des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Hessen diese Veröffentlichung partiell überholt sein kann. Niederlassungswilligen Ärzten wird daher empfohlen, sich beim Zulassungsausschuß oder der für den Niederlassungsort zuständigen KVH-Bezirksstelle über die Gültigkeit dieser Veröffentlichung zu informieren.

DER VORSITZENDE

Prof. Dr. Heinze

Frankfurt/M., 23. August 2001

Der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in Hessen hat am 10. September 2001 aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen des Gesundheitsstrukturgesetzes sowie der Bedarfsplanungsrichtlinien-Ärzte des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 16. Oktober 2000 folgende Beschlüsse gefasst:

Es wird festgestellt, daß im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in den nachfolgend genannten Planungsbereichen und Fachgruppen eine Überversorgung (ÜV) gemäß § 101 SGB V in Verbindung mit § 103 Abs. 1 SGB V vorliegt:

In Anwendung des § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 16 b Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) werden für die mit „ÜV“ gekennzeichneten Planungsbereiche und Fachgruppen Zulassungsbeschränkungen angeordnet. Bei den nachfolgend genannten Planungsbereichen und Fachgruppen wird die Zulassungsbeschränkung gemäß § 103 Abs. 3



Landkreis Darmstadt-Dieburg	Anästhesisten	ÜV
Landkreis Darmstadt-Dieburg	Augenärzte	ÜV
Landkreis Darmstadt-Dieburg	HNO-Ärzte	ÜV
Landkreis Darmstadt-Dieburg	Orthopäden	ÜV
Landkreis Offenbach	Hausärzte	ÜV
Landkreis Offenbach	Augenärzte	ÜV
Landkreis Offenbach	Kinderärzte	ÜV
Rheingau-Taunus-Kreis	Radiologen	ÜV
Wetteraukreis	Anästhesisten	ÜV
Vogelsbergkreis	Hausärzte	ÜV
Kassel-Stadt	fachärztlich tätige Internisten	ÜV
Landkreis Fulda	Anästhesisten	ÜV
Landkreis Fulda	Chirurgen	ÜV
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	Nervenärzte	ÜV
Landkreis Kassel	Anästhesisten	ÜV
Landkreis Kassel	Frauenärzte	ÜV
Landkreis Kassel	Nervenärzte	ÜV
Schwalm-Eder-Kreis	Hausärzte	ÜV

SGB V in Verbindung mit Nr. 23 der Bedarfsplanungsrichtlinien-Ärzte mit der Auflage aufgehoben, daß Zulassungen nur in dem (in Klammern ausgewiesene Anzahl von Ärzten) angegebenen Umfang erfolgen dürfen. Über die Anträge ist nach Maßgabe der Reihenfolge ihres Eingangs beim Zulassungsausschuss zu entscheiden:

Frankfurt-Stadt	(1)	Frauenarzt
Frankfurt-Stadt	(1)	HNO-Arzt
Frankfurt-Stadt	(1)	Orthopäde
Offenbach-Stadt	(1)	Orthopäde
Landkreis Bergstraße	(1)	fachärztlich tätiger Internist
Landkreis Darmstadt-Dieburg	(1)	Nervenarzt
Landkreis Groß-Gerau	(1)	Urologe
Main-Taunus-Kreis	(1)	Kinderarzt
Odenwaldkreis	(1)	fachärztlich tätiger Internist
Vogelsbergkreis	(2)	fachärztlich tätige Internisten
Vogelsbergkreis	(1)	Nervenarzt
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	(1)	Augenarzt
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	(1)	Frauenarzt
Werra-Meißner-Kreis	(1)	fachärztlich tätiger Internist

Hinweis:

Besonderheiten gelten für den Fall, in dem eine Zulassung endet und die Praxis durch einen Nachfolger fortgeführt werden soll (§ 103 Abs. 4 SGB V).

Redaktioneller Hinweis:

Im Zusammenhang mit dieser Veröffentlichung der Beschlüsse des Landesausschusses vom 10. September 2001 wird vorsorglich darauf aufmerksam gemacht, daß durch zwischenzeitliche Beschlüsse des Zulassungsausschusses und des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Hessen diese Veröffentlichung partiell überholt sein kann. Niederlassungswilligen Ärzten wird daher empfohlen, sich beim Zulassungsausschuss oder der für den Niederlassungsort zuständigen KVH-Betriebsstelle über die Gültigkeit dieser Veröffentlichung zu informieren.

DER VORSITZENDE

Prof. D. Heinze

Frankfurt/M., 10. September 2001

Planungsbereich	Haus- ärzte	Anästhe- sisten	Augen- ärzte	Chirurgen	Frauen- ärzte	HNO- Ärzte	Hautärzte	fachärztl. tätige Internisten	Kinder- ärzte	Nerven- ärzte	Ortho- päden	Psychotherapeuten		Radio- logen	Uro- logen
												Planungsbereich gesperrt - noch mögliche Zulassungen			
												ärztliche	psychol.		
Darmstadt-Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0	0	ÜV	ÜV
Frankfurt-Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	0	0	ÜV	ÜV
Offenbach-Stadt	(4)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	(8)	0	ÜV	ÜV
Wiesbaden-Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(2)	0	ÜV	ÜV
Landkreis Bergstraße	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	0	0	ÜV	ÜV
Landkreis Darmstadt-Dieburg	(6)	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	(8)	0		
Landkreis Groß-Gerau	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV		ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(8)	0	ÜV	(1)
Hochtaunuskreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0	0	ÜV	ÜV
Main-Kinzig-Kreis	(5)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(6)	0	ÜV	ÜV
Main-Taunus-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	0	0	ÜV	ÜV
Odenwaldkreis	ÜV			(1)		ÜV	ÜV	(1)	(1)	ÜV	(2)	(3)	0	(1)	
Landkreis Offenbach	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(13)	0	ÜV	ÜV
Rheingau-Taunus-Kreis	(7)	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	0	ÜV	ÜV
Wetteraukreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0	0	ÜV	ÜV
Landkreis Gießen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0	0	ÜV	ÜV
Lahn-Dill-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0	0	ÜV	ÜV
Landkreis Limburg-Weilburg	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	0	ÜV	ÜV
Landkreis Marburg-Biedenkopf	(2)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0	0	ÜV	ÜV
Vogelsbergkreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(2)	ÜV	(1)		0	0	ÜV	ÜV
Kassel-Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	0	0	ÜV	ÜV
Landkreis Fulda	(14)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0	0	ÜV	ÜV
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	(2)		(1)	ÜV	(1)	(1)	(1)	(1)	ÜV	ÜV	(3)	(1)	0	ÜV	ÜV
Landkreis Kassel		ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0	0		ÜV
Schwalm-Eder-Kreis	ÜV		ÜV	ÜV	(2)		(1)	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0	0	ÜV	ÜV
Landkreis Waldeck-Frankenberg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0	0	ÜV	ÜV
Werra-Meißner-Kreis	ÜV		ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	(1)	ÜV	ÜV	ÜV	0	0	ÜV	ÜV



Einladung zur 4. Ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, zur 4. Ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Legislaturperiode 2000 – 2004 lade ich Sie für Sonnabend, den 10. November 2001, 10.00 Uhr, in die Kongeßhalle im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 28, 61231 Bad Nauheim, ein.

TAGESORDNUNG

1. Begrüßung
 2. Genehmigung, ggfs. Ergänzung der Tagesordnung
 3. Genehmigung des Beschlusprotokolls der 3. Ordentlichen Delegiertenversammlung am 31.03.2001
 4. Bericht des Präsidenten
 5. Jahresabschluß 2000
 - Finanzausschuß
 - Bericht des Vorsitzenden, Herrn Dr. Löschorh
 - Fürsorgeausschuß
 - Bericht des Vorsitzenden, Herrn Dr. Blauert, einschließlich Festsetzung neuer Richtsätze
 - Feststellung des Jahresabschlusses 2000
 - Entlastung der Präsidien für das Jahr 2000
 6. Haushaltsplan 2002
 - Bericht des Vorsitzenden des Finanzausschusses, Herrn Dr. Löschorh
 7. Versorgungswerk
 - a) Jahresabschluß 2000
 - Bericht der Vorsitzenden des Aufsichtsrates, Frau Dr. Ende, über das Geschäftsjahr 2000
 - Bericht über die Jahresabschlußprüfung durch die Wirtschaftsprüfer
 - Entlastung des Aufsichtsrates und Verwaltungsrates
 - b) Rentenerhöhung zum 01.01.2002
 - c) Erhöhung der Rentenanwartschaften (Überschußbeteiligung)
 - d) Bestellung der Wirtschaftsprüfer für den Jahresabschluß 2002
 - e) Änderung von Satzung und Versorgungsordnung
8. Bau, Kauf oder Miete eines Verwaltungsgebäudes
 9. Neubau Seminargebäude
 - Bericht über den aktuellen Kostenstand
 - Kostenschätzung der Inneneinrichtung
 - Förderantrag
 10. Errichtung eines Verpflegungszentrums im Bereich der Carl-Oelemann-Schule (Erdgeschoß); Kostenschätzung
 11. Änderung der Entschädigungsregelung für die Gremien der Landesärztekammer Hessen (Sitzungsgelder und Aufwandsentschädigung); Sachstandsbericht und Umstellung auf den Euro
 12. Änderung des Kostenverzeichnisses als Anlage zur Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen (Euromstellung)
 13. Satzung zur Änderung der Satzungen der Landesärztekammer Hessen von DM- in Euro-Beträge
 14. Änderung der Beitragsordnung
 15. Wahl der Delegierten zum 105. Deutschen Ärztetag in Rostock
 16. Reorganisation der Bezirksärztekammern
 17. Verschiedenes

Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. A. Möhrle - Präsident -

Übernahme der Fahrtkosten zur Berufsschule durch den ausbildenden Arzt

Gemäß § 4 Abs. 3 Satz 2 Berufsausbildungsvertrag hat der Arzt die Kosten für die Inanspruchnahme von öffentlichen Verkehrsmitteln zum regelmäßigen Besuch der zuständigen Berufsschule zu tragen. Eine Befreiung hiervon tritt ein, wenn die Erstattung von anderer Seite erfolgt. Die in Satz 3 erwähnte Befreiung tritt dadurch ein, daß das Land Hessen diese Kosten übernimmt, allerdings nur für das 1. Schuljahr. Die Kostenübernahme durch das Land Hessen erfolgt jedoch nicht automatisch, sondern muß über die jeweilige Berufsschule beantragt werden. Die Auszubildenden werden i. d. R. in der Berufsschule darüber informiert.

Der Vollständigkeit halber ist zu erwähnen, daß § 4 Abs. 3 Satz 2 Berufsausbildungsvertrag seitens des ausbildenden Arztes gestrichen werden kann, weil es für diese Pflicht keinen gesetzlichen Rückhalt gibt.
Landesärztekammer Hessen
Arzthelfer/in-Ausbildungswesen“

Osteoporosemessung durch Apotheker unzulässig

Das Landgericht Wuppertal (Urteil vom 7. August 2001 – 11 O 55/01) verurteilte einen Apotheker, es zu unterlassen, eine „Osteoporose-Früherkennung“ oder „Osteoporose-Messtage“ anzukündigen und durchzuführen, insbesondere, wenn dies in einem unmittelbaren räumlichen Zusammenhang mit einer Beschreibung des Krankheitsbildes der Osteoporose geschieht.

Das Gericht sah in der Werbung einen Verstoß gegen § 1 UWG i.V.m. § 1 HeilpraktikerG. Nach letztgenannter Vorschrift darf nur derjenige Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ausüben, der Arzt ist oder über die Erlaubnis nach dem HeilpraktikerG. verfügt. Auch nach der Auffassung des Landgerichtes beschränkte sich die Tätigkeit des beklagten Apothekers nicht auf eine schlichte Messung der Knochendichte, sondern enthielt gleichzeitig das Angebot einer Diagnose.

Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig. Sie können es schriftlich unter Angabe des Aktenzeichens F 40274/01 anfordern.

Wettbewerbszentrale
Rechtsanwältin Christiane Köber
Postfach 25 55
61295 Bad Homburg

Ausbildungsrahmenplan, Ausbildungsplan, Berichtsheft

Den meisten Ärzten und Arzthelferinnen ist die Neuordnung der Arzthelfer/innen-Ausbildung durch die Arzthelfer-Ausbildungsverordnung vom 10. Dezember 1985 am ehesten durch die Verlängerung der Ausbildungszeit von 2 auf 3 Jahre bewußt geworden. Diese Sichtweise wird den Neuregelungen nicht gerecht. Mit der neuen Ausbildungsverordnung gehört die Ausbildung der Arzthelferinnen zu den nach modernen berufspädagogischen Gesichtspunkten gestalteten Ausbildungsgängen der im „dualen System“ vermittelten Qualifikationen.

Im Gegensatz zu den abgelösten Regelungen aus dem Jahre 1965 beinhaltet die Arzthelfer-Ausbildungsverordnung neben zahlreichen wichtigen Regelungen die zu erreichenden Lernziele im einzelnen. Ausbildungsplan und Berichtsheft sind obligatorisch.

Duales Ausbildungssystem

Prinzip der „dualen Ausbildung“ ist, durch das zeitliche Nebeneinander der Ausbildung in Betrieb und Schule gemeinsam das Ausbildungsziel zu erreichen. Dies geschieht bei der Arzthelferinnen-Ausbildung durch Vermittlung von überwiegend theoretischem praxisbezogenem Wissen in der Berufsschule und Fertigkeiten und Kenntnissen in der Ausbildungspraxis.

Die Arzthelfer-Ausbildungsverordnung enthält folgende Vorschrift: „Die Abschlußprüfung erstreckt sich auf die in der Anlage (= Ausbildungsrahmenplan für die Ausbildungspraxis) aufgeführten Fertigkeiten und Kenntnisse sowie auf den im Berufsschulunterricht vermittelten Lehrstoff, soweit er für die Berufsausbildung wesentlich ist.“ Eine Regelung gleichen Inhalts gibt es auch für die Zwischenprüfung.

Rahmenlehrplan für die Berufsschule und Ausbildungsrahmenplan für die betriebliche Ausbildung sind aufeinander abgestimmt.

Ausbildungsrahmenplan

Ein wesentlicher Bestandteil der Arzthelfer-Ausbildungsverordnung ist der Ausbildungsrahmenplan, der eine Anleitung zur sachlichen und zeitlichen Gliederung der Berufsausbildung enthält. Die im Ausbildungsberufsbild festgelegten 16 Ausbildungsschwerpunkte werden mit insgesamt 87 Lernzielen näher definiert. Außerdem werden dafür jeweils zeitliche Richtwerte angegeben.

Der Ausbildungsrahmenplan ist für die Ausbildungspraxis verbindlich. Es ist nicht zulässig, einzelne im Ausbildungsrahmenplan enthaltene Lernziele im Hinblick auf das Gebiet des ausbildenden Arztes auszuschließen.

Eine von dem Ausbildungsrahmenplan innerhalb der beruflichen Grundbildung (1. Ausbildungsjahr) und innerhalb der beruflichen Fachbildung (2. und 3. Ausbildungsjahr) abweichende sachliche und zeitliche Gliederung des Ausbildungsinhaltes ist aber zulässig, soweit betriebspraktische Besonderheiten die Abweichung erfordern. Solche Abweichungen sind im Ausbildungsplan vorzunehmen.

Gemäß § 22 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz gilt eine Ausbildungsstätte, in der die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten nicht in vollem Umfang vermittelt werden können, nur dann als geeignet, wenn dieser Mangel durch Ausbildungsmaßnahmen außerhalb der Ausbildungsstätte behoben wird. In Hessen wird den ausbil-

denden Ärzten ihre Ausbildungstätigkeit durch die Überbetriebliche Ausbildung in der Carl-Oelemann-Schule insofern erleichtert, als dort in insgesamt 3 Lehrgängen diejenigen Ausbildungsinhalte ergänzt bzw. vertieft werden, die in einigen Arztpraxen nur schwer zu vermitteln sind. Die Überbetriebliche Ausbildung ist kein unabhängiger dritter Ausbildungsteil, sondern Bestandteil der betrieblichen Ausbildung in der Arztpraxis.

Zeitrichtwerte

Die zeitlichen Richtwerte des Ausbildungsrahmenplanes haben schon zu viel Unverständnis und Unmut geführt. Sie können den Eindruck erwecken, als hätten die für die Arzthelfer-Ausbildungsverordnung verantwortlichen Planer „am grünen Tisch“ vergessen, auch an Ausfallzeiten durch Urlaub, Krankheit, Prüfungen u.ä. zu denken. Tatsächlich sieht der Ausbildungsrahmenplan insgesamt 156 Wochen, d.h. die gesamte Zeit der 3jährigen Ausbildung vor.

Die Erklärung liegt darin, daß die Angabe des Richtwertes in Wochen als Ausdruck des Gewichtes des jeweiligen Ausbildungsabschnittes im Verhältnis zur Gesamtausbildung angesehen wird. Ohnehin kann der Ausbildungsrahmenplan die jeweiligen regionalen Besonderheiten (wie z.B. Blockunterricht in der Berufsschule, Überbetriebliche Ausbildung u.ä.) oder die besonderen Praxisgegebenheiten nicht berücksichtigen. Dies muß im Ausbildungsplan der Arztpraxis geschehen.

Der angegebene Richtwert von 8 Wochen für den Abschnitt „Kenntnisse über das Gesundheitswesen und die ärztliche Praxis“ bedeutet also, daß etwa 8/156 (ungefähr 5%) der Gesamtausbildungszeit für diese Thematik vorgesehen werden soll. Schlechte Ausbildungsergebnisse können aber schnell Verschiebungen erforderlich machen.

Ausbildungsplan

Ausbildung muß geplant werden. Dies gilt natürlich nicht nur für die Berufsschule. Auch die Arztpraxis muß bei der Erfüllung ihrer Ausbildungsaufgabe geplant vorgehen. Die Arzthelfer-Ausbildungsverordnung verpflichtet deshalb jeden ausbildenden Arzt, unter Zugrundelegung der Lernziele sowie der Zeitrichtwerte des Ausbildungsrahmenplanes für den Auszubildenden einen Ausbildungsplan zu erstellen. Der Ausbildungsplan hat die Aufgabe, die sachliche und zeitliche Umsetzung der durch den Ausbildungsrahmenplan vorgegebenen Lernziele in der einzelnen Ausbildungspraxis festzulegen.

Vor Beginn der Ausbildung stellt jeder ausbildende Arzt Überlegungen an, welche Ausbildungsinhalte am zweckmäßigsten an welchem Ausbildungsplatz und zu welchem Zeitpunkt vermittelt werden sollen. Diese Überlegungen werden mit Hilfe des Ausbildungsplans dokumentiert. Dabei sind eventuelle „betriebspraktische Besonderheiten“ und andere Tatbestände, die eine Abweichung vom Ausbildungsrahmenplan rechtfertigen, zu berücksichtigen.

Ferner sollten die durch das Ausbildungsberufsbild festgelegten Ausbildungsabschnitte sinnvollerweise nicht stur in der vorgegebenen Reihenfolge und damit inhaltlich unstrukturiert vermittelt werden. So kann der Abschnitt „Kenntnisse über das Gesundheitswesen und die ärztliche Praxis“ in aller Regel nur geteilt vermittelt werden. Von dem zeitlichen Richtwert von 8 Wochen für diesen Ausbildungsabschnitt stehen unter Berücksichtigung der nicht für



die Ausbildung nutzbaren Zeit etwa 6 Wochen tatsächlich zur Verfügung. Es empfiehlt sich eine Aufteilung dieser Zeit. Gleich nach Beginn der Ausbildung sollten in den ersten 3 Wochen die Lernziele e) bis k) im Ausbildungsplan vorgesehen werden. Konkret würde dies bedeuten, daß hinter den genannten Lernzielen im Ausbildungsplan bei Beginn der Ausbildung am 1. August die Angabe 1. - 20.8. einzutragen wäre. Die übrigen Lernziele des Ausbildungsabschnittes sind besser am Ende des 1. Ausbildungsjahres zu vermitteln.

Der Ausbildungsplan hat die Aufgabe, dem Auszubildenden jederzeit die Überprüfung zu ermöglichen, ob die bis zu einem bestimmten Zeitpunkt vorgesehenen Lernziele erreicht sind.

Berichtsheft

Einen weiteren Überblick über die bereits vermittelten Fertigkeiten und Kenntnisse kann das richtig geführte Berichtsheft bieten. Die Arzthelfer-Ausbildungsverordnung schreibt vor, daß der Auszubildende ein Berichtsheft in Form eines Ausbildungsnachweises zu führen hat. Ihm ist Gelegenheit zu geben, das Berichtsheft während der Ausbildungszeit zu führen. Der ausbildende Arzt hat das Berichtsheft regelmäßig durchzusehen.

Das Berichtsheft ist ein Nachweis der Ausbildung. Deshalb soll ihm zu entnehmen sein, was der Auszubildende in der Ausbildungspraxis gelernt hat. Dies geschieht am sinnvollsten durch kurze, möglichst präzise Angabe der erreichten Lernziele.

Auszubildender und ausbildender Arzt sollen dem Berichtsheft ebenso wie die Landesärztekammer und (anläßlich der Abschlußprüfung) der Prüfungsausschuß entnehmen können, daß die im Ausbildungsrahmenplan vorgegebenen Ziele während der Ausbildung erreicht worden sind. In seltenen Fällen kann das Berichtsheft sogar die Funktion eines Beweismittels haben, wenn nämlich bei nicht bestandener Abschlußprüfung von dem Auszubildenden behauptet wird, der von ihm in der Prüfung verlangte Stoff sei während der Berufsausbildung nicht vermittelt worden. So könnte das Berichtsheft z.B. Beweismittel werden bei einer etwaigen Schadensersatzklage wegen unzureichender Ausbildung bei Nichtbestehen der Abschlußprüfung. Ein schlecht geführtes Berichtsheft wird wohl regelmäßig als Indiz für eine nicht ordnungsgemäß durchgeführte Ausbildung gewertet werden.

Formvorschriften für die Führung des Berichtsheftes gibt es nicht. Die Eintragungen können mit der Schreibmaschine oder von Hand vorgenommen werden. Sicherlich entspricht die aufsatzartige Wiedergabe erlernter Stoffgebiete nicht den Vorstellungen des Verordnungsgebers vom Inhalt des Ausbildungsnachweises. Bei der gebotenen Kürze ist aber zu bedenken, daß das Berichtsheft eine weitere Funktion erfüllt, wenn es dem Auszubildenden als Nachbereitung des Erlernen und später als Nachschlagewerk dient. Deshalb kann es sinnvoll sein, einzelne Ausbildungstätigkeiten etwas zu erläutern.

Gegenstand der Berichtshefführung sind die erreichten Ausbildungsziele, die nicht unbedingt mit den gerade routinemäßig ausgeübten Tätigkeiten übereinstimmen müssen. Das Berichtsheft als Ausbildungsnachweis ist kein Tätigkeitsnachweis.

Zum zeitlichen Rhythmus der Eintragungen können deshalb keine Vorgaben gemacht werden. Das Berichtsheft ist immer dann zu ergänzen, wenn ein neuer Ausbildungsinhalt vermittelt wurde.

Gemeinsam mit dem Berufsbildungsausschuß der Landesärztekammer Hessen haben wir ein neues Berichtsheft erstellt, das im Hinblick auf den Verlauf der Berufsausbildung mehr Transparenz bringen soll.

Die Carl-Oelemann-Schule führt im Rahmen der Überbetrieblichen Ausbildung „Informationsstunden“ zum Thema „Führung des Berichtsheftes“ durch, an der jede/r Auszubildende teilnehmen kann.

Ab dem Jahr 2000 werden die Berichtshefte während des Aufenthalts zur Überbetrieblichen Ausbildung (Grundstufe im Zeitraum März bis Juli) von einer extra beauftragten Ärztin durchgesehen. Durch diese von Berufsbildungsausschuß und Präsidium beschlossene Maßnahme soll eine konkrete Information über die Berichtsheft-Führung und ggf. eine frühzeitige Korrektur erreicht werden. Die Berichtshefte müssen deshalb zum Lehrgang Grundstufe der Überbetrieblichen Ausbildung mitgebracht werden.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

„Ausbildung zur/zum Arzthelfer/in von nichtdeutschen Auszubildenden“

Gemäß § 19 Abs. 1 Satz 1 Arbeitsförderungsgesetz, der auch auf Auszubildende Anwendung findet, benötigen Arbeitnehmer, die nicht Deutsche im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes sind, zur Ausübung einer Beschäftigung die Erlaubnis der Bundesanstalt, soweit in zwischenstaatlichen Vereinbarungen nichts anderes bestimmt ist.

Derartige zwischenstaatliche Vereinbarungen bestehen für die EG-Staaten sowie für die EFTA-Staaten. Demnach bedürfen Arbeitnehmer, die die Staatsangehörigkeit eines dieser Länder besitzen, keiner Arbeitserlaubnis. Die einzige Ausnahme betrifft die Schweiz. Arbeitnehmer mit schweizerischer Staatsangehörigkeit benötigen gleichwohl eine Arbeitserlaubnis.

Bei den Arbeitnehmern, die weder die Staatsangehörigkeit eines EG- noch eines EFTA-Staates besitzen, ist daher auf das Vorliegen einer Arbeitserlaubnis zu achten.

Gemäß § 19 Abs. 4 Arbeitsförderungsgesetz i. V. m. § 9 Nr. 13 der Arbeitserlaubnisverordnung benötigen aber Ausländer, die eine Aufenthaltsberechtigung nach § 27 Ausländergesetz besitzen, keine Arbeitserlaubnis. Der Arbeitgeber kann dies durch Vorlage des Passes prüfen.

In Zweifelsfällen wenden Sie sich bitte an das für Sie zuständige Arbeitsamt.

Eine Beschäftigung von Ausländern ohne Arbeitserlaubnis wird als Ordnungswidrigkeit mit Bußgeldern geahndet, d. h. das zuständige Arbeitsamt leitet ein Ermittlungsverfahren ein.

Der Ausgang eines solchen Verfahrens ist im wesentlichen davon abhängig, ob die Vorschrift des § 19 Arbeitsförderungsgesetz vorsätzlich umgangen wurde und ob ein Wiederholungsfall gegeben ist.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

Anzeige

Hinweis!

Ich, Peter Assmus, bin für die Gesellschaft Fa. Assmus & Partner GmbH, Mainz, als Geschäftsführer nicht mehr tätig. **Jetzt Geschäftsführer der Firma Assmus & Lauer, Ges. für Praxisverm. mbH.**

gez. Peter Assmus



Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Med. Dir. i. R. Dr. med. Werner Harsch, Bad König, am 09. November.
Ltd. Med. i. R. Dr. med. Helmut Rühl, Lampertheim, am 09. November.
Dr. med. Ingrid Hirschberg, Seeheim-Jugenheim, am 19. November.
Dr. med. Bruno Walther, Darmstadt, am 30. November.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Richard Kaufmann, Frankfurt, am 9. November.
Dr. med. Klaus Potel, Gelnhausen, am 9. November.
Prof. Dr. med. Hartmut Fromm, Oberursel, am 17. November.
Dr. med. Berthold Keller, Offenbach, am 30. November.
Dr. med. Giesela Becker, Kronberg, am 30. November.

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

Prof. Dr. med. Hansjoerg Becker, Kronberg, am 30. November.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Renate Gierhake, Gießen am 09. November.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Prof. Dr. med. Eugen Mahler, Morschen, am 14. November.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Siegfried Lorenz, Marburg, am 6. November.
Dr. med. Günter Wigand, Fronhausen, am 9. November.

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Irene Schmitt, Limburg, am 9. November.

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



Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

Wir gratulieren den Arzthelferinnen zum 10jährigen Berufsjubiläum,

Gudrun Böhm tätig in der Gemeinschaftspraxis U. Baur-Weigand und Dr. med. S. Fink, Gießen

Annette Hietel tätig bei Dr. med. M. Morgenstern, Mainz-Kastell
Linda Hoffstätter tätig bei Dr. med. G. Gizelt-Kauder, Darmstadt

Melanie Roth tätig bei Dr. med. A.-K. Reinwald, Gedern

Annette Hiete tätig bei Dr. med. M. Morgenstern, Mainz-Kastell
Linda Hoffstätter tätig bei Dr. med. G. Gizelt-Kauder, Darmstadt

Melanie Roth tätig bei Dr. med. A.-K. Reinwald, Gedern

Ute Schmahl tätig bei Dr. med. K. H. Stephan, Griesheim

Anita Streb tätig bei Dr. med. G. Kleinhenz, Offenbach

und zum mehr als 10jährigen Berufsjubiläum,

Astrid Hylla seit 20 Jahren tätig bei A. Beck, Hofheim, vormals

Dr. med. R. Mischung, Hofheim

Christina Krug seit 11 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis

K.-H. Leibold, C. Wenger u. J. Wecker, Mittelkalbach

Annette Spahn seit 11 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis

K.-H. Leibold, C. Wenger u. J. Wecker, Mittelkalbach

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

Zum 10jährigen Berufsjubiläum gratulieren wir den Helferinnen

Sabine Rüppel tätig in der Gemeinschaftspraxis Der. med. A. Sachs u. J. Fischer, Darmstadt

Gisela Schlögel tätig bei Dr. med. A.-K. Reinwald, Gedern

In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde diesen Helferinnen eine Urkunde ausgehändigt.

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Margarete Barniske, Heppenheim
* 05.12.1912 † 12.07.2001

Medizinalklinikdirektor Dr. med. Helmut Bischoff, Frankfurt
* 30.03.1915 † 20.06.2001

Dr. med. Hermann Brommer, Tann
* 26.08.1919 † 19.07.2001

Harald Gola, Rimbach
* 17.09.1946 † 19.06.2001

Dr. med. Maria Kothe, Hanau
* 15.07.1923 † 01.06.2001

Professor Dr. med. Joachim Kracht, Linden
* 19.03.1924 † 20.06.2001

Dr. med. Gertrud Kraft, Kronberg
* 28.11.1904 † 26.02.2001

Martina Lies, Frankfurt
* 18.02.1962 † 14.07.2001

Dr. med. Dipl. med. Ulrich Werner Lützner, Alsfeld
* 26.01.1948 † 02.07.2001

Dr. med. Erna Meisner-Kapeller, Kassel
* 03.07.1920 † 17.07.2001

Dr. med. Helmut Menzel, Gründau
* 16.11.1913 † 28.05.2001

Professor Dr. med. Theofried Peters, Gießen
* 14.11.1925 † 26.07.2001

Dr. med. Georg Repp, Darmstadt
* 19.03.1909 † 20.07.2001

Dr. med. Ferdinand Schitteck, Frankfurt
* 30.03.1930 † 01.07.2001

Dr. med. Bruno Thomann, Bad Homburg
* 19.08.1911 † 13.08.2001

Dr. med. Heinrich Trabert, Hünfeld
* 07.08.1911 † 14.07.2001

Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verlorengegangen und werden hiermit für ungültig erklärt.

Arztausweis Nr. HS/K 1645, ausgestellt am 22.09.1987, für Uwe Damm

Arztausweis Nr. SH/10087 ausgestellt am 22.03.1993, für Dr. med. Dörte Wößmann, auf den Familiennamen „Lindner“

Arztausweis Nr. HS/D/2746, ausgestellt am 10.09.1996, für Dr. med. Elisabeth Malzfeldt, Darmstadt.

Arztausweis Nr. HS/G 3095, ausgestellt am 27.04.1993, für Karin Obst, Gießen

Arztausweis Nr. HS/F 8458 ausgestellt am 16.12.1997, für Dott./Univ. Neapel Donato Lomiento, Hanau

Arztausweis Nr. HS/G/4454, ausgestellt am 11.08.1998, für Dr. med. Stefanie Kästner,

Arztausweis Nr. HS/G/4002, ausgestellt am 26.08.1996, für Herwig Gross,

Arztausweis Nr. HS/F 6384 ausgestellt am 07.07.1993, für Dr. Joachim Wilke, Bensheim

Anzeige

Ihre Praxisabgabe – mit uns ein Erfolg!



- Vorausschauende Abgabeplanung
- Vorauswahl der Interessenten
- Sicherung der Kaufpreiszahlung

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!



Kassenzentrale der Ärzte und Zahnärzte in Hessen

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

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt-Mitte Kinderärztin/Kinderarzt (Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Bergstraße

Bensheim Hautärztin/Hautarzt (Gemeinschaftspraxisanteil)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenzentrale der Ärzte und Zahnärzte in Hessen, Bezirksstelle Darmstadt, Wilhelminenplatz 7, 64283 Darmstadt zu senden.**

Planungsbereich Frankfurt/M.-Stadt

Frankfurt/M.-Goldstein praktische Ärztin/praktischer Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Frankfurt/M.-Nordend praktische Ärztin/praktischer Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Frankfurt/M.-Rödelheim praktische Ärztin/praktischer Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Chirurgin/Chirurg
Frankfurt/M.-Innenstadt Frauenärztin/Frauenarzt
Frankfurt/M.-Innenstadt Urologin/Urologe
Frankfurt/M.-Innenstadt HNO-Ärztin/HNO-Arzt
Frankfurt/M.-Nordwestzentrum HNO-Ärztin/HNO-Arzt
Frankfurt/M.-Sachsenhausen Neurologin und Psychiaterin/
Neurologe und Psychiater
Frankfurt/M.-Sachsenheim Neurologin/Neurologe
Frankfurt/M.-Westend Facharzt/Fachärztin
für Psychotherapeutische Medizin
Frankfurt/M.-Eschersheim Psychologische
Psychotherapeutin/therapeut
Frankfurt/M.-Bornheim Internistin/Internist
-fachärztlich-
Frankfurt/M.-Gallusviertel praktische Ärztin/praktischer Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Sulzbach Frauenärztin/Frauenarzt (Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Hoch-Taunus-Kreis

Oberursel/Ts. Psychotherapeutisch tätige
Ärztin/tätiger Arzt
Oberursel/Ts. Radiologin/Radiologe

Planungsbereich Offenbach/M.-Stadt

Offenbach/M.-Innenstadt Augenärztin/Augenarzt
Offenbach/M.-Innenstadt Internistin/Internist
-fachärztlich tätig-

Planungsbereich Offenbach/M.-Land

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

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Gelnhausen Augenärztin/Augenarzt
Hanau-Innenstadt Radiologin/Radiologe
Maintal Kinderärztin/Kinderarzt

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenzentrale der Ärzte und Zahnärzte in Hessen, Bezirksstelle Frankfurt, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt zu senden.**

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Dillenburg-Frohnhausen praktische Ärztin/praktischer Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
(Gemeinschaftspraxisanteil)
Eschenburg-Wissenbach praktische Ärztin/praktischer Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Planungsbereich Landkreis Gießen

Gießen Orthopädin/Orthopäde (Gemeinschaftspraxisanteil)

Gießen

praktische Ärztin/praktischer Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Orthopädin/Orthopäde

Grünberg

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Nauheim Kinderärztin/Kinderarzt
Rosbach Psychotherapeutisch tätige
Ärztin/Arzt

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenzentrale der Ärzte und Zahnärzte in Hessen, Bezirksstelle Gießen, Eichgärtenallee 6, 35394 Gießen zu senden.**

Planungsbereich Landkreis Fulda

Fulda HNO-Ärztin/HNO-Arzt

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel Internistin/Internist
-fachärztlich tätig-
Kinderärztin/Kinderarzt

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Waldeck Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
(Gemeinschaftspraxisanteil)
Waldeck Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
(Gemeinschaftspraxisanteil)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenzentrale der Ärzte und Zahnärzte in Hessen, Bezirksstelle Kassel, Pfannkuchstraße 1, 34121 Kassel zu senden.**

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Marburg Fachärztin/Facharzt für
Psychotherapeutische Medizin
Marburg Psychotherapeutische Praxis

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenzentrale der Ärzte und Zahnärzte in Hessen, Bezirksstelle Marburg, Raiffeisenstraße 6, 35043 Marburg zu senden.**

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden Fachärztin/Facharzt für
Frauenheilkunde

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenzentrale der Ärzte und Zahnärzte in Hessen, Bezirksstelle Wiesbaden, Abraham-Lincoln-Straße 36, 65189 Wiesbaden, zu senden.**

Die Kassenzentrale der Ärzte und Zahnärzte in 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

Kassenzentrale der Ärzte und Zahnärzte in Hessen - Landesstelle - Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt/M., Telefon 069/79502-757 zu wenden.

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