

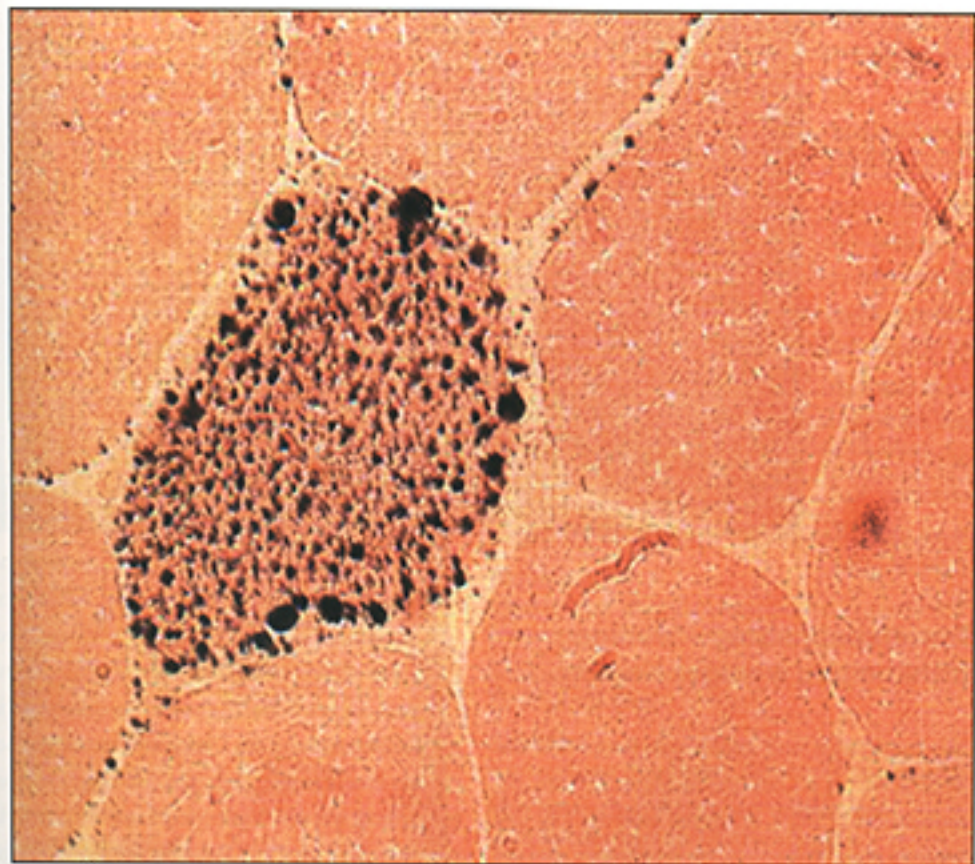
Hessisches Ärzteblatt

1/2002

Januar 2002
63. Jahrgang



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



Unspezifische Muskelveränderung bei Fibromyalgie im Sinne einer vermehrten Fettbestäubung.
© Prof. Dr. D. Pongratz

Delegierten-
Versammlung
der LÄK Hessen

Abgeordneten-
Versammlung
der KV Hessen

Mobbing
erkennen-helfen-vorbeugen

Panik
Entstehung-Bekämpfung-Verhütung

Fibromyalgie

Herausgeber:

Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsang 3, 60488 Frankfurt/M., Telefon (0 69) 9 76 72-0, Internet: www.lackh.de, E-Mail: lackhessen@lackh.de und Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Georg-Voigt-Str. 15, 60325 Frankfurt/M., Telefon (0 69) 79 30 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; Alice Leugemann, verantwortlich für Mitteilungen der Akademie; Professor Dr. Ernst-G. Loch

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Katja Mohrle, M. A.

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. med. Erika Baum, Biebertal
Dr. med. Alfred Halbiguth, Frankfurt
Dr. med. Ulrich Herborn, Kassel
Prof. Dr. med. Dietrich Hoffler, Darmstadt
Dr. med. Georg Hoffelder, Frankfurt
Dr. med. Siegmund Kalinski, Frankfurt
Dr. med. Norbert Löschhorn, Seeheim-Jugenheim
Prof. Dr. med. Helmut Nier, Offenbach
Prof. Dr. med. Peter Oswald, Hanau
Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Gießen
Dr. med. Hans-Friedrich Spies, Frankfurt
Dr. med. Gösta Ströding, Frankfurt
PD Dr. med. Roland Wonne, Frankfurt
PD Dr. med. Oskar Zelder, Marburg
Dr. med. Walter Schulte-Amling, Hofheim

Arzt- und Kassenarztrecht:

Dr. Karin Hahn-Reulecke, Justitiarin der KV Hessen, Christoph Biesing, Justiziar 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@lackh.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 Tanny

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 Landesärztekammer 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. **Redaktionschluss:** Fünf Wochen vor Erscheinen.

Druck:

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

Hessisches Ärzteblatt



01/2002 Januar 2002 • 63. Jahrgang

Sie lesen in diesem Heft

Editorial

Ein neues Jahr – ein gutes Jahr

650

Landesärztekammer Hessen

Delegiertenversammlung der Landesärztekammer in Bad Nauheim

651

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Positionspapier der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zur Entwicklung der Arzneimittelausgaben im Jahr 2001

655

Die Verantwortung der Selbstverwaltung beim Impfen aller Bevölkerungsschichten

657

Zur Situation der Impfhonorare in Hessen – aktuell

659

Abgeordnetenversammlung der KV Hessen am 1. Dezember 2001

660

Qualitätssteigerung durch Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor

662

Fortbildung

Mobbing erkennen-helfen-vorbeugen

663

Landesärztekammer Hessen

Stellungnahme der Landesärztekammer Hessen zum Katastrophenschutz-Konzept Hessen

666

Fortbildung

Fortbildung – (k)eine (un)endliche Geschichte

668

Panik – Entstehung – Bekämpfung – Verhütung

669

Fibromyalgie

675

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung Bad Nauheim

683

Ärztliche Fortbildung im Bereich der Bezirksärztekammern

687

Fortbildung

Sport Pro Gesundheit nun auch für Ärztinnen und Ärzte

692

Aktuelles

Überlegung über das letzte Urteil zum Bereitschaftsdienst

694

Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes und Fallpauschalenges. (DRG) im Krankenhaus

695

Arzt und Kassenarztrecht

Ein Fall für Drei

696

Aktuelles

Einweihung des neuen Zentrums der Frauenheilkunde am Universitätsk. Ffm.

699

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

Zum Gedenken an Dietrich Starck

701

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

703

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

711

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.

Von 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.

Ein neues Jahr – ein gutes Jahr?

Ein neues Jahr hat begonnen; ob es ein gutes Jahr für Ärztinnen und Ärzte, für ihre Patienten und für das Gesundheitswesen in Deutschland wird, muß man nach den derzeitigen Vorzeichen bezweifeln. Denn unter anderem kommt dies alles auf uns zu:

Die Einführung der DRGs für die stationäre Versorgung rückt näher. So sinnvoll eine neue, geänderte Finanzierung der Krankenhäuser auch sein mag, so unvollkommen erscheint die jetzt vorgesehene Lösung. Viele Krankheitsbilder lassen sich mit der derzeitigen Liste von DRGs nicht abbilden; die Kalkulation der Fallpauschalen läßt manche Kostenfaktoren der Krankenhäuser außer acht. Die Festlegung auf eine Hauptdiagnose schon bei der Aufnahme des Patienten läßt befürchten, daß das Ziel, den kranken Menschen wieder mehr als bisher als Entität zu sehen, in weite Ferne rückt. Die zusätzliche, erhebliche Verwaltungsarbeit für unsere Kollegen im Krankenhaus wird sie noch mehr als bisher von ihrer eigentlichen Aufgabe abhalten, nämlich sich um ihre Patienten zu kümmern. Also: cui bono?

Nach wie vor läßt sich die Arbeit der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus mit dem vorhandenen Personalstamm überhaupt nur bewältigen, weil die nach dem Arbeitszeitgesetz zulässigen Arbeitszeiten ständig und in erheblichem Umfang überschritten werden. Dies haben eine Umfrage der Landesärztekammer Hessen wie auch eine des hessischen Sozialministeriums bewiesen. Auch wird im Bereitschaftsdienst regelmäßig reguläre Arbeitsleistung erbracht, ohne daß diese dokumentiert oder gar als Überstunden bezahlt wird. Vielerorts läßt die regelmäßige Arbeitsbelastung im Bereitschaftsdienst die Anordnung eines solchen gar nicht zu; es müßte regulär im Schichtdienst gearbeitet werden. Sicher sind gewisse Verbesserungen der Situation schon durch

organisatorische Maßnahmen möglich, doch sind sich alle Beteiligten einig, daß es nicht ohne zusätzliche Stellen für Ärzte gehen wird. Diese wurden jedoch nicht in die DRGs einkalkuliert; woher das Geld hierfür kommen soll, bleibt bisher im Nebel verborgen. Trägt all dies zur Verbesserung der Patientenversorgung im Krankenhaus bei? Sicher nicht.

Die Einführung der DRGs hat noch eine andere Nebenwirkung: Das Recht zur privaten Liquidation bei Wahlleistungspatienten, welches über viele Jahrzehnte als Ausgleich für eine nicht leistungsgerechte Bezahlung hoch qualifizierter Ärzte am Krankenhaus dient, ist akut gefährdet. Dabei macht es nicht nur für die liquidationsberechtigten, sondern über Modelle der Mitarbeiterbeteiligung auch für viele nachgeordnete Ärztinnen und Ärzte einen wesentlichen Einkommensbestandteil aus. Übrigens sind zwar die Arztgehälter in die DRGs eingerechnet, nicht aber die bisher über Privatliquidation erzielten Einkünfte. Nach den derzeitigen Vorstellungen der Politik soll der Wahlleistungen wünschende Patient einen Zuschlag zum normalen DRG an das Krankenhaus zahlen; damit würde die ärztliche Privatliquidation der Vergangenheit angehören. Aus diesem Mehrerlös könnten, müßten aber nicht, die Krankenhäuser nach Guts-herrenart einen Obolus an den oder die Ärzte ausschütten, je nach Leistung oder aber auch nur nach Wohlverhalten. Ob dies die Motivation für intensive Zuwendung gegenüber dem Patienten verbessert, darf wohl auch bezweifelt werden.

Ein Argument gegen die Privatliquidation am Krankenhaus, welches vor allem von den Kostenträgern, also von den privaten Versicherungen, angeführt wird, ist die mangelnde persönliche Erbringung der liquidierten Leistungen. Natürlich kann der liquida-

tionsberechtigte (Chef-)Arzt nicht jede Spritze selbst machen und jeden Verband höchstpersönlich wechseln. Betrachtet man jedoch die real existierende Abrechnungspraxis, so muß man feststellen, daß es hier schon öfters nicht zu vertretende Auswüchse gibt. Daher fordern viele Vertreter der Ärzteschaft, darunter auch ich, seit Jahren, das Liquidationsrecht am Krankenhaus auf mehr qualifizierte Ärztinnen und Ärzte auszudehnen, damit eher die Chance besteht, daß derjenige, der Leistungen für den Patienten erbringt, diese auch selbst in Rechnung stellen kann, und jeder, der eine Leistung berechnet, sie auch selbst erbringt. Als Zwischenlösung könnte ich mir vorstellen, die Patientenrechnung zu splitten in einen Teil, der vom liquidationsberechtigten Arzt selbst erbrachte Leistungen enthält, und einen Teil mit anderen, von namentlich aufgeführten Ärzten durchgeführten Maßnahmen. Der Steigerungsfaktor könnte dabei je nach Leistung und nach Qualifikation des betreffenden Arztes variiert werden. Der Aufwand für diese Maßnahme wäre gering, der Vorteil neben Vergütungsgerechtigkeit auch eine hohe Transparenz für den Patienten.

Nun war viel vom Krankenhaus die Rede, aber machen wir uns nichts vor, für die Niedergelassenen kommt es auch nicht viel besser: Im Dezember hat Bundesgesundheitsministerin Schmidt ihre Vorstellungen über eine Reform des Gesundheitssystems nach der Bundestagswahl dargelegt. Neben einer Einschränkung der freien Arztwahl, einer weitergehenden und diagnosebezogenen Pauschalierung und höheren Selbstbeteiligungen der Patienten an Arzneimitteln ist zu befürchten, daß den Krankenkassen mehr Steuerungsinstrumente in die Hand gegeben werden, wie z.B. die Möglichkeit, über Einkaufsmodelle einzelnen Ärzten oder Arztgruppen die Preise zu

diktieren. Ausrede hierfür ist dann, daß so mehr Wettbewerb ins System komme, ein Popanz, der allenthalben auftaucht. Wettbewerb, ein Begriff aus der Wirtschaft, kann nur dort sinnvoll sein, wo der Endverbraucher die Leistung oder die Produktqualität beurteilen und somit vergleichen kann. Für den Patienten und für die ärztliche Leistung trifft dies nur in sehr beschränktem Umfang zu. Den Mut zu einer grundlegenden Reform des Gesundheitswesens, z.B. den langfristigen Übergang zu einem kapitalfinanzierten System oder der Pflicht zur Versicherung für Grundleistungen statt einer

einkommensbezogenen Versicherungspflicht, bringt die Politik jedoch offenbar nicht auf.

Diese Aufzählung negativer Auspizien sollte nicht zu dem Fehlschluß führen, die Vertreter der ärztlichen Selbstverwaltung hätten es aufgegeben, gegen all dies anzugehen. Nein, wir alle fahren in unserem Bemühen fort, der Politik mit guten Argumenten und harten Zahlen ein Bild der Realität zu vermitteln und unsererseits Vorschläge zu machen, wie unser Gesundheitssystem im echten Sinne reformiert werden könnte. Man kommt sich jedoch, gerade in einem Wahljahr, stets wie der Ru-

fer in der Wüste vor. Auch erleichtern die fehlende Geschlossenheit der Ärzteschaft und die zunehmenden Partikularinteressen diese Aufgabe nicht gerade. Aber: Resignation und Defätismus sind fehl am Platze. Nur wer sich in die laufende Diskussion ständig einbringt, kann mitgestalten. Mit diesem Vorsatz und mit Zuversicht wollen wir in das Jahr 2002 gehen.

Ihr



Dr. med. A. Möhrle
Präsident

den. Noch sind die statistischen Berechnungen nicht ganz abgeschlossen. Allerdings zeigen die schon jetzt vorliegenden Zahlen, daß die Arbeitsbelastung der Ärztinnen und Ärzte weit über das hinausgeht, was das Arbeitszeitgesetz zuläßt. Nach Aussage von Dr. Möhrle stimmen die Angaben zur „Arbeitszufriedenheit“ schon jetzt in hohem Maße bedenklich.

Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit

Die Delegierten kritisierten überdies, daß das im Frühjahr veröffentlichte EuGH-Urteil zur Bewertung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes hierzu-lande allgemein nicht berücksichtigt werde. Ausdrücklich wurde die Ent-

Weiterbildungsermächtigung ist zu überprüfen und gegebenenfalls zu entziehen.“ Vorausgegangen war eine Diskussion über das Verhalten von Chefärzten, die sich dem Druck der Krankenhausträger beugten und Kolleginnen und Kollegen ausbeuteten. Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz seien kein Kavaliersdelikt, hieß es auf der Delegiertenversammlung. Die Chefärzte mußten überdenken, mit wem sie sich solidarisierten. Einstimmig riefen die Delegierten Arbeitgeber und Krankenhausträger dazu auf, das Arbeitszeitgesetz endlich umzusetzen.

Daß diese Forderung sicherlich nicht ohne Schwierigkeiten eingelöst

handlungen eine für beide Seiten akzeptable Lösung suchen müssen.“

Allerdings müßten Entscheidungen auch unter dem Aspekt einer erstaunlichen Veränderung des Arbeitsmarktes gesehen werden. Während man vor drei oder vier Jahren noch von bis zu 60.000 arbeitslosen Ärztinnen und Ärzten in Deutschland zu Beginn dieses Jahrhunderts ausgegangen sei, könnten frei werdende Stellen heute kaum mehr besetzt werden. Vielleicht werde auch die gewandelte Situation dazu beitragen, die Reste ausbeuterischer Elemente bei der Beschäftigung von Ärztinnen und Ärzten zu eliminieren.

Medizinischer Katastrophenschutz

Zweites heftig diskutiertes Thema auf der Delegiertenversammlung war die unzureichende Situation des medizinischen Katastrophenschutzes in Hessen. Dr. Möhrle berichtete, daß er sich in einem Schreiben an Ministerpräsident Roland Koch kritisch mit der katastrophenmedizinischen Vorsorgeplanung auseinandergesetzt und ihn aufgefordert habe, bestehende Defizite im Zuständigkeitsbereich des Hessischen Innenministeriums im Zusammenwirken mit dem Hessischen Sozialministerium anzugehen, auch wenn der organisierte Rettungsdienst bislang eine hohe Qualität zeige. Insbesondere monierte Dr. Möhrle die bisherige Vergütung von Notärzten. Er dankte Dr. Paul Otto Nowak, Präsidiumsmitglied und leitender Notarzt, dafür, endlich eine hinnehmbare Vergütung für Notärzte im Rettungsdienst mit durchgesetzt zu haben.

„Unsere Gesundheitsministerin, Ulla Schmidt, hat nach gut zehn Monaten Amtszeit zwar ihr Lächeln noch nicht verlernt, jedoch auch die normative Kraft des Faktischen kennengelernt.“ In seinem Kommentar zur Lage der Gesundheitspolitik auf bundespolitischer Ebene erklärte Dr. Möhrle, er habe den Eindruck, daß die Bundesregierung derzeit alle Versuche unternehme, das „Schlachtfeld Gesundheitswesen“ bis zur Wahl im Jahr



Versorgungswerk: stehend Frau Dr. Ende, Vorsitzende; Klaus Selch, Horst Michaelis, Georg Seil (Bild pop)

scheidung des Kieler Arbeitsgerichts begrüßt, nach der Bereitschaftsdienst von Krankenhausärzten nicht mit Ruhezeit gleich zu setzen ist, sondern als Arbeitszeit zu gelten hat. Nach engagierten Debatten sowohl über die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes als auch über die korrekte Bewertung des Bereitschaftsdienstes, beschloß die Delegiertenversammlung wörtlich: „Wer als verantwortlicher Arzt Verstöße gegen das Arbeitsgesetz anordnet, zuläßt oder duldet, ist nach Überzeugung der Delegierten als Weiterbilder persönlich ungeeignet. Seine

werden würde, gab Dr. Möhrle zu bedenken. Seitens der Krankenhausträger, aber auch der Politik, werde offensichtlich die Taktik verfolgt, zunächst einmal eine neuerliche Klage aus Deutschland abzuwarten. Selbstverständlich wären mit der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes Kosten verbunden, zumal neue Planstellen eingerichtet werden müßten. Wo dieses Geld im Gesundheitswesen herkommen solle, sei derzeit nicht ersichtlich, sagte der Kammerpräsident: „Man wird hier also einen vernünftigen Weg gehen und über Tarifver-



2002 möglichst ruhig zu halten. Ulla Schmidt probiere mit – nach seinem Dafürhalten – untauglichen Mitteln, kleinere Reparaturen an dem System vorzunehmen. Dazu gehörten auch die jüngsten Beschlüsse auf dem Arzneimittelmarkt, beispielsweise die Autidem-Regelung.

Zukunftsweisendes Gesundheitssystem

„Ich bin der Meinung, daß unser System in der derzeitigen Form nicht reparabel ist“, unterstrich der hessische Kammerpräsident in Bad Nauheim. Im Rahmen der Bundesärztekammer befaßten er und einige andere Kollegen sich zur Zeit mit der Entwicklung eines Zukunftsmodells, das Möglichkeiten aufzeigen solle, wie ein neues zukunftsweisendes Gesundheitssystem unter der Beibehaltung der solidarischen Finanzierung von Risiken, die der Einzelne mit seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit nicht abzudecken in der Lage sei, aussehen könne. Die Ärzteschaft müsse sich außerdem auch mit dem zweiten, jetzt vorliegenden Teil des Sachverständigengutachtens sachlich auseinandersetzen, auch wenn die tendenziöse Absicht einiger Mitautoren zu erkennen sei. Es komme darauf an, selbst Vorschläge zu machen, wie die in dem Gutachten aufgezeigten, tatsächlichen oder vermeintlichen Fehler mittelfristig zu beheben seien.

Eine vorherrschende Rolle spiele auf Bundesesebene nach wie vor die bevorstehende Einführung der DRGs. Auch hier tauchten neben den bereits bekannten Schwierigkeiten immer neue Probleme auf, so etwa die Frage der Vergütung der wahlärztlichen Leistungen. Er selbst habe den Vorschlag eingebracht, die Arztrechnungen in einen persönlich erbrachten Teil des liquidationsberechtigten Arztes und ausgewiesene, von anderen Ärzten erbrachte Tätigkeiten zu splitten. Dies würde Transparenz schaffen und den Weg bahnen zu dem Modell einer Ausdehnung des Liquidationsrechtes auf mehr Fachärzte im Krankenhaus. Der Kammerpräsident vertrat die Ansicht, daß ein Kollegialsystem am Krankenhaus

anstelle des derzeit hierarchisch gegliederten Systems viele Probleme beseitigen könnte. Im übrigen, so Dr. Möhrle, bleibe es bei den grundsätzlichen Bedenken gegen die DRGs und die mit ihnen einhergehende Notwendigkeit, schon bei Aufnahme eines Patienten die Hauptdiagnose festzulegen. Ein Patient werde damit nicht mehr als Ganzes, sondern nur noch als ein Fall mit einer bestimmten Diagnose gesehen.

Kritisch hob Dr. Möhrle die Aussage der Bundesgesundheitsministerin hervor, daß in ihrem Haus keinerlei personelle Ressourcen zur Verfügung stünden, um die dringend anstehende Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) voranzubringen. Nachdem der Deutsche Ärztetag in diesem Jahr die Erlaubnis gegeben habe, das „Vorschlagsmodell“ zur Fortentwicklung der GOÄ anzugehen, habe der GOÄ-Ausschuß der Bundesärztekammer erste Gespräche mit dem Bundesgesundheitsministerium und dem PKV-Verband geführt und sich mit den Möglichkeiten einer neuen Leistungsbewertung beschäftigt. Man werde vermutlich nicht umhin kommen, eine kaufmännische Kalkulation der einzelnen ärztlichen Verrichtungen durchzuführen, erklärte Dr. Möhrle. Aufgrund der fehlenden personellen Ressourcen des Ministeriums sei der Zeitrahmen für eine Neugestaltung der GOÄ allerdings noch nicht abzusehen.

Hessische Themen

Erfreulichere Aussagen konnte der Kammerpräsident zu hessischen Themen machen: So wurde die Vertrauensstelle nach dem Hessischen Krebsregistergesetz personell ausgebaut – und zwar in dem Rahmen, den die vom Land Hessen zur Verfügung gestellten Finanzmittel zulassen. Die Kammer habe diese zusätzliche Aufgabe für das Land Hessen nur unter der Voraussetzung übernommen, daß ihr dadurch keine Kosten entstünden: „Dies ist die Folge der schlechten Erfahrungen, die wir in der Vergangenheit mit der Wahrnehmung von Aufgaben für das Land Hessen gemacht haben.“

Intensiv diskutierten die Delegierten auch über Einzelheiten aus dem von Dr. Brigitte Ende, der Vorsitzenden des Versorgungswerkes, vorgestellten Jahresbericht 2000 des Versorgungswerkes. Besonderes Interesse bestand an Fragen der Vermögensanlagen. Einige Delegierte kritisierten die Tatsache, daß ein Mitglied des Verwaltungsrates zugleich Inhaber eines ebenfalls für das Versorgungswerk tätigen Consulting-Unternehmens sei. Ohne Einwände wurde dagegen die Änderung der Satzung und der Versorgungsordnung infolge der Umstellung von D-Mark auf Euro genehmigt. Auch hoben die Delegierten auf Antrag den 1994 gefaßten Beschluß auf, nach dem Kammer und Versorgungswerk im Falle eines Umzuges aus Renditegesichtspunkten unter einem Dach arbeiten sollten und das Präsidium beauftragt wurde, ein eigenes Verwaltungsgebäude zu bauen oder zu erwerben. Dem Präsidium war von Experten abgeraten worden, in der derzeitigen Phase des Immobilienmarktes eine Immobilie zu kaufen oder zu leasen. Langfristige Mietverträge seien preiswerter. Die Delegierten beauftragten das Präsidium daraufhin, mit dem Vermieter des Gebäudes Im Vogelsang 3 über neue Mietkonditionen zu verhandeln und im Hinblick auf alternative Standorte mit anderen Anbietern Gespräche zu führen.

Obwohl eine gewisse Zahl von Delegierten die – wenn auch nur moderat – gestiegenen Kosten beim Bau des neuen Seminargebäudes beanstandeten und auch Kritik an einer unlängst vorgestellten Kostenschätzung zur Errichtung einer Verpflegungseinrichtung im Erdgeschoß der Carl-Oelmann-Schule geübt wurde, genehmigte die Delegiertenversammlung die hierzu gestellten Anträge. Die Entscheidung über eine mögliche Reduzierung der Bezirksärztekammern von sechs auf vier Einrichtungen in Hessen fiel allerdings nicht. Sie wurde auf die nächste Delegiertenversammlung im Frühjahr vertagt.

Katja Möhrle

Ausbeuter sind für die Weiterbildung ungeeignet

Zur Situation an hessischen Krankenhäusern faßte die Delegiertenversammlung (DV) der Landesärztekammer Hessen am 10. November 2001 folgende Beschlüsse:

Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit

Die DV nimmt den Urteilsspruch des Arbeitsgerichtes Kiel vom 8.11.2001, im Einklang mit den Richtlinien der EU sei Bereitschaftsdienst Arbeitszeit, mit Befriedigung zur Kenntnis. Sie ermutigt die Ärztinnen und Ärzte hessischer Krankenhäuser, ihre berechtigten Ansprüche notfalls gerichtlich durchzusetzen und damit der Ausbeutung ärztlicher Arbeitskraft zugunsten einer qualifizierten Patientenversorgung entgegen zu wirken.

EuGH-Urteil vom 3.10.2000 sofort umsetzen

Die DV fordert die politisch Verantwortlichen (Hessisches Sozialministerium, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Arbeit) und die Hessische und Deutsche Krankenhausgesellschaft auf, sofort zu handeln und sich bei der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes im Krankenhaus an den zwingenden Vorgaben des EuGH-Urteils vom 3.10.2000 zu orientieren. Nach dieser Rechtsgrundlage steht insbesondere fest, daß das System der bisher abzuleistenden Bereitschaftsdienste illegal ist, da es von der absurden Konstruktion ausgeht, daß Bereitschaftsdienst Ruhezeit sei.

Keine Weiterbildungsmächtigung bei Verstößen gegen das Arbeitszeitgesetz

Wer als verantwortlicher Arzt Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz anordnet, zuläßt oder duldet, ist nach Überzeugung der DV als Weiterbilder persönlich ungeeignet. Seine Weiterbildungsmächtigung ist zu überprüfen und ggf. zu entziehen. Dies gilt auch bei Manipulationen von Dienstplänen oder Dokumentationen.

Leitende Ärzte sollen Mehrarbeitsausgleich unterstützen

Die DV appelliert an alle leitenden Ärzte, ihre ärztlichen Mitarbeiter bei dem Bemühen einen fairen Ausgleich für geleistete Mehrarbeit zu erhalten dadurch zu unterstützen, daß sie zu entsprechenden Anordnungen stehen und seien sie auch nur konkludent erfolgt. Mit der Unterschrift des Chefarztes wird der Beweis erleichtert, daß die geleisteten und dokumentierten Überstunden notwendig und unaufschiebbar waren. Der ärztliche Mitarbeiter ist so in der Lage, seine Ansprüche gegenüber dem Krankenhausträger zu realisieren. Insoweit ist die Unterschrift ein Akt gelebter Solidarität mit den ärztlichen Mitarbeitern.

Realistische Kalkulation bei der Einführung des Fallpauschalengesetzes (FPG)

Anläßlich der Einführung des neuen Abrechnungssystems durch das FPG fordert die DV den Gesetzgeber auf, nicht nur die „Ist-Kosten“ im Personalbereich nach dem derzeitigen Stand zu erfassen. Bei der Festsetzung der Krankenhausbudgets bleiben viele Millionen ohne Freizeitausgleich oder Bezahlung erbrachte Überstunden außer Betracht.

In die Kalkulation müssen deshalb vollständig einbezogen werden:

Der tatsächliche Arbeitseinsatz im Krankenhaus, der sich unter Berücksichtigung des Arbeitszeitgesetzes ergebende Stellenbedarf, die in Verbindung mit den zusätzlich entstehenden Dokumentationsaufgaben erforderlichen Stellen, notwendige Personalförderungsmaßnahmen (Fortbildung)

Suchttherapeutische Qualifikation im Sinne des § 5 Abs. 2 Nr. 6. BtMVV – Vorgehensweise in Hessen

Die BtMVV schreibt als Voraussetzung für die selbständige Verordnung von Substitutionsmitteln ab dem 1.7.2002 den Nachweis der Erfüllung von „...Mindestanforderungen an eine suchttherapeutische Qualifikation...“, die von den Ärztekammern nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaften festgelegt werden“ vor. (Vgl. dazu Hess. ÄBl. 9/2001 S. 446). Das Präsidium der Landesärztekammer Hessen wird deshalb der Delegiertenversammlung am 13.4.2002 eine Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte zur Beschlußfassung vorschlagen.

Das Präsidium der Landesärztekammer hat nach Anhörung in der Substitution tätiger und erfahrener Kolleginnen und Kollegen bereits einen entsprechenden Antrag an die Delegiertenversammlung beschlossen. Dieser wurde auch an die Methadon-Kommission der KV Hessen übermittelt. Danach soll auch in Hessen, wie bereits in den meisten Bundesländern geschehen, eine Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“ in die Weiterbildungsordnung aufgenommen werden. Zur Vorabinformation ist der Wortlaut des Beschlußantrages an die nächste Delegiertenversammlung am Ende dieses Beitrages abgedruckt.

Für bereits substituierende Ärztinnen und Ärzte werden geeignete Übergangsregelungen zur Anerkennung schon vorhandener Qualifikationen für den Erwerb der Fachkunde getroffen werden. Die zu dieser Gruppe gehörenden, der Kammer namentlich bekannten Kolleginnen und Kollegen, die bereits Ende August/Anfang September 2001 zum Zwecke der Erhebung suchttherapeutischer Qualifikationen schriftlich befragt wurden, werden voraussichtlich Anfang des Jahres 2002 von uns in dieser Angelegenheit nochmals persönlich angeschrieben und über die Details des vorgesehenen Verfahrens unterrichtet. **Wer zu diesem Personenkreis gehört, braucht also zunächst keine diesbezüglichen Nachfragen an die Landesärztekammer Hessen zu richten.**

Antrag des Präsidiums für Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 13. 4. 2002:

Die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 1.1.1995, zuletzt geändert am 1.8.2001, wird wie folgt geändert:

Im Abschnitt I werden die Unterabschnitte **1.A.2** (Allgemeinmedizin), **2.A.2** (Anästhesiologie), **3.A.2** (Arbeitsmedizin), **4.A.2** (Augenheilkunde), **5.A.2** (Chirurgie), **7.A.4** (Frauenheilkunde und Geburtshilfe), **8.A.2** (Hals-Nasen-Ohrenheilkunde), **9.A.2** (Haut- und Geschlechtskrankheiten), **11.A.3** (Humangenetik), **12.A.1** (Hygiene und Umweltmedizin), **13.A.4** (Innere Medizin), **14.A.2** (Kinderchirurgie), **15.A.2** (Kinder- und Jugendmedizin), **17.A.1** (Klinische Pharmakologie), **20.A.2** (Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie), **21.A.2** (Neurochirurgie), **22.A.2** (Neurologie), **25.A.1** (Öffentliches Gesundheitswesen), **26.A.2** (Orthopädie), **30.A.2** (Physikalische und Rehabilitative Medizin), **31.A.2** (Plastische Chirurgie), **34.A.1** (Rechtsmedizin), **35.A.1** (Strahlentherapie), **36.A.1** (Transfusionsmedizin), **37.A.2** (Urologie) jeweils mit gleichem Wortlaut eingeführt:

Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“

„Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Prävention, Diagnostik, Therapie und Frührehabilitation von Suchterkrankungen, welche über die im jeweiligen Gebiet aufgeführten Inhalte hinausgehen, insbesondere in der Entzugs- und Substitutionsbehandlung im Rahmen eines Behandlungskonzeptes, Krisenintervention, Pharmakotherapie und Psychotherapie der Sucht und ihrer Folgen, sowie in der Organisation der Frührehabilitation, den allgemeinen und speziellen Rechtsvorschriften, den sozialmedizinischen Möglichkeiten der Suchtbehandlung, dem Versicherungs- und Rentenwesen sowie dem Sozialhilfereich.“

Mindestdauer der Weiterbildung: Teilnahme an einem Kurs über suchtmedizinische Grundversorgung von 50 Stunden Dauer.“

Erläuterung:

In den Gebieten „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“, „Nervenheilkunde“, „Psychiatrie“, „Psychiatrie und Psychotherapie“ sowie „Psychotherapeutische Medizin“ ist die suchtmedizinische Grundversorgung Bestandteil der Gebietsweiterbildung.



Positionspapier der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zur Entwicklung der Arzneimittelausgaben im Jahr 2001

Kassenärztliche Vereinigung Hessen trotz Ausgabenanstieg, auch 2001 auf Sparkurs

Das aktuelle Ergebnis der Analysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK

Noch im Sommer dieses Jahres haben SPD-Gesundheitspolitiker und Kassenfunktionäre behauptet – ohne über eine einzige zeitnahe Ausgabenanalyse zu verfügen – der Arzneimittelausgabenanstieg im Jahr 2001 sei Folge der angekündigten Aufhebung der Kollektivhaft im Falle der Budgetüberschreitung durch Gesundheitsministerin Schmidt. Die Ärzte hätten, so wurde unterstellt, maßlos und unwirtschaftlich verordnet, um „eine bessere Ausgangslage für die Budgetverhandlungen 2002“ zu bekommen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hat durch zeitnahe Verordnungsanalysen mit Hilfe von IMS bereits im August 2001 diese unbewiesenen Behauptungen widerlegt, was manche nicht daran gehindert hat, weiter derartige Lügengmächchen zu verbreiten, weil diese ins politische Konzept paßten. Es ist eben sehr bequem, von eigenen Versäumnissen ablenken zu können, indem man die „üblichen Verdächtigen“ an den Pranger stellt.

Jetzt hat sich die Gefechtslage in Sachen Arzneimittelausgabenanstieg 2001 grundlegend geändert. Denn für das 1. Halbjahr 2001 liegen zeitnahe Analysen vor, die vom Wissenschaftlichen Institut der AOK gewissenhaft erstellt wurden.

Sie beweisen erstens:

Was den Ärzten im Sommer unberechtigt vorgeworfen wurde, war falsch.

Und sie beweisen zweitens:

Am Sparwillen der Ärzte in den Bereichen, wo sie es beeinflussen können, hat es keine Abstriche gegeben.

Und sie belegen drittens:

Was der Arzneiverordnungs-Report 2001 jüngst auch festgestellt hat: Die deutschen Vertragsärzte modernisieren die Arzneimitteltherapie angemessen und versorgungsproblemgerecht.

Die Ausgabenanstiege 2001 sind vor allem eine Folge der Marktdurchdringung durch zahlreiche hochpreisige Innovationen der letzten Jahre, der Versorgung der Patienten mit enorm teuren Spezialpräparaten, die aus dem stationären Sektor in die kassenärztliche Versorgung zunehmend verlagert wird, und der Therapieoptimierung bei Diabetes, Fettstoffwechselstörung, Hochdruck, Schmerztherapie etc. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hatte schon im März 2000 diese Entwicklung prognostiziert. Die Ausgabenanstiege 2001 in Deutschland wurden aus den gleichen Versorgungsgründen im vergangenen Jahr bereits u.a. in den USA, Spanien, Italien, Kanada, Frankreich, Australien und Neuseeland vorweg genommen. Deutschland (und England) hat in diesem Jahr eine globale Entwicklung der Weltpharmamärkte nachvollzogen, die vorhersehbar war und vorhergesagt wurde.

Die harten WIDO-Fakten:

Erstmals steht neben dem GKV-Arzneimittelindex für das 1. Halbjahr 2001 auch die neue GKV-Schnellinformation Arzneimittel (GAmSi) zur Verfügung. Schaut man sich hessenbezogen diese WIDO-Zahlen im Detail an, dann ergibt sich folgendes Bild:

► Der Nettoumsatz von Januar bis Ju-

ni 2001 für Arzneimittel in Hessen betrug 1.150,2 Mio. DM. An Budgetvolumen steht in Hessen für 2001 ein Betrag von 2.454,81 Mio. DM zur Verfügung zuzüglich der prozentualen Steigerungsrate für die ärztlichen Honorare gemäß SGB V. „Nettoumsatz“ bedeutet: Das sind die tatsächlich getätigten Ausgaben der Krankenkassen in Hessen für Arzneimittel in den ersten sechs Monaten des Jahres 2001. Damit liegen wir – eine Verstetigung des Ausgabentrends für die Restmonate 2001 vorausgesetzt – unter Budget 2001. (Da es sich um ungeprüfte Kassendaten handelt, ist diese Interpretation mit Vorsicht zu sehen. GAmSi muß aber mit ungeprüften Daten handeln, weil sonst eine zeitnahe Information nicht möglich ist.)

► Der Netto-Umsatz pro 1.000 Versicherte im Benchmarkvergleich aller KVen in Deutschland verweist die Kassenärztliche Vereinigung Hessen an den drittbesten Platz nach Nord-Württemberg und Südbaden. Bedenkt man, daß die Heroin- und Aids-Problematik einen spezifischen Schwerpunkt in der hessischen Patientenversorgung darstellt, der – mit Ausnahme der Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen – eine teure Besonderheit im Ländervergleich ist, und bedenkt man zugleich, daß drei hochpreisige Universitäts-Polikliniken offenkundig unbeeinflussbar in das Verordnungsgeschehen kräftig mit eingreifen, dann erhält die „Verleihung der Bronzemedaille“ durch das WIDO an die Adresse der Hessen einen goldigen Glanz.

- ▶ Hessen liegt mit DM 28.370,— pro 1.000 Versicherte unter dem Bundesdurchschnitt! Dies bedeutet, daß die hessischen Kassen pro 1 Million Versicherte 28,4 Mio. niedrigere Arzneimittelausgaben haben als der Bundesdurchschnitt. „Unwirtschaftlichkeit“ bei Prüfverfahren beginnt immer erst oberhalb des Durchschnittsniveaus. Unter diesem Aspekt und unter Berücksichtigung der „Praxisbesonderheiten“ Heroin, Aids und Polikliniken müßten in Hessen Prüfverfahren, insbesondere auch Richtgrößenprüfverfahren für das Jahr 2001, sofern sie denn erforderlich werden sollten, unter einem anderen Aspekt gesehen werden.
- ▶ Das Prinzip „Beratung geht vor Regreß“ ist unter diesem Aspekt auszubauen. Aber wenn Beratungsaktivitäten im Stil und mit der Intensität der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen dazu führen, daß trotz einer dadurch erreichten niedrigen und für die Krankenkassen im Ländervergleich sehr günstigen Ausgaben-situation die Prüfschraube angezogen wird, dann kippt die Stimmung und schlägt ins Gegenteil um. Dies bedeutet nicht, bei groben Überschreitungen und Beratungsresistenz untätig zu bleiben.
- ▶ Entscheidend für die Arzneimittel-

ausgaben ist neben der Preiswürdigkeit der Verordnung vor allem die Antwort auf die Frage: Bedarf das vorliegende Patientenproblem überhaupt einer medikamentösen Therapie? Auch hier liegen die hessischen Ärzte wieder ganz vorne im Ländervergleich. Bei den Verordnungen pro 1.000 Versicherte erhalten die Hessen erneut eine „Bronzemedaille“ hinter Brandenburg und Nordwürttemberg.

- ▶ Die Ursache dafür liegt vor allem bei den Einsparungen im Segment der „umstrittenen“ Arzneimittel. Dieses Marktsegment ist auch der Indikator für den Sparwillen der Kassenärzte generell. Bundesweit wurden im 1. Halbjahr 2000 umsatzmäßig noch 10,7% und gemessen an den Verordnungsanteilen noch 20,9% „umstrittene“ Arzneimittel rezeptiert. Im Vergleichszeitraum 2001 (1. Halbjahr) zeigt sich eine weiter rückläufige Tendenz: Nur noch 9,3% Umsatzanteil und 19,8% Verordnungsanteil bundesweit. Das ist ein klarer Beleg dafür, daß die Ärzte entgegen der falschen Zweckbehauptungen aus Politik und Kasernenmund weiter sparsam verordnet haben.

Die hessischen Ärzte liegen mit 7,7% im Umsatzanteil 2001 um 1,6% unter dem Bundesdurchschnitt und nehmen damit erneut mit dem 4. Platz im Ranking der KVen einen der vorderen Plätze ein. Und sie dokumentieren ihren Sparwillen, indem sie diesen Anteil von 2000 auf 2001 von 9 auf 7,7% reduziert haben. Bedenkt man in diesem Kontext, daß die Kollektion der „umstrittenen“ diskutierten Arzneimittel noch auf einer alten Auflistung des WIDO basiert, bevor die Positivlistenkom-

mission ihre Beratungen aufgenommen hatte, dann relativieren sich die vorhandenen Restsparbeträge noch. Ein Teil der „umstrittenen“ Präparate hat nämlich inzwischen durch gut angelegte Studien eine Beleglage hergestellt, die zu einer Aufnahme in die Entwurfsfassung der Positivliste geführt hat. Das bedeutet, daß der „Warenkorb“ dieses Marktsegments alsbald der besseren wissenschaftlichen Beleglage angepaßt werden muß.

- ▶ Bei der Generika-Umstellung nehmen die Hessen keine vorderen Ränge ein. Sie liegen absolut im bundesdeutschen Durchschnitt, was ja auch weder schlecht, noch unwirtschaftlich ist. Hier gilt es dennoch, die Informationen gemäß Zielvereinbarung zu intensivieren.
- ▶ Hingegen haben wir bei den Importen wieder die Nase vorn und liegen weiter über dem Bundesdurchschnitt. Das kann auch noch viel besser werden, wie es die Zielvereinbarung und die Aktivitäten der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen vorsehen.
- ▶ Bei den Me-Too-Präparaten sind die Hessen im Ländervergleich unterdurchschnittlich. Schaut man sich die WIDO-Zahlen jedoch genauer an, dann erkennt man eine sehr geringe Streuung um den Bundesdurchschnitt. Dies deutet weniger auf aktive KV-Einwirkungen auf dieses Marktgeschehen hin, als vielmehr auf geographische Marktbesonderheiten und unterschiedliche regionale Marktdurchdringungen als Folge des Industriemarketings. Daß die hessischen Argumente für die Einrichtung einer unabhängigen Institution zur Bewertung des therapeutischen Zusatznutzens eines Analogpräparats politisch in die richtige Richtung gegangen sind, sieht man an dem jüngst vorgelegten Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz, wo dem Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen diese Bewertungsaufgabe zugewiesen werden soll.
- ▶ Die Preisentwicklung im Arzneimittelmarkt zeigt 2001 insgesamt ein

Anzeige

E | K | B
Rechtsanwälte

Uwe Ehlert
Rechtsanwalt

Vertragsarztrecht
ist mein Tätigkeitsschwerpunkt

Das Vertragsarztrecht umfasst insbesondere die Bereiche:

Honorarkürzung	Plausibilitätsprüfung
Arzneimittelpreise	Disziplinarverfahren
Zulassungsverfahren	Abgabe/Übernahme einer Praxis

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



Plus von 1 %. Sicher ein Faktor, den die Ärzte nicht beeinflussen können. Dies insbesondere auch deswegen, weil innerhalb des Festbetragsmarktes (Stichwort: Generika) kein Preisauftrieb entstanden ist, sondern im patentgeschützten Markt der Originalpräparate. Dort sind die Preise seit Anfang 2001 deutlich nach oben gegangen. (Ein Plus von 2,5 % seit November letzten Jahres!)

- Die Strukturkomponente liegt erneut auch im Jahr 2001 mit 9,5 % wieder nahe an einer zweistelligen Steigerungsrate. Fast wie im Vorjahr. Sie ist ein zuverlässiger Indikator für starke innovative Schübe im Marktgeschehen, wird jedoch auch von weiteren Struktureffekten beeinflusst.

Für die Frage der Budgethöhe als vereinbarte Obergrenze für den zu erwartenden Ausgabenanstieg sind bei prospektiver Betrachtung Preis- und Strukturfragen von entscheidender Bedeutung.

Zusammenfassung:

Relativ zeitnah und erstmals vom WIDO in diesem Jahr stehen aktuell aufbereitete länderbezogene Verordnungsdaten zur Verfügung, die als Verhandlungs- und Steuerdaten benutzt werden können. Wenn man bedenkt, daß derartige Daten schon seit Beginn der Budgetierung 1993 von den KVen gefordert wurden, dann ist dies doch ein ungebührlich langer Lieferzeitraum gewesen.

Das vorliegende Zahlenmaterial räumt auf mit einem Politikermärchen über das angeblich falsche Verordnungsverhalten der Ärzte im Jahr 2001 im Kontext mit dem angekündigten Wegfall des Kollektivregresses bei Budgetüberschreitung.

Hinweis: Dr. Bausch wird den gesamten Themenkomplex der Arzneimittelverordnungskosten und der Umsetzung der Zielvereinbarung im Frühjahr 2002 innerhalb einer Informationsveranstaltung der KV Hessen ausführlich darstellen.

Hessenbezogen ergibt sich ein für die Krankenkassen erfreuliches Bild: Als einzige große Landes-KV nimmt die Kassenärztliche Vereinigung Hessen im Bundesdurchschnitt nach Nordwürttemberg und Südbaden den 3. Platz ein, wenn es um die Arzneimittelausgaben pro 1.000 Versicherte geht. Pro 1 Million Versicherte sparen Hessens Krankenkassen durch die Bemühungen der hessischen Kassenärzte 28 Mio. DM an Arzneimittelkosten ein. Dies wurde ermöglicht durch das Weglassen überflüssiger umstrittener Präparate, durch den Ausbau der Import-

möglichkeiten, durch die Ausnutzung des Generika-Segments des Gesamtmarktes und weniger stark im Me-too-Präparate-Bereich. Diese Einsparungen sind möglich, das geht aus den Analysen klar hervor, ohne daß die Versorgung der Versicherten mit notwendigen und wichtigen Arzneimitteln sich verschlechtert hat.

Diese Sparanstrengungen der hessischen Kassenärzte werden inhaltlich und finanziell zu nahezu 100 % von der hessischen KV seit Jahren getragen. In letzter Zeit etwas unterstützt durch die Kooperation mit den Fachleuten und den Daten aus den Häusern einzelner Kassenarten.

Die erhebliche Unterschreitung der deutschen Durchschnittswerte und die Einnahme von weiteren Spitzenpositionen im Arzneimittelpargeschehen im Benchmarkvergleich der Länder müssen für die Verbände der Krankenkassen in Hessen Anlaß sein, den eingeschlagenen Kurs zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen weiter zu gehen und auszubauen. **Beratung vor Regreß ist offenkundig der erfolgreiche Weg.** Prüfmaßnahmen müssen auf das unbedingt Zwingende begrenzt werden immer da, wo Intransparenz und Beratungsresistenz zur Obstruktion wird.

Dr. Jürgen Bausch

Die Verantwortung der Selbstverwaltung beim Impfen aller Bevölkerungsschichten

Die Situation ist grotesk und paradox

Über jeden Zweifel erhaben ist die evidenzbasierte Erkenntnis: Es gibt keine wirksamere präventive Maßnahme mit einem ungeheueren individuellen und zugleich bevölkerungsmedizinisch Nutzen als das Impfen.

Und es gelingt zunehmend in Deutschland nicht, diese Erkenntnis in ein flächendeckendes Handeln aller

Akteure im Gesundheitswesen umzusetzen und einen wünschenswerten Durchimpfungsgrad von mehr als 75 % zu erreichen. Dies trifft auf alle Impfungen zu, wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung.

Die wesentlichen Ursachen für diesen beklagenswerten Zustand sind: Unwissenheit, Gleichgültigkeit, Faul-

heit und leider auch echte Dummheit.

Für das zukünftige Handeln in einer verantwortungsvollen Vertragspartnerschaft ist es wichtig, diese schlichte und brutal einfache Erkenntnis zu verinnerlichen, wenn sich etwas bessern soll.

Denn es hilft nicht, Forderungen anzustellen, den allgemeinen Bildungsstand der Bevölkerung zu verbessern

oder die Lehrpläne in den Schulen um das Fach Gesundheits- und Impfkunde zu erweitern oder die allgemeine Aufklärung über sinnvolles Impfen über alle Medien zu verbreiten. Das alles war entweder frustan oder ist als Forderung gut gemeint, aber wirkungslos.

Man muß da ansetzen, wo die, die Impfen können und dürfen, mit denen zusammentreffen, die geimpft werden müssen. Beide Gruppierungen müssen ein Motiv haben zu impfen oder sich impfen zu lassen.

Der Arzt muß einen angemessenen finanziellen Anreiz haben, den Patienten zum Impfen zu animieren. Der Patient muß einen Anreiz haben, für sich und die seinen für Impfschutz zu sorgen.

Die derzeitige deutsche Honorarlandschaft bei Impfungen sieht für den Arzt erstens zerfleddert und zweitens

unattraktiv aus. Für eine einzelne Impfung kann man in Deutschland in der Regel noch nicht einmal DM 10,00 erwarten. Kein Wunder, daß Impfen ein Stiefkind der Versorgung ist, zumal die Kombinationsimpfstoffe mit fünf oder sechs Komponenten pro Impfung auch noch zusätzlich den Impfaufwand der Kassen im Honorarbereich reduzieren.

Der Patient hat nichts davon, sich impfen zu lassen. Anstatt dem fachgerecht Geimpften einen Beitragsnachlaß oder eine Prämie zu bieten, zahlt man lieber kassenseitig die Kosten für vermeidbare Erkrankungen. Die Kindergeldauszahlung an die konsequente altersgerechte Durchimpfung zu knüpfen, wäre der adäquate Erziehungsstimulus für die Eltern. Aber wer traut sich schon in der Politik, solche Wege zu gehen? Die Antwort ist leicht: Niemand!, obwohl jeder weiß, daß das für

Erwachsene einzig wirksame Erziehungsmittel der Geldbeutel ist, diese Sprache verstehen fast alle. Und die, die diese Signale nicht verstehen wollen, wollen auch keine Impfungen. Damit könnte man leben.

So kommt einzig und allein der Selbstverwaltung und damit den Ärzten die Verantwortung zu, die notwendige Überzeugungsarbeit für das medizinisch wirklich Sinnvolle zu leisten. Genauso klaglos, wie die Krankenkassen die extrem überzogenen Kosten für einige moderne Impfstoffe zahlen, sollten sie die unangemessen niedrige Honorarsituation für die Impfungen

beseitigen. Dabei geht es nicht darum, den eigentlichen Impfvorgang – die Injektion – angemessen zu honorieren. Da sind DM 10,00 sicher ausreichend. Es geht um einen Motivations-, Informations- und Überzeugungsakt, der bezahlt werden muß, wenn sich Erfolg flächendeckend einstellen soll, der dann auch einen bevölkerungsmedizinischen Nutzen hat, und nicht nur einen am Einzelfall orientierten individuellen positiven Effekt.

Die vielen frustanen Honorar- und Schiedsamtverhandlungen der letzten Jahre in Sachen Impfen deuten jedoch darauf hin:

Ernsthaft wollen die Kassen gar nicht, daß möglichst viele ihrer Mitglieder geimpft werden. Sie bremsen, wo sie können. Und sie entziehen sich dadurch ihrer gesundheitspolitischen Verantwortung in Selbstverwaltung. Diese Verantwortung sehen sie nämlich beim Thema Impfen ohnehin beim Vater Staat, der sich durch Verlagerung dieser klassischen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf die Kassen von seinen Pflichten entlastet hat.

Dr. Jürgen Bausch

Anzeige

Niedersächsische Akademie für Homöopathie und Naturheilverfahren Celle



Weiterbildung Homöopathie/DZVhÄ

Dozenten: Dr. med. Heidi Diamanti, Peter Gienow, Roland v. Nieda, Dr. med. Stefan Preis, Dr. med. Gisela Steinhoff
17. - 21. April 2002 (B-D-F) - Kurse 21. - 25. August 2002 (A-C-E) - Kurse
Dreijährige Weiterbildungskurse, Supervision für Homöopathen in der Praxis sowie Miasmenkurse

Weiterbildung Naturheilverfahren

Dozenten: Dipl.-med. Ingolf Hinkel, Prof. Dr. Dr. Dieter Loew, Petra Schäfer, Prof. Dr. Dr. Pratzel, Dr. med. Volker Schmiedel u. a.
13. - 17. Februar 2002 Kursstufe I 06. - 10. März 2002 Kursstufe II
22. - 26. Mai 2002 Kursstufe III 12. - 16. Juni 2002 Kursstufe IV

Fortbildungsseminare

Mikrobiologie / Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) / Biochemie (Schüssler) / Orthomolekulare Medizin / Homöopathie und Gynäkologie, Dermatologie, HNO-Heilkunde, Augenheilkunde, Kinderheilkunde / u. a.
Fortbildungsseminare und Kongresse werden von der Ärztekammer Niedersachsen anerkannt und bepunktet.
Bei mehrtägigen Fort- und Weiterbildungen Antrag auf Bildungsurlaub möglich.

Kongressreihe Celler Gespräche/Heilen im Dialog

4. Celler Gespräch, »Infektanfälligkeit im Kindesalter«
14. bis 15. September 2002
15 Jahre Erfahrung als Bildungsträger. Kleine Gruppen, erfahrene Dozenten. Die Stadt Celle gehört zu einer der schönsten Fachwerkstädte Deutschlands und bietet mit einem 7000 qm großem Heilpflanzengarten ein besonderes Ambiente.
Für weitere Informationen können Sie unser ausführliches Programm oder die Kursflyer anfordern.

Heilen im Dialog GmbH, Markt 14 - 16, 29221 Celle
Tel.: 0 51 41/1 21 73 oder -/1 25 63, Fax 0 51 41/1 21 74
e-mail: Keimcelle@t-online.de; www.keimcellezukunft.de

Der **Verein zur Förderung der Neurologischen Wissenschaften Frankfurt am Main e.V.** vergibt jährlich einen Förderpreis, gestiftet von der Fa. Janssen-Cilag. Gewürdigt werden die drei besten eingereichten klinischen oder grundlagenorientierten neurowissenschaftlichen Arbeiten. Am 28. November wurde er erneut vergeben und zwar an:

1. Dr. med. Stefan Weidauer, Institut für Neuroradiologie, Universität Frankfurt/Main für seine Arbeit „Rostrale mesomesenzephalale und thalamische Infarkte – Neuroradiologische Befunde, Ursachen und klinischer Verlauf“
2. Dr. med. Hajo Hamer, Klinik für Neurologie, Universität Marburg für seine Arbeit „Focal clonic muscle response elicited by electrical stimulation of the motor cortex in humans“
3. Dr. med. Andreas Dietz, Klinik für Neurologie, Universität Frankfurt/Main für seine Arbeit „Endovascular Treatment of Symptomatic Carotid Stenosis Using Stent Placement-Long-Term Follow-up of Patients with a Balanced Surgical Risk/Benefit Ratio“

Zur Situation der Impfhonorare in Hessen - aktuell

Die Tradition einer partnerschaftlichen Vertragsgestaltung zwischen der KV Hessen und den Kassen im Sinne der Patienten gerät im Jahre 2001 immer mehr zur Farce. Zeitraubende Verhandlungsrituale mit den Kassen ohne Ergebnisse bestimmen die Szene. Ein besonders ärgerliches Beispiel innerhalb des gesamten Vertragsverhandlungsgeschehens ist die Diskussionen um die Impfverträge.

Zur sachlichen Aufklärung einige grundsätzliche Anmerkungen:

Die unklare Situation resultiert aus der unterschiedlichen Vertragssituation im Bereich der Impfvereinbarungen. Die Vertragssituation mit den Ersatzkassen wird auf Bundesebene ausgehandelt; der derzeitige Ersatzkassenvertrag beinhaltet die neue 6-fach-Impfung nicht. Allerdings wurde der Ersatzkassenvertrag auf Bundesebene mit dem Ziel der Anpassung bisher nicht gekündigt; dies ist erst zum Ende des nächsten Jahres möglich. Rechtlich ist eine Sonderregelung auf Landesebene nicht ausgeschlossen, aufgrund der restriktiven Bundesvorgaben aber schwierig durchzusetzen.

Im Primärkassenbereich sind Impfrege-lungen Bestandteil der auf Landesebene abzuschließenden Honorarverträge. Hier ist derzeit bei ergebnisloser Verhandlungssituation und den gescheiterten Honorarverhandlungen mit anstehendem Schiedsverfahren keinerlei Reaktion auf mehrfache Anschreiben zur Veränderung der Impfvereinbarung zu erkennen. Die einzig erkennbare Reaktion ist hinhaltendes Taktieren. Einziger Lichtblick in dieser Szene ist das Verhalten der Betriebskrankenkassen und der durchaus signalisierten Gesprächsbereitschaft des Verhandlungsführers, Herrn Thiesen. Da dieser jedoch im Gesamtkontext der Verhandlungsführung über den Sprechstundenbedarf bei der AOK

integriert ist, ist auch hier keine schnelle Lösung wahrscheinlich. Entgegen teilweise anderslautender Vermutungen wurden keine Kündigungsfristen von der KVH versäumt.

Die dargestellte Gemengelage ist besonders ärgerlich, da durch die veränderte Impfsituation, beispielgebend die 6-fach-Impfung, eine nicht mehr akzeptable Vergütungssituation für alle impfenden Kollegen entstanden ist, die durch deutliche Honorarverluste gekennzeichnet ist. Trotz mehrfacher Schreiben im Verlauf der letzten Monate und dem Vortragen der berechtigten Ansprüche wurde von seiten der Kassen lediglich mit Verzögerungstaktiken reagiert. Es drängt sich bei der vorab beschriebenen Sachlage daher immer mehr der Eindruck auf, daß die Kassen an rationalen, fairen, der Prävention dienenden Impfverträgen nicht interessiert sind, sondern durch diese Hinhaltetaktik drei Ziele verfolgen:

1. Geld zu sparen, denn ca. 8 Mio. wurden im Jahre 2001 weniger von den Kassen für Impfleistungen vergütet.
2. Schädigung der Glaubwürdigkeit der KVH gegenüber ihren eigenen Vertragsärzten, die bei der beschriebenen Gemengelage natürlich zuerst ihre Standesvertretung für diese Misere der ungerechten Vergütung verantwortlich machen. Sicherlich ist auch der Hintergedanke der Kassen, auf diesem Wege gewisse Vorbereitungen

für Disease-Management-Programme mit einzelnen Gruppen abzuschließen, nicht auszuschließen. Unter dem Motto: divide et impera !

3. Vorführen der KV gegenüber der Politik, mit der Absicht der Rufschädigung die These beweisend, die Selbstverwaltung ist zur Lösung wichtiger präventiver Regelungen zur Gesundheitsvorsorge nicht fähig, da nur am Honorar interessiert. Dabei stellt sich an diesem Beispiel heraus, daß die Kassen aufgrund ihrer Strukturen nicht in der Lage sind, sinnvolle Konzepte umzusetzen. Ausgerechnet den Kassen will aber die Politik mehr Kompetenzen im Gesundheitswesen einräumen !

Fazit:

Die nur an merkantilen Interessen orientierte Politik der Kassen geht höchst verantwortungslos mit der Interessenlage ihrer Mitglieder um. Bei der Komplexität des Gesamtproblems wird aber möglicherweise wieder die Ärzteschaft am Ende für die Misere einer nicht ausreichenden Prävention verantwortlich gemacht. Lassen Sie uns gegen diese Darstellung und die Macht der Kassen weiterhin - auch unter Einbeziehung der Berufsverbände - kämpfen.

Dr. med. Horst Rebscher-Seitz
2. Vorsitzender der Kassenärztlichen
Vereinigung Hessen

Anzeige

Praxisabgabe?

Wir, Assmus & Partner GmbH, seit 20 Jahren ein zuverlässiger Ärztepartner, 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

Abgeordnetenversammlung der KV Hessen am 1. Dezember 2001

Es geht um die zukünftigen Aufgaben der KV! Die Forderung der Ärzteschaft: Keine Dominanz der Ökonomie über medizinischen Sachverstand!

Die Abgeordnetenversammlung des 1. Dezember stand ganz im Zeichen der zukünftigen Ausrichtung der KV Hessen. Vorstand und Abgeordnetenversammlung haben dabei in den maßgeblichen Punkten Zusammenhalt gezeigt. Diese Einstimmigkeit ist insbesondere auf dem Hintergrund der aktuellen kontrovers geführten Diskussionen in der Öffentlichkeit vonnöten.

Diseasemanagement-Programme und Risikostrukturausgleich – die Folgen für KV und Ärzteschaft

Bereits in der letzten Abgeordnetenversammlung hatte Dr. Spies die Landesregierung aufgefordert, sich bei den neu einzuführenden Diseasemanagement-Programmen für mehr ärztlichen Sachverstand einzusetzen und KVen und Krankenhäuser an den Vorbereitungen besser zu beteiligen. Leider wurde die Forderung der KBV, daß die Verträge über Diseasemanagement nur zusammen mit der KV und nicht in Form von Einzelverträgen abgeschlossen werden, bisher von der Politik nicht berücksichtigt. Dr. Spies wies eindringlich darauf hin, daß bei voller Umsetzung der Diseasemanagement-Programme durch die Krankenkassen, 80 % der Leistungen

über das Vergütungssystem der Disease-Management-Programme abgerechnet werden! „Für unsere Position als Kassenärztliche Vereinigung hat dies erhebliche Folgen. Diese Programme führen zu einer Auflockerung an der Grenze ambulant/stationär und werden langfristig die sektoralen Budgets aufbrechen. Damit wird aber auch der Sicherstellungsauftrag in der seitherigen Form mit klarer Kompetenz für die ambulante Versorgung allein bei der KV zu Ende sein“, so Dr. Spies.

Der Vorstand der KV Hessen hat deshalb beschlossen, dieses Thema aktiv anzugehen. Nach evidenzbasierten Leitlinien werden Diseasemanagement-Programme in Zusammenarbeit mit der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ) erstellt. Nach der Überarbeitung in den Qualitätszirkeln der KV werden diese dann in Vertragsform den Krankenkassen angeboten. Die meisten hessischen Krankenkassen haben erkannt, daß Diseasemanagement-Programme immer noch am besten über die KV umgesetzt werden können. „Auch die Zusammenarbeit mit der Hessischen Krankenhausgesellschaft gestaltet sich in diesem Punkt äußerst partnerschaftlich, so daß die Programme auch versorgungsebenenübergreifend gestaltet werden können“, so Dr. Spies.

EHV

Die Diseasemanagement-Programme werden dann auf die Erweiterte Honorarverteilung Auswirkungen haben, wenn Einzelverträge ohne Beteiligung aller KVen abgeschlossen werden. Der Vorstand der KVH wird des-

halb alles daran setzen, daß Vertragsärzte in Hessen im Interesse ihrer EHV keine honorarwirksamen Verträge ohne die KV abschließen. Die EHV-Reform, die auch von unserer Aufsichtsbehörde genehmigt ist, kann jetzt umgesetzt werden. Änderungsanträge wurden zur Bearbeitung an die zuständigen Gremien überwiesen.

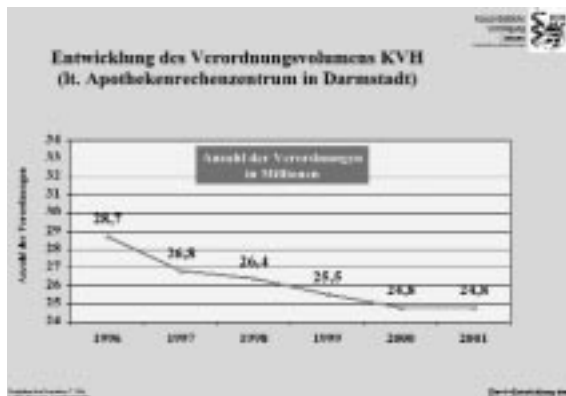
ABAG/AABG

Dr. Spies stellte in seinem Lagebericht dar, daß es in Hessen gelungen ist, auch im Jahr 2000 das Budget einzuhalten und Richtgrößenprüfungen zu verhindern.

Für das Jahr 2001 lassen die Hochrechnungen aber eine Budgetüberschreitung in Höhe von ca. 8% erwarten. Dieser Preisanstieg entspricht dem Preisanstieg der Arzneimittel weltweit und wird durch zahlreiche Faktoren verursacht. Hier sind vor allem sinnvolle Arzneimittelinnovationen und Änderungen von Behandlungsvorgaben zu nennen, die Ausgaben bei den Arzneimitteln erwirkt haben. Beispiele hierfür sind die Behandlungsrichtlinien beim Diabetes und der Hypertonie. Während das Verordnungsvolumen abgenommen hat, kommt es durch die genannten Faktoren zu einer Steigerung der Verordnungskosten! Die Zahlen zeigen, daß der Anstieg bereits 1998 sichtbar wurde und nicht durch die Aufhebung des Budgets verursacht wurde, wie vielfach behauptet. Dr. Spies fordert Politik und die Krankenkassen auf, bei diesem Thema zu einer ehrlichen Diskussion zurückzukehren.

HVM

Der Vorstand der KV Hessen hat eine Reform des Honorarverteilungsmaßstabes angekündigt, wobei die Prinzipien





Deregulierung und Transparenz eingehalten werden sollen. Dr. Spies erläutert, daß eine Kommission aus dem Vorstand zügig Vorschläge ausarbeiten wird, die dann dem Gesamtvorstand und den Fachausschüssen sowie der Abgeordnetenversammlung zur Beschlußfassung vorgelegt werden. Die Abgeordnetenversammlung stimmte der Bildung einer weiteren Arbeitsgruppe „Neufassung und Deregulierung des Honorarverteilungsmaßstabes“ auf der Ebene der Bezirksstellen mehrheitlich zu. Auf Antrag der Psychotherapeuten und der psychotherapeutischen Ärzte beschloß die Abgeordnetenversammlung, den derzeitigen EBM-Entwurf abzulehnen.

Plausibilitätsprüfung

In der Abgeordnetenversammlung wurde eine Vorlage zur Umsetzung der KBV-Vorgaben eingebracht, die in einer Kommission unter der Leitung von Dr. Claus, dem Vorsitzenden der Bezirksstelle Kassel erarbeitet wurde. Die konstruktiven Vorschläge zur Änderung der Verfahrensordnung für die Durchführung der Plausibilitätsprüfung aus dem Geschäftsausschuß der Bezirksstelle Frankfurt wurden sachgerecht diskutiert und mit kleinen Änderungen als Vorschlag übernommen.

Vergütung der Weiterbildungsassistenten

Dr. Rebscher-Seitz, 2. Vorsitzender der KVH, stellte den Antrag zur Vergütung des Weiterbildungsassistenten, dem die Abgeordnetenversammlung mit nur wenigen „Nein“ Stimmen zugestimmt hat. Dieser Antrag verpflichtet den Vertragsarzt, mindestens eine Vergütung in Höhe von DM 5.000 an den Weiterbildungsassistenten zu zahlen. Der Vertragsarzt hat darüber hinaus die auf ihn als Arbeitgeber entfallenden Sozialabgaben zu übernehmen.

Strukturvertrag ambulant Operieren

Dr. Spies erläuterte den aktuellen Stand der Entwicklungen. Die AOK Hessen war nur noch bereit, einen stark abgespeckten Katalog im Strukturvertrag ambulant Operieren zu akzeptieren,

der auch weit unter den derzeitigen Verträgen mit den Ersatzkassen liegt.

Dem Antrag aus der Abgeordnetenversammlung der darüber hinaus auch das Aufsichtsministerium auffordert, bezüglich der ambulanten Operationen seine Rechtsauffassung zu korrigieren, wurde einstimmig zugestimmt. Den Abgeordneten war klar, daß sich im Zeitalter der DRG's und der 115b-Verträge die Probleme an der Grenze ambulant/stationär ergeben und daß die hier zu erwartenden Verwerfungen alle Fachgruppen betreffen werden. Nach der eingeholten Rechtsauffassung unseres Aufsichtsministeriums bedarf es aber einer weiteren Klärung bei der Frage Kostenerstattung beim ambulanten Operieren, so daß der Vorstand der KV Hessen die Unterschrift zu dem Vertrag der AOK verweigern wird. Für diese solidarische Haltung der Abgeordneten zum Vorstand bedankte sich Dr. Spies ausdrücklich.

In seinem Schlußsatz des Lageberichtes formulierte Dr. Spies die aktuelle

Situation. „Es geht in der heutigen Zeit nicht mehr allein um Rechte und Pflichten von Leistungserbringern, von Vertragsärzten, von Krankenhäusern oder sonstigen Gruppen im Gesundheitswesen. Die derzeitigen Pläne der Politik lassen befürchten, daß unser sicher reformbedürftiges Gesundheitswesen endgültig an die Wand gefahren wird. Die Ökonomie darf nicht über unseren medizinischen Sachverstand dominieren – das sind wir unseren Patienten schuldig.“

Vergütung der Aufwandsentschädigung für Qualitätszirkel-Moderatoren

In Ergänzung zur bestehenden Richtlinie für Qualitätszirkel hat die Abgeordnete-Versammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in ihrer Sitzung am 1. Dezember 2001 beschlossen, daß die maximale Frequenz zu vergütender Qualitätszirkel-Sitzungen auf 10 Sitzungen pro Qualitätszirkel und je Jahr festgelegt wurde.

Alice Leugermann

Resolution der Abgeordneten Versammlung der KV Hessen

Die Teilnehmer der Veranstaltung des Gesundheitlichen Forums Hessen in Bad Nauheim am 21. November 2001 zu den geplanten Gesetzesvorhaben Arzneimittel-Ablösegesetz (ABAG) und Arzneimittelausgaben-Begrenzungs-gesetz (AABG) haben Kenntnis erhalten von dem Ablaßhandel zwischen dem Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA) und der Bundesregierung. Dieser Ablaßhandel hat die völlige Entlastung der pharmazeutischen Industrie von der Solidarpflicht im Gegenzug zu einem Betrag von 400 Mio. Mark für das deutsche Gesundheitssystem zum Gegenstand.

Die pharmazeutische Industrie hat sich mit Duldung der Bundesregierung von der gemeinsam mit den ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringern und von den Kostenträgern zu tragenden Solidarpflicht zur gesundheitlichen Versorgung in Deutschland verabschiedet und zur Durchsetzung der finanziellen Entlastung von den eigentlich im ABAG und im AABG vorgesehenen Preisnachlässen auf Medikamente der Bundesregierung als effektvolles Druckmittel mit dem Abbau von Arbeitsplätzen und mit der Abwanderung von Industriekapazitäten ins „billigere“ Ausland gedroht.

Die Pharmaindustrie hat in diesem Jahr eine Umsatzsteigerung von 10% erzielt, während die Honorare für Ärzte und Psychotherapeuten kontinuierlich gesunken sind und über die Institutionen Politik und Krankenkassen auch weiterhin konsequent abgesenkt werden sollen, um den Ablaßhandel zwischen Pharmazeutischer Industrie und Bundesregierung zu finanzieren. Darüber hinaus sind die Arzneimittelbudgetvorgaben in Höhe von mittlerweile 8% Hessen überschritten worden, obwohl die Zahlen der Verordnung von Medikamenten sukzessive zurückgegangen sind. Der Ablaßhandel eskaliert die Verteilungskonflikte der Honorare zwischen den Leistungserbringern in unerträglicher Weise, was sich negativ auf die berechtigterweise politisch von den Kostenträgern geforderte hohe interdisziplinär organisierte Behandlungsqualität auswirken wird.

Während also die verschiedenen Leistungsgruppen mit den Kostenträgern um die Erledigung der „Hausaufgaben“ ringen, Einsparungen zu leisten und Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, stiehlt sich die Pharmaindustrie von ihren Solidarpflichten für das deutsche Gesundheitssystem davon und erpreßt bei im europäischen Vergleich unangemessen hoch erscheinenden Preisen für Medikamente in Deutschland sowohl die Leistungserbringer als auch die Kostenträger zu weitergehenden Einsparungen bis an die Grenze der Leistungsfähigkeit in den ambulanten ärztlich-psychotherapeutischen Praxen.

Wir fordern die Politik dringend auf, ihre jetzigen Planungen zur Gesetzgebung im Arzneimittelbereich zu modifizieren und die Preisnachlässe für die Pharmazeutische Industrie in den geplanten Gesetzesvorhaben nicht völlig zu streichen, um die Pharmazeutische Industrie gemäß ihrer wirtschaftlich-expansiven Leistungskraft in die Solidarpflicht zu nehmen und die im übertriebenen Maße zu den Einsparungen gezwungenen und mit ruinösen Verlusten bedrohten Gruppen der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringer zu entlasten.

Kinderärztlicher Notdienst Frankfurt-West:

Qualitätssteigerung durch Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor

„Sie rufen außerhalb der kinderärztlichen Sprechstundenzeiten an, in Notfällen steht Ihnen der kinderärztliche Notdienst der Städtischen Kliniken Frankfurt a. M. Hoechst zur Verfügung, den Sie unter der Nummer: 0 69 / 31 06 33 22 erreichen“

So etwa könnte sich die Telefonansage eines niedergelassenen Kinderarztes im Westen der Stadt Frankfurt oder dem Main-Taunus-Kreis anhören. Möglich wird dies durch den am 30. November diesen Jahres unterzeichneten Kooperationsvertrag zwischen den Städtischen Kliniken Frankfurt a.M. Höchst, der Notdienstgemeinschaft Frankfurt und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Frankfurt.

Bereits seit dem 1. November arbeiten die Kinderärzte in der neuen Einrichtung der Städtischen Kliniken Frankfurt a. M. Höchst, die für Notfälle jeweils samstags, sonntags und an Feiertagen von 9 bis 16 Uhr zur Verfügung steht. „Durch diese Kooperation wird eine Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und stationären Sektor realisiert, die vor einigen Jahren noch nicht denkbar gewesen wäre,“ so Uwe Reichle, Geschäftsführender Direktor der Städtischen Kliniken Frankfurt a. M. Höchst.



PD Dr. Lothar Schrod Kliniken Ffm.-Höchst, und Dr. Gerd Zimmermann, Vorsitzender der Bezirksstelle Frankfurt der KV Hessen, freuen sich über die neue Kooperation



PD Dr. Lothar Schrod, Chefarzt der Kinderklinik der Städtischen Kliniken Frankfurt a.M. Hoechst freut sich, denn „durch diese Zusammenarbeit können die Klinik und die niedergelassenen Ärzte Ressourcen gemeinsam nutzen und damit eine nachhaltige Qualitätssteigerung in der Versorgung von Kindern erreichen.“

Eltern, die in Notfällen Hilfe suchen, können die zentrale Anlaufstelle in der Klinik leichter finden als die Praxis eines niedergelassenen diensthabenden Arztes. Zudem stehen die diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen der Klinik und fachärztliche Behandlung zur Verfügung. Durch diese Zusammenarbeit werden auch die Klinikärzte, die in den vergangenen Jahren steigende Zahlen von ambulant zu versorgenden Kinder-Notfallpatienten zu verzeichnen hatten, entlastet. Dagegen können die niedergelassenen Kollegen die kindgerecht gestaltete Notfallambulanz nutzen. Die KV Hessen konnte damit Investitionen in eine neue Notfallambulanz zum Teil einsparen.

Das Einzugsgebiet der Kindernotfallambulanz umfaßt den Frankfurter Westen und den Main-Taunus-Kreis. Die KV Hessen Bezirksstelle Frankfurt, vertreten durch Friedrich Jüde, sowie den Vorsitzenden Dr. med. Gerd Zimmermann haben mit dieser Kooperation eine neue Notdienstzentrale im klinischen Bereich geschaffen. Seit 1995 hat die Bezirksstelle Frankfurt kontinuierlich ihre Notdienstzentralen ausgebaut und somit einen Beitrag zur verbesserten Versorgung der Patienten in diesem Bereich geschaffen.

Mit 650.000 Einwohnern gehört das Versorgungsgebiet der Bezirksstelle Frankfurt zu den bevölkerungsdichtesten der KV Hessen. Von den insgesamt 27 Notdienstzentralen wurden zehn in Kooperation mit Kliniken realisiert. „Wir werden auch in Zukunft weiterhin daran arbeiten, die Kooperationen mit Kliniken zum Nutzen der Patienten zu intensivieren und zu fördern, so Dr. Zimmermann am Ende der Pressekonferenz.“

Alice Leugermann

Stellungnahme der Landesärztekammer Hessen zum Katastrophenschutz-Konzept Hessen

– Kurzfassung –

Vorgeschichte

Der kontinuierliche und dringliche Hinweis auf die längst überfällige Einbindung ärztlichen Sachverständigen in das Katastrophenschutzkonzept erfuhr durch die Terroranschläge in den Vereinigten Staaten am 11. September neue Aktualität.

Vor diesem Hintergrund wurde die Verabschiedung des Entwurfs eines Katastrophenschutzkonzeptes für Hessen zunächst zurückgestellt und der Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen, Dr. Michael Popović, gebeten, gemeinsam mit den Vertretern der Hilfsorganisationen und dem Landesfeuerwehrverband eine Stellungnahme zu erarbeiten. Diese soll in ein Kapitel „Katastrophenmedizin“ sowie „Sanitäts- und Betreuungszüge“ des „Katastrophenschutzkonzeptes Hessen“ aufgenommen werden.

Katastrophenschutz-Konzept Hessen Katastrophenmedizin

Katastrophenmedizin ist Teil des Katastrophenschutzes und fällt als Friedensaufgabe in die Zuständigkeit der Länder. Diese staatlichen Organe haben den vom Grundgesetz vorgegebenen Auftrag, die gesetzlichen und organisatorischen Voraussetzungen zu schaffen, welche bei Unglücksfällen, Großschadensereignissen und Katastrophen eine ärztliche Hilfe für die betroffenen Menschen sicherstellen.

Die ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften des öffentlichen Rechtes, so auch die Landesärztekammer Hessen erachten es als ihre durch das Heilberufsgesetz auferlegte Pflicht, auch ihrerseits alles erforderliche zu unternehmen, um eine befriedigende notfall- und katastrophenmedizinische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Leistungspflicht des Staates

Der Patient hat auch unter Katastro-

phenbedingungen einen Anspruch, von Ärzten sorgfältig, d.h. der Sorgfaltspflicht und dem Stand von Wissenschaft und Technik entsprechend, behandelt zu werden. Der Arzt wiederum hat Anspruch darauf, daß ihm zur Wahrnehmung seiner aus Strafrecht, Haftungsrecht und Berufsrecht erwachsenen Behandlungspflicht die notwendigen Hilfskräfte, d.h. qualifizierte Kräfte der Komplementärberufe, zur Verfügung gestellt werden, die zu einer sorgfältigen und zuverlässigen Tätigkeit auch unter Katastrophenbedingungen fähig sind.

Der Staat muß Ressourcen zur Verfügung stellen, die notwendig sind, um bei einer Katastrophe medizinisch so zu helfen, wie es nach den erwartbaren Szenarien erforderlich ist. Es besteht eine Leistungspflicht des Staates und der von ihm beauftragten Institutionen und Organisationen, die notwendigen Voraussetzungen zur Gewährleistung katastrophenmedizinischer Hilfeleistung zu schaffen.

Situation in der stationären Versorgung

Man kann davon ausgehen, daß im Fall einer Katastrophe – je nach Jahres- und Uhrzeit sowie nach Organisationsgrad der jeweiligen Krankenhäuser – etwa 60 – 90 % der Krankenhausärzte für die Versorgung der Verletzten zur Verfügung stehen. Begrenzt werden diese personellen Ressourcen durch die Auswirkungen der sogenannten „Leistungsverdichtung“.

Was die Bettenkapazitäten der Krankenhäuser betrifft, so hat sich seit der Änderung der weltpolitischen Lage im Jahr 1990 auch die Lage in Hessen stark verändert: Die Ressourcen des Zivil- bzw. des Katastrophenschutzes wurden in den letzten Jahren systematisch abgebaut. Dies führt heute dazu, daß gegenwärtige und zukünftige Gefährdungslagen unzureichend abgedeckt sind.

In den letzten Jahren wurden in Hessen 2.300 Betten abgebaut. Der Auffassung des Hessischen Sozialministeriums, die Strukturen im Rettungsdienst seien heute noch aktuell und die Aufnahmekapazität in Hessen mit 38.000 Betten ausreichend, steht eine von der Landesärztekammer Hessen durchgeführte Befragung von sechs ärztlichen Leitern großer unfallchirurgischer Kliniken vom 16. Oktober 2001 gegenüber: Alle Befragten gaben übereinstimmend zur Auskunft, daß man heute nur die Hälfte der Patienten versorgen könnte, die noch 1990 hätten versorgt werden können. Renommiertere internistische Chefärzte haben dies für den konservativen Versorgungsbereich bestätigt.

Der Ausschuß „Notfall/Katastrophenmedizin und Sanitätswesen“ der Bundesärztekammer sieht die Bereitstellung von Notärzten aus unter DRG-Bedingungen geführten Krankenhäusern als gefährdet an.

Problemfaktor: Geld

Unter dem Gesichtspunkt der Staatsverschuldung und ihrer Folgen, der Verknappung öffentlicher Mittel und der gesundheitsökonomischen Zwänge wird das Problem mangelnder Ressourcen noch deutlicher. Man kann davon ausgehen, daß die Einrichtungen der stationären Krankenversorgung heute lediglich 2 – 3 Prozent der bestehenden Versorgungskapazitäten ad hoc für die Versorgung von größeren Schadensereignissen zur Verfügung stellen können. Dies wird sich zukünftig deutlich verschärfen.

Als Folge der Budgetierung im stationären und ambulanten Bereich sind bereits heute zunehmende Versorgungsengpässe evident.

Forderung der Landesärztekammer Hessen nach Aufgabenverteilung und –festlegung sowie nach der Unterscheidung zwischen Ärzten und nichtärztlichen Helfern.



Vor dem Eintritt eines Großschadensereignisses bzw. einer Katastrophe bedarf es über die gesetzlichen Bestimmungen hinaus einer detaillierten Aufgabenfestlegung. In diesen Bestimmungen sollte - in direkter Wechselbeziehung zum Hessischen Rettungsdienstgesetz und Krankenhausgesetz - in allen Regelungen und Auftragsbereichen, die das Gesundheitswesen betreffen, zwischen Ärzten und nichtärztlichen Helfern unterschieden werden.

Auf jeder Verwaltungsebene muß dem Leiter der jeweiligen Katastrophenschutzbehörde für die Fragen des Gesundheitswesens ein verantwortlicher Arzt mit notärztlicher/katastrophenmedizinischer Kompetenz zugeteilt werden, der in seinem Auftrag gegenüber den mitwirkenden Institutionen, Organisationen usw. des Gesundheitswesens gleichberechtigt ist. Dieser Arzt sollte, wie es bereits vielerorts vorgesehen ist, grundsätzlich ein Medizinalbeamter des öffentlichen Gesundheitsdienstes (z.B. Leiter des Gesundheitsamtes oder dessen Stellvertreter) sein, der auch über die Qualifikation „Leitender Notarzt“ verfügt.

Der Arzt in der Katastrophenschutzbehörde ist bereits bei der Planung und Vorbereitung von Katastrophenschutzmaßnahmen verantwortlich einzuschalten, soweit das Gesundheitswesen betroffen oder berührt ist.

Überall dort, wo ein Arzt im Rahmen der notfall- und katastrophenmedizinischen Versorgung tätig wird, übernimmt er die Verantwortung für alle Hilfsmaßnahmen. Die nichtärztlichen Helfer einschließlich der Führungskräfte der Hilfsorganisationen sollen seinen diesbezüglichen Weisungen unterstehen.

SAVD (Schnelle-Arzt-Verwaltungs-Datenbank)

Die Landesärztekammer Hessen verfügt mit ihrer „Schnellen-Arzt-Verwaltungs-Datenbank (SAVD)“ über ein hochleistungsfähiges System zur Datenbankrecherche, das ermöglicht, in Sekunden erfahrene Ärztinnen und Ärzte jeder beliebigen ärztlichen Quali-

fikation, mit jeweiligem Tätigkeits- und Wohnort abzufragen. Über ein Alarmierungssystem von Mitarbeitern der Kammer können damit die notwendigen ärztlichen Kapazitäten szenarienspezifisch (innerhalb und zukünftig ggf. telematisch auch außerhalb der Kammer) selektiert und benannt werden.

Notwendigkeit einer szenarienspezifischen Analyse

Vor einer Umstrukturierung im Katastrophenschutz auf Grundlage katastrophenmedizinischer Standards muß eine szenarienspezifische Analyse der katastrophenmedizinischen Versorgungsnotwendigkeiten der Bevölkerung durchgeführt werden.

Resumee

- Wir brauchen dringend ein Konzept für
- ▶ eine Zusammenführung von Zivil-, Katastrophenschutz und Rettungsdienst, ambulanter und stationärer Versorgung,
 - ▶ eine Datenbank der allgemein verfügbaren Notfallressourcen,
 - ▶ ein kooperatives Bevorratungsmodell für den Bund, die Länder und Kommunen,
 - ▶ eine koordinierte Antidota und Sera-Bevorratung,
 - ▶ eine adäquate Ausstattung des Sanitätsdienstes des Zivil- und Katastrophenschutzes mit Arzneimitteln und Medizinprodukten mit pharmazeutischer Betreuung,
 - ▶ adäquates Gerät sowie persönliche Schutzausrüstung für die Einsatzkräfte
 - ▶ –auch für eine Infektionspräven-

tion–, und eine Stärkung der Krankenhauskapazitäten für den Massenansturm von Patienten.

Die gutachterlichen Aussagen finden sich im Zweiten Gefahrenbericht der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern bestätigt

Der Bericht (80 Seiten, Stand: Oktober 2001) gibt detaillierte Empfehlungen für vertiefende Untersuchungen sowie für konkrete Vorkehrungen und Maßnahmen zum Schutz der Zivilbevölkerung und für den Bereich des Zivilschutzes. Er beschäftigt sich vor allem mit den Risiken durch die Freisetzung von Chemikalien und chemischen Kampfstoffen, die Erreger übertragbarer Krankheiten/biologische Kampfmittel, die Freisetzung von Radioaktivität und mit Eingriffen in informationstechnische Strukturen. Vorrangig werden im Bereich „Nachfolgende Vorkehrungen zum Schutz der Bevölkerung“ folgende Themen ausgearbeitet: Selbstschutz, Warnung der Bevölkerung, Schutz durch bauliche Maßnahmen, medizinische Versorgung und Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung mit Arznei- und Sanitätsmitteln.

Ergänzung

Unter Hinweis auf die „bisher leider nur in Schleswig-Holstein und Hessen vorgenommenen Untersuchungen über Gefahrenpotentiale“ hebt der nun veröffentlichte Zweite Gefahrenbericht der Schutzkommission beim Bundesministerium des Inneren genau jene Defizite im Bereich des medizinischen Katastrophenschutzes hervor, die seitens der Landesärztekammer Hessen beanstandet worden sind. pop/mö

Anzeige

Ihre Praxisabgabe – mit uns ein Erfolg!



- Vorausschauende Abgabeplanung
- Vorauswahl der Interessenten
- Sicherung der Kaufpreiszahlung

IHR PARTNER IN RHEIN-MAIN:

SERVICE-CENTER FRANKFURT

Savignystraße 55, 60325 Frankfurt am Main

☎ DAEV_FRANKFURT@web.de ☎ 069/975 866 0 ☎ 069/975 866 21

Unsere Erfahrung – zu Ihrem Vorteil!



Fortbildung – (k)eine (un)endliche Geschichte:

Das Buch der freiwilligen ärztlichen Fortbildung hat viele Kapitel. Der Schritt des Deutschen Ärztetages 1999 in Cottbus bestätigte dies. Fast alle Landesärztekammern folgten der Empfehlung. Wir in Hessen können auf der einen Seite auf unsere jetzt seit 30 Jahren bestehende Fortbildungsakademie mit Stolz zurückblicken, aber auch gleichzeitig auf die Weitsicht der Delegiertenversammlung im Herbst 1998 verweisen. Die Fortbildungsaktivität unserer Kolleginnen und Kollegen wurde mit Zertifizierungspunkten im Sinne der CME (continuous medical education) belohnt. Das nächste Kapitel war dann die Umstellung auf die einheitlichen Bewertungskriterien für den Erwerb des freiwilligen Fortbildungszertifikates. Die bestehenden Möglichkeiten der verschiedenen Bewertungskriterien schöpften wir aus und führten im ersten Januar-Heft 2001 Fortbildungsseiten mit ergänzenden zertifizierten Fragen im Hessischen Ärzteblatt ein. Dadurch konnte der Dialog zwischen den Kollegen und dem Kammerblatt weiter verbessert werden.

Alle Kollegen sollen nun auch informiert werden, wie dieses Angebot angenommen wurde. Die Kooperation mit dem Springer Verlag, die für die Gestaltung dieser Rubrik mitverantwortlich zeigt, ergab eine für uns positive Situation. Die Anzahl der Kollegen, die diese Mitarbeit annahmen, war zufriedenstellend besonders zu anderen Fachzeitschriften des gleichen Verlages. Um erst einmal die allgemeine Akzeptanz dieser interaktiven Fortbildung (Gruppe D der einheitlichen Bewertungskriterien) zu überprüfen, erhielten alle sich beteiligenden Kollegen unabhängig von der Fehlerzahl ihrer Antworten den erwarteten Punkt mitgeteilt. Wir stuften die Motivation der Teilnahme einfach höher ein als die individuelle Beantwortung. An den bis-

herigen Auswertungen spiegeln sich auch die einzelnen Interessen der Kollegen wieder.

Dieser aufgebaute Dialog soll weiter fortgesetzt werden. Verschiedene Fakultäten werden gebeten, aktuelle Artikel zu verfassen, um neben den klinischen Fragestellungen auch die in der Praxis auftretenden Fragen nicht zu kurz kommen zu lassen. In diesem Zusammenhang wären wir als Redaktion dankbar, wenn Sie als unsere Leser und Leserinnen interessante Themen vorschlagen würden, da dann die Interaktivität dieser Fortbildung noch mehr Form erhält. Auf diese Art und Weise nähern wir uns dann der Erfolgsstory der Qualitätszirkelarbeit in Hessen. In keinem anderen Bundesland ist die Beteiligung der Ärzte so groß wie bei uns. Dies gilt für den städtischen und auch ländlichen Bereich. Die positive Resonanz der Kollegen und Kolleginnen für das Therapie-Symposium 2001 gemeinsam mit der Arzneimittelskommission der deutschen Ärzteschaft und der KVH im November ist ein Beweis über die Attraktivität unserer Fortbildungsangebote.

Ein weiteres Kapitel des interaktiven Lernens in der Fortbildung wird in diesem Jahr eingeführt. Durch die Reduktion der Stundenzahl der Kursweiterbildung „Allgemeinmedizin“ haben wir den Vorschlag von Medical Tribune aufgegriffen, einige Kapitel der von unserer Sektion „Allgemeinmedizin“ und deren Moderatoren so vorbildlich gestalteten Kurse schriftlich zu fixieren und in einem Sonderheft monatlich zu veröffentlichen. Dadurch nutzen wir die Chance, die auch außerhalb von Hessen tätigen Kollegen mit diesem Kursus „Allgemeinmedizin“ und der dort geleisteten Arbeit bekannt zu machen. Eine Online-Datei wird darüber hinaus die Möglichkeit geben, sich immer wieder über die

neuesten Erkenntnisse mit ihren zentrierten Fragen zu informieren. Gleichzeitig kommt dadurch auch das Fachwissen unserer in der Akademie etablierten Sektionen zum Tragen. Nicht umsonst sind sie jeweils mit einem Ordinarius, einem in der Klinik tätigen Chefarzt und einem in der Praxis tätigen Kollegen besetzt. Gerade im Hinblick auf die DRG's (diagnosis related groups) und die gewünschte Verzahnung ambulanter und stationärer Behandlung leisten wir dadurch Hilfen die, die den uns anvertrauten Patienten zu Gute kommen. Auch die im Sachverständigengutachten aufgezeigten Diskrepanzen der EBM (evidence based medicine) und der täglichen Praxis können dadurch schnell und gut aufgehoben werden.

Durch diese Vielfalt kann der Kollege/die Kollegin besser entscheiden, welches Kapitel im Buch der Fortbildung für ihn das geeignete ist. Gleichzeitig sprechen wir aber von seiten der Akademie den Wunsch aus, die Möglichkeit der Voranmeldung zu Veranstaltungen auch online zu nutzen. Dies bedeutet aber auch, diesen Anmeldungen Folge zu leisten, oder möchten Sie, das bei Ihnen angemeldete Gäste plötzlich nicht mehr erscheinen. Nutzen Sie auch die im Ärzteblatt regelmäßig erscheinenden Informationen über die Zertifizierung auf den Akademie-Seiten.

Das Präsidium unserer Ärztekammer hat darüber hinaus erneut die Möglichkeit geschaffen, die früher übliche Plakette für die Fortbildung wieder aufleben zu lassen. Diese werde in Zukunft all die Kollegen/Kolleginnen erhalten, die das Fortbildungszertifikat erworben haben, getreu nach unserem Motto:

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

Professor Dr. Ernst-Gerhard Loch

PANIK

Entstehung – Bekämpfung – Verhütung

Von H. J. Bochnik, Frankfurt a. M.

Katastrophen und Paniken: allgegenwärtige Gefahren!

Die Katastrophen unserer Tage machen klar, daß in unserer engen technischen Welt Katastrophen mit begleitenden oder auslösenden Paniken uns immer und überall überfallen können. Dabei stellen uns panische Reaktionen des Einzelnen und Panik als Massenerscheinung vor sehr verschiedenartige Probleme:

Paniken als Angstreaktion von Menschenmassen, die vom blinden Selbsterhaltungstrieb und vom Herdentrieb gesteuert werden, sind als opferreiche Folgen oder als Ursachen von Katastrophen seit der Antike bekannt.

Anlässe gaben Naturkatastrophen, wie Erdbeben und Überschwemmungen, aber auch Unglücke wie Brände in Hotels, Theatern und Diskotheken sowie Schiffsuntergänge.

Ein Beispiel aus Moskau 1886: Anlässlich der Krönungsfeierlichkeiten des Zaren Nikolaus II. versammelten sich 300.000 Menschen, denen Geschenke versprochen worden sind. Aus Angst zu kurz zu kommen, sind 3.000 zu Tode getrampelt worden.

Moderne Dauerrisiken sind insbesondere Fußballspiele: So sind zwischen 1946 und 1986 mindestens 24 Panikkatastrophen in Fußballspielstadien vorgekommen, bei denen 882 Menschen getötet und etwa 4.000 schwer verletzt worden sind. Ausgelöst wurden die Paniken, die zu Katastrophen führten, durch gewalttätige, oft alkoholisierte Fans, durch Massenekstasen, durch Warnschüsse von Ordnungskräften, durch Einsturz von Tribünen und Geländer sowie durch Feuer. In einem Fall sogar

durch Zuschauer, auf die von der oberen Tribüne uriniert worden ist (geschehen in Columbien 1982 mit 24 Toten). In den letzten 15 Jahren dürfte die Zahl der Fußballtoten die 1.000 überschritten haben.

Leider werden Opfer von Katastrophen und Paniken von unserer angstfreudigen Öffentlichkeit nicht nachhaltig ernstgenommen, die „tiefe Betroffenheit“ welkt meist rasch und folgenlos.

Zu Panikentwicklungen

Seit jeher gilt:

Katastrophen können zu Paniken führen und Paniken selbst können auch aus nichtigen Anlässen Katastrophen machen.

Auffällig ist, daß die großen Kriege mit ihren alltäglichen Katastrophen viel seltener als „Friedenskatastrophen“ zu Paniken geführt haben. So z.B. friedliche Fußballspiele, Brände in Theatern, Diskotheken usw. Dieser Unterschied zwischen Krieg und Frieden dürfte auf die bewußte Vorbereitung auf die Unvermeidlichkeit kriegsbedingter Katastrophen, mit ihrer Gewöhnung an Lebensgefahren, zurückgehen.

Auch diese Erfahrungen sprechen dafür, daß Vorbereitungen zur Verhinderung oder zur Bekämpfung von Paniken, wie z.B. auch Zivilschutz, Forderungen der persönlichen und der öffentlichen Vernunft sein müssen.

Panikbekämpfung benötigt Verständnis der psychischen und situativen Entstehungsbedingungen.

Vom Schreck zur Panik (s. Abb. 1):

Erschrecken, mit seinen tiefgreifenden vegetativen und psychomotorischen Störungen, klingt normalerweise nach Erkennen und Einordnen der Ursache schnell ab. Zur Panik geneigte Massensituationen bei drohender Gefahr können Anwesende durch eindrucksvolle Schreckreaktionen so angstvoll erschüttert werden, daß sie zum Ausbruch einer Panik oder zur Panikverstärkung beitragen.

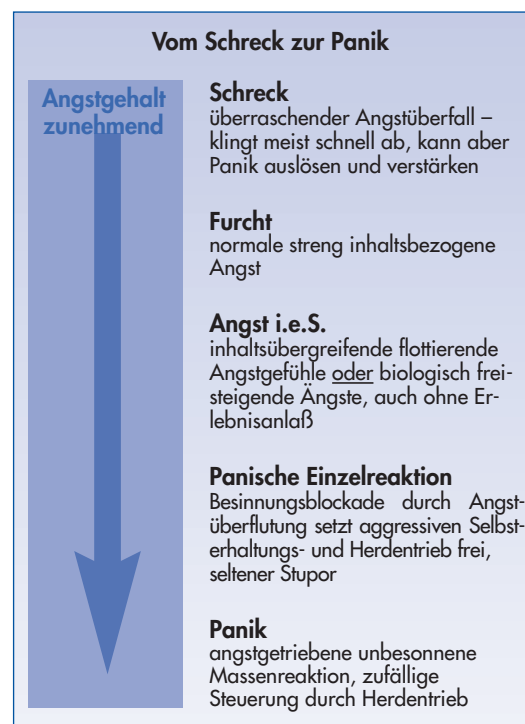


Abb. 1 Angstformen

In Abb. 2 mögen einige einleitende Thesen, zur Panik, ihren Ursachen, ihrer Verhütung, Bekämpfung und zur



Panik

Panik ist die kopflose, angstgefüllte, erregte, kollektive Reaktion einer Menschenmasse auf eine unmittelbar erlebte Bedrohung. Während der Panik ist die Besonnenheit des Einzelnen ausgelöscht. Menschliches Handeln wird allein vom blinden Selbsterhaltungs- und Herdentrieb mit Flucht oder Aggressionen gesteuert. Panik verwandelt eine Menge von Individuen in eine entindividualisierte reagierende Masse.

Panik als Folge oder Ursache einer Katastrophe

Katastrophen sind höchst verschiedenartige, überraschende, daseinsbedrohende Ereignisse, die keine Voraussage erlauben, wer von den Betroffenen verloren, rettbar oder zur Hilfeleistung fähig sein wird. Dennoch kann die Vorbereitung auf denkbare Katastrophen die Zahl der Opfer verringern.

Panikverhütung und -bekämpfung

Die Panikverhütung und -bekämpfung setzt eine Analyse des panischen Reagierens Einzelner und einer Menschenmasse voraus, zu deren Verständnis psychiatrische und psychologische Erfahrungen mit Angst, Schreck, Erregung und Kollektivreaktionen erforderlich sind. Praktische Verhütung und Bekämpfung von Panik ist eine Gemeinschaftsaufgabe, auf die sich Hilfsorganisationen und alle, die von Panik betroffen werden können – und das heißt wirklich alle Bürger – vorbereiten sollten, um im Katastrophenfalle unnötige Opfer an Menschenleben zu verhindern. Katastrophenvorsorge muß daher durch Panikvorsorge ergänzt werden.

Panikvorsorge

Panikvorsorge bedeutet besonnene Vorbereitung auf mögliche Katastrophen durch folgende Maßnahmen:

- ▶ Kenntnisnahme der Phänomene und Zusammenhänge
- ▶ Erziehung und Selbsterziehung zu einer inneren Haltung und Bereitschaft, Panik zu vermeiden: im Sinne der Entschlossenheit, zum besonnenen, tapferen und situationsgerechten Wahrnehmen, Beurteilen und Handeln.
- ▶ Abbau präpanischer ängstlicher Erregung in einer Menschengruppe
- ▶ Verhinderung der suggestiven Angstansteckung durch panisch reagierende Einzelne (sog. Panikpersonen)
- ▶ Praktisch technische Vorsorge in allen Örtlichkeiten, in denen Menschenmengen zusammenkommen, die dadurch panikgefährdet sein können.

Panikvorsorge sollte daher zum Ausbildungsprogramm der Ersten Hilfe gehören, die bereits in der Schulzeit angeboten werden sollte.

Abb.2 Panik-Übersicht

Panikvorsorge, vertiefende Ausführungen vorbereiten.

Panische Reaktionen des Einzelnen:

1. Panische Reaktionen entstehen durch überflutende lähmende Angst, die besonnenes Wahrnehmen, Abwägen und Entscheiden ausschließt.
 - ▶ Ersetzt wird dabei die rationale Steuerung durch blinden rücksichtslosen Selbsterhaltungs- und Herdentrieb (nur weg, nur mit der Masse rennen).
 - ▶ Seltener: der Affektstupor, ein Totstellreflex im Grauen (nur sitzenbleiben).

2. Antipanisches Reagieren durch Blockade von Angst- und Schmerzen in Katastrophen

Die so erreichte Angstfreiheit setzt die Befähigung zum situationsgerechten, rationalen, rücksichtslosen Handeln frei und ermöglicht Distanzierung vom gefährlichen Herdentrieb.

Antipanisches Verhalten ist lernbar. Es wird begünstigt durch Gewöhnung an Lebensgefahren und an deren Akzeptierung (z.B. im Krieg, bei extremem Alpinismus, im Rennsport usw.)

Angst ist die Einbruchsförte zur Panik

Nicht vergessen: Was Angst als Erlebnis ist, kann (abgesehen von körperlichen Begleiterscheinungen) nur der wissen, der Angst selbst erlebt hat. Dennoch ist zur Angst schon seit der Antike sehr viel von Theologen, Philosophen, Psychologen, Psychiatern und Soziologen gesagt worden.

Persönliche Angstbereitschaft

Die Bereitschaft, mehr oder weniger ängstlich zu reagieren, schwankt von Mensch zu Mensch erheblich und sie schwankt auch im Leben des Einzelnen, u.a. durch Reifung, Schicksalsschläge, durch Erfolge und Mißerfolge.

Abb. 3 mag die Orientierung über normale, erhöhte und verminderte Angstbereitschaft erleichtern.

Normale Angstbereitschaft

- ▶ warnt vor bedrohlichen Risiken
- ▶ sichert, mit der Stimme des Gewissens, ein wertorientiertes Leben in der Gemeinschaft gegen Verletzungen konventioneller, rechtlicher und sittlicher Grenzen

Erhöhte Angstbereitschaft

- ▶ konstitutionell bei ängstlicher Selbstunsicherheit
- ▶ durch Angstansteckung bei Selbstunsicherheit
- ▶ neurotisch-phobische Übersteigerung
- ▶ bei hysterischer Neigung
- ▶ ideologisch zeitgeistiger „Mut zur Angst“
- ▶ durch bedrohliche Krankheiten
- ▶ durch affektive und schizophrene Psychosen
- ▶ seltener durch Hirnerkrankungen

Verminderte Angstbereitschaft

- ▶ konstitutioneller Angstmangel – unangreifbare Selbstsicherheit im Extrem Soziopathie, Psychopathie
- ▶ erlernte angstmindernde Haltungen z. B. Bergsteigen, Rennsportler, Soldaten, insbesondere mit Pflichten zum Vorbild und zur Führung
- ▶ Gewöhnendes Akzeptieren
- ▶ Meditative Vorbereitung auf Gefahren
- ▶ Glaubensfestigkeit, z. B. Selbstmordkommandos
- ▶ Angstmangel in Verbindung mit vitaler Durchsetzungsfähigkeit und Intelligenz kann im Guten wie im Bösen erfolgreich machen (z. B. Politiker, Helden, Kriminelle)

Abb.3 Angstbereitschaft

Gesichter der Angst

Furcht ist die umgangssprachliche normale Angst, die über einen ganz bestimmten Inhalt erregt worden ist. Angst ist, wie Schmerz, ein seelisches Warnsignal vor aktuellen Risiken, die z.B. das Leben, die Gesundheit, die Existenz oder den Ruf betreffen. Diese Angst ist nützlicher Ratgeber, wenn er zu rationalen Abwägungen und Entscheidungen führt. Übermäßige Angst ist dagegen der schlechteste Berater.

Schon normale Angst neigt zu Verfälschungen von Wahrnehmungen und drängt auch zu unvernünftigen Entscheidungen. Sie neigt zur Selbstverstärkung, die über den Anlaß hinaus wächst.

Als Erwartungsangst (Angst vor der



Angst) kann Angst durch begründete Befürchtungen, die auf frühere Erfahrung zurückgehen, ausgelöst werden (z.B. bei Hörschwindel, Panik- und Menière-Attacken, Angst vor Psychose-Rezidiv, Angst vor Gewalt, vor Strafe, vor Konflikten, vor Versagen der Potenz usw. usw.). Angstmache vor der Katastrophenangst gehört zu den schädlichen Beiträgen öffentlicher Medien.

Hysterische Angst hat viele sehr persönliche Verkleidungen:

Wir bezeichnen als hysterisch eine maximale echt unechte Angst, die leidenschaftlich und dramatisch für ein Publikum gespielt wird. Der „Schauspieler“ wird dabei von seinem eigenen Theater überzeugt und kann so die Tragik seiner eigenen Existenz genießen.

Anders ist die nur eingebildete, gedachte und nicht wirklich erlebte Angst. Sie wird von Medien angeregt, um Auflagen und Einschaltquoten zu erhöhen. Dies mit Stichworten, die zwar zu Sorge, aber selten zu echten Angstgefühlen Anlaß geben (Atomstrahlung, BSE, Milzbrand, HIV, Terrorismus, aber auch Überfremdung, Faschismus, Kommunismus, Islamismus, Kapitalismus, Globalisierung u. a.).

Die Atomangst, hinter der zur Zeit des kalten Krieges eine sehr berechtigte Sorge stand, wird jetzt nur noch von kleinen Eliten von der Kernkraft behauptet. Was Angst dagegen wirklich ist, weiß der, der sich – wenn der Tod wirklich drohte – dabei schon einmal in die Hosen gemacht hat und dem die Knie und die Sprache versagten.

Angst als Genußfaktor kann in kleinen Dosen den Alltag würzen, so als „Nervenkitzel“ in der Achterbahn, im Bunjee-Sport, bei einem riskanten Flirt usw. usw. Risikofreudige Menschen gehen gern an die Angstgrenze. Action-Filme lassen Angst aus der Sicherheit des Lehnstuhls genießen.

Ob dies etwas mit Panik zu tun hat?

– Ja, sofern Angstbereitschaft fahrlässig oder vorsätzlich in der Bevölkerung erhöht wird, die in kommenden Gefahren Katastrophen begünstigt.

Pathologische Ängste treten meist ohne jeden Erlebnisanlaß auf, seltener allein, meist sind sie mit Depressionen verknüpft, z.B. bei sog. endogenen depressiven Psychosen, bei Schizophrenien und bei manchen hirnanorganischen Störungen. Zwischen den normalen und pathologischen Ängsten stehen biologisch ausgelöste Herz- und Erstickungsängste, die warnen und quälen.

Panikattacken sind biologisch bedingte, freistehende, außerordentlich quälende Angstanfälle, oft mit Herzjagen und Todesfurcht, die aber sehr gut medikamentös, antidepressiv, nicht aber psychotherapeutisch zu beheben sind, was leider nicht allgemein bekannt ist.

Erlebte Panikattacken belasten oft freie Zeiten durch Angst vor der Angst mit Verunsicherung.

Traumen – besonders im Kriege – heute wieder aktuell – verursachen neben Schmerzen sehr oft Angst, quälende Unruhe und depressive Verunsicherung. Schon vor der chirurgischen Versorgung ist daher medikamentöse Bekämpfung von Schmerz, Angst und Unruhe dringlich.

Zu merken: Pathologische Ängste sind meist einfach medikamentös zu behandeln.

Unter Notfallbedingungen sind neben Benzodiazepinen und Neuroleptika immer noch Morphine führend.

Angstentstehung (s. Abb. 4):

Angst entsteht, wenn das Bewußtsein der Bedrohung die Selbstsicherheit überwiegt (sei diese Bedrohung real, nur befürchtet, oder nur phantasiert). Anders gesagt, wenn ich mich einer drohenden Gefahr nicht gewachsen fühle, entsteht normale Angst.

Umgekehrt schwindet Angst mit der Gewißheit, die Bedrohungen überwinden zu können oder ihnen gewachsen zu sein.

Formelhaft ausgedrückt, als therapeutischer Einstieg:

Angst entsteht:

Bedrohung > Selbstsicherheit

Angst vergeht:

Selbstsicherheit > Bedrohung

Angst entsteht

wenn eine Bedrohung die Selbstsicherheit überwiegt

$$A \uparrow = B > S$$

Angst schwindet

wenn die Selbstsicherheit die Bedrohung überwiegt

$$A \downarrow = S > B$$

Arten der Bedrohungen

- ▶ durch gestörte Körperfunktionen (z. B. Atmung, Kreislauf, Lähmungen)
- ▶ durch reales Bedrohungserleben
 - ▶ Leib, Gesundheit, Hypochondrie
 - ▶ Schuld, Schulden, Konflikte
 - ▶ soziale und ökonomische Existenz
 - ▶ Ehre und Geltung
 - ▶ Vereinsamung – Liebesverlust

Elemente der Selbstsicherheit

- ▶ konstitutionelle persönliche Verfassung
Vitalität – Antriebsreichtum, Handlungsfreudigkeit
- ▶ erworbene reifungsgeforderte Verfassung
 - ▶ Besinnungsfähigkeit
 - ▶ Gewissensfähigkeit
 - ▶ Ideologie – Glaube
 - ▶ Verwöhnung durch Erfolge
 - ▶ manische Psychose

Abb.4 Angstentstehung

Angstbekämpfung:

1. Bedrohung mindern und/oder Selbstsicherheit steigern
 2. medikamentös: Benzodiazepine, Antidepressiva, Neuroleptika,
 3. Psychotherapeutisch: Verhaltenstherapie und autogenes Training
- Panik entwickelt sich aus überwältigender Angst**, die Selbstsicherheit und Besonnenheit vernichtet.

Also:

- ▶ Angst ist der mächtigste Widersacher der Besonnenheit, die klares Wahrnehmen, unabhängiges Abwägen und Entscheiden ermöglicht.
- ▶ Angstbekämpfung steht daher im Mittelpunkt der Panikverhütung.
- ▶ Persönliche Panikverhütung setzt geübte Besonnenheit und den Willen voraus, Besonnenheit in allen Lagen zu bewahren und durchzusetzen.

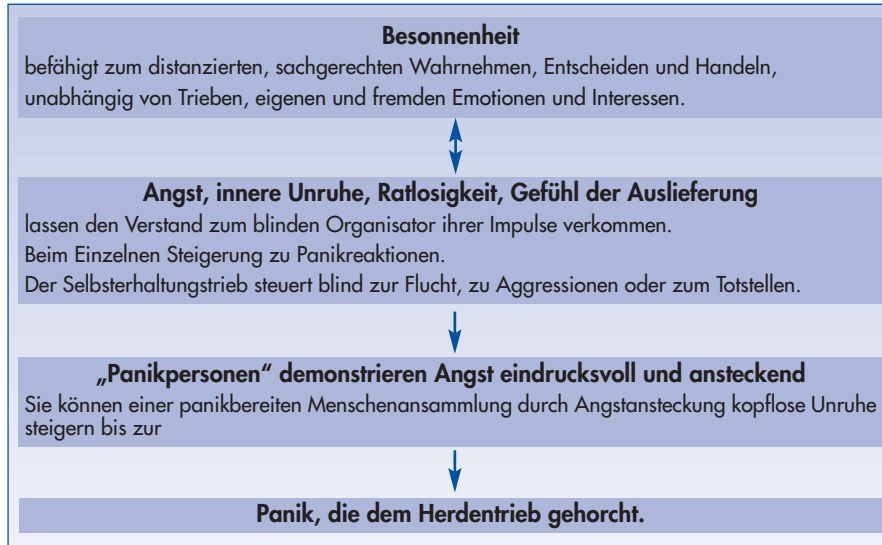


Abb.5 Besonnenheit und Angst

Abb. 5 zeigt die Bedeutung der Besonnenheit Zur persönlichen Vorsorge gegen panisches Reagieren gehören auch

- ▶ bewußte Reduzierung der Schreckhaftigkeit durch Einübung des schnellen, gelassenen Reagierens in Schrecksituationen (z.B. Schulterentspannung, innere (meditative) Ruhigstellung analog zum autogenen Training)
- ▶ bei drohenden Lebensgefahren Übung des ruhigen Akzeptierens des schlimmsten Ausganges, was Gelassenheit fördert, die wiederum besonnenes Wahrnehmen, Abwägen und Entscheidungen begünstigt
- ▶ Von den Selbstmordkommandos kann man dies lernen: Wer seinen Tod akzeptiert, ist bis dahin voll rational handlungsfähig.

Soldaten, Feuerwehrleuten und ähnlich gefährdeten Gruppen ist daher dringend die Übung der Gelassenheit durch autogenes Training sehr zu empfehlen. Auch im Kriege wird diese Bekämpfung von Angst, Unruhe und Übermüdung häufiger gebraucht als ein Verbandspäckchen.

Panikbekämpfung

Panikbekämpfung muß in vorkritischer, sicherer Zeit durch Besinnung auf Vorrat erfolgen, die persönliches und gruppenhaftes Reagieren und materielle Vorsorge umfaßt.

Unter Bedrohung in präpanischer Gemütsstimmung und in der ausgebrochenen Panik sind besonnene, antipanische Personen und **Inseln der Besonnenheit** gefragt.

Eine **präpanische Stimmung** mit ängstlichen Befürchtungen, Verunsicherungen und Ratlosigkeit kann eine Menschenmenge unter eindrucksvoller Bedrohung befallen. Sie hat eine hohe Ansteckungskraft! Eine präpanische Stimmung sollte bei Besonnenen die Alarmglocken schrillen lassen:

Hier kommt es darauf an, Ängste zu dämpfen oder auf konkrete Furcht zu reduzieren, auf die wieder rational reagiert werden kann. Wichtig sind hier Einzelpersönlichkeiten, die beispielhaft mutig, gelassen und vernünftig auftreten, die sich laut und selbstbewußt einmischen und dadurch Sicherheit verbreiten. Informierte Autorität wird in präpanischer Stimmung schnell akzeptiert als Zuflucht, wie auch als Steuerung sich dem jetzt vernunftgeleiteten Herdentrieb anzuvertrauen.

Solche „**antipanischen Personen**“ können Sicherheitsgefühle und Hoffnungen aktivieren, die einer lähmenden Verzweiflung entgegen wirkt. Jeder, der es kann, soll sich in der Not als antipanische Person bewußt aktivieren, um Leben zu retten.

Wenn vernünftige Weisungen erst einmal akzeptiert sind, mit denen – je

nach Situation – vernünftige Tätigkeiten eingeleitet und Personen zugeordnet werden, werden dadurch auch überschüssige Antriebe gebunden, die ungebunden der panischen Angst expansive Gewalt verleihen können. Nützlich gebundene Antriebe können, je nach Situation, Hilfeleistungen, Räumungen, Sicherungen und Erkundungen von Auswegen in der Panik ermöglichen. Hilfreich können auch Strukturierungen sein, z.B. „Frauen und Kinder zuerst“ oder „Verletzte sammeln“, Fluchtgruppen geordnet einteilen usw. Möglichkeiten und Notwendigkeiten ergeben sich durch die Situationen, je nach dem, ob es sich um einen Hochhausbrand, ein Erdbeben, einen Schiffsuntergang handelt. In einem der letzten Tunnelbrände in den Alpen hätte durch energische Führung gegen die Brandrichtung manches Opfer überleben können.

Ohne Frage können in der ausgebrochenen Panik beispielhafte, aus der Menge geborene antipanische Einzelpersonen Opfer vermeiden.

Mit **gleichgesinnten Besonnenen** sind **Inseln der Besonnenheit** zu bilden, die sich in der panischen Angstflut beruhigend erweitern sollen. Hilfreich ist, daß besonnene Beruhigung, die bewußt gezeigt wird, auch ansteckend auf Verängstigte wirken kann.

Sog. Panikpersonen sind sehr zu fürchten, weil sie unbeeinflussbar laut und ansteckend Angst verbreiten, Paniken auslösen und verschlimmern können. Sie müssen unbedingt ruhiggestellt oder isoliert werden, um das Leben anderer zu retten. Zauderndes Gewährenlassen vergrößert Todesgefahren.

Eine Übersicht über die Vorbeugung durch Besinnung auf Vorrat über die „**Inseln der Besonnenheit**“ in der Panik und über Panikgefahren in länger andauernden Katastrophen gibt Abb. 6.

Technische Panikverhütung und -bekämpfung braucht hier nur angedeutet zu werden:

Wo Menschenmassen in beengten Umgebungen auftreten, die Risiken



Vorbeugend: Besinnung auf Vorrat

- ▶ Durchdenken und „Durchfühlen“ möglicher Gefahren
- ▶ Entschlossenheit ist einzuüben trotz Angst, Chancen und Risiken zu beachten und rational zu handeln
- ▶ Einüben der inneren Haltung, die eine unvermeidliche Bedrohung und deren mögliche evtl. auch tödliche Folgen akzeptiert, um verbleibende Handlungsspielräume rettend zu nutzen

In der Panik Inseln der Besonnenheit bilden!

- ▶ Herdentrieb und Führung rational zur Rettung nutzen durch
- ▶ Demonstration von Besonnenheit, Ruhe und Mut
- ▶ durch laute, klare Weisungen (Megaphon)
- ▶ durch Beruhigung oder Isolierung von Panikpersonen

Bei Panikgefahr in länger andauernden Katastrophen

- ▶ rationale Führung sichern
- ▶ Selbstsicherheit fördern, ermutigen
- ▶ überschüssige Antriebe durch Tätigkeiten absorbieren zur Dämpfung gefährlicher Unruhe

Abb.6 Panikbekämpfung

ausgesetzt sein können, ist die Bereitstellung sichtbar gekleideter Ordner, möglichst mit Megaphon, sicherzustellen. Fluchtwege sind vorzubereiten, Tore und Türen müssen so zu öffnen sein, daß todbringende Stauungen ver-

mieden werden. Flucht- und Rettungswege sind, wie Sanitätsdienste, vorzusehen. Auf Schiffen wird der Weg zum zuständigen Rettungsboot geübt. In Passagierflugzeugen werden Rettungsanweisungen gegeben. In Hochhäu-

sern, Kinos, Stadien usw. sollten Rettungswege festgelegt und evtl. markiert werden. Vorzusehen sind kurze, verlässliche Informationswege zu Rettungseinheiten, Feuerwehr, Polizei, Krankenhäusern und Ambulanzen.

Im Ganzen gilt für
Katastrophen und Paniken:
**BESINNUNG AUF VORRAT
SPART OPFER**

Weiterführende Literatur s. H. J. Bochnik: „Panikreaktionen Einzelner und Panik als Massenphänomen – Verstehen, Vermeiden, Bekämpfen“ in: Notfallmedizin. C. Hempelmann et. al. (Hrsg) Thieme Stuttgart, New York 1999. S. 604 – 611.

Anschrift des Verfassers:
Zentrum der Psychiatrie
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Heinrich-Hoffmann-Str. 10
60528 Frankfurt/Main

Mit meinen Augen

Florian Gerster – der starke Mann im Gesundheitswesen?

Von Siegmund Kalinski

Deutschland ist seit 1949 eine Demokratie. Man sagt, Deutschland sei ein freies Land, ein liberales Land, in dem die Menschenrechte streng beachtet werden. So sagt und will es unser Grundgesetz. Deutschland ist eine föderalistische Republik, die aus 16 Ländern besteht. Auch Rheinland-Pfalz ist eins von ihnen.

In Rheinland-Pfalz leidet ganz besonders eine Berufsgruppe unter der Willkür der Behörden, und da das von der Landesregierung nicht nur gutgeheißen, sondern offenbar noch unterstützt wird, hat man sich dort fast daran gewöhnt. Ab und zu ertönen zwar

leise Stimmen des Protests, aber sie erstickten rasch wieder, denn hinter der Willkür steht ein mächtiger Mann. Nicht Ministerpräsident Beck, oh nein, der ist als liberaler und aufrechter Demokrat bekannt. Gemeint ist Sozial- und Gesundheitsminister Florian Gerster, der von einer herzhaften Antipathie zu den Medizinern durchdrungen ist.

Auf Veranlassung dieses Ministers sind schon eine Unzahl ärztlicher Praxen seitens Polizei und Staatsanwaltschaft (unter kräftiger Assistenz der Presse und anderer Medien) heim- und durchsucht worden. Tausende Kilo-

gramm von Akten und Patientenkarteen wurden beschlagnahmt und dämmern bis heute in den Kasematten verschiedener Staatsanwaltschaften ohne Aussicht auf Rückkehr zu ihren Eigentümern, den Ärzten. Deren wahrscheinlich einziges Vergehen (so zumindest sieht das bis jetzt aus) war, daß sie sich das falsche Land ausgesucht haben, um ihren Beruf auszuüben. Rheinland-Pfalz ist kein gutes Pflaster für Ärzte.

Die Bevölkerung dort ist verunsichert, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten, das wichtigste Attribut der Therapiewirksamkeit

und des Heilens, ist dahin, denn eine derartige Willkür der Behörden ist für die meisten Menschen dort kaum denkbar, und sie meinen gemäß dem alten Spruch „Kein Rauch ohne Feuer“, daß die Ärzte letztendlich doch irgendwie „Dreck am Stecken“ haben müßten.

Dabei ist geradezu unglaublich, daß ein Mainzer Arzt, auf den sich die Staatsanwaltschaft besonders eingeschossen hatte, sieben Wochen lang in Einzelhaft gesessen hat, um dann bei Überprüfung der Haftgründe vor Gericht sofort in die Freiheit entlassen zu werden. Und bis heute ist keine Anklage in Sicht. Die Ärzte in Rheinland-Pfalz sind inzwischen so eingeschüchtert, daß manche sich allen Ernstes mit dem Gedanken tragen – tränenlastiger Humor – in Hessen oder Bayern um Asyl zu bitten.

Minister Gerster interessiert das nicht im Geringsten. Im Gegenteil. Für seine Karriere scheint das sogar förderlich zu sein. Oder welchen Grund hätte der „Stern“, ihn als „Vordenker für eine zukunftsorientierte (?) Gesundheitspolitik“ zu sehen und ihn als möglichen Bundesgesundheitsminister zu handeln?

Florian Gerster, obwohl Gesundheitsminister eines Bundeslandes, weiß offenbar nicht einmal, daß Kassenärzte (selbst wenn sie wollten) die Krankenkassen nicht betrügen können. Die Krankenkassen zahlen ja in aller Regel lediglich Kopfpauschalen für die Patienten, die Budgets limitieren alles, und wenn sich die Vertragsärzte etwas zu schulden kommen ließen, wäre es hauptsächlich zu Nachteil ihrer Kollegen. Denn die wären betroffen, weil sie dann weniger Honorar bekämen, die Schummelnden dagegen zuviel. Aber Florian Gerster ist

keinen Argumenten zugänglich. Er ist nun einmal davon überzeugt, daß alle Mediziner Gauner sind.

Dabei erzählt man, daß er selbst aus einer Medizinerfamilie stammt. Der Vater sei Arzt gewesen, in der Familie gebe es noch weitere Ärzte, nur er selbst sei an irgendeinem Examen gescheitert. Und man spricht davon, daß das zu einem Vater-Sohn-Konflikt geführt habe, man wisse aber nicht genau, ob das der Grund dafür sei, warum Gerster Psychologie studiert habe...

Senon é vero, è ben trovato

Im letzten Interview des rheinland-pfälzischen Gesundheitsministers („Stern“ Nr. 48 v. 22.11.2001) konnte man Unglaubliches lesen. Schon die Überschrift „Laßt Ärzte Pleite gehen“ spricht Bände. Kein verantwortlicher Politiker kann sich erlauben, Menschen ganz bewußt in die Insolvenz zu treiben. Was sind das für Methoden? Wo leben wir? Kann man das noch als demokratisch bezeichnen? Oder welche Vorstellungen von einer Demokratie hat dieser Möchtegern-Bundesgesundheitsminister?

Doch nicht genug. Wenn man Gersters Satz „In der ambulanten Versorgung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen das Monopol, welche Ärzte zugelassen und wie die Honorare verteilt werden“ hört, möchte man glauben, daß dieser Landesgesundheitsminister offenbar keinen Ahnung von dem Ressort hat, das er leitet. Sonst könnte er nicht öffentlich solch einen Blödsinn sagen. Er müßte doch wissen, daß die Zulassungsausschüsse kein Monopol der KVen, sondern daß sie paritätisch mit den Vertretern der Krankenkassen und Ärzte besetzt und völlig autonom sind. Als kun-

diger Minister wüßte er auch, daß alle Honorarverträge im Einvernehmen mit den Krankenkassen geschlossen werden müssen. Die halten die Gelder in der Hand, nicht die Mediziner. Die Selbstverwaltung ist nur bemüht, die unzureichende Honorierung möglichst gerecht an ihre Mitglieder, die Ärzte, zu verteilen.

Im gleichen Interview spricht Gerster von einem „Überangebot an Ärzten, Betten, Apotheken und Medikamenten“. Kaum zu glauben, wie bar aller Sachkenntnis er das alles in einen Topf wirft! Was ist das für ein Minister, der nicht einmal weiß, daß wir aufgrund schlechter Honorierung und miserabler Arbeitsbedingungen seit zwei, drei Jahren einen immer größeren Mangel an Ärzten, insbesondere an Hausärzten, in Deutschland haben? Weiß er nicht, daß man in den neuen Bundesländern sogar für gutgehende Facharztpraxen keine Nachfolger findet? Der Facharztmangel ist dort schon bedrohlich. Vielleicht sollte er sich zur Verbesserung seiner höchst mangelhaften Sachkenntnis einmal bei seinen Ministerkollegen in Sachsen-Anhalt, Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern informieren?

Demagogie und Populismus sind nur auf kurze Sicht das richtige Mittel, um das Vertrauen der Bevölkerung zu bekommen. Der rheinland-pfälzische Gesundheitsminister heißt mit Vornamen „Florian“. Auf dem Land pflegte man den heiligen Florian anzurufen, er möge Dorf und Haus vor Feuer und Unheil bewahren.

Gott bewahre Deutschland und uns vor solchen Gesundheitsministern!

Anzeige



**„Ich unterstütze
ÄRZTE OHNE GRENZEN,
weil Naturkatastrophen
und Kriege vor Grenzen
nicht Halt machen.“**

Jörg Flawa, Moderator

Bitte schicken Sie mir unverbindlich

- ☐ allgemeine Informationen über ÄRZTE OHNE GRENZEN
- ☐ Informationen für einen Projekteinsatz
- ☐ Informationen zur Fördermitgliedschaft
- ☐ die Broschüre „Ein Vermächtnis für das Leben“

Name _____

Geb.-Datum _____

Straße _____

PLZ/Ort _____



**MÉDECINS SANS FRONTIÈRES
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.**

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.
Am Köhlischen Park 1
10779 Berlin
www.aerzte-ohne-grenzen.de
Spendenkonto 97 0 97
Sparkasse Berlin
BLZ 100 500 00



Fibromyalgie

Diagnostik, Pathogenese und aktuelle Therapie

Von Professor Dr. med. Gunther Neeck, Bad Nauheim

Die Fibromyalgie zeichnet sich einmal durch großflächige, vorzugsweise muskuläre chronische Schmerzen aus, für die keine andere rheumatologische Erkrankung verantwortlich gemacht werden können. Sie ist deshalb zunächst einmal immer eine Ausschlussdiagnose und dies gilt insbesondere deshalb, weil die Symptomatologie der Fibromyalgie auch begleitend, sekundär bei anderen rheumatischen Erkrankungen, insbesondere Kollagenosen, auftreten kann. Neben den Schmerzen am Bewegungsapparat sind die Patienten mit Fibromyalgie auffällig, indem sie auch unter mehr oder weniger stark ausgeprägten vegetativ-funktionellen Störungen anderer Organsysteme leiden und wiederum schließlich, individuell verschieden, psychische Symptome zeigen, die sich in entsprechenden Testsystemen mit erhöhten Werten auf Skalen für Ängstlichkeit und Depressivität widerspiegeln. Die Fibromyalgie gehört heute zu den häufigsten Diagnosen mit denen der Rheumatologe konfrontiert wird. Dabei gehört die Erkrankung zu jenen innerhalb der Rheumatologie, welche bislang am schlechtesten definiert und erforscht ist und deren therapeutische Beeinflussbarkeit als vergleichsweise unbefriedigend eingestuft werden muß. Aufgrund der Häufigkeit der Erkrankung wurde sie weltweit in den letzten Jahren intensiver beforscht und damit Grundlagen der Therapie gelegt. Infolge der Komplexität der Fibromyalgie ist sie eines jener rheumatologischen Krankheitsbilder, welche besonders des interdisziplinären Ansatzes bedarf.

Epidemiologie und Klassifikation

Die Fibromyalgie gehört zu den häufigsten Diagnosen mit denen der Rheu-

matologe heute konfrontiert wird. Die durchschnittliche Prävalenz für die Fibromyalgie in den Industrieländern wird mit 2-3 % angegeben. Frauen sind etwa 7-8 mal häufiger betroffen. Dabei gibt es hinsichtlich der Prävalenz in den einzelnen Ländern teilweise erhebliche Unterschiede. Werden nur weibliche Patientinnen berücksichtigt, so schwanken die Angaben in Europa zwischen 0,8 % (Finnland) über 3,0 % (Deutschland) bis zu 10,5 % (Norwegen) (Schochat et al. 1994). Diese großen Unterschiede sind auch durch die Unschärfe der Definition der Erkrankung bedingt. Die Fibromyalgie kann schon im Schulalter im Vollbild auftreten, aber auch im hohen Lebensalter bestehen. Eine Häufung besteht um das mittlere Lebensalter (Müller, 1987).

Auf die alten, sehr einfachen diagnostischen Kriterien der Fibromyalgie nach Smyth folgten 1981 die ausführlicheren diagnostischen Kriterien nach Yunus, welche schließlich 1990 durch die Klassifikationskriterien des American College of Rheumatology (ACR) abgelöst wurden. Nach diesen Klassifi-

kationskriterien muß bei Fibromyalgie ein großflächiger Schmerz am Bewegungsapparat für mindestens drei Monate bestehen mit einer erniedrigten Schmerzschwelle (4 kg auslösbar durch Daumendruck oder den Druckaufnehmer eines Dolorimeters) an mindestens 11 von insgesamt 18 anatomisch definierten sogenannten Hauptschmerzpunkten (siehe Tabelle 1).

Die ACR-Kriterien werden zwar heute weltweit in entsprechenden Studien der Klassifikation der Erkrankung verwendet, sie werden aber vielfach auch kritisch bewertet. Dies bezieht sich einmal auf ihre fälschlicherweise häufige Verwendung als diagnostische Kriterien, da die Druckempfindlichkeit nur einen kleinen Ausschnitt der Gesamtsymptomatologie darstellt (Druckpunkte als Spitze des Eisbergs der Fibromyalgie²). Interessant in diesem Zusammenhang ist die Feststellung, daß die Anwendung der ACR-Kriterien in der gesunden Normalbevölkerung einen wesentlich höheren Anteil von Individuen ergibt, welche zwar die Kriterien erfüllen, aber keine medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Bradley

18 Hauptschmerzpunkte der Fibromyalgie nach den ACR-Kriterien paarweise jeweils rechts und links

Hauptschmerzpunkte

1. Occiput, im Ansatzbereich der suboccipitalen Muskeln
2. Untere HWS von ventral der Raum zwischen den Querfortsätzen C5-7
3. Mitte Oberrand des M. trapezius
4. Ursprungsbereich des M. supraspinatus obere Scapula
5. Knochen-Knorpelübergang der II. Rippe
6. Mitte des äußeren oberen Quadranten der Glutealregion
7. Distale Region (ca 2 cm) des lateralen Epicondylus des Ellenbogens
8. Hintere Spitze des Trochanter Major
9. Mediales Fettpolster am Kniegelenk proximal des Gelenkspaltes

Tabelle 1



und Alarcon (1994) fanden bei diesen 'non-patients' im Vergleich zu Gesunden zwar eine erniedrigte Schmerzschwelle (2,8 kg gegenüber 5,4 kg), Fibromyalgie-Patienten hatten dagegen eine durchschnittlich noch deutlich niedrigere Schwelle mit 1,9 kg (Bradley und Alarcon, 1997).

Klinik

Wenn das Vollbild der Fibromyalgie erreicht ist, klagen die Patienten über polytope Schmerzen praktisch am gesamten Bewegungsapparat. Typisch ist meist eine jahre- oft sogar jahrzehntelange Vorgeschichte. Die genaue Anamneseerhebung deckt oft schon frühe Schmerzerlebnisse im Jugendalter am Bewegungsapparat, hier vorzugsweise im Bereich von LWS und/oder HWS, bzw. der entsprechenden paravertebralen Muskulatur, auf. Mitunter führt dies schon zu frühen Arztkontakten, vorzugsweise in orthopädische Behandlung. Im Mittel exazerbiert dann das Krankheitsbild in mittleren Lebensjahren, indem immer mehr Regionen des Bewegungsapparates schmerzhaft involviert werden. Bei den häufiger betroffenen Frauen liegt der Häufigkeitsgipfel der Manifestation des Vollbildes um die Menopause herum. Allerdings können schon Jugendliche das Vollbild der Erkrankung entwickeln und dem pädiatrischen Rheumatologen vorgestellt werden. Größere epidemiologische Untersuchungen bei Schülern ergaben einen relativ großen Anteil von Jugendlichen, welche die ACR-Kriterien der Fibromyalgie erfüllten, die aber die Symptome nach einigen Jahren wieder verloren.

Die Schmerzintensität bei Fibromyalgie wird durch moderate Bewegung gebessert, völlige Ruhe oder stärkere körperliche Belastung führen zur Schmerzzunahme. Psychischer Stress

sowie kalte, feuchte Witterung wirken ebenfalls verschlimmernd. Die Patienten empfinden vorwiegend Myalgien und Arthralgien. Der klinische Untersuchungsbefund zeigt gleichwohl eine freie Gelenkbeweglichkeit, Gelenkschwellungen fehlen. Subjektiv berichten die Patienten eine eher diffuse Schwellungsneigung der Hände, vorzugsweise am Morgen, welche von einem Steifigkeitsgefühl begleitet wird, das sich für die Patienten in der Unfähigkeit Ringe abzustreifen, objektiviert. Es gibt Hinweise, daß bei einem Teil der Patienten das Fäusteballen im Schlaf zu Arthralgien und Steifigkeit der Hände am Morgen führt. Schmerzen der Kaumuskulatur und im Kiefergelenk wiederum am Morgen können durch das Phänomen des Bruxismus bedingt sein, dem unbewußten Knirschen mit den Zähnen während des Schlafes. Dieser Beschwerdekomples, der auch als myofasiales Schmerzsyndrom der Kau- und Gesichtsmuskulatur bezeichnet wird, existiert auch isoliert und beschäftigt dann vorzugsweise Zahnärzte und Kieferorthopäden. Myofasiale Schmerzsyndrome anderer Muskeln oder Muskelgruppen als sog. lokale weichteilrheumatische Syndrome, können ebenfalls mit der Fibromyalgie vergesellschaftet sein und sind auch therapeutisch von ihr zu differenzieren.

Schlafstörungen, bzw. ein leichter nicht erholsamer Schlaf sind ebenfalls typisch für das Krankheitsbild. Darüberhinaus klagen die Patienten mehr oder weniger ausgeprägt über verschiedene vegetativ-funktionelle Störungen anderer Organsysteme wie Meteorismus, Obstipation, gelegentlich auch Diarrhöen, hypotone Kreislaufdysregulationen, kalte Akren, Globusgefühl, trockenen Mund und Augen u.a.. Einzelne derartige Symptome können mitunter derart im Vordergrund stehen, daß auch jeweils verschiedene andere Fachrichtungen vorzugsweise der inneren

Medizin konsultiert werden, ohne daß aber faßbare somatische Befunde erhoben werden können. Diese Störungen sind deshalb insgesamt in typischer Weise ebenfalls der Symptomatologie der Fibromyalgie zuzuordnen.

Auch dem nicht speziell psychologisch geschulten Arzt erscheinen viele Fibromyalgie-Patienten psychisch auffällig. Entsprechende Testuntersuchungen ergeben vor allem erhöhte Werte auf Skalen für Ängstlichkeit und Depressivität, so daß der Terminus 'ängstlich-depressive' Haltung der psychischen Symptomatik nahekommt. Dabei wirken die Patienten oft zunächst fast agitiert und erst die nähere Untersuchung offenbart das dahinterstehende depressive Geschehen. Die Frage der Bedeutung einer Depression bei Fibromyalgie wird kontrovers diskutiert. Neuere psychiatrische Untersuchungen verneinen eher eine Depression im klassischen Sinn bei Fibromyalgie. Danach wären die psychischen Symptome eher reaktiv durch die Schmerzen bedingt oder was ebenfalls möglich ist, beide Symptomenkomplexe, die Schmerzen und die psychischen Veränderungen werden durch eine übergeordnete Störung beispielsweise im Transmittersystem des zentralen Nervensystems verursacht (s.o.).

Wichtig erscheint aber für den Zugang des Klinikers zum Fibromyalgie-Patienten die Bereitschaft, die Schmerzen des Patienten als real zu akzeptieren. Untersuchungen beispielsweise mittels somatisch evozierter Potentiale oder mit Photonen-Emissions-Tomographie belegen dies. Für die klinische Routine stehen diese Verfahren allerdings nicht zur Verfügung, sie sind aktuell allein Instrumente der Forschung. Bei der klinischen Untersuchung beschränkt man sich bislang auf die Prüfung der Hauptschmerzpunkte, welche auf Daumendruck oder Testung mittels Druckaufnehmer (Dolorimeter) als druckdolent imponieren und beim Patienten eine entsprechende verbale oder nonverbale Reaktion hervorruufen.

Die Fibromyalgie beweisende La-

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



borwerte oder in entsprechenden bildgebenden Verfahren positive Befunde gibt es für dieses Krankheitsbild nicht. Insofern ist die Fibromyalgie immer eine Ausschlussdiagnose, d.h. die Diagnose kann dann gestellt werden, wenn sich bei entsprechender Symptomatologie keine anderen Ursachen für die Schmerzen am Bewegungsapparat finden lassen.

Diagnose und Differentialdiagnose

Die Diagnose ist deshalb allein aus der geschilderten typischen Anamnese und dem klinischen Befund zu stellen. Da aber die Fibromyalgie auch sekundär bei anderen auch entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen auftreten kann, müssen diese Erkrankungen jeweils ausgeschlossen werden. Dies gilt vor allem für die Kollagenosen. Daß überhaupt der Rheumatologe so häufig mit diesem Beschwerdebild konfrontiert wird, hat vor allem seine Ursache in den Tatbeständen der Lokalisation der Schmerzen am Bewegungsapparat und den vielfältigen anderen Symptomen des vegetativen Nervensystems und der Psyche, welche auch an so vielfältige Erkrankungen wie die Kollagenosen, so den Lupus erythematodes denken lassen. Untersucher, welche über Jahre Fibromyalgie-Patienten betreuen, berichten über die (seltenen) Befundkonstellationen, daß sich nach Jahren doch in Einzelfällen zusätzlich eine entzündlich-rheumatische Erkrankung entwickeln kann. Diese möglichen Koinzidenzen sind u.a. ein Grund warum im interdisziplinären Behandlungsteam der Fibromyalgie der Rheumatologe eine herausragende Rolle einnimmt.

Ein besonderes differentialdiagnostisches Problemfeld bildet die Borreliose. Es scheint sicher so zu sein, daß eine Infektion wie eine Borreliose von einer Symptomatologie wie Fibromyalgie reaktiv begleitet werden kann. Weiter scheint es so zu sein, daß eine Borreliose eine (vielleicht latente) Fibromyalgie triggern kann, d.h. selbst nach Abheilung der aktiven Infektion kann die Fibromyalgie persistieren. Wichtig ist

aber hervorzuheben, daß dann die Borreliose nicht mehr ursächlich ist und entsprechende Antibiosen nutzlos sein müssen. Die Problematik Fibromyalgie und Borreliose dürfte vor allem durch die Häufigkeit der Fibromyalgie einerseits und die geringe Spezifität der serologischen Diagnostik der Borreliose andererseits bedingt sein.

Ist das Vollbild der Erkrankung meist im mittleren Lebensalter erreicht, zeigt die Erkrankung einen in Intensität und auch der Lokalisation der Schmerzen wechselnden Verlauf, wobei völlige Schmerzfreiheit auch unter entsprechenden therapeutischen Bemühungen bislang nicht erzielt werden kann. Strukturelle Schäden im Bereich der schmerzhaften Partien des Bewegungsapparates, also vor allem der Muskulatur, sind nach heutigem Kenntnisstand nicht zu befürchten. Trotz des großen Leidensdruckes der Patienten ist die Prognose der Erkrankung deshalb im Vergleich zu anderen rheumatologischen Erkrankungen eher gut.

Zwar verlieren die Patienten ihre Symptome auch im höheren Lebensalter nie völlig, die Intensität scheint aber doch abzunehmen (MÜLLER).

Ätiologie und Pathogenese

Ätiologie

Die Ursache der Fibromyalgie ist bis heute unbekannt. Verschiedene Untersuchungen lassen einerseits einen gewissen genetischen Hintergrund vermuten, andererseits dürften auch prägende Umgebungsfaktoren eine große Rolle spielen. So werden in Familien von Fibromyalgie-Patienten häufiger Depressionen und Alkoholismus gefunden. Junge Patientinnen mit Fibromyalgie haben überdurchschnittlich häufig auch eine mit Fibromyalgie behaftete Mutter. Auch das Ausmaß von psychosozialen Belastungsfaktoren in den Familien von Kindern und Jugendlichen welche bereits Fibromyalgie haben, sind ebenfalls überdurchschnittlich häufig gegeben. Neueste Untersuchungen zeigen auch eine genetische

Komponente abgebildet im HLA-System (Yunus 1997). Schließlich ist die schon erwähnte eindeutige Prävalenz des weiblichen Geschlechtes als möglicher genetischer Hinweis zu werten und/oder deutet er eine besondere Empfindlichkeit gegenüber bestimmten Umgebungsfaktoren beim weiblichen Geschlecht an.

Biomechanische Faktoren sind ebenfalls bedeutsam. Insbesondere biomechanische Störungen im Bereich des Achsenskelettes und die erwähnte Hypermobilität sind überdurchschnittlich häufig bei Fibromyalgie gegeben. Auch die Anamnese beginnt meist schon in der Jugend mit lokalen Schmerzsyndromen vorzugsweise im Bereich des Achsenskelettes (HWS- und/oder LWS-Syndrom), was die Bedeutung der beschriebenen Faktoren unterstreicht. Das Krankheitsbild entwickelt sich bei den Frauen dann in seiner vollen Ausprägung gehäuft um die Menopause, eine Lebensperiode mit besonderen Belastungen im Zusammenhang der hormonellen Umstellung. Patientinnen mit Fibromyalgie scheinen auf diese stressorische Lebenssituation besonders empfindlich zu reagieren mit der entsprechenden Ausprägung ihrer Symptomatologie. In diesem Zusammenhang wichtig sind auch die Bezüge zum sogenannten prämenstruellen Syndrom, ein episodischer Beschwerdekomples, der aber zahlreiche Parallelen zur Fibromyalgie aufweist. Erst kürzlich konnte nachgewiesen werden, daß auch die Intensität der Fibromyalgiesymptome bei der noch menstruierenden Frau stark abhängig vom monatlichen Hormonzyklus ist (Anderberg 1997).

Pathogenese

Bestehen hinsichtlich der Ätiologie bei der Fibromyalgie nur bestimmte Anhaltspunkte, so liegen zur Frage der Pathogenese eine ganze Reihe von Hypothesen vor, welche sich auf verschiedene Befunde, erhoben in den letzten Jahren, stützen. Orientiert man sich wiederum an der klinischen Symptomatologie, so dürften meistens biome-



chanische Faktoren im Bereich der Wirbelsäule am Beginn der Erkrankung stehen. Dabei sind heute lokale Schmerzsyndrome im Bereich des Achsenskelettes außerordentlich häufig. Bei diesen Patienten bleibt das Schmerzgeschehen aber meistens begrenzt, z.B. als LWS-Syndrom. Bei der Fibromyalgie scheinen bestimmte Mechanismen der lokalen bzw. regionalen Schmerzengrenzung jedoch zu versagen und, das läßt sich häufig aus den Anamnesen entnehmen, es werden nach und nach weitere Regionen des Bewegungsapparates schmerzhaft befallen, bis zu dem Vollbild der beschriebenen polytopen Schmerzen. Dieser Ablauf läßt an eine Störung auf der Ebene schmerzverarbeitender Systeme im Zentralnervensystem schließen. Andererseits werden auch Störungen im Bereich der Muskulatur diskutiert (s.u.), so daß prinzipiell die Frage ungeklärt ist, ob es sich um eine periphere muskuläre oder zentralnervöse Erkrankung handelt.

Serotonin. Zu den zahlreichen Substanzen, welche bei der Schmerzverarbeitung im Zentralnervensystem eine Rolle spielen, wird vor allem das Serotonin als ein möglicherweise bedeutsamer Überträgerstoff im Zusammenhang der Fibromyalgie diskutiert. Dies ergibt sich einmal aus den vielfältigen physiologischen Wirkungen des Serotonins, wobei es an der Regulation des Schlafes, des Muskeltonus, des psychischen Befindens und eben auch des Schmerzes beteiligt ist. Bzgl. des Schmerzes spielt es vor allem eine Rolle im sogenannten deszendierenden antinozizeptiven System, also eines endogenen analgetisch wirksamen Systems, was vor allem bei stärksten akuten Schmerzen aktiviert wird und bei Traumatisierungen zu einer passageren Analgesie führt (Mense 1997). Ein Mangel an Serotonin könnte in der Tat zahlreiche Symptome der Fibromyalgie im Sinne einer übergeordneten Störung erklären. Tatsächlich finden sich Hinweise, daß Serotonin im Liquor bei Fibromyalgie erniedrigt ist. Ursachen dafür können bislang allein hypothetisch

diskutiert werden. Der pathogenetische Ansatz einer bedeutenden Rolle reduzierter Serotoninspiegel bzw. Serotoninwirkungen findet seine Entsprechung, indem das Serotonin erhöhende Medikamente wie Amitryptillin zumindest bei einem Teil der Patienten wirksam sind.

Substanz P. Dieses Gewebshormon und Neurotransmitter spielt einmal im Zentralnervensystem eine wichtige Rolle im sogenannten aszendierenden nozizeptiven System. Darüber hinaus ist es in der Körperperipherie von Bedeutung im System der neurogenen Entzündung, indem es durch entsprechende Reize aus sogenannten polymodalen Nozizeptoren freigesetzt ins Gewebe diffundiert und bei solchen Entzündungszeichen wie der Vasodilatation und auch dem Schmerz wichtig sind. Auch Substanz P wurde bei Fibromyalgie im Liquor gemessen und bei Fibromyalgie erhöht gefunden. In der Körperperipherie, z.B. in der Haut, wird es nach Applikation von Capsaicin, ein Inhaltsstoff von scharfen Gewürzen, freigesetzt. Bei Fibromyalgie wurde eine entsprechend verstärkte Vasodilatation auf Capsaicin in der Haut nachgewiesen, was durch eine stärkere Freisetzung von Substanz P aus polymodalen Nozizeptoren bei Fibromyalgie erklärbar wird (Littlejohn et al. 1990). Dieser Befund findet seine klinische Entsprechung im Phänomen des verstärkten Dermographismus, der bei vielen Fibromyalgie-Patienten gefunden wird. Erhöhte Spiegel von Substanz P, bzw. ihre vermehrte Ausschüttung könnte die Schmerzsensibilisierung bei Fibromyalgie ebenfalls erklären.

Andere Hormone und Mediatoren. Bei allen bislang erhobenen Befunden besteht natürlich grundsätzlich die Frage, inwieweit es sich um für die Pathogenese relevante Ergebnisse oder mehr sekundäre Regulationsänderungen bzw. sogar nur um Epiphänomene handelt. Diese Fragen sind bis heute nicht zu beantworten. Aber die Untersuchungen der klassischen endokrinen Achsen haben zum Verständnis der Fi-

bromyalgie einiges beigetragen. Fast man diese Ergebnisse zusammen, so ergibt sich insgesamt das Bild eines Konzertes vielfältiger Regulationsänderungen, die man als chronische Streßreaktion beschreiben kann, also neuroendokrine und endokrine Korrelate unspezifischer Art, wie sie bei den verschiedensten somatischen aber auch psychischen Erkrankungen gefunden werden. Eine wohl zentrale Rolle nehmen dabei Regulationsänderungen der Achse Hypothalamus-Hypophyse-Nebennierenrinde ein. Hier kommt es vor allem zu einer Abflachung bis Aufhebung der circadianen Rhythmik mit unphysiologisch hohen abendlichen und nächtlichen Cortisolspiegeln, was sich u.a. auch in einer erhöhten Rate von negativen Dexamethason-Suppressions-Testen zeigen läßt. Die Schilddrüsenachse erfährt eine Änderung in der Weise als sich ein sog. Low-T3- oder Sick-Euthyroid-Syndrom findet. Dieser Konstellation liegt eine Konversionsstörung von fT4 in fT3 vor, mit der Folge eines Absinkens des biologisch relevanten fT3 bei gleichzeitig niedrigem TSH. Ein Faktor, welcher diese Konversionshemmung bewirkt, ist wiederum das erhöhte Cortisol. Dann wurden niedrigere Werte für freies und gebundenes Calcium im Vergleich zu Gesunden gefunden bei herunterreguliertem Calcitonin und höherem Parathormon als Folge der niedrigen Calciumwerte. Kausal könnte wieder erhöhtes Cortisol eine Rolle spielen, da es sowohl die Calciumresorption aus dem Darm hemmt und die Ausscheidung über die Niere forciert. Weiter findet eine sich vor allem eine nächtlich verminderte Sekretion von Wachstumshormon und damit als Konsequenz ein erniedrigtes Somatomedin C. Dies dürfte auch Ausdruck der massiven Schlafstörungen sein, unter denen Fibromyalgie-Patienten leiden, da physiologischerweise die Sekretion von Wachstumshormon vor allem an den Schlaf gebunden ist. Aus der Auflistung dieser Befunde wird deutlich, daß viele dieser endokrinen Regulationsänderungen ihre Entsprechungen



in der Symptomatologie, vor allem den vegetativ-funktionellen Störungen bei Fibromyalgie finden: die Schwäche und Adynamie der Patienten korreliert mit niedrigem Wachstumshormon, niedrigen Schilddrüsenhormonen, eine nichtentspannte Muskulatur, der vermehrte Dermographismus und andere Symptome mit den niedrigen Calciumwerten, die gestörte circadiane Rhythmik des Cortisols mit psychischen Symptomen wie Depressivität. Schließlich sind Fibromyalgie-Patienten wesentlich empfindlicher für Streß, was sich wiederum in deutlich höheren ACTH und Cortisolwerten vor Venenpunktionen zeigt.

Vergleicht man verschiedene schmerzhafte Erkrankungen des Bewegungsapparates wie Rheumatoide Arthritis und dem LWS-Syndrom mit der Fibromyalgie hinsichtlich dieser endokrinen und neuroendokrinen Funktionen, so weisen die Veränderungen jeweils in dieselbe Richtung. Sie sind somit unspezifische Regulationsänderungen im Ablauf einer jeweils chronisch verlaufenden schmerzhaften Erkrankung. Die Unterschiede liegen in dem Ausmaß dieser Veränderungen. Es erscheint nur auf den ersten Blick verwunderlich, daß Fibromyalgie-Patienten diesbezüglich im Mittel deutlich ausgeprägtere Befunde als Patienten mit rheumatoider Arthritis zeigen. Sie erscheinen somit nicht nur wesentlich mehr gestreßt als die meisten Patienten mit rheumatoider Arthritis, sind zeigen auch endokrinologisch wesentlich deutlichere Streßreaktionen. Oder anders ausgedrückt: nur Patienten mit rheumatoider Arthritis, die eine sehr hohe entzündliche Aktivität haben, besitzen ähnlich deutliche endokrine Veränderungen wie Patienten mit Fibromyalgie. Zudem liefern diese Befunde ein objektives Maß des 'Krankseins' bei Fibromyalgie, ohne daß wir aber die spezifische Störung kennen.

Histopathologie

Da es sich bei der Fibromyalgie vor allem um Myalgien, bzw. Sehnenansatzschmerzen handelt, ergibt sich die Fra-

ge nach Befunden aus Muskelbiopsien. So wurden in Hauptschmerzpunkten des M. trapezius ein reduzierter Gehalt von ATP sowie ein höherer Anteil abnormer roter Muskelfasern ('ragged red fibers') gefunden. Andererseits finden sich elektronenmikroskopische Befunde, welche keine Unterschiede im Vergleich zu Biopsien bei gesunden Freiwilligen ergaben. Somit fehlt bislang ein eindeutiger Beweis für ein histomorphologisches Substrat im Muskel bei Fibromyalgie. Darüberhinaus müssen alle Befunde auch daraufhin überprüft werden, ob bei diesen infolge der Schmerzen dekonditionierten Patienten, nicht auch unspezifische Befunde vorliegen können, die allein den mangelnden Trainingszustand der Muskulatur widerspiegeln.

Therapie Medikamentöse Behandlung

Psychopharmaka

Am intensivsten wurde bislang, vor allem in den USA, Amitriptylin als trizyklisches Antidepressivum beforscht. In drei frühen Studien von CARETTE et al. 1986, GOLDENBERG et al. 1986 und SCUDDS et al. 1989 wurde die Überlegenheit von Amitriptylin gegenüber Placebo vor allem auf die Dimension des Schmerzes bei Fibromyalgie nachgewiesen. WOLFE et al. (1997) konnten zeigen, daß ca. 40 % aller Patienten mit Fibromyalgie in sechs amerikanischen rheumatologischen Zentren Amitriptylin mehr oder weniger regelmäßig einnehmen.

Insgesamt erscheinen verschiedene Antidepressiva bei der Fibromyalgie wirksam zu sein. Die teilweise nachgewiesenen unterschiedlichen Effekte bzw. auch widersprüchlichen Wirkungen dürften nicht unerheblich auch durch die Heterogenität der untersuchten Patientengruppen bedingt sein, was

bei der Schwäche der definitorischen Kriterien der Fibromyalgie nicht verwundert. Wahrscheinlich sind es noch nicht eindeutig identifizierte Subgruppen, die auf verschiedene Medikationen besonders gut oder weniger gut ansprechen. Die vergleichsweise hohen Raten für Einnahme von Amitriptylin und auch Benzodiazepinen scheint besonders für diese Präparate zu sprechen und sollte immer Anlaß sein, einen entsprechenden Therapieversuch zu machen. Dabei ist die Gabe von Amitriptylin in einer Dosierung von 10-50 mg am Abend derjenige Bereich, der am häufigsten eingesetzt wird. Limitierend für den Einsatz sind entweder Wirkungslosigkeit bei einem Teil der Patienten bzw. bei höheren wirksamen Dosen ein Überhang in den Tag mit entsprechender Müdigkeit. Der Einsatz der Benzodiazepine wiederum ist limitiert durch ihr Suchtpotential und diese Substanzen sollten entsprechend nur vorübergehend eingesetzt werden.

Nichtsteroidale Antirheumatika, Analgetika, Anästhetika und Muskelrelaxantien

Nichtsteroidale Antirheumatika sind wiederum nach WOLFE et al. 1997 die am häufigsten eingesetzten Medikamente bei Fibromyalgie überhaupt und zwar in über 90 % der Fälle nehmen Patienten mit Fibromyalgie, zumindestens in den Vereinigten Staaten mehr oder weniger häufig diese Medikamente. Am häufigsten wird dabei wiederum in den Vereinigten Staaten Ibuprofen eingesetzt. Entsprechende Untersuchungen für Europa und speziell in Deutschland fehlen. Es dürfte

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!**



aber letztendlich doch eine vergleichbare Situation vorliegen. Der häufige Gebrauch der primär-peripher wirkenden nichtsteroidalen Antirheumatika bei Fibromyalgie dürfte u.a. auch darin begründet liegen, daß neben der zentralnervös vermittelten Schmerzsensibilisierung immer auch periphere lokale schmerzhaft Muskelverspannungen vorliegen und gerade auf diesen peripheren Anteil diese Medikamente wirken.

An Muskelrelaxantien wurde 1993 in einer britischen Studie (PATRICK et al.) Chlormezanone geprüft. Diese Substanz, die mittlerweile vom Markt genommen wurde, zeigte gegenüber Placebo doppelblind geprüft überraschenderweise keine Überlegenheit. Wirksam geprüft wurde in mehreren Studien Cyclobenzaprin jeweils doppelblind gegen Placebo.

Erstaunlicherweise liegen keine kontrollierten Studien bzgl. des Einsatzes von Analgetika vor. Dennoch werden sie entsprechend dem Hauptmerkmal der Erkrankung, dem Schmerz, häufig eingesetzt. Es fanden wiederum WOLFE et al. 1997 50 % ihrer Patienten mehr oder weniger regelmäßiger Einnahme von nichtnarkotisch wirksamen Analgetika, 20 % nahmen sog. narkotische Analgetika.

Zusammenfassend kann man einerseits aufgrund der kontrollierten Studien, die bislang durchgeführt wurden hinsichtlich der Wirksamkeit verschiedener Medikamente einerseits, als auch der Analysen hinsichtlich der tatsächlich eingenommenen bzw. verschriebenen Medikamente andererseits und schließlich aus der eigenen täglichen praktischen Erfahrung des rheumatologischen Kliniklers folgende Aussagen hinsichtlich der Nutzen/Risiko-Relation der verschiedenen Medikamente angeben: obwohl nichtsteroidale Antiphlogistika wie beispielsweise Ibuprofen oder Diclofenac in entsprechenden Studien nicht wirklich entscheidend überlegen gegenüber Placebo getestet wurden, werden sie am häufigsten von Patienten mit Fibromyalgie-Syndrom eingenommen. Ein Großteil der Patienten,

welche nichtsteroidale Antirheumatika nehmen, geben mehr oder weniger deutliche Effekte dieser Substanzen an, wobei sie häufig den Vergleich wählen, daß den 'Schmerzen die Spitze genommen wird'. Nichtsteroidale Antirheumatika dürften vor allem bei denjenigen Fällen von Fibromyalgie wirksamer sein, wo periphere Befunde inklusive biomechanische Faktoren als auch degenerative Veränderungen die Schmerzen zusätzlich beeinflussen. In jenen Fällen, wo die zentralnervöse Komponente absolut im Vordergrund steht, dürften diese peripher angreifenden Substanzen weniger wirksam sein.

Physikalische Therapie

Grundsätzlich gilt es für die physikalische Medizin zu unterscheiden zwischen aktiven Formen und passiven Formen. Bzgl. aktiver physikalischer Therapie steht im Vordergrund das kardiovaskuläre Fitneßtraining bzw. die aktive Krankengymnastik, während bei sog. passiven Maßnahmen alle Anwendungen der Thermotherapie bzw. der Elektrotherapie zur Anwendung kommen.

Insgesamt kann man aus den vorliegenden Studien folgern, daß aktive Krankengymnastik bzw. entsprechende Übungsprogramme die im Zentrum kardiovaskuläres Fitneßtraining haben, auf verschiedene Dimensionen der Fibromyalgie einen positiven Effekt haben. In einem Teil der Studien wird allerdings die entscheidende Dimension der aktiver physikalischer Therapie mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen einsetzen, zeigten Effekte auch auf die Dimension des Schmerzes und von diesen Gruppen wurde ein multidisziplinärer Ansatz befürwortet.

Psychotherapie

Kontrollierte Studien bzgl. Psychotherapie liegen vor für kognitiv verhaltenstherapeutische Ansätze. Verhaltenstherapeutische Ansätze, insbesondere im Sinne der psychologischen Schmerzbewältigung, gelten für die rheumatoide Arthritis und für den

chronischen Rückenschmerz als etablierte Therapieverfahren, welche insgesamt nicht nur wirksam sind, sondern auch die Kosten in der chronischen Behandlung dieser Erkrankung senken. Die bislang durchgeführten verhaltenstherapeutischen Programme für Fibromyalgie-Patienten waren in der Regel Teile eines multidisziplinären Programms, die neben diesen psychologischen Verfahren der Schmerzbewältigung vor allem auch physikalische Therapie, Patientenaufklärungsprogramme beinhalteten.

Insgesamt sind verhaltenstherapeutisch orientierte Schmerzbewältigungsprogramme effektive Behandlungsmethoden, wobei die nähere Ausgestaltung hinsichtlich der Häufigkeit bzw. Dauer und Intensität der Behandlung noch in weiteren Studien evaluiert werden muß.

Experimentelle Therapien

In mehreren Studien wurde ein Defizit an Wachstumshormonproduktion bei Patienten mit Fibromyalgie nachgewiesen. Dieses Defizit an Wachstumshormon, das sich u.a. in einer reduzierten Synthese von Somatomedin C in der Leber objektivieren läßt, war Anlaß Wachstumshormon in der Therapie der Fibromyalgie zu prüfen. In einer kürzlich vorgelegten Studie von BENNETT et al. konnte gezeigt werden, das Wachstumshormon parenteral appliziert in der Tat Wirkungen auf verschiedene Dimensionen der Fibromyalgie-Symptomatologie hat. Die Effekte waren allerdings nicht so durchgreifend, daß sie die hohen Kosten dieser Therapie bislang rechtfertigten. Die Therapie mit Wachstumshormon muß deshalb bis jetzt als experimentelle Therapie bezeichnet werden.

Noch experimentell ist auch der Einsatz von verschiedenen Psychopharmaka wie Venlafaxin und auch Tropicam. Über Venlafaxin liegt eine Studie vor, die eine Wirksamkeit bei 37,5 mg pro Tag zeigt. Tropicam scheint effektiv zu sein in der niedrigen Dosierung von 5 mg über 10 Tage



gegeben. Weitere Ergebnisse einer multizentrischen Studie diesbzgl. sind aber noch nicht veröffentlicht.

Zusammenfassend läßt sich hinsichtlich verschiedener experimenteller medikamentöser Therapien sagen,

daß vor allem Therapieversuche mit Hormonen sowie verschiedener neuer Antidepressiva sowie Substanzen, die in den Serotoninstoffwechsel eingreifen, Grundlage für weitere therapeutische Studien sein dürften.

Anschrift des Verfassers:
Kerckhoff-Klinik
Abteilung Rheumatologie
Ludwigstraße 37-39
61231 Bad Nauheim

Zu beantwortende Fragen

1. Folgende Aussage/n zur Epidemiologie der Fibromyalgie ist/sind richtig:

- A) Es erkranken mehr Frauen als Männer im Verhältnis 1:2.
- B) Es erkranken mehr Frauen als Männer im Verhältnis 1:7.
- C) Es erkranken Frauen und Männer gleich häufig.
- D) Die Prävalenz in den Industrieländern beträgt ca. 2-3 %.
- E) Das Haupterkrankungsalter liegt über 60 Jahre.

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

- A) Die Fibromyalgie kann durch entsprechende Labortests eindeutig nachgewiesen werden.
- B) Elektromyographische oder sonstige neurologische/myologische Untersuchungen können die Diagnose der Fibromyalgie nicht sichern.
- C) Gelenkschwellungen (Synovitiden) sind ein typischer Begleitbefund bei Fibromyalgie.
- D) Die Fibromyalgie ist immer eine Ausschlußdiagnose.
- E) Routinemäßig erhobene bildgebende Verfahren ergeben obligatorisch negative Befunde bei Fibromyalgie.

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

- A) Die Fibromyalgie ist eine entzündlich-rheumatische Erkrankung.
- B) Es liegt eine Immunpathogenese vor.
- C) Die Fibromyalgie ist eine Erkrankung

des schmerzverarbeitenden Systems.

- D) Störungen in den Transmittersystemen von Serotonin und Substanz P werden diskutiert.
- E) Es gibt Hinweise einer streßvermittelten Pathogenese der Fibromyalgie.

4. Welche Aussage/n zur Therapie mit Psychopharmaka ist/sind zutreffend:

- A) Die Behandlung mit Antidepressiva ist bei Fibromyalgie generell nicht indiziert.
- B) Die Wirksamkeit der Behandlung mit Amitriptylin in niedriger Dosierung wurde in mehrfachen Studien belegt.
- C) Die Behandlung mit Benzodiazepinen wurde als wirksam geprüft.
- D) Benzodiazepine sind für die Dauertherapie der Fibromyalgie gut geeignet.
- E) Eine abendliche Dosis von 10-50 mg Amitriptylin ist die normalerweise wirksame Dosis bei Fibromyalgie.

5. Welche Aussage/n zur Behandlung mit anderen Therapieformen ist/sind richtig:

- A) Muskelrelaxantien sind in jedem Fall die Therapie der Wahl bei Fibromyalgie.
- B) Verschiedene Analgetika und nicht-steroidale Antirheumatika wurden als wirksam in der Behandlung der Fibromyalgie geprüft.
- C) Aktive Krankengymnastik und car-

diovaskuläres Fitneßtraining sind effektive Behandlungsmethoden.

- D) Verhaltenstherapeutische Ansätze im Sinne der psychologischen Schmerzbewältigung sind wesentlicher Teil eines Gesamtbehandlungskonzeptes.
- E) Eine psychotherapeutisch/psychiatrische Behandlung ist in jedem Falle indiziert.

6. Welche Aussage/n zu noch experimentellen Therapien ist/sind richtig:

- A) Die Behandlung mit Wachstumshormon hat sich als unwirksam erwiesen.
- B) Erste Studienergebnisse zeigen eine Wirksamkeit des Antidepressivums Venlafaxin.
- C) Tropisetron (Serotonin-Rezeptorantagonist) wurde als wirksam geprüft.
- D) Von der Testung weiterer Antidepressiva wie Serotoninwiederaufnahmehemmer sind keine positiven Ergebnisse zu erwarten.
- E) Ein entscheidender Durchbruch in der medikamentösen Behandlung der Fibromyalgie ist noch nicht erreicht.

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



Ihre Mitgliedsnummer

							/	0	6
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	---	---

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

Hessisches Ärzteblatt

Zertifizierungsfragebogen

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

Herrn
Dr.med.Roland Muster

Mitgliedsnummer (Beispiel)

Nicht komplett ausgefüllte oder unleserliche Fragebögen bzw. Fragebögen mit falscher Abonnenntennummer 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 Akademie-seiten in jedem Hessischen Ärzteblatt).

Einsendeschluß ist der 25. 1. 2002

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	☐	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐	☐	☐
5	☐	☐	☐	☐	☐
6	☐	☐	☐	☐	☐
7	☐	☐	☐	☐	☐
8	☐	☐	☐	☐	☐
9	☐	☐	☐	☐	☐
10	☐	☐	☐	☐	☐

⇓ Faxanschlag ⇓

----- Ort, Datum Unterschrift

s000000000007



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.
ANMELDUNG: Bitte melden Sie sich unbedingt schriftlich in der Akademie an (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 Voraussetzungen! **TEIL-**

NAHMEGEBÜHREN ab 1.1.2002: (sofern nichts anderes angegeben ist) € 36,-/halber Tag, € 61,-/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 € 77,-.

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

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

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



FREIWILLIGE ZERTIFIZIERUNG DER ÄRZTLICHEN FORT- UND WEITERBILDUNG MEHR PUNKTE FÜR HESSENS ÄRZTE s. HÄ 12/2001

nach den einheitlichen Bewertungskriterien ab Januar 2001

I. SEMINARE/VERANSTALTUNGEN ZUR PERMANENTEN FORTBILDUNG

KATASTROPHENMEDIZIN

Gefährdung durch biologische
und chemische Kampfstoffe – was tun?

Mittwoch, 30. Januar 2002, 17 bis 20 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim

Die aktuelle Situation veranlaßt uns, neben den bisherigen Einzelveranstaltungen, eine zentrale Fortbildung für alle Ärzte durchzuführen.

Gefährdung durch biologische und chemische Kampfstoffe
aus der Sicht

- des Flughafenarztes

Dr. med. W. Gaber, Frankfurt a. M.

- des Arztes im Gesundheitsamt

Dr. med. R. Gottschalk, Frankfurt

- des Notarztes

Dr. med. K. Pottgiesser, Idar Oberstein

- des Infektiologen

Dr. med. K. Mross, Mainz

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LAK Hessen, Akademiegebäude,
Blauer Hörsaal

Anmeldungen: Bitte schriftlich an die Akademie

AiP
4 P

ANÄSTHESIOLOGIE

Die Anwendung von Ultraschall in Anästhesie und Intensivmedizin

Sektion Anästhesiologie

Samstag, 9. März 2002, 9 c. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. P. M. Osswald, Dr. med. I. Hornke, Hanau

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LAK Hessen, KWA Stift Aeskulap

AiP
4 P

ANGIOLOGIE

Venenthrombose und Lungenembolie – Update 2002

Sektion Innere Medizin – Angiologie

Mittwoch, 13. März 2002, 9 c. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LAK Hessen, Kongreßhalle

AiP
4 P

ARBEITSMEDIZIN/ SOZIALMEDIZIN

Aspekte der Arbeitssicherheit und Drogenkonsum

Sektion Arbeits- und Sozialmedizin

Samstag 2. März 2002, 9 c. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. H.-J. Woitowitz, Gießen

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LAK Hessen, Kongreß-Saal

AiP
4 P

BILDGEBENDE VERFAHREN/ KARDIOLOGIE

Die Wertigkeit neuer bildgebender Verfahren bei der
Diagnostik der koronaren Herzerkrankungen

Sektion Innere Medizin – Kardiologie

Samstag, 26. Januar 2002, 9 c. t. bis 13 Uhr, Frankfurt a. M.

Leitung: PD Dr. med. Th. Voigtländer, Mainz

Analyse der Risikofaktoren für eine koronare Herzerkrankung - Wer profitiert von der Primärprävention? Prof. Dr. med. G. Assmann, Münster; Screening der koronaren Arteriosklerose - Was leisten die modernen CT-Verfahren? Dr. med. C. Becker, München; MRT-Angiographie der Beinarterien, Nierenarterien und supraaortalen Aste: Dr. med. M. Boos, Pforzheim; Stellenwert d. MRT bei der Diagnostik d. koronaren Herzerkrankung: PD Dr. med. T. Voigtländer; Selbstevaluation (Fragebogen)

Tagungsort: Bethanien-Krankenhaus, Medienter, Im Prüfling 21

AiP
4 P

ETHIK-FALLSEMINARE

Gewalttäter und Gewaltopfer als Patienten

-ärztliche Schweigepflicht, ärztliche Gewissenskonflikte

Sektion Allgemeinmedizin

Mittwoch, 20. Februar 2002, 15 s.t. bis 19 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: PD Dr. med. U. Niemann, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LAK Hessen, Akademiegebäude,
Raum Wetterau s. HA 12/ 2001

Weitere Themen und Termine:

15.05.2002 Ethische Probleme bei kontrollierten Studien

18.09.2002 Soziale Probleme bei Rentengutachten

20.11.2002 Passive und aktive Sterbehilfe

Teilnahmegebühr: € 40/ Seminar (Akademiemitglieder und AiP frei)

Anmeldungen: Bitte schriftlich an die Akademie z.Hd. Frau Schmidt

AiP
4 P

GEBURTSHILFE/ VORSORGE

Die Risikoschwangere – eine interdisziplinäre Aufgabe

Sektion Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Samstag, 2. Februar 2002, 9 c. t. bis 12.45 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. W. Künzel, Gießen

Einführung in das Thema: Warum Schwangerenvorsorge? Prof. Dr. med. W. Künzel; Präkonzeptionelle Diabetesberatung: Prof. Dr. med. R. Bretzel, Gießen; Adipositas als Risikofaktor – auch für die Schwangerschaft: B. Misselwitz, Eschborn; Blutdruck im Verlauf der Schwangerschaft – was ist normal? Prof. Dr. med. W. Rath, Aachen

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LAK Hessen, Akademiegebäude,
Blauer Hörsaal

Selbstevaluation (Fragebogen)

AiP
4 P

FORTBILDUNG FÜR FORTBILDER

Motivierte und motivierende Fortbildung

Internet für Ärzte: 19./ 20. Januar 2002, Bad Nauheim

Teilnahmegebühr: 1 Tag € 65,- / 2 Tage € 85,- Akademiemitglieder;
Nichtmitglieder 1 Tag € 140,- / 2 Tage € 160,-.

Materialsuche und -speichern

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

Teilnahmegebühr: € 115,- Akademiemitglieder; Nichtmitglieder € 190,-

Anmeldung: Bitte nur schriftliche Anmeldungen an die Akademie
z. Hd. Frau U. Dauth s. HA 7/200

13 P

9 P

HALS-NASEN-OHRENHEILKUNDE

Aktuelle Strategien in der hochgradigen Schwerhörigkeit

Sektion Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Mittwoch, 20. Februar 2002, 17 bis 20 Uhr, Frankfurt

Leitung: Prof. Dr. med. W. Gstöttner, Frankfurt a. M.

Neugeborenen-Hörscreening. Modell Hessen: Dr. med. Katrin Neumann; Cochlear Implant-Versorgung bei Kindern und Erwachsenen: Dr. med. J. Kiefer; Implantierbare und knochenverankerte Hörgeräte: Prof. Dr. med. W. Gstöttner; Hörverbesserung in der Cholesteatom- und Stapes-Chirurgie: Dr. med. A. Kierner; Hörerhalt in der Chirurgie von Akustikusneurinomen und Glomus jugulare Tumoren: Prof. Dr. med. M. Gjurić; Alle Referenten aus Frankfurt a. M. Kein Kostenbeitrag! Selbstevaluation (Fragebogen)

Tagungsort: HNO-Uniklinik (Haus 8E), Hörsaal, Theodor-Stern-Kai 7

AiP
4 P

LABORATORIUMSMEDIZIN

Marker für neoplastische und degenerative Erkrankungen **4 P**

Sektion Laboratoriumsmedizin

Samstag, 2. Februar 2002, 9 s. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. N. Katz, Gießen

Molekulargenetische Tumormarker - Neue „Klassische Tumormarker“; Ansätze zum Tumorscreening mittels Tumormarker-Monitoring der rheumatoïden Arthritis mittels Cartilago Oligomeric Matrix Protein (COMP) *Selbstevaluation (Fragebogen)*

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Parkwohnstift, Salon B

ONKOLOGIE

Lungen- und Pleuratumoren **4 P**

Sektion Pathologie

Samstag, 2. Februar 2002, 9 s. t. bis 13 Uhr, Frankfurt a. M.

Leitung: Prof. Dr. med. G. Mall, Darmstadt

Lungentumoren aus der Sicht des Kliniklers: Prof. Dr. med. T.O.F. Wagner, Frankfurt a. M.; Differentialdiagnose der Lungen- und Pleuratumoren: Prof. Dr. med. K. M. Müller, Bochum; Differentialdiagnose pulmonaler neuroendokriner Läsionen: Prof. Dr. med. Annette Fisseler-Eckhoff, Berlin; Zytologische Diagnostik der Bronchialkarzinome und ihre Vorläuferläsionen: Prof. Dr. med. A. Böcking, Düsseldorf *Selbstevaluation (Fragebogen)*

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

Forum MEDIZINISCHE INFORMATIK

Thema: Server Based Computing – die Antwort ungelöster Fragen in der PC Administration?

Freitag, 22. Februar 2002, 19 Uhr, Darmstadt

Referent: Dr. med. S. Rosenbrock

Auskunft und Anmeldung: Dr. med. S. Rosenbrock, Grafenstraße 9
64283 Darmstadt
e-mail: rosenbrock@klinikum.darmstadt.de

ORTHOPÄDIE/ CHIRURGIE

Operative Therapie von Schultererkrankungen **4 P**

Sektion Orthopädie

Samstag, 23. Februar 2002, 9 bis 12.30 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. W. Siebert, Kassel

Funktionelle Anatomie des Schultergelenks: Dr. med. P. Kentsch, Bildgebende Diagnostik der Schulter: Dr. med. M. Knoth; Arthroskopische Anatomie der Schulter: Dr. med. C. Lörke; Das Impingementsyndrom: Dr. med. C. Lörke; Der Rotatorenmanschettendefekt: Dr. med. P. Kentsch; Die instabile Schulter: Dr. med. M. Buch; Endoprothetik der Schulter: Prof. Dr. med. W. Siebert; Alle Referenten aus Kassel *Selbstevaluation (Fragebogen)*

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude, Blauer Hörsaal

PSYCHOSOMATIK

Sektion Psychiatrie – Psychosomatik, Psychotherapie

8. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung Bad Nauheim

65 P

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

Das 8. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung 2002 ermöglicht Ihnen, in vier Blockveranstaltungen zu je 20 Stunden das Zertifikat „Psychosomatische Grundversorgung“ zu erwerben. Es berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (EBM 850/851). Es handelt sich um eine *i n t e g r i e r t e* Veranstaltung. Enthalten sind hierin die erforderlichen Anteile von 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balint), 30 Stunden Interventionstechniken, 20 Stunden Wissen, d. h. insgesamt 80 Stunden. Sie werden problemzentriert/ patientenbezogen und überwiegend im Sinne eines Gruppenkonsils vermittelt. Das Curriculum kommt den Anforderungen der Bundesärztekammer nach einem einjährigen Lernprozess nach.

Weitere Dozenten: PD Dr. phil. Ursula Brucks, Hamburg/Oldenswort; Lilly Rackwitz, Freiburg

Termine: 11.-13.01.2002; 22.-24.03.2002; 31.05.-02.06.2002; 06.07.2002; 18.-20.10.2002; 23.11.2002; (10.-12.01.2003)

1. 11.-13.01.2002 (Freitag 16.00 bis Sonntag 13.00):

A. Der Patient, seine Krankheit und die Interaktion: Herzneurose, Herzinfarkt; Einführung in die Balintgruppenarbeit.

B. Inhalt und Techniken der Gesprächsführung/Intervention des Wissens: Austausch über Erwartungen/Erfahrungen von TeilnehmerInnen mit DozentInnen. Leistungen entsprechend EBM 850/851. Aufbau und Ablauf des psychosomatischen Erstgesprächs und Verlaufsgesprächs. Was ist bei der Dokumentation zu berücksichtigen? Seelische Entwicklung I; Übertragung und Gegenübertragung.

Teilnahmegebühr: Gesamtveranstaltung Mitglieder € 971 Nichtmitglieder € 1.048; Einzelblock (20/10h) Mitglieder € 243/€ 118 Nichtmitglieder € 256/ € 133 Bei Nichtteilnahme ist eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von € 26 pro Kursteil zu zahlen.

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude, **Raum Wetterau**

Auskunft und schriftliche Anmeldung an die Akademie, z. Hd. Frau C. Lepka

SALUTOGENESE/ 10. Wartburggespräch

Kohärenz und Nachhaltigkeit in einem gesamtdeutschen Gesundheitswesen

3. bis 5. Februar 2002, Eisenach

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

Asthma aus klinischer und psychosomatischer Sicht **AIP 9 P**

Samstag, 9. Februar 2002, 10 c. t. bis 17 Uhr, Bad Nauheim

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

Einführung und Fallvignette: Dr. med. R. Haertel: Pathophysiologie des Asthma neuroimmunologische Erkenntnisse und darauf folgende Therapieansätze. PD Dr. med. R. Schellenberg, Hüttenberg; Psychoanalytische Behandlungsstrategien mit Videofalldemonstrationen: PD Dr. med. Milch; Balintgruppenarbeit am Nachmittag mit allen Referenten. *Selbstevaluation*

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

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude, **Blauer Hörsaal**

25. Bad Nauheimer Psychotherapie- Tage 2002

Psychosomatische Grundversorgung (GOA 850/851) **AIP**

Leitung: Prof. Dr. med. N. Peseschkian, Wiesbaden **4 P**
Familientherapie (Zweitverfahren) – Parallelgruppe
Psychotherapie – Weiterbildung - Parallelgruppe
Positive und Transkulturelle Psychotherapie – Parallelgruppe

Die Akademie veranstaltet diese Seminare für interessierte Ärztinnen, Ärzte und Therapeuten aller Gebietsbezeichnungen Sie finden in Blockform an drei verlängerten Wochenenden statt. Die Bad Nauheimer Psychotherapie Woche wird in diesem Jahr nicht veranstaltet.

Block 1: 16. 02. 2002 bis 18. 02. 2002 (Samstag - Montag)

Block 2: 06. 04. 2002 bis 08. 04. 2002 (Samstag - Montag)

Block 1: 20. 09. 2002 bis 23. 09. 2002 (Freitag - Montag)

Referenten: Prof. Dr. med. H. Kick, Prof. Dr. med. H. Woelk, Dr. med. habil. Hawid Peseschkian, Dr. med. H. Hönnmann, Dr. med. A. Remmers, Dr. med. U. Boessmann, Dipl. -Psych. H. Deidenbach und Dr. med. Nawid Peseschkian mind. 20 Teilnehmer

Teilnahmegebühr: € 370 (Akademiemitglieder € 293)

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude, **Blauer Hörsaal**

RHEUMATOLOGIE

Neues im Arthrosemanagement

Sektion Innere Medizin/Orthopädie – Rheumatologie

Samstag, 9. März 2002, Frankfurt a. M.

Leitung: Prof. Dr. med. F. Kerschbaumer, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Orthopädische UNI-Klinik, Marienburgstraße 2

SCHMERZ/ SCHMERZTHERAPIE

Schmerz und Schmerzbehandlung bei Kindern

Sektion Kinderheilkunde und Jugendmedizin

Samstag, 16. Februar 2002, 9.30 bis 16 Uhr Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. G. Neuhäuser, Gießen

**AIP
7 P**

I. GRUNDLAGEN: Physiologie der Schmerzwahrnehmung und -empfindung: Dr. med. Ursula Vigelius-Rauch, Gießen; Psychologische Grundlagen des Schmerzerlebens: Dipl. Psych. Dr. Andreas Bäcker, Gießen; Pharmakologie der Analgetika: Prof. Dr. med. H. Teschemacher, Gießen

II. DIFFERENTIALDIAGNOSE: Bauchschmerzen: Dr. med. J.-O. Steiß, Gießen; Kopfschmerzen: Prof. Dr. med. B. Neubauer; Gliederschmerzen: Prof. Dr. med. H. Truckenbrodt, Garmisch-Partenkirchen

III. THERAPIE: Schmerzbehandlung in der Neonatologie: Prof. Dr. med. L. Gortner, Gießen; Schmerzbehandlung in der Onkologie: Dr. Dr. Renate Blüters-Sawatzki, Gießen; Postoperative Schmerzbehandlung: Dr. med. Ch. Neuhäuser; Schmerz als Konversionssymptom: Dr. med. Ute Tolks-Brandau, Wetzlar; Fragen aus der Praxis und Schlußwort: Prof. Dr. med. G. Neuhäuser

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude, Blauer Hörsaal

Der Rückenschmerz

Sektion Neurochirurgie

Samstag, 23. Februar 2002, 9 bis 13 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. H.-G. Höllerhage, Frankfurt a. M.

**AIP
4 P**

Begrüßung: Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. L. Lorenz, Frankfurt a. M.; Einführung in das Thema: Prof. Dr. med. H.-G. Höllerhage; Orthopädische Ursachen des Rückenschmerzes: Frau PD Dr. med. Uta Maronna, Frankfurt a. M.; Neurochirurgische Aspekte: Prof. Dr. med. H. R. Eggert, Kassel; Macht Arbeit krank? Neuere Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Belastungen am Arbeitsplatz und Wirbelsäulenerkrankungen: Dr. med. A. Seidler, Frankfurt a. M.; Konservative physikalische Therapie des Rückenschmerzes: Dr. med. R. Galm, Bad Homburg; Operative Therapie des Rückenschmerzes bei Instabilität: Patientenselektion und Techniken der dorsalen- spinalen Fusionoperationen: Prof. Dr. med. R. Behr, Fulda; Dynamische Stabilisierung bei lumbaler Instabilität: Prof. Dr. med. R. Schönmayer, Wiesbaden; Therapie des Postdissektomieyndrom: PD Dr. med. T. Ulrich, Offenbach; Round table Gespräch mit allen Referenten, Moderation: Prof. Dr. med. H.-G. Höllerhage

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude, Raum Wetterau

Die fehlenden Programme folgen in HÄ 2/2002

II. FORTBILDUNGS-KURSE

FACHKUNDE IM STRAHLENSCHUTZ Für Ärzte gem. RvD Informationskurs, Grund- und Spezialkurs 2002

Bad Nauheim / Frankfurt am Main

INFORMATIONSKURS (8-stündige Unterweisung)

Samstag, 12. Januar 2002, Bad Nauheim, ganztägig

6 P

GRUNDKURS

Samstag, 16./17. Februar 2002*, Bad Nauheim, ganztägig

21 P

SPEZIALKURS

Samstag, 16./17. März 2002* in Bad Nauheim, ganztägig

21 P

Gießen, weitere Termine und Information

s. HÄ 12/2001

Schriftliche Anmeldungen an die Akademie, Frau E. Hiltcher

NOTFALLMEDIZINISCHE FORTBILDUNG

„Notdienstseminar“

23./24. Februar und 09. März 2002 in Bad Nauheim

weitere Termine und Informationen

s. HÄ 12/2001

Schriftliche Anmeldungen an die Akademie, Frau V. Wolfinger

**AIP
16 P**

ÄRZTLICHE PRAXIS UND QUALITÄTSZIRKEL

Sektion Allgemeinmedizin

jeweils **4 P**

Die Sektion und die Stabstelle Qualitätssicherung der KV Hessen wollen in diesem Jahr drei Fortbildungsveranstaltungen auf der Basis der Qualitätszirkel anbieten:

Sucht und Suchttherapie- 20. März 2002

Palliativmedizin- 5. Juni 2002

Kein Kostenbeitrag

Leitung: Dr. med. G. Vetter, Dr. med. H. Herholz, Frankfurt a. M.

Zeit: mittwochs 15 bis 17 Uhr; Ort: Frankfurt, KV Hessen, Kl. Saal

Schriftliche Anmeldung an die Akademie, z. Hd. Frau Zinkl

SEXUALMEDIZIN

Transsexualität und Intersexualität

- Interdisziplinäre Aspekte

Sektion Chirurgie – Plastische Chirurgie

Samstag, 16. Februar 2002; 9 bis 14 Uhr, Frankfurt a. M.

Leitung: PD Dr. med. K. Exner, Frankfurt a. M.

**AIP
4 P**

Standards of Care bei Transsexualität: Prof. Dr. med. F. Pfäfflin, Ulm; Operationstechniken bei Mann-zu-Frau-Transsexualität: Dr. med. Christiane Spehr, München; Operative Strategien bei Frau-zu-Mann-Transsexualität: Dr. P. Daverio, Lausanne; Phalloplastik – operationstechnische Alternativen: Dr. med. A. Peek, Frankfurt a. M.; Urethra Konstruktion und Prothetik: Prof. Dr. med. M. Sohn, Frankfurt a. M.; Standards of Care bei Intersexualität: N.N.; Operative Strategien bei Intersexualität: PD Dr. med. G. Zöller, Göttingen; Operative Techniken bei Vaginalaplasie: PD Dr. med. K. Wernicke, Frankfurt a. M.; Ethische Aspekte bei Intersexualität und Transsexualität: Dr. med. K. Schmidt, Frankfurt a. M.

Kein Kostenbeitrag!

Tagungsort: Markus-Krankenhaus, Aula im Ovl-Haus, Wilhelm-Epstein-Straße 2

TRAUMATOLOGIE

Bildgebende Diagnostik traumatologischer Gelenkerkrankungen

4 P

Sektion Radiologische Diagnostik

Samstag, 2. Februar 2002, 9. bis 13 Uhr, Frankfurt a. M.

Moderation: Prof. Dr. med. Th. J. Vogl, Prof. Dr. med. I. Marzi,

Dr. med. N. Abolmaali, Frankfurt a. M.

Anforderungen des Traumatologen in der bildgebenden Diagnostik der oberen Extremität an den Radiologen: Der klinische Hintergrund: Dr. med. J. Frank, Frankfurt a. M.; Magnetresonanztomographie des Handgelenks: Dr. med. M. Mack, Frankfurt a. M.; Moderne Diagnostik des Schultergelenks: Dr. med. Th. Kittner, Dresden; Anforderungen des Traumatologen in der bildgebenden Diagnostik der unteren Extremität an den Radiologen: Der klinische Hintergrund: Prof. Dr. med. I. Marzi; MRT des Kniegelenks: Dr. med. Jana Schmitt, Frankfurt a. M.; Computertomographie bei Fußverletzungen: Dr. med. J. Schulze, Dresden; MRT des Sprunggelenks: Prof. Dr. med. Th. J. Vogl, Dr. med. Th. Diebold, Frankfurt a. M.; „Selections“: Dr. med. N. Abolmaali; Zusammenfassung und Schlußwort: Prof. Dr. med. Th. J. Vogl

Kein Kostenbeitrag!

Tagungsort: Klinikum der JWG-Universität, Hörsaal der Anatomie, Haus 27, Eingang B, Theodor-Stern-Kai 7

Fortbildungscurriculum SUCHTMEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG (50-Stunden-Kurs)

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

s. HÄ 8/2001

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

MEGA-CODE-TRAINING

Angeboten wird das Training an folgenden Orten:

jeweils **9 P**

Kassel/Nordhessen: Dr. med. G. Moog, Weinbergstr. 20,

Tel. 05 61/40 15 18 **Bad Nauheim:** Johanniter-Unfallhilfe, J. Korn,

Dr. med. R. Merbs

Schwalheimer Str. 84 Tel. 0 60 32/ 91 46 31 **Wiesbaden:** Frau Dr. med. J. Gaida, Dr. med. Brodermann, Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken, Ludwig-Erhard-Str. 100 **Teilnehmerzahl:** max. 15

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

s. HÄ 12/2001

SPEZIELLE SCHMERZTHERAPIE (80-Stunden)

Teil I: Grundlagen, Psychologische, psychiatrische, psychosomatische Aspekte der Schmerztherapie.
Teil II: Medikamentöse Schmerztherapie, Tumorschmerz und neuropathischer Schmerz.
Teil III: Rückenschmerzen und Schmerzen am Bewegungsapparat, Physiotherapie, Blockadetherapie.
Teil IV: Organisation und Dokumentation, Kopf- und Gesichtsschmerz und weitere Krankheitsbilder.
Termine und weitere Informationen s. HÄ 12/ 2001
Bitte nur schriftliche Anmeldungen an die Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7
Fax: 0 60 32/ 782 229

VERKEHRSMEDIZINISCHE BEGUTACHTUNG

16-Stunden-Kurs

14./15. Juni 2002, Bad Nauheim

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

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude, Blauer Hörsaal

Teilnahmegebühr: € 166 für Akademiemitglieder € 89 für arbeitslose Nichtmitglieder € 128. Bei vorheriger Absage müssen wir einen Verwaltungskostenanteil von € 13 einbehalten, bei Nichtteilnahme die gesamte Gebühr. Die Mitgliedschaft kann mit der Anmeldung zum Kurs beantragt werden, dann gilt die ermäßigte Gebühr. (Bitte erst nach Aufforderung mit dem vorgesehenen Überweisungsträger zahlen!)

Auskunft und Anmeldungen an die Akademie, z. Hd. Frau Heßler,

SCHWANGERSCHAFTSKONFLIKT-BERATUNG § 218 StGB-(K-) EINE (UN-) ENDLICHE GESCHICHTE

nach dem Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz (vom 21.8.1995)

Samstag/Sonntag, 09./10. März, Samstag, 16. März 2002, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Samstag, 09. November 2002, Bad Nauheim: Mit diesem Seminartag setzen wir die im März begonnene Veranstaltung fort und geben außerdem denjenigen Ärztinnen und Ärzten, die bereits in der Schwangerschaftskonflikt-Beratung tätig sind, Gelegenheit, ihre zeitlich befristete Berechtigung zu erneuern.

Auskunft und Anmeldungen an die Akademie, z. Hd. Frau Schmidt

9 P

ULTRASCHALLKURSE

nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der DEGUM

GEFÄSSE 2002

Leitung: Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle, Frankfurt a. M.,
Dr. med. Jörg A. Bönhof, Wiesbaden (DEGUM-Seminarleiter)

ABSCHLUSSKURS

Doppler-Duplex-Sonographie der peripheren Arterien und Venen

Fr. 08.02.2002; 9 bis 17 Uhr (Theorie in Bad Nauheim)

Sa. 09.02.2002; 9 bis 17 Uhr (Praktikum in Wiesbaden)

Kursgebühr: € 268,- (Akademiemitglieder € 250,-)

Interdisziplinärer Grundkurs 24 Stunden

Doppler-Duplex-Sonographie für die Angiologie

Theoretischer Teil: Do. 07. 03. 2002, 15 bis 20 Uhr

Praktischer Teil: Fr. 08. 03. 2002, 8.30 bis 18 Uhr

Kursgebühr: € 399,- (Akademiemitglieder € 348,-)

17 P

21 P

AUFBAUKURS 20 Stunden

Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

Theoretischer Teil: Do. 13. 06. 2002, 16 bis 20 Uhr

Praktischer Teil: Fr. 14. 06. 2002, 9 bis 17 Uhr

Kursgebühr: € 330,- (Akademiemitglieder € 286,-)

ABSCHLUSSKURS 16 Stunden

Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

Theoretischer Teil: Fr. 29. 11. 2002, 9 bis 17 Uhr

Praktischer Teil: Sa. 30. 11. 2002, 9 bis 17 Uhr

Kursgebühr: € 268,- (Akademiemitglieder € 235,-)

Abdomen und Retroperitoneum 2002 (einschl. Nieren)

Auskunft und Anmeldung an die Akademie, z. Hd. Frau M. Jost,

Tel. 0 60 32/782-210 (Di.-Do.) s. HÄ 12/ 2001

21 P

17 P

III. WEITERBILDUNG

KURS-WEITERBILDUNG ALLGEMEINMEDIZIN

(Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin)

Auf unsere langfristige, mehrfache Anfrage, wer welches Seminar zur Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin nach der alten Weiterbildungsordnung (240 Std.) benötigt, sind so wenige Anmeldungen bei uns eingegangen, daß wir nicht noch einmal den Kurs durchführen können.

Von diesem Jahr an bieten wir nur noch die 80-stündige Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin nach der neuen Weiterbildungsordnung an. Wir haben aber mit der Weiterbildungsabteilung unserer Kammer vereinbart, daß bis auf weiteres die Teilnahme an den

Blöcken 1, 14, 16, 18 auch noch für die 240-stündige KWA anerkannt wird.

In anderen Kammern sieht es ähnlich aus wie bei uns. Wir haben erfahren, daß einzelne Kammern noch länger die alte Kurs-Weiterbildung anbieten, zumindest teilweise. Eine aktuelle Übersicht erhalten Sie von der Bundesärztekammer in Köln (Tel. 0221/4004-0). Bitte wenden Sie sich direkt an die jeweilige Kammer, in der sie ein Seminar besuchen möchten.

KWA –80 Stunden

Termine: Block 1 26.01.2002
Block 14 20.04.2002
Block 16 24.-26.05.2002
Block 17 20.-22.09.2002
Block 18 26./27.10.2002
Block 19 09.02.2002

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen.

Teilnahmegebühr: bis auf weiteres € 26 für den halben Tag (4 Std.), € 41 für den ganzen Tag (8 Std.), € 67 für 12 Std.-Tage. Bei Stornierung der Anmeldung bis 14 Tage vor Beginn der Veranstaltung wird eine Bearbeitungsgebühr von € 8 einbehalten, bei späterer Absage und Nichterscheinen die gesamte Gebühr.

Anmeldung: Die schriftliche Anmeldung ist erforderlich.

Auskünfte: Wenn Sie Fragen zu der theoretischen Kurs-Weiterbildung haben, wenden Sie sich bitte an die Akademie, Frau Heßler, Tel. 0 60 32/ 782203. **Zum persönlichen Weiterbildungsangang:** LÄK Hessen, Abt. Weiterbildung, Tel. 0 69/ 97 67 2-0.

Kurse ARBEITSMEDIZIN und SOZIALMEDIZIN

-Sektion Arbeitsmedizin und Sozialmedizin-

Achtung! Neue Adresse für Betriebs-, Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin:

Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim,

Tel: 0 60 32/ 78 2-2 81 (Frau Holbe) 0 60 32/ 78 2-2 83 (Frau Stieler) Fax: 0 60 32/ 78 2-2 17

Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin
Aufbaukurse: C2 03.-14.12.2001, Bad Nauheim

jeweils 20 P

Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin
Grundkurse: A1 14.01.- 25.01. 2002 A2 09.09. bis 20.09. 2002

Aufbaukurse: B1 04. 02. bis 15. 02 2002 B2 11.11. bis 22.11. 2002
C1 04. 03. bis 15. 03. 2002 C2 02.12. bis 13.12. 2002

Sozialmedizin
Grundkurse: GKI 15. 04. bis 26. 04. 2002
GKII 14.10. bis 25. 10. 2002

jeweils 20 P

Auskunft und Anmeldungen an die Akademie, z. Hd. Herrn W. Roemer, M. A.

Ärztliche Fortbildung im Bereich der Bezirksärztekammern der Landesärztekammer Hessen

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

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER DARMSTADT

Ev. Krankenhaus Elisabethenstift

16.1.2002, 15.15 Uhr: Besprechungsraum der Klinik für Innere Medi-
zin, Gebäude A, Ebene E, Raum 05, Ev. Krankenhaus Elisabethenstift,
Landgraf-Georg-Str. 100, Darmstadt. „**Osteoporose**.“ Prof. Dr. F. Jacob,
Würzburg. Auskunft: Prof. Dr. W. Schneider. Tel. (0 61 51) 4 03 10 01.

Ärztlicher Kreisverein Bergstraße

16.1.2002, 20.00 Uhr s.t.: Konferenzzentrum AlleeHotel Europa, Euro-
pa Allee 45, Bensheim. „**Arthrosen – Pathophysiologie, Diagnostik und
neue Therapieansätze bei rheumatischen Erkrankungen**.“ Prof. Dr. D.
Brackertz, Mainz. Auskunft: Dr. Jürgen Merke. Tel. (0 62 51) 13 20.

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar **AiP 1P**

Ärztlicher Kreisverein Darmstadt

Fa. Merck, Frankfurter Str. 250, Darmstadt, jeweils 20.15 Uhr – 21.30 Uhr.
22.1.2002: „**Ursachen und Therapiemöglichkeiten der altersbezogenen
Makuladegeneration**.“ PD Dr. K. H. Emmerich, Darmstadt. **2P**

5.2.2002: „**Aktueller Stand der Impfpfehlungen der ständigen Impf-
kommission (STIKO)**.“ Prof. Dr. Dr. W. Müller-Ruchholtz, Kiel. **AiP 2P**
Auskunft: Frau Knieß. Tel. (0 61 51) 37 36 26.

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Heilig-Geist-Hospital

23.1.2002, 20.00 – 23.00 Uhr: Konferenzsaal, Heilig-Geist-Hospital,
Hauptstr. 81-87, Bensheim. „**Verwirrte alte Menschen verstehen und
betreuen**.“ PD Dr. M. Miller, St. Wendel. Auskunft: Dr. Jürgen Merke.
Tel. (9 62 51) 13 20. **AiP 3P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Klinikum Darmstadt

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

Kreiskrankenhaus Erbach/Odw.

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

Balintgruppe

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

Balintgruppe

Mittwochs, 14tägig, 17.30 – 19.00 Uhr: Rodensteinstr. 83, Bensheim.
Auskunft: Dr. M. Vandewall. Tel. (0 62 51) 6 85 10.

BEZIRKSÄRZTEKAMMER FRANKFURT

8.1.2002, 19.00 Uhr: Schmerztherapeutisches Kolloquium, Roßmarkt
23, Frankfurt. „**Schmerzkonferenz**.“ **4P**
20.30 Uhr: **Qualitätszirkelsitzung**. **4P**
Auskunft: Dr. Thomas Flöter. Tel. (0 69) 29 98 80 77.

16.1.2002, 19.00 Uhr: Schmerzforum Rhein-Main e.V., Im „Runden
Wohnzimmer“, Bethanien-Krankenhaus Prüfling, Haus C, 2. Stock, Im
Prüfling 21-25, Frankfurt/M. „**Schmerzkonferenz**.“ **2P**

20.30 Uhr: „**Aufgaben des MDK**.“ Dr. Pomper, Frankfurt. **2P**

7.2.2002, 19.00 Uhr: Schmerzforum Rhein-Main e.V., Im „Runden
Wohnzimmer“, Bethanien-Krankenhaus Prüfling, Haus C, 2. Stock, Im
Prüfling 21-25, Frankfurt/M. „**Schmerzkonferenz**.“ **2P**

20.30 Uhr: „**Botulinumtoxin bei Kopfschmerzen mit praktischer Vor-
führung**.“ Prof. Dr. Wolfgang Jost, Wiesbaden. **2P**

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

Frankfurter Medizinische Gesellschaft

9.1.2002, 17.30 Uhr: Großer Hörsaal Haus 23A, Universitätsklinikum, The-
odor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Uterusmyome: Diagnostik und Therapie**.“ Aus-
kunft: Sekretariat Prof. Dr. Th. Vogl. Tel. (0 69) 63 01 72 77. **AiP 2P**

Ethik in der Medizin

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

Umstrittene Prinzipien der Medizinethik, jeweils 18.15 – 19.45 Uhr.

14.1.2002: „**Theorien der Gerechtigkeit – Was bedeuten sie für die
Medizin?**“ **AiP 2P**

21.1.2002: „**Fallbeispiel zur gerechten Mittelverteilung bei begrenzten
Ressourcen im Gesundheitswesen**.“ **AiP 2P**

28.1.2002: „**Die Prinzipien Autonomie, Fürsorge, Nichtschaden und
Gerechtigkeit im Kontext des ärztlichen Berufsethos**.“ **AiP 2P**

4.2.2002: „**Diskussion der Prinzipien ‚mittlerer Reichweite‘ Zur Rele-
vanz einer Prinzipienethik im ärztlichen Alltag**.“ **AiP 2P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Ringvorlesung: **Konfliktfelder im klinischen Alltag**, jeweils 16.15 – 17.45 Uhr.

16.1.2002: „**Medizinethische Probleme in der Praxis des Hausarztes**.“
Klaus Jork. **AiP 2P**

23.1.2002: „**Zu Risiken und Nebenwirkungen – Sprache und Ethik in
der Medizinwerbung**.“ Horst Schlosser, Kurt W. Schmidt. **AiP 2P**

30.1.2002: „**Die ‚behinderte‘ Familie? Ethische Aspekte der genetischen
Syndromdiagnostik bei Kindern**.“ Rainer König, Dieter Schäfer. **AiP 2P**

6.2.2002: „**Reproduktionsmedizin und Gesetzgebung: internationale
Entwicklungen und Diskussionen**.“ Petra Thorn. **AiP 2P**

Leitung: Dr. Gisela Bockenheimer-Lucius. Auskunft: Tel. (0 69) 63 01 62 45.

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Humangenetische Seminare

Institut für Humangenetik der J.W.Goethe-Universität, Theodor-Stern-Kai
7, Frankfurt, Seminarraum Haus 9B, 2. Stock, Raum 213,
jeweils 15.15 – 16.00 Uhr.

15.1.2002: „**Neue Ansätze zur Abklärung von Retardierungssyndro-
men**.“ Dr. Anita Rauch, Erlangen. **1P**

29.1.2002: „**Mutationsanalyse der Gene BRCA1 und 2 bei erblichen
Brust- und Eierstockkrebs**.“ Dipl.Biol. Marion Krüger, Frankfurt. **1P**

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

Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde der JWG-Universität

16.1.2002, 17.00 Uhr c.t. – ca. 18.45 Uhr: Hörsaal der Hals-Nasen-
Ohrenklinik, Haus 8, Eingang E, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Dia-**

688

16, Bad Nauheim. „Klinik der hirneigenen Tumoren und Metastasen – Grundlagen, Diagnostik, Therapie.“ Leitung: Prof. Dr. H. D. Böttcher. Auskunft: Dr. St. Mose. Tel. (0 69) 63 01 – 51 30 oder – 61 60. **AiP 6P**

Medizinische Gesellschaft Gießen e.V.

16.1.2002, 18.15 Uhr: Hörsaal des Neubaus Chirurgie, Rudolf-Buchheim-Str. 7, Gießen. „Demonstration eines besonderen Krankheitsbildes.“ Prof. Dr. Rainer M. Bohle, Christine Fegbeutel. „Pulmonale Hypertonie.“ Prof. Dr. Werner Seeger. Auskunft: Marion Oberschelp. Tel. (06 41) 9 94 80 05. **2P**

Zentrum Kinderheilkunde und Jugendmedizin des Universitäts-Klinikums Gießen

Hörsaal der Kinderklinik, Feulgenstraße 12, Gießen.

16.1.2002, 18.00 – 19.30 Uhr: „Primäre Enuresis nocturna.“ PD Dr. Moll, PD Dr. Miller, Dr. Steiß. **2P**

9.2.2002, 9.30 – 13.30 Uhr: „Verbesserung der Lebenschancen von Kindern mit Hirntumoren – eine kooperative interdisziplinäre Aufgabe.“ **AiP 3P**
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. A. Reiter. Tel. (06 41) 9 94 34 20.

Neurowissenschaftliches Kolloquium

Hörsaal der Neurologie/Psychiatrie, Am Steg 22, Gießen, jeweils 16.00 Uhr s.t.

16.1.2002: „Klassifikation und Diagnostik von Muskelerkrankungen.“ Prof. Zierz, Halle.

6.2.2002: „Diagnostik von Augenmotilitätsstörungen.“ Prof. Kaufmann, Gießen.

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. W. Schachenmayr. Tel. (06 41) 9 94 11 81.

Wilhelm-Conrad-Röntgen-Klinik der Universität Gießen

Jeden Donnerstag, 16.00 Uhr s.t.: Bibliothek der Wilhelm-Conrad-Röntgen-Klinik, Universität Gießen, Langhansstraße 4. „Interdisziplinäre Tumorkonferenz.“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H. von Lieven. Tel. (06 41) 9 94 17 00.

BEZIRKSÄRZTEKAMMER KASSEL

Kreiskrankenhaus Bad Hersfeld

9.1.2002: Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Seilerweg 29, Kassel. „Unfallchirurgisch-orthopädisches Kolloquium: Die minimalinvasive Osteosynthese.“ Dr. Pütz, Bonn. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Rüdiger Volkmann. Tel. (0 66 21) 88 15 51. **2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Kurhessisches Diakonissenhaus Kassel

16.1.2002, 19.30 – ca. 22.30 Uhr: Konferenzraum des Mutterhauses am Kurhessischen Diakonissenhaus, Goethestr. 85, Kassel. „Gefäßmedizinischer Arbeitskreis – mit Fallkonferenz gefäßchirurgisch-interventioneller Problemstellung und – konservativ-angiologischer Problematik.“ Prof. Grub, Dr. Bröker. Auskunft: Sekretariat Dr. Hans-Joachim Bröker. Tel. (05 61) 1 00 23 18. **AiP 4P**

Klinikum Fulda

Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Fulda.

16.1.2002, 18.15 – 20.15 Uhr: Hörsaal des Klinikums. Frauenklinik. „Die Beurteilung der Fruchtwassermenge als Instrument der pränatalen Überwachung.“ Dr. A. Rausch, Dr. J. Schneider. „Antepartale Überwachung im modernen Licht.“ Prof. Dr. K. T. M. Schneider, München. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. L. Spätling. Tel. (06 61) 84 59 00.

24.1. – 26.1.2002: Klinik für HNO-Krankheiten. „Endonasale Chirurgie der Nase und der Nasennebenhöhlen – Operationskurs mit Videoübertragungen.“ Auskunft: Prof. Dr. W. Draf. Tel. (06 61) 84 60 01.

30.1.2002, 16.30 Uhr: Hörsaal des Klinikums. „Klinisch-Pathologische Konferenz.“ Leitung: Prof. Dr. H. Arps. Anmeldung: Prof. Dr. W. Fassbinder. Tel. (06 61) 84 54 50. **AiP**

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

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

Balintgruppe

Termine nach Vereinbarung: Auskunft: Dr. H. Bornhütter, Kassel. Tel. (05 61) 31 51 83 und Dr. Wienforth, Felsberg. Tel. (0 56 62) 26 29. **4P**

Qualitätszirkel Balintgruppe

Mittwochs 19.00 Uhr, 4-wöchentlich. Dr. R. Tonfeld, Stiftshof 1, Kaufungen. Tel. (0 56 05) 9 10 73. **4P**

BEZIRKSÄRZTEKAMMER MARBURG

Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie der Philipps-Universität Marburg

Hörsaal 1, Lahnberge, Marburg, jeweils 17.00 – 20.00 Uhr.

15.1.2002: „DRG's in Anästhesie und Intensivmedizin.“ Tryba, Kassel. **3P**

22.1.2002: „Präklinische Lysetherapie.“ Herzum, Marburg. **AiP3P**

29.1.2002: „Efforts to Control Neuromuscular Blockade.“ Wierda, Groningen/Niederlande. **3P**

5.2.2002: „Aktuelle Kontroversen bei Volumenersatzmitteln.“ Lukasewitz, Marburg. **3P**

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H. Wulf. Tel. (0 64 21) 2 86 59 81.

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Zentrum für Kinderheilkunde der Philipps-Universität Marburg

16.1.2002, 18.15 – 20.15 Uhr: Hörsaal der Universitäts-Kinderklinik, Deutschhausstr. 12, Marburg. „Klinik und Pathophysiologie von Ionenkanalerkrankungen und Fallvorstellungen.“ PD Dr. Siegfried Waldegger. Auskunft: Prof. Dr. H. W. Seyberth. Tel. (0 64 21) 2 86 62 25. **2P**

Nephrologie und Intensivmedizin

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

22.1.2002: „Immunadsorption bei Vasculitiden und neurologischen Erkrankungen.“ K. Stopp, Marburg. **AiP 2P**

29.1.2002: „Ultraschalldiagnostik der Nierenerkrankungen.“ U. Kuhlmann, Marburg. **AiP 2P**

5.2.2002: „Pathogenese glomerulärer Erkrankungen.“ H. J. Gröne, Heidelberg. **AiP 2P**

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

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Hardtwaldklinik Bad Zwesten

Hardtwaldklinik, Hardtstraße 31, Bad Zwesten.

30.1.2002, 16.00 Uhr: „Therapie der MS.“ PD Dr. Rieckmann, Würzburg. Auskunft: M. auf dem Brinke. Tel. (0 56 21) 79 45 07.

9. – 10.2.2002: „Basis-Workshop der Prozeß/Erfahrungstherapie.“ Seminar zur wissenschaftlichen Fundierung humanistischer erfahrungsorientierter Psychotherapien. Auskunft: Sekretariat von Ulrich Wolf. Tel. (0 56 26) 88 17 57.

Balintgruppe

Dr. Walter Thomas Kanzow, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg-Süd, Cappeler Str. 98, Marburg. Anmeldung. Tel. (0 64 21) 40 42 27.

Balintgruppe

Mittwochs, 14tägig, 19.00 Uhr: Dr. Andrea Böhm, Bahnhofstr. 17, Marburg. Tel. (0 64 21) 68 65 36.

BEZIRKSÄRZTEKAMMER WIESBADEN

21.1.2002, 18.00 – 19.30 Uhr: Bibliothek der Deutschen Klinik für Dia-

gnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden. „Interdisziplinäre Schmerzkongferenz mit Patientenvorstellungen.“ 2P

20.00 Uhr: „Qualitätszirkel Palliativmedizin.“ 2P

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

Deutsche Klinik für Diagnostik

Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden, jeweils 17.30 – 19.00 Uhr.

7.1.2002: Bibliothek der DKD. „DKD intern.“ Dr. J. Seeger. 2P

14.1.2002: Bibliothek der DKD. „Der diabetische Fuß – chirurgische Therapie.“ PD Dr. Ganstätter.

28.1.2002: Bibliothek der DKD. „Neue Techniken in der Reproduktionsmedizin – Benötigen wir ein neues Embryonenschutzgesetz?“ Dr. Seebens.

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

Montags und dienstags, 9.00 – 16.00 Uhr: Räume der gynäkologischen Ambulanz der DKD. „Interdisziplinäre senologische Sprechstunde.“ Prof. Dr. H. Madjar. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Madjar. Tel. (06 11) 57 76 12.

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

Mittwochs, 14-tägig, 17.30 – 19.30 Uhr: Cafeteria EG DKD. **Balintgruppe.** Auskunft: Dr. G. Maass. Tel. (06 11) 9 57 02 44. oder J. Klau-enflügel. Tel. (06 11) 5 64 09 65 4P

Deutscher Ärztinnenbund Wiesbaden

9.1.2002, 19.30 Uhr: KV Wiesbaden, Abraham-Lincoln-Str. 36. „Aktuelle Aspekte aus der Gastroenterologie – Gastroösophageale Refluxkrankheit“. Auskunft: Dr. Brigitte Schuler. Tel. (06 11) 52 43 20.

Dr. Horst-Schmidt-Kliniken

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

Psychoonkologischer Dienst: Informationsabende – Leben mit Krebs – Fatigue/Erschöpfungssyndrom. Personalcasino, hintere Räume, jeweils 18.00 – 20.00 Uhr.

17.1.2002: „Fatigue begegnen I – Informationen und Anleitungen zu neuropsychologischen Übungen.“ Carmen Blandfort, Martin Poppel-reuter.

25.1.2002: „Fatigue begegnen II – Theaterabend ‚Bis aufs Mark‘“ Sabine Mehen, Klaus Lavies.

31.1.2002: „Fatigue begegnen III – Informationen und Anleitungen zu körperlichen Übungen.“ Dr. Fernando Dimeo.

Auskunft: Sekretariat OSP Prof. Dr. N. Frickhofen. Tel. (06 11) 43 33 33.

29.1.2002, 19.00 – 21.00 Uhr: 2. Stock, Raum hinter Personal-Casino. „Traumatische und iatrogene Verletzungen der Atemwege – chirurgisches und anästhesiologisches Management.“ PD Dr. Joachim Schirren, Thoraxchirurgie; Dres. Bruckmooser, Fischer, Anästhesiologie. Leitung: Prof. Dr. J. E. Schmitz. Auskunft: Dr. B. Pokorny. Tel. (06 11) 43 21 74.

2.2.2002, 8.30 – 15.15 Uhr: Dr. Peter-Jäger-Bildungszentrum, HSK. „3. Wiesbadener Symposium zur Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms.“ Veranstalter: Klinik für Gynäkologie und gynäkologische Onkologie. In Zusammenarbeit mit dem St. Josefs-Hospital und dem Berufsverband der Frauenärzte, Bezirksgruppe Wiesbaden und Mainz. Wissenschaftliche Leitung: PD Dr. A. du Bois. Auskunft: Sekretariat PD Dr. A. du Bois. Tel. (06 11) 43 23 77. AiP 6P

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

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

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

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

Verein Nassauischer Ärzte e.V.

16.1.2002, 17.15 – 19.15 Uhr: Ärztehaus, Adelheidstr. 7, Limburg. „Metabolisches Syndrom.“ Anschließend Jahreshauptversammlung. Auskunft: Dr. Egbert Reichwein. Tel. (0 64 82) 20 78. AiP 2P

Qualitätszirkel Akupunktur und TCM Wiesbaden

29.1.2002, 19.45 Uhr: KV Wiesbaden, Abraham-Lincoln-Str. 36, Sitzungssaal hinter dem KV-Arztelhaus. „Qualitätszirkel Akupunktur und TCM-anwendende Ärzte.“ Anmeldung: Dr. Marco Gassen. Tel. (06 11) 40 30 83.

Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte und Europäisches Institut für Homöopathie

Wilhelm-Kempff-Haus, Wiesbaden Naurod

30.1. – 3.2.2002: „Weiterbildung Homöopathie, B- und E-Kurs.“

1.2. – 3.2.2002: „Homöopathische Langzeitbehandlung, Kurs für Fortgeschrittene.“

19.1.2002, 9.00 – 13.00 Uhr: „Qualitätszirkel Homöopathie.“ Arbeitskreis Mainz/Wiesbaden/Taunus.

Auskunft: Gerhard Bleul. Tel. (0 64 34) 72 07. Anmeldung: DZVHÄ, Frau Schwab, Tebbe 3, 65529 Waldems.

Medizinische Gesellschaft Wiesbaden

5.2.2002, 19.30 – 22.00 Uhr: Ärztehaus Abraham-Lincoln-Str. 36, Wiesbaden. „Pränatalmedizin – Der Fet als Patient.“ PD Dr. M. Gonser, Wiesbaden. „Erbliche Erkrankungen vorgeburtlich erkennen?“ Dr. Eva Schwaab, Wiesbaden. Auskunft: Frau Dies oder Frau Brede. Tel. (06 11) 71 00 14 oder 13. 2P

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Paracelsus Messe Wiesbaden

18.1. – 20.1.2002: Rhein-Main-Hallen Wiesbaden. „Paracelsus Messe – Die Welt der Gesundheit.“ Auskunft: MCO GmbH, Düsseldorf. Tel. (02 11) 3 86 00 27.

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

NACH REDAKTIONSSCHLUß EINGEGANGEN

BEZIRKSÄRZTEKAMMER FRANKFURT

Neurologisches Mittwochsseminar

23.1.2002, 18.15 Uhr: Seminarraum der Klinik für Neurologie, Haus 95, Schleusenweg 2-16, 4. Stock, Frankfurt. „Attackenschwindel: Menière, Migräne & Co.“ PD Dr. Th. Lempert, Berlin. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Steinmetz. Tel. (0 69) 63 01 57 69.

Ethik in der Medizin

Kursraum im IfG, Haus 49, Eingang Vogelweidstraße, Frankfurt.

26.1.2002: Der ‚sprachlose‘ Arzt – Ethische Probleme in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient.“ AiP

1.2. – 2.2.2002: „Was Studierende über Ethik in der Medizin wissen sollten.“ Eine Einführung mit Falldiskussion. AiP

Auskunft: Sekretariat Dr. Gisela Bockenheimer-Lucius. Tel. (0 69) 63 01 62 45.

1. Frankfurter Mykologie-Symposium

2.2.2002, 9.00 – 14.00 Uhr: Kleiner Hörsaal, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „Mykologie Symposium.“ Moderation: PD Dr. G. Just-Nübling, Prof. Dr. T. Klingebile, PD Dr. R. Schwerdtfeger. AiP

Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

2.2.2002, 9.00 Uhr s.t. – 13.00 Uhr: Hörsaal der Anatomie, Haus 27, Eingang B, im Klinikum der JWG-Universität, Frankfurt, Theodor-Stern-

Kai 7. „Bildgebende Diagnostik traumatologischer Gelenkerkrankungen.“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Vogl. Tel. (0 69) 63 01 72 77.

BEZIRKSÄRZTEKAMMER GIEßEN

Kreiskrankenhaus Schotten

6.2.2002, 20.00 - ca. 22.00 Uhr: Altes Schloß Gießen, Natanya Saal. „Prävention am Beispiel von Mamma- und Kolonkarzinom.“ „Mammakarzinom“ Prof. Dr. T. von Holst, Heidelberg. „Kolonkarzinom“ Prof. Dr. H.-U. Kloer, Gießen. In Zusammenarbeit mit der Bezirksärztekammer Gießen und dem Onkologischen Arbeitskreis Mittelhessen e.V.. Auskunft: Sekretariat PD Dr. M. Graubner. Tel. (0 60 44) 610. **AiP 2P**

Hessischer Ärzteverband Naturheilverfahren e.V.

19.1.2002, 9.00 Uhr s.t., - 16.30 Uhr: Raum Wetterau im Seminargebäude der Akademie für Äztl. Fort- und Weiterbildung der LAK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, Bad Nauheim. „Ernährungssymposium - unterschiedliche Ernährungsformen: Gemeinsamkeiten - Kontroversen - Round-table.“ Kostenbeitrag für Nichtmitglieder: DM 80,-. Auskunft: Dr. Ute Boeddrich. Tel. (0 61 42) 4 41 99.

BEZIRKSÄRZTEKAMMER KASSEL

Deutscher Ärztinnenbund e.V. Gruppe Kassel

14.1.2002, 20.00 Uhr: Großer Konferenzraum der KV, Pfannkuchstr. 1, Kassel. „Brustselbstuntersuchung als präventive Maßnahme.“ Ein Projekt des Sozialministeriums mit dem Landfrauenverband und dem Ärztinnenbund - Informationen rund um das Mammakarzinom und gutartige Veränderungen der weiblichen Brust. Dr. Marion Reif-Kaiser, Dr. Bettina Conrad. Auskunft: Dr. Reif-Kaiser. Tel. (0 56 92) 76 18.

Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel

Hörsaal der Klinik, Hansteinstr. 29, jeweils 15.30 Uhr.

16.1.2002: „Aktuelle Therapie von Aszites und spontan bakterieller Peritonitis (SBP).“ Prof. Dr. Chr. Löser.

30.1.2002: „Neue diagnostische Verfahren in der Sonographie.“ Dr. Michael Höpfner.

6.2.2002: „Behandlung neuropathischer Schmerzen.“ Dr. Markus Gehling.

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Christian Löser. Tel. (05 61) 3 08 64 41.

Pneumologische Seminare

23.1.2002, 18.00 Uhr: Fachklinik für Lungenerkrankungen, Robert-Koch-Str. 3, Immenhausen. „Diagnostische Aussagekraft des hochauflösenden CT (HRCT) der Lunge.“ PD Dr. S. Tuengerthal, Heidelberg. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. G. Goeckenjan. Tel. (0 56 73) 50 10. **2P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Orthopädische Klinik Kassel

23.1.2002, 19.00 Uhr: Orthopädische Klinik Kassel, Wilhelmshöher Allee 345, Kassel. „Infiltrationstherapie rheumatischer und arthrotischer Gelenke - ein interdisziplinärer Ansatz.“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. W. Siebert. Tel. (05 61) 3 08 42 01. **AiP**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Klinikum Kassel

24.1. - 26.1.2002: Stadthalle Kassel. „Kongreß für Neurologische Intensiv- und Notfallmedizin - ANIM - 19. Jahrestagung 2002.“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. A. Ferbert. Tel. (05 61) 9 80 69 79. **AiP**

Gemeinschaftspraxis für Laboratoriumsmedizin

30.1.2002, 18.30 Uhr: Schloßhotel Wilhelmshöhe, Schloßpark 8, Kassel. „Chlamydieninfektionen - Pathogenese, Klinisches Bild, Therapie - Klinische Fragestellungen und diagnostische Möglichkeiten.“ Dr. Andreas Essig, Ulm; Dipl. Biologe Roman Tepperwien. Auskunft: Sekretariat Dr. Huelsmann. Tel. (05 61) 9 18 81 03. **AiP 2P**

BEZIRKSÄRZTEKAMMER MARBURG

Institut für Pathologie der Philipps-Universität

10.1.2002, 16.30 - 18.30 Uhr: Hörsaal des Zentrums für Pathologie, Baldingerstr., Marburg. „Klinisch-Pathologische Konferenz.“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Roland Moll. Tel. (0 64 21) 2 86 22 70. **AiP 2P**

Klinik für Hämatologie, Onkologie und Immunologie der Philipps-Universität

12.1.2002, 11.30 - 15.30 Uhr: Hörsaal III des Universitätsklinikums Marburg-Lahnberge, Baldingerstr.. „Perspektiven in der Onkologie.“ Vorsitz: Prof. Dr. A. Neubauer, Prof. Dr. R. Müller. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Neubauer. Tel. (0 64 21) 2 86 62 72. **AiP 3P**

Dept. of Otolaryngology, Head and Neck Surgery Philipps-Universität

24.1. - 26.1.2002: Hotel Sorat, Marburg. „40 Years Laser - International Symposium on Lasers in Otorhinolaryngology, and in Head and Neck Surgery.“ Leitung: Prof. Dr. Werner, Prof. Dr. Steiner. Auskunft: Sekretariat PD Dr. B. M. Lippert. Tel. (0 64 21) 2 86 68 08.

BEZIRKSÄRZTEKAMMER WIESBADEN

Dr. Horst-Schmidt-Kliniken

HSK, Ludwig-Erhard-Str. 100, Wiesbaden.

23.1.2002, 18.00 Uhr: Hauptgebäude, 2. Stock, Raum hinter dem Casino. „Notfallmedizinisches Management des Schlaganfalls.“ Dr. Hüwel. Auskunft: Dr. Kursatz/Dr. Fischbach. Tel. (06 11) 43 21 69.

30.1.2002: Onkologischer Schwerpunkt HSK. „Chronotherapie.“ PD Dr. K.-O. Kliche, Jena. Auskunft: OSP-Sekretariat. Tel. (06 11) 43 33 33. **AiP**

Mammographie-Intensivkurse

26.1.-27.1.2002: Hotel Dorint-Pallas, Auguste-Viktoria-Str. 15, Wiesbaden. „Wiesbadener Mammographie-Intensivkurse.“ Wissenschaftliche Leitung: Dr. Margrit Reichel; Dr. Claus Blumenroth. Auskunft: Senomed Kongreßorganisation, Taunusstein. Tel. (0 61 28) 74 14 54.

Deutsche Klinik für Diagnostik

30.1.2002, 17.30 Uhr: Bibliothek der DKD, Aukammallee 33, Wiesbaden. „Aktuelle Hepatologie.“ Auskunft: Sekretariat Dr. Stephan Sahm. Tel.: (06 11) 57 76 48. **AiP 4P**

Aufnahme von Fortbildungsveranstaltungen

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

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

Anzeige

Der Krieg in Afghanistan.

- Hunderttausende auf der Flucht vor Hunger und Bomben
- Bedroht durch 10 Millionen Minen

medico-Hilfe

Spenden für unsere afghanischen Partner zur Minenaufklärung und medizinischen Notversorgung.

Konto: medico international, 1800, BLZ 500 502 01, Frankfurter Sparkasse: „Minenopfer“


medico international

Oberrainstraße 7, 60314 Frankfurt
Tel. 069 94 43 80, Fax 069 43 60 82
Email: info@medico.de, www.medico.de



Sport pro Gesundheit nun auch für Ärztinnen und Ärzte

Joggen hat sich vom Trend zur Massenbewegung entwickelt, in den Fitneß-Studios boomt es und in den Vereinen hat das Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“ Einzug gehalten.

Immer mehr Menschen entscheiden sich für mehr Lebensqualität und sind bereit, dafür Zeit und Geld zu investieren. Der Wandel von der Wohlstandsgesellschaft zur Wohlfühlgesellschaft hat begonnen. „Fit for Fun“ oder Sport aus Spaß an der Freude für mehr Gesundheit und Vitalität.

Hier sind Ärztinnen und Ärzte gefragt, die die Sinnhaftigkeit der primären Prävention erkannt haben und ihre Leistungen Vereinen, Fitneß- und Wellness-Centren, Reiseveranstaltern, Firmen und nicht zuletzt dem auf Gesunderhaltung und Vitalisierung ausgerichteten Patienten oder Klienten kompetent und qualifiziert anbieten wollen.

Vitalisierung und Revitalisierung meint aktive Prävention im reinsten Sinne. Sie beschränkt sich nicht auf Medikamente und passiv technische Maßnahmen, sondern fordert und fördert den Patienten/Klienten zur aktiven Korrektur seiner individuellen Risikofaktoren.

Wie kaum ein anderer Bereich ist die präventive Sportmedizin geeignet fächerübergreifend – interdisziplinär – zu arbeiten, frühzeitig Risikofaktoren zu erkennen und ganzheitlich zu betrachten.

Der Patient/Klient im Gesundheitsmarkt „Sport und Bewegung“ braucht den Arzt an seiner Seite, der ihn individuell und kompetent in allen Fragen der präventiven Sportmedizin berät und auf seinem Weg zu mehr Wohlbefinden vertrauensvoll begleitet. Frei nach dem Motto:

DER FISCH SCHWIMMT –
DER VOGEL FLIEGT –
DER MENSCH BEWEGT SICH

Ab Anfang nächsten Jahres können an der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung Seminare zu den Themen Bewegung, Sport und Fitneß, Ernährung und Nahrungsergänzung, Wellness und Entspannung belegt werden.

Begonnen wird mit zwei „Sport vital“ – Seminaren, die das Projekt „Sport pro Gesundheit“ von seiten der Ärzteschaft unterstützen und ergänzen.

Ziel dieser Seminare ist, möglichst flächendeckend Kolleginnen und Kollegen für diesen wichtigen Präven-

tions- und Gesundheitsbereich zu sensibilisieren und sie zum Ansprechpartner für interessierte Privatpersonen, Vereine und Fitneß-Centren zu machen. Sie sollen befähigt werden, qualifizierte Sporteingangsuntersuchungen vorzunehmen, kompetente und qualifizierte Beratung für Freizeitsportler anzubieten und durchzuführen, das Training zu steuern und das Ergebnis zu kontrollieren.

Angesprochen sind alle sportmedizinisch interessierten Allgemeinärzte, Internisten und Orthopäden, aber auch Betriebs- und Arbeitsmediziner, die sich ein Grundlagenwissen in der präventiven Sportmedizin aneignen möchten.

Die Kurse werden mit Fortbildungspunkten zertifiziert und die An-

SPORTVITAL – Seminar 1 PROGRAMM

Freitag Nachmittag	Check up für Freizeitsportler	▶ Sportrelevante Anamnese ▶ Sportmedizinische/orthopädische Untersuchungstechniken ▶ Lungenfunktionsprüfung ▶ Herz- Kreislaufuntersuchungen ▶ Labor ▶ Untersuchungsbögen / Software
Samstag Vormittag	Funktionelle Beanspruchung des Stütz- und Bewegungsapparates bei ausgewählten Sportarten	▶ Kraft, Ausdauer u. Gelenkigkeit in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht ▶ Beurteilung der Leistungsfähigkeit ▶ Indikation und Kontraindikation bestimmter Sportarten
Samstag Nachmittag	Power-Training und Metabolisches System Laufanalyse – Stretching warm-up – cool-down Regeneration	▶ Auswirkung unterschiedlicher Trainingsarten auf das Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel- und Nervensystem ▶ Praktische Übungen
Sonntag Vormittag	Der Arzt als „medical Consultant“ und „Gesundheits-coach“	▶ Ärztliche Aufgaben im Programm „Sport pro Gesundheit“ ▶ Kommunikation und Service ▶ Marketing und Netzwerke



erkennung auf eine sich eventuell anschließende Weiterbildung im Bereich Sportmedizin ist beantragt.

Nicht allein die Tatsache, daß 75 % der deutschen Bevölkerung zu wenig Bewegung hat, 30 % rauchen, 25 % einen zu hohen Blutdruck haben und 20 % sehr starkes Übergewicht auf die Waage bringen und somit ein hohes Risiko für sogenannte Zivilisationskrankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen, Apoplexie, Gelenk- und Wirbelsäulenbeschwerden haben, läßt die Prävention zur Priorität Nummer eins der Maßnahmen werden, die geeignet sind, die Lebensqualität zu steigern und gleichzeitig die Kosten im Gesundheitssystem zu senken, sondern auch das zunehmende Bedürfnis der Bürger nach mehr Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und die dementsprechende Nachfrage auf dem „Markt“.

Gesundheit und Fitneß stehen ganz oben auf der Wunschliste der Bundes-

bürger – noch vor harmonischer Partnerschaft, finanzieller Unabhängigkeit und beruflicher Sicherheit.

Dabei ist das Augenmerk nicht in erster Linie auf die Erstattungsfähigkeit der Leistung durch die GKV oder PKV gerichtet, sondern vielmehr auf das, von dem man weiß, daß es dem Menschen und seiner Gesundheit gut tut.

Anti-Aging liegt im Trend der Zeit und „Körperliches Training ist die einzig gesicherte Maßnahme, altersbedingten Leistungseinbußen von Herz, Kreislauf, Atmung, Stoffwechsel, Skelettmuskulatur und Nervensystem entgegenzuwirken.“ (Wildor Hollmann)

Entzieht sich die Ärzteschaft der Prävention und der Notwendigkeit in diesem Bereich verstärkt tätig zu werden, gibt sie einen originären und wichtigen Teil der Medizin auf.

Dr. U. Schreiber-Popovic

Termin: 1. Quartal 2002 Der genaue Termin wird im Februar bekanntgegeben

Seminarzeiten:

Beginn: 1. Tag ab 15:00 Uhr

Ende: 3. Tag ca. 14:00 Uhr

Seminargebühr:

€ 613,55/DM 1200,—

(Akademiemitglieder)

€ 741,14/DM 1.450,—

(Nichtmitglieder)

Die Preise beinhalten Verpflegung und Getränke, exkl. ÜN/HP

Anmeldung: bitte nur schriftlich, auch per Fax oder e-mail an die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim-Fax: 06032/782220, e-mail: akademie@laekh.de
Stichwort SPORT VITAL

Die Anmeldungen werden nach der Reihenfolge des Posteingangs berücksichtigt. Begrenzte Teilnehmerzahl !

Entwicklung braucht Gesundheit

AGEH bietet Jobs für Mediziner in der Entwicklungszusammenarbeit

Ob als Kinderkrankenschwester in Palästina oder als Arzt in Simbabwe: Berufserfahrung und persönliches Engagement sind für die Mitarbeit in einem Entwicklungsprojekt in Afrika, Asien oder Lateinamerika unverzichtbar. Die katholische Arbeitsgemeinschaft für Entwicklungshilfe (AGEH) bietet im Bereich Gesundheitswesen aktuell fünf Stellen für Mediziner und erfahrenes Fachpersonal in der Krankenhausverwaltung.

Die in der Regel dreijährige Mitarbeit erfolgt in Zusammenarbeit mit den Partnerorganisationen der AGEH in Deutschland und in den jeweiligen Projektländern. Fachkräfte im Entwicklungsdienst erhalten ein der Tätigkeit angemessenes Unterhaltsgeld und eine umfassende soziale Sicherung auf Grundlage des Entwicklungshelfergesetzes. Entwicklungshelfer werden von der AGEH intensiv auf ihre zukünftige Projektmitarbeit vorbereitet.

Die aktuelle Übersicht der offenen Projektstellen und weitere Informationen zu Anforderungen und Leistungen können im Internet unter <http://www.ageh.de> abgerufen oder direkt bei der: AGEH, Ripuarenstraße 8, 50679 Köln, Tel. 0221/8896-0, Fax 0221(8896-100, angefordert werden.

Mit aut idem ins neue Jahr?

Vorsicht Kollegen, jetzt wirds gefährlich!

Ein lateinisches Zitat beherrscht die Diskussion um die schmelzende Gesundheitsreform.

Mit dem Latinum in der Tasche kennt natürlich jeder Mediziner den gesamten Sinn dieses bekannten Zitats.

Wenn nun das Idem in der Roten Liste nicht erwähnt wird, wenn nun das Idem – nach neuesten Informationen – nach Preisdrittel, Firmenwiderstand und Begeisterung, Genehmigungen und Verboten, Überarbeit- und Zusicherungen erkunden soll, kann das ganze „System“ zusammenbrechen.

Das kollegiale Nebeneinander von Arzt und Apotheker wird schwieriger, Laienzeigefinger tauchen auf, Zeiträume verschieben sich. Favoritenpraktiken sind nicht auszuschließen.

Der schon klassische Ausruf: fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker muß geändert werden ... und und und.

Wir wollen die Beschäftigung mit diesem „neuen Weg“ nicht ausfern; es sträuben sich beim Nachdenken schon genug Haare. Teurer? Komplizierter? Viele „schlaue Wege“ bieten sich an.

Also bitte keine Chance für dies neue „Schlagwort“. Im Eid des Hippokrates kommt der gefährliche Begriff nicht vor. Also verzichten wir im neuen Jahr auf die Variante „aut idem“.

Dann schon lieber „Aut Caesar aut nihil“ für die Gesundheitsreform.

Herzliche Grüße und beste Wünsche
für ein neues Reformationsjahr!
Wolfgang Weimershaus

Ist der Weg noch weit?

Überlegungen über das letzte Urteil zum Bereitschaftsdienst

Dr. med. Alexander Jakob

Zuerst kaum beachtet und dann als Schlüssel zum Tor gefeiert, erregte das im Oktober 2000 vom Europäischen Gerichtshof in Luxemburg gefällte Urteil, daß Bereitschaftszeit Arbeitszeit sei, viele Gemüter, die in irgendeiner Weise mit diesem Thema verbunden sind.

Von den Einen voreilig als schnell umzusetzende Änderung befeiert und sehnlich erwartet, unkten die Anderen, daß diese Ausführungen auf das deutsche Arbeitsrecht in keiner Weise zu übertragen seien, und nicht unerwähnt soll eine dritte, zahlenmäßig nicht zu unterschätzende Gruppe bleiben, die nach Vogel-Strauß-Manier als einzige Reaktion den Kopf eifrig in den Sand steckte, um bloß keine zu lauten Diskussionen zu provozieren.

Die jüngste Klage des Kieler Kollegen Jäger, der am achten November diesen Jahres vor dem dortigen Arbeitsgericht das Urteil des Europäischen Gerichtshofes für deutsches Recht bestätigt bekam (Az: 1Ca2113d/01), ist sicherlich ein neuer Teilerfolg, der aber durch die Ankündigung der Stadt Kiel in Berufung zu gehen, einen deutlichen Dämpfer bekam, auch wenn Berufsverbände schon euphorisch die Fahne in eigener Sache zu schwenken begannen.

Noch kann keiner sagen, wie sich

der deutsche Weg im Bereitschaftsdienst entwickeln wird, auch wenn sich nun zahlreiche Meinungen gebildet haben und bilden werden. Der Weg wird nur über lange Gerichtsverfahren zu gehen sein und es sei hier zu fordern, daß Entscheidungen vielerorts herbeigeführt werden. Ein Erfolgsrezept ist dies jedoch auch nicht. Krankenhaus-träger demonstrieren auch ohne die

„Siege werden bald erfochten; ihre Erfolge befestigen, das ist schwer.“

(Leopold von Ranke)

Neuregelung zur Bereitschaftszeit, daß geltendes Recht nicht unbedingt umgesetzt werden muß. Mancherorts soll bereits der Mythos entstanden sein, daß Krankenhäuser rechtsfreie Räume seien.

Argumentationen sind hier vielfältig und von grotesken Rechtfertigungen bis zu ernstzunehmenden Bedenken geziert.

Der Blick in den Kaffeesatz der Zukunft in deutschen Krankenhäusern bleibt, wenn man ehrlich ist schwarz und undurchsichtig und verschiedenste Modelle und Wege sind möglich.

Ironie hat schon oft Geschichte geschrieben und so könnte es auch diesmal wieder sein. Nach Schätzungen des

Marburger Bundes entstünde durch den Richterspruch eine Kostenlawine, da 15.000 Ärzte, sowie 6.000 Pflegekräfte eingestellt werden müßten. Wie wohlthuend klingen da die Prognosen, daß durch die DRG-Einführung und die damit verbundene Bewertung der Krankenhäuser, gerade kleinere Häuser und nicht leistungsfähige Abteilungen, was auch immer das heißen mag, dem Rotstift zum Opfer fallen werden. Hier scheint uns die Gesundheitspolitik einen billigen Sozialplan beschert zu haben, denn es wäre durchaus denkbar, daß die wegrationalisierten Kollegen kostengünstig als Lückenbüßer eingesetzt werden könnten.

Wir können mit Spannung den weiteren Weg gehen und werden am Ende wahrscheinlich feststellen, daß unsere kühnsten Vorstellungen übertroffen werden.

Ernüchternd kann aber auch festgestellt werden, daß hier zahlreiche Energien gebündelt werden, die unseren Patienten zugute kommen könnten.

Erfolge zu befestigen wird vielfältig möglich werden und abschließend sei noch anzumerken, daß als schönes Nebenprodukt unter Umständen auch ein neues Zusammengehörigkeitsgefühl in der Ärzteschaft entstehen kann.

Dr. med. Alexander Jakob

Zielorientiert läßt sich der Weg verkürzen

Konsequenzen des EuGH-Urteils vom 3. Oktober 2000 in Bezug auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst in Deutschland

Das SIMAP-Urteil AZ: C-303/98 hat neue Maßstäbe für das Arbeitszeitrecht in Deutschland gesetzt. Im Kaffeesatz ist da nichts mehr zu lesen, zu-

mindest nach der Lektüre der rechtsgutachterlichen Stellungnahme des international angesehenen, ehemals Gießener, jetzt Bonner Arbeitsrechtlers

Professor Dr. jur. Meinhard Heinze, das dieser im Auftrag der Bundesärztekammer und des Marburger Bundes angefertigt hat.

Seit 1993 hätte die europäische Arbeitszeitrichtlinie 93/1104/EG in das Arbeitszeitrecht der Bundesrepublik Deutschland umgesetzt werden müssen. Auf Druck der Kostenträger und Krankenhausträgerseite wurde dies im Arbeitszeitgesetz von 1994 nicht vollzogen. Zumindest in diesen sieben Jahren wurden die Arbeitsbedingungen der Krankenhausärzte in supranationalem Recht widersprechender Weise zu Gunsten der Kostenträger und zu Lasten von Patienten und Ärzten in „gesundheitsökonomischer“ Weise gestaltet. Arbeitsmedizinischen und arbeitsschutzspezifischen Erkenntnissen widersprachen Art, Inhalt

und Umfang der sog. Bereitschaftsdienste allemal, verstärkt durch die zunehmende Leistungsverdichtung.

Unter diesen Umständen muß man sich schon überlegen, ob das anachronistische Heldenepos von sechs oder mehr 36-Stunden-Übungen pro Monat dem Schutzinteresse der Patienten dient. Und: dient es der sorgfältigen Berufsausübung, der eigenen Gesundheit? Oder brauchen wir die Dienste um die „wahnsinnig“ zunehmende Verwaltungs- und Codierarbeit heute und morgen in der sog. „Ruhezeit“ noch leisten zu können?

Und was ist mit den in 80 % der Fäl-

le nicht dokumentierten Überstunden?

Ohne Ziele keine Orientierung, kein sinnvoll zu beschreitender Weg. Zielorientiert lassen sich Wege verkürzen. Die Lektüre des Rechtsgutachtens lohnt sich, nicht nur für die Wenigen, die den Rechtsweg über die Arbeitsgerichte beschreiten. Den Richtern ist das Gutachten Maßstab, der Politik, zumindest der für die GKV-Fiskalpolitik zuständigen Bundesregierung offensichtlich noch nicht. Die seit zwanzig Jahren ausstehende Solidarität – Man erinnere sich an den Slogan: „Runter von der 80-Stunden-Woche“ – könnte dem nachhelfen. Dr. Michael Popović

Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes und Fallpauschalengesetzes (DRG) im Krankenhaus

Im Laufe des Jahres 2001 wurden von der Landesärztekammer und im Auftrage des Sozialministeriums auch von den Ämtern für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik in Hessen Erhebungen zur Arbeitszeitbelastung der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus und zur Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes, welches seit 1. Januar 1996 bindend ist, durchgeführt. Erste Ergebnisse aus beiden Untersuchungen liegen nun vor.

Sie bestätigen die bekannten Vermutungen, daß Mehrarbeit über die zulässigen acht Stunden Arbeitszeit häufig anfällt und die gesetzlichen Bestimmungen zur Arbeitszeit nicht eingehalten werden. Dabei ist besonders auffällig, daß die meisten dieser Überstunden nicht dokumentiert und daß in den Bereitschaftsdienst sehr häufig Arbeiten verlagert werden, die während des Tages in der Regelarbeitszeit nicht erledigt werden konnten, wie z.B. das Schreiben von Arztbriefen oder auch das Durchführen von Operationen und Aufklärungs-Gespräche mit den Patienten und den Patienten-Eltern. Zahlreiche Mehrarbeitsstunden sind für die meisten Kolleginnen und Kollegen also nicht die Ausnahme sondern die Norm. Einer der Gründe dafür ist, daß

die Regelarbeitszeit von 8.00 – 16.30 Uhr nicht ausreicht, um alle bei der heutigen Leistungsverdichtung durch kürzere Liegezeiten und höheren Patientendurchgang im Krankenhaus entstehenden Aufgaben zu bewältigen. Dadurch werden Arbeiten, die nach 16.30 Uhr, in der Regel bis 20.00 oder 21.00 Uhr, anfallen, automatisch zu unbezahlter Mehrarbeit oder aber in den Bereitschaftsdienst verlagert. Damit wird angeordneter Bereitschaftsdienst, in welchem laut Arbeitszeitgesetz und Tarifvertrag die Ruhezeit überwiegen sollte, regelhaft als zusätzliche billige Vollarbeitszeit mißbraucht. Dies führt zu einer untragbaren Gesamtbelastung der betroffenen Ärztinnen und Ärzte.

Diese Situation gewinnt angesichts der bevorstehenden Umstellung der Krankenhausfinanzierung von Tagespflegesätzen auf Fallpauschalen (DRG) eine besondere Brisanz. Nach dem Fallpauschalengesetz soll durch die Einführung von DRGs eine gerechtere Abbildung und auch Vergütung der Leistungen im Krankenhaus erreicht werden. Da dies alles unter einem Budgetdeckel erfolgen soll, der für das Krankenhaus schon seit 1993 von der

Politik verbindlich vorgeschrieben ist, kann es nur zu einer Umverteilung der vorhandenen Ressourcen zwischen den einzelnen Krankenhäusern kommen, wobei ein erheblicher Teil der Krankenhäuser ‚auf der Strecke‘ bleiben dürfte. Es wird davon ausgegangen, daß zwischen 30 und 40 % aller Krankenhausbetten einschließlich des dafür erforderlichen Personals in Deutschland auf diese Weise abgebaut werden könnten.

Da schon bisher erhebliche Teile der ärztlichen Leistungen im Krankenhaus (z.B. die oben erwähnten Überstunden und die Routinearbeiten im Bereitschaftsdienst) einfach nicht dokumentiert und somit den Kostenträgern auch nicht in Rechnung gestellt wurden, besteht nun die Gefahr, daß die ärztliche Mehrarbeit bei der Ermittlung der Basisfallwerte systematisch nicht berücksichtigt, damit auch in Zukunft nicht vergütet wird und endgültig unter den Tisch fällt.

Der präzisen und vollständigen Dokumentation aller ärztlichen Leistungen kommt daher in der Anlauf- und Probephase der DRGs eine große Bedeutung zu, denn mit den DRG-Pauschalen sollen auch alle ärztlichen Ko-

Aktuelles

sten abgegolten sein, wenn nicht besondere Prozeduren vereinbart sind oder werden. Damit flößen auch alle bislang gratis erbrachten ärztlichen Leistungen fast unbemerkt in die DRGs mit ein. Es stellt sich jetzt das Problem, wie die wahren gesamten Personalkosten dokumentiert und an die Kostenträger weitergegeben werden können. Eine Voraussetzung dafür ist, daß im Krankenhaus jede anfallen-

de Mehrarbeitsstunde, die nicht durch Freizeit ausgeglichen oder zusätzlich vergütet wird, und jeder Verstoß gegen das Arbeitszeitgesetz, der durch organisatorische Maßnahmen nicht mehr abzufangen ist, exakt dokumentiert werden. Unter dem Budgetdeckel der vergangenen Jahre erbrachte unbezahlte ärztliche Arbeit muß endlich sichtbar und DRG-relevant gemacht werden! Auf Dauer ist im Rahmen des der-

zeitigen Budgetrahmens eine qualitativ hochstehende Versorgung der Patienten in unseren Krankenhäusern nicht mehr möglich. Die Politik muß deshalb endlich den Mut zu einer Grundsatzentscheidung für die dringend notwendige Budgetanhebung aufbringen.

PD Dr. med. Roland Wönne
Vizepräsident der Landesärztekammer
Hessen



Ein Fall für Drei

Ein Ziel der Reformbemühungen ist es, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten zu fördern, sei es, um Kosten zu sparen, sei es, um auch im Interesse des Patienten dessen Behandlung zu koordinieren. Eines der Modelle sieht den Hausarzt in der Funktion des Koordinators, Fachärzte daneben mit der Aufgabe, eine fachbezogene Behandlung zu übernehmen. Alles dies setzt ein hohes Maß an Zusammenarbeit voraus. Wie die Praxis nicht aussehen sollte, nicht selten aber ist, soll folgender Fall belegen, mit dem die Gutachterstelle befaßt worden ist.

Der Fall:

Der Patient war seit Jahren an Multipler Sklerose erkrankt. Sein Hausarzt, Allgemeinmediziner, wies ihn wegen eines akuten Schubs der MS in eine Neurologische Klinik ein. Der Patient wurde dort behandelt und auf das Medikament „Imurek“ umgestellt. Nach drei Wochen wurde der Patient in das Heim entlassen, in dem er wegen seiner Behinderung seit einigen Jahren lebte. Noch am Tag der Entlassung übermittelte die Klinik dem Hausarzt mit Fax einen vorläufigen Arztbericht, in dem auf das neue Medikament hingewiesen und ausdrücklich darum gebeten wurde, in den ersten zwölf Behandlungswochen wöchentliche Blutbild-

kontrollen vorzunehmen, die deshalb nötig sind, weil nur so negative Einflüsse auf die Blutbildung des Knochenmarks (eine mögliche Nebenwirkung des Medikaments) frühzeitig aufgedeckt werden können. Eine Hemmung der Blutbildung tritt in der Regel zu Beginn der Behandlung und schleichend auf. Regelmäßige Bestimmung der roten und weißen Blutkörperchen machen es möglich, eine Tendenz einer Hemmung zu erkennen und das Medikament sofort abzusetzen.

Der Arztbrief lag als Fax noch am Entlassungstag in der Praxis des Hausarztes vor, der allerdings in Urlaub war und von einem Kollegen vertreten wurde. Ob der Vertreter den Arztbrief gesehen hat, war nicht festzustellen. Der Hausarzt, der zwischenzeitlich wieder eine Woche in seiner Praxis gearbeitet hatte, bekam den Arztbrief der Klinik erstmals zu Gesicht, als er – eine Woche nach dem endgültigen Urlaubsende – auf Wunsch des Patienten einen Hausbesuch machte und dabei seine Krankenunterlagen durchsah. Inzwischen waren seit der Entlassung des Patienten aus der Klinik vier Wochen vergangen, in denen der Patient das Medikament regelmäßig eingenommen hatte, aber kein einziges Blutbild gemacht worden war. Bei seinem Hausbesuch schlug der Hausarzt eine Blutabnahme

vor, die der Patient aber ebenso ablehnte wie eine Krankenhauseinweisung. Diese Haltung des ohnehin schwierigen Patienten veranlaßte den Hausarzt, die weitere Behandlung des Patienten abzulehnen und sie stillschweigend den mitbehandelnden Fachärzten zu überlassen.

Ihm war nämlich bekannt, daß der Patient zur Behandlung einer Trigeminus-Neuralgie einen Anaesthesisten und wegen allgemeiner neurologischer Beschwerden einen Neurologen gelegentlich zuzog, die ebenfalls Hausbesuche machten. Gegenüber der Heimleitung war zwischen den Ärzten festgelegt worden, daß der Hausarzt für die medizinische Grundversorgung zuständig sein sollte, die Fachärzte für alles weitere.

Der Neurologe hatte eine Durchschrift des Klinikbriefes mit dem Hinweis auf „Imurek“ erhalten. Er glaubte, der Hausarzt veranlasse Untersuchungen, fragte deshalb aber nicht weiter nach. Zwölf Tage, nachdem der Hausarzt die Behandlung des Patienten abgebrochen hatte, besuchte der Neurologe den Patienten auf dessen Wunsch, bemerkte aber nichts Besonderes. Ob er den Patienten überhaupt untersucht hat, wie und weshalb, war seinen Krankenunterlagen nicht zu entnehmen.



Der Schmerztherapeut kannte den Arztbrief der Klinik nicht, wußte aber vom Patienten, daß er etwa vier Wochen vor dem Hausbesuch des Therapeuten in der Neurologischen Klinik einige Zeit behandelt worden war. Fragen stellte er deswegen aber nicht, sondern er beschränkte sich darauf, dem Patienten im Rahmen der Schmerztherapie „Stilnox“ und „Saroten“-Dragees zu verschreiben, so auch wenige Tage später bei einem zweiten Hausbesuch.

Sechs Wochen nach der Entlassung aus der Neurologischen Klinik (d.h. hier: zwei Wochen nach dem letzten Hausbesuch des Hausarztes, eine Woche nach dem letzten Besuch des Anaesthesisten und zwei Tage nach dem Hausbesuch des Neurologen) wurde der Patient in desolatem Zustand auf Veranlassung der Heimleitung in eine Klinik eingewiesen, wo er als Folge einer Panmyelophthise in einem septischen Schock am nächsten Tag starb.

Familienangehörige haben die Gutachterstelle gebeten zu prüfen, ob den drei Ärzten Fehler unterlaufen sind. Alle drei Ärzte haben ihr Verhalten und Vorgehen als korrekt angesehen und dem Patienten die Schuld an seinem Tod gegeben.

Festgestellte Fehler

Jeder Arzt muß seine Praxis so organisieren, daß ihm eingehende Berichte anderer Ärzte sofort zur Kenntnis gebracht werden. Erst recht muß dies dort gelten, wo diese Berichte Hinweise darauf enthalten, wie eine Behandlung fortgeführt werden sollte oder gar muß. Läßt sich ein Arzt – wie hier der Hausarzt – während eines Urlaubs vertreten, hat der Urlaubsvertreter die nötigen Entscheidungen zu treffen, soweit sie nicht dem Vertretenen ohne Nachteile für den Patienten überlassen werden können. Es muß ausgeschlossen werden, daß Arztbriefe – erst recht solche mit Hinweisen auf dringend gebotene Maßnahmen – ungelesen abgelegt werden und Wochen später zufällig auftauchen.

Erfährt der Arzt aus dem Brief der

Klinik, daß eine bereits eingeleitete medikamentöse Therapie engmaschiger Kontrollen bedarf, ist es eigentlich selbstverständlich, daß er sich mit dem eingesetzten Medikament vertraut macht, auch dessen Gefährdungspotential kennenlernt, weil ihm ja die weitere Behandlung des Patienten obliegt, er also Wirkung und Nebenwirkung bei seinem Patienten im Auge behalten muß. Dazu gehörte es hier, wöchentliche Blutbildkontrollen zu veranlassen. Verweigert ein Patient die dafür nötige Blutentnahme, muß der Arzt klären, weshalb er dies tut, er muß versuchen, ihn von der Notwendigkeit zu überzeugen, auch mit Hilfe der Angehörigen. Er muß dem Patienten die Gefahren deutlich vor Augen führen. Notfalls muß er dafür sorgen, daß der Patient das Medikament sofort absetzt und statt dessen ein anderes erhält. Hier hätte sich angeboten, den ohnehin mit dem Patienten vertrauten Fachmann, den Neurologen, hinzuzuziehen, der – wie der Hausarzt aus dem „Verteiler“ des Arztbriefes erfahren konnte – von der Medikamentenumstellung wußte. Eine kollegiale Zusammenarbeit hätte sich geradezu aufgedrängt, ist aber nicht versucht worden. Daß es elementaren Regeln ärztlichen Handelns widerspricht und es schlechthin unverständlich erscheint, bei der ersten Ablehnung einer Blutentnahme durch den Patienten aus Verärgerung über einen als schwierig empfundenen Patienten dessen Betreuung einfach abbrechen, ihn seinem Schicksal zu überlassen – und dies angesichts eigener gravierender Versäumnisse –, dies muß nicht näher begründet werden.

Der vom Patienten in unregelmäßigen Abständen zugezogene Neurologe wußte zwar von der eingeleiteten Therapie mit „Imurek“, interessierte sich dafür aber nicht, weil er den Allgemeinmediziner für zuständig hielt! Nur mit diesem Desinteresse ist zu erklären, daß ihm bei seinem fachärztlichen Hausbesuch drei Tage vor dem Tod des Patienten an ihm keinerlei Veränderungen aufgefallen sind. Eher hätte es nahegelegen, mit dem Hausarzt wegen der „Imurek“-

Therapie Verbindung aufzunehmen und kollegiale Hilfe anzubieten. Dann wäre dem Neurologen sehr schnell und früh das ganze Desaster der hausärztlichen „Nichtbehandlung“ klargeworden. Zur Zeit seines Besuches drei Tage vor dem Tod des Patienten war freilich nichts mehr zu retten.

Auch dem Schmerztherapeuten ist vorzuwerfen, daß er nicht einmal die Aufgabe, die ihm gestellt war (nämlich zur Linderung einer Trigeminus-Neuralgie beizutragen), sorgfältig wahrgenommen hat. Als Anaesthesist sollte er mit Medikamenten-Wechselwirkungen besonders gut vertraut sein. Da der Patient ihm von seinem Aufenthalt in der Neurologischen Klinik berichtet hatte, wäre es seine Pflicht gewesen, nach Veränderungen in der Medikation zu fragen, weil er ja daran seine eigenen Verschreibungen orientieren mußte. Saroten-Dragees z.B., die er für den Patienten verordnete, kennen Anwendungsbeschränkungen bei Störungen des Blutbildes. In Kenntnis des von dem Patienten seit vier Wochen eingenommenen Medikaments „Imurek“ hätte der Anaesthesist also ausschließen müssen, daß solche Störungen des Blutbildes vorliegen. Hätte er diese Vorgeschichte mit der gebotenen Sorgfalt geklärt (und nicht blind seine alten Verordnungen fortgesetzt), hätte auch er von dem dramatischen Versagen des Hausarztes erfahren. Auch er hätte noch eingreifen können und müssen, denn kein Arzt darf offensichtliche Fehler eines Kollegen hinnehmen mit der Begründung, er habe den Kollegen nicht zu „kontrollieren“. Als Arzt hat er den Patienten vor Schaden zu bewahren, erst recht einen chronisch und schwer Erkrankten.

Dieser tragische Fall erscheint deshalb so lebensnah, weil man einem derartigen unkoordinierten Nebeneinanderher mehrerer Ärzte nicht selten begegnet. Welche Folgen dies für Patienten haben kann, wird nicht immer so deutlich wie hier.

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



Sicherer Verordnen

Chinesische Heilkräuter

Schwermetallgehalt/ Nierenversagen

Das Zentrallabor der deutschen Apotheker untersuchte 18 Pflanzendrogen aus chinesischen Heilkräutern auf ihren Schwermetallgehalt. Bei einer Droge lag der Cadmiumgehalt, bei neun der Blei-gehalt und bei 15 der Quecksilbergehalt zum Teil erheblich über den empfohlenen Höchstmengen. Nur zwei Drogenzubereitungen (ca. 11 %) blieben ohne Beanstandungen. Wie bereits früher ausgeführt, sollten „natürliche“ Pflanzendrogen, deren Qualität und Reinheit nicht den deutschen Bestimmungen entsprechen, weder verordnet noch empfohlen werden. Dysplasien des Urothels (19 Fälle) bis hin zum Blasenkarzinom (18 Fälle) unter der Einnahme einer chinesischen Teemischung in Belgien, bei der der Hersteller irrtümlich eine nierentoxische Droge untergemischt hat, und 12 Fälle von Nierenversagen nach der Anwendung einer chinesischen Heilkräutermixtur in Taipeh können diese Aussage unterstützen.

Quelle: Pharm. Ztg. 2001; 146: 421; NEJM 2000; 342: 1686; Am.J.Kidney Dis. 2000; 35: 313

Ödeme

Arzneimittel

Neben z.B. cardialen, endokrinen, hepatischen und renalen Ursachen von Ödemen können auch Arzneimittel zu einer Flüssigkeitsretention führen und auf diese Weise entsprechende systemische Erkrankungen vortäuschen.

Quelle: Münch. med. Wschr. 2001; 143: Zertifiz. Fortbildung, 16. Folge

Psychopharmaka

Herzmuskelschäden

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat in Uppsala, Schweden, ein Zentrum aufgebaut, in dem Berichte zu uner-

wünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) aus aller Welt gesammelt und ausgewertet werden. In einem Kurzbericht wird ein Ergebnis dieser Auswertung beschrieben. Nicht nur unter der Gabe von Clozapin (Clozapin-neuraxpharm®, Elcrit®, Laponex®) können Myocarditis oder Kardiomyopathien auftreten, sondern auch unter anderen Psychopharmaka. Bei plötzlichen, nicht erklärlichen Todesfällen von Patienten, die mit Psychopharmaka therapiert werden, sollte ein UAW dieser Arzneistoffe in Betracht gezogen werden. Beschuldigt werden

Chlorpromazin (Propaphenin®)

Fluphenazin (Dapotum®, Fluphanazin-neuraxpharm®, Lyogen®, Lyorodin®, Omca®)

Haloperidol (Haldol®, viele Haloperidol-Generika)

Lithium (Hypnorex®, leukominerale®, Quilonum®, viele Generika)

Risperidon (Risperdal®)

Anmerkung: Wie die Autoren feststellen, bedarf es einer Bestätigung dieser „Signalgeneration“ von UAW in weiteren Untersuchungen, sowohl bei den genannten Psychopharmaka als auch bei den derzeit unauffälligen wie z.B. Olanzapin (Zyprexa®), Quetiapin (Seroquel®), Zuclopenthixol (Ciatyl-Z®), die noch zu kurzfristig im Handel sind, um seltene UAW entdecken zu können.

Quelle: Brit. med. J. 2001; 322: 1207

Phenprocoumon

Nekrotisierende Hepatitis

Sieben Monate nach Beginn einer Therapie mit Phenprocoumon (Falithrom®, Marcumar®, Generika) traten bei einer 52-jährigen Patientin (Indikation: Herzklappenersatz) Symptome einer Hepatitis auf, die durch erhöhte Leberwerte verifiziert werden konnte. Eine Wiederaufnahme der Therapie mit Phenprocoumon führte nach 14 Tagen erneut zu einer erheblichen Verschlechterung der Laborparameter und zum endgültigen Umstellen auf Dalteparin (Fragmin®). Vier Monate später war die Patientin beschwerdefrei.

Anmerkung: Das sehr späte Auftreten dieser seltenen unerwünschten Wirkung (UAW) von Phenprocoumon und ein anfangs negativer Lymphozytenstimulationstest auf diesen Arzneistoff führte zu der ungewollten Reexposition und dadurch zu einem fast sicheren Hinweis auf eine medikamenten-induzierte Leberschädigung. Seltene UAW und individuelle Prädispositionen sind „Geschwister“. Das Auftreten dieser UAW ist selbst bei langjähriger Erfahrung kaum zu vermeiden, sollte jedoch bei unklaren Befunden immer bedacht werden und bedarf schneller Maßnahmen.

Quelle: DMW 2001; 126: 457

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus: Rheinisches Ärzteblatt 7/2001

Arzneimittelgruppe	Wirkungsmechanismus	Anmerkungen
Nicht-steroidale Antiphlogistika (NSAR, NSAID)	Prostaglandinwirkung in der Niere gehemmt	
Antidepressiva	Freisetzung von antidiuretischem Hormon durch Stimulation der Hypophyse	Cave: Hyponatriämie!
Antihypertensiva: Minoxidil, Diazoxid Kalziumantagonisten	Abnahme der renalen Perfusion durch systemische Vasodilatation insbesondere Dilatation in den unteren Extremitäten	Nur in Kombination mit Diuretika anwenden! Diuretikaresistente Ödeme!
ACE-Hemmer		
Diuretika	Aktivierung des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems	Ödembildung insbesondere beim Absetzen und durch Missbrauch
Glukokortikoide (+ Carbenoxolon, Lakritze)	mineralokortikoider Effekt	
Laxantien	wie Diuretika	
Retinoide, Vitamin A	Allergische Ödembildung	
Zytostatika	wie Antidepressiva	

Wegen der Aktualität der Ereignisse und der weltweit bestehenden Gefahren aus potentieller Anwendung biologischer Kampfmittel geben wir den Beschluß des Weltärztebundes von dessen 160. Sitzung in Ferney-Voltaire, Frankreich, am 7. Oktober 2001, bekannt. (Ins Deutsche übertragen von Dr. med. Viktor Karnosky)

The World Medical Association, Inc.

WMA Council Resolution zu biologischen Waffen

Aufgrund

1. Die World Medical Association erkennt die zunehmende Gefahr, daß biologische Waffen benutzt werden könnten, um verheerende Epidemien zu verursachen, die sich international ausbreiten könnten, und daß alle Länder diesem Risiko unterliegen.
2. Die Freisetzung der Erreger von Pocken, Pest, Anthrax oder anderer Krankheiten könnte verhängnisvolle Folgen haben in Bezug auf die daraus resultierenden Krankheits- und Todesfälle verstärkt durch die Panik, die solche Ausbrüche zur Folge hätten. Gleichzeitig gibt es ein zunehmendes Potential für die Produktion neuer mikrobieller Kampfmittel, da die Expertise in der Biotechnologie wächst und Methoden für genetische Manipulationen von Organismen einfacher werden. Die Konsequenzen eines erfolgreichen biologischen Angriffs, insbesondere wenn die Infektion leicht übertragbar wäre, könnten die Folgen eines chemischen oder sogar eines nuklearen Ereignisses weit übersteigen. Aufgrund des freizügigen Reiseverkehrs und der zunehmenden Globalisation könnte ein Ausbruch in irgendeinem Teil der Welt eine Drohung für alle Nationen sein.

Wegen dieser Faktoren empfiehlt der WMA Council:

3. Daß die World Medical Association und die nationalen Gesundheitsorganisationen weltweit eine aktive Rolle darin übernehmen, ein internationales Verantwortungsbewußtsein zu fördern, welches die Entwicklung, die Produktion oder die Anwendung von Giften und biologischen Stoffen verurteilt, sofern sie einer Rechtfertigung für prophylaktische, schützende oder andere friedvolle Zwecke entbehren.
4. Daß die World Medical Association, die nationalen Gesundheitsorganisationen und die Mitglieder der Heilberufe weltweit, zusammen mit der Weltgesundheitsorganisation, den Vereinten Nationen und anderen in Frage kommenden Institutionen, darauf hinwirken, einen internationalen Zusammenschluß von Führungskräften aus Medizin und öffentlichem Gesundheitswesens einzurichten, der die Bedrohung durch biologische Waffen überwacht, Möglichkeiten zur Verhinderung einer Verbreitung biologischer Waffen identifiziert und einen koordinierten Plan für die Überwachung des weltweiten Auftretens ansteckender Krankheiten entwickelt. Dieser Plan sollte sich wenden an: (a) internationale Überwachungs- und Meldesysteme, um die Erkennung und Kontrolle von Ausbrüchen ansteckender Krankheiten weltweit zu verbessern; (b) Die Entwicklung eines wirkungsvollen Prüfprotokolls auf Basis der UN-Konvention zu biologischen und Giftwaffen; (c) Ausbildung von Ärzten und Mitgliedern des öffentlichen Gesundheitswesens bezüglich auftauchender ansteckender Krankheiten und potentieller biologischer Waffen; (d) Laborkapazitäten zur Identifizierung biologischer Krankheitserreger; (e) Verfügbarkeit geeigneter Impfstoffe und pharmazeutischer Produkte; und (f) finanzielle, technische und Forscherfordernisse zur Reduzierung der Gefahr des Einsatzes biologischer Waffen und der Bedrohung durch andere ansteckende Krankheiten.
5. Daß die World Medical Association Ärzte dazu auffordert, sich gegenüber dem Auftreten ungeklärter Krankheits- und Todesfälle in ihrer Umgebung wachsam und bezüglich der Überwachung und Kontrollmöglichkeiten von Krankheiten auf dem aktuellen Stand halten, um auf ungewöhnliche Häufungen von Krankheiten, Symptomen oder Beschwerden reagieren zu können.
6. Daß die World Medical Association Ärzte, nationale Gesundheitsorganisationen und andere medizinische Gesellschaften dazu ermutigt, mit den örtlichen, nationalen und internationalen Gesundheitseinrichtungen zusammen, Katastrophenschutzpläne und Protokolle für Erstmaßnahmen bei Anschlägen durch Bioterrorismus und bei Ausbrüchen natürlicher ansteckender Krankheiten zu entwickeln und zu implementieren. Diese Protokolle sollten als Grundlage für die Ausbildung von Ärzten und in öffentlicher Erziehung verwendet werden.
7. Daß die World Medical Association alle Ärzte, die an biomedizinischer Forschung beteiligt sind, dazu auffordert, die Implikationen und möglichen Anwendungen ihrer Arbeit zu bedenken und sorgfältig zwischen ihrem Streben nach wissenschaftlicher Erkenntnis und ihrer ethischen Verantwortung gegenüber der Gesellschaft abzuwägen.

Einweihung des neuen Zentrums der Frauenheilkunde am Universitätsklinikum Frankfurt

Blickfang und äußeres Zeichen der Sanierung ist der metallverkleidete Außenaufzug. Im Inneren des Gebäudes erwarten den Besucher eine moderne klinische Einrichtung und ein großzügig gestaltetes Forschungslabor. Nach dreieinhalbjähriger Bauzeit wurde am 31. Oktober 2001 das neue Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (ZFG) des Universitätsklini-

kums Frankfurt eingeweiht. Vollständig saniert und von Grund auf modernisiert bietet es neben Zweibettzimmern, praxisartigen Untersuchungsbecken und einem neuen Kreissaal auch eine eigene Tagesklinik und zertifizierte Forschungslabors. Für die Patientenversorgung sind vier Betten hinzugekommen; damit verfügt das ZFG nun über 86 Betten für die Allgemein-

pflege und vier Betten für die Intensivversorgung.

Als „bemerkenswerte Forschungseinrichtung“ bezeichnete der Dekan des Fachbereichs, Professor Dr. Gerhard von Jagow, das neu entstandene Forschungslabor bei der offiziellen Einweihung. Professor Dr. Manfred Kaufmann, Direktor des Zentrums für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, sei

die „unermüdliche, treibende und gestaltende Kraft“ bei der Schaffung des neuen Zentrums für Frauenheilkunde gewesen. Mit dem neuen Labor habe man eine paradigmatische Lösung zur Einbindung moderner molekularbiologischer Forschung in den klinischen Betrieb gefunden.

Geleitet wird das neu entstandene Forschungslabor von Professor Dr. Streibhardt, der zuvor am Georg-Spey-

er-Forschungsinstitut tätig war. Die deutsche Hochschulmedizin erführen in ihrem Verständnis, wie Krankenbehandlung, Forschung und Lehre parallel organisiert werden könnten, einen grundlegenden Wandel, hob von Jagow hervor. Der Kliniker könne zwar die Ziele der Forschung bestimmen, sowie ihre klinische Relevanz und Bedeutung steuern, doch er brauche einen eigenständigen Forschungsleiter, oft ei-

nen Naturwissenschaftler, der mit seinem Team die medizinischen Erkenntnisse vorantreibe. In seinen Augen, so von Jagow, sei die gemeinsame Forschung von Biologen und Medizinern der Weg der Zukunft. Den Professoren Kaufmann und Streibhardt wünschte der Dekan, daß es ihnen gelinge, in den nächsten Jahren wesentliche Beiträge zur Bekämpfung des Mammakarzinoms zu leisten. Katja Möhrle

Bücher

Extrakorporale Stoßwellentherapie in der Orthopädie – Grundlagen und Anwendung

Egon Siebert W, Buch M. (Hrsg): ecomed verlag, Landesberg. ISBN 3-60951950-9. 2001. DM 79,90.

Im ersten Teil beschäftigt sich das Buch mit Grundlagen zur extrakorporalen Stoßwellentherapie. Es konnte an verschiedenen Spezies nachgewiesen werden, daß hochenergetische extrakorporale Stoßwellen zu Knochenneubildungen bei Beagles führen. Bei Schafen konnte aber eine Zunahme der Mineralisierung in Bohrlöchern des Knochens bei Anwendung hochenergetischer Stoßwelle nicht gesehen werden, wohl aber bei niedrigerenergetischer Applikation.

Sehr hohe Energien bewirken bei Knochen von Kaninchen und Schweinen Nekrosen im Knochenmark mit anschließender Knochenneubildung. Hingegen haben auch stärkste Energien keinen Einfluß auf Knorpelgewebe. Weichteilgewebe lenkt den Fokus geringfügig ab und führt zu einer exponentiellen Abnahme der Energie mit der Entfernung vom Fokus. Die Anwendung von Stoßwellen bei der Knochenbruchheilung erfordert neben der Rücksicht auf die Anatomie des Patienten auch ein besonderes Augenmerk auf die Auswahl der applizierten Energien.

Im zweiten, mehr klinischen Teil werden einige Indikationen zur Stoßwellentherapie abgehandelt, die zur Zeit aufgrund einer Übereinkunft Schwerpunkt der Forschung sind. Aktuelle Erkenntnisse aus der Neurophysiologie und

Sportmedizin werden ebenso wenig dargeboten wie Daten zur Behandlung des Fersensporns.

Es werden Wirksamkeitsuntersuchungen zur Behandlung von Epicondylitis humeroradialis et ulnaris, Tendinosis calcarea, Hüftkopfnekrose, Endoprothesenlockerung und Pseudarthrosen vorgestellt. Es zeigen sich trotz aller Widersprüche, die in der Anlage der Studiendesigns begründet sind, deutlich positive Tendenzen für die Wirksamkeit extrakorporaler Stoßwellen bei diesen Indikationen. Der Beweis der Überlegenheit gegenüber operativen Verfahren gelingt aber nur bei einigen dieser Indikationen.

Das Buch gibt über diese Indikationen, die in Tierversuchen und in vitro gewonnenen Grundlagen einen sehr guten Überblick. Die Beiträge selbst diskutieren ihre Sujets anhand umfassender Literaturverzeichnisse, so daß der interessierte Leser eine umfassende Übersicht erwerben kann.

Die Vergleichbarkeit der verschiedenen Studien ist aber nicht gegeben, weil grundlegende Bedingungen nicht erfüllt sind. Ein Teil der Untersuchungen geht bei der Angabe der applizierten Energien immer noch von der Ladespannung in der Therapiequelle und nicht von der für den klinischen Ansatz wirklich relevan-

ten Energieflußdichte im Fokus aus. Die Industrie verhindert (aus merkantilem Interesse?) die Gleichschaltung der Nomenklatur. Die Behauptung, daß Stoßwellen verschiedener Hersteller unterschiedlich seien, ist eine Albernheit, die immer wieder verkündet wird, um das eigene Produkt herauszustreichen. Akustische Stoßwellen und deren Fokus sind physikalisch definiert.

Die Herausgeber des Buches sind zugleich wichtigste Veranstalter der ausgezeichneten Kongresse zur extrakorporalen Stoßwellentherapie in Kassel. Sie sollten keine Beiträge mehr zulassen, die eine Vergleichbarkeit der Anwendungen nicht gestattet. Ihr Buch leidet erheblich darunter, daß der Leser zwar erfährt, was er bei den verschiedenen orthopädischen Indikationen tun kann, aber nicht wie er es machen muß, wenn er nicht dasselbe Gerät hat, wie der Autor der publizierten Untersuchung.

Henning Lohse-Busch

**Lösungswort des
Kreuzworträtsels**

von Seite 623,
Ausgabe 12/2001

Hashimoto

Zum Gedenken an Dietrich Starck

Professor Dr. med. Dr. phil. h.c. Dietrich Starck, langjähriger Direktor der Dr. Senckenbergischen Anatomie der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt starb am 14. Oktober 2001.

Starck, am 29. September 1908 als Sohn des Facharztes für Chirurgie und Geburtshilfe Dr. Julius Starck und dessen Ehefrau Else in Stettin geboren, studierte von 1926 bis 1932 Medizin in Jena, Wien und Frankfurt. 1932 wurde er mit einer Arbeit zum Thema „Die Kau-muskulatur der Platyrrhinen“ mit summa cum laude in Frankfurt zum Dr. med. promoviert. Anschließend wechselte er an das Anatomische Institut der Universität Köln und habilitierte sich dort 1936 für das Fach Anatomie mit einer Schrift „Über einige Entwicklungsvorgänge am Kopf der Urodelen“.

Nachdem Starck 1943 kurzfristig den Direktor der Dr. Senckenbergischen Anatomie vertreten hatte, kehrte er 1944 endgültig an dieses Institut zurück und wurde 1949 zum ordentlichen Professor der Anatomie berufen. Professor Starck hat die Dr. Senckenbergische Anatomie aus den Trümmern des 2. Weltkrieges aufgebaut und mehr als drei Jahrzehnte bis 1976 in herausragender Weise geleitet. Ehrenvolle Rufe an die Universitäten Köln (1955) und Graz (1959) lehnte er ab.

Bereits in den frühen Nachkriegsjahren hat sich Starck mit sehr großem Erfolg für die Neuschaffung der wissenschaftlichen und persönlichen Verbindungen zum Ausland eingesetzt. Unter seiner Führung entwickelte sich die Frankfurter Anatomie zu einer blühenden Forschungsstätte; zahlreiche Lehrstühle der Anatomie und Zoologie wurden mit Starck-Schülern besetzt.

Das reiche, von Dietrich Starck bis ins hohe Lebensalter geschaffene wissenschaftliche Werk war der Wirbeltiermorphologie, der Neuroanatomie, der Embryologie und der Primatologie gewidmet. Aus der Fülle seiner morphologischen, systematischen und taxonomi-

schen Kenntnisse lieferte er als Meister der Synthese einen wesentlichen Grundstein für die moderne Evolutionsbiologie. Für seine national und international hochanerkannten wissenschaftlichen Leistungen wurden Dietrich Starck zahlreiche Ehrungen und Auszeichnungen zu teil. Dietrich Starck war Mitglied der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina, die ihm 1983 die Gregor Mendel Medaille verlieh. 1974 wurde er mit der Ehrendoktorwürde der Philosophischen Fakultät der Universität Wien ausgezeichnet. Er war Vorsitzender und Ehrenmitglied der Anatomischen Gesellschaft, der Deutschen Zoologischen Gesellschaft und vieler anderer nationaler und internationaler wissenschaftlicher Gesellschaften. Die Senckenbergische Naturforschende Gesellschaft ernannte ihn 1977 zum korrespondierenden Mitglied und verlieh ihm ihre höchste wissenschaftliche Auszeichnung, die Cretzschmar-Medaille.

Dietrich Starck ist nicht nur als Wissenschaftler hervorgetreten, sondern hat auch durch seine begeisternden, mit beidhändigem Zeichnen illustrierten Vorlesungen und Kurse sowie durch seine didaktisch hervorragenden, weit verbreiteten Lehrbücher Generationen von Studierenden der Medizin und Biologie geprägt.

Dietrich Starck hat sich über die Gren-

zen seines Faches hinaus kraftvoll und in der ihm eigenen zielstrebigsten Art für die allgemeinen Belange der Universität und der medizinischen Fakultät eingesetzt und sich hohe Verdienste um den Auf- und Ausbau der Goethe-Universität erworben. Als Vorsitzender der Edinger Stiftung war es ihm eine besondere Aufgabe, sich um den Bestand des Neurologischen Instituts von Ludwig Edinger zu kümmern. Auch in der akademischen Selbstverwaltung hat er stets klaren Kurs gehalten. Zu der seit 1968 absehbaren Entwicklung einer primär nicht an Wissenschaft und Forschung ausgerichteten Massenuniversität hat Starck immer wieder eindringlich und eindeutig Stellung bezogen, da er sich nicht mitschuldig an einer voraussehbaren Fehlentwicklung machen wollte. Wiederholt betonte er, daß erst eigenes Entdecken zu lebendiger und kritischer Wissensvermittlung befähigt.

Dietrich Starck hat als Wissenschaftler, akademischer Lehrer und unermüdlicher Verfechter der Belange der Universität Maßstäbe gesetzt, die ihm unser ehrendes Andenken sichern.

Prof. Dr. med. Horst-Werner Korf
Prof. Dr. med. Jürgen Winckler



Professor Dr. med. Klaus L. Schmidt, Bad Nauheim, wurde anlässlich einer Mitgliederversammlung des Verbandes Deutscher Badeärzte in Bad Wildungen

vom Vorstand zum Ehrenmitglied berufen. Außerdem wurde Professor Schmidt mit der Grünhut-Medaille des Deutschen Bäderverbandes ausgezeichnet, diese wurde vom Präsidenten, Professor Dr. M. Steinbaut, überreicht. Weiterhin wurde er mit der Ehrenpla-



Bild (pop)

kette der Landesärztekammer Hessen für sein großes Engagement für die Ärzteschaft ausgezeichnet.

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Curt-Gerhard

Lorber, Wetzlar, erhielt die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen für sein besonderes Engagement für die Ärzteschaft überreicht.



Bild (pop)

Erfolgreiche Bilanz

Fünf Jahre psychosomatische Klinik am Hospital zum Heiligen Geist

Die psychosomatische Medizin rückt die Persönlichkeit des Patienten in den Mittelpunkt. Nicht Organe sollen geheilt werden, sondern Menschen. Es geht darum, Krankheiten auf mehreren Ebenen zu betrachten: auf der psychologischen, der sozialen, der entwicklungsbedingten und der körperlichen. Bei psychosomatischen Erkrankungen wandelt sich der seelische Schmerz in körperliche Symptome; die Psyche nutzt den Körper gewissermaßen als Sprachrohr. Thure von Uexküll bezeichnete die Psychosomatik als „Medizin für neugierige Ärzte“. Ihr Ansatz ist fachübergreifend; für sie sind die biologischen, psychologischen und sozialen Elemente der Gesundheit eng miteinander verwoben.

Das 1995 von der Landesärztekammer Hessen erstellte Gutachten zur Notwendigkeit der Einrichtung psychosomatischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern hat sich in der Praxis beispielhaft bewährt: Vor kurzem konnte die psychosomatische Klinik am Hospital zum Heiligen Geist in Frankfurt unter der Leitung von Dr. Wolfgang Merkle ihr fünfjähriges Bestehen feiern. Ein „zähes Ringen“ sei dem Aufbau der Klinik vorangegangen, sagte der Frankfurter Stadtrat Nikolaus Burggraf in seiner Eröffnungsrede. Er erinnerte daran,

daß Mitte der neunziger Jahre gerade einmal 14 Betten für psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik in der Mainmetropole zur Verfügung gestanden hätten. 1995 gelang es Professor Dr. Klaus-Reinhard Genth, eine übergeordnete, psychosomatische Abteilung in seinem Haus einzurichten: Auf der Grundlage des Kammergutachtens und auf Wunsch seiner Mitarbeiter.

Als Folge der zunehmenden Spezialisierung in der Medizin begaben sich Ärztinnen und Ärzte früh in ein Fachgebiet hinein und fixierten sich damit zu sehr auf den organischen Ansatz, erklärte Genth. Für viele Patienten sei dies problematisch, da hinter ihren organischen Beschwerden häufig psychosoziale Faktoren steckten. Vor allem junge Kollegen fühlten sich überfordert, organische Beschwerden mit dem psychosozialen Hintergrund zu verbinden, zumal das Studium zu wenig darauf vorbereite. „Ich halte deshalb einen übergreifenden psychosomatischen Ansatz in der Medizin für dringend erforderlich“, betonte Genth. Im Hospital zum Heiligen Geist habe die Integration der Psychosomatik geholfen, interdisziplinäre Grenzen zu überwinden. Merkle und sein Team hätten die Abteilung in das Haus integriert und Verbindungen zu niedergelassenen Kollegen geknüpft.

Neben einer stationären Behandlungseinheit, die zunächst 18, mittlerweile 28 Betten umfaßt, wurden eine Tagesklinik mit neun Plätzen, ein Konsiliar- und Liaisondienst sowie eine Ambulanz aufgebaut. Der Grund für die Einrichtung der Tagesklinik lag in der Notwendigkeit, psychosomatische Therapien entweder als Vorbereitung einer stationären Behandlung oder bei schwierigen äußeren Gegebenheiten – etwa wenn der Patient oder die Patien-

tin kleine Kinder zu versorgen hat – durchzuführen. Außerdem lassen bestimmte Krankheitsbilder, Kostengründe oder eine besondere Vorgeschichte (z.B. bei „Heimkindern“ und Personen mit traumatischen Erlebnissen) den Besuch der Ambulanz im Vergleich zur stationären Behandlung geeigneter erscheinen. Der von einigen Kassen vertretenen Einschätzung, psychosomatisch Kranke könnten auch in psychiatrischen Kliniken therapiert werden, widersprachen Genth und Merkle vehement.

Eine Umfrage unter den 440 Patienten, die bis Ende 1999 in der psychosomatischen Klinik am Hospital zum Heiligen Geist therapiert wurden, ist ein Beleg für die erfolgreiche Arbeit. 80 % der Befragten schätzten den Behandlungserfolg nach der Therapie als „hoch“ ein. Das gleiche positive Ergebnis zeigten die Angaben zur Frage nach der gewonnenen Lebenszufriedenheit als bedeutsamsten gesundheitlichen Parameter. 85 % der Befragten fanden es wichtig, die Behandlungsergebnisse durch Qualitätskontrollen zu überprüfen. Im Jahr 2000 verzeichnete die Klinik eine Belegungsquote von 88,7 %. Nur 1/3 der stationären Patienten waren Männer. Merkle führte dies unter anderem darauf zurück, daß diese größere Schwierigkeiten hätten, die psychosomatische Behandlung gegenüber ihrem Umfeld zuzugeben. „Sie sind daher in der Tagesklinik besser aufgehoben.“

Nach fünf Jahren Tätigkeit sei erst ein Anfang gemacht, kommentierte Merkle die aktuelle Situation. So solle die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten künftig weiter verstärkt und der Konsiliardienst ausgebaut werden. Mit der Onkologie am Nordwestzentrum habe diese Zusammenarbeit bereits begonnen.

Katja Möhrle

Anzeige

Der Krieg in Afghanistan.

Hundertausende auf der Flucht vor Hunger und Bomben, bedroht durch Minen.

Spenden für Minenaufklärung und medizinische Notversorgung
Konto: medico international, 1800, BLZ 500 502 01, Frankfurter Sparkasse: »Minenopfer«

www.medico.de





Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Marie-Luise Rohde, Heusenstamm, am 1. Februar,
Dr. med. Renate Delbrück, Bad Homburg, am 4. Februar,
Dr. med. Gisela Peters, Frankfurt, am 15. Februar,
Dr. med. Helmut Kropp, Frankfurt, am 15. Februar.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Werner Wöbbeking, Spangenberg, am 29. Februar.

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Anmeldung der Auszubildenden zur Abschlußprüfung für Arzthelfer/innen im Sommer 2002 vom 8. Mai bis 1. Juli 2002

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

20. Februar 2002

bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden.

Die Anmeldung erfolgt durch Einreichung des Anmeldeformulars.

Außerdem sind der Anmeldung beizufügen:

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

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

Zur Abschlußprüfung im Sommer 2002 sind anzumelden:

1. Auszubildende, deren Ausbildungszeit **nicht später als am 1. September 2002** endet,
2. Auszubildende, die die **Abschlußprüfung vorzeitig** abzulegen beabsichtigen und deren Ausbildungszeit **nicht später als am 1. Januar 2003** endet,
3. Wiederholer/innen, die in einem vorangegangenen Prüfungstermin die Abschlußprüfung nicht bestanden haben,
4. Sog. Externe, die die Zulassungsvoraussetzungen gemäß § 40 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz erfüllen.

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

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

Landesärztekammer Hessen

Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

Verlust von Arztausweisen

Arztausweis Nr. HS/M/ 109/1996, ausgestellt am 11.12.1996, für Barthold Hornung, Marburg,

Arztausweis Nr. HS/G/4516, ausgestellt am 25.11.1998, für Elke Andrea Königsberger, München,

Arztausweis Nr. HS/M/ 90/1996, ausgestellt am 15.10.1996, für Dr. med. Sabine Schmidt, Lausanne,

Arztausweis Nr. HS/F/9119, ausgestellt am 31.5.1999, für Irini Siroulani, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/7957, ausgestellt am 19.11.1996, für Ioannis Varetimidis, Offenbach.

Fortbildung „Bluterkrankungen und Krebs – Neue Therapien und alte Ängste“

24stündiger Fortbildungskurs für ArzthelferInnen, ArztfachhelferInnen und MitarbeiterInnen in Arztpraxen oder anderen Institutionen des Gesundheitswesens, die nicht im Schwerpunkt die onkologische Versorgung von Patienten als Leistungsspektrum haben. Das Fortbildungsseminar soll die TeilnehmerInnen befähigen, die Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung zu unterstützen.

Block 1: Freitag, 01.02.2002 + Samstag, 02.02.2002

Block 2: Freitag, 15.02.2002 + Samstag, 16.02.2002

Auskünfte und Informationsmaterial zu den o.g. Kursen können kostenlos angefordert werden:

Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim,

Ansprechpartner: Frau Keller Tel. (0 60 32) 3 05-1 85

Telefonprechzeiten: Mo. - Fr. 08:30 bis 12:00 Uhr,
Mo. - Do. 13:00 bis 15:30 Uhr

Änderungen vorbehalten!

Stand: November 2001

Anzeige

Unterm Deckmantel

PNEUMOKOKKEN sind Bakterien, die dann besonders gefährlich sind, wenn sie eine „Kapsel“ tragen. Vor allem gefährdet sind Kinder in den ersten beiden Lebensjahren oder durch Vorerkrankungen Geschwächte. In Deutschland sterben jährlich ca. 12.000 Menschen an den Folgen dieser Infektion.

Eine Broschüre mit weiteren Informationen erhalten Sie bei Einsendung eines mit DM 3,- frankierten, an Sie adressierten Rückumschlags (DIN A5) kostenlos bei:
Deutsches Grünes Kreuz,
Schuhmarkt 4, 35037 Marburg



Wir gedenken der Verstorbenen

Sonja Michael Demian, Budenheim
* 23.9.1969 † 19.9.2001

Dr. med. Ulrike Fischer, Ingelheim
* 15.7.1956 † 24.10.2001

Dr. med. Gisa Gizelt-Kauder, Darmstadt
* 4.7.1944 † 8.11.2001

Dr. med. Carl-Wilhelm Graefe, Wiesbaden
* 18.10.1914 † 19.10.2001

Dr. med. Guenter Gros, Gießen
* 21.6.1920 † 31.10.2001

Professor Dr. med. Bernhard Klapp, Neuental
* 30.3.1908 † 7.11.2001

Dr. med. Klaus Meinke, Büttelborn
* 1.2.1921 † 7.10.2001

Dr. med. Ekkehart Richter, Marburg
* 26.7.1943 † 14.11.2001

Dr. med. Georg Schimmer, Wiesbaden
* 30.7.1944 † 24.10.2001

Dr. med. Joachim Wagner, Schmitten
* 22.9.1945 † 23.10.2001

Dr. med. Siegfried Wetzig, Lindenfels
* 28.1.1914 † 23.10.2001

Dr. med. Norma-Katharina Zimmer, Offenbach
* 4.11.1915 † 17.10.2001

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

Wir gratulieren den Arzthelferinnen zum 10jährigen Berufsjubiläum,

Tanja Pöppelmann, tätig bei M. Beul, vormals Dr. med. Beer, Limburg
Sigrid Weber, tätig bei Dr. med. K. Groos, Breuberg

und zum mehr als 10jährigen Berufsjubiläum,

Karin Seibert, seit 12 Jahren tätig bei Dr. med. K. Groos, Breuberg
Karin Schmitt, seit 11 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis
Dres. med. G. Müller-Felsch und U. Biesten, Hofheim/Ts.
Astrid Weber, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. D. Kühne, Mühlheim/Main

Ute Weigand, seit 21 Jahren tätig bei Dr. I. Oboth, Bad Soden
In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde diesen Arzthelferinnen die Arzthelferinnen-Brosche in Gold ausgehändigt.

Zum 25jährigen Berufsjubiläum gratulieren wir den Arzthelferinnen,
Monika Bornemann, tätig bei Dr. med. M. Fabritz, Neukirchen,
vormals Praxis Dr. med. Falk
Christa Schaaf, tätig bei Dr. med. A. El-Bitar, Bensheim
In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde diesen Arzthelferinnen eine Ehrenurkunde ausgehändigt.

Wir gratulieren der Helferin zum mehr als 10jährigen Jubiläum
Sigrid Schneider, seit 12 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis
Dres. med. G. Müller-Felsch und U. Biesten, Hofheim/Ts.
In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde dieser Arzthelferin eine Urkunde ausgehändigt.



Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen hat in ihrer Sitzung am 10. November 2001 die nachstehende Satzung zur Umstellung von Vorschriften der Landesärztekammer Hessen auf Euro beschlossen:

Artikel 1

1. Änderung der Hauptsatzung

Die Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen in der Fassung der Bekanntmachung vom 1.9.1995 (HABl. 9/1995, S. 293), zuletzt geändert durch Beschluß der Delegiertenversammlung vom 24.4.1999, wird wie folgt geändert:

In § 16 Satz 1 wird die Angabe von DM 1.000,— durch die Angabe 500,— Euro ersetzt.

2. Änderung der Haushalts- und Kassenordnung

Die Haushalts- und Kassenordnung der Landesärztekammer Hessen in der Fassung der Bekanntmachung vom 1.10.1995 (HABl. 10/1995, S. 327), zuletzt geändert durch Beschluß der Delegiertenversammlung vom 9.3.1996, wird wie folgt geändert:

a) In § 2 Abs. 3 Satz 1 wird die Angabe von DM 30.000,— durch die Angabe 15.000,— Euro ersetzt.

b) In § 2 Abs. 3 Satz 2 wird die Angabe von DM 20.000,— durch die Angabe 10.000,— Euro ersetzt.

3. Änderung der Kostensatzung

Das Kostenverzeichnis als Anlage zur Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen in der Form der Bekanntmachung vom 1.1.1994 (HABl. 1/1994, S. 30), zuletzt geändert durch Beschluß der Delegiertenversammlung vom 11.11.2000, wird, mit Ausnahme der Ziffern 3.2 bis 3.2.3 und 3.3. bis 3.3.3, wie folgt neu gefaßt:

I. Gebühren	Euro
1. Allgemeine Gebühren	
1.1 Genehmigungen, Erlaubnisse, Gestattungen, soweit in der Kostensatzung weder eine besondere Gebühr bestimmt ist, noch Kostenfreiheit vorgesehen ist	von 1,00 bis 50,00
1.2 Beglaubigung von Unterschriften	von 2,50 bis 25,00
1.3 Beglaubigung von Ablichtungen usw. je Seite	0,50 mind. 1,50
1.4 Zweitausfertigungen von Urkunden	von 5,00 bis 25,00
1.5 Prüfung, ob ein Berufsangehöriger über die zur Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Sprachkenntnisse verfügt (§ 7 HeilberG)	von 25,00 bis 50,00
1.6 Arztausweise	5,00
1.7 Abzeichen, Schilder, Plaketten	2,50
1.8 Abgabe von Informationsmaterial, Musterverträge usw.	von 1,50 bis 15,00
1.9 Entscheidungen über einen Widerspruch	von 25,00 bis 75,00
2. Weiterbildungswesen Ärzte	

2.1 Prüfungsgebühr bei Verfahren zur Anerkennung der 1. Gebietsbezeichnung bei jeder weiteren Gebietsbezeichnung Wiederholungsprüfung	0,00 150,00 150,00
2.2 Prüfungsgebühr bei Verfahren zur Anerkennung einer Schwerpunktbezeichnung Wiederholungsprüfung	100,00 100,00
2.3 Prüfungsgebühr bei Verfahren zur Anerkennung einer fakultativen Weiterbildung Wiederholungsprüfung	100,00 100,00
2.4 Prüfungsgebühr bei Verfahren zur Anerkennung einer Zusatzbezeichnung Wiederholungsprüfung	80,00 80,00
2.5 Gebühr für die Erteilung einer Zusatzbezeichnung ohne Prüfung	50,00
2.6 Gebühr bei Verfahren zur Anerkennung eines Fachkundenachweises	30,00
2.7 Gebühr für die Erteilung einer Bezeichnung nach Übergangsbestimmungen	50,00
3. Arzthelferinnenwesen	
3.1 Ausbildungswesen	
3.1.1 Eintragung des Berufsausbildungsvertrages in das Berufsausbildungsverzeichnis	25,00
3.1.2 Zweitausfertigung Arzthelfer/in-brief und Prüfungszeugnis	10,00
Umschulung 14tägiges Einführungsseminar Carl-Oelemann-Schule Berichtsheft, Ersatzexemplar bei Verlust	260,00 4,00
3.1.3 Zwischenprüfung	50,00
3.1.4 Abschlußprüfung Wiederholungsprüfung	150,00 80,00
3.1.5 Prüfungsgebühren für die Schülerinnen der Dr. Lobe Schule, Wiesbaden Wiederholungsprüfung	entfällt entfällt
3.1.6 Prüfungsgebühren für die Schülerinnen der Schulen Köhlhofer-Baltersee, Marburg Wiederholungsprüfung	entfällt entfällt
3.1.7 Überbetriebliche Ausbildung	
3.1.7.1 Lehrgangsgebühr ohne Internat	235,00
3.1.7.2 Lehrgangsgebühr mit Internat	325,00
3.2.4 Prüfungsgebühr	von 50,00 bis 100,00
3.4 Tätigkeit der Ethik-Kommission	
3.4.1 Beratung von Ärzten bei der Durchführung klinischer Versuche am Menschen über berufsethische und berufsrechtliche Fragen (§ 15 Abs. 1 der Berufsordnung)	

3.4.1.1 Für die Beratung von Arzneimittelstudien	920,00
3.4.1.2. Für klinische Versuche, die keine Arzneimittelstudien zum Gegenstand haben	920,00
3.4.2 Beratung von Ärzten vor der Durchführung epidemiologischer Forschung mit personenbezogenen Daten über die mit dem Vorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen (§ 15 Abs. 1 der Berufsordnung)	766,00
3.4.3 Für Prüfplanänderungen von bereits von der Ethik-Kommission beratenen Studien	204,00
3.4.4 Für die Registrierung von multizentrischen Studien, für die bereits ein Votum einer anderen öffentlich-rechtlichen Ethik-Kommission vorliegt	51,00
3.4.5 Für die Beratung einer multizentrischen Studie, für die bereits ein Votum einer anderen öffentlich-rechtlichen Ethik-Kommission vorliegt	306,00
3.4.6 Für die Beratung einer Prüfplanänderung einer multizentrischen Studie, für die bereits ein Votum einer anderen öffentlich-rechtlichen Ethik-Kommission vorliegt	204,00
3.4.7 Für die Bearbeitung einer Zwischenfallmeldung beträgt die Grundgebühr	51,00
Zusätzlich zu dieser Grundgebühr kann entsprechend dem Beratungsaufwand eine Gebühr festgesetzt werden	zwischen 102,00 und 255,00
3.4.8 Bei Ablehnung einer Studie (3.4.1.1.; 3.4.1.2.) und erneuter Vorlage	920,00
3.4.9 Bei Rücknahme von eingereichten Anträgen vor oder während der Auftragsbearbeitung durch die Ethik-Kommission wird eine Bearbeitungsgebühr in Höhe der Hälfte der üblichen Gebühr für die Studie verlangt.	
3.4.10 Bei Prüfungen, die die Einholung von gutachterlichen Stellungnahmen erfordern, erhöht sich die Gebühr um das Gutachterhonorar.	
3.5. Beurteilung von Anzeigen zur Durchführung von In-vitro-Fertilisation und Embryotransfer	
Allgemeine Anzeigen	von 255,00 bis 1.278,00
Einzelanzeigen nach den IVF-ET-Richtlinien	von 153,00 bis 383,00

II. Auslagen

1. Fotokopien, je Seite 0,25
2. Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen 2,50
3. Weiterbildungsordnung 2,50

4. Änderung der Geschäftsordnung des Finanzausschusses

Die Geschäftsordnung des Finanzausschusses der Landesärztekammer Hessen in der Fassung der Bekanntmachung vom 1.2.1990 (HABl. 2/1990, S. 96), zuletzt geändert durch Beschluß der Delegiertenversammlung vom 9.3.1996, wird wie folgt geändert:

- a) In § 3 Abs. 2 wird die Angabe DM 20.000,— durch die Angabe 10.000,— Euro ersetzt.
- b) In § 3 Abs. 3 wird jeweils die Angabe DM 50.000,— durch die Angabe 25.000,— Euro ersetzt.

5. Änderung der Meldeordnung

Die Meldeordnung der Landesärztekammer Hessen in der Fassung der Bekanntmachung vom 1.8.1996 (HABl. 8/1996, S. 262), zuletzt geändert durch Beschluß der Delegiertenversammlung vom 14.11.1998, wird wie folgt geändert:

- In § 7 wird die Angabe DM 1.000,— durch die Angabe 500,— Euro ersetzt.

Artikel 2

Soweit in Vorschriften der Landesärztekammer Hessen noch weitere DM-Beträge enthalten sind, die der Zuständigkeit der Delegiertenversammlung unterliegen und nicht einer gesonderten Regelung unterfallen, werden diese zu dem amtlich festgestellten Umrechnungskurs (1 Euro = 1,95583 DM) umgerechnet und sodann auf den nächstliegenden Cent auf- oder abgerundet.

Artikel 3

Inkrafttreten

Diese Satzung tritt am 1. Januar 2002 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 10. November 2001 beschlossene und vom Hessischen Sozialministerium am 20. November 2001 (Geschäftszeichen: VIII 13-18b-02 13 04-) genehmigte Satzung zur Umstellung von Vorschriften der Landesärztekammer Hessen auf Euro wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 3. Dezember 2001

Dr. med. A. Möhrle
Präsident

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen hat in ihrer Sitzung am 10. November 2001 die nachstehende Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen beschlossen:

Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen

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

§ 1 Beitragspflicht

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

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

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

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

(4) Ebenfalls von der Beitragspflicht befreit sind die Kammerangehörigen, die am Veranlagungsstichtag arbeitslos gemeldet, die als Stipendiaten, Hospitanten, Zivildienstleistende, Grundwehrdienstleistende tätig sind, die



sich in Elternzeit befinden oder lediglich über eine widerrufliche Erlaubnis als Arzt im Praktikum gemäß § 10 Abs. 4 Bundesärzteordnung verfügen.

§ 2 Beitragsbemessung

(1) Es werden Beitragsstufen gebildet, eine Beitragstabelle ist der Beitragsordnung als Anlage beigefügt.

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

Tritt ein Berufsangehöriger nach dem Veranlagungsstichtag in Ruhestand und erzielt keine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit mehr oder liegen die trotz Ruhestand erzielten Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit unter 20.451,68 € (40.000 DM), wird auf Antrag in dem entsprechenden Jahr der Jahresbeitrag anteilig nach den Monaten der ärztlichen Tätigkeit berechnet; dabei darf der Mindestbeitrag nicht unterschritten werden.

(2) Den Mindestbeitrag zahlen Kammerangehörige,

- die den ärztlichen Beruf nicht ausüben und freiwilliges Mitglied der Landesärztekammer Hessen sind,
- die mehrfach approbiert und im Hauptberuf nicht ärztlich tätig sind,
- die ihre ärztliche Tätigkeit überwiegend in einem anderen Kammerbezirk ausüben, von dort voll zum Kammerbeitrag veranlagt werden und in Hessen nur geringfügig ärztlich tätig sind,
- die in Ruhestand getreten sind und dennoch den ärztlichen Beruf geringfügig ausüben, jedoch mit dieser Tätigkeit Einkünfte unter 20.451,68 € (40.000 DM) erzielen.

(3) Der Fürsorgebeitrag nach § 7 der Fürsorgesatzung beträgt ein Prozent des Kammerbeitrags und ist in ihm enthalten.

§ 3 Einkünfte

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

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

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

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

§ 4 Veranlagung

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

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

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

(4) Liegt der Landesärztekammer am 31. März des Kalenderjahres weder eine Einstufung gemäß § 4 (2) noch eine vorläufige Einstufung gemäß § 4 (3) des Kammerangehörigen vor, so erhält der Beitragspflichtige nach verboglicher einmaliger Erinnerung nach einer Frist von 4 Wochen einen Beitragsbescheid in Höhe von 5.112,92 € (10.000 DM).

Hat sich der Kammerangehörige vorläufig eingestuft und den Beleg gemäß Absatz 2 nicht spätestens zum Ende des Beitragsjahres nachgereicht, so erhält er einen Beitragsbescheid in Höhe von 5.112,92 € (10.000 DM).

Liegen in den Fällen des § 4 (4) Satz 1 und 2 gleichwohl offensichtliche Anhaltspunkte für eine Bemessungsgrundlage des Beitragspflichtigen vor oder bestehen hinsichtlich der Richtigkeit der Einstufungen ernsthafte Zweifel, so kann die Landesärztekammer statt eines Beitragsbescheides über 5.112,92 € (10.000,00 DM) auch einen Beitragsbescheid erlassen, der auf einer Schätzung beruht.

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

§ 5 Fälligkeit und Einzug

(1) Der Kammerbeitrag wird mit Zugang des Veranlagungsbescheides fällig. Der Zugang gilt spätestens mit Ablauf des dritten Werktages nach Postaufgabe als erfolgt, sofern nicht ein späteres Zugehen nachgewiesen wird. Kommt der Beitragspflichtige seiner Zahlungspflicht binnen Monatsfrist nicht oder nicht vollständig nach, wird der Beitrag mit einer Nachfristsetzung von einem Monat einmal angemahnt.

Für jede Mahnung kann eine Gebühr von 12,78 € (25,00 DM) verlangt werden. Verläuft die Mahnung erfolglos, so wird der Beitrag einschließlich der entstandenen Auslagen und Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz gemäß § 1 des Diskont-Überleitungsgesetzes vom 9. Juni 1998 (BGBl. I S. 1242) nach § 12 des Heilberufsgesetzes i.V.m. den Vorschriften des Hessischen Verwaltungsvollstreckungsgesetzes vom 29.6.1995 (GVBl. 1995 S. 555) in der jeweils geltenden Fassung beigetrieben.

(2) Die Landesärztekammer kann vom Kammerangehörigen zum Einzug der fälligen Beiträge durch Lastschrift-Einzugsverfahren ermächtigt werden.

§ 6 Stundung, Ermäßigung, Erlaß

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

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

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

(3) Kammermitglieder mit mindestens zwei steuerlich anerkannten Kindern erhalten auf Antrag bis zur Beitragsstufe 15 einschließlich pro Kind 25,56 € (50,00 DM) Beitragsermäßigung. Dieser Antrag ist fristgerecht zum Einstufungsstichtag zu stellen und für das Jahr, dessen Einkünfte der Veranlagung zugrunde zu legen sind, zu belegen. Spätere Anträge werden nicht berücksichtigt. Der Mindestbeitrag darf durch diese Regelung nicht unterschritten werden. Für jedes Kind kann die Ermäßigung nur von einem Elternteil in Anspruch genommen werden.

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

§ 7 Datenschutz

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

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

§ 8 Verjährung

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

§ 9 Inkrafttreten

Die Beitragsordnung tritt am 1. Januar 2002 in Kraft.

Beitragsstabelle gemäß § 2 Absatz 1

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

Beitrags- stufe	Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit in €		Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit in DM		Beitrag in €	Beitrag in DM
01	Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit		Mindestbeitrag		35,79 €	70,00 DM
02			gemäß § 1 Absatz 3 und 4		beitragsfrei	beitragsfrei
03	unter	20.451,68 €	unter	40.000,00 DM	35,79 €	70,00 DM
04	20.451,68 € bis unter	25.564,59 €	40.000,00 DM bis unter	50.000,00 DM	51,13 €	100,00 DM
05	25.564,59 € bis unter	30.677,51 €	50.000,00 DM bis unter	60.000,00 DM	110,95 €	217,00 DM
06	30.677,51 € bis unter	35.790,43 €	60.000,00 DM bis unter	70.000,00 DM	136,51 €	267,00 DM
07	35.790,43 € bis unter	40.903,35 €	70.000,00 DM bis unter	80.000,00 DM	163,61 €	320,00 DM
08	40.903,35 € bis unter	46.016,27 €	80.000,00 DM bis unter	90.000,00 DM	192,25 €	376,00 DM
09	46.016,27 € bis unter	51.129,19 €	90.000,00 DM bis unter	100.000,00 DM	221,90 €	434,00 DM
10	51.129,19 € bis unter	56.242,11 €	100.000,00 DM bis unter	110.000,00 DM	254,62 €	498,00 DM
11	56.242,11 € bis unter	61.355,03 €	110.000,00 DM bis unter	120.000,00 DM	287,35 €	562,00 DM
12	61.355,03 € bis unter	66.467,94 €	120.000,00 DM bis unter	130.000,00 DM	322,63 €	631,00 DM
13	66.467,94 € bis unter	71.580,86 €	130.000,00 DM bis unter	140.000,00 DM	358,93 €	702,00 DM
14	71.580,86 € bis unter	76.693,78 €	140.000,00 DM bis unter	150.000,00 DM	397,79 €	778,00 DM
15	76.693,78 € bis unter	81.806,70 €	150.000,00 DM bis unter	160.000,00 DM	438,18 €	857,00 DM
16	81.806,70 € bis unter	86.919,62 €	160.000,00 DM bis unter	170.000,00 DM	465,28 €	910,00 DM
17	86.919,62 € bis unter	92.032,54 €	170.000,00 DM bis unter	180.000,00 DM	508,22 €	994,00 DM
18	92.032,54 € bis unter	97.145,46 €	180.000,00 DM bis unter	190.000,00 DM	537,37 €	1.051,00 DM
19	97.145,46 € bis unter	102.258,38 €	190.000,00 DM bis unter	200.000,00 DM	582,36 €	1.139,00 DM
20	102.258,38 € bis unter	107.371,30 €	200.000,00 DM bis unter	210.000,00 DM	612,02 €	1.197,00 DM
21	107.371,30 € bis unter	112.484,21 €	210.000,00 DM bis unter	220.000,00 DM	659,06 €	1.289,00 DM
22	112.484,21 € bis unter	117.597,13 €	220.000,00 DM bis unter	230.000,00 DM	690,24 €	1.350,00 DM
23	117.597,13 € bis unter	122.710,05 €	230.000,00 DM bis unter	240.000,00 DM	739,33 €	1.446,00 DM
24	122.710,05 € bis unter	127.822,97 €	240.000,00 DM bis unter	250.000,00 DM	771,03 €	1.508,00 DM
25	127.822,97 € bis unter	132.935,89 €	250.000,00 DM bis unter	260.000,00 DM	823,18 €	1.610,00 DM
26	132.935,89 € bis unter	138.048,81 €	260.000,00 DM bis unter	270.000,00 DM	854,88 €	1.672,00 DM
27	138.048,81 € bis unter	143.161,73 €	270.000,00 DM bis unter	280.000,00 DM	887,60 €	1.736,00 DM
28	143.161,73 € bis unter	148.274,65 €	280.000,00 DM bis unter	290.000,00 DM	919,81 €	1.799,00 DM
29	148.274,65 € bis unter	153.387,56 €	290.000,00 DM bis unter	300.000,00 DM	952,03 €	1.862,00 DM
30	153.387,56 € bis unter	158.500,48 €	300.000,00 DM bis unter	310.000,00 DM	984,24 €	1.925,00 DM
31	158.500,48 € bis unter	163.613,40 €	310.000,00 DM bis unter	320.000,00 DM	1.016,45 €	1.988,00 DM
32	163.613,40 € bis unter	168.726,32 €	320.000,00 DM bis unter	330.000,00 DM	1.049,17 €	2.052,00 DM
33	168.726,32 € bis unter	173.839,24 €	330.000,00 DM bis unter	340.000,00 DM	1.080,87 €	2.114,00 DM
34	173.839,24 € bis unter	178.952,16 €	340.000,00 DM bis unter	350.000,00 DM	1.113,59 €	2.178,00 DM
35	178.952,16 € bis unter	184.065,08 €	350.000,00 DM bis unter	360.000,00 DM	1.145,29 €	2.240,00 DM
36	184.065,08 € bis unter	189.178,00 €	360.000,00 DM bis unter	370.000,00 DM	1.178,53 €	2.305,00 DM
37	189.178,00 € bis unter	194.290,91 €	370.000,00 DM bis unter	380.000,00 DM	1.210,23 €	2.367,00 DM
38	194.290,91 € bis unter	199.403,83 €	380.000,00 DM bis unter	390.000,00 DM	1.242,44 €	2.430,00 DM
39	199.403,83 € bis unter	204.516,75 €	390.000,00 DM bis unter	400.000,00 DM	1.274,65 €	2.493,00 DM
40	204.516,75 € bis unter	209.629,67 €	400.000,00 DM bis unter	410.000,00 DM	1.306,86 €	2.556,00 DM
41	209.629,67 € bis unter	214.742,59 €	410.000,00 DM bis unter	420.000,00 DM	1.339,58 €	2.620,00 DM
42	214.742,59 € bis unter	219.855,51 €	420.000,00 DM bis unter	430.000,00 DM	1.371,28 €	2.682,00 DM
43	219.855,51 € bis unter	224.968,43 €	430.000,00 DM bis unter	440.000,00 DM	1.404,01 €	2.746,00 DM
44	224.968,43 € bis unter	230.081,35 €	440.000,00 DM bis unter	450.000,00 DM	1.436,22 €	2.809,00 DM
45	230.081,35 € bis unter	235.194,27 €	450.000,00 DM bis unter	460.000,00 DM	1.468,43 €	2.872,00 DM
46	235.194,27 € bis unter	240.307,18 €	460.000,00 DM bis unter	470.000,00 DM	1.500,64 €	2.935,00 DM
47	240.307,18 € bis unter	245.420,10 €	470.000,00 DM bis unter	480.000,00 DM	1.532,34 €	2.997,00 DM
48	245.420,10 € bis unter	250.533,02 €	480.000,00 DM bis unter	490.000,00 DM	1.565,58 €	3.062,00 DM
49	250.533,02 € bis unter	255.645,94 €	490.000,00 DM bis unter	500.000,00 DM	1.597,28 €	3.124,00 DM
50	255.645,94 € bis unter	260.758,86 €	500.000,00 DM bis unter	510.000,00 DM	1.630,00 €	3.188,00 DM
51	260.758,86 € bis unter	265.871,78 €	510.000,00 DM bis unter	520.000,00 DM	1.661,70 €	3.250,00 DM
52	265.871,78 € bis unter	270.984,70 €	520.000,00 DM bis unter	530.000,00 DM	1.694,42 €	3.314,00 DM
53	270.984,70 € bis unter	276.097,62 €	530.000,00 DM bis unter	540.000,00 DM	1.726,63 €	3.377,00 DM
54	276.097,62 € bis unter	281.210,53 €	540.000,00 DM bis unter	550.000,00 DM	1.758,33 €	3.439,00 DM
55	281.210,53 € bis unter	286.323,45 €	550.000,00 DM bis unter	560.000,00 DM	1.791,06 €	3.503,00 DM
56	286.323,45 € bis unter	291.436,37 €	560.000,00 DM bis unter	570.000,00 DM	1.823,27 €	3.566,00 DM



Beitrags- stufe	Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit in €			Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit in DM			Beitrag in €	Beitrag in DM
57	291.436,37 €	bis unter	296.549,29 €	570.000,00 DM	bis unter	580.000,00 DM	1.855,99 €	3.630,00 DM
58	296.549,29 €	bis unter	301.662,21 €	580.000,00 DM	bis unter	590.000,00 DM	1.887,69 €	3.692,00 DM
59	301.662,21 €	bis unter	306.775,13 €	590.000,00 DM	bis unter	600.000,00 DM	1.919,90 €	3.755,00 DM
60	306.775,13 €	bis unter	311.888,05 €	600.000,00 DM	bis unter	610.000,00 DM	1.952,62 €	3.819,00 DM
61	311.888,05 €	bis unter	317.000,97 €	610.000,00 DM	bis unter	620.000,00 DM	1.984,84 €	3.882,00 DM
62	317.000,97 €	bis unter	322.113,89 €	620.000,00 DM	bis unter	630.000,00 DM	2.017,05 €	3.945,00 DM
63	322.113,89 €	bis unter	327.226,80 €	630.000,00 DM	bis unter	640.000,00 DM	2.048,75 €	4.007,00 DM
64	327.226,80 €	bis unter	332.339,72 €	640.000,00 DM	bis unter	650.000,00 DM	2.081,98 €	4.072,00 DM
65	332.339,72 €	bis unter	337.452,64 €	650.000,00 DM	bis unter	660.000,00 DM	2.113,68 €	4.134,00 DM
66	337.452,64 €	bis unter	342.565,56 €	660.000,00 DM	bis unter	670.000,00 DM	2.145,89 €	4.197,00 DM
67	342.565,56 €	bis unter	347.678,48 €	670.000,00 DM	bis unter	680.000,00 DM	2.178,10 €	4.260,00 DM
68	347.678,48 €	bis unter	352.791,40 €	680.000,00 DM	bis unter	690.000,00 DM	2.210,83 €	4.324,00 DM
69	352.791,40 €	bis unter	357.904,32 €	690.000,00 DM	bis unter	700.000,00 DM	2.243,04 €	4.387,00 DM
70	357.904,32 €	bis unter	363.017,24 €	700.000,00 DM	bis unter	710.000,00 DM	2.275,25 €	4.450,00 DM
71	363.017,24 €	bis unter	368.130,15 €	710.000,00 DM	bis unter	720.000,00 DM	2.307,46 €	4.513,00 DM
72	368.130,15 €	bis unter	373.243,07 €	720.000,00 DM	bis unter	730.000,00 DM	2.339,67 €	4.576,00 DM
73	373.243,07 €	bis unter	378.355,99 €	730.000,00 DM	bis unter	740.000,00 DM	2.371,88 €	4.639,00 DM
74	378.355,99 €	bis unter	383.468,91 €	740.000,00 DM	bis unter	750.000,00 DM	2.404,09 €	4.702,00 DM
75	383.468,91 €	bis unter	388.581,83 €	750.000,00 DM	bis unter	760.000,00 DM	2.436,31 €	4.765,00 DM
76	388.581,83 €	bis unter	393.694,75 €	760.000,00 DM	bis unter	770.000,00 DM	2.469,03 €	4.829,00 DM
77	393.694,75 €	bis unter	398.807,67 €	770.000,00 DM	bis unter	780.000,00 DM	2.501,24 €	4.892,00 DM
78	398.807,67 €	bis unter	403.920,59 €	780.000,00 DM	bis unter	790.000,00 DM	2.533,45 €	4.955,00 DM
79	403.920,59 €	bis unter	409.033,50 €	790.000,00 DM	bis unter	800.000,00 DM	2.565,15 €	5.017,00 DM
80	409.033,50 €	bis unter	414.146,42 €	800.000,00 DM	bis unter	810.000,00 DM	2.597,87 €	5.081,00 DM
81	414.146,42 €	bis unter	419.259,34 €	810.000,00 DM	bis unter	820.000,00 DM	2.630,09 €	5.144,00 DM
82	419.259,34 €	bis unter	424.372,26 €	820.000,00 DM	bis unter	830.000,00 DM	2.662,30 €	5.207,00 DM
83	424.372,26 €	bis unter	429.485,18 €	830.000,00 DM	bis unter	840.000,00 DM	2.694,51 €	5.270,00 DM
84	429.485,18 €	bis unter	434.589,10 €	840.000,00 DM	bis unter	850.000,00 DM	2.727,23 €	5.334,00 DM
85	434.598,10 €	bis unter	439.711,02 €	850.000,00 DM	bis unter	860.000,00 DM	2.759,44 €	5.397,00 DM
86	439.711,02 €	bis unter	444.823,94 €	860.000,00 DM	bis unter	870.000,00 DM	2.791,65 €	5.460,00 DM
87	444.823,94 €	bis unter	449.936,86 €	870.000,00 DM	bis unter	880.000,00 DM	2.823,35 €	5.522,00 DM
88	449.936,86 €	bis unter	455.049,77 €	880.000,00 DM	bis unter	890.000,00 DM	2.856,08 €	5.586,00 DM
89	455.049,77 €	bis unter	460.162,69 €	890.000,00 DM	bis unter	900.000,00 DM	2.888,29 €	5.649,00 DM
90	460.162,69 €	bis unter	465.275,61 €	900.000,00 DM	bis unter	910.000,00 DM	2.920,50 €	5.712,00 DM
91	465.275,61 €	bis unter	470.388,53 €	910.000,00 DM	bis unter	920.000,00 DM	2.952,71 €	5.775,00 DM
92	470.388,53 €	bis unter	475.501,45 €	920.000,00 DM	bis unter	930.000,00 DM	2.985,43 €	5.839,00 DM
93	475.501,45 €	bis unter	480.614,37 €	930.000,00 DM	bis unter	940.000,00 DM	3.017,64 €	5.902,00 DM
94	480.614,37 €	bis unter	485.727,29 €	940.000,00 DM	bis unter	950.000,00 DM	3.049,34 €	5.964,00 DM
95	485.727,29 €	bis unter	490.840,21 €	950.000,00 DM	bis unter	960.000,00 DM	3.082,07 €	6.028,00 DM
96	490.840,21 €	bis unter	495.953,12 €	960.000,00 DM	bis unter	970.000,00 DM	3.114,28 €	6.091,00 DM
97	495.953,12 €	bis unter	501.066,04 €	970.000,00 DM	bis unter	980.000,00 DM	3.146,49 €	6.154,00 DM
98	501.066,04 €	bis unter	506.178,96 €	980.000,00 DM	bis unter	990.000,00 DM	3.178,70 €	6.217,00 DM

Ab 506.178,96 € (990.000,00 DM) beträgt der Beitrag 0,63 % der Einkünfte gemäß § 3. Der Höchstbeitrag wird auf 5.112,92 € (10.000 DM) begrenzt.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 10. November 2001 beschlossene und vom Hessischen Sozialministerium am 20. November 2001 (Geschäftszeichen: VIII 13-18b-02 13 06-) genehmigte Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.
Frankfurt, den 3. Dezember 2001

Dr. med. A. Möhrle
Präsident

Interdisziplinäre Fortbildung –
Seminarzyklus für Ärzte und Apotheker
Moderne Schmerztherapie –
eine Aufgabe für Arzt und Apotheker

11P

Die Veranstaltungen finden jeweils von 19.30 – 21.30 Uhr, am 31. Januar 2001, in Wiesbaden, Marburg, Eschborn und Kassel statt.

- ▶ Tumorschmerztherapie und Palliativmedizin
- ▶ Schmerztherapie bei älteren Patienten
- ▶ Rückenschmerzen
- ▶ Kopfschmerz und Migräne
- ▶ Pharmazeutische Beratung des Schmerzpatienten in der Apotheke

Die Teilnahmegebühr beträgt für Ärzte und Apotheker für den kompletten Zyklus DM 150,—.
Eine Anmeldung ist nur für den kompletten Zyklus möglich.

Auskunft: Landesapothekerkammer Hessen, Frankfurt
Tel. 069/979509-22.

Anzeige

LIFESTYLEMED befaßt sich mit Marketing und Vertrieb von lifestylemedizinischen Arzneimitteln / Produkten (z.B. Präparate zur Raucherentwöhnung, Gewichtsreduktion, bei Haarverlust, altersbedingten Hautveränderungen, etc.)

LIFESTYLEMED schließt in zahlreichen deutschen Städten Kooperationsvereinbarungen mit Ärzten, die sich auf dem Gebiet der Lifestyle-Medizin und in der Beratung von Patienten mit Lifestyle-Präparaten spezialisieren wollen.

LIFESTYLEMED unterstützt diese Ärzte durch Fortbildungsmaßnahmen, Organisationskonzepte, Zuführung von Privatpatienten, bundesweiten Marketing- und Informationsveranstaltungen sowie umfassende Aufklärungs- und Werbemaßnahmen.

LIFESTYLEMED hat ihre Aktivitäten in der **Akademie für Lifestyle-Medizin** zusammengeführt, die Schulungen und Fortbildungen abhält sowie Zertifikate erteilt. Wir suchen

Kooperationsärzte

- Allgemeinmediziner /

Internisten mit hausärztlicher Funktion -

die Interesse an einer Zusammenarbeit haben.
Voraussetzungen sind: Bereitschaft zur Fortbildung im Bereich der Lifestyle-Medizin, Praxiseinrichtung und -ausstattung auf hohem Niveau, zentrale Innenstadtlage sowie kundenorientiert geschultes Personal.
Haben Sie Interesse? Dann wenden Sie sich bitte schriftlich an unseren Ärztlichen Koordinator:

Dr. med. G. Steitz,
Bismarckstr. 18,
31582 Nienburg/Weser.

VORSORGUNGSWERK DER LANDESÄRZTEKAMMER HESSEN

Änderung der Satzung und Versorgungsordnung

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen hat in der Sitzung am 10.11.2001 mit der in § 4 Buchstabe A Abs. 1 Buchstabe a der Satzung vorgeschriebenen Zweidrittelmehrheit aller gewählten Mitglieder die nachfolgenden Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung beschlossen, die das Hessische Sozialministerium mit Schreiben vom 23.11.2001 unter dem Geschäftszeichen IV 2 B 2 – 54 e 63331 1/01 genehmigt hat:

1. § 1 der Satzung

In § 1 Abs. 2 der Satzung wird „Gesetzes über die Berufsvertretungen, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufsgarantierbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker (Heilberufsgesetz)“ durch „Gesetzes über die Berufsvertretungen, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufsgarantierbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Heilberufsgesetz)“ ersetzt.

2. § 12 der Versorgungsordnung

In § 12 Abs. 5 der Versorgungsordnung wird die Vorschrift „§ 166 b AFG“ durch die Vorschrift „§ 207 SGB III“ ersetzt.

3. § 15 der Versorgungsordnung

- a) In der Erläuterung zu der Beitrags- und Leistungstabelle wird bei „B=“ und bei „R=“ die Angabe „DM“ durch die Angabe „EUR“ ersetzt.
- b) Der Satz nach der Erläuterung zu „R=...“ („Die Rentenansparungen werden auf volle 10 Pf. auf- bzw. abgerundet“) wird gestrichen.

4. Die Änderungen treten am 1.1.2002 in Kraft.

Die vorstehenden Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen werden hiermit ausgeteilt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt am Main, den 5.12.2001

(Dr. med. A. Möhrle)
Präsident der
Landesärztekammer Hessen

(Dr. med. B. Ende)
Vorsitzende der
Aufsichtsrates

**Vorbereitungen für Überarbeitung
der Medizinprodukte-Betreiberverordnung -
Mitwirkung der Ärzteschaft**

Das Bundesministerium für Gesundheit plant demnächst eine Novellierung der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (Über deren Inhalte wurde im Hess. ABl. 10/2001 S. 481-488 ausführlich berichtet!) Die Bundesärztekammer ist aufgefordert, zur Vorbereitung des Gesetzentwurfes dem BMG Anfang 2002 gesammelt über die bisher mit dieser Verordnung in der Ärzteschaft gemachten Erfahrungen zu berichten und hat deshalb die Landesärztekammern um Übersendung entsprechender Erfahrungsberichte gebeten.

Um diese Chance, ärztliche Erfahrung frühzeitig in das Gesetzgebungsverfahren einzubringen, nutzen zu können, brauchen wir Ihre Mitwirkung! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, bitte übermitteln Sie bis spätestens 31. Januar 2002 Ihre Erfahrungen mit der Medizinprodukte-Betreiberverordnung geordnet nach:

- a) positive Erfahrungen b) negative Erfahrungen
- c) konkrete Änderungswünsche

an die Landesärztekammer z.Hd. Dr. med. R. Kaiser, Im Vogelsang 3,
60488 Frankfurt (Fax: 069 97672-224, e-mail: roland.kaiser@laekh.de).
Bereits im voraus vielen Dank für Ihre Mühe !



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

Radiologin/Radiologe
-Gemeinschaftspraxisanteil-

Planungsbereich Groß-Gerau

Bischofsheim

Psychiaterin/Psychiater

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

Planungsbereich Frankfurt/M.-Stadt

Frankfurt/M.-Rödelheim

prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Frankfurt/M.-Heddernheim

prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Frankfurt/M.-Sossenheim

Augenärztin/Augenarzt

Frankfurt/M.-Sachsenhausen

HNO-Ärztin/HNO-Arzt

Frankfurt/M.-Westend

Neurologin/Neurologe

Frankfurt/M.-Seckbach

Orthopädin/Orthopäde

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Hattersheim-Okriftel

prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Hattersheim-Okriftel

prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Eschborn/Ts.

Augenärztin/Augenarzt

Planungsbereich Hoch-Taunus-Kreis

Bad Homburg v.d.H.

prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Oberursel-Weiskirchen

prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Planungsbereich Offenbach/M.-Land

Mühlheim/M.

Internistin/Internist
-fachärztlich-

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Bad Orb

prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

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

Planungsbereich Landkreis Gießen

Gießen

Psychiaterin/Psychiater

Planungsbereich Landkreis Marburg-Biedenkopf

Breidenbach

prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Braunfels

Frauenärztin/Frauenarzt

Eschenburg/Wissenbach

prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Vilbel

Kinderärztin/Kinderarzt

Echzell-Bingenheim

prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

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

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel

Frauenärztin/Frauenarzt

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Bad Arolsen

Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
-Gemeinschaftspraxisanteil-

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

Planungsbereich Waldeck-Frankenberg

Frankenberg

Hausärztin/Hausarzt

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

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden

Fachärztin/Facharzt

für Innere Medizin

Wiesbaden

Fachärztin/Facharzt

für Allgemeinmedizin

Wiesbaden

Fachärztin/Facharzt

für Allgemeinmedizin

Wiesbaden

Fachärztin/Facharzt

für Allgemeinmedizin

Wiesbaden

Fachärztin/Facharzt

für Allgemeinmedizin

Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

Heidenrod

Fachärztin/Facharzt

für Allgemeinmedizin

Niedernhausen

Fachärztin/Facharzt

für Augenheilkunde

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

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

Praxisvertreter/-innen

für Praxisvertretungen im Land Hessen.

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

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

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