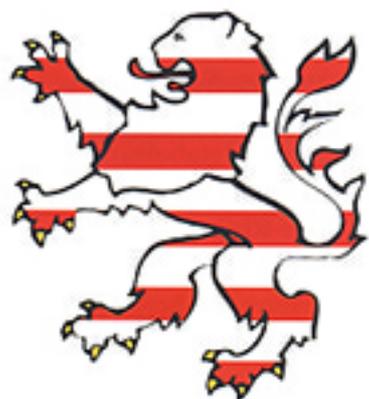


Hessisches Ärzteblatt

2/2002

Februar 2002
63. Jahrgang



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

Arbeitszeit hessischer
Krankenhausärzte

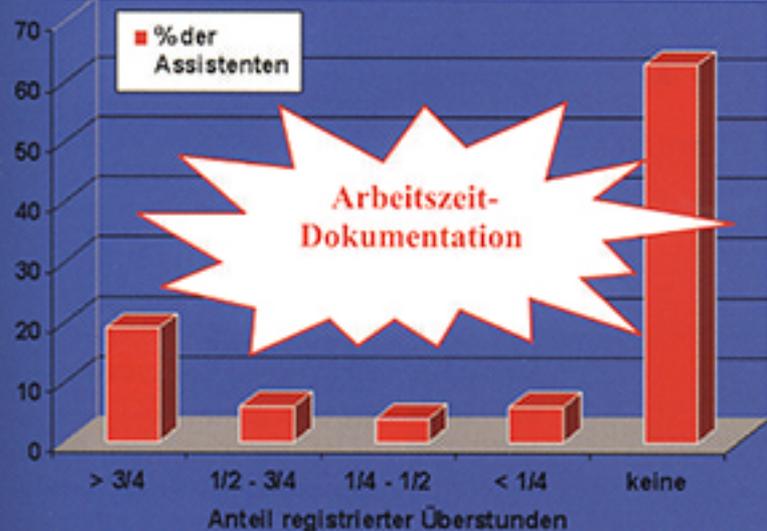
Biowaffen

Thrombosen im
Kindesalter

Hospizarbeit
in Hessen

Chrono-
pharmakologie

Anteil registrierter Überstunden Assistenten



Ruhezeiten von AIP, Assistenten und Oberärzten
nach Arbeitszeiten über 11 h und / oder
Bereitschaftsdiensten der Stufen C oder D im
Anschluß an eine Arbeitszeit von
mindestens 7,5 h!



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

Schriftleitung (verantwortlich):
Professor Dr. Toni Graf-Baumann,
verantwortlich für Mitteilungen der
LÄK Hessen; Dr. Michael Popović,
verantwortlich für Mitteilungen der
KV Hessen; Alice Leugermann,
verantwortlich für Mitteilungen der
Akademie; Professor Dr. Ernst-G. Loch

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

Wissenschaftlicher Beirat:
Prof. Dr. med. Erika Baum, Riebental
Dr. med. Alfred Halbsguth, Frankfurt
Dr. med. Ulrich Herborn, Kassel
Prof. Dr. med. Dietrich Höfler, Darmstadt
Dr. med. Georg Höflicher, Frankfurt
Dr. med. Siegmund Kalinski, Frankfurt
Dr. med. Norbert Löschhorn, Seeheim-Jugenh.
Prof. Dr. med. Helmut Nier, Offenbach
Prof. Dr. med. Peter Osswald, Hanau
Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Gießen
Dr. med. Hans-Friedrich Spies, Frankfurt
Dr. med. Gösta Stranding, Frankfurt
PD Dr. med. Roland Wonne, Frankfurt
PD Dr. med. Oskar Zelder, Marburg
Dr. med. Walter Schultz-Amling, Hofheim

Arzt- und Kassenarztrecht:
Dr. Karin Hahne-Reulecke, Justiziarin der
KV Hessen, Christoph Biesing, Justiziar der
LÄK Hessen, Dr. Felix Meyer, Gutachter- und
Schlichtungsstelle

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

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

Geschäftsführer: Manuel Ickrath

Herstellung: Andreas Kurz

Anzeigendisposition: Ruth 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 90,00 €
(12 Ausgaben), im Ausland 97,20 €.
Kündigung des Bezugs sechs Wochen vor
Quartalsende. Für die Mitglieder der Landes-
ärztekammer Hessen ist der Bezugspreis
durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

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

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

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

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

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

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

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



2/2002 Februar 2002 • 63. Jahrgang

Sie lesen in diesem Heft

Editorial	
Das Qualitätsdefizit	70
Landesärztekammer Hessen	
Arbeitszeit hessischer A.i.P., Assistenten und Oberärzte	71
Von hessischen Ärzten	74
Kassenärztliche Vereinigung Hessen	
Kollektive Unvernunft bei Arzneimittelverordnungen?	75
Aktuelles	
Der amerikanische Friedensnobelpreisträger Bernard Lown zu Gast in Frankfurt	77
Fortbildung	
Biowaffen	78
37. Deutscher Kongress für Sportmedizin und Prävention in Rotenburg an der Fulda	81
Patient wach – Bypassoperation am offenen Herzen	86
Thrombosen im Kindesalter	87
Aktuelles	
Das Honorardiktat – eine Aggression	91
Fortbildung	
Sicherer Verordnen	92
Aktuelles	
Hospizarbeit in Hessen	93
TSE-Risiko	94
Südafrika – alte Nöte, Neue Horizonte	95
Sport pro Gesundheit	98
<hr/>	
Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung Bad Nauheim	99
Ärztliche Fortbildung im Bereich der Bezirksärztekammern	103
<hr/>	
Historisches	
Fritz Stiebel: Ratschläge für praktische Ärzte	108
Arzt und Kassenarztrecht	
Faltenbehandlung mit Schönheitsfehlern/Radiowerbung untersagt	109
Fortbildung	
Grundlagen und praktische Anwendung der Chronopharmakologie	110
Bücher	112
Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	114
Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	119

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Anzeigen und Fremdbeilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. übernimmt die Schriftleitung keine Verantwortung. Vom Autor gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Schriftleitung wieder. Die Veröffentlichungen „Pharmazeutische Nachrichten“ und „Sicherer verordnen“ erfolgen außerhalb der Verantwortung der Schriftleitung und des Verlages.

Das Qualitätsdefizit

Alle reden über die Qualität in unserem Gesundheitswesen. Deshalb werden Arbeitskreise gebildet, Qualitätszirkel gegründet und Programme zertifiziert. Man schreibt Qualitätsziele fest und hofft dabei, auch in der Medizin das zu erreichen, was man in der Industrie schon lange kennt: eine definierte Produktqualität. Leider entsteht dabei der Eindruck, daß man die unterschiedlichen Eigenschaften eines Industrieproduktes einerseits und eines Patienten aus Fleisch und Blut in einer Praxis andererseits bisher übersieht. Somit sind Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieser Ergebnisqualität zu erwarten, so daß man als Alternative die medizinische Indikation wieder entdeckt hat. Hier sollen nun die Qualitätssicherungsmaßnahmen ansetzen.

Völlig übersehen wird bei diesen Überlegungen, daß sich inzwischen in unserem Gesundheitswesen ein Mangel eingeschlichen hat, den man unter dem Begriff „Strukturqualität“ einsortieren muß. Die Beschäftigten unseres Gesundheitswesens leiden nämlich unter einer zunehmenden Demotivierung. Dies trifft alle Versorgungsebenen und hierbei insbesondere den Arzt, gleichgültig ob er angestellt oder als Vertragsarzt tätig ist. Sichtbar wird es bei den ärztlichen Berufsanfängern, die schon immer schlecht bezahlt wurden. Vergleicht man etwa das Gehalt eines Medizinalassistenten im Jahre 1969 und das eines Arztes im Praktikum im Jahre 2000, so sind die Größenordnungen unter Berücksichtigung der inzwischen eingetretenen Geldentwertung absolut vergleichbar.

Was hat sich aber in den letzten 30 Jahren verändert? Die langfristigen Chancen eines Berufsanfängers haben sich dramatisch verschlechtert. Unser überreglementiertes und unterfinanziertes Gesundheitswesen bietet nur unzureichende Zukunftsperspektiven

für junge Ärzte. Deshalb gehen die Studentenzahlen zurück, deshalb wandern junge deutsche Ärzte aus oder suchen sich nach dem Examen einen Beruf, der nicht im typischen Arzt/Patientenumfeld angesiedelt ist. Neben der traditionell schlechten Bezahlung der Berufsanfänger gibt es also neue Gründe für den Ausstieg junger Kollegen.



Ähnlich trist, wenn auch etwas anders gelagert, stellt sich die Lage beim schon im System tätigen Vertragsarzt dar. Auch er kann sich in einem überbürokratisierten System nicht mehr zurechtfinden. Ökonomische Zwänge bestimmen sein ärztliches Handeln, Anspruch und Wirklichkeit in der ärztlichen Berufsausübung divergieren immer mehr.

Wer hätte vor 10 oder 20 Jahren daran gedacht, daß die ärztlichen Einnahmen in einer Praxis so schrumpfen, daß es zu Insolvenzen in einer größeren Anzahl von Arztpraxen kommt? Demotivierend ist dabei vor allem, daß in diesem System die Leistung nicht mehr bezahlt wird. Im Gegenteil, es wird der belohnt, der die Leistung verweigert. Wer hätte etwa vor 20 Jahren vermutet, daß ein Arzt

am Quartalsende um jeden Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung glücklich ist, der nicht in seine Praxis kommt, weil er entweder sein Budget bereits erfüllt hat oder die verordnete Fallzahlgrenze überschritten wurde? Wie will ein Gesundheitswesen unter diesen Vorgaben in Klinik und Praxis seine Versorgungsqualität erhalten? Ohne motivierte Ärzteschaft geht es weiter bergab. Interessant dabei ist, daß ausgerechnet diejenigen, die dies ordnungspolitisch zu verantworten haben, die eingetretene Demotivierung ganz beredt beklagen.

Hauptursache dieses Strukturmangels ist der Mißbrauch des Arzt-Patienten-Verhältnisses für ökonomische Zwänge. Der Arzt wird unserem System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht nur für die medizinische Behandlung verantwortlich gemacht, nein, er dient auch als Sündenbock, wenn dilettantische Gesetzesvorgaben nicht den gewünschten politischen Erfolg zeigen. Dabei kommt es immer wieder vor, daß ein ganzer Berufsstand in der öffentlichen Meinung diskreditiert wird, nur um von den eigenen Unzulänglichkeiten abzulenken.

In unserem System der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt immer weniger Raum für den am Patienten orientierten Arzt, der wichtigste Ansatz für eine gute Strukturqualität. Die Gesundheitspolitiker sollten sich merken: Ohne engagierte Ärzte wird eine gesetzliche Krankenversicherung nie überleben können.

Dr. H.-F. Spies
1. Vorsitzender der Kassenärztlichen
Vereinigung Hessen



Teil I der Ergebnisse einer Umfrage der Landesärztekammer zu Arbeitszeiten und -bedingungen hessischer Krankenhausärzte im Sommer 2001

Arbeitszeit hessischer A.i.P., Assistenten und Oberärzte

Dr. med. Roland H. Kaiser und Andreas Kortmann, Landesärztekammer Hessen

Das Projekt

Im Juni 2001 führte die Landesärztekammer Hessen unter ihren Mitgliedern eine anonyme, repräsentative, schriftliche Befragung zu deren Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern durch. Bei der Kammer waren zu diesem Zeitpunkt etwas mehr als 10.000 im Krankenhaus tätige Ärzte¹ gemeldet. Eine Zufallsstichprobe von 20 % dieser Ärzte erhielt per Post an ihre Privatanschrift einen umfangreichen Erhebungsbogen. Insgesamt konnten 1.044 (ca. 51 %) der versandten Bögen ausgewertet werden. Dies ist ein für solche Befragungen exzellentes Ergebnis. Unsere Umfrage hat inzwischen Modellcharakter gewonnen. Eine ähnliche wurde inzwischen mit unserer Beratung auch in Berlin durchgeführt und für die Ärztekammer Rheinland-Pfalz bereiten wir eine solche Untersuchung vor.

Daten zur Struktur der antwortenden Ärztegruppe

Dienststellung: 9 % sind A.i.P., 63 % Assistenzärzte, 17 % Oberärzte² und 10 % leitende Ober- und Chefärzte³.

Bettenzahl der Krankenhäuser: 38 % arbeiten in Krankenhäusern bis 300 Betten, 21 % in Häusern mit 301–

600 Betten und 41 % in großen Häusern mit mehr als 600 Betten. Damit sind alle Größenklassen ausreichend repräsentiert.

A.i.P., Assistenten und Oberärzte nach Bettenzahl der Krankenhäuser: Die drei im Zentrum unserer Erhebung stehenden Arztgruppen sind aus Krankenhäusern aller Größenklassen in genügender Zahl vertreten. So kommen aus Häusern...

- ▶ bis 300 Betten: 34 % d. A.i.P.
39 % d. Assistenten
30 % d. Oberärzte
- ▶ mit 301-600 Betten: 27 % d. A.i.P.
20 % d. Assistenten
23 % d. Oberärzte
- ▶ über 600 Betten: 39 % d. A.i.P.
41 % d. Assistenten
46 % d. Oberärzte.

Verteilung nach Versorgungsstufe der Krankenhäuser: Es kommen aus...

- ▶ Unikliniken 20 % (209)
- ▶ Maximal- und Schwerpunktversorgung 33 % (343)
- ▶ Grund- und Regelversorgung 26 % (271)
- ▶ Fachkliniken 11 %
- ▶ AHB und Reha 9 %

Es sind also alle Versorgungssegmente vertreten mit deutlichem Schwerpunkt auf den Akut-Krankenhäusern aller Versorgungsstufen, wobei für jede Stufe über 200 Antworten ausgewertet werden konnten.

Fachgebiete: Insbesondere die großen und auf allen Versorgungsstufen vorhandenen Fachgebiete Innere Medizin (28 %) und Chirurgie (18 %) sind

sehr gut repräsentiert und erlauben weitergehende Detailanalysen. Die Anaesthesie (11 %) ist das dritthäufigste Gebiet. Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie (zusammen 18 %) weisen möglicherweise Besonderheiten auf, und werden deshalb als Gruppe gesondert ausgewiesen. Analysen innerhalb kleinerer Fachgebiete (alle gemeinsam 25 %) finden ihre Grenze in den teilweise geringen Besetzungszahlen.

Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit (ohne Bereitschaftsdienste, Rufbereitschaften und Wochenendvisiten!) nach Dienststellung und Fachgebieten (ohne Teilzeitbeschäftigte!)

Eine der zentralen Fragen unserer Erhebung zur Arbeitsbelastung lautete:

„Wieviele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro Woche (ohne Bereitschaftsdienste, ‚Wochenendvisiten‘ und Rufbereitschaften!) tatsächlich?“

Als Antwortkategorien waren zur Auswahl vorgegeben:

- ▶ weniger als 40 h
- ▶ 40–44 h
- ▶ 45–49 h
- ▶ 50–54 h
- ▶ 55–59 h
- ▶ 60–64 h
- ▶ 65 und mehr h

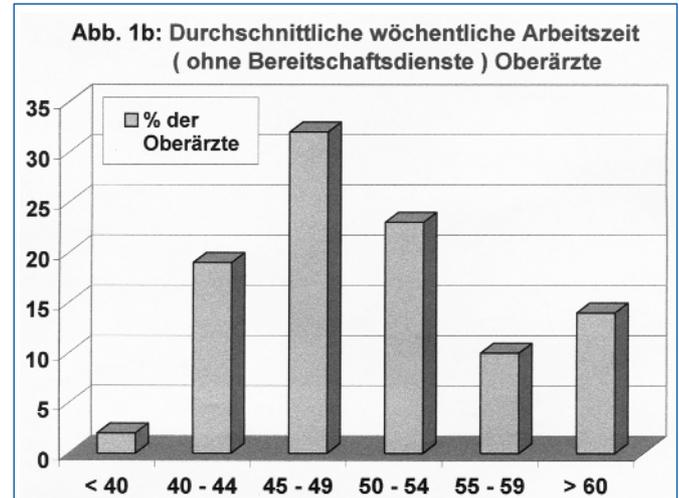
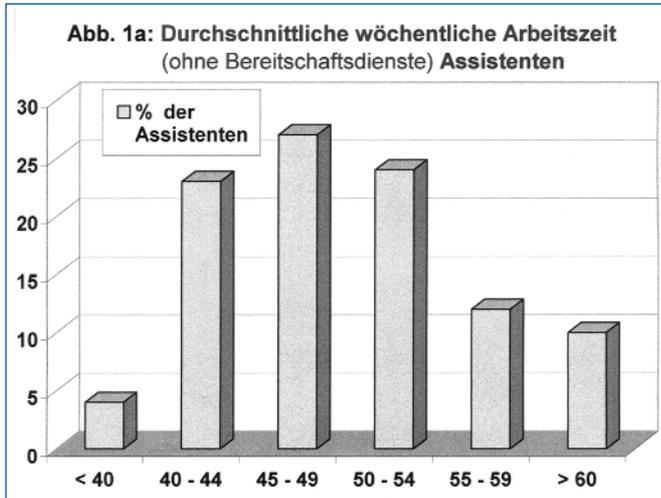
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit bei A.i.P.

45 h oder mehr arbeiten	89 %
50 h oder länger arbeiten	62 %
55 h oder mehr arbeiten	39 %

¹ Aus Vereinfachungsgründen wird, soweit keine Differenzierung der Daten nach dem Geschlecht erfolgt, der Begriff Ärzte umfassend für Ärztinnen und Ärzte verwendet.

² Ohne Oberärzte in leitender Stellung mit Liquidationsrecht und Weisungsbefugnis gegenüber nachgeordneten Oberärzten.

³ In allen nachfolgenden Auswertungen ist diese Gruppe leitender Ärzte nicht eingeschlossen.



Durchschnittliche Wochenarbeitszeit bei Assistenten (Abb. 1a)

45 h oder mehr arbeiten	73 %
50 h oder länger arbeiten	46 %
55 h oder mehr arbeiten	22 %

Durchschnittliche Wochenarbeitszeit bei Oberärzten (Abb. 1b)

45 h oder mehr arbeiten	79 %
50 h oder länger arbeiten	47 %
55 h oder mehr arbeiten	24 %

Zusammengefaßt bedeuten diese Ergebnisse:

Ohne Berücksichtigung noch hinzukommender Bereitschafts- und Rufbereitschaften und zusätzlicher ‚Wochendvisiten‘ bei einer bestimmten Teilgruppe, arbeiten von allen nicht leitenden Krankenhausärzten regelmäßig...

- ▶ ca. ¾ 45 oder mehr Stunden,
- ▶ fast die Hälfte mindestens 50 Stunden,
- ▶ und rund ¼ im Durchschnitt sogar mindestens 55 Stunden ...in der Woche.

In der Anaesthetik arbeitet knapp über die Hälfte der Ärzte regelmäßig 45 h oder mehr, nur 5 % bleiben unter 40 h, d.h. im Bereich der tariflichen Arbeitszeit.

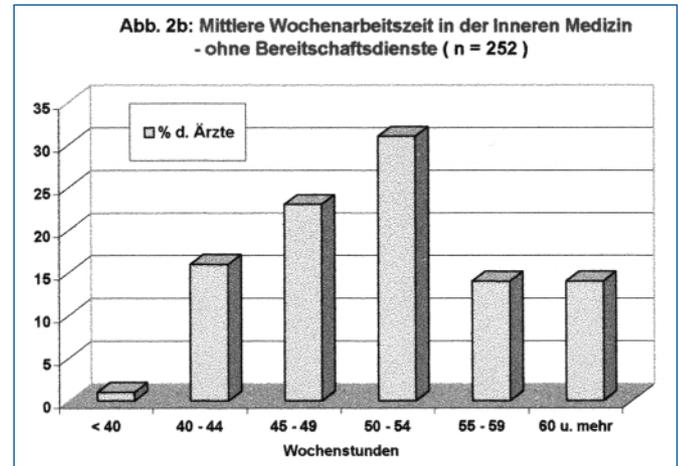
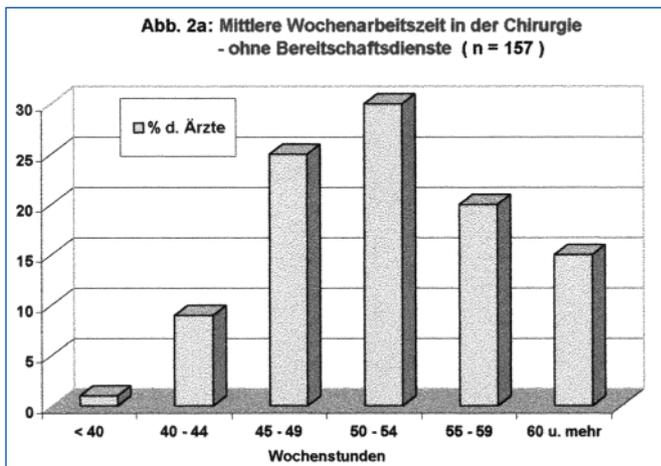
In der Chirurgie (Abb. 2a) geben 90 % der Ärzte an, im Mittel 45 h oder mehr pro Woche zu arbeiten – 35 % sogar regelmäßig mindestens 55 h. Die tarifliche Arbeitszeit spielt offenbar gar keine Rolle. Auch in der Inneren Medizin (Abb. 2b) sehen die Verhältnisse nur wenig besser aus. 82 % arbeiten länger als 45 h und 28 % mindestens

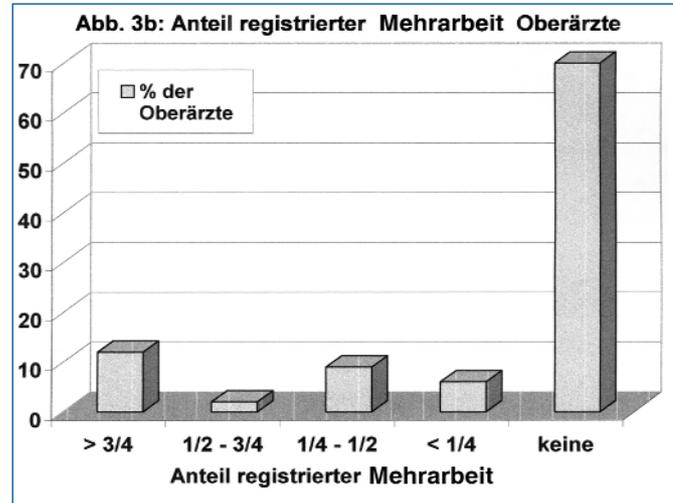
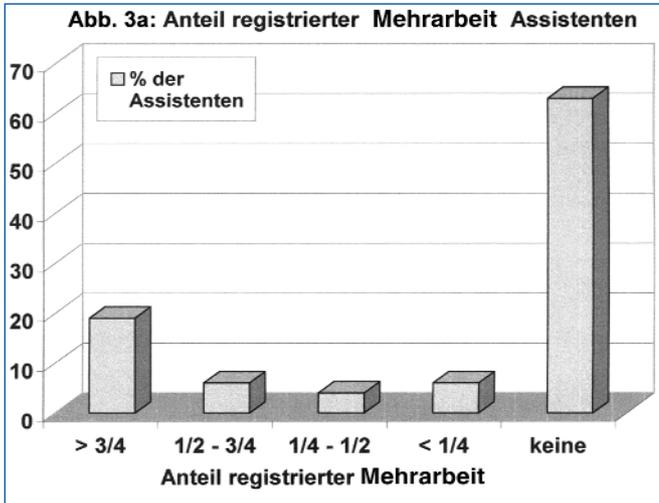
55 h. Nur in einem einzigen Fall wurde eine Arbeitszeit unter 40 h genannt.

Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie liegen mit 62 % über 44h und 16 % über 55h im mittleren Bereich. Aber auch hier halten nur 7 % der Ärzte die tarifliche Arbeitszeit ein.

Damit besteht kein Zweifel, daß es sich bei der umfangreichen Mehrarbeit dieser Krankenhausärzte um ein generelles strukturelles Problem und nicht etwa um isolierte Mißstände in einzelnen Krankenhäusern, Fachgebieten o.ä. handelt.

Dies zeigt auch ein Vergleich der durchschnittlichen Wochenarbeitszeiten von Assistenten und Oberärzten in Unikliniken und kleineren (bis 400 Betten) Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung.





	Unikliniken:	Grund-/Regelvers.
▶ 45 h oder mehr arbeiten	89 %	70 %
▶ 50 h oder länger arbeiten	72 %	37 %
▶ 55 h oder mehr arbeiten	44 %	11 %

Registrierung und Dokumentation ärztlicher Mehrarbeit im Krankenhaus

Ärztliche Mehrarbeit wird sehr häufig nicht registriert/dokumentiert und damit natürlich auch nicht vergütet. Nach diesem Problem wurde deshalb wie folgt gefragt:

„Welcher Anteil aller Ihrer Überstunden wird offiziell registriert und dokumentiert?“ Auch hierzu waren die Antwortalternativen fest vorgegeben:

- ▶ mehr als $\frac{3}{4}$
- ▶ $\frac{1}{2}$ – $\frac{3}{4}$
- ▶ $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$
- ▶ nur weniger als $\frac{1}{4}$
- ▶ keine

Die nachfolgenden Auswertungen beschränken sich auf Ärzte mit einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit über 44 h! Bei den Fachgebietenanalysen werden A.i.P., Assistenten und Oberärzte zusammengefasst:

Anteile registrierter Mehrarbeit

Das Ergebnis bei Assistenten (Abb. 3a) sieht wenig erfreulich aus. Mindestens die Hälfte der Stunden wurde lediglich bei 25 % erfaßt, weniger als $\frac{1}{4}$ bei 6 % und bei 63 % erfolgte keinerlei Registrierung von Mehrarbeit.

Den Oberärzten (Abb. 3b) ergeht es

nicht besser. Nur bei 14 % wird wenigstens die Hälfte der Mehrarbeit erfaßt, bei 70 % wird keine dokumentiert.

Bei mehr als der Hälfte aller Anesthesisten wird keine Mehrarbeit registriert und nur bei 20 % wird mehr als $\frac{3}{4}$ davon erfaßt.

Keine Registrierung erfolgt für 57 % der Chirurgen und nur bei 23 % wird mehr als $\frac{3}{4}$ der geleisteten Mehrarbeit dokumentiert.

In der Inneren Medizin wird sogar für 73 % der Ärzte keine und nur für 12 % von ihnen mehr als $\frac{3}{4}$ der angefallenen Mehrarbeit registriert.

Die in Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie gefundenen Zahlen unterscheiden sich nur wenig von der Inneren Medizin. Keine Registrierung erfolgt bei 69 % und mehr als $\frac{3}{4}$ wer-

den nur bei 16 % dieser Arztgruppe erfaßt.

- ▶ Für 50–70 % aller antwortenden Ärzte wird über die Fachgebiete hinweg die von ihnen regelmäßig geleistete Mehrarbeit nicht registriert, und sie erhalten dafür dann natürlich auch keine angemessene Vergütung.
- ▶ Nur bei weniger als $\frac{1}{4}$ aller Ärzte erfolgt eine einigermaßen vollständige Erfassung ihrer Mehrarbeit. Ob und in welchem Maße diese dann auch vergütet wird, ist aufgrund der uns vorliegenden Daten nicht zu beurteilen.

Die Mehrzahl der antwortenden Ärzte muß zusätzlich mehrere Bereitschaftsdienste und/oder Rufbereitschaften im Monat erbringen, und eine nicht unerhebliche Gruppe macht darüber hinaus regelmäßig auch noch unbezahlte ‚freiwillige‘ Visiten an Wochenenden. Näheres dazu in Teil II der Auswertung im nächsten Heft des Hessischen Ärzteblattes.

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

Professor Dr. med. Bernhard Klapp †

Am 13. November des vergangenen Jahres haben wir Benno Klapp im engsten Familienkreis auf seinem letzten Erdenweg begleitet. Wenn ich in gedrängter Form den Versuch unternehme, den Lebensweg des Verstorbenen nachzuzeichnen, dann tue ich es als sein und zur Familie zählender Freund.

Der Name Klapp, die Vorfahren stammen aus Arolsen, ist mit Marburg auf das engste verbunden, lehrte doch der große Rudolf Klapp als Ordinarius für Chirurgie in dieser Stadt von 1928 bis 1947. Er hatte sich einen Namen gemacht durch die Begründung der Draht-Zug-Behandlung bei Knochenbrüchen und durch die Entwicklung des kriechverfahrens bei Skoliose, das zur Gründung der Rudolf-Klapp-Schule, die auch heute noch segensreich wirkt, führte. In diesem Chirurgenhaus wuchs Bernhard Klapp, den alle Benno nennen, auf, mit dem Respekt vor dem großen Vater und dem Willen, sein, des Vaters, des "alten Herrn", wie der Sohn in nannte, chirurgisches Handwerk zu erlernen.

Übrigens hat das 1953 erstmals erschienene Buch "Das Klapp'sche Kriegsverfahren" unter seiner Federführung eine vielfache Auflage erfahren.

Einige Daten aus seinem Leben.

1908 in Berlin geboren, 1928 dort das Abitur. Es folgten die Wanderjahre des Studiums in Marburg, München, Berlin und wieder Marburg. 1934 Staatsexamen, 1935 Approbation und Promotion. Darauf glückliche und erfolgreiche

Volontär- und Assistenzarztjahre an der väterlichen Klinik. 1940 Facharzt für Chirurgie. Kriegsdienst als Stabsarzt der Reserve. Habilitation 1944, Dozentur 1947. 1952 Facharzt für Orthopädie, 1953 bis 1973 Chefarzt der chirurgisch-orthopädischen Abteilung am Krankenhaus Marburg-Wehrda, zugleich niedergelassen in eigener Praxis. Lehrtätigkeit 1973 Ernennung zum Honorarprofessor an der Marburger Philipps-Universität. 1979 Aufgabe der Tätigkeit als Kassenarzt. Weiterhin privatärztlich tätig.

Wenn man Marburger ist, sich jedenfalls so fühlt, dann weiß man um zwei Persönlichkeiten, die fast in einem Atemzug genannt wurden. Benno Klapp und Heiner Becker. Beide exzellente Operateure, aus der gleichen Schule stammend, waren in Marburg und dem weitesten Umland ein fester Begriff, und niemand nahm der Bevölkerung es übel, wenn sie gleichsam das Vertrauen zu ihnen reflektierten und von den beiden sprach, als wären sie ihre Freunde. Benno Klapp erfüllte den ärztlichen Auftrag, die Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen, sowie Leiden zu lindern. Darin ging er auf. Er war des Kranken Freund und gab ihm das Gefühl, in besten Händen zu sein. Das brachte dem Chirurgen, dem Chefarzt, den Ruf ein, jederzeit bereit zu stehen und einzuspringen, wenn Not am Mann war. So hat er über Jahrzehnte seine Studenten unterrichtet und den Arzt, wie er sein soll, vorgelebt. "Sie müssen", hat er gesagt, "den Kranken anhören, müssen in jedem Fall sein Um-

feld kennenlernen". Das führte dazu, daß er sich noch nach Jahrzehnten an Familienangehörige erinnerte, die er nie zu Gesicht bekommen hatte, aber von denen im Gespräch mit dem Kranken die Rede war. Er war ein geliebter Arzt.

Bernhard Klapp trat hier auf vielen sportlichen Gebieten als Spitzenathlet hervor, so im Schwimmen und beim Fechten. Sein Karavan begleitete ihn quer durch Europa zu den kulturellen Sehenswürdigkeiten vieler Länder, ihrer Meere und Seen.

So war es denn auch für die Ärztekammer selbstverständlich, Professor Klapp in das Weiterbildungswesen einzubinden und seinen Rat und seine fachliche Begutachtung zu suchen. Auch im Freien Verband, dem Hartmann Bund, war seine Meinung gefragt, die unumstößlich die Verteidigung der Berufsfreiheit der Ärzte zum Ziele hatte. Ausgezeichnet wurde er von der Landesärztekammer Hessen mit der Dr.-Richard-Hammer-Medaille für besondere Verdienste um die Belange der Arzteschaft.

Mit seinen früheren Krankenschwestern und -pflegern am Diakoniekrankenhaus in Marburg-Wehrda hat er stets engen Kontakt gehalten. Sie hielten ihm die Treue auch noch, als er die letzten Jahre in einem Seniorenheim mit viel Liebe und Verständnis gepflegt werden mußte. Sein Wunsch war es, in aller Stille beige-setzt zu werden. Dennoch geht die Zahl derer, die sich ihm in Dankbarkeit verbunden fühlen, in die Tausende. Ein großer Teil hat sein Grab auf dem Friedhof im Marburger Vorort Marbach schon besucht.

Ein Marburger Bürger, der von seinem Tod erfuhr, sagte spontan, man solle ihm ein Denkmal setzen. Ich schließe mich dem rückhaltlos an. Ein bedeutender Arzt, der Vorbild für die Nachrückenden seines Standes war, sollte in der Erinnerung auch sichtbar fortleben.

Dank für alles, lieber Benno Klapp.

Horst Joachim Rheindorf



Dr. med.

Ulrich Herborn,

Kassel, wurde die Ernst von Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer anlässlich der Informationsveranstaltung der Interdisziplinären Gesellschaft für Medizin Kassel e.V. für sein jahrelanges Wirken für die hessische Ärzteschaft überreicht, die Verleihung nahm Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen, vor.



Professor Dr. med. Bernhard Kornhuber,

Frankfurt, wurde aus der Hand des Vizepräsidenten der Landesärztekammer Hessen, PD Dr. med. Roland Wönne, anlässlich der Sitzung des Gutachterausschusses der Weiterbildungsabteilung der LÄK Hessen, für sein außerordentliches Engagement für die Ärzteschaft die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber überreicht.





Kollektive Unvernunft bei Arzneimittelverordnungen?

Das Jahr 2001 wird in die komplizierte Geschichte der Arzneimittelausgabensteuerung deswegen eingehen, weil einerseits die Ärzte in ihrer Gesamtheit durch das Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz von der permanenten Bedrohung einer Kollektivhaft im Falle einer Budgetüberschreitung befreit wurden und andererseits die Ausgaben für Arzneimittel bedrohlich und beitrags-satzrelevant angestiegen sind. Gegenüber den Ausgaben im Jahr 2000 mußten die Krankenkassen für Medikamente rund 10 % mehr aufwenden. Das ist für die GKV ein milliarden-schwerer Aderlaß und für die Pharmaindustrie, den Großhandel, die Apotheker und den Finanzminister ein kräftiger Schluck aus der Pulle.

SPD-Gesundheitspolitiker und Kassenfunktionäre waren sich bereits Mitte des Jahres 2001 einig: Verantwortliche Verursacher für den starken Anstieg der Arzneimittelausgaben sind die niedergelassenen Vertragsärzte, die – enthemmt von der Kollektivhaftdrohung – zu viel und zu teuer verordnen würden. Nun wissen wir seit Menschengedenken, daß das Kausalitätsbedürfnis Bestandteil menschlichen Denkens und Agierens ist. Aber genauso wenig der drastische Rückgang der Storchpopulation in Deutschland etwas mit dem Geburtenrückgang in unserem Lande zu tun hat, obwohl dieser Zusammenhang augenscheinlich ist, hat der Arzneimittelausgabenanstieg 2001 etwas mit einem Gesetzesvorhaben zu tun, das die neue Gesundheitsministerin im Frühjahr 2001 avisiert hatte. Denn wenn man sich an die statistischen Fakten hält und die Marktentwicklung sauber und vorurteilslos beobachtet, dann zeigt sich folgendes Bild:

► Schon ab Mitte 2000, da war von Ul-

la Schmidt noch keine Rede, und ihre Vorgängerin Andrea Fischer zeigte sich wild entschlossen, die Kollektivhaft bei Budgetüberschreitung zu sanktionieren, sind in Deutschland die Arzneimittelausgaben sehr deutlich angestiegen.

- In den Vereinigten Staaten, in Kanada, Frankreich, Italien, Australien und Neuseeland – um nur einige mit der Bundesrepublik vergleichbare Länder zu nennen – sind bereits im Jahr 2000 die Ausgaben für Arzneimittel in zweistelliger Zuwachsrate explodiert. Da hatten wir einen Zuwachs von ca. 5–6 %.
- Weit vor dem Amtswechsel im Gesundheitsministerium in Berlin stiegen in den Wintermonaten 2000/2001 die Arzneimittelausgaben an. Und die Steigerungsraten der Vor-Ulla Schmidt-Ära ist gleich geblieben und nicht nach oben explodiert, als das Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz in 1. Lesung im Sommer dieses Jahres den Bundestag passiert hatte.
- Gleichzeitig hat sich die Zahl der Arzneimittelverordnungen nicht erhöht, sondern leicht erniedrigt, was nun weiß Gott nicht die These der angeblich unvernünftig verordnenden Ärzte stützen kann.
- Und die Verordnungsanteile der „umstrittenen“ Arzneimittel sind auch im Jahr 2001 trotz Wegfalls des Kollektivregresses weiter rückläufig, wie auch zeitgleich die Verordnungsumstellung der Originalprodukte auf preiswertere generische Varianten weiter nach oben gestiegen ist.

Was offenkundig niemand in der Politik und bei den Krankenkassen so recht wahrhaben wollte, aber schon seit Ende 1999 erkennbar und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung pro-

gnostiziert worden war, ist eingetreten: Die Haupttriebkraft des Arzneimittelmarktes sind die hochpreisigen Innovationen und die Verlagerung der Therapie mit Spezialpräparaten (s. Arzneiverordnungs-Report 1998) aus dem stationären in den ambulanten Sektor. Hinzu kommt eine deutliche Verordnungsvertiefung (Professor Brech) bei chronischen Krankheitsbildern durch Diabetesverträge, Asthma-Schulungen etc. Die Vorwürfe des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen in Sachen „Unterversorgung“ mit Arzneimitteln bleiben ebenfalls nicht ungehört. Denn solche Signale werden von den Marketingabteilungen der Industrie gerne und verstärkt aufgegriffen und weiter in die Verordnungsebene transportiert.

Mehrfach hatte die Ärzteschaft seit 1999 darauf hingewiesen, daß man die Steuerung der Arzneimittelausgaben in Deutschland nicht einzig und allein den Kassenärztlichen Vereinigungen und ihren Ärzten auf den Rücken packen kann, indem man sie kollektiv finanziell in Haft zu nehmen droht. Und immer wieder wurde gefordert, daß in die Preisbildung der Arzneimittel ebenso eingegriffen werden muß wie in die Distributionskosten, bis hin zur Mehrwertsteuerreduktion auf das europäische Durchschnittsniveau. Und mit Blick auf die Diskussion um die Analogpräparate (auch Me-Too-Präparate genannt) haben die Verantwortlichen in der Ärzteschaft schon längst angemahnt, daß eine Zulassung eines neuen Präparates nur noch dann erfolgen soll, wenn es einen nachgewiesenen therapeutischen Zusatznutzen aufweist, oder doch zumindest die Beurteilung des therapeutischen Zusatznutzens von einer der Wissenschaft verpflichteten Institution vorzunehmen sei, deren Empfehlungen dann



ohne wettbewerbsrechtliche Prozeßauseinandersetzungen durch die KVen an ihre Mitglieder weitergegeben werden dürfen.

Alle Gesundheitspolitiker und die maßgeblichen Beamten im BMG kennen das Problem: Krankenkassen und KVen werden bei konkreten Sparinformationen an die Adresse der Ärzteschaft permanent von Wettbewerbsprozessen bedroht. Die neuen Arzneimittel-Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen liegen seit 1. März 1999 blockiert vor den Wettbewerbskammern der Gerichte. Das gemeinsame Aktionsprogramm der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Krankenkassen, Bundesgesundheitsministerium von 1999 ist in wesentlichen Teilen ebenfalls von der Arzneimittelindustrie wettbewerbsrechtlich blockiert und als Steuerungsinstrument zahnlos geworden.

Erst im Herbst 2001, als allen klar geworden war, daß der Festbetragskompromiß des BMG mit der Industrie vom Frühjahr des gleichen Jahres diese zu stark begünstigt hatte, und die Ausgabenentwicklung sich so entwickelte, wie bereits 1 ½ Jahre früher prognostiziert worden war, kam hektische Betriebsamkeit mit dem Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz auf. Heraufsetzung des Kassenrabatts um 1 % bei den Apothekern, automatische Aut Idem-Substitution in das untere Preisdrittel durch den Apotheker und Preisstopp für zwei Jahre plus 4 % Sonderabgabe der Industrie für nicht festbetragsge-regelte patentgeschützte Medikamente. Wenn man so will, eine Art Übersteuerungsabschlag für die patentgeschützten Hochpreispräparate.

Das alles war, gemessen an der bisherigen Lethargie, vergleichsweise mutig und hat ein paar wenige ärztliche Anregungen zur Ausgabensteuerung im Arzneimittelsektor aufgenommen. Aber letztendlich keine überzeugende, länger tragende Konzeption.

Dem Kanzler muß das auch aufgefallen sein. Anders kann man sich die

Desavouierung seiner Ministerin für Gesundheitspolitik vor der Industrie und der Chemie-Gewerkschaft nicht erklären. 800 Mio. sollten es sein. 400 Mio. sind es geworden. Von Ab-läßhandel war die Rede. Ob die Kas-senärzte demnächst im Rahmen der Richtgrößenprüfungen auch auf eine Halbierung ihrer Regreßsumme rechnen dürfen? Solche guten Beispiele müssen schließlich Schule machen!

Arzneimittelbudget-Ablösungsge-setz, Festbetragskompromiß und Arz-neimittelausgaben-Begrenzungsgesetz markieren einen Teil eines gesundheitspolitischen Aktionismus, der sich gar nicht darum bemüht, eine politische Grundlinie einer Konzeption erkennen zu lassen. Man lebt – typisch für schlechte Zeiten – von der Hand in den Mund.

Planungssicherheit und Verlässlichkeit der Politik läßt sich dadurch nicht herstellen. Andererseits benötigt dies die Selbstverwaltung für ihre Aktionen und für ihre Vertragspolitik. Das Gleiche gilt auch für die Pharmaunternehmer und ihre Investitionsentscheidungen.

Es bleibt aber den Ärzten, den Krankenkassen und den KVen nichts anderes übrig, als in den Fragen der Arzneimittelversorgung gemeinsam nach richtigen Wegen Ausschau zu halten. Die Berliner Politik hilft of-fenkundig hier nicht weiter. Dies geht, wenn man sich über das Ziel einer wirtschaftlichen, aber modernen Arzneimitteltherapie einig ist, ganz gut. Dies scheidert jedoch, wenn kas-senseitig als oberstes Ziel nicht die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten, sondern die Stabilisierung der Finanzlage der Krankenkasse angepeilt wird. Kassen und Ärzte haben keinen Einfluß auf die Arzneimittelpreise und die globalen Marketingstrategien der Industrie. Sie haben keinen Einfluß auf die Zulassung von Arzneimitteln zum Markt und auf die wettbewerbsrechtliche Beurteilung ihrer Aktivitäten. Diese Problemfelder können nur vom Gesetzgeber befriedigend gelöst werden.

Aber es geht nicht an, die Ärzte wegen der schlechten Kassenlage einer Krankenkasse in ein permanentes ethisches Dilemma zwischen medizinischer Versorgungsnotwendigkeit und finanzieller Ressourcenknappheit zu bringen. Daß es gilt, alle Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren, ist unter Fachleuten vollkommen unbestritten. Und daß dies unbelehrbare Ärzte alsbald bei Richtgrößenprüfungen zu spüren bekommen werden, wurde oft genug angekündigt.

Die moderne Arzneimitteltherapie ist neben den chirurgischen und den intrakanalikulären interventionellen Eingriffen das machtvollste Standbein der Erfolge moderner Medizin. Der indikationsgerechte und wirtschaftliche Einsatz dieser Medikamente ist ärztliche Aufgabe. Auf diesem Feld, das bestätigt auch der Arzneiverordnungs-Report des Jahres 2001, haben die Ärzte ihre Hausaufgaben im wesentlichen gemacht. Von kollektiver Unvernunft kann gar keine Rede sein, sehr wohl aber von Defiziten im Einzelfall und geographischen Besonderheiten im Ländervergleich. Was Ärzte und Kassen jetzt brauchen, ist eine Politik der nachhaltigen Unterstützung ihrer Mühen auf diesem schwierig zu steuernden Sektor.

Zusammenfassung

Die Arzneimittelausgaben sind im Jahr 2001 bundesweit um ca. 10 % angestiegen. Im Gegensatz zu den Vorwürfen von Kassenfunktionären und SPD-Politikern liegen die Ursachen dieses Anstiegs nicht in der kollektiven Fehlverordnung deutscher Vertragsärzte. Hochpreisige Innovationen, teure Spezialpräparate und eine größere Verordnungstiefe bei chronischen Erkrankungen sind maßgeblich verantwortlich für den kräftigen Ausgabenschub. Dieser hat Deutschland erst 2001 erreicht, während vergleichbare ausländische Nationen diese stark steigenden Kosten bereits 2000 zu verkraften hatten.

Dr. Jürgen Bausch

Für eine Medizin mit menschlichem Gesicht

Der amerikanische Friedensnobelpreisträger Bernard Lown zu Gast in Frankfurt

„Meiner Ansicht nach hat die Medizin ihren Weg, wenn nicht sogar ihre Seele verloren“: In seinem Buch „The Lost Art of Healing“ scheut Dr. med. Bernard Lown nicht vor pathetisch anmutendem Formulierungen zurück. Immer wieder weist der Friedensnobelpreisträger von 1985 und renommierte Kardiologe öffentlich auf die besorgniserregende Entwicklung einer entpersönlichten Medizin in den USA – und zunehmend in allen industrialisierten Ländern – hin. Auf dem Weg nach Oslo zur Verleihung des Friedensnobelpreises an Kofi Annan legte Lown im Dezember einen kurzen Zwischenaufenthalt in Frankfurt ein.

In den Räumen der Bezirksärztekammer Frankfurt nahm der amerikanische Arzt im Gespräch mit Dr. med. W.A. Fach, dem Vorsitzenden der Bezirksärztekammer Frankfurt, Professor Dr. med. Ulrich Gottstein, Gründungs- und Ehrenvorstandsmitglied der IPPNW („International Physicians for the Prevention of Nuclear War“) und Gästen der Veranstaltung kritisch zur Terrorbekämpfung, dem Krieg in Afghanistan und dem Gesundheitswesen Stellung. Sein Verleger Dr. med. Dipl.-Psych. W. Bertram präsentierte Lowns im Februar in deutscher Übersetzung unter dem Titel „Die verlorene Kunst des Heilens“ im Schattauer Verlag erscheinendes Buch, das konkrete Lösungsvorschläge für die gegenwärtige Krise der Medizin zu geben versucht.

Mit den Worten „Schon für uns Studenten war Lown ein Begriff“ begrüßte Professor Dr. med. Ulrich Gottstein, ehemaliger Chefarzt für Innere Medizin am Frankfurter Bürgerhospital, den Gast, der mit der Erfindung der Gleichstromdefibrillation bei Kammerflimmern und arrhythmischer Vorhoftachykardie Hunderttausende von Patienten das Leben gerettet habe. Neben seinen großen Verdiensten für die Kardiologie hob Gott-

stein Lowns Einsatz für die Verhütung des Atomkrieges hervor: Bernard Lown ist emeritierter Mitbegründer der Gruppe IPPNW, deren Mitgliederzahl seit der Gründung im Jahre 1980 mittlerweile auf über 200.000 Ärzte in achtzig Ländern angewachsen ist. Außerdem sitzt er dem „Ad Hoc Committee to Defend Health Care“ vor – einer Gruppe, die gegen eine von Marktinteressen bestimmte Gesundheitsfürsorge und gegen eine profitorientierte Medizin zu Felde zieht.

Ärzte seien verantwortlich für das Leben ihrer Patienten und die Gesundheit der Gesellschaft. Sie müßten damit anfangen, eine neue Provinz präventiver Medizin zu erforschen, die Verhütung des Nuklearkrieges, schrieb Gottstein im vergangenen Jahr anlässlich Lowns 80. Geburtstag. Lown selbst betonte in Frankfurt, daß die große Bedrohung der Menschheit weder in der biotechnologischen Forschung noch in Atomstrom, sondern in Nuklearwaffen liege. Atomwaffen in der Hand von Terroristen: dies sei seine schrecklichste Vision. Mit Blick auf Afghanistan unterstrich Lown, Terrorismus könne nicht mit Bombardements beantwortet und eliminiert werden. Weder in Afghanistan noch im Mittleren Osten oder sonst irgendwo auf der Welt. Politiker müßten – wie Ärzte – zuerst eine korrekte Diagnose erstellen und dann zu den Symptomen gehen, um Terrorismus wirksam zu bekämpfen. Leider blieben solche Appelle jedoch oft ungehört.

„Not listening“ – nicht zuhören – sei ein weltweites Phänomen, erklärte Lown. Auch in der Medizin. Obwohl kaum ein Tag vergehe, an dem nicht ein bedeutender wissenschaftlicher Durchbruch erzielt werde, sei die Unzufriedenheit mit Ärz-

ten in der amerikanischen Öffentlichkeit selten ausgeprägter gewesen als heute. Lown machte unter anderem das amerikanische System einer sogenannten „ge-managten“ Gesundheitsvorsorge dafür verantwortlich, daß Ärzte ihrer beruflichen Zuständigkeit und Patienten ihrer Persönlichkeit beraubt würden. Zugleich warnte er davor, ein solches System zu importieren.

„Ich glaube, daß die tiefgreifende Krise in der Medizin nur zum Teil mit den explodierenden Kosten im Gesundheitswesen in Zusammenhang steht“, schreibt Lown in dem Vorwort zu seinem Buch. Vielmehr sei das ungeschriebene Verhältnis zwischen Arzt und Patient, das über Jahrtausende Bestand gehabt habe, dabei, zerstört zu werden. Patienten hätten kein Verlangen nach einem präzise aufgesetzten Geschäftsvertrag innerhalb einer marktorientierten Medizin, sondern nach einem Bündnis des Vertrauens zwischen Gleichrangigen. Ein profitorientiertes Gesundheitswesen sei daher ein Widerspruch in sich. In einem Zeitalter, in dem alles Persönliche zu einem schwarzen Loch des „Egoismus“ zusammengeschrumpft sei, sei die Ausübung einer Medizin mit menschlichem Gesicht nötiger denn je, sagte Lown. Dies bedeute allerdings keinen Verzicht auf Wissenschaft und Technik: „Heilung wird am ehesten erreicht, wenn Kunst und Wissenschaft miteinander verbunden, wenn Körper und Seele zusammen einer gründlichen Untersuchung unterzogen werden“.

Katja Möhrle

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.**



Biowaffen

Von Professor Dr. Horst Löb, Marburg

Die pathogene Wirkung der jüngsten Anthrax-Briefe war vergleichsweise unbedeutend: 16 Infizierte, 4 Tote. Waren deshalb die Ängste der Menschen und der Ruf nach einem besseren Katastrophenschutz unbegründet? Leider nicht, denn der Bioterror in den USA könnte den Beginn einer Apokalypse markieren.

Ungeachtet eines UN-Verbots von 1972 verfügen nämlich nicht weniger als 17 Länder über größere Mengen waffenfähiger Milzbrandsporen, und auf der Liste stehen sämtliche so genannten Schurkenstaaten. So besaß laut UNO der Irak zu Beginn des Golfkrieges 8,5 Tonnen Anthrax. Damit hätte er theoretisch bis zu 250 Millionen Menschen umbringen können! Und Saddam Hussein hatte auch schon 50 Bomben und 10 Scud-Raketenköpfe mit dem weißen Pulver gefüllt.

Terrororganisationen können sich biologische Kampfstoffe von Unterstückerstaaten oder auf dem Schwarzen Markt besorgen. Ja, bis vor einigen Monaten konnte man kleinere Mengen Milzbrandsporen sogar ganz legal von 54 Pharmalagern beziehen – Anthrax per Mausclick für hundert Dollar.

Anthrax

Bis vor kurzem mußte man bei uns das Wort Milzbrand in den Geschichtsbüchern suchen. Man las dort, daß die Krankheit hauptsächlich Wiederkäuer befällt und eigentlich schon seit 3.500 Jahren bekannt ist. Daß Robert Koch bereits 1876 den Erreger fand und ihn *Bacillus anthracis*, den schwarzen Bazillus nannte, weil dieser auf der Haut nässende Geschwüre mit schwarzem Schorf bildet – der Name der Krankheit selbst war von der charakteristisch vergrößerten, wie verbrannt aussehenden Milz der Opfer abgeleitet worden. Die Historie der Medizin berichtet ferner von Louis Pasteur, der schon vor über 100 Jahren den ersten Impfstoff herstellte, indem er durch Erhitzen avirulente Milzbrandstämme gewann.

Danach stellte der *Bacillus anthracis* lange Zeit keine ernst zu nehmende Gefahr mehr dar. Heute erkranken Tiere nur noch in Schwarzafrika, in einigen Ländern des Vorderen Orients und auf dem indischen Subkontinent. Menschen sind nur durch den Verzehr von nicht lange genug gekochtem Fleisch infizierter Tiere gefährdet.

In Deutschland gab es zuletzt 1994 einen Fall von Milzbrand. Nun aber haben die Anthrax-Briefe, die Trittbrettfahrer und die Sensationspresse die Furcht vor

Milzbrand wieder geweckt – laut BDA nahmen Angst- und Panikstörungen bereits in signifikantem Ausmaß zu.

Was ist Milzbrand?

Der Erreger ist ein Sporen bildendes Bakterium. Die Sporen umgeben sich mit rundlichen Kapseln, die mehrere Mikrometer groß sind. Die Bakterien selbst besitzen Stäbchenform. Gelangen die Sporen in einen Wirtskörper, in dem sie eine an Glukose, Aminosäuren und Nukleosiden reiche Umgebung vorfinden, keimen sie, vermehren sich rasch und sondern schließlich drei verschiedene Giftstoffe ab – die Krankheit bricht aus. Die Inkubationszeit beträgt beim Menschen, je nach dem Grad der Verkapselung der Sporen, zwischen weniger als einem Tag und einigen Wochen.

Hinsichtlich des Ansteckungsweges und der Manifestation unterscheidet man drei Formen des Milzbrands:

Bei der kutanen Form dringen die Erreger durch kleine Risse oder Kratzer in die Haut ein, und es kommt zu den erwähnten Schwellungen und Geschwüren. Der Hautmilzbrand ist die ungefährlichste Manifestationsform – mit Penicillin o.ä. behandelt, beträgt die Letalität nur ein Prozent.

Mit einer 50-prozentigen Letalität ist die gastrointestinale Form wesentlich

gefährlicher. Die Ansteckung erfolgt über die Aufnahme kontaminierter Nahrung. Es gibt zwei Verlaufsformen: Der Mund-Rachen-Milzbrand äußert sich im ersten Stadium durch Halsschmerzen und Schluckbeschwerden, während der Darmmilzbrand mit Magenschmerzen und Übelkeit beginnt. Später kommt es zu blutigem Erbrechen und blutdurchsetztem Durchfall.

Noch gefährlicher ist die pulmonale Form, bei der die Ansteckung durch Inhalation erfolgt und die Infektionsdosis 10.000 bis 50.000 Sporen beträgt. Die ersten Symptome dieses Lungenmilzbrands sind wiederum unspezifisch: Husten, Kopf- und Muskelschmerzen, Fieber und Schüttelfrost. Im Endstadium läuft die Haut durch Sauerstoffmangel blau an, und es kommt zu schwerer Ateminsuffizienz und Bluthusten – wodurch dann auch eine Übertragung von Mensch zu Mensch möglich wird. Als Begleiterscheinungen des Lungenmilzbrands können Sepsis und Meningitis auftreten. In allen Fällen ist der Ausgang fast immer tödlich.

Auch die beiden gefährlichen Milzbrandformen lassen sich mit Antibiotika erfolgreich bekämpfen, z.B. mit dem Gyrasehemmer „Ciprofloxacin iv“ oder mit dem Tetracyclin „Doxycyclin“ in Kombination mit anderen Antibiotika. Allerdings muß man sehr hohe Dosen verabreichen, und die Behandlung muß bereits vor dem Ausbrechen der Krankheit beginnen. Das Hauptproblem stellt hierbei die richtige und rechtzeitige Diagnose dar, denn die ersten Symptome sind ja unspezifisch, und der mikrobiologische bzw. serologische Nachweis einer Infektion kann nur in Speziallabors erbracht werden.

Leider gibt es für den Normalbürger keine Prävention: Impfstoffe besitzt nur das Militär in den USA, in Rußland, Großbritannien, Kanada und China. Außerdem ist die Immunisierung nicht absolut verlässlich, hält nur ein Jahr und führt oft zu schweren Nebenwirkungen.

Das Gesagte gibt eine erste Antwort auf die Frage, warum Anthrax für Generäle ebenso attraktiv ist wie für Terroristen: Die Opfer merken die Gefahr zu-



nächst gar nicht, und die Sporen sind natürlich auch geschmack- und geruchlos. Anthrax ist eine heimtückische Waffe.

Ein zweiter Aspekt: Milzbrandsporen lassen sich leicht in größeren Mengen herstellen. Man isoliert sie aus dem Gewebe gestorbener Tiere oder aus verseuchtem Boden und vermehrt sie dann in einer Nährlösung. Dazu braucht man kein allzugroßes Know-How, und im Grunde genommen besitzt jedes mit den erforderlichen Sicherheitsstandards ausgerüstete Labor das Potential zur Produktion des Kampfstoffes.

Der dritte Grund: Die gekapselten Anthrax-Sporen können selbst in einer absolut widrigen Umgebung Jahrzehnte überdauern. Sie sind also nahezu unbegrenzt lagerfähig. Die britische Armee hat dies ungewollt auf einer kleinen Insel vor Schottlands Küste demonstriert: Bei Experimenten verseuchte sie 1942 den Boden – die Insel durfte erst ein halbes Jahrhundert später und nach einer aufwendigen Dekontamination wieder betreten werden.

Der vierte Vorteil: Anthrax läßt sich leicht verteilen. Während die Militärs in der Regel an Granaten, Bomben und Raketen denken, scheinen der krankhaften Phantasie von Terroristen kaum Grenzen gesetzt. Es gibt viele Möglichkeiten: Die Vergiftung von Trinkwasser und Lebensmitteln, die Verteilung durch die Post, die Einleitung in die Ansaugrohre der Klimaanlage von Hochhäusern, Flughäfen oder Supermärkten, das Versprühen durch unbemannte Flugkörper, Sport- oder Sprühflugzeuge. In diesem Fall könnten die getrockneten Sporen als Pulver oder zusammen mit einer Flüssigkeit als feiner Nebel große Flächen kontaminieren.

Allerdings ist die Herstellung eines „waffenfähigen“ Anthrax-Aerosols nicht ganz so einfach. Die Sporen ziehen sich nämlich elektrostatisch an, verklumpen, sinken dann rasch zu Boden und sind auch nicht mehr „lungentauglich“, da sie beim Einatmen im Nasen-Rachenraum steckenbleiben. Allerdings haben die Entwicklungslabors der B-Waffenproduzenten dieses Problem inzwischen durch geeignete chemische Zu-

sätze gelöst. Alles zusammengenommen, spricht für Anthrax ein makabres Kosten-Nutzen-Verhältnis: Die Entvölkerung einer City wäre mit Milzbrand 800 Mal billiger als mit einer Atombombe und sogar 2000 Mal preiswerter als mit chemischen Sprengstoffen. Und 10kg Sporen, sehr fein verteilt, würden ausreichen, um ein „biologisches Hiroshima“ mit bis zu 300.000 Toten anzurichten.

Die Palette der biologischen Kampfstoffe

Anthrax ist zwar der gängigste biologische Kampfstoff, aber beileibe nicht der einzige und nicht einmal der gefährlichste. Es gibt ein ganzes „dreieckiges Dutzend“ verschiedener Erregerarten.

Man unterscheidet drei Klassen von Kampfstoffen, nämlich Bakterien, Viren und Toxine, d.h. giftige Stoffwechselprodukte lebender Organismen.

Neben dem *Bacillus anthracis* gehören zur ersten Gruppe unter anderem auch die Erreger der Lungenpest, der Tularämie, der Brucellose, des Q-Fiebers und der Cholera.

Die Lungenpest, die im Mittelalter ganze Länder entvölkerte, stellt heute eigentlich keine Gefahr mehr dar, ebenso wenig wie die Cholera – die letzte große Epidemie dieser Darmkrankheit datiert aus dem Jahr 1920, als vier Millionen Inder starben. Inzwischen haben Antibiotika und Fortschritte in der Hygiene diese Geißeln der Menschheit in die Geschichtsbücher verbannt. Oder doch nicht?

1992 gab der damalige russische Präsident Boris Jelzin zu, daß die Sowjetunion während des Kalten Krieges große Mengen von *Yersinia pestis*-Keimen und Cholera-Bakterien gezüchtet und gelagert hatte. Auch 20 Tonnen Pockenviren wurden ab 1980 in Sagorsk geheim produziert – sie sollen jetzt spurlos verschwunden sein.

Ein Terroranschlag oder eine militärische Attacke mit Pockenerregern wäre allein schon deshalb katastrophal, weil in den letzten 20 Jahren keine Schutzimpfungen mehr durchgeführt wurden – die Pocken galten ja als weltweit ausgerottet. Der Variola-Virus, also der Pock-

kenerreger mit seiner hohen Infektiosität, gehört zur zweiten Gruppe der biologischen Kampfstoffe. In diese Kategorie fallen auch die hämorrhagischen Fieber wie Ebola, Marburg und Lassa – tödliche Erkrankungen, gegen die es weder Schutzimpfungen, noch irgendwelche Gegenmittel gibt. Zweifellos wurden auch diese Stämme in staatlichen mikrobiologischen Hochsicherheitslabors gezüchtet.

Zur Gruppe der Stoffwechselgifte, welche das „dreieckige Dutzend“ der B-Waffen komplettieren, gehören u.a. das vom Schimmelpilz *Aspergillus flavus* erzeugte Aflatoxin und das vom Bodenbakterium *Clostridium botulinum* produzierte Botulinum-Toxin. Letzteres bildet sich beispielsweise in verdorbenen Fleisch- und Wurstwaren; die Historie kennt es u.a. als Gift der Borgias. Kein Wunder, daß sich die Sowjets, ebenso wie die Iraker, auch um diese Toxine bemühten. Saddam Hussein verfügte vor dem Golfkrieg über 2,5 Tonnen Aflatoxin und entsprechende Mengen Botulinum-Toxin.

Botulinum ist im übrigen das stärkste bekannte Gift überhaupt: Mit nur einem einzigen Gramm könnte man theoretisch zehn Millionen Menschen umbringen!

Durch frühzeitige Verabreichung eines Antitoxins läßt sich allerdings die Letalität auf unter 10 Prozent absenken.

Genveränderte Kampfstoffe

Es war wohl die Tatsache, daß es gegen Milzbrand, Pest, Pocken und Botulismus zumindest im Prinzip Impfstoffe, Antiseren, Antibiotika bzw. Antitoxine gibt, welche die Strategen der Massenvernichtung veranlaßte, Erreger zu entwickeln, gegen die man sich nicht mehr wehren kann. So hielt die Gentechnik Einzug in das B-Waffengeschäft.

Als Kanatjan Alibekow, der stellvertretende Leiter des sowjetischen B-Waffenprogramms, 1992 in die USA emigrierte und dort prompt Berater des US-Verteidigungsministers wurde, blieb zunächst noch alles geheim. Heute weiß man nicht zuletzt von ihm, daß die UdSSR in Obolensk bei Moskau genver-



änderte Erreger von Milzbrand, Pest und Pocken entwickelt und produziert hat. Sogar Pocken- und Marburg-Viren sollen schon miteinander kombiniert worden sein. Und es gilt als sicher, daß das heutige Rußland die ehemaligen Giftküchen nicht komplett geschlossen hat – und sei es auch nur um vorrangig die defensiven Entwicklungen voranzutreiben.

Genmanipulationen von Anthrax und anderen natürlichen biologischen Kampfstoffen werden auch im südeuropäischen Porton Down durchgeführt. Ferner bestätigte Ari Fleischer, der Sprecher des Weißen Hauses, im Spätsommer 2001 einen Bericht der New York Times, wonach es in US-Labors bereits seit vier Jahren geheime Genforschung an B-Waffen gäbe. Sie seien defensiver Natur.

Auch die Bundeswehr hat seit 1995 die Abwehrforschung massiv ausgebaut: 21 Einzelvorhaben betreffen den schnellen Nachweis eines biologischen Angriffs, die Entwicklung neuer Impfstoffe usw.

Abgesehen von den sehr aufwendigen

Auszug aus dem Sachbuch „Die zweite Schöpfung – Chancen und Gefahren der Genrevolution“ (2. Aufl.), Verlagsgruppe Langen Müller Herbig, München 2001

Sicherheitsmaßnahmen, ist die gentechnische Veränderung von Bakterien und Viren nicht allzu schwierig. Man kennt ja inzwischen die relativ einfachen Erbanlagen vieler Mikroorganismen; zudem macht die Natur den Forschern via Mutation und Auslese vor, wie sich die Krankheitserreger selbst gegen Antibiotika usw. resistent machen. Schließlich darf man auch die Erfahrungen mit der zivilen Komponente nicht vergessen: Bakterien werden ja gentechnisch schon so gezüchtet, daß sie als „Medikamentfabriken“ dienen.

Hinsichtlich der Erbgutmanipulation biologischer Massenvernichtungsmittel unterscheidet man mehrere Zielrichtungen und Techniken:

Im Vordergrund der Aktivitäten und

auch der Berichterstattung stehen natürlich das Anthrax und die anderen Erreger mit Antibiotika-Resistenz, also die „unverwundbaren“ Keime.

Daneben versucht man, die Oberfläche von Krankheitserregern so zu modifizieren, daß sie das menschliche Immunsystem nicht mehr erkennt – man will den Keimen eine „Tarnkappe“ verpassen.

Ein anderer Weg hat zum Ziel, in normalerweise harmlosen Erregern pathogene Eigenschaften einzupflanzen – man möchte winzige „Trojanische Pferde“ schaffen.

Daneben versucht man, die pathogenen Eigenschaften selbst sowie die Virulenz zu erhöhen, also z.B. „Supergrippeviren“ zu züchten.

Die »Kombinationskeime« wurden schon erwähnt. Neben Pocken-Marburg-Viren ist auch von einer genetischen Synthese zwischen Milzbrand-Bakterien und Salmonellen die Rede.

Schließlich denkt man noch an „Designer-Erreger“, d.h. an völlig neu zusammengestellte, künstliche Keime, die alle natürlichen Erreger in den Schatten stellen sollen.

Wozu ein pervertierter menschlicher Geist fähig ist, zeigen auch die „ethnischen Bomben“: Im Biologischen Institut von Nes Tziyona in Israel versucht man gentechnisch einen Kampfstoff zu entwickeln, der auf Araber, nicht aber auf Juden anspricht. Glücklicherweise erscheint dieses Unterfangen aussichtslos. Denn beide Völker sind ja semitischen Ursprungs, und die Religionszugehörigkeit ist nicht im Genom verankert.

Der bekannte englische Physiker Stephen Hawking hat kürzlich die Vermutung geäußert, daß die Menschen auf der Erde die nächste Jahrtausendwende nicht erleben werden, weil ihnen ein zufällig oder absichtlich produzierter Virus den Garaus machen wird. Manches spricht für diese These.

Anschrift des Verfassers:
I. Physikalisches Institut
der Justus-Liebig-Universität
Heinrich-Buff-Ring 16
35392 Gießen

Homepage des Arztes – neue Ankündigungspflichten

Am 21. Dezember 2001 ist das Gesetz über rechtliche Rahmenbedingungen für den elektronischen Geschäftsverkehr (EGG) in Kraft getreten. Dabei wurde unter anderem auch das Teledienstegesetz (TDG) geändert. Als Diensteanbieter iSv § 3 TDG gilt nun jede natürliche oder juristische Person, die eigene oder fremde Teledienste zur Nutzung bereithält oder den Zugang zur Nutzung vermittelt. Damit gelten auch niedergelassene Ärzte, die mittels einer Homepage über ihr ärztliches Dienstleistungsangebot informieren, als Diensteanbieter iSd TDG und sind den Informationspflichten des § 6 TDG unterworfen.

Nach einer ersten Sicht des Gesetzestextes haben diese Diensteanbieter für geschäftsmäßige Teledienste mindestens folgende Informationen leicht erkennbar, unmittelbar erreichbar und ständig verfügbar zu halten:

1. Ihren Namen und die Anschrift, unter der sie niedergelassen sind
2. E-Mail-Adresse
3. Ärztekammer, bei der eine Mitgliedschaft und – damit verbunden – eine Berufsaufsicht besteht
4. Soweit die Niederlassung als Partnerschaftsgesellschaft eingetragen ist, das Partnerschaftsregister und die entsprechende Registernummer
5. Gesetzliche Berufsbezeichnung (z.B.: Ärztin-/ Arzt) und den Staat, in dem diese verliehen worden ist
6. Berufsrechtliche Regelungen, denen der Arzt unterworfen ist (z.B.: Heilberufsgesetz und Berufsordnung)
7. Umsatzsteueridentifikationsnummer, soweit der Arzt aufgrund der umfangreichen Gutachter Tätigkeiten der Umsatzsteuerpflicht unterliegt

Hinsichtlich der Punkte 3.) und 6.) empfiehlt es sich, sowohl auf die Homepage der Ärztekammer (in Hessen z.B.: „www.Laekh.de“) als auch auf die dort abrufbaren berufsrechtlichen Regelungen einen Link zu legen.

Das TDG behandelt Verstöße als Ordnungswidrigkeiten, die mit Geldbußen bis zu DM 100.000,00 (ab 1.1.2002 = 50.000,00) geahndet werden können (§ 12 TDG). Zudem besteht die Gefahr, auch nach wettbewerbsrechtlichen Vorschriften in Anspruch genommen zu werden.

Rechtsabteilung der Landesärztekammer Hessen



37. Deutscher Kongreß für Sportmedizin und Prävention in Rotenburg an der Fulda

Prävention durch Bewegung und Sport

Mit mehr als 400 Beiträgen in ca. 165 Plenar-, Haupt- und Kurzvorträgen (mit zusammen ca. 70 Stunden Vortrags- und Diskussionszeit) und ca. 240 Postern in 24 Themengebieten zum gesamten Spektrum der Sportmedizin und Prävention über den Einfluß von Sport und körperlicher Aktivität auf den gesunden und kranken Organismus und etwa 1.000 Teilnehmern fand unter der Leitung des Kongreßkomitees (*Professor Dr. med. Paul E. Nowacki* [Gießen, Vorsitzender], *Professor Dr. med. Karl-Hans Arndt* [Erfurt, stellvertretender Vorsitzender], *MR Dr. med. Eberhard Greiner* [Gotha], *Priv.-Doz. Dr. med. Gerd Hoffmann* [Frankfurt am Main]) der 37. Deutsche Kongreß für Sportmedizin und Prävention als Zwei-Jahres-Kongreß der mit ca. 12.000 Mitgliedern größten wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaft in Deutschland, der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention DGSP, erstmals in Zusammenarbeit auch mit dem Verband Österreichischer Sportärzte und der Schweizerischen Gesellschaft für Sportmedizin im Kongreßzentrum in Rotenburg an der Fulda – und damit seit 23 Jahren erstmals wieder in Hessen – vom 26. bis 30. September 2001 statt.

Die Schirmherrschaft über den vom Thüringer Sportärztebund und dem Lehrstuhl für Sportmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen ausgerichteten Kongreß hatten die Ministerpräsidenten des Freistaates Thüringen, *Dr. Bernhard Vogel*, und des Landes Hessen, *Roland Koch*, übernommen.

die gemeinsamen Bemühungen zur Umsetzung dieser Kenntnisse wurden auch vom Präsidenten des Deutschen Sportbundes DSB, Freiherr Manfred von Richthofen, und dem Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention DGSP, *Professor Dr. med. Hans-Hermann Dickhuth*, in ihren Ansprachen in Übereinstimmung mit den schriftlichen Grüßen von *Bundesinnenminister Otto*

Auf die überragende Bedeutung von Bewegung und Sport weit über den Kongreß hinaus für die gesamte Bevölkerung auch zur Gesunderhaltung (Prävention durch Sport) verwies Staatsminister Volker Bouffier, Minister des Inneren und für Sport des Landes Hessen, und formulierte: „Sport ist und wird immer integraler Bestandteil des gesellschaftlichen Lebens bleiben“. Die entscheidende Bedeutung körperlicher Aktivität in der Prävention von Erkrankungen in der Bevölkerung und

Schily und *Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt* betont.

Im Festvortrag über „Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der deutschen Sportmedizin“ spannte der Vorsitzende des Kongreßkomitees, *Professor Dr. med. Paul E. Nowacki*, den Bogen von der Entwicklung des Menschen und den Beginn des modernen Sports in Griechenland über die Geburtsstunde der organisierten deutschen Sportmedizin am 21. September 1912 in Oberhof in Thüringen und die Neugründung des Deutschen Sportärztebundes am 14. Oktober 1950 und die Wiedervereinigung bis in die heutigen Tage und drückte seine Hoffnung aus, daß gerade auch durch Spiel und Sport eine friedvolle Zukunft erreicht werden kann.

Im Rahmen des Festaktes zeichnete der Präsident der DGSP, *Professor Dr. med. Hans-Hermann Dickhuth*, mit dem Ehrenbrief der DGSP *Dr. med. Alfred Hartmann* (Offenbach am Main) und mit der Goldenen Ehrennadel der DGSP *Dr. med. Ursula Hillmer-Vogel* (Universität Göttingen) und *Priv.-Doz. Dr. med. Gerd Hoffmann* (Universität

Frankfurt am Main) für ihr langjähriges Engagement für die DGSP aus.

Professor mult. Dr. med. Dr. h.c. Wil-dor Hollmann, Ehrenpräsident des Weltverbandes für Sportmedizin (FIMS) und der DGSP, verlieh den Arno-Arnold-Preis an *Dr. Frank-Christoph Mooren* von der Universität Münster für seine sportimmunologische Forschungsarbeit.

In Plenar-, Haupt- und Kurzvorträ-



Kongreßkomitee für den 37. Deutschen Kongreß für Sportmedizin und Prävention in Rotenburg an der Fulda. hinten links: Prof. Dr. med. Paul E. Nowacki (Vorsitzender); vorne rechts: Prof. Dr. med. Karl-Hans Arndt (stellv. Vorsitzender); vorne mitte: MR Dr. Eberhard Greiner; hinten rechts: Priv. Doz. Dr. med. Gerd Hoffmann; sowie der Geschäftsführer des MEIRO-Kongreßzentrums: vorne links: Walter Bock



gen sowie Postern wurde auf zahlreiche erwünschte Wirkungen von Sport und Bewegung, z.B. zur Aufrechterhaltung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Gehirns, sowie auf das Immunsystem, den Sauerstofftransport, den Stoffwechsel und die Wirbelsäule, und auf Grundmechanismen, wie Anpassung an Belastungen und die Wiederherstellung nach Belastung (Regeneration), eingegangen und auch, wie bestimmte körperliche Aktivitäten gezielt bei chronischen Erkrankungen (arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus) als Therapie eingesetzt werden können. Beispielhaft aus der Fülle des in Rotenburg Präsentierten seien aufgeführt:

In einem begeisternden Plenarvortrag sprach *Professor mult. Dr. med. Dr. h.c. Wildor Hollmann* über „**Gehirn – Geist – Psyche – körperliche Aktivität**“: Das Gehirn des Menschen stellt die komplexeste Struktur im Universum dar und zeichnet sich u.a. durch abstraktes Symboldenken und zukunftsorientiertes Handeln aus. Aus wissenschaftlicher Sicht dominiert heute die Auffassung, Geist und Gehirn als eine Einheit zu sehen (monistische versus dualistische Theorie). Einen faszinierenden Bereich stellt das Zusammenspiel zwischen Verstand und Gefühl im Gehirn dar. Ein dem Gehirn innewohnendes Belohnungsprinzip sichert den Überlebenswillen des Menschen und gibt so einen Rhythmus für das Alltagsleben vor. Hochkomplexe Verschaltungen der Nervenzellen ermöglichen die Bewertung (mit positiven oder negativen Gefühlen) des Erlebten und Gewesenen in einem Zusammenspiel von ca. 100 Milliarden Neuronen und bilden auch die Grundlage für unser Bewußtsein. Den stärksten Reiz, daß Nervenzellen erhalten bleiben und nicht absterben, und auch dafür, daß Nervenzellen ihre Funktionsfähigkeit erhalten und ausbauen, insbesondere durch das Knüpfen vielfältiger Synapsen untereinander, stellt die Bewegung dar: auch hier wieder ein überzeugender Beweis heutiger Forschungsergebnisse für die Bedeutung

körperlicher Aktivität. Das Gehirn des Menschen zeigt auch deutliche Geschlechtsunterschiede, die Männern und Frauen jeweils geschlechtstypische besondere Fähigkeiten (z.B. rhetorische Fähigkeiten bei Frauen, Fähigkeiten des räumlichen Auffassungsvermögens bei Männern) verleihen, die aber in komplexer Weise z.B. auch von Hormonkonzentrationen abhängen. Körperliche Aktivität steigert – erstmals in Untersuchungen von Professor Hollmann gezeigt – die regionale und globale Hirndurchblutung und auch den Gehirnstoffwechsel, bei moderater körperlicher Aktivität z.B. um ca. 30 Prozent! Auch Geschicklichkeitsübungen steigern die Hirndurchblutung. Körperliche Aktivität verbessert über Änderungen des Stoffwechsels die Stimmung und mindert über die Produktion von Endorphinen im Gehirn die Schmerzempfindung. Körperliche Aktivität stellt den entscheidenden Faktor dar, Alterungsprozessen im Gehirn mit Minderung der Zahl der Synapsen entgegenzuwirken.

Professor Dr. med. Henning Stürz (Universität Gießen) referierte in seinem Plenarvortrag über „**Arthrose und Sport**“: Ein normales Gelenk mit den gelenkschützenden Faktoren optimale Achsenstellung, gute Kongruenz der beiden miteinander in Wechselwirkung tretenden Knorpelgelenkflächen, gute Stabilität und gute neuromuskuläre Steuerung (Zuggurtung zur optimalen Druckverteilung im Gelenk) kommt – von einer akuten Verletzung durch äußere Gewalteinwirkung abgesehen – nicht in die Arthrose! Bei der genannten günstigen Ausgangslage führt Sport unter gelenkschonenden Randbedingungen auch im größeren Umfang (z.B. mehrstündiges Laufen) nicht zur Arthrose. Zu den schützenden Faktoren gehört auch, daß Trainierte ein kernspintomographisch größeres Knorpelvolumen und ein besseres Reaktionsvermögen des Knorpels auf z.B. Laufbelastung haben. Kann jedoch die Kraft nicht gleichmäßig über die Gelenkfläche verteilt werden, so sind langfristig durch lokale Überschreitung

der Belastbarkeit Schädigungen des Knorpels möglich: entsprechend steigt durch Gelenkfehlstellungen, Fehlbildungen in der Gelenkform, Übergewicht, Gelenkverletzungen und zunehmendes Alter die Wahrscheinlichkeit einer Arthrose. So führen Meniskus-schäden über die Störung der flächigen Druckverteilung häufig zu Arthrosen: deshalb sollte aus heutiger Sicht nach Möglichkeit ein Meniskus nicht entfernt, sondern – wenn irgend möglich – erhalten werden (z.B. durch eine Meniskusnaht-Operation). Auch bei bestimmten gelenkbelastenden Sportarten können auf Dauer die Belastungsgrenzen immer wieder überschritten werden, ganz extrem z.B. beim Gewichtheben, aber auch Fußballspieler haben auf Dauer ein erhöhtes Gonarthrosrisiko. Eine zentrale Aussage von Professor Stürz war: „Das Gelenk lebt von der Bewegung und freut sich über die richtigen Bewegungen.“ Bewegungen mit nur moderater Belastung tragen wesentlich zur Versorgung des Knorpels mit Nährstoffen bei, weshalb heute vollständige Gelenkruhigstellungen nach Möglichkeit zugunsten einer frühfunktionellen Behandlung mit Bewegungen ohne Belastung auch nach Verletzungen ganz vermieden werden. Auch bei einer bereits eingetretenen Arthrose sollte ein gewisses Maß an Bewegung (mit möglichst wenig Belastung) durchgeführt werden, besonders geeignet sind Sportarten wie Schwimmen, Aquajogging, Radfahren, Gymnastik, Wandern und Skiwandern. Auch im Zeitalter der Knorpeltransplantation, die aus Sicht von Professor Stürz nur einen Ersatzknorpel darstelle, gelte: ein einmal geschädigter Knorpel ist bis heute nicht vollständig wieder herstellbar. Entsprechend stellt die Vermeidung von Gelenkverletzungen und Gelenkschäden sowie eine gute Bewegungskoordination die wichtigsten Vorbeugemaßnahmen gegen Arthrose dar.

„Es ist schon ein Kreuz mit dem Kreuz!“ Mit diesem Satz begann *Professor Dr. med. Kurt Tittel* seinen Ple-



narvortrag über „Die Belastbarkeit der Wirbelsäule aus funktionell-anatomischer und sportmedizinischer Sicht“: Die zunehmende Lebenserwartung bei zumeist muskulärer Unterforderung (mit Abnahme von Skelettmuskulatur und damit Muskelkraft) bei der an sich ein hohes Maß an Haltearbeit benötigten Wirbelsäule des Menschen (Kompromiß aus Flexibilität und Stabilität bei nur Zwei-Punkt-Unterstützung im Gegensatz zur Vier-Punkt-Unterstützung in der Tierwelt) begünstigt das Auftreten involutiver Vorgänge an der Wirbelsäule (Zwischenwirbelscheiben, Wirbelkörper, Intervertebralgelenke) mit der Folge einer Insuffizienz und Instabilität der Bewegungssegmente und häufig Rückenschmerzen als Ausdruck eines Mißverhältnisses zwischen Belastung und Belastbarkeit. An einzelnen funktionell zusammenwirkenden Muskelgruppen und -schlingen lassen sich die Auswirkungen von Defiziten wie auch von kompensatorischen Übungen aufzeigen. Grundsätzlich sollte die Skelettmuskulatur (z.B. auch die Bauchmuskulatur) ausreichend trainiert werden: „Zum Beginnen mit einem Training ist es nie zu spät, aber auch nie zu früh!“

Professor Dr. Sue Hopkins (San Diego, USA) stellte in ihrem Vortrag „Close to the edge. How the lung limits maximal exercise performance“ – mit Vergleichen zu Rennpferden – dar, wie beim Menschen im Höchstlei-

stungsbereich die Lunge leistungslimitierend werden kann: belastungsinduzierte pulmonale Hypertonie (EIPH) und pulmonales Ödem sowie belastungsinduzierte arterielle Hypoxie (EIAH) (durch eine Diffusionsbegrenzung noch unbekannter Genese) können auch außerhalb des bekannten belastungsinduzierten Asthmas (EIA) auftreten.

Professor Dr. Peter Bärtsch (Universität Heidelberg) referierte über „Aktivierung der Blutgerinnung und Fibrinolyse durch körperliche Belastung“: moderate körperliche Belastung (eine Stunde bei 60–80 % der maximalen Herzfrequenz) führt zu einer (als präventiv erwünscht ansehbaren) Aktivierung der Fibrinolyse ohne Aktivierung der Blutgerinnung. Auch bei intensiver körperlicher Belastung (90 % der maximalen Herzfrequenz) bleibt die Gerinnungshomöostase durch Aktivierung von Blutgerinnung und Fibrinolyse erhalten. Bei Protein-C-Mangel oder Einnahme von Ovulationshemmern der dritten Generation wird allerdings bei der Hälfte der Probanden die belastungsinduzierte Aktivierung der Blutgerinnung verstärkt.

Professor Dr. R. Hambrecht (Universität Leipzig) sprach in seinem Plenarvortrag über „Körperliche Aktivität und koronare Vasomotion bei kardiovaskulären Erkrankungen“: Während eine ungewohnte Akutbelastung das Myokardrisiko akut versechsfacht, ist

langfristig moderates Ausdauertraining invers mit dem kardiovaskulären Risiko im Sinne einer Risikominderung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit korreliert. Körperliche Aktivität verbessert die koronare Endothelfunktion (vermehrte Expression der endothelialen Stickstoffmonoxid-Synthase cNOS und der extrazellulären Superoxiddismutase ecSOD) und führt über die damit verbesserte endothelabhängige Vasodilatation zu einer Verbesserung der koronaren Flußreserve ohne Änderung des basalen Flußdurchmessers. Derartige funktionelle Gefäßveränderungen erklären rasch nach Trainingsbeginn einsetzende Besserungen der klinischen Symptomatik bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit.

In der Session der Schweizerischen Gesellschaft für Sportmedizin berichtete **Dr. Markus Tschopp** über „Qualitätssicherung in der Schweizer Sportmedizin“: es besteht ein mehrstufiges Konzept aus Primärversorgern, fünf Swiss Olympic Centern und einem Qualitätssicherungskonzept, das einen personenbezogenen Qualitätsausweis Sportmedizin [unserer Zusatzbezeichnung Sportmedizin vergleichbar; Anmerkung des Verfassers] und Qualitätsstandards (als Formular und als Richtlinie, auch im Internet) sowie Realisierungen der Implementierung enthält. Ein Erfahrungsaustausch mit der parallel erfolgten Leitlinienentwicklung in Deutschland erscheint hier sinnvoll.

Anzeige

► Praxisrenovierung / Umbau
 ► Praxisplanung / Gestaltung
 ► Praxiseinrichtung individuell

Wir beraten, planen bauen um.....
 kompetent und kostengünstig

Nutzen Sie unsere langjährige Erfahrung

INGENIEURBURG
KEIL + KISTLER

Medizintechnik
 Dipl.-Ing. KEIL + KISTLER
 Heinrich-Heine-Straße 6
 35440 Linden b. Gießen
 Fon: 0 64 03/40 81,
 Fax 0 64 03/7 63 75
 E.-Mail: keilkistler@t-online.de

custo-med Vertragspartner **MED-ORG**
SIEHT BEI IHNEN IN DER DIAGNOSTIK Fine Medical Furniture

Anzeige

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

NEU UND GEBRAUCHT

▶ **ständige attraktive Sonderangebote**

Ihr gewissenhafter Partner direkt vor Ort:
KMT Külzer Medizintechnik
 Beatusstr. 17 Zeyher Str. 2
 56073 Koblenz 68723 Schwetzingen
 Tel 0261.94704-0 Tel 06202.9259292
 Fax 0261.94704-22 Fax 06202.9259294

GROSSE
 AUSSTELLUNG
 FARBDOPPLER



Auch innovative Themen, wie „Wärme und Bewegung“ mit Wasser gefilterter Infrarot-A-Strahlung (WIRA, spezielle Wärmestrahlung), der Filterung der Sonnenstrahlung durch Wasserdampf in der Erdatmosphäre nachempfunden, wurden dargestellt: im Gegensatz zur eher stechend und brennend empfundenen Wärmestrahlung gewöhnlicher Rotlichtlampen wird die Sonnenwärme in gemäßigten Breiten – im Gegensatz zur Wüste – auf Grund der Filterung der Sonnenstrahlung durch den Wasserdampf in der Erdatmosphäre als angenehm und wohlig wärmend empfunden, da durch diese Filterung die Strahlungsanteile (Wasserbanden innerhalb des Infrarot A sowie das gesamte Infrarot B und C) weitgehend herausgefiltert werden, die lediglich zu einer Belastung der obersten Hautschicht führen. Dieser Filtereffekt des Wassers wird in speziellen Wärmestrahlern, die die Wärmestrahlung durch eine Wasserschicht filtern, ausgenutzt, um eine tiefenwirksame, als angenehm empfundene Gewebeerwärmung zu erreichen, die im Gewebe größere Temperatursteigerungen als bei der Anwendung von Fango bei gleichzeitig wesentlich kleinerer Hautoberflächentemperaturbelastung ermöglicht. In einer randomisierten Studie „Verbesserung der Regeneration durch lokale Hyperthermie mittels wassergefiltertem Infrarot A (wIRA)“ (Priv.-Doz. Dr. med. Gerd Hoffmann, Universität Frankfurt am Main) konnte mit derartigen Strahlern gezeigt werden, daß die Befindlichkeit nach einer ausbelastenden Ergometrie durch 20 Minuten Bestrahlung der Oberschenkelmuskulatur erstaunlicherweise wie-

der bis auf das Ausgangsniveau verbessert werden kann, während in einer Kontrollgruppe mit Ausruhen ohne Bestrahlung nur die Hälfte der Wiederherstellung in der gleichen Zeit erreicht wurde. Auch war der Leistungsabfall in einer sich nach den 20 Minuten anschließenden zweiten Ergometrie in der wärmebestrahlten Gruppe kleiner als in der Kontrollgruppe. In weiteren kontrollierten Studien konnten vergleichbare günstige Effekte auf die Befindlichkeit bei Bestrahlung der Rücken- und Armmuskulatur erreicht werden, wobei sportlich und sportmedizinisch relevante Variablen, wie Maximalkraft der Rücken- und der Armmuskulatur sowie bei Bestrahlung des Brustkorbs Lungenfunktionsvariablen, durch die Bestrahlung nicht beeinträchtigt wurden. Die neue Bestrahlungsform kann sowohl präventiv (z.B. zur Unterstützung der Aufwärmung der Muskulatur) und zur Regeneration nach Belastung als auch therapeutisch – z.B. in der Physiotherapie (als anwendungsfreundlichere und kontaktfreie Wärmeanwendungsform im Vergleich zu Fango oder feucht-warmen Wickeln) – eingesetzt werden. Auch andere Anwendungsbereiche, wie z.B. die Unterstützung der Wundheilung, sind bereits belegt.

Ein eigenes Symposium innerhalb des Kongresses war der Bedeutung von Bewegung und Sport für die Vorbeugung und Therapie der Herzkrankgefäßerkrankung gewidmet:

Nach der Eröffnung durch Professor Dr. med. Paul E. Nowacki führte Professor Dr. med. Ingeborg Siegfried, die Vorsitzende der Gesellschaft zur Prävention und Rehabilitation von Herz- und Kreislauferkrankungen in Hessen und auch im Namen des Hessischen Behinderten- und Rehabilitationssportverbandes, in das Thema ein: Rauchen senkt bei Frauen den Östrogenspiegel, so daß der Östrogenschutz vor einer

Herzkrankgefäßerkrankung wegfällt und somit durch Rauchen gerade bei Frauen das Risiko einer Herzkrankgefäßerkrankung steigt. Konsequenz für die Bevölkerung sollte deshalb – für Frauen und Männer – striktes Nichtrauchen und ausreichende körperliche Aktivität sein.

In seinem Hauptreferat über „Moderne Diagnostik und Therapie der koronaren Herzkrankheit (KHK) als Voraussetzung für eine erfolgreiche Sekundärprävention“ erläuterte Professor Dr. med. Christian Vallbracht vom Herz-Kreislaufzentrum in Rotenburg an der Fulda die nach wie vor – auch im Zeitalter von MRT und Elektronenstrahltomographie – überragende Bedeutung der Herzkatheteruntersuchung zur Diagnostik einer koronaren Herzkrankheit und die moderne Auffassung innerhalb der Therapie der koronaren Herzkrankheit, Gefäßverschlüsse – auch wenn sie scheinbar nicht von entscheidender Bedeutung für die Sauerstoffversorgung von intaktem Myokard erscheinen – unbedingt im Hinblick auf die weitere Prognose des Patienten durch geeignete Methoden, wie z.B. die Herzkatheter-Balldilatation, wieder zu eröffnen.

Im Hauptvortrag von Dr. med. Martin Unwerdorben vom Herz-Kreislaufzentrum Rotenburg an der Fulda „Ist Golf ein geeigneter Sport für Herzpatienten?“ wurde dargelegt, daß Herz-Kreislauf-Patienten – nach geeigneter Voruntersuchung – Golf mit einem ausreichenden Trainingseffekt und ohne ein zusätzliches Herzrisiko sogar im Rahmen von Turnieren zusammen mit gesunden Golfspielern praktizieren können. Professor Dr. med. Dieter Jeschke von der Universität München legte ergänzend dazu dar, daß Golf aber nicht als eine Aufgabe der Herzsportgruppen anzusehen ist.

Der Präsident des Verbandes Österreichischer Sportärzte, Primar Professor Dr. med. Peter Schmid aus Bad Schallerbach in Österreich, referierte über den „Stellenwert der Bewegungstherapie in der Primär- und Sekundärprävention der Koronaren Herzkrankheit“:

Anzeige

Ihre Praxisübernahme – mit uns ein Erfolg!



- Betriebswirtschaftliche Beratung
- Praxiskonzepte
- Finanzplanung

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!



Mit zunehmendem Alter wird der Vorteil körperlich aktiver Menschen gegenüber inaktiven im Hinblick auf das Erkrankungs- und auch das Sterberisiko immer deutlicher: Der Vorteil von körperlicher Aktivität, Spiel, Sport und Bewegung ist mittlerweile durch zahlreiche international anerkannte Studien belegt. So bringt ein Mehrverbrauch von 2.000 Kilokalorien pro Woche den besten Nutzen, aber auch bereits kleinere Aktivitätsumfänge sind von faßbarem Vorteil. Körperliche Aktivität und Nichtrauchen bringen dabei die größten Abnahmen eines Gesundheitsrisikos (Abnahmen um 45 bis 60 Prozent!). Insbesondere ein moderat betriebenes Ausdauertraining zeigt günstige Auswirkungen, wie Steigerung der Herz-Kreislauf-Leistungsfähigkeit, Abbau eines Übergewichts, Senkung erhöhter Blutdruckwerte und Senkung erhöhter Cholesterinwerte. Liegt bereits eine koronare Herzkrankheit vor, so bringen Änderungen des Lebensstils mit körperlicher Aktivität, Ernährungsumstellung und Entspannung faßbare Vorteile. Selbst bei Patienten mit Herzinsuffizienz läßt sich mit einer Bewegungstherapie die Lebensqualität verbessern und Mortalität und Zahl der Krankenhausaufenthalte deutlich senken. In einem ergänzenden Beitrag wurde dargelegt, daß auch Schwimmen – nach entsprechenden Vorunter-

suchungen – für Herzpatienten mit ausreichender Leistungsfähigkeit möglich ist. Alles gute Gründe, lebenslang mit Freude am Sport körperlich aktiv zu sein und zu bleiben!

Mit beeindruckenden Bildern und Schilderungen stellte Kosmonaut *Dr. Valery Polyakov*, der mit 438 Tagen die bisher längste Zeit eines Menschen im Weltraum verbrachte, Leben im Weltraum dar und betonte dabei die wichtige Rolle täglichen körperlichen Trainings (mit täglich mindestens zwei Stunden Training auf dem Laufband, dem Fahrradergometer oder in Form von Zugübungen an Gummibändern) zur Aufrechterhaltung der Gesundheit und Fitneß unter diesen Extrembedingungen.

Den Abschluß des Kongresses bildete ein Fußballtrainer- und Mannschaftsärztesymposium „**Fußballnationalmannschaft 2012 – Entwicklung aus trainingswissenschaftlicher und sportmedizinischer Sicht**“ mit Franz Beckenbauer, Präsident des Organisationskomitees der Fußballweltmeisterschaft 2006 und Präsident des FC Bayern München, mit dem erfolgreichsten Jugendtrainer des Deutschen Fußballbundes DFB, Dietrich Weise, sowie Karl-Heinz „Charly“ Körbel: darin wurde die Bedeutung einer systematischen langfristig angelegten und jetzt vom DFB geförderten Jugendarbeit seitens der Vereine, begleitet von sport-

medizinischer Beratung, dargelegt. Aus sportmedizinischer Sicht erläuterte *Professor Dr. med. Wilfried Kindermann*, der ehemalige Mannschaftsarzt der deutschen Fußballnationalmannschaft und „Olympia-Arzt“ von Sydney 2000, in seinem Vortrag „**Moderne Leistungsdiagnostik im Fußballsport**“, daß im deutschen Fußball neben der Ausdauer auch vor allem Sprintvermögen trainiert werden müsse, um sportartspezifisch ein ausgewogenes Verhältnis beider Qualitäten zu erhalten, und daß gerade für eine gute Leistungsfähigkeit auch ausreichend Pausen zur Regeneration zwischen den Trainingseinheiten eingelegt werden müssen.

Insgesamt wurde von Veranstaltern, Referenten und Teilnehmern ein sehr positives Resümee des Kongresses mit guten Perspektiven für die Zukunft gezogen.

Der nächste Deutsche Kongreß für Sportmedizin und Prävention findet vom 26. bis 29. September 2003 in Potsdam statt.

Weitere Informationen sind im Internet unter www.dksp2001.de und sportmedizin.kongress.de zu finden.

Die Zusammenfassungen aller Beiträge liegen in einem 124 Seiten umfassenden Sonderheft der Deutschen Zeitschrift für Sportmedizin vor [Jg. 52 (2001), Sonderheft S(7-8)].

Priv.-Doz. Dr. med. Gerd Hoffmann,
Frankfurt am Main

Das Arztgeheimnis

Ich, Arzt, bin 80 geworden. Warum?

Es ist mir gelungen, nach meiner Pensionierung mit 65 Jahren und einem dann plötzlichen Auftreten gesundheitlicher (oder Arbeitsentziehungs-) Beschwerden, die offensichtlich einer altersbedingten Abnutzung entsprachen, den Vorschlägen hoher wissenschaftlicher Diagnostiker dauerhaft zu widerstehen, meine Coronarien zu inspizieren, dilatieren, „stent“ieren oder bypassieren zu lassen, solange ich medikamentös noch nicht ausgereizt war. Vom „sozialverträglichen Frühsterben“ hat mich ein früherer PJler – von mir staatsexaminiert, jetzt niedergelassen – bewahrt, der den Hippokratischen Eid noch so ernst nahm, daß er seine Lehrer wie seinen

Vater behandeln soll. Er hat mir als AOK-Patienten Pillen verschrieben, die möglicherweise sein Budget überschritten haben. (Korruption? Kollegenfilz?)

Ich selbst habe aber auch zur Erhaltung meiner Gesundheit beigetragen. Ich rauche nicht. Dafür rauche ich aber innerlich vor Zorn, wenn ich miterleben muß, wie durch Politiker und Gesetzgebung die Gestaltungsmacht im Krankenhauswesen immer mehr in die Administrationen verlagert wird und der Einfluß der Chefärzte bis zum wirtschaftlichen Erfüllungshelfen von Verwaltungsdirektoren herabgesetzt wird.

Vielleicht sterbe ich einmal an dieser Sonderart einer „Rauchervergiftung“.

Gottfried von Treuen



Patient wach – Bypassoperation am offenen Herzen

Von Dr. med. Tayfun Aybek, Frankfurt

Im Zuge der Entwicklung minimalinvasiver Operationstechniken in der Herzchirurgie gehören Koronarby-passoperationen am schlagenden Herzen und Operationen über limitierte Zugänge, sogenannte „Schlüssellochoperationen“, inzwischen zur Routine. In der minimalinvasiven Herzchirurgie wurden bisher zwei Ziele verfolgt: Einerseits wird durch die Vermeidung der extrakorporalen Zirkulation (EKZ) die inflammatorische Gesamtkörperreaktion, welche durch Blutkontakt mit Fremdoberflächen entsteht, vermieden. Andererseits wird das chirurgische Trauma durch Verkleinerung des operativen Zugangs minimiert. Eine weitere Möglichkeit der Minimierung des Operationstraumas besteht darin, Patienten ohne Vollnarkose in Regionalanästhesie zu operieren.

Die operative Koronarrevaskularisation am schlagenden Herzen ohne EKZ (OPCAB, d.h. Off Pump Coronary Artery Bypass) ist inzwischen in vielen kardiologischen Zentren ein etabliertes Verfahren. Bei der MIDCAB (Minimally Invasive Direct Coronary Artery Bypass) Operation werden sogar beide Philosophien gleichzeitig verwirklicht.

Die thorakale Epiduralanästhesie (TEA) wurde bisher bei Operationen

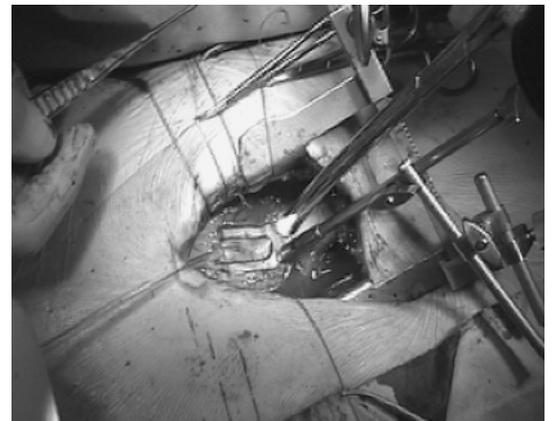
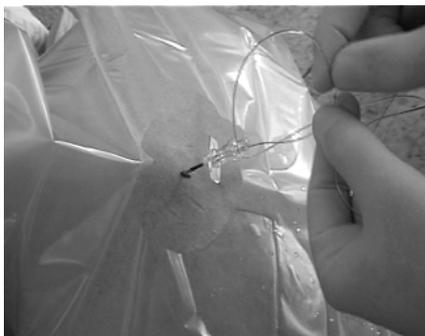


am Herzen selten eingesetzt, weil die Blutungsgefahr unter Vollheparinisierung gefürchtet war. Da bei OPCAB Operationen jedoch nur eine Teilheparinisierung notwendig ist, wird die Technik der TEA in zunehmenden Maße als Ergänzung zur Vollnarkose perioperativ eingesetzt. Zusätzlich zur analgetischen Wirkung bietet die TEA Vorteile wie z.B. eine thorakale Sympathikolyse.

Seit März 2001 wurde in der Klinik für Thorax-, Herz- und Thorakale Gefäßchirurgie der Johann Wolfgang Goethe-Universität bei insgesamt 24 Patienten eine koronare Bypassoperation am schlagenden Herzen ohne Vollnarkose (ACAB, Awake Coronary Artery Bypass) bei Spontanatmung durchgeführt. Hierzu wurde ein Periduralkatheter in Höhe von Th 2 – Th 3 präoperativ eingelegt. Die Revaskularisation erfolgte total arteriell, wobei 8 einfach, 5 zweifach und 1 dreifach Bypassgraft angelegt wurden. Die Zugänge verteilten sich auf sowohl komplette als auch partielle Sternotomien. Als zusätzliches Bypassmaterial wurde die Arteria radialis entnommen, da Aufgrund der fehlen-

den Analgesie der unteren Extremitäten eine Entnahme der V. saphena magna naturgemäß nicht möglich ist. Signifikante Begleiterkrankungen wie schwere chronisch obstruktive Lungenerkrankung, periphere arterielle Verschlusskrankheit, dialysepflichtige Niereninsuffizienz oder insulinpflichtiger Diabetes mellitus in 8 der 14 Patienten, welche mit der ACAB-Methode behandelt wurden, verliefen komplikationslos.

Die Koronarchirurgie am wachen Patienten (ACAB) erweitert das Spektrum minimalinvasiver Techniken. Gewisse Patientenprofile, wie Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen, Koagulationstörungen und neurologischen Störungen schienen bisher am meisten von einem Verzicht auf die EKZ zu profitieren. Durch ACAB könnte das Risiko insbesondere eines postoperativen Lungenversagens sowie pulmonaler Infektionen weiter reduziert werden und postoperative Mobilisation sogar auch bei älteren Patienten zügiger gestaltet werden. Ferner nach den initialen Erfahrungen mit dieser Technik ist es möglich, komplett auf die Intensivtherapie zu verzichten,





weil die maschinelle Beatmung entfällt.

Zu den Risiken der TEA gehören Infektionen und Hämatome im Epiduralraum, dessen Auftreten jedoch als äußerst gering einzuschätzen ist. Gleichzeitig sind die potentiellen Risiken einer endotrachealen Intubation, wie eine Verletzung der Zähne, der Stimmbänder oder einer Periintubationshypoxie nicht gegeben.

Die TEA bietet hervorragende Voraussetzungen für die Bypasschirurgie ohne den Einsatz der Herz-Lungen-Maschine. Sie dilatiert die Koronarge-

fäße ebenso wie die Arteria thoracica interna und reduziert die Herzfrequenz als auch die Arrhythmie neigung während der chirurgischen Manipulation.

Das Fehlen wesentlicher Streßreaktionen unter Periduralanästhesie im Sinne einer Herz-Atemfrequenzerhöhung oder Blutdruckanstieges weder während der Sternotomie noch bei Durchführung der Anastomose ist insbesondere wegen des wachen und ansprechbaren Patienten bemerkenswert.

Durch den Verzicht auf die Vollnarkose und bei Einsatz eines effektiven

Schmerzmanagement wird der ACAB von den Patienten exzellent akzeptiert. Eine Weiterentwicklung und Verfeinerung dieser Methode könnte zu einer extrem kurzen Aufenthaltsdauer nach koronararterieller Bypasschirurgie führen.

Anschrift des Verfassers:

Klinik für Thorax-, Herz und thorakale Gefäßchirurgie

Joahn Wolfgang Goethe-Universität

Theodor-Stern-Kai 7

60590 Frankfurt/Main

Thrombosen im Kindesalter

A. Kosch¹, C. Heller², K. Kurnik³, R. Schobess⁴, R. Sträter¹, U. Nowak-Göttl¹
Univ. Kinderkliniken Münster¹, Frankfurt², München³ und Halle⁴

Epidemiologie und Pathophysiologie

Venöse und arterielle Gefäßverschlüsse im Kindesalter sind seltene Ereignisse und treten spontan hauptsächlich innerhalb der Neugeborenenperiode auf, mit einer weiteren Häufung zu Beginn der Pubertät. Die Inzidenz für Thrombosen in der Neugeborenenperiode wurde in Deutschland mit 5.1/100.000 Lebendgeburten geschätzt, d.h. bis zum 16. Geburtstag ist die Lebenszeit-Inzidenz von Thrombosen im Kindesalter < 1:5.000.

Bereits 1862 beschrieb Rudolf Virchow die sogenannte „Virchow-Trias“, bestehend aus den im wesentlichen noch heute gültigen drei pathogenetischen Faktoren für die Entstehung einer Thrombose: Gefäßwandschädigung, erhöhte Gerinnungsneigung und erniedrigte Strömungsgeschwindigkeit des Blutes.

Endogene und exogene Trigger wie z.B. die peripartale Asphyxie, neonatale Infektionen, maternaler Diabetes, die Anlage zentralvenöser Katheter, chirurgische Eingriffe, Immobilisierung oder Gipsverbände, Trauma, Dehydrierung, Sepsis und Erkrankungen aus dem onkologischen, renalen und rheumatischen Formenkreis sowie die Einnahme oraler Kontrazeptiva bei jungen Mädchen in

der Pubertät können das Gerinnungsgleichgewicht zur Hyperkoagulabilität hin verschieben und damit die Thromboseentstehung im Kindesalter begünstigen.

Wesentliche Fortschritte wurden in den letzten 20 Jahren im Verständnis der Ursachen einer erhöhten Gerinnungsneigung durch die Identifikation einer Vielzahl von humoralen prothrombotischen Risikofaktoren erreicht. Einen Mangel an antithrombotischen Schutzfaktoren bzw. anderen Risikofaktoren für Thrombosen findet man in unterschiedlicher Häufigkeit auch in der Normalbevölkerung. Sehr viel häufiger werden solche Störungen aber bei Patienten mit manifesten Thrombosen gefunden. Diese humoralen prothrombotischen Risikofaktoren für Thrombophilie werden bei venösen Thrombosen und zerebralen Insulten mit unterschiedlicher Häufigkeit gefunden [4, 8, 9]. Tabelle 1 faßt die Daten für venöse Thrombosen und arterielle Gefäßverschlüsse im Kindesalter zusammen.

Die Liste dieser Risikofaktoren beinhaltet quantitative und qualitative Störungen von antithrombotischen Eiweißstoffen (Antithrombin, Protein S, Protein C), Mutationen an Gerinnungsfak-

toren wie z.B. Faktor V (G1691A) und Gerinnungsfaktor II (Prothrombin (G20210A)), Stoffwechselstörungen (neben der klassischen Homozystinurie auch moderat erhöhte Werte für Homocystein durch die thermolabile Mutation im Gen für Methylenetetrahydrofolatreduktase (MTHFR)) sowie erhöhte Plasmaspiegel für Lipoprotein (a).

Lokalisation von thromboembolischen Gefäßverschlüssen im Kindesalter

Während bei Erwachsenen venöse Thrombosen überwiegend in den oberflächlichen und tiefen Beinvenen auftreten – 90% der Thrombosen sind in der unteren Körperhälfte lokalisiert – wird dieses Verteilungsmuster im Kindesalter erst ab der Pubertät beobachtet. In der Neonatalperiode gehören die Nierenvenenthrombosen und Vena cava-Thrombosen neben zerebralen thromboembolischen Insulten zu den häufigsten thromboembolischen Manifestationen [2].

Weitere Lokalisationen früher Thrombosemanifestationen im Kindesalter sind neben zerebral-venösen Gefäßen das Pfortader- und Mesenterialvenensystem sowie katheter-assoziierte Thrombosen mit Verschluss des betroffenen Gefäßes oder die häufigeren Kathet-



erverschlüsse bzw. Thrombosen an der Katheterspitze. Arterielle Thrombosen treten gehäuft katheter-assoziiert im Bereich der Aorta, der A. femoralis und A. subclavia auf.

Klinik von kindlichen Thrombosen bei Erstmanifestation

Bei ausgedehnten bzw. proximalen tiefen Bein-/Beckenvenenthrombosen dominieren die Stasezeichen Zyanose, Schwellung und Schmerz. Typische klinische Symptome einer Nierenvenenthrombose sind abdominelle Schwellung, eine Hämaturie und Thrombozytopenie. Katheter-assoziierte Thrombosen präsentieren sich häufig mit Blockade des Katheters, Stasezeichen der betroffenen Extremität, sowie Ausbildung eines Kollateralkreislaufes. Progrediente Dyspnoe, Tachypnoe und Lungeninfiltrate wechselnder Lokalisation können auch ohne sonstige Thrombosezeichen ein Hinweis auf rezidivierende Lungenembolien sein. Arterielle Thromboembolien präsentieren sich mit akuter Durchblutungsstörung, d.h. kühlen, blassen Extremitäten mit fehlendem bzw. abgeschwächtem Puls. Hemiparesen, Krampfanfälle oder Koma sind Leitsymptome für ein vaskuläres Geschehen im Bereich des zentralen Nervensystems.

Radiologische Diagnostik

Duplex-Sonographie, Venographie, Computertomographie und Magnetresonanztomographie sind geeignete und gängige Verfahren zur Diagnosestellung einer Thrombose im Kindesalter. Bei Verdacht auf eine Thrombose der Extremitäten oder des oberen venösen Einflußstraktes (V. axillaris, V. subclavia und

V. cava superior) ist die Venographie die Untersuchungsmethode der Wahl. Bei Verdacht auf thromboembolische zentrale ischämische Ereignisse sind die MR-Tomographie und MR-Angiographie die empfohlenen Methoden zur Diagnosesicherung. Zur Diagnostik einer Lungenembolie bei Kindern ist entweder eine Ventilations-/Perfusionszintigraphie oder eine MR-Angiographie geeignet [1].

Labordiagnostik bei Thrombosen im Kindesalter

Bei der Untersuchung auf humorale Risikofaktoren ist zwischen der Untersuchung von Patienten und ihren Angehörigen und einem generellen Screening in der Gesamtbevölkerung zu unterscheiden. Ziel der Diagnostik ist es die humoralen Risikofaktoren, die der Thrombose bei dem betreffenden Kind zu Grunde liegen, zu identifizieren. Dies ist notwendig, um das Risiko für weitere Thrombosen bei dem betreffenden Kind abschätzen zu können. Neuere Daten aus pädiatrischen Thrombosekollektiven legen nahe, daß in mehr als 60 % mindestens ein genetischer Risikofaktor als Mitauslöser des vaskulären Ereignisses in Frage kommt, 20 % der Betroffenen haben mindestens zwei genetische Risikofaktoren. Letzteres trifft insbesondere für spontane Thrombosen im Kindesalter zu. Bei Patienten mit einem Doppeldefekt (Kombination aus zwei heterozygoten Einzeldefekten) haben Geschwister in ca. 50 % der Fälle einen heterozygoten Einzeldefekt und in ca. 25 % der Fälle ebenfalls einen Doppeldefekt. Eine Familienuntersuchung ist deshalb für die Beratung der übrigen Familienmitglieder

sinnvoll. Unter Abwägung von Nutzen und Risiko spricht für eine Thrombophiliediagnostik bei Familienangehörigen insbesondere, daß es heute Möglichkeiten zur Durchführung einer wirksamen Thromboseprophylaxe gibt. Empfohlen wird die Untersuchung der erstgradigen Verwandten eines symptomatischen Kindes.

Für eine rationale Labordiagnostik stehen Untersuchungen auf Proteinebene und molekularbiologische Methoden zur Verfügung [5]. Die wichtigsten Screeningparameter entsprechen den Risikofaktoren, die in Tabelle 1 aufgeführt ist. Die Diagnostik für sehr seltene prothrombotische Defekte wie Dysfibrinogenämie, Hypo-/Dysplasminogenämie, Heparin-Cofaktor II-Mangel, erhöhte Konzentrationen histidinreicher Glycoproteine oder sonstige genetische Polymorphismen ist Speziallabors vorbehalten.

Präanalytik und Interpretation der Laborergebnisse

Um eine Interaktion zwischen Reaktionen auf die akute Thrombose und/oder einer antikoagulatorischen Therapie in den Assays auf Proteinbasis zu vermeiden, sollten die Blutproben zur Abklärung einer Thromboseeigung mindestens 3 bis 6 Monate nach dem vaskulären Ereignis und mindestens 14 bis 30 Tage nach Absetzen der oralen Antikoagulation entnommen werden. Im Gegensatz dazu werden molekulargenetische Untersuchungen nicht durch ein akutes thrombotisches Ereignis beeinflusst, so daß genetische Mutationen/Polymorphismen unmittelbar nach Erkrankungsbeginn untersucht werden können.

Alle auf Proteinebene durchgeführten Untersuchungen sollten aus frisch gewonnenen Blutproben durchgeführt werden. Blutentnahmen aus heparinisierten Zugängen oder Kathetern sind zu vermeiden. Zur Beurteilung dienen altersabhängige Normalwerte [3] (Tabelle 2). Hierbei ist zu beachten, daß insbesondere die Vitamin K-abhängigen Gerinnungsinhibitoren Protein C und S in der Neugeborenenperiode physiologischerweise sehr niedrig liegen können:

Tabelle 1: Prävalenz von hereditären Risikofaktoren bei Kindern mit arteriellen Gefäßverschlüssen und venösen Thrombosen [modifiziert nach 4, 8, 9]

Risikofaktoren	Gesunde Kontrollen	Arteriell Patienten	Venös Patienten
FV 1691GA	5,0 %	20,2%	29,5%
Prothrombin 20210GA	1,9 %	6,1%	4,2%
Protein C-Mangel	0,7%	6,1%	9,2%
Protein S-Mangel	0,8 %	–	5,7%
Antithrombin-Mangel	–	–	3,4%
Lp (a) > 30 mg/dl	8,8 %	26,4%	42,0%


Tabelle 2: Altersabhängige Normalwerte (Median, Spanne); Kollektiv (n=385): gesunde Säuglinge und Kinder [modifiziert nach 3]

Parameter	Neugeb.	3 Monate	6 Monate	1–5 Jahre	6–9 Jahre	10–18 Jahre
Protein C-Akt. %	35 (14-55)	55 (25-82)	60 (38-95)	75 (45-102)	84 (64-125)	88 (62-128)
Protein C Ag. %	30 (12-50)	50 (22-75)	55 (40-100)	70 (45-98)	80 (55-120)	82 (55-120)
Fr. Prot. S Ag %	38 (15-55)	55 (35-92)	77 (45-115)	78 (62-120)	80 (62-130)	85 (60-140)
Tot. Prot. S Ag. %	35 (14-55)	58 (35-90)	75 (50-110)	85 (60-120)	82 (59-118)	80 (60-115)
Antithrombin %	52 (30-85)	90 (55-120)	98 (65-126)	101 (85-140)	100 (85-136)	98 (84-139)
Plasminogen %	50 (35-70)	68 (45-95)	87 (65-100)	98 (63-123)	95 (68-120)	90 (70-115)
Lp (a) mg/dl/	4,4 (0-125)					
kringle 4 repeats	>28					

Eine eindeutige Einteilung in Protein C- oder Protein S-Mangel ist häufig in dieser Altersperiode nur durch die Mituntersuchung beider Eltern möglich.

Ein Typ I-Proteinmangel liegt vor, wenn funktionell die Plasmaaktivität und die immunologische Antigenkonzentration eines Proteins unter 50 % der entsprechenden Altersnorm liegt; ein Typ II-Mangel besteht, wenn wiederholt bei normaler Antigenkonzentration eine niedrige Aktivität gemessen wird.

Therapie der akuten Thrombose

Ziel der Therapie bei Thrombosen ist eine Revaskularisation des betroffenen Gefäßes, die Verhinderung eines weiteren Thrombuswachstums und die Verhütung eines erneuten Gefäßverschlusses. Kontrollierte Studien zur Behandlung von Thrombosen im Kindesalter gibt es bisher wenig. Weltweit werden pädiatrische Patienten nach adaptierten Therapieempfehlungen für Erwachsene behandelt.

Zur Therapie einer akuten Thrombose im Kindesalter kommen Heparine und Thrombolytika zum Einsatz [1,7]. Bei allen eingesetzten Therapieformen in der Akutphase kann es zu ausgedehnten Blutungen und zum Abreißen des Primärthrombus kommen mit in der Folge auftretender Lungenembolie oder einem ischämischen Hirninfarkt beim Neugeborenen (offenes Foramen ovale). Sowohl für Thrombolytika als auch für Heparin und Heparinoide ist die Dosis bei Leber- und/oder Niereninsuffizienz zu reduzieren. Bei vitaler Gefährdung oder drohendem Organverlust und bei jüngeren Kindern sollte primär eine Fibrinolyse versucht werden, im Gegen-

satz hierzu ist bei älteren Kindern und Jugendlichen mit ausgeprägten Bein- und Beckenvenenthrombosen die therapeutische Heparinisierung in Anlehnung an die derzeit gängige Praxis bei Erwachsenen die Therapie der Wahl.

Heparine

Ähnlich der Therapie im Erwachsenenalter bietet sich zum einen die Möglichkeit einer Therapie mit unfraktioniertem Heparin (UFH) und zum anderen die Möglichkeit der Therapie mit einem niedermolekularen Heparin (LMWH). Für Kinder liegen für die LMWH Enoxaparin (Clexane®) und Dalteparin (Fragmin®) erste Dosisfindungsstudien vor [6].

Eine **antikoagulatorische Therapie mit LMWH** einer akuten Thrombose wird altersabhängig z.B. mit Enoxaparin durchgeführt:

- ▶ Kinder <12 Monate je 1,5 mg/kg Körpergewicht **zweimal** täglich s.c.,
- ▶ Kinder >12 Monate je 1 mg/kg Körpergewicht **zweimal** täglich s.c., (Anti Xa-Spiegel 4 h nach Gabe: 0,4 – 0,8 E/ml; Monitoring erforderlich).

Im Vergleich zu UFH liegen die Vorteile von LMWH in der Möglichkeit der subkutanen Injektion sowie der bei vielen LMWH höheren fibrinolytischen Aktivität. UFH wird über die APTT oder Anti-Xa Aktivität gesteuert, LMWH kann nur über die Anti-Xa Aktivität gesteuert werden.

Als Nebenwirkungen kann auch im Kindesalter eine Heparin-induzierte Thrombozytopenie (HIT) Typ II auftreten, wobei das Risiko bei Verwendung von UFH sehr viel größer als bei LMWH

ist. Die Therapie der Wahl bei HIT Typ II ist das sofortige Absetzen von Heparin und Umsetzen auf ein Heparinoid (Organan®) oder einen reinen Thrombinantagonisten (rekombinantes Hirudin: Refludan®).

Antidot für Heparin bei Überheparinisierung ist Protaminchlorid (Protamin-Roche®: 1 ml einer 1 % Lösung neutralisiert etwa 1000 E Heparin). LMWH läßt sich schlechter durch Protaminchlorid inaktivieren als UFH. Diese Therapie sollte nur durch einen hämostaseologisch erfahrenen Arzt durchgeführt werden, da überschüssiges Protamin selber antikoagulatorisch wirkt.

Thrombolytika

Bei einer frischen Thrombose kann auch eine Thrombolyse durchgeführt werden. Kontrollierte Studien im Kindesalter fehlen [7]. Eingesetzt werden vorzugsweise Urokinase und rekombinant gewonnener Gewebepasminogen Aktivator (rt-PA: Actilyse®, Reteplase®). Streptokinase wird nur sehr selten im Kindesalter eingesetzt. In der Effektivität der einzelnen Thrombolytika bei frischen Thrombosen im ersten Lebensjahr scheint es keinen Unterschied zu geben. Die begleitende Heparinisierung sollte niedrig dosiert durchgeführt werden, um das Blutungsrisiko zu verringern. Monitoring über APTT, TPZ, Antithrombin, Plasminogen und D-Dimere sollte durchgeführt werden. Niedrige Plasminogenkonzentrationen (cave Normalwerte bei Neugeborenen) können eine Thrombolyse ineffektiv werden lassen, eventuell sollte die Substitution mit Fresh Frozen Plasma erfolgen.

Kontraindikationen für eine Lysethe-



rapie sind eine hämorrhagische Diathese, Hirnblutung, massive Blutungen aus dem Magen-Darm-Trakt sowie ZNS-Verletzungen und Asphyxie des Neugeborenen, die weniger als sechs Monate zurückliegen. Eine relative Kontraindikation stellen operative Eingriffe (<7 Tage) dar. Bei relevanten Blutungen oder bei einem signifikanten Hb-Abfall unklarer Ursache muß die Thrombolyse-therapie beendet werden.

Sonderformen

Sonderformen der akuten Thrombose stellen die Purpura fulminans und die Meningokokkensepsis (Mikrothromboisierung der Endstrombahn) dar. Die akute Purpura fulminans ist bei Protein C- und Protein S- Mangel beschrieben und kann auch bei Trägern einer Faktor V-Mutation auftreten. Therapie der Wahl ist neben kreislaufsupportiven Maßnahmen und spezifischer Therapie der Grunderkrankung die Gabe von Fresh Frozen Plasma oder - wenn verfügbar - aktiviertem Protein C-Konzentrat; auch der Einsatz von rt-PA wird von manchen Autoren beschrieben.

Sekundärprophylaxe

Bei jeder Therapieentscheidung muß abgewogen werden, ob der Nutzen der Thromboseprophylaxe durch die Langzeit-Antikoagulation die möglichen Nebenwirkungen (Blutungsrisiko), Kosten und Belastungen (durch regelmäßige Medikamenteneinnahme, Blutabnahmen) für die Kinder rechtfertigt.

Über Studien zur Sekundärprophylaxe und das Outcome bei Kindern mit venösen Thrombosen wird nur vereinzelt berichtet. Symptomatische Kinder mit homozygoten Protein C-, Protein S- oder Antithrombin-Mangel würde man analog den Erwachsenen dauerhaft oral antikoagulieren. Pädiatrische Patienten mit einem gesicherten heterozygoten prothrombotischen Risikofaktor sollten nach einem akuten thromboembolischem Ereignis für eine Dauer von 3–6 (–12) Monaten eine Sekundärprophylaxe erhalten [1]. Eine

elektive erneute Thromboseprophylaxe für Situationen, die mit einem erhöhten Thromboserisiko assoziiert sind wie Operationen oder Immobilisierung mit z.B. LMWH ist auf individueller Basis zu überlegen.

Die Rezidivrate einer spontanen venösen Thrombose bei einem Kind mit homozygoter Faktor V- Mutation oder mindestens zwei kombinierten Einzeldefekten nach Absetzen einer sechs Monate dauernden Sekundärprophylaxe beträgt 31,5 % innerhalb der ersten zwölf Monate. Aus diesem Grunde ist bei diesen Patienten eine längere Antikoagulation für zwölf Monate oder evtl. lebenslang zu diskutieren [5,10].

Die antikoagulatorische Sekundärprophylaxe kann entweder mit LMWH in prophylaktischer Dosierung oder mit Vitamin K-Antagonisten durchgeführt werden [1, 11].

Die **antikoagulatorische Prophylaxe mit LMWH** wird altersabhängig z.B. mit Enoxaparin durchgeführt:

- ▶ Kinder < 12 Monate 1.5 mg/kg einmal täglich s.c.,
- ▶ Kinder > 12 Monate 1 mg/kg einmal täglich s.c., (Anti-Xa-Spiegel: 0,2–0,4 E/ml 4h nach Gabe; Monitoring nach Dosisfindung nicht unbedingt notwendig).

Bezüglich der Vitamin K-Antagonisten stehen in Deutschland das Phenprocoumon (Tabletten à 3 mg: Marcumar®) mit einer Halbwertszeit von ca. 72 h und das Warfarin (Tabletten à 5 mg: Coumadin®) mit einer Halbwertszeit von nur 24 h zur Verfügung. Größere Studien für Kinder liegen derzeit nur für Warfarin vor [11]. Eine Kontrolle der prophylaktischen Antikoagulanteneinstellung erfolgt für Warfarin standardisiert über die Angabe der Internationalen normierten Ratio (INR) und nicht mehr wie früher üblich über den Quick-Wert. Für Kinder mit dauerhafter Antikoagulation mit Vitamin K-Antagonisten besteht heute zunehmend die Möglichkeit einer Heimselbstkontrolle.

Bei arteriellen Thrombosen kann eine Sekundärprophylaxe mit niedrig dosiertem ASS oder LMWH diskutiert werden.

Literatur

1. Andrew M, Michelson AD, Bovill E, Leaker M, Massicotte MP (1998) Guidelines for antithrombotic therapy in pediatric patients. *J Pediatr* 132:576-88
2. Bökenkamp A, von Kries R, Nowak-Göttl U, Göbel U, Hoyer PF (2000) Neonatal renal venous thrombosis in Germany between 1992 and 1994: epidemiology, treatment and outcome. *Eur J Pediatr* 159: 44-48
3. Ehrenforth S, Junker R, Koch HG, Kreuz W, Münchow N, Scharrer I, Nowak-Göttl U (1999) Multicentre evaluation of combined prothrombotic defects associated with thrombophilia in childhood. *Eur J Pediatr* 158: S97-S104
4. Junker R, Koch HG, Auberger K, Münchow N, Ehrenforth S, Nowak-Göttl U (1999) Prothrombin G20210A gene mutation and further prothrombotic risk factors in childhood thrombophilia. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 19: 2568-72
5. Lane DA, Manucci PM, Bauer KA, Bertina RM, Bochkov NP, Boulyjenkov V, Chandy M, Dahlbäck B, Ginter EK, Miletich JP, Rosendaal FR, Seligsohn U (1996) Inherited thrombophilia: Part 2. *Thromb Haemost* 76:824-34
6. Massicotte MP, Adams M, Marzinotto V, Brooker LA, Andrew M (1999) Low-molecular-weight heparin in pediatric patients with thrombotic disease: A dose finding study. *J Pediatr* 128: 313-18
7. Nowak-Göttl U, Auberger K, Halimeh S, Junker R, Klinge J, Kreuz WD, Ries M, Schlegel N (1999) Thrombolysis in newborns and infants. *Thromb Haemost* 82 (Suppl 1) 112-16
8. Nowak-Göttl U, Junker R, Hartmeier M, Koch HG, Münchow N, Assmann G, von Eckardstein A (1999) Increased lipoprotein (a) is an important risk factor for venous thromboembolism in childhood. *Circulation* 100: 743-48
9. Nowak-Göttl U, Sträter R, Heinecke A, Junker R, Koch HG, Schuierer G, Eckardstein A (1999) Lipoprotein (a) and genetic polymorphisms of clotting factor V, prothrombin, and methylenetetrahydrofolate reductase are risk factors of spontaneous ischemic stroke. *Blood* 94: 3678-82
10. Stefano de V, Martinelli I, Mannucci PM, Paciaroni K, Chiusolo P, Casorelli I, Rossi E, Leone G (1999) The risk of recurrent deep venous thrombosis among heterozygous carriers of both factor V Leiden and the G20210A prothrombin mutation. *N Engl J Med* 341: 801-6
11. Streif W, Andrew M, Marzinotto V, Massicotte P, Chan AKC, Julian JA, Mitchell L (1999) Analysis of warfarin therapy in pediatric patients: a prospective cohort study of 319 patients. *Blood* 94: 3007-14

Korrespondenzadresse:

Dr. A. Kosch
 Univ. Kinderklinik
 Pädiatrische Hämatologie und
 Onkologie
 Albert-Schweitzer-Str. 33
 48149 Münster
 Tel: 0251-8347742
 Fax: 0251-834-7828
 Email: koscha@uni-muenster.de

Das Honorardiktat – eine Aggression

Die Ärzteschaft ist im Hinblick auf die Einschätzung ihrer Leistungen, so wie sie sich im Honorar ausdrückt, viel Kummer gewöhnt. Dies trifft insbesondere auf die Honorierung in der Begutachtungsmedizin zu, mindestens insoweit es sich hierbei um Gutachtertätigkeit im Dunstkreis der Rentenversicherungsanstalten (VDR) handelt.

In grauer Vorzeit, in den 50er Jahren, haben ärztliche Standesvertreter mit den Rentenversicherern Verträge über die Honorierung ärztlicher Berichte und Gutachten abgeschlossen, die aus heutiger Sicht von lachhafter Bescheidenheit auf beiden Seiten zeugen. Die Anpassung dieser bescheidenen Honorare an die Kostenentwicklung wurde in mehr oder weniger großen Abständen zwischen Bundesärztekammer (BÄK) und VDR ausgehandelt.

So ging es einigermaßen friedlich bis 1996. In diesem Jahr trat die neue GOÄ in Kraft. Sie brachte eine Ertragsabsenkung bei einem Teil der Labor- und Sachleistungen sowie eine deutliche Verbesserung bei der Bewertung der eigentlichen intellektuellen ärztlichen Leistung. Mit der Bewertung dieser neuen Entwicklung begann der Dissens zwischen BÄK und VDR.

Die BÄK forderte vom VDR endlich den Einstieg in Verhandlungen über eine zeitgemäße Vergütung der ärztlichen Leistung. Sie ging davon aus, daß mit der neuen GOÄ als Grundlage einer Honorarvereinbarung endlich die Honorargewohnheiten der 50er Jahre zu Gunsten einer zeitgemäßen Bezahlung der gutachterlich-ärztlichen Leistung verschwinden müßten.

Der VDR lehnte solche Verhandlungen kategorisch ab. Man sei willens, die neue GOÄ zur Grundlage einer neuen Honorarvereinbarung zu machen, dies müsse jedoch unter allen Umständen kostenneutral erfolgen. Man akzeptiere, daß die Gutachter im Bereich Labor und Sonderleistungen

möglicherweise Verluste hinzunehmen hätten (!!!), sei aber unter keinen Umständen bereit, am Arzthonorar Änderungen zuzustimmen, die über den bisher geübten Inflationsausgleich hinweggingen.

Unter diesen Umständen scheiterten die Verhandlungen von 1996 und es trat ab 1997 ein vertragsloser Zustand ein, der bis jetzt fort dauert. Die BÄK hat diese unerfreuliche Situation toleriert, da den gutachtenden Ärzten auf diese Weise via Sonderleistungen und Labor auf der Basis der GOÄ von 1988 noch ein geringer Vorteil verblieb.

Im Frühjahr 2001 hat der VDR dann um die Wiederaufnahme von Honorarverhandlungen gebeten, erkennbar jedoch nur, weil der Gebrauch der mittlerweile anachronistischen Gebührenordnung von 1988 ganz offensichtlich im Verbandsbereich nicht mehr möglich war. Sachlich trug der VDR wiederum seine Position von 1996 in völlig unveränderter Form vor: Gebrauch der GOÄ 1996 im Bereich Labor und Sonderleistungen, für die ärztliche Leistung komme nur ein Inflationsausgleich in Frage.

Die BÄK forderte ihrerseits, das ärztliche Honorar entsprechend zeitgemäß zu gestalten. Orientiert an der GOÄ bedeute dies ein Abrücken vom starren, ohne Rücksicht auf den Zeitaufwand vereinbarten Pauschalhonorar hin zu einem zeitorientierten Arztlohn, wie er etwa der Pos. 85 GOÄ (1996) entspricht (DM 131,10 oder 67,03 / Std.)

Daraufhin hat der VDR keine neuen Verhandlungen mehr gesucht, sondern über seine Mitglieder im Dezember 2001 den Primär- und Zusatzgutachtern seine Vorschläge für eine Neugestaltung der finanziellen Regelungen in seinem oben vorgetragenen Sinne übersandt.

Was können wir unter diesen Ver-

hältnissen tun? Die BÄK kann den VDR nicht zur Rückkehr an den Verhandlungstisch zwingen. Auch ist es angesichts des bisherigen Verhandlungsverlaufs unwahrscheinlich, daß der VDR seine rigide Haltung aufgibt. Es bleibt eigentlich nur die Hoffnung, daß wir betroffenen Ärztinnen und Ärzte endlich einmal über unseren Schatten springen und solidarisch handeln: Wir sind nicht verpflichtet, die Rentenversicherungsträger unter Selbstkosten zu bedienen. Denken Sie darüber nach, ob Sie in Zukunft einen Gutachtauftrag der Rentenversicherer überhaupt annehmen wollen. Lassen Sie uns die Selbstaubeutung beenden, zu der uns die Rentenversicherer, diese Nachhut des Gesundheitswesens, verurteilen wollen. Seien Sie endlich solidarisch mit sich selbst!

PS: Im Rentenversicherungsrecht (SGB VI) besteht gegenüber dem Rentenversicherungsträger keine gesetzliche Verpflichtung des (Vertrags-)Arztes zur Auskunftserteilung.

Auskünfte darf und muß der Vertragsarzt dem Rentenversicherungsträger deshalb nur erteilen, soweit dieser solche im Einzelfall für die Durchführung seiner Aufgaben benötigt und der Patient in die Auskunftserteilung zuvor **schriftlich** eingewilligt hat (s. § 100 Abs. 1, 2. Altern. SGB X).

Nach § 21 Abs. 3 SGB X erhält der Arzt **auf Antrag** (!) eine Entschädigung nach dem „Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen“ (ZSEG). Für Befundberichte oder schriftliche Auskünfte ohne gutachterliche Äußerung kann eine Gebühr zwischen € 10,23 (DM 20,00) und € 20,45 (DM 40,00) verlangt werden.

Auch weise ich darauf hin, daß ein Rechtsbehelf eingelegt werden kann, wenn das „Honorar“ für eine derartige Auskunft als zu gering erachtet wird.

Dr. med. Ulrich Herborn, Kassel



Sicherer Verordnen

Mefloquin Schwere Psychose

Bei einem gesunden jungen Mann traten am Ende einer dreiwöchigen Einnahme von Mefloquin (Lariam®) zur Malariaphylaxe psychotische Reaktionen auf, die zwei Wochen später exazerbierten (mittlere Halbwertszeit von Mefloquin ca. drei Wochen, Abklingquote / Jahr, in Einzelfällen länger!) und eine Krankenhausaufnahme erforderten. Depressive Zustände und Konzentrationsschwierigkeiten dauern an, so daß der Patient weiterhin arbeitsunfähig bleibt.

Anmerkung: Die Deutsche Lufthansa hat nicht ohne Grund ihren Piloten verboten, Mefloquin einzunehmen. Eine Vielzahl neuropsychischer Störungen (bis hin zu Suizidalität) werden zwar vom Hersteller in seiner Fachinformation aufgeführt, die Schwere und Dauer des dargestellten Einzelfalles sollten jedoch zu einer zurückhaltenden Verordnung dieses Arzneistoffes und zu besonderer Beachtung der Kontraindikationen führen. Zum Testen kann eventuell schon zwei bis drei Wochen vor der Reise mit der Einnahme begonnen werden, da unerwünschte Wirkungen oft bereits nach wenigen Gaben von Mefloquin auftreten. Mefloquin wird zur Prophylaxe nur in Malariagebieten mit hochgradiger Chloroquinresistenz (Zone C der WHO, insbesondere Afrika südlich der Sahara, Teile von Indonesien, östliche Teile von Bangla-Desh; Amazonasgebiete Brasiliens, Papua-Neuguinea, Salomonen) empfohlen, oft genügt in anderen Gebieten der Zone C auch schon eine Mitnahme von Mefloquin als Notfall-Therapie, insbesondere bei kurzfristiger Exposition über wenige Tage.

Alternativen zur Malaria-Prophylaxe sind je nach Gebiet Chloroquin/Proguanil (Resochin® + Paludrine®), Atovaquon/Proguanil (Malarone®) und auch 100mg/d Doxycyclin (Vibramycin®, Generika, cave: in Deutschland in dieser Indikation nicht zugelassen). Die Kombination aus Artemether/Lumefantrin (Riamet®) als Notfall-Medikation ist seit 15. Juni 2001 auch in Deutschland erhältlich.

Quelle: Fallbericht, Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin 2001

Bupropion Krampfanfälle

In einem Rote-Hand-Brief informiert der Hersteller des Raucherentwöhnungsmittels Bupropion (Zyban®) über geänderte Dosierungsempfehlungen zu Beginn der Therapie, neue Kontraindikationen und Risikofaktoren – insbesondere in Hinblick auf das mögliche Auftreten von Krampfanfällen (Risiko nach Angaben des Herstellers 1:1.000). Es wird empfohlen, vor dem Einsatz dieses Präparates die neue Fachinformation des Herstellers anzufordern, sie gründlich durchzulesen und Patienten ausführlich aufzuklären, auch über länger bekannte Risiken wie fatale kardiovaskuläre Komplikationen. Dem Kommentar in einer unabhängigen Fachzeitschrift ist nichts hinzuzufügen: „Nikotinersatz- und Verhaltenstherapie haben Vorrang“.

Quellen: Pharm. Ztg. 2001; 146. 1988; Arzneimittelbrief 2001; 35: 43

Itraconazol Herzinsuffizienz

In den USA wurden 58 Fälle von Herzinsuffizienz in Zusammenhang mit der Einnahme des Antimykotikums Itraconazol (Sempera®, Siros®) analysiert. In der Mehrzahl der Fälle (43) bestanden noch andere Risikofaktoren (z.B. Hochdruck, KHK). In zwei beispielhaft beschriebenen Fällen traten jedoch Dyspnoe und Knöchelödeme bzw. eine Herzinsuffizienz in unmittelbarem Zusammenhang mit der Gabe von Itraconazol auf, ohne Hinweis auf eine Vorschädigung. In der Produktinformation in den USA wird nun als Kontraindikation „ventrikuläre Funktionsstörungen“ aufgenommen. Außerdem sollen Nutzen und Risiko sorgfältig abgewogen werden, wenn unter der Thera-

pie mit Itraconazol Zeichen einer Herzinsuffizienz auftreten.

Anmerkungen: Die Risikoinformation zu beiden Präparaten unterscheiden sich erheblich, obwohl sie vom gleichen Hersteller stammen. Siros® ist nur zugelassen bei vulvovaginalen Mykosen (Sempera® bei Mykosen allgemein). Dies kann jedoch keine Erklärung dafür sein, daß z.B. periphere Neuropathien und Zyklusunregelmäßigkeiten (!) nur unter Sempera® auftreten sollen. Hinweise über ein mögliches Auftreten einer Herzinsuffizienz fehlen in beiden Fachinformationen.

Quelle: Lancet 2001; 357: 1767

Appetitzügler Widerruf der Zulassung

Die Appetitzügler Amfepramon (Regeon), Dexfenfluramin (Isomeride®, bereits aus dem Handel), Fenfluramin (Ponderax®, bereits aus dem Handel), Mefenorex (Rondimen®) und Norpseudoephedrin (Antiadiposium X 112®, Fasupond®, Mirapront®, Vita-Schlanktropfen Schuck®) haben mit sofortiger Wirkung ihre Zulassung endgültig verloren, nachdem in zweiter Instanz der Widerspruch einiger Hersteller aufgehoben wurde. Mangelnde therapeutische Wirksamkeit und bekannte erhebliche Risiken (u.a. Lungenhochdruck, Herzrhythmusstörungen, Halluzinationen, Abhängigkeit) sind die Ursache für diese Maßnahme.

Anmerkung: In einem englischen Übersichtsartikel werden einige dieser Substanzen mit vornehmer Zurückhaltung als „wahrscheinlich ineffektiv oder schädlich“ bezeichnet. Umso erstaunlicher ist, daß ein Amfepramon-haltiges Präparat (Tenuate retard®) wegen eines angeblich noch in Kraft befindlichen Gerichtsbeschlusses von der Anordnung unserer Überwachungsbehörde BfArM ausgenommen wurde.

Im Dezember 2001 hat der Hersteller seine Präparate aus dem Handel genommen.

Quellen: Pharm. Ztg, 2001; Brit. med. J. 2001; 322: 1406

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus: Rheinisches Ärzteblatt 8/2001

Hospizarbeit in Hessen

Die Landesarbeitsgemeinschaft Hospize Hessen umfaßt derzeit 66 Hospizgruppen

Peter Otto und Wolfgang Spuck

Wenn wir Berufsgruppen nach ihrem Einsatz für Schwerstkranke und Sterbende fragen, dann werden neben professionell Pflegenden und Seelsorgern vor allen Hausärzte auf eine regelmäßige, ja traditionelle Erfahrung hinweisen. Mancher hat das Empfinden, als träte eine Bewegung gegen diese hausärztliche Tradition in eine preiswerte Konkurrenz: Seit mehr als zehn Jahren kümmern sich Hospizdienste in Hessen um Sterbende und ihre Angehörigen – zunächst sehr zögerlich, jetzt immer häufiger. Was auf den ersten Blick als Konfliktthema erschreckt, erweist sich bei näherem Hinsehen als wichtige ergänzende Struktur (siehe auch Hessisches Ärzteblatt 12/1996, 382-384).

Hospiz und Palliativmedizin: Bestandteile einer integrierten häuslichen Versorgung

Hospizarbeit ist ein interdisziplinärer Prozeß, integriert in bestehende Strukturen. Er schließt Hausärzte, ambulante Pflegedienste, Seelsorge und ehrenamtliche Begleitung ein. Ambulante professionelle Tätigkeit unterliegt heute einer straffen zeit- und effizienzorientierten Organisation, bei der sich die Beteiligten trotz mehrfacher Kontakte mit dem Patienten kaum sehen. Hier kann gut vorbereitetes und koordiniertes ehrenamtliches Engagement einen sozialen Rahmen herstellen, der die Autonomie des Kranken trotz schwerer Krankheit stützt, Angehörige entlastet und die Arbeit von Arzt und Pflege erleichtert.

Aus der Hospizbewegung ist in den siebziger Jahren die Palliativmedizin entstanden. Sie wertet die traditionelle hausärztliche Tätigkeit auf, indem sie das Instrumentarium für eine hoch-

wirksame Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle erforscht, lehrt und umsetzt.

Die Landesarbeitsgemeinschaft LAG Hospize Hessen

Die Landesarbeitsgemeinschaft Hospize Hessen fördert ideell die Arbeit hessischer Hospizinitiativen und -dienste. Sie organisiert Informations- und Erfahrungsaustausch und vertritt die Interessen ihrer Mitglieder auf Landesebene gegenüber der Öffentlichkeit, staatlichen Institutionen und gesellschaftlichen Gruppen. Die LAG Hospize Hessen versteht sich als freiwilliger Zusammenschluß von Initiativen, Gruppen und Institutionen, die in der Hospizarbeit tätig sind.

Die LAG Hospize Hessen ist am 28. Juni 1996 von Limburger Hospizgruppen gegründet worden. Die ersten Sprecher waren Joost Dwerhagen, Hospizdienst Limburg und Professor Dr. med. Friedhelm Hess, Ambulanter Hospizdienst am Tumorzentrum Marburg. Bereits damals wurden Forderungen für die Hospizarbeit gestellt, die zum größeren Teil noch immer nicht erfüllt sind und weiterhin auf der Agenda stehen:

- ▶ einheitliche curriculare Ausbildung ehrenamtlicher Hospizmitarbeitenden
- ▶ Koordinierung der Versorgung sterbenskranker Menschen zwischen ehrenamtlichen und professionellen Diensten einschließlich niedergelassener Ärzte
- ▶ Förderung der Einrichtung stationärer Hospize in Hessen
- ▶ Förderung der Einrichtung von Palliativstationen an hessischen Krankenhäusern.

Seit 1998 führt ein gewählter fünfköpfiger Sprecherrat die Geschäfte der LAG Hospize Hessen. Das Prinzip praktischer Auseinandersetzung mit Inhalten und weitgehendem Verzicht auf Regularien wurde beibehalten. An drei bis vier Mitgliederversammlungen pro Jahr findet ein reger Informationsaustausch statt, wobei sozialpolitische und strukturelle Fragen im Vordergrund stehen.

Die LAG Hospize Hessen ist Ansprechpartner für Regierungsinstitutionen, kirchliche und soziale Einrichtungen auf Landesebene, Krankenkassen und ärztlichen Standesorganisationen. Die LAG Hospize Hessen ist in der „Arbeitsgemeinschaft Sterbebegleitung bei der Landesregierung“ vertreten. Hier erarbeiten Personen aus verschiedenen Körperschaften, so auch aus der Landesärztekammer Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation Sterbender und ihrer Angehörigen. Fragen der Qualität in der Ausbildung professioneller und ehrenamtlicher Dienste haben dabei einen besonderen Stellenwert. Auch mit der Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin der Landesärztekammer Hessen strebt die LAG Hospize Hessen einen regelmäßigen Dialog an.

Kooperation mit KASA (Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung)

Das wachsende freiwillige bürgerschaftliche Engagement in Hospizgruppen hat die Landesregierung im Jahr 1997 veranlaßt, bei der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung (HAGE) e.V. eine Koordinations- und Ansprechstelle für

Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung (KASA) einzu-richten. KASA steht in sehr enger Ko-operation zur LAG Hospize Hessen. Das Verdienst der KASA ist eine Bestandsaufnahme von 50 Hospizeinrichtungen in Hessen mit Analyse ihrer Kooperations- und Handlungsstrukturen.

Inzwischen ist die Anzahl der LAG-Mitglieder auf 66 Hospizgruppen angestiegen, so daß viele Bereiche Hessens durch ein Netz von Hospizdiensten umspannt sind. Die LAG Hospize Hessen ist bestrebt, mit allen Institutio-

Der Sprecherrat der LAG Hospize Hessen:

Peter Otto, Pfarrer, Diakonisches Werk Kurhessen-Waldeck, Soziale Dienste 1, Postfach 10 10 07, 34010 Kassel, e-mail: p.otto@dwkw.de (**Kontaktadresse**)

Maria Poetsch, Krankenschw., Hospiz-Beratungsstelle, Die Freiheit 2, 34117 Kassel
Friedemann Hottenbacher, Kinderarzt, Nürnberger Landstraße 12, 34326 Morschen

Dr. Wolfgang Spuck, Rotes Kreuz Krkhs., Hansteinstr. 29, 34121 Kassel

Hans W. Menzel, Hauptstraße 81, 64625 Bensheim

nen in Kontakt zu treten oder zu bleiben, die diese integrierte Arbeit zum Nutzen unserer Kranken unterstützt, wenn sie unsere Hilfe am meisten nötig haben.

Anschrift der Verfasser:
Dr. med. Wolfgang Spuck
Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel
Hansteinstraße 29
34121 Kassel

TSE- Risiko

Plugs aus Catgut zum Verschuß der ableitenden Tränenwege

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) informierte mit Schreiben vom 12.11.2001 über das TSE-Risiko im Zusammenhang mit Plugs aus Catgut zum Verschuß der ableitenden Tränenwege. Bei diesem Medizinprodukt handelt

es sich um Kollagenplugs, die aus Catgut bovinen Ursprungs hergestellt werden. Sie lösen sich nach 7 bis 14 Tagen in der Tränenflüssigkeit auf. Sofern eine Verbesserung der Situation des trockenen Auges zu verzeichnen ist, werden Siliconplugs zum dau-

ernden Verbleib im Tränenkanal plazi-ert. Zur Bewertung des Risikos, insbesondere bezüglich der Frage, ob für die Anwendung der Kollagenplugs eine zwingende Indikation vorliegt und inwieweit Alternativprodukte zur Verfügung stehen, liegt u.a. eine Stellungnahme der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft vor.

Krankenkassen

„Viele Kassen-Chefs kassieren zu hohes Gehalt“

schreibt die BILD AM SONNTAG

(9. Dezember 2001). Vor dem Hintergrund ständig steigender Kassenbeiträge für die Versicherten will das Bundesversicherungsamt jetzt die zum Teil üppig angehobenen Gehälter der Kassenvorstände eindämmen. Der Präsident des Versicherungsamt Rainer Daubenbüchel: „Es kann nicht sein, daß der Vorstand einer kleinen oder mittleren Kasse mehr verdient als ein Bundesminister. Die Aufseher prüfen deshalb zurzeit alle Verträge der Kassenvorstände. Mehr als 100 Innungs- und Betriebskrankenkassen sind schon gecheckt. Ergebnis: eine Vielzahl von Beanstandungen bei Vorstandsverträgen. In sechs Fällen verlangt das Bundesversicherungsamt jetzt sogar eine Kürzung der Gehälter. Insider aus den Verwaltungsräten nannten Größenordnungen der Bezüge: Demnach verdienen die Chefs der großen Kassen dank Prämien und Honoraren bis zu 500.000 Mark im Jahr. Dazu kommen Dienstwagen und üppige Altersversorgung. Wer nach sechsjähriger Amtszeit nicht wieder gewählt wird, kann mit bis zu 75 Prozent Ruhegehalt bis ans Lebensende rechnen. Der Vizepräsident des Bundes der Steuerzahler, Dieter Lau sagte: „Einige Kassenvorstände wechseln offenbar Selbstverwaltung mit Selbstbedienung.“

BÄK-Press

In Anlehnung an die im Zusammenhang mit chirurgischem Nahtmaterial auf der Basis von Catgut geführten Argumentation hält das BfArM die Anwendung der in Rede stehenden Plugs für nicht mehr geboten. Auch wenn das potentielle Risiko bei der bestimmungsgemäßen Anwendung – verglichen mit dem bei parenteraler Anwendung (z.B. Nahtmaterial) – geringer einzuschätzen ist, sollte das Produkt aufgrund der Verfügbarkeit von Alternativmaterialien nicht mehr zur Anwendung kommen.

Hessisches Sozialministerium

Das Hessische Sozialministerium bittet um Beachtung und weist im diesem Zusammenhang auf den § 4 des Medizinproduktegesetzes hin.

Südafrika – Alte Nöte, Neue Horizonte

Dr. med. Stefan Morell

Rückblick

1988, d.h. sechs Jahre vor Ende der Apartheid wurde ich im Rahmen einer Anwerbekampagne von dem damaligen Gesundheitsminister des „self governing territory“ Kwa Zulu, Dr. Frank Mdlalose für eine Tätigkeit in Südafrika angeworben. Nur 30 % der Arztstellen in ländlichen Regionen waren damals besetzt. Einige Krankenhäuser waren ohne jegliche ärztliche Unterstützung, selbst invasive Maßnahmen wie z.B. Kaiserschnitte mußten mancherorts von Krankenschwestern durchgeführt werden. Unter der Vorstellung, erster Teilnehmer eines von der LÄK Hessen unterstützten Pilotprojektes zu sein, begann ich meine Arbeit im Ngwelezana Hospital im Juni 1989.

Aufgrund anhaltender Unruhen und der unsicheren politischen Situa-



tion wurde das Projekt allerdings nicht erweitert und ich kehrte 1992 zwecks Weiterbildung nach Deutschland zurück.

Nach meiner erneuten Ausreise nach Südafrika 1994 nahm ich die ursprüngliche Idee wieder auf. Es gelang, dank des Interesses und der Unterstützung des „Centrums für Internationale Migration“ (CIM, Frankfurt) und dank Dr. Michael Popovic´ von der LÄK Hessen, das „European Doctors Programme (EDP)“ für Südafrika aufzubauen. Trotz großer administrativer und technischer Schwierigkeiten wurden knapp 40 Kollegen in besonders bedürftige Gebiete vermittelt. Erschwerend wirkte sich die von der südafrikanischen Ärztekammer geforderte sehr

anspruchsvolle ärztliche Eingangsprüfung und die Nichtanerkennung der europäischen Facharztabschlüsse aus. Neben dem lokalen Ortsgehalt (netto z.Zt. ca. 2000.– bis 2400.– DM/Monat) erhielten die europäischen Ärzte von CIM einen Zuschuß zur Renten- und Krankenversicherung sowie eine jährliche Sachmittelzuweisung.

Die Kollegen lebten sich allgemein gut ein und besetzten, trotz der fehlenden formellen Anerkennung, oft Schlüsselpositionen in Ihren Krankenhäusern (das Deutsche Ärzteblatt berichtete wiederholt). Leider kam es wegen verschiedener administrativer Schwierigkeiten und wegen einer Kürzung der vorhandenen finanziellen Mittel von deutscher Seite zu der Entscheidung, das Programm Ende 2001 auslaufen zu lassen. Damit verloren wir nicht nur eine sehr sinnvolle, sondern auch eine durchaus kostengünstige Möglichkeit, effiziente Entwicklungszusammenarbeit in bedürftigen Regionen Südafrikas zu leisten.



Grundvoraussetzungen

1. Deutsches Staatsexamen
2. drei Jahre Berufserfahrung (AIP Zeit wird normalerweise nicht akzeptiert)

Einsatzgebiete & Positionen

1. Land- und Regionalkrankenhäuser, v.a. im Eastern und Northern Cape, der North West und Northern Province und in Kwa Zulu-Natal -> Anstellung als (Senior-, Principal-) Medical Officer. **NB:** Facharztstatus („specialist registration“) wird bisher nicht gewährt!
2. Universitätskrankenhäuser -> Einstellung als Medical Officer (s.o.) oder „registrar“ (Weiterbildungsassistent). **NB:** Geringer Bedarf, nur wenige Positionen verfügbar

Geplanter Ablauf der Bewerbung

1. Arbeitsangebot aus Südafrika, entweder über:
 - a. eine direkte Bewerbung bei der gewünschten Institution
 - b. den Verwaltungsdirektor („Provincial Head“) der gewünschten Provinz
 - c. die Dekane der verschiedenen medizinischen Fakultäten
2. Unmittelbar nach Erhalt des Arbeitsangebotes Vorlage desselben beim Gesundheitsministerium in Pretoria (DOH) und schriftliche Genehmigung durch das zuständige Büro.
3. Bewerbung um eine Zulassung bei der Südafrikanischen Ärztekammer (Health Professions Council (HPCSA)) -> **NB:** Notwendig sind: Vorlage des Arbeitsangebotes der gewünschten Institution; Schriftliche Zustimmung vom zuständigen „Provincial Head“; Schriftliche Zustimmung des Gesundheitsministeriums (letzteres kann nachgereicht werden)
4. Zulassung durch den HPCSA zur (fachspezifischen) ärztlichen Eingangsprüfung **
5. Nach erfolgreicher Prüfung und Registrierung werden von der zuständigen Provinz (es gibt 9) Arbeitsverträge von bis zu 3 Jahren Dauer vergeben.
6. Nach Ablauf dieser Periode muß der Arzt ausreisen und sich von seinem Heimatland aus für einen neuen Vertrag bewerben oder eine Daueraufenthaltsgenehmigung (Permanent Residency) beantragen.

* Eine günstige Formulierung im AIP Zeugnis vorausgesetzt, wird die Zeit eventuell angerechnet werden (z.B. Selbstständigkeit der Arbeit betonen, Bezeichnungen wie ‚internship‘ vermeiden)

** Inhalt, Ablauf und Ort der Prüfung zur Zeit noch nicht festgelegt

Aktuelle Situation des Gesundheitswesens

Südafrika sieht sich weiterhin mit den typischen Problemen eines „Schwellenlandes“ konfrontiert. Während sich immerhin 8 Millionen Südafrikaner eine private Krankenversicherung leisten können, sind mehr als 32 Millionen Menschen auf die Fürsorge des Staates angewiesen. Einem dem westlichen Niveau angeglichenen privaten Sektor stehen zweit- bzw. drittklassige Leistungen der öffentlichen Häuser gegenüber.

Typisch für ein Schwellenland ist der Mangel an gut ausgebildeten und motivierten Fachkräften im Öffentlichen Dienst. Schlechte Gehälter, unzureichende Karrierechancen und mangelhafte Infrastruktur führen dazu, daß mehr als 75 % der südafrikanischen Ärzte den lukrativen privaten Bereich als Arbeitsfeld vorziehen.

Obwohl auch die Universitäten zunehmend eine Abwanderung von Fachärzten beklagen, sind es doch die ländlichen Gebiete die unter dem Ärztemangel am meisten leiden.

Auch mit dem staatlich organisierten „Import“ von mehr als 400 kubanischen und ca. 40 europäischen Ärzten ist es bisher nicht gelungen, die fachärztliche Versorgung nachhaltig zu verbessern. Nach Beendigung des „EDP“ sind im Gegenteil in einigen Krankenhäusern erhebliche Versorgungslücken entstanden.

Die südafrikanische Regierung und der für die Registrierung von Ärzten zuständige „Medical Council (HPCSA)“ haben deshalb vor einigen Wochen beschlossen, die bestehenden Zulassungsbeschränkungen für ausländische Ärzte zu lockern und unter bestimmten Voraussetzungen Arbeitsgenehmigungen zu erteilen.

Arbeitsmöglichkeiten für deutsche Ärzte

Benötigt werden Kollegen aus allen Fachrichtungen. Die nachfolgend (ohne Gewähr) wiedergegebenen vorläufigen Bewerbungsbedingungen gelten nur für Kollegen aus Nicht-Entwicklungsländern. Bewerbungen aus Ländern, die selber unter Ärztemangel leiden, dürfen laut einer Entscheidung des südafrikanischen Gesundheitsministeriums nicht angenommen werden.

Ausschlaggebend für eine Anstellung wird das konkrete Arbeitsangebot aus Südafrika sein. Nur Stellen im öffentlichen Dienst werden zur Verfügung stehen, eine Arbeitsaufnahme im privaten Sektor ist nicht möglich. Einmal getroffene Entscheidungen werden als verbindlich angesehen; ohne lokale Kontakte bzw. Ortskenntnisse ist daher die Entscheidung für ein bestimmtes Krankenhaus extrem schwierig und problematisch.

Kontaktadressen

Land- und Regionalkrankenhäuser
Provincial Heads of Health
Deans of Health Sciences Faculties
www.samedical.org -> section:
South African Medical Association (SAMA) affiliated groups -> JUDASA, JUDASA year-book

Department of Health (DOH)
Pretoria
Mr. Shaun Allan Smith
Director General,
National Department of Health
PBag X 828
Pretoria 0001, South Africa
smiths@health.gov.za

Health Professions Council of South Africa (HPCSA)
POBox 205
Pretoria 0001, South Africa
Tel. 0027 – 12 – 338 93 00/ 01;
Fax: – 328 51 20
www.hpcsa.co.za

Eine Zulassung als „intern“ wird nicht angeboten. Eine Zulassung als „medical student“ ist nur dann möglich wenn zeitgleich eine Einschreibung als Medizinstudent in einer deutschen Universität besteht. Kollegen mit abgeschlossenem 3. Staatsexamen, jedoch weniger als drei Jahren Berufserfahrung haben somit keine Möglichkeit eine Tätigkeit in Südafrika aufzunehmen, mit anderen Worten: eine Ableistung des AIP ist in Südafrika z.Zt. nicht möglich.

Durch meine Position als ehemaliger Sprecher der Krankenhausärzte Südafrikas und als „Medical Superintendent“ eines Regionalkrankenhauses verfüge ich nach wie vor über viele Kontakte und hoffte mich sinnvoll in die Vermittlung- und Betreuungsarbeit einbringen zu können. Meine Versuche in Deutschland diesbezüglich institutionelle Unterstützung zu finden, sind jedoch gescheitert, d.h. interessierte Kollegen werden weitgehend auf sich selbst angewiesen sein. Hilfe bei grundlegenden Fragen kann eventuell durch die Auslandsabteilung des „Marburger Bundes“ erhalten werden.

Hinsichtlich der zu erwartenden Arbeitsbedingungen ist zu sagen, daß

Unterkunft (unterschiedlicher Qualität) meist gestellt wird. Das Ortsgehalt reicht für den lokalen Lebensunterhalt einer 3 – 4 köpfigen Familie, Renten- und Krankenversicherungen in Deutschland können davon allerdings nicht finanziert werden. Umzugspauschalen werden normalerweise nicht gewährt, eine Nachfrage kann sich aber unter Umständen lohnen.

Die normale Arbeitszeit ist von 7.30 – 16.00 unterliegt jedoch örtlichen Schwankungen. Eine Teilnahme an den Bereitschaftsdiensten (4 – 8 pro Monat) ist Pflicht und wird mit einer Pauschale vergütet (commuted overtime). Es werden 30 Tage Urlaub im Jahr gewährt, Wochenendtage während der Urlaubsperiode werden als Urlaubstage mitgezählt.

Schlußbetrachtung

Das politisch- und institutionelle Interesse an einer ärztlich-humanitären Hilfe für Südafrika scheint in Deutschland weitgehend erloschen. Aufgrund der ungünstigen finanziellen Bedingungen ist daher auch meine Entscheidung Anfang 2002 nach Ngwelezana zurückzukehren ins Wanken geraten. Was weiter dagegen spricht, und darüber muß man sich im

klaren sein, ist vor allem die hohe Gewaltbereitschaft in Südafrika (> 35.000 Morde, > 3 Millionen Traumaverletzte 1999), die HIV Durchseuchung (> 30 % der Patienten in KZN) und eine oft etwas chaotisch anmutende Krankenhausverwaltung.

Den Kollegen, die sich trotzdem entschließen diesen Schritt zu wagen, möchte ich wiederholen, was mir von Dr. Frank Mdlalose vor 13 Jahren mitgegeben wurde: „It will be one of the biggest challenges of your life, you will be pushed to your limits and you will sometimes hate it – but you will never regret having taken this decision“.

Dr. Stefan Morell ab 01.01.02 (unter Vorbehalt): FA für Anästhesie The Medical Superintendent DA (SA), DTMH, DPH, DHSM Ngwelezana Hospital 3880 Empangeni PBag X 200 21, South Africa Tel./Fax: 0027 - 35 - 7942 806 / - 7941 684

Anschrift des Verfassers:
Otto-Bussmannstr.11
61118 Bad Vilbel
Tel. & Fax: 06101 - 8 63 63
e-mail (bis 20.12.01):
stefan@familie-morell.de

Interdisziplinäre Fortbildung – Seminarzyklus für Ärzte und Apotheker Moderne Schmerztherapie **11P** eine Aufgabe für Arzt und Apotheker

Die Veranstaltungen finden jeweils von 19.30 – 21.30 Uhr statt.

14. Februar in Marburg 28. Februar in Eschborn
21. Februar in Wiesbaden 7. März in Kassel

- ▶ 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

E | K | B
EHLERT KREKEL BLOCH
Rechtsanwälte

Uwe Ehlert
Rechtsanwalt

Vertragsarztrecht
ist mein Tätigkeitsschwerpunkt

Das Vertragsarztrecht umfasst insbesondere die Bereiche:

Honorarkürzung	Plausibilitätsprüfung
Arzneimittelregresse	Disziplinarverfahren
Zulassungsverfahren	Abgabe/Übernahme einer Praxis

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

SPORT PRO GESUNDHEIT

SPORTVITAL

PROGRAMM

Check up für Freizeitsportler

- Sportrelevante Anamnese
- Sportmedizinische/orthopädische Untersuchungstechniken
- Lungenfunktionsprüfung
- Herz- Kreislaufuntersuchungen
- Labor / Laktatmessung
- Untersuchungsbögen / Software
- Beurteilung der Leistungsfähigkeit

Laufanalyse

Power-Training und Metabolisches System

Funktionelle Beanspruchung des Stütz- und Bewegungsapparates

Indikation und Kontraindikation bestimmter Sportarten

- Untere Extremität - Sprunggelenk, Knie, Hüfte
- Obere Extremität – Schulter, Ellenbogen
- Frauenspezifische Belange beim Sport
- Sport mit Senioren
- Notfallvorkahrungen für Sport- und Fitneßeinrichtungen aus kardiologischer Sicht

Der Arzt als „medical consultant“ und „Gesundheits-Coach“

Ärztliche Aufgaben im Programm „Sport pro Gesundheit“

Berufsrechtliche Aspekte

- Kommunikation und Service
- Marketing und Netzwerke
- Modelle / Kooperationen

Seminar 1 (20 Std.)

Termin:

15. bis 17. März 2002

Veranstaltungsort:

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung Bad Nauheim

Seminarzeiten:

Beginn: 1. Tag ab 15:00 Uhr Ende: 3. Tag ca. 14:00 Uhr

Seminargebühr:

EURO 741,14 (Akademiemitglieder EURO 613,55)

Der Preis beinhaltet Pausenverpflegung und Getränke, exkl. ÜN/HP

Bitte überweisen Sie die Seminargebühr bis spätestens 15.02.02 auf folgendes

Konto: VitalArt Seminare, Volksbank Main-Taunus,

BLZ: 50092200, Kono-Nr. 11177417, Stichwort SPORTVITAL

Bei Stornierung der Anmeldung bis 2 Wochen vor Seminarbeginn wird eine Gebühr von EURO 50,- erhoben. Bei späterer Stornierung wird der gesamte Betrag fällig. Selbstverständlich ist die Vertretung des angemeldeten Teilnehmers durch eine/n andere/n Kollegin/Kollegen möglich.

Anmeldung:

Bitte nur schriftlich, auch per Fax od. e-mail an die Akademie.

Stichwort **SPORTVITAL**

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

Die Anmeldung wird nach Eingang der Seminargebühr bestätigt.

Zertifizierung:

Das Seminar wird mit 17 Fortbildungspunkten zertifiziert.

Die Anerkennung auf die Weiterbildung Sportmedizin ist beantragt.

Jeder Teilnehmer erhält am Ende der Veranstaltung eine Teilnahmebestätigung.

Service:

Bei Anmeldung bis zum 10. 02. 02 besteht eventuell die Möglichkeit, ein gemeinsames Hotel zu buchen und einen „come-together-Abend“ zu organisieren. Falls Sie eine Hotelbuchung wünschen, geben Sie dies bei der Anmeldung an. Die Buchung ist dann für Sie verbindlich und nicht im Seminarpreis enthalten.

Dozenten:

Dr. med. K. Gerlach, Mainz

Facharzt für Allgemeinmedizin, Sportmedizin, Chirotherapie

Betreuer des Fußballvereins Mainz 05, namhafter Radsportler und Triathleten

Dr. med. M. Engelhardt, Frankfurt

Facharzt für Orthopädie

Leitender Oberarzt der Orthopädischen Universitäts-Klinik Friedrichsheim

Dr. med. J. Herresthal, Frankfurt

Facharzt für Orthopädie, Sportmedizin, Chirotherapie

Prof. Dr. med. E. - G. Loch, Wiesbaden

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Vorsitzender der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung Bad Nauheim

Prof. Dr. D. Böhmer, Frankfurt

Prof. f. Sportmedizin emer., Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt

Leiter des Zentrums für Sauerstoff- und Überdrucktherapie,

Tauch- und Höhenmedizin

Dr. med. M. Dürsch, Frankfurt

Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie, Sportmedizin

Herr Ch. Biesing, Frankfurt

Justitiar der Landesärztekammer Hessen

Seminarentwicklung und Kursleitung: Dr. Ursula Schreiber-Popović – e-mail: Ursula.Popovic@web.de

CO-Leitung und Supervision: Prof. Dr. D. Böhmer, Marienburgstr. 2, 60528 Frankfurt

Seminargestaltung in Zusammenarbeit mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung Bad Nauheim

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!

TEILNAHMEGEBÜHREN 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

Das Zertifikat

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

s. HÄ 12/ 200

Akkreditierung von Veranstaltungen

Die Bildungspunkte für das Ärztekammer - Zertifikat vergibt nur die Landesärztekammer/Akademie.

Der wissenschaftliche Leiter (Arzt) einer Veranstaltung beantragt bei der Akademie in Bad Nauheim die Zertifizierung mindestens 6 Wochen vor dem Veranstaltungs-Datum bzw. vor dem Programmdruck unter Vorlage des vollständigen Programms. Weitere Informationen erhält er dann von der Akademie.

I. SEMINARE/VERANSTALTUNGEN ZUR PERMANENTEN FORTBILDUNG

ANGIOLOGIE

Venenthrombose und Lungenembolie – Update 2002 [AIP]

Sektion Innere Medizin – Angiologie

Mittwoch, 13. März 2002, 9.30 bis 16 Uhr, Bad Nauheim

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

Diagnostischer Algorithmus der Venenthrombose (Leitlinien): Dr. med. W. Blätter, Zürich; Thrombophilie: Aktuelle Diagnostik und therapeutische Konsequenzen: Prof. Dr. med. Bettina Kemkes-Matthes, Gießen; Diagnostischer Algorithmus der Lungenembolie (Leitlinien): Priv. Doz. Dr. med. R. Bauersachs, Frankfurt a. M.; Tumorkrankheiten: Assoziation mit venöser Thromboembolie: Prof. Dr. med. E. Hiller, München; Schwangerschaft und Hormontherapie: Priv. Doz. Dr. med. U. Winkler, Neumünster; Rationelle Therapie: Priv. Doz. Dr. med. S. Schellong, Dresden

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Kongreß-Halle

Anmeldung: Venenzentrum Frankfurt, Zeil 51, 60313 Frankfurt

ARBEITSMEDIZIN/SOZIALMEDIZIN

Der Drogenkonsument in der Arbeitswelt [4 P]

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

Samstag 2. März 2002, 9 c. t. bis 13.30 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Dr. med. R. Breitstadt, Frankfurt a. M.

Dr. med. Gerda Linke-Kaiser, Frankfurt a. M.

Illegale Drogen, inwieweit kann die Executive das Problem Lösen: H.-R. Philippi, Offenbach; Illegale Drogen und ihre akute als auch postakute Wirkung unter Sicherheitsaspekten: Prof. Dr. med. G. Kautert, Frankfurt a. M.; Analytik und Bewertung bei Verdacht auf akute Rauschwirkung: Prof. Dr. med. G. Kautert; Illegale Drogen im Betrieb - Aspekte des Arbeitsschutzes und des Arbeitsrechts: Th. Köhler, Heidelberg; Drogenpolitik in einem international tätigen Unternehmen der chemischen Industrie: Dr. med. R. Breitstadt; Konsum illegaler Drogen in der Bauwirtschaft: Dr. med. Anette Wahl-Wachendorf, Darmstadt; Auszubildende und Drogenkonsum: M. Röhrs, Weiterstadt

Kein Kostenbeitrag!

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Kongreß-Halle

ETHIK-FALLSEMINAR

Gewalttäter und Gewaltopfer als Patienten -ärztliche Schweigepflicht, ärztliche Gewissenskonflikte [AIP]

Sektion Allgemeinmedizin

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

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

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude, Raum Weiterau

Weitere Themen und Termine: s. HÄ 12/ 2001

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

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

BILDGEBENDE VERFAHREN

Ultraschalltechniken in Anästhesie und Intensivmedizin [4 P]

Sektion Anästhesiologie

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

Leitung: Dr. med. E. Müller, Darmstadt; Dr. med. I. Hornke, Hanau; Einblick und Grundlagen der Anwendung von Ultraschall in der Medizin: Dr. med. V. Vogt, Hanau; Anwendung der transthorakalen und endoösophagealen Techniken: Dr. med. S. Mirdl, Frankfurt a. M.; Schnittbildtechniken zur Gefäßpunktion und bei Regionalanästhesietechniken: Dr. med. Th. Grau, Heidelberg; Dopplerverfahren für Diagnostik und Monitoring in Anästhesie und Intensivmedizin: Dr. med. D. Kuhn, Gießen

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, KWA Stift Aeskulap

Diagnostik von Erkrankungen der Leber, der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas [AIP]

Interdisziplinäre Fortbildung Sektion Innere Medizin

Samstag, 16. März 2002; 9 s. t. bis 13 Uhr, Kassel

Leitung: Dr. med. U. Herborn, Kassel

Konventionelle Radiologie und Sonografie: Prof. Dr. med. F. Kuhn, Kassel; Nuklearmedizin: Prof. Dr. med. K. Gratz, Hannover; Kinderradiologie: Prof. Dr. med. M. Reither, Kassel; MRT: Dr. med. Chr. Herborn, Essen; Klinische Einführung und Moderation: Prof. Dr. med. J. Pausch, Kassel

Tagungsort: Bezirksstelle Kassel der KVH, Großer Hörsaal,

Pfannkuchstraße 1

- Kein Kostenbeitrag!

ÄRZTLICHE PRAXIS UND QUALITÄTSZIRKEL

Sektion Allgemeinmedizin jeweils **4 P**
Sucht und Suchttherapie
Mittwoch, 20. März 2002, 15 bis 17 Uhr, Frankfurt a.M.
Leitung: Dr. med. G. Vetter, Dr. med. H. Herholz, Frankfurt a. M.

Die Sektion und die Stabstelle Qualitätssicherung der KV Hessen wollen in diesem Jahr drei Fortbildungsveranstaltungen auf der Basis der Qualitätszirkel anbieten. Dabei wollen Mitglieder von Qualitätszirkeln zu den vorgesehenen Themen und nicht beteiligte niedergelassene Ärzte gemeinsam überlegen, was sich aus den Qualitätszirkeln in die Praxis umsetzen läßt, wie dies geschehen kann, und ob z. B. die erarbeiteten Leitlinien für die Praxis genügen.
Kein Kostenbeitrag!
Weitere Termine: **Palliativmedizin 5. Juni 2002 ein dritter Termin folgt im Herbst**
Tagungsort: KV Hessen, Kl. Saal; Georg-Voigt-Straße 15
Schriftliche Anmeldung an die Akademie, z. Hd. Frau Zinkl

HALS-NASEN-OHRENHEILKUNDE

Mittwoch, 20. Februar 2002, 17 bis 20.30 Uhr, Frankfurt a. M.
Leitung: Prof. Dr. med. W. Gstötner, Frankfurt a. M.
Tagungsort: HNO-Uniklinik (Haus 8E), Hörsaal, Theodor-Stein-Kai 7
s. HA 1/ 2002

HYGIENE

Hygienemanagement im Krankenhaus **3 P**
*Sektion Öffentliches Gesundheitswesen
in Verbindung mit dem Staatlichen Gesundheitsamt Hessen*
Samstag, 16. März 2002, 9 c. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim
Leitung: Dr. med. H. Schulz, Wetzlar

Anforderungen der Aufsichtsbehörden und die Struktur Krankenhaushygiene: Dr. med. Angela Wirtz, Wiesbaden; Workshop (Teil 1): Erhebung von Struktur- und Prozeßmanagement im Krankenhaus im Rahmen von Begehungen: Dipl.-Ing. Dr. med. H.-M. Seipp, Dillenburg; Workshop (Teil 2): Bewertung und Dokumentation von Krankenhausbearbeitungen: Dr. med. H.-M. Seipp; Bewertungsgrundlagen nosokomialer Infektionen und multiresistenter Infektionserreger: Dr. med. M. Thieves, Darmstadt
Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude, Blauer Hörsaal

Forum MEDIZINISCHE INFORMATIK

Freitag, 22. Februar 2002, 19 Uhr, Darmstadt
Auskunft und Anmeldung: Dr. med. S. Rosenbrock, Grafenstraße 9
64283 Darmstadt e-mail: rosenbrock@klinikum.darmstadt.de
s. HA 1/ 2002

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
Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude,
Blauer Hörsaal **s. HA 1/ 2002**

Die fehlenden Programme folgen in HÄ 3/2002

PSYCHOSOMATIK

Sektion Psychiatrie – Psychosomatik, Psychotherapie

8. Curriculum PSYCHOSOMATISCHE GRUNDVERSORGUNG **65 P**

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

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude,
Raum Wetterau
-nächster Termin: 22.- 24. 3. 2002
Auskunft und schriftliche Anmeldung an die Akademie, Frau C. Lepka

Asthma aus klinischer und psychosomatischer Sicht

Samstag, 9. Februar 2002, 10. bis 17 Uhr, Bad Nauheim **AIP 9 P**
Leitung: Dr. med. R. Haertel, Karben
PD Dr. med. W. Milch, Gießen

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude,
Blauer Hörsaal **s. HA 1/ 2002**

PHARMAKOTHERAPIEKURS

Behandlung des Bluthochdrucks **AIP 4 P**
Sektion Klinische Pharmakologie
Samstag, 2. März 2002, 9.30 bis 12.30 Uhr, Bad Nauheim
Leitung: Prof. Dr. med. S. Harder, Frankfurt a. M.

Begrüßung und Einführung: Prof. Dr. med. S. Harder; Grenzen der Behandlungsbefähigung. Nicht-medikamentöse Verfahren zur Behandlung: Prof. Dr. med. H. Breithaupt, Gießen; Pharmakologisches Profil der Hochdruckmittel erster Wahl, Therapie in Schwangerschaft und Stillzeit: Prof. Dr. med. S. Harder; Neue antihypertensive Wirkstoffe, Einfluß auf hypertoniebedingte Nierenschäden: PD Dr. med. V. Mitrovic, Bad Nauheim; Behandlung bei hypertensivem Notfall und hypertensiver Krise: PD Dr. med. J. Großmann, Frankfurt a. M.; Diskussion mit den Referenten über Problemfälle, interaktiv mit den Seminarteilnehmern: Moderation: Prof. Dr. med. S. Harder **Selbstevaluation (Fragebogen)**
Tagungsort: Kurhaus des Hessischen Staatsbades, Terrassenaal I und II, Terrassenstraße

RHEUMATOLOGIE

Neues im Arthrosemanagement **AIP 4 P**
Sektion Innere Medizin/ Orthopädie – Rheumatologie
Samstag, 9. März 2002, 9 c. t. bis 13 Uhr, Frankfurt a. M.
Leitung: Prof. Dr. med. F. Kerschbaumer, Frankfurt a. M.

Begrüßung und Einführung: Prof. Dr. med. F. Kerschbaumer; Physikalische Therapie unter besonderer Berücksichtigung neurophysiologischer Aspekte: PD Dr. med. M. Engelhardt, Frankfurt a. M.; Die intra-artikuläre Therapie arthrotischer Erkrankungen im Frühstadium: Dr. med. J. Mortier, Frankfurt a. M.; Autologe Knorpelzelltransplantation bei lokalen Knorpeldefekten: PD Dr. med. M. Engelhardt; Autologe Knorpel-Knochentransplantate: PD Dr. med. M. Rittmeister, Frankfurt a. M.; Becken- und Femurosteotomien bei Hüftdysplasie Erwachsener: Dr. med. W. Ewald, Frankfurt a. M. **Selbstevaluation (Fragebogen)**
Tagungsort: Orthopädische UNI-Klinik, Marienburgstraße 2

SCHMERZ/SCHMERZTHERAPIE

Schmerz und Schmerzbehandlung bei Kindern **AIP 7 P**
Sektion Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Samstag, 16. Februar 2002, 9.30 bis 16 Uhr, Bad Nauheim
Leitung: Prof. Dr. med. G. Neuhäuser, Gießen
Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude,
Blauer Hörsaal **s. HA 1/ 2002**

Der Rückenschmerz

Sektion Neurochirurgie
Samstag, 23. Februar 2002, 9 bis 13 Uhr, Bad Nauheim **AIP 4 P**
Leitung: Prof. Dr. med. H.-G. Höllerhage, Frankfurt a. M.
Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude,
Raum Wetterau **s. HA 1/ 2002**

SEXUALMEDIZIN

Sektion Chirurgie – Plastische Chirurgie
Samstag, 16. Februar 2002; 9 bis 14 Uhr, Frankfurt a. M.
Leitung: PD Dr. med. K. Exner, Frankfurt a. M.
Tagungsort: Markus-Krankenhaus, Aula im OvL-Haus,
Wilhelm-Epstein-Straße 2 **s. HÄ 1/ 2002**

SALUTOGENESE/ 10. WARTBURGGESPRÄCH

3. bis 5. Februar 2002, Eisenach **s. HÄ 1/ 2002**

25. Bad Nauheimer Psychotherapie- Tage 2002

Psychosomatische Grundversorgung (GOÄ 850/851)
Leitung: Prof. Dr. med. N. Peseschkian, Wiesbaden

Block 1: 16. 02. 2002 bis 18. 02. 2002 (Samstag - Montag)
Block 2: 06. 04. 2002 bis 08. 04. 2002 (Samstag - Montag)
Block 3: 20. 09. 2002 bis 23. 09. 2002 (Freitag - Montag) **56 P**

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude,
Blauer Hörsaal **s. HA 1/ 2002**
Anmeldung schriftlich an die Akademie, Frau E. Hiltcher

II. FORTBILDUNGS-KURSE

NOTFALLMEDIZINISCHE FORTBILDUNG

„Notdienstseminar“

23./24. Februar und 09. März 2002 in Bad Nauheim
14./15. und 28. September 2002 in Bad Nauheim

Der vollständige Besuch wird als 1 Ausbildungsseminar für ÄiP anerkannt. Dieses Seminar gilt auch für Block 15 der Kursweiterbildung Allgemeinmedizin (KWA 240 Std.).

Teilnahmegebühr: € 128,- (Akademiestudierende: kostenlos).
Bitte die Zahlungsaufforderung abwarten!

Seminare „Fachkundenachweis Rettungsdienst“

Termine: 09. bis 13. April 2002 in Wiesbaden

22. bis 26. Oktober 2002 in Wiesbaden

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

Teilnahmegebühr: € 410,- (Akademiestudierende: € 335,-)

Seminar „Leitender Notarzt“

Termin: 13. bis 16. April 2002 in Kassel

Wiederholungsseminare „Leitender Notarzt“

Termin: 19. und 20. Oktober 2002 in Kassel

Wiederholungsseminare „Leitender Notarzt“

Termin in Wiesbaden wird noch bekanntgegeben

weitere Termine und Information s. HÄ 12/2001

Schriftliche Anmeldungen an die Akademie, Frau V. Wolfinger

AiP
16 P

41 P

41 P

34 P

13 P

9 P

MEGA-CODE-TRAINING

Angeboten wird das Training an folgenden Orten: jeweils

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

Termine 2002: 9. März, 8. Juni, 10. Aug., 9. Nov.

Wiesbaden: Dr. med. Brodermann, Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken,
Ludwig-Erhard-Str. 100; Tel. 06 11/ 43 28 73

Termine 2002: 27. Apr., 22. Juni, 31. Aug., 19. Okt., 30. Nov.

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

9 P

SCHWANGERSCHAFTSKONFLIKT-BERATUNG § 218 STGB nach dem Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz (vom 21. 8. 1995)

(K-)EINE (UN-)ENDLICHE GESCHICHTE
Samstag/Sonntag, 09./10. März, Samstag, 16. März 2002, Bad Nauheim

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

16 P

Samstag, 9. März 2002, 9 c. t. bis 17 Uhr

Vorsitz und Einführung: Prof. Dr. med. E.-G. Loch; Beratung zum Kind – ethische Aspekte des Arztes: Prof. Dr. med. V. von Loewenich, Frankfurt a. M.; Schwangerschaftskonflikt-Beratung nach dem Schwangeren- und Familienhilfe-Änderungsgesetz, die Situation in Hessen im Vergleich zu den anderen Ländern in Deutschland: NN.; Die besondere Situation in der katholischen Kirche: Ordinariatsrat Hanno Heil, Limburg; Das neue Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz: Juristische Probleme beim Erkennen von Mißbildungen des Kindes, nach der 12. SSW: PD Dr. jur. H. G. Koch, Freiburg.

Vorsitz: Dr. med. Margita Bert, Rüsselsheim; Bedeutung von Triple-Test, Amniozentese und der 2. Ultraschall-Untersuchung in der Schwangerschaft: PD Dr. med. M. Gonser, Wiesbaden; Die Methoden zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs unter besonderer Berücksichtigung von Mifegyne -physische Folgen und Risiken: Dr. med. Angelika Barth, Frankfurt-Höchst; Fallbeispiele aus Beratungsstellen: Heidrun Metzler, Wiesbaden (Pro Familia), Ulrike Klein-Koeberle, Gießen (Diakonisches Werk), N.N. (Katholische Kirche)

Sonntag, 10. März 2002, 9 c. t. bis 13 Uhr

Vorsitz und Begrüßung: Prof. Dr. med. E.-G. Loch; Herrschaft über das Leben? Anfragen an eine technologisch orientierte Medizin: Prof. Dr. theol. H. Grewel, Dortmund; Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte in der Schwangerschaft: Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt a. M.; Der Arzt als Berater im Schwangerschaftskonflikt: PD Dr. med. Claudia Jung-Hoffmann, Friedberg; Soziale und wirtschaftliche Hilfen für Schwangere (insbesondere

ÄRZTLICHES QUALITÄTSMANAGEMENT

Curriculum Qualitätssicherung

Wie kaum ein anderes Thema im Gesundheitswesen gewinnt Ärztliches Qualitätsmanagement zunehmend an Bedeutung. Erneut bieten wir wegen der großen Nachfrage einen aktualisierten 200-Std.-Kurs für Ärztinnen und Ärzte gemäß dem „Curriculum Qualitätssicherung / Ärztliches Qualitätsmanagement“ von der Bundesärztekammer, Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) in Hessen an. Renommierte Referentinnen und Referenten werden die Teilnehmer/innen auf die komplexen Anforderungen an Ärztliche Qualitätsmanager vorbereiten und dabei z. B. Wissen zu Evidence Based Medicine, Gesundheitsökonomie oder Zertifizierung (KTQ, DIN ISO, JCAHO) bzw. EFQM praxisnah vermitteln. Besonderheiten unseres Kurses: Ethik, Ökonomie, Internet-Anwendung, prakt. Übungen am PC, Erwerb des EFQM-Assessors.

(Teilnehmen können nur Ärztinnen und Ärzte!)

Block I (40 Std.): voraussichtlich März/April 2002 in Bad Nauheim

Blöcke II bis V: folgen voraussichtlich bis Ende 2002 je Block vorgesch. Teilnahmegebühr (Block I): € 818,- für Akademiestudierende € 895,- für Nichtmitglieder

Anmeldung schriftlich, formlos an die Akademie, Frau H. Harmert

20 P

10 P

FACHKUNDE IM STRAHLENSCHUTZ FÜR ÄRZTE gem RvV Informationskurs, Grund- und Spezialkurs 2002 s. HÄ 12/2001

Medizinische Informatik

Fort- und Weiterbildungskurs (280 Stunden)

Zielgruppe: niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Assistenzärzte in Krankenhäusern, die

- ein besonderes Interesse an dem aktuellen Stand und den Möglichkeiten der Medizinischen Informatik haben (Fortbildung)
- die Zusatzbezeichnung „Medizinische Informatik“ erwerben wollen (Weiterbildung)

Leitung: Prof. Dr. med. W. Giere, Frankfurt am Main

Beginn: Bei ausreichender Nachfrage April 2002

Anfrage an die Akademie, z. Hd. Frau H. Harmert,
Fax: 0 60 32/7 82-2 20, e-Mail: H.Harmert@laekh.de

9 P

SCHWANGERSCHAFTSKONFLIKT-BERATUNG § 218 STGB

nach dem Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz (vom 21. 8. 1995)

(K-)EINE (UN-)ENDLICHE GESCHICHTE
Samstag/Sonntag, 09./10. März, Samstag, 16. März 2002, Bad Nauheim

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

16 P

Samstag, 9. März 2002, 9 c. t. bis 17 Uhr

Vorsitz und Einführung: Prof. Dr. med. E.-G. Loch; Beratung zum Kind – ethische Aspekte des Arztes: Prof. Dr. med. V. von Loewenich, Frankfurt a. M.; Schwangerschaftskonflikt-Beratung nach dem Schwangeren- und Familienhilfe-Änderungsgesetz, die Situation in Hessen im Vergleich zu den anderen Ländern in Deutschland: NN.; Die besondere Situation in der katholischen Kirche: Ordinariatsrat Hanno Heil, Limburg; Das neue Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz: Juristische Probleme beim Erkennen von Mißbildungen des Kindes, nach der 12. SSW: PD Dr. jur. H. G. Koch, Freiburg.

Vorsitz: Dr. med. Margita Bert, Rüsselsheim; Bedeutung von Triple-Test, Amniozentese und der 2. Ultraschall-Untersuchung in der Schwangerschaft: PD Dr. med. M. Gonser, Wiesbaden; Die Methoden zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs unter besonderer Berücksichtigung von Mifegyne -physische Folgen und Risiken: Dr. med. Angelika Barth, Frankfurt-Höchst; Fallbeispiele aus Beratungsstellen: Heidrun Metzler, Wiesbaden (Pro Familia), Ulrike Klein-Koeberle, Gießen (Diakonisches Werk), N.N. (Katholische Kirche)

Sonntag, 10. März 2002, 9 c. t. bis 13 Uhr

Vorsitz und Begrüßung: Prof. Dr. med. E.-G. Loch; Herrschaft über das Leben? Anfragen an eine technologisch orientierte Medizin: Prof. Dr. theol. H. Grewel, Dortmund; Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte in der Schwangerschaft: Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt a. M.; Der Arzt als Berater im Schwangerschaftskonflikt: PD Dr. med. Claudia Jung-Hoffmann, Friedberg; Soziale und wirtschaftliche Hilfen für Schwangere (insbesondere

finanzielle): Leistungen - Hilfe bei Wohnungssuche, Arbeits- oder Ausbildungsplatz -Kosten für die Entbindung) - Aufgaben der Jugendämter: Richard Holbe, Friedberg; - Wirtschaftliche Hilfen: Eduard Liske, Fulda; Besondere Fragen ausländischer Familien: Makbule Yaras, Wiesbaden

Samstag, 16. März 2002, 9 c. t. bis 14.30 Uhr

Vorsitz und Begrüßung: Prof. Dr. med. H.-G. Siedentopf, Dietzenbach
Sexualaufklärung bei Mädchen und jungen Frauen: Dr. med. Gisela Gille, Lüneburg; Empfängnisverhütung: N.N.; Rechtliche und psychologische Gesichtspunkte von Adoptionen: Richard Holbe; Regenbogen-Selbsthilfegruppe – Betreuung von Eltern, die ein Kind verloren oder ein mißgebildetes Kind haben: Dr. med. Friederike Siedentopf, Berlin; Die psychischen Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs: Dr. med. Friederike Siedentopf; Beratung und Nachbetreuung: -nach einem Schwangerschaftsabbruch, -nach der Geburt, Fallbeispiele aus der Praxis: Dr. med. Maria Vetter-Kurtz, Frankfurt a. M. et al.

Zusammenfassung und Schlußwort: Prof. Dr. med. H.-G. Siedentopf

Fortsetzung und Erfahrungsaustausch: Samstag, 9. November 2002

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.

Teilnahmegebühr: für 09./10./16.03.2002 € 158,-
(Akademiestud. € 82,-)

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LAK Hessen

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

ULTRASCHALLKURSE

nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der DEGUM

GEFÄSSE

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

Interdisziplinärer Grundkurs

Doppler-Duplex-Sonographie für die Angiologie
Theoretischer Teil: Do. 07. 03. 2002, 15 bis 20 Uhr
Fr. 08. 03. 2002, 8.30 bis 18 Uhr

Praktischer Teil: Sa. 09. 03. 2002, 9 bis 18 Uhr
Kursgebühr: € 399,- (Akademiestudienmitglieder € 348,-)

21 P

Aufbaukurs

Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen
hirnversorgenden Gefäße

Theoretischer Teil: Do. 13. 06. 2002, 16 bis 20 Uhr
Fr. 14. 06. 2002, 9 bis 17 Uhr

Praktischer Teil: Sa. 15. 06. 2002, 9 bis 17 Uhr
Kursgebühr: € 330,- (Akademiestudienmitglieder € 286,-)

21 P

Abschlusskurs findet im November 2002 statt

17 P

ABDOMEN UND RETROPERITONEUM (einschl. Nieren)

Leitung: Dr. med. J. A. Bönhof, Dr. med. C. F. Dietrich,
Dr. med. U. Meckler, Dr. med. H. Sattler und
Dr. med. W. B. Stelzel (DEGUM-Seminarleiter)

Aufbaukurs

Theoretischer Teil:
Sa. 13. 04./ So 21. 04. 2002, 9 bis 18 Uhr, Bad Nauheim

Praktischer Teil: Termine auf Anfrage
Kursgebühr: € 383,- (Akademiestudienmitglieder € 353,-)

33 P

Abschlusskurs

Theoretischer Teil:
Sa. 02. 11. 2002; 9 bis 18 Uhr, Bad Nauheim

Praktischer Teil: Termine auf Anfrage
Kursgebühr: € 205,- (Akademiestudienmitglieder € 189,-)
Auskunft und Anmeldung an die Akademie, z. Hd. Frau M. Jost,
Tel. 0 60 32/782-201 (Di.-Do.), e-mail-adr.: marianne.jost@laekh.de

25 P

VERKEHRSMEDIZINISCHE BEGUTACHTUNG

16 Stunden Kurs

TOP

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

Die Veranstaltung richtet sich an Fachärztinnen und Fachärzte, die die „Verkehrsmmedizinische Qualifikation“ nach § 11 der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) erwerben wollen, um **Fahreignungsgutachten** für die Fahrerlaubnisbehörde zu erstellen. **Die Teilnahme an dem Kurs ist nicht erforderlich** für Ärzte des Gesundheitsamtes oder andere Ärzte der öffentlichen Verwaltung sowie Arbeits- und Betriebsmediziner, ebenso (zumindest vorerst) nicht für **Fahreignungsuntersuchungen** gem. Anlage 5 Abs. 1 der FeV (LKW / Fahrgastbeförderung).

- Vorläufiges Programm -

Freitag, 14. Juni 2002, 13 s.t. bis 18 Uhr

Begrüßung und Einführung in die Problematik: Prof. Dr. med. H. Bratzke; Regelungen der Fahrerlaubnisbehörde / Führerscheinklassen: W. Schwab, Friedberg; FeV / Gutachter: Prof. Dr. med. H. Bratzke; Fahrtauglichkeit bei Diabetes und Stoffwechselerkrankungen: Dr. med. H. Finck, Fulda, Fahrtauglichkeit bei Herz-Kreislauf-erkrankungen und Bluthochdruck: Dr. med. C. Siegert, Bad Nauheim.

Samstag, 15. Juni 2002, 9 c.t. bis 18.30 Uhr

Neurologische Erkrankungen und Fahrtauglichkeit: Dr. med. G. Klös, Frankfurt a. M.; Psychiatrische Erkrankungen und Fahrtauglichkeit: Dr. med. Ch. Meyer, Bensheim; Drogen und Drogensubstanzen und Fahrtauglichkeit. Rechtliche Grundlagen. Wirkungen, Nachweise: Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. habil. G. Kauert, Frankfurt a. M.; Alkohol und Fahrtauglichkeit. Rechtliche Grundlagen, Wirkungen, Nachweis von Mißbrauch und Abhängigkeit: Prof. Dr. med. H. Bratzke; Das Wiener-Testsystem (mit praktischen Vorführungen): Dr. med. Ch. Meyer; Fallbesprechung: Prof. Dr. med. H. Bratzke u. a.

Fax: 0 60 32 / 782-229, e-mail-Adresse: renete.hessler@laekh.de

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

Teilnahmegebühr (bitte erst nach Anforderung zahlen!): Nichtmitglieder der Akademie € 166, Akademiestudienmitglieder € 89, arbeitslose Nichtmitglieder € 128. Bei vorheriger Absage müssen wir einen Verwaltungskostenanteil von € 13 einbehalten, bei Nichtteilnahme die gesamte Gebühr.
Anmeldung bitte nur schriftlich an die Akademie, z. Hd. Frau R. Heßler,

III. WEITERBILDUNG

KURS-WEITERBILDUNG ALLGEMEINMEDIZIN

(Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin)

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 ver-

einbart, daß bis auf weiteres die Teilnahme an den **Blöcken 1, 14, 16, 18** auch noch für die 240-stündige KWA anerkannt wird.

KWA -80 Stunden

Termine: Block 1	26.01.2002	„Spezifische Inhalte der Allgemeinmedizin“ (12 Stunden)
Block 14	20.04.2002	„Betreuungskonzepte für den geriatrischen Patienten“ (8 Stunden)
Block 16	24.-26.05.2002	„Psychosomatische Grundversorgung (Teil 1)“ (20 Stunden)
Block 17	20.-22.09.2002	„Psychosomatische Grundversorgung (Teil 2)“ verbale Interventionstechniken (20 Stunden)
Block 18	26./27.10.2002	„Allgemeinärztl. Besonderheiten der Arzneibehandlung“ (12 Stunden)
Block 19	09.02.2002	„Prävention, Gesundheitsförderung, Kooperation“ (8 Stunden)

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 Weiterbildungsgang:** LÄK Hessen, Abt. Weiterbildung, Tel. 0 69/ 97 67 2-0.

Kurse ARBEITSMEDIZIN und SOZIALMEDIZIN

-Sektion Arbeitsmedizin und Sozialmedizin-

s. HÄ 1/ 2002

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

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

13.2.2002, 15.15 Uhr: Besprechungsraum der Klinik für Innere Medizin, Gebäude A, Ebene E, Raum 05, Ev. Krankenhaus Elisabethenstift, Landgraf-Georg-Str. 100, Darmstadt. „**Kardiologische Intensivmedizin.**“ Prof. Dr. H. Langenfeld, Würzburg. Auskunft: Prof. Dr. W. Schneider. Tel. (0 61 51) 4 03 10 01. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Ärztlicher Kreisverein Darmstadt

Fa. Merck, Frankfurter Str. 250, Darmstadt, jeweils 20.15 Uhr – 21.30 Uhr.

19.2.2002: „**Die Refluxkrankheit – Epidemiologie, Diagnostik, Therapie.**“ Dr. K. Griesenbeck, Dr. A. Große, Dr. H. Stolze. **AiP 2P**

5.3.2002: „**Management des Vorhofflimmerns.**“ PD Dr. G. Trieb. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Auskunft: Frau Knieß. Tel. (0 61 51) 37 36 26.

Ärztlicher Kreisverein Bergstraße

20.2.2002, 20.00 – 23.00 Uhr: Kongreßzentrum Alleehotel Europa, Europa Allee 45, Bensheim. „**Diabetes mellitus – Pathophysiologie, Diagnostik und neue Therapieansätze 2002.**“ Prof. Dr. E. Haupt, Bad Kissingen. Auskunft: Dr. Jürgen Merke. Tel. (0 62 51) 13 20. **AiP 3P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Alice-Hospital

4.3.2002, 18.00 Uhr: Cafeteria des Alice-Hospitals, Dieburger Str. 144, Darmstadt. „**Akute Fälle in der Gynäkologie.**“ Dr. Gerstung-Ottmann. Auskunft: Dr. W. Schmidt. Tel. (0 61 51) 7 73 73. **AiP**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Klinikum Darmstadt

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

Kreiskrankenhaus Erbach/Odw.

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

Balintgruppe

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

Balintgruppe

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER FRANKFURT

5.2.2002, 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.

Onkologischer Arbeitskreis Hanau e.V.

6.2.2002, 17.00 Uhr: Cafeteria St. Vinzenz-Krankenhaus, Am Frankfurter Tor 25, Hanau. „**Interdisziplinäre onkologische Fallbesprechungen.**“ Anerkannter Qualitätszirkel der KV Hessen. Auskunft: Dr. G. Lautenschläger. Tel. (0 61 81) 25 55 35. **4P**

Klinik für Kinderheilkunde der Johann Wolfgang Goethe-Universität

6.2.2002, 17.00 Uhr c.t.: Nestle-Haus, Lyoner Straße 23, Frankfurt-Niederrad. „**Schilddrüsenerkrankungen im Kindesalter.**“ Prof. Böhles. „**Neue Möglichkeiten in der Diagnostik des frühkindlichen Asthma bronchiale.**“ Prof. S. Zielen. Auskunft: Sekretariat Dr. Kitz. **AiP**
Tel. (0 69) 63 01 53 81.

Nephrologisches Mittwochsseminar

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

6.2.2002. „**Neue Aspekte des enteroendokrinen Systems für die Insulintherapie.**“ Dr. M. Sedlacek.

14.2.2002, 13.30 Uhr: Hörsaal der Anatomie, Haus 27B. „**Qualitätsmanagement im Funktionsbereich Nephrologie.**“

20.2.2002: „**Klinische Probleme bei der Peritonealdialyse.**“ Dr. V. Belwe.

27.2.2002: „**Duplexsonographie nach Nierentransplantation – Vorstellung von Kasuistiken.**“ Dr. K. Frey, Dr. C. Betz.

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

Frankfurter Medizinische Gesellschaft

13.2.2002, 17.30 Uhr: Großer Hörsaal Haus 23A, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Moderne Operationsverfahren in der Unfallchirurgie.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Th. Vogl. Tel. (0 69) 63 01 72 77. **AiP 2P**

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Wiederbelebung

13.2.2002, 18.00 – 19.30 Uhr: Haus 23 B, Kleiner Hörsaal, 1. Stock, Universitätsklinikum Frankfurt. „**Thrombolyse während der kardiopulmonalen Reanimation.**“ PD Dr. B. Böttiger, Heidelberg. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Paul Kessler. Tel. (0 69) 63 01 58 67.

Forschungsseminar/Mittwochs-kolloquium

Hörsaal des Zentrums der Psychiatrie, Heinrich-Hoffmann-Str. 10, Frankfurt-Niederrad, jeweils 18.00 Uhr s.t.

13.2.2002: „**Die Affekttheorie des Traumes.**“ Prof. Dr. Eckart Rüther, Göttingen.

20.2.2002: „**Psychoonkologie – Das Projekt Schmetterling.**“ Dr. Peter Fey, Frankfurt.

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. K. Maurer. Tel. (0 69) 63 01 51 25.

Klinikum Offenbach

13.2.2002: Klinikum Offenbach, Starkenburgring 66, Offenbach. „**Geäßforum.**“ Auskunft: Sekretariat PD Dr. N. Rilling. Tel. (0 69) 84 05 42 80. **2P**

20.2.2002, 18.30 Uhr: Piazza Hotel Offenbach, Ernst-Greisheimer-Platz 7, Offenbach. „**Aktuelle Chirurgie – Die minimal-invasive Leistenbruchversorgung. Was können wir unseren Patienten empfehlen?**“ Prof. Dr. R. Bittner, Stuttgart. Auskunft: Sekretariat Dr. Josef Degel. Tel. (0 69) 84 05 0.

Klinik für Allgemein- und Gefäßchirurgie

15.2.2002, 12.00 – 18.00 Uhr und 16.2.2002, 9.00 – 13.00 Uhr: Chirurgische Bibliothek 1. Stock, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**2. Frankfurter Gefäßchirurgischer Nahtkurs.**“ Leitung: Prof. Dr. Th. Schmitz-Rixen. Auskunft: Frau Papadopoulou. Tel. (0 69) 63 01 53 49.

Frankfurter Psychoanalytisches Institut

16.2.2002, 9.45 – 15.00 Uhr: Frankfurter Psychoanalytisches Institut, Wiesenau 27-29, Frankfurt. „**Psychoanalytische Therapie in Gruppen und bei Kindern und Jugendlichen.**“ Prof. Dr. Cornelia Krause-Girth, Dr. Christopher Hebel. Auskunft: Siegrid Veith. Tel. (0 69) 17 46 28. **5P**

Jahrestagung der Mitteldeutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin

16.2.2002, 9.30 – ca. 14.30 Uhr: Hörsaal der Med.Klinik, Haus 23, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Nuklearmedizinische Therapie in der Onkologie – neue Konzepte bei etablierten Verfahren – Kurative Chancen bei malignen Systemerkrankungen?**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Grünwald. Tel. (0 69) 63 01 43 30.

Journal Club der Klinik für Strahlentherapie

19.2.2002, 17.00 – 18.00 Uhr: Hörsaal Ef 93 des Hauses 23, Theodor-Stern-Kai 7, Universitätsklinikum Frankfurt. „**Radiogene Nebenwirkungen im Mund – alte Probleme und neue (?) Lösungen.**“ Dr. Dorothea Riesenbeck, Münster. Auskunft: Prof. Dr. H. D. Böttcher. Tel. (0 69) 63 01 59 14.

Institut für Neuroradiologie

19.2.2002, 17.00 Uhr: Hörsaal Neuroradiologie, Haus 95, Schleusenweg 2-16, Frankfurt. „**Vertebroplasty: A Developing Standard of Care for Vertebral Compression Fractures.**“ Prof. Hervé Deramond. Veranstalter: Dr. R. du Mesnil de Rochemont, Prof. Dr. F. Zanella. Auskunft: Sekretariat Prof. Zanella. Tel. (0 69) 63 01 54 63.

Frankfurter Mikrobiologisch-Infektiologisches Symposium

20.2.2002, 15.00 – 19.00 Uhr: Haus 23, Hörsaal 2, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Atemwegsinfektionen: Diagnostische Optionen und Therapiestrategien.**“ Leitung: Prof. Dr. Volker Bra-de, Prof. Dr. Pramod M. Shah, Dr. Thomas A. Wichelhaus. Auskunft: Sekretariat Dr. Th. Wichelhaus. Tel. (0 69) 63 01 64 38. **AIP 3P**

Zentrum der Dermatologie und Venerologie

20.2.2002, 7.15 Uhr – 19.00 Uhr: Universitätsklinik Frankfurt. „**Neurodermitis – Praktische Aspekte der Neurodermitistherapie: Basisdiagnostik und Behandlungsstrategien.**“ Dr. R. Stachow. „**Tacrolimus und Ascomycin – Perspektiven in der Neurodermitistherapie.**“ Dr. D. Thaci. „**Was bringt und wem hilft die Neurodermitis-Schulung?**“ Dr. H. Körbler. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. W.-H. Boehncke. Tel. (0 69) 63 01 57 43. **AIP**

Klinikum Hanau

20.2.2002, 16.00 Uhr c.t.: Besprechungsraum der Röntgenabteilung, H-Bau, Leimenstr. 20, Hanau. „**Interdisziplinäres Onkologisches Kolloquium.**“ Auskunft: PD Dr. M. Burk. Tel. (0 61 81) 2 96 42 10.

Rhein-Main-AG für Endokrinologie, Diabetes und Stoffwechsel/Klinik für Urologie

20.2.2002, 17.00 – 19.00 Uhr: Hörsaal I, großer Hörsaal, Haus 23 B, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Gesundheit für Männer 2002.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. K.-H. Usadel. Tel. (0 69) 63 01 53 96. **AIP**

Medizinische Klinik IV Funktionsbereich Nephrologie

20.2.2002, 18.30 – ca. 21.00 Uhr: Arabella Sheraton Hotel, Konrad-Adenauer-Str. 7, Frankfurt. „**Neue Aspekte zur Pathogenese und Therapie von Nierenkrankheiten und Bluthochdruck.**“ Prof. Dr. S. Bhakdi, Prof. Dr. T. Philipp, Prof. Dr. C. Hammer. Leitung: Prof. Dr. H. Geiger. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Geiger. Tel. (0 69) 63 01 55 55. **AIP**

Gynäkologie und Geburtshilfe

22.2. – 23.2.2002: Congress Center Frankfurt, Ludwig-Erhard-Anlage 1, Frankfurt. „**Gynäkologie und Geburtshilfe 2002 – Onkologie – Infektiologie – Reproduktionsmedizin – Geburtshilfe – Endokrinologie.**“

Leitung: Prof. Dr. M. Kaufmann. Tagungssekretär: PD Dr. A. Ahr. Auskunft: Congress-Organisation C. Schäfer, München. Tel. (0 89) 3 07 10 11.

Deutscher Zentralverein Homöopathischer Ärzte e.V.

27.2.2002, 16.00 – 18.30 Uhr: InterCityTreff Frankfurt. „**Verlaufsbeobachtungen an Hand von Träumen – Ein konkreter Fall mit Arzneimittel-darstellung.**“ Dr. Vaidya, Laubach. Auskunft: Harald Nicklas. Tel. (0 64 00) 60 87.

Frankfurter Arbeitskreis für Pneumologie und Allergologie

27.2.2002, 20.00 – 21.30 Uhr: Dorint Hotel, Frankfurt-Niederrad. „**Welche Biopsie für welchen Lungenherd?**“ Leitung: Dr. Peter Kardos. Auskunft: Sekretariat Dr. Kardos. Tel. (0 69) 4 03 30. **2P**

13. Deutscher Schmerztag

28.2. – 2.3.2002: Congress-Center Frankfurt. „**13. Deutscher Schmerztag – Praktische Schmerztherapie, im Fokus Kinder und Schmerzen.**“

Interdisziplinärer Schwerpunkt Osteologie

2.3.2002, 9.00 – 14.00 Uhr: Hörsaal der Anatomie, Haus 27, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Interdisziplinäre Aspekte in der Osteologie 2002.**“ Dr. Klaus Abendroth, Prof. Dr. Wolfgang Gowin, PD Dr. Andreas Kurth, Dr. Walter Josef Fassbender. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Usadel. Tel. (0 69) 63 01 53 96. **AIP**

Spessart Klinik Bad Orb

6.3.2002, 19.00 Uhr: Vortragsraum der Cafeteria der Spessart Klinik, Würzburger Str. 7-11, Bad Orb. „**Medikamentöse Sekundärprävention nach Myokardinfarkt.**“ Prof. Dr. Harald Darius, Mainz. Auskunft: Sekretariat Dr. V. Janssen. Tel. (0 60 52) 8 70. **AIP**

Zentrum der Inneren Medizin

9.3.2002, 9.00 – 14.00 Uhr: Hörsaal 1, Gebäude 23, 1. Stock, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**1. Symposium Reise- und Tropenmedizin in Frankfurt am Main.**“ Auskunft: Sekretariat PD Dr. G. Just-Nübling. Tel. (0 69) 63 01 43 81 o. 63 44. **AIP**

Arbeiter-Samariter-Bund Offenbach

10.3. – 17.3.2002: Ausbildungszentrum ASB, Rhönstraße 12, Offenbach. „**Fachkundenachweis Rettungsdienst.**“ Auskunft: Herr Perez-Preiß. Tel. (0 69) 98 54 44 18.

Arbeitskreis für TCM

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

Klinik für Nuklearmedizin der JWG-Universität

Jeden ersten Donnerstag, 17.00 Uhr: Haus 21 D, 1. OG, Klinik für Nuklearmedizin Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Klinik-konferenz PET.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. F. Grünwald. Tel. (0 69) 63 01 – 43 30. **2P**

Institut für Neuroradiologie der JWG-Universität

Jeden Mittwoch, 15.30 Uhr: Demonstrationsraum Neuroradiologie, Untergeschoß, Haus 95, Schleusenweg 2-16, Frankfurt. „**Interdisziplinäre neurovaskuläre Fallkonferenz Neurologie-Gefäßchirurgie-Neuroradiologie.**“ Auskunft: PD Dr. J. Berkefeld. Tel. (0 69) 63 01 54 62.

Zentrum der Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Balintgruppe

Montags, 14tägig, 19.30 Uhr: Holzhausenstr. 63, Frankfurt. Leitung: Dr. Hans-Joachim Rothe. Tel. (0 69) 59 22 58. **4P**

Balintgruppe

In Frankfurt am Main Höchst. Leitung: Dr. Linkert und Dr. Otto.
Tel. (0 69) 33 16 39 oder (0 69) 59 44 50.

Balintgruppe

Montags, 14tägig, 19.45 Uhr: Frankfurt-Westend, Praxis Dr. Christa Hohmann. Tel. (0 69) 72 44 29. **4P**

Psychosomatische Fortbildung

Dienstags, 14tägig, 19.30 Uhr eine Doppelstunde. Praxis Dr. Mario Scheib, Buchenrodestr. 28, Frankfurt. **Balintgruppe.** **3P**

Samstags, monatlich, 13.00 Uhr zwei Doppelstunden. Praxis Dr. Mario Scheib, Buchenrodestr. 28, Frankfurt. **Balintgruppe** **4P**

Leitung: Dr. Mario Scheib (069) 495929

Montags, 1xmonatlich, 19.00 – 22.00 Uhr, Humboldtstr. 25, Frankfurt. **Balintgruppe.** **6P**

Samstags, 1xmonatlich, 9.30 – 12.30 Uhr, Humboldtstr. 25, Frankfurt-Nordend. **Balintgruppe.** **6P**

Anwendergrundkurs mit 8 Doppelstunden, Humboldtstr. 25, Frankfurt. **Autogenes Training – Grundkurs.** **16P**

Leitung: Dr. Stjepan Pervan (069) 597907-09

BEZIRKSÄRZTEKAMMER GIESSEN

Medizinische Gesellschaft Gießen e.V.

13.2.2002, 18.15 Uhr: Hörsaal des Neubaus Chirurgie, Rudolf-Buchheim-Str. 7, Gießen. „**Demonstration eines besonderen Krankheitsbildes.**“ Prof. Dr. Gregor Bein, Dr. Ulrich Sachs. „**Therapie des chronischen Vorhofflimmerns – medikamentös, interventionell und chirurgisch.**“ Prof. Dr. Paul Robert Vogt. **Mitgliederversammlung.** Auskunft: Marion Oberschelp. Tel. (06 41) 9 94 80 05. **2P**

Urologische Klinik des Universitätsklinikums Gießen

16.2.2002, 9.00 – 15.00 Uhr: Hörsaal des Zentrums für Chirurgie, Neubau Chirurgie, Rudolf-Buchheim-Str. 7, Gießen. „**Seminar des Arbeitskreises Labormedizin der Deutschen Urologen über Tumormarker in der Urologie.**“ Leitung: Prof. Dr. P. Fornara. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. W. Weidner. Tel. (06 41) 9 94 45 01.

Eichhof Krankenhaus

20.2.2002, 19.30 Uhr: Cafeteria des Krankenhauses Eichhof, Am Lichberg 1, Lauterbach. „**Lungenfunktionsdiagnostik bei Asthma und COPD-Theorie mit praktischen Anleitungen einschließlich Script.**“ Dr. A. Forster, Frankfurt. Auskunft: Sekretariat Dr. Jürgen Wilhelm. Tel. (0 66 41) 8 20. **AIP 1P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Kreiskrankenhaus Schotten

20.2.2002, 18.30 Uhr: Bibliothek des Kreiskrankenhauses Schotten, Außenliegend 13, Schotten. „**Interdisziplinäre Schmerzkonferenz mit Patientenvorstellung.**“ Auskunft: Praxis Dr. Viola Rippin. Tel. (0 60 45) 95 38 57.

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

13.2.2002: Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Seilerweg 29, Kassel. „**Unfallchirurgisch-orthopädisches Kolloquium: Die effiziente Röntgendiagnostik des Mehrfachverletzten.**“ Dr. Braunschweig, Halle. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Rüdiger Volkmann. Tel. (0 66 21) 88 15 51. **2P**

Herz- und Kreislaufzentrum Rotenburg a.d.Fulda

Herz- und Kreislaufzentrum Rotenburg a.d.Fulda, Heinz-Meise-Straße 100.

13.2.2002, 16.00 Uhr: **Rotenburger Schmerzkonferenz.** **4P**

13.2.2002, 18.00 Uhr: „**Rotenburger Qualitätszirkel Schmerztherapie.**“ **4P**

Auskunft: Sekretariat MR Dr. M. Röse. Tel. (0 66 23) 88 50 36.

Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel

Hörsaal der Klinik, Hansteinstr. 29, Kassel.

13.2.2002, 18.00 Uhr: „**Rationale Antibiotikatherapie in Klinik und Praxis.**“ Prof. Dr. Breithaupt, Gießen.

20.2.2002, 15.30 Uhr: „**Die Situation nach dem Ableben eines Patienten – Was ist für Angehörige, was für das Behandlungsteam zu tun?**“ Dr. Daniela Tausch-Flammer, Stuttgart.

27.2.2002, 18.00 Uhr: „**Diagnostik und Therapie von Pankreaserkrankungen.**“ Prof. Dr. Christian Löser, Prof. Dr. J.-M. Löhr, Prof. Dr. Th. Schneider.

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

Deutscher Ärztinnenbund e.V. Gruppe Kassel

20.2.2002, 20.00 Uhr: Konferenzraum der KV, Pfannkuchstraße 1, Kassel. „**Positiver HIV-Test in der Hausarztpraxis. Wie geht es dann weiter?**“ Dr. Levin, Göttingen. Auskunft: Dr. Anne Kuwert. Tel. (05 61) 6 02 57 46.

Gemeinschaftspraxis für Laboratoriumsmedizin

20.2.2002, 18.30 Uhr: Rasthaus Kassel. „**Auftreten und Verbreitung von MRSA. Schlußfolgerungen für die Prävention.**“ Prof. Dr. Witte. „**Neue Therapiemöglichkeiten bei Infektionen durch grampositive Erreger.**“ Dr. Kresken. Leitung: Prof. Dr. Knut Baczko. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Baczko. Tel. (05 61) 9 18 81 02. **2P**

Marienkrankehaus Kassel

Marienkrankehaus Kassel, Marburger Str. 85, Kassel.

20.2.2002, 18.00 Uhr c.t.: „**Posicor- Lipobay – was kommt als nächstes? Arzneimittelinteraktionen und Abbauwege.**“ Prof. Dr. Borchert. **2P**

9.3.2002, 9.00 Uhr c.t.: „**Die nicht invasive Beatmung – neue therapeutische Wege bei Patienten mit chron. erschöpfter Atempumpe und nach Langzeitbeatmung auf der Intensivstation.**“ **AiP 4P**

27.2.2002, 18.00 Uhr c.t.: „**Schlafmedizinisches Kolloquium: Vorstellung der Leitlinie ‚Nicht erholsamer Schlaf‘.**“ Dr. Berthold Rawert. **2P**

Auskunft: Sekretariat PD Dr. Konermann. Tel. (05 61) 8 07 31 33.

Klinikum Kassel

Klinikum Kassel, Mönchebergstraße 41-43, Kassel.

20.2.2002, 18.00 – 20.00 Uhr: Hörsaal der Pathologie. „**Ethik in der Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie.**“ PD Dr. Illhardt, Freiburg. Auskunft: Sekretariat Dr. M. Gehling. Tel. (05 61) 9 80 30 15. **AIP**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

22.2.2002, 14.15 – 15.45 Uhr: Hörsaal, 1. Stock. „**Demenz: Diagnostische Chancen, therapeutische Chancen.**“ Prof. Dr. Johann Förstl, München. Auskunft: Sekretariat Dr. Johannes Kipp. Tel. (05 61) 4 80 44 00. **AIP**

Kinderkrankehaus Park Schönfeld

27.2.2002, 16.00 – ca. 18.00 Uhr: Forum im Hauptgebäude, 1. Stock. Kinderkrankehaus Park Schönfeld, Frankfurter Str. 167, Kassel. „**Lungenmorphologie und Lungenfunktion im MRT. Eine neue Diagnostik an der Schwelle zum klinischen Einsatz in der Pädiatrie.**“ Dr. W. Hirsch, Halle. Auskunft: Sekretariat PD Dr. F. K. Tegtmeyer. Tel. (05 61) 9 28 51 08. **2P**

Pneumologische Seminare

27.2.2002, 18.00 Uhr: Fachklinik für Lungenerkrankungen, Robert-Koch-Str. 3, Immenhausen. „**Diagnostik und Behandlung nosokomialer Pneumonien.**“ Dr. J. R. Igel. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. G. Goeckjan. Tel. (0 56 73) 50 10. **AiP 2P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Klinikum Fulda

Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Fulda.

27.2.2002, 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**

6.3.2002: „**Kinderurologie.**“ Prof. Kälble und Mitarbeiter. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. U. Töllner. Tel. (06 61) 84 55 71.

9.3.2002, 9.30 – ca. 15.30 Uhr: Großer Hörsaal des Klinikums. „**Berufliche Rehabilitation von Dialysepatienten und sonstigen chronisch Erkrankten.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. W. Fassbinder. Tel. (06 61) 84 54 50. **AIP 4P**

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**

Jeden 2. Montag, 16.00 – 17.00 Uhr: Medizinische Klinik II. Seminarraum 2. „**Aktuelle Gastroenterologie.**“ Leitung: Dr. K. L. Diel, Prof. Dr. D. Jaspersen. Auskunft: Sekretariat Prof. Jaspersen. Tel. (06 61) 84 54 21.

Jeden 2. Donnerstag, 16.00 – 17.00 Uhr: Medizinische Kliniken. Hörsaal des Klinikums. „**Ausgewählte aktuelle Themen der Inneren Medizin.**“ Leitung: Prof. Dr. D. Jaspersen, Prof. Dr. T. Bonzel, Prof. Dr. W. Fassbinder. Auskunft: Sekretariat Prof. Jaspersen. Tel. (06 61) 84 54 21.

Elisabeth Krankenhaus Kassel

6.3.2002, 16.30 Uhr: Hörsaal des Hess. Landesmuseums, Weinbergstr. 7, Kassel. „**Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 – Optionen und Leitlinien.**“ Auskunft: Prof. Dr. E. Schifferdecker. Tel. (05 61) 7 20 11 22. **AIP**

Orthopädische Klinik Hessisch Lichtenau

6.3.2002, 18.00 – 21.00 Uhr: Tagungssaal AOZ Rehavit, Orthopädische Klinik, Am Mühlberg, Hessisch Lichtenau. „**Lichtenauer Frühjahrstagung: Der Fuß.**“ Dr. F. Müller, Prof. Dr. K. Tillmann, Prof. Dr. B. Greitemann. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. B.-A. Blencke. Tel. (0 56 02) 83 12 01.

Wildunger Arbeitskreis für Psychotherapie e.V.

16.3. – 20.3.2002: WAP, Fürst-Friedrich-Str. 2-4, Bad Wildungen. „**Neue Medien und Psychotherapie – zwischen Frustration und Faszination.**“ Auskunft: Frau Peickert. Tel. (0 56 21) 79 27 20.

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.

12.2.2002: „**Moderne Konzepte der Inhalationsanästhesie.**“ Tonner, Kiel. **3P**

19.2.2002: „**Transösophageale Echokardiographie TEE.**“ Kahl, Marburg. **3P**

26.2.2002: „**Moderne Konzepte zur Prophylaxe von PONV.**“ Eberhart, Marburg. **3P**

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

Zentrum für Kinderheilkunde der Philipps-Universität Marburg

13.2.2002, 18.15 – 20.15 Uhr: Hörsaal der Universitäts-Kinderklinik, Deutschhausstr. 12, Marburg. „**Medizinische Diagnostik bei sexuellem Mißbrauch und Fallvorstellungen.**“ Dr. Bernhard Herrmann, Kassel. Auskunft: Prof. Dr. H. W. Seyberth. Tel. (0 64 21) 2 86 62 25. **AIP 2P**

Institut für Pathologie der Philipps-Universität

14.2.2002, 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**

1. Marburger Transfusionsgespräche

16.2.2002, 9.00 – 14.00 Uhr: Universitätsklinikum Lahnberge, Hörsaal 3, Marburg. „**Erfahrungsaustausch zwischen Transfusionsmedizinern, Transfusionsverantwortlichen und -beauftragten.**“ 1. Umsetzung der rechtlichen Vorgaben in der Klinik 2. Problemfälle 3. Funktion des Qualitätsbeauftragten 4. Evtl. Gründung einer interdisziplinären AG für klinische Hämotherapie. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. V. Kretschmer. Tel. (0 64 21) 2 86 62 82. **4P**

Koordinierungszentrum für klinische Studien Marburg

22.2.2002, 14.00 – 19.00 Uhr und 23.2.2002, 9.00 – 15.30 Uhr: Sorat-Hotel Marburg, Pilgrimstein. **Workshop: Klinische Prüfung von Arzneimitteln.** Auskunft: Sekretariat Dr. Prinz. Tel. (0 64 21) 2 86 65 12.

Diakoniekrankenhaus

27.2.2002, 16.30 – 19.00 Uhr: Diakoniekrankenhaus Marburg-Wehrda, Hörsaal der Krankenpflegeschule, Hebronberg, Marburg. „**2. Marburger Seminar für Tropen- und Reisemedizin.**“ Leitung: Dr. Friedrich Holst. Auskunft: Sekretariat Dr. Holst. Tel. (0 64 21) 80 80. **AIP**

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.

Qualitätszirkel

Interdisziplinär zur Arzt-Patient-Beziehung in der 3 Minuten-Medizin. Dr. Andrea Böhm, Bahnhofstr. 17, Marburg. Tel. (0 64 21) 68 65 36.

BEZIRKSÄRZTEKAMMER WIESBADEN

18.2.2002, 18.00 – 19.30 Uhr: Bibliothek der Deutschen Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden. „**Interdisziplinäre Schmerzkonferenz mit Patientenvorstellungen.**“ **2P**

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

Verein Nassauischer Ärzte e.V.

6.2.2002, 17.15 – 19.15 Uhr: Ärztehaus, Adelheidstr. 7, Limburg. „**Osteoporose.**“ Auskunft: Dr. Egbert Reichwein. Tel. (0 64 82) 20 78. **AIP 2P**

Arbeitskreis Psychosomatische Urologie

15.2.2002, 18.00 Uhr: Bibliothek der Deutschen Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden. „**Konstituierende Sitzung des Qualitätszirkels: Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin.**“ Auskunft: Dr. Hermann J. Berberich. Tel. (0 69) 31 67 76.

Dr. Horst-Schmidt-Kliniken

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

11.2.2002, 16.00 – 17.00 Uhr: Hörsaal Pathologie. Gemeinsame Veranstaltung der Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin und der Klinik für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie. „**Atonie / Postpartale Blutung.**“ Dr. Urban. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Gonsler. Tel. (06 11) 43 32 06. **1P**

16.2.2002, 8.45 Uhr s.t.: Hörsaal Dr.-Peter-Jäger-Ausbildungszentrum. „**6. Fortbildungstag: Praktische Innere Medizin.**“ Leitung: PD Dr. N. Frickhofen, Prof. Dr. C. Ell, Prof. Dr. M. Sigmund. Auskunft: Sekretariat Innere Medizin III. Tel. (06 11) 43 30 09. **AIP**

16.2.-17.2.2002: Psychoonkologischer Dienst: Informationsabende – Leben mit Krebs – Fatigue/Erschöpfungssyndrom. Personalcasino, hintere Räume. „**Fatigue begegnen IV – Informationen und Anleitungen zum**

Umgang mit Grenzen. Petra und Alf von Kries. Auskunft: Sekretariat OSP Prof. Dr. N. Frickhofen. Tel. (06 11) 43 33 33.

19.2.2002, 19.00 – 21.00 Uhr: 2. Stock, Raum hinter Personal-Casino. „**Sepsis: Neue Einblicke, Neue Aussichten.**“ Dr. B. Vangerow, Bad Homburg. Leitung: Prof. Dr. J. E. Schmitz. Auskunft: Dr. B. Pokorny. Tel. (06 11) 43 21 74.

22.2.2002, 9.15 – 19.00 Uhr und 23.2.2002, 8.00 – 16.00 Uhr: Kurhaus, Friedrich von Thiersch Saal, Kurhausplatz 1, Wiesbaden. „**Gastro update Kompakt 2002.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Ell. Tel. (06 11) 43 24 18.

25.2.2002, 16.00 – 17.00 Uhr: Hörsaal Pathologie. Gemeinsame Veranstaltung der Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin und der Klinik für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie. „**Postoperatives Management nach ausgedehnter Darmresektion.**“ Dr. Graupe. Auskunft: Sekretariat PD Dr. du Bois. Tel. (06 11) 43 23 77. **1P**

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. „**Perinatalkonferenz.**“ Prof. Dr. M. Albani, PD Dr. M. Gonser. Auskunft: Dr. H. Dederichs. Tel. (06 11) 43 32 06. **2P**

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

Deutsche Klinik für Diagnostik

Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden.

20.2.2002, 16.00 – 20.00 Uhr und 23.2.2002, 9.00 – 13.00 Uhr: Bibliothek der DKD. „**47. Rheuma Seminar: Hand-Strahl-Schall-Magnet oder nur der Kopf? Wertigkeit der Bilder in der Rheumatologie.**“ Leitung: Dr. Klaus Bandilla. Auskunft: Frau J. Pertz. Tel. (06 11) 57 75 98.

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 Dr. J. Klauenflügel. Tel. (06 11) 5 64 09 65. **4P**

Ev. Akademie Arnoldshain

20.2.2002, 15.30 Uhr bis 22.2.2002, 13.00 Uhr: Ev. Akademie Arnoldshain, Im Eichwaldsfeld 3, Schmitten. „**Umgang mit komatösen Patienten.**“ Leitung: Dr. Gisela Bockenheimer-Lucius, Dr. Kurt W. Schmidt. Auskunft: Dr. Schmidt. Tel. (0 69) 95 33 25 55. **AIP 14P**

Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte

23.2.2002, 9.00 – 13.00 Uhr: Wilhelm-Kempff-Haus, Wiesbaden Naurod. „**Qualitätszirkel Homöopathie.**“ Arbeitskreis Mainz/Wiesbaden/Taunus. Auskunft: Gerhard Bleul. Tel. (0 64 34) 72 07.

Medizinische Gesellschaft Wiesbaden

5.3.2002, 19.30 – 22.00 Uhr: Ärztehaus Abraham-Lincoln-Str. 36, Wiesbaden. „**Round-Table-Diskussion Palliativmedizin.**“ PD Dr. Frickhofen, Dr. Thomas Nolte, L. Lorenz, Dr. Weber, Prof. Dr. R. Raedsch. Auskunft: Frau Dies oder Frau Brede. Tel. (06 11) 71 00 14 o. 13. **AIP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AIP-Ausbildungsseminar

20. Wiesbadener Schilddrüsengespräch

9.3.2002, 8.30 – ca. 13.00 Uhr: Dorint Pallas Hotel, Auguste-Viktoria-Str. 15, Wiesbaden. „**Leitlinienbasierte Schilddrüsenentherapie.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Lothar-Andreas Hotze. Tel. (06 11) 7 20 20. **AIP**

Mammographie-Intensivkurse

9.3.-10.3.2002: Hotel Dorint-Pallas, Auguste-Viktoria-Str. 15, Wiesba-

den. „**Wiesbadener Mammographie-Intensivkurse.**“ Wissenschaftliche Leitung: Dr. Margrit Reichel; Dr. Claus Blumenroth. Auskunft: Senomed Kongressorganisation, Taunusstein. Tel. (0 61 28) 74 14 54.

Balintgruppe

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

NACH REDAKTIONSSCHLUß EINGEGANGEN

BEZIRKSÄRZTEKAMMER FRANKFURT

27.2.2002, 19.00 Uhr: Schmerzforum Rhein-Main e.V., Im „Runden Wohnzimmer“, Bethanien-Krankenhaus Pröfling, Haus C, 2. Stock, Im Pröfling 21-25, Frankfurt/M. „**Schmerzkonferenz.**“ **2P**

20.30 - 22.00 Uhr: „**Ganzheitliche Kopfschmerztherapie.**“ Dr. Birgit Zöller, Heidelberg. **2P**

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

Krankenhaus Nordwest

6.3.2002, 18.15 Uhr: Kommunikationszentrum Krankenhaus Nordwest, Steinbacher Hohl 2-26, Frankfurt. „**Uroonkologischer Arbeitskreis:** Lebensqualität beim Nierenzellkarzinom, Kryotherapie des Prostatakarzinoms (Seed Net), Immuntherapie des Prostatakarzinoms, 3D konformale Strahlentherapie, aktuelle Chemotherapie des Blasenkarzinoms.“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Becht. Tel. (0 69) 76 01 34 15.

BEZIRKSÄRZTEKAMMER WIESBADEN

Deutsche Klinik für Diagnostik

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

4.2.2002. „**DKD Intern**“ Dr. J. Seeger.

25.2.2002. „**Monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz - alles klar?**“ Dr. Andreas Köhler.

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

Interdisziplinärer Arbeitskreis des Gesundheitsnetzes Rheingau

6.3.2002, 11.00 - 13.15 Uhr: Kurfürstliche Burg Eltville, Burgsaal. „**3. Schmerzforum Rheingau: Kopfschmerzen.**“ Auskunft: Dr. H. Hartje, Dr. R. Quermann. Tel. (0 61 23) 9 21 80.

Fortbildung Qualitätsmanagement

14.3. und 15.3.2002, jeweils 9-17 h, Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim, **Qualitätsbeauftragten-Ausbildung zur Erstellung eines zertifizierungsfähigen Qualitätsberichtes** (2-tägiges Seminar, max. 25 Teilnehmer) für Ärzte, Pflege, Verwaltung u.a. **Ärzte 16 P**

Kosten f. 2 Tage: Ärzte 450 €, Mitglieder Akademie 425 €, andere u. Umsatzsteuerpflichtige 450 € + MWSt. (incl. Verpflegung, ohne Unterkunft)

Anmeldung/Auskunft Ärzte: Dr. R. Kaiser, LÄKH, Postfach 90 06 69, 60446 Frankfurt Tel. 069 97672-118, Fax -224, roland.kaiser@laekh.de

Auskunft/Anmeldung andere: ASKLEPIOS (Frau Zygan), Postfach 1212, 35420 Lich Tel. 07001 83533-66, Fax -29, QMPost@gmx.de

Präsentation in Englisch

26.4. und 27.4.2002, jeweils 9-17 h, Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung Bad Nauheim, **Erfolgreiche Präsentationen in Englisch vor internationalem Publikum - Grundkurs.** (2-tägiges Seminar, max. 12 Teilnehmer) für Ärzte und andere Führungskräfte des Gesundheitswesens mit guten englischen Sprachkenntnissen. **Ärzte 16 P**

Kosten f. 2 Tage: Ärzte: 400 €, Mitglieder Akademie 375 €, andere u. Umsatzsteuerpflichtige 400 € + MWSt. (incl. Verpflegung, ohne Unterkunft)

Auskunft/Anmeldung: Dr. R. Kaiser, LÄKH, Postfach 90 06 69, 60446 Frankfurt, Tel. 069 97672-118, Fax -224, roland.kaiser@laekh.de



Fritz Stiebel: Ratschläge für praktische Ärzte

Einer der bekanntesten Frankfurter Ärzte im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts war Fritz Stiebel (1824 - 1902).

Er hatte sich 1848 niedergelassen, war seit 1853 Arzt an Dr. Christ's Kinderspital, bis er 1888 seine Praxis niederlegte, weil er "durch seine Verheiratung in der Lage war, sein Haus für ideale Bestrebungen zur Verfügung zu stellen". Er betätigte sich u.a. als Gelegenheitsdichter. Beim 50. Stiftungsfest des Ärztlichen Vereins am 3. November 1895 hielt er die folgende Tischrede:

Mein Sohn, merke auf meine Worte und verschließ Dein Ohr nicht dem Rathe deines Vaters. Sage nicht: Was will uns der Alte? Seine Sinne sind stumpf und sein Hirn ist weich, was weiß er, daß wir nicht längst wüßten. Was spricht Sirach im 2. Kap. im 10. Vers? *Sehet an die Exempel der Alten und merket sie! Also thuet auch ihr!*

Mein Sohn, verachte nicht Deinen Bruder, weil er bauete das ganze Feld der Wissenschaft und glaube nicht, daß sich der Meister zeige in der Beschränktheit. Bedenke, daß wenn auch des Menschen Leib besteht aus Theilen, daß sie bilden ein Ganzes, und wer da nützen will, der nütze den ganzen Menschen.

Glaubest Du aber, daß Du besser fahrest, wenn Du Theile nützeest, so magst Du es thun. Gelingt es Dir nicht mit dem Auge, ei, so lege Dich auf das Ohr oder wirf Dich auf den Unterleib!

Hast Du einen Kranken, so mache ihn fröhlich, und sprich zu ihm: Dir fehlt nichts Großes, Du wirst bald gesunden, aber im Vorsaal oder in der Küche sollst Du sagen: Der Mann gefällt mir nicht; so bist Du gedeckert, so oder so, wie es auch falle und hast den Ruhm davon.

So man Dich holet von der Gassen und ein plötzlicher Tod hat den Menschen ereilt und er ist todt und kein Leben mehr in ihm, so spritze ihm etwas in die Haut, so kräftig riechet, auf daß Du sagen könntest: Sehet, es ist alles geschehen!

Spürest Du, daß die Umgebung anfängt Dich peinlich zu verhören und fragen viel und wollen viel wissen, so merke, daß sie wollen zuziehen ein großes Licht der Wissenschaft; dann komme ihnen zuvor und gönne Deinem Bruder auch sein Theil, auf daß sie dir nicht nehmen einen, von dem Du sagtest: Ach, der gefällt mir nicht und bedenke, daß eine Hand waschet die andere.

Wirst Du bestellet, daß Du Dich besprechest mit Deinem Bruder und der Kranke fährt dahin, so sprich nicht: Ihr habt mich zu spät gerufen. Sprich nicht heimlich Übles über Deinen Bruder, – denn er erfähret es doch wieder. Lasse Dich nicht bereden zu frühstücken bei den Kranken, ansonst meinen sie, Du habest nichts zu thun und lösen Dir die Zunge beim Mahl. Lasse Dich nicht aushorchen, und erzähle nichts in einem Haus, was da vorgehet im anderen; ...

Und brüste Dich nicht vor den Leuten mit Deinen Curen, auch prahle nicht mit vornehmer Kundschaft, sondern bedenke, daß Du tödtest Arme wie Reiche, Vornehme wie Geringe.

Erzähle Deinem Weibe nichts aus der Praxis, so bist Du sicher, daß sie schweiget.

Willst Du aber gedeihen, so habe Geduld mit den Weibern, die da leiden an den Nerven, setze Dich zu ihnen, beklage sie und sprich: So wie Du hat noch keine gelitten und zanke sie nicht, ob es gleich hülfe, damit sie nicht nehmen einen anderen Arzt. So Du aber spürest, daß die Zeit gekommen, daß eine in ein heilsames Bad gehe, so schicke sie in das, welches sie wünschet. Gehet es aber igend an, so schicke sie alle in dasselbige und folge ihnen nach, denn ein Hirt hütet am besten selbst seine Herde und siehet, daß kein Lamm verloren gehe.

Wenn Dein Bruder einen Titel erhält, oder einen Orden, so spotte nicht über ihn, auf daß nicht einer sage: Sie-

he es ist der Neid, der aus ihm spricht.

Lasse Dich nicht abrufen aus Gesellschaft oder von öffentlichen Orten, denn es glaubet Dir Niemand und der Colleague lächelt, denn er thuet es selber. So Du beim Skat sitztest und Du wirst eiligst gerufen, es sei Gefahr in Verzug, so säume nicht, sondern sage die letzten drei Runden an.

Hast Du vergessen einen Kranken zu besuchen oder die Stunde einer Consultation versäumt, so sage nicht, Du seiest verhindert worden durch eine Entbindung, denn es gibt böse Menschen, die feststellen aus dem Blättchen, es sei an dem Tag kein Kindlein geboren; – ein Mißfall leistet dasselbe und wer ist, der ihn nachweisen wollte?

Streite Dich nicht mit dem Armenamt und hadere nicht mit dem Stadtarzt, denn Du bist der höflichere.

So einem Weibe der Brunnen der Nachkommenschaft verschlossen ist, und der Mann traget die Schuld, so beschlafe Du sie nicht, denn es könnte ruchbar werden und Dir mehr schaden als nutzen; überlasse einem anderen das Werk der Barmherzigkeit.

Vor allem aber glaube an Dich selbst und an die Mittel Deiner Kunst, daß Du nützen könntest mit Selbstvertrauen, denn der Herr *lässet Arznei aus der Erde wachsen und ein Vernünftiger verachtet sie nicht. Damit heilet der Arzt und vertreibt die Schmerzen und der Apotheker macht Arznei daraus (Jes. Sir. 38. 4 u. 7).*

Und so habe ich meinen Mund aufgethan und gelehret. Danket nun und kaufet Euch Weisheit, da Ihr sie ohne Geld haben könnet, wie es geschrieben stehet Sirach im 38. Cap. 2. Vers: *Von Gott hat der Arzt die Weisheit, vom König empfängt er Geschenke.*

Professor Dr. med. Otto Winkelmann
Senckenbergisches Institut für
Geschichte der Medizin, Frankfurt



Faltenbehandlung mit Schönheitsfehlern

In der letzten Zeit häufen sich die Beschwerden, die die Bewerbung von Botox in Anzeigen oder im Internet betreffen. Bei Botox handelt es sich um ein verschreibungspflichtiges Medikament, das neuerdings zur Faltenbehandlung im Rahmen der sog. „Schönheitschirurgie“ eingesetzt wird. Es wird als schmerzfreies und komplikationsloses Mittel zur Beseitigung von Falten angepriesen.

Das Heilmittelwerbegesetz verbietet es allerdings, für verschreibungspflichtige Arzneimittel außerhalb der Fach-

kreise zu werben. Der Sinn des Verbotes wird verständlich angesichts der erheblichen Nebenwirkungen des Medikaments, die in der Werbung meist verschwiegen werden.

Auf Antrag der Wettbewerbszentrale hat das Landgericht Düsseldorf mit Beschluß vom 11. September 2001 einem Facharzt für Chirurgie untersagt, im Internet für eine Faltenbehandlung mit Botox zu werben (AZ 12 O 391/01, AZ der Wettbewerbszentrale F 40 803/01).

In einem Verfügungsbeschluß vom

17. Oktober 2001 hat das OLG Stuttgart (AZ 2 W 63/01, AZ der Wettbewerbszentrale F 40 843/01) eine Klinik verurteilt, es zu unterlassen, im Internet oder sonst werblich außerhalb der Fachkreise mit bestimmten Aussagen für eine Faltenbehandlung mit Botox zu werben.

In zahlreichen anderen Fällen wurden Unterlassungserklärungen abgegeben.

Sie können die Entscheidungen unter Angabe Ihrer vollständigen Anschrift und Angabe des Aktenzeichens der Wettbewerbszentrale gerne anfordern.

Radiowerbung untersagt

Auf Antrag der Wettbewerbszentrale untersagte das Landgericht Darmstadt mit Beschluß vom 15. November 2001 (16 O 487/01) einer Klinik, weiterhin im Radio mit dem folgenden Spot zu werben:

„Wochenlang bin ich mit Wahnsinns-Rückenschmerzen herumgelaufen – da ging nichts mehr. Ich weiß nicht, bei wem ich alles war, keiner konnte richtig helfen. Dann bin ich in die E.-Klinik, war natürlich ein Bandscheibenvorfall. Am Dienstag kam ich zur OP und am Mittwoch konnte ich schon wieder heim, und zwar zu Fuß. Das einzige, was in der Klinik blieb, waren meine Schmerzen...“

Die Wettbewerbszentrale hatte die Ansicht vertreten, die Werbung entspreche in mehrfacher Hinsicht nicht den Vorgaben des Heilmittelwerbegesetzes. Das Landgericht folgte der Argumentation der Wettbewerbszentrale. Es sah in der Werbung insbesondere eine unzulässige Erfolgssusage. Selbstverständlich gelten die Vorschriften des Heilmittelwerbegesetzes auch für Klinikwerbung.

Sie können den Beschluß unter Angabe Ihrer vollständigen Anschrift

und des Aktenzeichens F 41120/01 bei der Wettbewerbszentrale anfordern.

Wettbewerbszentrale
Rechtsanwältin Christiane Köber

Postfach 25 55
61295 Bad Homburg v.d.H.
Tel: 06172-12 15 20
Fax: 06172-844 22
E-Mail:
koeber@wettbewerbszentrale.de

Wichtige Informationen für ambulant operierende Ärzte

Ärzte, die ambulant Operationen durchführen („Leiter von Einrichtungen für ambulantes Operieren“), müssen seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes am 1. Januar 2001 nosokomiale Infektionen und Erreger mit Multiresistenzen erfassen und bewerten (§ 23), sowie einen Hygieneplan erstellen (§ 36). Zusätzlich haben die Gesundheitsämter die Pflicht, die Einhaltung der Hygiene und der o.g. Pflichten zu überwachen.

Im Vorfeld für die geplanten Begehungen lädt das Gesundheitsamt Frankfurt ein zur:

Informationsveranstaltung für ambulant operierende Ärzte – **Neues Infektionsschutzgesetz: Hygiene-Anforderungen beim ambulanten Operieren** – Am 13. Februar 2002, 16 Uhr c.t. in der Kassenärztlichen Vereinigung, Georg Voigt Straße 15, 60325 Frankfurt

Einführung aus Sicht der Praxis

Dr. Reydelet, Vorstand im Bundesverband für ambulantes Operieren

Einführung aus Sicht der Hygiene – Wie komme ich den geforderten Erfassungs- und Bewertungspflichten nach?

Dr. Seipp, Medizinaluntersuchungsamt Dillenburg, Abt. Hygiene

Wie erstelle ich den geforderten Hygieneplan?

Dr. Heudorf, Gesundheitsamt Frankfurt, Abt. Hygiene

Weiteres Informationsmaterial hat das Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt am Main in das Internet eingestellt, einschließlich eines Musterhygieneplanes (www.frankfurt.de; Stichwort ambulantes Operieren oder Hygieneplan). Für weitere Fragen steht Ihnen Ihr jeweiliges Gesundheitsamt zur Verfügung, für Frankfurt: Tel: 069/212-38971 oder e-mail: ursel.heudorf@stadt-frankfurt.de.



Grundlagen und praktische Anwendung der Chronopharmakologie

Von HJ Koch, Regensburg und C Raschka, Petersberg

Biologische Grundlagen rhythmischer Aktivität

Biorhythmen gehören zu den Grundeigenschaften des Lebens auf der Erde. Sie finden sich auf der Ebene von Zellstrukturen, Zellen, Organen, Organismen und Populationen. Genetische Faktoren, die im Zellkern gespeichert sind, spielen die entscheidende Rolle bei der Ausprägung von Rhythmen. Exogene Rhythmen (Zeitgeber) generieren zwar keine Rhythmen, können diese aber z.B. auf 24 Stunden synchronisieren.

Wichtigster Zeitgeber für die zirkadianen Schwankungen im Tierreich ist der Tag-Nacht-Rhythmus. Für den Menschen rücken dagegen soziale Kontakte in Verbindung mit dem Schlaf-Wach-Rhythmus in den Vordergrund. Faktoren wie Schichtarbeit oder Blindheit können diese zeitliche Struktur völlig verändern und ihnen muß Rechnung getragen werden. Markerrhythmen (z.B. Temperatur-, Kortisoltagprofil, Vigilanzkurve) dienen dazu, Patienten in bezug auf ihren 24-Stunden-Rhythmus zu charakterisieren.

Biorhythmen können die Wirkung von Pharmaka auf unterschiedlichen Ebenen modulieren. Wird der Verlauf der Blutspiegelkurve beeinflusst, spricht man von Chronopharmakokinetik. Ändert sich dagegen die Empfindlichkeit des Zielsystems, handelt es sich um Chronopharmakodynamik.

Anwendung chronobiologischer Prinzipien in der Therapie

Die meisten in der Gastroenterologie als Ulcusterapeutika eingesetzten

H2-Blocker (z.B. Cimetidin, Famotidin, Ranitidin) werden am besten in den Abendstunden (Ende der Aktivitätsphase) als Einmaldosis gegeben. Für Ranitidin und Famotidin hat sich die Einnahme während der Abendmahlzeit bewährt. Diese Ergebnisse spiegeln den nächtlichen Anstieg der Säuresekretion wider. Die abendliche Gabe von H1-Blockern (z.B. Mequitazin) erweist sich in der antiallergischen Therapie als vorteilhaft.

In der Asthmatherapie entfalten Steroide ihre optimale Wirkung, wenn 2/3 der Dosis morgens und 1/3 in den Nachmittagstunden gegen 15.00 Uhr verordnet wird. Sehr wahrscheinlich gilt diese Strategie sowohl für die orale als auch für die inhalative Gabe. Neben einer günstigen Wirksamkeit verringert man mit diesem Regime die potentielle Suppression der Nebennierenrinde. Umgekehrt gibt man das Steroid am Abend, wenn, wie beim Dexamethason-Hemmtest, eine Suppression erwünscht ist. Bei Theophyllinpräparationen mit retardierter Freisetzung (slow release formulation) gibt man am besten 2/3 der Dosis am Abend und 1/3 der Dosis morgens. Dieselbe zeitliche Verteilung der Gabe auf zwei Dosen hat auch für Beta-Mimetika vom Typ des Salbutamols die günstigste Wirkung bei geringen Nebenwirkungen erbracht.

In der experimentellen Schmerztherapie findet sich bei Noramidopyridin (Metamizol) die beste Wirkung nach Einnahme am Morgen. Acetylsalicylsäure wird bei Einnahme gegen 22.00 Uhr in bezug auf gastrointestinale Nebenwirkungen am besten ver-

tragen. Die Vermutung liegt nahe, daß die abendliche Gabe auch in bezug auf den Anstieg der Koagulabilität in den Morgenstunden und konsekutiven thrombembolischen Ereignissen vorteilhaft sein könnte. Der Bedarf an Opiaten in der Onkologie scheint in den Nachtstunden deutlich höher als am Tag zu sein. Indomethazin wird am besten vertragen, wenn es gegen 20.00 Uhr eingenommen wird. Falls die Symptomatik der rheumatischen Erkrankung in den Morgenstunden am stärksten ausgeprägt ist, erweist sich die abendliche Gabe auch am effektivsten. Dagegen wird eine morgendliche Einnahme empfohlen, wenn die Beschwerden besonders in den Abendstunden vorherrschen. Ketoprofen wird ebenfalls bei Gabe gegen Ende der Aktivitätsphase am besten toleriert. Die Wirksamkeit scheint dagegen vom Einnahmezeitpunkt unabhängig zu sein. Die Verträglichkeit von Tenoxicam zeigt keine zirkadiane Rhythmik, wohl aber die Wirksamkeit. Im Vergleich zur abendlichen Gabe kann man nach Einnahme am Morgen oder am Mittag die Beschwerden besser kontrollieren.

In der Therapie der Angina pectoris hat sich Propranolol am effektivsten erwiesen, wenn es als morgendliche Einmaldosis gegen 8.00 Uhr gegeben wird. Bei der Prinzmetal-Angina hat es sich als ebenso günstig erwiesen, Diltiazem am Morgen zu verabfolgen. In der Hypertonologie stellt sich generell das Problem, daß viele Antihypertensiva (Beta-Blocker, Diuretika, Kalziumkanalblocker) tagsüber besser wirken als in der Nacht.



Günstige Tages- bzw. Nachtzeiten für die Gabe von Pharmaka

Pharmakon	Indikation	Empfohlener Einnahmezeitpunkt
Mequitazine	Allergie	Einmalgabe, abends
Cimetidin Famotidin Ranitidin	Ulcusleiden	Einmalgabe, abends
Prednison Prednisolon	Asthma	2/3 der Dosis morgens 1/3 der Dosis nachmittags
Theophyllin (Retardpräparate) Salbutamol		2/3 der Dosis abends 1/3 der Dosis morgens
Noramidopyrin Opiate	Schmerztherapie	morgens effektiver Bedarf in der Nacht höher
Indomethazin (Retardform)	Rheumat. Erkr.	bessere Verträglichkeit am Abend; Einmalgabe 12h vor dem Schmerzmaximum
Ketoprofen (Retardform)		bessere Verträglichkeit am Abend; Wirksamkeit unabhängig vom Einnahmezeitpunkt
Tenoxicam		Verträglichkeit unabhängig vom Zeitpunkt; gute Wirkung am Morgen u. Mittag
Acetylsalicylsäure		abendliche Gabe besser verträglich
Hydrokortison	M. Addison	2/3 der Dosis am Morgen 1/3 der Dosis am Abend
Dexamethason	Hemmtest	Gabe gegen 23.00 Uhr
9alpha-Fluoro- hydrokortison	11-beta-Hydroxy- lasedefekt Virilismus	effektive Suppression bei Gabe gegen 03.00 Uhr
Standardheparin	Antikoagulation	sc-Injektionen jeweils um 04.00 und 16.00 Uhr sehr effektiv
niedermolekula- res Heparin		Wirkung unabhängig von der Zeit
Acenocoumarol		Einmalgabe abends empfohlen
Adriamycin Doxorubicin	Onkologie	bessere Toleranz und Wirkung wahrscheinlich um 6.00Uhr
Cisplatin		bessere Toleranz und Wirkung wahrscheinlich um 18.00 Uhr
5-Fluoro-Uracil		maximale Dosis gegen 4.00 Uhr empfohlen
Propranolol	Angina pectoris	Einmalgabe gegen 08.00 Uhr empfohlen
Diltiazem	Prinzmetal- Angina	morgendliche Gabe empfohlen
Hepatitis B	Impfung	Impfung am Nachmittag wirksamer

Die Verteilung der Dosis auf 2 bis 3 Dosen scheint sinnvoll. Eine individuelle Chronotherapie ließe sich dadurch erreichen, indem man die Therapie an das 24-Stunden-Blutdruckprofil, das hier als Markerrhythmus dient, anpassen könnte.

Die Infusion von Adriamycin in

der Onkologie erbringt günstigere Ergebnisse und wird besser toleriert, wenn die maximale Infusionsrate in den frühen Morgenstunden (6.00 Uhr) liegt. Spiegelbildlich verhält es sich unter der Therapie mit Cisplatin, dessen maximale Infusionsrate am besten um 18.00 Uhr geplant werden

sollte. Die Dosis des 5-Fluoro-Uracils sollte ein Maximum gegen 4.00 Uhr aufweisen, um biorhythmische Effekte therapeutisch auszunutzen.

Daß in der Therapie auch andere als zirkadiane Rhythmen Bedeutung haben, sei am Beispiel des LH-RH (Luliberin) gezeigt. Physiologisch wird das Luliberin in Intervallen von 1 Stunde sezerniert (zirka-horale Rhythmus). Will man bei der Sterilitätsbehandlung die Funktion des Hypothalamus ersetzen, muß die Applikation pulsatil erfolgen. Im Gegensatz dazu führt die Dauerinfusion oder i.m.-Gabe zu einer Hemmung der Lutropinfreisetzung (LH, ICSH). Dieses chronobiologische Verhalten macht man sich bei der Behandlung von hormonabhängigen Tumoren (Prostatakarzinom, Mammakarzinom) oder bei der Behandlung der Endometriose zunutze.

In der Tabelle sind einige häufig in der Praxis verwendete Pharmaka und ihre chronotherapeutischen Eigenschaften zusammengestellt. Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und soll eine Orientierung über einige wichtige Medikamentengruppen erlauben. Daß chronobiologische Aspekte nicht nur für die medikamentöse Therapie, sondern auch für andere Therapie- bzw. Prophylaxemaßnahmen gelten können, zeigt das Beispiel der Hepatitis-B-Impfung, die nachmittags effektiver ist. Die Chronopharmakologie ist eine relativ junge Wissenschaft, so daß bisher nur ein kleiner Bruchteil der Medikamente auf chronobiologische Eigenschaften untersucht ist. Im Interesse einer optimalen Pharmakotherapie sollte es aber ein zentrales Anliegen sein, die Zeit als Dimension der pharmakologischen Interaktion mit in die Arzneimittelentwicklung und die praktische Therapie aufzunehmen.

Korrespondenzanschrift:

Dr. med. Dr. rer. nat. Dr. Sportwiss.
Christoph Raschka
Edith-Stein-Straße 34
36100 Petersberg

Jörg Heberer: **Das ärztliche Berufs- und Standesrecht. Lehr- und Handbuch des Arztrechts für Ärzte und Juristen in Ausbildung und Praxis.** Hardcover. 544 Seiten. Format 15,5 x 22,5cm. ecomed verlagsgesellschaft, Landsberg. 2001. ISBN 3-609-16000-4. DM 84,-. (Euro 42,—).

Das vorliegende Werk ist die vollständig überarbeitete 2. Auflage der 1961 erschienenen Publikation „*Ärztliche Berufs- und Standeskunde*“ von Wolfgang Spann. Es stellt das komplette ärztliche Berufsrecht umfassend und kompakt auf aktuellem Stand dar, von der Ausbildung über die Weiterbildung bis zur Berufsausübung, von den Rechtsbeziehungen zwischen Arzt und Patient über die allgemeinen und speziellen Berufspflichten des Arztes bis hin zu Themen wie Job-Sharing oder Gemeinschaftspraxis.

In den seit der Erstauflage des Werkes vergangenen vier Jahrzehnten hat kaum ein Rechtsgebiet solche Änderungen und Erweiterungen durch Eingriffe des Gesetzgebers sowie eine Flut von gerichtlichen Entscheidungen erfahren wie das Arztrecht. Maßgebliches Ziel des Arztrechtes war und ist der Schutz des Patienten, aber auch der Schutz des Arztes, soweit er seinen Dienst zum Wohle der Kranken verantwortlich ausübt, muß berücksichtigt werden.

Mit der vorliegenden Neuauflage werden drei Nutzergruppen angesprochen: der Medizinstudent kann sich im Rahmen seiner Ausbildung über ein Gebiet informieren, das von den Fakultäten immer noch ziemlich stiefmütterlich behandelt wird; dem in der Praxis oder im Krankenhaus tätigen Arzt dient das Buch als kompetenter Ratgeber für viele in der täglichen Arbeit auftauchenden Rechtsfragen, und schließlich haben Juristen mit dem Werk eine Grundlage für die vielfältigen Entscheidungen aus den Bereichen der Sozial-, Straf- und Zivilgerichtsbarkeit zur Hand. Um allen Nutzern des Werkes gleichermaßen die jeweils für sie relevanten Informationen bereitzustellen, wurden die in der juristischen und medizinischen Literatur weit verstreuten, oft einander auch widersprechenden Auffassungen, zusammen-

getragen und geordnet und sind in einer auch für juristische Laien verständlichen Form dargestellt.

Herausgeber der Neuauflage ist Dr. jur. Jörg Heberer, Lehrbeauftragter der Ludwig-Maximilians-Universität München und Leiter einer auf Arztrecht und Gesundheitswesen spezialisierten Anwaltskanzlei. TGB

Martin L. Hansis / Dorothee E. Hansis: **Der ärztliche Behandlungsfehler – Verbessern statt streiten.** 2., völlig überarbeitete Auflage 2001, Paperback, 133 Seiten, Format 14 x 21,5cm. ecomed verlagsgesellschaft, Landsberg. ISBN 3-609-51922-3. DM 45,90.

Für die vorliegende 2., völlig überarbeitete Auflage des erstmals 1999 erschienenen Buches „Der ärztliche Behandlungsfehler“ haben die Autoren, Prof. Dr. Martin L. Hansis und Dr. Dorothee E. Hansis, zahlreiche neueste Informationen ausgewertet. So wurden aktuelle Daten zur Häufigkeit von Behandlungsfehlern mit aufgenommen, die gesetzlichen Neuregelungen seit dem Jahr 2000 wurden ebenso berücksichtigt wie die neuen nationalen Konsentierungsgremien der Selbstverwaltung. Besonders hervorzuheben ist die Analyse von 600 konsekutiven gutachterlichen Bescheiden, die die Autoren für die Gesundheitsberichtserstattung des Bundes vorgenommen haben und die in der vorliegenden Neuauflage eingehend zitiert werden. In dieser Analyse geht es vor allem darum, fachunabhängige typische – vor allem organisatorische – fehlerverursachende Faktoren zu beschreiben.

Somit liegt ein für Ärzte aller Fachrichtungen aktueller Leitfaden vor, in dem fehlerträchtige Konstellationen und Eingriffe beschrieben werden, um daraus Vermeidungsstrategien abzuleiten, so daß potenzielle Fehleinschätzungen bereits im Vorfeld vermieden werden können. Sollte es dennoch zu einem Behandlungsfehler gekommen sein, ist das Buch dem Arzt auch hier ein kompetenter Ratgeber,

indem es aufzeigt, was in einem solchen Fall zu tun ist. TGB

Gentechnik: Wenn das Geschöpf zum Schöpfer wird. 272 Seiten, Mit ca. 40 Fotos und Grafiken, DM 39,90, ca. Euro 19,90. Buchverlage Langen Müller Herbig, München, ISBN 3-7844-2834-7, 2001.

Das hochaktuelle Thema Gentechnik und die sie begleitenden Risiken werden im Rahmen der Evolution ausführlich dargestellt. Letzte Fragen nach der Entstehung des Lebens und dem Ursprung des Menschen werden nach dem neuesten Stand der Wissenschaft beantwortet. Der Stoff wird packend und allgemein verständlich dargeboten. Zahlreiche Grafiken und Bilder illustrieren den Text. Das Buch wendet sich an alle, die sich nicht nur für das Alltägliche interessieren. Mit Hilfe der Gentechnik könnte der Mensch schon bald Existenzformen schaffen, die es so noch nie gab: Designer-Leben, detailgetreue Menschenkopien, genetisch oder elektronisch aufgerüstete Superwesen und intelligente Maschinen. Der Autor schildert das Für und Wider der Gentechnik sowie drohende Langzeitgefahren und fragt nach den Gründen für das menschliche Tun. Diese reichen bis weit in die Vergangenheit zurück. Der Mensch ist das Resultat der Milliarden Jahren währenden „Ersten Genesis“.

Das Buch spannt den Bogen von der Entstehung des Lebens auf der Erde bis hin zu der sich nun anbahnenden „Zweiten Genesis“. In die zweite Auflage wurde ein Kapitel zu den Wirkungen biologischer Waffen aufgenommen. Der Autor, unter anderem Mitglied des Nobelpreiskomitees, schlägt eine Brücke zwischen Wissenschaft und populärer Darstellung.

Der Gießener Physiker Professor Dr. Horst Löb (Jahrgang 1932) hat zwei Monografien und über 250 populäre und wissenschaftliche Artikel, Tagungsbeiträge usw. verfaßt. In der Öffentlichkeit wurde er u.a. als Erfinder der Hf-Ionentriebwerke für die Raumfahrt bekannt. pop

Karl Huth (Hsrg.): **Arzt – Patient. Zur Geschichte und Bedeutung einer Beziehung.** Autoren: Felix Anschütz, Dietrich von Engelhardt, Wilhelm Hillinghäuser, Karl Huth, Magda Klein, Anneliese von Massow, Kurt W. Schmidt, Ruth Schmidt, Axel Schüler-Schneider. Attempo-Verlag. 106 Seiten. DM 29,80.

Das Buch ist die Sammlung von Referaten einer Weiterbildungsveranstaltung für Ärzte im Praktikum, die 1999 im Frankfurter Diakonissenkrankenhaus stattgefunden hat.

Karl Huth's Koautoren machen sich mit diesem Buch verdient. Schließt es doch eine Wissens- bzw. Erfahrungslücke, mit der die jungen ÄrztInnen unbemerkt aus dem Studium entlassen werden. Denn für die Vermittlung der Arzt-Patient-Beziehung ist das kein Platz (*F. Anschütz*). Der Raum, in dem sie stattfindet, ist die „Sprechstunde“. Das weist auf den Zusammenhang von Sprechstunde und Gespräch (*K. Huth*) und hat neben der Vertrauensbildung (*F. Anschütz*) auch eine praktische Auswirkung in der Anamnese-Erhebung, die, mit Sorgfalt durchgeführt, in 70-80% der Fälle zur Diagnose führt (*K. Huth*). Gespräch heißt in erster Linie zuhören (*F. Anschütz*), statt den Patienten nach 18 Sekunden zu unterbrechen, wie statistisch ermittelt wurde (*K. Huth*).

In der Arzt-Patient-Beziehung wirken sich beiderseits unbewußte Haltungen und Konflikte aus, die sich in der Übertragung und dem Wiederholungszwang förderlich oder hinderlich auswirken können. In Fallvignetten aus der täglichen internistischen Praxis schildert *A. Schüler-Schneider*, wie sie sich verstehen und handhaben lassen. Sein Beitrag zeigt, wie nutzbringend der tiefenpsychologische Aspekt für die gesamte Medizin und nicht nur für die Psychotherapie ist.

D. von Engelhardt verweist auf die aus der Antike mit dem Eid des Hippokrates übermittelte ärztliche Ethik, die heute noch verbindlich ist. Das Mittelalter hat das Hospitalwesen und die Krankenpflege gestiftet. Damals galten Leib und Seele noch als Einheit, die je-

doch mit dem Aufkommen der Naturwissenschaften eine Trennung erfuhr. Das ist zu einer für die Ärzte kaum zu bewältigenden Schwierigkeit geworden. Er zitiert Paul Christian, den Internisten und Psychosomatiker: „Wäre Medizin nicht objektiv, wäre sie unmöglich, wäre sie nur wissenschaftlich und objektiv, wäre sie unmenschlich“ (S. 44).

Feingühlig geht der Theologe *Kurt W. Schmidt* ethischen Fragestellungen nach. Die Wahrheit am Krankenbett stellt den Arzt und Seelsorger vor ein schwer zu bewältigendes Problem. Welchem Patienten soll/kann man wann und wie die Wahrheit über eine tödliche Krankheit mitteilen? Wem nützt die Notlüge? Dem Patienten, dem Arzt? Letzterer muß lernen, seine eigene Hilflosigkeit zu ertragen.

Die Juristin *Magda Klein* kann als Außenstehende ein Problem ansprechen, das sich Ärzte in dieser Offenheit, vor allem nicht in der Öffentlichkeit trauen dürfen, so menschlich und naheliegend es ist. Findet der Patient einen Arzt unsympathisch, so kann er sich einen anderen suchen. Aber umgekehrt, darf der Arzt, wenn er eine Antipathie verspürt, aus ethischen, keinen Patienten abweisen.

Besondere Anerkennung verdient die Tatsache, daß auch Patienten zu Wort kommen, auch wenn ihre Stellungnahme nur acht Druckseiten im Vergleich zu den Ärzten mit 52 Druckseiten ausmacht. Hier spiegeln sich dann doch die Verhältnisse in der Arzt-Patient-Beziehung wider. Beide Referenten (*W. Hellingshäuser* und *A. von Massow*) haben als Patienten gute und schlimme Erfahrungen gemacht. Geschildert werden Szenen aus Kliniken (nicht aus Arzt-Praxen), in denen sie nicht nur bei Ärzten, sondern auch beim Pflegepersonal auf Mauern der Zurückhaltung und Abweisung gestoßen sind. Um verantwortungsbewußte Partner werden zu können, fordern sie Aufklärung über das diagnostische und therapeutische Geschehen. Verzögerungen, langes Warten führen leicht zu Mißmut,

wenn dem Patienten die Ursachen unbekannt sind. Sie zu erläutern, ist keine Frage der Ethik, sondern des Taktes.

In abschließenden Beitrag nimmt *Ruth Schmidt* eine vermittelnde Stellung ein. Sie ist Bildungsmanagerin und Stationsleiterin einer Diabetesstation. Sie versucht, die Einstellungen und Erwartungen beider Seiten zu verstehen und sie einander näher zu bringen. Auch sie betont die Notwendigkeit, daß sich der Arzt dem Patienten annähern und ihn mit zureichenden Informationen versehen muß, damit er Partner werden kann. „Der Patient kann mit Hilfe von Arzt und Pflegepersonal lernen, sich aktiver an seiner medizinischen Versorgung zu beteiligen und mehr Verantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen. Jeder Patient hat seinen ‚inneren Arzt‘“, der nur mobilisiert zu werden braucht. Das wollen doch alle Ärzte – oder?

Das Buch ist inhaltlich viel reicher, als sich in einer Rezension wiedergeben läßt. Die Beiträge sind gut aufeinander abgestimmt und doch individuell. Wer für die Problemstellung dieses Buches empfänglich ist, wird viel Nutzen daraus ziehen. Daß die Vorträge Ärzten im Praktikum gewidmet waren, war eine gute Adresse. Ist doch zu hoffen, daß am grünen Holz noch Bahnungen möglich sind, die den Arzt nicht nur zum kompetenten Wissenschaftler, sondern auch zum Weggefährten des Patienten erziehen.

Dr. Dieter Becker

Richtige Antworten

Zu der Fragebogenaktion „Fibromyalgie“ in der Januar-Ausgabe, Seite 675

- Frage 1: b, d
- Frage 2: a, c
- Frage 3: c, d, e
- Frage 4: b, c, e
- Frage 5: c, d
- Frage 6: b, c, e

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Josef Gerhard, Darmstadt, am 14. März,
Professor Dr. med. habil. Harald Froberg, Darmstadt, am 29. März.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Heinrich Quilisch, Herborn, am 14. Februar,
Professor Dr. med. Helmut Wolf, Gießen, am 11. März.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Gustav-Friedrich Gerlach, Korbach, am 10. März,
Obermedizinalrätin i.R. Dr. med. Magdalene Lewandowski, Kassel, am 13. März,
Dr. med. Adolf Stracke, Eschwege, am 13. März.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Walter Weber, Oestrich-Winkel, am 15. Februar,
Obermedizinalrätin i.R. Dr. med. Elisabeth Stummer, Wiesbaden, am 28. Februar.

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

Anzeige

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

Jetzt auch in Frankfurt!

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



Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

Wir gratulieren den Arzthelferinnen zum **10jährigen Berufsjubiläum**, Gabriele Ankenbauer, tätig bei Dres. med. A. Weise und A. Bütgen, Rotenburg a. d. Fulda

Susanne Diehl, tätig bei Dr. med. A. Akbari, Schlitz

Heide Förster, tätig bei Dr. med. Z. Abawi, Rüsselsheim

Anja Gabler, tätig bei Dr. med. A. Akbari, Schlitz

Kerstin Kato, tätig in der Gemeinschaftspraxis Dres. med. G. u. R. Biebl, Darmstadt

Wilma Rotter, tätig in der Gemeinschaftspraxis Dres. med. V. Metternich und M. Faulstich, Frankfurt

Anja Teluk, tätig in der Gemeinschaftspraxis Dres. med. H.-J. Hobeck u. R. Helmer, Fulda

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

Zum **25jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir der Arzthelferin

Karola Völlinger, tätig in der Gemeinschaftspraxis Dres. med. H.-J. Hobeck u. R. Helmer, Fulda

In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde dieser Arzthelferin eine Ehrenurkunde ausgehändigt.

Wir gedenken der Verstorbenen

Medizinaldirektorin i.R. Dr. med. Annemarie Fikentscher, Kassel

* 19.3.1913 † 16.11.2001

Dr. med. Willi Freund, Kassel

* 13.7.1914 † 17.11.2001

Dr. med. Gottfried Hartmann, Allendorf

* 20.2.1920 † 27.11.2001

Dr. med. Dietmar Max Herbst, Bad Wildungen

* 22.3.1942 † 11.10.2001

Professor Dr. med. Friedrich Kootz, Frankfurt

* 4.5.1920 † 25.10.2001

Dr. med. Wilhelm Lerch, Dreieich

* 12.6.1920 † 28.11.2001

Dr. med. Heinz Liebau, Frankfurt

* 1.3.1918 † 11.8.2001

Dr. med. Dietrich Möhring, Wiesbaden

* 27.2.1922 † 28.11.2001

Dr. med. Lothar Schulkamp, Büdingen

* 19.11.1927 † 24.11.2001

Dr. med. Alfred Stähler, Norden

* 29.6.1916 † 5.11.2001

Verlust von Arztausweisen

Arztausweis Nr. HS/K/3624, ausgestellt am 8.4.1997, für Dr. med. Dirk Bender, Willingen-Usseln,

Arztausweis Nr. HS/F/5214, ausgestellt am 30.8.1990, für Dr. med. Johannes Sperzel, Bad Orb,

Arztausweis Nr. HS/G/3984, ausgestellt am 15.8.1996, für Dr. med. Anelia Todorova-Rudolph, Gießen,

Notfalldienstausweis Nummer 003026, ausgestellt am 17.4.1991, für Ralf Mäser, Frankfurt.

Haushaltsplan 2002

Der von der Delegiertenversammlung am 10.11.2001 beschlossene Haushaltsplan 2002 (mit Anlagen) liegt gemäß § 1 Abs. 11 der Haushalts- und Kassenordnung vom 1.1.1991 in der Zeit vom 25.2.2002 bis 8.3.2002 im Verwaltungsgebäude in Frankfurt am Main, Im Vogelsang 3, Zimmer des Kaufmännischen Geschäftsführers, während der allgemeinen Dienststunden (montags bis donnerstags von 9.00 bis 12.00 Uhr und 14.00 bis 15.30 Uhr und freitags von 9.00 bis 12.00 Uhr) für alle Kammermitglieder zur Einsichtnahme aus.

Frankfurt (Main), den 31.1.2002

gez. Dr. Möhrle

Präsident

Anzeige

Der Krieg in Afghanistan.

Hunderttausende 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



Anzeige

Stellenanzeigen

Das Bethanien-Krankenhaus, eine Klinik der Regelversorgung im Verbund der Frankfurter Diakonie-Kliniken

bietet ab sofort

einem/r qualifizierten **Facharzt/-ärztin für Chirurgie** mit der Schwerpunktbezeichnung Visceralchirurgie und ausgewiesenen Erfahrungen in der laparoskopischen Chirurgie bevorzugt in Gemeinschaftspraxis

eine Zusammenarbeit mit der bestehenden Belegabteilung.

Aussagefähige Bewerbungen sind binnen vier Wochen nach Erscheinen dieser Anzeige an die Frankfurter Diakonie-Kliniken gGmbH, Geschäftsführung, Usinger Str. 5, 60389 Frankfurt am Main, zu richten.

Anzeige

Die Software für zeitgemäßes Praxismanagement!

- ▶ Einfache Systematik und Navigation
- ▶ Optimale Verwaltung und Terminplanung
- ▶ Kürzeste Einarbeitungszeiten
- ▶ Vereinfachung von Routinearbeiten
- ▶ Bundesweites Servicenetz
- ▶ Zentrale Telefonhotline
- ▶ Investitionsschutz
- ▶ Sicherheit des Marktführers CompuGROUP AG mit ca. 40.000 Anwendern



Arztsoftware mit Herz

Jetzt unverbindlich informieren:

Tel.: 0261/8 07 00-400

Fax 0261/8 07 00-441

oder im Internet

www.compumed.de

CompuMED

Ihr Erfolg. Mit Sicherheit.

Voraussetzungen für die vorzeitige Zulassung zur Abschlußprüfung

Nachfolgend haben wir die Voraussetzungen für die vorzeitige Zulassung zur Abschlußprüfung in Verbindung mit den neuen Prüfungsterminen dargestellt.

Daß die Beurteilung der berufsbezogenen Unterrichtsfächer während der gesamten Ausbildungszeit **besser als 2,5** sein und die Beurteilung des auszubildenden Arztes im Durchschnitt mindestens „gut“ ausfallen muß, ist allgemein bekannt.

Erhebliche Fehlzeiten in Ausbildungspraxis und Berufsschule können auch einer Prüfungszulassung entgegenstehen. Nach § 39 Berufsbildungsgesetz, der die Zulassungsvoraussetzungen festlegt, ist die Zulassung zur Abschlußprüfung u.a. nur möglich, wenn die Ausbildungszeit zurückgelegt wurde. Zur Ausfüllung dieses unbestimmten Rechtsbegriffs hat die Landesärztekammer Hessen folgende Verwaltungsrichtlinie erlassen:

Fehlzeiten-Regelung

(1) Die Ausbildungszeit ist (im Hinblick auf § 39 Abs. 1 Ziff. 1 BBiG) auch zurückgelegt bei Unterbrechungen durch

1. Urlaub bis zur Dauer von 6 Wochen pro Ausbildungsjahr,
2. Krankheit oder andere Gründe bis zur Gesamtdauer von **90 Werktagen** (außer Sonn- und Feiertagen), bei vorzeitiger Teilnahme an der Abschlußprüfung gemäß § 9 Abs. 1 bis zu höchstens **75 Werktagen**, bei verkürzter Ausbildungszeit gemäß § 29 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz bis zu höchstens **75 Werktagen** bei halbjähriger Verkürzung und **60 Werktagen** bei einjähriger Verkürzung,
3. Inanspruchnahme der Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz,
4. Fehlzeiten in der Berufsschule bis zu **30 Berufsschultagen**.

(2) Auf Antrag können auch darüber hinausgehende Fehlzeiten berücksichtigt werden, soweit Umstände vorliegen, deren Nichtberücksichtigung eine besondere Härte bedeuten würde und zur Erreichung des Ausbildungsziels keine Verlängerung der Ausbildungszeit erforderlich ist (Einzelfallentscheidung).

Sofern die in Ziffer 2 und 4 angegebenen Fehltag überschritten wurden (wobei die 30 Fehltag in der Schule in den 90/75/60 Werktagen enthalten sind), erfolgt eine Einzelfallprüfung. Ausschlaggebend für eine Zulassung sind begründete Fehlzeiten und Leistungen, die eine Zulassung rechtfertigen.

Falls eine Zulassung nicht erfolgen kann, wird seitens der Landesärztekammer Hessen eine Verlängerung entsprechend der Fehlzeiten empfohlen. Die Verlängerung muß vom Auszubildenden beantragt werden und bedarf der Genehmigung der Landesärztekammer Hessen. Der auszubildende Arzt erhält Gelegenheit, zur Verlängerung Stellung zu nehmen.

Weiterhin besagt § 9 Abs. 1 Satz 3 der Prüfungsordnung für Arzthelferinnen/Arzthelfer, daß die 3-jährige Ausbildungszeit infolge der vorzeitigen Zulassung nur um höchstens **6 Monate** verkürzt werden darf.

Der Stichtag wird wie folgt ermittelt:

Dem letzten Prüfungstag wird der o.g. Zeitraum von 6 Monaten hinzuge-rechnet. An dem so ermittelten Stichtag muß das Ausbildungsverhältnis – **laut Datum im Berufsausbildungsvertrag** – spätestens beendet sein.

Sommerprüfung 2002

letzter Prüfungstag: 1. Juli 2002
+ 6 Monate: 1. Januar 2003 (= Stichtag)

Wessen Ausbildungsverhältnis nicht später als am 1. Januar 2003 endet, kann an der Prüfung im Sommer 2002 vorzeitig teilnehmen.

Winterprüfung 2003

letzter Prüfungstag: 5. März 2003
+ 6 Monate: 5. September 2003 (= Stichtag)

Wessen Ausbildungsverhältnis nicht später als am 5. September 2003 endet, kann an der Prüfung im Winter 2003 vorzeitig teilnehmen.

Weitere Fragen beantworten wir und die Mitarbeiter/innen der zuständigen Bezirksärztekammer gerne.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

Wichtige Mitteilung für alle Mitglieder des Versorgungswerkes

Beiträge ab 1. Januar 2002

Gemäß § 12 der Versorgungsordnung richten sich die monatlichen Pflichtbeiträge zum Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen nach den jeweils geltenden Bestimmungen des § 161 Abs. 1 und 2 SGB VI (Sozialgesetzbuch).

Der Beitragssatz zur gesetzlichen Rentenversicherung und damit gleichlautend zum Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen beträgt vom 1. Januar 2002 an 19,1 % der monatlichen Bruttobezüge, soweit diese die Beitragsbemessungsgrenze von € 4.500,00 monatlich (alte Bundesländer) bzw. € 3.750,00 monatlich (neue Bundesländer) nicht überschreiten.

Ab 1. Januar 2002

betragen daher die monatlichen Pflichtbeiträge zum Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen:

1. für angestellte Ärzte, die von der Versicherungspflicht gemäß § 6 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI befreit sind:
19,1 % der maßgebenden Bruttobezüge, höchstens monatlich
alte Bundesländer € 859,50 - neue Bundesländer € 716,25;
2. für angestellte Ärzte, die keinen Befreiungsantrag von der Versicherungspflicht gemäß § 6 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI gestellt haben und eine Beitragsermäßigung gemäß § 9 Abs. 3 der Satzung des Versorgungswerkes erhalten haben:
9,55 % der maßgebenden Bruttobezüge, höchstens monatlich
alte Bundesländer € 429,75 - neue Bundesländer € 358,13;
3. für in Hessen niedergelassene Ärzte mit rechtskräftiger Zulassung nach § 18 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (früher RVO-Kassenpraxis):
€ 429,75;
4. für niedergelassene Ärzte - soweit sie nicht unter Punkt 3 fallen - und Sonstige:
monatlich
alte Bundesländer € 859,50 - neue Bundesländer € 716,25;
5. für alle Ärzte, die eine Beitragsermäßigung nach § 9 Abs. 4, 5, 6 der Satzung des Versorgungswerkes erhalten haben, gilt: die Teilbeträge werden auf den Betrag gesenkt, der sich aus der Anwendung des persönlichen Befreiungsprozentsatzes auf den ab 1. Januar 2002 gültigen höchsten Pflichtbeitrag von
monatlich
alte Bundesländer € 859,50 - neue Bundesländer € 716,25 ergibt;
6. für alle Ärzte, die den Mindestbeitrag von DM 166,17 monatlich nach § 13 der Versorgungsordnung entrichtet haben, gilt:
€ 85,95 monatlich.

Für die Überweisung des für Sie zutreffenden neuen monatlichen Beitrages lt. Ziffer 1 - 6 bitten wir, Sorge zu tragen.

Höherversorgung

Der Höchstbeitrag (Pflichtbeitrag und Höherversorgung) zum Versorgungswerk beträgt ab 1. Januar 2002:

monatlich.
alte Bundesländer € 1.719,00 - neue Bundesländer € 1.432,50

Die Vornahme einer Höherversorgung ist bis zu dieser Grenze auf schriftlichen Antrag, aber nicht rückwirkend möglich.



Informations- und Theoriekurse 2002

01/02*	02.02.-09.02.02	Wolkenstein/Dolomiten , im Rahmen des 33. Sportärztekongresses
02/02	04.02.-05.02.02	Boppard
03/02*	28.02.-01.03.02	Freudenstadt , im Rahmen des 102. ZÄN-Kongresses
04/02	03.05.-04.05.02	Baden-Baden , im Rahmen des Süddt. Orthopäden-Kongresses
05/02	06.05.-07.05.02	Boppard
06/02*	31.08.-07.09.02	Sylt , im Rahmen des 12. Sportmedizinischen Symposiums Sylt
07/02*	07.09.-08.09.02	Bad Segeberg , Kurs der ÄK Schleswig-Holstein
08/02*	03.10.-04.10.02	Freudenstadt , im Rahmen des 103. ZÄN-Kongresses
09/02*	25.10.-26.10.02	Bad Orb , im Rahmen der PRACTICA
10/02*	26.10.-27.10.02	Baden-Baden , im Rahmen der Med. Woche
11/02*	31.10.-02.11.02	Mannheim , im Rahmen des Kongresses der HNO-Ärzte
12/02	11.11.-12.11.02	Boppard
13/02*	22.11.-23.11.02	Düsseldorf , im Rahmen der MEDICA

* Bei diesen IT-Kursen müssen die Anmeldungen direkt über den Veranstalter erfolgen.

Die bei den Ärzteseminaren ÄMM und MWE sowie bei der Akademie für Manuelle Medizin Münster bzw. der Fortbildungsakademie der ÄK und KV Westfalen-Lippe absolvierten IT-Kurse werden anerkannt.

40/02	18.09.-22.09.02	Bad Bramstedt
42/02	30.10.-03.11.02	Boppard

HSA 1

50/02	30.01.-03.02.02	Boppard
51/02	06.03.-10.03.02	Prien
52/02	05.06.-09.06.02	Boppard
55/02	09.10.-13.10.02	Bad Abbach
56/02	16.10.-20.10.02	Boppard
57/02	04.12.-08.12.02	Balingen

HSA 2

58/02	13.03.-17.03.02	Boppard
59/02	29.05.-02.06.02	Boppard
60/02	19.06.-23.06.02	Prien
61/02	11.09.-15.09.02	Boppard

HSA 3

67/02	13.02.-17.02.02	Boppard
68/02	26.06.-30.06.02	Boppard
69/02	23.10.-27.10.02	Boppard

Rö/MM/R+R, anschl. Prüfung

73/02	22.05.-26.05.02	Boppard
74/02	06.11.-10.11.02	Boppard

Die Teilnehmerzahlen der Kurse, die außerhalb von Boppard stattfinden, sind begrenzt. Wir empfehlen eine frühzeitige Anmeldung.

Weitere Informationen und Anmeldung:

DGMM-Ärzteseminar Hamm-Boppard (FAC) e. V.
Obere Rheingasse 3, 56154 Boppard / Rhein
Tel. (0 67 42) 80 01-0, Fax (0 67 42) 80 01-27
e-mail: dgmm-fac@aerzteseminar.de
Internet: www.dgmm-fac.de

Technikkurse (Terminänderungen vorbehalten)

LBB 1

17/02	06.02.-10.02.02	Boppard
18/02	02.03.-06.03.02	Freudenstadt
19/02	17.04.-21.04.02	Prien
20/02	08.05.-12.05.02	Boppard
21/02	05.10.-09.10.02	Freudenstadt
22/02	13.11.-17.11.02	Boppard

LBB 2

23/02	20.03.-24.03.02	Boppard
24/02	24.04.-28.04.02	Bad Bramstedt
26/02	19.06.-23.06.02	Boppard
27/02	11.09.-15.09.02	Boppard
28/02	25.09.-29.09.02	Prien
29/02	04.12.-08.12.02	Bad Füssing

LBB 3

38/02	13.02.-17.02.02	Boppard
39/02	26.06.-30.06.02	Boppard

Refresher-Kurse 2002

(nur für Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung in der Chirotherapie)

Kurs-Nr.	Termin	Ort	Thema	Veranstalter
91/02	09.02.02	Bad Nenndorf	LBH-Region	FAC, Dr. Pagenstecher Rheuma-Klinik Bad Nenndorf
92/02	20.04.02	Trier	LBH-Region	FAC, Dr. Graf/Dr. Wolff Forum f. interdisz. Med. am Bewegungssystem
93/02	02.03.02	Bochum	Schulterarm- schmerz: Manuelle Medizin und Akupunktur	FAC, Dr. Pon Orth. Uni-Klinik am St. Josef-Hospital Bochum
94/02	13.04.02	St. Goar	Prakt. Hand- habung der HSA-Re- gion mit Osteo- pathie-Anteilen	FAC, A. Galeazzi Loreley-Klinik St. Goar
95/02*	13./14.04.02	Prien	LBH-Region	FAC, Dr. Marx Arztelhaus Priened



Fortbildung

96/02	20.04.02	Hamburg	HSA mit Osteopathie-Anteilen	FAC, Priv.-Doz. Dr. Metz und N.N. Fortbildung in Hamburg	Für die Teilnahme an den Refresher-Kursen werden im Rahmen der Re-zertifizierung Punkte vergeben.
97/02	21.09.02	Trier	HWS-Distorsion	FAC, Dr. Graf/ Dr. Wolff Forum f. interdisz. Med. am Bewegungssyst.	Die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme an diesen qualitätssichern-den Maßnahmen ist anzeigbar. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt! Bei Bedarf können zusätzliche Refresher-Kurse durchgeführt werden.
98/02	19.10.02	St. Goar	Prakt. Handhabung der LBH-Region mit Osteopathie-Anteilen	FAC, A. Galeazzi Loreley-Klinik St. Goar	Weitere Informationen und Anmeldung: DGMM-Ärzteseminar Hamm-Boppard (FAC) e. V. Obere Rheingasse 3, 56154 Boppard / Rhein Tel. (0 67 42) 80 01-0, Fax (0 67 42) 80 01-27 e-mail: dgmm-fac@aerzteseminar.de Internet: www.dgmm-fac.de
99/02	26.10.02	Hamburg	LBH mit Osteopathie-Anteilen	FAC, Priv.-Doz. Dr. Metz und N.N. Fortbildung in Hamburg	



Landesärztekammer Hessen

Termine

02_P105_2	Notfälle in der Arztpraxis *Stufe 2	16.02.02
02_P202	Neues im Abrechnungswesen	09.02.02
02_P007	Prüfungsvorbereitungskurs - Verwaltung	16.02.02
02_P302	Patientenbetreuung in der Pädiatrie	16.02.02
02_P010	Prüfungsvorbereitungskurs - Abrechnung	23.02.02
02_P107	Verbände bei diabetischem Fußsyndrom	23.02.02
02_P004	Prüfungsvorbereitungskurs - Labor	02.03.02
02_P204_1	Einführung in das Abrechnungswesen *Stufe 1	02.03.02
02_P204_2	Einführung in das Abrechnungswesen *Stufe 2	09.03.02
02_P206_1	Seminar Struktur- und Kostenanalyse in der Praxis *Stufe 1	02.03.02
02_P206_2	Seminar Struktur- und Kostenanalyse in der Praxis *Stufe 2	09.03.02
02_P109	Hypertonie	09.03.02
02_P128	Workshop f. arbeitsmed. Ass.Personal: Arbeitsmed. Gehörvorsorge G20 "Lärm"	15.03.02 und 16.03.02

Fortbildungskurse für Arzthelferinnen

02_P005	Prüfungsvorbereitungskurs - Labor	13.04.02
02_P008	Prüfungsvorbereitungskurs - Verwaltung	13.04.02
02_P303	Konfliktmanagement	13.04.02
02_P208	Berufsgenossenschaftliche Abrechnung	17.04.02
02_P011	Prüfungsvorbereitungskurs - Abrechnung	20.04.02
02_P013	Prüfungsvorbereitungskurs - Medizinische Geräte, Funktionen und Anwendungen	20.04.02
02_P111	Notfalldiagnostik - Blut	20.04.02
02_P112	Akupunktur	27.04.02
02_P210	Privatliquidation - Grundlagen und Übungen am PC	27.04.02
02_P114	Die wichtigsten Laborparameter - Probennahme, Probenvorbereitung und Präanalytik	08.06.02
02_P115	Krankheitsbild: Asthma	08.06.02
02_P304	Stressmanagement	08.06.02
02_P116	Urinuntersuchungen	15.06.02

Auskünfte und Informationsmaterial zu den Kursen können kostenlos angefordert werden:

Carl-Oelemann-Schule,
Carl-Oelemann-Weg 7,
61231 Bad Nauheim

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

Telefonprechzeiten: Mo. - Fr. 8.30 bis 12.00 Uhr
Mo. - Do. 13.00 bis 15.30 Uhr

Internetadresse: www.laekh.de,
e-mail: Verwaltung.COS@laekh.de

Stand: Dezember 2001

Änderungen vorbehalten!

Dezentrale Fortbildungskurse

02_P129	Verbände I Immobilisation (Gips/Carst)	06.03.2002 Kassenärztl. Vereinigung Wiesbaden	02_P134	Fortbildung für MitarbeiterInnen in Augenarztpraxen Netzhautilosung	19.02.2002 Marienhospital Darmstadt
02_P130	Verbände II Teil-Immobilisation (Tape-Verbände)	17.04.2002 Kassenärztl. Vereinigung Wiesbaden	02_P135	Fortbildung für MitarbeiterInnen in Augenarztpraxen Moderne Kataraktchirurgie	26.02.2002 Marienhospital Darmstadt
02_P133	Fortbildung für MitarbeiterInnen in Augenarztpraxen Grüner Star (Glaukom)	05.02.2002 Marienhospital Darmstadt			



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-Arheilgen Frauenärztin/Frauenarzt
Darmstadt-Mitte Kinderärztin/Kinderarzt
Darmstadt-Eberstadt Frauenärztin/Frauenarzt

Planungsbereich Bergstrasse

Lampertheim Radiologin/Radiologe

Planungsbereich Groß-Gerau

Groß-Gerau Hautärztin/Hautarzt
Riedstadt Kinderärztin/Kinderarzt
-Gemeinschaftspraxisanteil-

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.-Bergen-Enkheim prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Frankfurt/M.-Niederrad prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Frankfurt/M.-Seckbach Augenärztin/Augenarzt
Frankfurt/M.-Bornheim Augenärztin/Augenarzt
Frankfurt/M.-Heddernheim Augenärztin/Augenarzt
Frankfurt/M.-Eschersheim Augenärztin/Augenarzt
Frankfurt/M.-Nordwestzentrum HNO-Ärztin/HNO-Arzt
Frankfurt/M.-Nordend Internistin/Internist
-fachärztlich-

Frankfurt/M.-Westend Internistin/Internist
- hausärztlich -

Frankfurt/M.-Nieder-Erlenbach Kinder- und Jugendärztin/
Kinder- und Jugendarzt

Vertragsarztsitz von Frau Dr. med. Ishild Janssen, An der Bleiche 20, 60437 Frankfurt

Frankfurt/M.-Seckbach Orthopädin/Orthopäde
Frankfurt/M.-Bornheim Orthopädin/Orthopäde
Frankfurt/M.-Westend Psychotherapeutisch tätige Ärztin/
Psychotherapeutisch tätiger Arzt

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Kelkheim/Ts. Augenärztin/Augenarzt

Planungsbereich Offenbach/M.-Stadt

Offenbach/M.-Innenstadt HNO-Ärztin/HNO-Arzt
Offenbach/M.-Innenstadt Orthopädin/Orthopäde
Offenbach/M.-Innenstadt Kinder- und Jugendärztin/
Kinder- und Jugendarzt

Planungsbereich Offenbach/M.-Land

Dreieich-Sprendlingen prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Hanau-Innenstadt prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Gelnhausen prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Gelnhausen Augenärztin/Augenarzt
Maintal-Bischofsheim Fachärztin/Facharzt für
Kinder- und Jugendmedizin
Wächtersbach Kinder- und Jugendärztin/
Kinder- und Jugendarzt

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 Marburg-Biedenkopf

Biedenkopf prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

Planungsbereich Vogelsbergkreis

Homburg/Ohm Nervenärztin/Nervenarzt

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 Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Planungsbereich Landkreis Kassel

Bad Karlshafen Frauenärztin/Frauenarzt

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Eschwege HNO-Ärztin/HNO-Arzt

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

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Marburg Fachärztin/Facharzt für
Allgemeinmedizin
Wetter Fachärztin/Facharzt für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden Fachärztin/Facharzt für
Allgemeinmedizin

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

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

Praxisvertreter/-innen

für Praxisvertretungen im Land Hessen.

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

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

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