

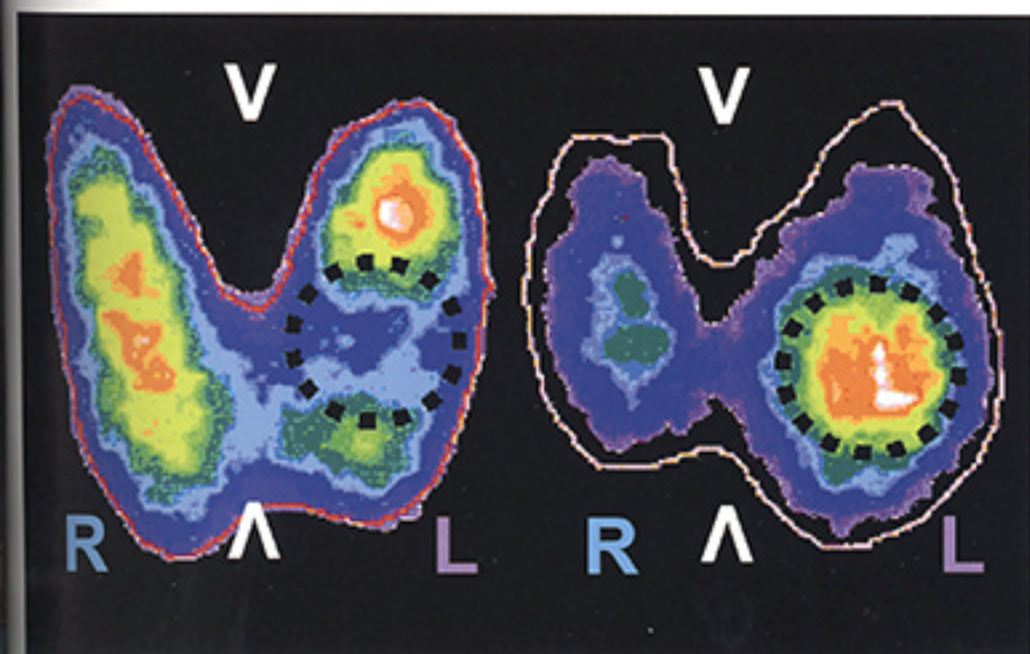
Hessisches Ärzteblatt

3/2002

März 2002
63. Jahrgang



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



Schilddrüsen-Szintigramm (Tc-99m): 2 Aufnahmen von ventral, mit V markiert: Lage von Kehlkopf und Brustbein; links kalter, rechts warmer Knoten.

© Praxis Nuklearmedizin Dr. Döbert, Dr. Spiegel, www.enuk.de

Arbeitszeit
hessischer
Krankenhausärzte

Schilddrüse

Legasthenie
und andere
Wahrnehmungsstörungen

Palliativmedizin

Zertifizierung
und Akkreditierung
im Gesundheitswesen

KIRCHHEIM

Herausgeber:

Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsang 3, 60488 Frankfurt/M. Telefon (0 69) 97 72-0, Internet: www.laekh.de, E-Mail: laekh.hessen@laekh.de und Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Georg-Vogt-Str. 15, 60325 Frankfurt/M., Telefon (0 69) 79 50 20, Internet: www.kvhessen.de

Schriftleitung (verantwortlich):

Professor Dr. Toni Graf-Baumann, verantwortlich für Mitteilungen der LÄK Hessen; Dr. Michael Popovic, verantwortlich für Mitteilungen der KV Hessen; Alice Leugemann, verantwortlich für Mitteilungen der Akademie; Professor Dr. Ernst-G. Loch

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Gaja Möhrle, M. A.

Wissenschaftlicher Beirat:

Prof. Dr. med. Erika Baum, Biebertal
Dr. med. Alfred Halbiguth, Frankfurt
Dr. med. Ulrich Herborn, Kassel
Prof. Dr. med. Dietrich Höffler, Darmstadt
Dr. med. Georg Hölzfelder, Frankfurt
Dr. med. Siegmund Kalinski, Frankfurt
Dr. med. Norbert Löschhorn, Seelheim-Jugenheim
Prof. Dr. med. Helmut Nier, Offenbach
Prof. Dr. med. Peter Osswald, Hanau
Prof. Dr. med. Konrad Schwemmler, Gießen
Dr. med. Hans-Friedrich Spiess, Frankfurt
Dr. med. Gösta Strassling, Frankfurt
Dr. med. Roland Wonne, Frankfurt
Dr. med. Oskar Zeller, Marburg
Dr. med. Walter Schulz-Amling, Hofheim

Arzt- und Kassenarztrecht:

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

Anschrift der Redaktion:

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

Verlag: Verlag Kirchheim + Co GmbH

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

Geschäftsführer: Manuel Ickrath

Herstellung: Andreas Kurz

Anzeigenposition: 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 Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Bestellungen über: pan-adress, Leserservice

Kirchheim-Verlag, Semmelweisstraße 8, 6152 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, 1040 Dr. Rob. Schwarzenbergstraße 6, A-1015 Wien

Auslieferung Schweiz:

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

Ankounter: Mainzer Volksbank

BIZ 331 900 00 | 11 591 013.

Das „Hessische Ärzteblatt“ erscheint jeweils am 1. eines Monats. **Redaktionschluss:** Bis 10 Wochen vor Erscheinen.

Druck:

Druckzentrum Lang, Rheinhausenstraße 1, 51129 Mainz-Hechtsheim, Tel. 0 61 31 / 9 58 94 - 0

ISSN 0171-9661

Hessisches Ärzteblatt



3/2002 März 2002 • 63. Jahrgang

Sie lesen in diesem Heft

Editorial

Deutschlands Ärzte – eine bedrohte Spezies 126

Landesärztekammer Hessen

Teil II der Ergebnisse einer Umfrage der Landesärztekammer zu Arbeitszeiten und -bedingungen hessischer Krankenhäuser im Sommer 2001 128

Krankenhausärzte: Überlange Arbeitszeiten – zu kurze Ruhezeiten 131

Aktuelles

Psychotherapie als Kernleistung erhalten! 133

Fortbildung

Schilddrüse 135

Legasthenie und andere Wahrnehmungsstörungen: Welche Hilfe kann der Arzt geben? 145

Positiver Umgang mit Weltkrisen 148

Aktuelles

Palliativmedizin aus der Sicht einer Landärztin 152

Fortbildung

8. Frankfurter Psychiatrie-Symposium zum Thema „Suizidalität“ 154

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung Bad Nauheim 157

Ärztliche Fortbildung im Bereich der Bezirksärztekammern 161

Aktuelles

Qualitätssiegel Sport Pro Gesundheit zum zweiten Mal an hessische Vereine verliehen 166

Fortbildung

Investment Gesundheit und Bildung 167

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Zertifizierung und Akkreditierung von Leistungserbringern im Gesundheitswesen 168

Arzt und Kassenarztrecht

Ermächtigungen – rechtliche Grundlagen, Voraussetzungen und Folgen 172

Fortbildung

Sicherer Verordnen 176

Aktuelles

Mehr Augenmerk auf Anzeichen von Kindesmisshandlung 177

Mit meinen Augen

Auch nach dem 22. September wird sich im Gesundheitswesen nicht viel ändern 178

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

179

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

191

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, Besprechungsbeispiele 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.

Deutschlands Ärzte – eine bedrohte Spezies

Schlägt man in den letzten Wochen das Deutsche Ärzteblatt auf, fällt eines sofort ins Auge: Der Inseratenteil ist wesentlich dicker geworden, und zwar durch Stellenangebote. Auch berichten Klinikchefs, daß sie vor einem Jahr auf eine freiwerdende Stelle zwanzig oder auch fünfzig Bewerbungen bekamen, heute jedoch oft Schwierigkeiten haben, eine Stelle neu zu besetzen.

Woran liegt das? Wo bleibt unser ärztlicher Nachwuchs? Der Trend wurde bereits im letzten Sommer aus der Ärztestatistik der Bundesärztekammer erkennbar. Dennoch war diese Entwicklung für viele bis vor Kurzem ein Rätsel, hatte doch der Marburger Bund noch vor fünf Jahren für den Jahrtausendwechsel bis zu 60.000 arbeitslose Ärzte vorausgesagt.

Erst eine kürzlich veröffentlichte statistische Untersuchung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung brachte Licht in das Dunkel, besonders wenn man sie im Zusammenhang mit der Befragung von Krankenhausärzten durch die Landesärztekammer Hessen sieht. Die KBV-Statistiken zeigen, daß bei annähernd konstanter Zahl von Studienanfängern (ca. 11.500 pro Jahr) etwa 20 % das Studium abbrechen, also nur ca. 9.200 das Staatsexamen ablegen. Von diesen aber gehen erneut ca. 20 % nicht in die AiP-Phase, werden also niemals als Ärzte tätig sein. Somit verbleiben nur etwa 7.200 neue Ärztinnen und Ärzte pro Jahr, um die Zahl der ausscheidenden Kollegen zu ersetzen, die von annähernd gleicher Größe ist. Dagegen ist es nicht etwa die Abwanderung von Ärzten ins Ausland, die für den Schwund in unserem Land verantwortlich ist. Deren Zahl ist eine zu vernachlässigende Größe. Auch die Zahl von Ärzten, die nicht am Patienten arbeiten, ist seit Jahren mit ca. 9 % konstant.

Unterstellt man jetzt noch, daß einige der fertigen Ärztinnen und Ärzte dann doch vorübergehend oder dauerhaft nicht in ihrem Beruf tätig werden, z.B. wegen Familie und Kindern, und daß die moderne Medizin einen ständigen Zuwachs der Zahl der Ärzte erfordert, so haben wir bereits jetzt einen eindeutigen Ärztemangel. In den kommenden Jahren wird sich die Lage dramatisch verschlimmern, denn die deutsche Ärzteschaft ist überaltert, besonders in den östlichen Bundesländern. So werden bis zum Jahre 2010 z.B. allein 22.000 Hausärzte ausscheiden. Wer soll sie ersetzen?

Warum aber brechen so viele junge Menschen ein Medizinstudium ab oder suchen sich noch vor der Approbation einen anderen Beruf? Hier liefern die Ergebnisse der Umfrage bei 20 % der im Krankenhaus in nichtleitender Stellung tätigen Kolleginnen und Kollegen, welche die Landesärztekammer Hessen im vergangenen Frühsommer durchgeführt hat (die Ergebnisse wurden veröffentlicht in Heft 2 des Hessischen Ärzteblatts und in diesem Heft), interessante Aufschlüsse: Etwa 40 % der antwortenden Ärztinnen und Ärzte bei einer Rücklaufquote von 51 % gaben an, daß sie mit ihrer Tätigkeit unzufrieden seien und daß sie sich nicht noch einmal für das Medizinstudium entscheiden würden!

Dies muß Grund genug sein, nach den Ursachen der Unzufriedenheit zu forschen. Auch hierzu gibt unsere Umfrage weiteren Aufschluß: Etwa 75 % der Krankenhausärzte arbeiten mehr als 45 Stunden in der Woche, rund 25 % mehr als 55 Stunden. Hinzu kommt, daß bei etwa 60 % keinerlei Registrierung dieser Mehrarbeit erfolgt, geschweige denn eine Bezahlung. Auch sind zusätzlich Bereitschaftsdienste zu übernehmen, im

Durchschnitt einer pro Woche. Ganz abgesehen davon, daß bei mehr als der Hälfte der Kollegen die Arbeitsbelastung in diesen Diensten so hoch ist, daß nach geltenden Bestimmungen gar kein Bereitschaftsdienst angeordnet werden dürfte, sondern reguläre Mehrarbeit, erfolgt auch hier bei der Mehrzahl nicht der vorgeschriebene Ausgleich durch anschließende Ruhezeit.

Nun mag mancher ältere Kollege sagen, daß dies immer schon so war und daß dies in der eigenen Praxis auch heute die Regel ist. Man muß jedoch dabei sehen, daß die allgemeine Arbeitszeitlandschaft sich gegenüber der Zeit vor 20 oder 30 Jahren verändert hat. Heute redet man in anderen Berufen über eine 35-Stunden-Woche. Stellen Sie sich nur mal vor, was unsere Kolleginnen und Kollegen von ihren Lebenspartnern zu hören bekommen, wenn diese eine Tätigkeit ausüben, bei der das Arbeitszeitgesetz angewendet wird.

Dies ist aber nicht alles. Die ärztliche Tätigkeit ist in viel zu großem Umfang durch berufsfremde Arbeiten belastet, vor allem Verwaltungsarbeit und Papierkrieg. Von vielen Kolleginnen und Kollegen wird auch die hierarchische Struktur unserer Kliniken als unerträglich empfunden, und diese hängt ja bekanntlich von den handelnden Personen ab. Auch die ständigen pauschalen Angriffe gegen die Ärzteschaft verderben offenbar gerade jüngeren Kolleginnen und Kollegen die Freude am Beruf. Wir älteren „Schlachtrösser“ haben uns schon ein dickeres Fell zugelegt, so daß uns auch unberechtigte Hetztiraden von Kassenvertretern, Politikern und Journalisten nicht mehr so sehr unter die Haut gehen. Auch die Bezahlung der Ärzte entspricht in keiner Weise deren Ausbildung und der Qualität ihrer Arbeit; ein AiP verdient, umge-

rechnet auf die geleisteten Arbeitsstunden, weniger als eine Putzfrau. Diese miserable Bezahlung setzt sich dann später als Niedergelassener fort.

Und: Letztlich beginnen die Frustrationserlebnisse schon während des Studiums der Medizin. Hier muß dringend eine neue Ausbildungs- bzw. Approbationsordnung her, die den berechtigten Wünschen der Beteiligten Rechnung trägt.

Was können wir tun, um den drohenden Kollaps der ärztlichen Versorgung abzuwenden? Zunächst einmal kann man jedem Abiturienten im Moment nur raten, Medizin zu studieren, denn seine beruflichen Perspektiven sind durchaus gut. Dann aber, vor allem, müssen wir bestehende Mißstände abstellen. Manches ist sicher durch or-

ganisatorische Maßnahmen zu regeln, wie z.B. andere Arbeitszeitmodelle. Verwaltungsarbeiten etc. müssen durch andere Angestellte erledigt werden. Die tatsächlichen Arbeitszeiten müssen erfaßt und vergütet werden, ebenso in den Bereitschaftsdiensten. Stellenpläne müssen ggf. aufgestockt werden, deren Finanzierung ist mit den Kostenträgern zu regeln. Die spätere Fortsetzung der Tätigkeit in eigener Praxis muß wieder attraktiver werden, indem auch dort die Arbeitsbedingungen und die Vergütung verändert werden. Der humane Umgang miteinander muß im Krankenhaus auch für Ärzte gelten und muß verbessert werden, wo immer dies noch nötig ist.

Vor allem aber müssen sich Politik, Öffentlichkeit und Medien bewußt

werden, daß wir immer noch eine ärztliche Versorgung haben, die sich in der Spitzengruppe der Welt sehen lassen kann. Dies kann sich jedoch rasch ändern, wenn man die Ärzteschaft immer wieder an den Pranger stellt und ihr alles in die Schuhe schiebt, was durch Versäumnisse der Politiker im Gesundheitswesen schiefeht!

Jede Gesellschaft bekommt die Ärzte, die sie verdient.

Ihr



Dr. med. Alfred Möhrle
Präsident

Kassenärztliche Vereinigung Hessen



Nebelkerzen und/oder die Ruhe vor dem Sturm !

Unsere Gesundheitsministerin Schmidt macht ihre Sache gut. Sie erfüllt konsequent die politischen Vorgaben ihres Chefs, des Bundeskanzlers, der vor der Wahl keine Gesundheitsreform mehr angehen will, weil er zu Recht glaubt, daß bei einem solchen Vorhaben seine Wahlchancen sinken könnten. Über eine notwendige Reform des Gesundheitswesens kann man sich nämlich nur unbeliebt machen. Also muß man die Leistungserbringer ruhigstellen, vor allem aber muß verhindert werden, daß die Patienten offen und ehrlich über die Umstände des Übels informiert werden. Eine gute Gelegenheit zur Beruhigung war die Abschaffung des kollektiven Arzneimittelbudgets, die allein aus verfassungsrechtlichen Gründen erforderlich war.

Diese Tatsache wurde als großes Zugeständnis an die Vertragsärzte „verkauft“; manche Mandatsträger sind dieser „Tatsache“ auch prompt „auf den Leim“ gegangen und haben bewußt oder unbewußt übersehen, daß die individuelle Richtgrößenprüfung für den einzelnen Vertragsarzt noch größere Repressionen bedeuten wird. Aber dies wird in letzter Konsequenz allen erst **nach** der Wahl bewußt werden.

Bei dem Thema „Sicherstellung“ wirft die Bundesgesundheitsministerin Nebelkerzen, damit keiner so richtig merkt, daß man die KV in seitheriger Form abschaffen und den Vertragsarzt zum Spielball des Oligopols Krankenkasse machen möchte. Wie gesagt, alles erst nach der Wahl, denn vorher soll es

keiner so richtig merken, höchstens erahnen.

Die Körperschaften stehen massiv unter Druck und zeigen sich naturgemäß kompromißbereit, um zu retten, was zu retten ist. Dabei besteht die Gefahr, daß die Interessensvertretung der Mitglieder zu kurz kommt, wenn man nicht klar definiert, wo Kompromißbereitschaft ihr Ende hat, weil sie sonst mit Selbstaufgabe verwechselt wird.

Wahlkampf hin, Wahlkampf her – in dieser schweren Zeit muß die Körperschaft ihre Mitglieder ungeschönt informieren, auch wenn die Wahrheiten schmerzhaft sind. Dabei kann leider auf Ministerinnen und Minister und auf politische Parteien keine Rücksichten mehr genommen werden.

Dr. H.-F. Spies

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

„Mißbrauch“ von Bereitschaftsdienst zu Routine-tätigkeit und Unzufriedenheit mit dem gewählten Beruf bei hessischen Krankenhausärzten

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

Im Heft 2/2002 des Hessischen Ärzteblattes hatten wir über Ergebnisse zur regelmäßigen ärztlichen Mehrarbeit in hessischen Krankenhäusern und deren Dokumentation berichtet und die Methodik der Umfrage sowie die Zusammensetzung der befragten Ärzteguppe beschrieben. Diese Ausführungen gelten in gleicher Weise für die nachfolgend dargestellten Daten zu Bereitschaftsdiensten, Ruhezeiten, Wochenendvisiten und Arbeitszufriedenheit. Auch diesen Auswertungen liegen die Antworten der AiP und Assistenzärzte und der nicht in leitender Stellung tätigen Oberärzte zugrunde. Leitende Oberärzte und Chefärzte wurden nicht eingeschlossen.

Zahl und Dauer der Bereitschaftsdienste bei AiP und Assistenten

47 % aller AiP und 59 % aller Assistenten leisten im Monat 4 - 6 Bereitschaftsdienste, 12 % bzw. 16 % haben sogar 7 oder mehr Dienste jeden Monat. Die genaue Verteilung gibt Tabelle 1 wieder.

Etwa 75 % aller Assistenten (Abb. 1) müssen also zusätzlich zur normalen

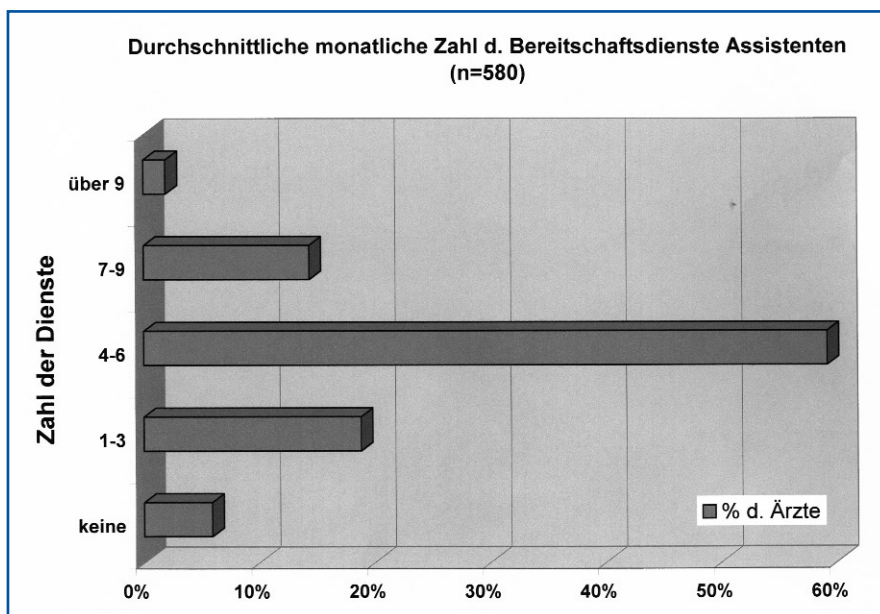


Abb. 1

täglichen Arbeit noch mindestens einen Bereitschaftsdienst pro Woche übernehmen.

Bezüglich der Häufigkeit von Bereitschaftsdiensten gibt es zwischen verschiedenen Fachgebieten durchaus Unterschiede. Von den AiP und Assistenten in der Chirurgie zum Beispiel

müssen 66 % monatlich 4 - 6 und 23 % im Mittel sogar 7 oder mehr Bereitschaftsdienste im Monat bewältigen. Die gleiche Arztgruppe in Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie hat es in dieser Hinsicht besser. 7 oder mehr Bereitschaftsdienste fallen nur bei 5 % und 4 - 6 Dienste im Monat nur bei 49 % von ihnen an.

Analysiert man beispielhaft die Dauer der Bereitschaftsdienste in der Gruppe der Assistenten mit durchschnittlich mindestens 4 solcher Dienste im Monat, so zeigt sich folgendes Bild. Nur bei insgesamt 6 % dauert ein Bereitschaftsdienst nicht

Tab. 1: Durchschnittliche monatliche Zahl von Bereitschaftsdiensten					
mittlere Zahl der Dienste / Monat	keine	1 - 3	4 - 6	7 - 9	> 9
% der AiP	12 %	30 %	47 %	11 %	1 %
% der Assistenzärzte	6 %	19 %	59 %	14 %	2 %

länger als 12 Stunden. 10 % geben eine Dauer von 13 - 14 Stunden an und bei 85 % dieser Assistenten erstrecken sich die Bereitschaftsdienste in der Regel über mehr als 14 Stunden. (Fast die gleichen Zahlen gelten auch für die Gesamtheit aller AiP und Assistenten.)

Arbeit während der Bereitschaftsdienstzeiten

Von den Assistenten mit mindestens 4 Diensten pro Monat arbeiten 81 % regelmäßig mehr als die Hälfte und 33 % sogar mehr als drei Viertel der gesamten Bereitschaftsdienstzeit. (Abb. 2) Faßt man AiP und Assistenten (mit monatlich mindestens 4 Bereitschaftsdiensten von mehr als 12 h Dauer) der am stärksten vertretenen Fachgebiete Anaesthesie, Chirurgie und Innere Medizin zusammen, so ergibt sich ein noch betrüblicheres Bild. Nur 2 % von ihnen arbeiten weniger als 25 % der Bereitschaftsdienstzeit, 50 % dieser Ärzte arbeiten 51 - 75 %, und 37 % geben sogar an, regelmäßig während mehr als 75 % der Bereitschaftsdienstzeit zu arbeiten.

Ein Bereitschaftsdienst von insgesamt 14 h bedeutet für diese Ärzte also zusätzlich 7 bis mehr als 10 Stunden reine Arbeitszeit (meist in un-

mittelbarem Anschluß an einen ‚normalen‘ Arbeitstag von 9 - 11 Stunden) und das teilweise sogar zweimal in einer Woche. Viele dieser Bereitschaftsdienste dürften somit nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen gar nicht angeordnet werden, sondern wären als ganz normale Dienstzeit einzustufen.

Analysiert man nun aber die tatsächliche Einstufung der Bereitschaftsdienste für die Gruppe der Assistenten, die mindestens 4 Dienste monatlich absolvieren und darin durchschnittlich mehr als 50 % effektive Arbeitszeit angeben, kommt man zu folgendem Ergebnis.

Obwohl selbst die maximale für Bereitschaftsdienste zulässige Inanspruchnahmezeit meist deutlich überschritten wird, sind sie keineswegs bei allen, sondern nur bei 73 % der betroffenen Ärzte der Stufe D zugeordnet.

Bei 15 % der Assistenzärzte sind solche Bereitschaftsdienste in C und bei 6 % sogar nur in A oder B eingestuft. (7 % konnten keine präzisen Angaben zur Einstufung machen.)

Offensichtlich werden ärztliche Bereitschaftsdienste in erheblichem Umfang und systematisch zur Erledigung im normalen Tagdienst nicht zu

bewältigender Routinetätigkeiten ‚mißbraucht‘ und sind damit natürlich auch unbezahlte ärztliche Mehrarbeit.

Ruhezeiten nach mehr als 11 Stunden Arbeit und im Anschluß an Bereitschaftsdienste

50 % aller AiP, Assistenten und Oberärzte, die Bereitschaftsdienste der Stufen C oder D leisten, gaben an, nach Arbeitszeiten über 11 h und/oder nach solchen Bereitschaftsdiensten im Anschluß an eine Arbeitszeit von mindestens 7,5 h selten oder nie eine Ruhezeit einhalten zu können. Nur 32 % steht eine Ruhezeit von mehr als 8 Stunden zur Verfügung. 18 % können Ruhezeiten von weniger als 8 Stunden in Anspruch nehmen.

„Wochenendvisiten“

Ein Teil der Krankenhausärzte führt außerhalb der normalen Arbeitszeiten und der angeordneten Bereitschaftsdienste an arbeitsfreien Tagen zusätzlich noch ‚Wochenendvisiten‘ durch. Von den insgesamt 778 A.i.P., Assistenten und Oberärzten, die Bereitschaftsdienste leisten, berichten 16 %, daß sie solche Visiten nur in Ausnahmefällen durchführen. 27 % tun dies jedoch regelmäßig. Rund die Hälfte dieser Ärzte gibt 2 solche Visiten pro Monat an, ein Drittel von ihnen 3 oder 4 im Monat und eine kleine Gruppe von 5 % sogar 5 und mehr.

Arbeitszufriedenheit

Auf die Frage: „Sind Sie insgesamt mit Ihrer Arbeit zufrieden?“ antworteten 39 % der A.i.P. und 41 % der Assistenten, daß sie nicht zufrieden oder sehr unzufrieden seien, sehr zufrieden sind dagegen nur 6 - 7 %. Die Unterschiede zwischen A.i.P. und Assistenten sind sehr gering. Anders ausgedrückt heißt das:

Nur ca. 60 % aller A.i.P. und Assistenzärzte sind mit ihrer derzeitigen Arbeitssituation zufrieden.

Bei den Oberärzten ist die Stimmung (noch?) etwas besser - 28 %

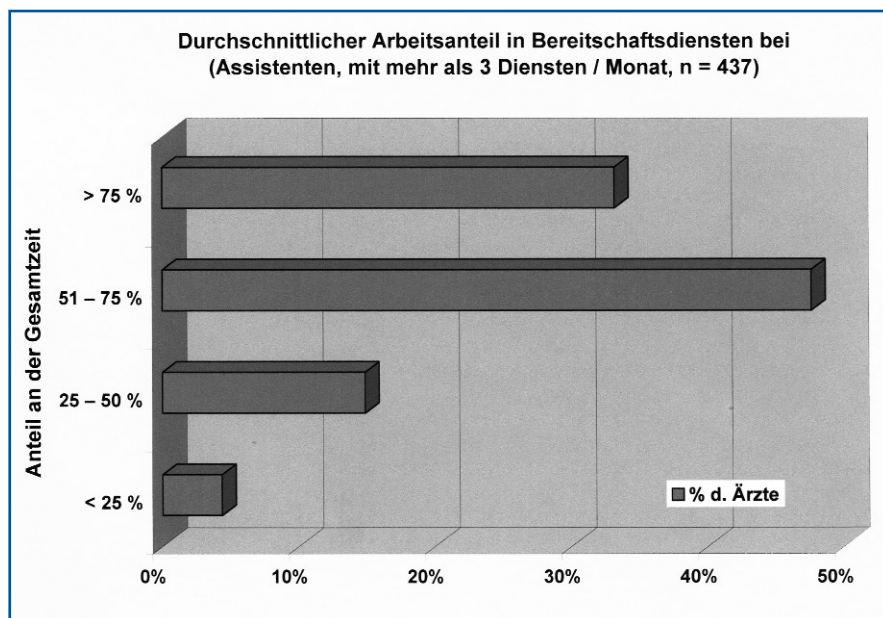


Abb. 2

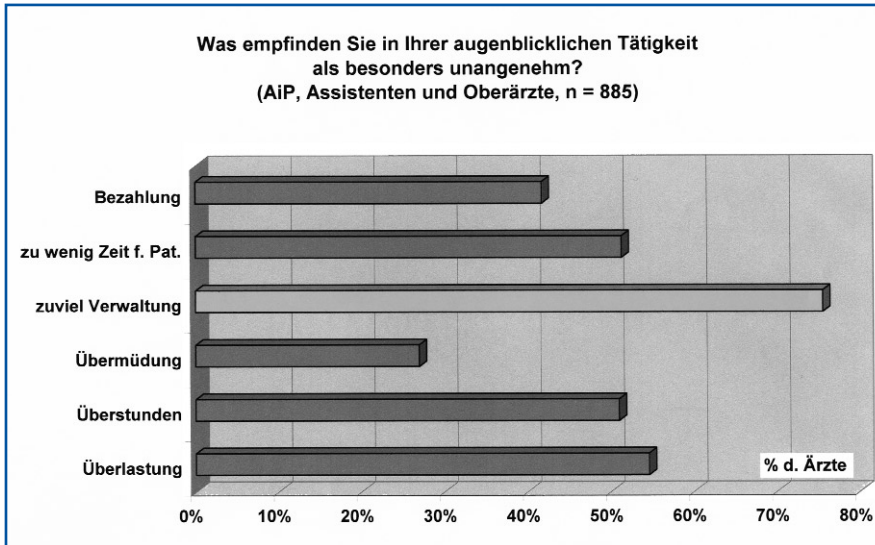


Abb. 3

von ihnen sind nicht zufrieden oder sehr unzufrieden, aber auch von ihnen bezeichnen sich nur 10 % als sehr zufrieden.

Zur Beantwortung der Frage „Was empfinden Sie in Ihrer augenblicklichen Tätigkeit als besonders unangenehm?“ konnten die Ärzte aus ei-

ner vorgegebenen Liste (12 Aussagen + keine der Aussagen trifft zu) bis zu 5 für sie persönlich zutreffende Aussagen auswählen. Das Ergebnis (Abb. 3) war selbst für uns überraschend.

Trotz umfangreicher unbezahlter Mehrarbeit, unzulässiger Überbelastung in häufigen Bereitschaftsdiensten etc. empfindet die überwiegende Mehrheit der jüngeren Krankenhausärzte das Übermaß zu erledigender Verwaltungsarbeit mit deutlichem Abstand als besonders unangenehm, gefolgt von Überstunden, Überlastung und zu wenig Zeit für die Patienten.

Wenn sie diese Entscheidung heute noch einmal zu treffen hätten, würden sich rund 30 % der A.i.P. und Oberärzte und etwa 40 % der Assistenten nicht wieder für den Arztberuf entscheiden, 5 - 6 % sind unentschieden.

Krankenhausärzte: Überlange Arbeitszeiten – zu kurze Ruhezeiten

Pressekonferenz des Hessischen Sozialministeriums

Überlastete Ärzte, gefährdete Patienten. Die Ausbeutung von Krankenhausärzten durch Überstunden und unbezahlte Mehrarbeit steht nicht nur in Widerspruch zu dem Arbeitsschutzgesetz; sie stellt auch die Qualität der erbrachten Leistungen in Frage, denn ein übermüdeten Arzt kann Fehler machen. Wenn keine neuen Arbeitszeitregelungen an hessischen Krankenhäusern getroffen werden, leiden darunter sowohl die Versorgung der Patienten als auch die Gesundheit des Klinikpersonals. Auf einer von der hessischen Sozialministerin Silke Lautenschläger (CDU) am 14. Januar in Wiesbaden einberufenen Pressekonferenz wurde diese Auffassung einstimmig von dem Hessischen Sozialministerium, der Landesärztekammer Hessen, der Hes-

sischen Krankenhausgesellschaft und dem Marburger Bund vertreten. Die CDU-Politikerin bezeichnete die Zustände in den Krankenhäusern als „problematisch“; Kammerpräsident Dr. Alfred Möhrle forderte eine bessere Dokumentation der Arbeitszeiten und den Abbau von Überstunden.

Im vergangenen Jahr hatten Sozialministerium und Ärztekammer getrennte Befragungsaktionen zur Arbeitsbelastung an Kliniken durchgeführt. Die Ergebnisse der beiden einander ergänzenden Umfragen wurden in Wiesbaden vorgestellt. Während die Studie des Ministeriums an 19 ausgewählten Krankenhäusern, gegen die keine Beschwerden vorlagen, in Hessen auch die Fach- und Pflegekräfte mit einbezogen, konzentrierte sich das Pro-

jekt der Kammer ausschließlich auf Krankenhausärztinnen und -ärzte. Die Umfrageaktion des Ministeriums wurde von der hessischen Arbeitsschutzverwaltung durchgeführt, die über einen Zeitraum von drei Monaten in 19 hessischen Krankenhäusern die Arbeitszeitaufzeichnungen überprüfte. Gleichzeitig wurden in fast allen Häusern auf freiwilliger Basis Mitarbeiter befragt. Insgesamt überprüfte man die Arbeitszeiten von 2.121 Beschäftigten, davon 630 aus dem ärztlichen und 1.249 aus dem Pflegebereich.

Da sich, so die Ministerin auf der Pressekonferenz, in rund der Hälfte der Krankenhäuser eine schlechte Dokumentationslage der Arbeitszeiten – vor allem im ärztlichen Bereich – gezeigt habe, sei die reale Arbeitszeitbelastung

nur schwer feststellbar gewesen. Dennoch hätten aus der Überprüfung Rückschlüsse auf Belastungsschwerpunkte und besondere Problembereiche der untersuchten Krankenhäuser gezogen werden können. So wurde bei der Überprüfung eine nicht unerhebliche Zahl von Überschreitungen der Tageshöchstleistungszeiten bei Ärzten festgestellt; im Rahmen der Mitarbeiterbefragung gaben 33 Prozent der Ärztinnen und Ärzte an, daß sie mehr als zehnmal im Monat über zehn Stunden täglich arbeiten.

In Wiesbaden stellte Dr. Alfred Möhrle die Ergebnisse der von der Landesärztekammer im vergangenen Sommer durchgeführten Umfrage vor. Eine Zufallsstichprobe von 20 % der zu jenem

Zeitpunkt in Hessen gemeldeten im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte – etwas mehr als 10.000 – erhielt per Post einen Erhebungsbogen an ihre Privatadresse geschickt. Die Rücklaufquote war mit 1.044 auswertbarer Bögen hoch. Nach den ermittelten Angaben arbeiten drei Viertel Klinikärzte in Hessen wöchentlich im Durchschnitt 45 oder mehr Stunden, fast die Hälfte mindestens 50 Stunden und ein Viertel sogar mehr als 55 Stunden. Des weiteren verfügen 63 % der Assistenten und 70 % der Oberärzte über keinerlei Nachweis für geleistete Mehrarbeit.

Im Interesse der Patienten verlangte PD Dr. Roland Wönne, Vorsitzender des Marburger Bundes in Hessen und Vize-

präsident der Landesärztekammer, mehr Geld für die Krankenhäuser vom Bund. HKG-Präsident Friedel Mägdefrau forderte zügige Reformen, und Dr. Michael Popović bezeichnete eine angemessene Bezahlung als längst überfällig. So könne nicht weiter hingenommen werden, daß Ärzte im Praktikum in der Stunde weniger als eine Putzfrau verdienten. Als Konsequenz aus den Umfrageergebnissen kündigte Silke Lautenschläger eine „konzertierte Aktion“ mit den Spitzenverbänden im Gesundheitswesen an, um gemeinsam Lösungen zu erarbeiten. Auch soll im Laufe des Jahres eine Experten-Anhörung zur Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern stattfinden.

Katja Möhrle

Buchstaben

Fragen über Fragen....

Wir haben dazugelernt. Wir wissen, was die K-Frage ist, die S-Frage entpuppt sich als die Strategiefrage, weitere Buchstaben des Alphabets stehen natürlich der Politik zur Verfügung, wir vermuten, daß bis zur Bundestagswahl einige Buchstaben noch verbraucht werden, so das T für die Tarnfrage und das F für die Finanzfrage.

Vielleicht müssen wir auf manchen Buchstaben verzichten, z.B. auf die G-Frage, die der Politik zur Verfü-

gung steht, entweder für die Geheimfrage, die Gehaltsfrage oder vielleicht sogar für die Gesundheitsfrage.

Die bisher bekannten Buchstaben bleiben der aktuellen Bundespolitik überlassen, Überraschungen sind möglich und werden bis zur S-Frage (Septemberfrage) verbraucht sein.

Aber die Medizin, die Ärzteschaft - natürlich zusammen mit der P = Patientenfrage - wollen auch einige Buchstaben "besetzen", um nicht ins Hintertreffen zu geraten. Da das

deutsche Alphabet nicht allzu groß ist, werden wir auch mit Doppelbuchstaben oder verständlichen Abkürzungen arbeiten; das verstehen dann sogar die Journalisten, die Abgeordneten, die Vorsitzenden und andere Stellvertreter.

Hier sind einige Vorschläge: die Z-Frage (Zeit-Frage, außerordentlich wichtig), die Hon-Frage (braucht nicht übersetzt zu werden, schreibt sich aber ohne H), die Weh-Frage (Weiterbildungsfrage), die M-Frage (Mitbestimmung), die A-Frage (kann individuell ausgelegt werden) und die Z-Frage steht für Zeit, Zeitung, Ziele und Zusammenarbeit.

Fragen über Fragen, so wird es wohl bleiben, wenn sich in der Gesundheitspolitik nicht bald etwas ändert. Niemand kann zaubern, aber ZUHÖREN sollten alle lernen, sonst stolpern wir weiter im Kreis und sprechen dann sicher nur noch von der X-Frage.

Wolfgang Weimershaus

Ärztewoche Thüringen 2002 5. – 7. April 2002, Weimar

Kongreß- und Tagungsort: congress centrum neue weimarhalle

Veranstalter: Landesärztekammer Thüringen, Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Verband der Leitenden Krankenhausärzte Thüringens e.V.

Information: Kongreß- und Kulturmanagement GmbH,
Postfach 3664, 99407 Weimar.
Tel. 03643 / 24680,

Internet: www.kukm.de/aerztewoche2002

Psychotherapie als Kernleistung erhalten!

Podiumsdiskussion der DGPT am 25.1.2002 mit klaren Aussagen zum Erhalt der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie in der GKV

Die DGPT (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.) hält daran fest: Psychotherapie ist ein unverzichtbarer Bestandteil des solidarischen Systems der GKV. Im Interesse der versicherten Patienten müssen tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie als Anwendungen der analytischen Methode allen Patienten zugänglich bleiben. Ihr Einsatz in der Krankenbehandlung ist durch die Psychotherapie-Richtlinien geregelt. Danach gelten immer „die Grundsätze der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung, auch hinsichtlich ihres Umfangs“ (Psychotherapie-Vereinbarung, A §1(3)). Diese werden in einem anspruchsvollen Gutachterverfahren geprüft, das damit eine Qualitätssicherung vor Erbringung der Leistung vorschreibt, für die es im Rahmen anderer medizinischer Leistungen kaum einen vergleichbaren Standard gibt.

Annähernd 150 Teilnehmer waren der Einladung der DGPT in den Sitzungssaal der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in Frankfurt gefolgt, die Podiumsdiskussion unter Gesundheits-sachverständigen, Wissenschaftlern und Verbandsvertretern zu verfolgen und sich mit kritischen Fragen einzumischen.

Anlaß für die Podiumsdiskussion waren die Aussagen eines Politikers, der zwar eingeladen war, sich der Diskussion aber nicht stellen wollte. F. Gerster, Minister für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz, hatte in einem Interview mit der FR am 11. August vergangenen Jahres die tiefenpsychologisch „orientierte“ (fundierte?) Psychothera-

pie als eine Leistung benannt, die aus dem Katalog der Kernleistungen der GKV gestrichen werden könne. In Briefen an unterschiedliche Psychotherapieverbände, die daraufhin bei ihm interveniert hatten, hatte er diese Aussage wiederholt, verknüpft mit dem Hinweis, jede Leistung in der GKV müsse auf ihre Effizienz und Effektivität hin überprüfbar bleiben. Zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie gebe es effizientere Alternativen. Weiterhin äußerte er, es „müsse jenseits des Schulenstreits eine Grundlage für eine allgemeine und wissenschaftlich fundierte Psychotherapie, die erfolgreich arbeitet und wirtschaftlich vertretbar ist, entwickelt werden.“

Der Einladung, bei der Podiumsdiskussion seine Thesen zu erörtern und zu verteidigen, folgte Minister Gerster nicht und schrieb, er bitte um „Verständnis dafür, daß er beim gegenwärtigen Stand der Debatte um eine Gesundheitsstrukturreform, die erst nach der kommenden Bundestagswahl umgesetzt wird, es nicht für sinnvoll hält, Detailpunkte, die bisher nicht auf der Vorschlagsliste stehen, auf öffentlichen Podien zu erörtern“ (Zitat aus dem Schreiben seines Büros vom 26.11.2001).

Anders sahen dies diejenigen Podiumsteilnehmer, welche die Einladung der DGPT nicht ausschlugen: Staatssekretär a.D. Karl Jung, Vorsitzender des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und des Koordinierungsausschusses, Professor Dr. med.

Gisela Fischer, Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Dr. med. Jörg Hempel, Vorstandsmitglied der KV Hessen, Norbert Fischer, Vorsitzender der Vertragsabteilung des Verbandes der Angestelltenkrankenkassen, Dr. Christa Schaff, Vorsitzende des Beratenden Fachausschusses KBV, Vorsitzende des Berufsverbandes der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Deutschland, Professor Dr. phil. Gerd Rudolf, Direktor der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg, Professor Dr. phil. Marianne Leuzinger-Bohleber, Gesamthochschule Kassel und Sigmund Freud-Institut Frankfurt, Dipl.-Psych. Christa Leiendecker, Vorsitzende des Landesverbandes Hessen der DGPT und Dr. med. Dipl.-Soz. Alf Gerlach, Vorsitzender der DGPT.

Diese diskutierten untereinander und mit dem Plenum unter Moderation von Wolfgang van den Bergh von der Ärztezeitung.

Zur Freude der einladenden DGPT konnte A. Gerlach zu Beginn ein Grußwort von Bundesgesundheitsministerin U. Schmidt verlesen, in dem diese die Behandlung psychischer Störungen als einen unverzichtbaren Bestandteil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Kranken-

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

versicherung unterstrich. Damit stellte sie sich hinter das Motto der Veranstaltung: „Psychotherapie ist eine Leistung erster Wahl – und sie wird es bleiben.“

Bedenken meldete Karl Jung an, der im Rückgriff auf seinen mit Professor Dr. F. Schwartz, dem Vorsitzenden des Sachverständigenrats, vor zwei Jahren veröffentlichten Artikel zu mittelfristigen Reformschritten in der GKV die dort konzeptualisierte Neufassung des Leistungskataloges als weiterhin notwendig vertrat. Nach seiner Auffassung komme man an einer Differenzierung in Kernleistungen und Ergänzungsleistungen nicht vorbei. Er wollte sich allerdings nicht festlegen, ob dies denn die Psychotherapie treffen müsse. Gisela Fischer rückte in ihrem Statement von ihrem Sachverständigenratskollegen Schwartz ab und betonte die Gleichwertigkeit der Vorgaben des Sozialgesetzbuches V für alle medizinischen Leistungen, auch für die Psychotherapie. Schwartz habe im übrigen immer wieder betont, daß er mit seinen damaligen Äußerungen, die er in dieser Form später nie wieder aufgegriffen habe, nicht einen Standpunkt des Sachverständigenrats, sondern seine private Meinung vertreten habe.

Jörg Hempel unterstrich nochmals die Bedeutung der Integration der Psychotherapie in die KV-Strukturen betonte aber, daß der augenblickliche Zustand als beklagenswert bezeichnet werden muß, denn in allen Fachrichtungen herrscht Knappheit der Budgets. Christa Schaff sieht in dieser Mängelsituation insbesondere für die Psychotherapeuten eine schwierige Ausgangsposition in den KVen, da die Akzeptanz unter den ärztlichen Kollegen nach ihrer Sicht noch nicht ausreichend ausgeprägt ist. Sie warb für das ganzheitliche Menschenbild und die Erkenntnis der Verbindung von psychischen und somatischen Störungen. Norbert Fischer betonte die Ausschöpfung vorhandener Rationalisierungspotentiale vor einer Diskussion über eine Neufassung des Leistungskataloges. Auf sein Hervorheben von Effizienzkriterien konnten Marianne Leuzinger-Bohleber und Gerd Rudolf auf die

Die Psychoanalyse hat in ihrer über 100-jährigen Geschichte ein großes Wissen über psychische Störungen und deren Behandlung zusammengetragen. Durch die ständige Weiterentwicklung von Theorie und Praxis wird in der Regel unterschieden zwischen:

- ▶ tiefenpsychologisch fundierter (1- bis 2-stündig im Sitzen) und
- ▶ analytischer Psychotherapie (mehrstündig, in der Regel im Liegen).

Weitere psychodynamische Therapieverfahren sind:

- ▶ Kurzzeitherapien
- ▶ analytische Gruppentherapie und
- ▶ Paar- und Familientherapie.

In der Hand des erfahrenen und gründlich ausgebildeten Psychotherapeuten werden diese Verfahren differenziert den Erfordernissen der Patienten hinsichtlich Störungsbild, Persönlichkeits-Eigenarten, sozialen Lebensumständen, Ressourcen und Erfolgsaussichten angepasst. Die wissenschaftlichen Befunde zu Indikation und Wirksamkeit der Psychoanalyse und der verschiedenen psychodynamischen Verfahren bestätigen dies Praxis.

In Anlehnung an: Indikation und Wirksamkeit, Informationsschrift der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung.

zahlreichen Psychotherapie-Studien verweisen, die aus methodischen Gründen andere Kriterien als die der Pharma-Forschung erfüllen müßten, aber dennoch zur Genüge den wissenschaftlichen Nachweis für die Wirksamkeit von Psychotherapie erbracht hätten. Anhand der Ergebnisse der Langzeitstudie der DGPT zur analytischen Psychotherapie und der DPV-Katamnesestudie demonstrierten die beiden Psychotherapie-Forscher v.a. die Langzeitwirkungen der analytischen Methode und die Indikationsbezogenheit des eingesetzten Psychotherapieverfahrens. Die Kosten einer Langzeit-Analyse – so ein Ergebnis – amortisierten sich bereits im zweiten Behandlungsjahr; außerdem war bis sieben Jahre nach Abschluß der Behandlung statistisch signifikant nachweisbar, daß die Patienten durch seltenere Krankenschreibungen, Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte und Medikamenteneinnahme den Krankenkassen Kosten einsparten. Christa Leindecker unterstrich die Notwendigkeit, psychotherapeutisches Wissen auch bei den aktuell diskutierten Programmen zum Disease-Management einzubeziehen. Sie verwies in diesem Zusammenhang besonders auf das virulente Problem der oft beklagten Compliance in der Krankenbehandlung.

Somit zeigten die auf dem Podium vertretenen Positionen bei aller Divergenz doch ein notwendiges Bemühen um sachliche Diskussion und grenzten sich

wohltuend von der von Florian Gerster vorgeführten Haltung ab, zunächst eine Detaildiskussion zu entfallen, sie dann aber doch nicht konsequent zu führen. In den Diskussionen wurde deutlich, daß auch die Anwendung von Psychotherapie selbstverständlich dem Gebot der Wirtschaftlichkeit zu folgen hat, daß aber keinesfalls das psychische Verständnis für die Patienten, seien sie körperlich oder seelisch erkrankt, kurzfristigen finanziellen Zwängen geopfert werden darf.

Alf Gerlach kreidete in seinem Schlußstatement an, daß Gerster sich in wissenschaftlich zu klärende Fragen einmische und eine aktive Entsolidarisierung der GKV betreibe, z.B. mit der Äußerung, 90 % aller gesetzlich Krankenversicherter dächten nicht im Traum daran, zu einem Psychoanalytiker zu gehen. Folge man dieser Überlegung, müßten alle Leistungen gestrichen werden, die von weniger als zehn Prozent der Versicherten in Anspruch genommen werden.

Epilog:

Am 28. Januar hat auch der „Runde Tisch“ (gegen ein Minderheitenvotum der Arbeitgeber) festgelegt: Nach übereinstimmender Auffassung von Bundesgesundheitsministerium, Ärzten und Krankenkassen solle der Leistungskatalog der GKV nicht aufgeteilt werden.

Alice Leugermann

Aktuelle Aspekte der Pathogenese, Diagnostik und Therapie

Schilddrüse

P.-M. Schumm-Draeger

Zusammenfassung

Aufgrund der weiterhin unzureichenden Jodversorgung in Deutschland ist eine suffiziente Prävention der Jodmangelstruma zu fordern, die insbesondere für das heranwachsende Kind, in der Pubertät, der Schwangerschaft und Stillzeit sowie bei positiver Familienanamnese eine ausreichende Jodzufuhr garantieren muß. Eine effektive Rückbildung der euthyreoten Struma diffusa wird bei Erwachsenen mittels einer Kombination aus Thyroxin und Jodid (Verhältnis 1:2) erreicht. Die Struma nodosa ist medikamentösen Maßnahmen schwer zugänglich und muß in der Regel durch Schilddrüsenoperation oder 131-Jod-Therapie behandelt werden. Als häufige Ursache der Hypothyreose ist die Autoimmunthyreoiditis Hashimoto vor allem bei Frauen in höherem Lebensalter von klinischer Bedeutung. Unter anderem modulieren die Zufuhr von Jod und Schilddrüsenhormon die Ausprägung und den Verlauf des Autoimmunprozesses und müssen therapeutisch bedacht werden. Die Diagnose und möglicherweise Prognose der Hyperthyreose Morbus Basedow können durch Verwendung des humanen TSH-Rezeptors in der Bestimmung von TSH-Rezeptorautoantikörpern entscheidend verbessert werden. Inwieweit immunmodulierende Wirkungen über den TSH-Rezeptor Eingang in die Therapie der Erkrankung finden werden, ist derzeit noch offen.

Einleitung

Weit mehr als 20 Millionen Deutsche leiden unter einer behandlungsbedürftigen Jodmangelstruma, die bei suffizienter genereller Jodprophylaxe ein vermeidbares Krankheitsbild darstel-

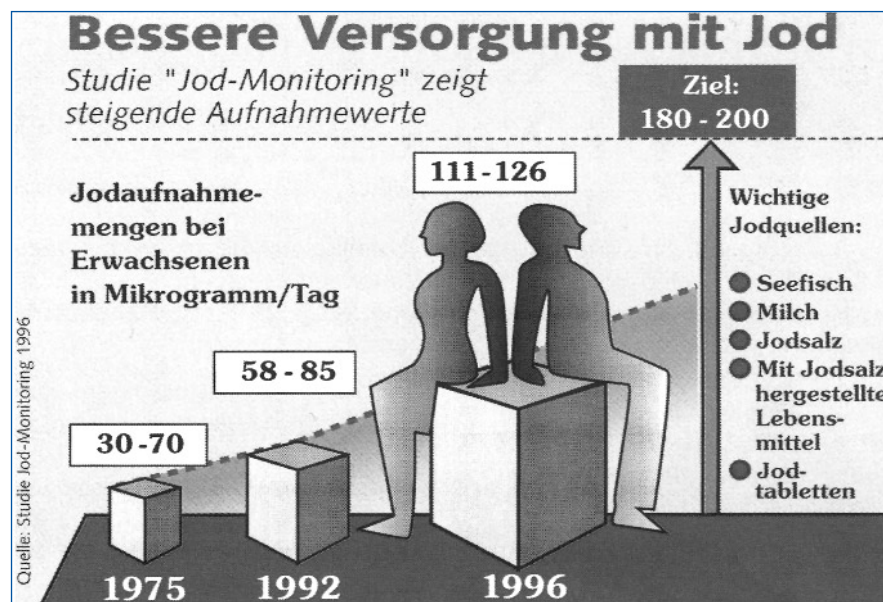


Abb.1: Ergebnisse der Studie „Jod-Monitoring 1996“. Bessere, aber nicht normalisierte Jodversorgung bei Erwachsenen.

len würde (4, 11). Neueste Erkenntnisse molekularer Forschung differenzieren Proliferations- und Funktionseigenschaften von Schilddrüsenknoten (3). Die Charakterisierung des Gens für die Jodaufnahme der Schilddrüse (Natriumjodidsymporther, NIS) eröffnet die Möglichkeit, das klinische, epidemiologische und biochemische Wissen über die effiziente Anreicherung des essentiellen Spurenelements Jod auf molekularer Basis nachzuvollziehen und prospektiv diagnostisch und therapeutisch zu nutzen (9). Autoimmunerkrankungen der Schilddrüse sind häufige Ursache von Funktionsstörungen (Hyper-, Hypothyreosen) (14, 15). Die differenzierte Untersuchung pathogenetischer und pathophysiologischer Zusammenhänge dieser Autoimmunthyreopathien eröffnet diagnostisch und therapeutisch neue Ansatzpunkte der Behandlung (2, 7, 8, 12, 13).

Struma durch Jodmangel

Weltweit beträgt die Inzidenz des Jodmangels und der damit assoziierten Erkrankungen – vor allem der Jodmangelstruma – 11 % der Gesamtbevölkerung und stellt damit eine immer noch endemische Erkrankung dar. In der Bundesrepublik Deutschland gibt es weit mehr als 20 Millionen Kropfträger. Der auslösende Faktor zur Entwicklung einer Struma bei unzureichender alimentärer Jodversorgung ist neben der Geschlechtszugehörigkeit (weibliches Geschlecht bis zu 10fach häufiger betroffen) und einer genetischen Disposition in erster Linie der intrathyreoidale Jodmangel, der vermittelt über verschiedene Wachstumsfaktoren einen starken proliferativen Effekt auf die Schilddrüse ausübt und zur Hyperplasie des Organs führt. Thyreotropin (TSH) fördert die Hypertrophie der Schilddrüsenzellen und ist, entgegen der früheren Lehrmeinung,



nicht der primär auslösende Faktor einer Strumaentwicklung. Der entscheidende pathogenetische Mechanismus wird über den intrathyreoidalen Jodmangel im Zusammenspiel mit Wachstumsfaktoren (z.B. IGF1, EGF, TGF, SGF), TSH sowie bestimmte, die proliferativen Prozesse der Schilddrüse hemmenden Faktoren (z.B. Jodlaktone) vermittelt (4). Ein längerfristig bestehender Jodmangel kann von der gesunden Schilddrüse nicht ausgeglichen werden und führt zu Jodmangelkrankheiten, deren Häufigkeit und Ausprägung entscheidend vom Schweregrad des bestehenden Jodmangels bestimmt werden. In Abhängigkeit von der Zeitdauer der Jodmangelsituation kommt es gehäuft zur Ausbildung von knotigen Schilddrüsenveränderungen.

Aktuelle Situationen der Jodversorgung und Strumaprävalenz in Deutschland

Aktuelle Jodversorgung in Deutschland

Eine vom Bundesministerium für Gesundheit veranlaßte repräsentative Studie („Jod – Monitoring, 1996“) zeigte, daß 1996 die durchschnittliche Jodzufuhr 119 µg pro Tag betrug (Männer: 126 µg, Frauen: 111 µg; Abb. 1). Wenngleich sich hier eine deutliche Verbesserung der Jodversorgung der Bevölkerung abzeichnet, so besteht nach wie vor ein nicht akzeptables Defizit der Jodzufuhr von mindestens 80 µg pro Tag, d.h. ein Drittel der empfohlenen Jodzufuhrmenge fehlt noch immer. Insbesondere ist hier auch festzustellen, daß bei dieser an 2.500 Jugendlichen und Erwachsenen durchgeführten Untersuchung regionale Unterschiede der Jodzufuhr von ca. 60 µg pro Tag bestanden. Zahlreiche weitere Untersuchungen in verschiedenen Regionen Deutschlands haben den aktuellen Stand der Jodprophylaxe evaluiert und zeigen zusammenfassend, daß die Jodversorgung in Deutschland aufgrund der auf dem Freiwilligkeitsprinzip beruhenden Verwendung des jodierten Speisesalzes zwar noch unter der von der

WHO geforderten Menge von 150 – 300 µg Jodid pro Tag liegt, allerdings eine signifikante Verbesserung der Jodversorgung der Bevölkerung durch die verschiedenen Maßnahmen der Jodprophylaxe eingetreten ist. Die aktuellen bis heute vorliegenden Studiendaten weisen aus, daß die mittlere Jodversorgung (gemessen mit der Jodausscheidung in µg pro g/Kreatinin) zwischen 100 und 120 µg pro g/Kreatinin anzusetzen ist. Selbstverständlich ergeben sich erhebliche regionale Schwankungen (5, 5a). Wenngleich mehr als 80 % der Bevölkerung die Verwendung von jodiertem Speisesalz im Haushalt angeben, so ist dies für die Normalisierung der Jodversorgung völlig unzureichend, weil zum einen hier nur weniger als 10 % der täglichen Salzaufnahme erfolgt und darüber hinaus wegen anderer Erkrankungen wie z.B. der Hypertonie eine eher salzarme Nahrungszubereitung empfohlen wird. Aus Bäckereierzeugnissen stammen etwa 40 %, aus Fleischwaren 30 %, aus Molkereiprodukten 13 % der täglichen Salzaufnahme, der Rest wird aus Gemüse und Fischprodukten bezogen. Aufgrund von Erhebung des Arbeitskreises Jodmangel kann davon ausgegangen werden, daß zunehmend jodiertes Speisesalz von Bäckereien, Fleischereien und auch bei der Herstellung von Halbfertiggerichtern und Konserven verwendet wird (11). Auch in der Gemeinschaftsverpflegung geben über 80 % dieser Einrichtungen an, jodiertes Speisesalz zu verwenden. Der Verzehr von Meeresfisch steht demgegenüber bei nur 20 % im Hintergrund.

Aktuelle Strumaprävalenz in Deutschland

Wie eine hochaktuelle zur Zeit bundesweit durchgeführte Screening-Aktion mit Schilddrüsen-Ultraschalluntersuchungen, organisiert durch die Schilddrüseninitiative „PAPILLON“, bei inzwischen 47.687 18- bis 65-jährigen Männern und Frauen in Deutschland zeigt, haben mehr als 30 % der untersuchten Personen einen pathologischen

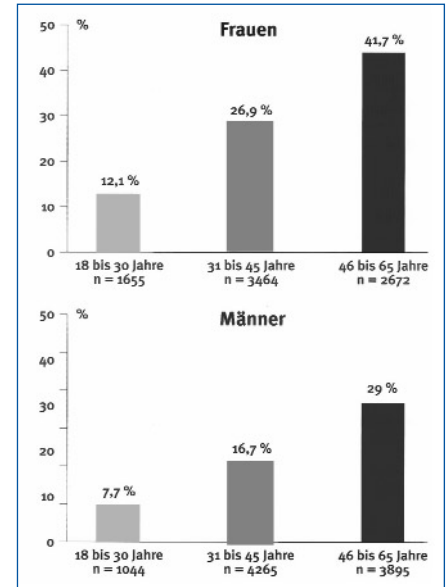


Abb.2: Schilddrüsen-Ultraschall-Screening (Schilddrüsen-Initiative PAPILLON) bei 8.280 Frauen und 9.537 Männern: Knoten (mit/ohne Sturma) in Abhängigkeit von Geschlecht und Lebensalter.

Schilddrüsenbefund wie eine Struma bzw. knotige Schilddrüsenveränderungen. Wie Abbildung 2 beispielhaft für diese Schilddrüsenultraschall-Screening-Aktion zeigt (hier mehr als 17.000 der untersuchten Personen), nehmen die pathologischen Schilddrüsenbefunde deutlich altersabhängig zu und sind offensichtlich auch bei der männlichen Bevölkerung wesentlich häufiger nachweisbar als angenommen. Die abschließende Auswertung dieser Ultraschallaktion in Deutschland wird mit einem bisher nicht verfügbaren Datenmaterial über die Häufigkeit von überwiegend jodmangelbedingten Schilddrüsenbefunden Auskunft geben. Es muß allerdings berücksichtigt werden, daß sich die hier nachgewiesenen pathologischen Schilddrüsenbefunde über viele Jahre der deutlich schlechteren Jodversorgung (Abb. 1) entwickelt haben und nicht mit der heute gebesserten Jodversorgung der Bevölkerung korreliert werden dürfen.

Prävention der Jodmangelstruma

Solange keine generell eingeführte Jodsalzprophylaxe in Deutschland eine ausreichende Jodaufnahme der Bevöl-



kerung garantiert, müssen nachfolgende Forderungen zur Anwendung kommen.

Forderungen zur Verbesserung bzw. Normalisierung der Jodversorgung der Bevölkerung in Deutschland:

a) Schwangerschaft und Stillzeit

Es ist zu fordern, daß über die 1995 in den Mutterschaftsrichtlinien angenommene ärztliche Beratung und ernährungsmedizinische Empfehlung zum Thema Jodmangel hinaus in Tablettenform die Jodidprophylaxe mit 150 – 200 µg/Tag generell verordnet wird. Darüber hinaus ist eine Aufklärung bezüglich ernährungstechnischer Maßnahmen zur Normalisierung der Jodversorgung obligat zu fordern.

b) Heranwachsendes Kind, Pubertät

Im Zusammenhang mit den vorgeschriebenen Regeluntersuchungen des heranwachsenden Kindes muß eine Beratung bezüglich der Jodversorgung erfolgen. Diese muß eine Ernährungsberatung sowie die in Abhängigkeit vom Lebensalter notwendige Empfehlung der Jodzufuhr in Form von Jodidtabletten beinhalten (ab dem 1. Lebensjahr 100 µg Jodid/Tag).

c) Jugendliche, junge Erwachsene

Von ärztlicher Seite und von anderen beratenden Gesundheitsinstitutionen muß verlässlich weitergegeben werden, daß die Notwendigkeit einer ausreichenden Jodversorgung über die Ernährung besteht und vor allem bei Frauen und immer bei positiver Familienanamnese durch die Gabe von 100 µg Jodid/Tag garantiert sein muß.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß bei einer generellen Verwendung von jodiertem Speisesalz in allen Grundnahrungsmitteln (Bäckereiwaren, Fleisch- und Wurstwaren, Fertignahrungsmittel usw.) die Jodversorgung der Bevölkerung den von der WHO empfohlenen Richtwerten von 150 – 300 µg Jodid/Tag entsprechen würde und dann

eine Kropfentwicklung aufgrund des Jodmangels völlig vermeidbar wäre. Sicher wäre ein solches Vorgehen dem gegenwärtigen freiwilligen Zusatz von jodiertem Speisesalz weit überlegen und würde zuverlässig die an sich vermeidbaren Jodmangelkrankungen beseitigen.

Effektive Therapie der Jodmangelstruma mit Jod bzw. Jod und Schilddrüsenhormon

Aufgrund der fortbestehenden Jodmangelsituation in der Bundesrepublik Deutschland mit einer entsprechend hohen Kropfprävalenz hat eine optimale Gestaltung des Therapiekonzepts der Struma besonderen Stellenwert. Das kann bei Patienten nach unzureichender Prävention der Jodmangelstruma nur dann in eine medikamentöse Therapie münden, wenn eine euthyreote (Serum-TSH-Wert im Normalbereich) und rein diffus vergrößerte Schilddrüse (sonographischer Nachweis einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Knoten) besteht.

In den letzten Jahren haben verschiedene klinische und experimentelle Untersuchungen gezeigt, daß Hypertrophie und Hyperplasie der Jodmangelstruma mit größter Effektivität unter einer Kombinationsbehandlung mit Schilddrüsenhormonen und Jodid zurückgebildet werden können. Insbesondere experimentelle Studien haben belegt, daß die wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Rückbildung des Hyperplasie des Jodmangelkropfes die Normalisierung des intrathyreoidalen Jodgehaltes ist und dabei unterstützend die kombinierte Schilddrüsenhormongabe die Hypertrophie des Schilddrüsenorgans vermindert.

Wenngleich bei Kindern bis zur Pubertät eine Monotherapie mit 100 – 200 µg Jodid eine gute Strumarückbildung induziert, ist bei Jugendlichen und Erwachsenen ein entscheidender Vorteil der Kombinationsbehandlung klar nachgewiesen. Die Frage, welches das optimale Dosierungsverhältnis von Thyroxin und Jodid in der klinischen Therapie im Hinblick auf eine möglichst hohe Effektivität der Behandlung darstellt,

wurde experimentell mittels eines Xenotransplantationsmodells untersucht (8).

Die Ergebnisse der experimentellen Untersuchung humaner Strumagewebe unter verschiedenen Dosierungen mit Thyroxin und Jodid zeigen, daß eine Kombinationstherapie von Thyroxin und Jodid im Verhältnis 1:2 am effektivsten eine Rückbildung der Jodmangelstruma bewirkt. Sowohl die morphologischen Charakteristika als auch die gesteigerte Proliferationsrate der Jodmangelstruma werden signifikant besser zurückgebildet, wobei der Jodgehalt der humanen Strumagewebe signifikant stärker ansteigt.

In der Therapie von Patienten mit euthyreotem diffusum Jodmangelkropf ist eine Dosierung von Thyroxin und Jodid im Verhältnis 1:2 anzustreben, um eine möglichst hohe Effektivität der Behandlung im Hinblick auf eine Rückbildung der Schilddrüsenvergrößerung zu erreichen (z.B. 75 µg Levothyroxin plus 150 µg Jodid; bei zukünftig weiter verbesserter Jodversorgung der Bevölkerung ist gegebenenfalls eine Reduktion der Dosierungen möglich). Tabelle 1 faßt die aktuelle Vorgehensweise in der Therapie der euthyreoten diffusen Jodmangelstruma zusammen.

Therapie mit Jodid oder Jodid plus Levothyroxin

- Jodid (100µg/Tag): Kinder bis Pubertät
- Jodid (200µg/Tag): Pubertät, Jugendliche
- Jodid + Levothyroxin (150 µg J + 75 µg T4):
- Jugendliche und Erwachsene
- Therapiedauer: mindestens 6 Monate
- Therapiekontrolle: Schilddrüsenvolumen (Sonographie)
- Prophylaxe nach Therapie: Jodid 100-200 µg/Tag

Tab.1: Euthyreote, diffuse Jodmangelstruma: Empfehlungen zur Therapie

Von der diffusen Struma zur Knotenstruma

Bei Fortbestehen der Jodmangelsituation entwickelt sich allmählich aus einer Struma diffusa eine fortschreitende knotige Umwandlung der Schilddrüse mit der Entwicklung von funktionell autonomen, szintigraphisch vermehrt

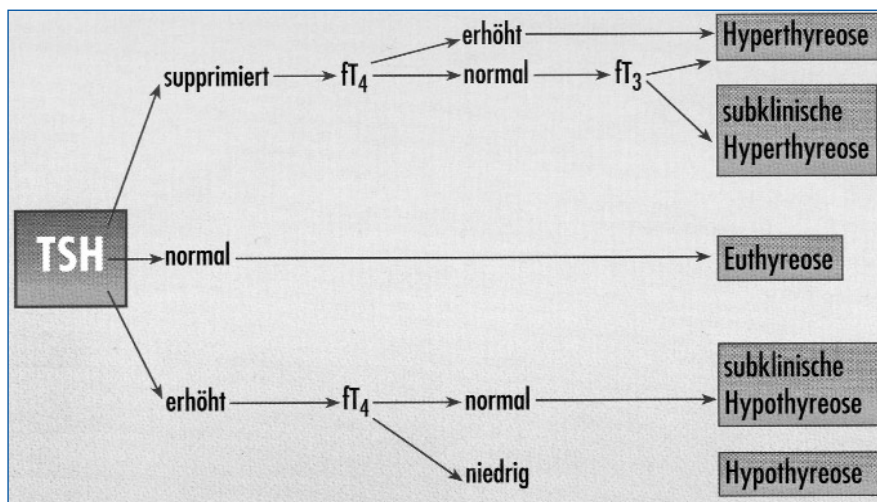


Abb.3: Rationelle Schilddrüsenfunktionsdiagnostik

speichernden und/oder am Schilddrüsenstoffwechsel nicht teilnehmenden szintigraphisch vermindert speichernden kalten Knoten.

Aktuelle molekulare Untersuchungen zur Pathogenese der Knotenstruma zeigen, daß in derselben Knotenstruma meistens klonale und polyklonale Schilddrüsenknoten – histologisch nicht voneinander zu unterscheiden – vorliegen. Für eine differenzierte diagnostische Beurteilung von Schilddrüsenknoten zeigen Untersuchungen der molekularen Schilddrüsenforschung (Wachstumsverhalten, Expression von Protoonkogenen sowie anderen molekularen Veränderungen) prospektiv auf, welcher Differenzierungsgrad, welche Proliferationsrate und Wachstumseigenschaft im Hinblick auf Tumorbildung oder Funktionsveränderungen den Schilddrüsenknoten zu eigen sind (3).

Die Struma nodosa ist einer medikamentösen Therapie kaum mehr zugänglich und ist, in Abhängigkeit der individuellen Situation des Patienten, durch definitive Behandlungsmaßnahmen wie die Schilddrüsenoperation oder eine 131-Radiojodtherapie zu behandeln. Die differentialdiagnostische Abklärung von Schilddrüsenknoten gerade in multinodösen Strumen im Hinblick auf eine maligne Entwicklung kann sich schwierig gestalten. Die Kombination von klinischer Untersuchung, Sonographie und Szintigraphie der Schilddrüse und gegebe-

nenfalls einer zytologischen Abklärung suspekter Schilddrüsenknoten durch eine sonographisch gezielte Feinnadelpunktion müssen hier zur Anwendung kommen. Im Falle einer Größenzunahme vor allem sonographisch echokomplexer und szintigraphisch minderspeichernder Schilddrüsenknoten ist eine histologische Abklärung immer anzustreben.

Insbesondere durch einen mit zunehmendem Lebensalter im endemischen Jodmangelgebiet stetigen Anstieg der funktionellen Schilddrüsenautonomie nimmt auch dementsprechend die Prävalenz latenter oder manifester Hyperthyreosen aufgrund autonomer Schilddrüsenknoten zu. Im Hinblick auf die gerade im höheren Lebensalter vor allem durch diagnostische Maßnahmen vermehrte Jodexposition wächst gleichzeitig die Gefahr schwerer jodinduzierter Hyperthyreosen. Sie sind unter medikamentösen Maßnahmen häufig nicht zu stabilisieren und zumeist nur durch eine frühzeitige, trotz schwerer Hyperthyreose durchgeführte Schilddrüsenoperation in den Griff zu bekommen.

Rationelle Diagnostik von Schilddrüsenerkrankungen

Sowohl bei der Struma nodosa als auch bei den im folgenden dargestellten Autoimmunerkrankungen der Schilddrüse muß eine Funktionsstörung des Organs ausgeschlossen bzw. sicher nachgewiesen werden, um das therapeutische Vor-

gehen optimal gestalten zu können (siehe Abb. 3).

Nach eingehender Anamnese und klinischer Untersuchung des Patienten stellt hier für die Funktionsdiagnostik der Schilddrüse die Bestimmung des Serum-TSH-Wertes mit den entsprechenden sensitiven Labormethoden den ersten und wesentlichen Schritt einer rationalen Diagnostik dar. Wird ein Serum-TSH-Wert im Normalbereich gemessen, sind eine Schilddrüsenüberfunktion sowie eine Schilddrüsenunterfunktion ausgeschlossen. Bei pathologischem Ergebnis der Serum-TSH-Bestimmung muß eine erweiterte Nachweisdiagnostik erfolgen, die eine Untersuchung des freien Serum-Thyroxin-Wertes (fT₄) und, bei Hyperthyreose-Verdacht, des Trijodthyronin-Wertes (fT₃) beinhaltet. Zur weiteren Differentialdiagnostik einer Autoimmunthyreoiditis kann die Bestimmung der entsprechenden Autoantikörper notwendig werden.

Die wesentliche Screening-Methode zur Ermittlung morphologischer Schilddrüsenveränderungen stellt die Schilddrüsen-Sonographie dar, mit der das Schilddrüsenvolumen sowie die Echotextur des gesamten Organs (diffuse sowie fokale, knotige Veränderungen) beurteilt werden können. Im Falle einer Schilddrüsenfunktionsstörung oder von Schilddrüsenknoten muß zur weiteren Abklärung eine Schilddrüsen-szintigraphie veranlaßt werden. Insbesondere der Nachweis einer Schilddrüsenautonomie ist immer szintigraphisch zu führen.

Eine ergänzende zytologische Abklärung eines Schilddrüsenbefundes mittels sonographisch gezielter Feinnadelpunktion ist vor allem zur Abklärung Malignitäts-verdächtiger Knoten einzusetzen.

Autoimmunthyreoiditis

Grundsätzlich werden mit dem Begriff Autoimmunthyreoiditis ganz verschiedene Krankheitsbilder zusammengefaßt, die sowohl durch klinische als auch serologische und histologische Charakteristika gekennzeichnet sind und sowohl zur Hypothyreose (Thyreoiditis Hashimoto) als auch zur Hyperthyreose (Morbus Basedow) führen können. Insbesondere



das Ausmaß der lymphozytären Infiltration sowie der Fibrose variiert bezüglich der histopathologischen Charakteristika der Autoimmunthyreoiditiden. Sicher sind für diese Krankheitsvarianten verschiedene pathogenetische Mechanismen verantwortlich, wobei die Verbindung der Krankheitsbilder bzw. der Übergang ineinander in vielerlei Hinsicht noch ungeklärt bleibt.

Prävalenz und Pathogenese der Autoimmunthyreoiditis Hashimoto

Die klinisch wichtigste Form der Autoimmunthyreoiditis stellt die chronische Thyreoiditis Hashimoto dar, die sowohl als atrophische Thyreoiditis mit fast immer symptomloser schleichender Destruktion des Organs verlaufen kann oder – als klassische Hashimoto-Thyreoiditis – mit einer Schilddrüsenhypertrophie als kleinknotige schmerzlose Struma einhergeht. Die Thyreoiditis Hashimoto stellt vor allem bei Frauen im höheren Lebensalter die häufigste Ursache einer Hypothyreose dar und ist bei positivem Nachweis von TPO-Antikörpern mit mindestens 5 % Frauen auf 100 Personen pro Jahr anzugeben (14). Frauen erkranken etwa fünfmal häufiger an einer Autoimmunthyreoiditis, der Erkrankungsgipfel liegt zwischen dem 50. – 70. Lebensjahr. Während die Prävalenz der manifesten Hypothyreose bei 1,5 – 2 % der Bevölkerung anzugeben ist, wird eine subklinische Hypothyreose bei bis zu 10 – 15 % vor allem der älteren Frauen gefunden und ist überwiegend durch eine Autoimmunthyreoiditis bedingt (Abb. 4).



Abb. 4: Patientin (68 Jahre) mit Autoimmunthyreoiditis und manifester Hypothyreose.

Die Entstehung der Autoimmunthyreoiditis wird sowohl durch genetische Faktoren (MHC-Klasse II-Moleküle, Regulationsgene der Zytokine und T-Zellen) sowie durch nicht genetisch determinierte Faktoren (wie z.B. Infektionen, Streßsituationen oder eine stark erhöhte Jodzufuhr) sowohl in der Initialphase als auch im Verlauf der Autoimmunthyreoiditis beeinflusst.

Ein wesentliches initiales Ereignis des Autoimmunprozesses der Schilddrüse ist

- ▶ Die Aufnahme des Antigens durch antigenpräsentierende Zellen.
- ▶ Die anschließende Antigenpräsentation in Verbindung mit dem T-Zell-Rezeptor unter Vermittlung der MHC-Klasse II-Moleküle sowie costimulatorischer Signale (Liganden, Familie B7) und
- ▶ Die anschließende T-Zell Aktivierung, Freisetzung von Zytokinen und Anregung von B-Zellen zur spezifischen Antikörperproduktion.

Die chronische Perpetuierung des autoimmunologischen Schilddrüsenprozesses wird vor allem durch die Präsentation von Klasse-II-Molekülen und Antigenen durch die Schilddrüsenzellen selbst verursacht, indem so eine kontinuierliche Stimulation von T-Zellen und co-Stimulatoren erfolgt. Gleichzeitig beeinträchtigen die durch infiltrierende T-Lymphozyten produzierten Zytokine die Schilddrüsenzellfunktion und begünstigen die Hypothyreoseentwicklung entsprechend. Neben den für die chronische Hashimoto Thyreoiditis typischen lymphozytären und plasmazellulären Schilddrüseninfiltraten sind vor allem humorale Effektoormechanismen (Autoantikörper gegen TPO und Thyroglobulin) über zellvermittelte zytotoxische Mechanismen an der Entwicklung einer Schilddrüsenunterfunktion mitbeteiligt. Im Zusammenhang mit bakteriellen oder viralen Infektionen als nichtgenetische Faktoren und Auslöser des autoimmunologischen Schilddrüsenprozesses ist anzunehmen, daß über

eine z.B. virusinduzierte Alteration der Autoantigenexpression auf humanen Schilddrüsenzellen ein chronischer Autoimmunprozeß induziert werden kann (15).

Diagnostik und Therapie der Hypothyreose

Mit der Bestimmung des Serum-TSH-Wert (sensitive Labormethode) kann eine hypothyreote Stoffwechsellaage sicher nachgewiesen werden. Falls der ergänzend bestimmte fT_4 Wert (freies Thyroxin) erniedrigt ist, besteht eine manifeste Hypothyreose (Abb. 3). Auch bei geringer bzw. uncharakteristischer klinischer Symptomatik, wie sie gerade für das höhere Lebensalter typisch ist, sollte zum Ausschluß einer Hypothyreose die Labordiagnostik mit der Bestimmung des Serum-TSH-Wertes durchgeführt werden. Verschiedenste klinische Studien haben nachgewiesen, daß bereits die subklinische Hypothyreose verschiedene Organfunktionen erheblich beeinträchtigt. Neueste Untersuchungen belegen, daß ein signifikant erhöhtes Risiko für eine Arteriosklerose und Myokardinfarkte bei Frauen mit subklinischer Hypothyreose besteht, welches vergleichbar mit anderen bekannten Hauptrisikofaktoren kardiovaskulärer Erkrankungen zu werten ist (4a). Fachgesellschaften setzen sich zur Zeit national und international mit der Frage auseinander, inwieweit ein Screening für den Serum-TSH-Wert zumindest in den betroffenen Risikogruppen zur Früherkennung der Hypothyreose vor allem in ihrer subklinischen Ausprägung sinnvoll wäre, um weitere schwerwiegende Komplikationen der nichterkannten Schilddrüsenunterfunktion zu verhindern.

Die Therapie der Hypothyreose gestaltet sich einfach und besteht in der Substitutionsbehandlung mit Schilddrüsenhormonpräparaten. Vorzugsweise sind reine Levothyroxinpräparate zu verabreichen, deren Dosierung sich nach dem Serum-TSH-Wert richten muß. Ziel der Therapie ist eine Normalisierung des Serum-TSH-Wertes, supprimierte Se-



rum-TSH-Werte sind zu vermeiden. Vor allem bei älteren Patienten mit kardiovaskulärer Begleiterkrankung ist eine einschleichende langsam steigende Dosierung des Levothyroxinpräparates von Bedeutung. Aufgrund des oben gesagten ist auch die Substitutionstherapie einer subklinischen Hypothyreose immer anzustreben.

Ansätze einer prophylaktischen Therapie der Autoimmunthyreoiditis Hashimoto

Aufgrund eindrucksvoller Ergebnisse tierexperimenteller Untersuchungen bei der spontan sich entwickelnden Autoimmunthyreoiditis genetisch prädisponierter Tiere untersuchten wir Patienten mit noch euthyreoter Thyreoiditis Hashimoto prospektiv und konnten erstmals zeigen, daß es nach einer 12-monatigen Schilddrüsenbehandlung zu einer signifikanten Reduktion serologischer Charakteristika (TPO-Antikörper) und intrathyreoidaler B-Lymphozyten kommt (13).

Zukünftige Untersuchungen müssen klären, inwieweit neben den für den Nachweis der Autoimmunthyreoiditis im Vordergrund stehenden serologischen Parametern der TPO-Antikörper auch die Thyreoglobulinautoantikörper vor allem in der Initialphase der Autoimmunthyreoiditis eine wesentliche Rolle spielen. Ob eine Antikörperentwicklung gegen den Jodidtransporter ebenfalls ein bedeutsamer pathogenetischer Mechanismus für die Manifestation einer Autoimmunthyreoiditis und vor allem die Hypothyreoseentwicklung darstellt, ist Gegenstand aktueller Untersuchungen. Im Hinblick auf die Hypothyreoseentwicklung im Rahmen des autoimmunen Schilddrüsenprozesses bleibt weiterhin in prospektiven klinischen Untersuchungen zu klären, inwieweit apoptotischen Mechanismen der Schilddrüsenzellen eine relevante, möglicherweise kausale Rolle zukommt.

Hyperthyreose Morbus Basedow: Diagnostik, Therapie, Prognose

Die Hyperthyreose Typ Morbus Basedow stellt die einzige Autoimmuner-

krankung des Endokriniums dar, die nicht zu einem Funktionsverlust des Organs, sondern zu einer TSH-Rezeptor-Antikörper vermittelten Überstimulation der Schilddrüse mit konsekutiver hyperthyreoter Stoffwechsellaage führt. Pathognomonisch für diese Hyperthyreose ist der Nachweis von TSH-Rezeptor-stimulierenden Autoantikörpern und bei etwa 50 % der betroffenen Patienten das Auftreten einer endokrinen Orbitopathie (Abb. 5). Wie



Abb.5: Patientin (31 Jahre) mit manifester Hyperthyreose Typ Morbus Basedow und endokriner Orbitopathie III.

aktuelle Daten klinischer Studien belegen, sind Bestimmungen mit dem humanen TSH-Rezeptor signifikant sensitiver in der Erstdiagnose des Morbus Basedow (2). Im Hinblick darauf, daß bei 30-60 % der Patienten mit Morbus Basedow eine Remission der Erkrankung nach thyreostatischer Therapie eintritt, ist hier im Gegensatz zu Patienten mit Schilddrüsenautonomie als Ursache der Hyperthyreose eine sinnvolle Indikation zur konservativen Langzeittherapie mit Thyreostatika gegeben. Insbesondere besteht die Indikation zur Behandlung der Hyperthyreose Typ Morbus Basedow mit Thyreostatika bei Erstmanifestation der Erkrankung, vor allem wenn keine bzw.

eine nur geringe Schilddrüsenvergrößerung besteht (1).

Die Behandlung der Hyperthyreose Typ Morbus Basedow sollte mit antithyreoidalen Medikamenten der Thionamidgruppe durchgeführt werden, wobei aufgrund klinischer Studienergebnisse heute in Abhängigkeit von der Jodversorgung des individuellen Patienten deutlich niedrigere Dosierungen bei gleichem Therapieerfolg gewählt werden können (Tab. 2A/B). Während die Dosierung der Initialtherapie z.B. für Thiamazol abhängig von der Jodversorgung und dem Schweregrad der Erkrankung zwischen 10 und 40 mg/Tag anzusetzen ist, werden in der Erhaltungstherapie deutlich niedrigere Dosierungen von z.B. 2,5 – 10 mg Thiamazol/Tag verwendet. Vor allem in Hinblick auf das Nebenwirkungsrisiko der thyreostatischen Medikamente sind möglichst niedrige Dosierungen der Initial- und Erhaltungstherapie anzustreben.

Nach Abschluß der thyreostatischen Langzeittherapie sind hohe Thyreostakadosierungen initial und in der Erhaltungstherapie nicht geeignet, die Remissionsquote noch weiter zu verbessern.

In umfangreichen prospektiven klinischen Studien konnte gezeigt werden, daß für eine möglichst hohe Remissionsquote eine thyreostatische Langzeittherapie von zwölf Monaten durchgeführt werden muß. Therapiezeiten, die kürzer als sechs Monate sind, werden von deutlich höheren Rezidivquoten gefolgt. Grundsätzlich kann die thyreostatische Langzeittherapie als Monotherapie mit einem Thyreostatikum in einer möglichst niedrigen, noch zur Erhaltung der Euthyreose ausreichenden Dosierung durchgeführt werden. Eine Monotherapie mit Thyreostatika ist dann zwingend, wenn eine Hyperthyreose vom Typ Morbus Basedow in der Schwangerschaft behandlungsbedürftig ist, da nur Thyreostatika, nicht aber Schilddrüsenhormone die Plazentarschranke passieren können. Von großer Bedeutung ist es, daß bei Patientinnen mit einer Hyperthyreose Morbus Basedow in der Gravidität die TSH-Rezeptor-Antikörper ebenfalls die Plazentarschranke passie-



Medikamentöse Therapie des Morbus Basedow

	Thiamazol	Carbimazol	Propylthiouracil
Initialdosis (mg/Tag)	10 - 40	20 - 60	150 - 300
Langzeit-therapie (mg/Tag)	2,5 - 10	5 - 15	50 - 200

Tab 2a: Medikamentöse Therapie der Hyperthyreose Typ Morbus Basedow

ren und eine Hyperthyreose des ungeborenen bzw. neugeborenen Kindes induzieren könne. Sorgfältige Kontrollen in enger interdisziplinärer Kooperation durch den internistischen Endokrinologen, Gynäkologen und Pädiater sind während und nach der Entbindung wichtig. Da die Schwangerschaft selbst eine hemmende Wirkung auf den Autoimmunprozeß ausübt, kann sich eine vorübergehende Remission der Erkrankung einstellen. Allerdings sind Rezidive der Hyperthyreose Typ Morbus Basedow in der Postpartalphase häufig und fordern sorgfältige Kontrollen. Hinweise für eine teratogene Wirkung der Thyreostatika existieren nicht, hingegen führt eine nichtbehandelte Hyperthyreose zu einer erhöhten Mißbildungs- und Abortrate (10).

Kontrollierte prospektive Studien im Jodmangelgebiet Europas haben gezeigt, daß im Hinblick auf eine bessere Remissionsquote nach thyreostatischer Therapie der Hyperthyreose Morbus Basedow die Kombinationsbehandlung mit Thyreostatika und Schilddrüsenhormon keine Vorteile für den Krankheitsverlauf bietet.

Vorhersage einer Remission des Morbus Basedow

Nach einjähriger thyreostatischer Langzeittherapie ist von einer Rezidivquote der Hyperthyreose Typ Morbus Basedow zwischen 40 und 70 % der Patienten auszugehen. Zuverlässige Vorhersagekriterien für die Remission sind gegenwärtig nicht verfügbar. In zahlreichen retrospektiven und prospektiven Studien wurden verschiedene Indizes wie Strumagröße, Suppressions-test, Serum-TSH-Spiegel und vor allem

die Bestimmung der TSH-Rezeptor-Autoantikörpertiter untersucht. Zusammenfassend konnte klar gezeigt werden, daß positive oder negative TSH-Rezeptor-Antikörpertiter nicht geeignet sind, ein Rezidiv der Hyperthyreose Typ Morbus Basedow beim individuellen Patienten vorherzusagen. Allerdings erhöht die Persistenz von TSH-Rezeptor-Antikörpern nach thyreostatischer Langzeittherapie insgesamt das Rezidivrisiko. Die Strumagröße korreliert gut mit der Rezidivhäufigkeit.

Es bleibt abzuwarten, inwieweit neue Bestimmungsmethoden für TSH-Rezeptor-Antikörper, die auf der Expression des rekombinanten humanen TSH-Rezeptors beruhen und eine funktionelle Charakterisierung der Antikörper erlauben, zukünftig nach thyreostatischer Langzeittherapie eine individuelle Vorhersage des Patienten mit Morbus Basedow ermöglichen. Erste aktuelle Studiendaten weisen aus, das mit dieser 2. Generation der TSH-Rezeptor-Antikörperbestimmung unter der Nutzung des rekombinanten humanen TSH-Rezeptors eine deutlich überlegene diagnostische Sensitivität bei Patienten mit Hyperthyreose vom Typ Morbus Basedow zu erreichen ist (1).

Schilddrüsenerkrankungen im höheren Lebensalter

Schilddrüsenerkrankungen im höheren Lebensalter sind häufig und weisen Besonderheiten vor allem der klinischen Symptomatik, aber auch des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens auf. Die Ausführungen zur Situation der Jodmangelstruma in Deutschland in diesem Beitrag zeigen eine signifikant steigende Prävalenz pathologischer Schilddrüsenveränderungen mit dem Lebensalter, so daß insbesondere die Struma nodosa bei über 90 % älterer Strumapatienten gefunden wird. Die Schilddrüsenautonomie in unterschiedlicher Ausprägung (uni- oder multifokal) wird bei 2/3 aller Strumaträger über 60 Jahren gefunden. 3-5 % der Bevölkerung jenseits des 60. Lebensjahres haben eine Hyperthyreose aufgrund einer Schilddrüsenautonomie, 70-80 % der Hyperthyreosen des älteren Menschen sind durch eine Schilddrüsenautonomie verursacht. Die hohe Prävalenz der Hypothyreose vor allem auf dem Boden einer Autoimmunthyreoiditis bei älteren Frauen wurde bereits ausgeführt.

Es gilt zu beachten, daß Schilddrüsenerkrankungen im höheren Lebensalter in der Regel nur uncharakteristische klinische Symptome der Hyper- bzw. Hypothyreose bieten, zumeist besteht eine Oligo- oder Monosymptomatik. Außerdem überschneiden sich mögliche klinische Beschwerden mit Symptomen nicht-thyreoidaler Begleiterkrankungen oder werden mit Symptomen des „normalen Alterungsprozesses“ verwechselt. Auch kann die langsame Entwicklung z.B. einer Altershypothyreose die Interpretation klinischer Befunde deutlich erschweren.

Initialdosierung von Thiamazol in Abhängigkeit von Jodversorgung und Erkrankungszeichen

- Starker Jodmangel und/oder leichte Erkrankungszeichen:	10 mg / Tag
- Mäßiger Jodmangel oder stärkere Erkrankungszeichen:	20 mg / Tag
- Höhere Jodversorgung	(> 100 µg / Tag),
ausgeprägtes Krankheitsbild:	20 - 40 mg / Tag
- Jodkontamination, ausgeprägtes Krankheitsbild:	> 40 mg / Tag

Abb. 2b: Medikamentöse Therapie der Hyperthyreose Typ Morbus Basedow



Bei der Labordiagnostik des älteren Patienten (> 60 Jahre) ist darüber hinaus zu beachten, daß altersabhängige Veränderungen der Schilddrüsenhormonproduktion bei der Interpretation der Laborbefunde eine Rolle spielen. In dieser Patientengruppe ist die Obergrenze der Referenzbereiche von Schilddrüsenhormonwerten im Serum um etwa 15-20 % nach unten zu korrigieren. Zudem beeinflussen verschiedene Medikamente (z.B. Heparin, Amiodaron, Acetylsalicylsäure) das Ergebnis der Schilddrüsenhormonbestimmung, schwere extrathyreoidale Allgemeinerkrankungen beeinflussen das Ergebnis der Schilddrüsenfunktionsanalyse im Sinne des „Low-T3-Syndroms“.

Im Hinblick auf eine sinnvolle Therapie von Schilddrüsenerkrankungen im höheren Lebensalter ist zusammenzufassen, daß bei Vorliegen einer Struma nodosa ohne Funktionsstörungen immer dann ein kontrollierend abwartendes Verhalten vorzuziehen ist, wenn keine mechanische Beeinträchtigung bzw. ein Malignitätsverdacht bestehen. Eine hyperthyreote Stoffwechsellaage (subklinisch oder manifest) sollte beim älteren Menschen, wenn es keine zwingenden Gründe für eine Schilddrüsenoperation

gibt, mit einer ¹³¹I-Radiojodtherapie behandelt werden. Verboten sind diese Behandlungsmaßnahmen, kann beim älteren Menschen mit Schilddrüsenautonomie und Hyperthyreose eine thyreostatische Behandlung zur Stabilisierung der Schilddrüsenfunktion auch längerfristig überlegt werden. Im Hinblick auf die Gefahr einer Jodkontamination (z.B. durch Kontrastmittel im Rahmen von Koronarangiographie, Computertomographie usw., durch antiarrhythmische Therapie mit Amiodarone) ist eine sorgfältige Überprüfung der Schilddrüsenfunktion mit Bestimmung des Serum-TSH-Wertes vor derartigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen durchzuführen, um die Exazerbation einer bestehenden Hyperthyreose effektiv zu verhindern.

Die besondere Bedeutung auch subklinischer Schilddrüsenfunktionsstörungen für die Befindlichkeit und Risikoabschätzung gerade des älteren häufig multimorbiden Patienten ist von großer Bedeutung. Wie zuvor bereits für die subklinische Hypothyreose anhand umfangreicher Studiendaten ausgeführt, so wurde in neuesten klinischen Studien bei über 60-jährigen Patienten auch für die subklinische Hyperthyreose eindeutig

nachgewiesen, daß die Mortalität insbesondere durch kardiovaskuläre Erkrankungen bei Vorliegen einer subklinischen Hyperthyreose signifikant erhöht ist (10 a). Folglich müssen subklinische Funktionsstörungen gerade des älteren Patienten rechtzeitig erkannt und immer behandelt werden. Aufgrund der hohen Prävalenz von Schilddrüsenerkrankungen gerade im höheren Lebensalter sollte die Bestimmung des Serum-TSH-Wertes als „Screeningparameter“ zur frühzeitigen Erkennung von Hyper- und Hypothyreosen auch in subklinischer Ausprägung unbedingt mit einbezogen werden.

Anschrift der Verfasserin:

Professor Dr. med. Petra-Maria

Schumm-Draeger

Medizinische Klinik I

Endokrinologie, Diabetes, Angiologie

Zentrum der Inneren Medizin

Klinikum der J.W.G.-Universität

(Direktor: Professor Dr. med. K.H. Usadel)

Theodor-Stern-Kai 7

D-60590 Frankfurt/Main

e-mail: Schumm-Draeger@em.uni-frankfurt.de

Literatur bei der Verfasserin

Zu beantwortende Fragen

? 1. Welche Aussage zur Prävention der Jodmangelstruma ist richtig?

- a) präventive Maßnahmen der Jodmangelstruma sind in Deutschland nicht notwendig
- b) zur Prävention der Jodmangelstruma genügt die Verwendung von jodiertem Speisesalz im privaten Haushalt
- c) zur Prävention der Jodmangelstruma ist über eine umfassende Ernährungsberatung zum Thema Jod bei Risikogruppen (Pubertät, Schwangerschaft und Stillzeit, positive Familienanamnese) zusätzlich eine

Jodprophylaxe in Tablettenform notwendig

- d) die Prävention der Jodmangelstruma beschränkt sich auf das Kindesalter
- e) von einer Prävention der Jodmangelstruma ist grundsätzlich abzuraten

? 2. Welche Aussage zur Therapie der euthyreoten diffusen Jodmangelstruma ist richtig?

- a) eine Therapie der Jodmangelstruma mit Schilddrüsenhormonen ist sinnvoll
- b) die diffuse euthyreote Jodmangel-

struma muß nicht medikamentös behandelt werden

- c) die Gabe von 100 µg Jodid ist zur schnellen und effektiven Rückbildung einer euthyreoten diffusen Jodmangelstruma beim Erwachsenen ausreichend
- d) die kombinierte Gabe von Jodid und Schilddrüsenhormonen führt am effektivsten und schnellsten zur Rückbildung der euthyreoten diffusen Jodmangelstruma des Jugendlichen und Erwachsenen
- e) eine Prävention einer Jodmangelstruma nach Abschluß der medikamentösen Therapie ist nicht erforderlich



? 3. Welche Aussage zur Differentialdiagnostik zur Hypothyreose ist richtig?

- a) die Serum-TSH-Bestimmung ist ausreichend
- b) Serum-TSH und freies Thyroxin (fT₄) müssen bestimmt werden
- c) Serum-TSH, fT₄ und eine Schilddrüsen-Sonografie sind notwendig
- d) Serum-TSH, fT₄, eine Schilddrüsen-Sonografie sowie die Bestimmung der TPO-Antikörper sind erforderlich
- e) Serum-TSH, fT₄, freies Thyroxin (fT₃), TPO-Antikörper-Bestimmung sowie eine Schilddrüsen-Sonografie sind notwendig

? 4. Welche Aussage zur Überwachung der Hormonsubstitutionstherapie bei Hypothyreose ist richtig?

- a) zur Überwachung der Hypothyreose-Therapie muß fT₃ bestimmt werden
- b) zur Überwachung der Hypothyreose-Therapie muß fT₄ bestimmt werden
- c) die Bestimmung von fT₄ und TSH ist für die Überwachung der Hypothyreose-Therapie notwendig
- d) es ist ausreichend, das Serum-TSH zu bestimmen
- e) die Schilddrüsen-Antikörper müssen bestimmt werden

? 5. Welche Aussage zur Diagnostik von Schilddrüsenfunktionsstörungen im höheren Lebensalter ist richtig?

- a) die Schilddrüsenwerte liegen beim alten Menschen ca. 15 - 20% niedriger
- b) die Schilddrüsenwerte liegen beim alten Menschen ca. 10 - 15% höher
- c) Schilddrüsenfunktionsstörungen sind oft im Alter unkomplizierter, werden besser toleriert
- d) die klinischen Symptome sind beim alten Menschen oft schwerer
- e) die Substitution einer Hypothyreose

muß im Alter rascher erfolgen, da bedrohlicher

? 6. Welche Aussage zur Prävalenz von Schilddrüsenerkrankungen im höheren Lebensalter trifft zu?

- a) Schilddrüsenfunktionsstörungen im höheren Lebensalter sind selten und daher klinisch nicht relevant
- b) die Hyperthyreose im höheren Lebensalter ist häufig und wird in 70 - 80% durch eine Schilddrüsenautonomie verursacht
- c) eine detaillierte Diagnostik von Schilddrüsenerkrankungen im höheren Lebensalter ist nicht sinnvoll, da alle therapeutischen Konsequenzen abgeleitet werden können
- d) die Hyperthyreose Typ Morbus Basedow spielt im höheren Lebensalter eine wichtige Rolle
- e) im höheren Lebensalter nimmt die Prävalenz der Schilddrüsenautonomie ab

? 7. Welche Aussage zur Therapie der Hyperthyreose Morbus Basedow ist falsch?

- a) nach einer thyreostatischen Langzeittherapie kann immer von einer dauerhaften Remission der Erkrankung ausgegangen werden
- b) nach konservativer Therapie mit Thyreostatika ist eine Rezidivquote des Morbus Basedow von mind. 50% zu erwarten
- c) nach einem oder mehreren Hyperthyreoserezidiven des Morbus Basedow sollte eine Schilddrüsen-Operation oder 131 Radiojodtherapie vorrangig empfohlen werden
- d) bei der Erstmanifestation des Morbus Basedow ist eine thyreostatische Therapie im Hinblick auf die mögliche ca. 50%-ige Remissionschance sinnvoll
- e) eine thyreostatische Therapie von weniger als 6 Monaten ist in der Regel von einer deutlich höheren Rezidivquote gefolgt

? 8. Welche Aussage für die Diagnostik der Hyperthyreose Morbus Basedow ist richtig?

- a) es genügt die Bestimmung der Funktionsparameter (Serum-TSH, fT₃, fT₃)
- b) im Vordergrund steht die Bestimmung der TPO-Antikörper
- c) im Vordergrund steht die Bestimmung der Thyreoglobulin-Antikörper
- d) die Bestimmung der TSH-Rezeptor-Antikörper ist pathognomonisch für den Morbus Basedow
- e) die Bestimmung der Schilddrüsenfunktionswerte sowie der TPO-Antikörper ist ausreichend

? 9. Welche Aussage zur Therapie der Hyperthyreose in der Schwangerschaft ist falsch?

- a) es sollte die möglichst niedrigste, zur Erhaltung der Euthyreose notwendige Thyreostatikadosis gewählt werden
- b) auf eine Kombinationstherapie des Thyreostatikums mit Schilddrüsenhormonen muß verzichtet werden
- c) eine Therapie der Hyperthyreose in der Schwangerschaft fordert besonders sorgfältige und kurzfristige Kontrollen der Schilddrüsenfunktion
- d) in der Schwangerschaft sollte das Thyreostatikum mit Schilddrüsenhormonen kombiniert werden
- e) die Normalisierung der Hyperthyreose in der Schwangerschaft ist besonders wichtig, um Komplikationen zu vermeiden

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



Ihre Mitgliedsnummer

 / 0 6

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

Hessisches Ärzteblatt

Zertifizierungsfragebogen

Druckschrift erforderlich

Name:

Straße:

Plz./Ort:

Fax: -

⇓ Faxanschlag ⇓

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

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

(In Ausnahmefällen fragen Sie bei Ihrer zuständigen Bezirksärztekammer).

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

Herrn
Dr.med.Roland Muster

Mitgliedsnummer (Beispiel)

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

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

Zur Zusendung Ihrer Auswertung per Fax benötigen wir zwingend Ihre Faxnummer.

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

Einsendeschluß ist der 25. 3. 2002

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

Antwortfeld: (nur eine Antwort pro Frage ankreuzen)

	a	b	c	d	e
1	☐	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐	☐	☐
5	☐	☐	☐	☐	☐
6	☐	☐	☐	☐	☐
7	☐	☐	☐	☐	☐
8	☐	☐	☐	☐	☐
9	☐	☐	☐	☐	☐
10	☐	☐	☐	☐	☐

⇓ Faxanschlag ⇓

Ort, Datum

Unterschrift

s0000000000008





Legasthenie und andere Wahrnehmungsstörungen: Welche Hilfen kann der Arzt geben?

In Folge des im Hessischen Ärzteblatt erschienenen Artikels von M. Ptok (Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen und Legasthenie, 2/2000) und meiner Veröffentlichung (Die Lage legasthener Kinder in den Schulen, 6/1998) möchte ich heute einen praxisorientierten Teil folgen lassen. Die wissenschaftliche Forschung hat leider nur in ihren eigenen fachspezifischen Organen veröffentlicht, so daß die Ergebnisse der Hirnforschung der letzten 10-15 Jahre weitgehend unbekannt blieben. Daraus resultiert eine große Hilflosigkeit für alle Teile. Aus meiner Sicht liegt der Schwerpunkt ärztlicher Hilfestellung im rechtzeitigen Erkennen einer Legasthenie, einer Rechenschwäche oder auch der sie so oft begleitenden weiteren Wahrnehmungsstörungen. So möchte ich im folgenden einige Erkennungsmerkmale und vor allem die mir sehr wichtig erscheinenden „Frühwarnsignale“ vorstellen, damit ärztlicherseits den Eltern rechtzeitig ein Hinweis gegeben werden kann.

1. Hilfen zur Information der Eltern

1.1 „Frühwarnsignale“ und andere wichtige Vorläufersymptome:

Allem voran möchte ich eins deutlich machen: Nicht alle Legasthener zeigen Auffälligkeiten schon vor der Schulzeit, aber es gibt doch genügend Kinder, die in ihren Wahrnehmungsbereichen, der Motorik oder bei der Sprachentwicklung, auch der präverbalen, frühe Störungen und Defizite aufweisen, die therapienotwendig sind.

Sicherlich sollte man Eltern nicht unnötig in Panik versetzen, aber in Deutschland kümmert man sich, abgesehen von einigen Fachleuten, noch viel zu wenig um frühe Auffälligkeiten, während in den USA schon seit einigen Jahren eine prospektive Studie mit über 1.000 Kindern läuft. Erfasst wurden frühe Entwicklungsdefizite, um spätere

Schulprobleme rechtzeitig erkennen zu können.

In diesem Sinne hat auch E. Kruse (Pädaudiologie Universität Göttingen) in seinem Vortrag beim Kongreß des Bundesverbandes Legasthenie in Würzburg (1999) nachdrücklich auf die „Lallperiode“ des Säuglings ab dem 2. Lebensmonat hingewiesen. Sie wird in ihrer Relevanz für die Frühdiagnostik von Sprachentwicklungs- und Wahrnehmungsstörungen noch erheblich unterschätzt (Kruse in: „Legasthenie“, Winkler, 2001). Nach Kruse sollte eine Sprachdiagnostik und evtl. Therapie zwischen 0 und 4 Jahren liegen und nicht erst ab dem 4. Lebensjahr beginnen. Eine taktil-kinästhetische Störung zu erkennen, ist, so Kruse, schon durch den verzögerten Beginn der Lallperiode möglich. Das bedeutet, daß der präverbalen Sprachentwicklung und ihrer engen Verbindung mit der allgemeinen Wahrnehmungsentwicklung immer größere Bedeutung in der Früherkennung zukommen.

Ebenso eindeutig äußert sich die Kinderneurologin I. Flehmig (Hamburg) (in: Normale Entwicklung des Säuglings und ihre Abweichungen, Thieme). Heute wissen wir, daß die Störung auch nur einer Modalität zwangsläufig zu mehr oder weniger starken Ausfällen in der Intermodalität und der Serialität führt. Interessant sind in diesem Zusammenhang die Erkenntnisse der Raumforschung, daß Astronauten in der Schwerelosigkeit, also bei Aussetzen ihres Gleichgewichtssystems (Ausfall nur einer Modalität!), anfangen, Wörter und Buchstaben zu verdrehen. Man hat dieses Phänomen als „Weltraumlegasthenie“ bezeichnet (W. Bein-Wierzbinski in: LOGOS 2/2000).

Mit Abschluß des 4. Lebensjahres, so fordert Kruse, sollte das Kind einwandfrei auch für Fremde verständlich sprechen und eine altersgemäße Grammatik

beherrschen. Als Hinweise für eine gestörte Sprachentwicklung führt der Pädaudiologe H.D. Johannsen (Universitätsklinik Ulm) u.a. auch den Dysgrammatismus an, dem immer noch zu wenig Beachtung geschenkt wird.

Auch er fordert für die Diagnostik zentral-auditiver Wahrnehmungsstörungen eine eingehende pädaudiologische und entwicklungspsychologische Untersuchung, die nur in spezialisierten Einrichtungen erfolgen kann. Im übrigen hat auf die auditiven Störungen und die zentrale Fehlhörigkeit schon Ptok im Hess. Ärzteblatt 2/2000 ausführlich hingewiesen. Dem Arzt fallen diese Kinder in der Kürze des Praxisbesuches kaum auf. Doch Eltern wissen sicher, ob ihr Kind schnell ablenkbar und sehr geräuschempfindlich war oder noch ist. Dieses Problem darf keinesfalls unterschätzt werden, denn die große Lärmbelastung im Kindergarten, Schule und später im Berufsleben läßt die Betroffenen in hohem Maße erschöpfen und führt zum schnellen Abbau der Konzentration. Deshalb ist eine frühzeitige pädaudiologische Testung bei diesen Kindern wirklich dringend angezeigt.

Auch H. Amorosa (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Heckscher Klinik München) fordert, daß Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen ein Jahr vor der Einschulung hinsichtlich ihres phonematischen Bewußtseins überprüft werden.

Aber dies ist nur eine Seite der Medaille. Zu den frühen Hinweisen auf mögliche sprachliche Defizite kommen die bekannten Entwicklungsverzögerungen im taktilen, rhythmischen, grob- und feinmotorischen Bereich (oft auch nur Teilbereich!), auch zeitlich verlängerter Speichelfluß, Überspringen der Krabbelphase, schlechtes Gleichgewicht (Sitzen, Treppensteigen, Balancieren), Koordinationsprobleme, kurz: eine gestörte sensomotorische Entwicklung, die bis hin zur Dyspraxie beim einzuschu-



lenden Kind gehen kann und nicht erkannt wird.

1.2 Auffälligkeiten im Schulalter:

Alarmierend sind die Zahlen bei den Schulanfängern. 15-20 % haben unzureichend entwickelte Wahrnehmungskanäle und 20-34 % noch Sprachentwicklungsstörungen (Heinemann & Höppner, 1992). Kinder, die bereits im Säuglings-, Kleinkind- oder Kindergartenalter Auffälligkeiten zeigten, sollten bei sich einstellenden Schulproblemen unverzüglich und sorgfältig diagnostiziert werden (s. Kasten). Die weiteren Auffälligkeiten im Lese-Rechtschreibprozeß und bei der Dyskalkulie sind so verschiede-

kostenlos, aber nicht ausreichenden, Testungen von bestimmten Institutionen, die sehr geschickt dies über die Presse anbieten.

Für die weiterführenden Tests stehen Kinderneurologen, Ergotherapeuten, Logopäden, aber auch Krankengymnastinnen mit einer Ausbildung in Sensorischer Integration zur Verfügung.

Um eine evtl. Legasthenie im Vorschulalter zu prognostizieren, steht seit kurzem, 4-10 Monate vor der Einschulung, das „Bielefelder Screening“ von Marx, Jansen, Mannhaupt u. Skowronek zur Verfügung, obwohl auch dieser Test nicht alle Bereiche abdeckt. In Heft 6/98 beschrieb ich zudem den grobdiag-

weise mögen helfen, Eltern über notwendige Inhalte einer guten Therapie zu informieren.

Der Therapeut sollte die Lautgebärden, psychomotorische Übungen und Entspannungsmethoden beherrschen:

- ▶ Er wird keine festen Förderkonzepte für jedes Kind haben
- ▶ Er wird auch Einzeltherapie und PC-Programme nicht als alleinige Therapie anbieten
- ▶ Er sollte Kontakt zur Schule haben und vom Jugendamt anerkannt sein, damit die Förderung für einkommensschwache Eltern über KJHG § 35a laufen kann.

(Nach M. Firnhaber: Legasthenie und andere Wahrnehmungsstörungen - Fischer-Taschenbuch, 1996)

Da es für Laien unmöglich ist, zwischen seriösen und unseriösen Einrichtungen zu unterscheiden, sollte man sich an den Landesverband Legasthenie oder an die örtlichen Elterngruppen wenden.

Rechtschreibtests
DRT 1-5 (1.-5. Klasse)
TGR 1-2
WRT 6 (5.-7. Klasse)
Lesetests
Zürcher Lesetest (2.-6. Klasse)

Sprachgebundene Intelligenztests
HAWIK III (6-16,11 J.)
K-ABC (2,6-12,5 J.)
Sprachfreie Intelligenztests:
CFT 1 (5,3-9,5 J.)
CFT 20 (8,7-18 J.)

Screening Verfahren für die auditive Wahrnehmung
Hörprobe n. Mottier (im Zürcher Lesetest) (1.-4. Kl.)
Untertests „Wörterergänzen“ u. „Laute verbinden“ im PET (3-10 J.)

denartig, daß hier im Einzelnen nicht darauf eingegangen werden kann. Besondere Aufmerksamkeit verdienen noch diejenigen Schüler, die erst im 7.-9. Schuljahr auffallen und zwar meist weniger durch Rechtschreibprobleme als durch eine sekundäre Neurotisierung. Solche Fälle sind leider gar nicht so selten.

2. Tests

Im Kasten sind von Frau Dipl. Psych. B. Singer, Darmstadt, die gängigsten Lese- und Rechtschreibtests aufgeführt worden, ebenso die unabdingbar notwendigen Intelligenzquotientmessungen. (s. auch A. Warnke: Legasthenie, Leitfaden für die Praxis, Hogrefe, 2002). Es sollte unbedingt Wert auf eine ausgewogene Testung bei Diplompsychologen, Kinder- und Jugendpsychiatern oder in Sozialpädiatrischen Zentren gelegt werden, denn nur so läßt sich eine qualifizierte Förderdiagnostik finden. Eltern können das nicht wissen und bevorzugen oft die

nostischen Vorschul- und Schultest für den verbosensomotorischen Bereich v. Breuer/Weuffen mit gezielten Fördervorschlägen.

3. Therapeutische Interventionsmöglichkeiten

3.1 Allgemeine Hinweise

Eine gute Förderung sollte spätestens nach einem halben Jahr Erfolge zeigen und nach 1-2 Jahren im Normalfall abgeschlossen sein. Schwer betroffene Kinder (unter PR 10) bedürfen zunächst immer der Einzelförderung, denn jedes Kind braucht „sein“ spezifisches Konzept, ausgerichtet am Schweregrad und Erscheinungsbild seiner Legasthenie. Eine Psychotherapie als alleinige Maßnahme ist in keinem Fall hilfreich und meist bei einer guten Legasthenietherapie auch nicht nötig.

Über die Schwierigkeiten, seriöse Förderung zu finden, habe ich im Heft 6/98 geschrieben. Ein paar zusätzliche Hin-

3.2. „Spezifische Therapien“

In Heft 2/2000 warnte Ptok bereits vor wissenschaftlich nicht überprüften Methoden. Leider greifen inzwischen auch qualifizierte Therapeuten zu Apparaten, die im Seh- und Hörsystem „Erfolge“ versprechen. Hier fehlt jegliche wissenschaftliche Überprüfung, und Langzeitstudien gibt es schon gar nicht. Auch in der Literatur findet man großartige Titel, die mit Spielen, Negieren der Legasthenie oder der „besonderen Begabung“ des legasthenen Menschen werben. Leider führen auch renommierte Buchhandlungen diesen blühenden Unsinn im Sortiment.

Auch in der sog. Visuellen Therapie ist viel Unseriöses auf dem Markt, wie Prismen- und Rasterbrillen, Farbfilter und Okklusionsbehandlungen bei legasthenen Kindern. (W.D. Schäfer in: päd. 4, 367-374, 1998).

3.3. Hilfen:

Einen praktischen Hinweis für zentral fehlhörige Kinder möchte ich hier noch einfließen lassen, weil Eltern dies möglicherweise nur mit einer nachdrücklichen Forderung des Arztes durchsetzen können. Diese Kinder brauchen einen beson-



deren Sitzplatz in der Schule, um dem Unterricht überhaupt folgen zu können. Sie sollten vorne am Rande sitzen und niemals in der Mitte, weil sie sonst der Geräuschpegel der Klasse voll trifft und sie die Stimme des Lehrers aus dem allgemeinen Lärm nicht herausfiltern können. Auch ein Sitzplatz am Fenster ist ungeeignet, weil jedes Geräusch von draußen mitläuft und nicht abgeschaltet werden kann. Diese Kinder brauchen äußerste Ruhe, um sich konzentrieren zu können.

Und noch ein Hinweis: Der Erhalt und Wiederaufbau des Selbstbewusstseins hat absolut Vorrang – das Kind ist wichtiger als die Summe seiner Rechtschreibfehler!

Fazit:

Entgegen der langgehegten allgemeinen

Meinung, „wächst sich die Legasthenie leider nicht aus“. Aber: Je früher eine sonst möglicherweise überdauernde Sprachschwäche, frühe Anzeichen und die Legasthenie selber behandelt werden, je weniger zerstörend greift sie in das Leben eines Kindes und des späteren Erwachsenen ein.

Zusammenfassung:

1. „Frühwarnsignale“ ab dem 2. Lebensmonat (Lallphase) hinsichtlich der präverbalen und sensomotorischen Entwicklungsstörungen frühzeitig (0-4 Jahre) diagnostizieren und behandeln.
2. Schulschwierigkeiten im schriftsprachlichen und mathematischen Bereich schnellstmöglich testen und behandeln lassen.

Bei Verdacht auf zentrale Fehllhörigkeit Untersuchung beim Pädaudiologen, spezielle Sitzordnung in der Klasse notfalls mit Attest unterstützen.

3. Warnung vor unseriösen Therapeuten, falscher Literatur, wissenschaftlich nicht geprüften Apparaten und speziellen, meist sehr teuren, Behandlungsmethoden.

Eltern unterstützen bei der Bewältigung und Akzeptanz eines nicht ganz pflegeleichten Kindes.

Anschrift der Verfasserin:

Mechthild Firnhaber

(bis 1999 Vorsitzende des Landesverbandes Legasthenie Hessen)

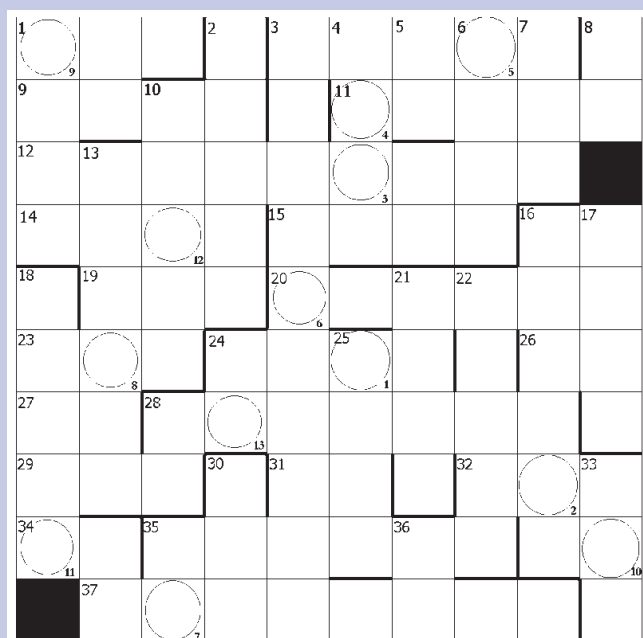
Mangoldweg 25

64287 Darmstadt

Kreuzwörterzel

Waagrecht

1 Multisystematrophie mit orthostatischer Dysregulation, ...-Dräger-Syndrom (Eponym) • 2 Hepatitis, die mit der chronisch lymphozytären Thyreoiditis assoziiert ist • 3 Kriterien des Rheumatischen Fiebers (Eponym) • 9 Ältere Druckeinheit • 11 Krankheits-



Lösungswort:



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

erreg • 12 Kardiales Antiarrhythmikum, das thyreotoxische Krisen verursachen kann • 14 Hautausschlag (engl.) • 15 Regenbogenhaut • 19 Einstrom (engl.), ...-in • 20 Polyendokrines Tumorsyndrom mit C-Zell-Carcinom (Eponym) • 23 Teil des Herzerregungsleitungssystem, ...-Bündel • 24 Veränderung bei Amyloidose, ...milz • 26 Diagnostikum der Wahl bei Vernichtungskopfschmerz (Abk.) • 27 Modisch • 28 (Meist) Passage Störung nach Thyreoidektomie • 29 Erbanlage • 31 Entzündungsmediator (Abk.) • 32 Erreger des Melkernknotens • 34 Zu, bei (lat.) • 35 Aminosäure, deren Ausscheidung bei Osteolysen erhöht ist • 37 Symptom bei Hypothyreose

Senkrecht

• 1 Okuläre Cortisonnebenwirkung • 2 Entzündliche Darmerkrankung mit Erythema nodosum, Morbus ... • 3 Schritt der Tyroxinbiosynthese, der durch Propylthiouracil gehemmt wird • 4 Organ, in dem Fibrome beim Meigs-Syndrom wachsen • 5 Leichtmetall, das häufig Allergien verursacht (Chem. Elementsymbol) • 6 Griechischer Gott der Liebe • 7 Befund bei erhöhtem Hirndruck (engl.), ...-down-phenomen • 8 Organ, in dem das Ewing-Sarkom wächst • 10 Teufliches Grinsen bei Tetanus, ... sardonius • 13 Kombination von M. Basedow und Schilddrüsenautonomie (Eponym), ...-Lenhart-Syndrom • 16 Geschwüre • 17 Rekrutement bei sensorischer Schwerhörigkeit (Eponym) • 18 Ruhrbakterium (Eponym), ... bazillus • 21 Brücke zum Kleinhirn • 22 Selbstreplizierendes infektiöses Eiweiß • 25 Begründer der Phrenologie • 30 Stellknorpel, ...-Knorpel • 33 Schwangerschaftsprodukt • 35 Blutwäsche mit Hilfe des Bauchfells (Abk.) • 36 Morphin darf beim Herzinfarkt nicht auf diese Weise appliziert werden (Abk.)

© Özgür Yaldizli 7/01 – Kritik und Anregung bitte an: yaldizli@uni-duesseldorf.de



Positiver Umgang mit Weltkrisen

Unser Beitrag zum Weltfrieden

Professor h.c. Dr. med. Nossrat Peseschkian, Wiesbaden

Dostojewski sagte: „Die Erde ist wie ein Paradies, zu dem wir den Schlüssel verloren haben.“ Dieser Beitrag soll dazu beitragen, einen Weg zum verlorenen Schlüssel zu finden.

Am 11. September 2001 wurde eine bisher für „selbstverständlich“ gehaltene Weltordnung völlig unerwartet über den Haufen geworfen.

Der vorliegende Artikel will nicht den Fakten oder politischen Gründen für dieses „Ereignis“ nachgehen, sondern Aspekte aus psychologischer und psychotherapeutischer Sicht zu beleuchten versuchen.

„Willst du das Land in Ordnung bringen, mußt du erst die Provinzen in Ordnung bringen. Willst du die Provinzen in Ordnung bringen, mußt du die Städte in Ordnung bringen. Willst du die Städte in Ordnung bringen, mußt du die Familien in Ordnung bringen. Willst du die Familien in Ordnung bringen, mußt du die eigene Familie in Ordnung bringen. Willst du die eigene Familie in Ordnung bringen, mußt du dich in Ordnung bringen.“

Diese alte orientalische Weisheit zeichnet das Beziehungsgefüge nach, in dem wir leben. Wir müssen davon ausgehen, daß bereits kleine Veränderungen in einem Lebensbereich Auswirkungen auf das Gesamtsystem haben. Im Sinne von Konfuzius ist jeder

Mensch für Auf- und Abstieg der Menschheit verantwortlich.

Bericht einer Therapeutin:

„(...) Zu diesen Kriegsängsten kamen die Bilder aus dem Fernsehen hinzu, die zeigten, wie innerhalb von Sekunden Hunderte von ahnungslosen Menschen in einem Feuerball verglühten oder aber in Tausend Stücke zerrissen wurden. Gedanken an den Tod, die wir in unserer Gesellschaft sonst so gut verdrängen, waren in diesen Tagen allgegenwärtig. Die Tatsache, daß in Sekunden alles vorbei sein kann, war überall zu spüren (...)“

Hier wollen wir uns auf einige wenige Faktoren beschränken:

Nach dem Sinn des menschlichen Lebens zu fragen, heißt auch, nach seinem Ursprung und nach seinem Ziel zu fragen. Weitere Fragen drängen sich in diesem Zusammenhang auf: Was ist das Wesen des Menschen? Ist er gut oder böse? Ist er in seinen Entscheidungen frei? Gibt es eine Erfüllung für seine Sehnsucht nach Glück? Hat er Einfluß auf das Schicksal der Menschheit? Ist mit seinem Tod alles zu Ende?

Eine wichtige Motivation für den Ansatz der Positiven Psychotherapie mag gewesen sein, daß ich mich in einer transkulturellen Situation befinde. Als Perser (Iraner) lebe ich seit 1954 in Europa. In dieser Situation wurde ich darauf aufmerksam, das viele Verhaltensweisen, Gewohnheiten und Einstellungen in den beiden Kulturkreisen unterschiedlich bewertet werden. Dies ist eine Erfahrung, die ich bereits während meiner Kindheit in Teheran machen konnte. Sie betraf Vorurteile, vor allem religiöser Art, die ich ziemlich genau beobachten konnte. Als Bahà

Nur den Samen

Ein junger Mann betrat im Traum einen Laden. Hinter der Theke stand ein älterer Mann. Hastig fragte er ihn: Was verkaufen Sie, mein Herr?

Der Weise antwortete freundlich: Alles, was Sie wollen. Der junge Mann begann aufzuzählen: Dann hätte ich gerne die Welteinheit und den Weltfrieden, die Abschaffung von Vorurteilen, Beseitigung der Armut, mehr Einheit und Liebe zwischen den Religionen, gleiche Rechte für Mann und Frau und und ... Da fiel ihm der Weise ins Wort: Entschuldigen Sie, junger Mann, Sie haben mich falsch verstanden. Wir verkaufen keine Früchte, wir verkaufen nur den Samen.

(nach N. Peseschkian)

standen wir immer wieder im Spannungsfeld zwischen unseren islamischen, christlichen und jüdischen Mitschülern und Lehrern. Dies regte mich an, über die Beziehungen der Religionen untereinander und die Beziehungen der Menschen zueinander nachzudenken. Ich erlebte die Familien meiner Mitschüler und lernte ihre Verhalten aus den weltanschaulichen und familiären Konzepten verstehen. Später war ich Zeuge ähnlicher Konfrontationen, als ich während meiner fachärztlichen Weiterbildung erlebte, wie gespannt das Verhältnis von Psychiatern, Neurologen, Internisten und Psychotherapeuten war und mit welcher Vehemenz diese Auffassungen aufeinanderprallten.

Diese Erfahrungen und Überlegungen führten mich dazu, den Menschen – auch in der Psychotherapie – nicht nur als isoliertes Einzelwesen zu begreifen, sondern seine zwischenmenschlichen Beziehungen und – wie es meiner eigenen Entwicklung entspricht – seine transkulturelle Situation zu berücksichtigen, die ihn erst zu dem machen, was er ist.

*Den Wert von Menschen
und Diamanten kann
man erst erkennen, wenn
man sie aus der Fassung
bringt.*

Lebensweisheit



Gemeinsamkeit und Unterschiede in verschiedenen Kulturen (transkultureller Ansatz)

Wir berücksichtigen den transkulturellen Ansatz, welcher nicht nur Material zum Verständnis individueller Konflikte bietet, sondern darüber hinaus auch eine außerordentliche soziale Bedeutung hat. Gastarbeiterprobleme, Probleme der Entwicklungshilfe, Schwierigkeiten, die sich im Umgang mit Mitgliedern anderer kultureller Systeme ergeben, Probleme transkultureller Ehen, Vorurteile und ihre Bewältigung, Alternativmodelle, die einem anderen kulturellen Rahmen entstammen. In diesem Zusammenhang können auch politische Themen angesprochen werden, die sich aus der transkulturellen Situation ergeben.

Für die zwischenmenschlichen Beziehungen heißt das, durch Relativierung der eigenen Werthaltungen Vorurteile in Frage zu stellen, Fixierungen zu lösen und Kommunikationsblockaden aufzuheben.

Damit ist ein weiterer Prozeß verknüpft, nämlich der Abbau emotionaler Schranken und Vorurteile, die gegenüber fremden Denk- und Empfindungsweisen bestehen, die das Fremde als etwas Aggressives, Bedrohendes empfinden lassen und dort schon Abwehr provozieren, wo zunächst Verständnis am Platze wäre.

Ratlosigkeit und Hoffnung

- ▶ Tatsache ist, daß wir in unserer Kommunikation heute eine weltweite Krise vorfinden, die das Ausmaß einer Epidemie annimmt. In der ehelichen Kommunikation erleben die Partner den Schmerz gegenseitigen Mißverstehens und Nichtbeachtens. Familien leiden unter der nahezu fehlenden oder ausgesprochen oberflächlichen Art der Kommunikation zwischen Eltern und Kindern. Ebenso weist die Kommunikation zwischen Regierungen und ihren Völkern einen Zustand gegenseitigen Mißtrauens, von Beschimpfung, Betrug und Feindseligkeit auf. Schließlich bestand eine beispiellose Kommunikationskrise zwischen den Supermächten – ein Zustand, der leicht mit der Zerstörung allen Lebens auf diesem Planeten hätte enden können. Nach einem UNO-Bericht aus dem Jahr 1997 haben wir an 59 Orten der Welt Kriege. Diese Tatsachen machen deutlich, daß unsere Bemühungen um die Analyse der Gründe für unzureichende Kommunikation ebensowenig genügen wie unser Bestreben, neue Verfahren der Problemlösung oder der Vermittlung der Sachlage zu entwickeln.
- ▶ Auf der ganzen Welt gibt es eine Vielzahl von Menschen, ich möchte behaupten, es ist die Mehrzahl, wel-

che den Weltfrieden befürwortet und für das einzige Mittel hält, die menschlichen Sinnfragen zu lösen. Gegenüber der Verwirklichung dieser Idee besteht aber bei vielen Menschen eine unübersehbare Skepsis, ein Mißtrauen und sogar eine innere Abwehr.

Einige für mich sehr wichtige Erfahrungen möchte ich jedoch hier an den Anfang stellen. Von besonderem Interesse für mich sind folgende vier Bereiche:

- ▶ **Beitrag der Politiker zum Weltfrieden** (die transkulturelle Begegnung)
- ▶ **Beitrag der religiösen Führer zum Weltfrieden** (die religiös-weltanschaulichen Konzepte)
- ▶ **Beitrag der Wissenschaftler zum Weltfrieden**
- ▶ **Beitrag des Einzelnen zum Weltfrieden**

1. Der Beitrag der Politiker

Die Handlungen eines Politikers werden dadurch mitbestimmt, zu welcher Zeit er in welcher Kultur aufgewachsen ist, welches Maß an emotionaler Wärme und Vorbild ihm seine Familie gab, welche Beziehungen er zu seinen Mitmenschen entwickeln konnte und welche Bedeutung damit Menschen für ihn haben. Weiterhin sind ausschlaggebend die Sinnvorstellungen, die er aus

Drei Beispiele:

Verhalten/Konzept	West	Ost
Krankheit	Wenn jemand krank ist, möchte er seine Ruhe haben. Er wird von wenigen Personen besucht. Besuche werden auch als soziale Kontrolle empfunden.	Ist hier jemand erkrankt, so wird das Bett ins Wohnzimmer gestellt z.B. bei einem Beinbruch. Der Kranke ist Mittelpunkt und wird von zahlreichen Familienmitgliedern, Verwandten und Freunden besucht. Ein Ausbleiben der Besucher würde als Beleidigung und mangelnde Anteilnahme aufgefaßt.
Tod	Von Beileidsbesuchen bitten wir Abstand zu nehmen. Ich muß mit meinem Schicksal allein fertig werden. Jetzt muß ich alleine so viel Leid ertragen.	8 bis 40 Tage lang besuchen alle Verwandte, Freunde, Bekannte und andere Mitmenschen die Hinterbliebenen und geben ihnen so das Gefühl der Geborgenheit. Geteiltes Leid ist halbes Leid.
Depression	Mitteuropäer und Nordamerikaner entwickeln depressive Verstimmungen, weil ihnen der Kontakt fehlt, sie isoliert sind und sie unter dem Mangel an emotionaler Wärme leiden.	Im Orient entwickeln sich Depressionen eher, weil sich die Menschen durch die Enge ihrer sozialen Verpflichtungen und Verflechtungen überfordert fühlen, der sie auch nicht ausweichen können.



seiner Religion und Weltanschauung erhält, und das Instrumentarium an Wissenschaft und Technologie, das ihm zur Verfügung steht.

Diese Überlegungen, am Beispiel des Politikers angeführt, beschränken sich nicht auf ihn. Dadurch, daß der Mensch als soziales Wesen sein Leben nur mit den anderen Menschen zusammen gestalten kann, kommt jedem von uns ein politisches Mandat zu. Aufgaben lassen sich delegieren, Verantwortungen nicht:

Auf die Sprache übertragen: Es ist wichtig, daß jeder seine gelernte Sprache beibehält, aber er sollte auch eine Sprache sprechen können, mit deren Hilfe er sich mit den anderen verständigen kann. Eine solche „Sprache“ versucht die transkulturelle Psychotherapie als Metakommunikation, als Kommunikation über Konflikte zu erreichen:

*Viele kleine Leute aus vielen
kleinen Orten, die viele
kleine Dinge tun, werden
das Angesicht der Erde
verändern*

(Afrikanische Weisheit)

2. Beitrag der religiösen Führer

Obwohl die Tendenz besteht, Religion zu ignorieren, läßt sich nicht bestreiten, daß Religion im Sinne von Moraltradition, aber auch im Sinne eines aktiven Glaubensbekenntnisses das Leben des einzelnen bis in die privatesten und intimsten Bereiche beeinflusst. Ohne auf eine inhaltliche Analyse der Religion genauer einzugehen, können wir sagen, daß ihre Grundanliegen trotz aller Unterschiede gleich sind. Die funktionelle Theorie der Soziologie und Psychologie lehrt, daß eine institutionelle Struktur im Hinblick auf Religionen gebildet worden ist, um eine Funktion zu erfüllen. Die Institution muß ein praktisches Bedürfnis der Gesellschaft und des Einzelmenschen erfüllen. Wenn sie keinen Sinn und keine

Aufgabe hat, wird sie aufhören, zu existieren, oder, wie es leider häufig der Fall ist, versuchen, sich durch Fixierungen und Dogmatisierung über die Zeit zu retten. Auch hier ist als grundlegendes Prinzip die Entwicklung, die Dimension der Zeit zu sehen.

Religion ist wie ein Heilmittel, das dem Wesen des Menschen angemessen ist. Sie kann aber nur dann sinnvoll sein, wenn sie den Erfordernissen, Bedürfnissen und Nöten des Menschen entspricht und die Entwicklung (das Prinzip der Zeit), die Relativität und die Einheit berücksichtigt. Wenn eine falsch verstandene Religion zu Störungen führt, zu Fixierungen, Hemmungen der Entwicklung, Starrheit der intellektuellen Abwehr, muß sie Unsinn sein: wie Feuerbach sie statt als Theologie als Pathologie bezeichnete, Marx und Engels von Religion als Opium für das Volk sprachen und Freud sie als Versicherungsanstalt karikierte.

*Lerne zu unterscheiden
zwischen Glaube – Religion
und Institution*

3. Der Beitrag der Wissenschaftler

Aufgabe der Religion ist es, dem Menschen Werte, Ziele und Sinn darzustellen (Sinnegebung), während die Wissenschaft Erklärungen sucht und logische Gesetzmäßigkeiten herstellt (Sinnfindung).

Es gibt eine Vielzahl von Wissenschaften, die sich unterschiedlicher Blickwinkel bedienen, um sich der Wirklichkeit zu nähern. Auch hier finden sich die Konkurrenz einzelner Wissenschaften mit ihren Ansprüchen auf Absolutheit des eigenen Systems und die Rivalität zu den anderen Systemen. Diese Zusammenhänge zeigen uns, daß die Vorentscheidungen einer Wissenschaft, ihr Themengebiet, ihre Fragestellungen und Methoden von geschichtlichen, gesellschaftlichen, weltanschaulichen und religiösen Voraussetzungen abhängig sind. Nicht nur durch die geographischen Verbindun-

gen ist die Menschheit zu einer funktionellen Einheit geworden. Vielmehr hängen die Elemente ihrer Zivilisationsstruktur wechselseitig voneinander ab. So sind Bereiche wie Politik, Handel, Erziehung, Wissenschaft, Philosophie, Psychologie und Religion durch ein ganzes Netz von Beziehungen miteinander verknüpft. Praktisch wirkt sich dieser Sachverhalt so aus, daß die Wirtschaft nicht mehr Sache der Wirtschaftler ist und Erziehung nicht nur die Sache der Eltern. Alle Bereiche treten in irgendeiner Weise miteinander in Beziehung („Globalisierung“).

Die heutige Situation macht – angesichts der Gefahr der unmenschlichen Verselbständigung der Technologien – ihr Zusammenwirken notwendig.

*Denken ohne Erfahrung
ist leer,
Erfahrung ohne Denken
ist blind.*

(Immanuel Kant)

4. Der Beitrag des Einzelnen

Wenn wir fragen, woher ein Mensch seine Eigenarten, Ansichten und Werturteile hat, kommen wir mit großer Wahrscheinlichkeit auf die Umgebung zu sprechen, in der er aufgewachsen ist, nämlich seine Familie. Die Kontinuität der Gesellschaft erhält sich über die Spielregeln, die ein Mensch in seiner Familie erworben hat, und über die gemeinsamen Wertschätzungen, die als Gruppenziele eine Gesellschaft zusammenhalten.

In diesem Spannungsfeld kulturspezifischer, weltanschaulich-religiöser und wissenschaftlicher Sinnangebote steht der einzelne Mensch. Er kann zwischen den Mühlsteinen miteinander konkurrierender Systeme zermahlen werden, wenn keines der Angebote eine hinreichende Möglichkeit bietet, sich mit ihm zu identifizieren.

Für den Menschen ergibt sich daraus, daß er selber in dieser Einheit ein-



gegliedert ist und sich gewissen Ordnungen, Naturgesetzen und unumgänglichen Regelmäßigkeiten beugen muß, und daß er gleichzeitig die Fähigkeit der Unterscheidung und damit die Verantwortung besitzt, die sich daraus ergibt, daß er nicht passiv der Natur untergeordnet ist, sondern aktiv innerhalb der Bandbreite der gegebenen Möglichkeiten sein Schicksal selber bestimmt.

Praktisches Vorgehen

► In diesem Sinne kann auch das Verhältnis eines Politikers, eines religiösen Führers, eines Wissenschaftlers und eines Individuums als gestört gelten, wenn auf der anderen Seite seine Emotionalität verodet. Man fragt daher nach den Beziehungen zu folgenden fünf Kategorien:

Wie ist das Verhältnis des Politikers/ Wissenschaftlers zu sich selbst?

Nimmt er sich Zeit für seine Bedürfnisse wie Schlaf, Nahrung, Freizeit, Weiterbildung etc.?

Wie ist das Verhältnis zum Partner?

Hat man einen guten Kontakt zu seiner Frau, zu seinem Mann, zu seinen Kindern? Nimmt man sich Zeit für sie, hat man Vertrauen zu ihnen, fördert man nur Gehorsam und Höflichkeit oder legt man Wert auf offenen Meinungsaustausch, nimmt man Rücksicht auf die Familie?

Wie ist das Verhältnis zu der sozialen Umgebung?

Wie ist das Verhältnis zu Verwandten, Freunden, Kollegen, Landsleuten, anderen Menschen überhaupt? Ist man kontaktfähig, gesellig, hat man Vorurteile, Ängste oder Aggressionen gegenüber einzelnen Personen oder Gruppen?

Wie ist das Verhältnis zum Beruf?

Habe ich freiwillig den Beruf gewählt oder wurde ich zu diesem Beruf gezwungen? War nichts anderes da, was ich werden konnte; interessieren mich die Aufgaben, die mir gestellt werden; arbeite ich nur, um Geld zu verdienen und um

*Keine Zukunft vermag
gutzumachen, was in der
Gegenwart versäumt wird.*

(Albert Schweitzer)

mir etwas leisten zu können, oder ist der Beruf für mich eine Sinnerfüllung, ein inneres Bedürfnis geworden? Habe ich Konflikte in meinem Beruf; werde ich überfordert, unterfordert; gefällt mir zwar der Beruf, aber komme ich mit den Kollegen nicht aus; Wie kann ich einen Beitrag zur gesellschaftlichen Entwicklung leisten?

Wie ist das Verhältnis zur Zukunft?

Bin ich mit der Gegenwart zufrieden oder unzufrieden; sehe ich Entwicklungsmöglichkeiten oder Stillstand; kann ich auch mit einer angemessenen Bedürfnisbefriedigung in Zukunft rechnen; welche Ziele habe ich und welches sind die Grundlagen meines Orientierungssystems; habe ich mein Orientierungssystem selbst erworben oder habe ich es einfach von anderen übernommen; welche Bedeutung hat für mich das Leben überhaupt; wie verarbeite ich Schwierigkeiten, die in den anderen Bereichen auftreten; bin ich bereit, zu experimentieren; bin ich bereit, offen meine Meinung zu sagen und gerecht zu sein, auch auf die Gefahr hin, die freundlichen Blicke der anderen zu verlieren?

Konsequenzen

► Diese Suche der Menschen nach einer neuen, gültigen Orientierung bringt wiederum eine Wechselbeziehung von Ursache und Wirkung mit sich. Das kulturell, gesellschaftlich, po-

litisch und religiös enttäuschte Individuum, das Zuflucht und Hilfe in seiner Privatwelt sucht, multipliziert durch diese Verhaltensweise wiederum die kollektiven Probleme.

Es zeigt sich erneut, daß keines dieser kulturellen Systeme für sich gut ist. Ihre Qualitäten erweisen sich erst darin, wie sie sich für die Menschen auswirken, die in ihnen leben, und inwieweit ihre Spielregeln eine konstruktive Auseinandersetzung mit anderen soziokulturellen Systemen und ihren Angehörigen zulassen. So bleibt manches, was die Angehörigen der verschiedenen kulturellen Systeme voneinander lernen könnten – und wenn es nur das wäre, daß sie einander verstehen lernen.

Anschrift des Verfassers:

Professor h.c. Dr. med. Nossrat Peseschkian, Facharzt für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapeutische Medizin, wurde 1933 im Iran geboren und lebt seit 1954 in Deutschland.

Er ist Leiter der Wiesbadener Akademie für Psychotherapie

Langgasse 38-40

65183 Wiesbaden

Telefon: 0611-373707

Fax: 0611-3 99 90

Email: info@wiap.de

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

Palliativmedizin aus der Sicht einer Landärztin

“Werden Sie bei mir sein, wenn es soweit ist?”

Dr. med. Elisabeth Lohmann, Fritzlar

Ich bin Allgemeinärztin und Psychotherapeutin im ländlichen Gebiet des Schwalm-Eder-Kreises.

Ich möchte Ihnen von einer Patientin erzählen. Frau W. war etwa in meinem Alter, Anfang vierzig. Sie brauchte mich als Hausärztin nicht oft, denn sie war gesund.

Eines Tages kam sie mit einer pflaumengroßen Schwellung am Oberschenkel. Die Histologie ergab, daß es sich um eine Metastase eines malignen Melanoms handelte.

Es folgten mehrere Operationen, Chemotherapie, Bestrahlung. Es kam innerhalb weniger Monate immer wieder zu Rezidiven.

Ärztlich und menschlich begleiten

Jetzt war ich als Hausärztin gefordert, die Wunde zu versorgen, aber noch mehr, sie zu begleiten. “Habe ich noch eine Chance? Kann ich wieder gesund werden?” Die Patientin kam mit ihrem Ehemann, und immer wieder redeten wir über ihre Situation. Die fachärztliche Betreuung wurde von einem niedergelassenen Onkologen übernommen.

Innerhalb eines Jahres verschlechterte sich der Gesundheitszustand der Patientin.

In meinem Sonntagsdienst rief der Ehemann an, die Patientin habe die letz-

ten Tage zunehmend Kopfschmerzen gehabt, der Onkologe habe ein CT veranlaßt, es seien Hirnmetastasen festgestellt worden. Jetzt sei die Patientin verwirrt, ob ich kommen könne. Ich machte einen Hausbesuch und es war der letzte Tag, an dem mich die Patientin noch erkannte. Vorsichtig bereitete ich die Angehörigen darauf vor, daß die Patientin bald pflegebedürftig werde, daß ein Krankenbett und andere Hilfsmittel erforderlich seien. Entsetzt schaute mich der Ehemann an. Er wollte zunächst kein Krankenbett, aber die rasante Verschlechterung in den nächsten Tagen machte deutlich, daß die Patientin kurzzeitig noch eine Schwerstkranke, dann aber eine Sterbende war.

Schon bei meinem zweiten Hausbesuch konnte sie auf Fragen nicht mehr adäquat antworten, bald öffnete sie nur noch die Augen, wenn ich sie ansprach. Ich konnte sie also nicht mehr fragen, ob sie Schmerzen hat. Davon mußten wir aber ausgehen. Also habe ich ihr zunächst Tramadol-Tropfen verordnet. Schwierig war, daß ich nicht erfragen konnte, ob die Schmerztherapie ausreichend war.

Wichtig: Der Austausch mit Kollegen

Ich habe Rücksprache gehalten, mit dem behandelnden Onkologen. Ich erlebe es

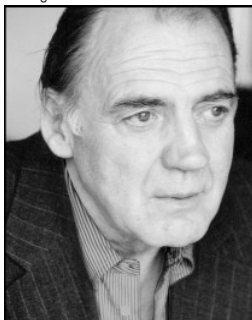
in einer solchen Situation als große Erleichterung, mich mit einem Kollegen beraten zu können.

Bald schon war die Patientin so somnolent, daß das Schlucken schwierig wurde. Ich stellte die Schmerzbehandlung auf Fentanyl-Pflaster um. Nun nahm die Patientin aber auch kaum mehr Nahrung und Flüssigkeit zu sich. Die Angehörigen dachten an eine künstliche Ernährung. Die Patientin konnten wir nicht fragen. Mir war es wichtig, das Sterben nicht unnötig zu verlängern, sie aber auch so wenig wie möglich leiden zu lassen.

Die Patientin stöhnte jetzt auch öfter, und ich war mir nicht sicher, ob die Schmerztherapie ausreichend war.

In dieser Situation war es mir wichtig, mir bei palliativmedizinisch versierten Kollegen Rat zu holen. Ich rief Dr. Böhme in Kassel an, der als Schmerztherapeut viel Erfahrung hat. Und ich rief Dr. Spuck an, der die Palliativstation am Roten Kreuz Krankenhaus leitet. Wir diskutierten, die beiden gaben mir Rat, empfohlen Literatur. Das war eine große Hilfe. Ich erhöhte die Fentanyl-Dosis und verordnete zusätzlich Morphin s.c., zum Beispiel bevor die Patientin gebettet wurde und vermutlich die Schmerzen zunahmen. Ich riet den Angehörigen von einer künstlichen Ernährung ab, da

Anzeige



„Ich unterstütze
ÄRZTE OHNE GRENZEN,
weil Menschen in
Bürgerkriegsgebieten
ein Recht auf medizinische
Versorgung haben – weltweit.“
Bruno Ganz, Schauspieler

Bitte schicken Sie mir unverbindlich

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

Name _____

Geb.-Datum _____

Straße _____

PLZ/Ort _____



ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.
Am Köllnischen Park 1
10179 Berlin
www.aerzte-ohne-grenzen.de
Spendenkonto 97 0 97
Landesbank Berlin
BLZ 100 500 00

11103002

sie in diesem Fall, das Sterben nur verlängern würde und wir den nahenden Tod damit nicht abwenden konnten.

Außerdem bin ich überzeugt, daß Sterbende sich in einer Übergangs- und Ausnahmesituation befinden — auch wenn es seltsam klingen mag, aber vielleicht der des Verliebtsein oder einer Prüfungssituation vergleichbar — wo Hunger nicht mehr so wahrgenommen wird, wie bei uns Menschen im Alltagsleben.

Plötzlich allein mit dem Sterbenden

Die Angehörigen haben die Patientin bei ihrem Sterben begleitet, sie waren bei ihr. Auch ich habe immer wieder einen Augenblick an ihrem Bett gesessen und ihre Hand gehalten.

Nach wenigen Tagen ist Frau W. verstorben.

Auf diese Begleitung Schwerstkranker und Sterbender bin ich in meiner Ausbildung nicht vorbereitet worden. Und plötzlich stand ich ganz allein am Bett eines sterbenden Patienten. Da ist kein Kollege in der Nähe. Sicher hätte ich die Patientin ins Krankenhaus einweisen können, die Patientin wollte, wie die meisten Menschen, zu Hause sterben.

Ich bin dankbar für die Unterstützung meiner Kollegen aus dem palliativmedizinischen Bereich. Ich weiß zumindest, an wen ich mich wenden kann. Ich habe mich immer schon für Palliativ-Medizin interessiert.

Aber die Kollegen können die Beratung, die sie gegeben haben, nicht abrechnen. Es war ein Entgegenkommen, die Telefongespräche gingen von ihrer Zeit mit ihren Patienten ab.

Experten im Hintergrund erforderlich

Das ist ein Mißstand, der nicht haltbar ist. Die Patienten werden aus dem stationären Bereich immer früher und immer schwerer krank nach Hause entlassen. Wir Hausärzte sind auf diese Situation ungenügend vorbereitet. Dabei stehen wir erst am Anfang dieser Entwicklung.

Was wir brauchen, sind Experten im Hintergrund, die 24 Stunden am Tag - eben genau dann, wenn eine Krise beim Schwerstkranken und sterbenden Patienten auftritt - erreichbar sind - für mich als Hausärztin, für die Angehörigen oder den Pflegedienst.

Ein solches „Palliativ-Care-Team“ gibt es in Göttingen: das „Support Projekt“.

Dort hat es sich sehr bewährt. Und obwohl es bundesweit viel beachtet wurde und Preise erhielt, haben die Krankenkassen die Kostenbeteiligung abgelehnt.

Vom Support-Projekt zum Arbeitskreis Palliativmedizin

Als ich das Support-Projekt kennenlernen wollte, habe ich mich bei der Landesärztekammer erkundigt, ob wir in Hessen ein vergleichbares Projekt haben. Weil das

nicht der Fall ist, habe ich ein Treffen zwischen Dr. Popović, Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer und Dr. Ensink, Projektleiter von Support, ange-regt.

Inzwischen hat sich daraus der Arbeitskreis Palliativmedizin entwickelt. Ich setze mich für ein Palliativ-Care-Team in Hessen ein, weil es die Versorgung schwerstkranker und sterbender Patienten verbessert. Und weil auch meine Patienten auf dem Land etwas davon haben. Denn so wichtig die Hospize in den Städten sind, sie sind für meine Patienten zu weit entfernt. Die palliativmedizinische Betreuung können wir nicht ausschließlich ehrenamtlich leisten.

Daß die Suizidrate unter Ärzten - besonders unter Ärztinnen - höher ist als im Bevölkerungsdurchschnitt, hat vermutlich auch etwas mit unserer Neigung zur Selbstüberschätzung zu tun! Wir brauchen professionelle und bezahlte Hilfe im palliativmedizinischen Bereich.

„Werden Sie bei mir sein, wenn es so weit ist?“

Ja, ich will da sein, aber ich brauche Unterstützung dabei.

Anschrift der Verfasserin:

Steinweg 9

34560 Fritzlar

e-mail:

dr.elisabeth-lohmann@t-online.de

Anzeige

Gebrauchtgeräte

EKG-Geräte, Spirometer, Therapiegeräte, generalüberholt, mit Garantie.

Planung und kompl. Einrichtung von Arztpraxen aller Fachrichtungen – **Praxisrenovierung** –

MED-ORG. -Praxisberater

From Medical Partners

Medizintechnik • Praxiseinrichtung • techn. Service

Dipl.-Ing. Keil + Kistler

Heinrich-Heine-Str. 6 • 35440 Linden/Gießen

Tel. (0 64 03) 40 81 • Fax (0 64 03) 7 63 75

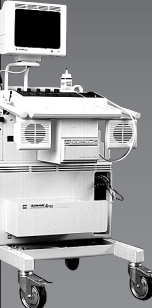


PC gestützte cardiopulmonale Diagnostik

Anzeige

ULTRASCHALL

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



**ständige attraktive
Sonderangebote**

Ihr gewissenhafter Partner direkt vor Ort:

KMT Kälzer Medizintechnik
 Beatusstr. 17
 56073 Koblenz
 Tel 0261.94704-0
 Fax 0261.94704-22

KMT Kälzer Medizintechnik
 Zeyher Str. 2
 68723 Schwetzingen
 Tel 06202.9259292
 Fax 06202.9259294

**GROSSE
AUSSTELLUNG
FARBDOPPLER**

NEU UND GEBRAUCHT



Im Internet zum Selbstmord verabredet

8. Frankfurter Psychiatrie-Symposium zum Thema „Suizidalität“

Die letzten Sätze klingen stakkatohaft: „Um zwölfte mittags starb er. Man fürchtete für Lottes Leben. Handwerker trugen ihn. Kein Geistlicher hat ihn begleitet“. Goethes Roman über einen empfindsamen jungen Mann, der sich aus unglücklicher Liebe das Leben nimmt, reizte zeitgenössische Leser zur Nachahmung. Man kleidete sich wie Werther, trug einen blauen Frack zur gelben Hose und trank Tee aus Tassen mit Werthers Porträt. Viele, die ihre eigene Verzweiflung in den „Leiden des jungen Werther“ wiedergespiegelt sahen, ließen sich von jener Selbstmordwelle erfassen, die Deutschland nach dem Erscheinen des Buches überrollte: „Die Natur findet keinen Ausweg aus dem Labyrinth der verworrenen und widersprechenden Kräfte, und der Mensch muß sterben.“

Imitation von Suizid und suizidaler Methode

Das Phänomen des Nachahmungseffektes ist keineswegs auf das Zeitalter Goethes beschränkt; nur kleidet es sich inzwischen in neue Gewänder. Während in der Vergangenheit ein literarischer Bestseller zu hoher Suizidalität führte, verabreden sich Jugendliche heute in Chat-Rooms des Internets zum kollektiven Selbstmord. Die übrigen Medien erzielten ähnliche Wirkungen, erklärte Professor Dr. med. Armin Schmittke auf dem 8. Frankfurter Psychiatrie-Symposium „Suizidalität“ unter Federführung von Professor Dr. Peter Hartwich, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Städtischen Kliniken Höchst. Je häufiger Presse, Rundfunk und Fernsehen über Selbstmorde berichteten, desto mehr Suizide seien in der Bevölkerung zu verzeichnen. Auch die Methode der Selbstmorde werde imitiert. „Mehr Publizität – mehr Selbstmorde“: Seine These ließe sich durch etliche

Untersuchungen belegen. Dagegen könne für die These, daß Publizität nur Depressionen provoziere, jedoch nicht unbedingt suizidales Verhalten bewirke, ausschließlich jene Studie ins Feld geführt werden, die nach Prinzessin Dianas Unfalltod in England gemacht wurde. Damals wurde, vor allem bei jüngeren Frauen, eine kollektive Depression beobachtet. Allerdings hatte Diana auch keine Freitodabsichten geäußert.

Schmittke, Psychiatrische Klinik und Poliklinik Würzburg, wies deutlich auf den Zusammenhang von Depression und der Neigung zur Selbsttötung hin. Da jeder Mensch ein Recht darauf habe, daß ihm geholfen werde, sei es für den behandelnden Arzt wichtig, die Prädiktoren für eine mögliche Disposition seines Patienten zu kennen. Die wichtigsten seien:

- ▶ frühes suizidales Verhalten
- ▶ negative Veränderung der Lebensumstände
- ▶ Imitationsgefahr durch den Suizid einer prominenten Kultfigur
- ▶ Hoffnungslosigkeit

„Vorsicht ist geboten, wenn Sie den Eindruck haben, daß Ihr Patient sich nicht mehr in der Lage fühlt, sein Leben zu bewältigen“, riet Schmittke seinen Zuhörern in Frankfurt. Aber auch eine plötzliche und unerklärliche Besserung nach depressivem Zustand solle aufmerken lassen. Häufig könne sich dahinter der Entschluß zum Freitod verbergen. Als auffällig bezeichnete der Psychiater die Häufigkeit von sogenannten „Post-Klinik-Suiziden“. In 70 % der Fälle hätten sich die Betroffenen nach einem Wochenenden oder längerem Aufenthalt zu Hause das Leben auf dem Rückweg zur Klinik genommen.

Wirkung von Anti-Depressiva

Daß auch die Genetik einen gewissen

Einfluß auf Suizidalität ausübe, lasse sich an Zwillingsstudien ablesen, sagte Professor Dr. med. Ulrich Hegerl, Psychiatrische Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, in seinem Vortrag „Depression, Suizidalität: Forschung zur Neurobiologie und Prävention“. Allerdings sei kein einzelnes Gen verantwortlich zu machen: „Gen und Umwelt sind nicht voneinander zu trennen.“ Obwohl dies noch nicht vollständig belegt sei, nehme man an, daß eine Unterfunktion im Serotonin-Neurotransmitter-System eine Neigung zu suizidalem Verhalten begünstige.

Daß Lithium mit hoher Wahrscheinlichkeit antisuizidale Effekte besitze, habe hingegen festgestellt werden können. „Während der Einnahme von Lithium reduzierten sich suizidale Handlungen deutlich; ein Jahr nach dem Absetzen waren sie wieder 20-fach erhöht.“

Hegerl hob hervor, daß insgesamt – in Deutschland, aber auch weltweit – ein Rückgang der Suizide zu beobachten sei. Er führe dies u. a. auf eine Zunahme der Verschreibung von Anti-Depressiva zurück. Hegerl zeigte sich davon überzeugt, daß eine bessere – auch medikamentöse – Depressionsbehandlung Selbstmorden entgegen wirken könne. Eine ganz wichtige Rolle komme dabei dem Hausarzt zu.

Im zweiten Teil seiner Ausführungen ging Hegerl auf das im Januar 2000 gestartete und für zwei Jahre angelegte Aktionsprogramm „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ ein. Intensive Aufklärung von Öffentlichkeit und Ärzten stehe bei diesem Programm im Mittelpunkt. Neben aktiver Öffentlichkeitsarbeit in Form von Postern, Kinospots, Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für Multiplikatoren – Ärzte, Pfarrer, Lehrer und Presse – habe man eine Hotline für die Suche von versierten



Ärzten eingerichtet. Außerdem sei vor dem Hintergrund des Werther-Effektes mit den Lokalredaktionen gesprochen und ein Medienguide für den Umgang mit dem Thema Suizid entwickelt worden. Allein im Jahr 2001 wurden nach Hegerls Angaben 30 Veranstaltungen durchgeführt.

Nürnberger Bündnis gegen Depression

Das Projekt sei mit einer „sehr sorgfältigen Evaluation“ verbunden, unterstrich Hegerl in Frankfurt. Man habe festgestellt, daß die Suizidhäufigkeit mit dem Alter zunehme. Generell ließen sich mehr Suizidversuche bei jüngeren Frauen als bei Männern beobachten; jedoch führten Männer den Selbstmord öfter aus. Mit Nachdruck machte Hegerl auf die Wirkung der Aktion aufmerksam: So seien von Januar bis September 2000 in Nürnberg 255 Suizidversuche zu verzeichnen gewesen, von Januar bis September 2001 hingegen nur noch 181 Suizidversuche. In vergleichbarem Ausmaß sei in diesem Zeitraum die Zahl der Selbstmorde gesunken.

Auch Hegerl betonte den antisuizidalen Effekt von Anti-Depressiva durch die Verkürzung oder Heilung einer Depression; Lithium zeige dabei eine besonders deutliche Wirkung. Für weitere Informationen wies er auf die Homepage-Adresse www.kompetenznetz-depression.de hin, die mit über 700 registrierten Besuchern am Tag intensiv genutzt werde.

Obwohl man generell einen Rückgang von Selbstmorden konstatiere, sei Suizidalität im Jugendalter immer noch die häufigste unnatürliche Todesursache in dieser Lebensphase, erklärte Professor Dr. med. Fritz Poustka, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Klinikum der Universität Frankfurt a.M. Allerdings nehme die Zahl der Suizide seit einem Hoch in den Siebziger Jahren auch hier ab. Unter 12 Jahren seien vollendete Suizide extrem selten, über 15 Jahre im Verhältnis zur Gesamtzahl selten. Zwischen 15 und 24 Jahren verzeichne man 9 – 21 % Selbstmordversuche beim männlichen und 6 – 28 % beim

weiblichen Geschlecht. Mit Hilfe der Epidemiologie ließen sich keine sicheren Trends festmachen, so Poustka. Zwar seien Suizide rückläufig, andererseits kämen immer mehr Jugendliche mit entsprechender Symptomatik zur Aufnahme in die Kliniken. Die Rate der vollendeten Selbstmorde sei bei Jugendlichen zudem höher als bei Erwachsenen.

Selbstmord bei Jugendlichen

Die Reife der kognitiven Fähigkeiten, Impulsivität und weitere Psychopathologien, Imitation und Wiederholung (im Medien- und Freundeskontext), sowie abnorme, aktuelle und psychosoziale Umstände spielten eine wesentliche Rolle bei der jugendlichen Suizidgefährdung. Außerdem listete Poustka einige Persönlichkeitsfaktoren auf: irritierbar, impulsiv, überempfindlich und intolerant gegenüber Kritik. Eine hohe postsynaptische Rezeptorendichte und eine minimale zerebrale Dysfunktion könnten die Gefährdung ebenfalls verstärken.

Bei drei Viertel der betroffenen Jugendlichen hätten ein vorausgegangenes Ereignis – dabei vor allem Konflikte mit Familie oder Freunden – zu dem Entschluß geführt. „Bis zu einem Drittel der Suizide hatten jedoch keinen klar erkennbaren Auslöser“, stellte Poustka fest. Mit vier Stichworten skizzierte er ein Modell der suizidalen Entwicklung:

- ▶ chronische Symptome
- ▶ Streßereignis
- ▶ Stimmungsänderung
- ▶ Suizid

Substanzmißbrauch – beispielsweise Alkohol – bewirke einen Anstieg der Rate. Überdies käme es immer häufiger zu Suizidversuchen von Mädchen: 2,3 % unter 12 und 19,3 % über 12 Jahren. Bei Mädchen könne meist die Diagnose Depression gestellt werden, bei Jungen sei dies nicht so ein-

deutig. Die höchste Suizidalität bei Jugendlichen liege im Alter zwischen 15 und 18 Jahren. Im Rahmen der Behandlung empfahl Poustka unter anderem die unbedingte Kontrolle über verfügbare Mittel zur Durchführung eines Selbstmordes (z.B. Medikamente), Krisenintervention, Aufbau von Alternativen bei der Problembewältigung und Psychohygiene der therapeutischen Kontaktpflege. Bei einem Suizidversuch müsse die suizidale Absicht differenziert betrachtet werden: War es wahrscheinlich, daß der Versuch entdeckt würde? Hatte das Ganze eher Appellcharakter? Die Hintergründe seien nicht so sehr an den Äußerungen der Betroffenen sondern vielmehr an dem Arrangement des Suizidversuchs erkennbar. Zum Frühwarnsystem eines Selbstmordes gehörten frühere Suizidversuche. Problematisch sei indes, daß es oft bei „heftigen“ und vollendeten Suiziden keinerlei Anzeichen im Vorfeld gebe. Als Ziele der Intervention definierte Poustka:

- ▶ Stärkung der inneren Autonomie
- ▶ Verminderung der subjektiv empfundenen Bedrohung durch die Welt
- ▶ Einbeziehung der Schlüsselpersonen
- ▶ Keine Versprechungen aufgrund der suizidalen Handlung
- ▶ Ziele formulieren

Suizid im Alter

Die einzige Gruppe, die nicht von dem globalen Trend rückläufiger Suizidzahlen profitiere, sei die der Senioren, be-

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

Ihre Erfolg. Mit Sicherheit.



tonte Professor Dr. med. Konrad Maurer, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II des Universitätsklinikums Frankfurt a.M. Er wies in diesem Zusammenhang auf die „dramatische Änderung der Alterspyramide“ hin; so sei etwa die älteste Frankfurterin inzwischen 108 Jahre alt; im Stadtteil Dornbusch sei bereits jeder 5. Bewohner ein Senior. Die meisten Senioren lebten allein, weil sie ihren Partner durch Tod oder Scheidung verloren hätten. Jenseits der 60 sei nicht nur die Zahl der Wiederverheiratungen gering, von diesem Alter an sei auch das Suizidrisiko besonders hoch. Auf 100.000 bezogen, liege die Suizidrate ab 60 Jahren bei 37,5 %, bei den über 85jährigen verdoppele sie sich nahezu.

„Das Alter ist offenbar ein hoher Risikofaktor für den Suizid“, folgerte Maurer. Obwohl ältere Frauen häufig unter schlechteren Bedingungen lebten, begingen mehr Männer als Frauen Selbstmord. Größere Anpassungsfähigkeit, ein besseres soziales Netzwerk, angemessenes Verhalten bei Alltagsaktivitäten und das Gefühl, im Rahmen der Beziehung zu Kindern und Enkelkindern gebraucht zu werden, wirkten bei Frauen als Faktoren, die dem Selbstmord vorbeugten. Daher würden sich auch im Alter mehr Männer das Leben nehmen; die Wahl der Suizidmethode – als „harte“ Methoden gelten Erhängen, Sturz in die Tiefe, Ertrinken oder Erschießen – zeige die Ernsthaftigkeit.

Ausschlaggebender Faktor für die Entscheidung, sich das Leben zu nehmen oder nicht, sei die Einstellung zum Suizid, sagte Maurer in Frankfurt. Ältere Menschen fühlten sich oft als außerhalb der Norm stehend; hinzu komme, daß Selbstmord im Alter verständlich und akzeptabel erscheine. Die Ausweglosigkeit und Verzweiflung der Betroffenen und ihrer Angehörigen werde von der Gesellschaft vielfach nicht registriert. „Dabei“, so Maurer, „handelt es sich beim Suizid eines älteren Menschen ebenso oft um eine Affekthandlung

wie bei Jüngeren.“ Psychiatrische Erkrankungen, körperliche Leiden, biologische Faktoren (niedriger Serotoninspiegel etwa) sowie soziale Isolation und Vereinsamung bezeichnete der Psychiater als wesentliche Faktoren für den Suizid bei Älteren. Die Verbesserung der ökonomischen Situation sowie der körperlichen und seelischen Gesundheit, aber auch der Aufbau eines sozialen Netzes dienten der Prävention.

Frankfurter Fall-Kontroll-Studie

Dr. med. Barbara Schneider, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II am Frankfurter Klinikum, zählt das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung, vor allem die narzißtische Persönlichkeitsstörung, zu den wesentlichen Risikofaktoren bei Suizid. Auch neurologische Erkrankungen, die psychische – meist depressive Symptome – nach sich zögen, gehörten dazu.

Persönliche Lebensumstände und einschneidende Ereignisse spielten ebenfalls eine Rolle. So sei das Suizidrisiko 4,5 Jahre nach dem Tod des Partners besonders erhöht. Das Gleiche gelte auch bei dem Verlust eines nahestehenden Menschen. Schneider berichtete von einer an ihrer Klinik konzipierten Fall-Kontroll-Studie unter der Frankfurter Stadtbevölkerung – der einzigen dieser Art in Europa – die alle Personen einbezogen habe, die sich 1999 und 2000 das Leben genommen hätten. Diese habe gezeigt, daß bei den meisten Betroffenen vor dem Selbstmord Angststörungen, affektive Störungen, Anpassungsprobleme, psychische Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen vorgelegen hätten. Ein hoher Prozentsatz lebte nicht in einer festen Partnerschaft; oft war auch eine Abhängigkeit von psychotropen Substanzen – z.B. Alkohol – festgestellt worden.

Im hohen Bogen fliegt der Stöpsel aus der Flasche; wie eine Fontäne spritzt der flüssige Inhalt nach draußen: Das von Dr. med. Michael Grube, Oberarzt an der Klinik für Psy-

chiarie und Psychotherapie, als Dia an die Wand projizierte handgemalte Bild illustriert den Seelenzustand eines Patienten kurz vor der Explosion. Alkoholprobleme und das Gefühl, sich gegen die eigene Verzweiflung wehren zu müssen, kommen plakativ zum Ausdruck. Grube berichtete, daß in Höchst Patienten mit aggressiven oder autoaggressiven Verhaltensweisen drei Stunden nach der Aufnahme beobachtet worden seien und man festgestellt habe, daß die verbale Reaktion auf ihr Verhalten das suizidale Verhalten der Betroffenen erheblich beeinflusse.

Verhältnis Arzt und Patient

„Eine gute Beziehung zwischen Arzt und Patient ist die beste Suizidprophylaxe“, unterstrich Professor Dr. Burkhard Pflug, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II des Universitätsklinikums Frankfurt, in seinem Vortrag über „Affektive Erkrankungen und Suizidalität“. Schon das Vereinbaren eines nächsten Gesprächstermins könne präventiv sein. Pflug plädierte für eine adäquate Behandlung der Patienten mit Psychopharmaka und eine kontrollierte Verschreibung von Medikamenten. Bei schweren depressiven Symptomen und akuten Krisen sei allerdings eine stationäre Behandlung notwendig.

Symptomatisch für schizophrene Patienten seien die Vorstellung von Todeslandschaften und eine krankhafte Symbolbildung, erläuterte Dr. med. Michael Dümpelmann, Leiter des Funktionsbereiches Klinische Psycho- und Soziotherapie des Niedersächsischen Landkrankenhauses Tiefenbrunn (Universität Göttingen). Neben dem Verlust der Subjekt-Objekt-Beziehung und dem Gefühl des Ausgeliefertseins werde das Leben meist als sinnlos und unerträglich empfunden. „Die beste Medizin gegen Selbsttötung ist, in Kontakt und Beziehung zu bleiben“, faßte Dümpelmann zusammen.

Katja Möhrle

AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG UND WEITERBILDUNG DER LÄNDESÄRZTEKAMMER HESSEN

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

ALLGEMEINE HINWEISE



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

Kategorie A: Vortrag und Diskussion („Frontalveranstaltung“)

1 P pro Fortbildungsstunde, 3 P pro fi Tag bzw. 6 P pro Tag
1 Zusatzpunkt (bei Lernerfolgskontrolle, Themen aus dem aktuellen Fortbildungskatalog)

Kategorie B: mehrtägige Kongresse im In- und Ausland

3 P pro fi Tag bzw. 6 P pro Tag, maximal 20 P pro Jahr

Kategorie C: Fortbildung mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers (z.B. Workshop, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel, Balintgruppen, Kleingruppenarbeit, Supervision, Fallkonferenzen, praktische Übungen, Hospitationen)

1 P pro Fortbildungsstunde, 1 Zusatzpunkt pro Veranstaltungseinheit - maximal 4 P pro 1/2 Tag bzw. 8 P pro Tag, 1 Zusatzpunkt (bei Lernerfolgskontrolle, Themen aus dem aktuellen Fortbildungskatalog)

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

1 P pro Übungseinheit, maximal 10 P pro Jahr
Blockveranstaltungen (z. B. Kurse und Mehrtagesveranstaltungen mit einheitlicher thematischer Ausrichtung): 3 Punkte pro fi Tag, 6 Punkte pro Tag - maximal 20 Punkte pro Kurs/Veranstaltung.

Selbststudium durch Fachliteratur und Lehrmittel: 10 P pro Jahr

Autoren/Referenten erhalten 1 P pro Beitrag/Poster/Vortrag bzw. die gleiche Punktezahl wie Teilnehmer plus 1 Zusatzpunkt, maximal 10 P pro Jahr.

Das Zertifikat

Das Zertifikat wird nach 3 Jahren ausgestellt, wenn die 120 (bzw. 150) Punkte erreicht sind, und es gilt für die folgenden 3 Jahre. Bitte fordern Sie dann formlos schriftlich das Zertifikat in der Akademie an und reichen die gesammelten Teilnahmebescheinigungen mit der Punktezahl bzw. dem Barcode und Ihr persönliches Nachweisheft mit den Barcodes ein. **Überzählige Punkte können nicht auf die nächsten 3 Jahre übertragen werden!** Zur Zeit liegen uns bereits einige Päckchen vor, die es zu prüfen und zu bearbeiten gilt, und wir bemühen uns, die Zertifikate auch schon vor Ablauf von 3 Jahre auszufertigen. Da aber täglich eine unvorhergesehene Flut von Anträgen von Veranstaltern für die Zertifizierung auf uns zukommt und immer noch ein sehr großer Informationsbedarf über die Zertifizierung an sich besteht, gelingt es uns leider nicht, sie so schnell auszustellen, wie wir es gern tun würden und Sie es erwarten. Wir bitten um Verständnis und Geduld!

Akkreditierung von Veranstaltungen

Die Fortbildungspunkte für das Ärztekammer - Zertifikat vergibt n u r 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.

Zertifizierung: Pilotprojekt der Akademie mit den Haftpflichtversicherungen

„Allianz“ / „Vereinte“ und „DBV- Winterthur“ s.HÄ 8/2001

I. SEMINARE/VERANSTALTUNGEN ZUR PERMANENTEN FORTBILDUNG

ANGIOLOGIE

Venenthrombose und Lungenembolie - Update 2002

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.

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Kongreß-Halle

Anmeldung: Venenzentrum Frankfurt, Zeil 51, 60313 Frankfurt a. M.

s. HÄ 2/ 2002

AiP
4 P

ÄRZTLICHE PRAXIS UND QUALITÄTSZIRKEL

Sektion Allgemeinmedizin

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.

Kein Kostenbeitrag

s. HÄ 2/ 2002

Weitere Termine: Palliativmedizin 5. Juni 2002

ein dritter Termin folgt im Herbst

Tagungsort: KV Hessen, Kl. Saal; Georg-Voigt-Straße 15

Anmeldungen: Bitte schriftlich an die Akademie, z. Hd. Frau Zinkl

4 P

4 P

BILDGEBENDE VERFAHREN

Ultraschalltechniken in Anästhesie und Intensivmedizin

Sektion Anästhesiologie

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

Leitung: Dr. med. I. Hornke, Hanau; Dr. med. E. Müller Darmstadt

s. HÄ 2/ 2002

4 P

Oberbaucherkrankungen – wann und welches bildgebende Verfahren

Interdisziplinäre Fortbildung Sektion Innere Medizin

Samstag, 23. März 2002 (statt 16. März)

9 s. t. bis 13 Uhr, Kassel

Leitung: Dr. med. U. Herborn, Kassel

Computertomographie und Sonografie: Prof. Dr. med. F. Kuhn, Kassel;
Nuklearmedizin: Prof. Dr. med. K. Gratz, Hannover; Bauchschmerz beim Kind – Bildgebende Diagnostik – was ist neu, was ist obsolet? Prof. Dr. med. M. Reither, Kassel; MRT: Dr. med. Chr. Herborn, Essen;

Kein Kostenbeitrag!

Selbstevaluation (Fragebogen)

Tagungsort: Bezirksstelle Kassel der KVH, Großer Hörsaal, Pfannkuchstraße

AiP
4 P

ÄRZTINNEN

Berufsalltag von Ärztinnen

Mittwoch, 17. April 2002, 17 bis 20.30 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Dr. med. B. Drexler-Gormann, Mühlheim

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

Auskunft und Anmeldung: „Referat Ärztinnen“ der LÄK Hessen, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt a. M.

ÄRZTLICHES BERUFSRECHT

Das Gesundheitswesen in Deutschland, die ärztlichen Körperschaften, Weiter- und Fortbildung, ärztliches Berufsrecht, Sozialversicherungsrecht

Seminar für Ärzte, die ihr Staatsexamen nicht in der Bundesrepublik Deutschland gemacht haben.

Mittwoch, 22. Mai 2002, 9 c. t. bis 17 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim
Dr. med. M. Popović, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Kongreß-Saal, Auskunft und Anmeldung an die LÄK Hessen, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt a. M., z. Hd. Frau Lampmann

ENDOKRINOLOGIE/CHIRURGIE

Endokrine Chirurgie

- an Leitlinien orientiertes Vorgehen

Sektion Chirurgie

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

Leitung: Prof. Dr. med. A. Encke, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. med. R. A. Wahl, Frankfurt a. M.

Begrüßung und Einführung: Prof. Dr. med. A. Encke; Hyperparathyreoidismus: Prof. Dr. med. R. A. Wahl; Nebennieren: Prof. Dr. med. D. Simon, Duisburg; Gastro-pankreatisches System: Prof. Dr. med. H. J. C. Wernisch, Potsdam; Endokrine thorakale Tumore: Dr. med. habil. D. Bransch, Großhansdorf; MEN-Syndrome: Prof. Dr. med. P. E. Goretzki, Neuss; Schilddrüsenkarzinome: Dr. med. Christina Luther, Frankfurt a. M.; Morbus Basedow: Prof. Dr. med. J. Schuhmann; Benigne Knotenstruma: Dr. med. J. Schabram, Düsseldorf

Kein Kostenbeitrag
Selbstevaluation (Fragebogen)
Tagungsort: Klinikum der JWG-Universität, Kleiner Hörsaal (Haus 23 A), Theodor-Stern-Kai 7

AIP
4 P

ETHIK-FALLSEMINARE

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

Dem ersten Seminar über „Gewalt und Gewaltopfer als Patienten“ folgen in diesem Jahr drei weitere:

Ethische Probleme bei kontrollierten Studien

Mittwoch, 15. Mai 2002, 15 s. t. bis 19 Uhr

Soziale Probleme bei Rentengutachten

Mittwoch, 18. September 2002, 15 s. t. bis 19 Uhr

Passive und aktive Sterbehilfe

Mittwoch, 20. November 2002, 15 s. t. bis 19 Uhr

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen Akademiegebäude, Raum Wetterau

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

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

AIP
4 P

AIP
4 P

AIP
4 P

HYGIENE

Hygienemanagement im Krankenhaus

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

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude, Blauer Hörsaal
s. HA 2/2002

3 P

INNERE MEDIZIN

65. Fortbildungskongreß

Innere Medizin – Updates 2002

Samstag, 15. Juni 2002, 9 c. t. bis 17 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. Dr. h. c. mult. H.-G. Lasch, Gießen

LUNGEN- BRONCHIALHEILKUNDE

Neue Leitlinien in der Pneumologie: COPD,

Sektion Lungen- und Bronchialheilkunde

Samstag, 4. Mai 2002, 9 bis 13 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. G. Goeckenjan, Immenhausen

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

MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGIE

Neues aus der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Sektion Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Samstag, 4. Mai 2002, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. K. Bitter

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

MYKOLOGIE

Dermatomykologie mit praktischen Übungen

Sektion Haut- und Geschlechtskrankheiten

Samstag, 27. April 2002, 9.30 bis 16 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. I. Effendy, Bielefeld; PD Dr. med. P. Mayser, Gießen; Dr. med. E. Hasche, Darmstadt

Ärztliches Fortbildungsseminar, in dem – neben einer aktuellen Übersicht über Krankheitsbilder, Problemfälle und zeitgemäße antimykotische Therapie – insbesondere praktische Übungen der mykologischen Diagnostik angeboten werden. Bitte Arbeitsmittel mitbringen!

Einführung in die Diagnostik von Dermatomykosen: PD Dr. med. P. Mayser; Therapie der Dermatomykosen: Dr. med. E. Hasche; Praktische Übungen der mykologischen Diagnostik (I); - Anlegen und Beurteilung des Nativpräparates; Praktische Übungen der mykologischen Diagnostik (II); - Identifizierung und Differenzierung praxisrelevanter Pilze (Dermatophyten, Hefen und Schimmelpilze); - Pilz- Quiz: Vorbereitungen zu mykologischen Ringversuchen; Selbstevaluation (Fragebogen)

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

AIP
9 P

NEUROPATHIEN

Neuropathien in der Praxis

- Klinik, Diagnostik, Therapie

Sektion Neurologie

Samstag, 4. Mai 2002, 9 c. t. bis ca. 13 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. P.-A. Fischer, Frankfurt a. M.

Begrüßung und Einführung: Prof. Dr. med. P.-A. Fischer; Differentialdiagnose Neuropathie-Myopathie: Prof. Dr. med. R.W.C. Janzen, Frankfurt a. M.; Klinik und Diagnostik der Polyneuropathien: Prof. Dr. med. D. Claus; Polyneuropathien – Aktueller Stand der Therapie: Prof. Dr. med. N. Sommer, Marburg; Periphere Nervenschäden bei konsumierenden Erkrankungen -und als Therapie Nebenwirkungen: Dr. med. K. Kessler, Frankfurt a. M.; Die wichtigsten Engpaßsyndrome: Prof. Dr. med. A. Ferbert, Kassel

Selbstevaluation (Fragebogen)
Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen; KWA Stift Aeskulap, Salon B, Carl-Oelemann-Weg 9

4 P

NEUROLOGIE/UROLOGIE

Neurourologie

Sektion Urologie

Samstag, 16. März 2002, 9 c. t. bis 13 Uhr, Frankfurt a. M.

Leitung: Prof. Dr. med. D. Jonas, Frankfurt a. M.

Neurophysiologische Grundlagen der Miktio: PD Dr. med. R. Bickel, Frankfurt a. M.; Diagnostik funktioneller neurourologischer Störungen; Dr. med. M. Probst, Frankfurt a. M.; Therapeutische Optionen der Neurourologie, -Medikamentös: Dr. med. W. Bents, Frankfurt a. M.; Physikalisch: Dr. med. Jutta Wendling, Frankfurt a. M.; - Operativ: Dr. med. R. Bräutigam, Frankfurt a. M.; - Langzeitbetreuung bei Patienten mit Querschnittssyndrom: Dr. med. C. Pelekanos, Frankfurt a. M.; Fallbeispiele: Dr. med. S. Wedel, Frankfurt a. M.

Selbstevaluation
Tagungsort: Universitätsklinikum, Haus 23 B, Kleiner Hörsaal, Theodor-Stern-Kai 7

AIP
4 P

PARKINSON

Morbus Parkinson

Sektionen Allgemeinmedizin und Neurologie

Samstag, 25. Mai 2002, 9 s. t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim

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

Prof. Dr. med. P.-A. Fischer, Kelkheim

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, KWA Stift Aeskulap, Salon B, Carl-Oelemann-Weg 9

4 P

PSYCHOSOMATIK

Sektion Psychiatrie – Psychosomatik, Psychotherapie

8. Curriculum

Psychosomatische Grundversorgung

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

65 P

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude,
Raum Wetterau; nächster Termin 22.-24.03.2002

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

s. HÄ 1/ 2002

25. Bad Nauheimer Psychotherapie-Tage 2002

Psychosomatische Grundversorgung (GOA 850/851)

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

24 P

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

Block 3: 20. 09. 2002 bis 23. 09. 2002 (Freitag - Montag)

32 P

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude,
Blauer Hörsaal

s. HÄ 1/ 2002

Teilnahmegebühr: pro Block Akademiemitgl. € 293, Nichtmitgl. € 376

Anmeldung: Bitte schriftlich an die Akademie, Frau E. Hiltcher

RHEUMATOLOGIE

s. HÄ 2/2002

Neues im Arthrosemanagement

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.

Tagungsort: Orthopädische UNI-Klinik, Marienburgstraße 2

SPORTMEDIZIN

Sport im Alter

AIP

Arbeitskreis Sportmedizin

Samstag, 20. April 2002, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. G. Hoffmann, Frankfurt a. M.

Bei Bescheinigung der erfolgreichen Teilnahme können 4 Stunden auf die
Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ angerechnet werden.

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude,
Blauer Hörsaal

4 P

TRAUMATOLOGIE/PÄDIATRIE

Das Polytrauma im Kindesalter

AIP

Sektion Chirurgie – Unfallchirurgie

Interdisziplinäre Fortbildung für Hausärzte, Pädiater, Chirurgen,
Unfallchirurgen, Kinderchirurgen, Neurologen, Röntgenologen und al-
le interessierten Ärzten

Samstag, 13. April 2002, 9 c. t. bis 16 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: PD Dr. med. R. Inglis, Frankfurt a. M.

Dr. med. M. Raible, Kassel

Aktuelle Statistik von Unfällen im Kindesalter, Letalität. Polytrauma:

Begriffsbestimmung, Bedeutung dieser Definition: PD Dr. med. R. Inglis;

Pathophysiologie des Polytraumas beim Kind: Dr. med. P. Illing, Kassel;

Erstmaßnahmen am Unfallort: Dr. med. M. Raible; Schockraummanage-

ment mit/ohne Schockraum - aus der Sicht des Unfallchirurgen: N. N.;

- des Anästhesisten: Dr. med. Th. Fischer, Kassel; Anaesthesie beim poly-

traumatisierten Kind: Dr. med. W. Schneider, Frankfurt a. M.; Bildgeben-

de Verfahren: Bildgebende Diagnostik beim schwerverletzten Kind: Prof.

Dr. med. M. Reither, Kassel; Interventionelle radiologische Methoden - Bei-

spiel: Verletzungen des Becken-Bauchraums: Dr. med. M. Mack, Frankfurt

a. M. Behandlung des kindlichen Polytraumas -besondere Methoden: -

Probleme der Thoraxverletzungen: PD Dr. med. G. Koebe, Kassel;

- Organerhaltendes Vorgehen beim stumpfen Abdominaltrauma:

Dr. med. P. Illing, Kassel; - Frakturversorgung bei Kindern: Dr. med. J.

Spiller, Kassel; Intensivbehandlung polytraumatisierter Kinder: Monitoring

- Neuromonitoring - Bedeutung der Anwesenheit der Eltern; Dr. med.

Schneider, Frankfurt a. M.; Fragen der Organspende: Organspende im

Kindesalter: PD Dr. med. D. Mauer, Neu-Isenburg; Das Kind als Organ-

empfänger: N. N. *Selbstevaluation (Fragebogen)*

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, KWA Stift Aeskulap,

Salon B, Carl-Oelemann-Weg 9

MEDIZIN IN DER LITERATUR

Marry Wollstonecraft Shelley „Frankenstein“

4 P

Donnerstag, 21. März, 18,30 Uhr, Frankfurt a. M.

St. Markus-Krankenhaus

Leitung: Prof. Dr. phil. Dietrich von Engelhardt, Lübeck

Teilnahmegebühr: € 10,-

II. FORTBILDUNGS-KURSE

QUALITÄTSMANAGEMENT

Ärztliches Qualitätsmanagement

Curriculum Qualitätssicherung (s. HÄ 2/2002)

In diesem Jahr werden wir den gesamten Kurs von 200 Stunden Dauer in
4 Blöcken innerhalb eines Kalenderjahres anbieten.

Termine: Block I 22. bis 28. April 2002 (7 Tage = 55 Std.)

15 P

Weitere Termine auf Anfrage

Wir werden zusätzlich für unsere Teilnehmer die EFQM-Assessoren-Ausbil-
dung zwischen Block II und III anbieten. (zusätzl. Termin/Kosten)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Teilnahmegebühr voraussichtlich: Block I € 960,- für Mitglieder,
€ 1.025,- für Nichtmitglieder. Blöcke II – IV jeweils € 825,- Mitglieder,
€ 880,- Nichtmitglieder.

Auskunft und Anmeldung an die Akademie, z. Hd. Frau H. Harmert,
e-Mail: Heike.Harmert@laekh.de, Tel.: 0 60 32/7 82-213

Fortbildung Qualitätsmanagement

16 P

14. / 15. März 2002, 9 bis 17 Uhr, Bad Nauheim

Qualitätsbeauftragten-Ausbildung zur Erstellung eines zertifizierungsfähi-
gen Qualitätsberichtes (max. 25 Teilnehmer) für Ärzte, Pflege, Verwaltung

Tagungsort: Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung,

Teilnahmegebühr: Ärzte 450 €, Akademiemitglieder 425 €,

(incl. Verpflegung, ohne Unterkunft)

Anmeldung / Auskunft Ärzte: Dr. med. R. Kaiser, LÄKH, Postfach 900669,

60488 Frankfurt a. M., 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,

QMPPost@gmx.de

Präsentation in Englisch

16 P

26. / 27. April 2002, 9 bis 17 Uhr, Bad Nauheim

Erfolgreiche Präsentationen in Englisch vor internationalem Publikum

- Grundkurs. (max 12 Teilnehmer) für Ärzte und andere Führungskräfte des
Gesundheitswesens mit guten englischen Sprachkenntnissen.

Tagungsort: Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung,

Teilnahmegebühr: Ärzte: 400 €, Akademiemitglieder 375 €,

(incl. Verpflegung, ohne Unterkunft)

Auskunft / Anmeldung: Dr. med. R. Kaiser, LÄKH, Postfach 90 06 69,

60488 Frankfurt a. M., Tel. 069 97672-118, Fax -224

roland.kaiser@laekh.de

FORTBILDUNG FÜR FORTBILDER

motiviert und motivierende Fortbildung

Für Interessenten an didaktischer Schulung mit Schwerpunkten Moderation,
Rhetorik, Nutzung von (elektronischen) Medien finden regelmäßig
Veranstaltungen statt, die nicht nur unseren Referenten offenstehen,
sondern von allen interessierten Ärzten genutzt werden können. In diesem
Frühjahr bieten wir die unten aufgeführten Kurse mit praktischen Übungen
an, für die jeweils eine Mindestteilnehmerzahl von 12 erforderlich ist.

Moderatoren-Training

24 P

Qualifikation zum Moderator von Qualitätszirkeln nach SGB V

Leitung: Dr. rer. nat. K. Nestel, Gau-Algesheim

Termine: 16.04., 07.05., 18.06., 16.07., 17.09., 15.10.

(jeweils Dienstag, 17.30 bis ca. 21 Uhr).

Der Kurs kann nur insgesamt belegt werden.

Tagungsort: Frankfurt a. M., Stadtgesundheitsamt

Teilnahmegebühr: € 276,-

Rhetorik - Kommunikation

13 P

Leitung: Dr. rer. pol. Katja Ahlrich, Institut für angewandte

Kommunikation (Ifak), Gau-Algesheim

Termin: Sa./ So., 28./ 29. September 2002

Tagungsort: Bad Nauheim, Akademie

Teilnahmegebühr: € 123,-

Internet für Ärzte

P

mit praktischer Arbeit am PC -

Leitung: PD Dr. med. R. Inglis, Frankfurt am Main

Termin: auf Anfrage (Sa., So. Theorie und Mi-nachmittag Praxis)

Tagungsort: Bad Nauheim, Akademie

Dias – Powerpoint

9 P

Die Powerpoint-Präsentation wird erlernt und geübt

Leitung: Dr. med. St. Rosenbrock, Darmstadt

Termin: Samstag 08. Juni 2002

Tagungsort: Bad Nauheim, Akademie

Teilnahmegebühr: € 112,- Akademiemitglieder,

€ 189,- Nichtmitglieder,

Bitte melden Sie uns schriftlich formlos Ihr Interesse an die

Akademie, Frau U. Dauth, e-Mail: ursula.dauth@laekh.de

FACHKUNDE IM STRAHLENSCHUTZ FÜR ÄRZTE gem.RöV
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

Anfragen an die Akademie, z. Hd. Frau H. Harmert

Fax: 0 60 32 / 7 82-2 20, e-mail: H.Harmert@laekh.de

MEGA-CODE-TRAINING s. HÄ 2/2002

Angeboten wird das Training an folgenden Orten: jeweils

Kassel/Nordhessen: Tel. 05 61/40 15 18; **Bad Nauheim:**

Tel. 0 60 32/ 91 46 31; **Wiesbaden:** Tel. 06 11/ 43 28 73

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

NOTFALLMEDIZINISCHE FORTBILDUNG

„Notdienstseminar“

14./15. und 28. September 2002 in Bad Nauheim

Der vollständige Besuch wird als 1 Ausbildungsseminar für ÄiP anerkannt.

Teilnahmegebühr: € 128,- (Akademiemitglieder: kostenlos).

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,- (Akademiemitglieder: € 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“

Der Termin in Wiesbaden wird noch bekanntgegeben

weitere Termine und Information s. HÄ 12/2001

Anmeldung: Bitte *schriftlich* an die Akademie, Frau V. Wolfinger

SCHWANGERSCHAFTSKONFLIKT-BERATUNG § 218 STGB

nach dem Schwangeren- und Familienhilfänderungsgesetz (vom 21.8.1995)

(K-)EINE (UN-)ENDLICHE GESCHICHTE s. HÄ 2/ 2002

Samstag/Sonntag, 09./10. März und

Samstag, 16. März 2002, Bad Nauheim

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

Fortsetzung und Erfahrungsaustausch: Sa., 9. November 2002

Mit diesem Seminar 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

(Akademiemitgl. € 82)

für 09.11.2002 € 36 (Akademiemitgl. € 18)

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

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

ULTRASCHALLKURSE

nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der

DEGUM

s. HÄ 2/ 2002

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

VERKEHRSMEDIZINISCHE BEGUTACHTUNG

16-Stunden Kurs

10 P

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

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

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

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).

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

Teilnahmegebühr: Nichtmitglieder der Akademie € 166, Akademiemitglieder € 89, arbeitslose Nichtmitglieder € 128. Bei vorheriger Absage müssen wir einen Verwaltungskostenanteil von € 13 einbehalten, bei Nichtteilnahme die gesamte Gebühr.

Anmeldung: Bitte *schriftlich* an die Akademie, z. Hd. Frau R. Heßler, Fax: 0 60 32 / 782-229

e-mail-Adresse: rene.hessler@laekh.de

SPEZIELLE SCHMERZTHERAPIE (80-Stunden)

Gemeinsam mit der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) e. V. führen wir kontinuierliche Fortbildung nach dem Kursbuch „Spezielle Schmerztherapie“ der Bundesärztekammer durch. Die Leiter des Kurses sind Dr. med. U. Drechsel, Wiesbaden, Prof. Dr. med. Tryba, Kassel, Prof. Dr. med. P. M. Osswald, Hanau, Dr. med. T. Wiehn, Friedrichsdorf. Die Teilnahme wird in einer gesonderten Fortbildungsbescheinigung bestätigt; diese kann von den Kammern, die die Zusatzbezeichnung eingeführt haben, anerkannt werden. In Hessen ist die Zusatzbezeichnung derzeit nicht zu erwerben.

Teil I: Grundlagen, Psychologische, psychiatrische, psychosomatische Aspekte der Schmerztherapie.

20./21. April 2002, Friedrichsdorf, salus-Klinik

Leitung: Dr. med. T. Wiehn

Teil II: Medikamentöse Schmerztherapie, Tumorschmerz und neuropathischer Schmerz.

25./26. Mai 2002, Hanau, Städtisches Klinikum

Leitung: Prof. Dr. med. P. M. Osswald

Teil III: Rückenschmerzen und Schmerzen am Bewegungsapparat, Physiotherapie, Blockadetherapie.

02./03. November 2002, Kassel, Städtisches Klinikum

Leitung: Prof. Dr. med. M. Tryba

Teil IV: Organisation und Dokumentation, Kopf- und Gesichtsschmerz und weitere Krankheitsbilder.

23./24. November 2002, Wiesbaden, DKD

Leitung: Dr. med. U. Drechsel

Wir empfehlen dringend, den gesamten Kurs zu belegen!

Teilnahmegebühr: 614,- €, Akademiemitglieder: 537,- € (bei Teilnahme an allen Wochenenden). Die reduzierte Teilnahmegebühr gilt nur bei bereits bestehender Mitgliedschaft, oder wenn sie mit der Anmeldung beantragt wird. Ansonsten 179,- € pro Wochenende. Bei Nichtteilnahme, trotz fester Anmeldung, ist eine Bearbeitungsgebühr pro Unterrichtsblock in Höhe von 38,- € zu zahlen.

Anmeldung: Bitte *schriftlich* an die Akademie, Frau A. Zinkl

Fax: 06032 / 782-229, **e-mail-Adresse:** adelheid.zinkl@laekh.de

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

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

s. HÄ 1/2002

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

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

13.3.2002, 15.15 Uhr: Besprechungsraum der Klinik für Innere Medizin, Gebäude A, Ebene E, Raum 05, Ev. Krankenhaus Elisabethenstift, Landgraf-Georg-Str. 100, Darmstadt. „**Thrombozytenaggregationshemmung bei instabiler Angina pectoris und Myokardinfarkt.**“ Prof. Dr. H. J. Rupprecht, Mainz. Auskunft: Prof. Dr. W. Schneider. Tel. (0 61 51) 4 03 10 01. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Nephrologisches Mittwochsseminar

12.3.2002, 18.15 Uhr: Hörsaal des Klinikums Darmstadt, Grafenstraße. „**Vaskulitis und Niere.**“ Prof. Dr. B. Grabensee, Düsseldorf. „**Wie erkennt man den Patienten mit genetisch bedingtem Bluthochdruck.**“ Prof. Dr. H. Haller, Hannover. Organisation: Prof. Dr. W., Riegel, Klinikum Darmstadt.

Ärztlicher Kreisverein Darmstadt

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

19.3.2002: „**Aktuelle Probleme in der Leber- und Nierentransplantationsmedizin.**“ Prof. Dr. M. Zeier, PD Dr. P. Sauer, Heidelberg. **2P**

9.4.2002: „**Importinfektionen.**“ PD Dr. G. Just-Nübling, Frankfurt. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

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

Klinikum Darmstadt

9.3.2002, 9.00 – ca. 14.30 Uhr: Maritim Rhein-Main Hotel, Am Kavaleriesand 6, Darmstadt. „**Update Neurologie 2002**“ „**Neuroimmunologie – Was ist neu und wichtig?**“ Prof. Dr. Sommer, Marburg. „**Paraneoplastische Erkrankungen in der Neurologie.**“ Dr. Blaes, Gießen. „**Morbus Parkinson und Alzheimer Krankheit.**“ Prof. Dr. Riederer, Würzburg. „**Diagnose und Behandlung von Dystonien, Myoklonien.**“ Prof. Dr. Bencke, Rostock. „**Wirkungsweise neuer Antiepileptika.**“ Prof. Dr. Speckmann, Münster. Leitung: Prof. Dr. D. Claus. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Claus. Tel. (0 61 51) 10 70. **AiP 4P**

20.3.2002, 15.00 – 17.00 Uhr und 17.15 – 19.45 Uhr: Klinikum Darmstadt, Vorlesungssaal, Grafenstraße, Darmstadt, Med. Management & Organisationsentwicklung. „**DRG-Grundlagenseminar – DRG-Aufbau-seminar: Deutsche Kodierrichtlinien.**“ Leitung: Dr. A. Jockwig. Auskunft: P. Dlugosch. Tel. (0 61 51) 1 07 50 70.

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**

Ärztlicher Kreisverein Bergstraße

20.3.2002, 20.00 – 23.00 Uhr: Kongreßzentrum AlleeHotel Europa, Europa Allee 45, Bensheim. „**Adipositas - Pathophysiologie, Diagnostik und neue Therapieansätze 2002.**“ PD Dr. A. Hamann, Heidelberg. Auskunft: Dr. Jürgen Merke. Tel. (0 62 51) 13 20. **AiP 3P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Alice-Hospital

8.4.2002, 18.00 Uhr: Cafeteria des Alice-Hospitals, Dieburger Str. 144, Darmstadt. „**Kindertraumatologie.**“ Dr. Görich. Auskunft: Dr. W. Schmidt. Tel. (0 61 51) 7 73 73. **AiP 2P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Kreiskrankenhaus Erbach/Odw.

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

Balintgruppe

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

Balintgruppe

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER FRANKFURT

5.3.2002, 19.00 Uhr: Schmerztherapeutisches Kolloquium, Roßmarkt 23, Frankfurt. „**Schmerzkonferenz.**“ **4P**

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

20.3.2002: Frankfurt. „**Reanimation Refresherkurs.**“

Auskunft: Dr. Thomas Flöter. Tel. (0 69) 29 98 80 77.

21.3.2002, 19.00 Uhr: Schmerzforum Rhein-Main e.V., Im „Runden Wohnzimmer“, Bethanien-Krankenhaus Prüfling, Haus C, 2. Stock, Im Prüfling 21-25, Frankfurt/M. „**Schmerzkonferenz.**“ **2P**

20.30 – 22.00 Uhr: „**Die Aufgabe der anästhesiologischen Schmerztherapeuten in der Behandlung somatoformer Schmerzstörungen.**“ Dr. Reiner Schwab, Mainz. **2P**

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

Rhein-Main Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie

6.3.2002, 17.30 Uhr: Kleiner Hörsaal, Haus 23, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Gastrointestinale Tumoren – Bildgebende Optionen und Algorithmen bei Pankreastumoren.**“ C. F. Dietrich, Frankfurt. „**Nuklearmedizinische Diagnostik gastrointestinaler Tumoren.**“ F. Grünwald, Frankfurt. „**Therapie endokriner Tumoren des Gastrointestinaltrakts.**“ R. Arnold, Marburg. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. W. F. Caspary. Tel. (0 69) 63 01 51 22.

Onkologischer Arbeitskreis Hanau e.V.

6.3.2002, 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**

Kardiologisches Symposium

6.3.2002, 18.30 Uhr: Städt. Kliniken Frankfurt a.M. Höchst, Pavillon, Gotenstraße 6-8, Frankfurt. „**Kardiologische Notfallversorgung im Rettungsdienst: Möglichkeiten, Grenzen, Schnittstellen.**“ Dr. S. Kortüm. „**Interventionelle Therapie des akuten Myokardinfarkts.**“ Dr. C. Kadel. „**Management des akuten Koronarsyndroms.**“ Prof. Dr. C. Bode. Moderation: Prof. Dr. Semi Sen. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Sen. Tel. (0 69) 31 06 29 37.

Kinder- und jugendpsychiatrische Seminare

6.3.2002, 9.30 – 18.15 Uhr: Großer Hörsaal, Haus 23, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Symposium: Aggressivität und Dissozialität bei Kindern und Jugendlichen.**“ Leitung: Prof. Dr. F. Poustka. Organisation: Dr. K. Schmeck. Tel. (0 69) 63 01 54 37.

Nephrologisches Mittwochsseminar

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

6.3.2002. „**Inflammation durch Dialyse: Prognostische Bedeutung für Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz.**“ PD Dr. M. Girndt.

12.3.2002, 18.15 Uhr: Hörsaal des Klinikums Darmstadt.

20.3.2002: „**The problems of chronic allograft dysfunction and drug-related nephrotoxicity.**“ Prof. Dr. J. M. Grinyo, Barcelona.

27.3.2002: „**Stellenwert neuer Antimykotika.**“ PD Dr. G. Just-Nübling.

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

Deutscher Zentralverein Homöopathischer Ärzte e.V.

9.3.2002, 9.00 – 17.00 Uhr: InterCityTreff Frankfurt. „**Homöopathische Behandlung der Störung der Symbiose Mutter-Kind im 1. Lebensjahr.**“ Dr. Friedrich Graf, Plön. Auskunft: Harald Nicklas. Tel. (0 64 00) 60 87.

Klinikum Offenbach

13.3.2002: Klinikum Offenbach, Starkenburgring 66, Offenbach. „**Gefäßforum.**“ Auskunft: Sekretariat PD Dr. N. Riling. Tel. (0 69) 84 05 42 80. **2P**

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Wiederbelebung

13.3.2002, 18.00 – 19.30 Uhr: Haus 23 B, Kleiner Hörsaal, 1. Stock, Universitätsklinikum Frankfurt. „**Postoperative Übelkeit und Erbrechen: Strategien für den Anästhesisten.**“ PD Dr. C. C. Apfel, Würzburg. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Paul Kessler. Tel. (0 69) 63 01 58 67.

Hospital zum heiligen Geist

13.3.2002, 14.00 Uhr s.t. – 18.00 Uhr: Hospital zum heiligen Geist, Hochhaus, 19. Stock, Schulungs- und Konferenzraum, Lange Str. 4-6, Frankfurt. „**Chirurgische Infektiologie – die Sepsis – Antibiotikatherapie – Die akute Cholecystitis – Fallbesprechungen septischer Krankheitsbilder im Dialog.**“ Prof. Dr. H. Wacha, Dr. Schäfer, Dr. Rückoldt. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H. Wacha. Tel. (0 69) 21 96 24 30. **AiP 5P**

Klinikum Hanau

13.3.2002, 16.00 – 18.30 Uhr: Aula der Klinik für Psychiatrie, Julius-Leber-Str. 2a, Hanau. „**Hepatologie des Kindes- und Jugendalters – die Leber im Zentrum differenzialdiagnostischer Überlegungen.**“ Dr. Hörlein, Dr. C. Müller, Prof. Feist. Leitung: Dr. Bertram. Auskunft: Sekretariat Dr. U. Bertram. Tel. (0 61 81) 2 96 50 00. **AiP 2P**

20.3.2002, 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.

Neuro-Orthopädisches Reha-Zentrum Bad Orb

13.3.2002, 16.00 – 18.00 Uhr: Vortragssaal Parterre, Spessartstraße 20, Bad Orb. „**Therapie mit atypischen Neuroleptika bei organischen und psychischen Störungen.**“ Dr. Kowohl, Köppern. Auskunft: Sekretariat PD Dr. M. E. Westarp. Tel. (0 60 52) 80 82 12. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Frankfurter Psychoanalytisches Institut

16.3.2002, 9.45 – 15.00 Uhr: Frankfurter Psychoanalytisches Institut, Wiesenau 27-29, Frankfurt. „**Kulturelle Unterschiede des Krankheitsempfindens und psychische Folgen der Immigration.**“ Dipl.-Psych. Mahrokh Charlier-Ehtesham, Dr. Fakhri Khalik. Auskunft: Siegrid Veith. Tel. (0 69) 17 46 28. **5P**

Frankfurter Medizinische Gesellschaft

20.3.2002, 17.30 Uhr: Großer Hörsaal Haus 23A, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**MR-gesteuerte laserinduzierte Thermoablation von Lebertumoren – Frankfurter Ergebnisse bei 1.000 Patienten.**“ Dr. Martin G. Mack, Prof. T. J. Vogl. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. V. Jacobi. Tel. (0 69) 63 01 72 77. **2P**

Journal Club der Klinik für Strahlentherapie

9.4.2002, 17.00 – 18.00 Uhr: Hörsaal Ef 93 des Hauses 23, Theodor-Stern-Kai 7, Universitätsklinikum Frankfurt. „**Die Bedeutung der Be-**

strahlungspause – Implikation für die Klinik.“ Prof. Dr. Horst J. Feldmann, Fulda. Auskunft: Prof. Dr. H. D. Böttcher. Tel. (0 69) 63 01 59 14.

Frankfurter Verein für Ultraschall Diagnostik e.V.

10.4.2002, 18.00 – ca. 19.30 Uhr: St. Markus-Krankenhaus, Vortragsaal im Anbau, Wilhelm-Epstein-Straße, Frankfurt. „**Sonografie der Thoraxorgane.**“ Dr. Reuss, Böblingen. „**Sonografie der Rippenfraktur.**“ Dr. Sattler, Bad Dürkheim. Auskunft: Dr. Wolfram Schley. Tel. (0 60 78) 7 92 14.

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. „**Klinikkonferenz 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

Hessischer Ärzteverband Naturheilverfahren e.V.

2.3.2002, 9.00 Uhr s.t. – 16.30 Uhr: Raum Wetterau im Seminargebäude der Akademie für Äztl. Fort- und Weiterbildung der LÄK Hessen, Carl-Oelmann-Weg 7, Bad Nauheim. „**Homöopathie aus geistig-seelischer Sicht.**“ Dr. W. Ch. Nawrocki, Frankfurt. Kostenbeitrag für Nichtmitglieder: DM 80,-. Auskunft: Dr. Dr. U. Boeddrich. Tel. (0 61 42) 4 41 99. **9P**

Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen

6.3.2002, 16.30 Uhr c.t. – ca. 18.30 Uhr: Klinik Waldhof Elgershausen, Greifenstein. „**Pneumologisches Konsil.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H. Morr. Tel. (0 64 49) 92 72 61. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Klinik Rehberg Herborn

13.3.2002, 15.00 – 18.30 Uhr: Festsaal des Zentrums für Soziale Psychiatrie Rehbergpark, Austraße 40, Herborn. „**6. Herborner Arbeits- und Begegnungsforum: Zur Nützlichkeit der Diagnostik für die Therapie.**“ Auskunft: Sekretariat von Herbert Seitz-Stroh. Tel. (0 27 72) 50 42 66.

Kardiologie/Angiologie des Universitätsklinikums Gießen

16.3.2002, 10.00 – 13.00 Uhr: Universität Gießen, Abt. Anatomie, großer Hörsaal. „**Erste Hilfe – Maßnahmen für den plötzlich bewußtlosen Patienten.**“ PD Dr. B. Waldecker; Dr. Heidt; Ali Ekber Erdogan. In Zusammenarbeit mit der Bezirksärztekammer Gießen. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H. Tillmanns. Tel. (06 41) 9 94 21 01. **AiP**

Zentrum der Inneren Medizin des Universitätsklinikums Gießen

20.3.2002, 17.00 – 20.30 Uhr: Bürgerhaus Kleinlinden, Zum Weiher 33, Gießen-Kleinlinden. „**Rheumatologie – Osteologie 2002.**“ Wissenschaftliche Leitung: PD Dr. M. Berliner, Prof. Dr. H. Stracke. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. R. G. Bretzel. Tel. (06 41) 9 94 28 40. **AiP 3P**

Kreiskrankenhaus Schotten

20.3.2002, 18.30 Uhr: Bibliothek des Kreiskrankenhauses Schotten, Außenliegend 13, Schotten. „**Interdisziplinäre Schmerzkonzferenz mit Patientenvorstellung.**“ Auskunft: Praxis Dr. Viola Rippin. Tel. (0 60 45) 95 38 57.

Deutsches Grünes Kreuz e.V.

20.3.2002, 16.00 – 19.30 Uhr: Best Western Parkhotel, Bad Nauheim. „**Hessisches Impfforum 2002.**“ Dr. Josef Geisz; Dr. Pirmin Habermehl; Dr. Johannes F. Hallauer; PD Dr. Thomas Weinke. Auskunft: Carola Hahn. Tel. (0 64 21) 29 31 18. **AiP**

IKI

15.4. – 19.4.2002: Institut für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle (IKI), Siemensstr. 18, Gießen. „**Fortbildungskurs – Der Hygienebeauftragte.**“ 40 Std. Kursgebühr: € 425,-. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. B. Wille. Tel. (06 41) 97 90 50.

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

Interdisziplinäre Gesellschaft für Medizin Kassel e.V.

5.3.2002, 19.30 Uhr: Hörsaal des Roten Kreuz Krankenhauses, Hansteinstr. 29, Kassel. „**Diagnostik und Therapie von Schilddrüsenerkrankungen.**“ „**Endokrinologische Diagnostik und Therapie.**“ Prof. Blossey. „**Nuklearmedizinische Diagnostik und Therapie.**“ Prof. Fischer. „**Intraoperatives Neuromonitoring des Nervus recurrens, erhöht es die Sicherheit der Schilddrüsenchirurgie?**“ Prof. Hesterberg. Moderation: Prof. Gerdes. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. R. Hesterberg. Tel. (05 61) 3 08 64 21. **AiP**

Ärzteverein Hofgeismar

13.3.2002, 19.00 Uhr s.t.: Hotel Zum Alten Brauhaus, Marktstraße 12, Hofgeismar. „**Knieendoprothetik heute.**“ Thomas Sürig, Hofgeismar. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Vogel. Tel. (0 56 71) 5 07 21 21.

Kinderkrankenhaus Park Schönfeld

13.3.2002, 16.00 – ca. 18.00 Uhr: Forum im Hauptgebäude, 1. Stock. Kinderkrankenhaus Park Schönfeld, Frankfurter Str. 167, Kassel. „**Lyme-**

Borreliose: Update der Diagnostik und Therapie.“ Prof. Dr. I. Huppertz, Bremen. Auskunft: Sekretariat PD Dr. F. K. Tegtmeyer. Tel. (05 61) 9 28 51 08. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Herz- und Kreislaufzentrum Rotenburg a.d.Fulda

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

13.3.2002, 16.00 Uhr: **Rotenburger Schmerzkonzferenz.** **4P**

13.3.2002, 18.00 Uhr: „**Rotenburger Qualitätszirkel Schmerztherapie.**“ **4P**

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

Kreiskrankenhaus Bad Hersfeld

13.3.2002: Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Seilerweg 29, Kassel. „**Unfallchirurgisch-orthopädisches Kolloquium: Prästationäre Versorgung und Schockraummanagement.**“ Prof. Dr. Fahle, Dr. Fritz, Dr. Lotz. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Rüdiger Volkmann. Tel. (0 66 21) 88 15 51. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Deutscher Ärztinnenbund e.V. Gruppe Kassel

26.3.2002, 20.00 Uhr: Konferenzraum der KV, Pfannkuchstraße 1, Kassel. „**Klimakterium und Depression.**“ PD Dr. Gabriele Stoppe, Göttingen. Auskunft: Dr. Hildegard Scheffer. Tel. (05 61) 10 40 13. **AiP 1P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Fachklinik Fürstenwald

20.3.2002, 15.00 – 19.00 Uhr: Fachklinik Fürstenwald, Grundweg 2-4, Calden-Fürstenwald. „**Fürstenwalder Gespräche: Die Geschichte der Abstinenzbewegung und ein Blick in die Zukunft – Aktuelle Generationskonflikte bezogen auf lebenslange Abstinenz.**“ Frau Körtel. Auskunft: Sekretariat Dr. H. J. Kronibus. Tel. (0 56 09) 62 91 15. **2P**

Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel

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

20.3.2002: „**Vor- und Nachsorge von Colonpolypen.**“ Dr. Michael Seitz. **2P**

10.4.2002: „**Aktuelle Therapiestrategien bei tiefer Beinvenenthrombose.**“ PD Dr. Erhard Siegel, Ludwigshafen. **2P**

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

Klinikum Kassel

16.3.2002, 9.00 – 13.00 Uhr: Mövenpick Hotel Kassel. „**Aktuelle Hepatologie 2002.**“ „**Leber und Schwangerschaft.**“ Gatzert, Kassel. „**Lebererkrankungen im Kindesalter.**“ Burdelski, Hamburg. „**Neue Verfahren der Lebertransplantation.**“ Ringe, Göttingen. „**Hepatocytentransplantation.**“ v. Weizsäcker, Freiburg. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. J. Pausch. Tel. (05 61) 9 80 25 00. **AiP 3P**

20.3.2002, 18.00 – 20.00 Uhr: Hörsaal der Pathologie Klinikum Kassel, Mönchebergstraße 41-43, Kassel. „**Der kardiale Notfall: Erstversorgung wegweisend für das Therapieergebnis?**“ Dr. Dausch, Fritzlär. Auskunft: Sekretariat Dr. M. Gehling. Tel. (05 61) 9 80 30 15. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Pneumologische Seminare

20.3.2002, 18.00 Uhr: Fachklinik für Lungenerkrankungen, Robert-Koch-Str. 3, Immenhausen. „**Aktuelle Leitlinien der Behandlung der COPD.**“ Dr. H. Friedrich, Immenhausen. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. G. Goeckenjan. Tel. (0 56 73) 50 10. **AiP 2P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Klinikum Fulda

Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Fulda.

20.3.2002, 17.15 – 18.45 Uhr: Hörsaal des Klinikums, Neurologische Klinik. „**Lysestrategien bei zerebralen Ischämien.**“ Dr. Tobias Neumann-Haefelin, Frankfurt. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H. D. Langohr. Tel. (06 61) 84 55 31.

27.3.2002, 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 2P**

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. „**Perinatale Konferenz.**“ 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.

Orthopädische Klinik Kassel

10.4.2002, 19.00 Uhr: Orthopädische Klinik, Wilhelmshöher Allee 345, Kassel. „**Interdisziplinäre Schmerztherapie im orthopädischen Schmerzzentrum Kassel.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. W. Siebert. Tel. (05 61) 3 08 42 01. **AiP**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

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 Visceral-, Thorax- und Gefäßchirurgie der Philipps-Universität Marburg

6.3.2002, 19.00 – 22.00 Uhr: Sorat-Hotel, Marburg. „**Carotisstenose: Aktuelles zu Therapie und Diagnostik.**“ Leitung: Dr. Geks, PD Dr. Altk. Auskunft: Sekretariat Dr. J. Geks. Tel. (0 64 21) 28 60. **AiP 4P**

20.3.2002, 17.00 – 19.00 Uhr: Hörsaal III, Conradstraße, Marburg. „**Pankreaskarzinom – Aktuelle Diagnostik und Therapie.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. M. Rothmund. Tel. (0 64 21) 28 60. **AiP**

Institut für Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin der Philipps-Universität Marburg

15.3.2002, 18.30 Uhr s.t.: Hörsaal des Zentrums für Nervenheilkunde, Rudolf-Bultmann-Str. 8, Marburg. „**Integrative Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen.**“ Prof. Dr. P. Fiedler, Heidelberg. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt. Tel. (0 64 21) 2 86 31 72. **AiP**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Hardtwaldklinik Bad Zwesten

13.3.2002: Wicker-Klinik, Bad Wildungen. „**Möglichkeiten und Grenzen ambulanter Neurochirurgie.**“ Dr. Kuhn, Marburg. Auskunft: Dr. Schumacher. Tel. (0 56 21) 79 20.

27.3.2002: Hardtwaldklinik I, Raum 16, Bad Zwesten. „**Diagnostik und Therapie hypophysärer Prozesse.**“ Prof. Dr. Blosssey, Kassel. Auskunft: Prof. Dr. F. L. Welter. Tel. (0 56 26) 8 79 19.

Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger Behinderung

16.3.2002, 10.00 – 16.00 Uhr: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V., Raitfeisenstr. 18, Marburg. „**Rechtliche Probleme bei der medizinischen Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung aus juristischer und ärztlicher Sicht.**“ Dr. Rothärmel, Gießen; Prof. Kindt, Freiburg. „**Schmerz und Schmerzverarbeitung bei Patienten mit geistiger Behinderung/Palliativmedizin.**“ Auskunft: Rainer F. Janitzek. Tel. (0 51 21) 60 42 35.

Zentrum für Kinderheilkunde der Philipps-Universität Marburg

20.3.2002, 18.15 – 20.15 Uhr: Hörsaal der Universitäts-Kinderklinik, Deutschhausstr. 12, Marburg. „**Diagnostik und Therapie bei konnataler Dilatation der Harnwege – Konsensus zwischen Kinderärzten, Urologen und Kinderchirurgen mit Fallvorstellungen.**“ PD Dr. Rolf Beetz, Mainz. Auskunft: Prof. Dr. H. W. Seyberth. Tel. (0 64 21) 2 86 62 25. **AiP 2P**

Department of Neurology der Philipps-University Marburg

3.5. – 5.5.2002: Hörsaalgebäude, Biegenstraße 14, Marburg. „**Marburger Neurologen-Tagung 2002: Zerebrovaskuläre Erkrankungen – Neuroinfektiologie.**“ Leitung: Prof. Dr. W. H. Oertel; Prof. Dr. T. Back; Prof. Dr. N. Sommer; PD Dr. K. Schepelmann. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Tobias Back. Tel. (0 64 21) 2 86 64 19.

Balintgruppe

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

Balintgruppe

Mittwochs, 14-tägig, 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

18.3.2002, 18.00 – 19.30 Uhr: Bibliothek der Deutschen Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden. „**Interdisziplinäre Schmerzkongferenz mit Patientenvorstellungen.**“ **2P**

20.00 – 22.00 Uhr: „**Qualitätszirkel Palliativmedizin.**“ **2P**

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

Deutsche Klinik für Diagnostik

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

4.3.2002. „**DKD Intern**“ Dr. J. Seeger.

11.3.2002. „**Restless legs, ein interdisziplinäres Problem?**“ Dr. W. Fogel, Dr. R. M. Oelze.

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

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

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

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

Dr. Horst-Schmidt-Kliniken

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

6.3.2002, 17.00 Uhr s.t.: Hörsaal im Erdgeschoß, Raum 00 D 315. „**Nephrologisch-internistische Fortbildung: Rheumatologische Erkrankungen und Niere.**“ Prof. Dr. E. Märker-Hermann. Auskunft: Sekretariat Dr. R. Roth. Tel. (06 11) 43 21 79. **AiP**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

11.3.2002, 16.00 – 17.00 Uhr: Hörsaal Pathologie. Gemeinsame Veranstaltung der Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin und der Klinik für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie. „**Gemini / FFTS.**“ Dr. Unser. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Gonser. Tel. (06 11) 43 32 06. **1P**

13.3.2002, 18.00 Uhr: Hauptgebäude, 2. Stock, Raum hinter Casino. „**Aktuelles aus der Notfallmedizin: Die prähospitalen Geburt.**“ Dr. Dr. Klee. Auskunft: Dr. K. Kursatz, Dr. A. Fischbach. Tel. (06 11) 43 21 69.

13.3.2002, 17.00 Uhr: Großer Hörsaal des Dr.-Peter-Jäger-Bildungszentrums. „**6. Wiesbadener Schlaganfall-Symposium.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. B. Weisner. Tel. (06 11) 43 23 76. **AiP 2P**

16.3.2002, 9.00 – 15.00 Uhr: Dr.-Jäger-Ausbildungszentrum und Ambulanz der Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin. „**3. Wiesbadener Seminar zur Dopplersonographie und Pränataldiagnostik.**“ Wissenschaftliche Leitung: PD Dr. M. Gonser. Auskunft: Sekretariat Dr. W. Erz. Tel. (06 11) 43 32 06. **8P**

25.3.2002, 16.00 – 17.00 Uhr: Hörsaal Pathologie. Gemeinsame Veranstaltung der Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin und der Klinik für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie. „**Zytologische Diagnostik von Zervixabstrichen.**“ Dr. Schuler. 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**

Verein Nassauischer Ärzte e.V.

6.3.2002, 17.15 – 19.15 Uhr: Ärztehaus, Adelheidstr. 7, Limburg. „**Mikrobiologie.**“ Auskunft: Dr. Egbert Reichwein. Tel. (0 64 82) 20 78. **2P**

St. Josefs-Hospital

6.3., 20.3. und 3.4.2002, jeweils 18.00 Uhr s.t.: Vortragssaal 7, OG bzw. Seminarraum 2, St. Josefs-Hospital, Solmsstraße 15, Wiesbaden. „**Onkologischer Arbeitskreis Wiesbaden.**“ Auskunft und Fallanmeldung Sekretariat Prof. Dr. R. Raedsch. Tel. (06 11) 1 77 12 51.

Deutscher Ärztinnenbund Wiesbaden

13.3.2002, 19.30 Uhr: KV Wiesbaden, Abraham-Lincoln-Str. 36, Wiesbaden. „**Das Sozialgesetzbuch.**“ Dr. Ingrid Claas. Eine interdisziplinäre Veranstaltung zusammen mit dem Juristinnenbund. Auskunft: Dr. Brigitte Schuler. Tel. (06 11) 52 43 20.

Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte

16.3.2002, 9.00 – 13.00 Uhr: Wilhelm-Kemp-Haus, Wiesbaden Nauod. „**Qualitätszirkel Homöopathie.**“ Arbeitskreis Mainz/Wiesbaden/Taunus. Auskunft: Gerhard Bleul. Tel. (0 64 34) 72 07.

Medizinische Gesellschaft Wiesbaden

2.4.2002, 19.30 – 22.00 Uhr: Ärztehaus Abraham-Lincoln-Str. 36, Wiesbaden. „**Aktuelle Konzepte in der Kardiologie.**“ Auskunft: Frau Dies oder Frau Brede. Tel. (06 11) 71 00 14 o. 13. **AiP 2P**

Falk-Foundation e.V.

5.4.2002, 9.00 – ca. 19.00 Uhr: Dorint Hotel Wiesbaden. „**Therapie der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen.**“

6.4.2002, 8.30 – 12.15 Uhr: Kurhaus Wiesbaden. „**Aktuelle Hepatologie 2002.**“

10.4.2002: Dorint Hotel Wiesbaden. „**Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen.**“ Mitveranstalter sind Gastro-Liga und DCCV. Auskunft: Paul Mettel. Tel. (06 81) 70 00 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**

Balintgruppe

Donnerstag, 14-tägig, eine Doppelstunde. Praxis Wiesenstraße 29, Wiesbaden, Dr. Krebs. Tel. (06 11) 84 07 98. **4P**

NACH REDAKTIONSSCHLUß EINGEGANGEN

BEZIRKSÄRZTEKAMMER FRANKFURT

Diakonissen-Krankenhaus

20.3.2002, 15.00 Uhr: Festsaal des Diakonissen-Krankenhauses, Holzhausenstr. 72, Frankfurt. „**Geriatrieforum: Dekubitus – ein Fall für den Staatsanwalt?**“ PD Dr. R. Püllen, R. Roßbruch, E. Kuno, PD Dr. K. Exner. Moderation: A. Schiff. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Püllen. Tel. (0 69) 9 59 37 53 11.

Paul-Ehrlich-Institut

Hörsaal des Paul-Ehrlich-Institutes, Paul-Ehrlich-Str. 51-59, Langen.

26.3.2002, 14.15 Uhr: „**Essential role of RelB in lymphoid organ development.**“ PD Dr. Falk Weih, Karlsruhe.

10.4.2002, 16.30 Uhr: „**Charakterisierung von Plasmaproteinen mittels moderner analytisch-chemischer Techniken.**“ Prof. Dr. Günter Allmaier, Wien.

Auskunft: Dörte Ruhaltinger. Tel. (0 61 03) 77 10 31.

Neurologisches Mittwochsseminar

Seminarraum der Klinik für Neurologie, Haus 95, 4. Stock, Schleusenweg 2-16, Frankfurt-Niederrad, jeweils 18.15 Uhr.

27.3.2002: „**Funktionelle MRT in der Epilepsiediagnostik.**“ Dr. Fritz G. Woermann, Bielefeld.

3.4.2002: „**Neue Möglichkeiten der strukturellen und funktionellen MR-Bildgebung in der Neurologie.**“ PD Dr. Christian Büchel, Hamburg.

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Steinmetz. Tel. (0 69) 63 01 57 69.

Institut für Neurochirurgie der JWG-Universität

10.4.2002, 17.00 Uhr s.t.: Hörsaal der Neuroradiologie, Untergeschoß Haus 95, Schleusenweg 2-16, Frankfurt. „**9. Radiochirurgische Konferenz.**“ Leitung: Prof. Seifert, Prof. Karlsson. Auskunft: R. Wolff, Gamma Knife Zentrum. Tel. (0 69) 67 73 59 10.

BEZIRKSÄRZTEKAMMER GIEßEN

Urologische Klinik der JL-Universität

2.3.2002, 8.00 – 17.30 Uhr: Hörsaal des Zentrums für Chirurgie, Neubau Chirurgie, Klinikstr. 29, Gießen. „**Andrologischer Arbeitskreis: Sexualität – eine Paarfunktion.**“ Leitung: Prof. Dr. Ch. Stief, Dr. I. Schroeder-Printzen, Dr. M. Manning. Auskunft: Sekretariat Dr. Manning. Tel. (06 41) 9 94 45 01. **AiP 7P**

BEZIRKSÄRZTEKAMMER KASSEL

Klinikum Fulda

6.3.2002, 16.15 Uhr: Hörsaal des Klinikums, Pacelliallee 4, Fulda. „**Rationelle Diagnostik und Therapie der kindlichen Enuresis mit und ohne Harnwegsinfektion.**“ Dr. Kleinhans. „**Plastisch-rekonstruktive Eingriffe in der Kinderurologie.**“ Prof. Dr. T. Kälble. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. U. Töllner. Tel. (06 61) 84 55 71.

Aufnahme von Fortbildungsveranstaltungen

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

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

Qualitätssiegel Sport Pro Gesundheit zum zweiten Mal an hessische Vereine verliehen

Zum zweiten Mal seit seiner Einführung in Hessen wurde jetzt das Qualitätssiegel „Sport Pro Gesundheit“ verliehen. Im Jahr 2000 hatte der Deutsche Sportbund in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer die Kriterien für die Vergabe des Siegels entwickelt, das nur für qualifizierte Angebote von Sportvereinen vergeben wird. Unter anderem sind dafür spezifische Trainingsinhalte entsprechend der Zielgruppe (z.B. Herzpatienten), qualifizierte Anleitung durch fachliche und soziale Kompetenz der Übungsleiter und eine permanente Qualitätskontrolle unabdingbare Voraussetzungen. Alle vierzig Übungsleiter aus dreißig hessischen Vereinen, die am 26. Januar in der Mehrzweckhalle des Landessportbundes Hessen von Landesärztekammer und Landessportbund ausgezeichnet wurden, haben die Qualifikation, gesundheitsfördernde Kurse durchzuführen und zu betreuen.

„Gesundheit und Leistungsfähigkeit sind eng mit sportlicher Aktivität verbunden“, hob Dr. Wolf-Andreas Fach, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Frankfurt, als Vertreter der Landesärztekammer bei der Verleihung hervor. Regelmäßige Bewegung unterstütze die Vorbeugung und Behandlung von Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Stoffwechsels und vor allem des Bewegungsapparates. Außerdem wirke sie vorbeugend. „Das neue Qualitätssiegel erleichtert Ärzten die Suche nach gesundheitsfördernden Angeboten für Ihre Patienten“, sagte Fach. Der Kardiologe, der

auch Mitglied der Deutschen Herzstiftung und ihres wissenschaftlichen Beirates ist, wies daraufhin, daß Ausdauersport auch gegen degenerative Herz-Kreislaufkrankungen wirke, die atherosklerotisch wirkenden Blutfette senke und die „guten“ Blutfette, das HDL erhöhe.



Der Landessportbund Hessen (LSB), der Hessische Turnverband und der Hessische Schwimmverband schaffen die Voraussetzungen für die qualitätsgesicherten Angebote der Sportvereine. So wurden beispielsweise Programme zur Wirbelsäulengymnastik, für eine präven-

tive Rückenschule, Gesund und Trainiert (G.U.T.) und, in Kooperation mit Universitäten, Bewegungsangebote bei Diabetes erarbeitet. Seit über zehn Jahren bietet der Landessportbund eine Ausbildung für Übungsleiterinnen und Übungsleiter zu „Sport in der Prävention“ auf der „2. Lizenzstufe“ an; bis heute wurden fast 2.000 Übungsleiter für die Prävention von LSB, dem Hessischen Turnverband und dem Hessischen Schwimmverband ausgebildet. Der Präsident der Landessportbundes, Dr. Rolf Müller, erklärte in Frankfurt, wie wichtig es sei, die Qualität der Gesundheitsangebote vor Ort in den Vereinen durch gemeinsame und verbindliche Grundsätze zu gewährleisten.

Müller machte darauf aufmerksam, daß nach Aufhebung der Änderung des § 20 im Sozialgesetzbuch V die Krankenkassen wieder Maßnahmen der Vereine mit dem Qualitätssiegel Sport Pro Gesundheit für ihre Mitglieder fordern könnten. Eine Kurkostenerstattung sei möglich. Alle Vereine und deren Übungsleiterinnen und -leiter, die Angebote zum Qualitätssiegel eingereicht haben, werden vom Deutschen Sportbund zentral erfaßt und sind ab März 2002 unter www.sportprogesundheits.de im Internet abzurufen. Die bereits mit dem Siegel ausgezeichneten Vereine können auch auf der Homepage der Landesärztekammer Hessen – www.laekh.de – abgerufen werden.

Katja Möhrle

Anzeige

Rüdiger Waldmann - Steuerberater

Landgraf-Philipp-Straße 20
34613 Schwalmstadt-Ziegenhain
Fon 06691 / 9490 0, Fax 06691/9490 20
[R. Waldmann@kanzlei-waldmann.de](mailto:R.Waldmann@kanzlei-waldmann.de)

Spezialberatung für Ärzte:

- Praxisführung, Praxisbudget
- Rentabilitätsplanung
- Investitionsrechnung (Geräte/Immobilien)
- Liquiditätsmanagement (Praxis/Privat)
- Finanzierung (Kauf / Leasing)

Fordern Sie unsere Praxisbroschüre und besuchen Sie uns im Internet. WWW.kanzlei-waldmann.de



Investment Gesundheit und Bildung

Die neue Verantwortlichkeit

Während in der Vergangenheit Gesundheit und Bildung für jedermann scheinbar kostenlos waren, soll heute für beides Geld aus der eigenen Tasche bezahlt werden und das stößt vielerorts auf Empörung und Unverständnis. Unser dicht gesponnenes soziales Netz hat nur wenigen den Einblick auf die Kosten im Gesundheits- und Bildungswesen ermöglicht und gleichzeitig immer mehr hinzugepackt. Nun ist es an die Grenzen seiner Belastbarkeit gestoßen, verlangt nach Entlastung und plädiert an die Verantwortlichkeit und Mündigkeit des Bürgers zu mehr Eigeninitiative und mehr Engagement in eigener Sache. Doch wer so lange am Busen des Staates genährt wurde tut sich schwer in Werte wie Gesundheit oder Bildung zu investieren, obwohl wir gleichzeitig scheinbar bedenkenlos Geld – sogar das, das wir nicht haben – für Dinge lockermachen, die flüchtig und wenig profitabel sind.

Doch wir sollten nicht verkennen, daß in der neuen Verantwortlichkeit auch eine große Chance steckt, die genutzt werden sollte, denn wer für Gesundheitsleistungen und Bildung selbst bezahlen muß, der kann sich nicht nur das Recht nehmen, diesbezüglich Ansprüche auf die Leistung und an die Qualität zu stellen, sondern sieht auch die Notwendigkeit und den Sinn, mehr Einfluß auf die Gestaltung seines Lebens zu nehmen.

Wachstumswerte kennen nur einen Weg

„Gesundheit ist das beste Gut und die Arbeitskraft das beste Kapital“ sind alte Sprüche und heute nur noch wenig beachtete und oft vernachlässigte Werte.

In Zeiten wo allseits die Chance auf die schnelle Million winkt und damit die finanzielle Freiheit gesichert zu

sein scheint, wo man Erfolg und Glück nur zu essen braucht und wo Anti-Aging-Pillen die ewige Jugend versprechen, da vergißt man nur allzu gern, daß sich weder Gesundheit noch Wohlstand durch passives Verhalten auf Dauer etablieren können. Eigenverantwortung und aktives Engagement sind für das Erreichen oder den Erhalt beider Werte gleichermaßen gültig. Wohlstand fällt schließlich nicht vom Himmel, sondern ist das Ergebnis von Arbeit und Sparsamkeit und damit letztlich auch von Bildung und Fleiß. Auch Gesundheit ist nicht selbstverständlich, sondern u.a. ebenfalls das Ergebnis von ständiger Arbeit an sich selbst und Sparsamkeit im Umgang mit individuellen Ressourcen.

Wenn Sie sich angesprochen fühlen, in Gesundheit und Bildung zu investieren so müssen Sie sich – wie bei jedem anderen Investment auch – fragen, in wie fern Sie davon profitieren bzw. wie hoch die geschätzte oder tatsächliche Rendite sein wird. Diese Frage ist bei beiden Werten nicht ganz einfach zu beantworten und dennoch komme ich zu dem Schluß, daß es sich bei beiden Titeln um Wachstumswerte handelt, die nur einen Weg kennen, nämlich den nach oben. Anders gesagt; mit einer Investition in Gesundheit und Bildung können Sie immer nur gewinnen.

Investmentanalyse Gesundheit:

Obwohl sich Gesundheit messen und fühlen läßt, gibt sie dennoch keine konkrete Aussage über das Verhältnis der getätigten Investition zum höchst möglichen erreichbaren Ziel. Nicht eingetretene Erkrankungen können nun mal nicht zwangsläufig einer bestimmten Maßnahme zugerechnet werden und nicht jede Erkrankung beruht auf Unterlassung. Und dennoch profitieren Sie nicht unerheblich von einem entsprechenden Engage-

ment; nicht zuletzt durch die Minderung von Risiken, durch mehr Leistungskraft und eine höhere Lebensqualität.

Die Investition in Gesundheit läßt sich in etwa mit einer guten Rentenversicherung vergleichen, in die Sie über Jahre hinweg einzahlen, um im Alter davon profitieren zu können, allerdings mit dem Vorteil, daß das Investment Gesundheit bereits in der Ansparphase ansehnliche Gewinne ausschüttet.

Bildung:

Wohlstand läßt sich ganz konkret messen und zu dem tragen nicht unerheblich die Bildung und der Fleiß bei. Angenommen Sie investieren einen bestimmten Betrag in eine Bildungsmaßnahme Ihrer Wahl und verdienen damit über Jahre hinweg einen entsprechenden Betrag mehr, als diejenigen, die diese Fortbildung nicht absolviert haben, so haben Sie eine Rendite, die Ihnen nur wenige Aktien oder andere Geldanlagen bieten können. 10, 15 und mehr Prozent können Ihnen sicher sein.

Hier sprechen wir nicht von vagen Spekulationen oder ideellen Werten, sondern von barem Geld das Sie durch Ihr geschickt platziertes Investment verdienen können.

Wenn Sie dann noch regelmäßig von dem Mehrverdienen 10 % auf die hohe Kante legen, hat sich das Investment doppelt gelohnt. Sie sind auf dem sichersten, wenn auch nicht schnellsten Weg zum Wohlstand.

Also vergessen Sie alles was Sie bisher über Kapitalanlagen und Geldausgaben wußten und investieren Sie in Ihre Gesundheit und Ihre Bildung.

Mein Tip: Gesundheit und Bildung von „halten“ auf „kaufen“ hoch zu stufen!

Dr. Ursula Schreiber-Popović

Zertifizierung und Akkreditierung von Leistungserbringern im Gesundheitswesen

Einführung

Die Begriffe Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement beherrschten lange Zeit die Diskussion um das Niveau der Versorgung von Patienten im deutschen Gesundheitswesen. Immer öfter tauchen jedoch auch die Begriffe Zertifizierung und Akkreditierung auf. Häufig decken sich allerdings nicht die Inhalte, die zertifiziert werden sollen. Mal ist von der Zertifizierung von Disease Management-Programmen die Rede, wie etwa im Gutachten der Professoren Lauterbach und Wille zur Reform des Risikostrukturausgleiches. Im Gutachten des Sachverständigenrates wiederum bezieht sich der Begriff Zertifizierung auf die Re-Approbation, also auf Zugangsvoraussetzungen zur Teilnahme an der Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die sogenannte zertifizierte Fortbildung wiederum bezieht sich auf den Nachweis einer kontinuierlichen Fortbildung, wie sie etwa seit geraumer Zeit in Hessen durch die Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim vorgenommen wird. Schließlich spricht die Konferenz der Gesundheitsminister der Länder von der Zertifizierung von Leistungserbringern im Gesundheitswesen sowie der Zertifizierung von Qualitätsmanagement-Systemen.

Zur Klärung der Begriffsverwirrung beim Thema „Zertifizierung im Gesundheitswesen“, der Erarbeitung von Perspektiven sowie eines Konsenses traf sich im vergangenen Jahr, auf Anregung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretern der Landesärztekammer Hessen, des hessischen Sozialministeriums, der Hessischen Krankenhausgesellschaft sowie Vertretern hessischer Krankenkassen.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe stellten zunächst fest, daß im Rahmen der Zertifizierung im Gesundheitswesen je nach System und Einsatzgebiet höchst unterschiedliche Sachverhalte zertifiziert werden können – zum einen die Qualität der medizinischen Versorgung, zum anderen die Teilnahme an Qualitätssicherungs-Programmen oder auch die Durchführung eines systematischen Qualitätsmanagements. Weiterhin werden Strukturen, wie etwa die Qualifikation oder die Ausstattung von Praxen, Prozesse oder Ergebnisse in der Versorgung von Patienten zertifiziert. Eine klare Differenzierung der Inhalte ist demnach unabdingbar.

Bereits im Juni 1999 hatte die 72. Konferenz der Gesundheitsminister der Länder die Einführung einer einheitlichen Qualitätsstrategie im deutschen Gesundheitswesen gefordert.

Die Eckdaten hierfür waren

- ▶ bis 1.1.2003 neutrale Patienteninformationssysteme
- ▶ bis 1.1.2003 regelmäßige Patientenbefragungen
- ▶ bis 1.1.2003 jährliche Qualitätsberichte aller Einrichtungen
- ▶ bis 1.1.2005 ärztliche Leitlinien
- ▶ bis 1.1.2005 flächendeckendes QM-System aller Einrichtungen
- ▶ bis 1.1.2005 bundesweites Benchmarking-System einzuführen.

Bis Anfang des Jahres 2005 soll nach den Vorstellungen der Gesundheitspolitiker ein flächendeckendes QM-System aller Einrichtungen, das heißt, aller Krankenhäuser und Praxen niedergelassener Ärzte, etabliert sein.

Die Überprüfung der Einführung eines flächendeckenden QM-Systems legt die Durchführung einer Zertifizierung und Akkreditierung nahe. Zwar handelt es sich bei der Forderung der Gesundheitsministerkonferenz unter juristischen Gesichtspunkten mehr um eine Empfehlung – entsprechende Gesetze wurden bislang noch nicht erlassen –, doch besitzt dieses Thema auch im Bundesministerium für Gesundheit derzeit hohe Priorität.

Die Relevanz des Themas wird unterstrichen durch die Tatsache, daß im stationären Bereich mit der Einführung von KTQ ein gewisser Standard der Darlegung von Qualitätsmanagement gesetzt wurde, der den ambulanten Bereich unter Druck setzt. § 137 SGB V räumt bereits jetzt die Möglichkeit von Vergütungsabschlägen für zugelassene Krankenhäuser ein, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten.

Die Relevanz des Themas Zertifizierung im ambulanten Bereich wird durch die Tatsache unterstrichen, daß immer mehr Praxen in den letzten zwei Jahren ein systematisches Qualitätsmanagement einführen bzw. sich freiwillig einer Zertifizierung unterzogen.

Diese zertifizierten Praxen befinden sich vorwiegend in hochspezialisierten, technisch ausgerüsteten Bereichen. Allerdings ist festzustellen: Keines der derzeit in Deutschland praktizierten Zertifizierungsverfahren wurde bisher hinsichtlich Praktikabilität und der Kosten-/Nutzen-Relation ausreichend evaluiert. Das Angebot an Zertifizierungsprogrammen, Beratungsfirmen und Zertifizierungsorganisationen ist für viele Ärztinnen und Ärzte völlig intransparent hinsichtlich der Ziele, Instrumente, Maßnahmen, Kosten und der Qualität der angebotenen Leistungen.

Die Arbeitsgruppe sah es deshalb als sinnvoll an, zunächst eine Klärung der Begriffe vorzunehmen:

Eine Zertifizierung bestätigt Konformität. Es handelt sich dabei um eine Maßnahme durch einen unparteiischen Dritten,



die aufzeigt, daß angemessenes Vertrauen besteht, daß ein ordnungsgemäß bezeichnetes Erzeugnis, Verfahren oder auch eine Dienstleistung in Übereinstimmung mit einer Norm oder einem anderen normativen Dokument ist (Beispiel: ISO 9002 Norm, zertifizierte Fortbildung in Hessen etc.).

Eine Akkreditierung hingegen bestätigt Kompetenz. Beispiel hierfür ist die formelle, allgemeingültige Anerkennung der Kompetenz einer Institution/Person, bestimmte Inspektionen/Prüfungen im Sinne der Euronorm 45004 durchzuführen.

Qualitätsmanagement-Systeme

Derzeit existieren verschiedene Systeme, die den Einstieg ins Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen ermöglichen. Die Bekanntesten hierunter sind die DIN-EN-ISO-Norm sowie das europäische EFQM-Modell. Die folgenden Darstellungen fassen die Stärken und Schwächen zusammen.

DIN-EN-ISO	
Stärken:	Schwächen:
▶ Standardisierung ▶ Internationale Erfahrungen ▶ Hoher Bekanntheitsgrad ▶ Erwiesene Wettbewerbsvorteile ▶ Zielt primär auf Struktur- und Prozeßqualität	▶ Keine speziellen Instrument für Gesundheitsinstitutionen ▶ Kommerzielle Zertifizierung ▶ Kein peer-review Verfahren ▶ Hoher Beratungsaufwand ▶ Zielt nicht auf Ergebnisqualität- und Angemessenheit med. Leistungen ▶ Kosten/Nutzen-Relation fraglich

EFQM-Modelle	
Stärken:	Schwächen:
▶ Hohe Akzeptanz durch Selbstbewertung ▶ Zunehmende Erfahrungen im Gesundheitsbereich ▶ Zielt auf Ergebnisqualität im Managementbereich ab ▶ Relativ kostengünstig	▶ Unzureichende Standardisierung ▶ Zielt nicht auf med. Ergebnisqualität und Angemessenheit der Leistungen ▶ Kosten/Nutzen-Relation nicht evaluiert

Das Stärken- / Schwächen-Profil des in Deutschland kürzlich entwickelten KTQ-Verfahrens für den stationären Sektor wird in der folgenden Darstellung ersichtlich:

KTQ	
Stärken:	Schwächen:
▶ Aktuelle Innovation im deutschen Gesundheitssystem ▶ Speziell für Gesundheitsinstitutionen ▶ Peer-review-Verfahren ▶ In Abstimmung mit Kostenträgern entwickelt (VdAK) ▶ Non-profit-Zertifizierung	▶ Zielt primär auf den stationären Bereich ▶ Zielt nicht obligatorisch auf med. Ergebnisqualität ▶ Kosten/Nutzen-Relation nicht evaluiert ▶ KTQ Untermenge von Joint Commission-Verfahren

In diesem Zusammenhang muß darauf hingewiesen werden, daß im Ausland bereits teilweise jahrzehntelange Erfahrungen mit entsprechenden Qualitätsmanagement-Systemen und Darlegungsverfahren im Gesundheitswesen existieren. Dies betrifft insbesondere die USA und das Programm der Joint Commission (JCAHO). Besonders interessant für den ambulanten Bereich ist jedoch ebenso das Visitation-Programm aus den Niederlanden. Die folgenden Darstellungen fassen deren Stärken und Schwächen zusammen:

JCAHO	
Stärken:	Schwächen:
▶ Spez. für Gesundheitsinstitutionen ▶ Peer-review-Verfahren ▶ Weltweit umfangreichstes Zertifizierungssystem ▶ Große Vielfalt ▶ Über 50-jährige Erfahrung ▶ Internationale Reputation ▶ Ausgefeiltes Indikatoren-Programm (ORYX®)	▶ Muß an deutsche Verhältnisse adaptiert werden

Visitation-Programm	
Stärken:	Schwächen:
▶ Speziell für Gesundheitsinstitutionen ▶ Peer-review Verfahren ▶ Hohe Akzeptanz ▶ Non-profit-Zertifizierung ▶ Zielt auf Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität ▶ Kosten/Nutzen-Relation evaluiert	▶ Instrumente und Maßnahmen müssen an deutsche Verhältnisse adaptiert werden

Um zu mehr Transparenz bezüglich der Qualität von Qualitätsmanagement-Systemen zu gelangen, favorisierte die Arbeitsgruppe die Erarbeitung einer Checkliste, wie sie derzeit von der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung in Köln erarbeitet wird. Kriterien solch einer Checkliste sollten Punkte sein wie

- ▶ Verantwortlichkeit für die Entwicklung
- ▶ Autoren des QM-Systems
- ▶ Identifizierung und Interpretation der Evidenz
- ▶ Ausarbeitungen des QM-Systems
- ▶ Gutachterverfahren und Pilotstudien
- ▶ Gültigkeitsdauer / Aktualisierung des QM-Systems
- ▶ Erarbeitung des QM-Systems
- ▶ Ziele des QM-Systems
- ▶ Kontext (Anwendbarkeit/Flexibilität)
- ▶ Klarheit, Eindeutigkeit
- ▶ Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse
- ▶ Verbreitung und Implementierung
- ▶ Überprüfung der Anwendung

Unter den derzeitigen Bedingungen hält es insbesondere die KVH für sinnvoll, sich bei der Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems im ambulanten Bereich an den Kriterien des EFQM-Modells zu orientieren. Dieses bietet mit der Aufteilung in sogenannte Befähigungskriterien und Ergebniskriterien den breitesten Ansatz für die Implementierung eines Qualitätsmanagement-Systems. Andere Qualitätsmanagement-Systeme konzentrieren sich oftmals lediglich an eine Untermenge bzw. an Teilkriterien des EFQM-Modells.

Derzeit ist es jedoch noch unklar, welches Qualitätsmanagement-System im ambulanten Bereich bevorzugt Einsatz finden wird und welches Zertifizierungs-System Anwendung finden wird. Hierfür kommen verschiedene Modelle aus dem In- und Ausland in Betracht, die ein unterschiedliches Stärken-/Schwächen-Profil besitzen. Wichtig erschien der Arbeitsgruppe, etwaige Modelle um für das deutsche Gesundheitswesen spezifische Aspekte zu ergänzen, wie z.B. das ambulante fachärztliche Segment. Zudem sollte vor einer flächendeckenden Einführung von QM-Systemen ausrei-

chend Erfahrungen in Modellen gesammelt werden. Vollkommen unklar ist bislang, welche Institutionen eine Zertifizierung bzw. Akkreditierung im ambulanten Bereich durchführen werden.

Fazit

Die Einführung von Qualitätsmanagement-System sowie deren Zertifizierung und Akkreditierung wird auch den ambulanten Bereich des deutschen Gesundheitswesens erfassen. Angesichts der allgemeinen Begriffsverwirrung und Intransparenz der verschiedensten Systeme ist es dringend geboten, mehr Licht in den Zertifizierungs-Dschungel zu bringen. Hierbei ist die Checkliste „Qualität von QM-Systemen“ der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung hilfreich, die in Kürze publiziert wird. Derzeitige QM-Systeme aus dem stationären Bereich bzw. aus dem industriellen Bereich bedürfen einer Modifikation um spezifische deutsche Aspekte des ambulanten Bereiches.

Dr. med. Harald Herholz, MPH

Institut für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie des Blutspendedienstes

Baden-Württemberg - Hessen des DRK

08.4.2002 bis 12.4.2002

„50. Fortbildungskurs für Ärzte und MTA's in der Transfusionsmedizin u. Immunhämatologie“, gantztätig mit Praktikum.

Ort der Veranstaltung:

Blutspendedienst,
Sandhofstr. 1
60528 Frankfurt am Main

Anmeldung erforderlich. Veranstalter:

Prof. Dr. Erhard Seifried.
Auskunft erteilt Frau Stöhr,
Tel. (069) 6782-320

Anzeige

Der Krieg in Afghanistan.

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

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

www.medico.de



ORGANISATIONSEMINARE FÜR NOTFALLDIENSTÄRZTINNEN/-ÄRZTE 2002

- Nur für Ärztinnen und Ärzte ohne Kassenzulassung -

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen führt im Jahre 2002 folgende Organisationsseminare für Notfalldienstärztinnen/-ärzte durch:

Samstag, 20. April 2002

in Frankfurt am Main, Georg-Voigt-Straße 15, Saal der KV Hessen
Beginn: 9.30 Uhr, Ende ca. 13.00 Uhr

Anmeldeschluß: 12. April 2002

Samstag, 26. Oktober 2002

in Frankfurt am Main, Georg-Voigt-Straße 15, Saal der KV Hessen
Beginn: 9.30 Uhr, Ende ca. 13.00 Uhr

Anmeldeschluß: 18. Oktober 2002

Schriftliche Anmeldungen (auch per Fax oder E-Mail) sind unter Angabe von Vor- und Zunamen sowie genauer Anschrift an folgende Adresse zu richten:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen -Landesstelle-,
Postfach 150204,
60062 Frankfurt am Main
Fax-Durchwahl 069/79502-388, Frau G. Euler,
E-Mail: Gertraude.Euler@kvhessen.de
Ein Kostenbeitrag wird nicht erhoben.

Erster Studiengang der Netzakademie abgeschlossen – neuer Studiengang ab Mai

Diplom Netz-Manager (Gesundheit) als Berufsbild mit Zukunft

Moderne Kooperationen, Praxis- und auch Gesundheitsnetze und -zentren bedürfen einer professionellen Führung. Das erforderliche Rüstzeug hierzu vermittelt die von der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Apotheker- und Ärztebank gegründete „netzakademie - Management für Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen e.V.“. Die ersten Absolventen schlossen ihr Studium nun erfolgreich in Stuttgart ab. Der zweite Studiengang endet im Sommer in Dortmund. Im Mai beginnt dann ein neuer Studiengang in Hannover.

Das Ausbildungsangebot ist interessant für Bewerber aus dem Kreis der akademischen Heilberufe wie Ärzte, Zahnmediziner, Apotheker und Psychologen, aber auch Ökonomen, Naturwissenschaftler und Angehörige anderer Berufe mit leitender Funktion im Gesundheitswesen.

Während der neunmonatigen Studiendauer vermittelt die

netzakademie das erforderliche fachspezifische Know-how an insgesamt 13 Präsenz-Wochenenden durch spezifisch qualifizierte Dozenten. Pro Studiengang können maximal 25 Studenten teilnehmen. Neben den Präsenzveranstaltungen werden zusätzlich ca. 30 Prozent der Inhalte online über das eigene Intranet angeboten. Diese können von den Studenten selbstständig und zeitlich unabhängig im Fernstudium erarbeitet werden.

Anmeldungen für den neuen Studiengang in Hannover nimmt ab sofort die netzakademie entgegen:

Netzakademie e.V.

Fritz-Vomfelde-Str. 36

40547 Düsseldorf

E-Mail: info@netzakademie.dgn.de

www.netzakademie.dgn.de

Tel.: 0211 / 5 22 88 58 – 0 Fax: 0211 / 5 22 88 58 – 9

Neuaufrichtung der DGN Service GmbH

Die DGN Service GmbH, eine 100-prozentige Tochtergesellschaft der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, kann im Hinblick auf den Anstieg der Nutzer-Zahlen bei D/G/N, aponet Professional und DZN auf ein erfolgreiches Jahr zurückblicken. Zudem ermögliche, wie es in einer Pressemitteilung heißt, die im November des vergangenen Jahres aufgenommene Partnerschaft mit Bertelsmann-Springer Medizin Online (BSMO) eine sinnvolle und effiziente Arbeitsteilung, indem sich BSMO auf Inhalte und die DGN Service GmbH auf die Kernkompetenz als Provider konzentriert.

Die zukünftig noch stärkere Ausrichtung auf die Qualität der technischen Plattformen sowie der Ausbau in den Bereichen Information, Transaktion und Sicherheit der Kommunikation bringen eine geschäftspolitische Neuaufrichtung mit sich, die sich auch in personellen Veränderungen widerspiegelt. In diesem Zusammenhang scheidet Peter Boddenberg aus der Geschäftsführung aus. Boddenberg hat wesentlichen Anteil am Aufbau des Unternehmens zum führenden Provider im Heilberufssektor. Vom 15. Januar an übernimmt Dr. Marcus Otten die Geschäftsführung. Otten ist bereits seit einigen Jahren für die APO-Bank als Berater für Online-Projekte im Gesundheitswesen tätig.

Die neue Fokussierung der DGN Service GmbH auf ihre Kernkompetenzen wird unterstützt durch Investitionen in Millionenhöhe, um die technische Infrastruktur weiter auszubauen.

Seitens der Muttergesellschaft zeigt man sich davon überzeugt, mit diesen Maßnahmen zu einer weiteren Verbesserung der Servicequalität beizutragen und den Bedürfnissen der Nutzer noch mehr gerecht werden zu können. Insofern erwartet die APO-Bank eine positive Resonanz der Heilberufsangehörigen auf das Leistungsangebot der DGN Service GmbH auch in diesem Jahr.

Gerhard K. Girner im Vorstand der APO-Bank

Mit Wirkung vom 1. Januar 2002 an komplettiert Gerhard K. Girner MBA nun auch offiziell den Vorstand der Deutschen Apotheker- und Ärztebank. Das Bundesaufsichtsamt für das Kreditwesen hat nach Abschluß des üblichen Prüfungsverfahrens kurzfristig die Zustimmung zur Berufung in den Vorstand erteilt.

Girner (55 Jahre) will mit einer neuen Wertpapierstrategie die Position der größten genossenschaftlichen Primärbank in diesem Marktsegment ausbauen und dazu den Service im Wertpapiergeschäft mit privaten wie institutionellen Kunden weiter verbessern. Unter diesem Aspekt wurde bereits eine personelle Verstärkung der Anlageberatung eingeleitet und apobrokerage als Erweiterung der Dienstleistungspalette für Wertpapieraufträge via PC-Banking sowie über den Telefonservice apodialog eingeführt.

APO-Bank: Filialleiterwechsel zu Jahresbeginn

Werner Gebauer (49) übernimmt die Leitung der Filiale Mannheim der Deutschen Apotheker- und Ärztebank. Gebauer löst den bisherigen Filialdirektor Heinz Humme (63) ab, der die erfolgreiche Entwicklung der Filiale maßgeblich gestaltet hat und nach 38-jähriger Zugehörigkeit zur APO-Bank zum Jahresende 2001 in den wohlverdienten Ruhestand getreten ist.

Neuer Leiter der Filiale in Saarbrücken ist Dietmar Schmidt (38), der zuvor die Filiale in Wiesbaden führte. Schmidt übernahm die Leitungsfunktion von Klaus Hartmann (55), der durch sein langjähriges Engagement wesentlich zum Aufbau der saarländischen APO-Bank-Filiale beigetragen hat. Zukünftig wird Hartmann das Schwergewicht seiner beruflichen Tätigkeit auf konsularische Aufgaben legen.

Die Leitung der APO-Bank-Filiale in Wiesbaden übernimmt Werner Ensberg (47), der über langjährige Erfahrung sowohl im Filialbereich als auch in der Hauptverwaltung der APO-Bank in Düsseldorf verfügt.



Ermächtigungen – rechtliche Grundlagen, Voraussetzungen und Folgen

Dr. iur. Karin Hahne-Reulecke

Juristische Geschäftsführerin der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Ermächtigungen stehen heute mehr denn je im Spannungsfeld der berechtigten Interessen der zu versorgenden Versicherten und der Finanzierbarkeit der durch sie ermöglichten Leistungen, die aus der begrenzten Gesamtvergütung für die ambulante Versorgung gezahlt werden müssen.

Ermächtigungstatbestände

Nach § 116 SGB V können Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung vom Zulassungsausschuß zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird. Diese gesetzliche Bestimmung entspricht wortgleich § 31 a der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), die jedoch in § 31 weitergehende Ermächtigungstatbestände beschreibt. Nach § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV können weitere Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder in besonderen Fällen ärztlich geleitete Einrichtungen ermächtigt werden, sofern dies notwendig ist, um entweder eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder einen begrenzten Personenkreis zu versorgen, z.B. Beschäftigte eines abgelegenen Betriebes. Während nach § 116 SGB V i. V. m. § 31 a Ärzte-ZV nur Krankenhausärzte mit abgeschlossener Wei-

terbildung ermächtigt werden können, können nach § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV auch nicht weitergebildete Ärzte, ggf. auch aus anderen Institutionen, ermächtigt werden.

Auf der Grundlage von § 31 Abs. 2 Ärzte-ZV bestimmt § 5 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), daß über die Ermächtigungstatbestände der §§ 116 SGB V i. V. m. 31 a Ärzte-ZV und § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV hinaus nochmals weitere, geeignete Ärzte und in Ausnahmefällen ärztlich geleitete Einrichtungen zur Durchführung bestimmter, in einem Leistungskatalog definierter Leistungen auf der Grundlage des EBM ermächtigt werden können, wenn dies zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlich ist.

Der Unterschied zwischen den Ermächtigungen nach § 31 Abs. 1 und 2 Ärzte-ZV besteht darin, daß eine Ermächtigung nach Abs. 1 zwar auch ihrem Umfang nach zu bestimmen ist, aber bei einer bestehenden Unterversorgung oder bei der notwendigen Versorgung z.B. eines abgelegenen Betriebes, in der Regel ein komplettes allgemeinärztliches Leistungsspektrum Gegenstand der Ermächtigung sein kann, während es sich bei der Ermächtigung nach Abs. 2 um bestimmte ärztliche Leistungen handelt, die in einem Leistungskatalog niedergelegt werden. Der Unterschied zu der Ermächtigung nach § 116 SGB V i. V. m. § 31 a Ärzte-ZV, bei der auch ein Leistungskatalog für bestimmte ärztliche Leistungen definiert wird, ergibt sich daraus, daß nach § 31 a Ärzte-ZV nur weitergebildete Krankenhausärzte ermächtigt werden können,

wo hingegen § 31 Ärzte-ZV die Ermächtigung auch nicht weitergebildeter Ärzte ermöglicht. Allen drei Ermächtigungstatbeständen ist der Vorrang des niedergelassenen Vertragsarztes zu entnehmen, d.h. daß eine Ermächtigung nur dann erteilt werden kann, wenn die ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne diese Ermächtigung nicht sichergestellt ist.

Rangfolge der Ermächtigungen

Bei den verschiedenen Möglichkeiten der Erteilung einer Ermächtigung haben die Zulassungsgremien die vom Bundessozialgericht im Urteil vom 1.7.1998 (Az.: B 6 Ka 43/97 R) klar herausgearbeitete Rangfolge zu beachten. Im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gebührt den niedergelassenen Vertragsärzten der Vorrang. Soweit die Einbeziehung anderer als zugelassener Ärzte bei bestehenden Versorgungsdefiziten erforderlich ist, genießt die Ermächtigung von Krankenhausärzten auf der Grundlage des § 116 SGB V i. V. m. § 31 a Ärzte-ZV Priorität vor der Ermächtigung weiterer (nicht weitergebildeter) Ärzte gem. § 31 Abs. 1 und 2 Ärzte-ZV. Die persönliche Ermächtigung der in dieser Vorschrift angesprochenen Ärzte zur Abwehr einer bestehenden oder drohenden Unterversorgung hat wiederum prinzipiell Vorrang vor der Erteilung von Institutsermächtigungen. Diese Reihenfolge der Ermächtigungstatbestände ist auch dann einzuhalten, wenn eine Hochschulklinik als ärztlich geleitete Einrichtung ermächtigt werden will.



Bedarfsunabhängige Ermächtigungen

Darüber hinaus kennt sowohl das Gesetz, als auch die Zulassungsverordnung i. V. m. dem Bundesmantelvertrag Ermächtigungen, die bedarfsunabhängig zu erteilen sind, so z.B. die poliklinischen Institutsambulanzen der Hochschulen für Forschung und Lehre sowie Ausbildungsstätten nach dem Psychotherapeuten-Gesetz (§ 117 SGB V) und psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V. Ermächtigungen ohne Bedarfsprüfung sind ferner im Bereich der zytologischen Diagnostik von Krebserkrankungen, bei Leistungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge (§ 5 Abs. 2 BMV-Ä) sowie als Übergangsrecht im Bereich der Dialyse (§ 5a BMV-Ä) geregelt. Die Ermächtigung von sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V ist demgegenüber auch nur dann möglich, wenn die Ermächtigung notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen.

Ermächtigung nach dem Psychotherapeuten-Gesetz

Von diesen Ermächtigungen zu unterscheiden ist die auf Grund des Psychotherapeuten-Gesetzes in § 95 Abs. 11 SGB V aufgenommene Ermächtigung von Psychotherapeuten, die nach den Übergangsregelungen bei Inkrafttreten des Psychotherapeuten-Gesetzes noch nicht den vollen Fachkundenachweis für die Zulassung erbringen konnten, aber eine bestimmte Sockelqualifikation vorweisen konnten, auf deren Grundlage sie ermächtigt werden konnten, mit der Maßgabe, innerhalb von fünf Jahren die Beendigung der Nachqualifikation nachzuweisen.

Bedarfsanalyse

Die hauptsächlichen Probleme treten bei der Entscheidung über die Ermächtigung eines weitergebildeten Krankenhausarztes auf der Grundlage von § 116 SGB V i. V. m. § 31 a Ärzte-ZV auf. Hier entbrennt in der Regel Streit über die Frage, ob die bean-

tragte Ermächtigung des Krankenhausarztes zur Sicherstellung der Versorgung notwendig ist. Hierbei ist als Erstes festzuhalten, daß nach dem Wortlaut von Gesetz und Zulassungsverordnung die Ermächtigung zu erteilen ist, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird. Daraus ergibt sich, daß bei Bestehen einer Versorgungslücke ein **Anspruch** des antragstellenden Krankenhausarztes auf Erteilung der Ermächtigung besteht. Finanzielle Aspekte, d.h. die Frage, ob und inwieweit die Leistungen aus der begrenzten Gesamtvergütung für die ambulante Versorgung finanziert werden können, darf bei der Entscheidung der Zulassungsgremien keine Rolle spielen; eine daran orientierte Entscheidung würde einer sozialgerichtlichen Überprüfung nicht standhalten. Insoweit kommt der Entscheidung vorausgehenden Bedarfsanalyse die einzig entscheidende Bedeutung zu.

Der Zulassungsausschuß oder der Berufungsausschuß können die Bedarfssituation vor Ort in der Regel nicht selbst beurteilen; sie sind insofern auf die Stellungnahme der betroffenen Bezirksstelle bzw. der Geschäftsausschüsse angewiesen. Je sorgfältiger die Bedarfsanalyse durchgeführt und je ausführlicher das Ergebnis der Analyse in der Stellungnahme gegenüber dem Zulassungsausschuß seinen Niederschlag findet, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß der Zulassungsausschuß mit Hilfe dieser Stellungnahme eine nachvollziehbare Entscheidung begründen kann.

Bedarfsplan

In einem Grundsatzurteil hat das Bundessozialgericht (Urteil vom 14.7.1993, Az.: 6 RKa 71/91) entschieden, daß bei der Ermittlung des quantitativen Bedarfs die Soll- und

Ist-Zahlen der betroffenen Arztgruppe im Planungsbereich zu Grunde zu legen sind, die sich aus dem Bedarfsplan ergeben. Hierbei ist jedoch zu beachten, daß für den Bedarfsplan auf die einzelnen Arztgruppen abgestellt wird; eine Untergliederung nach Teilgebieten findet im Bedarfsplan nicht statt. Das beruht nach den Feststellungen des Bundessozialgerichts darauf, daß nach dem ärztlichen Berufsrecht Ärzte mit Gebietsbezeichnungen alle Leistungen ihres Gebietes erbringen dürfen, auch wenn es sich um solche handelt, die in ein Teilgebiet (heute Schwerpunkt) des Fachgebietes fallen. Bei der Bedarfsplanung braucht deshalb eine Differenzierung nach Teilgebieten nicht vorgenommen zu werden. Dies bedeutet für die Bedarfsanalyse in den Ermächtigungsverfahren jedoch, daß man sich nicht ausschließlich auf die Zahlen des Bedarfsplanes – weil hierfür zu unspezifisch – berufen kann, sondern ermitteln muß, welche Ärzte im Einzelnen die mit der Ermächtigung angestrebten Leistungen erbringen. Hierbei ist es für die Feststellung des quantitativen Bedarfs nicht ausschlaggebend, ob es sich dabei um Ärzte handelt, die eine Schwerpunktbezeichnung in diesem Bereich führen. Es sind deshalb in solchen Fällen anonymisierte Anzahl- und Summenstatistiken vorzulegen, aus denen sich ergibt, daß niedergelassene Ärzte in ausreichender Zahl und Häufigkeit die beantragten Leistungen erbringen. Darüber hinaus eine Befragung bei den niedergelassenen Ärzten vorzunehmen, inwieweit Wartezeiten bei ihnen für diese Leistungen bestehen, ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht zwingend notwendig, in jedem Falle für die Entscheidung der Zulassungsgremien jedoch hilfreich. Aus diesem Urteil sowie aus allen bisher bis zum heutigen Tage ergangenen Urteilen des Bundessozialgerichts wird auf die Grenzen des Planungsbereiches abgestellt. Dies kann dann zu unsinnigen Ergebnissen führen, wenn gerade ein paar wenige Kilometer



außerhalb des Planungsbereichs, in dem spezielle ärztliche Leistungen mit einer Ermächtigung begehrt werden, diese von einem niedergelassenen Vertragsarzt angeboten werden. Bei hochspezialisierten Leistungen bleibt es abzuwarten, ob das Bundessozialgericht hier auf Dauer an der Grenze des Planungsbereiches festhält oder ob hier auf Grund der heute erhöhten Flexibilität eine gewisse Lockerung zugelassen wird.

Facharztfilter

In einer weiteren Entscheidung hat sich das Bundessozialgericht (Urteil vom 22.6.1994, Az. 6 RKa 21/82) klar zu der Frage der Zulässigkeit einer auf Facharztüberweisungen beschränkten Ermächtigung geäußert. Besteht ein Bedarf, weil der Krankenhausarzt besondere, für eine ausreichende und zweckmäßige medizinische Versorgung notwendige Leistung anbietet, die von den niedergelassenen Vertragsärzten der selben Fachrichtung nicht erbracht werden können, so ist für eine Ermächtigung nur auf Überweisung durch Fachkollegen kein Raum. Durch die Zwischenschaltung des Gebietsarztes würden Verzögerungen und Kosten entstehen, obwohl von vorneherein feststünde, daß dieser die erforderlichen Leistungen nicht selbst erbringen könnte. Die Zulassungsinstanzen müssen deshalb die Bedarfssituation stets klären und dürfen die erforderlichen Feststellungen nicht dadurch ersetzen, daß sie für den Fall einer etwaigen Versorgungslücke vorsorglich eine auf Facharztüberweisungen beschränkte Ermächtigung erteilen. Ist jedoch quantitativ eine ausreichende Versorgung durch niedergelassene Ärzte gewährleistet, kann es sinnvoll sein, die besonderen Kenntnisse und Erfahrungen des Krankenhausarztes oder die überlegene technische Ausstattung des Krankenhauses für die ambulante Versorgung dadurch nutzbar zu machen, daß zu diesem Zweck eine Ermächtigung auf Überweisung durch Fachkollegen erteilt wird. Durch eine

solche Form der Ermächtigung wird dem Gebietsarzt eine Überweisung ermöglicht, wenn er im Einzelfall wegen der besonderen Schwierigkeiten der Diagnose und/oder Behandlung trotz des an sich ausreichenden eigenen Leistungsangebotes ausnahmsweise die Zuziehung des erfahrenen und besonders qualifizierten Krankenhausarztes für geboten erachtet. Ihre Zulässigkeit im konkreten Fall hängt davon ab, ob durch die Feststellung des Ermächtigungsumfanges und ggf. einer weiteren Eingrenzung des Kreises der überweisungsberechtigten Ärzte sichergestellt werden kann, daß der Vorrang der niedergelassenen Gebietsärzte gewahrt bleibt. Konkret bedeutet dies, daß in einem solchen Fall – möglichst im Einvernehmen mit den niedergelassenen Ärzten – eine Empfehlung an den Zulassungsausschuß herausgehen sollte, die den Umfang der Ermächtigung so begrenzt, daß eine sinnvolle Kooperation zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhausarzt ermöglicht wird. In einer jüngeren Entscheidung (Urteil vom 29.9.1999, Az. B 6 Ka 30/98 R) stellt das Bundessozialgericht fest, daß insbesondere bei der Entscheidung, ob der Kreis der Zuweiser beschränkt wird, die Zulassungsgremien in ihre Überlegungen mit einzubeziehen haben, daß gerade bei onkologischen Erkrankungen, die strahlentherapeutische Behandlung erforderlich machen, den Interessen vor allem der Versicherten, aber auch der überweisenden Ärzte ein erhebliches Gewicht zukommt, zwischen mehreren Behandlern auswählen zu können. Zur Frage der Fallzahlbegrenzung hat sich das Bundessozialgericht bis heute nicht ausdrücklich geäußert. Die Übertragung der Grundsätze der Rechtsprechung zur Einschränkung auf Überweisung durch niedergelassene Fachärzte ergibt jedoch, daß bei Feststellung eines bestehenden Bedarfs eine Fallzahlbegrenzung nicht in Frage kommt; ebenso wenig kann die Fallzahlbegrenzung die Bedarfsanalyse ersetzen.

Qualitativer Bedarf

Hohes Streitpotential birgt die Frage, ob sich trotz quantitativ ausreichender Zahl von niedergelassenen Ärzten auf Grund der besonderen Qualifikation des die Ermächtigung beantragenden Krankenhausarztes in rein qualitativer Hinsicht ein Bedarf ergeben kann. Hier geht das Bundessozialgericht in einer Reihe von Entscheidungen (beispielhaft Urteil vom 16.10.1991, Az. 6 RKa 37/90) von der Gleichwertigkeit der Qualifikation der niedergelassenen Ärzte und der fachentsprechenden Krankenhausärzte aus. Die besonderen Kenntnisse des Krankenhausarztes allein begründen noch keinen Anspruch auf eine Ermächtigung. Vielmehr müssen sich die Kenntnisse und Erfahrungen des Krankenhausarztes in einem besonderen Angebot von Leistungen niederschlagen, und zwar von Leistungen, die zur ausreichenden ambulanten ärztlichen Versorgung benötigt und von den niedergelassenen Ärzten nicht oder nicht ausreichend angeboten werden. Da hier auf die besonderen Kenntnisse abgestellt wird, muß sich dieses daraus ergebende Leistungsangebot nicht zwingend in Gebührenordnungsnummern niederschlagen; der Krankenhausarzt muß dieses besondere Leistungsangebot aber detailliert darlegen können; in der Regel wird eine solche Fallkonstellation die Ermächtigung zur konsiliarischen Beratung eines Vertragsarztes ermöglichen. Bei dieser Form der Ermächtigung stehen die Kenntnisse und Erfahrungen des Krankenhausarztes im Vordergrund. Für eine von einem Krankenhaus angestrebte Ermächtigung zur selbständigen Behandlung von Versicherten wird mehr als die besonderen Kenntnisse und Erfahrungen vorausgesetzt; hier müssen sich diese Kenntnisse und Erfahrungen in einem objektivierbaren Leistungsangebot niederschlagen, das sich mit Gebührenordnungsziffern konkretisieren läßt und nicht oder nicht ausreichend von niedergelassenen Vertragsärzten angeboten wird.



Bei Ermächtigungen zur konsiliari-
schen Tätigkeit auf Grund der beson-
deren Kenntnisse des Krankenhaus-
arztes hat das Bundessozialgericht in
seiner jüngsten Entscheidung hierzu
(Urteil vom 27.6.2001, Az. B 6 Ka
39/00 R) festgestellt, daß bei dieser
Sachlage eine generelle Ermächtigung
auf Überweisung durch alle Vertrags-
ärzte rechtswidrig wäre. Damit könn-
te der überweisende Arzt nach eigen-
em Gutdünken über die Notwendig-
keit der Einschaltung des Kranken-
hausarztes befinden und den speziali-
sierten Gebiets- oder Teilgebietsarzt
übergehen, mit der Folge, daß der
Vorrang der frei praktizierenden Ärz-
te nicht gewahrt wäre.

Befristung

Der vom Bundessozialgericht mit Ur-
teil vom 27.2.1992 (Az. 6 RKa 15/91)
aufgestellte Grundsatz der Regelbe-
fristung von Ermächtigungen auf zwei
Jahre ist zwischenzeitlich zur Selbst-
verständlichkeit geworden. Die Befri-
stung der Ermächtigung dient einer-
seits dazu, zeitgerecht prüfen und ent-
scheiden zu können, ob die Vorausset-

zungen für die Ermächtigung weiter-
hin erfüllt sind, um so dem Vorrang
der niedergelassenen Vertragsärzte
Rechnung tragen zu können. Auf der
anderen Seite gibt die Befristung wäh-
rend ihrer Laufzeit dem ermächtigten
Krankenhausarzt die notwendige
Rechtssicherheit; der ermächtigte
Arzt kann sich darauf verlassen, daß
er während der durch die Befristung
bestimmten Zeit berechtigt ist, die
von der Ermächtigung erfaßten ver-
tragsärztlichen Leistungen zu erbrin-
gen.

Gerichtliche Überprüfbarkeit

Aufgrund des Spannungsfeldes, in
dem sich die Entscheidungen über Er-
mächtigungen bewegen, zwischen
dem Anspruch einer hochwertigen
Versorgung und der Finanzierbarkeit
der Leistungen innerhalb der gesetz-
lichen Krankenversicherung, werden
häufig die Gerichte bemüht, Entschei-
dungen der Zulassungsinstanzen in
die eine oder andere Richtung zu kor-
rigieren. Hierbei ist jedoch zu beach-
ten – und dies hat auch das Bundesso-
zialgericht in einer sehr frühen Ent-

scheidung (Urteil vom 23.5.1984, Az.
6 RKa 2/83), die bis heute Gültigkeit
hat, festgestellt – daß den Zulassungs-
instanzen bei der Prüfung der Frage,
ob eine Ermächtigung notwendig ist,
ein Beurteilungsspielraum zusteht.
Die Kontrolle des Gerichts be-
schränkt sich deshalb darauf, ob der
Verwaltungsentscheidung ein richtig
und vollständig ermittelter Sachver-
halt zu Grunde liegt, ob die Zulas-
sungsinstanzen die durch Auslegung
des unbestimmten Rechtsbegriffes (Si-
cherstellung) ermittelten Grenzen ein-
gehalten hat und ob sie ihre Erwägun-
gen so verdeutlicht und begründet ha-
ben, daß im Rahmen des Möglichen
die zutreffende Anwendung der Beur-
teilungsmaßstäbe erkennbar und
nachvollziehbar ist.

Auch und vor allem die Gerichte
müssen ihre Beurteilung, ob sich die
Entscheidungen der Zulassungsins-
tanzen in diesem aufgezeigten Rah-
men halten, an den gesetzlichen Vor-
gaben orientieren, die ausschließlich
eine Bedarfsanalyse, nicht jedoch eine
Analyse der Finanzierbarkeit vorge-
ben.

Delegierte des 105. Deutschen Ärztetages 2002 in Rostock

Liste 1 Dr. Harald Bär-Palmié, Schauenburg
Martin Leimbeck, Braunfels
Dr. Horst Löckermann, Darmstadt
Dr. Günter Haas, Lautertal

Liste 5 Prof. Dr. Horst Kuni, Marburg
Dr. Ulrich Lang, Wiesbaden
Dr. Elmar Lindhorst, Frankfurt
Dr. Paul Otto Nowak, Frankenberg
Priv.-Doz. Dr. Roland Wönne, Frankfurt

Liste 6 Dr. Klaus König, Steinbach
Dr. Susan Trittmacher, Marburg
Dr. Hans Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Stadallendorf
Frank-Rüdiger Zimmeck, Limburg
Dr. Peter Zürner, Bad Sooden-Allendorf

Liste 7 Dr. Norbert Löschhorn, Seeheim-Jugenheim

Liste 8 Dr. Birgit Drexler-Gormann, Mühlheim
Dr. Dorothee Luise Anne Hildegard Löber-Götze, Groß-Gerau
Christiane Schlang, Frankfurt

1. Österreichischer Laufkongreß 12. – 14. April 2002 Congreß-Center Villach

Informationsmaterial zu den Themen,
Referenten, Workshops, Praxissemi-
nar und Rahmenprogramm kann
beim Veranstalter angefordert wer-
den:

Ärztchammer Kärnten,
Thomas Cekon, St. Veiter Straße 34,
A-9020 Klagenfurt,
Tel. 0043/463/5856-18.
Internet: www.kaerngesund.at/laufkongreß



Sicherer Verordnen

Dipyridamol

Zerebraler „Steal-Effekt“

Das BfArM informiert über einen möglichen zerebralen „Steal-Effekt“ durch die Einnahme eines Dipyridamol/ASS-haltigen Arzneimittels (Asasantin®). Ein kurzeitiges cerebelläres Defizit mit gleichzeitigem Kopfschmerz, Flush und Diarrhoe bei einer 74-jährigen Patientin mit Wiederauftreten der Symptome nach erneuter Gabe am nächsten Tag deutet auf diesen Effekt im Bereich einer Hirnstammarterie. Derartige Effekte unter der Einnahme von Dipyridamol auf die Herzkranzgefäße sind schon länger bekannt. Das BfArM sieht diese unerwünschte Wirkung als problematisch an, da die induzierten Symptome denen entsprechen, gegen die das Kombinationsarzneimittel eigentlich verordnet wird.

Quelle: Pharm. Ztg. 2001; 146: 2819

Kava-Kava

Leberversagen

Eine 60-jährige Patientin nahm seit circa einem Jahr ein Kava-Kava-Extrakt-haltiges Arzneimittel wegen depressiver Verstimmung in wechselnder Dosierung ein. Mit zunehmenden Symptomen eines beginnenden Leberversagens wurde sie stationär aufgenommen. Histologisch nachgewiesene zentrolobuläre Nekrosen und ausgeprägte Cholestase bei negativer Virushepatitis-Serologie und fehlenden Hinweisen auf andere chronische Lebererkrankungen deuten auf einen Kausalzusammenhang mit der Einnahme von Kava-Kava-Extrakten. Der fulminante Verlauf des Leberversagens erforderte eine orthotope Lebertransplantation 11 Tage nach der Krankenhausaufnahme.

Anmerkung: Bereits mehrmals wurde auf eine mögliche Lebertoxizität pflanzlicher Arzneimittel hingewiesen (z.B. Schöllkraut, Roßkastanie). Der neue Fallbericht - und andere unerwünschte Wirkungen unter der Einnahme von pflanzlichen Arzneimitteln (wie z.B. Nierenschäden, ZNS-Störungen, kardiovaskuläre Störungen) – bestätigt die Warnungen, „pflanzlich“ mit „ungefährlich“ gleichzusetzen.

Quelle: Dt. med. Wschr. 2001; 126: 970

Tramadol

Blasenfunktionsstörungen

Neben bekannten unerwünschten Wirkungen von Opioiden wie neuro-psychologische oder gastrointestinale Effekte können unter der Einnahme von Tramadol (z.B. Tramal®, viele Generika) auch Blasenfunktionsstörungen wie Dysurie oder Harnverhalten auftreten. Nach einer zusammenfassenden Bewertung treten die Symptome innerhalb der ersten 72 Stunden nach Einnahmebeginn auf, unabhängig von Art der Applikation und bereits in Tagesdosen von 50 - 150 mg. Nach Ansicht der Autoren ist das Risiko des Auftretens dieser Störungen vergleichbar mit dem anderer Opiate und sollte den Nutzen von Tramadol in der Schmerztherapie nicht schmälern. Das Risiko sollte jedoch bedacht werden, wenn plötzlich unerklärliche Blasenfunktionsstörungen auftreten.

Quelle: Prescrire 2001; 10; 152

Disopyramid

Interaktionen mit Makroliden

Das Klasse-I-Antiarrhythmikum Disopyramid (Diso-Duriles®, Norpace®, Rythmodul®) verursacht in Kombination mit anderen Arzneistoffen eine hohe Anzahl von Interaktionen. Ventrikuläre Tachycardien unter der gleichzeitigen Gabe mit Erythromycin

bzw. Azithromycin, Kammerflimmern, Torsade de points und Hypoglykämien bei gleichzeitiger Gabe von Clarithromycin sind Beispiele von schwerwiegenden Interaktionen dieses Arzneistoffes mit Makrolid-Antibiotika. In einem Kommentar wird generell empfohlen, die gleichzeitige Gabe von Makroliden und Disopyramid zu vermeiden. Spiramycin (Rovamycine®, Selectomycin®) scheint nach Meinung der Autoren das Makrolid mit dem geringsten Interaktionsrisiko zu sein.

Quelle: Prescrire 2001; 10; 151

Ramipril

Nierenschutz

Der ACE-Hemmer Ramipril (Delix®, Vesdil®) schützt bei leichter bis mittelschwerer Niereninsuffizienz und Proteinurie die Nierenfunktion besser als Amlodipin (Norvasc®), bei gleich guter Senkung des Blutdruckes. Soweit die Zwischenergebnisse einer Studie aus den USA bei über 1.000 Hypertonikern afroamerikanischer Abstammung. Der Amlodipin-Arm der Studie wurde aufgrund dieser Ergebnisse vorzeitig abgebrochen.

Quelle: JAMA 2001; 285; 2719, zitiert nach: Informed-screen 2001; 5; 55

Hinweis

Orale Kontrazeptiva

Über die Homepage der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (www.akdae.de) sind Hinweise zur Anwendung kombinierter oraler Kontrazeptiva der sogenannten 3. Generation (Gestoden- bzw. Desogestrel-haltige Präparate) und dem damit verbundenen Auftreten venöser Thromboembolien abrufbar.

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus: Rheinisches Ärzteblatt 11/2001

Mehr Augenmerk auf Anzeichen von Kindesmißhandlung

Lautenschläger: „Ärzte in Hessen sind verstärkt sensibilisiert“

Hohe Dunkelziffer / Schwerpunkt im sozialen Nahbereich

Die Ärzte in Hessen achten nach Ansicht von Sozialministerin Silke Lautenschläger stärker auf Anzeichen von Kindesmißhandlungen. „Insbesondere die Kinderärzte sind inzwischen sensibilisiert, so daß unklare oder unzureichend plausibel erklärte Verletzungen eines Kindes auf eine mögliche Mißhandlung hin überprüft werden“, erklärte sie in Wiesbaden. Eine erhöhte Aufmerksamkeit sei ebenfalls daran zu erkennen, daß auch Kinder mit leichteren Verletzungen mit Verdacht auf körperliche Mißhandlung zur stationären Abklärung eingewiesen würden. Allerdings sei es nötig, Ärzte, Therapeuten, Kinderkliniken und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens stärker zu verknüpfen, um diesen schwierigen Themenkomplex noch besser zu bewältigen.

Zur Sensibilisierung der Ärzte habe der Hessische Leitfaden „Gewalt gegen Kinder“ einen wichtigen Beitrag geleistet, der vom Hessischen Sozialministerium im Zusammenwirken mit dem Be-

rufsverband der hessischen Kinderärzte, der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, der Landesärztekammer Hessen und der Techniker Krankenkasse Hessen erstellt und herausgegeben worden ist. Bei einer Umfrage wurde festgestellt, daß 39 Prozent der befragten Ärzte in Hessen den Leitfaden nutzen. 52 Prozent gaben an, durch die Arbeit mit dem Leitfaden eine Veränderung bei ihrer Arbeit vorgenommen zu haben. Vor allem sei man im Umgang mit dem Thema sicherer geworden. Unter dem Dach des Internetangebots „sozialnetz-hessen.de“ steht der Leitfaden mit ausführlichen Informationen zur Diagnose und zum Umgang mit Gewalt gegen Kinder zur Verfügung. Für Betroffene und Multiplikatoren – auch Ärzte und Polizei – gibt es außerdem Informationen zu den Hilfe-einrichtungen.

„Die Häufigkeit von Kindesmißhandlungen ist mit einer hohen Dunkelziffer belastet. Umso wichtiger ist es, daß Ärzte besonders wachsam sind“, so Silke

Lautenschläger. Die polizeiliche Kriminalstatistik als einzige amtliche Quelle erfasse nur einen Bruchteil der tatsächlich zu vermutenden Mißhandlungen. 1999 habe das Bundeskriminalamt mehr als 16.000 Fälle registriert, die sich häufig in der eigenen Familie oder im Freundeskreis ereignet hätten. Dies verdeutliche, daß Kindesmißhandlungen überwiegend im sozialen Nahbereich vorkämen und von daher mit einem hohen Tabu behaftet seien. Das Bundesfamilienministerium schätze, daß jährlich 1,4 Millionen Kinder von ihren Eltern mißhandelt würden.

Auf eine hohe Dunkelziffer lasse auch die Strafverfolgungsstatistik des Hessischen Statistischen Landesamtes schließen. Sie weist aus, daß 1999 insgesamt 20 Personen wegen Mißhandlung von Schutzbefohlenen verurteilt wurden. In fünf Fällen wurden die Verfahren eingestellt, in zwei Fällen erfolgte ein Freispruch. Insgesamt 13 Personen wurden zu einer Geldstrafe oder einem Freiheitsentzug bis zu drei Jahren verurteilt.

Bei Kindesmißhandlung gibt es nach den Worten der Ministerin keine gesetzliche Verpflichtung zur Erstattung einer Anzeige. „In allen Fällen muß der Arzt aber prüfen, welchen Weg er zur Verhinderung weiterer Mißhandlung einschlagen soll. Er hat die Pflicht, zum Schutz der Gesundheit des Kindes tätig zu werden“. Nach Lage des Falles müsse der Arzt entscheiden, ob er das Jugendamt benachrichtige oder ein anderer Schritt ratsam sei. Die Entscheidung zur Erstattung einer Anzeige sei nach Lage des Einzelfalles zu beurteilen und könne auch im Zusammenwirken mit anderen Institutionen getroffen werden.

Hessisches Sozialministerium

50. Interdisziplinärer Seminar- und Praktikum-Kongreß in Meran 6. – 15. September 2002

„Bewährtes und Neues
in Diagnostik und Therapie“

Seminar-Praktika (Refresher-Seminare) Kurse

Deutsche Akademie für Medizinische
Fortbildung und Umweltmedizin
in Zusammenarbeit mit

Deutsche Akademie für Ärztliche Fortbildung
Bundesärztekammer und Österreichische Ärztekammer
-Ärztekammern Tirol und Vorarlberg-

Information: Deutsche Akademie für Medizinische Fortbildung und Umweltmedizin,
Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim. Tel. 06032/2214, Fax: 06032/2216.
Internet: www.deutsche-akademie-fuer-aerztliche-fortbildung.de

Auch nach dem 22. September wird sich im Gesundheitswesen nicht viel ändern

Siegmond Kalinski

Die Bundestagswahlen finden zwar erst am 22. September statt, aber wir befinden uns jetzt bereits schon im Wahlkampf. Der Bundeskanzler und der Oppositionskandidat buhlen schon jetzt ganz intensiv um die Gunst der Wähler. Das läßt auch die Mediziner nicht kalt, denn erstens sind auch sie aktive Wähler und zweitens erhoffen sich viele nach den Wahlen Veränderungen in unserem Gesundheitssystem - Veränderungen zum besseren selbstverständlich. Das umso mehr, als das Gesundheitssystem in seinen Grundpfeilern angeschlagen ist, und es ist hundertprozentig sicher, daß die Gesundheitspolitik zu einem der wichtigsten Wahlkampfthemen werden wird.

Doch selbst wenn Kassandrarufer kommen werden - es ist völlig egal, wer die Wahlen gewinnt, an der Problematik im Gesundheitswesen wird sich kaum etwas ändern. Zumindest nicht so bald und nicht so, wie es sich viele wünschen. Dabei sollte man den einzelnen Politikern nicht unbedingt ihre guten Absichten absprechen. Aber allen Versprechungen zum Trotz - sie werden die Misere nicht ändern können. Der Grund ist sehr einfach: Die Weichen sind bereits gestellt, und alles wird so laufen, wie jetzt geplant und vorgesehen.

„Lasciate omni speranza“ könnte man sagen, „Laßt alle Hoffnungen fahren“. Sämtliche Versprechungen, die im Wahlkampf sicherlich von allen Parteien noch gemacht werden, sind in nächster Zeit nicht realisierbar. Alles ist schon vorprogrammiert und wird dementsprechend durchgeführt werden, egal wie der Wahlausgang auch sein wird. Schon jetzt be-

reiten sich die Krankenhäuser auf die australischen „Diagnosis Related Groups“ (D.R.G.) vor, die uns ab 2003 beglücken sollen. Zwar hat der Bundesrat das Gesetz vorläufig noch gestoppt, aber die Bundesregierung wird den Vermittlungsausschuß anrufen, der aller Wahrscheinlichkeit nach dem Pauschalengesetz mit geringen Korrekturen doch noch grünes Licht geben wird. Obwohl viele Kenner der Materie stark bezweifeln, ob unser Krankenhaussystem die Umstellung auf diese neuen Pauschalen so ohne weiteres und ohne Störungen verkraften kann. Die Vorbereitungen jedenfalls sind so weit fortgeschritten, daß es schwer sein wird, sie wieder zu stoppen, nachdem schon alles angelaufen ist.

In der ambulanten Versorgung warten die Case Management- und die Disease Management Programme (DMP), die zur Abwechslung aus den USA kommen, auf ihren Startschuß. Manche Kassen wittern darin eine gute Chance zur Aufbesserung ihrer Finanzen durch Zuschüsse aus dem Risikostrukturausgleich (RSA), ausnahmsweise dieses ein rein deutscher Terminus, aber genaueres wird sich erst dann zeigen, wenn die Entscheidung darüber fällt, wer über die Teilnahme an den DMP bestimmen wird: Die Krankenkassen selber oder eine ganz neutrale Stelle. Aber auch darauf wird der Wahlausgang keinen Einfluß haben. Der Stein ist bereits im Rollen.

Auch das unglückliche „Aut Idem-Gesetz“ passierte den Bundesrat, obwohl es die ärztliche Therapiefreiheit extrem einschränkt und genauso die Patienten verunsichern wird. Auch

hier wurden die Weichen schon gestellt - leider die falschen.

Ein bißchen anders schon sieht es aus, wenn man an die Zukunft der Kassenärztlichen Vereinigungen denkt. Es mehren sich Stellungnahmen, besonders seitens der SPD, die das Abschaffen der „Kartelle“ oder des „Monopols“ der Kassenärzte fordern. Doch selbst wenn man die KVen abschaffen würde, wäre man gezwungen, ein neues Gebilde zu schaffen - und mit der zahmen KBV hatten die Politiker doch ein leichtes Spiel, fast wie Katz und Maus. Es wäre geradezu dumm, eine so genügsame Institution wie die KBV durch eine andere, (finanziell, möglicherweise aber auch sonst) anspruchvollere zu ersetzen. Oder kennen Sie eine andere Organisation, die Aufgaben des Staates übernimmt, die ihre Zwangsmitglieder diszipliniert und überwacht - und auch noch von diesen bezahlt wird? Denn es ist doch so:

Jede andere Form würde dem Staat nur Kosten verursachen und der ist durch die Lasten für die Bundeswehr-airbusse ja schon fast pleite...

Kurz und gut. Verfolgen wir mit Interesse den uns bevorstehenden Wahlkampf, wählen Sie nach bestem Wissen und Gewissen - aber als Mediziner machen wir uns keine Illusionen: Unser Gesundheitssystem wird sich durch den Ausgang der Wahlen letztendlich nicht ändern.

Die Änderungen haben bereits stattgefunden. Die Leidtragenden sind und werden die Patienten sein - und, ob sie wollen oder nicht, auch die Mediziner.

Professor Dr. med. Ulrich Gottstein, Frankfurt, wurde vom Evangelischen Regionalverband Frankfurt a.M. die Philipp-Jakob-Spener-Medaille für sein besonderes Engagement für die evangelische Kirche in Frankfurt verliehen. Außerdem wurde Professor Gottstein anlässlich einer Veranstaltung im Dominikanerkloster in Frankfurt als Mitbegründer der IPPNW (Internationale Ärzte zur Verhütung von Atomkrieg) geehrt.



Dr. med. Georg Holfelder, Frankfurt, wurde mit dem Bundesverdienstkreuz Erster Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland in Würdigung seines langjährigen Einsatzes in Gremien der ärztlichen Körperschaften und Verbände in einer Feierstunde im Römer durch Stadtrat Burggraf ausgezeichnet.



Professor Dr. med. Horst Joachim Rheindorf, Bad Nauheim, wurde vom Vorstand der Arbeitsgemeinschaft be-

rufsständischer Versorgungswerke e.V. (ABV) mit der Ehrenschale der Arbeitsgemeinschaft ausgezeichnet. Die berufsständischen Versorgungswerke ehren in Professor Rheindorf den langjährigen Sprecher des Europa-Ausschusses ihrer Arbeitsgemeinschaft. Er engagierte sich für den Aufbau einer berufsständischen Altersversorgung für seine Kollegen im Lande Hessen und war, teilweise gegen erhebliche Widerstände, 1968 maßgeblich an der Gründung des Versorgungswerks der Landesärztekammer Hessen beteiligt.



Dr. med. Michael A. Pani, Ober-Ramstadt, wurde anlässlich einer Präsidiumssitzung der Landesärztekammer Hessen mit dem Promotionspreis der Landesärztekammer Hessen 2001 für seine Dissertation „Genetische Polymorphismen des nukleären Vitamin D Rezeptors und des Vitamin D bindenden Proteins bei Typ 1 Diabetes mellitus, ausgezeichnet.



Hartmut Schuchmann, Hanau, wurde das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland in Anerkennung seiner besonderen Verdienste verliehen. Die Auszeichnung wurde durch die Oberbürgermeisterin Härtel in Hanau überreicht.



Professor Dr. med. Gert Müller-Berghaus, Bad Nauheim, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie (DGTI) mit der Emil-von-Behring-Plakette ausgezeichnet. Der Chefarzt der Kerckhoff-Klinik in Bad Nauheim erhielt den Preis für sein Lebenswerk. Außerdem erhielt Professor Müller-Berghaus den von der Fa. Aventis Behring gestifteten Vorlesungspreis. Damit wurde die Leistung des Wissenschaftlers auf dem Gebiet der Thrombose-Forschung gewürdigt.



Rehamedizin – Tätigkeitsfeld mit Perspektive!?

Seminar des Berufsbereichs Medizin der Zentralstelle für Arbeitsvermittlung (ZAV) beim Deutschen Internistenkongreß 2002 in Wiesbaden

Montag, den 8. April 2002

14.30 bis 16.00 Uhr Rhein-Main-Hallen, Raum 2 B

Teilnahme kostenlos – Anmeldung nicht erforderlich

Telefonische Vorabinformationen:

Zentralstelle für Arbeitsvermittlung (ZAV),
Berufsbereich Medizin,
Villemombler Str. 76,
53123 Bonn;
Ingrid Rebmann (0228)713-1208 oder
Dr. Wolfgang Martin (0228)713-1373

Ärztliche Mitteilungen bei Vergiftungen 2000

Das Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (bgvv) hat o.g. Broschüre herausgegeben, die kostenlos (schriftlich) bei der

Pressestelle des bgvv,

Thielallee 88-92, 14195 Berlin

Tel. 0188/88412-0

Fax: 0188/8412-4741

Internet: www.bgvv.de
angefordert werden kann.



Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Medizinalrat Dr. med. Reinhold Rösel, Seligenstadt, am 16. April,
Dr. med. Josef Stockhausen, Hanau, am 23. April.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Anzeige

Michael Oelmüller

Rechtsanwalt

Tätigkeitsschwerpunkte

Arztrechte
Vertragsarztrecht
Krankenhausrecht

- Kooperationen
- Praxisabgabe
- Praxisnetze
- Abrechnung
- Kürzungen/Regresse
- Zulassungsrecht
- Berufsrecht
- Chefarztrecht
- Arbeitsrecht

Steubenstr. 11A,
65189 Wiesbaden
Telefon 06 11/4 68 97 41
Telefon 06 11/4 68 97 42
E-Mail: ra-oelmueller@t-online.de
www.raoelmueller.de

Fordern Sie meine Kanzlei-
broschüre und eine
Übersicht über meine
Seminarangebote an!

Anzeige

Praxisabgabe, was tun?

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



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

Jetzt auch in
Frankfurt!

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Hans-Joachim Landmann, Fulda, am 2. April,
Dr. med. Ursula Gemp, Kassel, am 5. April,
Dr. med. Kurt-Hermann Illing, Kassel, am 8. April.

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. Arnold Schulz, Eltville, am 23. April.

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



Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

Wir gratulieren den Arzthelferinnen zum **10jährigen Berufsjubiläum**,
Maria Geiger, tätig bei Dr. med. T. Bonin, vormals Praxis Dres. med.
M. u. U. Hütten, Biebergemünd

und zum mehr als 10jährigen Berufsjubiläum,
Birgid Christmann, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. Bernhard Wolters,
Wiesbaden

Jutta Falletta, seit 11 Jahren tätig bei B. Uher, Frankfurt

Monika Schuck, seit 14 Jahren tätig bei Dres. med. M. u. N. Dickopf,
Oberursel

Manuele Trujillo, seit 21 Jahren tätig bei Dr. med. R. Yazdi, vormals
Praxis Dr. med. R. Yazdi, Hanau

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

Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verlorengegangen und werden hiermit
für ungültig erklärt.

Arztausweis Nr. HS/D/2411, ausgestellt am 16.2.1995,
für Professor Dr. med. Jürgen Gehler, Rüsselsheim,

Arztausweis Nr. HS/F/10241, ausgestellt am 11.7.2001,
für Dr. med. Gudrun Jäger, St. Gallen,

Arztausweis Nr. HS/D/3421, ausgestellt am 14.10.1999,
für Dr. med. Ingrid Karajannis, Lampertheim,

Arztausweis Nr. HS/F/5908, ausgestellt am 28.4.1992,
für Dr. med. Nicole Podda, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/M/ 106/95, ausgestellt am 4.10.1995,
für Behrooz Riahi, Zeil.

Fortbildungsveranstaltung „Infektionsschutzgesetz“

Inhalt des Kurses:

- Zweck, Aufbau und Inhalt des IfSG mit den wichtigsten praxisrelevanten Bestimmungen
- Der Umgang mit der Meldepflicht in der Praxis
- Die Umsetzung des IfSG in der Praxis am Beispiel eines Musterhygieneplanes, Infektionshygienische Überwachung durch das Gesundheitsamt

Kursnummer: 02_P110
Termin: Freitag, 22.3.2002, 15:00 Uhr bis 17:30 Uhr
Dozent: Dr. Jörg Bremer,
Gesundheitsamt des Wetteraukreises, Friedberg
Gebühr: € 30,00
Veranstaltungsort: Carl-Oelemann-Schule

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

Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim,
Ansprechpartner: Elvira Keller Tel. (0 60 32) 3 05-1 85
Telefonsprechzeiten: Mo. - Fr. 8:30 bis 12:00 Uhr,
Mo. - Do. 13:00 bis 15:30 Uhr

Änderungen vorbehalten!

Stand: Februar 2002

Wir gedenken der Verstorbenen

Professor Dr. med. Jakov Altaras, Gießen
* 12.10.1918 † 7.12.2001

Dr. med. Hugo Binz, Gießen
* 20.12.1931 † 29.12.2001

Dr. med. Margarethe Bremer, Arolsen
* 17.5.1922 † 10.12.2001

Gerhard Bücking, Karben
* 27.5.1950 † 26.12.2001

Dr. med. Wilhelm Caspary, Nidderau
* 16.5.1917 † 5.12.2001

Medizinalrätin a.D. Dr. med. Renate Coorsen, Marburg
* 13.7.1928 † 14.12.2001

Dr. med. Ernst Froelich, Hessisch Lichtenau
* 16.10.1912 † 22.12.2001

Professor Dr. med. Adalbert Gaca, Wiesbaden
* 21.2.1925 † 20.12.2001

Medizinaldirektor i.R. Dr. med. Wilhelm Greis, Hachenburg
* 20.4.1915 † 6.11.2001

Dr. med. Heinz Grothe, Wetzlar
* 6.11.1915 † 26.12.2001

Dr. med. Theodor Handstein, Gilserberg
* 24.12.1913 † 20.1.2002

Dr. med. Bernhard Hartung, Eichenzell
* 14.5.1910 † 14.12.2001

Dr. med. Anni Heller-Jung, Frankfurt
* 16.6.1910 † 20.12.2001

Dr. med. Erna Hoff, Kassel
* 3.5.1921 † 15.1.2002

Dr. med. Sepp-Dietrich Jäger, Wiesbaden
* 16.4.1943 † 1.1.2002

Dr. med. Peter Kaufmann, Biebergemünd-Bieber
* 5.10.1917 † 28.12.2001

Dr. med. Dieter Kluge, Gießen
* 18.7.1928 † 30.12.2001

Dr. med. Hans Laux, Oberursel
* 31.3.1921 † 28.10.2001

Dr. med. Marianne von Ohe, Wiesbaden
* 28.3.1926 † 11.12.2001

Dr. med. Werner Schleiblinger, Offenbach
* 27.1.1924 † 20.12.2001

Dr. med. Paul Schneider, Hünfeld
* 30.7.1912 † 14.12.2001

Herbert Schuster, Wiesbaden
* 26.6.1915 † 23.11.2001

Dr. med. Ebbel Smidt, Mainhausen
* 28.5.1924 † 1.1.2002

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.**

Bilanz zum 31. Dezember 2000
Jahresabschluß der Landesärztekammer
Aktiva

	31.12.2000 DM	31.12.1999 TDM	
Anlagevermögen			Rücklagen
Immaterielle Vermögensgegenstände			Stand 01.01.
EDV-Programme	139.028,14	138	Jahresfehlbetrag (-)/Jahresüberschuss
Sachanlagen			Entnahme aus den zweckgebundenen Mitteln
Grundstücke und Bauten	6.165.499,38	5.749	
Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung	1.445.389,58	1.465	
Geleistete Anzahlungen und Anlagen im Bau	4.123.967,30	281	Zweckgebundene Mittel
	11.734.856,26	7.495	
Finanzanlagen			Sonderposten für erhaltene Investitionszuschüsse
Anteile an verbundenen Unternehmen	1,00	0	
Beteiligungen	6.250,00	6	Rückstellungen
Wertpapiere des Anlagevermögens	70.125,00	17.011	Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen
Sonstige Ausleihungen	9.803.927,76	9.807	Steuerrückstellungen
	9.880.303,76	26.824	Sonstige Rückstellungen
	21.754.188,16	34.457	
Umlaufvermögen			Verbindlichkeiten
Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände			Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten
Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	497.901,00	304	Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen
Forderungen gegen Unternehmen, mit denen ein			Sonstige Verbindlichkeiten
Beteiligungsverhältnis besteht	95.197,20	80	(davon aus Steuern DM 406.152,54; Vorjahr TDM 370)
Sonstige Vermögensgegenstände	2.282.009,48	1.936	(davon im Rahmen der sozialen Sicherheit DM 51.982,09;
	2.875.107,68	2.320	Vorjahr TDM 19)
Kassenbestand und Guthaben bei Kreditinstituten	21.765.486,58	6.986	
	24.640.594,26	9.306	
Rechnungsabgrenzungsposten	7.609,45	412	Rechnungsabgrenzungsposten
	46.402.391,87	44.175	

Treuhandvermögen

2.532.318,30

2.483

Treuhandverbindlichkeiten

Gewinn- und Verlustrechnung für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2000

	2000 DM	1999 TDM
Erträge		
Kammerbeiträge	17.416.076,17	17.451
Zinserträge	1.523.273,76	1.584
Übrige Erträge	8.100.405,37	8.772
	27.039.755,30	27.807
Aufwendungen		
Personalaufwand		
Löhne und Gehälter	10.135.826,85	9.796
Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung und für Unterstützung	3.241.376,77	3.326
(davon für Altersversorgung DM 1.330.467,29; Vorjahr TDM 1.462)		
	13.377.203,62	13.122
Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen	877.788,27	904
Sonstige betriebliche Aufwendungen	13.009.952,76	13.170
Zinsen und ähnliche Aufwendungen	6.032,13	6
	27.270.976,78	27.202
Ergebnis der gewöhnlichen Kammertätigkeit	-231.221,48	605
Steuern vom Einkommen und vom Ertrag	264.128,38	124
Jahresfehlbetrag (-)/Jahresüberschuss	-495.349,86	481



mer Hessen zum 31. Dezember 2000

Anhang 2000

Passiva	
31.12.2000	31.12.1999
DM	TDM
19.703.075,15	19.222
-495.349,86	481
12.487,50	0
19.220.212,79	19.703
642.763,67	125
686.456,00	713
17.686.025,00	16.883
136.000,00	0
5.194.420,00	4.797
23.016.445,00	21.680
118.070,00	0
1.534.004,84	935
980.513,82	847
2.632.588,66	1.782
203.925,75	172
46.402.391,87	44.175
2.532.318,30	2.483

I. Allgemeines

Der Jahresabschluß zum 31. Dezember 2000 ist nach den Vorschriften des HGB für große Kapitalgesellschaften aufgestellt. Die davon abweichende Gliederung der Gewinn- und Verlustrechnung folgt dem Haushaltsplan der Kammer.

II. Bilanzierungs- und Bewertungsgrundsätze

Die immateriellen Vermögensgegenstände und Sachanlagen sind zu Anschaffungs- bzw. Herstellungskosten (einschließlich nicht abzugsfähiger Vorsteuer) abzüglich Abschreibungen bewertet. Die planmäßigen Abschreibungen werden entsprechend der voraussichtlichen Nutzungsdauer nach der linearen Methode vorgenommen, wobei auf Zugänge des 1. Halbjahres der volle und auf Zugänge des 2. Halbjahres der halbe Abschreibungssatz verrechnet wird. Die Abschreibungszeiträume betragen 50 Jahre bei den Gebäuden (Ausnahmen: Büroappartements 18 bzw. 20 Jahre, Zaunanlage 12 Jahre) und 3 bis 10 Jahre bei anderen Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung. Geringwertige Anlagegegenstände werden sofort abgeschrieben.

Die zur Finanzierung von Sachanlagen erhaltenen öffentlichen Zuschüsse wurden in einen passiven Sonderposten eingestellt. Dieser wird entsprechend der Abschreibungsdauer der bezuschußten Sachanlagen ertragswirksam aufgelöst.

Die Anteile an verbundenen Unternehmen sind zum niedrigeren beizulegenden Wert, die übrigen Finanzanlagen zu Anschaffungskosten angesetzt.

Die Forderungen und sonstigen Vermögensgegenstände - ausgenommen ungewisse Beitragsforderungen - sind zum Nennwert bilanziert; erkennbare Risiken sind durch Wertberichtigungen gedeckt. Ungewisse Beitragsforderungen (fehlende Selbsteinstufung) wurden mit dem durchschnittlich ausstehenden Kammerbeitrag angesetzt.

Die Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen sind nach versicherungsmathematischen Grundsätzen mit dem steuerlichen Teilwert (Zinsfuß 5 % p.a.) unter Verwendung der Richttafeln 1998 von Professor Klaus Heubeck angesetzt. Die übrigen Rückstellungen sind in Höhe der voraussichtlichen Inanspruchnahme gebildet.

Die Verbindlichkeiten sind zu ihrem jeweiligen Rückzahlungsbetrag angesetzt.

III. Angaben und Erläuterungen zur Bilanz und zur Gewinn- und Verlustrechnung

Die Zusammensetzung und Entwicklung des Anlagevermögens sind aus dem Anlagenpiegel ersichtlich.

Bei den Anteilen an verbundenen Unternehmen handelt es sich um die 100 %ige Beteiligung an der "Gästehaus Am Hochwald" der Landesärztekammer Hessen GmbH i.L., Bad Nauheim. Die GmbH weist unverändert einen nicht durch Eigenkapital gedeckten Fehlbetrag in Höhe von rd. DM 1,8 Mio aus, der durch kapitaleretzende Gesellschafterdarlehen gedeckt ist.

Die Beteiligung besteht in Höhe von 25 % an der Versicherungsvermittlungsgesellschaft für ärztliche Gruppenversicherungsverträge der Ärztekammer Niedersachsen, der Landesärztekammer Hessen, der Bezirksärztekammer Koblenz und der Bezirksärztekammer Trier mit beschränkter Haftung, Hannover. Das Geschäftsjahr 2000 schließt mit einem Jahresüberschuß von TDM 200, das Eigenkapital am 31. Dezember 2000 beträgt TDM 251.

Gemäß Vereinbarung zwischen dem Hessischen Sozialministerium einer-

seits und der Landesärztekammer Hessen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Körperschaft des öffentlichen Rechts (KVH), andererseits über die Einrichtung einer Ärztlichen Stelle nach § 16 Abs. 3 der Röntgenverordnung wurde die Ärztliche Sachverständigenstelle für Strahlenschutz und Strahlenhygiene, Frankfurt am Main, bis zum 30. Juni 1998 als gemeinsame Einrichtung der Kammer und der KVH betrieben (Arbeitsgemeinschaft). Der letzte vorliegende Jahresabschluß der Ärztlichen Stelle Hessen zum 31. Dezember 1998 weist einen nicht durch Eigenkapital gedeckten Fehlbetrag von TDM 1.196 aus. Für das Risiko aus der gesamtschuldnerischen Haftung für die Verbindlichkeiten der Ärztlichen Stelle Hessen hat die Kammer insgesamt TDM 2.500 zurückgestellt.

Die sonstigen Vermögensgegenstände enthalten u.a. mit TDM 372 abgegrenzte Zinserträge, mit TDM 146 Steuererstattungsansprüche sowie mit TDM 15 Forderungen aus dem Abwicklungsgesetz Reichsärztekammer, deren Restlaufzeiten ungewiß sind, und mit TDM 10 Forderungen aus Kauttionen mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr.

Die zweckgebundenen Mittel entfallen auf die "Akademie für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin" (AKASU; TDM 515), den Fonds "Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung" und "Geriatrische Forschung" (TDM 122) und einen Unfallfonds (TDM 6). Die zum 1. Juli 2000 von der Akademie für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin e.V. unentgeltlich übernommenen Aktiva und Passiva (Vermögenssaldo von TDM 527) wurden um die in der AKASU anfallenden Erträge und Aufwendungen fortgeschrieben. Der Fehlbetragssaldo der AKASU für das 2. Halbjahr 2000 in Höhe von TDM 12 wurde zulasten der zweckgebundenen Mittel den Rücklagen der Kammer ergebnisneutral gutgeschrieben.

Die sonstigen Rückstellungen betreffen u.a. mit TDM 2.000 notwendige bzw. künftig fällige Instandhaltungsmaßnahmen (teilweise Aufwandsrückstellungen gemäß § 249 Abs. 1 Satz 3 und Abs. 2 HGB).

Von den Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten (TDM 118), die durch eine Grundschuld gesichert sind, haben TDM 88 eine voraussichtliche Restlaufzeit zwischen einem und fünf Jahren. Die übrigen Verbindlichkeiten sind innerhalb eines Jahres fällig.

Die Gesamtbeträge der sonstigen finanziellen Verpflichtungen, die nicht in der Bilanz erscheinen und auch nicht nach § 251 HGB anzugeben sind, betragen TDM 1.509 für Mieten, Leasing-Raten u.A. in 2001 sowie TDM 9.597 für den Neubau des Seminargebäudes durch einen Generalunternehmer und TDM 330 für Baunebenkosten.

Die Kammerbeiträge betreffen mit TDM 524 Vorjahre (1999: TDM 425).

IV. Sonstige Angaben

Während des Geschäftsjahres 2000 waren einschließlich der Mitglieder der Geschäftsführung durchschnittlich 158 Arbeitnehmer (davon 50 Teilzeikräfte und 6 Aushilfen) bei der Kammer beschäftigt (Vorjahr 154).

Dem Präsidium (Vorstand) der Kammer gehörten 2000 folgende Ärztinnen und Ärzte an:

- ▶ Herr Dr. med. Alfred Möhrle - Präsident -
- ▶ Herr PD Dr. med. Roland Wönne - Vizepräsident -
- ▶ Herr PD Dr. med. Michael Berliner - Beisitzer - (ab 9. September 2000)
- ▶ Frau Dr. med. Margita Bert - Beisitzerin -
- ▶ Herr Dr. med. Siegmund Drexler - Beisitzer -
- ▶ Herr Dr. med. Ernst Girth - Beisitzer - (bis 9. September 2000)
- ▶ Frau Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich - Beisitzerin - (bis 9. September 2000)
- ▶ Herr Dr. med. Georg Holfelder - Beisitzer - (bis 9. September 2000)
- ▶ Herr Dr. med. Siegmund Kalinski - Beisitzer -
- ▶ Herr Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach - Beisitzer - (ab 9. September 2000)
- ▶ Herr Martin Leimbeck - Beisitzer - (ab 9. September 2000)
- ▶ Herr Dr. med. Elmar Lindhorst - Beisitzer - (ab 9. September 2000)
- ▶ Herr Dr. med. Horst Löckermann - Beisitzer -
- ▶ Frau Sabine Moos - Beisitzerin - (bis 9. September 2000)
- ▶ Herr Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak - Beisitzer -

Für ihre Tätigkeit im Rechnungsjahr 2000 erhielten der Präsident und der Vizepräsident Aufwandsentschädigungen in Höhe von insgesamt DM 146.055,24.

An einen ehemaligen Vizepräsidenten wurden im Jahr 2000 Übergangsgelder in Höhe von DM 11.562,36 gezahlt. Der Betrag der für diese Person gebildeten Rückstellung für laufende Übergangsgelder beläuft sich zum 31. Dezember 2000 auf DM 39.660,00.

Anlagenspiegel
Jahresabschluß der Landesärztekammer Hessen zum 31. Deze

	Bruttowerte						
	Anschaffungs- oder Herstellungskosten				Abschreibungen		
	01.01.2000	Zugänge	Abgänge	31.12.2000	01.01.2000	Zugänge	Abgänge
	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM
Immaterielle Vermögensgegenstände							
EDV-Programme	563.456,59	109.363,58	19.682,73	653.137,44	425.406,10	108.385,93	19.682,73
Sachanlagen							
Grundstücke und Bauten							
Broßstraße	2.449.315,36	0,00	0,00	2.449.315,36	904.112,45	27.219,72	0,00
Seminar	1.773.294,19	0,00	1.536.015,00	237.279,19	1.536.015,00	0,00	1.536.015,00
Akademie	2.343.084,47	0,00	0,00	2.343.084,47	1.230.335,13	46.215,73	0,00
Carl-Oelemann-Schule	5.027.508,08	0,00	0,00	5.027.508,08	2.174.328,49	92.699,42	0,00
AKASU	0,00	593.289,00	0,00	593.289,00	0,00	10.065,78	0,00
	11.593.202,10	593.289,00	1.536.015,00	10.650.476,10	5.844.791,07	176.200,65	1.536.015,00
Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung							
Landesärztekammer Verwaltung	1.024.915,30	92.262,66	274.062,24	843.115,72	773.725,13	95.601,14	274.062,24
Zentrale EDV	1.178.207,72	295.428,16	207.024,59	1.266.611,29	829.875,94	222.626,16	206.572,46
Carl-Oelemann-Schule	731.963,13	47.956,39	297.057,26	482.862,26	605.720,31	75.814,61	297.057,26
Akademie	951.081,22	61.393,30	169.693,49	842.781,03	374.301,16	140.887,34	169.693,49
Seminar	24.090,76	0,00	10.595,54	13.495,22	22.144,05	911,22	10.595,54
Bezirksärztekammern	411.124,72	27.221,30	112.353,44	325.992,58	250.385,75	51.276,60	112.353,44
AKASU	0,00	49.551,08	0,00	49.551,08	0,00	6.084,62	0,00
	4.321.382,85	573.812,89	1.070.786,56	3.824.409,18	2.856.152,34	593.201,69	1.070.334,43
Geleistete Anzahlungen und Anlagen im Bau							
Seminar	280.939,78	3.843.027,52	0,00	4.123.967,30	0,00	0,00	0,00
	16.195.524,73	5.010.129,41	2.606.801,56	18.598.852,58	8.700.943,41	769.402,34	2.606.349,43
Finanzanlagen							
Anteile an verbundenen Unternehmen	1.150.000,00	0,00	0,00	1.150.000,00	1.149.999,00	0,00	0,00
Beteiligungen	6.250,00	0,00	0,00	6.250,00	0,00	0,00	0,00
Wertpapiere des Anlagevermögens	17.010.500,00	70.125,00	17.010.500,00	70.125,00	0,00	0,00	0,00
Sonstige Ausleihungen	9.807.469,76	0,00	3.542,00	9.803.927,76	0,00	0,00	0,00
	27.974.219,76	70.125,00	17.014.042,00	11.030.302,76	1.149.999,00	0,00	0,00
	44.733.201,08	5.189.617,99	19.640.526,29	30.282.292,78	10.276.348,51	877.788,27	2.626.032,16

Lagebericht 2000
Allgemeine Informationen

Die Landesärztekammer Hessen ist nach § 1 des Gesetzes über die Berufsvertretungen, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufsgarantierbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker (Heilberufsgesetz) vom 10. November 1954 in der Fassung vom 27. Februar 2001 eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Nach § 13 Heilberufsgesetz und dem entsprechenden § 4 der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 11. März 1995 sind Organe der Kammer

- ▶ die Delegiertenversammlung sowie
- ▶ das Präsidium (Vorstand).

Der Sitz der Verwaltung befindet sich in Frankfurt am Main, Im Vogelsgang 3.

In Bad Nauheim befinden sich in einem zusammenhängenden Gebäudekomplex die Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung sowie die Carl-Oelemann-Schule mit den wesentlichen Aufgaben, die Ausbildung von Arzthelferinnen durch überbetriebliche Ausbildungsmaßnahmen zu ergänzen und die berufliche Fort- und Weiterbildung von Arzthelferinnen und Arzt-Fachhelferinnen zu fördern.

Die Bezirksärztekammern in Darmstadt, Frankfurt am Main, Gießen, Kassel, Marburg und Wiesbaden nehmen die dezentralen Aufgaben der Landesärztekammer nach regionalen Gesichtspunkten wahr.

Als besondere Einrichtung der Landesärztekammer Hessen mit eigener Satzung hat das Versorgungswerk die Aufgabe, für die Kammerangehörigen und ihre Hinterbliebenen Versorgungsleistungen zu gewähren, soweit sie Mitglieder des Versorgungswerkes sind. Gemeinsames Organ von Kammer und Versorgungswerk ist die Delegiertenversammlung.

Die Rechnungslegung des Versorgungswerkes erfolgt gesondert.

Treuhandvermögen, Treuhandverbindlichkeiten

Über gesonderte Beiträge finanziert wird die vom Präsidium als Sondervermögen der Kammer verwaltete Fürsorgeeinrichtung. Der Ausweis der

dem Fonds zur Verfügung stehenden Mittel erfolgt als Treuhandvermögen bzw. als Treuhandverbindlichkeiten.

Neben dem Fürsorgefonds bestehen noch die Sonderfürsorgefonds Gießen, Kassel und Marburg, der Fonds „Ziele der hessischen Ärzteschaft“, der Fonds „Begegnung mit der ärztlichen Jugend“ sowie der Fonds „Allgemeinmedizin“ der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen. Die Vermögenswerte der Vertrauensstelle nach dem Gesetz zur Ausführung des Krebsregistergesetzes werden seit dem Vorjahr ebenfalls berücksichtigt. Der Kulturfonds wurde Mitte des Jahres aufgelöst.

Entwicklung im Geschäftsjahr und wirtschaftliche Lage

Der Mitgliederbestand der LÄKH hat sich im Berichtsjahr wie folgt entwickelt:

Das Beitragsaufkommen 2000 lag unter Berücksichtigung einer 7 %igen Beitragsreduzierung mit TDM 16.892 um TDM 134 unter dem Vergleichswert des Vorjahres. Aufgrund der nachträglichen Einstufungen durch rückständige Kammermitglieder konnte daneben im Geschäftsjahr ein periodenfremder Ertrag aus Kammerbeiträgen der Vorjahre in Höhe von TDM 524 erzielt werden.

Der von der Delegiertenversammlung in der Sitzung am 13. November 1999 auf Empfehlung des Finanzausschusses genehmigte Haushaltsplan 2000 umfaßt - neben der Stellenübersicht - einen Investitionshaushalt von TDM 10.446 und einen Gesamthaushalt mit Erträgen von TDM 25.442 und Aufwendungen von TDM 27.793 (Jahresfehlbetrag TDM 2.351). Der Investitionshaushalt wurde im Berichtsjahr um insgesamt TDM 5.969 unterschritten. Das ist im wesentlichen auf die Nichtinanspruchnahme der Mittel für den Neubau Seminargebäude und für EDV-Anschaffungen zurückzuführen.

Der Jahresfehlbetrag (TDM 495) liegt unter dem Planansatz. Dies ist hauptsächlich auf das höhere Beitragsaufkommen (+ TDM 1.216) zurückzuführen.

Die Bilanzsumme hat sich gegenüber dem Vorjahr um TDM 2.227 erhöht.



ber 2000

Nettowerte		
31.12.2000	31.12.2000	31.12.1999
DM	DM	DM
514.109,30	139.028,14	138.050,49
931.332,17	1.517.983,19	1.545.202,91
0,00	237.279,19	237.279,19
1.276.550,86	1.066.533,61	1.112.749,34
2.267.027,91	2.760.480,17	2.853.179,59
10.065,78	583.223,22	0,00
4.484.976,72	6.165.499,38	5.748.411,03
595.264,03	247.851,69	251.190,17
845.929,64	420.681,65	348.331,78
384.477,66	98.384,60	126.242,82
345.495,01	497.286,02	576.780,06
12.459,73	1.035,49	1.946,71
189.308,91	136.683,67	160.738,97
6.084,62	43.466,46	0,00
2.379.019,60	1.445.389,58	1.465.230,51
0,00	4.123.967,30	280.939,78
6.863.996,32	11.734.856,26	7.494.581,32
1.149.999,00	1,00	1,00
0,00	6.250,00	6.250,00
0,00	70.125,00	17.010.500,00
0,00	9.803.927,76	9.807.469,76
1.149.999,00	9.880.303,76	26.824.220,76
8.528.104,62	21.754.188,16	34.456.852,57

KVH betrieben (Arbeitsgemeinschaft). Wegen der ungeklärten rechtlichen Situation und der unbefriedigenden wirtschaftlichen Lage der Ärztlichen Stelle hatten Kammer und KVH die Vereinbarung mit dem Hessischen Sozialministerium bereits Ende Dezember 1996 gekündigt. Die Arbeitsgemeinschaft befindet sich derzeit in der Abwicklung, die bisher bei der Ärztlichen Stelle beschäftigten Arbeitnehmer sind Ende 1998 gegen Zahlung von Abfindungen ausgeschieden. Das Oberlandesgericht Frankfurt hat mit Urteil vom 08.02.2001 die Berufung der LÄKH und KVH gegen das im Vorjahr ergangene Urteil, wonach das von der Ärztlichen Stelle erhobene Entgelt zurückgezahlt ist, zurückgewiesen. Der Verwaltungsgerichtshof hat hinsichtlich noch ausstehender Entgelte nach der Röntgenverordnung die Berufungen von LÄKH und KVH ebenfalls zurückgewiesen. Unabhängig davon wird mit allen Mitteln versucht werden, das Land Hessen wegen der fehlerhaften Beileihung in Regreß zu nehmen. Die bisher gestellten Schadensersatzforderungen seitens der Betreiber von Röntgenanlagen belaufen sich auf rund DM 1,5 Mio. Eventuelle weitere Rückzahlungsverpflichtungen betragen ca. DM 3,5 Mio. Da die LÄKH ebenso wie die KVH für die Verbindlichkeiten der Arbeitsgemeinschaft gesamtschuldnerisch haftet, wurde im Jahresabschluß für die voraussichtlich noch anfallenden Zahlungen zur Abwicklung der Arbeitsgemeinschaft (ein-

Durch den Jahresfehlbetrag des Berichtsjahres von TDM 495 und unter Berücksichtigung einer Entnahme aus zweckgebundenen Mitteln (Fehlbetrag der „AKASU“ von TDM 12) wurden die Rücklagen auf TDM 19.220 abgebaut.

Das mittel- bis langfristig gebundene Anlagevermögen von TDM 21.754 ist durch langfristig verfügbare Mittel von TDM 36.906 (Rücklagen und Pensionsrückstellungen) gedeckt.

Die Liquidität der Kammer war im Berichtsjahr jederzeit gewährleistet.

Ärztliche Stelle Hessen

Gemäß Vereinbarung zwischen dem Hessischen Sozialministerium einerseits und der LÄKH sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Körperschaft des öffentlichen Rechts (KVH), andererseits über die Einrichtung einer Ärztlichen Stelle nach § 16 Abs. 3 der Röntgenverordnung wurde die Ärztliche Sachverständigenstelle für Strahlenschutz und Strahlenhygiene Frankfurt am Main (Ärztliche Stelle) bis zum 30. Juni 1998 als gemeinsame Einrichtung der LÄKH und der

schließlich drohender Schadensersatzleistungen und Rückzahlungen an die Betreiber von Röntgenanlagen) mit insgesamt DM 2,5 Mio bilanzielle Vorsorge getroffen.

Gesetz zur Ausführung des Krebsregistergesetzes (AGKRG)

Der Hessische Landtag hat am 31. Oktober 1998 das Gesetz zur Ausführung des Krebsregistergesetzes verabschiedet. In § 4 des Gesetzes ist geregelt, daß die Vertrauensstelle bei der Landesärztekammer Hessen eingerichtet wird. § 11 regelt die Kostenfrage. Ein Vertrag zur Durchführung des Ausführungsgesetzes zum Krebsregistergesetz (Vertrauensstellenvertrag) zwischen dem Land Hessen vertreten durch das Hessische Ministerium für Umwelt, Energie, Jugend, Familie und Gesundheit in Wiesbaden - und der Landesärztekammer Hessen regelt nähere Einzelheiten. Danach trägt das Land die erforderlichen und tatsächlich nachgewiesenen Kosten der Vertrauensstelle, für das Jahr 2000 insgesamt einen Betrag von voraussichtlich TDM 250: für Personalkosten bis zu TDM 200, für laufende Sachkosten bis zu TDM 40 sowie zur Finanzierung von Investitionen bis zu TDM 10. Die Auszahlung erfolgt in drei Teilbeträgen, und zwar TDM 125 im April und jeweils TDM 62,5 im Juli und September 2000.

Die Jahresrechnung für die Vertrauensstelle für die Zeit vom 01.01. bis 31.12.2000 wurde am 25.04.2001 dem Hessischen Sozialministerium über-sandt. Aus dieser Abrechnung geht hervor, daß TDM 229 zur Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebes verwandt wurden. Im Hinblick auf die bereits verauslagten Kosten für das Jahr 2001 wurde das Ministerium gebeten, die in 2000 nicht verbrauchten Mittel auf das Jahr 2001 vorzutragen. Mit Datum vom 30.01.2001 bzw. 19.02.2001 wurde ein Vertrag über die Erstattung der Finanzmittel im Jahr 2001 in Höhe von insgesamt bis zu TDM 500 abgeschlossen.

Neubau Seminargebäude

In der Delegiertenversammlung am 08.04.2000 wurde nochmals der Kostenrahmen für den Neubau des Seminargebäudes diskutiert und wie folgt Beschluß gefaßt:

„Der Kostenrahmen des Bauvorhabens Seminargebäude wird auf das erforderliche Maß erweitert. Die Delegiertenversammlung nimmt zustimmend zur Kenntnis, daß

- die Kostenschätzung vom 14.06.1999 durch die Ergebnisse der Kostenberechnung ersetzt werden muß,
- sich nach Beratungen im Präsidium und eingehenden Beratungen im Bauausschuß sowie im Finanzausschuß eine Konkretisierung der Planung ergeben hat, welche das jetzt vorliegende Ergebnis der Kostenrechnung zur Folge hat,
- der Kostenrahmen des Bauvorhabens Seminargebäude nunmehr auf das erforderliche Maß erweitert werden muß.“

Der Architekt berichtete den Delegierten über den aktuellen Planungsstand bezüglich des Seminargebäudes und erläuterte im einzelnen seine unter dem Datum vom 15.03.2000 erstellte eingehende schriftliche Begründung zur Kostenberechnung, die den Delegierten vorlag. Nach dieser Kostenberechnung belaufen sich die Baukosten auf DM 13,9 Mio inkl. Mehrwertsteuer. Die Kostenberechnung beinhaltet nicht die Einrichtung des Gebäudes. Für diese werden voraussichtlich ca. DM 2 Mio benötigt, die im Investitionsplan 2000 — 2005 enthalten sind. Der seit 06.10.1999 tagende, vom Präsidium eingesetzte Bauausschuß hat in bisher acht Bauausschuß-sitzungen sich sowohl mit der Detailplanung als auch mit der Kostenüberwachung und der Vergabe von Aufträgen beschäftigt. Der Spatenstich für den Neubau fand am 9. September 2000 statt. Bis zum Jahresende konnte der Bauzeitenplan eingehalten werden, die bis dahin geleisteten Anzahlungen auf die im Bau befindliche Anlage beliefen sich auf TDM 4.124; weitere TDM 2.818 wurden bisher im Jahr 2001 gezahlt.

Betriebsprüfung durch das Finanzamt Frankfurt am Main V

Mit Schreiben vom 11.05.2000 erging eine Prüfungsanordnung durch das Finanzamt Frankfurt am Main V, für die Jahre 1994 bis 1998 eine Außenprüfung gemäß § 193 Abs. 1 der Abgabenordnung im Betrieb gewerblicher Art „Versicherungsvermittlung“ vorzunehmen. Die Außenprüfung wurde in der Zeit vom 10.08. bis 25.09.2000 durchgeführt. Mit Schreiben vom 18.10.2000 wurde mitgeteilt, daß keine Feststellungen getroffen wurden, die zu einer Änderung der Besteuerungsgrundlagen führen. Der Vorbehalt der Nachprüfung wurde aufgehoben.

Entwicklung im Geschäftsjahr und wirtschaftliche Lage

Der Mitgliederbestand der LÄKH hat sich im Berichtsjahr wie folgt entwickelt:

	Stand 1.1.2000	Nettozugang 2000	Stand 31.12.2000
Gesamtzahl der Ärztinnen/Ärzte			
berufstätig	20.901	321	21.222
im Praktikum	1.257	30	1.287
ohne ärztliche Tätigkeit	4.968	- 47	4.921
	27.126	304	27.430

Integration der Akademie für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin e.V., Bad Nauheim, in die Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen

In der Delegiertenversammlung am 08.04.2000 faßten die Delegierten folgenden, hier auszugsweise aufgeführten Beschluß:

Die Akademie für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin („AKASU“) wird in die Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen unter Berücksichtigung der nachfolgend aufgeführten Punkte integriert.

1. Sämtliche Fortbildungsaktivitäten der „AKASU“ werden in die bestehende Sektion „Arbeitsmedizin“ der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen eingegliedert. Organisatorisch werden die Kurse wie bisher von der Geschäftsstelle des Vereins in der Ringstraße 40 in Bad Nauheim betreut (voraussichtlich bis 31.12.2001).
2. Die Übernahme der Aktiva/Passiva erfolgt zum 01.07.2000. Das voraussichtliche Nettovermögensvermögen (Vereinskapi tal sowie Rücklagen) beträgt per 30.06.2000 ca. TDM 630.
3. Überleitung der Mitarbeiter der „AKASU“ auf die LÄKH.
4. Aufgrund der vom Geschäftsführer der „AKASU“ vorgelegten Kostenermittlungen aller durchzuführenden Kurse im Jahr 2000 kann davon ausgegangen werden, daß bei unveränderten Kursgebühren, gleichem Sachaufwand, jedoch verringerten Personalaufwendungen sowie den gleichen Honorarsätzen wie bei der Akademie der LÄKH mit einem Jahresverlust von TDM 30 bis TDM 40 zu rechnen ist. Auf das unter Punkt 2 aufgeführte Vereinsvermögen in Höhe von ca. TDM 630 wird verwiesen. Zukünftig ist auch aufgrund verringerter Teilnehmerzahlen, teilweise wegfallender Spenden und Mitgliedsbeiträge mit einem Zuschuß von jährlich TDM 60 bis TDM 70 zu rechnen. Sollte der Zuschußbedarf für die durchzuführenden Kurse jedoch erheblich über dem derzeitigen sein, so behält sich das Präsidium vor, die Kurse nicht mehr anzubieten.

Das tatsächlich übernommene Reinvermögen belief sich ausweislich der von der AKASU erstellten und von der PwC Deutsche Revision AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft geprüften Übernahmebilanz zum 30. Juni 2000 auf TDM 528. Mit diesen Buchwerten wurden die vorhandenen Aktiva und Passiva zum 1. Juli 2000 von der LÄKH übernommen. Der fortgeführte Vermögenssaldo wird in der Bilanz der Kammer als zweckgebundene Mittel ausgewiesen.

Vermögensverwaltungs- und Betreuungsvertrag mit der Georg Seil Consulting AG

In der Sitzung des Präsidiums am 29.11.2000 wurde beschlossen, daß die Georg Seil Consulting AG (GSC) mit der Vermögensverwaltung und -betreuung der LÄKH beauftragt wird. Der Finanzausschuß hat in seiner Sitzung am 13.12.2000 seine Zustimmung mit folgendem Hinweis erteilt: Der Finanzausschuß befürwortet nach eingehender Diskussion den Präsidiumsbeschuß, einen Vermögensverwaltungs- und Betreuungsvertrag über zunächst DM 15 Mio mit der GSC abzuschließen. Ausgangspunkt der Überlegungen des Präsidiums war, die Verzinsung der frei zur Verfügung stehenden DM 15 Mio, die als Festgeld bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank angelegt waren, zu optimieren. Der Anlagerahmen soll bis zu 10 % europäische Aktien, bis zu 10 % internationale Renten und bis zu 100 % Euro-Renten sowie Geldmarktpapiere und Bankguthaben umfassen. Der am 14./18. Dezember 2000 abgeschlossene Vermögensverwaltungs- und Betreuungsvertrag läuft seit Januar 2001 auf unbestimmte Zeit und kann von beiden Seiten jederzeit unter Einhaltung einer Frist von vier Wochen zum jeweiligen Quartalsende schriftlich gekündigt werden. Die Verwaltungsvergütung in Höhe von 0,4 % p.a. errechnet sich auf der Basis eines Bestandes von mindestens DM 15 Mio. Auf Empfehlung der GSC wurde ein Depot bei der UBS Schröder Münchenmeyer Hengst AG in Frankfurt am Main eröffnet. Chancen und Risiken von Wertänderungen dieses Depots trägt in voller Höhe die Kammer.

Personalbericht

Insgesamt waren einschließlich der Mitglieder der Geschäftsführung am Jahresende 163 (Vorjahr 162) Mitarbeiter beschäftigt. Darin enthalten sind 45 Teilzeitarbeitskräfte, 8 Aushilfen und 2 Auszubildende, 9 Angestellte im Mutter-schutz bzw. Erziehungsurlaub, 2 Mitarbeiter der Vertrauensstelle nach dem Gesetz zur Ausführung des Krebsregistergesetzes und 3 ehemalige Mitarbeiter der AKASU. Die Bezüge erhöhten sich zum 01.08.2000 um 2 %, zusätzlich war eine Einmalzahlung in Höhe von DM 400,00 zu leisten.

Voraussichtliche Entwicklung

Nach den bisher vorliegenden Zahlen des ersten Halbjahres 2001 kann im Jahr 2001 mit einem Jahresergebnis entsprechend dem Haushaltsplan 2001 (eingesplanter Jahresfehlbetrag von TDM 1.415) gerechnet werden. Aufgrund der Erfahrungen aus den letzten Jahren konnte der Planwert für Kammerbeiträge im Jahr 2001 um TDM 1.600 erhöht werden. Diese Annahme

hat sich bisher bestätigt. Das ist im wesentlichen auch der Grund für den im Vergleich zum Geschäftsjahr 2000 geringer geplanten Fehlbetrag im Jahr 2001. Durch die Einbeziehung der Vertrauensstelle nach dem Gesetz zur Ausführung des Krebsregistergesetzes erhöhen sich die Erträge und Aufwendungen jeweils um TDM 630. Da es sich hier um einen durchlaufenden Posten handelt (die Kosten werden vom Land Hessen übernommen), hat dies keine Auswirkungen auf das Ergebnis der Kammer. Die wesentlichen Mehrausgaben gegenüber dem Haushaltsansatz 2000 sind die Erhöhung der Personalaufwendungen, hervorgerufen durch insgesamt 4,8 neue Stellen im Bereich der Landesärztekammer sowie der Akademie und der Gutachter- und Schlichtungsstelle.

Ereignisse nach dem Bilanzstichtag und Risiken der künftigen Entwicklung

Immobilienwerb der Bundesärztekammer in Berlin sowie Umzug der Bundesärztekammer nach Berlin und Verkauf der Immobilie der KBV und BAK in Köln-Lindenthal

Die Delegiertenversammlung hat am 08.04.2000 beschlossen, dem vorgesehenen Umzug der Bundesärztekammer nach Berlin zuzustimmen und den auf die LÄKH entfallenden Finanzierungsanteil für den Immobilienwerb in Berlin zu übernehmen. Dabei sollte von folgenden Prämissen ausgegangen werden: Nähe zum Regierungsviertel (Berlin-Mitte), Kauf bzw. Neubau eines Verwaltungsgebäudes, keine Miete, möglichst genaue Raumbedarfsermittlung. Das Präsidium wurde beauftragt, den Delegierten kontinuierlich über den Fortgang des Projektes zu berichten und zum gegebenen Zeitpunkt nach Beratung im Finanzausschuß ein entscheidungsreifes Finanzierungskonzept betreffend den Anteil der Landesärztekammer Hessen vorzulegen. In der Delegiertenversammlung am 11.11.2000 sowie am 31.03.2001 hat der Präsident die Delegierten über den aktuellen Stand unterrichtet.

Unter Bezugnahme auf die Schreiben der Geschäftsführung der Bundesärztekammer vom 09.04.2001 und 10.04.2001 sowie auf seinen Bericht auf dem Deutschen Ärztetag 2001 in Ludwigshafen teilt der Vorsitzende der Finanzkommission der Bundesärztekammer in seinem Schreiben vom 11.06.2001 nunmehr mit, daß die Verhandlungen über den Verkauf und Rückmietung der der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Bundesärztekammer gehörenden Immobilie Köln-Lindenthal ihren Abschluß gefunden haben. Die Konditionen von Veräußerung und Rückmietung sind gegenüber dem Schreiben der Geschäftsführung der Bundesärztekammer vom 10.04.2001 unverändert geblieben: Der Kaufpreis beträgt DM 24,0 Mio für die gesamten Liegenschaften von KBV und BAK. Auf die Bundesärztekammer entfällt hiervon ein Anteil von 39,6 % = TDM 9.504. Die Nettokaltmiete beträgt pro Jahr TDM 1.951 für die gesamte Immobilie. Auf die Bundesärztekammer entfällt hiervon ein Anteil von 40,2 % = TDM 785. Bereits auf dem 104. Deutschen Ärztetag in Ludwigshafen in der Zeit vom 22. bis 25.05.2001 wurde vorgeschlagen, daß die Anhörung der Finanzkommission zur Veräußerung der Lindenthaler Immobilie im schriftlichen Verfahren erfolgen könnte. Da die finanziellen Konditionen von Verkauf und Rückmietung sich gegenüber der Erörterung vor dem Deutschen Ärztetag nicht geändert haben, bittet der Vorsitzende der Finanzkommission mit Schreiben vom 11.06.2001 um schriftliches Votum.

Die Finanzierung der Immobilie in Berlin wurde inzwischen in mehreren Gremien einschließlich des Vorstandes der Bundesärztekammer intensiv beraten. Man hat sich auf das sog. Rücklagenmodell geeinigt: Dies bedeutet, daß die Landesärztekammern im Verhältnis ihrer Mitgliederzahlen Zahlungen an die Bundesärztekammer leisten, welche dort einer zweckgebundenen Rücklage für den Erwerb des Objektes in Berlin zugeführt werden. Diese Rücklage wird analog zur Entwicklung des Buchwertes der Immobilie jährlich planmäßig abgeschrieben. Für den Fall einer Auflösung der Bundesärztekammer, welche zwar ziemlich unwahrscheinlich aber immerhin möglich ist, würde § 10 der Satzung der Bundesärztekammer anläßlich des 104. Deutschen Ärztetages in Ludwigshafen dahingehend geändert, daß das dann vorhandene Vermögen der Bundesärztekammer an die Landesärztekammern verteilt wird.

Verpflegungszentrum im Gebäude der Carl-Oelemann-Schule

In der Bauausschußsitzung am 14.06.2000 wurde der Architekt des Seminarneubaus gebeten, einen ersten Rohentwurf bezüglich der Errichtung eines Verpflegungszentrums im Erdgeschoß der Carl-Oelemann-Schule zu unterbreiten. In der Bauausschußsitzung am 06.06.2001 hat der Architekt letztmalig einen aktuellen Sachstandsbericht hierzu abgegeben. In einer Baubegehung wurde festgestellt, daß die vorliegende Vorentwurfsplanung für das Verpflegungszentrum vom Grundsatz her möglich ist. In Teilbereichen muß mit zusätzlichen Stützen gerechnet werden. Die Bestandsstatik wird nun weiter vorangetrieben und kann voraussichtlich oh-



ne Sondierungsöffnungen an tragenden Teilen erstellt werden. Nach Klärung der Umsetzbarkeit des Vorentwurfes soll nun ein Planungsfachmann für die Planung des Küchen- und Ausgabenbereiches gefunden und hinzugezogen werden. Der Architekt wurde beauftragt, mit drei Cateringfirmen Kontakt aufzunehmen, und diese zu einem Vorstellungsgespräch zur nächsten Sitzung des Kleinen Bauausschusses einzuladen. Parallel dazu soll in diesem Stadium auch ein Fachingenieur für Lüftungs- und Klimatechnik beauftragt werden.

Sonstige Risiken der künftigen wirtschaftlichen Entwicklung der Kammer

Die von der Delegiertenversammlung im vergangenen Jahr beschlossenen Maßnahmen bezüglich der Senkung des Kammerbeitrages sowie des Wegfalls der Arzthelferinnenverwaltungsgebühren führen im Jahr 2001 zu einem voraussichtlichen Jahresfehlbetrag in einer Größenordnung von DM 1,4 Mio, der aus den Rücklagen entnommen wird. Der Neubau des Seminargebäudes sowie die beabsichtigte Errichtung eines Verpflegungs-

zentrums in Bad Nauheim führen dazu, daß die Liquidität nicht mehr in dem Maße vorhanden sein wird wie in den vergangenen Jahren. Durch die in den letzten Jahren zusätzlich geschaffenen Stellen werden die Personalkosten spürbar ansteigen. Unter Berücksichtigung dieser Entwicklung ist die Notwendigkeit einer Erhöhung des Kammerbeitrages absehbar, da anderenfalls dauerhafte Jahresfehlbeträge zu erwarten sind, die langfristig nicht mehr durch die vorhandenen Rücklagen gedeckt werden könnten.

Der Finanzausschuß hat in seiner Sitzung am 12.09.2001 die Bilanz und Gewinn- und Verlustrechnung sowie die Prüfberichte der Firma PwC Deutsche Revision in allen Einzelheiten ausführlich beraten und der Delegiertenversammlung die Feststellung des Jahresergebnisses 2000 sowie die Entlastung der Präsidien empfohlen.

Die Delegiertenversammlung hat am 10.11.2001 mit einer Gegenstimme dem mit dem uneingeschränkten Prüfvermerk der Firma PwC Deutsche Revision versehenen Jahresabschluß 2000 zugestimmt. Den Präsidien wurde einstimmig Entlastung erteilt.

Neue Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung im Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen

Die Weiterbildung im Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“ ist für Ärztinnen und Ärzte in Hessen (Mindestweiterbildungszeit: 5 Jahre) durch die Verordnung des Hessischen Sozialministers vom 24.4.1989 geregelt; der Text dieser Verordnung wird seitdem in der jeweiligen Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen im Abschnitt I alphabetisch eingeordnet wiedergegeben.

Basierend auf der Empfehlung des Vorstandes der Bundesärztekammer vom 27.10.2000 und mit den vom Hessischen Sozialministerium empfohlenen Modifizierungen hat das Präsidium der Landesärztekammer Hessen die nachfolgenden Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung für das Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“ als Verwaltungsvorschrift im Sinne des § 15 Abs. 2 der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen beschlossen.

Anhand dieser Richtlinien ist zu entscheiden, ob eine „gründliche und eingehende Weiterbildung erfolgt und nachgewiesen ist, insbesondere, ob die Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben und nachgewiesen sind“, welche nach Abschnitt I der Weiterbildungsordnung gefordert sind. Die Bekanntgabe dieser Richtlinien hat darüber hinaus den Sinn, daß Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten ebenso wie Weiterbilder frühzeitig die inhaltlich sachgerechte Weiterbildung selbst gestalten können.

25. Öffentliches Gesundheitswesen

Erwerb der in der Weiterbildungsordnung aufgeführten Weiterbildungsinhalte.

Hierzu sind nachfolgende Richtzahlen oder Weiterbildungsinhalte nachzuweisen:

50 Nachweise in der Medizinalaufsicht/Qualitätssicherung, davon mindestens

- 20 in der Medizinalaufsicht bei Gesundheitsberufen. Prüfung und Bewertung von heilberuflichen Bildungs- und Weiterbildungsnachweisen
- 20 Leichenschauen, insbesondere Freigabe zu Feuerbestattungen und zum Transport von Leichen, ggf. Veranlassen von Obduktionen, Überprüfung von Todesbescheinigungen

20 Nachweise in Hygiene, davon mindestens

- 3 in der hygienischen Überwachung von Friedhöfen und öffentlichen Einrichtungen des Bestattungswesens
- 10 hygienische Überprüfungen von Einrichtungen des Gesundheitswesens, hierzu gehören: Krankenanstalten, Heime, Arzt- und Zahnarztpraxen, Einrichtungen für balneologische Maßnahmen wie Massagen und Krankengymnastik, Tageskliniken, Einrichtungen des Rettungswesens und des Katastrophenschutzes
- 3 hygienische Überprüfungen von Krankenanstalten

Nachweise in der Gesundheitsberichterstattung, davon

- regionale, kleinräumige epidemiologische Untersuchungen, dazu gehören: handlungsorientierte Auswertung eigener und von Dritten erhobener Daten, Auswertung der schulärztlichen Untersuchungen; populationsbezogene Reihenuntersuchungen zur Früherkennung. Entwicklung von epidemiologischen Kennzahlen für die verschiedenen Arbeitsfelder

Nachweise in der Planung oder Mitwirkung bei der Planung medizinischer Versorgungsbereiche, davon

- im Rettungswesen, im Katastrophenschutz, Planung oder Mitwirkung bei der Planung von subsidiären Versorgungsangeboten, Krankenhausplanung oder Mitwirkung bei der Krankenhausplanung, Planung oder Mitwirkung bei der Planung stationärer und poststationärer Versorgung sowie Psychiatrie-Planung oder Mitwirkung bei der Psychiatrie-Planung, Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Vernetzung bestehender Angebote der gesundheitlichen Versorgung, Umsetzung oder Mitwirkung bei der Umsetzung der Planungen mit Körperschaften, freien Trägern, kommunalen und staatlichen Stellen, Betreuung von kommunalen Gesundheitszirkeln

75 Nachweise in der Gesundheitsförderung, davon

- 2 eigene Projekte zur Gesundheitsförderung, beispielsweise Organisation und Durchführung von Gesundheitstagen, Erstellung von Print- und anderen Medien zur Gesundheitsförderung, z.B. Ernährungsfragen, Wohn- und Freizeitmedizin, Impffragen
- 50 Impfberatungen und Durchführung von Impfungen, einschließlich reisemedizinischer Beratung

100 Nachweise in der Schulgesundheitspflege, davon

- 60 schulärztliche Untersuchungen bei der Einschulung und spätere Untersuchungen in der Schule - ggf. auch Untersuchungen von Kleinkindern und Kindergartenkindern
- 20 mit dem Schwerpunkt der Festlegung sozialmedizinischer Störungen, des Entwicklungsstandes mit der Relevanz für die Beschulung, Beurteilung von gesundheitlich notwendigen Fördermaßnahmen

75 Nachweise im Infektionsschutz, davon

- 25 Nachweise in der Beratung der Bevölkerung zur Verhütung von sexuell übertragbaren Erkrankungen einschließlich AIDS-Beratung, ggf. Durchführung hierzu notwendiger Untersuchungen
- 30 Nachweise in der Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, Beurteilung serologischer und mikrobiologischer Befunde sowie klinische Untersuchungen und Beratung der Betroffenen und deren Umgebung

- 10 in der Beratung der Bevölkerung in Fragen des Schädlings- und Lästlingsbefalles, ggf. Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen

25 Nachweise in der Sozialpsychiatrie, davon

- sozialpsychiatrische Betreuungsmaßnahmen psychisch Kranker und Suchtkranker, Krisenintervention einschließlich Veranlassung freiheitsentziehender Maßnahmen

100 Nachweise ärztlicher Gutachten, davon

- 40 ausführlich begründete Gutachten u.a. im Beamten-, Arbeits-, Sozial-, Ausländerrecht mit ausführlicher Anamneseerhebung, klinischer Untersuchung einschließlich Durchführung und Bewertung von Funktions- und Laboruntersuchungen unter Berücksichtigung von Fragestellungen der Arbeitsfähigkeit, Dienstfähigkeit, Berufs- und Erwerbsfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, der Fahrtauglichkeit einschließlich psychometrischer Testverfahren
- 10 sozialmedizinische Gutachten
- 2 Gutachten für Gerichte, u.a. zu Fragen der Verhandlungsfähigkeit, der Haftfähigkeit, der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit
- 5 beihilferechtliche Begutachtungen einschließlich Bewertung alternativer Heilmethoden
- 10 psychiatrische Gutachten und Gutachten nach dem Betreuungsrecht einschließlich Gutachten zu freiheitsentziehenden Maßnahmen
- 5 Gutachten bei Verhaltensauffälligkeiten oder Verdacht auf körperliche, psychische oder geistige Behinderung zu speziellen jugendärztlichen Fragestellungen einschließlich Beurteilung des Förderbedarfs und ggf. Notwendigkeit therapeutischer bzw. rehabilitativer Maßnahmen

30 Nachweise im medizinischen Umweltschutz, davon

- 5 umwelthygienische Begehungen und Begutachtungen von Wohnungen, Wohngebäuden sowie öffentlichen Gebäuden und Einrichtungen wie Spiel- und Sportplätzen, Campingplätzen sowie hygienische und umweltmedizinische Beurteilungen unter Berücksichtigung der Funktionsabläufe und der Hygiene in Schulen und anderen Einrichtungen der Gemeinschaftsunterbringung

- 5 Überwachungen von Trinkwasserversorgungsanlagen sowie gutachterliche Stellungnahmen zu Neu-, Um- und Erweiterungsbauten, Bearbeitung von Beanstandungen nach der Trinkwasserverordnung
- 5 Überwachungen von Bädern und Badegewässern nach EG-Richtlinien und sonstigen rechtlichen Bestimmungen
- 1 städtehygienische Beurteilung von Stadtplanungs- und Bauvorhaben, Flächennutzungsplänen, gesundheitliche Planung von Lebensräumen

Nachweise in

- der Mitwirkung bei umwelthygienischen Begutachtungen von Neu-, Um- und Erweiterungsbauten gewerblicher oder industrieller Anlagen nach dem Bundesimmissionsschutzgesetz
- der Mitwirkung bei der Bewertung des Gefahrenpotentials von Altablagerungen
- der Bewertung von Anwohnerbeschwerden, Ortsbegehungen, Überwachung von Abfall- und Abwasserbeseitigungsanlagen einschließlich Beurteilung physikalischer, chemischer und mikrobiologischer Befunde, Gefahrenabschätzung
- der umweltmedizinischen Beurteilung der gesundheitlichen Auswirkungen von chemischen, physikalischen und mikrobiologischen Belastungen von Wasser, Boden, Luft einschließlich raumklimatischer Bedingungen

Nachweise in der medizinischen Hilfe für soziale Bezugsfelder

- Betreuung von Obdachlosen und anderen Gruppen mit besonderen gesundheitlichen Problemen, der Hilfeplanung nach Bundessozialhilfegesetz, der aufsuchenden Hilfe und der Betreuung von Prostituierten.

Können in einem als Weiterbildungsstätte zugelassenen Gesundheitsamt die erforderlichen Weiterbildungsinhalte nicht in vollem Umfang vermittelt werden, kann die Weiterbildung insoweit im Wege der Kooperation auch in einem anderen als Weiterbildungsstätte zugelassenen Gesundheitsamt erfolgen.

LÄK

Änderung der Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 1.1.1995 sieht im Gebiet „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ eine Mindestweiterbildungszeit von fünf Jahren vor. Basierend auf der vom Vorstand der Bundesärztekammer am 7.4.1994 verabschiedeten Empfehlung hat das Präsidium der Landesärztekammer Hessen am 11.1.1995 Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung im Sinne von § 15 Abs. 2 der Weiterbildungsordnung verabschiedet.

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen hat dem Präsidium eine Änderung der Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung für das Gebiet „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ empfohlen. Nach Beratung im zuständigen Gutachterausschuß hat das Präsidium folgende Änderungen der Richtlinien beschlossen; die Änderungen sind kurz und fett gedruckt:

7. Frauenheilkunde und Geburtshilfe

1.0 Erwerb der in der Weiterbildungsordnung aufgeführten Weiterbildungsinhalte.

Hierzu sind nachfolgende Richtzahlen oder Weiterbildungsinhalte nachzuweisen:

1.1 Untersuchungsverfahren und Behandlungsverfahren in der Frauenheilkunde

- Selbständige Durchführung, Befundung und Dokumentation der Ultraschalldiagnostik durch
 - ▶ 300 B-mode-Sonographien der weiblichen Genitalorgane auch mittels endosonographischer Verfahren
- Selbständige Führung und Dokumentation von 100 abgeschlossenen Krankengeschichten
- Selbständige Durchführung und Befundung von

- ▶ 300 auflichtmikroskopischen Kolposkopien unter Berücksichtigung der Erkennung von regulären und atypischen Metaplasievorgängen der Cervix uteri, Manifestationen der Human-Papillom-Virus-Infektion des unteren Genitaltraktes
- ▶ Entnahme- und Herstellungstechnik **von mindestens 100** zytologischen Präparaten der weiblichen Genitalorgane, **einschließlich der Punktions- und Sekretzytologie** der Mamma sowie **die** Bewertung und Umsetzung zytologischer Befundberichte in die Therapieplanung
- ▶ 50 Proktoskopien
- ▶ 25 Hysteroskopien einschließlich intraoperativer Hysteroskopien
- ▶ 25 Urethrostoskopien

- Selbständige Durchführung der Lokal- und Regionalanästhesie bei 30 Patientinnen
- 30 dokumentierte abgeschlossene Behandlungsfälle bei Erkrankungen der unteren Harnorgane, soweit sie im Zusammenhang mit Störungen und Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane stehen
- Selbständige Durchführung und Befundung von 300 Untersuchungen zur Früherkennung gynäkologischer Krebserkrankungen
- 30 dokumentierte abgeschlossene Behandlungsfälle in der gynäkologischen Onkologie
- Selbständige Anwendung der Grundlagen der Humangenetik bei 20 dokumentierten Beratungen zur Familienplanung
- 10 selbständig durchgeführte und dokumentierte Fälle der Diagnostik, Differentialdiagnostik und Behandlung psychosomatischer Krankheitsbilder aus der Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit den Schwerpunkten psychogene Symptombildungen, somatopsychische Reaktionen



- **Eingehende Kenntnisse der Diagnostik, Differentialdiagnostik und Behandlung psychosomatischer Krankheitsbilder aus der Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit den Schwerpunkten psychogene Symptombildung, somato-psychische Reaktionen, sind nachzuweisen. Eingehende Kenntnisse können auch durch Teilnahme an zwei anerkannten Wochenendseminaren mit entsprechender Thematik nachgewiesen werden.**
- der Methodik und Durchführung des Grundleistungslabors des Gebietes sowie der Bewertung der Befunde, hierzu gehören:
 - 1.0 Orientierende Untersuchung in einem Körpermaterial durch visuellen Farbvergleich mittels vorgefertigter Reagenzträger oder Reagenzzubereitungen, auch bei apparativer Auswertung oder Verwendung von Mehrfachreagenzträgern
 - 2.0 Mikroskopische Untersuchungen des Harnsedimentes
 - 3.0 Bestimmung in einem Körpermaterial mit quantitativer physikalischer oder chemischer Messung oder Zellzählung
 - 3.1 Erythrozytenzählung
 - 3.2 Leukozytenzählung
 - 3.3 Thrombozytenzählung
 - 3.4 Hämoglobin
 - 3.5 Hämatokrit
 - 4.0 Mikroskopische Untersuchung nach differenzierender Färbung, ggfl. einschließlich Zellzählung
 - ▶ Fetal-Hämoglobin in Erythrozyten
 - ▶ Grampräparat
 - 5.0 Untersuchung auf Blut im Stuhl
 - 6.0 Bestimmung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit
- Indikationsstellung, Probenentnahme, sachgerechte Probenbehandlung und Einordnung der Befunde in das Krankheitsbild für die der Fachkunde in Laboruntersuchungen des Gebietes zugeordneten Laboratoriumsuntersuchungen (allgemeines Labor des Gebietes)
- der Methodik und Durchführung des speziellen Labors des Gebietes sowie der Bewertung der Befunde, hierzu gehören:
 - 1.0 Orientierender Bakteriennachweis unter Verwendung eines Trägers mit einem oder mehreren vorgefertigten Nährböden, einschließlich Bebrütung, Prüfung auf Bakterienwachstum, Bakterienart und Keimzahlabschätzung
 - 2.0 Orientierender Pilznachweis (z.B. Candida), ggfl. semiquantitativ, unter Verwendung eines hierfür vorgefertigten Nährbodens, ggfl. einschließlich nachfolgender mikroskopischer Prüfung
 - 3.0 Untersuchung in einem Körpermaterial mittels beschichteter Reagenzträger und apparativer Messung
 - ▶ Glukose
 - ▶ Harnsäure
 - ▶ Kreatinin
 - ▶ Bilirubin
 - ▶ Hämoglobin
 - ▶ GOT
 - ▶ GPT
 - ▶ Gamma-GT
 - 4.0 Serologische Reaktionen qualitativer Art
 - ▶ Schwangerschaftsnachweis
 - 5.0 Kreuzprobe (Identitätsnachweis im A-B-O-System, serologische Verträglichkeitsuntersuchung)
 - 6.0 Qualitativer direkter und indirekter Coombstest
- 40 selbständig erstellte, dokumentierte Therapieregime zur parenteralen und 40 zur enteralen Ernährung
- 5 ausführlich begründete Gutachten
- 2.0 Leistungskatalog in der Frauenheilkunde
 - 2.1 Selbständig durchgeführte Eingriffe:
 - 100 Abrasionen oder Nachkürettagen
 - 100 kleinere gynäkologische Operationen am äußeren Genitale, an Vagina und Uterus
 - **ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen über die Indikationsstellung und die Durchführung operativer Laparoskopien, auch durch Assistenz, bei 40 therapeutischen und diagnostischen Pelviskopien**
- 2.2 Mitwirkung bei 100 Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade in der Frauenheilkunde
- 3.0 Erwerb der in der Weiterbildungsordnung aufgeführten Weiterbildungsinhalte.

Hierzu sind nachfolgende Richtzahlen oder Weiterbildungsinhalte nachzuweisen.
- 3.1 Untersuchungsverfahren und Behandlungsverfahren in der Geburtshilfe
 - Selbständige Durchführung, Befundung und Dokumentation der Ultraschalldiagnostik durch
 - ▶ 300 B-mode-Sonographien in der geburtshilflichen Basisdiagnostik auch mittels endosonographischer Verfahren
 - Diagnostik und Differentialdiagnostik der Schwangerschaft, schwangerschaftsbedingter Erkrankungen einschließlich der Erkennung von Risikoschwangerschaften bei 200 Patientinnen
 - Schwangerenbetreuung, pränatale Diagnostik, Prophylaxe und Behandlung von Schwangerschaftserkrankungen und Komplikationen bei 200 Patientinnen
 - 400 CTG's, antepartal und intrapartal
 - 50 Erstuntersuchungen (U1) des Neugeborenen
 - 20 Erstversorgungen des Neugeborenen einschließlich der primären Reanimation
- 4.0 Leistungskatalog in der Geburtshilfe
 - 4.1 Selbständig durchgeführte Eingriffe
 - Leitung von 150 normalen Geburten auch einschließlich der Episiotomie und Versorgung von Geburtsverletzungen
 - Indikationsstellung und Durchführung geburtshilflicher Operationen bei primär nicht regelwidrigen Geburten in 20 Fällen, z.B. Sectio, Forceps, Vacuum, manuelle Lösung und Entwicklung aus der Beckenendlage
 - 4.2 Mitwirkung bei 100 Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade in der Geburtshilfe

LÄK

Weiterbildung Allgemeinmedizin „im Paket“

An mehreren Orten Hessens bestehen jetzt allgemeinmedizinische Weiterbildungsverbünde. Hier können Assistenten und AiPs – künftige Allgemeinärzte – die von der Weiterbildungsordnung vorgesehenen Fächer innerhalb eines Krankenhauses und einer nahegelegenen Allgemeinpraxis absolvieren, ohne daß langwieriges Stellensuchen erforderlich ist.

Eine Übersicht über die angebotenen Stellen mit Kontaktadressen finden Sie unter <http://www.degam.de>

Arbeitsgemeinschaft Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen (AWAH)

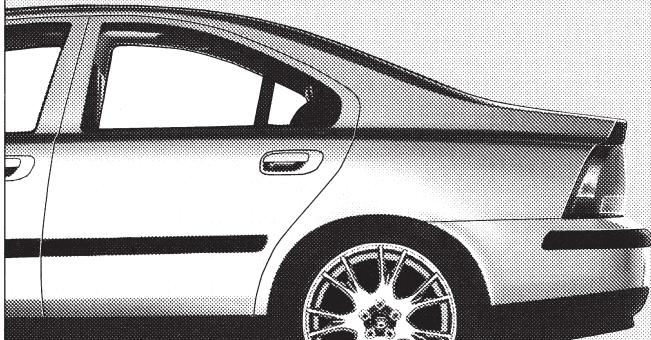
Kontakt: PD Dr. med. N. Donner-Banzhoff, Marburg, Tel. 0621/26605, Fax 06421/162753; Dr. med. H. Löckermann, Darmstadt, Tel. 06151/713222, Fax 06151/781805

In der Vergangenheit haben viele Kliniken bei den Weiterbildungsstellen zum Facharzt für Allgemeinmedizin eine „closed shop“-Haltung eingenommen. Die Zeiten des Assistentenüberschusses sind vorbei. Sie werden durch einen zunehmenden Ärztemangel abgelöst. Diese Mangelsituation ermöglicht es unserem Nachwuchs jetzt auch in Unikliniken und in Schwerpunkt Häusern Weiterbildungsassistentenstellen zu erhalten, sogar mit der Zusage einer Stellenrotation im Klinikum.

Brechen, nach der früheren Ochsentour bei der Stellensuche, traumhafte Zeiten für Weiterbildungsassistenten der Allgemeinmedizin an?

Dr. Horst Löckermann

VOLVO
for life



ROAD COUTURE.

DIE AVANTGARDE DER STRASSE. DER VOLVO S60. DIE KONSEQUENT EIGENSTÄNDIGE LINIENFÜHRUNG SEINES DESIGNS MACHT IHN ZU EINER LIMOUSINE, DIE DER ZEIT VORAUS IST. VON 103 KW (140 PS) BIS 184 KW (250 PS). NATÜRLICH AUCH MIT DER NEUESTEN COMMON-RAIL-DIESELTECHNOLOGIE. **JETZT TESTEN.**

S60
DER VOLVO

Autohaus Haese GmbH
Schönbergstraße 17
65199 Wiesbaden
Tel. 06 11/94 28 70
Fax 06 11/9 42 87 28
www.Volvo-Haese.de

Hedtke Team
Rudolf-Diesel-Straße 42
64331 Darmstadt-Weiterstadt
Tel. 0 61 51/8 25 50
Fax 0 61 51/82 55 54
www.hedtke.de

Hedtke Team Dieburg
Schlossgartenweg 3
64807 Dieburg
Tel. 0 60 71/21 06 -0
Fax 0 60 71/21 06 54
www.hedtke.de

Autohaus Erwin Günther
Gewerbegebiet West
63571 Gelnhausen
Tel. 0 60 51/92 75 -0
Fax 0 60 51/92 75 40
www.Volvo-Guenther.de

Hedtke Team Hoechst
Aschaffburger Straße 48-52
64739 Hoechst/Odenw.
Tel. 0 61 63/9 32 40
Fax 0 61 63/93 24 54
www.hedtke.de

Anzeige

Ihre Praxisabgabe – mit uns ein Erfolg!



Finanzen im Ganzen

- Vorausschauende Abgabeplanung
- Vorauswahl der Interessenten
- Sicherung der Kaufpreiszahlung

IHR PARTNER IN RHEIN-MAIN:
SERVICE-CENTER FRANKFURT
Savignystraße 55, 60325 Frankfurt am Main
☎ DAEV_FRANKFURT@web.de ☎ 069/975 866 0 ☎ 069/975 866 21

Unsere Erfahrung – zu Ihrem Vorteil!

Einladung zur 5. Ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
zur 5. Ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Legislaturperiode 2000-2004 lade ich Sie für

Sonnabend, den 13. April 2002, 10.00 Uhr s.t.,

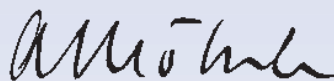
in die **Kongreßhalle** im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 28, 61231 Bad Nauheim, ein.

Tagesordnung

1. Begrüßung
2. Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung
3. Genehmigung des Beschlußprotokolls der 4. Ordentlichen Delegiertenversammlung vom 10.11.2001
4. Bericht des Präsidenten
- Diskussion
5. Reorganisation der Bezirksärztekammern
6. Verhaltenskodex
7. Änderung der Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde gemäß Beschluß zu Antrag 2 TOP 12 der DV vom 24. April 1999
8. Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“
9. Nachberufung von Vorsitzenden bzw. Stellvertreterinnen für die Prüfungsausschüsse
10. Einführung der Qualifikation „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“
11. Änderung der Entschädigungsordnung für die Gremien der Landesärztekammer Hessen
12. Neubau Seminargebäude
- Bericht über den aktuellen Kostenstand
- Kostenberechnung der Inneneinrichtung
- Bericht zum Förderantrag
13. Errichtung eines Casinos im Bereich der Carl-Oelemann-Schule
- Planungsstand
- Kostenberechnung
- Förderverfahren
14. Neuregelung der betrieblichen Altersversorgung
15. Änderung der Beitragsordnung
16. Nachwahl der Delegierten für den Deutschen Ärztetag
17. Verschiedenes

Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Dr. med. A. Möhrle
- Präsident -



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-Eberstadt
Darmstadt-Mitte

Internistin/Internist
Chirurgin/Chirurg

Planungsbereich Bergstraße

Heppenheim

Augenärztin/Augenarzt
-Gemeinschaftspraxisanteil-

Planungsbereich Groß-Gerau

Mörfelden-Walldorf
Rüsselsheim

Chirurgin/Chirurg
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

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

Planungsbereich Frankfurt/M.-Stadt

Frankfurt/M.-Heddernheim

prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Frankfurt/M.-Oberrad

prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Frankfurt/M.-Innenstadt

prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Frankfurt/M.-Sachsenhausen

prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Frankfurt/M.-Praunheim

prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Frankfurt/M.-Sossenheim

Augenärztin/Augenarzt
Augenärztin/Augenarzt

Frankfurt/M.-Nordwestzentrum

Psychiaterin/Psychiater
Kinder- und Jugendlichen

Frankfurt/M.-Westend

-Psychotherapeutin/
Kinder- und Jugendlichen

Frankfurt/M.-Schwanheim

-Psychotherapeut
-Psychotherapeut

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Eschborn/Ts.
Eschborn/Ts.
Hattersheim

Augenärztin/Augenarzt
Chirurgin/Chirurg
prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Wächtersbach
Schlüchtern

Orthopädin/Orthopäde
Chirurgin/Chirurg

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

Planungsbereich Landkreis Gießen

Gießen

HNO-Ärztin/HNO-Arzt
-Gemeinschaftspraxisanteil-

Planungsbereich Vogelsbergkreis

Alsfeld

Hautärztin/Hautarzt

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Nauheim

Internistin/Internist
-Gemeinschaftspraxisanteil-

Bad Vilbel

Orthopädin/Orthopäde
-Gemeinschaftspraxisanteil-

Butzbach

prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

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

Planungsbereich Landkreis Kassel

Kaufungen
Vellmar

Hautärztin/Hautarzt
Hautärztin/Hautarzt

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Hess.-Lichtenau

Internistin/Internist
-hausärztlich tätig- oder
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
-Gemeinschaftspraxisanteil-

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel

Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut
oder
Ärztin für Psychotherapeutische
Medizin/
Arzt für Psychotherapeutische Medizin

Planungsbereich Landkreis Fulda

Fulda

Radiologin/Radiologe
-Gemeinschaftspraxisanteil-

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

Planungsbereich Limburg-Weilburg

Weilburg

Fachärztin/Facharzt
für Gynäkologie

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

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Marburg

Fachärztin/Facharzt für
Kinder- und Jugendmedizin

Planungsbereich Waldeck-Frankenberg

Rosenthal

Fachärztin/Facharzt für
Allgemeinmedizin
-Gemeinschaftspraxisanteil-

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 Rheingau-Taunus

Idstein

Fachärztin/Facharzt für
Kinderheilkunde

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden

Fachärztin/Facharzt für
Anästhesiologie

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

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

Praxisvertreter/-innen

für Praxisvertretungen im Land Hessen.

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

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

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