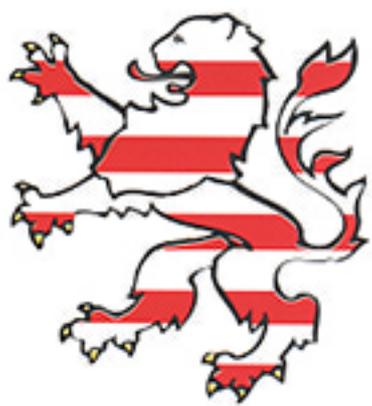


Hessisches Ärzteblatt

4/2002

April 2002
63. Jahrgang



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

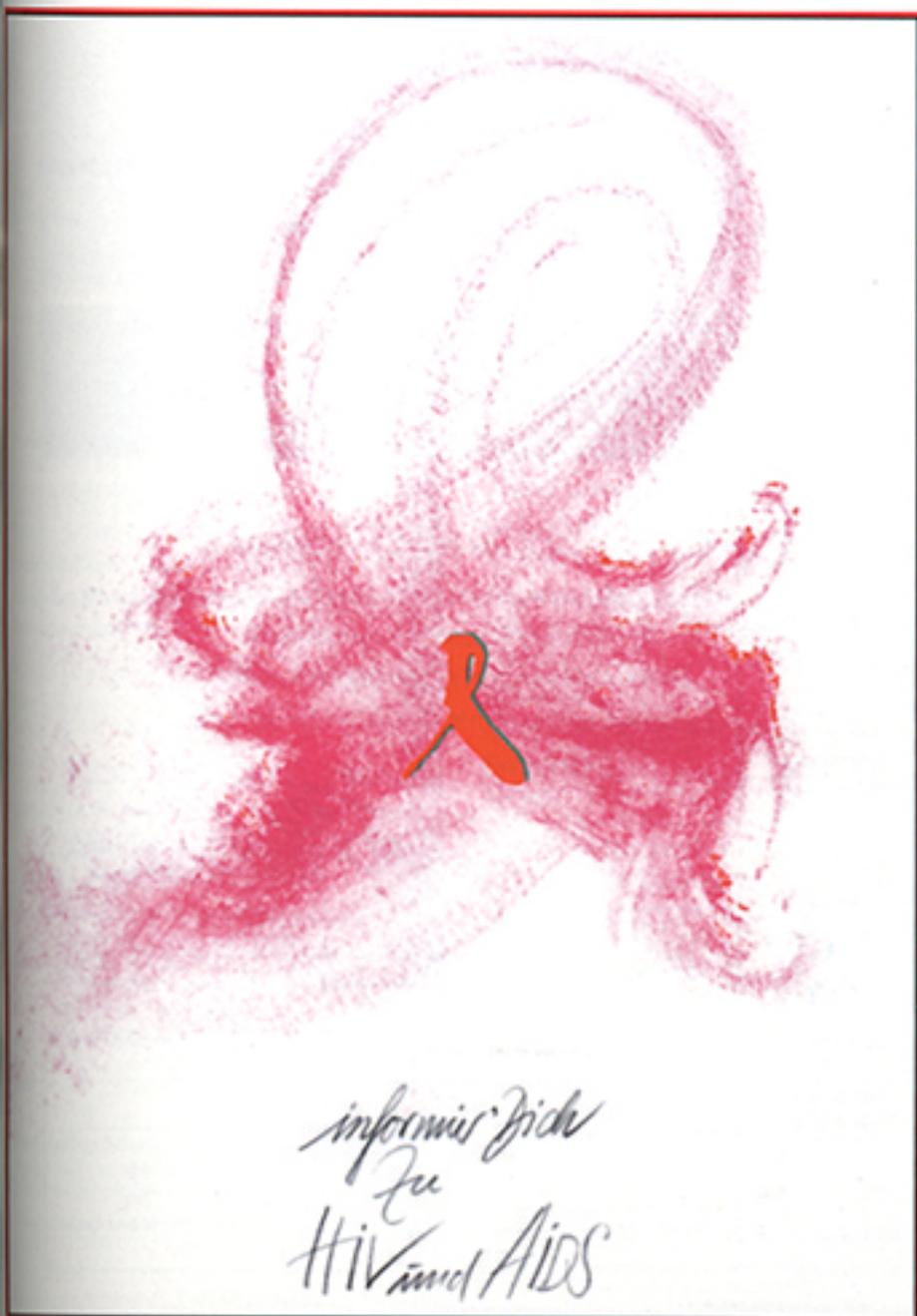
Die Versorgung von
Patienten mit HIV und
AIDS in Hessen

Fortbildung in der
Inneren Medizin

Manschetten-
resektion
der Lunge

Palliativmedizin
und Hospizarbeit

Geriatric in der
med. Versorgungskette



*informier dich
zu
HIV und AIDS*

Husman - pop

© Aids-Aufklärung e.V

KIRCHHEIM

Herausgeber:
 Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsang 3,
 60488 Frankfurt/M., Telefon (0 69) 97 67 21 47
 Fax (0 69) 97 67 21 28, Internet: www.laekh.de, E-Mail:
 laekh@laekh.de und kassenaeztliche@laekh.de
 Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Georg-Voigt-Str. 15,
 60528 Frankfurt/M., Telefon (0 69) 79 50 20,
 Internet: www.kvhessen.de

Herausgeber (verantwortlich):
 Professor Dr. Toni Graf-Baumann,
 verantwortlich für Mitteilungen der
 Landesärztekammer Hessen; Dr. Michael Popović,
 verantwortlich für Mitteilungen der
 Kassenärztlichen Vereinigung Hessen; Alice Leugermann,
 verantwortlich für Mitteilungen der
 Landesärztekammer; Professor Dr. Ernst-G. Loch

Redaktion und Öffentlichkeitsarbeit:
 Ina Möhrle, M. A.

Wissenschaftlicher Beirat:
 Dr. med. Erika Baum, Biebertal
 Dr. med. Alfred Halbsguth, Frankfurt
 Dr. med. Ulrich Herborn, Kassel
 Dr. med. Dietrich Höfler, Darmstadt
 Dr. med. Georg Hölzfelder, Frankfurt
 Dr. med. Siegmund Kaliski, Frankfurt
 Dr. med. Norbert Lischhorn, Seeheim-Jugendh.
 Dr. med. Helmut Nier, Offenbach
 Dr. med. Peter Osswald, Hanau
 Dr. med. Konrad Schwemmler, Gießen
 Dr. med. Hans-Friedrich Spies, Frankfurt
 Dr. med. Gösta Ströding, Frankfurt
 Dr. med. Roland Wonne, Frankfurt
 Dr. med. Oskar Zelder, Marburg
 Dr. med. Walter Schultz-Amling, Hofheim

Arzt- und Kassenarztrecht:
 Dr. Karin Hahne-Beulecke, Justiziarin der
 Landesärztekammer Hessen; Christoph Biesing, Justiziar der
 Kassenärztlichen Vereinigung Hessen; Dr. Felix Meyer, Gutachter- und
 Schlichtungsstelle

Schrift 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

Verantwortlicher: Manuel Ickrath
Redaktion: Andreas Kurz
Vertriebsdisposition: Ruth Tanny
 Telefon (0 61 31) 9 60 70 34
Abrechnung: 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 €. Der
 Zugang des Bezugs sechs Wochen vor
 Quartalsende. Für die Mitglieder der Landes-
 ärztekammer Hessen ist der Bezugspreis
 nach dem Mitgliedsbeitrag abgepolten.

Bestellungen über: pan-adress, Leserservice
 Kirchheim-Verlag, Semmelweisstraße 8,
 0152 Plauen, Tel. (0 89) 8 57 09 - 4 81,
 Fax (0 89) 8 57 09 - 1 31 bzw. über jede
 Buchhandlung.

Anlieferung Österreich:
 Buchhandlung und Verlag A. Hartleben,
 1010 De. Rob. Schwarzenbergstraße 6,
 11015 Wien

Anlieferung Schweiz:
 Buchhandlung und Verlag Hans Huber AG,
 Langgasse 76, CH-3000 Bern 9
 Bankkonto: Mainzer Volksbank
 BIC: 551 900 001 11 591 013

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

Druck:
 Druckzentrum Lang, Rheinhessenstraße 1,
 5529 Mainz-Hechtsheim,
 Tel. 0 61 31 / 9 58 94 - 0

Hessisches Ärzteblatt



4/2002 April 2002 • 63. Jahrgang

Sie lesen in diesem Heft

Editorial	
GKV am Scheideweg	198
Kassenärztliche Vereinigung Hessen	
Ärzte und AIDS – Ein Arbeitskreis	199
Fortbildung	
Die Versorgung von Patienten mit HIV und AIDS in Hessen – Situation, Probleme und Perspektiven	201
Kassenärztliche Vereinigung Hessen	
Disease-Management-Programme: Ärzte und Selbsthilfegruppen sitzen in einem Boot	206
Probleme mit der Therapiecompliance	208
Fortbildung	
Strukturierte fachspezifische Fortbildung in der Inneren Medizin	209
Manschettenresektionen am Gefäß- und Bronchialbaum der Lunge	211
Aktuelles	
Palliativmedizin und Hospizarbeit	215
Fortbildung	
Geriatric in der medizinischen Versorgungskette -Sind die Weichen gestellt?-	218
Arzt- und Kassenarztrecht	
Bericht über die Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungen im Bereich der Landesärztekammer Hessen	221
Aktuelles	
Zunahme von Wettbewerbsstreitigkeiten im Gesundheitswesen	223
Fortbildung	
Sicherer Verordnen	224
Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung Bad Nauheim	
Ärztliche Fortbildung im Bereich der Bezirksärztekammern	225
Aktuelles	
Vorstandssitzung der Kammern Hessen und Thüringen in Bad Nauheim	236
Offene Briefe	
Aktuelles	
500 hessische Ärzte im Visier der Staatsanwaltschaft	241
Neues Krebsregistergesetz in Kraft getreten	242
Bücher	
	243
Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	
	245
Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	
	250

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

GKV am Scheideweg

Man kann es gar nicht oft genug wiederholen: Das Prinzip in unserer gesetzlichen Krankenversicherung ist so genial wie einfach. Man kombiniert den Sicherstellungsauftrag für den Leistungserbringer und definiert nach ökonomischen Vorgaben ein Budget. Damit ist man das Morbiditätsrisiko bei denen los, die die Patienten zu versorgen haben. Dieses Wirkprinzip wurde mit den Vorgaben von 1991 im Jahre 1993 eingeführt und hat sich mit entsprechenden leichten Korrekturen bis in die heutige Zeit gehalten.

Die Vertragspartner haben in den vergangenen Jahren immer wieder versucht, die sehr stringente Vorgabe durch Sonderleistungen an einzelnen Versorgungsschwerpunkten wie z.B. ambulantem Operieren, Prävention und Geriatrie, um nur einige Beispiele zu nennen, aufzulockern. Damit ist es immer wieder gelungen, daß an sich marode System noch am Leben zu erhalten. Der Verdienst dafür liegt bei den Verhandlungspartnern auf Länderebene, also in Hessen bei den regionalen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung. Bis im Jahre 2001 herrschte hier weitgehendes Einvernehmen, auch wenn unterschiedliche Vertragsstrukturen ausgehandelt werden mußten.

Seit dem letzten Jahr gibt es aber eine grundsätzliche politische Wende in der größten Krankenkasse in Hessen, nämlich der AOK, die dafür als Begründung ihre große Finanznot anführt. Seit dieser Zeit wird nur noch nach fiskalischen Gesichtspunkten verhandelt, medizinische Erfordernisse spielen keine Rolle mehr.

Die AOK versucht seit dieser Zeit besonders konsequent das o.g. Prinzip wieder umzusetzen und die im Laufe der Jahre entstandenen Auflockerungen wieder rückgängig zu machen. Die Folge davon ist, daß wir

für das Jahr 2001, geschweige denn für 2002, noch keinen Honorarvertrag abgeschlossen haben, so daß das Schiedsamt entscheiden muß. Die Honorarsituation der Vertragsärzte mit den Primärkassen AOK, IKK und LKK ist damit immer noch in der Schwebe. Die Honorare werden im Vergleich zu 2000 unverändert ausgezahlt, aber nachträgliche Korrekturen sind hier zu erwarten.

Besonders deutlich wird die Politikänderung der Primärkassen nach der Kündigung der Verträge des ambulanten Operierens. Nur durch den großen Einsatz der Hessischen Landesregierung und hier im besonderen von der Staatsministerin Silke Lautenschläger und ihrem Staatssekretär Karl-Winfred Seif, ist es gelungen, zu einer Zwischenlösung zu kommen, die die Versorgung mit ambulanten Operationen für die AOK-Patienten weiter möglich macht. Dabei darf man nicht vergessen, daß das ambulante Operieren das Manöverfeld für zukünftige Konflikte darstellt. Hier wird erkennbar, wie man sich in unserem Gesundheitswesen zu der bereits eingetretenen und kommenden Leistungsverlagerung aus dem stationären in den ambulanten Bereich stellt. Ist es in Zukunft möglich, daß Geld der Leistung folgt oder finden wir uns alle wieder in einem Budget, das noch knapper gestrickt ist und aus dem noch mehr Leistungen finanziert werden sollen? Wir alle wissen, daß der zweite Weg keine Alternative mehr ist. Entweder muß das Budget in seiner seitherigen Form von der Gesundheitspolitik aufgegeben oder der Sicherstellungsauftrag muß in Frage gestellt werden.

Politik und Krankenkassen sollten sich daran erinnern, daß die Ärzte nur deshalb auf das Streikrecht in ihrem Beruf zu Gunsten des Sicherstellungsauftrages verzichtet haben, weil

sie sich daraus erhofften, daß alle im System befindlichen Ärzte auch eine ausreichende Honorierung erhalten. Sehen wir uns um und bewerten die letzten gesetzlichen Vorgaben und die einschlägigen Urteile der Bundessozialgerichte, so müssen wir erkennen, daß die Daumenschrauben in punkto Sicherstellungsauftrag und Budget immer weiter angezogen werden, ohne daß der Aspekt einer ausreichenden Honorierung berücksichtigt wurde. Insbesondere die fachärztlichen Internisten und die Radiologen stehen vor dem finanziellen Ruin, der durch die desaströse Punktwertentwicklung ausgelöst wird. Die jetzige Richtgrößenprüfung wird dagegen im hausärztlichen Bereich zu Finanzierungsschwierigkeiten führen. Auch hier stellt sich die Frage, ob man in diesem System als Vertragsarzt noch weiterleben kann. Wir sollten im Vorfeld der Wahl die politischen Parteien und deren Aussagen bezüglich des Gesundheitswesens sehr genau beobachten. Hat der Arzt in der zukünftigen gesetzlichen Krankenversicherung noch eine Chance?

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

Ärzte und AIDS – Ein Arbeitskreis

„AIDS ist eine gut behandelbare, aber schwierige Infektionskrankheit“, bekräftigen ärztliche Spezialisten, die sich eingehend mit der Erkrankung auseinandersetzen. Einige von ihnen bilden den Arbeitskreis „Ärzte und AIDS“, der sich besonders mit der Versorgungssituation von AIDS-Patienten in Hessen auseinandersetzt. Der Arbeitskreis trifft sich vier mal im Jahr in den Räumlichkeiten der KV Hessen in Frankfurt und tauscht sich aus über neue Therapie- und Vernetzungsmöglichkeiten sowie Kooperationen mit anderen Ärzten, die ebenfalls HIV Infizierte oder an AIDS Erkrankte behandeln. Der Arbeitskreis „Ärzte und AIDS“ ist sich aber einig: Die Versorgung von HIV-Infizierten und AIDS-Patienten ist in Hessen nicht optimal.

Die Situation und Behandlung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken hat sich in den letzten Jahren drastisch verändert. Das führt auch zu durchgreifenden Veränderungen im Umgang mit dieser Patientengruppe in den Praxen, die sich nicht auf die Behandlung von HIV-Infizierten und AIDS-Patienten spezialisiert haben.

Eine deutliche Veränderung ist die Tatsache, daß in erster Linie nicht mehr ausschließlich die herkömmlichen Risikogruppen betroffen sind. Hier muß umgedacht werden: Neu-Infektionen von heterosexuellen Männern und Frauen kommen mittlerweile häufiger vor als Neuinfektionen bei homosexuellen Männern. Außerdem kommen in die hausärztlichen Praxen auch häufig infizierte oder erkrankte Patienten aus den sog. Hochprävalenzländern (Afrikanischer Kontinent, Osteuropa). Schwierigkeiten bereitet diese Entwicklung vor allem deshalb, weil bei den eher unklaren und allgemeinen Symptomen im frühen Stadium einer AIDS-Erkrankung viel zu selten ein HIV-Test in Betracht gezogen wird, wenn der Patient nicht männlich und

homosexuell ist. Tests werden oft viel zu spät gemacht oder gar nicht in Erwägung gezogen. So kommt es immer wieder vor, daß Patienten mit unklaren Symptomen eher zufällig in eine Schwerpunktpraxis für die Betreuung von HIV-Infizierten und an AIDS Erkrankten auftauchen. Der behandelnde Arzt in einer solchen Schwerpunktpraxis muß nach einem positiven Testbefund dann vielfach feststellen, daß der Patient schon längst behandlungsbedürftig ist, bislang aber nichts unternommen wurde, da die Erkrankung nicht bekannt war.

Hausärzte und hausärztlich tätige Internisten sollten unbedingt bei der Behandlung ihrer Patienten auch einen HIV-Test in Erwägung ziehen, wenn der Patient immer wieder mit wässrigen Durchfällen, Candida-Infektionen oder anderen eher „unscheinbaren“ Erkrankungen in die Praxis kommt (Details zu HIV-typischen Symptomen und Krankheiten finden Sie in dem Fachartikel „Die Versorgung von Patienten mit HIV und AIDS in Hessen – Situation, Probleme und Perspektiven“, auf S. 200 in dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes). „Ein unterlassener HIV-Test ist unter Umständen unterlassene Hilfeleistung“, machen die Ärzte des Arbeitskreises „Ärzte und AIDS“ aufmerksam.

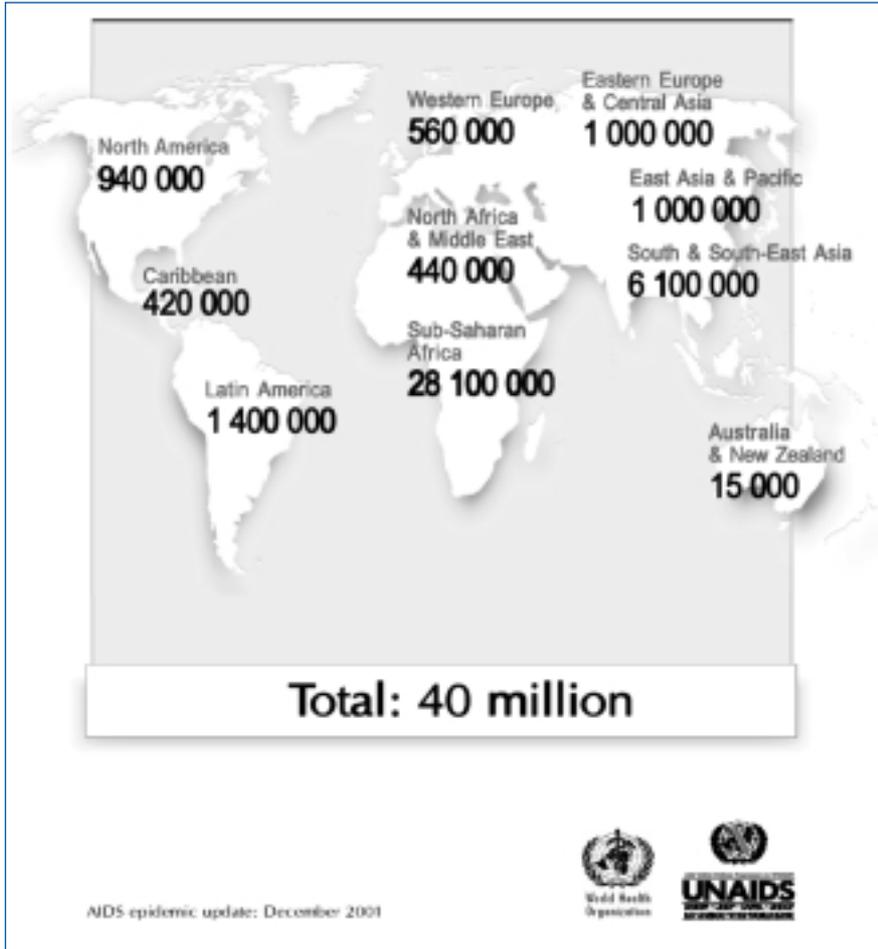
Deutlich verbesserte Behandlungsmöglichkeiten für HIV-Infizierte und AIDS-Patienten stellen eine weitere spürbare Veränderung dar. Der Fortschritt führt jedoch gleichzeitig auch zu einer höheren Komplexität des Krankheitsbildes und der Therapie. Mögliche Folgeerkrankungen, Neben- und Wechselwirkungen, die bislang keine Rolle spielten, gilt es nun zu beachten. Derjenige, der sich nicht gezielt mit dem Thema beschäftigt, kann den Überblick nicht behalten: Es gibt mittlerweile 17 verschiedene Medikamente zur Behandlung der Infektion. Viele

Neben- und Wechselwirkungen sind bei der Auswahl der Medikation zu beachten. Fettstoffwechsel- und Hormonstörungen zählen neben anderen gravierenden Folgeerscheinungen dazu. Der Arzt, der AIDS-Patienten behandelt sollte sich regelmäßig fort- und weiterbilden, da in diesem Bereich weitere weitreichende Veränderungen anstehen. Andernfalls kann eine sichere Therapie der Patienten nicht gewährleistet werden. Sollte dies dem behandelnden Arzt nicht möglich sein, sollte er unbedingt den Patienten in eine Schwerpunkt-Praxis schicken, wenn er an die Grenzen seiner Fähigkeiten stößt.

Der Arbeitskreis berichtet außerdem darüber, daß die Schwerpunktpraxen Schwierigkeiten haben, Mitbehandler für AIDS-Patienten zu finden. Obwohl Ärzte eigentlich über das Krankheitsbild aufgeklärt sind, läßt sich beobachten, daß viele Arztpraxen die Mitbehandlung scheuen. Warum, darüber läßt sich nur spekulieren. Fest steht, daß für die Mitbehandlung von AIDS-Patienten vor allem Dermatologen, Neurologen sowie Gynäkologen fehlen.

Weitere Kooperationspartner für Schwerpunktpraxen sind die AIDS-Hilfe, Städtische Beratungsstellen sowie Selbsthilfegruppen. Die AIDS-Hilfe kümmert sich vor allem um sozialrechtliche Fragen, führt aber auch Beratungen durch und hilft bei der Suche nach spezialisierten Pflegediensten.

Diejenigen Ärzte, die sich dafür entschieden haben, AIDS-Patienten zu versorgen, haben eine schwere Aufgabe übernommen: Die ärztliche Versorgung von HIV-Infizierten und AIDS-Patienten ist sehr aufwendig. Hier besteht mehr als sonst die Notwendigkeit der gründlichen Untersuchung des Patienten, wenn er vorstellig wird, damit scheinbar harmlose Symptome rechtzeitig erkannt und frühzeitig behandelt werden können. Auch eine angemessene



erst nach Absprache mit dem Patienten vorgenommen werden. Wer den Test ohne das Einverständnis des Patienten durchführt, macht sich strafbar. Wenn ein Patient auffällig häufig an „kleinen“ Infektionen erkrankt oder geschwollene Lymphknoten hat, ist ein HIV-Test indiziert (Details finden Sie in dem Fachartikel „Die Versorgung von Patienten mit HIV und AIDS in Hessen – Situation, Probleme und Perspektiven“, auf S. 200 in dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblatts). Die Gesetzliche Krankenversicherung bezahlt den Test nur dann, wenn ein begründeter Verdacht vorliegt. Immer wieder kommen auch Patienten in die hausärztliche Praxis, die einen HIV-Test machen lassen wollen, weil sie eine neue Partnerschaft eingehen wollen. Der Arbeitskreis „Ärzte und AIDS“ betont, daß dies das hohe Verantwortungsbewußtsein des Patienten zeigt und in jedem Fall zu unterstützen ist. Eine bessere Prävention ist eigentlich nicht denkbar!

Fazit:

Eine frühe Diagnose führt zu einer verbesserten Therapie, diese zieht zwangsläufig weniger Ansteckungsmöglichkeiten und eine verbesserte Prävention nach sich. Deshalb sollte auch der Hausarzt bei scheinbar unscheinbaren Krankheitsbildern die Möglichkeit einer HIV-Infektion nicht außer Acht lassen.

Sabine Riese

psychische Betreuung der Patienten ist zu gewähren ebenso wie Sterbegleitung. Der Patient sucht Wege, um mit der Krankheit leben zu können, hierbei benötigt er auch die Hilfe seines behandelnden Arztes. Überdies sind Gespräche

über den Tod eine schwierige Aufgabe für den Arzt, die nicht zwischen Tür und Angel erledigt werden kann.

Wann sollte ein HIV-Test durchgeführt werden und wer bezahlt ihn eigentlich? Ein Test sollte auf jeden Fall immer

Anzeige

Gebrauchtgeräte
EKG * Spirometer * Therapie, generalüberholt, mit Garantie.

Planung, Umbau, Renovierung von Arztpraxen aller Fachrichtungen

MED.ORG. -Einrichtungsberater
Fine Medical Partner

Medizintechnik * Praxiseinrichtung * techn. Service

Dipl.-Ing. Keil + Kistler
Heinrich-Heine-Str. 6 · 35440 Linden/Gießen
Fon: (0 64 03) 40 81 · Fax: (0 64 03) 7 63 75

custo-med PC gestützte cardiopulmonale Diagnostik

eigener techn. Service

Anzeige

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

NEU UND GEBRAUCHT

ständige attraktive Sonderangebote

Ihr gewissenhafter Partner direkt vor Ort:
KMT Külzer Medizintechnik

Beatusstr. 17 56073 Koblenz
Tel 0261.94704-0 Fax 0261.94704-22

Zeyher Str. 2 68723 Schwetzingen
Tel 06202.9259292 Fax 06202.9259294

GROSSE AUSSTELLUNG FARBDOPPLER



Die Versorgung von Patienten mit HIV und AIDS in Hessen – Situation, Probleme und Perspektiven

Von Dr. med. Leo Locher, Frankfurt

1. Der natürliche Verlauf der HIV-Infektion

Die Infektion mit dem Human Immunodeficiency Virus (HIV) führt zu einer chronischen Erkrankung. Ohne antiretrovirale Therapie (ART) treten nach durchschnittlich zehn Jahren schwere Krankheiten (opportunistische Erkrankungen und Tumore) auf, die für das Versagen der zellulären Immunabwehr typisch sind und die trotz initial erfolgreicher Therapie innerhalb von etwa zwei Jahren zum Tode führen. Die wichtigsten Zielzellen des HIV sind CD4+ T-Lymphozyten (kurz auch „Helferzellen“, „T4-Zellen“ „CD4-Zellen“ genannt), Makrophagen und Monozyten. Die Stadieneinteilung der HIV-Infektion richtet sich nach CD4-Zellzahl und Klinik (Tabelle 1).

Nach der Infektion kommt es initial zu einer massiven HIV-Virämie und Abfall der CD4-Zellen - klinisch imponiert diese nach einer Inkubationszeit von 1-3 Wochen eintretende Phase gelegentlich als „Akute HIV-Erkrankung“ mit einer grippeähnlichen Symptomatik. Später kommt es zu einem Gleichgewicht zwischen Virus und Wirt. Diese mehrjährige Phase der Infektion wurde früher als „Latenzzeit“ bezeichnet. Heute wissen wir, daß es eine solche „Ruhepha-

Tabelle 2: Ausgewählte HIV-typische Symptome und Krankheiten in Abhängigkeit von der CD4-Zellzahl

CD4-Zellzahl	Kategorie	Symptome oder Krankheit
> 500	A	Asymptomatische HIV-Infektion
	A	Persistierende generalisierte Lymphadenopathie (LAS)
	A	Akute symptomatische (primäre) HIV-Infektion
	A	Andere (B- oder C-Kategorie)=Rarität 500 - 200
	B	Oropharyngeale Candidainfektionen (rezidiv.)
	B	Vulvovaginale Candidainfektionen (rezidiv.)
	B	Herpes Zoster (rezidiv./mehrere Dermatome)
	B	Zervikale Dysplasien od. Carcinoma in situ
	B	Ungewöhnliche Gewichtsabnahme /Fieber/ Durchfälle > 4 Wochen Dauer
	C	Kaposi-Sarkome
C	Maligne Lymphome	
C	Tuberkulose	
C	Rezidivierende Pneumonien innerhalb eines Jahres	
200 – 100	C	Pneumocystis carinii-Pneumonie (PcP)
100 – 50	C	Cerebrale Toxoplasmose
< 50	C	Cytomegalievirus(CMV)-Retinitis, -Kolitis Kryptokokken-Meningitis Atypische Mykobakteriosen Kryptosporidien-Enteritis

se“ nur scheinbar gibt. In Wirklichkeit findet im Organismus eine heftige Auseinandersetzung statt, bei der täglich 10 Milliarden HI-Viren neu gebildet und eine Milliarde CD4-Zellen umgesetzt werden. Wenn die Regenerationsfähigkeit des Immunsystems erschöpft ist, nimmt die CD4-

Zellzahl ab und die Virusmenge im Blut („HI-Viruslast“) steigt an, die HIV-Infektion wird symptomatisch und führt zum Stadium AIDS und zum Tod.

2. Symptome und Stadien der HIV-Infektion

Bei uns häufig vorkommende Symptome oder Krankheiten der klinischen Kategorien A-C mit Relevanz für die Praxis sind – in Abhängigkeit von der CD4-Zellzahl - in Tabelle 2 zusammengefaßt. Speziell bei eher unauffälligen Symptomen aus der B-Kategorie, gehört ein HIV-Test nach vorausgegangenem Aufklärungsge-

Tabelle 1: Die CDC-Klassifikation (Center of Disease Control, 1993).

Laborkategorie (CD4-Lymphozyten)	Klinische Kategorie		
	A (asymptomatisch)	B (Symptome, kein AIDS)	C (Symptome, AIDS)
1: > 500/ml	A1	B1	C1
2: 200 – 499	A2	B2	C2
3: < 200	A3	B3	C3



sprach zur unbedingt notwendigen Diagnostik. Die Unterlassung eines HIV-Tests bei entsprechenden Symptomen muß heute als Behandlungsfehler bezeichnet werden.

3. Epidemiologie

Die Gesamtzahl der in Deutschland zum Jahresende 2001 mit dem HI-Virus infizierten Menschen wird vom Robert Koch-Institut auf 38.000 geschätzt, davon etwa 82 % Männer, 18 % Frauen und weniger als 1 % Kinder. Bundesweit leben etwa 5.000 Menschen im Stadium AIDS. Seit 1982 wurden annähernd 19.000 HIV-AIDS-Todesfälle gemeldet. Eine Übersicht über einige epidemiologische Trends zeigt die Tabelle 3.

Im Großraum Frankfurt/Main, nach Berlin bundesweit die Stadt mit der höchsten HIV-Prävalenzrate, leben zur Zeit schätzungsweise 5.000-6.000 HIV-infizierte Menschen. Bundesweit beträgt die Zahl der Neuinfektionen jährlich ~ 2.000. Bei den Neuinfektionen haben sich in den letzten Jahren hinsichtlich des Infektionswegs bedeutende Veränderungen ergeben. Die Zahl der über heterosexuelle Kontakte infizierten Menschen, insbesondere der

Frauen, hat zugenommen. Für den Zeitraum von Juli 2000 bis Juni 2001 wird geschätzt, daß 25 % der Neuinfektionen bei Frauen erfolgten, während die Zahl der infizierten homo- und bisexuellen Männer mit geschätzten 38 % deutlich gesunken ist. Die drittgrößte Betroffenengruppe mit 19 % sind Personen, die aus sog. Hochprävalenzländern stammen (z.B. Afrika südlich der Sahara oder Südostasien). Anekdotische Hinweise auf eine Zunahme von Neuinfektionen bei jungen homosexuellen Männern können anhand der vorliegenden Daten nicht bestätigt werden. Allerdings kann die in den Schwerpunktpraxen seit 1-2 Jahren registrierte starke Zunahme der Syphilisinfektionen bei Patienten dieser Risikogruppe als Hinweis auf mehr ungeschützte Sexualkontakte interpretiert werden.

Mit der Zunahme der Infektionsfälle in der Bevölkerung außerhalb sogenannter Randgruppen ergeben sich neue spezifische Probleme bei Diagnostik und Therapie: trotz u.U. richtungweisender Symptome wird eine HIV-Infektion schon gar nicht in differentialdiagnostische Überlegungen einbezogen. Die Probleme der Geheimhaltung

gegenüber einem Personenkreis außerhalb der engsten Familienangehörigen und Freunde sind in der Regel viel größer als bei HIV-Infizierten aus der homosexuellen Community, was die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen erheblich beeinträchtigen kann (z.B. Begründungen für regelmäßige Arztbesuche gegenüber Arbeitgeber; Verheimlichung von Tabletteneinnahme etc.)

4. Management der HIV-Infektion: von der tödlichen zur chronischen Krankheit

4.1. Fortschritte bei den Behandlungsmöglichkeiten

Bei der Behandlung der HIV-Infektion sind in den letzten Jahren große Fortschritte erzielt worden. Durch die heute gebräuchliche Kombinationsbehandlung mit antiretroviralen Medikamenten (ART) kann das Fortschreiten der HIV-Infektion zum Vollbild AIDS erheblich hinausgezögert werden. Mit der Einführung neuer antiretroviraler Substanzen, insbesondere der Proteaseinhibitoren (PI) sowie neuer Nukleosidaler Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NRTI) und schließlich der Nicht-Nukleosidalen Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (NNRTI) hat sich die tödliche Erkrankung seit 1996 zu einer chronischen Erkrankung mit latenter Viruspersistenz ohne klinische Progredienz gewandelt. Dennoch haben sich die meisten der in Deutschland in den letzten Jahren neu mit dem Vollbild AIDS erkrankten Personen erst mit einem bereits fortgeschrittenen Erkrankungsstadium in medizinische Behandlung begeben. Etwa vier von fünf der gegenwärtig an AIDS neu erkrankten Personen wußten bis zum Zeitpunkt der AIDS-Diagnose nicht einmal von ihrer HIV-Infektion oder sie wurden nicht mit antiretroviralen Medikamenten behandelt, obwohl das Vorliegen einer HIV-Infektion schon längere Zeit bekannt war.

4.2. Indikationen für ART

Die Indikation für eine antiretrovirale Kombinationstherapie ist für bestimm-

Tabelle 3: HIV/AIDS Ende 2001 in Deutschland, Hessen, Frankfurt/M. (nach: Epidemiologisches Bulletin RKI 28.11.2001)			
Menschen mit HIV und AIDS	Deutschland	Hessen	Frankfurt/M.
Gesamtzahl	~ 38.000	~ 6.400	~ 3.200
- Männer	~ 29.500	~ 5.200	~ 2.600
- Frauen	~ 8.300	~ 1.150	~ 600
- Kinder	< 400		
- Darunter Menschen mit AIDS	~ 5.000	~ 800	~ 400
Zahl der Neuinfektionen 2001	~ 2.000		
- Männer	~ 1.500		
- Frauen	~ 500		
- Kinder	< 20		
Infektionswege			
- Homosexuelle Kontakte bei Männern	50 %		
- Herkunft aus Hochprävalenzgebiet	21 %		
- Heterosexuelle Kontakte	18 %		
- i.v. -Drogengebrauch	10 %		
- Mutter-Kind-Transmission	< 1 %		



te klinische Situationen, wie z.B. HIV-assoziierte Symptome oder Erkrankungen (CDC: B oder C) klar formuliert und aus Studien mit validen klinischen Endpunkten (AIDS, Tod) belegt. Allerdings fehlen zur Zeit klinische Studien, die den Zeitpunkt des optimalen Therapiebeginns in anderen Situationen eindeutig zu definieren erlauben. Sowohl der Zeitpunkt des Therapiebeginns als auch die Wahl der initialen (und eventuell erforderlichen späteren) Therapiekombination ist eine individuell, in enger Kooperation mit dem Patienten zu fallende Entscheidung, da der langfristige Erfolg der Therapie eine Compliance von mindestens 90 %, wenn nicht gar 95 % erfordert(!). Richtlinien können eine Hilfestellung geben. Experten der Fachgesellschaften erarbeiten ca. 1-2x jährlich Richtlinien für den deutschsprachigen Raum (Deutsch-Österreichische Richtlinien für die antiretrovirale Therapie der HIV-Infektion, in: Dt Ärzteblatt 2001; A 175-181[Heft 4]). Selbstkritisch vermerkte kürzlich einer der Experten, daß die jeweiligen Richtlinien zum Zeitpunkt der Veröffentlichung in der Regel bereits überholt seien, was Ausdruck des enormen ständigen Wissens- und Erkenntniszuwachses auf dem Gebiet der „Aidsologie“ ist. Während 1996, zum Zeitpunkt der „Geburt“ der ART, noch praktisch jede HIV-Infektion mit einer HIV-RNA-Virusload von > 10.000 – 20.000 Genomkopien/ml unabhängig von der Zahl der CD4-Zellen als behandlungsbedürftig galt („HIT HARD AND EARLY“), geht heute die Tendenz dahin, primär aufgrund der CD4-Zellzahl zu behandeln, wobei eine ART erst bei einer Abnahme auf weniger als 350, 300 oder gar 200 CD4-Zellen begonnen wird. Die Höhe der Virusload gilt zur Zeit als weniger entscheidend für den Beginn der ART, eventuell jedoch für die Auswahl der einzusetzenden Arzneimittel („HIT HARD AND WISE“). Die Durchführung antiretroviraler Therapie erfordert eine ständige intensive Fortbildung und systematische Dokumentation jeder durchgeführten ART, Nebenwirkungen, Gründe für Therapieversagen, Begleit- und Folgeerkrankungen usw.,

d.h. auch eine kontinuierliche Betreuung einer größeren Patientenzahl von mindestens 50 –100 Patienten pro Quartal. Ungenügend wirksame ART (z.B. Mono- oder Zweifachtherapie) führt innerhalb kurzer Zeit zu virologischem Versagen, Resistenzbildung, der Notwendigkeit aufwendiger „Salvage“-Therapien und zur Krankheitsprogredienz. Es braucht nicht erwähnt zu werden, daß eine nicht sorgfältig geplante und durchgeführte Therapie bei durchschnittlichen Arzneimittelkosten von jährlich 12.000 bis 15.000 Euro für eine Dreifachkombination eine enorme Ressourcenverschwendung darstellt.

4.3. Monitoring

Primäres Ziel der Therapie ist jedoch immer die maximale Unterdrückung der HI-Virusreplikation, d.h. daß die HIV-RNA unter die Nachweisgrenze (z.Zt. 50 Genomkopien/ml) fällt. Das Ausbleiben des Abfalls unter die Nachweisgrenze innerhalb von maximal sechs Monaten nach der Therapie sollte Anlaß sein, nach möglichen Ursachen (Complianceprobleme, vorbestehende Resistenzen) zu fahnden. Nach Abklärung der Ursachen müssen evtl. additive oder alternative Therapieregimes erwogen werden.

Regelmäßige, in der Regel in 2- bis 3-monatigen Abständen durchgeführte Messungen von CD4-Zellzahl, HI-Viruslast und Allgemeinlabor (zur frühzeitigen Erfassung möglicher organotoxischer oder metabolischer Veränderungen) sind heute neben klinischen Kontrolluntersuchungen die wichtigsten Parameter für das Monitoring der HIV-Infektion, sowohl bei der Indikationsstellung für den Beginn einer ART als auch für deren Wirksamkeitskontrolle. Die Einleitung und Umstellungen einer Therapie sind Indikationen für kurzfristige Kontrollen.

Zunehmende Bedeutung haben in den letzten Jahren auch pharmakokinetische Kontrollen der Wirkstoffspiegel von PI und NNRTI bekommen, die substanzspezifisch sowie interindividuell und bei komplexen Wirkstoffkombinationen sehr unterschiedlich sein können und Ursache für ein Therapieversagen

oder für arzneimitteltoxische Wirkungen sein können.

Beim Management der HIV-Infektion spielen Resistenztests zunehmend eine wichtige Rolle. Insbesondere bei Therapieversagen eines Standardregimes, aber auch bei vermuteter Infektion durch einen antiretroviral vorbehandelten Patienten als Infektionsquelle ist eine sinnvolle Auswahl der Medikamente für die ART ohne Kenntnis der Virusresistenz schwierig.

Die klinischen Ergebnisse der modernen HIV-Therapie, die inzwischen über ein Arsenal von mehr als 15 antiretroviralen Arzneimitteln verfügt, sind beeindruckend: Durch die partielle Restitution des Immunsystems wird die Inzidenz opportunistischer Infektionen auch ohne Prophylaxe gesenkt. Kaposi-Läsionen verblassen oder bilden sich in frühen Stadien vollständig zurück. An der Frankfurter Universitätsklinik fiel die Zahl der opportunistischen Erkrankungen bei gleicher Anzahl behandelter Patienten auf unter 30 % der Werte in den Vorjahren. Auch die AIDS-Letalität ist in etwa gleichem Umfang zurückgegangen.

4.4. Folgen des Fortschritts

Für die Patientinnen und Patienten bedeutet der medizinische Fortschritt nicht nur eine fühlbare und meßbare Besserung des Allgemeinbefindens sondern leider auch eine erhebliche Belastung durch die jahrelang, mit den derzeit vorhandenen Arzneimitteln wahrscheinlich quoad vitam notwendige Einnahme einer je nach Therapieregime erheblichen Tablettenzahl, auch wenn hier in den letzten Jahren wesentliche Fortschritte (Kombinationspräparate, Therapieregime für 2xtäglich- oder gar 1xtäglich-Einnahme) erzielt werden konnten. Andere Risiken sind die nicht unerheblichen Nebenwirkungen oder Sekundärerkrankungen wie z.B. ZNS-Symptome, Fatigue-Syndrom, periphere Neuropathien, gastrointestinale Symptom- und Krankheitsbilder (Dyspepsie, Diarrhöe, Pankreatitis), Lactatazidose, Fettstoffwechselstörungen (sog. Lipodystrophie-Syndrom) mit erhöhtem Koronarrisiko etc.



Für den HIV-Behandler und für Mitbehandler in anderen Disziplinen wesentlich kompliziert hat sich die Cothérapie mit anderen Arzneimitteln, da je nach verordneter ART-Kombination mit teilweise erheblichen und sogar lebensbedrohlichen Interaktionen zu rechnen ist. Ein ungelöstes Problem ist die bisher fehlende Möglichkeit, Untersuchungen wie Resistenztests und Spiegelmessungen als Regelleistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchführen zu können, weshalb vielen Patienten diese prognostisch u.U. bedeutenden Verfahren vorenthalten werden.

Mit dem medizinischen Fortschritt der letzten Jahre haben sich ganz neue Probleme ergeben: In den Jahren von 1982 bis 1994 war der allmähliche Abschied aus dem Leben und die Vorbereitung auf den Tod in jungem Lebensalter die Hauptaufgabe, der sich Patient, Arzt und Mitarbeiter von Selbsthilfeorganisationen stellen mußten. Heute ist die Rückkehr ins „normale“ Leben, die Erhaltung und Wiederherstellung von Genuß- und Arbeitsfähigkeit, die Entwicklung neuer beruflicher und privater Perspektiven neben dem Krankheitsmanagement zur zentralen Fragestellung geworden. Auch für HIV-infizierte Frauen eröffnet sich mit der langen Lebenserwartung und der Senkung der maternofetalen Transmissionsrate unter 2 % die Perspektive, mit kalkulierbarem Risiko Mutter eigener Kinder zu werden.

Der soziale Druck auf HIV-Infizierte ist leider nicht geringer geworden. Mit der Diagnosestellung „HIV-positiv“ er eignet sich eine Aufteilung in zwei Lebensbereiche: Der mehr oder weniger enge Kreis, der von der Infektion wissen darf, und der größere Kreis von Personen im Arbeitsleben, in der Familie und unter Bekannten, vor denen die Erkrankung besser geheimgehalten wird. Zum letzteren Personenkreis zählen in der Regel, meist aufgrund vorausgegangener negativer Erfahrungen bei Eröffnung der Diagnose, auch Ärztinnen und Ärzte außerhalb eines kleinen Kreises von vertrauten HIV-Behandlern in Schwerpunktpraxen und Klinikambulanzen.

5. Zusammenarbeit zwischen HIV-Schwerpunktärzten und Ärzten anderer Fachgebiete

5.1 HIV-Schwerpunktpraxen

Das Management der HIV-Infektion ist zu einem Spezialgebiet geworden, dem sich heute wenige Spezialisten, meist Allgemeinärzte und Internisten in sog. Schwerpunktpraxen, einige Fachärzte in anderen Disziplinen (z.B. Dermatologie, Neurologie u.a.m.) sowie Ärzte in Klinikambulanzen widmen. In Frankfurt/M betreut beispielsweise die Infektionsambulanz der Universitätsklinik rund 1.500, weitere 4-5 „Schwerpunktpraxen“ betreuen je zwischen rund 80 und 600 Patienten pro Quartal; Im stationären Bereich besitzen die Universitätsklinik (ZIM, Haus 68) sowie die Innere Abteilung des Bürgerhospitals HIV-spezifische Versorgungsqualitäten. Weitere Schwerpunktpraxen und/oder HIV-Ambulanzen existieren in verschiedenen Städten Hessens wie z.B. Darmstadt, Fulda, Gießen, Kassel und Wiesbaden.

Hessische Schwerpunktärzte haben sich bereits vor einigen Jahren in der „Hessischen Arbeitsgemeinschaft von HIV-Versorgern – HIVAG e.V.“ (www.hivag.de) zusammengeschlossen, um Zusammenarbeit, kontinuierliche Fortbildung (z.B. Qualitätszirkel, Arbeitskreis Ärzte und AIDS der KV Hessen, Kongreßteilnahme) und Interessenvertretung zu fördern. Besondere Bemühungen richten sich zur Zeit auf qualitätssichernde und strukturverbessernde Maßnahmen, wozu der HIVAG-Vorstand im vergangenen Jahr einen Entwurf für eine „HIV-Vereinbarung“ zwischen KV Hessen und Kassenverbänden erarbeitet hat. Damit soll auch erreicht werden, daß die Abrechnung der Ziffer 9200 (HIV-Pauschale) für den besonderen Aufwand bei der Betreuung von Patienten mit HIV und AIDS auf eine klare Grundlage gestellt wird. Bundesweit sind die HIV-Schwerpunktärzte in der „Deutschen Arbeitsgemeinschaft Niedergelassener Ärzte in der HIV-Versorgung – DAGNÄ e.V.“ (www.dagnae.de) organisiert.

5.2 Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen in Allgemein- und Facharztpraxen

Ansichts der oben dargestellten Komplexität der Aufgaben beim Management der HIV-Infektion hat sich eine Aufgabenteilung zwischen HIV-Schwerpunktpraxen und den Allgemein- und Facharztpraxen ohne diesen Schwerpunkt ergeben.

Die überwiegende Zahl der Kolleginnen und Kollegen haben mit der HIV- und AIDS-Erkrankung nur selten zu tun. Dennoch sind sie gefordert, verschiedene Aufgaben „an vorderster Front“ wahrzunehmen, die im folgenden - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - skizziert werden sollen.

a. Die Rolle des kritischen, nüchternen, unvoreingenommen Diagnostikers

In letzter Zeit kommen in Schwerpunktpraxen relativ häufig HIV-positive Patientinnen und Patienten zur Erstvorstellung, die eine mehrmonatige Odyssee von Untersuchungen, Facharztkonsultationen oder gar stationären Aufenthalten hinter sich haben, bis irgendwann mehr oder weniger zufällig oder erst nach dem Auftreten einer opportunistischen Infektion die Diagnose gestellt wird. Die Patienten leiden unter verschiedenen Symptomen, einzeln oder kombiniert, wie Gewichtsverlust, persistierenden Durchfällen, erhöhten Temperaturen, chronisch rezidivierenden Atemwegsinfekten, Herpes Zoster u.a.m. Die Patienten werden durchgeröntgt, endoskopiert, „CT-isiert“, punktiert und biopsiert. Bei einem Patienten unserer Praxis wurde wegen eines weißen Zungen- und Mundschleimhautbells sogar eine (ergebnislose) Schleimhautbiopsie entnommen, an einen Candidabefall infolge Immunschwäche hatte niemand gedacht. Alle o.g. Symptome sollten den Untersucher wachsam werden lassen. Eine vorurteilsfreie und zielgerichtete Anamnese, die Inspektion der Mundschleimhaut, die Palpation einiger Lymphknotenstationen, eine symptomatische Untersuchung je nach Beschwerdebild benötigen nur geringen Aufwand und wenig Zeit. Es wurde bereits weiter



oben darauf hingewiesen, daß in diesen Fällen ein HIV-Test nach vorausgegangenem Aufklärungsgespräch zur unbedingt notwendigen Diagnostik gehört.

b. Erkennen alarmierender Symptome, die eine Klinikeinweisung in eine „HIV-kompetente“ Klinik erfordern

In Tabelle 2 wurde dargestellt, welche Symptome und Krankheiten in Abhängigkeit von den CD4-Helferzellen auftreten können. Ergänzt werden muß, daß alle diese Symptome und Krankheiten unabhängig von der CD4-Zahl ganz überwiegend bei Patienten mit hoher Viruslast, d.h. nicht therapierten Patienten auftreten.

In Tabelle 4 sind alarmierende Symptome und mögliche Ursachen genannt, die bei HIV-Infektion (Diagnose gesichert, v.a. wenn Patienten ohne ART oder auch nur bei Verdacht) eine unverzügliche Klinikeinweisung in eine „HIV-kompetente“ Klinik erfordern.

Kryptosporidien-Enteritis

c. Erkennen und Behandeln einiger typischer Nebenwirkungen und Komplikationen bei Patienten unter ART

Mit den Kombinationstherapien, von denen die sog. „Triple-Therapie“, d.h. Kombination von drei verschiedenen antiretroviral wirksamen Substanzen, sicher am bekanntesten ist, ergeben sich leider auch unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW), die für einige der Substanzen recht typisch sind. Grund-

(Generic Name) Medikament	UAW	Therapeut. Vorgehen
(Zidovudin): Retrovir, auch in: Combivir, Trizivir	Anämie	Je nach Schwere ggf. stationäre Einweisung. Sonst: baldige Vorstellung bei beh. Arzt
(Didanosin): Videx	Pankreatitis Diarrhöe	Einweisung bei Verdacht Symptomatisch
(Abacavir): Ziagen, auch in: Trizivir	Auftreten meist in den ersten Wochen nach Therapiebeginn: „Hypersensitivitätssyndrom“: grippale Symptome, Übelkeit, Erbrechen, evtl. Exanthem etc.	Antihistaminica, MCP, Corticoide i.v./p.o.; Med. absetzen, in schweren Fällen Einweisung
(Nevirapin): Viramune	Auftreten meist in den ersten Wochen nach Therapiebeginn: Exanthem, Fieber, Übelkeit etc.	Wie bei Abacavir
(Efavirenz): Sustiva	Auftreten meist in den ersten Wochen nach Therapiebeginn: - Exanthem, Fieber, Übelkeit etc. - Schwindel, Dysnomnie, Alpträume etc.	Wie bei Abacavir Baldige Vorstellung bei beh. Arzt, evtl. sympt. Therapie
(Ritonavir): Norvir, (Saquinavir): Fortovase, (Lopinavir): Kaletra	Gastrointestinale Symptome	Symptomat. Therapie
(Nelfinavir) : Viracept	Diarrhoe	Symptomat. Therapie (Loperamid, orale Rehydratation)
(Indinavir): Crixivan	Ureterkoliken durch Kristallbildung	Trinkmenge > 3 L erhöhen, symptomatische Therapie (Butylscopolamin, Tramadol, Nolvamisulfon)

sätzlich gilt die Regel (die HIV-Patienten sollten dies wissen!), daß im Falle einer infolge UAW notwendigen Therapieunterbrechung immer alle HIV-

Medikamente abgesetzt werden müssen, um einer Resistenzentwicklung bei suboptimaler Unterdrückung der Virusreplikation vorzubeugen; wenn immer möglich sollte in diesen Fällen Rücksprache mit dem HIV-Schwerpunktarzt genommen werden. Tabelle 5 listet eine Reihe wichtiger UAW auf:

d. Kenntnis von Arzneimitteln, die wegen möglicher Interaktionen mit ART-Medikamenten nicht verschrieben werden sollten

Bei der Verordnung von Begleittherapien bei Patienten unter ART ist daran zu denken, daß bestimmte Medikamente (insbesondere Proteaseinhibitoren wie Crixivan, Fortovase, Viracept und ganz besonders Norvir bzw. Kaletra (enthält niedrigdosiertes Norvir), dann auch Nicht-Nukleoside wie Vira-

Organsystem	mögliche Erkrankung
Auge Sehverschlechterung, Schatten, Schleier	CMV-Retinitis
Lunge Trockener Husten, Dyspnoe, ohne wesentlich pathologischen Auskultationsbefund	Pneumocystis-carinii Pneumonie (PcP)
ZNS Cerebrale Krampfanfälle, Psychosyndrom, neurologische Ausfälle, Cephalgien Meningismus, Cephalgien	Cerebrale Toxoplasmose Kryptokokken-Meningitis
Magen-Darm-Trakt Massiver oropharyngealer Candidabefall, Dysphagie Hämatemesis, Teerstuhl Wässrige Diarrhoe	Candida-Ösophagitis CMV-Enterocolitis Kryptosporidien-Enteritis



Fortbildung

mune und Sustiva) unter Umständen gefährliche Interaktionen mit dem hinzugefügten Medikament haben können; dies betrifft nicht nur Arzneimittel auf chemisch-synthetischer sondern auch auf pflanzlicher Basis, siehe Tabelle 6.

e. Diagnostik und Therapie bei nicht HIV-spezifischen Symptomen und Krankheiten

Auch Patienten mit HIV-Infektionen können akute und zunehmend auch chronische Erkrankungen bekommen, die zum Repertoire der Allgemein- oder Facharztpraxis gehören: von der Migräne über die Tonsillitis, Sinusitis, den grippalen Infekt, gastrointestinale Virusinfekte, Harnwegsinfekte, Rückenschmerzen, Asthma bronchiale, Diabetes Mellitus, Myokardinfarkte und viele mehr. Die Therapie bei diesen Krankheiten unterscheidet sich grundsätzlich nicht von der bei Nicht-Infizierten. Nicht indiziert ist z.B. eine „prophylaktische“ Antibiotikagabe, wenn der klinische Aspekt auf eine Virusinfektion hinweist oder eine stationäre Einweisung bei eher geringfügigen Symptomen aus purer Ängstlichkeit. Beachtet werden sollte, daß bestimmte Medikamente bei Patienten unter ART-

Tabelle 6 : Interaktionen problematischer Medikamente in Kombination mit antiretroviralen Medikamenten (PI, NNRTI), sowie mögliche Verordnungsalternativen:

Einsatzbereich	Problemsubstanz/ Handelsname (Bsp.)	Mögl.Alternativen (nicht unbedingt therapeutisch gleichwertig)
Analgetika	Pethidin / Dolantin Piroxicam/Felden	Tramadol/Tramal,Paracetamol, ASS ASS, Ibuprofen
Antiarrhythmika	Nifedipin / Adalat (alle Calciumantagonisten)	ACE-Hemmer Evtl. Beta-Blocker
Antibakterielle Substanzen	Erythromycin Ciprofloxacin/Ciprobay	Aziithromycin/Zithromax Cefaclor
Antihistaminika	Terfenadin/Teldane Astemizol/Hismanal	Cetirizin/Zyrtec
Gastrologika	Cimetidin/Tagamet	Ranitidin/Zantac
Sedativa	Diazepam / Valium Oxazepam/Adumbran Triazolam/Halcion	Lorazepam / Tavor
Migränemittel	Ergotamin / Ergo-Kranit	MCP+Paracetamol, ASS
Kontrazeptiva	Ethinylestradiol/Progynon	Andere Verhütungsmethode
Naturheilmittel	Johanniskraut-Präparate (!)	

Kombinationen kontraindiziert sind (s. oben) sowie die zurückhaltende Gabe oder Verordnung von Medikamenten, wenn keine begründbare Indikation vorliegt. Angesichts der erheblichen Lebenszeitverlängerung bei HIV-Infektion wird die Zusammenarbeit zwischen HIV-Schwerpunktpraxen und anderen Praxen in Zukunft eine wesentlich größere Bedeutung als bisher bekommen.

Anschrift des Verfassers:

Leo Locher,
Arzt für Allgemeinmedizin,
c/o Gemeinschaftspraxis Gute/Locher/Lutz, Grüneburgweg 51,
60323 Frankfurt. Vorstandsmitglied bei der Hessischen Arbeitsgemeinschaft von HIV-Versorgern (HIVAG e.V.)
Tel. (069) 7137880,
Fax (069)173049.
E-Mail: Locher@hivdoc.net.



Disease-Management-Programme:

Ärzte und Selbsthilfegruppen sitzen in einem Boot

KV Hessen und hessische Selbsthilfegruppen diskutieren über Disease-Management Programme

Am 22. Februar 2002 lud die KV Hessen Selbsthilfegruppen zu einem Gespräch über die geplanten Disease-Management-Programme ein. Gefolgt waren der Einladung Vertreter der Deutschen Herzstiftung, des Deutschen Diabetiker-Bundes, der Susan G. Comen Breast Cancer Foundation / Womens's Health Coal-

ition, der Patientenliga Atemwegserkrankungen sowie der AG Allergiekranke Kind. Von seiten der KV Hessen standen den Selbsthilfegruppen Dr. Hans-Friedrich Spies, 1. Vorsitzender, Dr. Horst Rebscher-Seitz, 2. Vorsitzender der KVH, Dr. Harald Herholz, zuständig für die Qualitätssicherung sowie Markus März,

2. kaufmännischer Geschäftsführer als Diskussionspartner zur Verfügung.

KV Hessen hat Gütesiegelfunktion

Zu Beginn der Diskussion stellte Dr. Spies seine Meinung zu den geplanten Disease-Management-Programmen dar. Trotz aller Probleme, die Disease-Ma-



nagement-Programme mit sich bringen, werden diese Programme von der KV Hessen begrüßt, wenn sie wissenschaftlich gesichert und professionell abgewickelt werden.

Selbsthilfegruppen sehen Qualitätssteigerung und fordern Mitspracherechte

Von Seiten der Selbsthilfegruppen werden die Disease-Management-Programme überwiegend positiv beurteilt. Die Präsidentin der Women's Health Coalition, Irmgard Naß-Griegoleit, erwartet sich von den Disease-Management-Programmen deutliche Qualitätsverbesserungen. Auch Ilse Rauch, Landesvorsitzende des Deutschen Diabetiker-Bundes, sieht in den Disease-Management-Programmen eine Lösung, Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Zukunft zu verhindern. Sie betonte allerdings, daß die Qualitätssicherung bei Disease-Management-Programmen beachtet werden muß und hier insbesondere die Selbsthilfegruppen ein Mitspracherecht erhalten sollen.

Dem gegenüber gab es auch kritische Stimmen. Martin Vestweber von der Deutschen Herzstiftung befürchtet aber auch, daß bisher erbrachte Leistungen wie z. B. die Rehabilitation von Herzpatienten in ambulanten Herzsportgruppen, den neuen DMP's zum Opfer fallen könnten, da es schon heute zu Kürzungen bei der Verordnung gekommen sei.

Rechtssicherheit für Arzt und Patient

Dr. Spies stellt in diesem Zusammen-

hang heraus, daß nach wie vor die Arzt-Patienten-Beziehung von entscheidender Bedeutung für die Qualität der medizinischen Behandlung ist. Daran wird sich auch in der Zukunft nichts ändern. Durch Disease-Management-Programme wird es aber eine erhöhte Rechtssicherheit für den Arzt und den Patienten geben.

Welche Rechte und welche Pflichten hat der Patient im DMP?

Bei den Mitgliedern der Selbsthilfeorganisationen steht vor allen Dingen die Frage im Vordergrund, welche Rechte und Pflichten die Patienten haben, die sich für Disease-Management-Programme einschreiben. Ilse Rauch fordert, daß die Leitlinien, nach denen behandelt wird, den Patienten offengelegt werden müssen. Dr. Spies vergleicht in diesem Zusammenhang Disease-Management-Programme mit einem Versicherungsvertrag und dem Arzt als Versicherungsagenten, der den Patienten über die verschiedenen Programme informiert. Es liegt nach seiner Meinung im Interesse des Arztes, daß er seinem Patienten das nach seinem medizinischen Sachverstand beste Programm empfiehlt.

Schwierigkeiten in der Praxis

Dr. Herholz weist auf die möglichen Einstiegskriterien für die Aufnahme eines Patienten im Disease-Management-Programm hin. Die Abgrenzungskriterien, nach denen ein Patient in ein Programm

aufgenommen wird, sind je nach Krankheit sehr schwierig festzulegen, da eine eindeutige Meßbarkeit gegeben sein muß. Zu beachten ist, daß es genau wie Einstiegskriterien auch Austrittskriterien geben wird, an denen der Patient gemessen wird. Nach der Meinung von Dr. Herholz werden die Disease-Management-Programme eine zentrale Bedeutung für unser Gesundheitssystem gewinnen. Und mehr als durch alle Reformansätze in der Vergangenheit bisherige Versorgungsabläufe revolutionieren.

Auftrag für die Zukunft

Zum Abschluß stellt Dr. Spies noch einmal heraus, daß die Krankenkassen den gesetzlichen Auftrag zur Erstellung der DMP's haben. Bisher so scheint es, sind Disease-Management-Programme ein Argument für die Kassen, mit möglichst günstigen Programmen möglichst viel Gelder aus dem Risikostrukturausgleich zu erhalten. Der medizinische Sachstand der KV Hessen wird aber auch von Kassenseite als dringend notwendig gesehen. Insofern wird die KV Hessen als Berater der Kassen nur die Disease-Management-Programme unterstützen, die auch qualitativ für den Patienten das Beste liefern. Insofern besteht hier zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen ein gemeinsames Interesse. Die Forderung der Selbsthilfegruppen nach Definition der Rechte und Pflichten der Patienten wird Dr. Spies den Krankenkassen übermitteln.

Alice Leugermann

Referat „Ärztinnen“

Das Referat „Ärztinnen,“ hat zu Beginn seiner Legislaturperiode eine Studie angeregt, die die Möglichkeiten des Ausbaus familienfreundlicher Kinderbetreuung in Kindertagesstätten an Krankenhäusern auch für Arztfamilien erkunden sollte.

Von 163 angeschriebenen Krankenhäusern haben 132 (knapp 81 %) geantwortet. Davon haben aber 113 keine Kindertagesstätten an ihren Häusern. Eine geringe Anzahl der Häuser nutzt nahegelegene Möglichkeiten. Von den 14 % möglichen Unterbringungsmöglichkeiten zeigt sich aber, daß auch diese sich auf nur wenige Regionen verteilen.

In manchen Häusern ist die Unterbringung auch nur auf nicht ärztliches Personal beschränkt. Die Kosten betragen – abhängig von der Aufenthaltsdauer pro Tag, dem Alter des Kindes, in- oder exklusive Verpflegungskosten – einkommensabhängig bis zu DM 600.- (ca. 300 €) pro Monat.

Angesichts der derzeit vielen offenen und nicht zu besetzenden Stellen für ärztliches Personal sollten sich die Verwaltungen der Krankenhäuser dringend überlegen, ob solche Kinderbetreuungsmöglichkeiten nicht

auch ein Anreiz für ärztliches wie auch für nicht-ärztliches Personal sein könnte. Diese Möglichkeit wird bereits in der Wirtschaft umgesetzt, und zwar mit gutem Erfolg. Es wäre auch ein Beitrag zur familienfreundlichen Teilzeitbeschäftigung.
Dr. Brigitte Schuler, Wiesbaden

Anzeige

Ihre Praxisübernahme – mit uns ein Erfolg!



- Betriebswirtschaftliche Beratung
- Praxiskonzepte
- Finanzplanung

IHR PARTNER IN RHEIN-MAIN:

SERVICE-CENTER FRANKFURT

Savignystraße 55, 60325 Frankfurt am Main

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

Unsere Erfahrung – zu Ihrem Vorteil!



Probleme mit der Therapiecompliance

Aut Idem durch Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz verändert

Ab 1.4.2002 muß der Apotheker bei der Verordnung von wirkstoffgleichen Medikamenten darauf achten, daß er nur ein Präparat aus dem unteren Preisdrittel des Marktsortiments abgibt. Dazu ist er verpflichtet. Es sei denn, der Arzt hätte bei der Verordnung ausdrücklich durch Rezeptkennzeichnung eine solche Aut Idem-Zwangsubstitution ausgeschlossen. Nicht substituieren darf der Apotheker allerdings dann, wenn der Arzt bei seiner Verordnung bereits von sich aus ein Präparat aus dem unteren Preisdrittel ausgewählt hat.

Die Umkehr der bisherigen Aut Idem-Regel in die Hand des Apothekers soll den Umstellungsgrad vom teuren Original auf das preiswertere Generikum beschleunigen. Zwar sind die deutschen Vertragsärzte ohnehin die Weltmeister bei der Generikaumstellung und liegen bei rd. 75 % der Verordnungen zu Gunsten der Nachahmer. Aber den Krankenkassen und dem Gesetzgeber reicht dies noch nicht. Man will alles haben. Koste es, was es wolle, z.B. auch die Compliance bei vielen Chronikern.

Wer also als Arzt die Therapiehoheit über seine Verordnungen behalten möchte – und da wird es nur wenige geben, die das nicht wollen – hat bei wirkstoffgleichen Medikamenten zwei Möglichkeiten, damit sein Patient das Medikament erhält, welches absichts-

Jetzt ist nicht mehr der Zeitpunkt, über Sinnhaftigkeiten zu disputieren. Das Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz ist beschlossen und gilt.

voll verordnet wurde. Entweder man setzt aktiv auf dem Rezept die Zwangsubstitution außer Kraft oder man verordnet ein Präparat aus dem unteren Drittel des Marktsegments.

Letzteres ist als Regelfall dringend anzuempfehlen, denn es schützt vor Regressen. Ersteres ist bei bekannten Unverträglichkeiten oder Wirkstoffen mit problematischer Bioverfügbarkeit (z.B. Theophylline, Ciclosporine etc.) geboten.

Nur in Ausnahmefällen sollte man die Substitution dem Apotheker überlassen. Das betrifft insbesondere die Arzneimittelversorgung außerhalb der üblichen Zeiten, bei Nacht und an Wochenenden und bei Wirkstoffen, die nicht zur Dauertherapie benötigt werden.

Praxen, die bislang ihre Chroniker konsequent auf preiswertere Generika umgestellt haben, werden mit der Neuregelung keine Probleme bekommen. Es sei denn, sie hätten bei der Auswahl vorwiegend das obere Preissegment des generischen Marktes bedient. Dann gilt es erneut umzustellen, um die Therapiehoheit zu behalten. Es ist jedoch zu erwarten, daß viele Generikahersteller versuchen werden, mit ihren Preisen in das untere Drittel hinein zu kommen, indem sie die Preise absenken, um im Geschäft zu bleiben. Das ist äußerst wünschenswert. Wer allerdings weiter vor-

wiegend Originale verordnet und aktiv die Substitution durch den Apotheker ausschließt, der läuft in die offen aufgestellten Messer der Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren.

Noch gibt es keine neuen Rezeptformulare, die dem Gesetzestext Rechnung tragen. Bis dahin gilt es jedoch, bereits den Umstellungsprozeß einzuleiten, wo noch Handlungsbedarf besteht. Auch sind Detailfragen bei den Darreichungsformen längst noch nicht alle geklärt. Da müssen die Experten noch einige Sitzungsstunden drehen.

Patientenwünsche auf Originalpräparate, obwohl generische Varianten vorhanden und zumutbar, sind allerdings unter den strengen Neuvorgaben nicht mehr zu erfüllen. Die Substitution ist dann Sache des Apothekers.

Was allerdings mit den vielen zurückgegebenen Arzneimittelpackungen werden wird, die erwartungs- und erfahrungsgemäß wegen angeblicher oder tatsächlicher Unverträglichkeit im Umstellungsprozeß auflaufen werden, ist noch nicht beantwortet. Der Arzt wird dieses Problem in die Offizin der Apotheke verlagern, denn schließlich hat er ja nicht substituiert, sondern der Apotheker. Der Apotheker muß die angeblich oder tatsächlich nicht vertragene Restpackung entsorgen, wird sich aber weigern, ein Alternativpräparat aus dem unteren Preisdrittel ohne ein erneutes Rezept, mit dem er gegenüber der Krankenkassen abrechnen kann, abzugeben.

Dreimal darf nun jeder raten, wer letztendlich für diese Fallkonstellation verantwortlich gemacht werden wird: Der Hausarzt! Vom „Verursacherprinzip“ haben die politischen Architekten dieser neuen Aut Idem-Regelung nur dann eine Ahnung, wenn andere belastet werden.

Dr. Jürgen Bausch

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



Strukturierte fachspezifische Fortbildung in der Inneren Medizin

Von Professor Dr. Dr. h. c. mult. Hanns Gotthard Lasch, Gießen

In der anhaltenden Diskussion um die Optimierung unseres Gesundheitswesens wird es dem Arzt nur dann möglich sein, seine zentrale Rolle in der Verantwortung für seine Patienten zu verteidigen bzw. auszubauen, wenn es ihm gelingt, seinen ärztlich medizinischen Ansatz auf hohem wissenschaftlich fundierten Niveau zu präsentieren und die zugrundeliegende Arzt-Patienten-Beziehung als zentrales Anliegen vor Politik und Inkompetenz zu schützen. Qualität ist also gefordert, wobei sich empirisch gewonnene eigene Erfahrung und immer wieder neu ergänzendes Wissen in einer für seine Patienten optimalen Synthese verbinden sollen. Und dies vor dem Hintergrund eines kaum mehr übersehbaren Zuwachses in den drei Grundwissenschaften, vor allen Dingen in der naturwissenschaftlichen Medizin, in der sich das Wissen nicht nur im Grundsätzlichen, sondern insbesondere auch im Detailwissen in den letzten 30 Jahren vervielfacht hat. Naturwissenschaft, Psychologie und Soziologie sind die drei Wurzeln, aus der sich die Wissenschaft der Medizin rekrutiert und die mit einer Fülle von neuen Ergebnissen zwingen, das ärztliche Angebot ständig zu erweitern und dabei Veraltetes, Überkommenes, ja sogar als schädlich Erkanntes über Bord zu werfen. Insbesondere sind es die Ergebnisse in der Molekularbiologie, in der Immunologie und in der Genetik, die zukunftssträchtige Perspektiven eröffnen und in der Therapie hoffnungsträchtige Entwicklungen verheißen. Naturgemäß haben sich so im Verlauf der mehr als letzten hundert Jahre die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten stark gewandelt. Von der klinischen Beobachtung der Kranken und ihrer empirischen Behandlung wandelt sich das den Internisten zur Verfügung stehende Spektrum schnell.

Die Diagnostik basiert sehr bald auf einem breiten Angebot bildgebender Verfahren, endoskopischer und elektrophysiologischer Methoden. Das Labor mit allen Möglichkeiten einer biomedizinischen Diagnostik liefert mehr und mehr den Hintergrund für immer mehr ins Detail gehende Diagnosen. Im Zeitalter der „evidence-based“ Medizin fußt die wissenschaftlich anzuwendende Therapie auf der Durchführung multizentrischer internationaler Studien, die eine klare Antwort auf wichtige therapeutisch klinische Fragen geben. Grundlagenwissenschaften und Klinik sind einander im engen Wechselspiel rückgekoppelt. Die moderne Klinik ist ohne die ständige Impulsgebung aus den Basiswissenschaften nicht mehr vorstellbar.

Getrennt lehren für ein Ziel

Die Aufteilung in Spezialitäten und Subspezialitäten ist die unmittelbare Folge eines zunehmenden Wissens, die auch in der Praxis ihren Einzug gehalten hat. Nach wie vor ist aber die Innere Medizin als verbindende integrative Kraft der Hintergrund, vor dem es gelingt, wissenschaftliche Medizin noch als Ganzes zu begreifen, d.h. den ganzen Menschen als Ziel ärztlichen Handelns zu verstehen.

So scheint es nur folgerichtig, wenn die Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung und ihr Vorsitzender ihren Internisten den Auftrag gegeben haben, die Fortbildung im Land Hessen neu zu strukturieren. Hier sollte modellhaft in

der Inneren Medizin der Versuch unternommen werden, systematisch und das gesamte Gebiet der Inneren Medizin erfassend in einem Zeitraum von 1 fi bis 2 Jahren eine Fortbildung anzubieten, die bei Bewährung auch von anderen Gebieten in ähnlicher Weise übernommen werden könnte. In einem ersten Schritt ist es gelungen, renommierte Vertreter der Teilgebiete der Inneren Medizin zur Mitarbeit an dem neuen Projekt zu gewinnen. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie und zusätzlich noch Intensivmedizin werden von Spezialisten vertreten mit dem Ziel, verantwortlich für ihr Teilgebiet und verbunden durch das indikative Band „Innere Medizin“ das Programm in der neuen Struktur zu gestalten. Zielgruppe der neu strukturierten Fortbildung sollen Fachärzte für Innere Medizin sein, aber auch in Weiterbildung stehende Ärzte und Ärzte im Praktikum haben Zutritt zu den Seminaren. Die Teilnehmerzahl bleibt zunächst unbegrenzt. Der Veranstaltungsort sollte nicht wechseln und immer Bad Nauheim sein. Am Ende der Sommerferien, Mitte Au-

Anzeige

Die Software für zeitgemäßes Praxismanagement!

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

Arztsoftware mit Herz

Jetzt unverbindlich informieren:
 Tel.: 0261/8 07 00-400
 Fax 0261/8 07 00-441
 oder im Internet
www.compumed.de

CompuMED
 Ihr Erfolg. Mit Sicherheit.



gust, wird mit dem Programm gestartet, ein Mittwoch-Nachmittag-Seminar pro Monat ist vorgesehen.

Es wird davon ausgegangen, daß es sich um Fortbildung auf hohem Niveau handelt, daß die zur Verfügung stehenden Leitlinien berücksichtigt werden, und daß von erfahrenen Rednern alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Kommunikation mit den Teilnehmern genutzt werden. Kasuistische Demonstrationen, die Verwendung eines TED-Systems, interdisziplinäre Fallseminare etc. werden zur Auflockerung des Stoffes beitragen, der sich vor dem Hintergrund der Erkenntnisse der Grundlagenwissenschaften entwickeln wird. Daß ausgesprochen Wert auf praktische Anwendungen gelegt werden soll, versteht sich in dem so angelegten Konzept von selbst.

Prospektive Evaluation der Seminare

Hinsichtlich der Überprüfung der bestehenden Lerninhalte wäre es denkbar, daß man dies nur anonym in Form einer Multiple-Choice-Abfrage durchführt. Diese Aussagen sind auch dann valide, wenn es um Themen geht, die zuvor ausführlich erörtert wurden. Dies beinhaltet aber auch, daß der Referent bereits bei seinem Erstvortrag diese Fragen formuliert, die sechs Monate später abgerufen werden, da nur so garantiert ist, daß die

freiwilligen Teilnehmer diese Abfrage akzeptieren. Gleichzeitig wird den einzelnen Teilnehmern ein Katalog der strukturierten Fragen vorgelegt werden. Telematische Beiträge sind ebenfalls möglich und geplant.

Sollte sich das Modell einer neustrukturierten Fortbildung bewähren, so können zwanglos auch Wiederholungskurse in der Inneren Medizin vor Ablegen der Facharztprüfung eingebaut werden. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin veranstaltet bundesweit bereits seit Jahren mit Hilfe der Fakultäten und der akademischen Lehrkrankenhäuser entsprechende Refreshingkurse, in denen die für die Facharztprüfung anstehenden Kollegen auf die Prüfung vorbereitet werden. In Hessen gibt es einen solchen Kurs bisher nicht, und die Akademie könnte hier eine weitere Aufgabe in der Qualifizierung ärztlichen Nachwuchses übernehmen. Natürlich müssen sich hier verschiedene Kliniken einschließlich der Universitäten des Landes mit allen ihren Rednern aus den einzelnen Teilgebieten beteiligen. Es wird bei Erfolg des Programms zu diskutieren sein, ob solche Refreshingkurse in Bad Nauheim stattfinden, oder ob sie besser an den einzelnen Kompetenzzentren gehalten werden sollen, wie es in vielen Bundesländern bereits der Fall ist.

lichen Praxis zu verlassen. Gewissermaßen zur Einstimmung auf das Vorhaben hat die Akademie beschlossen, den diesjährigen Frühjahrskongreß ganz unter das Motto „Fortbildung in der Inneren Medizin“ zu stellen. Im Sinne einer Update-Veranstaltung aus der Inneren Medizin werden Samstag, den 15. Juni 2002, in der Kongreßhalle in Bad Nauheim die einzelnen Teilgebiete der Inneren Medizin mit den aktuellsten neuen Ergebnissen in Forschung und klinischer Praxis sich vorstellen, (siehe Seite 225) wobei auch hinsichtlich der Therapie die letzten Erkenntnisse einer evidence-based-medicine zur Übernahme in den eigenen therapeutischen Standard angeboten werden sollen. Der Frühjahrskongreß wird ganztägig Perspektiven entwickeln, wie sich die Teilgebiete in der Inneren Medizin mit ihren neuesten Erkenntnissen integrieren und zukunftssträchtige Akzente für die im August einsetzende systematische Weiterbildung entwickeln werden. Der Frühjahrskongreß und die einzelnen Seminare werden auf den monatlichen Ankündigungsseiten der Akademie im Hessischen Ärzteblatt bekannt gegeben werden.

Mit dem vorliegenden Konzept einer strukturierten Fortbildung in der Inneren Medizin bietet die Akademie der Hessischen Ärztekammer ein Modell an, dessen Ziel es ist, Qualität im ärztlichen Beruf zu sichern. In der geplanten Struktur ist dieses Modell erstmalig in der Bundesrepublik und stellt den Versuch dar, Fortbildung auf hohem Niveau in der Inneren Medizin zu vermitteln und Anreiz zur Verbesserung des Angebotes für unsere Patienten zu sein. Es wird sich zeigen, ob die integrative Botschaft der Inneren Medizin ausreicht, mit dem ständigen Fortschritt der Wissenschaft Schritt zu halten und dem Arzt unserer Tage jene Sicherheit in seinem Beruf vermittelt, die er in seiner „persönlichen Medizin“ zur Verwirklichung der Aufgaben braucht.

Korrespondenzadresse:
Medizinische Klinik Universitätsklinikum
Klinikstraße 36
35392 Gießen

Anzeige

E | K | B
ENGEL | KNEBEL | 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

Start mit Updates Innere Medizin 15.6.2002

So steht zu hoffen, daß es im vorgegebenen Zeitraum gelingen wird, das Gesamtgebiet der Inneren Medizin so darzustellen, daß die sich Weiterbildenden Gelegenheit haben, ihr Wissen nicht nur zu überprüfen, sondern auch durch neueste Erkenntnisse zu ergänzen und Obsoletes im praktischen Angebot ihrer ärzt-

Manschettenresektionen am Gefäß- und Bronchialbaum der Lunge

J. Schirren*, F. Gambazzi*, S. Trainer*, Th. Muley** und I. Vogt-Moykopf**

*Klinik für Thoraxchirurgie (Chefarzt: Priv.-Doz. Dr. med. Joachim Schirren), Dr. Horst-Schmidt-Kliniken, Ludwig-Erhard-Str. 100, 65199 Wiesbaden

**Thoraxklinik Heidelberg-Rohrbach (em. Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Ingolf Vogt-Moykopf, Amalienstr. 5, 69126 Heidelberg)

Historie

Die ersten Resektionen von Bronchialkarzinomen waren durch ein zweizeitiges Vorgehen bestimmt. Im ersten Schritt wurden die Hilusstrukturen der Lunge ohne anatomische Präparation ligiert und dann im Intervall die infarzierten Lungenabschnitte entfernt (Allan und Smith, 1932). Dieses für heutige Verhältnisse untypische Vorgehen war notwendig, da es technisch nicht möglich war, die Hilusstrukturen der Lunge anatomisch zu präparieren und getrennt zu versorgen. Die erste einzeitige Lobektomie wurde dann von Brunn (1929) gewagt. Nissen führte 1931 die erste Pneumonektomie durch. Ein Jahr später wurde dieser Eingriff erstmals auch in den USA durch Graham und Singer (1932) vorgenommen. Die anatomische Operationstechnik entwickelte sich schnell. 1939 nahmen Churchill und Belsey die ersten Segmentresektionen vor. Die Pneumonektomie mit mediastinaler Lymphknotendissektion stellte Allison 1946 vor. Cahan (1960) löste die Pneumonektomie de principe mit seiner radikalen Lobektomie ab, zu der ebenfalls eine Lymphknotendissektion gehörte.

1947 wurde die erste Manschettenlobektomie von Price-Thomas (1956) ausgeführt, die erste Bifurkationsresektion wurde zeitgleich von Mathey et al. (1966) und Thompson et al. (1966) vorgenommen. Jensik et al. (1972) stellte anatomische Segmentresektionen als limitierte Resektionsverfahren für Patienten mit eingeschränkter Lungenfunktion vor.



Abb. 1: Schematische Darstellung der Indikationen zur klassischen Manschettenresektion des rechten bzw. des linken Oberlappens)

Onkologisch radikale, aber lungenfunktionserhaltende Resektionen prägen die moderne Thoraxchirurgie. 1985 beschrieben Toomes und Vogt-Moykopf die Transpositionslobektomie des Unterlappens bei oberer Manschettenbilobektomie.

Indikation

Prinzipiell lassen sich vier Indikationsgruppen für sogenannte Manschettenresektionen unterscheiden:

- ▶ Lokalisiertes zentrales Tumorwachstum (T3) im rechten oder linken Hauptbronchus

- ▶ Ein Tumor, der aus dem Lappenostium exophytisch herauswächst, oder durch kontinuierliches Wachstum aus dem Lungenlappen endoluminal bis an das Lappenostium heranreicht (T2, T3)
- ▶ Extrabronchiales Tumorwachstum proximal des Lappenbronchus mit Infiltration des peribronchialen Gewebes (T2, T3)
- ▶ Ein peripherer Tumor mit Befall der hilären Lymphknoten und Infiltration des Bronchus oder des peribronchialen Gewebes (N1)

Für die pulmonalarterielle Tangential-



und Segmentresektion gelten dieselben Indikationen aufgrund von Infiltration durch den Primärtumor oder der hilären Lymphknotenmetastasen.

Technik der Manschettenresektionen rechts

Der rechte Oberlappen mit dem Abschnitt des Hauptbronchus wird reseziert und der distale Abschnitt des Bronchus intermedius mit anhängendem Mittel- und Unterlappen werden anastomosiert. Diese Resektion wird auch als klassische Bronchusmanschette bezeichnet (Price-Thomas, 1956) (Abb. 1)

Wächst der Tumor aus dem Unterlappen über das Mittellappenniveau hinaus entlang dem Bronchus intermedius auf die Höhe des Oberlappenabgangs vor, so kann eine untere Bilobektomie mit Resektion des rechten Hauptbronchus und Reanastomosierung des tumorfreien Oberlappens die Pneumonektomie umgehen. Diese Resektionsform wird Y-Manschette genannt (Abb. 2) Eine Besonderheit sind die Manschettenresektionen bei oberer Bilobektomie. Hier wird nicht nur der rechte Hauptbronchus mit Oberlappen, Bronchus inter-

medius und Mittellappen reseziert, sondern häufig muß wegen der Tumorausdehnung noch der dazugehörige Abschnitt der Pulmonalarterie in die Resektion miteinbezogen werden.

Bei der oberen Bilobektomie mit und ohne Pulmonalarteriensegmentresektion können Defekte von über 6 cm an der Kontinuität des rechten Hauptbronchus entstehen. Auch mit einer weiten Perikardiotomie, die die Unterlappenvene mobilisieren kann, ist die Bronchusanastomose gelegentlich nicht spannungsfrei möglich. In dieser Situation wird die Unterlappenvene in die Vorhofeinführung des Oberlappens neu eingenäht. Diese Manschettenform wird als Transpositionslobektomie bezeichnet (Toomes und Vogt-Moykopf, 1985) (Abb. 3).

In Einzelfällen, z.B. bei in situ nicht resektablen Tumoren und eingeschränkter Lungenfunktion des Patienten, kann die Lunge zunächst entfernt und daraus extrakorporal ein tumorfreier Lappen isoliert werden. Die extrakorporale Präparation erleichtert die Rekonstruktion und Vorbereitung von schwierigen Gefäßanastomosen an Vene und Pulmonal-

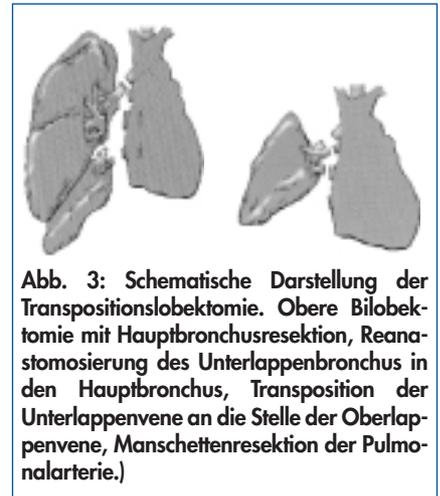


Abb. 3: Schematische Darstellung der Transpositionslobektomie. Obere Bilobektomie mit Hauptbronchusresektion, Reanastomosierung des Unterlappenbronchus in den Hauptbronchus, Transposition der Unterlappenvene an die Stelle der Oberlappenvene, Manschettenresektion der Pulmonalarterie.)

arterie. In der Tiefe der Thoraxhöhle können diese subtilen Techniken weniger sicher vorgenommen werden. Der extrakorporal präparierte Lungenlappen wird nun in der Reihenfolge Venenanastomose, Bronchusanastomose und zum Schluß Anastomose der Pulmonalarterie wieder an den Lungenhilus angeschlossen. Diese Rekonstruktion wird als Transpositionslobektomie mit Exkorporation bezeichnet (Vogt-Moykopf et al., 1994).



Abb. 2: Schematische Darstellung der Indikationen zur unteren Bilobektomie rechts mit Hauptbronchusresektion bzw. Unterlappenektomie links mit Hauptbronchusresektion und Y-Manschette des jeweiligen Oberlappens)

Technik der Manschettenresektion links

Auf der linken Seite besteht eine besonders enge anatomische Beziehung zwischen dem linken Hauptstamm der Pulmonalarterie und dem Hauptbronchus. Der zentrale Tumorsitz, der eine Manschettenresektion am Bronchus notwendig macht, kann neben einer Tangentialnaht an der Pulmonalarterie auch deren Segmentresektion erfordern. Nur so kann unter Vermeidung einer Pneumonektomie eine radikale Resektion (R0) erzielt werden (Pichlmayer u. Spelsberg, 1971; Vogt-Moykopf et al.; 1994b) (Abb. 4)

Analog der rechten Seite kann der tumorfreie Oberlappen durch eine Y-Manschette erhalten werden, wenn das Tumorwachstum über das Niveau des Absetzungsrandes des Unterlappenbronchus hinaus geht und auch der entsprechende Abschnitt des Hauptbronchus reseziert werden muß (Abb. 2)

Eine intraoperative Schnellschnittdiagnostik an den proximalen und distalen

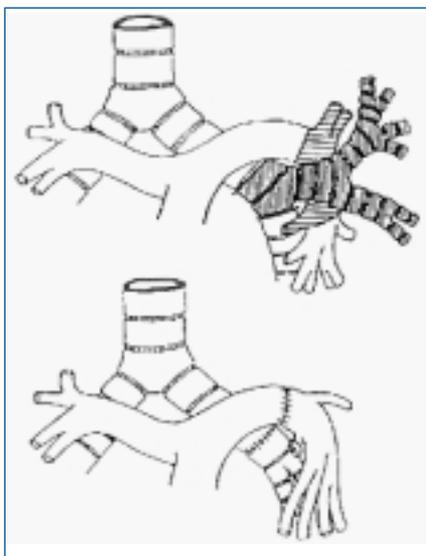


Abb. 4: Schematische Darstellung der Oberlappen-Doppelmanschette links. Oberlappenektomie mit Resektion des Hauptbronchus und Segmentresektion des benachbarten Anteils der Pulmonalarterie. Oben: Resektionsausmaß Unten: Anastomose von Unterlappenbronchus und Anastomose der Pulmonalarterie.

Resektionskanten der Manschette ist obligat. Die Anastomose der Bronchusenden erfolgt End-zu-End. Die häufig inkongruenten Lumina werden unter Lumenausgleich Stoß auf Stoß oder besser in Teleskoptechnik anastomosiert. Dies geschieht pericartilaginär in Einzelnahntechnik mit monofilem resorbierbarem Faden. Die Anastomose muß völlig spannungsfrei erfolgen.

Frühere Auffassungen, eine geringe Spannung sei erwünscht, um einem sog. kinking vorzubeugen, können nicht empfohlen werden. Eine spannungsfreie Anastomose mit petechialer Blutung an beiden Bronchusenden benötigt keine zusätzliche Abdeckung mit vitalem Gewebe. Die Anastomose der Pulmonalarterie erfolgt nach den üblichen gefäßchirurgischen Prinzipien mit monofilem nicht resorbierbarem Faden.

Intraoperativ wird die Anastomose bronchoskopisch kontrolliert. Hierbei muß besonders auf eventuelle Einengung von Segmentbronchien geachtet werden. Der Heilungsverlauf der Manschette wird bei unauffälliger Bronchialtoilettage zwischen dem 5.-7. postop. Tag endoskopisch kontrolliert. Sich anbahnende Komplikationen wie Nekrosen oder Dehiszenzen können durch die Bronchoskopie so frühzeitig und am sichersten erkannt werden. Allerdings ist es schwierig, zwischen oberflächlichen und tiefen Schleimhautnekrosen und gedeckten oder drohenden Dehiszenzen zu differenzieren.

Ergebnisse der Manschettenchirurgie

Von Oktober 1984 bis Dezember 1994 sind in der Thorax-Klinik Heidelberg-Rohrbach 2.464 Resektionen wegen Bronchialkarzinom vorgenommen worden; hierbei 254 (10,3 %) Segmentresektionen, 1.143 (46,4 %) Lobektomien/Bilobektomien und 601 (24,4 %) Pneumonektomien/Manschetten-Pneumonektomien. Hinzu kommen 466 (18,9 %) Manschettenresektionen am Bronchial- und Lungengefäßbaum. 19 Resektionen wurden als sog. Transpositionslobektomien durchgeführt. Dies zeigt insgesamt, daß mit der Manschettenchirurgie die Pneumonektomieerheblich gesenkt werden kann (Tabelle 1).

Bei 120 (4,6 %) weiteren Patienten erwies sich der Tumor erst intraoperativ als nicht resektabel. Diese Eingriffe mußten als Probethorakotomie abgebrochen werden.

Komplikationen

Die typische postoperative Komplikation ist die Anastomosensuffizienz. In 7,4 % der Fälle (n=37) trat dies auf, eine sekundäre Pneumonektomie (n=19) war in 3,8 % nötig. Ein Empyem entwickelte sich bei 19 (3,8 %) Patienten. Die 30-Tage-Letalität bewegt sich zwischen 7,6 % bei isolierten Bronchusmanschetten und bis zu 10 % bei kombinierten Doppelmanschetten. Erwähnenswert ist die Tatsache, daß die Komplikationshäufigkeit in den letzten Jahren abgenommen hat, da die Erfahrung mit dieser Chirurgie zugenommen hat. Das perioperative Management mit konsequenter Bronchoskopiekontrolle der Anastomosensheilung und der verbesserten Intensivmedizin haben hierzu wesentlich beigetragen.

Bei 16 % der Patienten trat ein Rezidiv auf, wobei – wenn möglich – sekundär pneumonektomiert oder sonst bestrahlt wurde. Eine ähnliche Rezidivhäufigkeit beschreibt Deslauriers et al. (1993).

Vorteile

Das Ausmaß der Resektion wird von der Größe und der Lokalisation des Tumors bestimmt. Während früher die Pneumonektomie de principe das Verfahren der Wahl darstellte, dominiert heute bei gleichwertiger onkologischer Radikalität die Lobektomie/Manschettenslobektomie. Diese Resektionsform

	Anzahl
Rechte Lunge	
Klassische Manschettenresektion Oberlappen	144
Manschettenresektion Mittellappen	3
Manschettenresektion bei oberer Bilobektomie	45
Y-Manschette bei unterer Bilobektomie	60
Partielle Bronchusmanschette	21
Linke Lunge	
Klassische Manschettenresektion Oberlappen	12
Isolierte Manschettenresektion Pulmonalarterie	13
Doppelmanschette (Bronchus + PA)	123
Y-Manschette bei Unterlappenresektion	45

Tab. 1: Organerhaltende Manschettenresektionen (Thoraxklinik Heidelberg-Rohrbach, 1984 - 1994)



ist für den Patienten weniger belastend als die Pneumonektomie. Bei postoperativ normaler Lungenfunktion bleibt die Arbeitsfähigkeit und die Lebensqualität für die Patienten voll erhalten. Außerdem können Patienten mit eingeschränkter Lungenfunktion noch einer kurativen Therapie zugeführt werden.

Für die modernen multimodalen Therapieverfahren beim Lungenkarzinom ergeben sich weitere Vorteile. Für eine adjuvante Chemotherapie bestehen keine Kontraindikationen. Eine für diese Therapie notwendige Hydratation kann ohne Gefahr der drohenden Rechtsherzbelastung appliziert werden.

Auch für die Alterschirurgie (>65 Jahre) ergeben sich hieraus weitreichende therapeutische Möglichkeiten. Die organerhaltenden Resektionen öffnet Therapiestrategien, die aufgrund der üblichen zahlreichen Begleitkrankheiten nicht realisierbar gewesen wären.

Zusammenfassung

Die onkologische Qualität der Manschettenchirurgie wird am besten mit einer stadienabhängigen Fünf-Jahresüberlebensanalyse geprüft (Tab. 2). Manschettenresektionen besitzen eine

p-Stadium	I	II	IIIa	IIIb
n	105	131	111	72
5 Jahre	51%	41%	25%	n. d.
Median (Monate)	73	42	24	15

Tab. 2: Stadienabhängiges Fünfjahresüberleben nach Manschettenresektion (R0) (1984 - 1994)

ebenbürtige onkologische Qualität, sie unterscheiden sich nicht von den Ergebnissen unserer konventionellen Resektionen und der Manschettenchirurgie anderer Autoren (Vogt-Moykopf et al., 1986; 1994; Naruke, 1989; Deslauriers et al., 1993). Das Überleben wird von der Radikalität des Eingriffs und vom Stadium bestimmt.

Literatur

Allan CI, Smith FJ (1932) Primary carcinoma of the lung with report of case treated by operation. *Surg Gynecol Obstet* 55:151

Allison PR (1946) Intrapericardial approach to the lung root in the treatment of bronchial carcinoma by dissection pneumonectomy. *J Thorac Surg* 15:99

Brunn HB (1929) Surgical principles underlying one-stage lobectomy. *Arch Surg* 18:490

Cahan WG (1960) Radical Lobectomy *J Thorac Surg* 39:555-572

Churchill E, Belsey HR (1939) Segmental pneumonectomy in bronchiectasis. *Ann Surg* 109:481

Deslauriers J (1986) Long-term clinical and functional results of sleeve lobectomy for primary lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 92:871

Deslauriers J, Mekram JR, Guimont C, Brisson J (1993) Staging and management of lung cancer: Sleeve Resection *World J Surg* 17: 712-718

Graham EA, Singer JJ (1933) Successful removal of the entire lung for carcinoma of the bronchus. *JAMA* 101: 1371

Jensik RJ, Faber LP, Milloy FJ, Monson DO (1972) Segmental resection for lung cancer. A fifteen year experience. *J Thorac Cardiovasc Surg* 66:563

Mathey J, Binet JP, Galey JJ (1966) Tracheal and tracheobronchial resections: Technique and results in 20 cases. *J Thorac Cardiovasc Surg* 51:1

Naruke T (1989) Bronchoplastic and bronchovascular procedures of the tracheobronchial tree in the management of lung cancer. *Chest* 96:535

Nissen R (1931) Exstirpation eines ganzen Lungenflügels. *Zentralblatt für Chirurgie*

Pichelmayer H, Spelsberg F (1971) Organerhaltende Operation des Bronchialkarzinoms. *Lanzenbecks Arch Chir.* 328:221

Price-Thomas C (1956) Conservative Resection of the Bronchial Tree *J R Coll Surg Edinb* 1:169-171

Schirren J, Muley T, Schneider P, Latzke L, Bülzebruck H, Vogt-Moykopf I (1998) Chirurgische Therapie des Bronchialkarzinoms pp. 232-269. In: Drings P, Vogt-Moykopf I (ed): Thoraxtumoren Diagnostik - Staging - gegenwärtiges Therapiekonzept. Zweite, völlig neu bearbeitete Auflage. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York

Schirren J, Muley T, Vogt-Moykopf I (2000) Sleeve lobectomy. pp. 399-410. In: Shields TW (ed): *General Thoracic Surgery Vol 1, 5th edn: Williams & Wilkins, Baltimore Philadelphia Hong Kong London München Sydney Tokyo*

Toomes H, Vogt-Moykopf I (1985) Conservative Resection for Lung Cancer: 88-99

Vogt-Moykopf I, Fritz T, Meyer G, Bülzebruck H, Daskos G (1986) Bronchoplastic and angioplastic operation in bronchial carcinoma: Long term results of a retrospective analysis from 1973 to 1983. *Int Surg* 71: 211-220

Vogt-Moykopf I, Trainer S, Schirren J (1994b) Sleeve lobectomy. pp. 452-460. In: Shields TW (ed): *General Thoracic Surgery Vol 1, 4th edn: Williams & Wilkins, Baltimore Philadelphia Hong Kong London München Sydney Tokyo*

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. med. Joachim Schirren
 Chefarzt der Klinik für Thoraxchirurgie
 HSK Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken GmbH
 Klinikum der Landeshauptstadt
 Wiesbaden
 Ludwig-Erhard-Straße 100
 65199 Wiesbaden

Kind-Philipp-Preis für pädiatrisch-onkologische Forschung

Die Kind-Philipp-Stiftung für Leukämieforschung im Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft vergibt für das Jahr 2002 ihren Forschungspreis für die beste wissenschaftliche Arbeit auf dem Gesamtgebiet der pädiatrisch-onkologischen Forschung im deutschsprachigen Raum. Der Preis ist mit 10.000 Euro dotiert.

Ausgezeichnet wird eine wissenschaftliche Arbeit, die 2002 veröffentlicht oder als Manuskript fertiggestellt wurde. Es können sich auch mehrere Autoren einer Arbeit gemeinsam bewerben. Soweit Arbeiten mehrere Verfasser aufweisen, muß klargestellt werden, wer sich um den Preis bewirbt. Von den Mitautoren, die sich nicht an der Bewerbung beteiligen, ist hierzu eine entsprechende Erklärung beizufügen.

Die Arbeit kann auch in englischer Sprache verfaßt sein. In diesem Fall muß eine Übersetzung oder eine deutsche Zusammenfassung beigelegt werden.

Es wird darum gebeten, die Bewerbungsunterlagen in fünffacher Ausfertigung bis zum 31. Dezember 2002 einzureichen beim Vorsitzenden der

Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie
 Professor Dr. H. Jürgens, Universität Münster,
 Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde
 - Pädiatrische Hämatologie/Onkologie -
 48129 Münster

Palliativmedizin und Hospizarbeit

Schnittstellen in der beruflichen und ehrenamtlichen Betreuung fortgeschritten Kranker und Sterbender

Dr. med. Wolfgang Spuck, Kassel

Die Palliativmedizin gehört zu den jüngeren, in der allgemeinen Versorgungsstruktur noch nicht etablierten Disziplinen der praktischen Medizin. Die Hospizidee, nur wenig älter, verfolgt als Bürgerbewegung in enger Kooperation mit der praktischen Palliativmedizin ähnliche Ziele: Kranke mit fortgeschrittenem, unheilbarem Leiden und Sterbende sollen die letzte Frist bis zum Tode selbstbestimmt und weitgehend von Beschwerden befreit leben können. Die Wege, auf denen dieses hochgesteckte Ziel verfolgt werden kann, sind Begleitung, Schmerz- und Symptomkontrolle, psychische und seelsorgerliche oder spirituelle Unterstützung. Die Ärzteschaft hat sich 1998 in den "Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung" zu dem Auftrag bekannt, Palliativmedizin anzubieten, die Autonomie sterbender Patienten zu wahren und zu unterstützen.

Stationäre oder ambulante Betreuung Sterbender?

Auch für Patienten im fortgeschrittenen Stadium unheilbarer Krankheiten gilt sowohl im Bereich der medizinischen als auch der pflegerischen Versorgung die Regel "ambulant vor stationär". Dieser Grundsatz ist in der Palliativmedizin und der Hospizarbeit nicht nur ökonomisch begründet, sondern die Umsetzung des häufigen Wunschs vieler Kranker, zu Hause bleiben und zu Hause sterben zu dürfen. Von Schätzungen in den 90er Jahren wissen wir allerdings, daß etwa 80-90 % aller Menschen in Krankenhäusern, seltener in Pflegeheimen versterben. Noch unmittelbar vor dem Tode wer-

den Patienten fast zwanghaft stationär eingewiesen, weil sich Angehörige und Behandelnde überfordert fühlen. Anlaß dieser Überforderung sind nicht beherrschte Symptome und intensive pflegerische Erfordernisse, die mit der aktuellen Struktur nicht zu bewältigen sind (z.B. 2-stündliche Lagerung, regelmäßiges Absaugen). Nicht selten zwingen fehlende häusliche Voraussetzungen für angemessene Pflege zur stationären Einweisung.

Ambulante Palliativmedizin und Hospizarbeit

Welche Ansprüche können symptomatische Tumorpatienten im fortgeschrittenen Stadium ihrer Krankheit an die hausärztliche Versorgung stellen? Die Palliativmedizin stand nicht in unserem ärztlichen Ausbildungskatalog, und im Angebot von Fortbildungen kommt Palliativmedizin – bezogen auf ihre Bedeutung für unsere Patienten – deutlich zu kurz. Das Desaster in der mangelhaften Umsetzung einer Schmerztherapie nach dem WHO-Stufenschema, insbesondere in der 3. Stufe mit Verwendung von Opiaten, ist hinreichend bekannt. In den vergangenen Jahren hat sich zwar die Verordnungshäufigkeit von Morphinum und seinen Abkömmlingen verbessert, sie liegt aber noch immer im untersten Viertel des europäischen Durchschnitts. Dieser Befund ist nur ein grober Indikator für die mangelhafte Umsetzung von Palliativmedizin in Deutschland. Auch in der Pflege engagieren sich ambulante Dienste in der Betreuung und Begleitung Sterbender. Der bekannte enge Zeitrahmen erlaubt jedoch nur im Ausnahmefall die Zu-

wendung, die das Pflegepersonal leisten möchte. Der Ausbildungsstand in Palliativpflege (palliative care) ist ähnlich mangelhaft wie der Ausbildungsstand in Palliativmedizin bei der Ärzteschaft. Auf dieses Defizit muß hingewiesen werden, weil es die Schnittstelle und die niedrige Schwelle zur stationären Versorgung – meist in ungeeigneten Einrichtungen – solcher Patienten bestimmt. Die Realität der ambulanten Palliativmedizin ist guter Wille und Improvisation, aber völlig unzureichende Qualität.

Die Initiative zu Verbesserungen in der Versorgung Schwerkranker und Sterbender geht oft von Hospizinitiativen aus, die ihren ergänzenden Auftrag in der Begleitung solcher Patienten und ihrer Angehörigen erfüllen. Die Vorbereitung dieser ehrenamtlich tätigen Hospizdienste und ihr Interesse an palliativmedizinischen Fragen hat eine Laienkompetenz wachsen lassen, die sie kritikfähig macht. Palliativmedizin und Hospizarbeit steht dadurch in einem Diskurs, der sich z.B. auf den Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin eindrucksvoll manifestiert.

Palliativstation oder stationäres Hospiz?

Im Sinne der Administration wird auf einer Palliativstation Krankenhausbehandlung geleistet, in einem stationären Hospiz Pflege. Wenn der Hausarzt bei einem Patienten mit einem fortgeschrittenen, nicht mehr kurativ behandelbaren Krebsleiden die Notwendigkeit einer Symptombehandlung erkennt, die er zu Hause nicht oder nur mit unzureichendem Erfolg durchfüh-

Abb. 1: Schnittstellen der Versorgungsstrukturen für Palliativpatienten

	gering		erheblich
Pflegeaufwand	ambulant mit Hospizdienst	Palliative-Care-Team	stationäres Hospiz
Defizit häusliche Bedingungen			
Defizit soziales Umfeld			
medizinisches Problem			Palliativstation

ren kann, dann ist Krankenhausbehandlung indiziert. Er wird einen solchen Patienten – sofern verfügbar - in eine Palliativstation einweisen, weil er hier die notwendige ärztliche und pflegerische Kompetenz für die Lösung des therapeutischen Problems erwarten kann. Das Behandlungsziel einer Palliativstation sind Schmerz- und Symptomkontrolle und, wenn möglich, die Entlassung nach Hause. Sie wird so vorbereitet, daß verbesserte Bedingungen für den Patienten und seine Angehörigen nach Entlassung hergestellt sind und Hausarzt und Pflegedienst die Behandlung unter günstigeren Bedingungen mit angemessener Begleitung von Patient und Angehörigen fortsetzen können. Aus diesem Grund kooperieren Palliativstationen mit Hospizdiensten.

Wenn das Defizit vorwiegend im pflegerischen Bereich liegt oder die Verhältnisse in der Wohnung des Patienten für Pflege ungeeignet sind, dann ist stationäre Pflege erforderlich. Die besonderen Bedürfnisse solcher Patienten erfordern dann Behandlung in einem stationären Hospiz. Die ärztliche Versorgung wird auch hier vom Hausarzt wahrgenommen.

Daraus folgt, daß der Weg von einer Palliativstation in ein stationäres Hospiz durchaus vorkommen kann, nachdem eine erfolgreiche Symptomkontrolle erreicht ist, die sozialen oder pflegerischen Voraussetzungen für eine Entlassung nach Hause jedoch fehlen. Umgekehrt ist auch eine Verlegung vom stationären Hospiz in eine Palliativstation möglich, wenn zwischenzeitlich eine bedeutsame Symptomatik kontinuierliche ärztliche Intervention und Beobachtung erfordert.

Entlassung von Palliativstation

Entlassungen von Palliativstationen in die hausärztliche und ambulant-pflegerische Betreuung sind das eine Ziel der Palliativmedizin. Dieser Weg gelingt in weniger als der Hälfte der Fälle. Das andere Ziel ist ähnlich dem des stationären Hospizes: dem schwerstleidenden Kranken für seine letzten Tage oder Wochen eine optimale Lebensqualität zu ermöglichen, so daß er schmerzfrei und ohne große Qualen seinen Lebensweg vollenden kann. Für die erste Zielsetzung ist eine gründliche Vorbereitung der Entlassung von Bedeutung: Den Patienten und insbesondere den Angehörigen müssen Ängste

vor Überforderung genommen werden, indem in allen Einzelheiten der Pflegeaufwand dargelegt und alle Ressourcen erläutert werden. Die Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt und dem ambulanten Pflgeteam in einem angemessenen Zeitraum vor Entlassung ist ein wichtiger Schritt für eine gründliche Versorgungsplanung, die Enttäuschungen über das Mißlingen des Wegs nach Hause vermeiden hilft. Zusätzlich sollten andere, nicht im SGB geregelte Hilfen rechtzeitig aktiviert werden. Ein Hospizdienst, der bereits auf der Palliativstation den Patienten und seine Angehörigen kennenlernt, begleitet den Weg nach Hause. Er ist in der Lage, rechtzeitig ein Defizit zu erkennen und gemeinsam mit den professionellen Diensten auszugleichen.

Die Lücke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Die Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbedarf

Tab. 1: Palliativstationen in Hessen ¹⁾

34121 Kassel Hansteinstraße 29	Kasseler Hospital Rotes Kreuz Krankenhaus	0561/ 3086 350 www.kasseler-hospital.de
37242 Bad Sooden-Allendorf Hardtstraße 13	Palliativstation Kalesse an der Sonnenberg-Klinik	05652/ 54940 www.wicker-kliniken.de
60311 Frankfurt/ Main Rechneigrabenstraße 12	Evangelisches Hospital für palliative Medizin	069/ 299879-0 www.palliativ-hospital.de
60488 Frankfurt/ Main Steinbacher Hohl 2-26	Onkol. Palliativstation am Krankenhaus Nordwest	069/ 76013380 www.onkologie-nordwest.de

Tab. 2: Stationäre Hospize in Hessen ¹⁾

34131 Kassel Konrad-Adenauer-Straße 1	Hospiz Kassel	0561/ 3169765 www.gesundbrunnen.org
35037 Marburg Rotenberg 60	St. Elisabeth-Hospiz	06421/ 935040
35781 Weilburg Obergasse 5	Haus Rudolf	06471/ 51680
60316 Frankfurt/ Main Sandweg 57	Franziskushaus ²⁾	069/ 9443680
65205 Wiesbaden Bahnstraße 9b	Hospiz Advena	0611/ 976200 www.wiesbadener-hospiz-gesellschaft.de

¹⁾ nach eigenen Angaben, Stand Mai 2001 (Sabatkowski, R., Radbruch, L., Müller, M., Nauck, F.: Hospiz- und Palliativführer 2002, Köln 2001)

²⁾ für AIDS-Patienten

von Hospiz- und Palliativpatienten ist schwer zu ziehen und hängt von dem Kranken, seinem Lebensumfeld, vom ambulanten Angebot und von den verfügbaren stationären Strukturen ab. Stationäre Einweisung ist auch hier eine individuell zu treffende ärztliche Entscheidung. Nicht selten wird auch in Bereichen guter Hospizversorgung und Ausstattung mit stationären Einheiten die Situation entstehen, daß neue oder verstärkte Symptome zur Einweisung ins Krankenhaus führen, weil im Hospiz gerade keine freien Betten verfügbar sind. Im nachhinein stellt sich oft der ursprünglich bedrohliche Zustand für den Erfahrenen als mit einfachen Mitteln zu lösendes Problem, oder als angstgetriggerte Symptomatik heraus. Der Weg von der Klinik zurück nach Hause stößt allerdings erneut auf angstvolle Widerstände, und so wird aus unter-

schiedlichen Gründen dem Wunsch des Patienten nicht entsprochen. Hier besteht also eine Versorgungslücke und ein Defizit an Brückenfunktionen.

Das Palliative-Care-Team

Palliative-Care-Teams schließen die Lücke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. In anglo-amerikanischen Ländern gehören sie zur Standardversorgung und sichern eine angemessene Betreuung zu Hause in Kooperation mit Hospizdiensten. In Deutschland existieren gegenwärtig zwei Palliative-Care-Teams, je eines in Göttingen und in Bonn¹⁾. Sie arbeiten ohne geregelte Finanzierung, im Modellversuch oder zu Lasten des Trägers. Home-Care nennt sich eine andere Form erweiterter ambulanter Betreuung, die in Berlin als vertragsärztliche Struktur aufgebaut wurde.

Palliative-Care-Teams verstehen sich als Angebot zur ergänzenden Versorgung. Sie arbeiten als konsiliarische oder praktisch beratende Institution auf Anforderung durch den Hausarzt oder den ambulanten Pflegedienst. So kann fehlende Kompetenz in speziellen Fragen ausgeglichen und der traditionelle hausärztliche Auftrag erfüllt werden, Kranke bis zum Lebensende zu behandeln und zu begleiten. Wir sollten alles daran setzen, die Kostenträger in die Pflicht zu nehmen und in Hessen Palliative-Care-Teams einzurichten.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel
Medizinische Klinik
Hansteinstraße 29
34121 Kassel

Nebenwirkungen

Das ist fürwahr ein schwieriges Kapitel mit den Nebenwirkungen, besonders mit jenen, die den ärztlichen Beipackzettel verschönern. Man ist geneigt, die Hinweise, Warnungen und Ausführungen hinzunehmen, weil man ja weiß, daß es aus juristischen Problemen nötig ist, gewisse Hinweise zu geben.

Diese Hinweise, in voller, oft an den Haaren herbeigezogener Ausschweifung, schützen aber den Hersteller wohl nur sehr selten.

Es mag in der Anamnese der Nebenwirkungen Fälle gegeben haben, die Hersteller oder verordnenden Arzt geschützt oder einem Prozeß eine andere Richtung gegeben haben.

Aber - wie so oft - was zu viel ist ist zu viel! Und das aus einem einfachen Grund: Der zweifelnde Patient, der sich nicht traut mit seinem Arzt zu sprechen, nimmt dieses Medikament nicht, ohne daß dieser Fall je an die Öffentlichkeit gekommen wäre. Sie kennen solche Fälle, liebe Kollegen,

haben darüber nur selten gesprochen? Und es wird immer mehr. Sie haben sicher Beipackzettel gelesen, über die Sie selbst nachdenken mußten oder den Kopf geschüttelt haben.

Der Apotheker, der dies auch alles weiß, wird sich nicht äußern, aber auch den Kopf schütteln. Da hilft nur noch eines im Vorfeld der aut idem "Gefahr". Die verehrten Hersteller werden gebeten, nur noch aufzulisten, was nicht schaden kann. Wir werden Platz sparen...

Wolfgang Weimershaus

Aushangpflichtige Gesetze?

Die Forum Verlag Herkert GmbH hat in den letzten Wochen offenbar zahlreiche Ärzte angeschrieben, um sie auf die Änderung der aushangpflichtigen Gesetze aufmerksam zu machen. Ausdrücklich genannt wurden das Mutterschutz-, Jugendarbeitsschutz-, Arbeits- und Ladenschlußgesetz. Der mehrfache Hinweis auf gesetzliche Sanktionen und Bußgelder bis 2.500 Euro wurde mit der dringenden Empfehlung verknüpft, die angeblich neuen aushangpflichtigen Gesetze „noch heute“ bei dem Unternehmen zu bestellen.

Die Wettbewerbszentrale hat das Unternehmen wegen eines

Verstoßes gegen §§ 1, 3 UWG abgemahnt. Das Ladenschlußgesetz müssen Ärzte selbstverständlich nicht aushängen, die übrigen Gesetze nur unter bestimmten Voraussetzungen. Im übrigen ist es zweifelhaft, ob die Aushangpflicht allein durch die Euro-Einführung tangiert wird und Behörden deshalb bereits die androhten hohen Bußgelder verhängen.

Der Verlag hat am 28. Januar 2002 die von der Wettbewerbszentrale geforderte Unterlassungserklärung abgegeben.

Wettbewerbszentrale, Bad Homburg v.d.H.



Geriatric in der medizinischen Versorgungskette - Sind die Weichen gestellt? -

Von Professor Dr. med. Werner Vogel, Hofgeismar

In der vorliegenden Übersicht soll die Entwicklung und der aktuelle Stand der deutschen und insbesondere der hessischen Geriatrie unter den Aspekten der qualitätsorientierten und evidenzbasierten Medizin dargestellt werden, um auch unter den Bedingungen des am 1. März 2002 vom Bundesrat beschlossenen Fallpauschalengesetzes Möglichkeiten einer bedarfsgerechten ambulanten und klinischen Versorgung mit Blick auf die vor uns liegenden Aufgaben aufzuzeigen.

Die Würfel sind gefallen: Die Krankenhausfinanzierung wird mit der Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) entscheidend geändert. Es ist ein offenes Geheimnis, daß die Gesetze des Marktes eine Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft nach sich ziehen werden. Kliniken, die sich einzeln oder im Verbund neben der Basisversorgung auf einträgliche Leistungen spezialisieren, werden im Kampf um höhere Fallzahlen und kürzere Verweildauern bestehen. Manche Klinik, die heute wohnortnah die klinisch-medizinische Grundversorgung wahrnimmt, muß um ihre Existenz fürchten.

Dieses Schicksal könnte auch die hessischen Geriatrien treffen, obwohl es sich bei der geriatrischen Versorgung um eine hochspezialisierte, mengenmäßig kalkulierbare und - angesichts der demographischen Entwicklung - zunehmend wichtige medizinische Tätigkeit handelt. Der Nachteil der Geriatrie ist, daß sie Patienten mit sog. „bad risks“, nämlich chronischen Erkrankungen, hohem Behinderungsgrad und regelhaft langen

Verweildauern versorgt, allesamt Voraussetzungen, die den Anreizen des Fallpauschalensystems entgegenstehen. Die unkritische Übernahme der unveränderten australischen Kalkulationsschemata würde in kürzester Zeit die Lebensfähigkeit der geriatrischen Krankenhausabteilungen und Tageskliniken zunichte machen. In Hessen wären die Folgen dramatisch, sind doch nahezu alle 1.200 Betten bzw. Tagesklinikplätze im Krankenhausbedarfsplan (nach § 108 SGB V) verankert¹.

Dies ist nicht in allen Bundesländern so: Rund ein Drittel der deutschen Geriatriebetten gehört dem Bereich der Rehakliniken² (nach § 111 SGB V) an, der vorerst von der DRG-Regelung ausgenommen ist. Die historisch bedingte unterschiedliche Anbindung der Geriatrie in den einzelnen Bundesländern hat gerade im Vorfeld der neuen Gesetzgebung eine alte Grundsatzdiskussion um die Frage wieder aufleben lassen, ob nicht alle Geriatrien im Rehabereich angesiedelt sein sollten, zumal die rehabilitativen Aspekte stets einen wichtigen Schwerpunkt in der Geriatrie bilden und sogar gesetzlich³ gefordert sind (Stichwort „Reha vor Pflege“). Die in der organbezogenen Medizin übliche Trennung zwischen Akut- und rehabilitativer Medizin erscheint zunächst logisch und kommt den leistungsrechtlich orientierten Vorstellungen der Krankenkassen entgegen.

Das hessische Geriatriekonzept - bewährt und zukunftsweisend

Dennoch halten in Hessen Leistungs- und Kostenträger an den Aussagen des vom Hessischen Sozialministe-

rium unter Mitwirkung der Landesärztekammer im Jahr 1992 herausgegebenen und noch immer bewährten Geriatriekonzepts⁴ fest. Und das aus gutem Grund: Hessen kann nicht nur auf die längste Tradition der geriatrischen Versorgung in Deutschland, sondern auch auf eine umfangreiche, durch Begleitforschung wissenschaftlich untermauerte Erfahrung zurückblicken: Die erste deutsche geriatrische Fachklinik ging vor 35 Jahren im nordhessischen Hofgeismar in Betrieb, die erste geriatrische Tagesklinik vor 30 Jahren in Frankfurt-Hoechst. Aus diesen Anfängen heraus hat sich in allen Bundesländern mittlerweile ein starkes Netz von ca. 300 klinisch-geriatrischen Einrichtungen mit rund 20.000 Betten bzw. Tagesklinikplätzen entwickelt, die aus der deutschen Krankenhauslandschaft nicht mehr wegzudenken sind.

In Hessen gibt es insgesamt 24 Geriatrien, von denen 22 im Krankenhausbereich angesiedelt sind. Selbstverständlich nehmen sie nicht nur akutmedizinische, sondern - dank ihrer Ausstattung mit multidisziplinären therapeutischen Teams - von Anfang an auch rehabilitative Aufgaben wahr. Wissenschaftliche Erkenntnisse der Kasseler Studie⁵ Mitte der 80er Jahre und des Wiesbadener Modellprojekts⁶ in den 90er Jahren waren für die Krankenkassenverbände entscheidend, sich für die „einstufige, fallabschließende“ fachgeriatrische Behandlung im Krankenhaus auszusprechen. Der Grund liegt auf der Hand: Nach Abschluß der Akutversorgung und ggf. Verlegung in die Geriatrie soll die Wiedereingliederung in die häusliche Umgebung möglichst

schnell und ohne Umwege erfolgen. Ein (weiterer) Klinikwechsel erweist sich nicht nur für den Behandlungsfortschritt hochbetagter Patienten als nachteilig, sondern wird in aller Regel von diesen auch ausdrücklich nicht gewünscht. Trotz der grundsätzlichen Akzeptanz der einstufigen Vorgehensweise durch die Kostenträger gibt es leider immer wieder unterschiedliche Auffassungen darüber, wo die Abgrenzung der „akuten“ von der „rehabilitativen“ Phase der Behandlung zu ziehen sei. Eine derartige, leistungsrechtlich vorgegebene Grenze ist aus medizinischer Sicht für den geriatrischen Patienten kontraproduktiv, da für ihn die akute und rehabilitative Behandlung im Sinn eines Kontinuums simultan stattfindet, analog der sog. Frührehabilitation bei der Schlaganfallbehandlung, die regelhaft als Aufgabe des (Akut-)Krankenhauses verstanden wird. Der Begriff „Akutgeriatrie“ macht daher wenig Sinn⁷; es gibt auch keine „Akutinnere“ oder „Akutpädiatrie“. Die Tatsache, daß ein Patient sich in einer Klinik befindet, die leistungsrechtlich der Akutmedizin zugeordnet wird, darf nicht dazu führen, daß ihm eine Behandlung vorenthalten wird mit dem Argument, die Behandlung sei teilweise oder überwiegend rehabilitativ und könne daher auch in einer kostengünstigeren (?) Rehabilitationseinrichtung erfolgen.

Die Stärke des geriatrischen Versorgungssystems in Hessen liegt darin, daß ein geriatrischer Patient nicht nur vom Beginn der Erkrankung an die Klinisch-geriatrische Behandlung aus einer Hand erhält, sondern daß er auf sie auch einen Rechtsanspruch hat. Denn Krankenhausbehandlung ist eine obligatorische Leistung der Krankenkassen, während Rehabilitation als „Kann-Leistung“ stets genehmigungspflichtig ist und auch verweigert werden kann. Wenn Kosteneinsparung zwingend notwendig ist, sind die Reserven in der konsequenten, leitliniengestützten Lenkung von Patientenströmen (sog. clinical path-

ways) zu suchen. Es dient den Kranken mehr, notwendige Maßnahmen zu rationalisieren statt sie zu rationieren.

Qualitätssicherung

Alle hessischen Geriatrien nehmen an der externen Qualitätssicherung „Gemidas“⁸ (Geriatrisches Minimum Data Set) teil, einem seit 1996 verwendeten bundesweit einheitlichen Erfassungssystem der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Klinisch-Geriatrischer Einrichtungen e.V. und ihrer regionalen Organisation, der Länderarbeitsgemeinschaft (LAG) Hessen-Thüringen. Es beruht auf der Dokumentation der Ergebnisse des geriatrischen Assessments, das als wichtigstes Instrument der geriatrischen Arbeit im multiprofessionellen Team gilt. Die Daten werden der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH)⁹ zugeleitet, die sie regelmäßig den hessischen Einrichtungen zur Verfügung stellt. Diese können eventuelle Abweichungen von den Mittelwerten aller Teilnehmer der BAG bzw. der LAG überprüfen und bewerten. Die GQH, eine von den Kostenträgern, der Hessischen Krankenhausgesellschaft und der Landesärztekammer initiierten unabhängigen Institution, sorgt kontinuierlich für die Analyse, Interpretation und ggf. einzuleitende Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung mit Hilfe ihres interdisziplinär besetzten Fachausschusses Geriatrie. Gemessen an der Vollzählig-

keit der Teilnehmer, der Kontinuität des Datenflusses und der kritischen internen wie externen Qualitätssicherung nimmt die hessische Geriatrie eine Spitzenstellung innerhalb der deutschen Geriatrie ein.

Langzeitergebnisse

Mit Hilfe von Gemidas konnten Folgeprojekte zur Bewertung des Langzeiterfolges klinisch-geriatrischer Behandlung durchgeführt werden. In mehreren Zentren (Wiesbaden, Frankfurt, Hofgeismar) konnte in Nachbeobachtungsstudien¹⁰ gezeigt werden, daß aus der Geriatrie entlassene Patienten zu rund 70-80 % in nachhaltig gebesserterem Zustand nach sechs bzw. zwölf Monaten noch zu Hause leben können, während der Anteil der Pflegeheimbewohner nur 15-20 % beträgt.

Dies korrespondiert mit der sog. Schleswig-Holstein-Studie¹¹, in welcher die Ergebnisse der geriatrischen Versorgung mit denen der konventionellen Krankenhausbehandlung verglichen wurden: Aus der Geriatrie wurden 73 % der Patienten nach Hause entlassen und 56 % lebten dort noch nach einem Jahr; in der konventionell behandelten Kontrollgruppe wurden nur 53 % nach Hause entlassen und 37 % lebten dort nach einem Jahr. Die effizientere geriatrische Behandlung war dabei nicht teurer, sondern insgesamt sogar etwas kostengünstiger als die konventionelle.

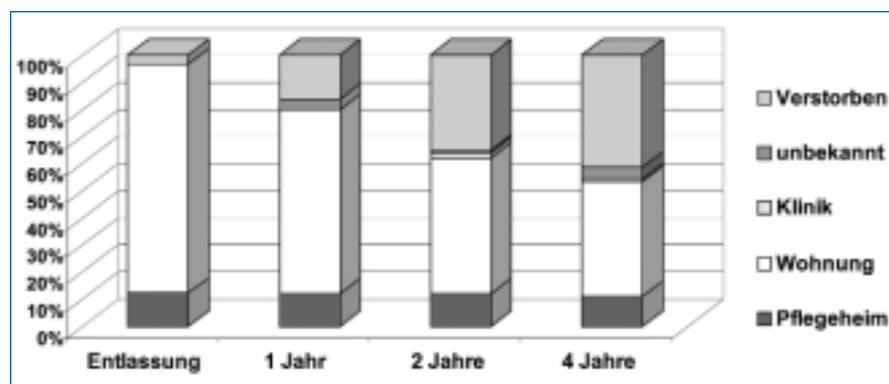


Abbildung: Aufenthaltsort nach stationärer Behandlung in einer geriatrischen Klinik (N= 1000) Die Mortalität ist in den ersten zwei Jahren am höchsten. Bei den Überlebenden bleibt die absolute Zahl der Pflegeheimbewohner konstant, der Anteil der zu Hause lebenden Patienten liegt prozentual zwischen 84 % und 77 %, nur wenige Patienten sind zum jeweiligen Befragungszeitpunkt in der Klinik. (nach Vogel, 2001)



Zwischenzeitlich wurde der positive Effekt der Hofgeismarer Studie über eine inzwischen vierjährige Nachbeobachtungsdauer bestätigt¹²: Der Anteil derjenigen überlebenden Patienten, die zu Hause betreut werden konnten, lag nach zwei Jahren bei 79 % und nach vier Jahren bei 77 %. Diese Befunde sprechen dafür, daß konsequente geriatrische Behandlung auch bei hochbetagten und multimorbiden Patienten nicht nur effektiv ist, sondern das Sozialsystem in puncto Pflegekosten auch finanziell erheblich entlastet (vgl. Abb).

Wissenstransfer

Geriatrisches Wissen muß künftig von vornherein in der universitären Ausbildung vermittelt und geprüft werden. Die Etablierung mindestens eines Lehrstuhls für Geriatrie in Hessen ist daher eine lange bestehende, dringliche Forderung.

Ergebnisse der gerontologischen Grundlagen- wie der geriatrischen Forschung müssen in die Altersmedizin, aber auch in andere Fächer Eingang finden, und zwar im Sinne der evidenzbasierten Medizin mit Entwicklung von Leitlinien. Vordringlich ist die Implementierung geriatrischen Wissens in die ambulante Versorgung. Hierzu sind qualifizierte Fortbildungsangebote (jährliche Geriatrietage, Bad Nauheimer Tagungen, Frankfurter Internationale Symposien, seit Jahren organisiert von H. Werner, Darmstadt) etabliert, die ebenso Resonanz finden wie lokale Tagungen einzelner Zentren. Am wichtigsten sind jedoch die fallbezogenen fachlichen Erörterungen innerhalb geriatrischer Qualitätszirkel (zertifiziert durch die Landesärztekammer) und der geriatrischen Konsile (deren Effizienz von W. Knauf in Wiesbaden eindrucksvoll belegt werden konnte¹³). Hospitationen im Rahmen des 160stündigen geriatrischen Curriculums für Hausärzte (vom Berufsverband Deutsche Allgemeinärzte und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie organisiert) haben bereits mehrfach mit Erfolg in den Geriatriezentren in Darmstadt, Wiesbaden und Hofgeismar stattgefunden. Auch die Kassenärztliche Vereinigung ist mit eigenen regelmäßigen Publi-

kationen zu geriatrischen Themen aktiv geworden. Insgesamt muß die geriatrische Fortbildungsaktivität in Hessen als erfreulich weit entwickelt bewertet werden.

Weiterbildung

In der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen ebenso wie in den anderen Bundesländern ist die fakultative Weiterbildung Klinische Geriatrie die einzige Möglichkeit, sich in geriatrischer Medizin zu qualifizieren. Neben den Chefärzten geriatrischer Kliniken (ausschließlich Internisten) sind auch einige Allgemeinmediziner, Neurologen und Psychiater ermächtigt, diese Weiterbildung durchzuführen.

Bei der anstehenden Novellierung der Weiterbildungsordnung wird die fakultative Weiterbildung Klinische Geriatrie entfallen. Daher fordern die Geriatrischen Fachgesellschaften, die Hessischen Geriater und die BAG, einen Schwerpunkt Klinische Geriatrie im Rahmen der Inneren Medizin zu etablieren. Dies hat einerseits fachliche Gründe, ein Schwerpunkt Klinische Geriatrie trägt außerdem der demographischen Entwicklung, der zunehmenden wissenschaftlichen Bedeutung des Fachs, der Notwendigkeit der Medizinischen Versorgung alter Menschen und auch der Entwicklung in den meisten europäischen Ländern Rechnung¹⁴. Aus den Inhabern des Schwerpunkts Klinische Geriatrie können die zukünftigen Leiter Geriatrischer Kliniken/Fachabteilungen rekrutiert werden. Darüber hinaus ist es aber auch dringend notwendig, andere medizinische Fachbereiche geriatrisch zu qualifizieren, die im ambulanten Bereich tätig sind. Die von der Bundesärztekammer nach Anhörung der Fachgesellschaften favorisierte Einstufung als Bereich wäre für diejenigen Fachkollegen geeignet, die sich an der geriatrischen Versorgung im ambulanten Bereich beteiligen, insbesondere Allgemeinmediziner, hausärztliche Internisten, Neurologen, Psychiater, Urologen und Orthopäden.

Ein Bereich ist aber sicher nicht ausreichend, um Kollegen auf die fachlich

hochspezialisierte, selbstverantwortliche ärztliche Tätigkeit oder Leitung in einer geriatrischen Klinik oder Fachabteilung vorzubereiten.

Die eindringliche Forderung der Hessischen Geriater und auch der Geriater in anderen Bundesländern sowie der BAG lautet daher: Klinische Geriatrie als Schwerpunkt der Inneren Medizin und als Bereich Geriatrie für alle anderen Fachgebiete, die sich an der ambulanten geriatrischen Versorgung beteiligen.

Ausblick

Aus Sicht der Geriater gibt es keine Alternative für eine leistungsfähige Geriatrie und deren konsequente Weiterentwicklung im Netzwerk der medizinischen Versorgung. Nach Mitteilung des Hessischen Sozialministeriums wird der Anteil der Senioren (über 65 Jahre) bis zum Jahr 2020 um 31 %, der Hochaltrigen (über 75 Jahre) um 48 % und der regelmäßig Pflegebedürftigen um 33 % steigen. Die Instrumente der Klinischen Medizin und der Klinischen wie ambulanten Geriatrie werden also dringend gebraucht, um die sehr wohl vorhandenen Potentiale der älteren Menschen zu nutzen, ein zufriedenes, weitgehend selbstbestimmtes Leben in dem von ihnen selbst gewählten Umfeld führen zu können. Die Einführung der DRGs bedroht das Hessische Geriatriekonzept in seiner Substanz. Sie darf nicht dazu führen, daß unsere älteren Mitbürger, wenn sie durch Krankheit in ihrer Selbstständigkeit bedroht sind, auf dieses exzellente Behandlungsangebot verzichten müssen. Sie wären die ersten Verlierer des neuen Vergütungssystems.

* Die hochgestellten Ziffern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, zu beziehen beim Verfasser.

Anschrift des Verfassers:
Vorsitzender der LAG Hessen-Thüringen der
BAG Klinisch-Geriatriischer Einrichtungen e.V.
Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen
- Zentrum für Geriatrie -
34369 Hofgeismar



Bericht über die Arbeit der Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungen im Bereich der Landesärztekammer Hessen

Wir möchten Ihnen über die Ergebnisse unserer Arbeit im Jahr 2001 berichten, einer Arbeit, der die Gutachterstelle seit nun fast 25 Jahren nachgeht (sie wurde 1977 gegründet), die aber offensichtlich nicht unerheblichen Teilen der hessischen Ärzteschaft immer noch weithin unbekannt ist. Jedenfalls erfährt man aus Briefen und bei vielen Telefonaten, daß von unserer Aufgabe und deren Abwicklung oft seltsame Vorstellungen bestehen. Aber es ist ja gut so, daß wir mit so wenigen Ärzten zu tun haben, denn wir gehen - soviel sei noch verraten - der Frage nach, ob es bei ärztlichen Behandlungen zu vermeidbaren Fehlern gekommen ist. Wir tun dies, um nach Möglichkeit Patienten und Ärzten zeitraubende und teure Gerichtsverfahren zu ersparen. Wiederholte Recherchen der verschiedenen Gutachterstellen im Bundesgebiet haben belegt, daß dieses Ziel in etwa 90 % der bei uns anhängigen Fälle erreicht wird; auch in den restlichen 10 %, in denen noch ein gerichtliches Verfahren folgt, ändert sich an der medizinischen Bewertung selten etwas.

Daß diese Arbeit weithin akzeptiert wird, zeigen die objektiven Zahlen, auf die nun eingegangen werden soll.

Antragsflut steigt

Im Jahr 2001 wurden bei unserer Gutachterstelle 791 Anträge eingereicht (Klammer jeweils 2000: 728), also 8,65 % mehr. Aus den Vorjahren kamen 591 unerledigte Verfahren hinzu. Es konnten 743 Verfahren abgeschlossen werden, also 12 % mehr als im Vorjahr (662). In 215 Verfahren waren Gutachten nicht erforderlich, wobei die Gründe von Unzuständigkeit der Stelle bis zum letztlich mangelnden Interesse der Patienten am Verfahren reichten.

In 528 Fällen wurden Gutachten eingeholt, in 244 Fällen (=46 %) war noch

eine Kommissionsentscheidung erforderlich (2000: 48 %).

Abweichend vom Gutachten wurde in acht Sachen kein Fehler, in 18 Fällen ein Fehler festgestellt. Knapp 90 % der Gutachten wurden also bestätigt, gelegentlich mit anderer oder ergänzender Begründung. Dabei muß berücksichtigt werden, daß nicht selten erst durch die Gutachten Beteiligte dazu angeregt werden, ihre Darstellung zu ergänzen oder fehlende Unterlagen beizubringen.

Sinkende Fehlerquote

Vermeidbare ärztliche Fehler (in Diagnose, Therapie und Aufklärung) wurden in 32 % der Gesamtzahl der entschiedenen Fälle festgestellt, allerdings nur in 25,5 % aller Fälle auch ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Fehler und einem gesundheitlichen Schaden des Patienten (Vorjahr: 35 bzw. 30,6 %). Diese Zahlen halten sich im Rahmen der Ergebnisse anderer Gutachterstellen. Wir verzichten hier bewußt darauf, die Fehlerquote nach Fachgebieten aufzufächern, weil sich damit alles und nichts beweisen läßt. Zu einer sehr differenzierenden Betrachtung ist hier nicht der Raum.

Welche Schlüsse kann man aus diesen Zahlen sonst ziehen? Zunächst einmal mit Sicherheit nicht den, „Ärztepfusch“ (das Zugpferd der Medien) sei an der Tagesordnung. Der Mensch ist kein Kraftfahrzeug, das man jederzeit in der Werkstatt wieder in einen technisch einwandfreien Zustand versetzen kann (obwohl auch das nicht selten mißlingt). Patienten vergessen oder verdrängen dies oft. Dafür gibt es leider auch Gründe, die aus ärztlicher Sicht „hausgemacht“ sind. Durch den von Gesundheitspolitikern gewünschten Wettbewerb der „Leistungserbringer“ (früher schlicht Ärzte genannt) kommt es häufig zu Anprei-

sungen ärztlicher Möglichkeiten und technischer Leistungen, die die Unwägbarkeit der menschlichen Natur auszublenken scheinen und dem Leser/Hörer den jederzeit möglichen Erfolg geradezu suggerieren. Häufig fehlt es auch an einem vertrauensvollen und offenen Gespräch über Diagnose und Therapie, so daß Patienten nicht selten erst in unserem Verfahren - und damit zu spät - von ihrem Arzt zu hören bekommen, was schief gelaufen ist und weshalb.

Der Einfluß des Sozialrechts

Die ständig steigenden Antragszahlen hängen mit anderen Faktoren zusammen, die nicht unterschätzt werden sollten. Es ist nicht nur ein heute ohnehin verbreitetes Anspruchsdenken der Patienten, sondern es sind auch immer mehr Krankenversicherer, die ihre Versicherer dazu anhalten, sich an uns zu wenden, um - im Erfolgsfall - Regreßansprüche der Kassen anzumelden - eine Folge der allgemeinen Kassendefizite. Patienten weisen uns auf den Rat ihres Versicherers hin, und die Versicherer fragen oft nach einiger Zeit unverblümt nach den Ergebnissen unseres Verfahrens. An dieser Entwicklung ist kaum etwas zu ändern, aber sie beeinflußt natürlich in starkem Maß das Niveau der Haftpflichtversicherungsprämien.

Eine weitere konfliktreiche Entwicklung kommt auf uns zu. Die Spannungen zwischen Haftungsrecht und Sozialrecht werden größer. Einerseits haben Kassen- wie Privatpatienten Anspruch auf eine Behandlung, die dem medizinischen Standard voll entspricht, selbst wenn der kassenärztliche Vertragsarzt seine Leistungen nicht kostendeckend vergütet bekommt oder bei Budgetüberschreitungen ein Regreß droht. Andererseits gibt es in der kassenärztlichen Versorgung Leistungsbegren-



zungen: nur die von dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien empfohlenen und in den EBM aufgenommene neue Diagnose- und Therapieverfahren dürfen angewendet und abgerechnet werden. Dies kann dazu führen, daß der medizinische Standard vom Arzt nicht gewahrt werden kann. Haftet er dann? Wohl nicht. Oder muß der Arzt den Patienten auf die Möglichkeit hinweisen, auf eigene Kosten eine von der GKV nicht anerkannte, medizinisch sinnvolle Behandlung zu erhalten? Wohl eher. Wir

hatten solche Fälle noch nicht zu entscheiden, aber die Dinge sind im Fluß.

Ausblick

So bedrückend die Flut von Anträgen oft auch ist, so dankbar können wir für die unermüdliche Hilfe unserer ärztlichen Sachverständigen sein, die uns mit Rat und Tat in dieser Situation zur Seite stehen. Gerade im vergangenen Jahr hat sich ihr Kreis in allen Fachgebieten noch einmal erheblich erweitert. Die hessische Ärzteschaft schuldet diesen Kollegen großen Dank für eine oft schwierige Ar-

beit, die sie meist neben Klinik und Praxis für alle auf sich nehmen. –

Ich darf nicht verschweigen, daß unsere Gutachterstelle personell und technisch an ihre Grenzen gestoßen ist, eine Steigerung der Erledigungen wie bisher ist nicht mehr möglich, die Rückstände werden wachsen. So bedauerlich dies von der Sache her ist: auch hier Knappheit der Ressourcen!

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

Adreßbuchschwindel gegenüber Ärzten

Eine Firma MV Medien Verlagsgesellschaft für Branchenanzeigen mbH, Kassel, warb im Januar 2002 in erster Linie gegenüber Ärzten mit einem Formular „Branchenanzeigen“ für Eintragungen in einem Datenverzeichnis. Da die von anderen Versendern bereits hinlänglich bekannten Formulare den täuschenden Eindruck einer Rechnung erweckten, mußte der DSW nach reaktionsloser Abmahnung ein Verfügungsverfahren einleiten. Das Landgericht Kassel gab dem Antrag des DSW mit Verfügungs-

beschuß vom 12.2.2002 (AZ 9 O 290/02) statt. Der Beschluß richtet sich nicht nur gegen die Firma MV Medien selbst, sondern auch persönlich gegen den Geschäftsführer Dirk Sachse. Zugestellt wurde der Verfügungsbeschuß am 15.2.2002, er ist jedoch bislang noch nicht bestandskräftig. Mit dem Verfügungsbeschuß wird es der Firma MV Medien unter Androhung eines Ordnungsgeldes in Höhe von 250.000,00 Euro untersagt, weiterhin das streitgegenständliche Formular zu versenden.

Betroffene, die irrtümlich Zahlung auf ein solches Formular geleistet haben, sollten den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten und mit Nachdruck schnellstmöglich ihre Rückforderungsansprüche geltend machen.

Weitere Auskünfte zum Verfahren kann Rechtsanwalt Solf Mitgliedern des Schutzverbandes unter dem AZ DSW 30022/02 erteilen.

Deutscher Schutzverband gegen Wirtschaftskriminalität, Bad Homburg

Briefe an die Schriftleitung

Ich möchte Ihnen nur kurz ein Lob für die Hessischen Ärzteblätter 1/2002 und 2/2002 aussprechen.

Ich habe das Gefühl, daß „unser“ Ärzteblatt noch nie (seit ich es beziehe = seit etwa 20 Jahren...) so gut lesbar und redaktionell so interessant gestaltet war wie die beiden letzten Ausgaben.

Interessantes aus der Standespolitik sind mit gut verdaulichen und praxisnahen Artikeln zu medizinischen Sachthemen perfekt verbunden...wie ich leider auch weiter feststellen muß: im Gegensatz zum „Deutschen Ärzteblatt“...

Weiter so!

Dr. Thomas Boeder, Asslar

Rückruf des Arzneimittels Human-Albumin Dessau

Das Hessische Sozialministerium hat am 20.2.2002 die LÄKH informiert, daß für folgende Arzneimittel-Chargen (Infusionslösungen) wegen pharmazeutischer Qualitätsmängel der sofortige Rückruf angeordnet wurde:

- ▶ Human - Albumin 50 „Dessau“
(Ch.-B.: 1060499, 1070499, 1140900, 1211099)
- ▶ Human - Albumin 200 „Dessau“ (Ch.-B.: 1241200)
Hersteller: Pharma Dessau GmbH, 06846 Dessau

Vorgenannte Arzneimittel dürfen nicht mehr verwendet werden! Sollten in zeitlichem Zusammenhang mit der Anwendung vorgenannter Arzneimittel unerwünschte Wirkungen beobachtet worden sein, bitten wir, diese zu dokumentieren und der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft zu melden.

Zunahme von Wettbewerbsstreitigkeiten im Gesundheitswesen

Wettbewerbszentrale berichtet über Tätigkeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens

Die Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs (Wettbewerbszentrale) stellt eine Zunahme von Wettbewerbsstreitigkeiten im Bereich des Gesundheitswesens fest. Die Anzahl der Beschwerden hat im letzten Jahr um ca. 10 % im Vergleich zum Vorjahr zugenommen. Diese Steigerung führt die Wettbewerbszentrale auf den Kostendruck und den härteren Wettbewerb – insbesondere der Krankenkassen – zurück.

Im letzten Jahr wurden ca. 2.000 Beschwerden und Anfragen aus dem Gesundheitsbereich an die Wettbewerbszentrale herangetragen. In 68 Fällen wurden Gerichtsverfahren eingeleitet.

Die Mehrzahl der Beschwerden betraf den Apothekenbereich. Der Versandhandel von Arzneimitteln, der aus Verbraucherschutzgründen nach wie vor in Deutschland verboten ist, beschäftigte die Wettbewerbszentrale mehrfach. Die Fälle betrafen u.a. den Bezug von Arzneimitteln per Internet und aus dem Ausland. In zwei Fällen mußten die Gerichte auf Initiative der Wettbewerbszentrale Apothekern den Versandhandel mit Impfstoffen untersagen. Während der eine Apotheker Justizvollzugsanstalten belieferte, warb der andere Apotheker bundesweit bei Ärzten für den Versand von Impfstoffen und versandte die Präparate dann auch quer durch die Republik, was ihm neben seiner eigentlichen Tätigkeit noch Millionenumsätze verschaffte.

„Der Kampf der Krankenkassen um neue Mitglieder wird mit immer härteren Bandagen geführt,“ erläuterte Rechtsanwältin Christiane Köber, Mitglied der Geschäftsführung der Wettbewerbszentrale bei ihrem Pressegespräch. Mittlerweile machten Beschwerden gegen Krankenkassen ca.

ein Drittel der Beschwerdefälle im Gesundheitswesen aus. Eine besondere Variante der Mitgliederwerbung untersagte das OLG Stuttgart mit Urteil vom 15. Juni 2001 (2 U 201/00) einer großen gesetzlichen Krankenkasse. Die Kasse und eine Sparkassenversicherung wollten sich gegenseitig bei der Akquisition von Kunden unterstützen. Beide Kooperationspartner sollten sich wechselseitig weiterempfehlen. Für die erfolgreiche Vermittlung von neuen Versicherungsverträgen für die Krankenkasse sollten die Mitarbeiter der Sparkasse Provisionen erhalten, im umgekehrten Fall ebenso die Mitarbeiter der Krankenkasse. Das OLG vertrat die Ansicht, die Vermittlung von Versicherungsverträgen zähle nicht zu den gesetzlichen Aufgaben einer Krankenkasse und sei damit wettbewerbswidrig.

Um den Verbraucher zum Eintritt in die eigene Kasse zu bewegen, wird in vielen Fällen mit irreführenden Beitragssätzen, verbunden mit Seitenhieben auf den Mitbewerber, geworben.

So warb etwa eine Betriebskrankenkasse blickfangmäßig mit einem durchschnittlichen Beitragssatz der letzten Jahre von 12,0 %, ohne in dem vierseitigen Werbeprospekt auch nur einmal den aktuellen Beitragssatz von 12,9 % zu erwähnen. Eine andere Kasse schrieb ganz gezielt die Mitglieder des Mitbewerbers an, der kurz zuvor den Beitragssatz erhöht hatte. Sie pries sich als „günstige Alternative“ an, ohne den eigenen Beitragssatz zu erwähnen. Daß es sich hier in Wahrheit um die teurere Alternative handelte, zeigte ein Blick in den Internetauftritt der so werbenden Kasse - ihr Beitrag lag sogar noch höher als der des Konkurrenten,

dem die Mitglieder „abspenstig“ gemacht werden sollten.

Ca. jede vierte Beschwerde betrifft die Werbung von Ärzten und Kliniken. Die Bandbreite reicht hier von reißerischer Werbung einzelner Ärzte in Zeitungsberichten bis hin zu irreführenden Arztbezeichnungen oder Verstößen gegen die speziellen Regelungen des Heilmittelwerbegesetzes.

Auch die gestiegene Nachfrage nach Schönheitschirurgischen Leistungen spiegelt sich in den Beschwerden wider. Der Bad Homburger Verband forderte mehrere Ärzte zur Unterlassung auf, die unter der Bezeichnung „Plastische Chirurgie“ auftraten, ohne tatsächlich über die Facharztbezeichnung zu verfügen. In einer Vielzahl von Fällen ging die Wettbewerbszentrale gegen Ärzte vor, die für eine Faltenbehandlung mit dem verschreibungspflichtigen Medikament Botox warben. Botox wird vermehrt in der Schönheitschirurgie als schmerzfreies und komplikationsloses Präparat angepriesen, ohne den beeindruckenden Katalog der Nebenwirkungen zu erwähnen. Aus gutem Grund ist daher die Werbung für verschreibungspflichtige Medikamente gegenüber Verbrauchern verboten.

Neben der Rechtsverfolgung gewinnt seit einigen Jahren die Beratung immer stärker an Bedeutung. Da der Beratungsbedarf nach Einschätzung der Wettbewerbszentrale in Zukunft steigen wird, bietet sie auch im Gesundheitsbereich vermehrt Seminare an. Bereits im April findet eine Seminarreihe „Wettbewerbsrecht für Apotheker“ statt.

Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs e.V., Frankfurt



Sicherer Verordnen

Insulin

Doping

Insulin scheint nach Aussagen von britischen und deutschen Ärzten zunehmend als Dopingmittel mißbraucht zu werden. Insulin steht seit drei Jahren auf der Liste verbotener Doping-Präparate und darf nur von Sportlern verwendet werden, die an Insulin-abhängigem Diabetes mellitus erkrankt sind. Die anabole Wirkung von Insulin soll zur Leistungssteigerung beitragen, auch wenn dies von Endokrinologen bezweifelt wird. Sicher ist, daß möglicherweise auftretende Hypoglykämien im Extremfall zu Hirnschädigungen führen können. Ein Wunsch offensichtlich gesunder Personen nach einer Verordnung von Insulin (oft in Kombination mit einem anabolen Steroid) sollte als Alarmzeichen wirken.

Anmerkungen: Seit der 8. Novelle des Arzneimittelgesetzes 1998 ist das Verschreiben von Dopingmitteln unter Strafe gestellt (mit verschärfter Strafanforderung bei Abgabe oder Anwendung bei Personen unter 18 Jahren). Im Vergleich zu oft schnell ausgesprochenen Strafmaßnahmen gegen des Dopings überführter Sportler scheint der Vollzug dieses Gesetzes gegenüber Verantwortlichen in Sportverbänden, darunter auch Ärzten, nach Schlußfolgerungen einer Podiumsdiskussion derzeit nicht mit dem nötigen Nachdruck verfolgt zu werden.

Quellen: *Med.J.Australia* 2000; www.mja.com.au; *Ärztezeitung* v. 4.10.2001, S.3

Infliximab

Kardialer Status überprüfen

In einem Rundschreiben informieren die Hersteller von Remicade® (Infliximab) über eine höhere Inzidenz an Mortalität und Krankenhausaufnahmen bei Patienten mit dekompensierter Herzinsuffizienz, die wegen rheumatoider Arthritis oder Morbus Crohn Infliximab insbesondere in Dosierungen von 10 mg/kg KG eingenommen haben. Sie empfehlen

- ▶ keine Therapie mit Infliximab bei Vorliegen einer dekompensierten Herzinsuffizienz beginnen
- ▶ Überprüfung des kardialen Status aller Patienten unter der Therapie mit Infliximab
- ▶ bei Verschlechterung einer dekompensierten Herzinsuffizienz Absetzen von Infliximab
- ▶ bei stabiler dekompensierter Herzinsuffizienz Absetzen von Infliximab erwägen bzw. sorgfältige weitere Überwachung des kardialen Status.

Anmerkung: Auf eine Beeinträchtigung des Immunsystems durch den chimären Tumor-Nekrose-Faktor-Antikörper Infliximab und entsprechende Vorsorgemaßnahmen z.B. bei TBC-Verdacht im Umfeld des Patienten wurde in dieser Serie bereits hingewiesen.

Quelle: *Information der Hersteller* v. 22.10.2001

CM 3-Kapseln

Dünndarmileus

In einer sorgfältigen Dokumentation berichtet ein aufmerksamer Kollege über zwei Patientinnen, die wegen Dünndarmileus nach der Einnahme von CM3-Kapseln zur Gewichtsreduktion in seine chirurgische Station aufgenommen wurden. Bei den operativen Eingriffen fanden sich bei der ersten Patientin (Zustand nach Hysterektomie und Radiation wegen eines Karzinoms 1987) zwei CM3-Schwämme von ca. 2 x 4 cm außerhalb des Darmlumens, bei der zweiten Patientin (Zustand nach Hemikolektomie wegen Morbus Crohn 1995) zwei Schwämme im Dünndarmresektat. Die Vorerkrankungen der Patientinnen fallen zwar unter die Gegenanzeigen einer Anwendung des Medizinproduktes CM3, wie der Kollege jedoch richtig feststellt, rechnen Patienten bei freiverkäuflichen Mitteln nicht mit so schweren Komplikationen, lesen die Patienteninformation nur flüchtig und orientieren sich eher an Freunden oder Bekannten,

die das Präparat schon eingenommen haben.

Anmerkungen: In einer Pressemeldung des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wird auf derzeit 46 Berichte über unerwünschte Wirkungen von CM3 verwiesen, darunter zwölf Fälle mit Verdacht auf Darmverschluss. Nach den Bestimmungen des § 29 des Medizinproduktegesetzes kann das BfArM nur koordinierend und empfehlend tätig werden, das Ergreifen von entsprechenden Maßnahmen zum Schutz der Patienten obliegt den für den Hersteller zuständigen Landesbehörden – in diesem Fall in Nordrhein-Westfalen. Ärztinnen und Ärzte sollten ihre Patienten auf die potentiellen Gefahren dieses Produktes (nicht resorbierbar!!) aufmerksam machen und andere Maßnahmen zur Gewichtsreduktion empfehlen.

Quellen: *Information eines Kollegen, Pressemitteilung BfArM 18/01 v. 27.9.2001*

Tamoxifen

Endometriumkarzinom

Nach einem Bescheid des BfArM müssen zusätzliche Risikohinweise für Tamoxifen-haltige Arzneimittel sowohl in die Fachinformation als auch in den Beipackzettel aufgenommen werden:

- ▶ Wegen des Risikos des Auftretens von Endometrium malignomen sollten die Ursachen irregulärer vaginaler Blutungen umgehend geklärt werden.
- ▶ Nicht hysterektomierte Patientinnen sollten jährlich gynäkologisch in Hinblick auf Endometriumveränderungen untersucht werden. Bei Patientinnen mit Tumormetastasen soll der Arzt entscheiden, in welchen Abständen diese Untersuchungen durchgeführt werden.
- ▶ Zu Beginn einer Therapie mit Tamoxifen-haltigen Arzneimitteln sollte eine augenärztliche Untersuchung erfolgen. Treten Veränderungen der Sehkraft auf, so ist eine augenärztliche Untersuchung dringlich.

Quelle: *Pharm.Ztg.* 2001; 146: 3657

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 12/2001

AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG UND WEITERBILDUNG DER LÄNDÉSÄRZTEKAMMER HESSEN

Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, Telefon 0 60 32/782-0, Telefax 0 60 32/782-220

E-mail-Adresse: akademie@laekh.de / Homepage: www.laekh.de

ALLGEMEINE HINWEISE



PROGRAMME: Die Akademie muß sich kurzfristige Änderungen vorbehalten. Wir bitten um Verständnis.
ANMELDUNG: Bitte melden Sie sich unbedingt schriftlich in der Akademie an (s.o.).

Bei der Vielzahl der Seminare gilt Ihre Anmeldung als angenommen, wenn wir keine Absage z. B. wegen Überbelegung schicken. Anmeldebestätigungen und schriftliche Zusagen - mit Zahlungsaufforderung - können wir nur bei den Kursen versenden. Beachten Sie bitte jeweils die organisatorischen Angaben, insbesondere zu den Voraussetzungen!

TEILNAHMEGEBÜHREN ab 1.1.2002: (sofern nichts anderes angegeben ist) € 36,-/halber Tag, € 61,-/ganzer Tag für Nicht-Mitglieder der Akademie zu zahlen am Tagungsbüro. Für die Ärzte im Praktikum ist die Teilnahme an AiP-Seminaren kostenlos.

MITGLIEDSCHAFT: Es besteht die Möglichkeit, am Tag der Veranstaltung die Mitgliedschaft zu erwerben. **Ausnahme:** Kurse und Veranstaltungen, für die die Teilnahmegebühr vorher entrichtet werden muß; dann kann die Mitgliedschaft nur mit der Anmeldung beantragt werden, und nur dann gelten die reduzierten Teilnahmegebühren. Der Jahresbeitrag für die Akademiemitgliedschaft beträgt € 77,-.

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

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

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



FREIWILLIGE ZERTIFIZIERUNG DER ÄRZTLICHEN FORT- UND WEITERBILDUNG

Das Zertifikat

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

s. HÄ 3/ 2002

Akkreditierung von Veranstaltungen

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

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

I. SEMINARE/VERANSTALTUNGEN ZUR PERMANENTEN FORTBILDUNG

INNERE MEDIZIN

65. Fortbildungskongreß

Innere Medizin – Updates 2002

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

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

Vorgesehenes Programm

AIP
7 P

9.15 Uhr **Begrüßung und Einführung**
Prof. Dr. med. E. G. Loch, Bad Nauheim

9.30 Uhr **Der Zusammenhalt der Inneren Medizin
-Sinn der Spezialisierung
Zusammenwirken der Teilgebiete**
Prof. Dr. Dr. h. c. mult. H.-G. Lasch, Gießen

Updates aus den Schwerpunkten
Vorsitz: Prof. Dr. med. K. Genth, Frankfurt a.M.

10.00 Uhr **Kardiologie**
Prof. Dr. med. B. Wüsten, Bad Nauheim
Prof. Dr. med. C. Hamm, Bad Nauheim

10.30 Uhr Diskussion
10.40 Uhr *Pause*
11.00 Uhr **Pneumologie**
(Prof. Dr. med. W. Seeger, Gießen)
(Prof. Dr. med. H.-G. Velcovsky, Gießen)

11.30 Uhr Diskussion
11.40 Uhr **Nephrologie**
PD Dr. med. H. W. Birk, Gießen
Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Fulda

12.10 Uhr Diskussion
12.20 Uhr **Angiologie**
Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle, Frankfurt a.M.
Prof. Dr. med. C. Diehm, Karlsbad

12.50 Uhr Diskussion
13.00 Uhr *Mittagspause*

Vorsitz: Prof. Dr. med. W. Rösch, Frankfurt a. M.

13.45 Uhr **Hämatologie**
(Prof. Dr. med. D. Hoelzer Frankfurt a. M.)
(Prof. Dr. med. A. Neubauer, Marburg)

14.15 Uhr Diskussion
14.25 Uhr **Endokrinologie**
Prof. Dr. med. R. G. Bretzel, Gießen

Diskussion
15.05 Uhr *Pause*
15.20 Uhr **Rheumatologie**
(PD Dr. med. M. Berliner, Gießen)

15.50 Uhr Diskussion
16.00 Uhr **Gastroenterologie**
Prof. Dr. med. W. Rösch, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. med. K. Haag, Frankfurt-Höchst

16.30 Uhr **Abschlußdiskussion- Schlußwort**
Prof. Dr. Dr. h. c. mult. H.-G. Lasch, Gießen

Selbstevaluation (Fragebogen)

Tagungsort: Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Kongreß-Saal, Carl-Oelemann-Weg 28

MEDIZIN IN DER LITERATUR

In diesem Jahr bieten wir drei weitere Seminare mit dem Lübecker Medizinhistoriker Prof. Dr. D. v. Engelhardt zu Themen aus der Medizin in der Literatur an:

Andre' Gide "L'Immoraliste"
Mittwoch, 3. Juli 2002
Bad Nauheim

Teilnahmegebühr: € 10,- pro Abend

Anmeldung: Bitte *schriftlich* an die Akademie, Frau Rieck, Frau Zinkl, Fax: 0 60 32 / 7 82-2 20

Montesquieu "Lettres Persanes"
Mittwoch, 25. September 2002

"Die Geburt"
(Medizin-Literatur-Musik-Kunst)
Mittwoch, 6. November 2002
Frankfurt a. M.

ÄRZTINNEN

Berufsalltag von Ärztinnen

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

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

Themen: Situation in Kliniken und in der Arztpraxis
Modelle von Teilzeitarbeit/aktuelle gesetzliche Grundlagen
Mentoring für Ärztinnen

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.

ÄRZTLICHE BEGUTACHTUNG

Der ärztliche Sachverständige und sein Gutachten 3 P
-Tips aus der Praxis für die Praxis

Mittwoch, 10. April 2002, 16 bis 19 Uhr, Bad Nauheim

Leitung / Referenten: Dr. H. Gießler, Dr. F. Meyer

Themen: Zur Person des Sachverständigen
Sammlung des Tatsachenstoffes
Aufbau des Gutachtens
(Sachverhalt, medizinische Wertung, juristische Begriffe)
Fragen aus dem Kreis der Teilnehmer

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

Teilnahmegebühr: € 25 (Akademiestandmitglieder frei)

Anmeldungen: Bitte *schriftlich* an die Akademie

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. Popovic, Frankfurt a. M.

Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland: Dr. med. G. Holfelder, Frankfurt a. M.; Aufgaben und Organisationsstruktur der Landesärztekammer Hessen: Dr. med. M. Popovic; Selbstdarstellung der Kassenzentralen Vereinigung Hessen, Spezielles Kassenarzt-Recht: Dr. jur. Karin Hahne-Reulecke, Frankfurt a. M.; Die Berufsordnung für die Ärzte in Hessen; RA Ch. Biesing, Frankfurt a. M.; Angestellte und beamtete Ärzte: RA Udo Rein, Frankfurt a. M.; Haftpflicht-Versicherung: V. Haas, München; Kranken- und Lebensversicherung: Bernhard Meixner, Frankfurt a. M.; Die Verpflichtung zur ärztlichen Fortbildung - eine Präventivmaßnahme zugunsten der Patienten, zum Nutzen des Arztes: Prof. Dr. med. E.-G. Loch; Rundtischgespräch: „Der Arzt in der Bundesrepublik Deutschland - Stellung, Aufgaben, Pflichten und Rechte“ **Leitung:** Prof. Dr. med. E.-G. Loch

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 AIP
3 P
- 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.

Tagungsort: Klinikum der JWG-Universität, Kleiner Hörsaal
(Haus 23 A), Theodor-Stern-Kai 7 **s. HA 3/ 2002**

LUNGEN- BRONCHIALHEILKUNDE

**Neue Leitlinien in der Pneumologie: COPD,
Pneumonie, Sauerstoff- und Inhalationstherapie** AIP
4 P
Sektion Lungen- und Bronchialheilkunde

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

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

Einführung: Evidenz- und konsensbasierte Leitlinien: Prof. Dr. med. G. Goeckenjan; COPD: Dr. med. P. Kardos, Frankfurt a. M.; Pneumonie: Prof. Dr. med. J. Lorenz, Lüdenscheid; Langzeit-Sauerstoff-Therapie: Prof. Dr. med. G. Goeckenjan; Inhalationstherapie: Dr. med. P. Haidl, Schmollenberg *Selbstevaluation (Fragebogen)*

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

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:

Ärztliche Gutachten-psychosoziale Entscheidungsprobleme AIP
4 P

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

**Der Arzt zwischen wissenschaftlicher und
praktischer Medizin -ethische Fragen** AIP
4 P

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

Passive und aktive Sterbehilfe -ethische Fragen AIP
4 P

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

Diese Fallseminare richten sich an Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen und Tätigkeiten, vom ganz jungen Arzt im Praktikum bis zum gestandenen, erfahrenen Arzt, die im Gespräch miteinander vorgegebene Fälle oder Fälle aus ihrer eigenen Praxis vor einem ärztlich-deontologischen Wertheizont bearbeiten; eigene Fälle der Teilnehmer haben Vorrang. Die Leitung hat der Arzt und Medizinerethiker PD Dr. U. Niemann, der verschiedene Moderatoren als Spezialisten des jeweiligen Schwerpunkts hinzuziehen wird.

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

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

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

M. PARKINSON

Morbus Parkinson AIP
4 P

Sektionen Allgemeinmedizin und Neurologie

Neuer Termin!

Samstag, 14. September 2002, 9 s.t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim

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

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

MUND- KIEFER- GESICHTSCHIRURGIE

Neues aus der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie 4 P

Sektion Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Samstag, 4. Mai 2002, 9 s. t. bis 12 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. Dr. K. Bitter

Evaluation der Nerven- und Narbensituation nach Kiefergelenk-Operation: Dr. Dr. C. Aletsee, Dr. Dr. H.-E. Umstadt, Prof. Dr. Dr. K. H. Austermann, Marburg; Lebensqualität von Patienten mit Osteoarthritis des Kiefergelenks - Entwicklung eines Fragebogens und Ergebnisse zur Akzeptanz und Vollständigkeit bei Dysfunktionen im MKG-Bereich: Dr. Dr. H.-E. Umstadt, Katerina Speck, Dr. M. Koller, Prof. Dr. Dr. K. H. Austermann, Marburg; Präfabriziertes Fibula-Transplantat zum Ersatz im Ober- und Unterkiefer: Dr. med. H. Maas, Gießen; Minimal-Dokumentation von LKG-Spalten mit „Cleft-Data“: P. Nolting, Gießen *Selbstevaluation (Fragebogen)*

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

MYKOLOGIE

Dermatomykologie mit praktischen Übungen AIP
9 P

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. Maysen

Gießen; Dr. med. E. Hasche, Darmstadt DDA 9 P

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!*

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude,
Raum Wetterau, Carl-Oelemann-Weg 7 **s. HA 3/ 2002**

NEUROPATHIEN

Neuropathien in der Praxis 4 P

- Klinik, Diagnostik, Therapie

Sektion Neurologie

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

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

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude,
Salon B, Carl-Oelemann-Weg 9 **s. HA 3/ 2002**

PHARMAKOTHERAPIE/PÄDIATRIE

Pharmakotherapiekurs Arzneimitteltherapie in der Pädiatrie

Sektion Klinische Pharmakologie

AIP
4 P

Samstag, 15. Juni 2002, 9 s.t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim

Leitung: Prof. Dr. med. H. W. Seyberth, Marburg

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

TRAUMATOLOGIE/PÄDIATRIE

Das Polytrauma im Kindesalter

Sektion Chirurgie – Unfallchirurgie

AIP
7 P

Interdisziplinäre Fortbildung für Hausärzte, Pädiater, Chirurgen, Unfallchirurgen, Kinderchirurgen, Neurologen, Röntgenologen und alle interessierten Ärzte

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

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LAK Hessen, KWA-Stift Aeskulap, Salon B, Carl-Oelemann-Weg 9
s. HA 3/ 2002

SPORTMEDIZIN

Sport im Alter

Arbeitskreis Sportmedizin

AIP
4 P

Samstag, 20. April 2002, 9 s.t. bis 13 Uhr 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.

Psychologische Aspekte des Sporttreibenden im Alter (Kat. e): Dr. Dipl. Psych. Richard von Georgi, Gießen; Herzsport (Kat. f): Prof. Dr. med. Ingeborg Siegfried, Biebertal; Ernährung und Stoffwechsel für Sporttreibende im Alter (Kat. d): Prof. Dr. med. Monika Neuhäuser, Gießen; Sonographische Diagnostik von Gelenken und Muskeln im Alter (Kat. g): Dr. med. Horst Sattler, Bad Dürkheim; Zusammenfassung: Prof. Dr. med. Gerd Hoffmann
Selbstevaluation (Fragebogen)
Die Willy und Monika Pitzer Stiftung gewährt freundliche Unterstützung
Tagungsort: Fortbildungszentrum der LAK Hessen, Akademiegebäude
Blauer Hörsaal, Carl-Oelemann-Weg 7

Die fehlenden Programme folgen in HÄ 5/2002

II. FORTBILDUNGS-KURSE

QUALITÄTSMANAGEMENT

Ärztliches Qualitätsmanagement

Curriculum Qualitätssicherung

je Block 15 P

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, **Block II:** 15. bis 20. Juni 2002, **Block III:** 13. bis 18. September 2002, **Block IV:** 11. bis 16. November 2002

Wir werden zusätzlich für unsere Teilnehmer die EFQM-Assessoren-Ausbildung anbieten. Datum: 11./12. September (zusätzl. Kosten)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LAK Hessen

Teilnahmegebühr: 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, Tel.: 0 60 32/ 7 82-213

s. HÄ 2/2002

E-mail: Heike.Harmert@laekh.de

Präsentation in Englisch

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

Erfolgreiche Präsentationen in Englisch vor internationalem Publikum - Grundkurs.

für Ärzte und andere Führungskräfte des Gesundheitswesens mit guten englischen Sprachkenntnissen.

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LAK Hessen, Akademiegebäude, Raum Spessart, Carl-Oelemann-Weg 7

Teilnahmegebühr: Ärzte: 400 €, Akademiemitglieder 375 €, (incl. Verpflegung, ohne Unterkunft) (max 12 Teilnehmer)

Auskunft/ Anmeldung: Dr. med. R. Kaiser, LAKH, Postfach 90 06 69, 60488 Frankfurt a. M., Tel. 069 97672-118, Fax –224, E-mail: roland.kaiser@laekh.de

16 P

FACHKUNDE IM STRAHLENSCHUTZ FÜR ÄRZTE gem. Röv Informationskurs, Grund- und Spezialkurs 2002

Gießen

INFORMATIONSKURS (8-stündige Unterweisung)

Samstag, 15. Juni 2002, ganztägig

6 P

GRUNDKURS

Termin: **Samstag/Sonntag, 07./08. September 2002*, ganztägig**

21 P

SPEZIALKURS

Termin: **Samstag/Sonntag, 02./03. November 2002*, ganztägig**

* + in der folgenden Woche 1 Nachmittag - nach Wahl - für Praktikum und Prüfung

21 P

Tagungsleitung: Prof. Dr. med. H. von Lieven, Gießen

Tagungsort: **Gießen, Hörsaal der Frauenklinik,**
Klinikum der Justus-Liebig-Universität, Klinikstraße 32

Teilnahmegebühr:

Informationskurs: € 55 Akademiemitglieder € 30
(AiP: keine Ermäßigung)

Grund- und Spezialkurs: je € 255 (ÄiP € 200);

Akademiemitglieder € 205 (ÄiP € 150)

Die Mitgliedschaft muß spätestens mit der Anmeldung beantragt sein. Wir bitten zunächst um formlose schriftliche Anmeldung. Die definitiven Anmeldeformulare mit einem Überweisungsformular für die Teilnahmegebühren senden wir Ihnen dann zu.

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

Bitte nur schriftl. Anmeldungen an die Akademie, Frau E. Hiltcher
Fax 0 60 32/ 7 82-2 29

FORTBILDUNG FÜR FORTBILDER Motivierte 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 Jahr bieten wir die unten aufgeführten Kurse mit praktischen Übungen an.

Mindestteilnehmerzahl: 12

Moderatoren-Training

Qualifikation zum Moderator von Qualitätszirkeln nach SGB V

24 P

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).

Tagungsort: Frankfurt a. M., Stadtgesundheitsamt

Teilnahmegebühr: € 276,- (Der Kurs kann nur insgesamt belegt werden)

Rhetorik - Kommunikation

Leitung: Dr. rer. pol. Katja Ahlstick, Gau-Algesheim

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

Tagungsort: Bad Nauheim, Akademie

Teilnahmegebühr: € 123,-

13 P

Internet für Ärzte - mit praktischer Arbeit am PC -

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

Termin: **Theorie: Sa./So., 26./27. Oktober 2002 und**
Praxis: Mi. 30. Oktober 2002 nachmittag

Tagungsort: Bad Nauheim, Akademie

Teilnahmegebühr: € 270,- (Akademiemitglieder € 193,-)

17 P

Dias – Powerpoint

Die Powerpoint-Präsentation wird erlernt und geübt

Leitung: Dr. med. St. Rosenbrock, Darmstadt

Termin: **Samstag, 08. Juni 2002**

Tagungsort: Bad Nauheim, Akademie

Teilnahmegebühr: € 189,- (Akademiemitglieder € 112,-)

Bitte melden Sie uns schriftlich formlos Ihr Interesse an die Akademie,
Frau U. Dauth, Fax. 06032/782-229 E-mail: ursula.dauth@laekh.de

9 P

IMPFKURS

Zur Berechtigung der Impfpflichtigkeit

10 P

-Sektion Öffentliches Gesundheitswesen-

Samstag, 31. August 2002, 9 bis 17.30 Uhr Bad Nauheim
Leitung: Dr. med. H. Meireis, Frankfurt a. M.

Organisatorisches; Rechtliche Grundlagen und Standardimpfempfehlungen; Schutzimpfungen im Kindes- und Jugendalter: Dr. med. H. Meireis; Impfungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Impfungen im Arbeitsleben: Dr. med. Susanne Franck, Frankfurt a. M.

Gruppenarbeit (5 Gruppen) mit allen Referenten; Impfungen im Reiseverkehr, Malaria prophylaxe: Dr. med. Dr. phil. O. Bellinger, Frankfurt a. M.; Impfungen bei älteren und chronisch kranken Menschen, Kassenärztliche Abrechnung von Impfungen: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a. M.

Gruppenarbeit (5 Gruppen) mit allen Referenten; Impfreaktionen und -schäden; Aufklärung und Haftung, Neue Entwicklungen auf dem Gebiet der Schutzimpfung: Dr. med. O. Zent, Kirchhain; **Impfklausur: Anonyme Erfolgskontrolle, Besprechung der Ergebnisse mit allen Referenten**

Die Teilnehmer werden gebeten, ihr Impfbuch mitzubringen, denn im praktischen Teil soll der Impfstatus auf seine Vollständigkeit hin durchgesehen und bei Bedarf ergänzt werden (auf eigene Verantwortung – keine Haftung der Landesärztekammer Hessen!).

Tagungsort: Fortbildungszentrums der LÄK Hessen, Akademiegebäude, **Blauer Hörsaal und Gruppenräume, Carl-Oelemann-Weg 7**
Teilnahmegebühr: € 141,— (Akademiestudenten: € 102,—)
Auskunft und Anmeldungen: Bitte *schriftlich* an die Akademie, z. Hd. Frau E. Hiltcher, Fax 0 60 32/ 7 82-2 29

Medizinische Informatik

Fort- und Weiterbildungskurs (280 Stunden)

9 P

Bei ausreichender Nachfrage wollen wir den Kurs wieder anbieten.

Zielgruppe: Assistenzärzte/innen in Krankenhäusern und niedergelassene Ärzte/innen die

- die Zusatzbezeichnung „Medizinische Informatik“ erwerben wollen (Weiterbildung)

- ein besonderes Interesse an dem aktuellen Stand und den Möglichkeiten der Medizinischen Informatik haben (Fortbildung)

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

Dauer: 1 Jahr

Themen: a) Einführender Teil: Medizinische Informatik – Einführung Projektmanagement und Software-Engineering; Datenbanken, Grundbegriffe und Anwendung in der Medizin (einschl. SQL); XML; Organisation und Grundstrukturen der prozeduralen und objektorientierten Programmierung + XSLT; Allgemeine und Krankenhaus-BWL, bes. Berücksichtigung des Themas DRGs; Medizinische DBMS am Beispiel des VA-FileMan; Medizinisches Controlling; Grundlagen der Verschlüsselung mit ICD und OPS-301; Formale Methoden der Medizinischen Informatik; Medizin im Internet; Med. Fakten- und Datenbanken im Internet und Intranet; Telemedizin und multimed. Anwendungen (Teil I); Elektronische Patientenakte (EPA) – Teil I; Web-, Client- und Server-Programmierung in Java u. Perl

b) Fortgeschrittener Teil: Krankenhausinformationssysteme Subsysteme: Labor-EDV; Dezentrale Anwendungssysteme; Netzwerkmanagement; Biosignalverarbeitung; Medizinisches Computer- und Technologie recht, insbesondere Datenschutz; funktionsspez. IV: OP; Qualitätsmanagement (Teil II); OnlineDokumentation: Anästhesie und Intensivmedizin; Elektronische Patientenakte (Teil II); Telemedizin und multimediale Anwendungen (Teil II); Tumorregister und Epidemiologie; Medizinische Biometrie; Wissensbasierte Systeme

Anfragen und Voranmeldungen an die Akademie, Frau H. Harmert, Tel.: 0 60 32/7 82-213, Fax: 0 60 32/7 82-220

E-mail: heike.harmert@laekh.de

MEGA-CODE-TRAINING

s.HÄ 2/ 2002

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

Kassel/Nordhessen: Dr. med. G. Moog, F. Zängerling, ASB Baunatal Tel. 05 61 / 9 48 84-0

Termine 2002: 20. April, 23. November

Bad Nauheim: Dr. med. K. Ratthey, S. Keil, Malteser Hilfsdienst Tel. 0 60 47 / 96 14-0

Termine 2002: 18. Mai, 29. Juni, 14. September, 09. November

Johanniter-Unfallhilfe, Dr. med. R. Merbs, J. Korn

Schwalheimer Str. 84 Tel. 0 60 32/ 91 46 31

Termine 2002: 8. Juni, 10. Aug., 9. November

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

AIP

16 P

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

Der vollst. Besuch wird als 1 Ausbildungsseminar für ÄiP anerkannt.

Teilnahmegebühr: € 128,- (Akademiestudenten: kostenfrei)

Seminare „Fachkundenachweis Rettungsdienst“

41 P

Termine: 09. bis 13. April 2002 in Wiesbaden

22. bis 26. Oktober 2002 in Wiesbaden

41 P

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

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

Seminar „Leitender Notarzt“

34 P

Termin: 13. bis 16. April 2002 in Kassel

Wiederholungsseminare „Leitender Notarzt“

13 P

Termin: 19. und 20. Oktober 2002 in Kassel

Wiederholungsseminare „Leitender Notarzt“

9 P

Der Termin in Wiesbaden wird noch bekannt gegeben

weitere Termine und Information s. HÄ 12/2001

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

ULTRASCHALLKURSE

nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der

DEGUM

s. HA 2/ 2002

Auskunft und Anmeldung an die Akademie, z. Hd. Frau M. Jost, Tel. 0 60 32/782-201 (Di. – Do.) E-mail.: marianne.jost@laekh.de

VERKEHRSMEDIZINISCHE BEGUTACHTUNG

16-Stunden Kurs

10 P

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

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

Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt a. M. s. HA 2/2002

Anmeldung: Bitte *schriftlich* an die Akademie, Frau R. Heßler, Fax: 0 60 32 / 782-229 E-mail: renate.hessler@laekh.de

SPEZIELLE SCHMERZTHERAPIE (80-Stunden)

Teil I: 20./21. April 2002, Friedrichsdorf, salus-Klinik

Leitung: Dr. med. T. Wiehn

Teil II: 25./26. Mai 2002, Hanau, Städtisches Klinikum

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

Teil III: 02./03. November 2002, Kassel, Städtisches Klinikum

Leitung: Prof. Dr. med. M. Tryba

Teil IV: 23./24. November 2002, Wiesbaden, DKD

Leitung: Dr. med. U. Drechsel

Wir empfehlen dringend, den gesamten Kurs zu belegen!

Teilnahmegebühr: 614 €, Akademiestudenten: 537 €

(bei Teilnahme an allen Wochenenden).

s. HÄ 3/2002

Anmeldung: Bitte *schriftlich* an die Akademie, Frau A. Zinkl; Fax: 06032 / 782-229 E-mail: 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. s. HA 2/2002

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

Kurse ARBEITSMEDIZIN und SOZIALMEDIZIN

Sektion Arbeits- und Sozialmedizin

Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin je **20 P**

Grundkurs: A2 09.09. bis 20.09. 2002

Aufbaukurs: B2 11.11. bis 22.11. 2002

C2 02.12. bis 13.12. 2002

Sozialmedizin

Grundkurs: GKI 15. 04. bis 26. 04. 2002 je **20 P**

GKII 14. 10. bis 25. 10. 2002

folgen im Frühjahr und Herbst 2003

Auskunft und Anmeldung: Akademie der LÄK Hessen, z. Hd. Herrn W. Roemer, M. A., Tel. 0 60 32/ 78 22 14, Tel. 0 60 32/ 7 82-2 81 (Frau Holbe) 0 60 32/ 78 2-2 83 (Frau Stieler) Fax: 0 60 32/ 78 2-217

Ärztliche Fortbildung im Bereich der Bezirksärztekammern der Landesärztekammer Hessen

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

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER DARMSTADT

Ärztlicher Kreisverein Bergstraße

Kongreßzentrum AlleeHotel Europa, Europa Allee 45, Bensheim, jeweils 20.00 – 23.00 Uhr.

8.4.2002: „**Osteoporose-Symposium - Pathophysiologie, Diagnostik und neue Therapieansätze.**“ Prof. Dr. U. Libermann, Tel Aviv. **AiP 3P**

24.4.2002: „**Migräne - Pathophysiologie, Diagnostik und neue Therapieansätze.**“ Prof. Dr. A. Haag, Frankfurt. **AiP 3P**

Auskunft: Dr. Jürgen Merke. Tel. (0 62 51) 13 20.

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Ev. Krankenhaus Elisabethenstift

17.4.2002, 15.15 Uhr: Besprechungsraum der Klinik für Innere Medizin, Gebäude A, Ebene E, Raum 05, Ev. Krankenhaus Elisabethenstift, Landgraf-Georg-Str. 100, Darmstadt. „**Neue Aspekte der Therapie mit niedermolekularen Heparinen.**“ Auskunft: Prof. Dr. W. Schneider. Tel. (0 61 51) 4 03 10 01. **2P**

Ärztlicher Kreisverein Darmstadt

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

23.4.2002: „**Notfallmedizin – Aspekte für die ärztliche Praxis.**“ Dr. H. Frederking. **AiP 2P**

7.5.2002: „**Neue Entwicklungen in der Onkologie/Hämatologie – Ernährungsprobleme in der Tumorkachexie – Immuntherapie – Klinische Studien.**“ Prof. Dr. D. Fritze, Dr. F. Katz, Dr. A. Rosi, Dr. Kayser. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

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

Zentrum der Inneren Medizin der J.W.Goethe-Universität Frankfurt

24.4.2002, 18.00 – 20.00 Uhr: Contel Hotel, Raum Jupiter, Otto-Röhm-Straße 90, Darmstadt. „**Moderne Chemoimmuntherapie bei Soliden Tumoren.**“ Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Lothar Begmann, Frankfurt; Prof. Dr. Dieter Fritze, Darmstadt. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Lothar Bergmann. Tel. (0 69) 63 01 – 51 21. **2P**

Klinikum Darmstadt

24.4.2002, 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**

Alice-Hospital

6.5.2002, 18.00 Uhr: Cafeteria des Alice-Hospitals, Dieburger Str. 144, Darmstadt. „**Viszeralchirurgische Notfälle.**“ Dr. Stroh. Auskunft: Dr. A. Mortazawi. 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

2.4.2002, 19.00 Uhr: Schmerztherapeutisches Kolloquium, Roßmarkt 23, Frankfurt. „**Schmerzkonferenz.**“ **4P**

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

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

16.4.2002, 19.30 Uhr: KV Hessen, Georg-Voigt-Str. 15, Frankfurt. „**Qualitätszirkel Psychotherapie Rhein-Main.**“ Auskunft: Dipl.-Psych. Gisela Scholz-Tarnow. Tel. (0 61 02) 78 60 40 oder Dipl.-Psych. Hannah Meillander. Tel. (0 61 03) 92 89 64. **4P**

17.4.2002, 19.00 – 20.30 Uhr: Schmerzforum Rhein-Main e.V., Im „Runden Wohnzimmer“, Bethanien-Krankenhaus Prüfling, Haus C, 2. Stock, Im Prüfling 21-25, Frankfurt/M. „**Schmerzkonferenz.**“ **2P**

20.30 Uhr: Jahreshauptversammlung des Schmerzforums Rhein-Main. Auskunft: Dr. Benedikt Eberhardt. Tel. (069) 463738 oder 13 37 69 66.

Onkologischer Arbeitskreis Hanau e.V.

3.4.2002, 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**

Frankfurter Psychoanalytisches Institut

Frankfurter Psychoanalytisches Institut, Wiesenau 27-29, Frankfurt.

9.4.2002, 20.15 – 21.45 Uhr: „**Spezifische Aspekte der Bikulturalität in der Betreuung, Beratung und Behandlung von Migranten.**“ Dipl.-Psych. Mahrokh Charlier, Dr. Fakhri Khalik.

20.4.2002, 9.45 – 15.00 Uhr: „**Psychische Verarbeitung lebensbedrohlicher Erkrankungen am Beispiel von KHK und HIV-Infektion.**“ Dr. Elke Weinel, Dr. Frank Roland Deister. **5P**

Auskunft: Siegrid Veith. Tel. (0 69) 17 46 29.

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Wiederbelebung

10.4.2002, 18.00 – 19.30 Uhr: Haus 23 B, Kleiner Hörsaal, 1. Stock, Universitätsklinikum Frankfurt. „**Klinische Trials und Neurotrauma.**“ Prof. Dr. A. W. Unterberg, Berlin. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Paul Kessler. Tel. (0 69) 63 01 58 67.

Klinikum Offenbach

Klinikum Offenbach, Starkenburgring 66, Offenbach.

10.4.2002: „**Gefäßforum.**“ Auskunft: Sekretariat PD Dr. N. Rilinger. Tel. (0 69) 84 05 42 80. **2P**

20.4.2002, 8.00 – 16.00 Uhr: Demonstrationsraum der Röntgenabteilung. „**Unterweisung für Ärzte im Strahlenschutz gem. §23, Abs. 2 RöV (Informationskurs).**“ Teilnahmegebühr € 40,-. Auskunft: Dr. Joachim Lang. Tel. (0 69) 84 05 40 23. **6P**

Main-Kinzig-Kliniken

12.4.2002. 18.00 – ca. 20.00 Uhr: Vortragssaal Schwesternhochhaus,

Kreiskrankenhaus Gelnhausen, Herzbachweg 14, Gelnhausen. „**Von der Struma nodosa zum Schilddrüsen-Carcinom – Strategien für Diagnostik, Indikationsstellung, Therapie und Nachsorge.**“ Leitung: Prof. Dr. v. Lilienfeld-Toal, Dr. Th. Zoedler. Auskunft: Sekretariat Dr. Zoedler. Tel. (0 60 51) 87 23 43. **AIP 3P**

Kardiologisches Zentrum Frankfurt

13.4.2002, 9.30 – 12.00 Uhr: Arabella Sheraton Grand Hotel, Frankfurt. „**Aktuelle Perspektiven für Diagnostik und Therapie der Koronaren Herzkrankheit.**“ Leitung: Dr. Dr. J. Haase, Prof. Dr. F. Schwarz, Dr. H. Störger. Anmeldung: Petra Lux. Tel. (0 69) 94 43 41 53. **AIP 3P**

Paul-Ehrlich-Institut

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

16.4.2002, 14.15 Uhr: „**Virus infections: escape, resistance and counterattack.**“ Priv.Do. Dr. Günther Schönrich, Berlin.

26.4.2002, 11.00 Uhr: „**Die Zulassung von Arzneimitteln in Europa: Zukunftsperspektiven.**“ Paul Weissenberg, Brüssel.

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

Klinikum Hanau

17.4.2002, 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.

Qualitätszirkel Palliativmedizin

17.4.2002: Martin-Luther-Stift, Elisabethen-Zimmer, Hanau. „**Qualitätszirkel Palliativmedizin.**“ Auskunft: Prof. Dr. Peter M. Osswald. Tel. (0 61 81) 2 96 24 00 oder Dr. Lautenschläger. Tel. (0 61 81) 25 55 35.

Kinder- und jugendpsychiatrische Seminare

17.4.2002, 18.00 Uhr s.t. – 19.00 Uhr: Seminarraum im Haus 92, Deutschordeustraße 50, Frankfurt. „**Volumetrische MRT-Untersuchungen bei schizophrenen Ersterkrankungen.**“ Prof. Dr. Peter Falkai, Bonn. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. F. Poustka. Tel. (0 69) 63 01 58 48.

Rhein-Main Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie

17.4.2002, 17.30 Uhr: Kleiner Hörsaal, Haus 23, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**Endoskopie.**“ H. Bock, Frankfurt; M. Jung, Mainz; Ch. Ell, Wiesbaden; T. Wehrmann, Hannover. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. W. F. Caspary. Tel. (0 69) 63 01 51 22.

Hospital zum heiligen Geist

17.4.2002, 18.00 – 21.00 Uhr: Arabella Grand Hotel, Konrad-Adenauer-Str. 7, Frankfurt. „**Der Herzinfarkt – auch heute noch ein internistisches Krankheitsbild?**“ Prof. Dr. A.M. Zeiher; Prof. Dr. K. R. Genth; Prof. Dr. S. Sen; Dr. Cieslinski. Anmeldung: Sekretariat Prof. Dr. Zeiher. Fax (0 69) 63 01 – 63 74. **AIP 3P**

St. Vinzenz Krankenhaus Hanau

17.4.2002, 19.00 Uhr: Krankenpflegeschule im Frankfurter Tor. „**Qualitätszirkel Gynäkologie und Geburtshilfe Hanau – Mammographiescreening – eine kontroverse Debatte.**“ Anekkannter Qualitätszirkel der KV Hessen. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H. Kaesemann. Tel. (0 61 81) 27 23 71.

Nephrologisches Mittwochsseminar

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

17.4.2002. „**Das nephrotische Syndrom im Kindesalter.**“ Prof. Dr. U. Querfeld, Berlin.

24.4.2002: „**Klinische Probleme bei der Peritonealdialyse.**“ Dr. V. Belwe, Frankfurt.

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

Neurologisches Mittwochsseminar

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

17.4.2002: „**Molekulares Imaging: experimentelle Grundlagen und klinische Anwendung.**“ Priv.Do. Dr. Andreas Jacobs, Köln. **IP**

24.4.2002: „**Top-down- und bottom-up-Mechanismen der auditorischen Wahrnehmung.**“ Prof. Dr. Lutz Jäncke, Zürich. **IP**

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

Krankenhaus Nordwest

17.4.2002, 9.00 – 16.00 Uhr: Medizinische Klinik, Pneumologie. Kommunikationszentrum des Krankenhauses Nordwest, Steinbacher Hohl 2-26, Frankfurt. „**3. Bronchoskopiekurs für Klinikärzte – Theorie, Life-Demonstrationen, Übungen am Phantom.**“ Prof. Dr. W. Rösch, Dr. A. Forster. Auskunft: Frau Spiller. Tel. (0 69) 76 01 33 70.

Berufsverband der niedergelassenen Nervenärzte

20.4.2002: Dorint-Hotel, Sulzbach, Main-Taunus-Zentrum. „**Grundlagen der zerebralen Diagnostik mit der Computer- und Kernspintomographie.**“ Prof. Gräfin Einsiedel, München. Auskunft: Klaus H. Heinsen. Tel. (050 21) 91 13 04.

Deutscher Zentralverein Homöopathischer Ärzte e.V.

24.4.2002, 9.00 – 17.00 Uhr: InterCityTreff Frankfurt. „**Asthma Bronchiale – Miasmatischer Hintergrund mit Fallbeispielen Teil II.**“ Dr. Paitankar, Herrenerg. Auskunft: Harald Nicklas. Tel. (0 64 00) 60 87.

AGHN / Berufsfeuerwehr Frankfurt / Städt. Kinderklinik Frankfurt-Höchst

26.4. und 27.4.2002: Kongreßzentrum am Nordwest-Krankenhaus, Steinbacher Hohl 2-26, Frankfurt. „**Notfälle im Kindesalter – präklinische und klinische Erstversorgung.**“ Moderation: Dr. St. Kortüm, PD Dr. L. Schrod. Auskunft: Frau Sanfilippo. Tel. (0 69) 31 06 28 06. **6P**

Zentrum für Ethik in der Medizin

27.4.2002, 9.00 – 13.00 Uhr: Festsaal des Diakonissen-Krankenhauses, Holzhausenstr. 72-92, Frankfurt. „**Pro und Contra: Künstliche Ernährung im Alter – Medizinische, pflegerische und rechtliche Aspekte, Fallbeispiele.**“ Leitung: Dr. R. Püllen, Dr. Kurt Schmidt, Dr. H. Werner. Auskunft: Dr. H. Werner. Tel. (0 61 51) 4 03 30 00.

Neuromedizinisches Institut e.V.

27.4.2002, 9.00 – 15.40 Uhr: Kleiner Hörsaal des Zentrums für Innere Medizin, Haus 23 B, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**22. Offene Schmerzkonferenz: Chronischer Schmerz – Vom Symptom zum Mechanismus – vom Mechanismus zur Therapie.**“ Leitung: Dr. M. Gross, Prof. Dr. E. Schmitt, Prof. Dr. G. Thomalske, Dr. M. Zimmermann. Auskunft: Sekretariat Dr. M. Gross. Tel. (0 69) 6 78 72 44.

AG für die Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Geschäftsstelle der AGPT, Stresemannallee 11, Frankfurt.

27.4.2002, 9.00 Uhr: „**Individuelle, ethnische und transkulturelle Aspekte der Identität und deren Konflikte.**“ Dr. A. Schüler-Schneider.

„**Psychosomatische Grundversorgung:** Kontinuierliche Balintgruppe Theorie 50 Stunden. Leitung: Dr. Herzog, Prof. Krause, Dr. Schüler-Schneider. **65P**

8.4.2002 Semesterbeginn: **Zusatzbezeichnung Psychotherapie.**

Auskunft: Dr. Schüler-Schneider. Tel. (0 69) 63 53 63.

Institut für Neurochirurgie der JWG-Universität

8.5.2002, 17.00 Uhr s.t.: Hörsaal der Neuroradiologie, Untergeschoß Haus 95, Schleusenweg 2-16, Frankfurt. „**10. Radiochirurgische Konferenz.**“ Leitung: Prof. Seifert, Prof. Karlsson. Auskunft: R. Wolff, Gamma Knife Zentrum. Tel. (0 69) 67 73 59 10.

St. Elisabethen-Krankenhaus

8.5.2002, 17.00 – 19.00 Uhr: Elisabethen-Krankenhaus, Ginnheimer Str. 3, Frankfurt. „**Weltasthmatag: Obstruktion – was steckt dahinter?**“ Moderation: PD Dr. Joachim Bargon. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Bargon. Tel. (0 69) 7 93 92 19. **AIP**

Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie

9.5. – 11.5.2002: Maritim Kongreßzentrum, Bad Homburg v.d.H. 53. Jahrestagung der AG für Kieferchirurgie gemeinsam mit dem Arbeitskreis für Oralpathologie und Oralmedizin innerhalb der DGZMK. „**Chirurgische Zahnerhaltung, Geweberegeneration und Weichgewebs-**

management – Odontogene Tumoren.“ Auskunft: PD Dr. Dr. T. E. Reichert. Tel. (0 61 31) 17 30 83.

Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin Rhein-Main e.V.

24.5. – 26.5.2002: Rhein-Main-Flughafen. „**2. Spezialkurs ‚Intensivtransport‘ der AG-NRM.**“ (nach DIVI Empfehlungen). Auskunft: Drs. Kessler/Lischke. Tel. (0 69) 63 01 58 68.

Klinik für Nuklearmedizin der JW-Goethe-Universität

25.5. – 26.5.2002: Raum EF 93, EG Haus 23, Eingang A, Zentralbau, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. „**PET-Intensiv-Kurs-Onkologie Teil I und Neurologie.**“ Leitung: Prof. Dr. F. Grünwald, PD Dr. C. Menzel. Auskunft: Frau Lehnhardt. Tel. (0 69) 63 01 43 30.

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

Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen

12.4.2002, 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

Arbeitskreis Angiologie

16.4.2002, 19.00 Uhr s.t. – 21.00 Uhr: Anneröder Mühlchen, Tiefenweg 61, Fernwald. „**Die kritische Ischämie der oberen Extremitäten.**“ Leitung: Dr. Karl Förster. Auskunft: Praxis Dr. Förster. Tel. (0 64 43) 82 81 05.

Kreiskrankenhaus Schotten

17.4.2002, 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.

Klinik Rabenstein

17.4.2002, 19.30 Uhr s.t.: Klinik Rabenstein, Kurstraße 38-42, Nidda-Bad Salzhausen. „**Diagnostik und Therapie der häufigsten Schilddrüsenerkrankungen in der Praxis.**“ Dr. W. J. Faßbender, Frankfurt. Auskunft: Sekretariat Dr. H.-J. Arndt. Tel. (0 60 43) 80 62 29.

Neurologische Klinik der Justus-Liebig-Universität

20.4.2002, 9.00 – 13.00 Uhr: Zentrum für Neurologie und Neurochirurgie, Hörsaal, Am Steg 22, Gießen. „**Muskelkrankheiten – Diagnostische Probleme im Kindesalter und beim Erwachsenen – Therapeutische Ansätze.**“ Auskunft: Sekretariat Dr. D. Herrmann. Tel. (06 41) 9 94 53 00. **3P**

24.4.2002, 16.15 – 18.30 Uhr: Hörsaal der Chirurgischen Klinik, Am Steg 14, Gießen. „**Zukunftsperspektiven der Schlaganfallbehandlung.**“ Auskunft: Sekretariat Dr. Jauß. Tel. (06 41) 9 94 53 38. **AiP 2P**

Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin der Justus-Liebig-Universität

24.4.2002, 18.00 – 19.30 Uhr: Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, Feulgenstr. 12, Gießen. „**Neue Aspekte der Therapie der Pneumonie im Kindesalter.**“ Prof. Dr. Joachim Freihorst, Hannover. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. A. Reiter. Tel. (06 41) 9 94 34 20. **AiP**

Krankenhaus Eichhof

24.4.2002, 19.30 Uhr: Cafeteria des Krankenhauses Eichhof, Am Lichberg 41, Lauterbach. „**Aktuelle Aspekte in der Therapie der Hypertonie.**“ Prof. Dr. Helmut Geiger, Frankfurt. Auskunft: Sekretariat Dr. Wilhelm. Tel. (0 66 41) 8 20.

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

Klinik für Unfall und Wiederherstellungschirurgie

10.4.2002: Kreiskrankenhaus Bad Hersfeld, Seilerweg 29, Bad Hersfeld. „**Unfallchirurgisch-orthopädisches Kolloquium: Qualitätssicherung – Chance oder Schikane.**“ Herr Ködding, Herr Fleckenstein. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Rüdiger Volkmann. Tel. (0 66 21) 88 15 51. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Klinikum Fulda

Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Fulda.

10.4.2002, 17.15 – 18.45 Uhr: Hörsaal des Klinikums, Neurologische Klinik. „**Neuroonkologie – Perspektiven.**“ Dr. Ch. Dudel, Prof. Dr. A. Straube, Großhadern. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H. D. Langohr. Tel. (06 61) 84 55 31. **2P**

13.4.2002, 9.30 – 12.30 Uhr: Großer Hörsaal. „**Gastroösophageale Varizenblutung – ein interdisziplinäres Therapiemanagement.**“ Leitung: Prof. Dr. Jaspersen. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Jaspersen. Tel. (06 61) 84 54 21. **AiP 3P**

24.4.2002, 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**

27.4.2002, 9.30 – 13.30 Uhr: **Handchirurgisches Symposium: Probleme in der Nachsorge handchirurgischer Weichteileingriffe.** Auskunft: Sekretariat Dr. Univ./Dam. Z. Mascharka. Tel. (06 61) 84 58 60. **AIP 3P**

8.5.2002: **„Eßstörungen im Kindesalter.“** Frau B. Rotter, Prof. Dr. Töllner. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. U. Töllner. Tel. (06 61) 84 55 71.

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.

Klinikum Kassel

Klinikum Kassel, Mönchebergstraße 41-43, Kassel.

24.4.2002, 19.30 – 21.30 Uhr: Hörsaal des Pathologischen Institutes. **„49. Kasseler Gastroenterologen-Gespräch: Funktionelle Magen- und Darmerkrankungen.“** G. Holtmann, Essen. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. J. Pausch. Tel. (05 61) 9 80 25 00. **AiP 3P**

24.4.2002, 18.00 – 20.00 Uhr: Hörsaal der Pathologie **„Beatmungsindezidiertes Lungenversagen: Was muß der Anästhesist wissen?“** PD Dr. Karzai, Bad Berka. Auskunft: Sekretariat Dr. M. Gehling. Tel. (05 61) 9 80 30 15. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Landkreis Fulda

11.4.2002, 18.00 - 20.00 Uhr: Hörsaal des Klinikums Fulda, Pacelliallee 4, Fulda. **„Aktuelle Empfehlungen zur Kinderreanimation.“** Dr. Weber. Auskunft: Dr. Kai Witzel, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Fulda. Tel. (06 61) 5 88 83 oder 1 50. **AiP 2P**

Marienkrankenhaus Kassel

17.4.2002, 18.00 Uhr c.t.: Marienkrankenhaus Kassel, Marburger Str. 85, Kassel.

„Indikationskriterien und moderne Behandlungskonzepte bei Bauchwandhernien.“ PD Dr. Heimbucher. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Konermann. Tel. (05 61) 8 07 31 33. **2P**

Pneumologische Seminare

17.4.2002, 18.00 Uhr: Fachklinik für Lungenerkrankungen, Robert-Koch-Str. 3, Immenhausen. **„Neue Klassifikation interstitieller Lungenerkrankungen.“** Dr. M. Meier, Immenhausen. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. G. Goeckenjan. Tel. (0 56 73) 50 10. **2P**

Fachklinik Fürstwald

17.4.2002, 15.00 – ca. 17.00 Uhr: Fachklinik Fürstwald, Grundweg 2-4, Calden-Fürstwald. **„Fürstwalder Gespräche: Hilfsangebote des Gesundheitsamtes für suchtkranke Mitbürger unter besonderer Berücksichtigung des Betreuten Wohnens.“** Dr. H.-B. Poppe. Auskunft: Sekretariat Dr. H. J. Kronibus. Tel. (0 56 09) 62 91 15. **2P**

Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel

Hörsaal der Klinik, Hansteinstr. 29, Kassel.

17.4.2002, 15.30 Uhr: **„Was kann Musiktherapie bei Patienten in fortgeschrittenen Stadien von Tumorkrankheiten bewegen?“** Cordelia Fischer. **2P**

24.4.2002, 18.00 – 20.00 Uhr: **„Aktuelle Ernährungsmedizin: Malnutrition – Adipositas.“** Prof. Dr. Christian Löser, Kassel; Prof. Dr. Manfred J. Müller, Kiel. **AIP 2P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

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

Interdisziplinäre Gesellschaft für Medizin Kassel e.V.

20.4.2002, 9.00 Uhr c.t. – ca. 12.00 Uhr: Hörsaal des Pathologischen Instituts, Klinikum Kassel, Mönchebergstr. 41-43, Kassel. **„Lipoproteine und Gefäße.“** Prof. Dr. V.W. Armstrong, Prof. Dr. H. C. Blossley, Prof. Dr. A. Ferbert, Prof. Dr. J. Neuzner. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. R. Hesterberg. Tel. (05 61) 3 08 64 21. **AiP 3P**

Kinderkrankenhaus Park Schönfeld

24.4.2002, 16.00 – ca. 18.00 Uhr: Forum im Hauptgebäude, 1. Stock. Kinderkrankenhaus Park Schönfeld, Frankfurter Str. 167, Kassel. **„Kinderchirurgische-pädiatrisch-pathologische Konferenz.“** Dr. P. Illing, PD Dr. F. K. Tegtmeyer, Prof. Dr. J. Rüschoff. Auskunft: Sekretariat PD Dr. F. K. Tegtmeyer. Tel. (05 61) 9 28 51 08. **AiP 3P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda

4.5.2002, 9.30 – 16.00 Uhr: Adalbert-Endert-Haus, Pfarrzentrum St. Bonifatius, Kirchstr. 10, Fulda-Horas. **„3. Hessisch-Thüringischer Geriatrietag: Zielgerichtet Arbeiten und Dokumentieren in der Geriatrie.“** Auskunft: Sekretariat Dr. Behringer. Tel. (06 61) 1 55 01. **AiP 6P**

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

Nephrologie und Intensivmedizin

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

9.4.2002: **„Extrazelluläre Verkalkungen bei chronischer Niereninsuffizienz: Epidemiologie, Pathogenese und Therapie.“** T. Drüeke, Paris. **AIP**

23.4.2002: **„Magnetresonananzalyse im Serum zur Diagnose von Nierenkrankheiten.“** A. Lison, Bremen. **AIP**

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

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Institut für Pathologie der Philipps-Universität

11.4.2002, 16.30 – 18.30 Uhr: Hörsaal des Zentrums für Pathologie, Baldingerstraße, Marburg. **„Klinisch-Pathologische Konferenz.“** Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Roland Moll. Tel. (0 64 21) 2 86 22 70. **AiP 2P**

Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie der Philipps-Universität

Klinikum Lahnberge, Baldingerstraße, Marburg.

13.4.2002, 9.00 – 17.00 Uhr: **ACLS – Mega-Code-Training: Aktuelle Standards von Basic Life Support und Advanced Cardiac Life Support im Rettungsdienst / Interaktives Training von Versorgungsabläufen.** Leitung: Prof. Dr. Hinnerk Wulf, Dr. Clemens Kill.

16.4.2002: **„Management akuter Intoxikationen im Rettungsdienst.“** Dr. T. Binscheck, Hannover.

23.4.2002: **„Regionalanalgesie für die Trauma-Erstversorgung.“** Prof. Dr. B. Wiedemann, Leipzig.

7.5.2002: **„Xenon-Anästhesiegas des 21. Jahrhunderts.“** Prof. Dr. Jens Scholz, Kiel.

Auskunft: Sekretariat Prof. Wulf. Tel. (0 64 21) 2 86 59 80.

Kinder- und Jugendpsychiatrisches Kolloquium

24.4.2002, 14.30 Uhr s.t.: Hörsaal des Zentrums für Nervenheilkunde, Rudolf-Bultmann-Str. 8, Marburg. **„Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter.“** Prof. Dr. E. Schulz, Freiburg; PD Dr. G. Schulte-Körne, Marburg; Dipl.-Psych. T. Jans, Würzburg; Dr. P. Wehmeier, Marburg. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt. Tel. (0 64 21) 2 86 31 72. **AIP 4P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie der Ph.Universität Marburg

24.4.2002, 17.00 – 19.00 Uhr: Lahnberge, Hörsaal III, Conradstraße, Marburg. „**Unfallchirurgischer Nachmittag: Neues in der Versorgung kindlicher Schaffrakturen.**“ D. Mann. „**Diagnostik und Differentialtherapie der Rhizarthrose.**“ M. Schädel-Höpfner. „**Außergewöhnliche Prothesen bei besonderen Problemen an der oberen Extremität.**“ M. Schnabel. Auskunft: Sekretariat Prof. Gotzen. Tel. (0 64 21) 2 86 62 16. **AiP**

Klinikum der Philipps-Universität Marburg

3.5. – 5.5.2002: Hörsaalgebäude, Biegenstraße 14, Marburg. „**Marburger Neurologentag 2002: Zerebrovaskuläre Erkrankungen – Neuroinfektiologie.**“ Auskunft: Frau Lnenicka. Tel. (0 64 21) 2 86 64 19. **AiP**

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

Qualitätszirkel

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER WIESBADEN

13.4.2002: Roncallihaus. „**3. Wiesbadener Schmerztag: Der schmerzende Rücken.**“

15.4.2002, 18.00 – 19.30 Uhr: Bibliothek der Deutschen Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden. „**Interdisziplinäre Schmerzkonferenz mit Patientenvorstellungen.**“ **2P**

19.45 – 21.45 Uhr: „**Qualitätszirkel Schmerztherapie.**“ **2P**

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

Dr. Horst-Schmidt-Kliniken

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

8.4.2002, 16.00 – 17.00 Uhr: Hörsaal Pathologie. Gemeinsame Veranstaltung der Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin und der Klinik für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie. „**Phantomkurs; Geburtsmechanik (hoher Geradstand, Schulterdystokie, vag.-op. Entbindung).**“ PD Dr. Gonser. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Gonser. Tel. (06 11) 43 32 06. **1P**

16.4.2002, 19.00 – 21.00 Uhr: 2. Stock, Raum hinter dem Casino. „**Prävention der Schmerzchronifizierung – Aktuelle Strategien und Konzepte.**“ Prof. Dr. W. Ziegglänsberger, München. Leitung: Prof. Dr. J. E. Schmitz. Auskunft: Dr. B. Pokorny. Tel. (06 11) 43 21 74. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

22.4.2002, 16.00 – 17.00 Uhr: Hörsaal Pathologie. Gemeinsame Veranstaltung der Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin und der Klinik für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie. „**Brandschutzunterweisung.**“ Walz. Auskunft: Sekretariat PD Dr. du Bois. Tel. (06 11) 43 23 77.

24.4.2002: Onkologischer Schwerpunkt HSK. „**Therapiestrategien bei fortgeschrittenen Hodentumoren.**“ PD Dr. C. Bokemeyer, Tübingen. Auskunft: OSP-Sekretariat. Tel. (06 11) 43 33 33. **2P**

24.4.2002, 17.30 Uhr: Deutsche Klinik für Diagnostik, Wiesbaden. Diese Veranstaltung findet im Wechsel in den Dr. Horst-Schmidt-Kliniken und in der Deutschen Klinik für Diagnostik statt. „**Neuromuskuläre Fallvorstellung.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. B. Weisner. Tel. (06 11) 43 23 76.

8.5.2002, 18.00 Uhr: Kurhaus Wiesbaden. „**Unfallchirurgische Fortbildung: Fußchirurgie.**“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. K. Wenda. Tel. (06 11) 43 20 87. **AiP 2P**

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

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

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

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

Deutsche Klinik für Diagnostik

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

8.4.2002. „**DKD Intern**“ Dr. J. Seeger.

22.4.2002. „**Jewish aspects in bioethics with respect to current issues.**“ Dr. Y. M. Barilan, Tel Aviv.

29.4.2002: „**Fallvorstellungen.**“ Dr. E. Bock.

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

27.4.2002, 9.00 – 13.30 Uhr: Empfangshalle der DKD. „**Asthma bronchiale bei Kindern und Erwachsenen – Aktuelle Aspekte.**“ Gemeinsame Veranstaltung der FB Pädiatrie und FB Pneumologie. Auskunft: Dr. J. Gierich. Tel. (06 11) 57 72 38 oder Dr. R. M. Oelze. Tel. (06 11) 57 72 09. **AiP 3P**

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**

Qualitätszirkel Akupunktur und TCM Wiesbaden

9.4.2002, 19.45 Uhr: In den Räumen der KV-Wiesbaden, Sitzungssaal hinter dem KV/Ärztelhaus. „**Treff des Qualitätszirkels Akupunktur und TCM-anwendender Ärzte.**“ Dr. Marco Gassen. Tel. (06 11) 40 30 83.

Verein Nassauischer Ärzte e.V.

10.4.2002, 17.15 – 19.15 Uhr: Ärztelhaus, Adelheidstr. 7, Limburg. „**Pollenallergie.**“ Auskunft: Dr. Egbert Reichwein. Tel. (0 64 82) 20 78. **2P**

St. Josefs-Hospital

17.4.2002, 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.

Aukammklinik

20.4.2002, 9.00 – ca. 14.00 Uhr: Aukammklinik, Leibnitzstraße 21, Wiesbaden. „**Jubiläumssymposium: Operative Rheumatologie.**“ Auskunft: Sekretariat Dr. Günter Salzmann. Tel. (06 11) 57 20. **3P**

Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte

27.4.2002, 9.00 – 13.00 Uhr: Wilhelm-Kempff-Haus, Wiesbaden Naurod. „**Qualitätszirkel Homöopathie.**“ Arbeitskreis Mainz/Wiesbaden/Taunus. Auskunft: Gerhard Bleul. Tel. (0 64 34) 72 07.

Mammographie-Intensivkurse

27.4. – 28.4.2002: Hotel Dorint-Pallas, Auguste-Viktoria-Str. 15, Wiesbaden. „**Wiesbadener Mammographie-Intensivkurse.**“ Wissenschaftliche Leitung: Dr. Margrit Reichel, Dr. Claus Blumenroth. Auskunft: Senomed Kongreßorganisation, Taunusstein. Tel. (0 61 28) 74 14 54.

Medizinische Gesellschaft Wiesbaden

7.5.2002, 19.30 – 22.00 Uhr: Ärztelhaus Abraham-Lincoln-Str. 36,

Wiesbaden. „Wirbelsäulenforum.“ Auskunft: Frau Dies oder Frau Brede. Tel. (06 11) 71 00 14 o. 13. **AiP 2P**

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. Krebsler. Tel. (06 11) 84 07 98. **4P**

NACH REDAKTIONSSCHLUß EINGEGANGEN

BEZIRKSÄRZTEKAMMER FRANKFURT

Frankfurter Medizinische Gesellschaft

Großer Hörsaal Haus 23A, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt, jeweils 17.30 Uhr.

10.4.2002: „Molekulare Neurologie.“ Prof. Steinmetz, Prof. Auburger.

8.5.2002: „Philipp Schwartz und die Emigration – Die Frankfurter Medizinische Fakultät während der NS-Zeit.“ Prof. Siefert, Prof. Winkelmann.

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Jacobi. Tel. (0 69) 63 01 72 77.

Markus Krankenhaus

19.4.2002, 18.00 – 21.00 Uhr: Markus Krankenhaus, Konferenzraum, 4. OG, Neubau. „Qualitätszirkel ‚Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin‘.“ Auskunft: Dr. Hermann J. Berberich. Tel. (0 69) 31 67 76.

Klinikum Offenbach

8.5.2002, 18.00 Uhr: Park Plaza Hotel, Offenbach. „Arbeitskreis Onkologische Urologie Offenbach.“ Leitung: Prof. Dr. U. W. Tunn. Auskunft: Sekretariat Prof. Tunn. Tel. (0 69) 84 05 38 40.

BEZIRKSÄRZTEKAMMER GIEßEN

Medizinische Gesellschaft Gießen

8.5.2002, 18.15 Uhr: Hörsaal des Neubaus Chirurgie des Universitätsklinikums, Rudolf-Buchheim-Str. 7, Gießen. „Demonstration eines besonderen Krankheitsbildes.“ Prof. Dr. Klaus L. Schmidt, Dr. Uwe Lange. „Genom- und Infektionsbiologie bakterieller Krankheitserreger.“ Prof. Dr. Trinad Chakraborty. Auskunft: Marion Oberschelp. Tel. (06 41) 9 94 80 05.

Klinikum Fulda

20.4.2002, 9.00 – 13.00 Uhr: Hörsaal des Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Fulda. „Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms in einem Brustzentrum.“ Prof. Dr. H. Arps, Prof. Dr. H. J. Feldmann, Prof. Dr. A. Czernik. Leitung: Prof. Dr. L. Spätling. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Spätling. Tel. (06 61) 84 59 00. **AiP 4P**

BEZIRKSÄRZTEKAMMER WIESBADEN

Asklepios Paulinen Klinik

24.4.2002, 18.30 – 21.00 Uhr: Biebricher Schloß, Wiesbaden. „Symposium: Chirurgischer Nachmittag.“ Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. R. Loth. Tel. (06 11) 8 47 23 01. **AiP 2P**

Aufnahme von Fortbildungsveranstaltungen

Wir möchten die Veranstalter der Fortbildungsveranstaltungen bitten, die Veranstaltungen der Bezirksärztekammern der LÄK 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.

ROTE LISTE® 2002 jetzt aktuell im Internet

Die ROTE LISTE® 2002 liegt ab sofort vollständig überarbeitet im Internet vor. Es sei darauf hingewiesen, daß die ROTE LISTE® für Ärzte und Apotheker bereits seit 1998 im Internet unter www.rote-liste.de paßwortgeschützt vorliegt und derzeit zweimal jährlich aktualisiert wird. 264 Firmen haben eine Internet-Adresse angegeben, über die ein direkter Internetzugang auf die entsprechenden Homepages der Firmen möglich ist.

Das Kompendium beinhaltet eine Kurzfassung des deutschen/europäischen Arzneimittelangebotes sowie bestimmter Medizinprodukte (s. § 2 Abs. 1 der Grundsätze für die ROTE LISTE®) von 525 Pharmafirmen. Einerseits ist das seit vielen Jahren bewährte Konzept fortgeführt worden, kompakte Texte gemäß den gesetzlichen Bestimmungen zu erstellen. Andererseits werden aktuelle Herausforderungen unserer Zeit für neue Aufgaben angenommen, mit dem Ziel, die Akzeptanz der ROTE LISTE® weiterhin zu sichern und zu verbessern.

Rote Liste Service GmbH, Karlstraße 21, 60329 Frankfurt/Main

Anzeige

<p>Gesundheit ist ein Menschenrecht Deshalb hilft ÄRZTE OHNE GRENZEN in mehr als 80 Ländern Menschen in Not, ungeachtet ihrer Hautfarbe, Religion oder politischen Überzeugung.</p> <p>Helfen Sie mit!</p> <p>ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V. Am Köllnischen Park 1 • 10179 Berlin www.aerzte-ohne-grenzen.de Spendenkonto: 07 0 97 Landesbank Berlin • BLZ 100 300 00</p>	<p>Bitte schicken Sie mir unverbindlich</p> <p><input type="checkbox"/> allgemeine Informationen über ÄRZTE OHNE GRENZEN</p> <p><input type="checkbox"/> Informationen für einen Projekteinsatz</p> <p><input type="checkbox"/> Informationen zur Fördermitgliedschaft</p> <p><input type="checkbox"/> die Broschüre „Ein Vermächnis für das Leben“</p> <p>Name: _____</p> <p>Geb.-Datum: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>PLZ/Ort: _____</p>
---	--

„Berufsalltag von Ärztinnen“

Informationsveranstaltung der LÄK Hessen

Für Ärztinnen im AiP, in der Weiterbildung und Wiedereinsteigerinnen

ORT: Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung
Bad Nauheim, BLAUER SAAL

ZEIT: Mittwoch, den 17. April 2002 von 17.00–20.30 Uhr

Programm:

Teil I: Aspekte für Ärztinnen im PJ, AiP und in der Weiterbildung - im Krankenhaus und in der Arztpraxis
Referentinnen: Frau Moos (Internistin), Frau Dr. C. Sternberger-Dreyer (Allgemeinärztin in Wiesbaden)

Teil II: Modelle von Teilzeitarbeit und aktuelle gesetzliche Grundlagen
Referent/in: V. Putzmann-Heidenwag (Verbandsjuristin des MB Frankfurt/M), Dr. Dr. W. Gnatzy (Personalleiter der Uniklinik Gießen), Frau H. Schröder (Anästhesistin in Linden)

Teil III: Mentoring für Ärztinnen
Referentinnen: Frau Prof. Dr. Marianne Schrader, Lübeck, (Deutscher Ärztinnenbund), Frau Dr. C. Franke-Lompa (Klinikum Darmstadt), Frau Wimmer (Hessisches Sozialministerium) und Dr. B. Drexler-Gormann (Vorsitzende Ausschuß „Referat Ärztinnen“ der LÄK Hessen)

Anmeldungen bei Frau Dr. Drexler-Gormann oder in der LÄK Hessen, Referat Ärztinnen, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt Teilnahmegebühr: 10 €

Frauen sind überall. Auch in der Medizin. Rund 50 Prozent aller Medizinstudenten sind weiblichen Geschlechts. Doch nach der AiP-Zeit, in der das zahlenmäßige Verhältnis von Ärztinnen und Ärzten noch einigermaßen ausgeglichen ist, nimmt der Anteil der Ärztinnen – vor allem in leitenden Positionen – stetig ab. Nach wie vor sind nur halb so viele Ärztinnen an hessischen Krankenhäusern tätig wie Ärzte. Viele arbeiten aus familiären Gründen in Teilzeit; auf der Karriereleiter steigt man über sie hinweg.

Wie lassen sich Beruf und private Aufgaben von Ärztinnen mit der Familie verbinden? Was sind die besonderen Schwierigkeiten, mit denen Frauen im Arztberuf konfrontiert werden? Gibt es neue Arbeitszeitmodelle? Wo werden Ärztinnen beraten und gefördert?

(siehe auch Veranstaltungskalender der Akademie)

Auch Ärzte haben ein Recht auf Meinungsfreiheit

Von Siegmund Kalinski

Wir schreiben derzeit zwar April und die Wahlen finden erst im September statt, trotzdem aber befinden wir uns schon mitten im Wahlkampf. Und eins der heißesten Themen des Wahlkampfes wird zweifellos die Gesundheitspolitik sein. Was der rot-grünen Koalition gar nicht ins Konzept paßt, und so hat der Bundeskanzler Ulla Schmidt den Auftrag gegeben, für Ruhe an der Gesundheitsfront zu sorgen.

Der Hartmann-Bund (HB) und der Verband freier deutscher Zahnärzte (VFDZ) wollten aber gerade diese Zeit nutzen, um auf die Folgen verfehlter Politik hinzuweisen. Mit einer Plakatserie, deren erste Folge „Wahltag ist Wahltag/Gesundheitstag“ hieß, wollten beide Verbände gegen die Rationierung von Leistungen, Einschränkung der freien Arztwahl, das Medikamentenchaos sowie die staatlich reglementierte Zuteilungsmethoden protestieren. Diese Plakataktion entzürnte die Ministerin so sehr, daß sie in einem offenen Brief die Gesundheitsministerien der Länder sowie die Körperschaften der ärztlichen Selbstverwaltung aufforderte, die Aktion zu unterbinden.

Ach, hätte sie das doch im eigenen Interesse nicht getan! Erst durch diesen Brief wurde die Plakataktion so richtig bekannt und populär.

Der Verfassungsrechtler Professor Rüdiger Zuck stellte in einer Expertise fest, daß, wenn laut Grundgesetz jeder das Recht habe, seine Meinung frei zu äußern, dieses Freiheitsrecht selbstverständlich auch für Ärzte gelte. Keinem freien Verband könne man verbieten, solche Plakate zu drucken und, so ganz nebenbei, „jedes System, auch die GKV, müsse sich kritisch hinterfragen lassen.“

Ein Ministerialdirigent aus dem bayrischen Sozialministerium hat auf den Brief der Ministerin noch schärfer reagiert: „Ich wäre Ihnen sehr verbunden, wenn Sie in Zukunft die Arbeit der Auf-

sichtsbehörden nicht durch Aufforderungen belasten würden, denen der Mangel der Wahlkampfnähe auf die Stirn geschrieben steht.“ Dazu kam noch der Hinweis, daß ein Arzt, der das Plakat aufhänge, lediglich von seinem Grundrecht der Meinungsäußerungsfreiheit Gebrauch mache. Er verstoße auch nicht gegen seine Pflichten, da das Plakat lediglich aktuelle und damit allgemein bekannte Themen der gesundheitspolitischen Diskussion aufliste: „Das Aufhängen der Plakate ist von der Meinungsfreiheit des Artikel 5, Absatz 1, Satz 1 des Grundgesetzes gedeckt; eine Verletzung vertragsärztlicher oder berufsrechtlicher Pflichten ist nicht zu befürchten.“ „Der Patient sei sehr wohl in der Lage, die Äußerungen des Plakats treffend als Beitrag seines Arztes zu der derzeitigen Diskussion einzuordnen ...“

Die KBV erteilte der Ministerin eine Absage: Sie sehe keine Rechtsgrundlage, um die Plakataktion zu unterbinden. Auch die Ärztekammern verhalten sich ähnlich.

In der Zwischenzeit, haben HB und VFDZ schon die nächste Ausgabe ihrer Plakatserie, diesmal unter dem Titel „Fasten ist gesund – Aushungern macht krank“, veröffentlicht.

Ob die Politik in Wartezimmern Platz haben sollte oder nicht, wird auch unter Ärzten sehr kontrovers diskutiert. Darf der Doktor in seinem Sprechzimmer dem Patienten gegenüber seine Meinung über Politik überhaupt äußern oder muß er sich strikt auf medizinische Themen beschränken? Andererseits: Ist er eigentlich nicht sogar verpflichtet, einen Kranken darüber aufzuklären, warum er dazu verdonnert wird, eine andere Arznei zu verordnen anstatt dem bisherigen bewährten Präparat? Soll es ihm nicht erlaubt sein darauf hinzuweisen, daß er eine ganze Reihe von Leistungen nicht mehr oder nur stark reglementiert verschreiben darf? Soll er dem Versi-

cherten nicht erklären dürfen, daß nicht er, der Doktor, das alles zu verantworten hat, sondern daß ihn Gesetze und Verordnungen dazu zwingen? Kommt er dann nicht zwangsläufig, ob er will oder nicht, ins Gespräch über die Politik, die gesundheitspolitische insbesondere? Muß er dann mit seiner Meinung hinterm Berg halten, weil es der Gesundheitsministerin nicht genehm ist, bzw. nicht in die gesundheitspolitische Landschaft paßt?!

Viele Hausärzte dagegen äußern sich strikt sowohl gegen die Plakataktion als auch gegen diesbezügliche Diskussionen in der Praxis. Sie unterstützen die Gesundheitspolitik der Regierung und vertreten die Auffassung, daß Politik im Sprechzimmer nichts zu suchen habe.

Es gibt aber auch Hausärzte, die die Ansicht vertreten, man solle nicht alles schon lange vor den Wahlen auf eine Karte setzen. Oft komme doch vieles anders, als man glaube. Andere wieder meinen, mit den Wahlzusagen solle man überhaupt vorsichtig sein. Und zwar bei allen Parteien.

Wahlversprechungen sind wie die Zusage eines Bankiers, der seinem zukünftigen Schwiegersohn eine Mitgift in Höhe von einer Million bei Heirat seiner nicht nur optisch ziemlich mißlungenen Tochter verspricht. Nach der Hochzeit belehrte er den frischgebackenen Schwiegersohn: „Mein Lieber: Lerne, daß, wenn ein Bankier sagt, er nimmt eine Million, dann nimmt er – wenn er aber sagt, er gibt eine Million, dann sagt er das nur...“

Politiker sind zwar keine Bankiers, verhalten sich aber nach gleichem Modus. Sie reagieren jedoch allergisch, wenn man sie dabei ertappt. Oft vergessen sie dann, daß Kritik zum Wesen der Demokratie gehört und Meinungsfreiheit bei uns durch das Grundgesetz geschützt ist.

Vorstandssitzung der Kammern Hessen und Thüringen in Bad Nauheim

Schäumend steigt die Wassersäule aus dem Sprudelhof empor. Als weiße Fontäne hebt sie sich von der Baumkulisse des Kurparks ab. In den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts entstand in Bad Nauheim eine einzigartige Jugendstil-Badeanlage: Sechs Badehäuser mit ornamentierten Wartesälen und Schmuckhöfen umschließen den Sprudelhof, dessen Solequellen den Kurort einst zum Weltbad der Belle Epoque für Herz- und Kreislaufkrankheiten gemacht hatten. Mit der Erfindung der - ähnliche kardiologische Wirkungen hervorrufenden - Calcium-Antagonisten war es mit dem Ruhm des Kurortes jedoch zunächst vorbei. Heute zählt das Fortbildungszentrum der Landesärztekammer zu den innovativsten Einrichtungen der Stadt.

Im Februar fand hier eine gemeinsame Vorstandssitzung der Landesärztekammern Hessen und Thüringen statt. Die besondere Verbundenheit der beiden Kammern geht vor allem auf die Zeit nach der Wende zurück; damals hatte die hessische Kammer den Thüringer Kollegen Schützenhilfe beim Aufbau einer eigenen Kammer geleistet. Inzwischen sind die Treffen zu einer wiederkehrenden Einrichtung geworden, die den Erfahrungsaustausch sowie aktuelle Fragen aus Medizin und Gesundheitspolitik in das Zentrum rückt. Eine atmosphärisch gelungene Führung durch die Jugendstil - Brunnenanlage Bad Nauheims vermittelte in der Pause nicht nur kunsthistorische Erkenntnisse, sondern bot Einblicke in die Vergangenheit einer Stadt, die vor

rund hundert Jahre schon „perfekte Großstadtmedizin“ bot. Mit Gesten und Worten schien die Führerin die Geister illustrierter Kurgäste - die österreichische Kaiserin Elisabeth („Sissi“), die Zarin Alexandra Feodorowna oder die deutsche Kaiserin Auguste Viktoria - vorübergehend zum Leben zu erwecken.

Die Gespenster der Gegenwart, die aus den Tagesordnungspunkten hervortraten, muteten wesentlich profaner an. So spukt etwa der Vorwurf, Ärzte würden Gefälligkeitsgutachten erstellen, immer öfter durch die Medien. Und damit nicht genug: Vielfach wird selbst die fachliche Kompetenz der Sachverständigen in Zweifel gezo-

überzeugt, seitens der Kammern Fortbildungsmaßnahmen für gutachterlich tätige Ärzte anzubieten. Die im vergangenen Jahres in Thüringen durchgeführte Gutachterfortbildung sei derart erfolgreich verlaufen, daß in diesem September ein weiterer Kurs angeboten werde.

Anders die Erfahrungen in Hessen: Die geringe Teilnehmerzahl an einer Fortbildungsveranstaltung für ärztliche Gutachter in Bad Nauheim sei enttäuschend gewesen, erinnerte sich Dr. Michael Popović, Hauptgeschäftsführer der hessischen Landesärztekammer. Da man sich jedoch der Notwendigkeit einer solchen Fortbildungsmaßnahme bewußt sei, werde sie von der Akademie demnächst erneut angeboten. „Wir sollten Fortbildung in diesem Bereich auf freiwilliger Basis an der Akademie anbieten, nicht aber formalisiert zur verbindlichen Voraussetzung von Gutachten machen“, schlug PD Dr. Michael Berliner, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen und selbst als Gutachter tätig, vor.



gen. Um die Frage nach der Qualität gutachterlicher Stellungnahmen zu erörtern, hatte Professor Dr. Eggert Beileites, Präsident der Landesärztekammer Thüringen, das Thema „Sachverständigen- und Gutachterfortbildung“ auf die Tagesordnung des gemeinsamen Treffens gesetzt. Er zeigte sich von der Notwendigkeit

Außerdem müsse deutlich zwischen fachlicher und formaler Qualifikation unterschieden werden; das fachliche Wissen sei Gegenstand der Aus- und Weiterbildung. Dr. Alfred Möhrle, Präsident der hessischen Ärztekammer, erklärte, er werde in Hessen wegen der Ausarbeitung eines kleinen Curriculums für die Fortbildung von ärztlichen Gutachtern aktiv.

Auch der Diskussionspunkt „Reproduktionsmedizin“ war von der

Thüringer Ärztekammer vorgeschlagen worden. PID zur Abklärung genetisch bedingter Krankheiten, ja oder nein? Die Frage, welches Recht ein Arzt habe, Menschen die Möglichkeit, Eltern zu werden, zu versagen, indem er die PID nicht durchführe, wurde von der Gynäkologin, Dr. Margita Bert, Ärztekammer Hessen, aufgeworfen. Er sei primär immer ein Befürworter der PID gewesen, entgegnete Dr. Möhrle. Allerdings müßten auch die Argumente ihrer Gegner und deren Angst vor einem ethisch - moralischen Dammbuch ernstgenommen werden. Viele befürchteten, daß im Falle einer Erlaubnis die PID - und damit die IVF - auch dann durchgeführt würden, wenn sie gar nicht notwendig seien.

„Ich persönlich glaube allerdings, daß die Problematik durch eine restriktive Gesetzgebung in den Griff zu bekommen ist“, sagte Möhrle. Im übrigen könne er ethische und moralische Bedenken nicht verstehen, solange die PND erlaubt sei. Die Furcht vor einer Legalisierung der PID stehe auch mit der Sorge in Zusammenhang, daß aus der Diagnostik die Pflicht zum Schwangerschaftsabbruch erwachse, argumentierte Uwe Schott, Beisitzer der Landesärztekammer Thüringen. „Wir als Ärzte können nur ein Stück mitdenken, aber nicht die Probleme lösen“, betonte Beleites.

„Mein Mann gibt deinem Mann eine Niere. Dafür gibst du mir deine Niere“: Was wie das Zitat aus einem Science Fiction Film klingt, könnte bei sogenannten Cross-Over-Spenden Wirklichkeit sein. Zwei Paare auf der Suche nach Lebendspendern nutzen die wechselseitige Immuntoleranz und einigen sich auf eine Art Organtransfer. So findet ein Interessenausgleich statt. Rechtsanwalt H.-G. Kraushaar, der Vorsitzende der hessischen Kommission für Lebendspende, äußere sich allerdings sehr kritisch zu der Cross-Over-Spende, sagte Popović.

Das Problem der Lebendspende sei ihre Freiwilligkeit, ergänzte Justitiar

Christoph Biesing: „Wann geschieht etwas freiwillig, wann erfolgt es nur auf psychischen Druck? Gibt es kommerzielle Aspekte? Wie sind die rechtlichen Verhältnisse im Falle einer Scheidung?“ Man könne bei einer Organspende schwerlich das Geschenk zurückverlangen.

In Thüringen wurde das Thema „Lebendspende“ erst in diesem Jahr gesetzlich geregelt und eine Kommission ins Leben gerufen. Es sei unbedingt notwendig, von dem Erfahrungsschatz einer länger existierenden Kommission zu profitieren, erklärte Uwe Schotte, Beisitzer der Ärztekammer Thüringen: „Mich würde es freuen, wenn wir unsere beiden Kommissionen zusammen bringen könnten“. Auch ein Erfahrungsaustausch der Kammern auf Bundesebene wurde in Bad Nauheim angeregt.

Aktuell berichteten Dr. Möhrle und Dr. Popović über die Ergebnisse der im Sommer vergangenen Jahres zu den Themen Arbeitszeit und Arbeitszufriedenheit durchgeführten repräsentativen Umfrage der hessischen Landesärztekammer unter Krankenhausärzten. Während diese die Überlastung der Krankenhausärzte und ihre Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen dokumentiere, verdeutliche eine kürzlich veröffentlichte Studie der KBV die prekäre Situation, in der sich das Gesundheitswesen in Deutschland befinde, fügte Möhrle hinzu. Die deutschen Ärzte seien überaltert. In den neuen Bundesländern liege das Durchschnittsalter bei 62, in den alten Bundesländern bei 56 Jahren: „Wir rutschen in einen erheblichen Ärztemangel hinein“.

„Im Osten stehen viele Arztpraxen in den Kreisen leer“, beklagte Professor Beleites. In den Krankenhäusern sei - wie in den alten Bundesländern auch - die Arbeitszeitbelastung der Kollegen enorm. Dennoch hätten die Ärzte in Erfurt das sogenannte Erfurter Modell, mit dessen Hilfe die Überstunden abgebaut und Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit angesehen werden sollte, überraschend abgelehnt.

Daß dahinter finanzielle Gründe stehen - auch darüber waren sich die Diskussionsteilnehmer einig. Für viele Ärzte seien Bereitschaftsdienste die einzige Möglichkeit, sich ein dringend benötigtes, zusätzliches Einkommen zu verschaffen. Vor allem jüngere Kollegen könnten die Lebenshaltungskosten mit einem normalen Grundgehalt nicht abdecken. „Wir müssen Wert auf eine bessere Grundvergütung legen und eine korrekte Dokumentation der Arbeitszeiten fordern“, betonten Dr. Möhrle und PD Dr. Wönne, Vizepräsident der hessischen Landesärztekammer.

Mit Blick auf die Entscheidung des EuGH vom 3. Oktober 2000 schlugen die Thüringer Präsidiumsmitglieder vor, das Ergebnis der hessischen Arbeitszeitumfrage als „Die angemessene Vergütung“ nach dem Muster der Hessischen WBO und des Hessischen Heilberufsgesetzes in die Weiterbildungsordnung aufzunehmen. Die Sitzung schloß mit der Anregung des hessischen Ärztekammerpräsidenten, die Vorstandstreffen der beiden Kammern zu einer regelmäßig einmal im Jahr stattfindenden Einrichtung zu entwickeln.

Katja Möhrle

Zauber der Medizin

Nicht nur ein Haruspex,
der aus den Eingeweiden
liest, ein Magier, ein wahrer
Meister des Wortes, trotz
seiner schlechten Schrift,
Künder und Dichter ist
mein Arzt - er hat mich
krank geschrieben und
siehe! - ich bin krank,
bekomme gar - wie's das
Gesetz befiehlt - ein
Krankengeld. Schreibt er
mich gesund, obwohl ich
mich nicht gut fühle, ist das
nicht sein Versagen, denn
Gesundengeld steht sowieso
- mit Recht - niemandem zu.

Karlhans Frank

Rainer Leitloff, Geschäftsführer der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, geht in Ruhestand

Leistungsbereitschaft, Zuverlässigkeit und Loyalität. Alle drei Eigenschaften sind unlösbar mit seiner Person verbunden: Vor 32 Jahren trat Rainer Leitloff in die Landesärztekammer Hessen ein; jetzt ist der Geschäftsführer der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim in Ruhestand gegangen. Bei seiner Verabschiedung nahm er am 26. Februar das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft in Empfang.

Leitloff wurde am 8. Februar in Berlin geboren. Nach Abschluß einer Lehre zum Bankkaufmann führte ihn seine erste Stelle 1966 in die Metropole-Bank Rittershaus & Co nach Frankfurt. Danach wechselte er als Innenleiter zu der Frankfurter Zweigstelle der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eGmbH. In einem Gespräch mit dem einstigen Hauptgeschäftsführer der Landesärzte-

kammer, Professor Dr. Rheindorf, ließ sich Leitloff von einer neuen beruflichen Herausforderung bei der Kammer überzeugen: Am 1. Oktober 1970 begann er sein Dienstverhältnis zunächst in der Arzthelferinnen-Abteilung.

Der außergewöhnlich hohe Einsatz des neuen Mitarbeiters veranlaßte das damalige Präsidium im Jahre 1971, ihn „mit allen organisatorischen Fragen in Zusammenhang mit der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim und der sonstigen Organisation von Fortbildungsveranstaltungen der Kammer zu beauftragen.“ Leitloff verlegte seine Tätigkeit von Frankfurt nach Bad Nauheim und wurde am 1.



Bild: pop

April 1977 zum „Geschäftsführer in der Landesärztekammer Hessen“ ernannt.

Drei Jahrzehnte lang stand er den jeweiligen Vorsitzenden der Akademie – Dr. Kerger, Professor Dr. Anschütz und Professor Dr. Loch – mit Rat und Tat zur Seite. Der erfolgreiche Aufbau des heutigen Fortbil-

dungszentrums geht zu einem nicht geringen Teil auf den bisherigen Geschäftsführer der Akademie zurück. Unter Leitloff ist im Lauf der Zeit nicht nur die Zahl der Mitarbeiter auf inzwischen 22 angewachsen (hinzu kommen durchschnittlich 25 Aushilfskräfte pro Monat). Auch die Zahl der zu betreuenden Mitglieder und die Anzahl der Fortbildungsveranstaltungen an der Akademie haben sich in den Jahren konstant erhöht. Im Sommer dieses Jahres steht nun der Einzug in das neue Seminargebäude bevor, das als Herzstück des Fortbildungszentrums in Bad Nauheim dienen soll. Der künftige geschäftsführende Manager des Fortbildungszentrums, Konrad Zündorf, nimmt seine Arbeit zum 1. April auf.

Daß Rainer Leitloff sich neben seinem Beruf schon immer auch ehrenamtlich engagiert hat, kann nicht unerwähnt bleiben. Schon deshalb nicht, weil das Ehrenamt nach dem Abschied von der Kammer eine noch bedeutendere Rolle spielen wird als bisher: Leitloff wurde für die IX. Amtsperiode der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zum stellvertretenden Mitglied des Vorstands und zum stellvertretenden Mitglied des Haushalts- und Finanzausschusses des Vorstandes gewählt. Vorstand und Mitarbeiter der Landesärztekammer wünschen dem scheidenden Geschäftsführer der Akademie für den neuen Lebensabschnitt alles Gute.

Katja Möhrle

Hartmannbund-Landesverband – Jahresversammlung –

Einladung zur öffentlichen Veranstaltung



19. April 2002, 18.30 c.t.

Sorat-Hotel Marburg

Pilgrimstein 29, 35037 Marburg

„Disease Management Programme“

– Eine neue Herausforderung –

Der Hartmannbund Hessen lädt ein zur öffentlichen Diskussion:

Teilnehmer: **Dr. med. Hans-Friedrich Spies**, 1. Vorsitzender KV Hessen, KBV-Vorstand

Dr. med. Bernd Alles, Allgemeinarzt, Betriebswirt, 1. stellvertr. Vorsitzender HB Hessen

Herr Stefan Mies, AOK- Nordrhein

Frau Hilde Schulte, Sprecherin Bundesvorstand Frauenselbsthilfe nach Krebs

Moderation: **Fr. Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich**, Landesvorsitzende HB Hessen

Zunächst 4 Krankheitsgruppen sollen durch DMP einer verbesserten und langfristig kostengünstigeren Versorgung zugeführt werden. Es handelt sich um Diabetes, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, koronare Herzkrankheiten und Mammakarzinom.

Die Einführung der DMP soll zunächst 51 Mill. Euro kosten. Auch die Durchführung nach evidenzbasierten Leitlinien wird voraussehbar zusätzliche Gelder beanspruchen. Ärzte sind wie Kassen an einer Qualitätsverbesserung in der Versorgung ihrer Patienten interessiert.

Gerade deshalb müssen Ärzte an einer Gestaltung und Durchführung der Programme beteiligt werden. Bei der angespannten Honorarsituation müssen die DMP außerhalb der Budgets finanziert werden, um eine Benachteiligung anderer Patienten zu verhindern.

Eine „Industrialisierung der Versorgung“ in „großen Kollektiven“ und „Standardverfahren“ und „Fließbandkontrollen“ dürfen nicht eintreten!

Gründe genug für eine intensive Diskussion vor Einführung der DMP? (1.7.2002?)



Offener Brief des Leitenden Arztes der Hessischen Versorgungsverwaltung an die Mitglieder der Hessischen Ärzteschaft

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

es ist bedauerlicherweise in der letzten Zeit eine Irritation in die sonst über die Jahre im wesentlichen unproblematischen Beziehungen zwischen den hessischen Ärzten und der Versorgungsverwaltung gekommen. Ursache hierfür sind die nach der Umstellung der Bearbeitung von Anträgen nach dem Schwerbehindertenrecht auf eine neue Software in ihrem Umfang erheblich gewachsenen Fragebögen der Versorgungsverwaltung an die behandelnden Ärzte, die mit ihren gegenüber früher sehr viel ausführlicheren Fragen zu den behandelten Leiden der Antragsteller die Frage haben aufkommen lassen, ob hier nicht schon eine regelrechte gutachtliche Stellungnahme von den behandelnden Ärzten gefordert wird.

Dies ist ganz sicher zu verneinen. Es geht der Versorgungsverwaltung nach wie vor nur darum, zu den von den Antragstellern geltend gemachten Behinderungen einen möglichst aussagekräftigen Befundbericht über die behandelten Leiden ohne jegliche Stellungnahme gutachtlicher Art zu erhalten. Diese gutachtliche Stellungnahme zu verfassen bleibt allein Aufgabe der Versorgungsverwaltung.

Es ist uns bewußt, daß Ihre unter dem Aspekt der Einleitung einer Therapie erhobenen Befunde bisweilen nicht leicht in eine gutachtliche Stellungnahme umgesetzt werden können. Deshalb gleich noch eine Bitte: Wenn Sie sich beim Abfassen des Befundberichtes noch kurz die Frage vorlegen könnten, ob Sie sich im Besitz der einen oder anderen Information noch befinden, die diese Einschätzung der Versorgungsverwaltung erleichtern könnte. Also etwa die Frage nach

der kardialen oder pulmonalen Belastungsfähigkeit Ihres Patienten, nach der Gehfähigkeit bei orthopädischen oder neurologischen Krankheiten (Hilfen dabei?) und immer wieder der Belastungsfähigkeit im Alltagsleben bei psychischen Erkrankungen.

Die Versorgungsverwaltung ist nach dem Sozialgesetzbuch I dazu angehalten, Anträge nach dem Schwerbehindertenrecht zügig zum Abschluß zu bringen. Dies kann nur gelingen, wenn auch die an Sie gerichteten Anfragen möglichst umgehend beantwortet werden, worum ich Sie hiermit noch einmal bitten möchte. Bei Fragen und Unstimmigkeiten wenden Sie sich bitte jederzeit an die Leitende Ärztin oder den Leitenden Arzt des für Sie zuständigen Versorgungsamtes.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Ihr Dr. med. H. Högenauer

Befundberichts-anforderungen der Hessischen Ämter für Versorgung und Soziales im Antragsverfahren nach dem Schwerbehindertenrecht

Sehr geehrter Herr Dr. Möhrle,

wie Sie wissen, ist eine sachgerechte Bearbeitung von Anträgen auf Feststellung von Behinderungen nach dem Schwerbehindertenrecht durch die Hessischen Ämter für Versorgung und Soziales (HÄVS) ohne Mithilfe der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nicht möglich.

Jahr für Jahr sind ca. 120.000 Feststellungsanträge von den HÄVS zu bearbeiten und zu entscheiden.

In den meisten Fällen gestaltet sich das Zusammenwirken zwischen Versorgungsverwaltung und der Ärzteschaft erfreulicherweise unproblematisch.

Da in letzter Zeit in meinem Hause zunehmend Beschwerden über lange

Bearbeitungszeiten im Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht eingehen, habe ich die Problematik mit den Leiterinnen und Leitern der HÄVS, den Leitenden Ärztinnen und Ärzten sowie der Leitung des Hessischen Landesamtes für Versorgung und Soziales erörtert.

Die Analyse der Arbeitssituation in den HÄVS hat ergeben, daß sicher viele Ursachen für die lange Bearbeitungszeit verantwortlich zu machen sind. Dabei mußte leider festgestellt werden, daß die „Liegezeiten der Anträge“ auf die sehr zögerliche Bearbeitung von Befundberichts-anforderungen der HÄVS durch die Ärzteschaft zurückzuführen sind.

Für das Jahr 2002 habe ich mir zum Ziel gesetzt, die Bearbeitungszeiten von Anträgen nach dem Schwerbehindertenrecht im Interesse unserer behinder-

ten Mitbürgerinnen und Mitbürger spürbar zu reduzieren.

Entsprechende Maßnahmen habe ich im Rahmen meiner Möglichkeiten mit den Amtsleitungen der hessischen Versorgungsverwaltung deshalb bereits vereinbart. Hierzu zählt insbesondere der Einsatz eines modernen DV-Verfahrens bis spätestens März 2002.

Abschließend bitte ich Sie daher, mein Ziel zu unterstützen und die Ärzteschaft in geeigneter Weise auf die Problematik der zögerlichen Befundberichtsabgabe hinzuweisen.

Für eine Antwort auf mein Schreiben bedanke ich mich schon im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen
Karl-Winfried Seif, Staatssekretär
Hessisches Sozialministerium

Offener Brief an Staatssekretär Seif in Sachen Befundberichts-anforderung der Hessischen Ämter für Versorgung und Soziales im Antragsverfahren nach dem Schwerbehindertenrecht

Sehr geehrter Herr Seif,

ich danke Ihnen für Ihr Schreiben, mit dem Sie um Unterstützung bitten, die Bearbeitungszeiten von Anträgen nach dem Schwerbehindertenrecht zu verkürzen. Sie schlagen vor, die Ärzteschaft auf die Problematik einer zögerlichen Befundberichtsabgabe hinzuweisen.

Das von Ihnen vorgetragene Ergebnis Ihrer Analyse, die sehr zögerliche Bearbeitung von Befundberichts-anforderungen der Hessischen Versorgungsämter sei auch auf „Liegezeiten der Anträge“ durch die Ärzteschaft zurückzuführen, nehme ich zur Kenntnis, ohne diese Aussage in ihrer Allgemeinheit nachvollziehen oder gar teilen zu können.

Die Landesärztekammer Hessen wird vereinzelt von Versorgungsämtern um Mithilfe gebeten, wenn Ärzte ihrer Verpflichtung zur Abgabe von Befundberichten nicht nachkommen. Wir wirken dann auf den betreffenden Arzt ein, den Befundbericht in angemessener Zeit zu erstellen, ggf. mit Hilfe berufsrechtlicher Maßnahmen. Diese stellen allerdings die Ausnahme dar.

Verärgerung besteht hingegen bei einer Vielzahl unserer Mitglieder über die unangemessene Vergütung der von ihnen abgefaßten Befundberichte. So wird insbesondere eine unzureichende einzelfallbezogene Prüfung der geltend gemachten Entschädigung gerügt. Die hier vorsprechenden Kollegen haben vielmehr den Eindruck, es werde nahezu schematisch die sog. Mittelgebühr (früher: DM 30,—) erstattet. Weder werde der Gebührenrahmen beispielsweise bei Nr. 3 der Anlage zu § 5 ZuSEG ausgeschöpft noch werde eine Entschädigung für eine außergewöhnlich umfangreiche Tätigkeit jemals in Erwägung gezogen.

Zu diesen Klagen über eine unzureichende Umsetzung der vom Gesetzgeber vorgesehenen Entschädigungsmöglichkeiten sind in jüngster Vergangenheit mehrfach Beschwerden über den Umfang eines offensichtlich neu konzipierten Fragenkataloges für Befundberichte nach dem Schwerbehindertengesetz in meinem Hause eingegangen. Abgesehen davon, daß eine detaillierte Beantwortung dieses umfangreichen Fragenkataloges einen wesentlich höheren

Zeitaufwand erfordert, wird von den Kollegen auch vorgetragen, daß viele Fragen ohne weitere Befragung des Patienten oder gar zusätzliche Untersuchungen des Patienten kaum oder nur unzulänglich beantwortet werden könnten.

Unser Justitiar hatte diese Beschwerden zum Anlaß genommen, sich mit den Leitern des Versorgungsamtes Gießen und Kassel in Verbindung zu setzen, um eine Überarbeitung des Fragenkataloges und eine dem Aufwand entsprechende Entschädigung durch Einzelfallprüfung zu erreichen. Beide Vertreter der Hessischen Versorgungsämter verwiesen in ihren Antworten darauf, daß im Rahmen der Einführung eines neuen EDV-Verfahrens aus Schleswig-Holstein landesweit einheitliche Fragestellungen übernommen worden seien. Zum bisherigen Verfahren der Befundberichts-anforderung ergäbe sich keine grundsätzliche Abweichung. Es wurde zugestanden, daß der Fragenkatalog zu umfangreich und daher eine Überarbeitung bereits veranlaßt worden sei.

Die von Ihnen angemahnte zügige Abgabe von Befundberichten durch die Ärzte kann durch die Hessischen Versorgungsämter sicherlich dadurch gefördert werden, daß die Fragestellungen vereinfacht statt verkompliziert und die vom Gesetzgeber vorgesehenen Entschädigungsmöglichkeiten auch tatsächlich umgesetzt werden.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr



Dr. med. A. Möhrle

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!

500 hessische Ärzte im Visier der Staatsanwaltschaft: Ärztekammer verlangt Aufklärung

Presseerklärung der Landesärztekammer

„Uns sind bisher keinerlei konkrete Verdachtsmomente gegen Ärzte bekannt“ erklärt Dr. Alfred Möhrle, Präsident der Landesärztekammer Hessen zu der jüngsten Aktion der Staatsanwaltschaft in Nordhessen: Nach einer Durchsuchung der Privatärztlichen Verrechnungsstelle (PVS) in Limburg – der zweiten innerhalb von einem Jahr - stehen rund 500 hessische Ärzte unter dem Verdacht, betrügerische Abrechnungen vorgenommen zu haben. Reißerische Schlagzeilen wie „Betrüger in Weiß“ oder „Die Abrechnungstricks der Ärzte“ verschlechtern seitdem das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Ärzten erheblich: „Wie soll ich meine Patienten davon überzeugen, daß ich korrekt abrechne, wenn die Staatsanwaltschaft meine Unterlagen beschlagnahmt?“, fragt ein betroffener Arzt aus Limburg.

Bei der neuerlichen Durchsuchung drängte sich nicht nur der Vergleich zum ergebnislos verlaufenden „Herzklappenskandal“ vor einigen Jahren, sondern in erster Linie zu der staatsanwaltlichen Aktion im März 2001 auf, urteilt Möhrle. Auch damals habe sich der Betrugsvorwurf nicht erhärten lassen, so daß die Vermutung naheliege, daß es sich bei dem pauschalierten Vorwurf um eine konzertierte Aktion gegen die Ärzteschaft handeln könnte. Die Landesärztekammer Hessen sei jedoch im Interesse von Ärzten und Patienten darum bemüht, diesen Verdacht aufzuklären.

Daher hat sich jetzt der Justitiar der Kammer, Christoph Biesing, mit dem zuständig ermittelnden Staatsanwalt in Verbindung gesetzt. Er erfuhr dabei, daß die erste Durchsuchungsaktion im letzten Jahr auf einen einzigen konkreten Verdachtsfall in Koblenz zurückzuführen gewesen sei. Ob die aufwendigen Durchsuchungsmaßnahmen als verhältnismäßig bezeichnet werden könnten, sei eine Ermessensfrage, räumte der Staatsanwalt ein.

Allerdings hätten sich im vergangenen März etliche „Zufallsfunde“ ergeben, die der Anlaß für die erneute Durchsuchung gewesen seien. Auch wenn es sich bei diesen Funden oftmals um reine Bagatelldfälle gehandelt habe, müßte auch diesen selbstverständlich nachgegangen werden. Der Staatsanwalt versicherte gegenüber Biesing, daß die Untersuchung verhältnismäßig gestaltet werde. So habe man der Verrechnungsstelle Sicherungskopien der beschlagnahmten Unterlagen überlassen, die auf diese Weise zwar in ihrer Tätigkeit behindert, aber nicht an ihrer Arbeit gehindert werde.

Freitag, 22. Februar 2002 - Nr. 45 - S/P

Frankfurter Rundschau

„Bloße Verdachtsfälle“

Abrechnungsbetrug: Ärztekammer gegen Vorverurteilung

Von Georg Kronenberg

Nachdem die Limburger Staatsanwaltschaft wegen des Verdachts betrügerischer Abrechnungen gegen über 500 Ärzte ermittelt, warnt die Landesärztekammer in Frankfurt vor einer Vorverurteilung.

FRANKFURT/LIMBURG. „Natürlich gibt es auch vereinzelt schwarze Schafe unter den Ärzten“, sagte Katja Möhrle, die Sprecherin der Ärztekammer. Bislang sei der Kammer, die auch die Berufsaufsicht der hessischen Ärzte inne hat, noch keine derart eckelante Anhäufung von fingierten Arztrechnungen bekannt geworden. „Wir haben in Hessen 28 000 Ärzte, von denen 24 000 ihren Beruf ausüben. Wenn wir pro Jahr in zwei bis drei Fällen von Abrechnungsbetrug berufsaufsichtrechtliche Maßnahmen durchführen müssen, ist das viel“, sagte der Hauptgeschäftsführer der Kammer, Michael Popovic.

Nach handle es sich in Limburg um bloße Verdachtsfälle, meint er. Deshalb gelte das rechtsstaatliche Prinzip der Unschuldsvermutung bis zum Beweis des Gegenteils. Popovic: „Es ist außerdem zu bedenken, das zu Unrecht beschuldigte Ärzte nicht mehr das für die Genesung nötige Vertrauensverhältnis zum Patienten aufbauen können. Das schadet gerade auch den Patienten.“ Konkret zu den Verdachtsfällen in Limburg wollte sich Popovic nicht äußern. Die Staatsanwaltschaft habe der Ärztekammer noch keine Materialien zur Verfügung gestellt, die es erlaubten, im Zuge der Berufsaufsicht zu ermitteln.

Insgesamt 574 fast ausschließlich hessische Ärzte stehen laut Almuth von Anselm, der Leiterin der Limburger Staatsanwaltschaft, unter dem Verdacht des Abrechnungsbetrugs. Die Staatsanwaltschaft ermittelt außerdem gegen 20 Mitarbeiter der Privatärztlichen Verrechnungsstelle in Limburg (PVS), die durch Absprache mit den Ärzten die falschen Abrechnungen fingiert haben sollen.

Am Montag und am Dienstag war die PVS von der Limburger Staatsanwaltschaft und dem Landeskriminalamt durchsucht worden, dabei waren drei Lastwagen voller Akten und Datenträger be-

schlagnahmt worden. Die Verrechnungsstelle wickelt, vergleichbar mit einem Steuerberater, im Auftrag von Arztpraxen deren Abrechnungswesen ab. Inzwischen seien auch Mitarbeiter der PVS verhört worden. „Wir werden jetzt das sichergestellte Material auswerten“, sagte Anselm. Noch sei nicht abzusehen, wie lange die Überprüfung der Daten dauern würde. Anselm: „Das wird mindestens zwei bis drei Monate dauern.“ Auch die etwaige Schadenssumme könne bislang nicht annähernd geschätzt werden.

Im November war in Limburg die Sonderinheit „AG Ärzte“ eingerichtet worden, in der Staatsanwälte, Mitarbeiter des Landeskriminalamtes, der Polizei und Arzthelferinnen nach falschen Behandlungsabrechnungen fahnden. Ins Rollen gekommen waren die Ermittlungen durch die Staatsanwaltschaft in Koblenz. Die war vergangenes Jahr auf zweifelhafte Honorarforderungen eines Arztes gestoßen, der die Privatärztliche Verrechnungsstelle Limburg mit der Abrechnung seiner Leistungen beauftragt hat. 1500 Ärzte aus Hessen und Rheinland-Pfalz sind Kunden der Verrechnungsstelle. Bei der PVS werden jährlich etwa 500 000 Abrechnungen im Wert von 87 Millionen Euro erstellt.

Bei einer ersten Durchsuchung im Februar 2000 waren in Limburg bereits containerweise Unterlagen beschlagnahmt worden. Die Koblenzer Staatsanwaltschaft ermittelt laut dem dortigen Leitenden Oberstaatsanwalt Erich Jung seitdem gegen weit über hundert Ärzte aus Rheinland-Pfalz, die von der Limburger Verrechnungsstelle betreut werden.

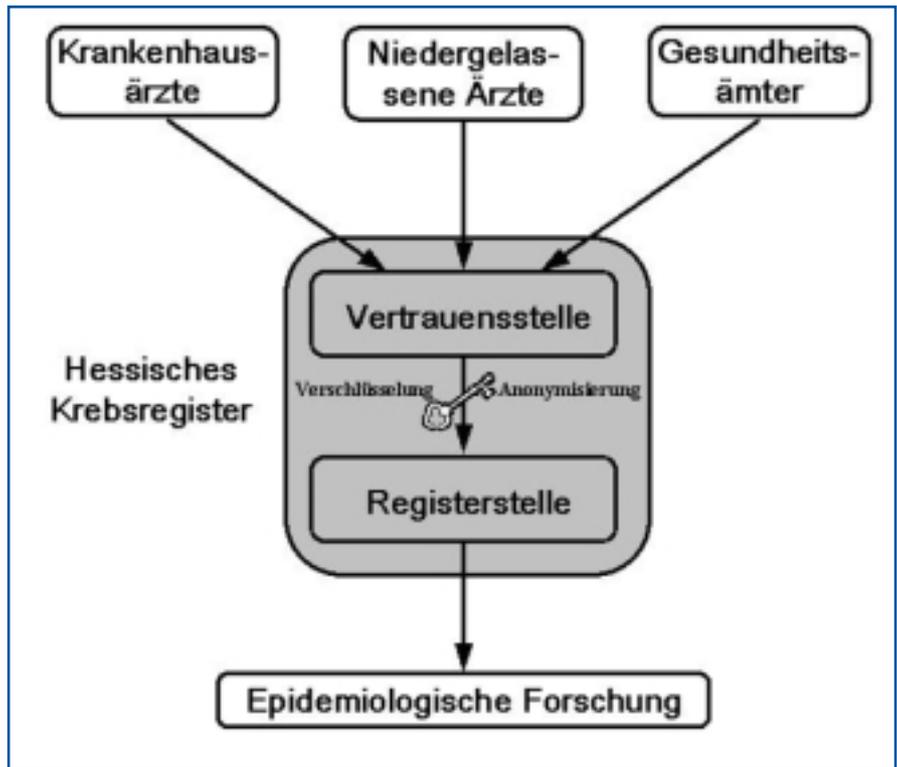
In Koblenz war vor rund zehn Jahren die damals bundesweit erste Sonderinheit gegründet worden, die sich ausschließlich mit dem Abrechnungsbetrug in Arztpraxen beschäftigt. Über die Jahre bei der Koblenzer Spezialeinheit habe es Ermittlungsverfahren im dreistelligen Bereich gegeben, sagte Jung. Eine Gesamtschadenssumme mag er nicht schätzen. Dem Vernehmen nach soll es sich aber um einen mindestens zweistelligen Millionenbetrag handeln. Ähnliche Sondereinheiten gibt es außer in Rheinland-Pfalz und Hessen auch in Berlin und Hamburg.

Man habe aus der Aktion bislang die Erkenntnis gewonnen, daß viele Ärzte ordnungsgemäß abrechneten, sagte der zuständig ermittelnde Staatsanwalt dem Justitiar der Kammer. Es gehe wirklich nur darum, die „schwarzen Schafe“ herauszufiltern. Katja Möhrle

Neues Krebsregistergesetz in Kraft getreten

Der Hessische Landtag hat ein neues Krebsregistergesetz (HKRG) beschlossen, das am 21. Dezember 2001 in Kraft getreten ist. Es ersetzt das bisher gültige Gesetz vom 27. Dezember 1999, dessen Vorgaben zum Meldeverfahren sich als unpraktikabel erwiesen hatten. Das neue Gesetz legt fest, daß im Regierungsbezirk Darmstadt mit 3,6 Millionen Einwohnern (ca. 61 % der Landesbevölkerung) bösartige Neubildungen einschließlich ihrer Frühstadien von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zu melden sind. Es besteht eine Meldepflicht für Ärzte mit Widerspruchsrecht für die Patienten. Auch Pathologinnen und Pathologen ohne unmittelbaren Patientenkontakt sind meldepflichtig, müssen jedoch den einsendenden Arzt über die Meldung unterrichten.

Etabliert wird ein zweistufiges Meldeverfahren (Treuhandmodell). Die Vertrauensstelle des Krebsregisters, die bei der Landesärztekammer Hessen eingerichtet wurde, erhält personenidentifizierende Daten und Angaben zur jeweiligen Tumorerkrankung (epidemiologische Daten). Nach Prüfung auf Plausibilität und Vollständigkeit werden die personenbezogenen Daten anonymisiert und zusammen mit den epidemiologischen Daten an die Registerstelle beim Staatlichen Untersuchungsamt Hessen in Dillenburg weitergeleitet. Dort stehen sie für Auswertungen und regelmäßige Berichte zur Verfügung. Einmal jährlich übermittelt die Registerstelle diese Angaben



an die beim Robert Koch-Institut in Berlin eingerichtete „Dachdokumentation Krebs“, wo nach bundeseinheitlichen Vorgaben alle Landeskrebsregister ihre Daten einbringen.

Behandelnde Ärzte an Kliniken können klinische Krebsregister mit der Meldung beauftragen. Daneben sind die Gesundheitsämter wie bisher verpflichtet, ihre Leichenschauscheine an die Vertrauensstelle zu übermitteln.

Die Landesärztekammer als Träger der Vertrauensstelle erwartet, durch das verbesserte Gesetz langfristig eine Meldevollständigkeit von mindestens

90 % aller Fälle zu erzielen. Diese Maßzahl wird international als Standard für epidemiologische Forschungen angesehen.

In Kürze werden alle in Frage kommenden Ärztinnen und Ärzte von der Vertrauensstelle angeschrieben und über die genauen Meldemodalitäten unterrichtet. Auf diesem Wege können dann auch die Meldeunterlagen bezogen werden. Für die Meldung wird eine Aufwandsentschädigung von 4 € erstattet.

Manfred Sagner
Dr. Werner Wächter

Anzeige

<p>DIMARO Medical Consulting e.K.</p> <p>Postfach 3509, 55025 Mainz Tel. 06131 / 275 69 38 Fax 06131 / 21 94 10</p>	<p>arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung von Arztpraxen nach ASiG</p> <p>Gefährdungsanalysen arbeitsmedizinische Untersuchungen nach Biostoffverordnung und G-Grundsätzen Arbeitsplatzgestaltung / Ergonomie / Beleuchtung Gefahrstoffmessungen</p>	<p>GAEA Gesellschaft für Umweltconsulting und Arbeitssicherheit</p> <p>Kirchstraße 8, 63543 Neuberg Tel. 06185 / 18 09 30 Fax 06185 / 18 09 32</p>
--	--	---

Projekt „Selbstuntersuchung der Brust“

Im September letzten Jahres habe ich einen Aufruf an alle Ärztinnen in Hessen gestartet, sich zu einem Projekt „Selbstuntersuchung der Brust“ zu melden. Ich danke über 50 Ärztinnen, die sich spontan gemeldet haben, an diesem Projekt teilzunehmen. Es war einfach überwältigend. Überwältigend war auch die Arbeit, die auf den Landfrauenverband und den Ärztinnenbund zukam. Es mußte eine Koordination zwischen den Ortsverbänden des Landfrauenverbandes und den Ärztinnen geschaffen werden.

Inzwischen ist das Projekt ganz toll gestartet. Über 330 Anmeldungen der Ortsverbände über ganz Hessen verteilt liegen vor. Bis zum 6. Februar sind 25 Termine bereits abgehalten worden. Im Schnitt kommen an einem Abend ca. 25 Frauen in der Altersgruppe 45 bis 70 Jahre zusammen, eine Ärztin erklärt den Frauen die Brust und wie „Frau“ die Brust selbst abtasten sollte.

Gezeigt wird die Untersuchung an Brustmodellen, in denen Knoten ver-

steckt sind, die es gilt zu ertasten. Im Anschluß daran sollen die Frauen nach Möglichkeit ihre eigene Brust abtasten und so der Ärztin zeigen, daß sie verstanden haben, worauf es ankommt.

Das wichtigste an so einem Abend ist aber, daß die Ärztin im Anschluß daran auf Fragen der Frauen antwortet. Gelobt wird von den Frauen besonders diese Möglichkeit und die intime Atmosphäre von Frau zu Frau.

Dieses Projekt bildet einen wesentlichen Beitrag zur Brustkrebsfrüherkennung. Nicht nur, daß wir die Frauen auf dem Land erreichen, sondern wir erreichen auch die Altersgruppe von Frauen, die am meisten gefährdet ist. Anliegen dieses Projektes, das mit Unterstützung des Hessischen Sozialministeriums läuft, ist es, ein Bewußtsein dafür zu schaffen, daß Frauen sich Zeit nehmen für ihren eigenen Körper, Veränderungen wahrzunehmen, sie richtig einzuschätzen, Ängste abzubauen und nicht zuletzt die Eigenverantwortung zu stärken.

Aufgrund der großen Resonanz möchte ich mich noch mal an die Ärztinnen wenden, uns bei diesem Projekt zu unterstützen. Gesucht werden Ärztinnen, die nach einer Einführung in das Projekt bereit sind, solche Abende gegen eine Aufwandsentschädigung abzuhalten. Besonders gesucht sind Ärztinnen im Osthessischen Raum, dort sind wir derzeit unterbesetzt.

Aber ich möchte mich auch noch mal bei all den Ärztinnen sehr herzlich bedanken, die sich im September so spontan und zahlreich gemeldet haben und uns ganz toll unterstützen.

Kontaktadressen sind:

Arbeitskreis Frauengesundheit im HSM, Brigitte Wimmer, Tel. 0611 / 817-2911
Landfrauenverband Hessen, Doris Wirkner, Tel. 06172 / 77073
Deutscher Ärztinnenbund, Gruppe Wiesbaden, Dr. Brigitte Schuler, Tel. 0611 / 524320

Dr. Brigitte Schuler, Wiesbaden

Hrsg. von Hanne Kulesa: **Herznaht. Ärzte, die Dichter waren – von Benn bis Schnitzler.** Europa-Verlag. € 14.90.

Berufsgruppen sind immer stolz, wenn einer der Ihren ins Lager der Künste desertiert. Bei den Ärzten ist es meistens die schreibende Zunft. Literarisches Schreiben wird nicht systematisch gelehrt, allein das Talent setzt sich durch, anders als in der darstellenden Kunst und in der Musik, wo es eine harte Schulung durchmachen muß, um die erforderliche Professionalität zu erwerben.

Hanne Kulesa, Bibliothekarin und Literaturwissenschaftlerin, hat ein Lesebuch mit einer begrenzten Auswahl schreibender Ärzte zusammengestellt, wobei man nicht fragen soll: Warum diese und nicht andere? Gedacht ist hier nicht an eine enzyklopädische Sammlung schreibender Ärzte (Frauen sind

übrigens nicht vertreten), sondern vielmehr an ein Lesevergnügen, das nicht nur dem Herrn Doktor am Feierabend hilft zu entspannen. Die einzelnen Beiträge sind von handlicher Länge.

Bis auf eine Ausnahme, Arthur Conan Doyles Sherlock-Holmes-Geschichte, sind alle Texte mehr oder weniger berufsspezifisch, wenn auch verschiedener literarischer Gattungen: Gedichte, Erzählungen und Essays.

Unter den Literaten aus dem Kollegenkreis finden wir ganz hochkarätige, wie Anton Čechov, Arthur Schnitzler, Gottfried Benn und Alfred Döblin. Čechov und Schnitzler gaben den Beruf auf, um ihrer Berufung zu folgen. Doch der ursprüngliche Beruf läßt sie nicht los, denn ihre Erzählungen kreisen weiterhin um den Arzt und seine Patienten. Oder geht es umgekehrt um die Patienten und

ihren Arzt? Im Gegensatz dazu blieb Benn zeit seines Lebens Kassenarzt, ein schlecht bezahlter zudem, wie das Nachwort zu berichten weiß. Nicht einmal zum Lebensunterhalt reichten die Praxisinkünfte Conan Doyles, doch die Einnahmen des Krimi-Autors entschädigten ihn reichlich. In noch größeren wirtschaftlichen Nöten befanden sich die jüdischen Autoren Alfred Döblin, Ernst Weiß und Friedrich Wolf, die im Exil leben mußten, wo ihnen die Berufsausübung verwehrt war. Die Titelgeschichte des Buches stammt übrigens von einer Erzählung von Ernst Weiß. Hans Carossa war „bekennender“ Landarzt und hatte seine liebe Mühe nicht nur mit den Patienten, sondern auch mit den Verlegern, die seine Gedichte nicht drucken wollten. Dem Beruf und Schreiben gleichermaßen verschrie-

Bücher

ben war der amerikanische Arzt-Schriftsteller William Carlos Williams. Er konnte sich in der Pause zwischen zwei Patienten hinsetzen, um an seinen Manuskripten zu arbeiten.

Über die Inhalte der Texte will ich nichts sagen, sie sollen dem potentiellen Leser vorbehalten bleiben, damit er ihren Reiz selber entdecken kann. Sie geben nur punktuelle Einblicke in das Schaffen und machen neugierig und regen an, sich in das Werk des einen oder anderen der Schriftsteller/Dichter zu vertiefen. Bei der Suche nach möglicherweise erreichbaren Ausgaben ist die Quellenangabe am Ende des Buches behilflich.

Dr. Dieter Becker

Herman Melville: **Moby-Dick**. Carl Hanser Verlag, München. 2001. 1043 Seiten. € 34,90 .

Muß man ein Buch empfehlen, das bereits 1851 erschien, also vor genau 150 Jahren?

Man muß! Die Vorstellung über das Werk Melville's sind sehr stark geprägt von der filmischen Verarbeitung mit Gregory Peck von 1956 und haben mit dem eigentlichen Buch, das zu den großen Werken der Weltliteratur zählt und nicht als Jugendbuch mißverstanden werden darf, wenig gemein.

Nun liegt dieses Buch in einer Neuübersetzung von Matthias Jendis neu vor.

Was ist dieses Buch, dessen Lektüre seit dem Erscheinen die Menschen fasziniert, aber auch irritiert hat?

Sicher ist es auch eine Parabel. Wird hier der heroische, einsame, entschlossene Kampf gegen das Böse an sich geschildert? Ist das Böse an sich etwa dieser Kapitän? Ist es eine Schilderung der großen Periode des Walfangs und seiner Verwertung? Ist es eine Schilderung der Segelschiffahrt? Des Lebens an Bord? Ist es eine tragische Schilderung des Verhältnisses von Natur und Mensch? Der sinnlosen Jagd auf die heute völlig anders besetzten und geschätzten Meeresräuber? Eine Tragödie des gemeinsamen Untergangs, ein psychologischer Roman?

Genau diese Unentschiedenheit, die

Offenheit der Darstellung ist das faszinierende an dem Buch. In einzelne Kapitel gegliedert, entbehrt es einer eigentlichen kontinuierlichen Handlung. Es wird aus einer Erzählperspektive eines der Teilnehmer der Reise dargebracht und enthält Kapitel, die in ihrem psychologischen Tiefgang bereits Entwicklung der Psychologie und der Psychoanalyse, die erst ca. 50 Jahre später ihren Anfang nehmen, vorweggenommen.

Das Buch enthält noch ein Nachwort des Herausgebers Göske und Anmerkungen zu den literarischen Bezügen im Werk von Melville. Am Schluß noch ein Glosar nautischer Begriffe.

Für den Übersetzer dürfte das Buch eine enorme Herausforderung dargestellt haben. Es verbindet die literarische Hochsprache seiner Zeit, nautische und zoologische Bibel- und Predigtanteile, Rückgriffe auf literarische Vorlagen, umständliche Prosa und zarte Poesie. Schon alleine der Umfang des Buches sorgt dafür, daß es ein Begleiter über einige Lesestunden wird, im Leser selbst entsteht dieses Buch neu, seine mythischen Figuren lösen sich von dem Werk und leben fort. Es ist einer der großen Romane der Weltliteratur, in seiner Konstruktion ein Prototyp, sich dem Sog zu entziehen ist schwer, der Leser tritt eine Reise an, eine Reise reichen Bildern, die Augen und Ohren öffnen wird.

Dr. med. S. Drexler

Klaus Hoffmann: **Schloß Philippsruhe, vom Barockschloß zum historischen Museum**. Cocon Verlag, Hanau. 2001. ISBN 3928100866. € 16,80.

Das Schloß Philippsruhe in Hanau-Kesselstadt weist eine über 300jährige Chronik auf. Zu Beginn des 18. Jahrhunderts ließ Graf Philipp Reinhard von Hanau eine Sommerresidenz am Westrand Hanau's auf einer künstlichen Terrasse über dem Mainlauf erbauen. Schon ca. 1 fi Jahrtausende vor der Errichtung dieses Barockbaus hatte der Platz eine geostrategische, politische Schlüsselposition. Hier war bereits von den Römern ein Kastell angelegt worden, von dem sich der Name des 1907 nach Hanau eingemeindeten Dorfes

Kesselstadt ableiten läßt. Der reich bebilderte und mit Plänen ausgestattete Band dokumentiert das Schloß und seine Geschichte. Die Ästhetik der Zeit wird gut dargestellt, auch die Gartenanlage und die Konzeption der Lebensweise in dem Haus wird anschaulich dokumentiert.

Von besonderer Pracht sind das Musikzimmer, die Bibliothek, der Speisesaal und das Spiegelzimmer, die in Aufnahmen von 1880 wiedergegeben werden.

Philippsruhe, vor den Toren Frankfurts gelegen, ist einen Besuch wert. Die interessierte Leserin/Leser finden eine kurzweilige, gut dokumentierte Sammlung mit Anregung für eigene Entdeckungen.

Dr. med. S. Drexler

Peter Sandner, Gerhard Aumüller, Christina Wanja (Herausgeber): **Heilbar und nützlich - Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn**. Jonas Verlag, Marburg. 2001 . ISBN 3894452919. € 25,-.

Das Zentrum für soziale Psychiatrie in Marburg wurde 1876 als „Irrenheilanstalt Marburg“ gegründet. Schon bei der Anstaltsgründung wurde ein Ziel der „Nützlichkeit“ formuliert. Doch wem sollte der Nutzen zukommen? Den Studenten oder der Universität? Der Stadt Marburg, dem Anstaltsträger? Ziele, Probleme und Wege der Psychiatrie in Marburg, von den Anfängen bis heute werden in diesem Band unter verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Die Autorinnen und Autoren beleuchten dabei, sowohl die idealistischen Intentionen, als auch die Punkte, an denen Anspruch und Wirklichkeit auseinander klafften, so z.B. in der Zeit des Nationalsozialismus, als mehr als 250 Marburger Patientinnen und Patienten in der sogenannten Euthanasie-Aktion ermordet wurden.

Das Buch ist in der historischen Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen als Band VIII erschienen und bietet der interessierten Leserin und Leser wichtige Aspekte der Geschichte der Psychiatrie im Allgemeinen, speziell in Marburg.

Dr. med. S. Drexler



Sprechzeiten der Ausbildungsberater/innen im Bereich der Landesärztekammer Hessen

Bezirksärztekammer Darmstadt		
Ausbildungsberater/in	zugeordnete Berufsschule	Sprechzeiten
Dr. med. Bruno Walther	Martin-Behaim-Schule, Darmstadt	täglich in der Praxis, Tel.: (0 61 51) 4 95 40
Dr. med. Wolfgang Weber	Beruf. Schulen des Kreises Groß-Gerau, Groß-Gerau	täglich von 11:00 Uhr - 12:00 Uhr in der Praxis, Tel.: (0 61 58) 17 66
Dr. med. Hildegard Dziuk	Beruf. Schulen des Odenwald-Kreises, Michelstadt	mittwochs u. freitags von 12:45 Uhr - 13.30 Uhr in der Berufsschule, Tel. (0 60 61) 95 10
Dr. med. Adelheid Sauer-Seidel	Karl-Kübel-Schule, Bensheim	1. Dienstag im Monat von 14:00 Uhr - 15:00 Uhr in der Praxis und nach telef. Voranmeldung, Tel.: (06 25 2) 45 80
Bezirksärztekammer Frankfurt		
Name	zugeordnete Berufsschule	Sprechzeiten
Dr. med. Herbert Wolf	Julius-Leber-Schule, Frankfurt	mittwochs von 16:20 Uhr - 17:15 Uhr in der Berufsschule, Tel. (0 69) 21 23 44 08
Dr. med. Manfred Stoll	Max-Eyth-Schule, Dreieich	während der Praxissprechzeiten - nach telef. Terminvereinbarung mit Frau Freitag oder Frau Haas: Mo., Di., Fr. von 8:00 Uhr - 18:00 Uhr, Mi. von 8:00 Uhr - 13:00 Uhr, Do. von 8:00 - 20:30 Uhr, Tel.: (0 61 03) 678 88 oder 676 66
Dr. med. Stefan Brenck	Theodor-Heuss-Schule, Offenbach	Mo., Di., Do. von 8:00 Uhr - 12:00 Uhr telef. in der Praxis, Tel. (0 61 06) 2 56 29
Dr. med. Cornelia von Heusinger	Kaufm. Berufsschule I, Hanau	mittwochs telefonisch, Tel.: (0 69) 97 20 31 80
Dr. med. Julia Klippel	Konrad-Adenauer-Schule, Krieffel	täglich in der Berufsschule, Tel. (0 61 92) 49 04 22
Vera Czerney-Özdemir, Ärztin	Beruf. Schulen des Main-Kinzig-Kreises, Schlüchtern	täglich in der Berufsschule, Tel. (0 66 61) 74 74 90
Bezirksärztekammer Gießen		
Name	zugeordnete Berufsschule	Sprechzeiten
Dr. med. Rita Pinkowski	Willy-Brandt-Schule, Gießen	Montag - Donnerstag von 8:00 Uhr - 11:00 Uhr telef. in der Praxis Tel.: (0 64 04) 9 03 30
Dr. med. Ellen Kaltschnee	Kaufm. Berufsschule, Bad Nauheim	mittwochs zwischen 11:25 Uhr - 12:10 Uhr in der Berufsschule oder nach Vereinbarung Tel.: (0 60 32) 16 67
Dr. med. Eva Lenz	Max-Eyth-Schule, Alsfeld	montags von 10:00 Uhr - 11:30 Uhr in der Berufsschule, Tel. (0 66 31) 9 67 00
Gesine Klug-Hipke, Ärztin	Käthe-Kollwitz-Schule, Wetzlar	Mi. von 10:35 Uhr - 11:20 Uhr, 13:20 Uhr - 14:05 Uhr, Do. von 10:35 Uhr - 11:20 Uhr in der Berufsschule, Tel. (0 64 41) 9 77 50
Bezirksärztekammer Kassel		
Name	zugeordnete Berufsschule	Sprechzeiten
Dr. med. Jochen Schaller	Willy-Brandt-Schule, Kassel	täglich von 12:00 Uhr - 13:00 Uhr, dienstags auch von 17:00 Uhr - 18:00 Uhr in der Praxis, Tel.: (05 61) 82 15 80
Dr. med. Holger Pütz	Beruf. Schulen Korbach und Bad Arolsen, Korbach	täglich in der Praxis, Tel. (0 56 31) 6 57 66 Mo., Di., Do. 9:00 Uhr - 12:00 Uhr u. 16:00 Uhr - 18:00 Uhr, Mi. 9:00 Uhr - 12:00 Uhr, Fr. 9:00 Uhr - 12:00 Uhr u. 14:30 Uhr - 16:30 Uhr
Dr. med. Gudrun Lampalzer-Strohmaier	Beruf. Schulen des Landkreises Hersfeld-Rotenburg, Bad Hersfeld	Mittwoch der ersten geraden Woche eines Monats von 11:00 Uhr - 11:30 Uhr und nach Vereinbarung in der Berufsschule, Tel. (0 66 21) 40 09 30

Dr. med. Ulrike Keltsch-Zickert	Beruf. Schulen des Landkreises Waldeck-Frankenberg, Bad Wildungen	täglich in der Praxis, Tel.: (0 56 21) 38 22
Dr. med. Waltraud Foethke	Beruf. Schulen des Werra-Meißner-Kreises, Eschwege	täglich in der Praxis, Tel.: (0 56 51) 5 05 55
Dr. med. Winfried Bauer	Eduard-Stieler-Schule, Fulda	täglich in der Praxis, Tel.: (06 61) 7 33 77
Bezirksärztekammer Marburg		
Name	zugeordnete Berufsschule	Sprechzeiten
Dr. med. Margareta Frank	Kaufm. Schulen der Universitätsstadt Marburg	mittwochs von 15:30 Uhr – 16:30 Uhr in der Berufsschule, Tel. (0 64 21) 20 17 10
Bezirksärztekammer Wiesbaden		
Name	zugeordnete Berufsschule	Sprechzeiten
Marianne Müller-Rohde-Widmer, Ärztin	Louise-Schroeder-Schule, Wiesbaden	täglich von 10:00 Uhr - 10:45 Uhr in der Berufsschule („Stützpunkt Gesundheit“) Tel. (06 11) 31 52 70
Dr. med. Margret Kneuse-Born	Beruf. Schulen Untertaunus, Taunusstein	mittwochs ab 11:40 Uhr in der Berufsschule, bei Bedarf auch an den beiden anderen Unterrichtstagen, Tel. (0 61 28) 9 26 60
Stefan Speckhardt, Arzt	Saalburg-Schule, Usingen	nach Vereinbarung in der Berufsschule, Tel. (0 60 81) 10 210
Dr. med. Gerda Torkamani-Rezay	Adolf-Reichwein-Schule, Limburg	2. u. 4. Mittwoch im Monat von 14:00 Uhr - 15:00 Uhr in der Berufsschule sowie nach Vereinbarung, Tel. (0 64 31) 44 036

Arzthelferinnen: Tarifverhandlungen zu Altersvorsorge und Gehältern 2002 erfolgreich abgeschlossen

„Für die weit über 500.000 Arzthelferinnen, Auszubildenden und weiteren Mitarbeiter in den deutschen Arztpraxen wird noch in diesem Jahr eine Pensionskasse gegründet“. Dies teilte in Berlin der Vorsitzende der AAA, San-Rat. Saueremann, anlässlich der Tarifverhandlungen mit den Arzthelferinnen mit. Damit sollen die neuen gesetzlichen Möglichkeiten der betrieblichen Altersversorgung und der sog. „Riester-Rente“ für das Praxispersonal optimal ausgeschöpft werden.

Die Tarifpartner (für die Ärzte: Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/AAA, für die Arzthelferinnen: Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen/BdA und Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft/Ver.di) werden hierzu durch einen Rahmen-Tarifvertrag die rechtlichen Voraussetzungen zur Entgeltumwandlung in Kürze schaffen.

Die Mittel hierzu werden arbeitnehmerseitig durch Entgeltumwandlung von vermögenswirksamen Leistungen bereitgestellt; die ärztlichen Arbeitgeber beteiligen sich durch eine zusätzliche Starthilfe durch Erhöhung der vermögenswirksamen Leistungen um 3,50 € monatlich (für vollbeschäftigte Arzthelferinnen).

Mit der Gründung der Altersvorsorgeeinrichtung (Pensionskasse) wird den Ärzten und Arzthelferinnen ab Sommer 2002 ein entsprechendes Angebot unterbreitet wer-

den. Da die steuerlichen Vergünstigungen bzw. die Zulagen für die private Altersvorsorge noch zum Jahresende rückwirkend geltend gemacht werden können, sollte in den Arztpraxen auf jeden Fall erst dieses speziell auf Arzthelferinnen zugeschnittene Angebot abgewartet werden. „Vor übereilt zu schließenden Verträgen zur Altersvorsorge mit einem der zahlreichen Anbieter am Markt wird ausdrücklich gewarnt“, sagte Saueremann, „warten Sie unser Angebot ab.“ Gleichzeitig wurde in der 2. Runde zum Gehaltstarifvertrag eine lineare Gehaltserhöhung von 1,8 % rückwirkend zum 1. Januar 2002 vereinbart. Dies entspricht der für 2002 festgesetzten Grundlohnsumentensteigerungsrate, also der prozentualen Erhöhung der Vergütungen in der vertragsärztlichen Versorgung.

In den östlichen Bundesländern werden gleichzeitig die Gehälter von 83 % auf 85 % des Westniveaus angehoben. Zusätzlich bekommen dort die Auszubildenden des 1. Ausbildungsjahres eine um monatlich 10 € erhöhte Ausbildungsvergütung. - Die Laufzeit des Tarifvertrages beträgt 12 Monate. Als Einspruchsfrist wurde die Zeit bis zum 15. Februar 2002 vereinbart die mittlerweile verstrichen ist, ohne daß Einspruch eingelegt wurde.

Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen



Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Karl Hofmeister, Darmstadt, am 27. Mai.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Thilo Risse, Frankfurt, am 7. Mai,
 Professor Dr. med. Hans Vettermann, Heusenstamm, am 9. Mai,
 Professor Dr. med. Siegfried Seidl, Dreieich, am 14. Mai,
 Dr. med. Erich Schneider, Frankfurt, am 19. Mai,
 Professor Dr. med. Klaus Breddin, Frankfurt, am 27. Mai,
 Dr. med. Elfriede Wittig, Offenbach, am 29. Mai.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Helgard Röttger, Bad Salzschlirf, am 3. Mai,
 Dr. med. Gisela Christl, Bad Wildungen, am 9. Mai,
 Ltd. Medizinaldirektor a.D. Dr. med. Heinz Karrasch, Kassel, am 12. Mai,
 Dr. med. Alfred Armbrüster, Fulda, am 21. Mai.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Helmut Boeckmann, Schwalmstadt, am 4. April,
 Dr. med. Irmgard Fünfgeld, Marburg, am 8. Mai.

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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

Sinnvolle Arzneimittelspenden

Arzneimittel spenden? „Ja, aber sinnvoll“, lautet die Antwort der DIFÄM-AHM. Hinter dem Kürzel verbirgt sich die Arzneimittelhilfe des Deutschen Instituts für Ärztliche Mission. In Zusammenarbeit mit europäischen Partnern, darunter die Bundesärztekammer, Ärzte ohne Grenzen e.V. und die Ärztekammer für Wien, hat sie jetzt einen Ratgeber für Ärztinnen und Ärzte herausgegeben. Unter dem Titel „Arzneimittel spenden?“ informiert das Faltblatt über die Notwendigkeit sinnvoller Arzneimittelspenden. In Kurzform sind außerdem die internationalen Regeln für sinnvolle Arzneimittelspenden abgedruckt.

Der Ratgeber ist bei der DIFÄM-Arzneimittelhilfe
 Paul-Lechner-Straße 24 – 72076 Tübingen,

Tel. 0 70 71, Fax 0 70 71,

E-Mail AMH@difaem.de erhältlich.

Hier kann auch zusätzliches Informationsmaterial sowie eine ausführliche Broschüre bezogen werden.

Weitere Auskünfte unter www.difaem.de.

möh

Anzeige

Praxisabgabe, was tun?

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

Jetzt auch in Frankfurt!


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

Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verlorengegangen und werden hiermit für ungültig erklärt.

Arztausweis Nr. HS/W/02/1994, ausgestellt am 5.1.1994, für Margit Datz, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/D/3322, ausgestellt am 23.4.1999, für Dr. med. Katalin Hamprecht, Weinheim,

Arztausweis Nr. 16/1998, ausgestellt am 3.3.1998, für Dr. med. Univ. Belgrad Dusan Ivančević, Marburg,

Arztausweis Nr. HS/W/36/93, ausgestellt am 16.4.1993 für Susan Janka, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/8529, ausgestellt am 6.2.1998, für Dr. med. Vanessa Köberich, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/3888, ausgestellt am 5.7.1996, für Annegret Nickel, Hofheim,

Arztausweis Nr. HS/F/3043, ausgestellt am 23.11.1994, für Dr. med. Thomas Rau-Horn, Gründau,

Arztausweis Nr. HS/F/8042, ausgestellt am 22.1.1997, für Dr. med. Holger Reimers, Hess. Lichtenau,

Stempel Nummer 40 77 295, Ärztlicher Notdienst Brachtal/Kinzigtal (Rolf Duchardt, Schlüchtern).

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

Wir gratulieren den Arzthelferinnen zum **10jährigen Berufsjubiläum**, Roswitha Coym, tätig bei Dr. med. R. Wallenborn, Dieburg
Simone Jäger, tätig bei Dr. med. R. Specht, Gründau
Cornelia Peitsch, tätig bei M. Stock, Bad Orb
Pamela Weitzel, tätig bei Dres. med. D. Nischwitz, T. Sennerich u. P. Nischwitz, Flörsheim

und zum **mehr als 10jährigen** Berufsjubiläum,
Monika Greifendorf, seit 12 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis Dr. med. Dr. med. dent. B. Büniger u. Dr. med. M. Heide, Alsfeld
Claudia Kreuter-Ruhl, seit 14 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis Dr. med. Dr. med. dent. B. Büniger u. Dr. med. M. Heide, Alsfeld
Ute Waßmuth, seit 11 Jahren tätig in der Gemeinschaftspraxis Dr. med. Dr. med. dent. B. Büniger u. Dr. med. M. Heide, Alsfeld

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

Zum **25jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir der Arzthelferin, Helma Lechleider, tätig bei Dres. med. D. Apoteker u. R. Thaler, vormals Dr. med. Kranzusch, Gelnhausen

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

Wir gedenken der Verstorbenen

Ltd. Medizinaldirektor i.R. Dr. med. Edmund Bieniossek,
Bad Nauheim

* 23.10.1920 † 23.1.2002

Dr. med. Dora Bohne, Grebenstein

* 5.10.1914 † 4.2.2002

Dr. med. Hans-Jochen Breithaupt, Kassel

* 7.5.1917 † 1.2.2002

Ltd. Medizinaldirektor i.R. Dr. med. Heinrich Deist, Gießen

* 18.4.1920 † 25.1.2002

Dr. med. Hanns-Georg Gleichmann, Wetztenberg

* 11.12.1913 † 9.12.2001

Dr. med. Lieselotte Kapeller, Kassel

* 3.7.1920 † 21.1.2002

Dr. med. Wilhelm Lehmann, Schauenburg

* 28.11.1915 † 24.1.2002

Medizinaldirektor Dr. med. Rolf Maykemper, Butzbach

* 2.9.1915 † 7.1.2002

Ragna Schmidt, Kronberg

* 17.9.1964 † 12.12.2001

Dr. med. Herbert Wegner, Frankfurt

* 25.4.1905 † 10.1.2002

Den verantwortlichen Umgang mit Strahlung lernen

Lehrgang „Kenntnisse im Strahlenschutz“ in der Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim.

Ab 24. Juni 2002 bietet die Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim vorzugsweise für Auszubildende den Lehrgang „Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß § 23 Nr. 4. RöV“ an. Die nachstehend aufgeführten Termine des 120 Stunden-Lehrgangs liegen zumeist in den Ferienzeiten.

Lehrgang Nr. 02/AZ/1	Teil 1a: 24.06. – 27.06.2002
	Teil 1b: 07.08. – 10.08.2002
	Teil 2a: 07.10. – 10.10.2002
	Teil 2b: 11.12. – 14.12.2002

Wenn Sie Informationsmaterial und Anmeldeformulare benötigen, wenden Sie sich bitte an:

Carl-Oelemann-Schule
Frau Kinscher
Carl-Oelemann-Weg 26
61231 Bad Nauheim
Tel.: 0 60 32 / 30 51 87
Fax: 0 60 32 / 30 51 80

Wir senden Ihnen das Gewünschte gerne zu.

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.**



Schülerbetriebspraktika in Arztpraxen

Ein Informationsblatt für Ärzte

Mit Rücksicht auf die Schwierigkeiten zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht und wegen der eingeschränkten Beschäftigungsmöglichkeiten von Schülerpraktikanten, erscheint die Durchführung eines Schülerbetriebspraktikums in der Praxis eines niedergelassenen Arztes als problematisch.

Andererseits ist das Schülerbetriebspraktikum hervorragend geeignet zur Berufsfindung. Das Schülerbetriebspraktikum ist eine wichtige Station auf dem Weg zur Berufswahl. Der Schüler kann sich eine gute Grundlage für seine Entscheidung verschaffen. Der Betrieb erhält die legitime Möglichkeit, die Eignung des Schülers als potentiellen späteren Bewerber zu testen. Deshalb sollte jeder Arzt im Einzelfall selbst entscheiden, ob die Beschäftigung eines Schülerpraktikanten in seiner Praxis zur Berufsfindung beitragen kann, und je nach dem einen Schüler aufnehmen oder nicht.

Nachdem aber zahlreiche Ärzte und Schulen an die Ärztekammer herangetreten sind und ein derartiges Praktikum in Arztpraxen befürworten, hat das Präsidium seine ablehnende Haltung aufgegeben.

Nach dem Erlass des Hessischen Kultusministeriums sollen für Schüler von allgemeinbildenden Schulen vom 8. Schuljahr an Betriebspraktika durchgeführt werden. Diese Praktika sind Bestandteil des Faches Arbeitslehre/Gesellschaftslehre. In der gymnasialen Oberstufe kann ein Betriebspraktikum in der Jahrgangsstufe 11 stattfinden.

Betriebspraktika dauern in der Regel 2 oder 3 Wochen.

Diese Betriebspraktika begründen weder ein Ausbildungs- noch ein Beschäftigungsverhältnis. Die Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes sind entsprechend anzuwenden. Im Zusammenhang mit dem Betriebspraktikum darf keine Werbung für Ausbildungs- und Arbeitsstellen erfolgen. Die Zahlung eines Entgelts an die Schüler ist nicht zulässig.

Alle Schüler sind gegen Arbeitsunfall versichert. Desgleichen sind die Schüler gegen Ansprüche aus der gesetzlichen Haftpflicht versichert. Falls Erziehungsberechtigte eine private Haftpflichtversicherung abgeschlossen haben, geht diese vor.

Aufgrund der geltenden Arbeitsschutzvorschriften müssen folgende Bestimmungen für Betriebspraktika in der Arztpraxis beachtet werden:

1. Die Schüler müssen zu Beginn des Praktikums von der Schule und dem Betrieb in für sie verständlicher Weise über die Unfallverhütungsvorschriften (UVV „Gesundheitsdienst“, VBG 103) einschließlich Hygiene sowie über die Unfall- und Gesundheitsgefahren, denen sie während des Praktikums ausgesetzt sein können, belehrt werden. Überdies sollte der Schüler in ausreichendem Umfang schutzgeimpft sein.
2. Es muß sichergestellt sein, daß die Praktikanten keinerlei Infektionsgefahren ausgesetzt werden.
3. Praktikanten dürfen keinen Umgang mit Blut, Urin, Speichel u.a. Ausscheidungen haben. Ihnen darf keine Tätigkeit mit schneidenden und stechenden Gegenständen übertragen werden.

Der Einsatz von Schülerpraktikanten kann daher nur unter diesen Einschränkungen erfolgen. Eine Beschäftigung im Bereich des Empfangs, in Bestrahlungsräumen (mit Ausnahme von Kontrollbereichen i.S. der Strahlenschutz- und Röntgenverordnung), Gipszimmern u.ä. und mit administrativen Tätigkeiten ist möglich.

Darüber hinaus sind Schülerpraktikanten in jedem Fall, insbesondere, weil sie im Unterschied zu Arzthelferinnen und Auszubildenden nicht der gesetzlichen Schweigepflicht unterliegen, besonders umfassend und eindringlich über die Verpflichtung zur Verschwiegenheit aufzuklären sowie über die Bedeutung des Patientengeheimnisses zu unterrichten. Der Praktikant muß sich verpflichten, über alles, was er in der Praxis erfährt, für die Zeit des Praktikums und danach, Stillschweigen zu bewahren. Es empfiehlt sich, die Belehrung und die Verpflichtung schriftlich zu fixieren.

Der Schülerpraktikant in der Arztpraxis sollte im Hinblick auf die Verpflichtungserklärung und wegen der erforderlichen sittlichen und geistigen Reife mindestens 14 Jahre alt sein.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

Einladung zur 5. Ordentlichen Delegiertenversammlung der Landes- Ärztekammer 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. Versorgungswerk
– Änderung von Satzung und Versorgungsordnung
8. Änderung der Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde gemäß Beschluß zu Antrag 2 TOP 12 der DV vom 24. April 1999
9. Änderung der Weiterbildungsordnung
a) Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“
b) Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“
10. Nachberufung von Vorsitzenden bzw. Stellvertreter(inne)n für die Prüfungsausschüsse
11. Einführung der Qualifikation „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“
12. Änderung der Entschädigungsordnung für die Gremien der Landesärztekammer Hessen
13. Neubau Seminargebäude
– Bericht über den aktuellen Kostenstand
– Kostenberechnung der Inneneinrichtung
– Bericht zum Förderantrag
14. Errichtung eines Casinos im Bereich der Carl-Oelemann-Schule
– Planungsstand
– Kostenberechnung
– Förderverfahren
15. Neuregelung der betrieblichen Altersversorgung
16. Änderung der Beitragsordnung
17. Nachwahl der Delegierten für den Deutschen Ärztetag
18. 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 Praxismachfolger fortgeführt werden:

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt-Mitte Urologin/Urologe
Darmstadt-Mitte HNO-Ärztin/HNO-Arzt

Planungsbereich Darmstadt-Dieburg

Darmstadt-Dieburg Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Ober-Ramstadt Ärztin/Arzt für
Psychiatrie und Psychotherapie

Planungsbereich Bergstraße

Grasellenbach Kinderärztin/Kinderarzt

Planungsbereich Groß-Gerau

Mörfelden-Walldorf Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenzentrale der Ärzte und Zahnärzte in Hessen, Bezirksstelle Darmstadt, Wilhelminenplatz 7, 64283 Darmstadt** zu senden.

Planungsbereich Frankfurt/M.-Stadt

Frankfurt/M.-Niederursel prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Frankfurt/M.-Nordend prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Frankfurt/M.-Seckbach Augenärztin/Augenarzt
Frankfurt/M.-Bornheim Augenärztin/Augenarzt
Frankfurt/M.-Heddernheim Augenärztin/Augenarzt
-Gemeinschaftspraxisanteil-
Frankfurt/M.-Westend Fachärztin/Facharzt für
Kinder- und Jugendmedizin
Frankfurt/M.-Sossenheim Neurologin/Neurologe
Frankfurt/M.-Westend Neurologin/Neurologe
Frankfurt/M.-Westend Psychiaterin/Psychiater
Frankfurt/M.-Westend Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut
Frankfurt/M.-Westend Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Hofheim/Ts. prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Kelkheim/Ts. Augenärztin/Augenarzt

Planungsbereich Offenbach/M.-Stadt

Offenbach/M.-Innenstadt HNO-Ärztin/HNO-Arzt
-Gemeinschaftspraxisanteil-
Offenbach/M.-Innenstadt Internistin/Internist
(fachärztlich)
Offenbach/M.-Innenstadt Internistin/Internist
(hausärztlich)
Offenbach/M.-Innenstadt Kinder- und Jugendärztin/
Kinder- und Jugendarzt
Offenbach/M.-Innenstadt Orthopädin/Orthopäde
-Gemeinschaftspraxisanteil-
Offenbach/M.-Innenstadt Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut
Offenbach/M.-Innenstadt Radiologin/Radiologe

Planungsbereich Offenbach/M.-Land

Dreieich-Sprendlingen prakt. Ärztin/prakt. Arzt
Dreieich-Buchschatz Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Internistin/Internist
(hausärztlich)

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Gelnhausen Augenärztin/Augenarzt
Maintal-Bischofsheim Fachärztin/Facharzt für
Kinder- und Jugendmedizin

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenzentrale der Ärzte und Zahnärzte in Hessen, Bezirksstelle Frankfurt, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt** zu senden.

Planungsbereich Gießen

Gießen Psychologische Psychotherapeutin/
Psychologischer Psychotherapeut

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenzentrale der Ärzte und Zahnärzte in Hessen, Bezirksstelle Gießen, Eichgärtenallee 6, 35394 Gießen** zu senden.

Planungsbereich Landkreis Kassel

Kaufungen Chirurgin/Chirurg

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel HNO-Ärztin/HNO-Arzt

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenzentrale der Ärzte und Zahnärzte in Hessen, Bezirksstelle Kassel, Pfannkuchstraße 1, 34121 Kassel** zu senden.

Planungsbereich Marburg-Biedenkopf

Marburg Fachärztin/Facharzt für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenzentrale der Ärzte und Zahnärzte in Hessen, Bezirksstelle Marburg, Raiffeisenstraße 6, 35043 Marburg** zu senden.

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden Internistin/Internist
(hausärztlich)
Wiesbaden Fachärztin/Facharzt für Orthopädie

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenzentrale der Ärzte und Zahnärzte in Hessen, Bezirksstelle Wiesbaden, Abraham-Lincoln-Straße 36, 65189 Wiesbaden**, zu senden.

Bedarfsplan für die ambulante vertragsärztliche Versorgung in Hessen, Stand 31.12.2001

Der Bedarfsplan für die ambulante vertragsärztliche Versorgung ist im Einvernehmen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen und der KV Hessen erstellt worden und kann bei den KVH Bezirksstellen eingesehen werden. Bei Bedarf kann ein Exemplar des Bedarfsplanes bei der KVH-Landesstelle Abteilung Bedarfsplanung angefordert werden.

Die Kassenzentrale der Ärzte und Zahnärzte in Hessen, Körperschaft des Öffentlichen Rechts - Landesstelle - vermittelt für ihre Mitglieder

Praxisvertreter/-innen

für Praxisvertretungen im Land Hessen.

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

Kassenzentrale der Ärzte und Zahnärzte in Hessen - Landesstelle - Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt/M., Telefon 069/79502-757 zu wenden.

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