G 3738

Hessisches Ärzteblatt

5/2002

Mai 2002
63. Jahrgang

Neue Homepage der Landesärztekammer Hessen

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

Delegiertenversammlung der LÄK Hessen

Leitsymptom Schwindel

Mangelernährung im Krankenhaus

Mobbing

Kompetenzzentrum für hochkontagiöse Erkrankungen

KIRCHHEIM

Mit amtlichen Mitteilungen der Landesärztekammer Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Hessisches Ärzteblatt

Herausgeber:
Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M. Telefon (0 69) 97672-0, Internet: www.laekh.de, E-Mail: LaekHessen@laekh.de und Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Georg-Voigt-Str. 15, 60325 Frankfurt/M., Telefon (0 69) 79 50 20, Internet: www.kvhessen.de

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

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

Wissenschaftlicher Beirat:
Prof. Dr. med. Erika Baum, Biebertal
Dr. med. Alfred Halbsguth, Frankfurt
Dr. med. Ulrich Herborn, Kassel
Prof. Dr. med. Dietrich Höffler, Darmstadt
Dr. med. Georg Holfelder, Frankfurt
Dr. med. Siegmund Kalinski, Frankfurt
Dr. med. Norbert Löschhorn, Seeheim-Jugenh.
Prof. Dr. med. Helmut Nier, Offenbach
Prof. Dr. med. Peter Oswald, Hanau
Prof. Dr. med. Konrad Schwemmle, Gießen
Dr. med. Hans-Friedrich Spies, Frankfurt
Dr. med. Gösta Strasding, Frankfurt
PD Dr. med. Roland Wönne, Frankfurt
PD Dr. med. Oskar Zelder, Marburg
Dr. med. Walter Schultz-Amling, Hofheim

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

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

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

Geschäftsführer: Manuel Ickrath

Herstellung: Andreas Kurz

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

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

Der Bezugspreis im Inland beträgt 90,00 € (12 Ausgaben), im Ausland 97,20 €. Kündigung des Bezugs sechs Wochen vor Quartalsende. Für die Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

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

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

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

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

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

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

ISSN 0171-9661

Hessisches Ärzteblatt

5/2002 *Mai 2002 • 63. Jahrgang*

Sie lesen in diesem Heft

Editorial
Hexenjagd 2002 258

Landesärztekammer Hessen
Hetzkampagnen gegen Ärzteschaft, Reorganisation der Bezirksärztekammer und Satzungsänderung 259

Fortbildung
Leitsymptom Schwindel 261

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Die Zitrone ist ausgepreßt: Bei Arzneimitteln läßt sich in Hessen nichts mehr sparen! 267
Medienpädagogik – Was geht das Ärzte an? 268
Gesundheitsnetz Oberlahn stellt neue Projekte vor 269

Fortbildung
Mangelernährung im Krankenhaus 271

Aktuelles
Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbehilfe und Angehörigenbetreuung (KASA) 276
Mobbing 279

Briefe an die Schriftleitung 281

Aktuelles
20 Jahre Nephrologie und Rheumatologie am Clementine Kinderhospital 286

Weiterbildung
Die Weiterbildungsordnung – Zukunft der Allgemein- und der Inneren Medizin 287

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung Bad Nauheim 289
Ärztliche Fortbildung im Bereich der Bezirksärztekammern 293

Landesärztekammer Hessen
Der neue Internet-Auftritt der LÄKH 299
Neue ärztliche Qualitätsmanager in Hessen 300

Fortbildung
Sicherer Verordnen 302

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten 303

Landesärztekammer Hessen
Kompetenzzentrum für hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen 307

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen 311

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen 317

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.

Hexenjagd 2002

Im März rauschte es wieder einmal gewaltig im deutschen Blätterwald: „Limburg: 574 Ärzte unter Betrugsverdacht!“ oder „Staatsanwaltschaft München ermittelt gegen 4.000 Ärzte wegen Bestechlichkeit!“. Hier 20, dort 40, dann wieder Hunderte Angehörige unseres Berufes waren wieder einmal gut genug, als Beispiel für die Schlechtigkeit der Menschen überhaupt und für die Korrumpierbarkeit des Gesundheitssystems im Besonderen zu dienen. Eine AOK-Vertreterin aus Niedersachsen gab zu, daß man 20 Betrugsfälle bei über 11.000 Vertragsärzten in ihrem Bundesland entdeckt habe. Das sind 0,18 %! Ich würde mich freuen, wenn die Quote bei korrupten Politikern oder bei die Öffentlichkeit verdummenden Journalisten genauso gering wäre.

Von der Bild-Zeitung oder verwandten Publikationsorganen sind wir solch sensationsträchtige Themen ja gewohnt. Aber selbst der Hessische Rundfunk, immerhin kein Sender von Leo Kirch, sondern eine öffentlich-rechtliche Rundfunkanstalt, die sich über Rundfunkgebühren – auch unsere! – finanziert, beeilte sich, mit einer Sendung „Stadtgespräch“ noch eins draufzusetzen: „Abzocker in Weiß? Wie Ärzte Patienten ausnehmen“. Das Layout der Sendung war dementsprechend. Dabei auf dem Podium, wie so oft, Dr. Ellis Huber, früher einmal Präsident der Berliner Ärztekammer, seither jedoch Vorstandsmitglied und jetzt Vorstandsvorsitzender der BKK Securvita. Er versucht weiterhin, sich als Arzt darzustellen, obwohl seine letzte Berührung mit einem Patienten sicher viele Jahre zurückliegt, und ist halt immer für ein paar populistische Sprüche und leere Worthülsen gut. Der Moderator der Sendung, Uwe Günzler, bemühte sich zwar vordergründig, den Anschein der Parteilichkeit zu vermeiden (was vielleicht einem vorherigen Protest der Landesärztekammer gegen die Sendung beim Intendanten zu verdanken war), ließ jedoch Bemerkungen fallen, die dieses Bemühen konterkarierten. Die Selbstachtung sollte eigentlich gebieten, an einem solchen Jahrmarkt der Gehässigkeit gegenüber den Ärzten nicht teilzunehmen. Die vielen Tausende von Patienten, die mit ihrem Arzt und seiner Behandlung zufrieden sind, kommen ja dort nicht zu Wort.

Müssen wir uns das eigentlich immer wieder anhören? Müssen wir uns das gefallen lassen?

Ich fürchte, wir müssen. Denn leider gibt es einige, hoffentlich wenige „Kollegen“, deren vorrangiger Beweggrund die Raffgier zu sein scheint. Sie rechnen mit der KV Leistungen ab, die sie nicht erbracht haben, umgehen Abrechnungsausschlüsse durch Manipulation der Behandlungsdaten, stellen ihren Privatpatienten überhöhte Rechnungen oder nehmen Vorteile von Pharmafirmen an, die über die Förderung ihrer ärztlichen Tätigkeit oder der Forschung hinausgehen. Die Ausrede, unsere Gebührenordnungen und die vielen einschränkenden Bestimmungen im Gesundheitswesen seien zu unübersichtlich, ist berechtigt. Sie kann aber die oben genannten Verfehlungen nicht rechtfertigen, denn die betreffenden Ärzte zeigen ja bei dem Versuch, ihre betrügerischen Machenschaften zu kaschieren, sonst auch ein ausreichendes Maß an Intelligenz.

Wissen diese Ärzte eigentlich nicht, was sie da anrichten? Nicht nur, daß sie ihre Patienten bzw. im KV-Bereich ihre anderen Kollegen betrügen, nein, sie schädigen den Ruf unseres gesamten Berufsstandes und wirken an der weiteren Zerstörung des Vertrauensverhältnisses unserer Patienten zu ihren Ärzten mit. Daher muß diesen Leuten das Handwerk gelegt werden. Die Strafverfolgungsbehörden können der Unterstützung von Kammern und KVen bei der Aufklärung von Betrügereien sicher sein. Auch müssen Betrüger die volle Härte der Berufsgerichtsbarkeit (die mitunter ruhig etwas härter sein dürfte!) zu spüren bekommen. Nur so können wir wieder einen Zustand erreichen, in dem wir mit Fug und Recht sagen können: „Diese Vorwürfe müssen wir uns nicht mehr gefallen lassen!“

Daß wir dies schaffen, darauf hofft
Ihr

Dr. med. Alfred Möhrle

Initiative „Organspende in Hessen“: Landespressekonferenz im Mai in Wiesbaden

Sie will eine offene Diskussion zum Thema Organspende anregen: Ziel der „Initiative Organspende in Hessen“ ist, die Spendebereitschaft der hessischen Bevölkerung zu erhöhen und Ängste abzubauen. Auf Beschluß der teilnehmenden Organisationen soll daher im Mai 2002 im Hessischen Landtag in Wiesbaden eine Landespressekonferenz mit Sozialministerin Silke Lautenschläger als Schirmherrin stattfinden.

Im Rahmen dieser Konferenz wird Lautenschläger die auf mehrere Jahre angelegte „Initiative Organspende in Hessen“ vorstellen, einen Situationsbericht geben und Ausblicke auf künftige Aktivitäten eröffnen. So ist u.a. geplant, daß die Initiative jedes Jahr von einer Fachkonferenz sowie einer Sitzung mit den Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen begleitet wird.

möh

Hetzkampagnen gegen Ärzteschaft, Reorganisation der Bezirksärztekammern und Satzungsänderungen

Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen

Daß auch feierliche Anlässe eine Prise Humor vertragen, demonstrierte Dr. med. Alfred Möhrle auf der letzten Delegiertenversammlung am 13. April. Mit den Worten, er müsse jetzt äußerst vorsichtig sein, um keine medizinischen Folgen heraufzubeschwören, befestigte der Präsident der Landesärztekammer Hessen eine Anstecknadel am Revers von Christian Neupel. Sie ist Accessoire der silbernen Ehrenplakette der LÄKH, die Möhrle dem früheren Justitiar der Kammer als Dank für sein „überdurchschnittliches und außerordentliches Engagement“ überreichte. Die Ehrenplakette der Landesärztekammer in Gold erhielt Dr. med. Karl-Henning Blauert für 50 Jahre Einsatz in der Berufspolitik. Als „charakterlich und fachlich auf hohem Niveau“ bezeichnete Möhrle den Vorsitzenden des Fürsorgeausschusses der Kammer. Blauert gehört seit 1956 - also seit „der ersten Stunde“ - der Delegiertenversammlung an und ist neben Dr. Ernst Heinz dienstältestes Mitglied.

Ehrenplakette in Silber für RA Christian Neupel

Ehrenplakette in Gold für Dr. med. Karl-Henning Blauert

bilder pop

Sensationsmeldungen und Durchsuchungen

Getreu dem Motto „Erfreuliche Ereignisse zuerst“ waren beide Ehrungen an den Beginn der Versammlung gestellt worden. Zahlreiche nachfolgende Tagesordnungspunkte lösten heftige Diskussionen unter den Delegierten aus; viele von ihnen spiegelten die problematische Situation des Gesundheitswesens in Deutschland wieder. „Dies ist Teil einer Hetzkampagne, die offenbar konzertiert und von oben gesteuert gegen die Ärzteschaft gerichtet ist“: Aufgebracht kommentierte Möhrle in seinem Bericht zur Lage sowohl die jüngsten staatsanwaltlichen Durchsuchungsmaßnahmen in Limburg als auch die Welle von Sensationsmeldungen in den Medien. Schlagzeilen wie „Ärzte unter Betrugsverdacht“, „Staatsanwaltschaft ermittelt gegen Ärzte wegen Bestechlichkeit“ oder „Abzocker in Weiß?“ brächten den ganzen Berufsstand in den Geruch, ein korrupter Haufen zu sein. Dabei stellten sich die meisten Vorwürfe bei näherer Prüfung als haltlos und Zahlen als falsch heraus.

„Herzlich wenig“ sei etwa bei der ersten staatsanwaltlichen Durchsuchung der Privatärztlichen Abrechnungsstelle Limburg vor einem Jahr herausgekommen. Dennoch habe die Staatsanwaltschaft vor wenigen Wochen erneut die Abrechnungsunterlagen von 574 Ärzten durchforstet, ohne daß ein konkreter Betrugsverdacht gegen alle von ihnen geäußert worden sei. „Ich vermute, daß man mit dieser Kampagne die ersten Ansätze eines sich bildenden Widerstandswalles gegen unser marodes Gesundheitswesen unterminieren will“, erklärte Möhrle. Er räumte allerdings ein, daß es „einige, wenige“ Ärzte gebe, die keine Skrupel hätten, Patienten durch überhöhte Rechnungen und Kollegen durch Manipulationen bei der Kassenabrechnung zu betrügen. Ihnen müsse mit aller Härte des Strafgesetzes und der Berufsgerichtsbarkeit das Handwerk gelegt werden, forderte Möhrle. „Nur so erhalten wir wieder die Chance, uns gegen pauschale Vorwürfe gegen die Ärzteschaft erfolgreich zu wehren.“

Ärztemangel bald auch im niedergelassenen Bereich

„Die Anzeichen, daß wir in einen eklatanten Ärztemangel zunächst in den Kliniken hineinrutschen, der sich mit einer gewissen Verzögerung auch im niedergelassenen Bereich bemerkbar machen wird, sind nicht mehr zu übersehen“, unterstrich der Kammerpräsident in Bad Nauheim. Die von der Landesärztekammer im Sommer 2001 durchgeführte Umfrage zur Arbeitszeit und Arbeitszufriedenheit von hessischen Krankenhausärzten zeige unter anderem, daß viele Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf nicht noch einmal ergreifen würden. „In fünf bis zehn Jahren ist die medizinische Versorgung der Bevölkerung absolut gefährdet“, fügte Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich hinzu und verwies auf eine Erhebung der Kassenärztlichen Bundesver-

einigung, nach der ein Drittel der Medizinstudenten in Deutschland nicht mehr den Arztberuf anstrebe: „Da muß doch seitens der Politik etwas falsch gelaufen sein“. Dem hessischen Sozialministerium zollten die Delegierten hingegen Lob. Ausdrücklich begrüßten sie die Bestrebungen der Hessischen Sozialministerin Silke Lautenschläger, die Arbeitsbedingungen an den Krankenhäusern zu verbessern, und forderten die Ministerin auf, ihre Initiativen zur Regelung der Arbeitszeiterfassung von Ärzten noch zu verstärken.

Kritisch bewertete Hasselblatt-Diedrich jenen Parforce–Ritt, mit dem das Bundesgesundheitsministerium zum 1. Juli 2002 Disease-management-Programme bei den niedergelassenen Ärzten einführen will. „Wir sind für eine Qualitätsverbesserung“, erklärte sie. Diese sei jedoch nicht durch eine überhastete Einführung der Programme zu erreichen. Ihre Einschätzung, das Ganze sei unvorbereitet und mit der heißen Nadel gestrickt, da keine praktikablen Leitlinien existierten, wurde von den anderen Delegierten geteilt.

bild pop

Von links: Dr. S. Kalinski, Dr. H. Klotz, Dr. M. Bert, Dr. A. Möhrle, Dr. G. Holfelder

Geplante Reorganisation der Bezirksärztekammern

Ein weiteres, wichtiges Thema der Delegiertenversammlung war die geplante Reorganisation der Bezirksärztekammern. Der 1998 gefaßte Beschluß der DV, ihre Zahl von sechs auf vier zu reduzieren, wurde in geheimer Abstimmung aufgehoben. Eine knappe Mehrheit der Delegierten entschied sich allerdings dagegen, „daß alles so bleibt, wie es ist.“ Heftige und kontroverse Diskussionen löste der Antrag des Präsidiums aus, die Struktur der Bezirksärztekammer Gießen zum 1.1.2003 im Rahmen eines bis zum Ende der jetzigen Legislaturperiode laufenden Modellversuchs zu ändern. Danach solle die Delegiertenversammlung darüber entscheiden, ob die bisherige Struktur wieder hergestellt oder ob die neue Struktur auf weitere oder alle Bezirksärztekammern übertragen werde.

In dem Antrag wird vorgeschlagen, kleinere Räumlichkeiten anzumieten (der Mietvertrag für die bisherigen Räume läuft zum 31. Dezember 2002 aus), in denen eine Kopfstelle mit ein bis anderthalb Mitarbeitern unterhalten wird. Aufgaben, die zentral erledigt werden können, sollen an die Landesärztekammer in Frankfurt abgegeben, solche, die dezentral zu bearbeiten sind, an die Bezirksärztekammer Marburg weitergeleitet werden. „Die Mitglieder des Vorstandes der Bezirksärztekammer Gießen nehmen vor Ort die Aufgabe von Vertrauensleuten und Ansprechpartnern für die Mitglieder wahr“, heißt es wörtlich in dem Text.

Der zur Abstimmung vorgezogene Antrag von PD Dr. med. Michael Berliner stieß auf breiteren Konsens und wurde mehrheitlich angenommen. Berliner, der sich auf der Delegiertenversammlung dafür aussprach, den Service der Kammer vor Ort beizubehalten, hatte angeregt, zur Kosteneinsparung und zur Vereinfachung der Verwaltung zentralisierbare Aufgaben in die Zentrale der LÄKH zu verlagern. Die Bezirksärztekammern Gießen und Marburg sowie Darmstadt und Wiesbaden sollten über eine jeweils gemeinsame Sachbearbeitung mit gegenseitiger Vertretung bei personellen Engpässen (z.B. Vertretung bei Krankheit, Urlaub etc.) verfügen. Obwohl zahlreiche Delegierte Kritik an dem Antrag des Präsidiums übten, wurde er schließlich mit 30 Ja-Stimmen zu 29 Nein-Stimmen angenommen. Möhrle betonte, daß keine Mitarbeiterin/kein Mitarbeiter durch die geplanten Neuerungen den Arbeitsplatz verlieren würde.

Versorgungswerk

Zu intensiven Diskussionen führte auch der Tagesordnungspunkt „Versorgungswerk“. Hintergrund war die Beratung über eine neue Geschäftsordnung. Der Aufsichtsrat hatte den Delegierten einen Antrag über Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung zum Beschluß vorgelegt. Darin geht es um Wahl und Abberufung der/des Aufsichtsratsvorsitzenden aus dem Amt durch konstruktive Neuwahl sowie um die Möglichkeit der Vollmachtserteilung an den Verwaltungsrat, die durch einige Worte ergänzt wurde. Dr. med. Georg Holfelders Antrag, die DV möge beschließen, die Entscheidung über den ersten Punkt – Wahl und Abberufung des Aufsichtsratsvorsitzenden – zu vertagen, um seine Rechtmäßigkeit überprüfen zu lassen, wurde angenommen.

Dr. med. Birgit Drexler-Gormann bemängelte, daß die Vorbereitung des Tagesordnungspunktes „Versorgungswerk“ nicht ausreichend gewesen sei. Einige Delegierte sahen in der Möglichkeit, dem Verwaltungsrat Zeichnungsvollmachten zu erteilen, ein Problem. Dem Verwaltungsrat würden dadurch zu viele Rechte eingeräumt. Möhrle so-

Fortsetzung auf Seite 306

Leitsymptom Schwindel

Ein häufiges Symptom mit unterschiedlichen, aber oftmals gut behandelbaren Ursachen

S. v. Stuckrad-Barre, K. v. Kriegstein, A. Kleinschmidt, H. Steinmetz

Einleitung

Schwindel und Gleichgewichtsstörungen gehören neben Kopf- und Rückenschmerzen zu den häufigsten Beschwerden, die Patienten zum Arzt führen. Die Prävalenz des Symptoms Schwindel wird in der Literatur mit 1.8 % bei jungen Erwachsenen bis hin zu mehr als 30 % bei der Patientengruppe der über 65-jährigen angegeben; bei Patienten über 75 Jahren ist es sogar häufigstes Symptom [7].

In der folgenden Übersicht werden die diagnostische Einordnung der häufigsten Schwindelformen sowie deren spezifische Therapie vorgestellt. Die meisten Schwindelformen sind gutartig und therapierbar (z.B. benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel). Eine genaue diagnostische Einordnung ist notwendig, da Schwindel auch ein Warnsignal einer lebensbedrohlichen Erkrankung (z.B. Basilaristhrombose) sein kann und/oder die Lebensqualität erheblich einschränken kann. Schließlich ist auf die Bedeutung sekundärer Folgeschäden z.B. durch Stürze hinzuweisen.

Tabelle I: Pharmakagruppen mit „Schwindel" als Nebenwirkung [modifiziert nach 2]

ZNS und Bewegungsapparat	
• Antiepileptika	• Antidepressiva
• Analgetika	• Anticholinergica
• Tranquilizer	• Dopamin-Agonisten
• Muskelrelaxanzien	• Antiphlogistika
• Hypnotika	• Lokalanästhetika
• Antiemetika	
Hormone	
• Kortikosteroide	• Geschlechtshormone
• Antidiabetika	• Antikonzeptiva
Entzündungen	
• Antibiotika	• Antimykotika
• Tuberkulostatika	• Anthelmetika
Herz und Gefässe	
• Betarezeptorenblocker	• Vasodilatatoren/Vasokonstriktoren
• Kardiaka	• Antikoagulanzien
• Antihypertensiva	
Niere und Blase	
• Diuretika	• Spasmolytika
Atmungsorgane	
• Expektoranzien	• Bronchospasmolytika
• Antitussiva	• Mukolytika
Sonstige	
• Antiallergika	• Röntgenkontrastmittel
• Prostaglandine	

Anamnese und klinische Untersuchung

Der Begriff Schwindel wird von Patienten für eine Vielzahl sensorischer Wahrnehmungen verwendet: Dreh- oder Schwankschwindel, Stand- und/oder Gangunsicherheit, Schwäche, Kraftlosigkeit, aber auch Verschwommensehen und Schwarzwerden vor den Augen. Dementsprechend besteht der wichtigste Zugang zur diagnostischen Einordnung des Schwindels in einer sorgfältigen Anamnese. Die klinische Untersuchung dient dann dazu, Art und Ort der Funktions- bzw. Strukturschädigung festlegen zu können.

Zur Einordnung der anamnestischen Angaben sind die folgenden Unterscheidungskriterien der verschiedenen Schwindelsyndrome hilfreich: die Art des Schwindels, d.h. Drehschwindel (wie Karussellfahren) oder Schwankschwindel (wie Bootfahren), die Dauer des Schwindels, also attacken- oder dauerhaft sowie ggf. die Attackendauer, die Auslösbarkeit/Verstärkung des Schwindels in Ruhe, durch Bewegung, Lagerung oder bestimmte Situationen.

Weitere Fragen sollten auf mögliche Begleitsymptome zielen, wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Symptome von seiten des Innenohres (z.B. Hörminderung, Druckgefühl, Tinnitus), oder Hirnstammsymptome (z.B. Doppelbilder, periorale Parästhesien, Schluck-, Sprechstörungen) [9]. Relevante Vor- oder Begleiterkrankungen (z.B. kardial)

und deren Medikation sind ebenfalls von großer Bedeutung, da nicht zuletzt zahlreiche Medikamente und Medikamentenkombinationen in therapeutischen und toxischen Blutspiegeln zu Schwindel führen können (siehe Tabelle I).

Zusatzdiagnostik

Apparative Zusatzuntersuchungen sind bei sorgfältiger Anamneseerhebung und klinischer Untersuchung in vielen Fällen von untergeordneter Bedeutung. Die wichtigsten Zusatzuntersuchungen sind die Elektronystagmographie mit kalorischer Gehörgangsspülung, neuro-otologische (Tonaudiogramm mit Recruitment, Akustisch evozierte Potentiale) sowie neuro-ophthalmologische Verfahren (z.B. Messung der Augentorsion durch Fundusphotographie und psycho-physische Bestimmung der Subjektiven visuellen Vertikalen). Zur Klärung der Ätiologie (DD Ischämie, Blutung, Entzündung, Tumor) sind bildgebende Verfahren wie kraniale Computer- oder Kernspintomographie, Doppler- und Duplexsonographie und Lumbalpunktion gelegentlich notwendig [9, 10].

Die häufigsten Schwindelursachen und deren Therapie

Die verschiedenen Schwindelursachen lassen sich topographisch-anatomisch in

a) peripher-vestibuläre (Labyrinth und/oder Nervus vestibulocochlearis),
b) zentral-vestibuläre (Hirnstamm, Kleinhirn und Cortex),
c) psychogene sowie
d) sonstige nicht-vestibuläre organische Formen einteilen.

Zu den häufigsten Diagnosen in unserer Spezialambulanz für Schwindel gehören (in absteigender Häufigkeit) der benigne paroxysmale Lagerungsschwindel (22 %), der phobische Schwankschwindel (18 %), zentral-vestibuläre Schwindelformen (15 %), und peripher-vestibuläre Erkrankungen (11 %) wie Neuritis vestibularis, Morbus Menière sowie seltener die bilaterale Vestibulopathie (siehe auch Tabelle II).

a) Peripher-vestibuläre Schwindelformen

Grundlegend kann man zwei Formen einer peripher-vestibulären Erkrankung unterscheiden: 1) Inadäquate paroxysmale Reizformen des Labyrinth- oder Vestibularisnerven (z.B. benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel, und 2) den ein- oder beidseitigen Labyrinth- oder Vestibularisnervausfall (z.B. Neuritis vestibularis, M. Menière, bilaterale Vestibulopathie), auf die im folgenden kurz eingegangen wird.

Der benigne paroxysmale Lagerungsschwindel (Benign Paroxysmal Positioning Vertigo, BPPV) ist die häufigste Schwindelform überhaupt [2]. Pathophysiologisch entsteht der BPPV durch die krankhafte Ablagerung von Otokonien meist im hinteren Bogengang (sog. Canalolithiasis); manchmal geht diesem ein leichtes Schädel-Hirn-Trauma oder längere Bettlägerigkeit voraus. Die Patienten klagen über durch Kopf- oder Körperlageänderung ausgelöste, in der Regel 20 bis 30 Sekunden anhaltende Drehschwindelattacken, oft verbunden mit laufenden Bildern und Übelkeit. In Ruhe sind sie beschwerdefrei. Die klinische Untersuchung zeigt bei der Lagerung zum betroffenen Ohr einen mit Latenz von wenigen Sekunden einsetzenden, 20 bis 30 Sekunden anhaltenden, rotierend zum unten liegenden (betroffenen) Ohr schlagenden Nystagmus mit deutlicher „Ermüdbarkeit“ (Habituation) nach mehrmaliger Lagerung [1, 2]. Der BPPV läßt sich durch einfache Lagerungsübungen (sog. Befreiungsmanöver) erfolgreich behandeln [6] (siehe Abbildung 1).

Die Neuritis vestibularis führt zu einem akuten/subakuten einseitigen Labyrinthausfall und hat wahrscheinlich eine entzündliche Genese [3]. Es kommt zu subakut einsetzendem tagelangem Dauerdrehschwindel, Fallneigung zur betroffenen Seite, heftiger Übelkeit und Erbrechen. Die Untersuchung zeigt einen horizontalen, rotierenden Spontannystagmus zur gesunden Seite. Zur symptomatischen Therapie sind Antivertiginosa (z.B. 100 mg Dimenhydrinat Supp.) nur in den ersten drei Tagen indiziert. Wichtigstes Behandlungsprinzip ist eine rasche Mobilisation mit spezifischem Gleichgewichtstraining, das die zentrale Kompensation verbessert [8].

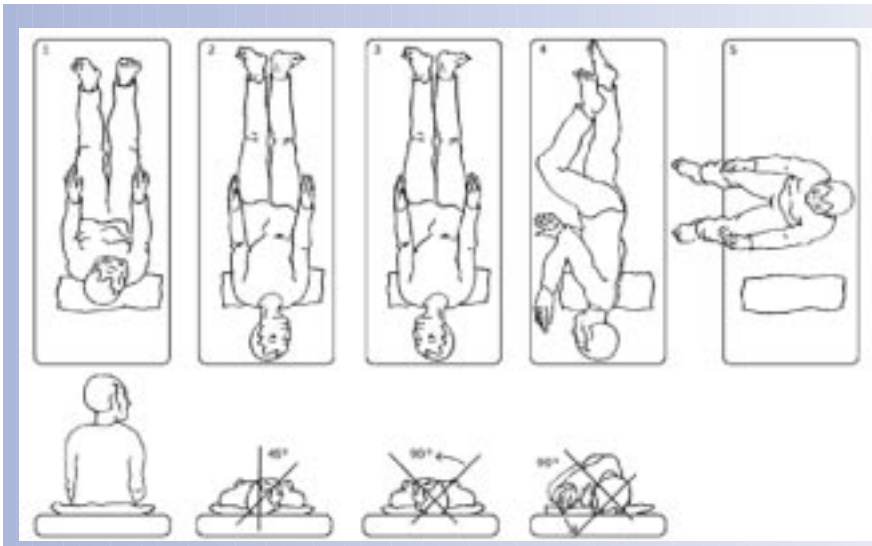
Der Morbus Menière entsteht durch einen Hydrops des häutigen Labyrinths, wobei dessen periodisch auftretende Rupturen zu folgenden Symptomen führen: akut über Minuten bis Stunden anhaltender, heftigster Drehschwindel, Fallneigung, Übelkeit und meistens auch Hörminderung, Tinnitus und Druckgefühl auf dem betroffenen Ohr. Klinisch kann die Funktionsstörung des Labyrinths zu einem horizontalen, rotierenden Nystagmus führen. Therapeutisch werden in der Attacke Antivertiginosa empfohlen. Im Intervall

Tabelle II: Häufigkeiten verschiedener Schwindel-Syndrome bei Patienten einer Spezialambulanz für Schwindel [aus 4]

Diagnose	%
1. Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel	18.4
Phobischer Schwankschwindel	14.9
Zentral-vestibulärer Schwindel	13.6
Basiläre Migräne	7.4
Morbus Menière	7.0
Periphere Vestibulopathie	6.2
Bilaterale Vestibulopathie	2.4
Psychogener Schwindel (ohne 2.)	2.3
Vestibularisparoxysmie	1.9
Labyrinthfistel	0.2
Schwindel unklarer Ätiologie	4.5
Andere Schwindel-Syndrome	1.7
Andere zentral-vestibuläre Syndrome ohne Schwindel	14.7

soll Betahistin die Häufigkeit und Ausprägung der Attacken günstig beeinflussen, wobei eine mehrmonatige Behandlung mit Betahistin in hoher Dosierung entscheidend ist [3].

Die Leitsymptome der womöglich unterdiagnostizierten bilateralen Vestibulopathie (einer Diagnose, die noch nicht zum Repertoire der meisten Ärzte gehört) sind Schwankschwindel und Unsicherheit beim Gehen und Laufen mit Zunahme der Beschwerden im Dunkeln oder auf unebenem Untergrund. Klinisch-neurologisch zeigen sich ein beidseits pathologischer Kopf-Dreh-Test (Halmagyi-Curthoys-Test, eine „bedside"-Prüfung des horizontalen vestibulo-okulären Reflexes), ein pathologischer Romberg-Test und eine Gangunsicherheit mit Zunahme bei Augenschluß. Die Diagnose wird durch die kalorische Prüfung in der Elektronystagmographie gesichert. Mögliche Ursachen der bilateralen Vestibulopathie sind u.a. ototoxische Medikamente (v.a. Aminoglykoside), Meningitis, beidseitige Labyrinthitis und idiopathisch (20-50 %). Therapeutisch sollten Gleichgewichtstraining und Gangschulung erfolgen, die in den meisten Fällen zu einer merklichen Besserung führen können [3, 11].



Setzen Sie sich auf ein Bett und drehen Sie den Kopf 45° zur rechten Seite.

Legen Sie sich rasch auf den Rücken, mit den Schultern auf ein Kissen, so daß der Kopf leicht nach hinten überstreckt ist, und warten Sie 30 Sekunden.

Drehen Sie den Kopf 90° nach links, ohne ihn dabei anzuheben und warten Sie wieder 30 Sekunden.

Nun rollen Sie mit Körper und Kopf 90° nach links, warten Sie erneut 30 Sekunden.

Rollen Sie nicht zurück in die Rückenlage, sondern setzen Sie sich aus der vorherigen Position auf.

Abbildung I: Selbstbehandlung des benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels mit dem Epley-Manöver bei betroffenem rechten Ohr [modifiziert nach 6].

b) Zentral-vestibuläre Schwindelformen

Zentral-vestibuläre Schwindelformen entstehen durch Läsionen der Verbindungen zwischen Vestibulariskernen und Vestibulozerebellum, Thalamus und (oder) vestibulärem Kortex [1]. Sie können als Sekunden bis Minuten dauernde Attacken auftreten (basiläre Migräne, vertebrobasiläre transiente ischämische Attacke) oder über Stunden bis Tage anhalten (z.B. „zerebrovaskulärer Schwindel" bei Hirnstamminfarkt, -blutung).

Die basiläre Migräne ist eine wichtige Differentialdiagnose episodischer Schwindelformen [3]. Die Erstmanifestation liegt zwischen der 3. und 5. Dekade. Der meist akut einsetzende und reversible Dreh- oder Schwankschwindel (Dauer: Minuten bis Stunden) tritt häufig vor dem (in der Regel nackenbetonten) Kopfschmerz auf; bei etwa 30 % aller Patienten fehlt der Kopfschmerz, was die Diagnose erschwert [5]. Bei vielen Patienten hat neben meist positiver Familienanamnese in jüngeren Jahren eine Migräne mit oder ohne Aura bestanden. Klinisch-neurologisch finden sich bei der Mehrzahl der Betroffenen, auch im Intervall, leichte zentrale Okulomotorikstörungen, z.B. in Form einer Blickfolgesakkadierung oder eines Blickrichtungsnystagmus. Differentialdiagnostisch ist zu bedenken, daß auch Infarkte oder Blutungen im Bereich des Kleinhirns oder Hirnstamms mit Schwindel und Kopfschmerz einhergehen können. Die Therapie der Migräneattacke und prophylaktische Therapie entspricht der anderer Migräneformen.

Ischämien, Blutungen oder andere vaskuläre Störungen können unterschiedliche zentral-vestibuläre Syndrome mit Schwindel, Okulomotorik- und Gleichgewichtsstörungen auslösen [3]. Der Begriff des zerebrovaskulären Schwindels ist wenig hilfreich und die Diagnose wird insgesamt sicher zu häufig gestellt. Zur Einordnung können die Dauer der Beschwerden und die Begleitsymptome hilfreich sein: Kurzdauernde Dreh- oder Schwankschwindelattacken treten beispielsweise bei transienten ischämischen Attacken im vertebrobasilären Strombahngebiet auf, während über Stunden bis Tage anhaltende Syndrome z.B. Folgen eines Hirnstamminfarktes oder einer -blutung sein können [9]. Gerade bei Patienten mit vaskulären Risikofaktoren stehen ischämische Läsionen als Ursache für akut einsetzenden Dreh- und Schwankschwindel im Vordergrund. Diagnostisch wegweisend ist das Vorliegen weiterer Hirnstammsymptome (s.o.). Als lebensbedrohliche Erkrankung sei hier die Basilaristhrombose genannt, die sich aufgrund ihrer teilweise raschen Progredienz neben Dreh- oder Schwankschwindel und multiplen Hirnstammzeichen im Verlauf mit einer zunehmenden Vigilanzstörung bis hin zum Koma präsentieren kann. Bei klinischem Verdacht muß der Patient als Notfall in ein spezialisiertes Zentrum mit Stroke Unit und Intensivstation ge-

bracht werden. Dort kann nach Blutungsauschluß mittels Computertomographie oder Magnetresonanztomographie ggf. eine PTT-wirksame Heparinisierung oder sogar eine intraarterielle Lysebehandlung durchgeführt werden.

c) Psychogene Schwindelformen

Patienten mit Phobischem Schwankschwindel berichten über meist fluktuierenden Benommenheitsschwindel mit subjektiver Stand- und Gangunsicherheit, der oft – aber nicht immer – von Angst begleitet und situationsabhängig ist (z.B. Warteschlange im Kaufhaus, Rolltreppe) und zu einem typischen Vermeidungsverhalten führt. Der Schwindel tritt häufig in Attacken auf, kehrt gelegentlich in wellenförmigen Perioden wieder und ist selten dauerhaft [4]. Der Beginn der Erkrankung läßt sich häufig auf eine initiale vestibuläre Erkrankung (z.B. Neuritis vestibularis oder BPPV) oder besondere Belastungssituationen zurückverfolgen. Der klinisch-neurologische Befund ist regelrecht und die apparative Zusatzdiagnostik erbringt ebenfalls keine relevanten pathologischen Befunde. Dennoch sollte stets mit einer kompletten Ausschlußdiagnostik z.B. mit klinisch-neurologischer Untersuchung, Elektronystagmographie mit Kalorik und ggf. kranialer Kernspintomographie eine organische Erkrankung ausgeschlossen werden. Die Therapie des phobischen Schwankschwindels ruht im wesentlichen auf vier Säulen: 1. Komplette Ausschlußdiagnostik (s.o.). 2. In einem ausführlichen Gespräch muß dem Patienten die Angst vor einer organischen Erkrankung genommen und der Entstehungsmechanismus der Beschwerden erläutert werden („psychoedukative Behandlung“). 3. Der Patient soll Schwindel auslösende Situationen nicht meiden, sondern suchen („Desensitisierung durch Eigenexposition“). 4. Bei Fortbestehen trotz Ausschöpfung der o.g. Maßnahmen über mehrere Wochen bis Monate sollte eine Verhaltens- und/oder Pharmakotherapie (z.B. mit Imipramin) eingeleitet werden. Mit diesen Prinzipien läßt sich bei mehr als 70 % der betroffenen Patienten - selbst nach langjährigem Krankheitsverlauf - eine deutliche Besserung der Symptome erreichen [1, 2, 4].

d) Nicht-vestibuläre organische Schwindelformen

Darüber hinaus kann Schwindel auch Ausdruck von Störungen des visuellen oder somatosensorischen (propriozeptiven) Sinnessystems sein, die zusammen mit dem vestibulären System an der Raumorientierung beteiligt sind. Kommt es zu Störungen in einem dieser Systeme, beispielsweise durch ophthalmologische Erkrankungen, z.B. Katarakt oder Retinopathie, oder durch verminderte somatosensorische Informationen, z.B. durch eine Polyneuropathie, kann dies neben den o.g. vestibulären Läsionen auch die Ursache von Schwankschwindel und Gangunsicherheit sein. Aufgrund der vielfältigen Ursachen ist hier die gezielte Anamnese und Untersuchung entscheidend, um diagnostisch zwischen Funktionsstörungen des visuellen, vestibulären und propriozeptiven Systems unterscheiden und eine entsprechende möglichst spezifische Behandlung einleiten zu können. Weitere nicht-vestibuläre, organische Ursachen von Schwankschwindel und/oder Gangunsicherheit sind Erkrankungen motorischer oder koordinativer Systeme, die zu Ataxie, Dysbasie oder posturaler Instabiltität führen (z.B. Morbus Parkinson, Normaldruckhydrozephalus, subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie). Der Vollständigkeit halber seien an dieser Stelle auch kardiovaskuläre Erkrankungen (insbesondere Rhythmusstörungen) genannt, die ebenfalls zu Schwindelwahrnehmung führen können (z.B. Präsynkopen, Synkopen). Auch hier ist vor allem die sorgfältige klinische Befunderhebung wichtig.

Zusammenfassung

Angesichts der Vielfalt der Schwindelursachen und ihrer Therapiemöglichkeiten ist es wichtig, die gut behandelbaren Schwindelformen zu erkennen und möglichst frühzeitig zu behandeln. Ein therapiezugewandtes Vorgehen sollte dabei übergeordnetes Ziel der gemeinsamen therapeutischen Bemühungen sein, um sowohl pathoätiogenetisch begründete spezifische (z.B. Befreiungsmanöver bei BPPV oder Liquordrainage beim Normaldruckhydrozephalus) als auch symptomatisch orientierte Therapieoptionen wie z.B. Visuskorrekturen, Behandlung von Depression und Angststörungen aber auch spezielles Schwindeltraining patientenorientiert einzusetzen. Voraussetzung hierfür ist ebenso eine fachliche Spezialisierung von Ärzten wie auch eine interdisziplinäre, syndromorientierte Zusammenarbeit über verschiedene Fachgebiete hinweg.

Literatur

[1] Brandt Th: Vertigo: Its multisensory Syndromes. Springer, 2. Auflage 1999

[2] Brandt Th: Schwindel. In: Brandt Th, Dichgans J, Diener HC (Hrsg.): Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen. Kohlhammer, 3. Auflage 1998

[3] Brandt Th, Dieterich M: Ohr und Gehirn. Akt Neurol. Thieme, 2001: 181-195

[4] Dieterich M: Erkennen Sie den phobischen Schwankschwindel. MMW-Fortschr Med (2000):142: 22-25

[5] Dieterich M, Brandt Th: Episodic vertigo related to migraine (90 cases): vestibular migraine? J Neurol. (1999) 246: 883-892

[6] Radtke A, Neuhauser H, von Brevern M, Lempert T: A modified Epley´s procedure for self treatment of benign paroxysmal positioning vertigo. Neurol. (1999) 53: 1358-1360

[7] Sloane PD, Coeytaux RR, Beck RS, Dallara J: Dizziness. State of science. Ann Intern Med. (2001) 134: 823-832

[8] Strupp M, Arbusow V, Maag KP, Gall MD, Brandt Th: Vestibular exercise improve central vestibulospinal compensation after vestibular neuritis. Neurol (1999) 51: 838-844

[9] Strupp M, Arbusow V: Diagnostik bei Schwindel. Dtsch med Wschr. 123 (1998) 1009-1013

[10] v. Stuckrad-Barre S, Strupp M: Schwindel beim älteren Patienten. Hausarzt (2000) 10: 62-68

[11] Vibert D, Liard P, Häusler R: Bilateral idiopathic loss of peripheral vestibular function with normal hearing. Acta Otolaryngol. (Stockh.) 115 (1995) 611-615

Korrespondenzadresse:
Dr. med. S. von Stuckrad-Barre
Klinik für Neurologie der
Johann-Wolfgang-Goethe Universität
(Direktor: Prof. Dr. Helmuth Steinmetz)
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main

Multiple Choice-Fragen

1. Die Schwindelattacke beim peripheren paroxysmalen Lagerungsschwindel dauert charakteristischerweise

(a) Sekunden
(b) 10-20 Minuten
(c) Stunden
(d) ca. 1 Tag
(e) 3-5 Tage

2. Zur vollständigen Symptomatik des Meniére-Syndroms zählen

(1) Drehschwindel
(2) Ohrensausen
(3) Intentionstremor
(4) Innenohrschwerhörigkeit
(5) Erbrechen

(a) nur 1 und 2 sind richtig
(b) nur 3 und 4 sind richtig
(c) nur 1, 2 und 3 sind richtig
(d) nur 1, 2, 4 und 5 sind richtig
(e) 1-5 = alle sind richtig

3. Welche Aussage trifft nicht zu? Typische Symptome des benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels sind:

(a) Während der Attacke Nystagmus bei Beobachtung unter der Frenzelbrille
(b) Gefühl des Drehschwindels
(c) Beidseitige paroxysmale Innenohrschwerhörigkeit
(d) Provokation durch Lagewechsel
(e) Kurze Schwindelattacke von Sekunden

4. Ein 45-jähriger Patient erkrankt akut mit heftigem Drehschwindel und Erbrechen. Geringe Kopfbewegungen führen zu einer Verstärkung dieser tagelang anhaltenden Symptomatik. Das Beschwerdebild ist am ehesten charakteristisch für:

(a) Epileptischen Anfall
(b) Transitorische ischämische Attacke der A. cerebri media
(c) Neuritis vestibularis
(d) Benignen Paroxysmalen Lagerungsschwindel
(e) Keine der genannten Erkrankungen

5. Zum Nachweis eines benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels und -nystagmus ist im allgemeinen am besten geeignet:

(a) Ableitung akustisch evozierter Potentiale
(b) Lagerungsmanöver (mit Frenzelbrille)
(c) Kalorische Testung
(d) Untersuchung mit der Nystagmustrommel
(e) Otoskopische Untersuchung

6. Welche Aussage trifft zu? Zu den Diagnosekriterien des phobischen Schwankschwindels gehören:

(a) Der Beginn der Erkrankung ist häufig auf eine initiale vestibuläre Erkrankung (z.B. Neuritis vestibularis) zurückzuführen
(b) Die Attacken treten in typischen Situationen auf, die auch als Auslöser anderer phobischer Syndrome bekannt sind
(c) Der neurologische Untersuchungsbefund ist regelrecht
(d) Der Schwindel wird beschrieben als eine fluktuierende Unsicherheit von Stand und Gang mit oft attackenartiger Fallangst ohne Sturz
(e) Alle Aussagen treffen zu

7. Akuter Drehschwindel ist ein charakteristisches Symptom bei

(a) Phobischem Schwankschwindel
(b) Verschluß der A. cerebri anterior
(c) Benignem Paroxysmalen Lagerungsschwindel
(d) Polyneuropathie
(e) Bilateraler Vestibulopathie

8. Folgende Aussage trifft nicht zu:

(a) Die Prävalenz des Symptoms Schwindel beträgt ca. 30 % bei der Patientengruppe der über 65-jährigen
(b) Der benigne paroxysmale Lagerungsschwindel gehört zu den häufigsten Schwindelformen
(c) spezifisches Gleichgewichtstraining fördert signifikant die zentrale Kompensation nach einseitigem Labyrinthausfall
(d) Durchblutungsstörungen sind die häufigste Ursache für Schwindel
(e) Bei einem Teil der Patienten mit benignem paroxysmalen Lagerungsschwindel geht ein leichtes Kopftrauma der Symptomatik voraus

9. Ein 50-jähriger Patient berichtet über plötzlich einsetzenden Schwindel während dessen sich alles um ihn drehe und er nur noch schwankend gehen könne. Danach fühle er sich den ganzen Tag schlecht. Die Symptomatik bestünde seit mehreren Jahren. Ohrgeräusche seien nicht vorhanden. Manchmal würden gleichzeitig Kopfschmerzen im Hinterkopf auftreten. Klinische und apparative Diagnostik sind regelrecht. Der Patient hat am ehesten:

(a) M.Meniére
(b) Phobischen Schwankschwindel
(c) Vestibuläre Migräne
(d) Neuritis vestibularis
(e) Transitorische ischämische Attacken

10. Die 2 häufigsten Diagnosen in einer Spezialambulanz für Schwindel sind:

(1) Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel
(2) Phobischer Schwankschwindel
(3) Morbus Menière
(4) Bilaterale Vestibulopathie

(a) alle Aussagen treffen zu
(b) Aussage 1 trifft zu
(c) Aussage 2 trifft zu
(d) Aussage 1 und 2 treffen zu
(e) Aussage 3 und 4 treffen zu

Die Zitrone ist ausgepreßt: Bei Arzneimitteln läßt sich in Hessen nichts mehr sparen!

Pressekonferenz zum Thema Arzneimittel am 13. März

Dr. Hans-Friedrich Spies und Dr. Jürgen Bausch stellten auf der Pressekonferenz am 13. März einmütig fest: „Wir sind als Vertragsärzte mit dem Rücken an der Wand!“ Es könnte sich bewahrheiten, was Patienten und Ärzte bereits seit längerem befürchten: Es besteht die Gefahr, daß die medizinische Versorgung nicht mehr ausreicht und daß Ärzte in ihrer Existenz bedroht sind, wenn sie ihrem ärztlichen Auftrag gerecht werden wollen. Besonders gefährdet ist die Beziehung zwischen Arzt und seinen Patienten aufgrund des zunehmenden Ökonomisierungsdrucks. Dies gilt ganz akut im Bereich der Arzneimitteltherapie.

Politik und Krankenkassen fordern, daß der medizinische Fortschritt an die Patienten weitergegeben werden muß bei gleichzeitiger Reduktion der Kosten. Die Krankenkassen übernehmen jedoch nicht das Morbiditätsrisiko für die von ihnen versicherten Patienten. Stattdessen wird dies den Ärzten aufgebürdet. Die Politik begnügt sich damit, immer neue Gesetze zur Kostendämpfung zu erlassen und bei deren Scheitern die Ärzte dafür in die Verantwortung zu nehmen.

So wurde beispielsweise das Arznei- und Heilmittelbudget und mit ihm die Kollektivhaft mit dem ABAG (Arzneimittel-Budget-Ablösungsgesetz) abgeschafft. Gleichzeitig aber tritt die Richtgrößenvereinbarung in Kraft und mit ihr der Individualregreß, der die Daumenschraube bei dem einzelnen Arzt ansetzt.

„Richtgrößen sind für Arznei- und Verbandmittel einerseits sowie für Heilmittel andererseits auf den Arzt heruntergerechnete Verordnungsdurchschnitte seiner Fachgruppe“, erläuterte Dr. Spies. Dabei basieren die für 2001 rückwirkend vereinbarten Richtgrößen auf den Verordnungsdurchschnitten der jeweiligen Fallgruppe des Jahres 2000. Bei einer Überschreitung dieser Richtgröße von mehr als 15 % wird der einzelne Arzt in Regreß genommen, sofern er keine Praxisbesonderheiten nachweisen kann.

Der 1. Vorsitzende der KV Hessen präsentierte auch ein aktuelles Beispiel: Dem Allgemeinarzt Dr. X, der einen Honorarumsatz von 287.000 DM (146.740 €) im Laufe des Jahres 2001 hatte und davon durchschnittlich 60 % als Praxiskosten abziehen muß, steht insgesamt zunächst ein Betrag von 114.800 DM (58.696 €) vor Steuer und Altersversorgung zur Verfügung. Verordnet nun Dr. X Arzneimittel im Wert von 146.530,33 DM (74.919 €) im Quartal, kommt er in diesem Quartal in Regreß mit 22.461 DM (11.484 €). Höchstwahrscheinlich wird er in allen vier Quartalen in einer ähnlichen Größenordnung verordnen. Somit hat Dr. X eine Regreßforderung von 4x22.461 DM (11.484 €) im Jahr 2001 zu bezahlen. Ihm verbleiben nach Begleichung der Regreßforderung 24.956 DM (12.764 €) für das Jahr 2001. Das reicht aus, um den Ruin der Praxis bekannt zu geben. Hier läßt sich tatsächlich von einer existentiellen Bedrohung der niedergelassenen Ärzte sprechen!

Dabei liegt Hessen bei weitem nicht an der Spitze im Bundesvergleich was das Verordnungsvolumen betrifft: Der Nettoumsatz lag in Hessen bei 426.173 DM (217.898 €) pro 1.000 Patienten in den Monaten Januar bis November 2001. Nach Berechnungen des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen liegt Hessen deutlich unterhalb des Bundesdurchschnitts. Das haben die hessischen Ver-

tragsärzte deswegen erreicht, weil sie äußerst verantwortungsbewußt verordnet haben. Aber von dieser Situation ausgehend, lassen sich die geforderten weiteren Einsparungen im Arzneimittelbereich nicht realisieren. Die Einsparreserven reichen nicht aus, um den medizinischen Fortschritt zu finanzieren.

Dr. Bausch dokumentierte mit einer aktuellen Ausgabenanalyse des Jahres 2001, die in Zusammenarbeit mit IMS-Health erarbeitet wurde, daß die hessischen Ärzte äußerst verantwortungsbewußt verordnen. „Der starke bundesweite Ausgabenanstieg von rund 10 % gegenüber dem Vorjahr hat seine Ursachen in den innovativen Kräften des Marktes“, stellte Dr. Bausch fest. Bei einigen Krankheitsbildern ist die medikamentöse Therapie vertieft und verbessert worden, beispielsweise bei Diabetikern. In der Öffentlichkeit wurde und wird die Unter- und Fehlversorgung von Diabetikern kritisch diskutiert. Vor allem wird angeprangert, daß Diabetiker aufgrund schlechter Versorgung zu früh und zu häufig Durchblutungsstörungen entwickeln und deshalb Amputationsraten zu hoch, Erblindungen zu häufig und diabetisches Nierenversagen zu früh auftreten. Die Ärzte haben auf diese Kritik verantwortungsbewußt und im Sinne ihrer Patienten reagiert. Sie verordneten im vergangenen Jahr notwendige moderne und innovative Arzneimittel. Dadurch sind die Kosten in diesem Sektor erheblich angestiegen.

Einer der wichtigsten Faktoren für den Ausgabenanstieg von 2001 zu 2000 sind innovative Substanzen, die nicht nur in Deutschland sondern weltweit zu zweistelligen Ausgabenanstiegen geführt haben. In Hessen ist in diesem Segment eine Steigerungsrate von 25,6 % zu verzeichnen. „Die Frage, ob alle diese Neuzulassungen bei allen Patienten gerechtfertigt waren, oder ob diese innovativen Substanzen überhaupt für die Behandlung relevanter Krankheitsbilder vonnöten sind, stellt sich gar nicht, denn es handelt sich um Arzneimittelzulassungen, die nicht nur von der nationalen Zulassungsbehörde des deutschen BfArM einen Marktzugang erhalten haben, sondern auch über die europäische Zulassungsbehörde EMEA“, fügt der Ehrenvorsitzende der KV Hessen hinzu.

„Wir sind als Vertragsärzte mit dem Rücken an der Wand, können und wollen den medikamentösen Mehrbedarf unserer Patienten nicht per Richtgrößenprüfung aus der eigenen Tasche bezahlen und müssen uns deswegen vor ernsthaft kranken Patienten, die viele und teure Arzneimittel benötigen, fürchten“ so lautete das ernüchternde Fazit nach der detaillierten Betrachtung der Situation in Hessen.

Alice Leugermann

Medienpädagogik - Was geht das Ärzte an?

Ein neues Thema beim Kongreß der Jugendmediziner in Weimar

„Meine Tochter sieht jetzt schon im Kindergarten fern! Benachteilige ich meine Kinder, wenn ich ihnen das Fernsehen völlig verbiete? Manche angeblichen Kindersendungen sind mir viel zu brutal!“ Diese Aussagen stammen nicht etwa von besorgten Eltern, sondern von den Teilnehmern eines Seminars unter dem Thema „Medienpädagogik - was geht mich das an?“, das erstmals anläßlich des 8. Kongresses für Jugendmedizin Anfang März in Weimar angeboten wurde. Das große Interesse der etwa 30 Kinder- und Jugendmediziner aus dem niedergelassenen Bereich und dem öffentlichen Gesundheitsdienst zeigte, daß die beiden Referenten, Dr. Bernhard Stier, Beauftragter für Jugendmedizin beim Berufsverband, und Michael Gurt vom Institut für Medienpädagogik in München, mit ihrem Thema ins Schwarze getroffen hatten.

Mehr als 90 Minuten fernsehen jeden Tag

Offenbar ist der richtige Umgang mit den Medien auch aus medizinischer Sicht Anlaß für Kinderärzte, sich mit diesem für Ärzte untypischen Thema näher auseinanderzusetzen und es in ihre tägliche Berufspraxis einzubinden. Immerhin verbringen Kinder- und Jugendliche täglich über 1 1/2 Stunden mit Fernsehen - ein Umstand, der sowohl physische wie psychische Konsequenzen haben dürfte und den Bedarf nach geeigneten Gegenstrategien und Lösungsmöglichkeiten steigen läßt.

Medienkonsum abhängig vom sozialen Umfeld

Die Referenten stellten denn auch den Umgang mit den elektronischen Medien, also vor allem mit Fernsehen, Computerspielen und Internet, in den Mittelpunkt. Bücher- und Zeitunglesen gehören eher zu den erwünschten Freizeitbeschäftigungen. Neben den unmittelbaren Wirkungen exzessiver Mediennutzung auf den Organismus, wie Haltungsschäden, Motorische Dystonie und Lärmschäden, sind es vor allem soziale und psychische Probleme, bei denen man einen direkten oder indirekten Zusammenhang zur Mediennutzung nachweisen kann. Wie häufig und wie lange in einer Familie fern gesehen wird, korreliert positiv mit anderen Merkmalen eines sozial und bildungsmäßig benachteiligten Umfeldes, wie Arbeitslosigkeit, Erziehung nur durch ein Elternteil, geringere Schulbindung, Sucht- und Gewalttendenzen. Besonders bedenklich ist Medienkonsum als virtueller Ersatz tatsächlicher Bedürfnisse: Nicht das Fernsehen macht Kinder nervös, sondern Eltern, die sich ihren Kindern zu wenig widmen und es statt dessen allein vor den

Bildschirm setzen. Medien verstärken tendenziell bereits vorhandene körperliche oder geistige Probleme. Dies trifft besonders bei Kindern und Jugendlichen zu, deren Wahrnehmung, Verhalten oder Sprach- und Sprechfähigkeiten ohnehin gestört ist. Kinder, die in einem aggressiven Umfeld aufwachsen, lernen zusätzlich über die Medien, daß Gewalt ein häufiges und vor allem probates Mittel zur Konfliktbewältigung ist. Medien gewinnen überall dort an Bedeutung, wo die Wirklichkeit keine tragfähigen Modelle oder Rollen bietet. Nicht umsonst ist die „mediale Aufrüstung" sozialschwacher Familien voll im Gange.

Medienanamnese in der Arztpraxis

Vor diesem Hintergrund warnte Dr. Stier davor, die Medien für Dinge verantwortlich zu machen, deren eigentliche Ursache im Bereich des sozialen Gesamtsystems zu suchen sind. Medien reflektierten nur die vorhandenen gesellschaftlichen Strukturen wie z.B. zunehmende Gewaltbereitschaft; die Abschaffung der Medien würde das Problem nicht lösen. Er riet seinen Kollegen, die Medienanamnese zu einem festen Bestandteil der Vorsorgeuntersuchungen zu machen. „Eltern reagieren meist positiv, eher überrascht, wenn ich sie auf den Medienkonsum in der Familie anspreche", so Dr. Stier. Hilfreich sei ein Fragebogen, den er vor der Sprechstunde den Eltern aushändige und sie über ihre eigenen Konsumgewohnheiten und die ihrer Kinder hinsichtlich Fernsehen, Musik, Video, Computer-Spiele und Internet befrage. Daraus ließen sich wertvolle Anhaltspunkte für die Sozialanamnese insgesamt gewinnen, denn das Verhalten der Eltern gegenüber dem eigenen Mediengebrauch sei häufig unkritisch und folge gewohnheitsmäßigen Ritualen. Für Eltern habe der Fernsehkonsum der Kinder auch Vorteile, weil damit eine Beschäftigung oder Auseinandersetzung mit den Kleinen vermieden werden könne. Eine Aufgabe des Arztes sei es daher, die Eltern zu einem kritischen, selbstreflektierenden und bewußten Umgang mit den Medien anzuhalten. Sein wichtigster Ratschlag: Eltern sollten mit ihren Kindern gemeinsam die Auswahl der Sendungen abstimmen und ihnen im Anschluß im Gespräch bei der Bewältigung der Bilder helfen. Auf diese Weise könne es auch gelingen, die positiven Effekte der Medien, also die Verbesserung des Allgemeinwissens und Entwicklung der Persönlichkeit, zu nutzen.

Fazit

Medien gehören heute besonders dann zu den gesundheitsbelastenden Faktoren für Kinder und Jugendliche, wenn die vorhandenen sozialen und familiären Probleme durch einen unkritischen Umgang verstärkt werden. Ärzte können hier vorbeugend tätig werden und

- durch Fragen zum Medienkonsum erfahren, welche Bedürfnisse in der Familie durch die Medien (ersatzweise) befriedigt werden;
- konkret über gesundheitsschädigende Folgen und einen kindgerechten Umgang mit den Medien informieren;
- die Kompetenz der Eltern stärken, um die Kinder vor Überforderung zu schützen.

Wie bei anderen Problemfeldern gilt aber auch hier: Nur in Kooperation mit andern Berufsgruppen lassen sich problematische Familienstrukturen aufbrechen, damit Kinder und Jugendliche die Bedingungen vorfinden, die sie zu einer gesunden Entwicklung benötigen.

Weitere Informationen

Für Ärzte, die sich stärker mit dem Thema beschäftigen möchten, hat das JFF - Institut für Medienpädagogik in Forschung und Praxis, München, in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Material zusammengestellt. Eine Broschüre mit dem Titel „zappen, klicken, surfen" ist für Eltern gedacht und klärt über die Chancen und Risiken des Mediengebrauchs auf. Eine Internet-Materialbörse bietet für Ärzte ausführliche Hintergrundinformationen. Beides ist seit April unter www.jff.de zu erreichen.

Zwei weitere interessante Links:

- Programmberatung für Eltern: www.flimmo.de

FLIMMO beschreibt nach Sender oder Genre geordnete Sendungen, bewertet sie und hilft so bei der Auswahl der Sendungen für bestimmte Altersgruppen.

- Internet-ABC der Bertelsmann Stiftung - Hinweise zum Umgang mit dem Internet für Eltern und Kinder www.internet-abc.de

Konstanze Küpper

Gesundheitsnetz Oberlahn stellt neue Projekte vor

Am 6. März 2002 fand im Komödienbau in Weilburg an der Lahn eine Informationsveranstaltung und Pressekonferenz des Gesundheitsnetzes Oberlahn statt. Geladen waren außer der Presse, die Ärzte des Gesundheitsnetzes sowie interessierte Patienten.

Der 1. Vorsitzende des Gesundheitsnetzes, Dr. med. Jürgen Steinhauer, stellte in seinem Vortrag noch einmal die Ziele des Gesundheitsnetzes sowie die neuen Projekte vor. Er zitierte aus der Präambel des Gesundheitsnetzes Oberlahn:

„Ziel unseres Verbandes ist es, die Qualität der medizinischen Versorgung auf der Basis intensiver Kooperation und Kollegialität zu sichern, trotz schwieriger politischer und finanzieller Rahmenbedingungen."

Das Gesundheitsnetz Oberlahn (GNO) will durch die Zusammenarbeit von Hausärzten und Fachärzten das Vertrauen der Patienten zu Ärzten und Psychologen stärken. Im Mittelpunkt steht der Patient und auch die freie Arztwahl wird in keiner Weise angetastet. Nach der Gründung des GNO 1999 trat das Netz zum ersten Mal im vergangenen Jahr mit Veranstaltungen

zur Arzthelferinnen-Fortbildung in die Öffentlichkeit. Die Veranstaltung mit dem Titel „Notfall, was tun?“ hatte durchschlagenden Erfolg.

Zum Abschluß seiner Rede wies Dr. Steinhauer auf die verschiedenen Vortragsreihen hin, die Ärzte und Psychologen des Oberlahnkreises in Städten und Gemeinden durchführen. Die Referate reichen von ADS und Arbeitsmedizin über Naturheilverfahren und Osteoporose bis hin zu Umweltmedizin und Zeckenbissen. Auch diese Veranstaltungen werden gut besucht.

Frau Dr. Dossard-Gintner, Leiterin der Arbeitsgruppe Öffentlichkeitsarbeit, stellt im Anschluß das neue Patientenbuch vor, das vor allem chronisch Kranken und Risikopatienten zugute kommen soll. Das Patientenbuch, das ab Mitte März in jeder Hausarztpraxis vorliegen sollte und auch in Facharztpraxen eingesehen werden kann, ist sehr umfangreich. Neben den wichtigen Telefonnummern und Adressen soll das Patientenbuch wichtige Diagnosen und Risikofaktoren sowie Krankenhausbefunde, EKGs, Laborbefunde und ambulante Behandlungen auflisten. Ein besonderer Bestandteil des Patientenbuches ist die Patientenverfügung sowie eine Betreuungsverfügung, die der Patient ausfüllen kann.

In der anschließenden Diskussion werden die verschiedenen Möglichkeiten des Patientenbuches diskutiert. Ein Vertreter der örtlichen Bundesknappschaft befürwortet das Projekt und will entsprechende Zuschüsse bereitstellen, da er durchaus Einsparmöglichkeiten für seine Krankenkasse sieht. Von daher hat die Veranstaltung des Gesundheitsnetzes Oberlahn bereits positive Effekte gehabt. Die Zukunft wird zeigen, wie Ärzte und Patienten das Patientenbuch aufnehmen werden.

Alice Leugermann

Halbseitiges

Der „kleine Unterschied“

Die politische Lage – was immer das ist – scheint nicht überschaubar zu sein. In einer Welt- und Europalage, die an Schrecken, Gefahren und Überraschungen kaum noch zu überbieten ist, lesen wir überwiegend Unbegreifliches, Unerhörtes und Unbedeutendes in den Zeitungen, den neuen Büchern und den „Verlautbarungen“; die Neuigkeiten sind zum Kopfschütteln und fast zum Weinen.

Ich glaube, Sie wissen was ich meine. Diese Politik ist der tatsächlichen Lage, neuen Herausforderungen und zeitgemäßen Reaktionen nicht mehr gewachsen. Das meiste wird durch „Reformen“, Neuerungen, Pläne und Vorstellungen von den Gefahren in der Welt zwischen der Atombombe, den weltweiten Bewegungen bis zu den Bierdosen falsch verstanden, verwässert oder mit „Unkenntnis“ abgetan.

Diese Reformen sind undurchschaubar, widersprechen sich teilweise und werden sicher erst – wenn überhaupt – nach Jahren, nach neuen Wahlen umgesetzt oder vergessen. Über die vielen Möglichkeiten streiten sich Parteien, Regierungen, Gazetten und Vereinigungen um Formulierungen, Bezahlbarkeit, Zukunftsweisheiten und dümmliche Nebenerscheinungen. Wir können es kaum ändern…

Der „kleine Unterschied“ betrifft uns und heißt fälschlich Gesundheitsreform. Hier ändert sich des Sängers Höflichkeit. Alles, was mit Krankheiten, ärztlichen Leistungen und der Gesundheit zu tun hat, sollte anders behandelt werden, als es bisher der Fall ist. Es gibt eine Reihe von Grundüberlegungen, die hier nicht wiederholt werden sollen. Daß die Wissenschaft Gebührenordnungen überholt, daß Quantität und Qualität schwer zu trennen sind, wissen wir. Daß eine (einige?) Ärzteschaft gehört werden muß, sollte selbstverständlich sein. Wer allerdings über die Gesundheitsreform schreibt und sich zu Gehör bringt, ist erstaunlich. Ersparen Sie mir Einzelheiten.

Woran liegt es, daß das neue Gesundheitswesen kaum richtig diagnostiziert wird? Hält sich die Ärzteschaft zurück oder wird sie nicht gehört? Zweifellos sitzen in den vielen „Gremien“, die reformieren wollen, zu wenig Ärzte, aber das allein kann es nicht sein. Eine Patentlösung gibt es nicht, aber es gibt Überlegungen, die nur von Ärzten angestellt werden können. Ist es nicht verwunderlich, daß zeitgleich zu der Not, in der wir uns zweifellos befinden, auf Ärzte „geschossen“ wird, ähnlich wie auf andere Gruppen? Das wäre falsch und verlängert die Reformüberlegungen. Kranke, Betroffene und Angehörige können nicht ewig warten.

Damit ich nicht falsch verstanden werde: Ich weiß, daß schwierigste Probleme gelöst werden müssen!

Und dennoch an alle, die es angeht:

Wir bitten um Vernunft, wenn es sein muß AUT-IDEM.

Wolfgang Weimershaus

Anzeige

Ihre Praxisabgabe – mit uns ein Erfolg!

DEUTSCHE ÄRZTE-VERSICHERUNG
Finanzen im Ganzen

- Vorrausschauende Abgabeplanung
- Vorauswahl der Interessenten
- Sicherung der Kaufpreiszahlung

IHR PARTNER IN RHEIN-MAIN:
SERVICE-CENTER FRANKFURT
Savignystraße 55, 60325 Frankfurt am Main
DAEV_FRANKFURT@web.de ☎069/975 866 0 069/975 866 21

Unsere Erfahrung – zu Ihrem Vorteil!

Mangelernährung im Krankenhaus –

Prävalenz, klinische Folgen, Budgetrelevanz

Von Professor Dr. med. Christian Löser, Kassel

Zusammenfassung

Der frühzeitigen Erfassung und konsequenten Behandlung einer Mangelernährung wird im klinischen Alltag bisher zu wenig Bedeutung beigemessen. Dabei belegt eine Vielzahl von klinischen Studien eine Prävalenz der Mangelernährung im Krankenhaus je nach Patientenstruktur von zwischen 20 und 50 Prozent. Darüber hinaus belegen Daten klinischer Studien, daß mehr als die Hälfte der stationären Patienten während des Krankenhausaufenthaltes eine progrediente signifikante Verschlechterung ihres Ernährungszustandes erfahren. Eine frühzeitige, adäquate ernährungsmedizinische Basisbetreuung hat nicht nur einen in Studien belegten signifikanten Einfluß auf die individuelle Mortalität, Morbidität, Therapietoleranz, Komplikationsrate und damit die Prognose des Patienten, sondern führt in prospektiven klinischen Studien darüber hinaus auch zu einer erheblichen Verkürzung der Krankenhausliegedauer und zu einer signifikanten Senkung der individuell entstehenden Kosten. Die vorliegenden Daten belegen die Notwendigkeit, mangelernährte Patienten im klinischen Alltag konsequenter und frühzeitiger zu erfassen und konsekutiv einer ernährungsmedizinischen Therapie zukommen zu lassen.

Schlüsselwörter:

Ernährung – Ernährungsmedizin – Fehlernährung – Krankenhausernährung – Malnutrition – Mangelernährung

Die Mangelernährung von Patienten stellt auch in den industrialisierten Ländern ein zunehmend relevantes Problem dar. Erstaunlicherweise gibt es im Gegensatz zu anderen westlichen Staaten für die Bundesrepublik Deutschland, mit Ausnahme weniger Studien in der Geriatrie, bisher keine ausreichend systematischen Untersuchungen über die Prävalenz der Mangelernährung in deutschen Kliniken sowie darüber hinaus über den Verlauf des Ernährungsstatus während eines Krankenhausaufenthaltes. Dabei gibt es schon seit den siebziger Jahren eine große Vielfalt von Studien aus anderen westlichen Ländern, die die große klinische Relevanz dieses Themas und seiner erheblichen Folgen für den klinischen Verlauf belegen (Tab. 1) (4, 8, 22, 34, 39, 42, 45). Die frühzeitige Erfassung einer beginnenden Mangelernährung sowie eine konsekutive adäquate ernährungsmedizinische Basisbetreuung hat aufgrund unseres heutigen Wissensstandes nicht nur einen signifikanten Einfluß auf die individuelle Mortalität, Morbidität, Therapietoleranz, Komplikationsrate und damit die Prognose des Patienten, sondern führt in prospektiven klinischen Studien darüber hinaus auch zu einer hochsignifikanten Verkürzung der Krankenhausliegedauer und zu einer erheblichen Senkung der individuell entstehenden Kosten (8, 34, 35, 42).

Definition der Malnutrition

Der auch in Deutschland sehr häufig verwendete anglo-amerikanische Begriff „Malnutrition“ ist nicht gleichbe-

Tab. 1: Prävalenz der Malnutrition bei internistischen, chirurgischen und geriatrischen Patienten

Innere Medizin			Chirurgie			Geriatrie		
Literatur	Pat. (n)	Malnutrition (%)	Literatur	Pat. (n)	Malnutrition (%)	Literatur	Pat. (n)	Malnutrition (%)
Löser et al. ('01)	1288	**20**	Postma et al. ('93)	422	**23**	Volkert et al. ('92)	300	**22**
Löser et al. ('01)	629	**25**	Hall et al. ('90)	367	**29**	Larsson et al. ('90)	500	**29**
Larsson et al. ('94)	382	**29**	Pettigrew et al. ('83)	198	**32**	Füllöp et al. ('91)	552	**34**
Willard et al. ('80)	200	**32**	McWhirter et al. ('94)	200	**33**	Constans et al. ('92)	324	**37**
Coats et al. ('93)	228	**38**	Bistrian et al. ('74)	131	**40**	Sullivan et al. ('94)	110	**38**
Rodriguez et al. ('88)	415	**40**	Detsky et al. ('87)	202	**44**	Cederholm et al. ('92)	96	**39**
Bistrian et al. ('76)	251	**44**	Reilly et al. ('88)	406	**48**	Keller et al. ('93)	200	**45**
McWhirter et al. ('94)	300	**45**	Meguid et al. ('88)	365	**48**	Alix et al. ('90)	100	**50**
Weinsier et al. ('79)	134	**48**	Buzby et al. ('80)	100	**62**	Rapin et al. ('85)	96	**59**
Robinson et al. ('87)	100	**56**						
Reilly et al. ('88)	365	**59**						

deutend mit „Mangelernährung“, sondern am besten mit „Fehlernährung“ zu übersetzen. Eine Malnutrition und damit Fehlernährung schließt sowohl eine Unterernährung als auch eine Überernährung als Abweichung von der Norm sowie einen Mangel bzw. eine Imbalance an spezifischen Nährstoffen ein. In der klassischen Definition wird bei der Mangelernährung weiter zwischen Marasmus (reduziertes Körpergewicht, reduzierte Eiweiß- und Fettdepots bei verminderter Energiezufuhr) bzw. Kwashiorkor (signifikante Reduktion des Körpereiweißes mit reduzierter Körperzellmasse (BCM) bei zumeist noch normalem Körpergewicht) unterschieden. Da allerdings insbesondere bei leichten Formen klinisch häufig schwierig zwischen Kwashiorkor und Marasmus zu differenzieren ist, hat sich heute für beide der übergeordnete Begriff der Protein-Energie-Malnutrition (PEM) durchgesetzt.

Prävalenz der Mangelernährung

Seit Mitte der siebziger Jahre sind ca. 150 klinische Studien erschienen, die ein Risiko für die Mangelernährung von etwa 20 - 50 % bei hospitalisierten Patienten belegen (Übersichten siehe 4, 8, 22, 34, 39, 42). Tab. 1 zeigt eine Zusammenstellung wichtiger Studien aus den letzten 25 Jahren, die die Prävalenz der Mangelernährung systematisch und separat bei internistischen, chirurgischen und geriatrischen Patienten untersucht haben. Die große Schwankungsbreite der in den verschiedenen Studien gefundenen Prävalenz der Mangelernährung (20 - 60 %) in den industrialisierten Ländern ist zum einen auf die zum Teil unterschiedlichen untersuchten Patientenkollektive, zum zweiten aber insbesondere auf die verschiedenen verwendeten Parameter zur Erfassung des Ernährungszustandes zurückzuführen. Nach wie vor gibt es keinen einfachen, allgemein akzeptierten Parameter für die sichere Erfassung des Ernährungszustandes im Rahmen klinischer Studien und darüber hinaus nach wie vor keine eindeutige Definition eines allgemein akzeptierten Grenzwertes für die Mangelernährung. Die vorliegenden Studien belegen darüber hinaus aber auch, daß trotz unseres aus den siebziger Jahren stammenden Wissens um dieses Phänomen im Gegensatz zu den generellen Fortschritten in der Medizin keine Verbesserung der Prävalenz der Mangelernährung in den letzten Jahren zu verzeichnen ist, sondern tendenziell eher eine Zunahme beobachtet wird (Tab. 1).

Wir haben gerade zwei große prospektive Studien abgeschlossen, bei denen zum einen 1.288 konsekutiv ab einem Stichtag aufgenommene stationäre Patienten der I. Medizinischen Universitätsklinik in Kiel, zum anderen 629 konsekutive nicht-selektionierte internistische Patienten einer Inneren Abteilung eines Krankenhauses der Regelversorgung mit ländlichem Umfeld ausführlich in Bezug auf ihren Ernährungsstatus und Hinweise für das Vorliegen einer Mangelernährung untersucht wurden. Diese bisher größte prospektive Studie zur Evaluation der Prävalenz einer Mangelernährung bei stationären Patienten befindet sich gerade in der endgültigen statistischen Auswertung. Die komplexen von uns erhobenen Daten belegen für die Bundesrepublik Deutschland eine Prävalenz der Mangelernährung von gut 20 % bei stationären Patienten einer Medizinischen Universitätsklinik sowie von 25 % bei stationären internistischen Patienten eines Krankenhauses der Regelversorgung.

> ***Kurzgefaßt:*** *Die Prävalenz der Mangelernährung von stationär im Krankenhaus aufgenommenen Patienten ist hoch und liegt je nach Patientenstruktur zwischen 20 und 50 %.*

Ursachen der Mangelernährung

Die jeweiligen Ursachen einer Mangelernährung in unserer Gesellschaft sind komplex. Neben der konsequenten ernährungsmedizinischen Therapie einer diagnostizierten Mangelernährung ist die Evaluation der individuell vorliegenden Ursachen sowie deren Behandlung eine zentrale Aufgabe in der medizinischen und pflegerischen Betreuung von mangelernährten Patienten. Die verschiedenen in Frage kommenden Ursachen einer Mangelernährung sind in Tab. 2 detailliert dargestellt. Sicher besteht in vielen Fällen ein enger Zusammenhang zwischen der zugrundeliegenden Grunderkrankung und dem Ernährungszustand eines Patienten; trotzdem ist es in der klinischen Praxis sinnvoll und notwendig, die in Tab. 2 dargestellten Ursachen für eine Mangelernährung individuell zu evaluieren, da sie die Voraussetzung für eine möglichst gezielte Behandlung darstellen.

Bestimmung des Ernährungszustandes

Die ausführliche Anamnese und allgemeine körperliche Untersuchung ist sicher die wichtigste Allgemeinmaßnahme zur Beurteilung des individuellen Ernährungszustandes. Hierbei werden neben dem Konstitutionstyp u.a. der Hydratationszustand, trophische Störungen, Infektionszeichen, auch spezifische Mangelernährungssymptome wie Ausprägung bzw. Verlust von Muskelmasse und subkutanem Fettgewebe erfaßt. Die Dokumentation ernährungsmedizinisch relevanter dynamischer Größen, wie Gewichtsveränderungen, Appetitverlauf oder gastrointestinale Symptome, sind wichtiger Bestandteil der allgemeinen Anamneseerhebung.

Für die Praxis steht darüber hinaus eine Vielzahl von einfachen, gut evaluierten Methoden zur spezifischen Erfassung des Ernährungszustandes zur Verfügung: anthropometrische Methoden, wie Trizepshautfaltenmessung (TSF) oder mittlerer Oberarmumfang (MAC), laborchemische Methoden, wie Messung von Transferrin, retinolbindendem Protein, Lymphozyten oder Präalbumin, apparative Methoden, wie die Bioimpedanzmessung (BIA), Ultraschall oder die Röntgenabsorptionsmessung (DEXA), subjektive Einschätzungsmethoden, wie das Subjective Global Assessment (SGA) sowie verschiedene weitere klinisch etablierte

kombinierte Score-Systeme (Nutritional Risk Score (NRS), Malnutrition Screening Tool (MST), etc). Trotz der Vielzahl der vorhandenen Methoden konnte sich bisher kein allgemein akzeptierter „Gold standard“ etablieren. Somit ist nach wie vor sowohl die objektive als auch die subjektive Beurteilung des Ernährungszustandes in der Praxis nicht unproblematisch und birgt ein gewisses Fehlerpotential in sich. Für die einfache Abschätzung einer Unter- bzw. Überernährung hat sich in der Praxis die Bestimmung des Body Mass Index (BMI) (Körpergewicht in kg/Körpergröße in Metern im Quadrat) bewährt. Allerdings existieren auch hierfür verschiedene Grenzwerte und Stadieneinteilungen. In Tab. 3 ist die von der WHO vorgeschlagene Graduierung des Ernährungszustandes nach den Absolutwerten des Body Mass Index angegeben sowie darüber hinaus die Graduierung für Body Mass Index, Trizepshautfalte (TSF) und mittlerer Oberarmmuskelfläche (MAMA) im geschlechts- bzw. altersspezifischen Vergleich zur Verteilung innerhalb der Normalbevölkerung (Angabe in Perzentilen).

Als klinisch zuverlässige, gut reproduzierbare und für alle klinischen Mitarbeiter (Ärzte, Studenten, Pflegepersonal etc.) einfach zu lernende Methode hat sich in den letzten Jahren der „Subjective Global Assessment Score“ (SGA) etabliert (9) (Tab. 4). Klinische Studien belegen, daß allein aufgrund der subjektiven Einschätzung verschiedener ernährungsmedizinisch relevanter Parameter und Symptome eine gute Einteilung der Patienten in normal ernährt bzw. leicht oder schwer mangelernährt möglich ist (Details s. Tab. 4).

Aus unserer klinischen Erfahrung heraus ist es wünschenswert, sich z.B. innerhalb einer Klinik mit ein oder zwei etablierten klinischen Parametern vertraut zu machen und diese bei in Frage kommenden Patienten bei Aufnahme und im weiteren klinischen Verlauf systematisch zur Anwendung zu bringen, um Patienten mit einem Malnutritionsrisiko zu erfassen (z.B. BMI und Subjective Global Assessment Score).

Tab. 2: Potenzielle Ursachen der Mangel- und Fehlernährung

- Konsumierende/chronische Grunderkrankung
- Schluckstörung
- Geschmacksänderung
- Schlechter Zahnstatus
- Übelkeit/Erbrechen
- Diarrhoe/Steatorrhoe
- Malabsorption/Maldigestion
- Unfähigkeit selbst zu essen
- Medikamente
- Alkoholismus
- Psychische Erkrankungen (Depression, Demenz, Anorexie, Paranoia)
- Lebererkrankungen
- Endokrine Erkrankungen (Hyperthyreose, Hyperparathyroidismus, Nebennierenninsuffizienz)
- Metabolische Entgleisung (Hypermetabolismus, Kachexie, Zytokineffekte etc.)
- Schlechte Nahrungsqualität
- Geldmangel
- Soziale Probleme (Isolation, ethnische Kost)

Tab. 3: Graduierung des Ernährungszustandes nach Body Mass Index (BMI), Trizepshautfaltendicke (TSF) und mittlere Oberarmmuskelfläche (MAMA)

BMI	schwere Malnutrition	<16	kg/m²
	mittlere Malnutrition	16,1 - 17,5	kg/m²
	leichte Malnutrition	17,6 - 18,5	kg/m²
	Normalgewicht	18,6 - 25,0	kg/m²
	Übergewicht	25,1 - 30,0	kg/m²
	Adipositas	>30	kg/m²
	extreme Adipositas	>40	kg/m²
BMI	schwere Malnutrition	<5 %	Perzentile
TSF	leichte Malnutrition	5,1 - 10 %	Perzentile
MAMA	normal	10,1 - 85 %	Perzentile
	Adipositas	85,1 - 94,9 %	Perzentile
	schwere Adipositas	≥95 %	Perzentile

Erläuterungen siehe Text. (siehe Referenz 3, 45; WHO report 1990; No 797:69-75)

Kurzgefaßt: Der individuelle Ernährungsstatus eines Patienten sollte routinemäßig bei stationärer Aufnahme ins Krankenhaus durch klinisch etablierte, einfache Ernährungsparameter (z.B. BMI, Subjective Global Assessment Score, Nutritional Risk Score) erfaßt werden.

Ernährung im Krankenhaus

In einer prospektiven Studie an 500 konsekutiven Patienten eines Lehrkrankenhauses fanden McWhirter und Pennington (28) eine Prävalenz der Mangelernährung von 40 %, wobei während des stationären Aufenthaltes eine deutliche Verschlechterung des Ernährungszustandes bei 69 % der bei Einweisung Übergewichtigen, bei 39 % der initial normal und bei 75 % der mangelernährten Patienten eintrat. Insgesamt wiesen die Patienten einen durchschnittlichen Gewichtsverlust während des Krankenhausaufenthaltes von 5,4 % des Ausgangsgewichtes auf. Die Patienten, die eine ernährungsmedizinische Betreuung erhielten, nahmen demgegenüber durchschnittlich 7,9 % des initialen Gewichtes während des Krankenhausaufenthaltes zu (28).

Auch zur Frage des Verlaufes des Er-

Tab. 4: Subjective Global Assessment (SGA) nach Detsky et al. (9)

A. Vorgeschichte

1. Gewichtsveränderungen
- in den letzten 6 Monaten (<5 % = leicht; >10 % = signifikant)
- in den letzten 2 Wochen® → aktuelle Dynamik erfassen und geringer bewerten

2. Appetit, Nahrungszufuhr
- keine Änderungen
- Änderungen (seit wann?)
- was ißt der Patient, wie ernährt er sich genau?

3. Gastrointestinale Symptome
- Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe
- wie intensiv? seit wann?
- kurzfristige Symptome (<2 Wochen) geringer bewerten

4. Funktionelle Kapazität
- Einschränkungen der Leistungsfähigkeit
- Arbeitsfähigkeit
- Mobilität

5. Streß durch Grunderkrankung
- niedrig (z.B. leichter Infekt, langsam wachsender Tumor)
- hoch (z.B. massive blutige Diarrhoe bei akuter CED)

B. Körperliche Untersuchung
- Verlust von subkutanem Fett (Trizeps, Brust)
- Muskel-Wasting (Deltoideus, Quadrizeps)
- Ödeme, Aszites

Einteilung: A = normal ernährt
B = leichte Malnutrition
C = schwere Malnutrition

Erläuterungen siehe Text

nährungszustandes während eines stationären Krankenhausaufenthaltes gibt es keine umfassenden Daten, die die aktuelle Situation in deutschen Krankenhäusern dokumentieren. Publizierte Daten, vornehmlich aus Großbritannien und den Vereinigten Staaten belegen, daß ca. fl aller Patienten während ihres stationären Krankenhausaufenthaltes eine Verschlechterung ihres Ernährungszustandes erfahren (27, 28, 33, 45). Selbst wenn die einzelnen Gründe hierfür komplex sind, spiegelt diese Situation doch auch das in der täglichen Praxis wenig ausgeprägte Bewußtsein für die Notwendigkeit einer adäquaten ernährungsmedizinischen Betreuung der Patienten wider. Dabei geht es hier zunächst einmal um in der Tat sehr einfache ernährungsmedizinische Basisfragen, wie zum Beispiel nach der individuell notwendigen Kalorien- und Flüssigkeitsmenge pro Tag und nach den individuellen Problemen, um die Sicherung dieses Bedarfes vor Ort beim einzelnen Patienten zu gewährleisten.

Aktuell auf dem europäischen Ernährungskongreß (ESPEN) in Madrid/Spanien vorgestellte klinische Studien belegen, daß stationäre Patienten durchschnittlich weniger als 75 % der individuell notwendigen Kalorien pro Tag während ihres Krankenhausaufenthaltes zu sich nehmen (43). Die Gründe hierfür sind komplex und je nach Krankenhaus sehr unterschiedlich: wenig schmackhaftes Krankenhausessen, mangelnde Zeit und fehlendes Personal für die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (individuelle Essenszubereitung, Füttern des Patienten), aufwendige diagnostische Verfahren mit notwendigen Nüchternphasen (z.B. Koloskopie, Patienten vor und nach großen operativen Eingriffen, etc.). Demgegenüber sollte die notwendigerweise nüchtern durchzuführende Ultraschalldiagnostik und Endoskopie des oberen Gastrointestinaltraktes kein Grund für einen signifikanten Gewichtsverlust während des stationären Aufenthaltes darstellen. Es ist eine wichtige Aufgabe für die im ärztlichen wie pflegerischen Bereich Verantwortung tragenden in ihrem Krankenhaus vor Ort die jeweiligen Probleme und Schwierigkeiten zu evaluieren, um konsekutiv eine Verbesserung der Ernährung ihrer Patienten zu gewährleisten.

Kurzgefaßt: *Die Ernährung von stationären Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ist unbefriedigend; bis zu fl aller stationär behandelter Patienten weist eine progrediente Verschlechterung des Ernährungszustandes auf. Etwa 40 % der Patienten, die bei Aufnahme noch einen normalen Ernährungszustand hatten, erfahren während des Krankenhausaufenthaltes einen erheblichen Gewichtsverlust.*

Klinische Folgen einer Mangelernährung

Bereits seit den siebziger Jahren gibt es eine Vielzahl von Studien (1, 7, 10, 15, 24, 30, 31, 35, 36), die die klinischen Folgen einer Mangelernährung belegen: Das Vorliegen einer progredienten Mangelernährung steigert die Mortalität, die Morbidität, die individuelle Komplikationsrate, verlängert die Dauer des stationären Krankenhausaufenthaltes und senkt die individuelle Therapietoleranz, die Immunkompetenz, die allgemeine physische und psychische Verfassung und somit insgesamt die Prognose der Patienten. Die vorliegenden Studien belegen nicht nur das deutlich erhöhte individuelle Risiko des Patienten beim Vorliegen einer progredienten Mangelernäh-

Tabelle 5: Durch Studien belegte klinische Folgen der progredienten Malnutrition

Klinische Folgen der progredienten Malnutrition	
Immunkompetenz	↓
Infektionsrate, -dauer, -schwere	↑
Immobilität	↑
Psychische Verfassung	↓
Allgemeinbefinden	↓
Therapietoleranz	↓
Komplikationsrate	↑
Morbidität	↑
Mortalität	↑
Prognose	↓

rung, sondern darüber hinaus auch, daß bei adäquater ernährungsmedizinischer Betreuung und daraus resultierender Konsolidierung beziehungsweise Verbesserung des Ernährungszustandes die in Tab. 5 genannten klinischen Parameter sich konsekutiv deutlich verbessern.

Die Arbeitsgruppe von Meguid et al. (29) konnte im Rahmen einer prospektiven Studie an 365 konsekutiven Patienten, die wegen einer Karzinomerkrankung einem operativen Eingriff unterzogen wurden, belegen, daß die mangelernährten Patienten (n = 177) eine signifikant (P< 0.001) höhere perioperative Komplikationsraten (72 % gegenüber 29 %) sowie eine signifikant höhere perioperative Mortalität (23 % gegenüber 4 %) aufwiesen. Klinische Studien, wie die von McWhirter et al. (27), belegen, daß die hohe Rate des signifikanten Gewichtsverlustes während eines stationären Aufenthaltes (73 % der Patienten) allein durch eine passagere, simultane Gabe von oraler Zusatznahrung hochsignifikant (P< 0.001) gesenkt werden kann.

Die meisten klinischen Studien belegen eine U- beziehungsweise J-förmige Korrelation zwischen Mortalität und Body Mass Index (BMI) beziehungsweise dem Ernährungszustand (Abb. 1) (6, 11, 14, 16, 25, 26, 37, 40, 46). Der in diesen epidemiologischen Studien dokumentierte Kurvenverlauf wird bei unter- und übergewichtigen Patienten flacher, wenn weitere Risikofaktoren und Einflüsse der Komorbidität berücksichtigt werden (6, 11, 26). Auch wenn in diesem Zusammenhang verschiedene Einflußfaktoren wie Komorbidität, andere Risikofaktoren, Rassenzugehörigkeit, Geschlecht oder auch Fettverteilungsmuster bei Übergewichtigen berücksichtigt werden müssen, kann der Einfluß von Unter- und Übergewicht auf die Mortalität aufgrund der vorliegenden Literatur als gesichert angesehen werden (6, 11, 25, 26, 40, 42).

Kurzgefaßt: Daten prospektiver klinischer Studien belegen überzeugend den wichtigen Einfluß des Ernährungszustandes auf die individuelle Mortalität, Morbidität, Therapietoleranz, Komplikationsrate und damit die Prognose des Patienten.

Kostenrelevanz

In einer Studie an 771 Patienten diagnostizierten Reilly und Mitarbeiter (35) eine Mangelernährung bei 59 % der internistischen und 48 % der chirurgischen Patienten, wobei die mangelernährten Patienten eine 2,6- bzw. 3,4-fach höhere Komplikationsrate und ein 3,8-fach höheres Mortalitätsrisiko aufwiesen. Darüber hinaus belegt diese Studie aber auch eine signifikante Verlängerung der Krankenhausaufenthaltsdauer sowie der entstandenen Kosten (P< 0,0001) pro Patient bei Vorliegen einer Mangelernährung. Die Autoren dokumentieren Mehrkosten zwischen 4.000 und 12.000,– DM pro Patient für die verschiedenen Patientengruppen beim Vorliegen einer Mangelernährung und fordern in ihren Schlußfolgerungen allein schon unter Kostengesichtspunkten eine frühzeitige Diagnostik und „aggressive Therapie“ der Mangelernährung (35).

Anhand von multizentrisch erhobenen Daten bei knapp 2.500 Patienten aus 20 verschiedenen amerikanischen Krankenhäusern errechnen Tucker und Miguel (42) eine signifikant kürzere Krankenhausliegedauer, je früher die individuelle ernährungsmedizinische Betreuung bei dem jeweiligen Patienten einsetzt und kalkulieren für ein mittelgroßes Krankenhaus eine potenzielle jährliche Einsparquote von ca. 2 Millionen Mark (42).

Schlußfolgerungen und Perspektiven

Auch bei kritischer Beurteilung der vorliegenden klinischen Studien können folgende für die Praxis relevante Schlußfolgerungen gezogen werden:

- Die Prävalenz der Mangelernährung von stationär im Krankenhaus aufgenommenen Patienten ist hoch und liegt je nach Patientenstruktur zwischen 20 und 50 %.
- Die vorliegenden Ergebnisse verschiedener klinischer Studien belegen, daß bis zu fl der stationär behandelten Patienten während des Krankenhaus-

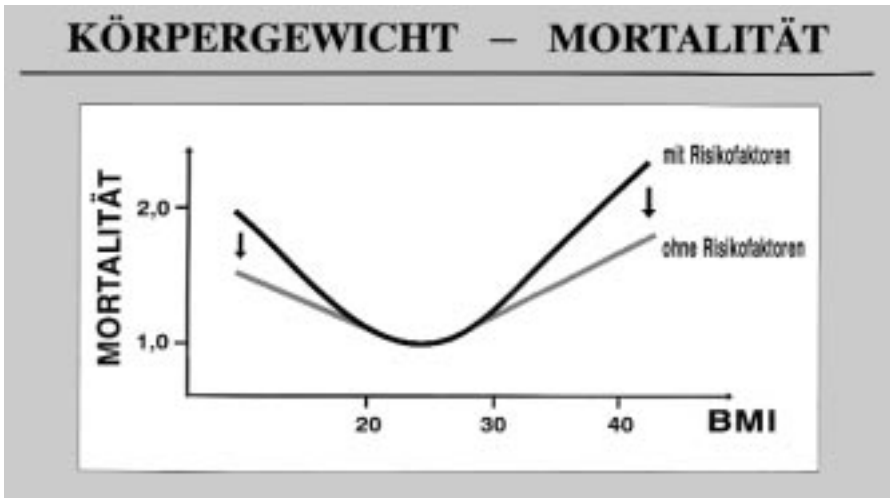


Abb. 1: Zusammenhang zwischen Ernährungsstatus und Mortalität (Erläuterungen siehe Text)

Kurzgefaßt: Wenn man die Ergebnisse klinischer Studien aus vergleichbaren europäischen Ländern und den Vereinigten Staaten zugrunde legt, ergibt sich offensichtlich auch für unser Gesundheitssystem ein ganz erhebliches finanzielles Einsparungspotential bei konsequenter Umsetzung einer individuellen ernährungsmedizinischen Basisbetreuung.

aufenthaltes nicht adäquat ernährt werden und konsekutiv eine progrediente Verschlechterung ihres Ernährungszustandes erfahren. In Anbetracht des nachgewiesenen klinischen Nutzens und der belegten Kostenrelevanz eröffnet sich hier ein wichtiges klinisches Aufgabenfeld, um im Krankenhaus konkrete Schritte zur Verbesserung der jeweiligen Situation zu evaluieren und konsequent umzusetzen (z.B. Bereitstellung eines abwechslungsreichen, schmakkhaften, ggf. auch individualisierten Essensangebotes, Verbesserung der notwendigen individuellen Betreuung bei der Nahrungsaufnahme, effektive Kontrolle der tatsächlichen Nährstoffzufuhr, Erstellung individueller Ernährungspläne.

- Die Daten prospektiver klinischer Studien belegen, daß der Ernährungszustand einen wichtigen, unabhängigen Einfluß auf die individuelle Mortalität, Morbidität, Therapietoleranz, Komplikationsrate und damit die Prognose des Patienten hat.
- Eine frühzeitige, adäquate ernährungsmedizinische Basisbetreuung kann darüber hinaus signifikant zu einer Verkürzung der Krankenhausliegedauer und zu einer erheblichen Senkung der individuell entstehenden Kosten beitragen. Die vorliegenden Daten prospektiver klinischer Studien belegen, daß eine adäquate ernährungsmedizinische Basisbetreuung (individuell adäquater Energie-, Flüssigkeitsbedarf) im hohen Maße kosten- und budgetrelevant ist.
- Der individuelle Ernährungsstatus eines Patienten sollte routinemäßig bei stationärer Aufnahme ins Krankenhaus durch klinisch etablierte, einfache Ernährungsparameter (z.B. BMI, Subjective Global Assessment Score, etc.) erfaßt werden.
- Der Ausbildungsstand des medizinischen Personals in den Krankenhäusern muß konsequent verbessert werden. Ernährungsmedizinische Inhalte müssen integraler Bestandteil des Curriculums und der Ausbildung von Medizinstudenten und Fachärzten werden. Im praktischen klinischen Alltag sollten kompetente Institutionen (z.B. Ernährungsteams, ernährungsbeauftragte Ärzte und Schwestern) für diesen Schwerpunkt geschaffen werden.
- Auch für die Bundesrepublik Deutschland sollten systematische Daten zur Frage der klinischen Relevanz der Mangelernährung erhoben werden und kontrollierte prospektive klinische Studien zu diesem Themenkomplex durchgeführt werden.

Literatur beim Verfasser

Quelle CHR. Löser: „Mangelernährung im Krankenhaus" DtschMedWochenschr 2001:126; 729-734; G. Thieme Verlag Stuttgart

Anschrift des Verfassers:
Professor. Dr. med. Christian Löser
Chefarzt der Medizinischen Klinik
Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel
Hansteinstraße 29, 34121 Kassel
Tel 0561 3086441, Fax 0561 3086444
e-mail chr.loeser@rkh-kassel.de

Aktuelles

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

Die KASA wurde 1997 bei der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V. (HAGE) in Marburg als Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung eingerichtet. Der Name KASA, der an das lateinische Wort casa - das Haus erinnert, ergibt sich aus den Anfangbuchstaben der Einrichtung und vereinigt in sich Attribute wie Geborgenheit, Wärme, Schutz und Rückhalt, die für alle Menschen in den letzten Lebenstagen unverzichtbar sind.

Hervorgegangen ist KASA aus einem von der Landesregierung initiierten und finanzierten Forschungsprojekt über die Kooperation zwischen ehrenamtlichen Diensten der Sterbebegleitung und Krankenhäusern. Im Anschluß daran erfolgte der Aufbau und Ausbau der Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung.

Ziel der KASA als Koordinations- und Ansprechstelle ist, dazu beizutragen, daß unheilbar kranke und sterbende Menschen ihre letzte Lebensphase möglichst in Würde, bewußt und schmerzfrei im Kreise derer, die ihnen nahe stehen, verbringen können.

Als Servicestelle steht KASA insbesondere den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Hospizinitiativen und den überwiegend ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern zur Verfügung. Darüber hinaus erfolgen Beratungs- und Informationsgespräche mit Angehörigen unheilbar kranker oder sterbender Menschen sowie mit Personen, die sich aus beruflichem oder privatem Interesse mit dem Themenkomplex „Sterben, Tod, Trauer und Hospizarbeit" auseinandersetzen. Diese Aufgaben schließen auch die Durch- und Weiterführung von Qualifizierungstätigkeiten zur Verbesserung der

Derzeitige Strukturen der Hospizdienste:
(nach der Definition der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz)

Ambulante Dienste	Teilstationäre Dienste	Stationäre Dienste
▶ ambulante Hospizinitiativen und Hospizgruppen ▶ ambulante Hospizdienste ▶ ambulante Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienste ▶ ambulante Hospiz- und Palliativ-Pflegedienste	Tageshospize	Hospize Palliativstationen

ehrenamtlichen Sterbebegleitung, der hospizlichen Arbeit, in Hessen ein.

Hospizliche Arbeit

Dienste der Hospizarbeit, sowohl ambulante, teilstationäre als auch stationäre Dienste, möchten dem Sterbenden ermöglichen „schmerzfrei, bewußt und in Geborgenheit sterben zu dürfen, unerledigte Dinge noch erledigen zu können, frei von vermeidbaren Ängsten und in einer möglichst vertrauten Umgebung ihr Leben zu beschließen, entlastet bezüglich ihrer Sorgen um die Hinterbleibenden. [...] Den an Zahl ständig zunehmenden Singles, bei Überforderung des Angehörigen (Kurzzeitpflege), bei Vollbeschäftigung der Familie (Tagespflege) bzw. bei auftretenden Komplikationen steht das Hospiz (und ergänzt werden soll hier: alle hospizlichen Dienste, Anm.d.A.) zu jeder Zeit hierüber hinaus zur Verfügung.“ (Becker 1996, S. 77f.) Hospizliche Dienste möchten neben der Begleitung Sterbender auch auf Wunsch deren Angehörige in ihrer Trauer begleiten.

Einrichtungen der hospizlichen Arbeit bieten Sterbebegleitung überall dort an, wo Menschen ihre letzte Lebensphase verbringen. Der Begriff Hospiz bedeutet ursprünglich eine Unterkunft für Reisende und soll im übertragenden Sinne in unserer Zeit ein Rastplatz und ein Ort der Ruhe für Sterbende sowie für unheilbar Kranke in der Endphase ihres Lebens sein. Ca. 90 % der Menschen wünschen, zu Hause in Begleitung von Angehörigen, Freunden oder Bekannten, in vertrauter Umgebung, sterben zu können. Somit bieten hospizliche Einrichtungen in unserer Gesellschaft eine Lösung zur Schaffung einer vertrauensvollen Atmosphäre an dem jeweiligen Sterbeort, ob in Institutionen, wie Krankenhäusern, speziell Intensivstationen, oder Alten- und Pflegeheimen, sowie in häuslicher Umgebung. Die hospizlichen Dienste bieten sowohl Sterbenden als auch den Angehörigen und Freunden psychosoziale und spirituelle Begleitung in Form von Sterbe- und Trauerbegleitung an. Die Hospizbewegung will Sterben, Tod und Trauer als festen Bestandteil des Lebens wieder mehr in das Bewußtsein der Menschen rücken.

Um Sterbende beraten, begleiten und betreuen zu können, ist ein multiprofessionelles Team notwendig. Wie Klaschik (2000, S. XVIII) schreibt: „Gute Palliativmedizin und Hospizarbeit ist nicht möglich ohne menschliche und fachliche Kompetenz und ohne eine multidisziplinäre Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen. Diese Patienten (Sterbenden, Anm.d.A.) brauchen fast täglich ärztliche Präsenz und Behandlung, sie brauchen Pflege, Verständnis, physische und psychische Stimulanz, Seelsorge, Nähe und Distanz.“

Nachdem sich in den 70er Jahren die Hospizidee verbreitete[1] und Ende der 80er und insbesondere in den 90er Jahren eine Phase der Hospizgründungen erfolgte, kann derzeit von einer Phase der Qualitätsentwicklung gesprochen werden (vgl. Burgheim 2001, Kap. 6.1, S.4ff). Organisatorische Strukturen werden geschaffen (hauptamtliche Koordinationsstellen), Qualitätskriterien werden aufgestellt, die Tätigkeit wird dokumentiert und Sterbe- und Trauerbegleiterinnen werden qualifiziert. Nicht zuletzt wird durch die Änderung des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes (SGB V, § 39a) die hospizliche Arbeit in der Gesellschaft wahrgenommen und aner-

Anzeige

Gebrauchtgeräte
EKG * Spirometer * Therapie,
generalüberholt, mit Garantie.
Planung, Umbau, Renovierung von Arztpraxen
aller Fachrichtungen
MED-ORG. -Einrichtungsberater
Medizintechnik · Praxiseinrichtung · techn. Service
eigener 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

Anzeige

kannt sowie, wenn auch in unzureichendem Maße, honoriert.

Hospizdienste, die durch das Engagement einzelner Bürger ins Leben gerufen wurden, stellen eine Antwort auf die Situation in unserer Gesellschaft (Schnellebigkeit, Singularisierung) dar, sind eine Ergänzung zu den sozialen Institutionen, wie Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen, und tragen in erster Linie dazu bei, dem Sterbenden ein Leben entsprechend seiner Wünsche, möglichst schmerzfrei, in Würde und im Kreise der Menschen, die ihm nahe stehen, bis zu seinem Tod zu leben.

Tätigkeitsfelder der KASA

In erster Linie versteht sich KASA als Ansprechstelle für die hospizlichen Dienste. Derzeit gibt es in Hessen über 90 Initiativen, die Hospizarbeit leisten bzw. fördern.

Neben der Beratung ambulanter Hospizdienste und der Hilfe beim Aufbau neuer Initiativen zählen folgende Aufgaben zu den Tätigkeiten von KASA.

- Vermittlung von Hospizadressen
- Vermittlung von Trauergesprächskreisen
- Informationen zur Patientenverfügung
- Auskünfte über Fortbildungs- und Informationsangebote
- Initiierung und Leitung von Arbeitsgruppen zu speziellen Problemen der ehrenamtlichen Hospizarbeit
- Vermittlung von Supervision für Hospizmitarbeiterinnen und -mitarbeiter
- Herstellung von Netzwerken zwischen den Hospizdiensten untereinander
- Förderung der Kooperationsstrukturen zwischen Hospizdiensten und Krankenhäusern
- Förderung der Kooperationsstrukturen zwischen Hospizdiensten und Alten- und Pflegeheimen
- Leitung der Unterarbeitsgruppe „Qualifizierung ehrenamtlich Tätiger in der Sterbebegleitung“ zur Erarbeitung einer Empfehlung zur Qualifizierung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums
- Mitgliedschaft in der Landesarbeitsgemeinschaft Hospize Hessen und darüber in der Bundesarbeitgemeinschaft Hospiz
- Mitwirken bei der jährlichen Fachtagung „Leben und Sterben“ des Hessischen Sozialministeriums
- Referententätigkeit zu Themen der Hospizarbeit
- Öffentlichkeitsarbeit

Fachlich begleitet wird die Arbeit der Koordinations- und Ansprechstelle KASA von einem Beirat, der sich aus Vertreterinnen und Vertretern folgender Einrichtungen zusammensetzt: Aus- und Fortbildungsinstitut für Altenpflege, Hessische Krankenhausgesellschaft e.V., Hessisches Sozialministerium, Landesarbeitsgemeinschaft Hospize Hessen, Landesärztekammer Hessen, Verband der Kranken- und Pflegekassen Hessen.

Die Aufgabenfelder von KASA – immer mit dem Ziel, die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen nach deren Wunsch zu ermöglichen und zu verbessern – richten sich dabei nach den Anfragen der Hospizhelferinnen und -helfer, nach denen der Fachöffentlichkeit und der Personen, die sich aus privatem Interesse mit den Themen „Sterben, Tod, Trauer und Hospizarbeit“ auseinandersetzen und sich an KASA wenden.

Kooperationen mit Institutionen und Arbeitsgruppen

KASA als Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung, eingerichtet bei der HAGE in Marburg, steht im ständigen Austausch mit verschiedenen Institutionen, insbesondere mit der Landesarbeitsgemeinschaft Hospize Hessen, die u.a. auch ein Beiratsmitglied stellt, sowie mit der Hessischen Krebsgesellschaft e.V. (HKG). KASA ist Mitglied in der Arbeitsgruppe „Verbesserung der Sterbebegleitung“ bei der Hessischen Landesregierung und dem Arbeitskreis „Palliativmedizin“ der Landesärztekammer Hessen, Arbeitskreise, die einen Rahmen für Vertreterinnen und Vertreter verschiedener sozialer Institutionen des Bundeslandes Hessen zum Austausch über Möglichkeiten der Beratung, Betreuung und Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen bieten.

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

c/o HAGE (Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung)

Ansprechpartnerinnen:

Dr. Gisela Scharsich, Ärztin
Elisabeth Terno, Krankenschwester und Dipl.-Pädagogin (Erwachsenenbildung)

Heinrich-Heine-Straße 44, 35039 Marburg
Telefon: 06421 / 60 07 43
Telefax: 06421 / 60 07 11
E-Mail: hage-kasa@t-online.de
Internet: www.hage.de

Literatur:

Becker, Paul: Orte des Sterbens heute – Das Hospiz als Modell und Realität. In: Fuchs, Michael u.a.: Sterben und Sterbebegleitung. Ein interdisziplinäres Gespräch. Hrsg. vom BMFSFJ, 2.Aufl., Stuttgart u.a. 2001. S. 77-79.

Burgheim, Werner (Hrsg.): Qualifizierte Begleitung von Sterbenden und Trauernden. Merching 2001.

Hellwig, Jutta; Scharsich, Gisela und Schick, Jutta: Endbericht zum Forschungsprojekt. Kooperationsstrukturen zwischen Krankenhäusern und Hospizdiensten (ehrenamtliche Dienste der Sterbebegleitung) zur Verbesserung der Begleitung Sterbender". KASA Marburg 1999.

Klaschik, E. und Husebø, S.: Palliativmedizin. Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation. 2.überarbeitete Aufl., Berlin u.a. 2000.

weitere Literatur bei der Verfasserin

Anschrift der Verfasserin:
Elisabeth Terno
KASA (Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung)
c/o HAGE
Heinrich-Heine-Straße 44
35039 Marburg

[1] Das Engagement vieler Bürgerinnen und Bürger, hospizliche Arbeit auch in der Bundesrepublik Deutschland zu ermöglichen, wurde besonders durch den Film „...nur noch 16 Tage“, der die Arbeit des Londoner Christopherus Hospiz dokumentiert, angeregt.

Mobbing

„Was macht eine Mobbing-Beauftragte eigentlich?“ „Sie müßten doch ganz viel zu tun haben“, sind oft Bemerkungen, die mir entgegengehalten werden. Fast bei jedem Gespräch fallen meinem Gegenüber Beispiele aus der eigenen Klinik oder Erzählungen ein, wo sie Mobbing erlebt haben.

Aber, weit gefehlt. Das erste halbe Jahr kamen keinerlei Anfragen. Das lag auch daran, daß der Justitiar der LÄK, Christoph Biesing, sich sehr engagierte und den Anruferinnen und schriftlich Anfragenden nicht nur eine ausführliche Rechtsberatung zukommen ließ, sondern auch noch ein geduldiges und mitfühlendes Ohr zur Verfügung stellte. Allerdings nahm diese Arbeit auch einen großen Teil seiner Zeit ein, so daß in einem Gespräch vereinbart wurde, daß im Vorzimmer auch eher mal zur Mobbing-Beauftragten, also mir, weitergeleitet werden sollte.

Aber auch seitdem überstürzen sich die Beschwerden bei mir nicht. Selbst wer von der Kammer meine Adresse und Telefonnummer erhält, scheut vor einem solchen Anruf zurück. Von etwa sechs Anfragen bei der Kammer setzen sich höchstens zwei mit mir in Verbindung. Woran mag das liegen? Ganz bestimmt nicht an der guten Atmosphäre in den Kliniken. Denn dort herrschen Hektik und oft genug ein übler Ton – in der einen mehr, in der anderen weniger.

Erfahrener Insider gegen smarte Newcomer

Zumindest gerüchtehalber gibt es gewisse Häufungen, was sich aber nicht in den offiziellen Anfragen niederschlägt. Da sind es vielmehr persönlich Betroffene, die meistens über einen längeren Zeitraum schikaniert werden. Es gibt ganz bestimmte Konstellationen, die immer wieder auftauchen. Da ist der etwas ältere Assistenzarzt oder die Assistenzärztin, die die 50 überschritten haben und sich in einer bestimmten Funktion ohne große Karriereideen in einer Klinik eingerichtet haben. Manchmal sind es offizielle Funktionsstellen, manchmal nicht. Auf alle Fälle kennen sie sich meist in der Klinik gut aus. Dann kommt ein jüngerer, wesentlich karrierebewußterer neuer Chef. Dieser möchte seine eigenen Leute in Funktionsstellen bringen. Er ist auf Zusammenarbeit angewiesen, spürt aber vielleicht auch wenig Unterstützung. Vielleicht wurde er auch gegen einen anderen, beliebteren Kandidaten durchgesetzt. Diese Konstellation, der erfahrene Insider gegen den smarten Newcomer, gibt es oft. Und sie enthält Zündstoff. Funktionen werden abgenommen, aus dem Hintergrund wird man in den Vordergrund gesteckt, Degradierungen, die arbeitsrechtlich durchaus möglich sind, werden genutzt, um zu zeigen, wer das Sagen hat. Hinzu kommen ironische Bemerkungen, jeder Fehler wird öffentlich breitgetreten, Schreien ist keine Seltenheit, egal ob das übrige Personal oder Patienten das mitkriegen oder nicht.

Frauenspezifische Variante

Die andere Variante ist wieder mal frauenspezifisch: junge Assistentin, oft Mutter mit Kind(ern) bekommt vom Chef oder auch den Kolleginnen zu spüren, daß sie einen Platz wegnimmt, den jemand in anderer familiärer Besetzung besser ausführen würde.

Ich beschreibe allgemein, da ich nicht öffentlich in der Ärztezeitung Kollegen zitieren kann, die weiterhin an ihrem Arbeitsplatz um menschlichen Umgang kämpfen.

Solidarität ein Fremdwort?

Aber wie kommt es dazu? Gibt es keine Kolleginnen, die auch mal einschreiten, sich diesen Umgang und Ton miteinander verbitten? Was machen die Personalräte oder Mitarbeitervertretungen? Solidarität scheint ein Fremdwort zu sein. Die Auseinandersetzungen sind oft so verbittert, daß jeder in der Umgebung die Ohren anlegt und hofft, nicht in diesen Strudel hineingezogen zu werden.

Es gibt natürlich auch noch anders gelagerte Fälle, manchmal sind auch die neuen Chefs Opfer von Mobbing durch das Klinikpersonal.

Bis eine Anfrage bei mir landet, ist oft schon ganz viel passiert, die Opfer haben sich schon überlegt, wie sie den Absprung schaffen, haben schon einen Arbeitsprozeß angestrengt, Dienstvorgesetzte oder Verwaltungen informiert, den Personalrat konsultiert oder eigene Rechtsanwälte eingeschaltet. Die Mobbing-Beauftragte anzurufen, ist dann noch ein letzter Versuch zu erfahren, ob es noch weitere, bessere Möglichkeiten gibt. Ein Gesprächsangebot ist dann oft zu wenig. Die Betroffenen wollen Taten sehen, ihre Geduld ist am Ende.

Fest steht, daß es Menschen, in unserem Fall Ärztinnen und Ärzte, gibt, die unabhängig von ihrer jeweiligen Position in der Hierarchie, unwürdig, sprich unethisch, miteinander umgehen.

Präventive Möglichkeiten

Grundsätzlich sollte über präventive Möglichkeiten nachgedacht werden. Wieso sehen eigentlich Mitglieder der sogenannten freien Berufe es als eine Selbstverständlichkeit an, daß je-

Anzeige

Internet für Ärzte
Das Internet als Kommunikationsmittel:
Nutzen Sie die neuen Möglichkeiten, um Ihren Praxis optimal online zu präsentieren.
0177 4955 745 • dan@fitzpatrick.de
Internet-Design • Mediengestaltung • Seminare

dermann weiß, wie Personalführung und Management auszusehen hat? Als Chefärztin wird verlangt, daß außer dem speziellen Fachgebiet auch noch die Finanzen, der Verwaltungsapparat und die Personalführung ganz von alleine klappen. Eine maßlose Selbstüberschätzung und auch –überforderung. Sollten nicht potentielle Chefinnen die Gelegenheit haben, sich auf diesen Gebieten weiterzubilden?

Eine andere Idee, die nicht von mir stammt, ist, das Arbeitsschutzgesetz zu nutzen und die Arbeitgeber zu einer Vereinbarung zu motivieren, in ihren Einrichtungen einen Mobbing-Schutz zu gewährleisten. Dazu könnten ein noch festzulegendes Beschwerdesystem dienen, Sanktionen festgelegt, Schulungen oder Supervisionen angeboten werden. Der Arbeitgeber würde dazu verpflichtet und die Gewerbeaufsichtsämter müßten dafür Sorge tragen, daß die Vereinbarungen eingehalten werden.

Ob dies politisch durchsetzbar ist, bleibt noch offen. Aber auf alle Fälle wäre es notwendig, die Mobbing-Problematik aus dem Dunstkreis der angeblich Unfähigen und Jammernden herauszuholen.

Ganz wichtig ist es, daß auch hier, wie in allen Fällen, wo unmenschlicher Umgang zu beobachten ist, Zivilcourage zu zeigen, gefragt ist. Lassen Sie es nicht zu, daß sich in ihrem Arbeitsumfeld die Kolleginnen und Kollegen anschreien. Verhindern Sie, daß bestimmte Leute systematisch fertig gemacht werden. Warten Sie nicht auf eine Initiative von außen, sondern versuchen Sie, vor Ort selbst aktiv zu werden.

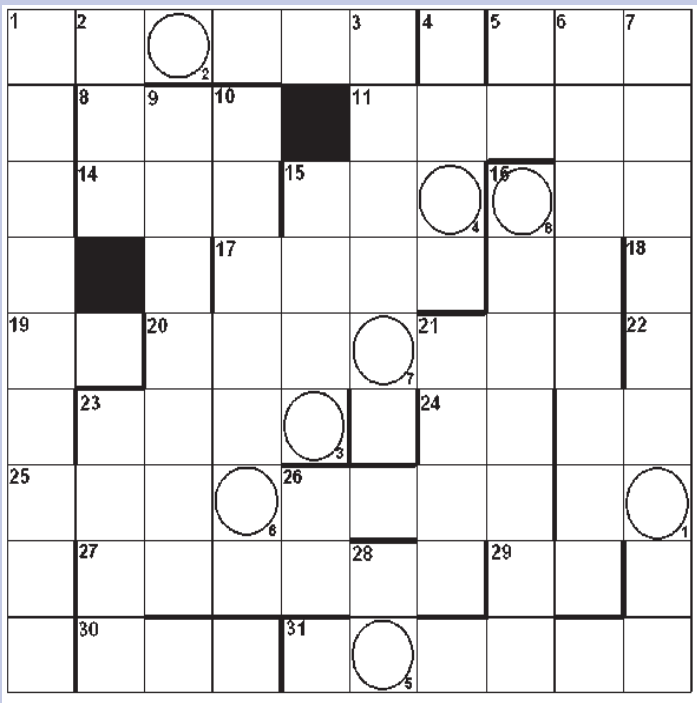
Annette Schulmerich
Mobbing-Beauftragte der
Landesärztekammer Hessen

Kreuzworträtsel

Waagerecht
• 1 Übelkeit • 4 Ascorbinsäure: Vitamin ... • 5 Ungekocht • 8 Gefäßmißbildung (Abk.) • 11 Einteilung der Schultereckgelenkssprengung (Eponym) • 14 Handgriff der Geburtshilfe zur Feststellung des auf dem Beckenboden angekommenen Kindskopfes (Eponym) • 15 Zell-Zell-Kontrakt in Glanzstreifen: ... junctions • 16 Wehenreaktionstief (engl.) • 17 Schadstoff • 18 Vitamin, dessen Derivate gegen Akne eingesetzt werden • 19 Lat.: Von...weg • 20 Morphinderivat, das mit Naloxon kombiniert als Analgetikum verfügbar ist • 22 Vitamin, das durch Cumarinderivate antagonisiert wird • 23 Norddeutsche Stadt, nach der die Klassifikation von Non-Hodgkin-Lymphomen benannt ist • 24 Endogener Gerinnungshemmer, dessen Wirkung durch Heparin verstärkt wird (Abk.) • 25 Cephalgia, bei der Schwindel einziges Symptom sein kann • 27 Basophile intrazytoplasmatische Körperchen in Granulozyten bei schweren Scharlachinfektionen (Eponym) • 29 Vitalparameter (Abk.) • 30 Vorsilbe: Miß-, Un- • 31 Klinisches Zeichen eines Horner-Syndroms

Lösungswort:

1	2	3	4	5	6	7	8



Senkrecht
• 1 Ruckartige Bulbusbewegungen bei Schwindel • 2 Anguilla • 3 Gleichgewichtsstörung • 4 Psoaszeichen auf englisch: ...´s sign (Eponym) • 6 Schwangerschaftszeichen: Pulsation am Zervixrand im ersten u. zweiten Schwangerschaftsmonat (Eponym) • 7 Schwerhörigkeit • 9 Schwindel • 10 Anfallserkrankung, die durch Tinnitus, akuten Drehschwindel und Schwerhörigkeit gekennzeichnet ist (Eponym) • 15 Hinterstrangfaszikel, der die Fasern der unteren Körperhälfte vereinigt (Eponym) • 16 Hirnnervenkern am Boden der Rautengrube, in dem ein Teil des N. vestibulocochlearis projiziert (Eponym) • 21 Veraltete Bezeichnung für den Hepatitis-B Virus, ...´s Partikel (Eponym) • 23 Schwach antigenes Blutgruppensystem (Eponym) • 26 Abk. für Amperestunde • 28 Leichtmetall, das gegen bipolare Psychosen eingesetzt wird (Chem. Elementsymbol)

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

Biowaffen (Hessisches Ärzteblatt 2/002)

"Das Hessische Ärzteblatt als Fachblatt der Landesärztekammer Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gehört in der Regel nicht zu meinem Lesepensum. Nur aufgrund einer außergewöhnlichen Entgleisung in Ihrer Ausgabe vom Februar d.J. bin ich auf Ihre Zeitschrift aufmerksam gemacht worden. In dem Artikel "Biowaffen", Seite 80, von Herrn Professor Dr. Horst Löb wird behauptet, daß auch in Israel ein "pervertierter menschlicher Geist" vorhanden ist, der an "ethnischen Bomben" bastelt. Demzufolge wird versucht, "gentechnisch einen Kampfstoff zu entwickeln, der auf Araber, nicht aber auf Juden anspricht". Eine Quelle erwähnt der Autor nicht. Offenbar wollte er die Sunday Times (15.11.1998) nicht als wissenschaftliche Referenz zitieren. Hätte er im Internet die Google-Suchmaschine angeklickt, wäre er gleich auf das Dementi der israelischen Botschaft gestoßen. So aber, wie es im Artikel steht, muß sich der Autor einer unseriösen und unverantwortlichen Verbreitung von Lügenpropaganda bezichtigen lassen."

Mordechay Lewy
Der Gesandte
Botschaft des Staates Israel

(abschließende Stellungnahme des Autors)

Die Information über Forschungsarbeiten an einer "ethnischen Bombe" im Biologischen Institut von Nes Tziyona habe ich dem Internet entnommen (s. www.stern.de/wissenschaft, 1. Oktober 2001). Der Stern nennt das betreffende Institut ein "Zentrum für die Erforschung biologischer und chemischer Waffen" und zitiert auch einen Bericht der Londoner Sunday Times vom 15. November 1998. In diesem ist auch von einem vertraulichen Report des Pentagons die Rede. Trotz eines israelischen Dementis in der "Freien Umschau Europa" vom 16. November 1998 befand sich der Times-Artikel noch im März 2002 im Internet.

Meine Wertung als "pervertierter menschlicher Geist" bezieht sich erkennbar auf alle Versuche, biologische Massenvernichtungswaffen durch Genmanipulation noch gefährlicher zu machen — gleichgültig in welchem Land dies hochqualifizierte Wissenschaftler versuchen. Ich schildere in meinem Buch "Die zweite Schöpfung" ja nicht nur die Chancen der Gentechnik, sondern eben auch deren Gefahren — die Genwaffen sind ein eklatantes Beispiel hierfür.

Den gegen mich erhobenen Vorwurf der "unseriösen und unverantwortlichen Verbreitung von Lügenpropaganda" entkräftet allein schon der Satz auf Seite 236 meines Buches: "Auch das wohl größte Verbrechen in der Geschichte der Menschheit wurde in unserer Zeit begangen — der eiskalt geplante Massenmord an sechs Millionen Juden."

Prof. Dr. Horst Löb
1. Physikalisches Institut
der Universität Gießen

Aus gegebenem Anlaß weisen wir darauf hin, daß Autorenbeiträge nicht die Meinung der Redaktion oder der Herausgeber darstellen.

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

Bemerkungen zu dem Aufsatz von Mechthild Firnhaber (bis 1999 Vorsitzende des Landesverbandes Legasthenie Hessen) Hessisches Ärzteblatt 3/2002

Von Professor Dr. med. Dieter Palitzsch, Gelnhausen

Zweifellos ist die Autorin eine „Fachfrau" und es ist unumgänglich und verdienstvoll, wenn sich Spezialisten zu Wort melden.

Da die Lese-Rechtschreibe-Schwäche seit über 200 Jahren bekannt ist und man immer wieder darüber nachdachte, wie sie erkannt und beseitigt werden kann, wurde sie zu einem wissenschaftlichen Dauerbrenner und der ist sie eben heute noch.

Sechs Jahre seines Lebens braucht der Mensch weder Lesen noch Schreiben zu können, erst mit Beginn der Schulzeit wird von ihm verlangt diese Fähigkeiten zu erlernen, und zwar nach bestimmten Regeln (z.B. Orthographie), die er zensiert bekommt mit den Noten eins bis sechs. Angesichts divergierender Definitionen schwanken die Angaben über die Häufigkeit

der Legasthenie um die 6 %. In der Studie der Isle of Wight war sie bei den 14–15jährigen am höchsten, bei Jungen 3–4 mal häufiger als bei Mädchen.

In den 25 Jahren meiner intensiven Fortbildungstätigkeit spielten viele Themen eine so überragende Rolle, daß sie fast zum Mittelpunkt des Faches avancierten, um bald darauf wieder in den Praxisalltag zurückgestuft zu werden.

Mir scheint diese Wellenbewegung in gewisser Hinsicht „normal", andererseits aber der Grund dafür zu sein, daß dadurch nur Teilkenntnisse erworben werden, die uns im Gesamtkontex nicht wirklich fortbilden.

Die hohe Zahl diagnostizierter Legasthenien führte an den hessischen Schulen zu Verordnungen bis zur Befreiung vom Deutschunterricht oder Zensuren und den Aufbau von Legasthenikerklassen mit eigenen Beurteilungen der Schüler.

Ärztliche Atteste siegten mitunter über schulische Zweifel und zogen manchen Rechtsstreit nach sich.

Inzwischen ist der Umgang mit Legasthenikern „aufgeweicht", während der Stellenwert des ADS-Syndroms zunimmt. Vielleicht gibt es eine ähnliche Entwicklung, denn der Streit darum, wer nun von diesen Störungen wirklich etwas versteht, ist schon entbrannt.

Deutschland ist das Land der Reformen geworden, Reformen, die gemacht werden müßten, wenn wir vorankommen wollen. Uns interessiert die Gesundheitsreform.

Ich kann Frau Firnhaber zustimmen, wenn sie sagt, „Die wissenschaftliche Forschung wird leider nur in ihren eigenen fachspezifischen Organen veröffentlicht…", wir erfahren jedoch nicht, wer denn überhaupt für die medizinische Betreuung von Kindern mit solchen Störungen zuständig ist. Die von ihr zitierten Institutionen und Kollegen sind Päd-Audiologien, Jugend- und Kinderpsychiatrien oder Päd.Neurologien, die sich zwar mit den Fragestellungen auskennen, aber jedoch niemals die „Anlaufstellen" sein dürften.

Hier wird die Erkennung der „Frühwarnsignale" gefordert, die im Alter von 0 (gibt es nicht) bis 4 Jahre diagnostiziert und behandelt werden sollen.

Utopien helfen unserem angeschlagenen Gesundheitssystem nicht. Wir brauchen schnellstens für diese (und v. a.) Fälle die Erhebung, wer über die nötige Fachkompetenz verfügt, wobei diese Gruppen auch den Nachweis führen sollten, wo sie diese erworben haben und wo geeignete Behandlungsmöglichkeiten bestehen.

Ich habe noch nie erlebt, daß ein HNO-Arzt im zweiten Lebensmonat eine gestörte „Lallphase" feststellte, die er einer Behandlung zuführte. In diese Behauptung möchte ich selbst Kinderärzte einbeziehen, von denen in dem Artikel überhaupt keine Rede ist.

In die Reformen muß die Fortbildung einbezogen werden. Auf dem Boden erwiesener Tatsachen, vor allem aber auch Zahlen, sind „Zuständigkeiten" zu klären. Leider ist unser Wissensstand über die mehrdimensionale Ätiologie der Störungen, die uns heute so leicht über die Lippen gehen, häufig nur ein Teilwissen mit der Annahme, daß es sich um neurophysiologische Funktionsstörungen von leicht (MCD) bis schwer handelt, die wiederum genetische, neurobiologisch-chemische oder sogar soziale Ursachen haben, die sich noch dazu weitgehend überlappen.

Nach der PISA-Studie ergibt sich eine neue Dimension für Schulkinder, wenn sie am Ende oder unter einem geforderten Leistungsgefüge liegen, weil damit ihre Berufschancen deutlich vermindert sind. Es stellt sich die Frage, welchen Anteil haben Teilleistungsstörungen an der Gesamtleistungsverminderung.

In der Bundesrepublik lebten bis Dezember 1999 (Bundesamt für Statistik) ca. 12 Millionen Kinder bis zu 15 Jahren, davon 4 Millionen unter 6 Jahren, also 8 Millionen Schulkinder. Wir unterscheiden zwischen Lernbehinderung (erniedrigte Intelligenz: IQ = 70–85) und spezifischen Lernstörungen (normale Intelligenz u. fehlende Sinnesbehinderung). Genaue Zahlen über die Häufigkeit gibt es für beide Gruppen nicht, zuverlässig und seit vielen Jahren fast gleichbleibend sind ca. 20 % Sprachstörungen bei der Einschulung und ca. 20 % Jugendliche, die keinen Hauptschulabschluß schaffen.

Offensichtlich ist es bisher keiner der beteiligten Fachgruppen gelungen, die Vordringlichkeit der einen oder anderen Störung so zu ermitteln, daß sich ein zwingender Handlungsbedarf ergibt, der die Gesamtmisere verringert.

Wir müssen über das „Machbare" sprechen, vor allem auch in der Therapie. Gäbe es die Eindeutigkeit einer sicheren Frühdiagnostik mit dem Beweis des Erfolges einer Frühtherapie, hätten wir einen klaren Weg. Leider können weder die „Diagnostiker", noch die Therapeuten diese Beweise vorlegen.

Zur Diagnostik empfiehlt Frau Firnhaber neben Kinderneurologen oder Ergotherapeuten, auch Krankengymnastinnen mit Ausbildung in Sensorischer Integration.

In aller Regel suchen Eltern, die bei ihren Kindern Auffälligkeiten feststellen einen Arzt, ich wünschte mir, einen Kinderarzt auf, der es dann leichter hat, wenn ihn die Eltern auf das und jenes hinweisen.

In allen anderen Fällen soll das Vor-

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

sorgeprogramm Entwicklungsstörungen aufdecken (Früherkennung), um eine frühe Therapie einzuleiten. Jedem ehrlichen Arzt dürfte inzwischen bewußt sein, daß der Umfang nur multidisziplinär zu lösen ist, weshalb der Einzelkämpfer, welcher Fachgruppe er auch angehören mag, überfordert ist. Eine wirksame Reform wäre deshalb der Zusammenschluß verschiedener Spezialitäten in ambulante Einheiten, die Diagnosen stellen und Therapiewege festlegen. Wenn dann noch administrative Hürden (KV-Regeln u.a.) abgebaut würden, könnten Patienten auf kurzem Weg und preiswerter auf die wirksamste Bahn gebracht werden. Dieser Strukturänderung muß sich auch die Fortbildung unterziehen. Warnke ist einer der besten Kenner der Legasthenie, aber welcher Arzt kennt seine Forschungen und sein letztes Buch oder die neuesten Erkenntnisse über die „Weltraumlegasthenie"? Vermutlich kämen wir bereits einen großen Schritt voran, wenn sich die mit diesen Störungen weniger Befaßten, in einem der seit vielen Jahren bekanntem Lehrbuch, z.B. der Kinder/Jugendpsychiatrie, ein Basiswissen verschafften.

Sicherlich sind Frau Firnhaber und ich darüber einer Meinung.

Anschrift des Verfassers:
ehem. Leiter der Klinik f.KH und JM
in Gelnhausen
Deutschordenstr.29
63571 Gelnhausen

Von Dr. Günter Mann, Dietzenbach

Es ist sehr zu begrüßen, wenn Sie Frau Firnhaber die Möglichkeit gaben, in Ihrem Blatt auf die Legasthenie und andere Wahrnehmungsstörungen hinzuweisen, die leider bei manchen Ärzten und vielen Lehrern noch zu wenig bekannt zu sein scheinen. Frau Firnhaber hat sich über viele Jahre mit unglaublicher Hingabe im Hessischen Legasthenikerverband für die betroffenen Kinder (und Erwachsene) eingesetzt und sicher einen großen Teil ihrer Freizeit für dieses Engagement geopfert, wofür ihr sehr zu danken ist.

Ich möchte hier kurz über meine eigenen Erfahrungen mit der Legasthenie berichten. Wir haben in unserer kinder- und jugendärztlichen Gemeinschaftspraxis an einem multikulturellen Ort seit gut 25 Jahren in - sicher viel zu seltenen - Einzelfällen bei Verdacht auf eine Legasthenie Vordiagnostik (Lese-Rechtschreibtests, Intelligenztests) durchgeführt. Wir wollten damit keineswegs erfahrenere Spezialisten ersetzen, sondern bei betroffenen Kindern die Diagnostik beschleunigen und ihren langen Weg frustrierender Schularbeit abkürzen: Es ist uns ja bekannt, welche erheblichen psychologischen Folgen diese fortwährenden Mißerfolgserlebnisse haben können. Bei Bestätigung des Verdachtes arbeiteten wir dann eng mit den Sozialpädiatrischen Zentren, mit Kinderpsychiatern und Psychologen, vor allem aber auch mit den Schulen zusammen. Von Anfang an suchten wir auch engen Kontakt zum Hessischen Legasthenikerverband, wo wir stets ein bewundernswertes Engagement für diese Probleme fanden. In den letzten Jahren ist es dem Verband gelungen, regelmäßig Psychologen, Lehrer/innen, Ergotherapeuten/innen, Heilpädagogen/innen Kinderärzte/innen und Vertreter anderer Gruppen zu versammeln, um gemeinsam über eine bessere Zusammenarbeit auf diesem Gebiet zu diskutieren. Nur diese verbesserte Kooperation kann uns weiterbringen.

Zur Frühdiagnostik gefährdeter Kinder möchte ich hier nicht Stellung nehmen, aber sicherlich müssen wir als Kinderärzte gerade bei Kindern mit Sprachentwicklungsproblemen besonders aufmerksam sein. Es gibt inzwischen Programme für die Zeit im Kindergarten und den Beginn der Grundschule zur Vorbeugung von Lese- und Rechtschreibeschwäche, für deren Durchführung wir uns dringend einsetzen sollten, zumal sie eigentlich für alle Kinder ein Gewinn sind. Wir Kinderärzte/innen würden sicher gerne viel ausführlichere Diagnostik gerade im Vorschul- und Grundschulalter betreiben, wenn wir dazu in unseren Praxen mehr Zeit hätten...

Vielen Lehrern/innen würde ich mehr Sensibilität für die betroffenen Kinder wünschen. Wir hatten hier bei uns immer recht guten Kontakt zu unseren Schulen, wurden aber erstaunlich selten auf das Problem der Legasthenie angesprochen. Wir bekamen aber aus dem Kreise Offenbach mehrmals Kinder vorgestellt, die bei sehr hoher Intelligenz ("Hochbegabung") unglaublich schwach in der Rechtschreibung waren und trotzdem erst auf dem Gymnasium ihren Lehrern auffielen. Dem einzelnen Lehrer möchte ich hierzu keine Vorwürfe machen, es scheint vielmehr ihre Ausbildung auf diesem Gebiet mangelhaft zu sein. Da würde ich mir für die Zukunft mehr Engagement unserer großen Spezialisten in Sozialpädiatrischen Zentren, in Kliniken und anderen Einrichtungen und natürlich auch engagierter Lehrer/innen wünschen, die für bessere Ausbildung der Pädagogen eintreten müßten.

Wenn heute schon die Diagnostik der Legasthenie unbefriedigend ist, dann ist nach meiner Erfahrung mit vielen betroffenen Kindern die Therapie noch viel heikler. Man hat den Eindruck, daß es so viele unterschiedliche Therapien wie Therapeuten gibt. Auch hier sind wieder unsere großen Spezialisten gefordert, die uns beraten und auch für eine gewisse "Qualitätskontrolle" der Therapeuten sorgen müssen. Es geht einfach nicht, daß Eltern für ihre Kinder viel Geld und viel Zeit opfern, um nach Jahren die völlige Wirkungslosigkeit der Behandlung zu erleben.

Ich möchte nochmals wiederholen, daß diese Probleme nur mit einer besseren Fortbildung aller betroffenen Berufsgruppen zu lösen sind, die dann wiederum zu einer besseren Zusammenarbeit führen muß.

Anschrift des Verfassers
Kinder- und Jugendarzt
Am Steinberg 2
63128 Dietzenbach

20 Jahre Nephrologie und Rheumatologie am Clementine Kinderhospital

Wissenschaftliches Symposium zum Jahrestag am 15. Mai

Seit zwanzig Jahren leitet Professor Dr. Jürgen Dippell das Clementine–Kinderkrankenhaus in Frankfurt. Zur Feier des 20. Jahrestages veranstaltet die Klinik am 15. Mai ein wissenschaftlichen Symposium zum Thema „Kinderrheumatologie“. Das Clementine-Hospital ist eines der ältesten Kinderkrankenhäuser Deutschlands. Als Professor Dippell die Leitung übernahm, hatte das als Stadtteilklinik für den Nordosten Frankfurts geschätzte Haus die Anpassung an die Entwicklung – vor allem in der Neonatologie – verpaßt. Doch von da an war es mit dem Dornröschenschlaf vorbei: In den folgenden zwei Jahrzehnten wurde die Klinik durch eine außerordentliche Verkürzung der Liegezeiten und das Angebot zahlreicher Spezialleistungen zu einem Beispiel für den Wandel der Krankenhausmedizin:

1982 lagen vor allem Früh-Neugeborene, Säuglinge und Kinder mit allgemein-pädiatrischen Erkrankungen in der Klinik. Die Verweildauer der Patienten betrug durchschnittlich 23 Tage bei 85 Betten. Heute ist die Verweildauer auf fünf Tage gesunken bei einer auf 73 verminderten Bettenzahl. Dabei entwickelte sich die Klinik unter Dippell zu einem hochspezialisierten Versorgungszentrum, vor allem auf Gebieten, die so von den beiden anderen regionalen Kinderkliniken einschließlich der Universitäts-Klinik nicht abgedeckt werden: Zu nennen ist an erster Stelle die Dialysestation mit sechs Dialyseplätzen, die vom Kuratorium für Heimdialyse (KfH) auf dem Gelände der Klinik betrieben wird. Sie macht eine umfassende nephrologische Betreuung von Kindern vor und nach der Transplantation (in Zusammenarbeit mit der Uni Heidelberg) möglich. Zugleich stellt die Dialysestation den ersten, von Dippell aufgebauten Schwerpunkt der Klinik dar. Heute werden hier Kinder mit Nierenkrankheiten aus dem gesamten Rhein-Main-Gebiet und Südhessen betreut. Fehlbildungen der Harnwege werden, wenn notwendig, in der Chirurgischen Univ.-Klinik in Frankfurt operiert.

Als nächster Schwerpunkt folgte die Kinderrheumatologie. Erstmals konnten Kinder und Jugendliche mit diesen Erkrankungen in der Nähe ihres Wohnortes und ohne längere Krankenhausaufenthalte in entfernten Reha-Einrichtungen betreut werden. Als Reaktion auf die zunehmende Zahl verhaltensauffälliger Kinder, u.a. auch mit Eßstörungen, wurde eine psychosomatische Station mit acht Betten – und damit ein weiterer Schwerpunkt des Hauses – eingerichtet.

1991 etablierte sich der Schwerpunkt Pneumologie und Allergologie in dem Haus; 1995 kam - mit finanzieller Unterstützung durch das Land Hessen – die Abteilung für Kinder mit Stimm- und Sprachstörungen sowie Neurologie u.a. für die postprimäre Versorgung von schädelhirnverletzten Kindern hinzu. 2000 wurde eine Tagesklinik eröffnet. In Kooperation mit dem Bürgerhospital und unter dessen Federführung richtete man im Jahre 2001 schließlich eine gemeinsame Neugeborenen-Intensivstation ein.

Heute verfügt die Klinik über Spezialisten für Ultraschall, auch bei kardiologischen Fragestellungen. Sie bietet entsprechende Fortbildungskurse an, zu denen Kolleginnen und Kollegen von weither kommen. Das Clementine-Kinderhospital verfügt über eine physiotherapeutische Abteilung, über Logopädinnen, Ergotherapeuten, eine Musiktherapeutin, Psychologen und Psychotherapeuten und auf dem Gebiet der Kinderneurologie spezialisierte Ärztinnen. Der Schwerpunkt der Klinik liegt inzwischen auf der Betreuung chronisch Kranker. Daneben wird die Akutmedizin bei stationär behandlungsbedürftigen weiter betrieben.

Die Verkürzung der Liegezeit (hier ist die Kinderheilkunde Vorreiterin) und das große Angebot an Spezialleistungen in einem Kompetenzzentrum: Alles geschah ohne regelmäßige Zuwendungen aus öffentlichen Kassen zum Ausgleich eines Defizits, aber mit Unterstützung durch eine Reihe privater Spender, vor allem aber durch das Engagement der Mitarbeiter der Klinik, die Professor Dippell mit seinen Zukunftsvisionen inspirieren konnte. Dabei bestand immer eine enge Kommunikation und Kooperation mit der niedergelassenen Ärzteschaft - trotz aller Hürden durch die Gesundheitsgesetzgebung. Die Klinik möchte diese enge Zusammenarbeit erhalten und weiter ausbauen. Sie versteht sich als Dienstleisterin für die Kolleginnen und Kollegen in den Praxen zum Wohle der kranken Kinder und Jugendlichen.

RW

Die Weiterbildungsordnung – Zukunft der Allgemein- und der Inneren Medizin

Technische Entwicklung, Versorgungswirklichkeit, Versuche zur Systemreformierung und Änderungen des rechtlichen Umfeldes; eine wenig praxisnahe Mediziner-Ausbildung und ein ständig komplizierter werdendes Weiterbildungsrecht: Nur einige Stichworte, die auf die Ausübung des ärztlichen Berufes Einfluß nehmen. Dabei sind die völlig neuen, organisatorischen, betriebswirtschaftlichen und rechtlichen Anforderungen an die Ausübung des ärztlichen Berufes – speziell des Hausarztes – in sogenannter freier Praxis noch gar nicht erwähnt.

All jenes – Lotsenfunktion, managed care, integrierte Versorgung, disease management, elektronische Vernetzung, Notfalldienst usw. – ist neben dem Fachlichen zu bewältigen und bildet einen großen Teil des ganz normalen Berufsalltags. Nur: Im Studium kommt der größte Teil des eben Erwähnten genauso wenig vor wie innerhalb der Weiterbildung (mit Ausnahme weniger Reformstudiengänge). Dies zusätzlich zur sinkenden sozialen Reputation, der aus jeglichem Rahmen fallenden, völlig überzogenen Arbeitsbelastung an den Kliniken und der – bezogen auf Arbeitszeit, wirtschaftliches Risiko und rechtliche Haftung – viel zu niedrigen, teils schon unverschämt geringen Honorierung ärztlicher Leistung in der ambulant versorgenden Praxis.

Sinkende Attraktivität des Arztberufes

So darf es nicht verwundern, daß die Attraktivität des ärztlichen Berufes mit zunehmender Geschwindigkeit sinkt und mittlerweile aus früher üblichen ca. 12.000 Berufsanfängern pro Jahr nur noch 6.000, die in die Arbeit am und mit dem Patienten einsteigen, geworden sind. Die Verdopplung der Entlohnung von AiPs an etlichen hessischen Kliniken, nicht mehr zu besetzende Landarztstellen/Hausarztpraxen, Krankenhäuser, die händeringend Assistenzärzte suchen, und das wachsende Volumen der Stellenangebote im Ärzteblatt: Symptome einer Entwicklung, die in einigen Bundesländern die Suche nach osteuropäischen Ärzten zur Sicherstellung der Grundversorgung in Gang gesetzt hat.

Niemand kann mehr darüber hinwegsehen, daß die veraltete Weiterbildungsordnung dringend modernisiert werden muß, damit sie den veränderten Anforderungen des beruflichen Alltages gerecht wird. Auch ist die Entwicklung des Ausstattungsniveaus der allgemeinmedizinischen Praxis, das sehr häufig einer hausärztlich arbeitenden internistischen Praxis gleichkommt, in die Überlegungen mit einzubeziehen.

Die Ideen zur Schaffung eines „common trunk“ als eines gemeinsamen, für eine bestimmte – anfängliche – Zeit der Weiterbildung identischen Abschnitts für die Allgemeinmedizin und die Innere sind weit fortgeschritten; die sich daraus ergebenden Konflikte (sie betreffen das Selbstverständnis der Internisten oder den dringenden Wunsch von BDA-Verbandsvertretern, den Begriff „Allgemeinmedizin“ unbedingt in der neu zu schaffenden Berufsbezeichnung zu erhalten) sind m.E. wenig sachdienlich und hemmen den Fortschritt.

Die Bezeichnung **„Hausarzt“** beinhaltet auf jeden Fall eine chirurgische Grundausbildung (und muß dies auch weiterhin tun): ein Knackpunkt in der jetzigen Internistenausbildung. So, wie sich die chirurgischen Fächer (Chir., Unfallchir., Orthop.) auf einen common-trunk-basierten Vorschlag einigten, sollten dies auch hausärztlicher Fachverband, BDI und die wissenschaftlichen Fachgesellschaften schleunigst realisieren, um dem **Hausarzt** eine Zukunft zu geben.

Europäisches Recht und nationale Vorschriften kollidieren

Schließlich spielt das europäische Recht und die EuGH-Rechtsprechung eine immer größer werdende Rolle. So muß die „spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin“ z.Zt. EU-weit nur eine „mindestens zweijährige Vollzeit-

Anzeige

E | K | B

Rechtsanwälte

Uwe Ehlert
Rechtsanwalt

Vertragsarztrecht
ist mein Tätigkeitsschwerpunkt

Das Vertragsarztrecht umfasst insbesondere die Bereiche:

Honorarkürzung
Arzneimittelregresse
Zulassungsverfahren
Plausibilitätsprüfung
Disziplinarverfahren
Abgabe/Übernahme einer Praxis

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

ausbildung“ umfassen – für mich ein Bärendienst an diesem Fach, das außerhalb Deutschlands, speziell in Großbritannien oder skandinavischen Ländern, einen wesentlich höheren, auch wissenschaftlich wesentlich anerkannteren Stellenwert hat. Von allen Weiterbildungsgängen sind in der Allgemeinmedizin die Unterschiede in der Dauer am stärksten ausgeprägt; so reichen die Zeiten je nach Gesetzgebung bzw. politischem Willen (Wollen?) von zwei Jahren ärztlicher Tätigkeit bis zu fünfjähriger und stark strukturierter Weiterbildung (wie bei uns und in Dänemark)!

Es kollidieren also europäisches Recht (zweijährige allgemeinärztliche Weiterbildung, ausreichend für EU-weite Niederlassung) und nationale Vorschriften, deren Kriterien eigentlich nicht erfüllt werden. Eine zumindest dreijährige (besser: vierjährige) Mindestweiterbildungszeit stellt für mich die unterste Grenze dar; sonst ist an eine fachliche, wissenschaftliche Reputation des Hausarztes gar nicht mehr zu denken. Auch können die oben erwähnten, notwendigen „neuen“ Inhalte in einem zu kurzen Zeitraum kaum vermittelt werden.

Hier sind die hausärztlichen Berufsverbände und Lehrenden der Abteilungen für Allgemeinmedizin an den Universitäten zur Erstellung der inhaltlichen Anforderungskataloge und Definition der benötigten Inhalte – auch und gerade aus der Sicht der ambulanten Praxis heraus – gefordert und gefragt, sich ernsthaft und umgehend an der Diskussion zu beteiligen. Ebenso die Kammer, die ihre Weiterbildungsordnung baldmöglichst den Zeitläuften anpassen muß, um diesen vielleicht sogar voraus sein zu können. Es gilt, Schrittmacherdienste zu leisten, denn Billigheimer und Barfußmediziner sollten wir allein schon aus dem ärztlichen Selbstverständnis heraus nicht protegieren!

Gemeinsame Basisweiterbildung

Der grundsätzliche neue Ansatz bei der Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung ist, daß die Inhalte der Weiterbildung in einem Fach **nicht** mehr identisch sind mit den Inhalten des Gebietes. Das neue Konzept führt also zu einer Weiterbildung **im** Gebiet (anstelle einer Weiterbildung **zum** Gebiet)! Die Facharztweiterbildung stellt nur noch die **wesentliche Teilmenge** des Gebietes dar; innerhalb des Gebietes können/sollen dann weitere Weiterbildungsbausteine erworben werden. Hinzu kommt ein weiterer, wichtiger Beschluß des 103. Deutschen Ärztetages, der den schon erwähnten „common trunk“, also eine strukturelle gemeinsame Basisweiterbildung in dafür geeigneten Gebieten, ermöglicht.

Daraus erwächst allerdings das Grundproblem der Reduzierung von Pflichtinhalten der Facharztweiterbildung zugunsten der Ausweitung fakultativer Weiterbildungsbausteine. Folglich kommt es zu unterschiedlich weitergebildeten Ärzten in **einem** Gebiet – eine Kröte, die die Vertragsärzte – vertreten durch die KV – so nicht schlucken können. Diese befürchtet, uneinheitliche Qualifikationen im gleichen Gebiet führten zu kaum lösbaren Problemen auf der Ebene Qualitätssicherung bei den Verhandlungen mit den Krankenkassen.

Kompromiß zur Konfliktlösung

Der BDA gibt zu bedenken, daß in diesem Baukastensystem hausärztliche WB-Inhalte auch von anderen Fächern erworben werden können; er bezweifelt, daß dadurch eine Nachwuchssicherung in der hausärztlichen Versorgung erreicht wird. Hohe Versorgungsqualität und Strukturierung der Versorgung sind neben dem Ausbau des Faches Allgemeinmedizin an den Universitäten zentrale Forderungen von BDA und DEGAM:

BDI und DEGIM sind am Erhalt der Allgemeinen Inneren Medizin interessiert, um den Zerfall des Faches in Subspezialitäten zu verhindern und den allgemeininternistischen Krankenhaus-Abteilungen den Nachwuchs zu sichern. Und die Hausarzt-Internisten möchten den Namen „Innere Medizin“ sowie ausreichend internistische Inhalte im zukünftigen hausärztlichen Weiterbildungsgebiet erhalten wissen. Für die Kammer ist es wichtig, den Konflikt Allgemeinmedizin/Innere Medizin innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung zu lösen, um beispielsweise zu verhindern, daß die Länder (Aufsicht, Heilberufsgesetze) tätig werden. In der KBV sind immer wieder Stimmen zu hören, die den Wegfall des Allgemeininternisten thematisieren.

Mir erscheint der Kompromiß eines Integrativen Ansatzes zur eigenständigen Qualifikation zum Hausarzt auf der Basis eines common trunk von drei Jahren, ausgehend von einem gemeinsamen Weiterbildungs-Großgebiet, die beste Lösung zu sein. Ergebnis der hausärztlichen Weiterbildung wäre der Facharzt für Allgemeinmedizin und Innere Medizin (= Hausarzt). Der auch befähigt wäre, Stellen in allgemeininternistischen Krankenhausabteilungen zu übernehmen.

Vor allem sollte baldigst eine möglichst endgültige Klärung des Verhältnisses Allgemeinmedizin – allgemeine Innere Medizin erfolgen. Dies aber innerärztlich, auf hohem Niveau qualitätsgesichert, die Struktur der ambulanten Versorgung berücksichtigend und (hoffentlich) EU-geeignet. Unser ärztliches Selbstverständnis muß Billigmedizin und unsere ärztliche Selbstachtung Billigmediziner verhindern!

Martin Leimbeck

Anzeige

Praxisabgabe, was tun?

Wir, Assmus & Lauer Ges. für Praxisvermittlung mbH vermitteln Ihre Praxis schnell und diskret. Anfrage-Datei von Praxissuchenden 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

AKADEMIE FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG UND WEITERBILDUNG DER LÄNDESÄRZTEKAMMER HESSEN

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

ALLGEMEINE HINWEISE

PROGRAMME: Die Akademie muß sich kurzfristige Änderungen vorbehalten. Wir bitten um Verständnis.
ANMELDUNG: Bitte melden Sie sich unbedingt schriftlich in der Akademie an (s.o.).
Bei der Vielzahl der Seminare gilt Ihre Anmeldung als angenommen, wenn wir keine Absage z. B. wegen Überbelegung schicken. Anmeldebestätigungen und schriftliche Zusagen - mit Zahlungsaufforderung - können wir nur bei den Kursen versenden. Beachten Sie bitte jeweils die organisatorischen Angaben, insbesondere zu den Voraussetzungen!
TEILNAHMEGEBÜHREN ab 1.1.2002: (sofern nichts anderes angegeben ist) € 36,-/halber Tag, € 61,-/ganzer Tag für Nicht-Mitglieder der Akademie zu zahlen am Tagungsbüro. Für die Ärzte im Praktikum ist die Teilnahme an AiP-Seminaren kostenlos.
MITGLIEDSCHAFT: Es besteht die Möglichkeit, am Tag der Veranstaltung die Mitgliedschaft zu erwerben. **Ausnahme:** Kurse und Veranstaltungen, für die die Teilnahmegebühr vorher entrichtet werden muß; dann kann die Mitgliedschaft nur mit der Anmeldung beantragt werden, und nur dann gelten die reduzierten Teilnahmegebühren. Der Jahresbeitrag für die Akademiemitgliedschaft beträgt € 77,-.
ÄRZTE IM PRAKTIKUM: Die mit AiP gekennzeichneten Veranstaltungen werden a u c h 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

Bewertungskriterien s. HÄ 3/2002

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!

Akkreditierung von Veranstaltungen
Die Fortbildungspunkte für das Ärztekammer - Zertifikat vergibt ***n u r*** die Landesärztekammer/Akademie. Der wissenschaftliche Leiter (Arzt) einer Veranstaltung beantragt bei der Akademie in Bad Nauheim die Zertifizierung ***mindestens 6 Wochen vor dem Veranstaltungs-Datum bzw. vor dem Programmdruck unter Vorlage des vollständigen Programms.*** Weitere Informationen erhält er dann von der Akademie.

I. SEMINARE/VERANSTALTUNGEN ZUR PERMANENTEN FORTBILDUNG

INNERE MEDIZIN

AIP
7 P

65. Fortbildungskongreß

Innere Medizin – Updates 2002

Samstag, 15. Juni 2002, 9 c.t. bis ca. 17 Uhr, Bad Nauheim
Tagungsort: Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, **Kongreß-Saal**, Carl-Oelemann-Weg 28
Beginn der strukturierten fachspezifischen Fortbildung Innere Medizin

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

Updates aus den Schwerpunkten

Vorsitz: Prof. Dr. med. K. Genth, Frankfurt a.M.

Kardiologie
Prof. Dr. med. B. Wüsten; Dr. med. C. Hamm, Bad Nauheim
Pneumologie
Prof. Dr. med. H. G. Velcovsky, Gießen
Nephrologie
Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Fulda
Angiologie
Prof. Dr. med Viola Hach-Wunderle, Frankfurt a.M.
Prof. Dr. med. C. Diehm, Karlsbad

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

Onkologie und Hämatologie
Prof. Dr. med. A. Neubauer, Marburg
Endokrinologie
Prof. Dr. med. R. G. Bretzel, Gießen
Rheumatologie
PD Dr. med. W. Marhoffer, Wiesbaden
Gastroenterologie
Prof. Dr. med. W. Rösch, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. med. K. Haag, Frankfurt-Höchst
Abschlußdiskussion- Schlußwort
Prof. Dr. Dr. h. c. mult. H.-G. Lasch, Gießen

Selbstevaluation (Fragebogen) **s. HÄ 4/2002**

Strukturierte fachspezifische Fortbildung Innere Medizin

Nach den Sommerferien werden wir mit den vertiefenden Seminaren zur systematischen fachspezifischen Fortbildung in der Inneren Medizin beginnen. Innerhalb von eineinhalb bis zwei Jahren wollen wir alle Teilgebiete bunt gemischt in Mittwochnachmittag-Seminaren durcharbeiten. Wir richten uns damit sowohl an Fachärzte für Innere Medizin, die ihr Wissen auffrischen wollen, als auch an junge Ärzte in Weiterbildung zu diesem Facharzt ab AiP.

Veranstaltungsort ist die Akademie in **Bad Nauheim** (s. Beitrag von Prof. Lasch in HÄ 4/2002).

Die Vorbereitungen haben begonnen. Weitere Einzelheiten werden wir im nächsten Heft bekanntgegeben.

Anmeldung:
Bitte melden Sie uns schriftlich formlos Ihr Interesse

ÄRZTLICHE PRAXIS UND QUALITÄTSZIRKEL

Sektion Allgemeinmedizin **4 P**

Palliativmedizin

Mittwoch, 05. Juni 2002, 15 bis 17 Uhr, Bad Nauheim
Leitung: Dr. med. G. Vetter, Dr. med. H. Herholz, Frankfurt a. M.

Die Sektion und die Stabstelle Qualitätssicherung der KV Hessen bieten in diesem Jahr Fortbildungsveranstaltungen auf der Basis der Qualitätszirkel an. Dabei wollen Mitglieder von Qualitätszirkeln zu den vorgesehenen Themen und nicht beteiligte niedergelassene Ärzte gemeinsam überlegen, was sich aus den Qualitätszirkeln in die Praxis umsetzen läßt, wie dies geschehen kann, und ob z. B. die erarbeiteten Leitlinien für die Praxis genügen. *Kein Kostenbeitrag!*

Im Herbst folgt ein weiterer Termin.

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude **Raum Wetterau**, Carl-Oelemann-Weg 7
Anmeldungen: Bitte *schriftlich* an die Akademie, z. Hd. Frau Zinkl Fax: 06032 / 782-229 **E-mail:** adelheid.zinkl@laekh.de

ÄRZTLICHES BERUFSRECHT

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

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

Mittwoch, 22. Mai 2002, 9 c. t. bis 17 Uhr, Bad Nauheim
Leitung: Prof. Dr. med. E.-G. Loch, Bad Nauheim
Dr. med. M. Popović, Frankfurt a. M.

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, **Kongreß-Saal**, **Auskunft und Anmeldung** an die LÄK Hessen, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt a. M. z. Hd. Frau Lampmann **s. HÄ 4/ 2002**

ETHIK- FALLSEMINARE

Ärztliche Gutachten-psychosoziale Entscheidungsprobleme

AIP 4 P

Sektion Öffentliches Gesundheitswesen

Mittwoch, 15. Mai 2002, 15 s.t. bis 19 Uhr, Bad Nauheim
Leitung: PD Dr. med. U. Niemann, Frankfurt a. M.
Dr. med. Hellen Vallerian-Gerhards, Frankfurt a. M.

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 Wertehorizont bearbeiten; eigene Fälle der Teilnehmer haben Vorrang.

Weitere Termine:

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

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude, **Raum Wetterau**
Teilnahmegebühr: € 40/ Seminar (Akademiemitglieder und AiP frei)
Anmeldungen: Bitte *schriftlich* an die Akademie, z.Hd. Frau Schmidt

MEDIZIN IN DER WELTLITERATUR

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

Montesquieu "Lettres Persanes"
Mittwoch, 25. September 2002

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

Teilnahmegebühr: € 10,- pro Abend
Anmeldung: Bitte *schriftlich* an die Akademie, Frau Rieck, Frau Zinkl, Fax: 0 60 32 / 7 82-2 20

NUKLEARMEDIZIN

Qualitätsmanagement bei Radiosynoviorthese (RSO)

4 P

Samstag, 4. Mai 2002, 9.30 bis 13 Uhr, Wiesbaden

Workshop für therapeutisch tätige Nuklearmediziner

Leitung: Prof. Dr. med. J. Spitz, Wiesbaden
Moderation: Dr. med. Ch. Franke, Hamburg

Tagungsort: Dorint-Hotel, Auguste-Viktoria Straße

PHARMAKOTHERAPIE/PÄDIATRIE

Pharmakotherapiekurs

Arzneimitteltherapie in der Pädiatrie

AIP 4 P

Sektion Klinische Pharmakologie

Samstag, 15. Juni 2002, 9 s.t. bis 13 Uhr, Bad Nauheim
Leitung: Prof. Dr. med. H. W. Seyberth, Marburg

Verschreibung von nicht zugelassenen Medikamenten in der ambulanten Versorgung von Kindern: Dr. med. Reinhild Bücheler, Tübingen; **Präparation oraler Darreichungsformen und spezielle Dosierung für Kinder von Kliniksapotheken in Deutschland**: Dr. med. C. Brochhausen, Dr. med. U. Berger, Marburg; **Netzwerk in der Pädiatrie zwischen Praxen und Universitäts-Kinderkliniken am Beispiel des Impfnetzes in Mainz**: PD Dr. med. P. Habermehl, Mainz; **Arzneimittelanwendung außerhalb der Regelversorgung und neue Aspekte für die Arzneimittelauswahl (z. B. aut item)**: Prof. Dr. med. G. Glaeske, Bremen *Selbstevaluation (Fragebogen)*

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

PSYCHOSOMATIK

8. Curriculum

Psychosomatische Grundversorgung

Sektion Psychiatrie – Psychosomatik, Psychotherapie

Freitag, 31. Mai bis Sonntag, 02. Juni 2002
Leitung: Prof. Dr. med. W. Schüffel, Marburg
Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.

Themen:

A. Dermatologische Erkrankungen, gynäkologische Erkrankungen; Verläufe; Balintgruppenarbeit
B. Streßbewältigung; PDSD akut/chronisch. Salutogenetisches Potential Haupttherapieverfahren in der Psychotherapie.Indikation und Prognose psychosomatischer Interventionen mit Anleitung zu integrativ-stationärer Behandlung

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude, **Raum Wetterau**
nächster Termin 06.07.2002, 9 bis 18.15 Uhr
Auskunft und *schriftliche* **Anmeldung** an die Akademie, Frau C. Lepka

ZUR ERINNERUNG

Samstag, 04. Mai 2002, finden in Bad Nauheim statt:

Neue Leitlinien in der Pneumologie: COPD, Pneumonie, Sauerstoff- und Inhalationstherapie **AIP 4 P**
Sektion Lungen- und Bronchialheilkunde
Leitung: Prof. Dr. med. G. Goeckenjan, Immenhausen

Neues aus der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie **4 P**
Sektion Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Leitung: Prof. Dr. Dr. K. Bitter

Neuropathien in der Praxis - Klinik, Diagnostik, Therapie **4 P**
Sektion Neurologie
Leitung: Prof. Dr. med. P.-A. Fischer, Frankfurt a. M.

s. HÄ 4/2002

IMPFKURS
Zur Berechtigung der Impftätigkeit

-Sektion Öffentliches Gesundheitswesen- **10 P**

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

Tagungsort: Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Akademiegebäude, **Blauer Hörsaal und Gruppenräume,** Carl-Oelemann-Weg 7
Teilnahmegebühr: € 141,— (Akademiemitglieder: € 102,—)
Auskunft und Anmeldungen: Bitte *schriftlich* an die Akademie, z. Hd. Frau E. Hiltscher, Fax 0 60 32/ 7 82-2 29
E-mail: edda.hiltscher@laekh.de

MEDIZINISCHE INFORMATIK
Fort- und Weiterbildungskurs (280 Stunden)

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 **HÄ 4/ 2002**

Anfragen an die Akademie, Frau H. Cichon, Tel.: 0 60 32/7 82-213, Fax: 0 60 32/7 82-220; E-mail: heike.cichon@laekh.de

NOTFALLMEDIZINISCHE FORTBILDUNG

Notdienstseminar **AIP** **16 P**
Termine: 14./15. und 28. September 2002 in Bad Nauheim
verschoben auf 26./27. Oktober und 9. November 2002

Der vollst. Besuch wird als 1 Ausbildungsseminar für ÄiP anerkannt.
Teilnahmegebühr: € 128,- (Akademiemitglieder: kostenfrei)
Bitte die Zahlungsaufforderung abwarten!

Seminare „Fachkundenachweis Rettungsdienst"
Termine: 22. bis 26. Oktober 2002 in **Wiesbaden** **41 P**

Vormerkungen bzw. Anmeldungen ohne Unterlagen gelten nicht, unvollständige Unterlagen müssen wir zurückschicken.
Teilnahmegebühr: € 410,- (Akademiemitglieder: € 335,-)

Seminar „Leitender Notarzt"
Termin: 16. bis 19. November 2002 in **Kassel** **34 P**

Wiederholungsseminar „Leitender Notarzt"
Termin: 19. und 20. Oktober 2002 in **Kassel** **13 P**

Wiederholungsseminar „Leitender Notarzt"
Der Termin in Wiesbaden wird noch bekannt gegeben **9 P**
Anmeldung: Bitte *schriftlich* an die Akademie, Frau V. Wolfinger

MEGA-CODE-TRAINING

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: 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!

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

Gießen

***INFORMATIONSKURS** (8-stündige Unterweisung)* **6 P**
Samstag, 15. Juni 2002, ganztägig

GRUNDKURS **21 P**
Termin: Samstag/Sonntag, 07./08.September 2002*, ganztägig

SPEZIALKURS **21 P**
Termin: Samstag/Sonntag, 02./03. November 2002*, ganztägig
***+** in der folgenden Woche **1 Nachmittag** - nach Wahl - für Praktikum und Prüfung

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 (ÄiP: keine Ermäßigung)
Grund- und Spezialkurs: je € 255 (ÄiP € 200);
Akademiemitglieder € 205 (ÄiP € 150)
Bitte nur schriftliche Anmeldungen an die Akademie, Frau E. Hiltscher Fax 0 60 32/ 7 82-2 29

SPEZIELLE SCHMERZTHERAPIE (80 Stunden)

Dieser Kurs dient dem Erwerb der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie".

Der im April begonnene Kurs -s. HÄ 3/2002- ist belegt.
Bitte melden Sie uns schriftlich Ihr Interesse Fax: 06032 / 782-229
E-mail: adelheid.zinkl@laekh.de

ULTRASCHALLKURSE
nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der DEGUM

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

Aufbaukurs **21 P**
Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße
Theoretischer Teil: **Do. 13. 06. 2002, 16 bis 20 Uhr**
Fr. 14. 06. 2002, 9 bis 17 Uhr
Praktischer Teil: **Sa. 15. 06. 2002, 9 bis 17 Uhr**
Kursgebühr: € 330,- (Akademiemitglieder € 286,-)

Abschlusskurs **17 P**
findet im November 2002 statt

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

Abschlusskurs **25 P**
Theoretischer Teil:
Sa. 02. 11. 2002; 9 bis 18 Uhr, Bad Nauheim
Praktischer Teil: Termine auf Anfrage
Kursgebühr: € 205,- (Akademiemitglieder € 189,-)

Auskunft und Anmeldung an die Akademie, z. Hd. Frau M. Jost, Tel. 0 60 32/ 7 82-201 (Di.– Do.) E-mail: marianne.jost@laekh.de

VERKEHRSMEDIZINISCHE BEGUTACHTUNG (16Stunden Kurs)

Freitag/ Samstag, 14./15 Juni 2002, Bad Nauheim **10 P**

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

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

- Vorläufiges Programm –

Freitag, 14. Juni 2002, 13 s.t. bis 18 Uhr
Begrüßung und Einführung in die Problematik: Prof. Dr. med. H. Bratzke; Regelungen der Fahrerlaubnisbehörde / Führerscheinklassen: W. Schwab, Friedberg; FeV / Gutachter: Prof. Dr. med. H. Bratzke; Fahrtauglichkeit bei Diabetes und Stoffwechselerkrankungen: Dr. med. H. Finck, Fulda, Fahrtauglichkeit bei Herz-Kreislauferkrankungen und Bluthochdruck: Dr. med. C. Siegert, Bad Nauheim.

Samstag, 15. Juni 2002, 9 c.t. bis 18.30 Uhr
Neurologische Erkrankungen und Fahrtauglichkeit: Dr. med. G. Klös, Frankfurt a. M.; Psychiatrische Erkrankungen und Fahrtauglichkeit: Dr. med. Ch. Meyer, Bensheim; Drogen und Drogenersatzstoffe und Fahrtauglichkeit. Rechtliche Grundlagen. Wirkungen, Nachweise: Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. habil. G. Kauert, Frankfurt a. M.; Alkohol und Fahrtauglichkeit. Rechtliche Grundlagen, Wirkungen, Nachweis von Mißbrauch und Abhängigkeit: Prof. Dr. med. H. Bratzke; Das Wiener-Testsystem (mit praktischen Vorführungen): Dr. med. Ch. Meyer;

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, **Blauer Hörsaal**
Teilnahmegebühr (bitte erst nach Anforderung zahlen!): Nichtmitglieder der Akademie € 166, Akademiemitglieder € 89, arbeitslose Nichtmitglieder € 128. Bei vorheriger Absage müssen wir einen Verwaltungskostenanteil von € 13 einbehalten, bei Nichtteilnahme die gesamte Gebühr.
Anmeldung bitte nur *schriftlich* an die Akademie, z. Hd. Frau R. Heßler, Fax: 0 60 32 / 782-229 **E-mail:** renate.hessler@laekh.de

FORTBILDER FÜR FORTBILDER

Motivierte und motivierende Fortbildung

Für Interessenten an didaktischer Schulung mit Schwerpunkten Rhetorik, Nutzung von (elektronischen) Medien finden regelmäßig Veranstaltungen statt, die nicht nur unseren Referenten offenstehen, sondern von allen interessierten Ärzten genutzt werden können.

Moderatoren-Training (Der Kurs kann nur insgesamt belegt werden).
Qualifikation zum Moderator von Qualitätszirkeln nach SGB V **24 P**
Leitung: Dr. rer. nat. K. Nestel, Gau-Algesheim
Termine: **07.05., 18.06., 16.07., 17.09, 15.10. und 12.11.2002** (jeweils Dienstag, 17.30 bis ca. 21 Uhr).
Tagungsort: Frankfurt a. M., Stadtgesundheitsamt, Braubachstraße
Teilnahmegebühr: € 276,-; **Teilnehmerzahl:** mind. 12

Die Akademie bietet wieder an sechs aufeinander aufbauenden Seminarabenden ein Training, insbesondere zum Moderator von Qualitätszirkeln im Sinne der Qualitätssicherung nach SGB V, an. Gesucht sind Ärztinnen und Ärzte, die später Qualitätszirkel übernehmen oder einrichten wollen, aber auch für ihre berufliche Tätigkeit davon profitieren wollen.

Übersicht der Trainingsinhalte:
Erwartungen und Vorbehalte der Teilnehmer. Was ist Qualität in der Medizin? Organisation und Gestaltung von QZ. Wie gelingt Kommunikation? Umgang mit Aggressionen, Moderieren im QZ, Protokolltechniken, von Protokollen zu einer Leitlinie, Schritte zur systematischen Bearbeitung eines Falles / Themas / Krankenbildes.
Vorteile des Kursablaufs: Begleitend zur beruflichen Arbeit; es ist kein Wochenende nötig, so kann das Gelernte mental verarbeitet werden, und bis zum nächsten Mal können erste Erfahrungen gesammelt werden. Zeit für persönliche Fragen, Möglichkeit der Nacharbeit, falls Sie einmal verhindert sind. Schriftliche Unterlagen.

Dias – Powerpoint **9 P**
Die Powerpoint-Präsentation wird erlernt und geübt
Leitung: Dr. med. St. Rosenbrock, Darmstadt
Termin: **Samstag, 08. Juni 2002**
Tagungsort: Bad Nauheim, Akademie **Mindestteilnehmerzahl: 12**
Teilnahmegebühr: € 189,- (Akademiemitglieder € 112,-)

Rhetorik - Kommunikation **13 P**
Leitung: Dr. rer. pol. Katja Ahlstich, Gau-Algesheim
Termin: **Sa./ So., 28./ 29. September 2002**
Tagungsort: Bad Nauheim, Akademie
Teilnahmegebühr: € 123,-

Internet für Ärzte - mit praktischer Arbeit am PC - **17 P**
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,-)

Anmeldungen:
Bitte *schriftlich* an die Akademie z. Hd. Frau U. Dauth
E-mail: ursula.dauth@laekh.de

III. WEITERBILDUNG

KURS-WEITERBILDUNG ALLGEMEINMEDIZIN

(Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin)

Auf unsere langfristige, mehrfache Anfrage, wer welches Seminar zur Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin nach der alten Weiterbildungsordnung (240 Std.) benötigt, sind so wenige Anmeldungen bei uns eingegangen, daß wir nicht noch einmal den Kurs durchführen können.
Von diesem Jahr an bieten wir nur noch die 80-stündige Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin nach der neuen Weiterbildungsordnung an. Wir haben aber mit der Weiterbildungsabteilung unserer Kammer vereinbart, daß bis auf weiteres die Teilnahme an den **Blöcken 1, 14, 16, 18** auch noch für die 240-stündige KWA anerkannt wird. Wir haben erfahren, daß einzelne Kammern noch länger die alte Kurs-Weiterbildung anbieten, zumindest teilweise. Eine aktuelle Übersicht erhalten Sie von der Bundesärztekammer in Köln (Tel. 0221/4004-0).

KWA –80 Stunden

Block 16 **24.-26.05.2002** „Psychosomatische Grundversorgung (Teil 1)" (20 Stunden)
Block 17 **20.-22.09.2002** „Psychosomatische Grundversorgung (Teil 2)" verbale Interventionstechniken (20 Stunden)
Block 18 **26./27.10.2002** „Allgemeinärztl. Besonderheiten der Arzneibehandlung" (12 Stunden)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen.

Teilnahmegebühr: bis auf weiteres € 26 für den halben Tag (4 Std.), € 41 für den ganzen Tag (8 Std.), € 67 für 12 Std.-Tage.
Anmeldung: Die *schriftliche Anmeldung* ist erforderlich.
Auskünfte: Wenn Sie Fragen zu der theoretischen Kurs-Weiterbildung haben, wenden Sie sich bitte an die Akademie, Frau Heßler, Tel. 0 60 32/ 782203. **Zum persönlichen Weiterbildungsgang:** LÄK Hessen, Abt. Weiterbildung, Tel. 0 69/ 97 67 2-0.

Kurse ARBEITSMEDIZIN und SOZIALMEDIZIN

Sektion 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 **20 P**
Grundkurs: **GKII** 14.10. bis 25. 10. 2002
Aufbaukurs: folgt 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, 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

Ev. Krankenhaus Elisabethenstift

15.5.2002, 15.15 Uhr: Besprechungsraum der Klinik für Innere Medizin, Gebäude A, Ebene E, Raum 05, Ev. Krankenhaus Elisabethenstift, Landgraf-Georg-Str. 100, Darmstadt. **„Klinische Relevanz und therapeutischen Einsatz von D-Dimer."** PD Dr. K.-E. Dempfle, Mannheim. Auskunft: Prof. Dr. W. Schneider. Tel. (0 61 51) 4 03 10 01. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Ärztlicher Kreisverein Bergstraße

22.5.2002, 20.00 – 23.00 Uhr: Kongreßzentrum Alleehotel Europa, Europa Allee 45, Bensheim. **„Symposium: Schilddrüsenerkrankungen - Pathophysiologie, Differentialdiagnostik und Therapie."** PD Dr. T. Schilling, Heidelberg; Prof. Dr. Welcke, Marburg. Auskunft: Dr. Jürgen Merke. Tel. (0 62 51) 13 20. **AiP 3P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Ärztlicher Kreisverein Darmstadt

28.5.2002, 20.15 Uhr – 21.30 Uhr: Fa. Merck, Frankfurter Str. 250, Darmstadt. **„Aktuelle Entwicklungen in der Therapie rheumatischer Erkrankungen."** Prof. Dr. H.-P. Tony, Würzburg. Auskunft: Frau Knieß. Tel. (0 61 51) 37 36 26.AiP **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Alice-Hospital

3.6.2002, 18.00 Uhr: Cafeteria des Alice-Hospitals, Dieburger Str. 144, Darmstadt. **„Notfälle in der Gynäkologie."** Dr. Böttger. Auskunft: Dr. A. Mortazawi. Tel. (0 61 51) 7 73 73. **AiP 2P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Klinik Auerbach, Bensheim

8.6.2002, 9.00 Uhr s.t. – ca. 13.00 Uhr: Schloß Auerbach. **„Aktuelle Rheumatologie 2002."** Auskunft: Sekretariat Dr. H. M. Wisseler. Tel. (0 61 51) 70 51 49.

Klinikum Darmstadt

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

Kreiskrankenhaus Erbach/Odw.

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

Balintgruppe

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

Balintgruppe

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER FRANKFURT

7.5.2002, 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.

16.5.2002, 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: **„Schmerztherapeutische Ansätze bei Dorsalgien."** Dr. Benedikt Eberhard. Auskunft: Dr. Benedikt Eberhardt. Tel. (069) 463738 oder 13 37 69 66. **2P**

Journal Club der Klinik für Strahlentherapie

Hörsaal Ef 93 des Hauses 23 der Universitätsklinik Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7, jeweils 17.00 – 18.00 Uhr.

7.5.2002: **„Indikationen und Ergebnisse der Radiotherapie beim Schilddrüsenkarzinom."** Prof. Dr. Marie-Luise Sautter-Bihl, Karlsruhe.

4.6.2002. **„Aktuelle Perspektiven der Radiotherapie beim Magenkarzinom."** Prof. Dr. Michael J. Eble, Aachen.

Auskunft: Prof. Dr. H. D. Böttcher. Tel. (0 69) 63 01 59 14.

Paul-Ehrlich-Institut

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

7.5.2002, 14.15 Uhr: **„Biochemie und Funktion von Sialinsäuren in Glykoproteinen."** Prof. Dr. Roland Schauer, Kiel.

22.5.2002, 16.30 Uhr: **„The Innate and Adaptive Immune Response to Leishmania major: The Role of NO Synthases, NADPH Oxidases and Tyk2 kinase."** Prof. Dr. Christian Bogdan, Nürnberg.

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

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Wiederbelebung

8.5.2002, 18.00 – 19.30 Uhr: Haus 23 B, Kleiner Hörsaal, 1. Stock, Universitätsklinikum Frankfurt. **„Anästhesie bei endokrinologisch-neurochirurgischen Eingriffen."** Prof. Dr. U. Börner, Köln. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Paul Kessler. Tel. (0 69) 63 01 58 67.

Onkologischer Arbeitskreis Hanau e.V.

8.5.2002, 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**

Nephrologisches Mittwochsseminar

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

8.5.2002. Kliniksinterne Pflichtveranstaltung zu Umbaumaßnahmen im Haus 23B.

22.5.2002: **„Update in Gefäßzugängen für Dialysepatienten."** Prof. Dr. T. Schmitz-Rixen.

29.5.2002: **„Angiotensin agonistische Antikörper nach Nierentransplantation."** Dr. D. Dragun, Berlin.

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

Klinikum Offenbach

Klinikum Offenbach, Starkenburgring 66, Offenbach.

8.5.2002: **„Gefäßforum."** Auskunft: Sekretariat PD Dr. N. Rilinger Tel. (0 69) 84 05 42 80. **2P**
22.5.2002, 19.00 Uhr: Kempinski Hotel Gravenbruch. **„3. Offenbacher**

Unfallseminar: Winkelstabile Plattenosteosynthesen – Fortschritte in der operativen Frakturbehandlung." Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. R. Hoffmann. Tel. (0 69) 84 05 39 80. **AiP**

Ethik in der Medizin

Kursraum, Senckenbergisches Institut für Geschichte der Medizin, Haus 49 des Universitätsklinikums, jeweils 16.15 – 17.45 Uhr. **Konfliktfelder im klinischen Alltag.**

8.5.2002: **„Gendiagnostik in der Medizin – Wie weit dürfen wir gehen?"** Dr. Stephan Sahm. **AiP 2P**

15.5.2002: **„Männergesundheitsberatung."** PD Dr. Ralf Bickeböller, Dr. Oliver Busch. **AiP 2P**

22.5.2002: **„Ethische Probleme der Forschung an Kindern."** Prof. Dr. Volker von Loewenich. **AiP 2P**

29.5.2002: **„Der Patient und sein Hausarzt – ethische Herausforderungen im Alltag."** Prof. Dr. Klaus Jork. **AiP 2P**

5.6.2002: **„Das Steinschnittverbot im hippokratischen Eid: medizinhistorische und ethische Aspekte aus der Sicht des Chirurgen."** Prof. Dr. Michael Sachs. **AiP 2P**

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

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Frankfurter Psychoanalytisches Institut

Frankfurter Psychoanalytisches Institut, Wiesenau 27-29, Frankfurt.

14.5.2002, 20.15 – 21.45 Uhr: **„Spezifische Aspekte der Bikulturalität in der Betreuung, Beratung und Behandlung von Migranten."** Dipl.-Psych. Mahrokh Charlier, Dr. Fakhri Khalik.

25.5.2002, 9.45 – 15.00 Uhr: **„Psycho-bio-soziale Aspekte des Alterns – Patienten im höheren und hohem Lebensalter."** Dipl.-Psych. Christiane Schrader. **5P**

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

Rhein-Main-Arbeitsgemeinschaft für Nephrologie

14.5.2002, 18.15 Uhr: Hörsaal II, Haus 23B, Universitätsklinikum Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. **„Reisemedizin und Impfungen bei nierenkranken Patienten."** Prof. Dr. J. Knobloch, Tübingen. **„Neue Strategien in der Prävention und Therapie der CMV-Infektion nach Transplantation."** Prof. Dr. H: Einsele Tübingen. Vorstellung von Forschungsprojekten aus den Universitäten Mainz und Frankfurt (Nephrologie.) Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Geiger. Tel. (0 69) 63 01 55 55.

Krankenhaus Sachsenhausen

15.5.2002, 18.30 – 20.15 Uhr: Krankenhaus Sachsenhausen, Schulstr. 31, Frankfurt. **„Stellenwert von niedermolekularem Heparin in der Inneren Medizin." „Akute Koronarsyndrome und Vorhofflimmern."** PD Dr. H. Omran, Köln. **„Prophylaxe und Therapie venöser Embolien."** PD Dr. R. Bauersachs, Frankfurt. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. R. Hopf. Tel. (0 69) 6 60 50. **AiP**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Neurologisches Mittwochsseminar

15.5.2002, 18.15 Uhr: Seminarraum der Klinik für Neurologie, Haus 95, 4. Stock, Schleusenweg 2-16, Frankfurt-Niederrad. **„Moderne vestibuläre Diagnostik – vom Hightech-Labor zum Krankenbett."** Prof. Dr. Michael Fetter, Karlsbad-Langensteinbach. Auskunft. Sekretariat Prof. Dr. Steinmetz. Tel. (0 69) 63 01 57 69.

Kinder- und jugendpsychiatrische Seminare

15.5.2002, 18.00 Uhr s.t. – 19.00 Uhr: Seminarraum im Haus 92, Deutschordenstraße 50, Frankfurt. **„Trauer und Einsamkeit bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen körperlichen Krankheiten."** PD Dr. Renate Voll, Neckargemünd. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. F. Poustka. Tel. (0 69) 63 01 58 48.

Clementine Kinderhospital Dr. Christ'sche Stiftung

15.5.2002, 16.00 Uhr: Museum für angewandte Kunst (mak), Schaumainkai 17, Frankfurt. **„Symposium: Juvenile rheumatoide Arthritis – Schwerpunkt: pädiatrische Rheumatologie." „Neue Konzepte zur Therapie der juvenilen idiopathischen Arthritis."** Prof. Dr. Jürgen Dippell. **„Verlaufsformen und Komplikationen des Morbus Still."** Dr. Christoph Rietschel. Auskunft: Sekretariat Prof. Dippell. Tel. (0 69) 94 99 22 17.

Forschungsseminar/Mittwochskolloquium

Hörsaal des Zentrums der Psychiatrie, Heinrich-Hoffmann-Str. 10, Frankfurt.

15.5.2002, 15.00 Uhr s.t.: **„Das therapeutische Zyklusmodell als Methode der Prozeßforschung in Psychotherapien."** Prof. Dr. Mergenthaler, Ulm.

22.5.2002, 18.00 Uhr s.t.: Kolpinghotel, Lange Str. 26, Frankfurt. **„Depression: Zwischen-T-Raum – Vortrag und Performance."** Prof. Dr. Müller-Oerlinghausen, Berlin; Claudia Berg, Berlin.

29.5.2002, 18.00 Uhr s.t.: **„Psychoonkologische Versorgungsmodelle."** Dr. A. Werner, Mainz. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. G. Overbeck. Tel. (0 69) 63 01 -

Zentrum der Dermatologie und Venerologie

22.5.2002, 17.00 Uhr: Hörsaal 1, Haus 23, Hauptgebäude der Universitätsklinik, Theodor-Stern-Kai 7, 69590 Frankfurt. **„Das maligne Melanom – Aktuelle Diagnostik und Therapie."** Schriftliche Anmeldung: an Prof. Dr. R. Kaufmann. **AiP**

Neuro-Orthopädisches Reha-Zentrum Bad Orb

5.6.2002, 16.00 – 18.00 Uhr: Vortragssaal Parterre, Spessartstr. 20, Bad Orb. **„Notfallmanagement bei akutem Hirninfarkt."** Dr. Klotz, Fulda. Auskunft: Sekretariat PD Dr. M. E. Westarp. Tel. (0 60 62) 80 82 12. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Qualitätszirkel Palliativmedizin

29.5.2002: 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.

Rhein-Main-AG für Endokrinologie, Diabetes und Stoffwechsel

5.6.2002, 17.00 – 19.00 Uhr: Hörsaal I, großer Hörsaal, Haus 23B, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. **„Medulläres (C-Zell-) Karzinom der Schilddrüse."** Prof. Dr. Frank-Raue, Heidelberg; Prof. Dr. F. Grünwald, Frankfurt; Prof. Dr. R. Wahl, Frankfurt. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. K.-H. Usadel. Tel. (0 69) 63 01 53 96. **2P**

Rhein-Main Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie

5.6.2002, 17.30 Uhr: Kleiner Hörsaal, Haus 23, Universitätsklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, Frankfurt. **„Gastrointestinale Motilität."** V. Eckardt, Wiesbaden; S. Müller-Lissner, Berlin; B. Braden, Frankfurt. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. W. F. Caspary. Tel. (0 69) 63 01 51 22.

Zentrum der Inneren Medizin, Universitätsklinikum

5.6.2002, 18.00 – 20.00 Uhr: Arabella Sheraton Grand Hotel, Raum Stoltze, Konrad-Adenauer-Str. 7, Frankfurt. **„Zytokine bei viralen und onkologischen Erkrankungen."** Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Lothar Bergmann. Auskunft: Sekratariat Prof. Begmann. Tel. (0 69) 63 01 51 21. **AiP 2P**

Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Frankfurt / Asklepios Neurologische Klinik Falkenstein

8.6.2002, 9.25 – ca. 13.15 Uhr: Maritim Hotel, Theodor-Heuss-Allee 3, Frankfurt. **„Pathogenese und Diagnostik der Multiplen Sklerose."** Leitung: Prof. Dr. H. Steinmetz. Auskunft: PD Dr. Ulf Ziemann. Tel. (0 69) 63 01 57 39.

Deutsches Orthopädisches Geschichts- und Forschungsmuseum e.V.

8.6.2002, 9.30 – 16.30 Uhr: Hörsaal der Orthopädischen Universitätsklinik Stiftung Friedrichsheim, Marienburgstr. 2, Frankfurt. **„Symposium: Erst- und Frühbeschreibungen orthopädischer Krankheitsbilder – Syndrome und Erstbeschreibungen – Persönlichkeiten – Diagnostik und Therapie orthopädischer Krankheitsbilder - Heilanstalten."** Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. L. Zichner, Dr. M. Rauschmann, Prof. Dr. K.-D. Thomann. Auskunft: Dr. Georg Holfelder. Tel. (0 69) 6 70 53 77. **AiP 6P**

AG für die Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Geschäftsstelle der AGPT, Stresemannallee 11, Frankfurt.

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

Zusatzbezeichnung Psychotherapie. Semesterbeginn 8.4.2002.

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

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, Humboldstr. 25, Frankfurt. **Autogenes Training – Grundkurs.** **16P**

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

Qualitätszirkel tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Mittwochs, 1 x monatlich, 20.00 – 21.30 Uhr in Frankfurt-Hausen am 8.5.2002. Auskunft: Dr. Cordula Damm. Tel. (0 69) 76 20 18. **4P**

BEZIRKSÄRZTEKAMMER GIESSEN

Pneumologische Klinik Waldhof Elgershausen

10.5.2002, 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

Kreiskrankenhaus Schotten

15.5.2002, 18.30 Uhr: Bibliothek des Kreiskrankenhauses Schotten, Außenliegend 13, Schotten. **„Interdisziplinäre Schmerzkonferenz mit Patientenvorstellung."** Auskunft: Praxis Dr. Viola Rippin. Tel. (0 60 45) 95 38 57.

Kerckhoff Klinik Bad Nauheim

15.5.2002, 18.00 – 20.00 Uhr: Spiegelsaal des Kurhauses, Nördlicher Park 16, Bad Nauheim. **„Diabetes und koronare Herzerkrankung."** Leitung: Prof. Dr. Chr. Hamm, Prof. Dr. A. Zeiher. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Hamm. Tel. (0 60 32) 96 22 02. **AiP 2P**

Neurologische Klinik des Universitätsklinikums Gießen

15.5.2002, 17.00 – 19.00 Uhr: Hörsaal Chirurgie, Rudolf-Buchheim-Str. 7, Gießen. **„Kopfschmerzen: primäre und sekundäre Syndrome – Diagnostische Kriterien – Differentialdiagnosen - Therapie."** Prof. Dr. H.-C. Diener, Dr. E. Stolz. In Zusammenarbeit mit der Bezirksärztekammer Gießen. Auskunft: Sekretariat Dr. A. Wirbatz. Tel. (06 41) 9 94 53 03. **AiP 2P**

Psychiatrische Klinik des Universitätsklinikums Gießen

5.6.2002, 18.00 – ca. 21.00 Uhr: Hörsaal des Psychiatrischen Klinik, Am Steg 22, Gießen. **„Was gibt es Neues in der Psychiatrie? – Alterdepression – Integriertes teilstationäres Zentrum (ITZ) – Schlafstörungen im Alter."** Dr. Stefan Redies, Bernd Hanewald, Dr. Michael Hahn. In Zusammenarbeit mit der Bezirksärztekammer Gießen. Auskunft: Sekretariat von C. Simonow. Tel. (06 41) 9 94 57 03. **AiP**

Qualitätssicherung in der Geburtshilfe, Neonatologie und operativen Gynäkologie

5.6. 2002, 15.00 Uhr: Blauer Hörsaal der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 7, Bad Nauheim.

‚Regionale Unterschiede operativer Verfahren in der Gynäkologie in Hessen' P. Hessler, Frankfurt

‚Prävention von neonataler Hirnblutung und Sepsis < 32 W. aus geburtshilflich-perinatologischer Sicht' M. Gonser, Wiesbaden

‚Early-Onset-Sepsis: Auswertungen aus einem länderübergreifenden Datenpool der Neonatalerhebung' S. Stoll-Becker, Gießen

‚Gehört die Zange ins Museum? Analyse der Daten aus der Hessischen Perinatalerhebung zur Forceps-Entbindung' W. Künzel, Gießen; B. Misselwitz, Eschborn

Leitung: W. Künzel, Gießen, L. Gortner, Gießen

Veranstalter: Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen, Eschborn. Tel. (0 61 96) 40 99 73

Anerkannte Fortbildungsveranstaltung der LÄK.

Hessischer Ärzteverband Naturheilverfahren e.V.

8.6.2002, 9.00 Uhr s.t. – 16.30 Uhr: Raum Wetterau im Seminargebäude der Akademie für Ärztl. Fort- und Weiterbildung der LÄK Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, Bad Nauheim. **„Aus der Praxis für die Praxis – Gynäkologisch-Urologische Fallkonferenz – das Besondere am Mamma- und Prostata-CA-Patienten."** Dr. W. Weber Oberramstadt; Dr. J.-E. Deuster, Heidelberg. Auskunft: Dr. Ute Boeddrich. Tel. (0 61 42) 4 41 99. **9P**

Zentrum für Innere Medizin des Universitätsklinikums Gießen

21.6. – 22.6.2002: Hörsaal des Anatomischen Instituts, Aulweg 129, Gießen. **„3. Marburg-Gießener-Symposium: Neues in Onkologie und Hämatologie / Hämostaseologie – Einflüsse auf Handlungen und Kosten."** Auskunft: PD Dr. Axel C. Matzdorff, Prof. Dr. B. Kemkes-Matthes, Prof. Dr. Hans Pralle. Tel. (06 41) 9 94 26 50/1/3. **9P**

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

8.5.2002: Kreiskrankenhaus Bad Hersfeld, Seilerweg 29, Bad Hers-

feld. **„Unfallchirurgisch-orthopädisches Kolloquium: Das mißhandelte Kind – körperliche und andere Verletzungen."** Dr. Diab. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Rüdiger Volkmann. Tel. (0 66 21) 88 15 51. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Ärzteverein Hofgeismar

15.5.2002, 19.00 Uhr s.t.: Hotel Zum Alten Brauhaus, Marktstraße 12, Hofgeismar. **„Kreuzschmerz – Rationale Diagnostik und Therapie."** Dr. Georg Köster, Göttingen. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Vogel. Tel. (0 56 71) 5 07 21 21.

Kinderkrankenhaus Park Schönfeld

15.5.2002, 16.00 – ca. 18.00 Uhr: Forum im Hauptgebäude, 1. Stock. Kinderkrankenhaus Park Schönfeld, Frankfurter Str. 167, Kassel. **„Psychosomatik der chron. entzündl. Darmerkrankungen."** Dr. K. Pölzelbauer, Heilbronn. Auskunft: Sekretariat PD Dr. F. K. Tegtmeyer. Tel. (05 61) 9 28 51 08. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel

Hörsaal Rotes Kreuz Krankenhaus, Hansteinstr. 29, Kassel, jeweils 15,30 Uhr.

15.5.2002: **„Klinik und Therapie der COPD."** PD Dr. B. Bewig, Kiel. **AiP 2P**

3 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

22.5.2002: **„Klinische Fallvorstellungen."**

29.5.2002: **„Sonographische Detektion und Differenzierung von Leberstrukturdefekten."** Dr. Michael Höpfner. **2P**

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

Fachklinik Fürstenwald

15.5.2002, 15.00 – ca. 17.00 Uhr: Fachklinik Fürstenwald, Grundweg 2-4, Calden-Fürstenwald. **„Fürstenwalder Gespräche: Ohne Antwort bin ich verloren"** – Über die Qualität früherer Beziehungen und deren Auswirkung auf das spätere Leben – Musiktherapeutische Implikationen. Gisela M. Lenz, München. Auskunft: Sekretariat Dr. H. J. Kronibus. Tel. (0 56 09) 62 91 15. **2P**

Marienkrankenhaus Kassel

15.5.2002, 18.00 Uhr c.t.: Marienkrankenhaus Kassel, Marburger Str. 85, Kassel. **„Schlafstörungen und schlafbezogene Atmungsstörungen nach Schlaganfall."** Prof. Dr. Martin Konermann. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Konermann. Tel. (05 61) 8 07 31 33. **2P**

Klinikum Fulda

Klinikum Fulda, Pacelliallee 4, Fulda.

15.5.2002, 17.15 – 18.45 Uhr: Hörsaal des Klinikums, Neurologische Klinik. **„Krankengymnastik, Physiotherapie und Ergotherapie nach Schlaganfall."** Frau Völlkopf, Herr Becker, Herr Holl. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H. D. Langohr. Tel. (06 61) 84 55 31. **2P**

29.5.2002, 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**

5.6.2002, 14.00 – ca. 17.00 Uhr: **„Perinatale Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte, Kinderkrankenschwestern, Hebammen und Arzthelferinnen in Kinderarztpraxen und gynäkologischen Praxen."** Prof. Dr. Spätling, Dr. Diab, Dr. B. Freier, Prof. Dr. Töllner. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. U. Töllner. Tel. (06 61) 84 55 71. **AiP 3P**

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

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

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

Jeden 2. Donnerstag, 16.00 – 17.00 Uhr: Medizinische Kliniken. Seminarraum 3. **„Ausgewählte aktuelle Themen der Inneren Medizin."** Leitung: Prof. Dr. D. Jaspersen, Prof. Dr. T. Bonzel, Prof. Dr. W. Fassbinder. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Jaspersen. Tel. (06 61) 84 54 21. **2P**

Klinikum Kassel

Klinikum Kassel, Mönchebergstraße 41-43, Kassel.

15.5.2002, 18.00 – 20.00 Uhr: Hörsaal der Pathologie. **„Differenzierte Volumenersatztherapie."** Prof. Dr. Albrecht, Dresden. Auskunft: Sekretariat Dr. M. Gehling. Tel. (05 61) 9 80 30 15. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP Ausbildungsseminar.

5.6.2002, 17.00 – 19.00 Uhr: **„Interdisziplinäre Therapie der primären und sekundären Lebertumoren."** Faß, Rüschoff, Pausch, Kuhn, Hirschmann. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. J. Faß. Tel. (05 61) 98 00. **AiP 2P**

Pneumologische Seminare

22.5.2002, 18.00 Uhr: Fachklinik für Lungenerkrankungen, Robert-Koch-Str. 3, Immenhausen. **„Klinisch-pathologische Konferenz."** Prof. Dr. M. Altmannsberger, Frankfurt. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. G. Goeckenjan. Tel. (0 56 73) 50 10. **AiP 3P**

Deutscher Ärztinnenbund e.V. Gruppe Kassel

29.5.2002, 16.00 Uhr: **„Gesund oder krank in der Arbeit."** Exkursion und Besichtigung – Arbeitsmedizinisches Zentrum des Volkswagenwerkes Baunatal – Dr. Nöhring. Treffpunkt: VW-Werk Baunatal, Gesundheitsschutz, schräg gegenüber des Haupteingangs, Sektor 10, Hallengeschoß 1. Stock. Auskunft: Dr. Anna Maria Dittmann. Tel. (05 61) 3 25 38. **AiP 1P**

Orthopädische Klinik Kassel

29.5.2002, 19.00 Uhr: Kongreß im Anthroposophischem Zentrum, Kassel. **„Sportmedizinische Beratung und Leistungsdiagnostik."** Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. W. Siebert. Tel. (05 61) 3 08 42 01. **AiP 2P**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

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

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER MARBURG

Kolloquien des Zentrums für Nervenheilkunde der Philipps-Universität

Hörsaal des Zentrums für Nervenheilkunde, Rudolf-Bultmannstr. 8, Marburg, jeweils 16.15 – 17.45 Uhr.

8.5.2002: **„Synaptische Langzeitplastizität – ein neues pathophysiologisches Modell affektiver Erkrankungen."** Dr. Claus Normann, Freiburg. **2P**

22.5.2002: **„Genetische Grundlagen schizophrener Störungen."** PD Dr. Marcella Rietschel, Bonn. **2P**

3.6.2002: **„DGPPN-Basisdokumentation und Qualitätssicherung."** Prof. Dr. Clemens Cording, Regensburg. **2P**

5.6.2002: **Psychotherapie von Angststörungen. Was kommt nach der Euphorie?"** Prof. Dr. Winfried Rief, Marburg. **2P**

Auskunft: Sekretariat PD Dr. Martin T. Huber. Tel. (0 64 21) 2 86 64 12.

Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie der Philipps-Universität

Klinikum Lahnberge, Baldingerstraße, Marburg.

14.5.2002: **„Moderne Analgosedierungskonzepte auf der Intensivstation."** Prof. Claudia Spiess, Berlin. **3P**

21.5.2002: **„Zukunftsperspektiven in der medikamentösen Reanimation."** PD Dr. Volker Wenzel, Innsbruck. **AiP 3P**

28.5.2002: **„Moderne Konzepte der geburtshilflichen Anästhesie und Analgesie."** Prof. Ulrike Stamer, Bonn. **3P**

4.6.2002: **„Aktuelle Trends in der Behandlung nosokomialer Pneumonien."** PD Dr. Michael Quintel, Mannheim. **3P**

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

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AIP-Ausbildungsseminar

Nephrologie und Intensivmedizin

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

14.5.2002: **„Degenerationswege von Nephronen – Einsichten aus Tiermodellen."** W. Kriz, Heidelberg. **AiP 2P**

4.6.2002: **„Therapeutische Strategien bei chronischer terminaler Niereninsuffizienz von Patienten mit Diabetes mellitus."** C. Pouteil-Noble, Lyon. **AiP 2P**

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

16.5.2002, 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**

Zentrum für Kinderheilkunde der Philipps-Universität

22.5.2002, 18.15 – 20.15 Uhr: Hörsaal Universitäts-Kinderklinik Marburg. **„Adipositas im Kindesalter und Fallvorstellungen."** Prof. Dr. Johannes Hebebrand, Marburg. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H. W. Seyberth. Tel. (0 64 21) 2 86 62 26. **AiP**

2 besuchte Veranstaltungen = 1 AiP-Ausbildungsseminar

Kinder- und Jugendpsychiatrisches Kolloquium

24.5. – 25.5.2002: Hörsaal des Zentrums für Nervenheilkunde, Rudolf-Bultmann-Str. 8, Marburg. **„Schizophrene Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter."** Derzeitiger Erkenntnisstand zu Ursachen, Behandlung und Verlauf. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt. Tel. (0 64 21) 2 86 31 72. **AiP**

Balintgruppe

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

Balintgruppe

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

Qualitätszirkel

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

BEZIRKSÄRZTEKAMMER WIESBADEN

27.5.2002, 18.00 – 19.30 Uhr: Bibliothek der Deutschen Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, Wiesbaden. **„Interdisziplinäre Schmerzkonferenz mit Patientenvorstellungen."** **2P**

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

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

Deutsche Klinik für Diagnostik

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

6.5.2002. **„DKD Intern"** Dr. J. Seeger.

13.5.2002. **„Die chronische myeloische Leukämie: Modell-Krankheit für einen neuen molekulär ausgerichteten Therapieansatz."** Dr. Hawle, St. Gallen.

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

24.5.2002, 18.00 – 21.00 Uhr: Haus B, Bibliothek 2. **„Qualitätszirkel: Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin."** Auskunft: Dr. Hermann J. Berberich. Tel. (0 69) 31 67 76.

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**

Deutscher Ärztinnenbund Wiesbaden

8.5.2002, 19.30 Uhr: KV Wiesbaden, Abraham-Lincoln-Str. 36, Wiesbaden. **„Qualitätszirkel: Infektionskrankheiten, neuester Stand."** Dr. Gabriele Volmer. Auskunft: Dr. Brigitte Schuler. Tel. (06 11) 52 43 20.

Dr. Horst-Schmidt-Kliniken

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

6.5.2002, 16.00 – 17.00 Uhr: Hörsaal Pathologie. Gemeinsame Veranstaltung der Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin und der Klinik für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie. **„Notfallmanagement bei Schulterdystokie/Neugeborenen-Reanimation."** Dr. Amran. Auskunft: Sekretariat PD Dr. Gonser. Tel. (06 11) 43 32 06. **1P**

8.5.2002, 17.30 Uhr: HSK, Wiesbaden. Diese Veranstaltung findet im Wechsel in den Dr. Horst-Schmidt-Kliniken und in der Deutschen Klinik für Diagnostik statt. **„Konservative Therapie der Hypophysenadenome."** Dr. Cornelia Jaursch-Hanke. **„Operative Therapie der Hypophysenadenome."** Dr. Ulrich Johannes Knappe. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. B. Weisner. Tel. (06 11) 43 23 76.

15.5.2002, 18.00 Uhr s.t. – 20.00 Uhr: Hörsaal Erdgeschoß 00D315. **„Pneumologisch-Thoraxchirurgisches Gespräch."** Dr. Worsmann, Münster; PD Dr. J. Schirren, Wiesbaden; Dr. R. Henrich, Dr. A. Wald, Wiesbaden. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. C. Ell. Tel. (06 11) 43 24 20. **AiP 2P**

15.5.2002, 18.00 – 20.00 Uhr: 2. Stock, Raum hinter dem Casino. **„Aktuelles aus der Notfallmedizin: Das akute Abdomen."** Dr. Gockel. Leitung: Prof. Dr. J. E. Schmitz, Prof. Dr. M. Sigmund. Auskunft: Dr. K. Kursatz, Dr. A. Fischbach. Tel. (06 11) 43 -21 69 oder -2019.

27.5.2002, 16.00 – 17.00 Uhr: Hörsaal Pathologie. Gemeinsame Veranstaltung der Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin und der Klinik für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie. **„Kolposkopische Zervixbeurteilung."** Buhrmann. Auskunft: Sekretariat PD Dr. du Bois. Tel. (06 11) 43 23 77. **1P**

29.5.2002, 18.15 – 20.15 Uhr: Onkologischer Schwerpunkt HSK. Personalcasino, hintere Räume. **„Immunhistochemie in der diagnostischen Pathologie – Tumoren des Thorax, des Abdomens und gynäkologische Tumoren."** Prof. Dr. R. Moll, Marburg. Auskunft: OSP-Sekretariat. Tel. (06 11) 43 33 33. **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. **„Perinatalkonferenz."** Prof. Dr. M. Albani, PD Dr. M. Gonser. Auskunft: Dr. H. Dederichs. Tel. (06 11) 43 32 06. **2P**

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

St. Josefs-Hospital

15.5.2002, 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.

Verein Nassauischer Ärzte e.V.

15.5.2002, 17.15 – 19.15 Uhr: Ärztehaus, Adelheidstr. 7, Limburg. **„Schwindel."** Auskunft: Dr. Egbert Reichwein. Tel. (0 64 82) 20 78. **AiP 2P**

Rheingau-Taunus-Klinik

15.5.2002, 15.00 – ca. 18.10 Uhr: Rheingau-Taunus-Klinik, Genthstr.

Das Kinderhospiz Bärenherz

Die Initiative für schwerstkranke Kinder

In nur zwei Jahren hat Bärenherz, die Initiative für schwerstkranke Kinder, mehr als 900.000 Euro an Spenden gesammelt. Mit diesen Spenden wurde das Kinderhospiz Bärenherz für unheilbar kranke Kinder und deren Familienangehörige errichtet. Es wurde Anfang April 2002 in Wiesbaden-Erbenheim offiziell eingeweiht.

Der Bau und Unterhalt des 540 Quadratmeter großen Kinderhospiz Bärenherz, das an das Hospiz „Advena" für schwerstkranke Erwachsene angebaut wurde, ist primäres Ziel der im Jahr 2000 ins Leben gerufenen Initiative. Sie hat sich darüber hinaus der Entlastung von Familien mit schwerstkranken Kindern verschrieben.

Im Kinderhospiz Bärenherz finden sich sechs freundlich eingerichtete Kinderzimmer, in denen eine Bettcouch die Übernachtung von Mutter oder Vater ermöglicht. Für jeweils zwei Einzelzimmer steht ein Bad zur Verfügung. Darüber hinaus wurden zwei Ein-Zimmer-Appartements und ein Zwei-Zimmer-Appartement gebaut, in dem Eltern und Geschwister des schwerstkranken Kindes wohnen können, ohne dabei auf die Unterstützung des Hospiz-Fachpersonals verzichten zu müssen.

Bei der Betreuung der Kinder setzt der Hospizträger, die Wiesbadener Hospizgesellschaft (WHG), der als Gesellschafter die Interessengemeinschaft für Behinderte und der Caritasverband Wiesbaden angehören, auf die „1:1-Pflege". Je nach Grad der Belegung wird die Größe des aus Kinderkrankenschwestern, Erzieherinnen, Sozialpädagogen und Heilpraktikern bestehenden Pflegeteams variieren. Es gehört zum Konzept des Kinderhospiz, das kein fest angestellter Arzt beschäftigt wird, sondern daß mit den niedergelassenen Hausärzten der kleinen Patienten kooperiert wird. Eine Notfallversorgung in der Nacht und am Wochenende ist selbstverständlich gewährleistet.

Die Aufenthaltsdauer im Kinderhospiz Bärenherz bestimmen Eltern und Kinder selbst: Sie kann Stunden, Tage, oder Wochen betragen. Da in vielen Fällen die Pflegekassen die Kosten für einen Hospizaufenthalt nicht übernehmen, wird ein von den Eltern zu leistendes Tagegeld unumgänglich sein. Für die Entlastung von Eltern eines sterbenskranken Kindes stehen seitens der Kassen pro Jahr maximal rund 1.400 Euro zur Verfügung; Pflegesätze werden ausschließlich bei vollstationärer Unterbringung gezahlt.

Doch die Beiträge der Pflegekassen und auch ein Tagegeld in Höhe von 25 Euro werden die laufenden Kosten des Hospizbetriebes, für den es keinerlei öffentliche Unterstützung gibt, nicht decken können. Die Initiative Bärenherz geht von einem jährlichen Defizit in Höhe von rund 250.000 Euro aus, das durch Spendengelder kompensiert werden muß.

Unter dem Motto „Helfen Sie uns, damit wir helfen können, hat die Initiative Bärenherz zwei Spendenkonten eingerichtet. Unter dem Stichwort „Initiative Bärenherz" sind Einzahlungen bei der Wiesbadener Volksbank, Konto 70 700, BLZ 510 900 00 und der Nassauischen Sparkasse, Konto 222 000 300, BLZ 510 500 15, möglich.

7-9, Bad Schwalbach. **„Stationäre Versorgungsmöglichkeiten schwerkranker Tumorpatienten."** Andreas Löhr; Prof. Dr. Eberhard Klaschik; Gerda Graf; Dr. Ewald Becherer. Auskunft: Sekretariat Dr. Ewald Becherer. Tel. (0 61 24) 50 95 21. **AiP 3P**

Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte

25.5.2002, 9.00 – 13.00 Uhr: Wilhelm-Kempf-Haus, Wiesbaden Naurod. **„Qualitätszirkel Homöopathie."** Arbeitskreis Mainz/Wiesbaden/Taunus. Auskunft: Gerhard Bleul. Tel. (0 64 34) 72 07.

Medizinische Gesellschaft Wiesbaden

4.6.2002, 19.30 – 22.00 Uhr: Ärztehaus Abraham-Lincoln-Str. 36, Wiesbaden. **„Die Prostata – Ein problematisches Organ des älteren Mannes."** PD Dr. Kleinschmidt, Wiesbaden. 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. Krebser. Tel. (06 11) 84 07 98. **4P**

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.

Der neue Internet-Auftritt der LÄKH:

Mehr Service und Information unter www.laekh.de

Die Homepage der Landesärztekammer zeigt sich von diesem Monat an nicht nur optisch in neuem Gewand, auch die Struktur ist entscheidend verändert worden. Nach Themenbereichen unterteilt und in mehrere Untermenüs aufgefächert, stellen die beiden Menüleisten im oberen Bildrand Wegweiser durch die Service-Leistungen der Kammer dar. www.laekh.de bietet umfangreiche Informationen für Ärzte, Patienten, Journalisten und andere interessierte Website-Besucher. Wir informieren online über Neuigkeiten aus Medizin- und Gesundheitspolitik, halten Sie über „Kammerspezifisches" auf dem Laufenden und melden aktuelle Ereignisse. Der neue Internet-Auftritt soll Ihnen als Informationsdienst und Nachrichtenmagazin dienen. Auf der ersten Seite werden Sie künftig sowohl die jüngste Pressemitteilung der Kammer als auch einen gesundheitspolitischen Nachrichtenüberblick lesen können.

Die inhaltliche Gliederung des Informationsangebots:

Kammer-Profil
präsentiert Ihnen Verwaltung, Organisation und Aufgabenspektrum der LÄKH. Außerdem finden Sie hier den jährlichen Tätigkeitsbericht der Kammer.

Aktuelles
setzt Sie über Termine, Ereignisse und wichtige „news" in Kenntnis.

Presse-Forum
ist in erster Linie an Journalisten gerichtet: Aktuelle Informationen werden hier für die Medien zusammengefaßt.

Bürgerinfo/ Arzt-Suche
wendet sich an Patienten und die interessierte Öffentlichkeit. Hier finden Sie Informationen, nützliche Ratschläge und Gesundheitstips. Außerdem gibt es einen Link zu der Gutachter- und Schlichtungsstelle der Kammer.
In Kürze wird die LÄKH hier auch ein Arzt-Suchsystem anbieten.

Unter der Rubrik
Fort- & Weiterbildung
stellen sich Ihnen

a) die Bezirksärztekammern und
b) im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer in Bad Nauheim die Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung mit ihrem Veranstaltungskalender vor.
c) Außerdem finden Sie alles Wissenswerte aus den Weiterbildungsreferaten A und B der Landesärztekammer,
d) Weiterbildungsordnung, Richtlinien, Downloads

Versorgungswerk
Ein Klick, und Sie befinden sich auf der Übersichtsseite des Versorgungswerkes der Landesärztekammer.

Hessisches Ärzteblatt
Hier listen wir nicht bloß die Redaktionsmitglieder des monatlich erscheinenden Mitteilungsorgans von LÄKH und KV auf; Sie können auch jede Ausgabe aufrufen und herunterladen. In Zukunft erwartet Sie ein eigener Internet-Auftritt des Hessischen Ärzteblattes.

Recht
Nomen est omen: Von Rechtsabteilung über Rechtsquellen bis hin zu Ethik-Kommission und Berufsgerichtsabteilung können Sie alles „rund ums Recht" nachschlagen

Arzthelfer/innen
Wer hier die Liste der Untermenüs aufschlägt, wird ebenso zu der Abteilung Arzthelfer/innen geleitet wie zu der Carl-Oelemann-Schule, der überbetrieblichen Ausbildungsstätte der Kammer für Arzthelfer/innen im Fortbildungszentrum in Bad Nauheim. Ein Programmüberblick, wichtige Informationen und Merkblätter ergänzen die Rubrik.

Qualität&Versorgung
enthält alles Wissenswerte rund um das ärztliche Qualitätsmanagement

Links
Unter diesem Punkt sind weitere Einrichtungen und interessante Partner der LÄKH aufgelistet. Außerdem ein AiP-Info.

Inhaltlich und konzeptionell wird der Internet-Auftritt der Kammer von der Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit betreut. Wir möchten, daß sich die neue Homepage als Informationsforum und Kommunikationsplattform bewährt. Aus diesem Grund werden wir in Zukunft großen Wert auf interaktive Elemente legen.

Wichtig ist uns aber auch die persönliche Beziehung zu den Besuchern unserer Seiten: Sie werden daher die Ansprechpartner der jeweiligen Abteilungen und Einrichtungen der Kammer auf unserer Homepage finden; Präsidium, Geschäftsführung und Abteilungsleiter stellen sich darüber hinaus mit Bildern vor.

Für Fragen und Anregungen steht Ihnen die Online-Redaktion per e-mail unter pressestelle@laekh.de gern zur Verfügung.

Katja Möhrle

Neue ärztliche Qualitätsmanager in Hessen

An der Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim haben über 20 Ärztinnen und Ärzte erfolgreich den Kurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ abgeschlossen. Diese 200 Unterrichtsstunden umfassende Fortbildung wird bereits seit mehreren Jahren angeboten und erfreut sich ständig wachsender Nachfrage auch aus anderen Bundesländern. Die Absolventen erhalten von der Landesärztekammer das Zertifikat „Ärztliches Qualitätsmanagement“ und können zusätzlich die Qualifikation eines EFQM-Assessors erwerben.

Das Fortbildungs-Zertifikat „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Landesärztekammern ist inzwischen bundesweit im Gesundheitswesen bekannt und akzeptiert (Es wird zum Beispiel als Basisqualifikation für ärztliche KTQ-Visitoren anerkannt.) und stellt somit für Ärztinnen und Ärzte, die sich intensiver mit Fragen des Qualitätsmanagements in Einrichtungen des Gesundheitswesens befassen wollen, eine wertvolle Qualifikation dar. Im Unterschied zu ähnlichen Angeboten anderer Landesärztekammern wendet sich unser hessischer Kurs speziell und ausschließlich an Ärzte, wobei fast alle Sektoren des Gesundheitswesens vertreten sind. Die Teilnehmer kommen aus Krankenhaus und vertragsärztlicher Praxis ebenso wie vom MDK und aus Behörden. Besonderen Wert legen wir deshalb auf die praxisnahe Berücksichtigung möglichst vieler ärztlicher Tätigkeitsfelder, was sich auch in der gemeinsamen wissenschaftlichen Kursleitung durch Dr. med. H. Herholz (KVH) und Dr. med. R. Kaiser (LÄKH) und in der breiten Palette unserer Dozenten widerspiegelt.

Die Ärztinnen und Ärzte des Kurses Ärztliches Qualitätsmanagement 2001/2 mit ihren Kursleitern vor der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim
(Foto: Bönhof)

Neben der Darstellung der wichtigsten Modelle und Methoden des Qualitätsmanagements werden z.B. Grundlagen der Gesundheitsökonomie und des Versorgungsmanagements aber auch praktische Fertigkeiten in Projekt- und Konfliktmanagement, Präsentationstechniken, methodische Grundlagen der evidence based medicine und vieles andere mehr gelehrt. Dabei ist es stets oberstes Ziel, transferierbare Methodenkompetenz zu vermitteln, um die Kursteilnehmer zur Entwicklung eigener kreativer Problemlösungsstrategien zu befähigen. Dieses Konzept schließt die intensive Beschäftigung mit aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen (DRGs, integrierte Versorgung, Disease Management etc.) ein und erfordert eine ständige Überarbeitung und Fortentwicklung der Kursinhalte.

R. Kaiser
Landesärztekammer Hessen

Deutsche Ärzte- und Apothekermeisterschaft – Halbmarathon, Deutscher Verband langlaufender Ärzte und Apotheker e.V. am 4. Mai 2002 in Bad Wildungen.

Neben einer Ärzte- und Apothekerwertung erfolgt eine Gästewertung. Zusätzlich findet im Rahmen dieser Veranstaltung am 5. Mai 2002 eine sportmedizinische Weiterbildung statt. Anmeldungsunterlagen und weitere Informationen erhalten Sie über die Geschäftsstelle des Deutschen Verbandes langlaufender Ärzte und Apotheker e.V. (DVLÄ), Müllerstraße 23, 39218 Schönebeck,

Tel. / Fax: 03928 / 405196.

Sag' zum Abschied leise Servus...

Siegmund Kalinski

Das Ende der Legislaturperiode kommt näher, und wie immer verabschieden sich dann einige bekannte Namen aus der Politik. Auch aus der Gesundheitspolitik. Vielen von ihnen wird man kein Auge nachweinen.

Beginnen wir bei dem Herrn, der in letzter Zeit zu den lautesten in der Gesundheitspolitik zählte, obwohl er kein Mitglied des Bundestags war, mit Florian Gerster. Der Bundeskanzler nahm Ulla Schmidt die Bürde, sich immer wieder mit dem rheinland-pfälzischen Sozial- und Gesundheitsminister auseinandersetzen zu müssen und setzte ihn an die Spitze des Bundesarbeitsamts in Nürnberg. Es war wie so oft: Da drängt es jemanden mit aller Macht nach einem Posten – und flugs gibt man ihm einem ganz anderen. Wie sich das im Fall von Rudolf Dreßler so schön beobachten ließ.

Viel leichter ist es für Ulla Schmidt dadurch allerdings nicht geworden, denn auf Gersters Spuren wandert jetzt die nordrheinisch-westfälische Gesundheitsministerin Birgit Fischer. Gersters Thesen und seine Rhetorik hat sie schon übernommen, nicht zur Freude ihrer Genossin aus Aachen, wie man sich vorstellen kann. Anscheinend aber schreckt es die Düsseldorfer Ministerin nicht, daß bereits vor ihr schon einmal eine Dame namens Fischer Bundesgesundheitsministerin war und dabei keine Lorbeeren erntete.

Und Andrea Fischer selber? Die Exministerin hat überhaupt die Nase voll von der Politik, nachdem sie ihren sicheren Platz auf der Berliner Landesliste verloren hat. Angeblich sucht sie jetzt eine Stelle in der Wirtschaft oder im öffentlichen Dienst. Man sollte ihr nachwinken: Sag' zum Abschied leise Servus – und nicht auf Wiedersehen...

Ihre Parteikollegin, die gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen, Monika Knoche, verzichtete ebenso „freiwillig" auf eine Kandidatur, als sie sah, daß sie keine Chance auf einen sicheren Platz auf der Landesliste in Baden-Württemberg hatte. Wie Andrea Fischer ist sie auf der Suche nach einem neuen Posten.

Auch der ehemalige Minister Norbert Blüm wird nach über 20 Jahren nicht mehr die Bundestagsbank drücken. Mit ihm geht Wolfgang Lohmann, der bisherige gesundheitspolitische Sprecher der CDU-Fraktion. Die ehemalige parlamentarische Staatssekretärin im Gesundheitsministerium, Sabine Bergmann-Pohl, wird ebenso nicht mehr im Bundestag vertreten sein. Wahrscheinlich wird dann niemand mehr über das Gesundheitswesen im Osten der Bundesrepublik berichten...

Fraglich ist die Rolle des Exministers Horst Seehofer, der sich nach seiner schweren Herzerkrankung noch immer in Rekonvaleszenz befindet. Der Kanzlerkandidat Edmund Stoiber hätte ihn, wie man hört, gern in seinem Schattenkabinett gesehen, aber ob der Gesundheitszustand des Ex-Gesundheitsministers das erlauben wird, wird sich erst zeigen müssen, und darüber werden wohl letztendlich die ihn behandelnden Ärzte entscheiden.

So ist es eben: Ein paar Jährchen lang haben wir Ärzte uns nach ihm richten müssen – und jetzt ist es umgekehrt. So paradox ist das Schicksal halt manchmal.

In der SPD wird die bisherige Gesundheitssprecherin Regina Schmidt-Zabel fehlen. Auch der langjährige SPD-Gesundheitspolitiker Professor Dr. Martin Pfaff nimmt seinen Abschied vom Bundestag, genauso wie einer der wenigen Ärzte im Parlament, Dr. med. Hansjörg Schäfer. Wer dann im Bundestag verantwortlich für die SPD über Gesundheitspolitik sprechen wird, darauf darf man neugierig sein.

Obwohl: Die jetzige Staatssekretärin im Gesundheitsministerium und hessische MdB, Frau Schaich-Walch, kandidiert wieder und ist zudem noch über die SPD-Landesliste abgesichert. Und auch der Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages, MdB Klaus Kirchner (SPD), stellt sich am 22. September erneut zur Wahl. Diese beiden bleiben also bestimmt am Ball.

Nur die F.D.P. erspart uns unsere Neugier. Bei ihr gibt es nichts Neues. Die beiden Lobbyisten und Vertreter der Liberalen, Dieter Thomae und Detlef Parr, werden aller Wahrscheinlichkeit nach wieder ins Parlament einziehen. Zwar wird die F.D.P. wohl kaum die von Möllemann ersehnten 18 Prozent erreichen, aber die Hürde von fünf Prozent müßte zu schaffen sein...

Doch alle neuen Konstellationen und Konfigurationen in der Gesundheitspolitik werden zwar eine Reihe neuer Namen hervorbringen, in der Sache aber nicht viel ändern.

Man wird da nicht von ungefähr an eine Anekdote über den polnischen Kirchenmaler Styka erinnert, der sich rühmte, vom christlichen Glauben derart erfüllt zu sein, daß er seine Bilder nur auf Knien male. Daraufhin sei ihm Christus selbst einmal erschienen und habe gesagt: „Du, Styka, du sollst mich nicht auf Knien malen – du sollst mich gut malen ..."

Den meisten Ärzten ist es wahrscheinlich völlig gleichgültig, wer im Bundestag über die Gesundheitspolitik spricht. Aber sie wollen, wie in der Anekdote, nur eines: Daß diese Politik gut sein möge.

Sicherer Verordnen

Gelbfieber-Impfstoff

Todesfälle

In Brasilien starben nach Gelbfieberimpfung ein 5jähriges Mädchen und eine 22jährige Frau, in Australien ein 56jähriger Mann und in den USA 3 Patienten mit 67, 76 und 79 Jahren. Ein Kausalzusammenhang mit dem auch in Deutschland zur Herstellung des Impfstoffes verwendeten Impfstamm 17D-204 wurde in drei Fällen als gesichert bezeichnet (Identität des isolierten Virus aus dem Blut der Patienten mit dem Impfstamm). Die ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) nimmt diese Fälle als Anlaß, auf eine verstärkte Aufmerksamkeit hinsichtlich der Sicherheit der Gelbfieber-Impfung hinzuweisen. Sie vergleicht das Risiko einer Impfung mit dem ungleich größeren Risiko einer Gelbfiebererkrankung und empfiehlt eine strenge Indikationsstellung, insbesondere bei individuellen Risiken wie Allergie auf Hühnereiweiß bzw. auf frühere Gelbfieberimpfungen (vorherige Intracutantestung ratsam) oder wie asymptomatischer HIV-Infektion. Kontraindikationen sind symptomatische HIV-Infektion oder Schwangerschaft (wie bei allen Lebendimpfstoffen).

Anmerkung: Die Warnungen der STIKO wurden von der Leitung des Robert-Koch-Institutes (RKI) relativiert. In Deutschland seien in den letzten 40 Jahren keine vergleichbaren unerwünschten Wirkungen des im Institut hergestellten Impfstoffes (ca. 2,5 Mio Dosen) beschrieben worden. Trotzdem kann ein Vorgehen entsprechend den Äußerungen der STIKO medizinisch grundsätzlich empfohlen werden. Eine vorherige Abstimmung der Verlautbarungen des Bundesinstitutes mit seinen Organen könnte in Zukunft für mehr Klarheit sorgen.

Quellen: *Epidem. Bull. 2001; Nr. 44:336; BDI-Rundschreiben 12/2001, S. 21*

Insuline

Parallel-Importe

Die Arzneimittelkommission der Apotheker weist auf ein mögliches Gefährdungspotential von parallel importierten Insulinzubereitungen hin. Importeure überkleben - entsprechend den deutschen Vorschriften nach ordnungsgemäßer Kennzeichnung - das durchsichtige fremdsprachige Originaletikett mit einem deutschsprachigen Papieretikett. Da dadurch die äußeren Abmessungen der Ampullen verändert werden, können bei paßgenauen Applikationshilfen wie Insulin-Pens oder Insulinpumpen Funktionsbeeinträchtigungen auftreten (z.B. durch Verkleben mit dem Pen-Innenraum). Darüber hinaus können durch einen undurchsichtigen Papieraufkleber vorhandene Luftblasen, ordnungsgemäße Durchmischung bei Suspensionsinsulinen und die noch zur Verfügung stehende Menge nicht mehr erkannt werden.

Anmerkungen: Kosteneinsparungen durch wieder (Reimport) oder parallel (Parallelimport) nach Deutschland importierte Arzneimittel sind nur dann sinnvoll, wenn von den Packungen keine Gefahr für die Patienten ausgeht. Importe mit zerstückelten, den deutschen Packungsgrößen angeglichenen Blisterpackungen oder mit deutschen, die Kontrolle erschwerenden Aufklebern (siehe oben) können Patienten gefährden und sollten nicht verordnet (oder abgegeben) werden.

Quelle: *Pharm. Ztg. 2001; 146: 4107*

Epoetin alfa

Erythroblastopenie

Der Hersteller von Epoetin alfa (Erypo®, Eprex®) empfiehlt in einem Rote-Hand-Brief, bei einem plötzlichen Wirkungsverlust seines Präparates sorgfältig die üblichen Ursachen eines Nichtansprechens zu untersuchen (z.B. Eisen-, Folsäure-, Vitamin B_{12}-Mangel, Aluminiumintoxikation, Infekte, Blutverlust, Hämolyse). Sollte keine dieser Ursachen identifiziert werden können, empfiehlt der Hersteller eine Untersuchung des Knochenmarkes. In seltenen Fällen kann bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz unter der Therapie mit Erythropoetin eine isolierte Erythroblastopenie auftreten (Verminderung der Erythroblasten und Hemmung der Erythropoese), die ein Absetzen des Präparates erfordert.

Quelle: Pharm. Ztg. 2001; 146: 4107

Infliximab

Aseptische Meningitis

Nach Einsatz von Basistherapeutika (Goldsalze, Methotrexat, Azathioprin, Azathioprin, Ciclosporin A und Cyclophosphamid) wurde bei einem 53jährigen Mann mit destruktiver rheumatoider Arthritis Infliximab (Remicade®) eingesetzt, zusätzlich zu Methotrexat 7,5 mg/Woche und Prednison 5mg/d. Vier Stunden nach Ende der 5. Infusion traten schwere Muskelschmerzen auf. Nach drei Tagen verschwanden die Symptome, traten jedoch nach der 6. Infusion wieder auf. Nach Lumbalpunktion wurde die Diagnose aseptische Meningitis gestellt. Die Suche nach Autoantikörpern oder Antikörpern gegen Infliximab blieb ergebnislos, so daß die Autoren nach weiteren Unterschungen eine, durch den monoclonalen Antikörper gegen TNF-α (Infliximab) verursachte Verminderung des Transfers des Tumornekrosefaktors beziehungsweise dessen Rezeptor und auch von IgG durch die Blut-Hirn-Schranke diskutieren.

Anmerkungen: Noch nicht bekannte Risiken neuer Arzneistoffe wie Infliximab erfordern Vorsicht bei der Anwendung. Darüber hinaus wird durch diesen Bericht ein weiteres Problem neuer Arzneistoffe sichtbar. Die medizinisch sinnvolle Vorgehensweise des primären Einsatzes lang bewährter Arzneistoffe kann zu einer Selektion von Patienten führen, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung besonders empfindlich auf neue Arzneistoffe reagieren.

Quelle: *Lancet 2001, 358: 1784*

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 1/2002

Zum 80. Geburtstag von Professor Dr. med. Horst Joachim Rheindorf

Am 6. Mai 1922 wurde Horst Joachim Rheindorf in Cassel – so schrieb man damals noch die Kurhessische Stadt Kassel – geboren. Der 80. Geburtstag gibt Anlaß, einem Jubilar zu danken, – der sich seit 1953 mit unermüdlichem Wirken und beispielhaftem Engagement für eine neue Gestaltung der Berufspolitik einsetzte, der die Entwicklung der Ärzteschaft in Hessen (und auch bundesweit) mit prägte, der die maßgeblichen Impulse zur Gründung eines Versorgungswerkes der Hessischen Ärzte gab und wesentliche Beiträge für die Regelung der Ärztlichen Weiterbildung beisteuerte, wie er auch unverkennbare Akzente in der Ausbildung der Arzthelferinnen und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe setzte, – der zwar 1987 eine 34-jährige überaus erfolgreiche und gestalterische Arbeit in „seiner" Kammer beendete, aber fortan – und das bis heute! – die Durchführung Ärztlicher Fortbildungskongresse wie auch die Zielsetzung des Verbandes Deutscher bzw. Europäischer Schriftstellerärzte sich als weiteren Lebensinhalt setzte. Professor Dr. Rheindorf ist eine der führenden Ärztepersönlichkeiten in dieser 50-jährigen Nachkriegszeit geworden.

Nach der Schulzeit in Bochum und Witten wurde er Soldat und im Sanitätsdienst bei der Infanterie eingesetzt; das begonnene Medizinstudium wurde durch den Fronteinsatz unterbrochen. Nach Kriegsende setzte er sein Medizinstudium an der Universität Marburg fort, wo wir beide uns auch kennenlernten, und – wie unsere damalige Generation – eine sehr entbehrungsreiche Zeit in der Not der Nachkriegsjahre durchlebten. Seit dieser Studienzeit verbindet uns eine lebenslange Freundschaft und Wegbegleitung.

Nach Staatsexamen und Promotion (1950) war Rheindorf drei Jahre am Univ. Klinikum Marburg als Assistenzarzt bei dem Gynäkologen C. Kaufmann und dem Internisten H. E. Bock tätig. Bereits in diesen Jahren engagierte er sich intensiv in der Ärztlichen Berufspolitik, und es verwundert nicht, daß er zu den Gründern des „Marburger Bundes" gehörte, der gleichsam seine berufspolitische Heimat war. Professor Rheindorf ist Ehrenmitglied dieses Ärzteverbandes auf Landes- und Bundesebene. Im Jahre 1953 folgte er dem Ruf von Dr. C. Oelemann, der damals in Personalunion den Vorsitz in der Ärztekammer und in der KV von Hessen führte, um als 2. Geschäftsführer in die Standespolitik einzutreten. 1956 wurde er Geschäftsführer der als Körperschaft des Öffentlichen Rechts neu konstituierten Landesärztekammer Hessen und leitete sie, später als Hauptgeschäftsführer, bis zur Erreichung der Altersgrenze (1987).

bild pop

In diesem verantwortungsvollen Aufgabenbereich versuchte er seine Vorstellungen und Ziele zu verwirklichen, die ihm zufließenden Informationen in konzeptionelle Planungsmodelle einzubauen, und, wenn er von der Richtigkeit überzeugt war, auch mit großer Leidenschaft zur Realisierung zu bringen. Aufgrund seiner Position liefen viele Fäden der Hessischen Standespolitik in seiner Hand zusammen. Seine hohe Kompetenz im berufspolitischen Bereich, seine präzisen Detailkenntnisse in Sachfragen, und seine kämpferische Bereitschaft in der Durchsetzung wichtiger ärztlicher Belange, aber auch seine absolute Zuverlässigkeit, machten ihn sowohl in der Standespolitik auf Landes- oder Bundesebene, wie auch innerhalb der (jeweiligen) Hessischen Staatsregierung zu einem oft unangenehmen, wie auch beliebten, stets jedoch zu einem hoch geschätzten Gesprächs- oder Verhandlungspartner.

Es ist angebracht, die bemerkenswertesten Fakten in dem facettenreichen berufspolitischen und ärztlichen Leben des Jubilars in Erinnerung zurückzurufen, – auch wenn man trotz enger persönlicher Wegbegleitung nicht weiß, ob hierbei nicht doch wesentliche Leistungen übersehen wurden: Er war Mitbegründer und über 25 Jahre stellvertretender Vorsitzender der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung; auf seine Initiative geht die Gründung der Hessischen Akademie für Betriebs-, Arbeits- und Sozialmedizin zurück und er war Vorsitzender der Deutschen Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin; er gilt als Pionier der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und hat entscheidend an der Formulierung und Propagierung des sog. Hessen-Modells mitgewirkt (das auch den Deutschen Ärztetag 1983 intensiv beschäftigte); er war entscheidend beteiligt an der Stiftung des Institutes für Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt; seine Anregungen um eine verbindliche Regelung der Ärztlichen Weiterbildung führten zu seiner Berufung in den zuständigen Ausschuß der Bundesärztekammer; seine Bemühungen galten der Förderung eines modifizierten Belegarztsystems; die Einrichtung eines stabilen Versorgungswerkes für die Alters- und Hinterbliebenenversorgung der Hessischen Ärzteschaft (das 1968 gegründet wurde) ist von ihm maßgeblich betrieben worden; er setzte seine Ideen zum Aufbau einer Hessischen Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim durch, die bundesweit als vorbildliche Modelleinrichtung gilt und die Professor Rheindorf auch als Krönung seiner Lebensarbeit ansieht; er gründete die Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim für Arzthelferinnen und leitete sie über viele Jahre als Vorsitzender. Seit seiner aktiven Tätigkeit in der Landesärztekammer gehörte er zur Schriftleitung des Hessischen Ärzteblattes. – Im Jahre 1969 gründete er

die Deutsche Akademie für Medizinische Fortbildung, die später durch den Zusatz „und Umweltmedizin“ erweitert wurde. Diese Akademie, die er von Anfang an bis heute als Vorsitzender leitet, hatte als Zielsetzung, neben der Ärztlichen Fortbildung auch die Fortbildung von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe durchzuführen. In dieser Zeit konnten u.a. über 600 Krankenpflegekräfte zu Hygienefachkräften weitergebildet werden. – Seit 1971 wirkte Rheindorf als Lehrbeauftragter des Fachbereiches Humanmedizin der Universität Gießen für das Fach „Ärztliche Rechts- und Standeskunde“ und wurde 1982 zum Honorarprofessor ernannt. – Den von der Bundesärztekammer 1990 aufgegebenen Herbst-Fortbildungskongreß in Meran führte er durch seine Akademie nahtlos weiter, so daß wir in diesem Jahr den 12., und somit insgesamt den 50. Herbstkongreß in Meran durchführen können. – Seit Jahren ist Professor Rheindorf Präsident des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte, den er sehr erfolgreich leitet und vielfältig, wie auch durch eigene schriftstellerische Beiträge, bereichert hat. Bereits nach kurzer Zeit wählte ihn die „Union Mondiale des Ecrivains Médicins“ zu ihrem Vizepräsidenten.

Für seinen unermüdlichen Einsatz, sein hohes Fachwissen und große Kompetenz wurde er mit zahlreichen Auszeichnungen geehrt, deren vollständige Aufzählung auch Freunden und Wegbegleitern schwer fallen dürfte: Die Ernst-von-Bergmann-Plakette der BÄK (1971), das Bundesverdienstkreuz I. Klasse (1972), die Bernhard-Christoph-Faust-Medaille (1982), den Ehrenbrief des Landes Hessen (1982), das Große Verdienstkreuz der Bundesrepublik Deutschland (1982), die Ehrenplakette der Hess. Landeszahnärztekammer (1987), die Goldene Ehrenplakette der LÄK Hessen (1987), sowie mehrere Ehrenmitgliedschaften. Anläßlich des 100. Deutschen Ärztetages wurde ihm die Paracelsus-Medaille als höchste Auszeichnung, mit der die Deutsche Ärzteschaft das Wirken hochverdienter Arztpersönlichkeiten ehrt, verliehen. Es ist sicher, das dieses so vielfältige und erfolgreiche berufspolitische sowie ärztliche Lebenswerk noch durch weitere Ehrungen gewürdigt wird.

Lieber Hojo! Die Deutsche, insbesondere die Hessische Ärzteschaft, verdankt Dir unendlich viel; zahlreichen Kollegen hast Du in persönlichen oder beruflichen Schwierigkeiten mit Rat und Tat geholfen, und diese Deine Hilfsbereitschaft war weit über die Hessischen Grenzen bekannt. Dir Dank zu sagen und am heutigen Tag zu gratulieren, ist wahrlich nicht eine Pflichtübung, sondern ein Herzensanliegen. Wir, Deine Freunde, wünschen Dir – über Dankbarkeit und herzlicher Verbundenheit hinaus – das Wichtigste, nämlich Gesundheit. Dann wirst Du uns auch weiterhin mit Deiner bewundernswerten Aktivität und Zielstrebigkeit erhalten bleiben. Denn: was besagt bei Dir überhaupt schon Dein Geburtsjahr? E. K.

Dr. med. Siegmund Kalinski zum Geburtstag

Als geistreichen und kritischen „Ironius“ kennen ihn die Leser der Ärzte Zeitung. „Mit meinen Augen“ sind seine Glossen im Hessischen Ärzteblatt überschrieben. Als Mitglied der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen beschäftigt sich Dr. med. Siegmund Kalinski auch mit der ärztlichen Berufs- und Standespolitik; 1996 wurde er in das Präsidium der Kammer gewählt. Vor wenigen Wochen feierte der Arzt für Allgemeinmedizin seinen 75sten Geburtstag. Grund genug für die Rückschau auf ein bewegtes Leben, das noch immer von überdurchschnittlichem Engagement geprägt ist.

Am 21. März 1927 wurde Siegmund Kalinski in Krakau geboren. Das dritte Reich überschattete seine Jugend: Von 1942 bis 1945 war er Gefangener der Konzentrationslager Szebnie, Auschwitz, Oranienburg, Flossenbürg und Sachsenhausen. Zwei Jahre nach Kriegsende schrieb sich Kalinski als Student in Krakau ein und absolvierte dort von 1947 bis 1954 das Medizinstudium mit abschließendem Staatsexamen und der Approbation. Bis zu seiner Flucht in den Westen 1963 war er in Krakau und Kattowitz ärztlich tätig. Dann arbeitete Kalinski zunächst als Assistenzarzt in Österreich, später in Rheydt und Frankfurt-Höchst.

Das Jahr 1968 war in dreifacher Hinsicht bemerkenswert: Kalinski promovierte, wurde in die Bundesrepublik Deutschland eingebürgert und ließ sich als praktischer Arzt in Frankfurt-Schwanheim nieder. Zwei Jahre darauf folgte die Anerkennung als „Arzt für Allgemeinmedizin“, 1977 die Weiterbildungsermächtigung im Gebiet „Allgemeinmedizin“. 1978 erwarb Kalinski die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“; 1984 wurde er zum Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin an der Johann Wolfgang Goethe–Universität in Frankfurt berufen. Von 1977 bis 1996 bildete er mehr als 50 Kolleginnen und Kollegen in der Allgemeinmedizin weiter. Diese Erfahrungen brachte Kalinski auch in seine langjährige Tätigkeit als Prüfer für das Gebiet „Allgemeinmedizin“ der Landesärztekammer ein.

Neben seiner Begeisterung für die Medizin setzt sich der Wahl-Frankfurter leidenschaftlich mit den Anliegen des ärztlichen Berufsstandes auseinan-

der. Seit 1980 gehört er der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer an – mit Aktivitäten im Finanzausschuß und im Vorstand der Bezirksärztekammer Frankfurt. Außerdem ist Kalinski - seit Jahren Abgeordneter der Kassenärztlichen Vereinigung und in den verschiedensten Gremien des Berufsverbandes der praktischen Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin in Hessen tätig - heute Alterspräsident der Vertreterversammlung der KBV. Lange Zeit war er Landesschatzmeister und Vorsitzender des großen BPA-Bezirkes Frankfurt am Main, darüber hinaus bei der Bundesversammlung des NAV und im Bundesausschuß für Weiterbildung in Allgemeinmedizin sowie als ehrenamtlicher Richter beim Hessischen Finanzgericht in Kassel aktiv. Kalinski war Gastdozent an der medizinischen Hochschule Kopernikus in Krakau, verfaßte wissenschaftliche Arbeiten und habilitierte sich an der Jagellonen-Universität in Krakau.

Seine wissenschaftlichen Veröffentlichungen betreffen die Allgemeinmedizin unter besonderer Berücksichtigung der Psychotherapie. Kalinskis vielseitige Aktivitäten blieben keineswegs ohne Resonanz; im Gegenteil: 1987 verlieh ihm der Bundespräsident das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland, 1996 das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse. 1991 erhielt er die Dr. Richard Hammer-Medaille der Landesärztekammer Hessen, 1992 die Johanna Kirchner-Medaille der Stadt Frankfurt und 1997 die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber.

Katja Möhrle

Konrad Zündorf

Seit April ist Konrad Zündorf Manager des Fortbildungszentrums der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim. Der Diplom-Agraringenieur, der bislang als Geschäftsführender Vorstand der Verbraucher-Zentrale Hessen e.V. tätig war, tritt damit die Nachfolge von Rainer Leitloff an. Nach über dreißig Berufsjahren im Dienst der LÄKH, ist der Geschäftsführer der Akademie für Fort- und Weiterbildung jetzt in Ruhestand gegangen.

Zündorf wurde 1963 in Leverkusen geboren und leistete nach dem Abitur seinen Zivildienst in der Krankenpflege ab. Von 1983 bis 1989 studierte er Agrarwissenschaften, Fachrichtung Pflanzenproduktion mit Schwerpunkt Ökonomie, in Bonn. Schon während des Studiums sammelte Zündorf als Dozent für Unternehmensseminare und Vorsitzender der Christophorus-Projektgruppe für Entwicklungszusammenarbeit sowie durch Gutachten über Marktchancen von Unternehmen berufliche Erfahrungen.

Später war er als wissenschaftlicher Mitarbeiter eines Bundestagsabgeordneten u.a. mit PR-Strategien betraut. Von 1991 bis 1994 arbeitete Zündorf als Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft der neun Landjugendverbände in Baden-Württemberg und von 1990 bis 1994 als Geschäftsführer des Bundes Badischer Landjugend. Außerdem war er Leiter des Bildungszentrums Wolhof in Freiburg und Referatsleiter für Jugendlandwirtschaft im Badischen Bauernverband. Zu seinen Aufgaben zählte Öffentlichkeitsarbeit, die Umsetzung von Personal- und Dienstleistungsstrategien, Durchführung von Unternehmerseminaren und Schulung von Nachwuchskräften.

1994 erfolgte der Wechsel zur Verbraucherzentrale. Zündorf ist verheiratet und Vater eines Kindes.

möh

In tiefer Betroffenheit und Trauer verabschieden wir uns von unserem Geschäftsführer und langjährigen Ärztlichen Direktor

Prof. Dr. med. Günther Sachse

Er verstarb am 16. März 2002 in seinem 54. Lebensjahr.

Nach seiner ärztlichen Ausbildung in Göttingen und seiner Habilitation an der Justus-Liebig-Universität in Giessen führte ihn sein beruflicher Weg 1987 an die DKD nach Wiesbaden. Ab 1. 1. 1991 wurde Professor Sachse zum Ärztlichen Direktor und ab 1. 2. 2001 zum Geschäftsführer der DKD bestellt.

Als Endokrinologe war ihm die Optimierung der Betreuung der Typ-2-Diabetiker, die Versorgung des metabolischen Syndroms sowie die Organisation einer praxisnahen ärztlichen Fortbildung stets ein wichtiges Anliegen. Er setzte sich darüber hinaus für die Umsetzung effizienter Klinikstrukturen in einem System interdisziplinärer Zusammenarbeit und die Überwindung der bestehenden sektoralen Versorgungsstrukturen im heutigen Gesundheitssystem ein. Sein Anliegen, eine Palliativstation an der DKD aufzubauen, konnte er leider nicht mehr verwirklichen.

Professor Sachse arbeitete bis kurz vor seinem Tod engagiert in seinen verantwortlichen Funktionen. Seine hohe fachliche Kompetenz, menschliche Wärme sowie seine ausgleichende Persönlichkeit werden wir sehr vermissen.

Seiner Familie gilt unser tief empfundenes Mitgefühl.
Wir alle werden ihm stets ein ehrendes Andenken bewahren.

STIFTUNG DEUTSCHE KLINIK FÜR DIAGNOSTIK GMBH

Geschäftsführung Ärztevertretung Belegschaft Betriebsrat Aufsichtsrat

Wiesbaden, im März 2002

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten

Professor Dr. med. Klaus-Henning Usadel, Direktor der Medizinischen Klinik I des Zentrums der Inneren Medizin am Universitätsklinikum Frankfurt, wurde durch den Staatssekretär des Hessischen Ministeriums für Wissenschaft und Kunst, Frank E. Portz, das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

Professor Dr. med. Horst Ganz, Marburg, wurde durch den hessischen Minister der Justiz, Dr. Christean Wagner und Dieter Möller, Oberbürgermeister der Universitätsstadt Marburg, im Historischen Saal des Marburger Rathauses der Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland am Bande verliehen. Ganz erhielt die Auszeichnung für seine „über das gewohnte Maß" hinausgehende Arbeit.

Dr. med. Peter-Joseph Pfuhl, Darmstadt, wurde durch die hessische Ministerin für Wissenschaft und Kunst, Staatsministerin Ruth Wagner, in der Dienstvilla des Hessischen Ministerpräsidenten in Wiesbaden der Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland am Bande für seine Verdienste und seinen ehrenamtlichen Einsatz verliehen.

Professor Dr. med. Konrad Schwemmle, Gießen, wurde von der Vorsitzenden der Bezirksärztekammer Gießen, Dr. Brigitte Ende, anläßlich einer Abschiedslesung die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen für sein überdurchschnittliches Engagement auf dem Gebiet der ärztlichen Fortbildung verliehen.

Dr. med. Helmut Rockert, Wiesbaden, wurde anläßlich einer Feierstunde im Wiesbadener Rathaus das Bundesverdienstkreuz am Bande durch Oberbürgermeister Hildebrand Diehl und Stadtverordnetenvorsteherin Angelika Thiels, für besonders große Verdienste verliehen.

Dr. med. Harald Wirth, Darmstadt, wurde anläßlich einer Veranstaltung des Ärztlichen Kreisvereins Darmstadt, deren Vorsitzender er lange Jahre war, von Dr. Margita Bert, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen, für seine herausragenden Leistungen in der ärztlichen Fortbildung mit der Ernst von Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer ausgezeichnet.

Landesärztekammer Hessen

Fortsetzung von Seite 260

wie Vertreter von Aufsichtsrat und Verwaltungsrat versuchten die Delegierten von der Notwendigkeit, diese Vollmachten erteilen zu können, zu überzeugen. Es sei völlig überflüssig, Vorgänge des Alltagsgeschäftes, das ohnehin Aufgabe des Verwaltungsrates sei, jedes Mal von Präsident und Aufsichtsratsvorsitzender/Aufsichtsratsvorsitzendem abzeichnen zu lassen. Nach leidenschaftlichen Plädoyers, die den Delegierten vor Augen führten, daß die Arbeit des Versorgungswerkes sonst gelähmt sei – wurde der Antrag auf Änderung nochmals zur Abstimmung gestellt und angenommen.

Einige Teilnehmer der Delegierten-Versammlung

Fortune hatte der Antrag von Dr. med. Paul Otto Nowak auf Einführung des Curriculums und der Fachkunde „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst", da das Land Hessen eine Verordnung zur Qualitätssicherung Rettungsdienst durchzusetzen habe. Ihm wurde ohne weitere Debatten zugestimmt. Schwieriger gestaltete sich hingegen die Diskussion über die Sanierung der Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim oder den möglichen Neubau eines Kasinos. Die Delegierten beauftragten das Präsidium mit der Erarbeitung einer grundlegenden Planung, deren eventuelle Realisierung nicht den Betrag von 3, 5 Millionen Euro überschreiten dürfe.

Katja Möhrle

Die Einrichtung des „Kompetenzzentrums für hochinfektiöse, lebensbedrohliche Erkrankungen“ an der Frankfurter Universitätsklinik geht auf eine Initiative der Landesärztekammer Hessen zurück: Anläßlich eines Antrags auf Erteilung der Zusatzbezeichnung „Tropenmedizin“ einer Mitarbeiterin der Infektionsstation, wies die Kammer das Hessische Sozialministerium im Sommer 2000 erneut auf die zwingende Notwendigkeit hin, in der Nähe des Frankfurter Flughafens ein – aus der Infektionsstation von Professor Dr. Stille hervorgehendes - tropenmedizinisches Institut oder eine Abteilung für Tropenkrankheiten einzurichten.

Die Situation in Hessen stellte sich zum damaligen Zeitpunkt desolat dar: Weder existierte ein Tropenkrankenhaus bzw. ein Tropeninstitut, noch eine tropenmedizinische Fachabteilung, an der man die für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Tropenmedizin“ erforderliche, mindestens einjährige Weiterbildung hätte absolvieren können. Und dies, obwohl das Rhein-Main-Gebiet mit dem Frankfurter Flughafen als internationalem Drehkreuz besonders durch den „Transport von Tropenkrankheiten“ gefährdet ist. Auch die seuchenhygienische Versorgungsproblematik wurde in Gesprächen mit dem Hessischen Sozialministerium – insbesondere mit seinem Staatssekretär - angesprochen.

Die Landesärztekammer bat das Ministerium darum, die Abteilung für Infektiologie der Universität Frankfurt als Weiterbildungsstätte „Tropenmedizin“ anzuerkennen. Im Gegenzug schlug das Ministerium vor, die Abteilung, der gutachterliche Stellungnahmen die Eignung als Weiterbildungsstätte bestätigt hatten, als tropenmedizinische Fachabteilung anzusehen. Angeregt durch den Hauptgeschäftsführer der Kammer, Dr. Michael Popović, stellte das Hessische Sozialministerium am 28. August 2000 fest, daß durch die Einrichtung der Isolierstation zur länderübergreifenden Versorgung gefährlicher hochkontagiöser Krankheiten zukünftig eine weitere Zunahme des Aufkommens an tropenmedizinischen Erkrankungen zu erwarten sei, die eine qualitative Patientenversorgung erfordere. möh

Kompetenzzentrum für hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen

Gottschalk R*, Stark S*, Bellinger O*, Brodt HR**, Just G**, Helm EB**, Wirtz A***
* Stadtgesundheitsamt Frankfurt
** Universitätsklinik Frankfurt – Abteilung für Infektiologie
*** Hessisches Sozialministerium

Zusammenfassung
Die Einschleppung von Tropenkrankheiten nach Deutschland wird durch den zunehmenden Ferntourismus und durch die Globalisierung wirtschaftlicher Aktivitäten zu einem immer häufiger auftretenden Problem für das Gesundheitswesen.
Mit seinem großen internationalen Flughafen, der mit bis zu 70 % Umsteigern und seiner exzellenten Verkehrsanbindung einen Drehpunkt im internationalen Flugverkehr darstellt, besteht für das Rhein-Main-Gebiet und namentlich für Frankfurt am Main ein vergleichsweise hohes Risiko der Einschleppung auch hoch ansteckender Infektionskrankheiten. Der Flughafen Frankfurt ist von praktisch allen Kontinenten innerhalb von 12 bis 16 Stunden ohne Flugzeugwechsel erreichbar. Damit ist zu erwarten, daß vor allem im Einzugsbereich dieses Flughafens Patienten mit unklaren importierten Krankheiten einreisen. Sofern die Patienten nicht schon auf dem Flug erkranken, können sie in praktisch jedem Krankenhaus Hessens oder den umgebenden Ländern zur Behandlung kommen. Es kann nicht erwartet werden, daß der Kenntnisstand zur Differenzierung, Diagnose und zum Umgang mit derartigen seltenen Krankheiten überall qualitativ gleich hoch ist und damit auch potentiell hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen (insbesondere bestimmte hämorrhagische Fieber) von anderen in der Übertragbarkeit weniger problematischen Erkrankungen unterschieden werden können. Daher wurde im April 2001 in Hessen ein Kompetenzzentrum für hochinfektiöse lebensbedrohliche Erkrankungen etabliert, angebunden an das Stadtgesundheitsamt in Frankfurt, das zur Beratung anderer Gesundheitsämter und Krankenhäuser eine 24-stündige ärztliche Rufbereitschaft sicherstellt. Das Kompetenzzentrum ist ein Netzwerk der vorhandenen infektiologischen und tropenmedizinischen Kompetenz von öffentlichem Gesundheitsdienst, infektiologischer Abteilung der Universitätsklinik Frankfurt (von der Landesärztekammer als Weiterbildungsstätte für Tropenmedizin anerkannt) und der Frankfurter Feuerwehr (infektiologi-

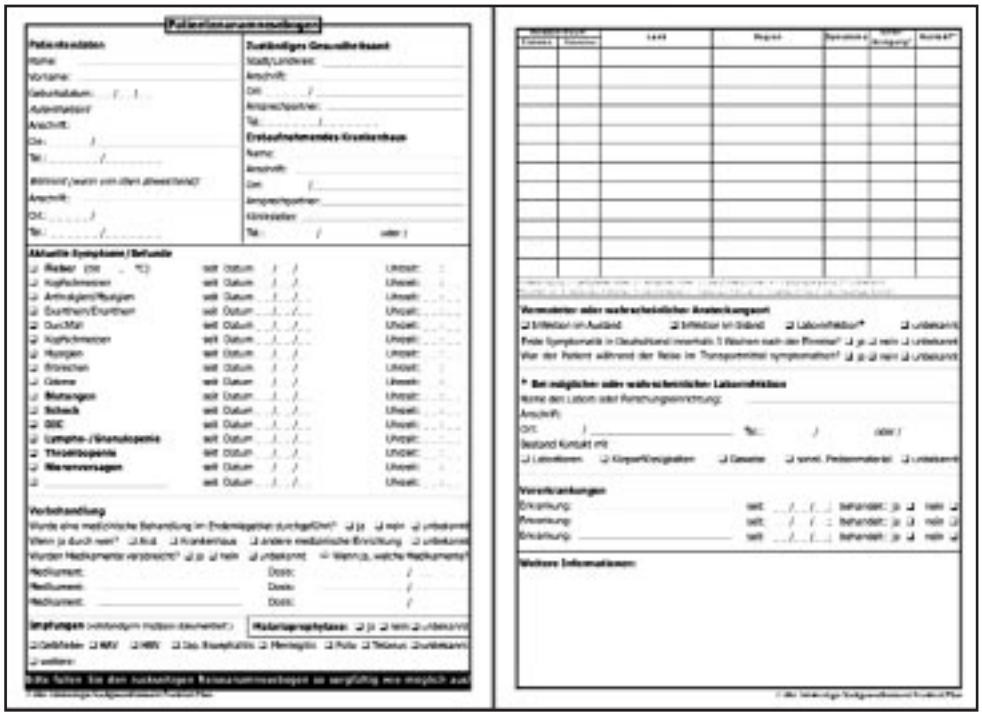


Abbildung 1: Anamnesebogen

sche Sondertransporte). Eingebunden in das Kompetenzzentrum ist außerdem diagnostische, infektionsepidemiologische und krankenhaushygienische Fachkompetenz.

Das Kompetenzzentrum bietet bei entsprechenden Verdachtsfällen hessenweit eine infektiologische Beratung aller Gesundheitsämter, Ärzte und Krankenhäuser an und übernimmt im Bedarfsfall auch den Transport in die jetzt fertiggestellte Isolierstation des Universitätsklinikums Frankfurt am Main. Diese Struktur stellt sicher, daß alle in einem solchen Fall betroffenen Institutionen und Fachbereiche optimal zusammenarbeiten.

Hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen

Als lebensbedrohliche hochkontagiöse Infektionen im engeren Sinne werden die durch Viren ausgelösten hämorraghischen Fieber (Ebola, Lassa, Marburg, Krim-Kongo und weitere Erreger), sowie die Lungenpest und Affenpocken angesehen. Allen Infektionen ist gemeinsam, daß sie von Mensch zu Mensch übertragen werden können und eine hohe Mortalitätsrate haben. Diese Liste ist keineswegs vollständig – neben vielen anderen Viruserkrankungen, die unter einem hämorrhagischen Bild ablaufen können, werden beständig neue Erregerarten isoliert, die gleichfalls schwere und hochinfektiöse Erkrankungen auslösen können. Beispielsweise konnte kürzlich ein für eine Epidemie eines hämorrhagischen Fiebers Ende 1997 in Kenia und Somalia verantwortliches Virus aus der Gruppe der Bunyaviren isoliert werden, das nach der Ortschaft der Entdeckung als Garissa-Virus bezeichnet wurde.

Typischerweise handelt es sich um eingeschleppte Infektionskrankheiten, jedoch kommen auch in Westeuropa Hantaviren vor, so daß es auch in Deutschland zu dem Auftreten von hämorrhagischen Fiebern kommen kann, die nicht durch den Fernverkehr verursacht sind. In den letzten Jahren wurden in Deutschland und Europa mehrfach Patienten mit importierten hochkontagiösen hämorrhagischen Fiebern (Lassafieber) und mehrere Verdachtsfälle in Krankenhäusern behandelt; dabei zeigten sich Unsicherheiten im Management dieser Erkrankungen. Unter diesen Gesichtspunkten wurde in Zusammenarbeit mit dem Hessischen Sozialministerium ein Management-Konzept erarbeitet, das im Internet für alle Ärzte und Krankenhäuser abrufbar ist (http://www.hessen.de/hsm/Stichworte/HklE/einleitung.html).

Struktur des Kompetenzzentrums

Teil dieses Konzeptes ist die Etablierung eines Kompetenzzentrums für hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen (KHLE). Das Kompetenzzentrum ist ein Netzwerk bestehend aus verschiedenen Einrichtungen und Institutionen:

- infektiologisch und tropenmedizinisch geschulte Fachärzte des **Stadtgesundheitsamtes Frankfurt am Main,** die eine Beraterfunktion für andere hessische Gesundheitsämter und bei Bedarf auch für Krankenhäuser über 24 Stunden/365 Tage im Jahr übernehmen,
- Ärzte und Pflegepersonal der **Universitätsklinik Frankfurt am Main,** die die medizinische Betreuung auf der jetzt fertiggestellten Isolierstation sicherstellen und
- Vertreter der **Branddirektion Frankfurt am Main,** die für den Patiententransport zuständig sind.

Eingebunden ist darüber hinaus als oberste Landesgesundheitsbehörde das Hessische Sozialministerium, dem u. a. die länderübergreifende Koordination obliegt und das nach § 12 IfSG bei allen hochinfektiösen lebensbedrohlichen Erkrankungen unverzüglich zu informieren ist. Ebenfalls eingebunden ist die Infektionsepidemiologie (Zentrum für Gesundheitsschutz in Dillenburg), mikrobiologische und virologische Labordiagnostik (BSL 3 Labor der Universität Frankfurt/Main und BSL 4 Labor der Universität Marburg) sowie krankenhaushygienische Fachkompetenz.

Tabelle 1: Schutzkleidung

Als ausreichende Schutzkleidung für Fälle von hochinfektiösen Erkrankungen wird empfohlen:

- spezielle (Einmal-) Overalls, notfalls OP-Mäntel (Einmalmaterial, flüssigkeitsdicht)
- Mundschutz (Halbmaske mit Filter FFP3)
- Schutzhandschuhe (doppelte OP-Handschuhe und dickere Überhandschuhe, z. B. für Chemotherapie)
- Schuhe (desinfizierbar, Einwegüberziehstiefel, notfalls OP Schuhe)
- Arbeitsschutzbrille mit seitlichem Spritzschutz
- Einmal- Kopfhaube

Die Vorhaltung von Respiratoren ist nicht notwendig.

Das KHLE soll hessenweit eine Beratung über die möglichen Differentialdiagnosen, erforderliche Diagnostik und notwendige Schutzmaßnahmen durchführen – dies kann gegebenenfalls auch durch eine Fallbegutachtung vor Ort geschehen. Die Einordnung des Falles und die Entscheidung über eine Verlegung des/der Patienten soll in Zusammenarbeit mit den betroffenen Einrichtungen getroffen werden.

Vorgehen bei einem Verdachtsfall

Bei einem Verdacht auf das Vorliegen einer hochkontagiösen Erkrankung ist entscheidend, daß die notwendigen Vorsichts- und Schutzmaßnahmen frühzeitig angewendet werden. Auf Grund des engen Kontakts zu infektiösem Material besteht vor allem für das versorgende Personal in Krankenhäusern eine besondere Gefährdung.

Ein Patient mit Verdacht z. B. auf ein hämorrhagisches Fieber wird in der Regel stationär versorgt werden, da es sich immer um schwer kranke Patienten handelt. Findet man bei einem hochfiebernden Patient zusätzliche unspezifische Symptome wie Kopf-, Augen-, Muskel-, Gelenkschmerzen, Hautausschlag; ggf. Übelkeit/Erbrechen oder bereits eine hämorrhagische Diathese, Schock etc., so ist zur weiteren Differenzierung eine ausführliche infektiologische Anamnese zu erstellen. Hierbei müssen die Fragen geklärt werden, ob der Patient bis zu drei Wochen vor Auftreten der Symptomatik in einem Land war, in dem hämorrhagische Fieber vorkommen oder ob eine Kontaktmöglichkeit in einem Labor (Labortiere, infektiöse Substanzen etc.) bestanden hat. Zur Vereinfachung der infektiologischen Anamnese wurde vom Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main ein Fragebogen erarbeitet (s. Abb. 1), der die wesentlichen Punkte beinhaltet und der über die Internetseiten des Stadtgesundheitsamtes oder des HSM abgerufen werden kann (http://www.frankfurt.de/sis/Rathaus.html; http://www.sozialministerium.hessen.de/Stichworte/HklE/Patientenbg.pdf).

Im Bedarfsfall kann das Krankenhaus bei dem KHLE genauere Informationen abfragen. In jedem Fall müssen die häufigsten Differentialdiagnosen so weit wie möglich ausgeschlossen werden (z. B. Malaria). Bei weiterbestehendem Verdacht muß die Klinikleitung des betreffenden Hauses vorläufige Schutzmaßnahmen (Isolierung) anordnen und den zuständigen Amtsarzt informieren.

Der Amtsarzt muß sich vergewissern,

1) ob der Verdachtsfall begründet ist und
2) daß die notwendigen Schutzmaßnahmen für Personal und Umwelt eingeleitet wurden.

Zur Unterstützung der Entscheidungen kann das Kompetenzzentrum jederzeit in Anspruch genommen werden.

Ist der Verdacht auf eine hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankung begründet, ist mit dem Kompetenzzentrum zu klären, ob eine Überweisung des Patienten auf die Isolierstation der Universität Frankfurt erfolgen soll.

Bis zur Verlegung sind Maßnahmen zur provisorischen Isolierung des Patienten, zum Schutz des Personals (Schutzkleidung), Sonderbehandlung von Abfällen und anderen kontaminierten Materialien, spezielle Bedingungen zur Durchführung von Laboruntersuchungen und zum Probenversand bzw. bei Tod des Patienten besonderer Umgang mit dem Leichnam erforderlich. Alle Krankenhäuser sind gehalten sich, in Absprache mit dem zuständigen Gesundheitsamt, mit dem Auftreten eines derartigen Falles auseinander zu setzen und entsprechende planerische Vorkehrungen zu treffen, die in den Hygieneplänen niederzulegen

Abbildung 2: Struktur des Kompetenzzentrums

Tabelle 2: Wichtige Telefonnummern

Kompetenzzentrum für hochkontagiöse Krankheiten Frankfurt

- Ganztägig über Flugleitstelle Frankfurt am Main: **069 / 441033**
- **Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt** mit Verbindung zu
  Universitätsklinikum Frankfurt am Main (Isolierstation)
  Hessisches Netzwerk zur Diagnostik besonderer Erreger
  Feuerwehr Frankfurt

BSL 4 Laboratorien für importierte Virusinfektionen

Bernhard Nocht Institut Hamburg	040 / 42818(0)-460
Virologie der Universität Marburg	06421 / 286-(3691)6253 (nachts)

sind. Die empfohlene Schutzkleidung für das Personal (Tabelle 1) soll vorhanden sein. Mit den jeweils zuständigen Gesundheitsämtern sollte abgeklärt sein, wo die notwendigen Transportbehältnisse für den Probenversand vorgehalten werden. Für Details der weiteren Maßnahmen wird auf die Empfehlungen des Hessischen Sozialministeriums verwiesen.

Leistungen des Kompetenzzentrums

Das Kompetenzzentrum und verantwortlich das Stadtgesundheitsamt Frankfurt bietet laufend:

- aktuelle epidemiologische Informationen im Internet
- Beratung in unklaren Fällen (telefonisch, u. U. auch vor Ort)
- Bereitstellung eines „Notfall-Sets“ für hessische Gesundheitsämter
- Organisation und Begleitung von Patiententransporten
- Durchführung von Übungen
- Bereitstellung und Aktualisierung von Handlungsempfehlungen für hochkontagiöse Erkrankungen

Die epidemiologischen Informationen werden überwiegend durch Recherche im Internet zusammengestellt und können über die Internetseite des Gesundheitsamtes abgerufen werden.

Im Verdachtsfall kann jeder Ort in Hessen nach einer Vorlaufzeit von zwei Stunden plus der Wegezeit angefahren werden. Hierzu wird ein speziell eingerichteter Krankentransportwagen der Branddirektion Frankfurt am Main zusammen mit zwei Begleitfahrzeugen bereitgehalten, der von einem Arzt des KHLE begleitet wird.

Für die bakteriologische und z.T. virologische Diagnostik steht mittlerweile am Universitätsklinikum Frankfurt ein L 3-Labor zur Verfügung. Die Spezialdiagnostik erfolgt in den L 4 Laboren in Marburg (Virologie) oder in Hamburg (Bernhard-Nocht-Institut).

Resümee

Die erfolgreiche Arbeit und Notwendigkeit des Kompetenzzentrums hat sich in der Praxis bereits gezeigt. In den Fällen, bei denen das KHLE bisher gerufen wurde, konnte schnell der Verdacht auf das Vorliegen einer hochkontagiösen Erkrankung ausgeräumt werden, wodurch die sonst notwendige zeit- und kostenintensive Isolierung der betroffenen Patienten vermieden wurde. Die nach dem 11. September aufgekommene Bedrohung durch Bioterrorismus in ihrer Auswirkung auf Deutschland (Milzbrandfehlalarme) hat gezeigt, daß die neue Struktur eines **Kompetenzzentrums für hochkontagiöse lebensbedrohliche Infektionserkrankungen** durch die Verknüpfung von Öffentlichem Gesundheitsdienst, Diagnostik, Klinik, Feuerwehr und Krankenhaushygiene auch auf zunächst unerwartete infektiologische Situationen schnell und professionell reagieren kann.

Mit dieser Struktur und der Betriebsaufnahme der Isolierstation im Februar 2002 verfügt Hessen über ein bundesweit einmaliges und hocheffizientes Abwehrsystem für hochinfektiöse Erkrankungen.

Korrespondenzanschrift:
Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main
Braubachstr. 18 - 22
60311 Frankfurt am Main

Anzeige

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Obermedizinaldirektor a.D. Dr. med. Rolf Hohlfeld, Alsbach-Hähnlein, am 6. Juni,

Dr. med. Elmar Hieber, Dieburg, am 10. Juni,

Dr. med. Wolf-Günter Gassner, Darmstadt, am 27. Juni.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Gottlieb Haas, Frankfurt, am 26. Juni.

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Medizinaldirektor i.R. Dr. med. Georg Krüger, Gießen, am 2. Juni

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Norbert Sternitzke, Bad Nauheim, am 6. Juni,

Professor Dr. med. H.C. Dietrich Ringleb, Gießen, am 16. Juni.

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

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.

Richtige Antworten

Zu der Fragebogenaktion „Schilddrüse" in der März-Ausgabe, Seite 135

Frage 1: c	Frage 6: b
Frage 2: d	Frage 7: a
Frage 3: d	Frage 8: d
Frage 4: c	Frage 9: d
Frage 5: a	

Anzeige

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Karl-Heinz Bederke, Bad Endbach
* 16.10.1920 † 18.11.2001

Dr. med. Sabine Berkling, Wiesbaden
* 3.4.1950 † 19.12.2001

Dr. med. Gisela Borgs, Reichelsheim
* 20.5.1923 † 30.10.2001

Dr. med. Ernst Braun, Hofheim
* 25.1.1914 † 27.1.2002

Dr. med. Cornelia Bruckner, Bad Homburg
* 3.9.1954 † 13.12.2001

Dr. med. Hans Burggraf, Frankfurt
* 22.8.1927 † 31.12.2001

Dr. med. habil. Hans Desaga, Fürth
* 4.12.1912 † 7.3.2002

Elisabeth Eisenreich, Wettenberg
* 13.4.1921 † 13.3.2002

Dr. med. Joseph Gehm, Bad Homburg
* 2.12.1923 † 7.1.2002

Dr. med. Robert Nelz, Neustadt
* 27.8.1934 † 18.2.2002

Dr. med. Werner Ottmar, Kassel
* 25.5.1948 † 24.2.2002

Dr. med. Friedrich-Karl Quodbach, Karben
* 13.3.1924 † 12.1.2002

Dr. med. Hans Ramdohr, Wiesbaden
* 8.5.1920 † 1.3.2002

Dr. med. Stanislaus Reich, Rodenbach
* 11.8.1946 † 5.1.2002

Professor Dr. med. Hans Reitter, Fulda
* 19.6.1919 † 27.1.2002

Dr. med. Karl-Helmut Reuber, Kassel
* 10.2.1935 † 9.2.2002

Professor Dr. med. Guenther Sachse, Hünfelden
* 21.2.1949 † 16.3.2002

Dr. med. Gotthard Scheele, Kassel
* 14.3.1925 † 28.2.2002

Dr. med. Michael Schmitz, Grebenhain
* 3.10.1945 † 8.1.2002

Dr. med. Thomas Senger, Schlüchtern
* 2.8.1945 † 3.2.2002

Dr. med. Wolfram Simrock, Bad Soden
* 16.1.1913 † 13.11.2001

Professor Dr. med. Dietrich Starck, Frankfurt
* 29.9.1908 † 14.10.2001

Dr. med. Daniela Tontsch, Marburg
* 29.12.1970 † 6.3.2002

Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen: Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“

Die Delegiertenversammlung hat in ihrer Sitzung am 13. April 2002 die nachfolgende Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen beschlossen:

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

Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“

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

Mindestdauer der Weiterbildung: Teilnahme an einem Kurs über suchtmedizinische Grundversorgung von 50 Stunden Dauer. Ärzte, die eine spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin gemäß der Richtlinie 2001/19/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 14. Mai 2001 nachweisen, können die Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“ ebenso erwerben wie Fachärzte für Allgemeinmedizin.“

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 13. April 2002 beschlossene und vom Hessischen Sozialministerium am 22. April 2002 (Geschäftszeichen: VIII13 18 b 02 1308) genehmigte Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Es wird darauf hingewiesen, daß in den Gebieten „Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie“, „Nervenheilkunde“, „Psychiatrie“, „Psychiatrie und Psychotherapie“ sowie „Psychotherapeutische Medizin“ die suchtmedizinische Grundversorgung Bestandteil der Gebietsweiterbildung ist.

Frankfurt, den 22. April 2002

(Dr. med. A. Möhrle)

Carl-Oelemann-Schule

Diabetes-Seminar für ArzthelferInnen in Darmstadt
Fortbildung zum Thema Diabetes mellitus bei Typ II-Diabetikern

Die TeilnehmerInnen lernen Möglichkeiten der Verbesserung der Patientenmotivation und –sensibilisierung für ihre Erkrankung kennen und können ihre Kenntnisse über Diabetes mellitus vertiefen. Sie erhalten die Möglichkeit, Erfahrungen auszutauschen und ihren Umgang mit Patienten zu reflektieren.

Die Veranstaltung wird durchgeführt in Zusammenarbeit mit dem Klinikum Darmstadt.

Kurstermine: Samstag, 25.05.2002
Samstag, 08.06.2002
Samstag, 22.06.2002

Zeit: 10:00 Uhr bis 14:00 Uhr

Kursort: Klinikum Darmstadt, Räume der Krankenpflegeschule, Kasinostraße 11, 64283 Darmstadt

Kursgebühr: 110,00 €

Teilnehmerzahl: max. 25 TeilnehmerInnen

Anmeldeschluß: 17. Mai 2002

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

Änderungen vorbehalten!
Stand: März 2002

Lehrgang „Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß § 23 Nr. 4. RöV"

Lehrgangstermine für zweite Halbjahr 2002 in der Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim (120-Stunden-Lehrgang) für nichtärztliche Mitarbeiter/innen in der Radiologischen Diagnostik

Ansprechpartner: Frau Kinscher Tel. (0 60 32) 3 05-1 87

Kurs:	Abschnitt:	Termine:	Bemerkungen:
Nr. 02/4	Teil 1a:	Mo. 12.08. - Do. 15.08.2002	
	Teil 1b:	Mi. 28.08. - Sa. 31.08.2002	
	Teil 2a:	Mo. 09.09. - Do. 12.09.2002	
	Teil 2b:	Mi. 25.09. - Sa. 28.09.2002	Prüfung
Anmeldeschluß: Fr., 19.07.2002 (Datum des Posteingangs)			
Nr. 02/5	Teil 1a:	Mo. 14.10. - Do. 17.10.2002	
	Teil 1b:	Mi. 30.10. - Sa. 02.11.2002	
	Teil 2a:	Mo. 11.11. - Do. 14.11.2002	
	Teil 2b:	Mi. 27.11. - Sa. 30.11.2002	Prüfung
Anmeldeschluß: Fr., 20.09.2002 (Datum des Posteingangs)			

Änderungen vorbehalten!
Stand: März 2002

An alle Ausbildungspraxen

Neue Auszubildende bitten wir unverzüglich nach Vertragsabschluß – möglichst **bis zum 15. Juni 2002** – zum Besuch der Berufsschule anzumelden. Das Anmeldeformular ist über die zuständige Bezirksärztekammer erhältlich.

Die rechtzeitige Anmeldung ermöglicht gegebenenfalls eine Auswahl der Schultage.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

Fortbildung für Arzthelfer/innen

„Assistenz beim ambulanten Operieren" (60 Ustd.)

Die Fortbildung ist berufsbegleitend und wird wöchentlich im Wechsel fi Kurstag mittwochs, 1 Kurstag samstags angeboten.

Zulassungskriterien:

- Abgeschlossene Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf oder im Beruf des Arzthelfers/der Arzthelferin
- Nachweis einer mindestens zweijährigen Tätigkeit in einer ambulant operierenden Einrichtung. Diese Berufserfahrung darf nicht länger als 10 Jahre vor Beginn der Fortbildungsmaßnahme zurückliegen

Lehrgangstermine für das zweite Halbjahr 2002:

Kurs Nr. 02/3:

Veranstaltungsort: Carl-Oelemann-Schule

Samstag,	17.08.2002
Mittwoch,	21.08.2002
Samstag,	31.08.2002
Mittwoch,	04.09.2002
Samstag,	14.09.2002
Mittwoch,	18.09.2002
Samstag,	28.09.2002
Samstag,	19.10.2002
Mittwoch,	23.10.2002
Mittwoch,	30.10.2002
Samstag,	02.11.2002
Anmeldeschluß: Freitag, 19.07.2002	

Ansprechpartner: Frau Kinscher Tel. (0 60 32) 3 05-1 87

Änderungen vorbehalten!
Stand: März 2002

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

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

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

Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

Wir gratulieren den Arzthelferinnen zum **10jährigen Berufsjubiläum,**

Jutta Stähler, tätig bei Dr. med. A. Weber, Oberursel

und zum **mehr als 10jährigen Berufsjubiläum,**

Christiane Christ, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. P. Pippert, Wiesbaden

Sylvia Skupin, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. P. Bingemer, Offenbach

Silke Scheld, seit 15 Jahren tätig bei Dr. med. R. Preißler, Reiskirchen

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

Zum **25jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir den Arzthelferinnen

Britta Mollandin, tätig in der Gemeinschaftspraxis Dres. med. G. u. S. Lenfers, Limburg

Verena Morian-Kolaric, tätig in der Gemeinschaftspraxis Dres. med. A. und B. Kunz, vormals Praxis Dr. med. K. Morian, Darmstadt

In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde diesen Arzthelferinnen eine Ehrenurkunde ausgehändigt.

Sind Berichtshefte uncool?

Präsentation der Ergebnisse nach Durchsicht der Berichtshefte zwei aufeinanderfolgender Jahrgänge in der Grundstufe

"Die Auszubildende hat ein Berichtsheft in Form eines Ausbildungsnachweises zu führen. Der Ausbildende hat das Berichtsheft regelmäßig durchzusehen", so ein Auszug aus der Arzthelfer-Ausbildungsverordnung. Nach dem Berufsbildungsgesetz kann nur derjenige zur Abschlußprüfung zugelassen werden, der das vorgeschriebene Berichtsheft geführt hat.

Gemäß der Ausbildungsverordnung wird der Berichtsheftführung im Rahmen der Ausbildung hohes Gewicht beigemessen. Um sicherzustellen, daß dies durch die Auszubildenden aber auch durch die Ausbilder wahrgenommen wird, beauftragte mich die Ärztekammer, die Berichtshefte der Grundstufe zu sichten und, falls notwendig, durch kritische Bemerkungen Hinweise auf eine bessere Berichtsheftführung zu geben.

In den vergangenen zwei Jahren - und in diesem Jahr zum dritten Mal - wurden mir die Hefte der auszubildenden Arzthelferinnen der Grundstufe zur Durchsicht überlassen. Die Beurteilungskriterien waren von der Ärztekammer vorgegeben:

Prüfkriterien	nicht zu beanstanden	zu beanstanden
1. Das Berichtsheft wird in folgendem zeitlichen Rhythmus geführt:	wöchentlich monatlich	in größeren Abständen
2. Die Zuordnung zu den Inhalten des Ausbildungsrahmenplans wird durch Eintragung in die Zuordnungsspalte vorgenommen:	ja	nein
3. Bei den Inhalten des Ausbildungsrahmenplans ist ein Datum eingetragen:	ja	nein
4. Eintragungen sind vielfach identisch und beziehen sich auf gleiche Tätigkeiten	nein	ja
5. Der auszubildende Arzt zeichnet die Berichte ab:	ja	nein
Er zeichnet sie regelmäßig/zeitnah (s. Ziffer 1) ab:	ja	nein
6. Der ausbildende Arzt korrigiert – erkennbar – inhaltlich/orthographisch fehlerhafte Eintragungen und Berichte:	ja	nein

Für diesen Artikel wurden 488 von ca. 1.100 Berichtsheften ausgewertet, die ich im Zeitraum März bis Juli 2001 durchgesehen habe. Das Ergebnis läßt sich in der folgenden Tabelle zusammenfassen:

	in Ordnung	teilw. in Ordnung	zu beanstanden	nicht feststellbar
zeitlicher Rhythmus	86,1 %	2,0 %	4,3 %	7,6 %
Zuordnung zu Inhalten des Ausbildungsrahmenplans	29,3 %	5,1 %	62,1 %	3,5 %
Inhalte des Ausbildungsrahmenplans mit Datum	12,7 %	2,3 %	80,3 %	4,7 %
Eintragungen vielfach identisch	77,9 %	2,3 %	2,7 %	17,2 %
Ärztin/Arzt zeichnet Berichte ab	62,1 %	0,0 %	35,2 %	2,7 %
regelmäßig und zeitnah	45,5 %	0,0 %	52,8 %	1,7 %
Ärztin/Arzt korrigiert inhaltlich/orthographisch	17,8 %	0,2 %	67,2 %	14,8 %

Dazu noch einige Erläuterungen:

1. Zeitlicher Rhythmus zur Führung des Berichtsheftes:

   86,1 % der Auszubildenden führten ihr Berichtsheft regelmäßig in wöchentlichem oder monatlichem Abstand. Bei 13,9 % der Berichtsheftführung lag kein zeitlicher Rhythmus vor; die Berichte erfolgten in größeren Abständen, teilweise bis zu mehreren Monaten, waren nicht datiert, oder es wurden überhaupt keine Berichte geschrieben.

2. Zuordnung zu den Inhalten des Ausbildungsrahmenplans:

   29,3 % der Auszubildenden ordneten ihre Berichte den zu vermittelnden Fertigkeiten und Kenntnissen mit der entsprechenden Nummer im Ausbildungsrahmenplan zu. 62,1 % machten keine Zuordnung zu den Ausbildungszielen. Bei 8,6 % der Hefte waren die Zuordnungen unvollständig oder falsch.

3. Inhalte des Ausbildungsrahmenplans mit Eintragung des Datums:

   12,7 % der Auszubildenden datierten ihre Ausbildungsziele im Ausbildungsrahmenplan. Bei 80,3 % der Berichtshefte war kein Datum angegeben; 7 % datierten teilweise oder unvollständig.

4. Identische Eintragungen, die sich vielfach wiederholen: 77,9 % der Auszubildenden beschrieben zwar fortlaufend neue Themen mit teilweise sehr umfangreichen Inhalten, aber auch Themen, die sich nur auf einen geringen Teil des Ausbildungsrahmenplans bezogen. 22,1 % beschrieben vielfach Wiederholungen des Tätigkeitsablaufs in der Praxis oder unpräzise, rudimentäre Beschreibungen der Inhalte eines oder mehrerer Ausbildungsziele.

5. Ärztin/Arzt zeichnet Berichte ab: 62,1 % der Ausbilder/innen zeichneten die Berichte mit ihrer Unterschrift ab, wenn auch oftmals unregelmäßig und nicht zeitnah. Im Interesse der Auszubildenden ist zu wünschen, daß die Berichte stets kontrolliert und ggf. besprochen werden.

6. Inhaltliche und orthographische Korrektur durch die Ausbilder/innen:

   17,8 % der Berichtshefte wurden durch die Ausbilder korrigiert. Diese Anzahl kann gering sein, wenn man davon ausgehen darf, daß die Berichte inhaltlich und orthographisch korrekt erstellt werden.

In wenigen Berichtsheften zeigte sich das Engagement der Auszubildenden und damit ihre Fähigkeit, Fertigkeiten und Kenntnisse zu dokumentieren. Diese Berichtshefte ließen vermuten, daß intensives, zielstrebiges Verfolgen der Lerninhalte der jeweiligen fachbezogenen Praxisarbeit und auch der allgemeinen Ausbildungsziele vorlagen. Die teilweise originellen Ideen, die Berichte mit Broschü-

ren, Patienten-Infos bis hin zu Praxismaterialien auch anschaulich zu illustrieren, weisen auf motivierte Auszubildende hin.

Ein beträchtlicher Teil der Berichtshefte erweckte allerdings den Eindruck, daß die Auszubildenden (und nicht nur sie) die Führung der Berichtshefte entweder als notwendiges Übel oder sogar als unsinnige Aufgabe betrachteten. In Anbetracht der Tatsache, daß mit den Berichtsheften der Ausbildungsfortgang dokumentiert werden soll, erübrigt sich die Frage nach der Sinn- und Zweckhaftigkeit. Es gehört zu den Pflichten der ausbildenden Ärztinnen und Ärzte, die Auszubildenden bei ihrer Berichtsheftführung regelmäßig zu betreuen, d.h. die Berichte zu kontrollieren, sie ggf. zu korrigieren und die im Ausbildungsplan genannten Ziele weiter zu verfolgen. Auszubildende sollten dazu angeleitet werden, auch selbst ihre Ausbildungsziele im Auge zu behalten und gemeinsam mit ihren Ausbildern durch die Berichtsheftführung den Ausbildungsfortgang transparent zu machen.

Ich erachte es als notwendig, daß andererseits Auszubildende eine Mitwirkung bzw. Hilfe ihrer Ausbilder/innen bei der Berichtsheftführung einfordern, insbesondere auch deshalb, weil das Wahrnehmen und Vertreten der eigenen Interessen bei der Verfolgung der Ausbildungsziele ein wesentliches Kriterium für eine gute Beurteilung der Auszubildenden sein sollte.

Die im Februar 2000 eingeführte zentrale Durchsicht der Berichtshefte entwickelt sich sehr erfreulich. Im 3. Jahr ist eine fast vollzählige Mitwirkung der Auszubildenden zu verzeichnen.

Demzufolge kann unsere Absicht, Auszubildende und Ausbildende bei der Führung des Berichtsheftes zu unterstützen, und nicht, wie vielleicht angenommen, zu kontrollieren, in die Tat umgesetzt werden.

Anita Schneider

Abschlußfeier für die erfolgreichsten Absolventen der Arzthelfer/in-Abschlußprüfung im Winter 2002

Arzthelfer/innen, die ihre Abschlußprüfung im Winter 2002 mit der Note „sehr gut" bestanden haben, wurden wieder für ihre hervorragenden Ausbildungs- und Prüfungsleistungen besonders geehrt. Im Rahmen einer Abschlußfeier für alle Absolventen bei der jeweiligen Bezirksärztekammer überreichte ihnen die/der Vorsitzende persönlich das Prüfungszeugnis. Außerdem erhielten sie zusammen mit einem wertvollen Buchgeschenk ein persönliches Schreiben des Präsidenten der Landesärztekammer Hessen.

Zur Abschlußfeier waren auch die ausbildenden Ärztinnen und Ärzte und die Berufsschullehrer/innen sehr herzlich eingeladen.

Bei der Abschlußprüfung im Winter 2002 haben fünf Arzthelferinnen ihre Prüfung mit „sehr gut" bestanden:

Martina Bingel, Fronhausen Gesamtpunkte: 94,00	ausgebildet in der Gemeinschaftspraxis Dr. med. Dr. med. dent. H. Nölling und P. Nölling, Marburg
Lena Degen, Pohlheim Gesamtpunkte: 92,00	ausgebildet bei Dr. med. M. Roos, Gießen
Claudia Lutz, Nieder-Klingen Gesamtpunkte: 92,00	ausgebildet bei Dr. med. M. Spiegel, Frankfurt
Sabine Schardt, Pohlheim Gesamtpunkte. 92,00	ausgebildet im Universitätsklinikum Gießen
Anja Theiß-Nastold, Biedenkopf Gesamtpunkte: 94,00	ausgebildet in der Gemeinschaftspraxis Dres. med. U. Förster u. A. Pfaff, Bad Endbach

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

Verlust von Arztausweisen

Folgende Arztausweise sind verlorengegangen und werden hiermit für ungültig erklärt.

Arztausweis Nr. HS/F/9256, ausgestellt am 16.9.1999, für Arndt Harmjanz, Frankfurt,

Arztausweis Nr. HS/F/10201, ausgestellt am 26.6.2001, für Walter Hofmann, Kelkheim,

Arztausweis Nr. HS/K/4005, ausgestellt am 16.10.1998, für Inna Paseka, Kassel,

Arztausweis Nr. HS/K/2497, ausgestellt am 17.6.1992, für Dr. med. Gudrun Steufmehl, Rotenburg,

Stempel-Nummer 40 77 666 (Wochentag), Ärztlicher Notdienst Main-Kinzig-West (Eunice Mbuh-Tschimbakala-Goma, Frankfurt).

Anzeige

Der Krieg in Afghanistan.

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

medico-Hilfe

Spenden für unsere afghanischen Partner zur Minenaufklärung und medizinischen Notversorgung.

Konto: medico international, 1800, BLZ 500 502 01, Frankfurter Sparkasse: »**Minenopfer**«

medico international

Obermainanlage 7, 60314 Frankfurt
Tel. 069 94 43 00, Fax 069 43 60 02
Email: info@medico.de, www.medico.de

Empfehlungen zur Einstellung von Auszubildenden incl. Checkliste

▶ Bei der Einstellung von auszubildenden Arzthelferinnen/Arzthelfern sind einige Formalitäten zu berücksichtigen, die wir Ihnen nachfolgend in einer **Checkliste** zusammengestellt haben:

☐ Das Bewerbungs- und Einstellungsverfahren sollte möglichst frühzeitig, d.h. **spätestens im Herbst des Vorjahres** durchgeführt werden.

Die Landesärztekammer Hessen hat einen **Eignungstest** erstellt als Unterstützung bei der **Auswahl geeigneter Bewerber/innen**. Dieser kann kostenlos über die Landesärztekammer Hessen bezogen werden.

☐ Offizielle Einstellungstermine beachten: zwischen dem 1. August und dem 1. September eines jeden Jahres. Nach dem 1. September bis 31. Dezember eines jeden Jahres ist eine Einstellung nur mit Genehmigung der zuständigen Bezirksärztekammer möglich (= verspätete Einstellung). Nach dem 31. Dezember ist **keine** Einstellung von Auszubildenden möglich.

Eine verspätete Einstellung führt zu einer Verschiebung des Prüfungstermins. **Die Landesärztekammer bittet deshalb, Berufsausbildungsverträge möglichst mit Ausbildungsbeginn 1. August abzuschließen.**

Nach dem Berufsbildungsgesetz endet das Ausbildungsverhältnis grundsätzlich zu dem im Berufsausbildungsvertrag eingetragenen Ende. **Besteht** der Auszubildende **vor** Ablauf der Ausbildungszeit die Abschlußprüfung, so endet das Ausbildungsverhältnis ausnahmsweise früher, also am **Bestehenstag**. Bei verspätet eingestellten Auszubildenden, die regelmäßig an keiner Abschlußprüfung innerhalb des laufenden Vertragsverhältnisses teilnehmen können, endet die Ausbildungszeit mit Ablauf des Vertrages. Eine Verlängerung der Berufsausbildungszeit bis zum Prüfungstermin steht nicht zur Disposition der Vertragspartner. Eine Verlängerung ist gemäß § 29 Abs. 3 Berufsbildungsgesetz nur in Ausnahmefällen zulässig und muß von der Landesärztekammer Hessen genehmigt werden. Die Tatsache, daß die Auszubildende erst nach Ablauf des Vertrages an der Abschlußprüfung teilnimmt, stellt keinen Verlängerungsgrund dar. Die Vertragsparteien haben aber die Möglichkeit, nach Ablauf des Ausbildungsverhältnisses einen Arbeitsvertrag abzuschließen.

Hinweis: Die Ausbildung endet im Normalfall mit Bestehen der Abschlußprüfung im Sommer und damit regelmäßig **vor** Ablauf des im Berufsausbildungsvertrages eingetragenen Endes.

☐ Ausbildungsmöglichkeiten prüfen (Anzahl der Fachkräfte im Verhältnis zur Anzahl der Auszubildenden, s.u.)

☐ Vorliegen einer Arbeitserlaubnis oder Aufenthaltsberechtigung bei der Beschäftigung nichtdeutscher Auszubildenden **(in Zweifelsfällen beim zuständigen Arbeitsamt nachfragen)**

☐ Berufsausbildungsvertrag bei der zuständigen Bezirksärztekammer anfordern und ausfertigen, Antrag auf Eintragung ... (Rückseite) sorgfältig ausfüllen

☐ Berufsausbildungsvertrag (Ausfertigung für Landesärztekammer Hessen) unverzüglich bei der zuständigen Bezirksärztekammer zur Eintragung einreichen

☐ Jugendarbeitsschutzuntersuchung durchführen lassen (Durchschrift des Untersuchungsbogens für den Arbeitgeber ist der Bezirksärztekammer mit den Berufsausbildungsverträgen vorzulegen)

☐ Anmeldung zur Berufsschule unverzüglich nach Vertragsabschluß **(rechtzeitige Anmeldung ermöglicht gegebenenfalls eine Auswahl der Schultage)**

☐ Aushändigung und Erläuterung des Berichtsheftes (Hinweise zur Führung des Berichtsheftes, siehe Berichtsheft)

☐ Erstellung eines Ausbildungsplans (Muster liegt dem Berufsausbildungsvertrag bei)

☐ Aufklärung über Schweigepflicht

☐ Beschaffung der Berufskleidung (Kittel)

☐ **Unterrichtung über Immunisierungsmaßnahmen gegen Hepatitis B und diese kostenlos anbieten (VGB 103 M 613)**

☐ Absprache der Arbeitszeiten

☐ Anmeldung zur Krankenversicherung

☐ Vorlage der Lohnsteuerkarte

☐ Einrichtung einer Bankverbindung

☐ Rentenversicherungsnachweis bei der BfA beantragen

▶ Präsidium und Berufsbildungsausschuß der Landesärztekammer Hessen haben für die Einstellung von Auszubildenden folgende Schlüsselzahlen festgelegt:

1 Arzt	darf 1 Auszubildende einstellen
1 Arzt mit 1 bis 2 Fachkräften	darf 2 Auszubildende einstellen,
1 Arzt mit 3 Fachkräften	darf bis zu 4 Auszubildende einstellen.

Als Fachkräfte gelten ganztägig tätige Arbeitnehmer/innen i.S. von § 1 Abs. 2 des Manteltarifvertrages für Arzthelfer/innen. 2 Teilzeitkräfte, deren wöchentliche Arbeitszeit **zusammen** die regelmäßige wöchentliche tarifliche Arbeitszeit ergibt, werden als eine ganztägig tätige Fachkraft anerkannt.

Die Schlüsselzahlen sind auf Gruppenpraxen oder Gemeinschaftspraxen entsprechend anzuwenden.

Eine Überschreitung der zulässigen Schlüsselzahlen muß bei der zuständigen Bezirksärztekammer beantragt werden. Für eine Entscheidung benötigen wir unbedingt die Anzahl der Fachkräfte in Ihrer Praxis (Erhebungsbogen über die Bezirksärztekammer erhältlich).

▶ Nach einem Beschluß des Berufsbildungsausschusses der Landesärztekammer Hessen kann die 3jährige Berufsausbildungszeit von vornherein gekürzt werden (§ 29 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz), wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Bei erfolgreichem Besuch der 2-jährigen Berufsfachschule in der Berufsrichtung med.-techn. und krankenpfl. Berufe sowie der Fachoberschule Gesundheit Organisationsform A wird um ein Jahr verkürzt.
- Bei Vorliegen einer abgeschlossenen fachspezifischen Vorbildung (z.B. Krankenschwester, Zahnarzt- oder Tierarzthelferin) wird um ein Jahr verkürzt.
- Bei einer anderen Vorbildung (z.B. kaufmännische Lehre) kann im Einzelfall die Berufsausbildung um 1/2 Jahr verkürzt werden, sofern diese Ausbildung Inhalte aufweist, die auch Ausbildungsinhalt des Berufs Arzthelfer/in sind.

Für Abiturienten kann die Ausbildungszeit um bis zu einem Jahr verkürzt werden. Das gleiche gilt für einen im Ausland erworbenen Schulabschluß, sofern er hinsichtlich der Dauer und des Ranges innerhalb des ausländischen Bildungssystems mit dem Abitur vergleichbar ist.

Unabhängig von der Qualität der Vorbildung muß eine Mindestausbildungszeit von zwei Jahren verbleiben.

Die Verkürzung der Berufsausbildungszeit ist schriftlich, unter Angabe von Gründen und Beifügung von Nachweisen von der/dem Auszubildenden oder der/dem ausbildenden Ärztin/Arzt bei der zuständigen Bezirksärztekammer zu beantragen.

Der Antrag kann nur im Rahmen eines Berufsausbildungsverhältnisses gestellt werden. Der Verkürzungsantrag **muß frühzeitig**

(im 1. Ausbildungsjahr) gestellt werden, um der/dem Auszubildenden und der/dem Ausbildenden ein Einstellen auf die verkürzte Ausbildungszeit zu ermöglichen.

Achtung: Bei einer Verkürzung wird auch die Ausbildungszeit in der Berufsschule abgekürzt (z.B. bei einer einjährigen Verkürzung entfällt ein ganzes Schuljahr)!!!

▸ Von einer Verkürzung der Ausbildungszeit wegen Vorbildung ist die vorzeitige Zulassung zur Abschlußprüfung zu unterscheiden, die allerdings letztendlich auch zu einer Reduzierung der Ausbildungszeit führt. Gemäß § 40 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz hat **jede/r** Auszubildende das Recht, vorzeitig an der Abschlußprüfung teilzunehmen, wenn ihre/seine Leistungen dies rechtfertigen. In der Prüfungsordnung sind die leistungsbezogenen Zulassungsvoraussetzungen wie folgt festgelegt:
Die Zulassung zur Abschlußprüfung vor Ablauf der Ausbildungszeit ist gerechtfertigt, wenn die Leistungen der/des Auszubildenden während der Ausbildungszeit

- in den Lerngebieten des berufsbezogenen Unterrichts der Berufsschule im Durchschnitt mit **besser als 2,5** und
- von der/dem Ausbildenden im Durchschnitt mit **mindestens gut** beurteilt werden.
- Die dreijährige Ausbildungszeit darf infolge der vorzeitigen Zulassung nur um höchstens sechs Monate verkürzt werden.

Berufsschule und ausbildende/r Ärztin/Arzt sind hinsichtlich der Leistungsvoraussetzungen zu hören, eine Zustimmung, insbesondere der/des ausbildenden Ärztin/Arztes muß aber nicht vorliegen. Die/Der Auszubildende kann die vorzeitige Zulassung selbständig beantragen.

▸ Umschüler/innen, deren Umschulungsmaßnahme von der Arbeitsverwaltung gefördert wird, erhalten auf Antrag eine Ausbildungszeitverkürzung auf zwei Jahre. Die/Der Umschüler/ muß zu Beginn der Umschulungsmaßnahme an einem 14tägigen Einführungsseminar in Bad Nauheim teilnehmen. Umschulungsverträge müssen bei der zuständigen Bezirksärztekammer angefordert werden.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

Abschlußprüfung für Arzthelfer/innen im Winter 2002

Hiermit geben wir die Ergebnisse der Abschlußprüfung im Winter 2002 bekannt:

teilgenommen haben insgesamt	223
von denen	197

mit folgenden Ergebnissen die Prüfung bestanden haben:

Note sehr gut	5
Note gut	31
Note befriedigend	94
Note ausreichend	67

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Arzthelfer/in-Ausbildungswesen

Einladung zu einer Abgeordnetenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Sehr geehrte Frau Kollegin,
Sehr geehrter Herr Kollege,

im Auftrag des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen erlaube ich mir, zum

8. Juni 2002, 10.00 Uhr s.t.

in das Verwaltungsgebäude der KVH-Landesstelle,
Georg-Voigt-Straße 15,
60325 Frankfurt, Großer Saal 1. OG

zu einer Abgeordnetenversammlung einzuladen.

Vorläufige Tagesordnung:

Eröffnung und Feststellung der Beschlußfähigkeit

1. **BERICHT DES VORSITZENDEN**
2. **NICHT ERLEDIGTE TAGESORDNUNGSPUNKTE AUS DER VORANGEGANGENEN ABGEORDNETENVERSAMMLUNG AM 1.12.2001**
3. **GRUNDSÄTZE DER HONORARVERTEILUNG**
4. **GRUNDSÄTZE DER ERWEITERTEN HONORARVERTEILUNG**
5. **SICHERSTELLUNG DER ÄRZTLICHEN VERSORGUNG**
6. **REGULARIEN**
7. **VERSCHIEDENES / FRAGESTUNDE**

Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. C.-J. Stoecker
Sprecher der Abgeordnetenversammlung

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 Kanzleibroschüre und eine Übersicht über meine Seminarangebote an!

Folgende Vertragsarztsitze werden nach § 103 Abs. 4 SGB V zur Besetzung ausgeschrieben. Die Zulassung des Vertragsarztes/der Vertragsärztin endet und soll durch einen Praxisnachfolger fortgeführt werden:

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt-Mitte	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Darmstadt-Eberstadt	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin

Planungsbereich Bergstrasse

Bensheim	HNO-Ärztin/HNO-Arzt
Heppenheim	Internistin/Internist -hausärztlich-

Planungsbereich Groß-Gerau

Rüsselsheim	Frauenärztin/Frauenarzt
Groß-Gerau	Internistin/Internist -hausärztlich-
Groß-Gerau	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Mörfelden-Walldorf	Kinderärztin/Kinderarzt

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Darmstadt, Wilhelminenplatz 7, 64283 Darmstadt** zu senden.

Planungsbereich Frankfurt/M.-Stadt

Frankfurt/M.-Innenstadt	prakt. Ärztin/prakt. Arzt Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Frankfurt/M.-Sachsenhausen	prakt. Ärztin/prakt. Arzt Allgemeinärztin/Allgemeinarzt
Frankfurt/M.-Nordwestzentrum	Augenärztin/Augenarzt (Gemeinschaftspraxisanteil)
Frankfurt/M.-Eschersheim	Internistin/Internist -fachärztlich-
Frankfurt/M.-Gutleutviertel	Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (Gemeinschaftspraxisanteil)
Frankfurt/M.-Alt Bornheim	Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater
Frankfurt/M.-Westend	Psychiaterin/Psychiater

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Eschborn/Ts.	Augenärztin/Augenarzt

Planungsbereich Hoch-Taunus-Kreis

Bad Homburg v.d.H.	Chirurgin/Chirurg

Planungsbereich Offenbach/M.-Land

Heusenstamm	Frauenärztin/Frauenarzt

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Bad Soden-Salmünster	Orthopädin/Orthopäde
Gelnhausen	Internistin/Internist -fachärztlich-

Vertragsarztsitz von Frau Dr. med. Ute Consemüller, Bahnhofstr. 12, 63571 Gelnhausen

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Frankfurt, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt** zu senden.

Planungsbereich Landkreis Gießen

Gießen	prakt. Ärztin/prakt. Arzt Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin -fachärztliche Versorgungsebene- (Gemeinschaftspraxisanteil)
Gießen	prakt. Ärztin/prakt. Arzt Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
Buseck-Großen-Buseck	prakt. Ärztin/prakt. Arzt Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin (Gemeinschaftspraxisanteil)
Rabenau	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Rabenau-Geilshausen	prakt. Ärztin/prakt. Arzt Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin (Gemeinschaftspraxisanteil)
Wettenberg-Wißmar	prakt. Ärztin/prakt. Arzt Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Siegbach-Eisemroth	prakt. Ärztin/prakt. Arzt Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
Wetzlar	prakt. Ärztin/prakt. Arzt Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
Wetzlar	Kinderärztin/Kinderarzt

Planungsbereich Wetteraukreis

Bad Vilbel	prakt. Ärztin/prakt. Arzt Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
Wöllstadt-Ober-Wöllstadt	prakt. Ärztin/prakt. Arzt Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin (Gemeinschaftspraxisanteil)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Gießen, Eichgärtenallee 6, 35394 Gießen** zu senden.

Planungsbereich Werra-Meißner-Kreis

Witzenhausen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt

Planungsbereich Landkreis Waldeck-Frankenberg

Volkmarsen	Chirurgin/Chirurg (Gemeinschaftspraxisanteil)

Planungsbereich Kassel-Stadt

Kassel	Radiologin/Radiologe (Gemeinschaftspraxisanteil)

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

Planungsbereich Limburg-Weilburg

Limburg	Fachärztin/Facharzt für Radiologie
Limburg	Fachärztin/Facharzt für Radiologie

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Bezirksstelle Limburg, Adelheidstraße 7, 65549 Limburg** zu senden.

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden	Fachärztin/Facharzt für Anästhesiologie

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

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

Praxisvertreter/-innen

für Praxisvertretungen im Land Hessen.

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

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

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

Symposium für Praktische Diabetologie
&
Kirchheim-Forum Diabetes

Modernes Diabetes-Management

31.10. – 2.11.2002 Kurhaus Wiesbaden

- Diagnostik- und Therapiestandards 2002
- Neue Studienergebnisse (DDG, ADA, EASD)
- Disease-Management-Programme Diabetes
- Fallpauschalierte Vergütungen

Bitte senden Sie diesen Coupon an:
Kirchheim-Verlag,
Postfach 25 24, 55015 Mainz,
Fax-Nr.: 06131/9607070

In Zusammenarbeit mit:

Symposium für Praktische Diabetologie und **Kirchheim-Forum Diabetes 2002**

☐ Ich komme vom 31.10.-2.11.2002.

☐ Ich komme am _____ 2002.

☐ Ich bin Student, AIP, Diätassistentin oder VDBD-Mitglied (bitte Bestätigung beifügen).

☐ Bitte schicken Sie mir im Mai 2002 kostenlos das ausführliche Vorprogramm mit allen wichtigen Informationen zu.

Name/Vorname ☐ Herr ☐ Frau

Institution/Firma (entfällt bei Privatadresse)

Straße/Postfach PLZ/Wohnort/Land

Telefon/Telefax Datum/Unterschrift

Anmeldung

Tagungsgebühren:

a) Teilnehmer	130 €	(bis 30.06. 2002)
	185 €	(ab 01.07. 2002)
b) VDBD, AIP Diätass., Student	30 €	(bis 30.06. 2002)
	55 €	(ab 01.07. 2002)
c) Tageskarte	70 €	(bis 30.06. 2002)
	95 €	(ab 01.07. 2002)
d) Presse	frei	

Stornierung:
Änderungen und Stornierungen der Anmeldung bedürfen der Schriftform. Bei Stornierung der Tagungsteilnahme bis zum 31.9.2002 wird eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 25,00 € einbehalten.

Bei Stornierungen ab dem 1.10.2002 werden keine Gebühren zurückerstattet.